

Ana-Cristina Bredicean

Cătălina Giurgi-Oncu

Ion Papavă



UMFT

Universitatea de
Medicină și Farmacie
„Victor Babeș”
din Timișoara

PSIHIATRIE

– curs pentru asistente medicale –

Editura „Victor Babeș”
Timișoara, 2020



Editura „Victor Babeș”
Piața Eftimie Murgu 2, cam. 316, 300041 Timișoara
Tel./ Fax 0256 495 210
e-mail: evb@umft.ro
www.umft.ro/editura

Director general: Prof. univ. emerit dr. Dan V. Poenaru
Director: Prof. univ. dr. Andrei Motoc

Colecția: MANUALE
Coordonator colecție: Prof. univ. dr. Sorin Eugen Boia
Referenți științifici: Conf. univ. dr. Liana Dehelean
Prof. univ. dr. Monica Ienciu

ISBN: 978-606-786-166-2

© 2020 Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate.
Reproducerea parțială sau integrală a textului, pe orice suport,
fără acordul scris al autorilor este interzisă și se va sancționa
conform legilor în vigoare.

CUPRINS

1. PSIHISMUL UMAN ȘI NIVELE FUNCȚIONALE.....	5
2. RITMURILE BIOLOGICE	8
3. NIVELELE FUNCȚIONALE ALE PSIHISMULUI.....	11
3.1. Nivelul instinctual	11
3.2. Nivelul afectiv	15
3.3. Nivelul cognitiv	17
3.4. Nivelul motivațional și volițional.....	25
3.5. Nivelul spiritual valoric.....	27
4. PERSONALITATEA	28
5. REACȚIA LA STRES SEVER ȘI TULBURAREA DE ADAPTARE.....	33
5.1. Reacția acută la stres	33
5.2. Tulburarea de adaptare	34
5.3. Tulburarea de stres posttraumatic	34
6. TULBURĂRILE ANXIOASE.....	36
6.1. Tulburarea de anxietate generalizată.....	37
6.2. Tulburarea de panică	38
6.3. Tulburările fobice.....	39
6.3.1. Fobia socială.....	39
6.3.2. Fobiile specifice.....	40
6.3.3. Agorafobie	41
7. TULBURAREA CONVERSIV-DISOCIATIVĂ.....	42
8. TULBURĂRILE SOMATOFORME	45
9. TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ	48
10. TULBURĂRILE DISPOZIȚIEI AFECTIVE	52
10.1. Tulburarea depresivă recurentă (tulburarea monopolar depresivă).....	54
10.2. Tulburarea afectivă bipolară.....	57

11. TULBURĂRILE PSIHOTICE.....	61
11.1. Schizofrenia.....	61
11.2. Tulburările delirante persistente.....	67
11.3. Tulburările psihotice acute și tranzitorii.....	69
12. ALCOOLISMUL.....	71
12.1. Intoxicația alcoolică acută.....	72
12.2. Beția patologică.....	73
12.3. Dependența alcoolică	73
12.4. Sevrăjul alcoolic.....	74
12.5. Delirium tremens.....	74
13. TOXICOMANIILE	78
14. PATOLOGIA DETERIORATIVĂ.....	88
14.1. Demența Alzheimer.....	90
14.2. Demențele vasculare	92

1. PSIHISMUL UMAN ȘI NIVELE FUNCȚIONALE

Este o formă complexă de manifestare a creierului cu scopul adaptării continue la cerințele exterioare și interioare ale organismului. Este împărțit în 3 niveluri: conștient, inconștient și subconștient.

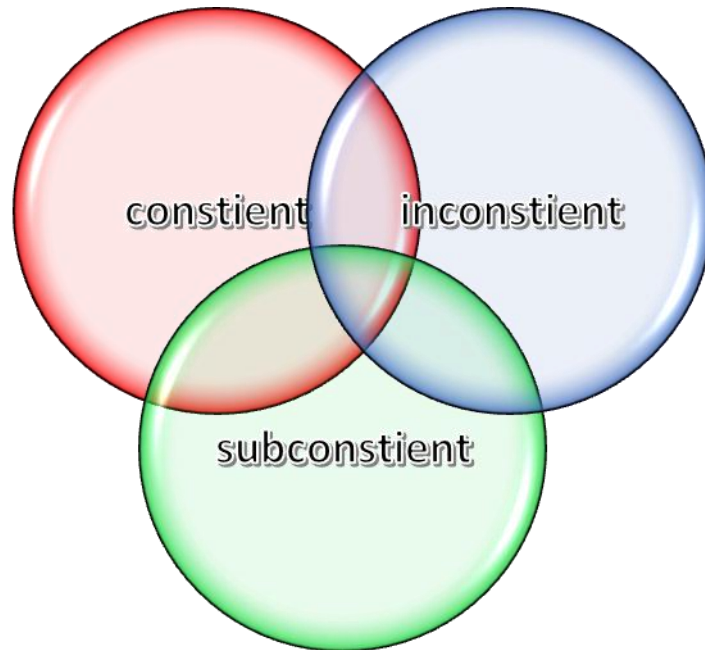


Fig..1 – Nivelele psihismului

Nivelul conștient reprezintă partea care realizează adaptarea și integrarea persoanei în viața de zi cu zi. A fi conștient înseamnă a gândi, a comunica, a stabili relații, a sintetiza probleme, a te adapta la situații noi.

Elementul central al psihismului conștient este conștiința care are mai multe forme:

- Starea de veghe - vigilitate
- Conștiință de sine – ca poziție socială
- Conștiință morală
- Conștiința bolii (insight)

Toate persoanele trec zilnic între starea de somn și cea de veghe (vigilitate). Acesta este un bio-psiho-ritm circadian. În starea normală de veghe orice persoană receptează și înțelege informațiile care vin din mediul

înconjurător, este foarte atent la ele, reacționează prin diverse comportamente la semnificațiile informațiilor și păstrează în memorie cele experimentate. Spunem că omul treaz se afirmă prin această vigilitate care este structurată ca un „câmp al conștiinței actuale” .

Câmpul actual de conștiință are:

a) Nivel de claritate:

- Câmp de conștiință clar
- Câmp de conștiință denivelat, de exemplu:
 - Obnubilarea
 - Hipervigilența (o stare de alertă ce poate apare în anxietate, intoxicații cu psihostimulente)
 - Scăderea vigilenței (în oboseala psihică)
 - Comă vigală

b) Conținut

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

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

Conștiința de sine este elementul pe care îl avem la îndemână, îl folosim ușor, adică în orice moment al stării de vigilitate noi suntem conștienți de cine suntem.

Conștiința morală reprezintă totalitatea ideilor și principiilor unei persoane care îi imprimă o conduită adecvată în raport cu societatea, familia, persoanele apropiate.

Nivelul subconștient cuprinde toate actele care au fost odată conștiente, dar care în prezent se desfășoară fără controlul conștientului. Este aceea parte care cuprinde: amintirile, deprinderile, ticurile, automatismele.

Nivelul inconștient este cel mai controversat, el cuprinzând tendințe ascunse, conflicte emoționale generate de personalitate și este puțin previzibil. Are rol pozitiv, de exemplu rol de energizare și dinamizare a întregii vieți psihice. El este principalul depozit pentru procesele informaționale dar și pentru cele motivaționale.

2. RITMURILE BIOLOGICE

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

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

Trecerea de la faza de veghe la somn și ulterior revenirea la faza de veghe se realizează astfel:

1. Faza hipnogogică
2. Somn Non-REM – refacerea metabolică și biologică.
3. Somn REM – de consolidare a informației.
4. Faza hipnopompică

Tulburări ale ritmului circadian somn-veghe

Se referă la:

- Durată
- Calitate
- Inversiunea ritmului
- Parasomnii

1. Tulburări ale duratei somnului

- Insomnia = scăderea duratei de somn pe 24 ore în comparație cu necesarul.
 - Totală - ex. în episod maniacal, consumul de substanțe psihoactive
 - Parțială
 - De adormire (persoana nu poate să adoarmă - ex. patologia anxioasă)

- De trezire (persoana se trezește în cursul nopții și nu poate readormi - ex. patologia depresivă)
- Hipersomnia = creșterea duratei de somn pe 24 de ore în comparație cu necesarul - ex. tulburări organice, nevroze
- 2. Tulburări ale calității somnului
 - Dissomnia – durata nu este afectată, dar somnul este neodihnitor, cu oboseală matinală (ex. patologia nevrotică)
- 3. Inversarea ritmului somn-veghe –în delirium
- 4. Parasomniile = evenimente episodice anormale ce apar în cursul somnului
 - Coșmarurile – de obicei în a II-a parte a somnului.
 - Somnambulismul
 - în prima parte a perioadei de somn.
 - este o stare crepusculară, cu îngustarea punctiformă a câmpului actual de conștiință și automatism ambulator nocturn.
 - ulterior este prezentă amnezia episodului.
 - Pavor nocturn – stare de agitație precedată de un coșmar și urmat de o trezire incompletă.

Starea confuzională

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

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

Pe lângă sarea de dezorientare pot să apară și:

- Halucinații predominant vizuale
- Tulburări de atenție: hipomnezie, amnezie de fixare
- Memoria este afectată, limbajul poate fi incoercibil

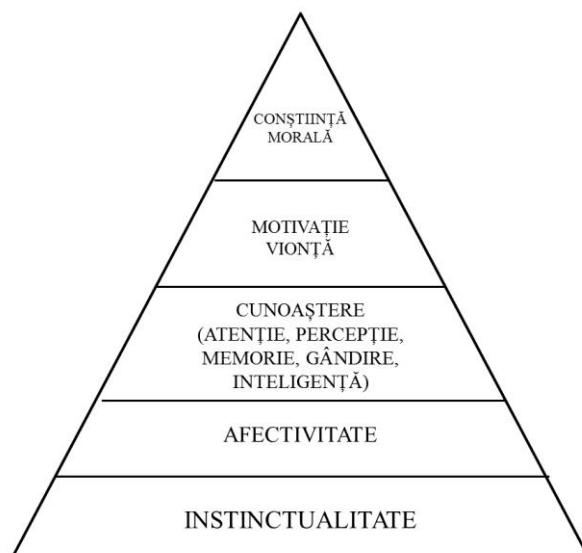
- Stare de inhibiție sau agitație psihomotorie
- Inversiunea ritmului somn-veghe

Poate apărea în:

- Delirium tremens
- Intoxicații cu substanțe
- Infecții severe cu febră
- Postpartum
- Tulburări hidro-electrolitice, acido-bazice
- Tumori cerebrale
- Traumatisme cerebrale

3. NIVELELE FUNCȚIONALE ALE PSIHISMULUI

Schematizate în modelul piramidal:



3.1. Nivelul instinctual

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

Instinctul sexual

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

1. Disfuncțiile sexuale

- a) Tulburări ale dorinței sexuale - scădere
- creștere
- b) Tulburări ale excitației sexuale
- c) Dispareunie (durere în timpul actului sexual)
- d) Vaginism (contractii involuntare ale musculaturii vaginului)
- e) Tulburări ale orgasmului - scăzut
- crescut

2. Parafiliile

a) Partener anormal

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

b) Conduite anormale

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

Instinctul matern

Are ca și scop protejarea copilului, dezvoltându-se la femei din perioada de sarcină.

La bărbați se dezvoltă treptat după nașterea copilului instinctul patern.

Perturbarea instinctului matern:

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

Instinctul alimentar

Are un scop biologic de perpetuare a speciei.

1) Tulburări cantitative

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

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

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

Explicație: anorexia nervoasă (incapacitatea identificării cu propria schemă corporală)

2) Tulburări calitative

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

Instinctul vital

Reprezintă acea capacitate de apărare a vieții și integrității corporale. În cadrul acestui instinct se vorbește de autoagresivitate și de heteroagresivitate.

1) Agresivitatea

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

a) Automutilare – vizează integritatea corporală:

- Crestare impulsivă, superficială
- Înghițire de obiecte ascuțite pentru a obține un beneficiu secundar

Ex. personalitățile de tip borderline, schizofrenia.

b) Parasuicidul - reprezintă intenția de a muri fără ca aceasta să fie reală, cu scopul de a-i impresiona și manipula pe cei din jur.

- Actul e demonstrativ, cu măsuri de siguranță pentru a fi descoperit la timp;
- Deseori actul este impulsiv, nejustificat;
- Alege o modalitate mai puțin violentă;
- Lasă scrisori lacrimogene;
- Aruncă responsabilitatea asupra celorlalți;

Ex. în stări conflictuale, tulburări de personalitate.

c) Suicidul

- Intenția reală de a muri;
- Planificat, își ia măsuri de a nu fi găsit;
- Alege o modalitate violentă: spânzurare, exfenestrare, aruncare în fața trenului;
- Dacă lasă scrisori, își asumă responsabilitatea actului suicidar.

Suicidul apare în:

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

3.2. Nivelul afectiv

Afectivitatea (timia) este prezentată din următoarele perspective:

a) Endotimie (interioară) ce se referă la dispoziția afectivă de fond, necondiționată de factori exteriori, ce poate oscila între cei doi poli opuși (bună dispoziție – proastă dispoziție).

b) Exotimie (exterioară), reprezentată de reacțiile afective (veselie, frică, furie etc.) la diverși stimuli.

Există o afectivitate:

- Tranzitivă – îndreptată spre persoanele din jur;
- Netranzitivă – centrată pe propria persoană (egocentrism, autodeprecieri);

a) Sensibilitate (capacitatea de a rezona afectiv cu ceilalți)

b) Expresivitate (expunere a trăirilor interioare)

Din punct de vedere al intensității trăirilor afective distingem:

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

Cele mai importante tulburări afective sunt:

1. Hiperemotivitatea: hipersensibilitate și hiperactivitate față de intensitatea stimulilor declanșatori.

2. Labilitatea emoțională: trecerea rapidă de la o stare emoțională într-una opusă, (ca trăsătură de personalitate, stări nevrotice, la bătrâni)

3. Afectul patologic: trăire foarte intensă, în special conflictuală, în care individul este conștient de ceea ce face, dar nu ia în calcul consecințele actelor sale.

4. Anxietatea: frică nejustificată, generalizată (fără obiect), cu presentimentul unui pericol iminent ce nu poate fi precizat și cu o stare de așteptare încordată, tensionată.

5. Atacul de panică – frică intensă paroxistică, tematizată (frica de moarte, de a pierde controlul) de scurtă durată.

6. Fobia – frica patologică cu obiect, excesivă față de gradul de pericolozitate al obiectului, cu intenția de evitare a obiectului fobogen (în contact cu obiectul – atac de panică).

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

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

9. Disforie – o stare de iritare morocănoasă.

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

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

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

13. Răceală afectivă – incapacitatea de a resimți sentimente.

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

15. Aplatizare – limitarea paletei și intensității trăirilor afective.

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

3.3. Nivelul cognitiv

Atenția (prosexia)

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

Atenția se caracterizează prin:

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

Tulburări de atenție

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

Percepția

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

Tulburări ale percepției

1. Tulburări cantitative:
 - a. Hiperestezia (exagerarea percepției);
 - b. Hipoestezia (diminuarea percepției);

Întâlnite mai mult în patologia somatică.

2. Tulburări calitative

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

- Vizuale:
 - simple
 - scenice
- Olfactive (percepere de mirosuri);
- Gustative;
- Auditive (cele mai frecvente):
 - Simple (pocnituri, sunete);
 - Complexe – voci:
 - comentative (mai multe voci care discută între ele);
 - apelative (vocea se adresează persoanei);
 - imperative (voce dă ordine persoanei, sunt cele mai periculoase);

Halucinațiile apar în psihoze.

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

Apar în schizofrenie și alte psihoze.

Memoria

Funcția psihică ce are rolul de a:

- Înregistra informația atât timp cât este necesar pentru procesarea acesteia.
 - Memoria imediată (de foarte scurtă durată).
 - Memoria de lucru (menține temporar informația și după dispariția stimulului, permițând executarea proceselor cognitive).

- Înregistrarea și stocarea informației pentru o perioadă delimitată de timp:
 - Scurtă – memoria de scurtă durată;
 - Lungă – memoria de lungă durată;
- Evocarea informației (amintiri).

Din perspectiva procesului de prelucrare a informației distingem:

- Memoria de fixare;
- Memoria de evocare;

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

Tulburările memoriei:

1. Cantitative

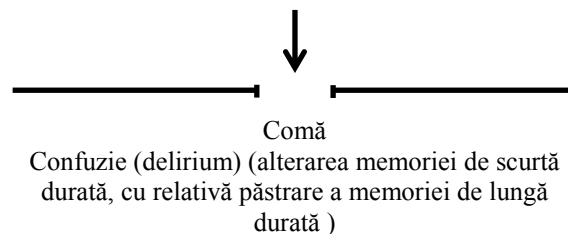
a. Hipomnezia (scăderea):

1. De fixare
2. De evocare

Ex. anxietate, depresie.

b. Amnezia

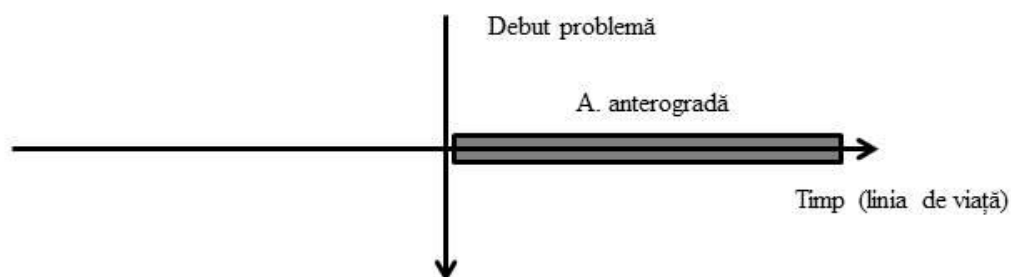
- Lacunară (o perioadă scurtă de timp)



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



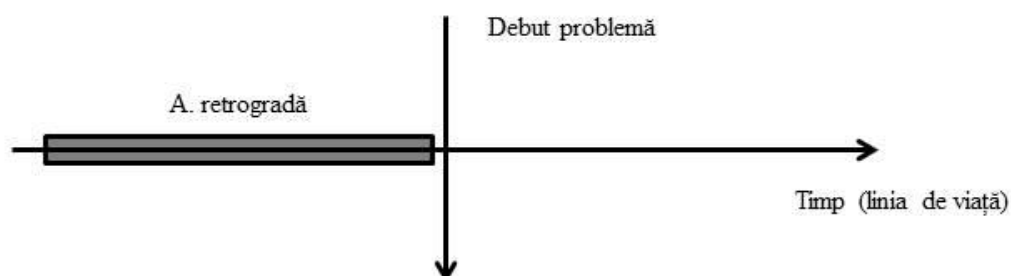
- Anterogradă (pe axa timpului – după debutul problemei)



Ex. Sindromul Korsakov (alcoolic, posttraumatic)

- păstrează memoria imediată
- abolirea memoriei de scurtă durată și lungă durată și a evocării informațiilor vechi (dezorientare în ordonarea succesiunii secvențelor biografice)
- confabulații
- euforie
- anosognozie

- Retrogradă (ce activează anterior debutului problemei)



Ex. Demență

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

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

2. Tulburări calitative = paramnezii (ex. demențe, alte patologii organice):

- Ecmnezia – plasarea în prezent a unor amintiri din trecut;

- Criptamnezia – persoanele își atribuie un material făcut de altcineva;
- Deja/jamais vu/connu (deja/niciodată văzut, trăit, cunoscut).

Gândirea

Presupune mai multe procese care se realizează secvențial:

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

Tulburări de gândire:

1. Tulburări cantitative

a. De ritm ideativ

- Fugă de idei – gândire accelerată, având ca exprimare verbală – vorbire rapidă, telegrafică (vorbire rapidă = logoree);
Ex. episod maniaco, intoxicații
- Mentism (Număr mare de gânduri ce se derulează rapid);
- Lentoare ideativă – gândire lentă (cu vorbire lentă, cu pauze, monosilabică = bradilalie);
- Baraj mental (întrerupere bruscă a fluxului gândirii);
- Fading mental (lentoare progresivă până la întreruperea fluxului gândirii).

b. De conținut

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

2. Tulburări calitative

a. Ideea obsesivă

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

b. Ideea prevalentă

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

c. Ideea delirantă

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

Din punct de vedere al conținutului distingem:

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

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

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

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

3. Tulburări formale

a) Gândire digresivă – se abate de la tema discursului, dar până la urmă ajunge la ea.

b) Gândire circumstanțială – amănuntele sunt ridicate la rang de esență, adezivitate puternică de temă, răspunde la întrebări, dar revine la tema veche.

c) Disociație (incoerență) ideo-verbală – ideile se asociază la întâmplare (uneori și cuvintele), se pierde structura gramaticală și sensul (text total incomprehensibil = salată de cuvinte).

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

Expresivitatea mimico-gestuală

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

Cele mai importante tulburări psiho-patologice sunt:

- Hiperexpresivitatea – ex. manie, personalitate histrionică;

- Hipoexpresivitatea – ex. depresie, schizofrenie;
- Grimasele – contorsionarea musculaturii feței - ex. schizofrenie;
- Manierismele – exagerarea cu pierderea semnificației funcționale - ex. schizofrenia.

Mișcări anormale:

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

Tulburări ale comportamentului

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

Intelectul

Trebuie să facem referire la următoarele aspecte:

1. Inteligenta rațională (gândirea logică)

- Se referă la rapiditatea găsirii unei soluții într-o situație dată.
- Se măsoară prin coeficientul de inteligență (IQ).
- Scăderea inteligenței apare în retardul mental (oligofrenie).
- Creșterea IQ – persoană supradotată.

2. Imaginație – imagini, amintiri care prin combinații duc la o neoproducție cu funcție anticipatorie.

- Scăderea imaginației – la anumite tipuri de personalitate.
- Creșterea imaginației – persoane isterice.

3.4. Nivelul motivațional și volițional

Distingem:

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

Cele mai importante tulburări ale acestui nivel sunt:

1. Tulburări globale, inclusiv ale energiei psihice:

- Diminuarea globală (indiferență față de orice, apragmatism); ex. depresie;
- Inhibiție (necesită efort suplimentar pentru a depăși obstacolul);
- Creșterea generală; ex. episod maniacal.

2. Tulburări ale tendințelor la act

- Absența, inhibarea tendințelor la act (pulsional, afectiv, atimhormie);
- Declinul pulsuniilor, afectelor;

- Exagerarea pulsioniilor, afectelor;
- Pulsioni patologice: pentru droguri, cleptomanie, piromanie, gambling, mitomanie, dromomanie.
- Pierderea/ creșterea intereselor;
- Ambivalență, ambitendență (incapacitatea de a acționa din cauza indeciziei ... și da...și nu);

3. Tulburări ale proceselor motivaționale și voliționale

- Hiperdeliberarea – decizie luată dificil sau tardiv;
- Hipodeliberarea – decizie luată nejustificat de repede;
- Absența deliberării cu trecere automată la act;
- Hipo/Abulie:
 - ✚ Voință insuficientă pentru a controla tendințele neacceptabile;
 - ✚ Nu poate impune decizia luată;
 - ✚ Nu se poate impune împotriva actului de voință a altei persoane;

Ex. depresie, structuri de personalitate particulare

- Hiperbulia – se referă la afectarea calitativă a voinței

Ex. personalități particulare, psihopate, paranoice

- Nerespectare deciziei luate
 - ✚ Trecere automată la act (explozivitate);
 - ✚ Trecere la act prin incapacitatea de control voluntar al impulsurilor = acte impulsive;
 - ✚ Trecere la act după o scurtă rezistență = act compulsiv
 - Ex. patologia obsesiv-compulsivă
 - ✚ Trecere dificilă la act (repetări, amânări)

4. Tulburări ale perseverării în actul demarat

- Perseverare dificilă (finalizare dificilă);
- Perseverare rigidă.

3.5. Nivelul spiritual valoric

Dimensiunea morală

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

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

Afectarea dimensiunilor morale apare la tulburările de personalitate.

4. PERSONALITATEA

De multe ori în viață ne simțim derutați de reacțiile persoanelor din jurul nostru, adică se întâmplă lucruri la care nu ne așteptăm și în acele momente ne dorim să înțelegem felul în care gândește o persoană și ce simte o persoană ca să acționeze în acel mod. Există situații în care suntem surprinși chiar și de modul nostru de răspuns la o anumită situație și ne întrebăm de ce oare am reacționat în acel mod atunci? Toate aceste lucruri se întâmplă datorită felului nostru de a fi, adică datorită trăsăturilor noastre de personalitate.

Personalitatea este formată din două părți:

- ✚ Temperament – care se moștenește
- ✚ Caracter – care se formează de-a lungul vieții prin interacțiunile pe care le avem până în jurul vârstei de 25 ani

Etiologie:

Determinismul este plurifactorial, complex și nonliniar.

Sunt incriminați:

- ✚ factori biologici (genetici, biochimici, anatomo-morfologici)
- ✚ psihosociali (parentali, modele educaționale disfuncționale).

Tablou clinic general:

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


Tulburarea de personalitate de tip paranoid se caracterizează prin:

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.


Tulburarea de personalitate de tip schizoid se caracterizează prin:

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;

Tulburarea de personalitate de tip instabil - emoțional

 Tipul impulsiv:

1. instabilitate emoțională
2. 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.

Tulburarea de personalitate de tip histrionic

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

Tulburarea de personalitate de tip disocial (antisocial)

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

Tulburarea de personalitate de tip anankast

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

Tulburarea de personalitate de tip anxios – evitant

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

Tulburarea de personalitate de tip dependent

1. Neîncredere în capacitățile proprii;
2. Dificultate în luarea deciziilor fără supervizare 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.

Tulburarea de personalitate de tip narcisic

1. Sentiment de autoimportanță;
2. Preocupare pentru fantezii de succes, de putere, de frumusețe;
3. Credința că este ”unic”;
4. Nevoie de admirație excesivă;
5. Nevoie de tratamente speciale, de supunere a celorlalți la dorințele lui;
6. Profită de alte persoane pentru a-și atinge scopurile personale;
7. Lipsa empatiei;
8. Invidie față de alte persoane.

Diagnostic diferențial

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

Tratament

Este o utopie. Teoretic există o serie de abordări psihoterapeutice, dar cu finalitate practică aproape nulă. Dintre abordările terapeutice terapia cognitiv-comportamentală este eficientă.

Este luat în calcul ajutorul profesionist atunci când există dorință și motivație prin autoeducație a persoanei.

5. REACȚIA LA STRES SEVER ȘI TULBURAREA DE ADAPTARE

5.1. Reacția acută la stres

Este o tulburare care se dezvoltă la un subiect fără nici o tulburare mentală anterioară evenimentului de viață și care durează câteva ore sau zile.

Evenimentul de viață este reprezentat de:

- ✚ experiență traumatică care implică amenințarea serioasă la securitatea sau integritatea fizică a subiectului sau a unor persoane iubite
- ✚ schimbare neobișnuit de bruscă și amenințătoare în poziția socială a subiectului (ex: catastrofe naturale, accident, atac criminal, luptă, viol).

Trebuie să existe o legătură temporală clară între impactul cu evenimentul și dezvoltarea simptomatologiei care apare imediat sau în primele 2-3 zile.

Simptomele sunt variate:

- ✚ perplexitate cu unele îngustări ale câmpului de conștiință;
- ✚ incapacitate de a înțelege stimulii externi și dezorientare;
- ✚ stupor (disociativ) sau de agitație și hiperactivitate (fugă) anxietate tahicardie, transpirații, înroșirea feței, tremor,
- ✚ fenomene de derealizare, depersonalizare.

În general tabloul clinic este schimbător și niciun tip de simptome nu predomină un timp îndelungat. Simptomele se remit rapid în câteva ore sau zile.

Tratament medicamentos presupune administrarea de anxiolitice sau neuroleptic în doze scăzute. Important este intervenția de psihoterapie de model cognitiv-comportamentală.

5.2. Tulburarea de adaptare

Tulburările de adaptare apar după impactul cu un eveniment stresant și care interferează cu performanța și funcționarea socială a unei persoane.

Tipurile de evenimente stresante sunt:

- ✚ pierderea unei persoane apropiate/iubite (reacție de doliu);
- ✚ separarea;
- ✚ schimbări semnificative de viață (imigrare, stare de refugiat);
- ✚ prezența unei boli fizice grave.

Manifestările clinice sunt reprezentate de:

- ✚ dispoziție depresivă;
- ✚ anxietate;
- ✚ sentiment de incapacitate de a face față, de a planifica viitorul sau de a continua situația prezentă.

Durata simptomatologiei nu depășește 6 luni, cu excepția reacției depresive prelungite care poate dura peste 6 luni.

Tratamentul medicamentos constă din administrarea de antidepresive, stabilizatori afectivi sau neuroleptice în doze scăzute. Importantă este intervenția de psihoterapie de model cognitiv-comportamental.

5.3. Tulburarea de stres posttraumatic

Această tulburare apare după un interval liber de timp la o persoană care a avut un eveniment stresant de natură amenințătoare sau catastrofică excepțională care poate să cauzeze o suferință profundă la aproape oricine.

Evenimentul stresant poate fi:

- ✚ atac violent, inclusiv viol;
- ✚ capturare, răpire și tortură;
- ✚ supraviețuitor al unui atac criminal;
- ✚ moartea neașteptată a unei persoane iubite;
- ✚ dezastrul natural.

Tabloul clinic constă în:

- ✚ episoade de rememorări repetate ale traumei (flash-back-uri);
- ✚ insomnie de adormire, somn fragmentat, întrerupt de coșmaruri și vise legate de eveniment;
- ✚ sentimente persistente de tocire emoțională, amorțire, detașare de alți oameni;
- ✚ scăderea interesului față de activități plăcute, nereactivitate față de ambianță, evitarea a tot ceea ce amintește de traumă;
- ✚ iritabilitate, izbucniri agresive;
- ✚ anxietatea și depresie.

Tratamentul medicamentos constă din administrarea de antidepresive, stabilizatori afectivi sau neuroleptice. Importantă este intervenția de psihoterapie de model cognitiv-comportamental cu expunerea la amintirile despre traumă și expunerea în vivo a ceea ce subiectul evită.

6. TULBURĂRILE ANXIOASE

Anxietatea normală este un răspuns normal la pericole și stres, fiind absolut necesară pentru supraviețuire, permițând de asemenea și copingul la stres.

Anxietatea patologică se caracterizează prin faptul că:

- + Apare un sentiment de disconfort;
- + Este persistentă;
- + Nu include modalități de coping;
- + Are efecte negative asupra vieții.

Teorii etiologice

1. Teoria cognitivă – are la bază o interpretare cognitivă neadecvată, catastrofică, cu caracter de pericol iminent a unor senzații somatice neconfortabile sau a unor emoții neconfortabile.
2. Teoria comportamentală – atacurile de panică sunt răspunsuri condiționate la situații amenințătoare.
3. Teoria existențială – persoană care trăiește o viață lipsită de sens are de fapt un vid existențial și acest vid este umplut de anxietate.
4. Teoria psihodinamică – anxietatea este un afect ce aparține ego-ului și acționează ca sistem de alertă atunci când există un pericol “internal” (ex. conflicte intrapsihice, pulsuni, dorințe și cenzură).
5. Teoria genetică – anxietatea apare la 1/2 dintre pacienții cu rude afectate de tulburări anxioase.
6. Teoria biologică – cu implicarea sistemelor de neurotransmisie cerebrală:
 - Disfuncție serotoninergică
 - Alterarea sistemului inhibitor GABA-ergic

7. Teoria psihosocială

- Evenimente stresante de viață (în special cele ce afectează sentimentul de securitate);
- Perioade stresante, cu creșterea responsabilităților.

8. Trăsături particulare de personalitate

- Dependență
- Personalități evitante.

6.1. Tulburarea de anxietate generalizată

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

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

Îngrijorarea este asociată cu:

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

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

6.2. Tulburarea de panică

Are ca element central atacul de panică care este o criză paroxistică de frică intensă ce se instalează brusc, durează puțin 10-15 min., cu sfârșit brusc și este dominat de senzația subiectivă catastrofală că ceva dramatic se va petrece sau chiar senzația de moarte iminentă.

Simptomele atacului de panică:

a. Simptome corporale – palpitații, tahicardie, dificultăți de a respira, tremor, transpirații reci sau valuri de căldură, dureri toracice, greață, nod în gât, amețeli, senzație de cădere (nu poate sta în picioare, fuge pământul de sub picioare).

b. Simptome cognitive – modalitate anormală de a gândi – gândire catastrofală: „voi muri” (infarct, accident vascular cerebral), „voi înnebuni”, „voi pierde controlul”.

c. Simptome comportamentale – neliniște, agitație psihomotorie, fugă, inhibiție psihomotorie, nepreocupare față de preajmă, cu scanare selectivă a mediului pentru posibilul pericol ce precede atacul.

De obicei primul atac de panică apare spontan (deși se pot decela: stres emoțional, epuizare fizică, consum de toxice). Ulterior apar atacuri de panică recurente, la interval variabil de timp, în care pacientul se adresează de repetate ori serviciului de urgență (acuzând că are o boală somatică gravă). Între atacurile de panică există intervale libere de simptome, dar pe parcurs poate să apară anxietate anticipatorie (frică de a nu face un atac de panică) și conduită de evitare (evitarea situațiilor în care apar atacurile de panică).

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

6.3. Tulburările fobice

Tulburarea fobică se împarte în trei categorii: fobie socială, fobii specifice și agorafobie.

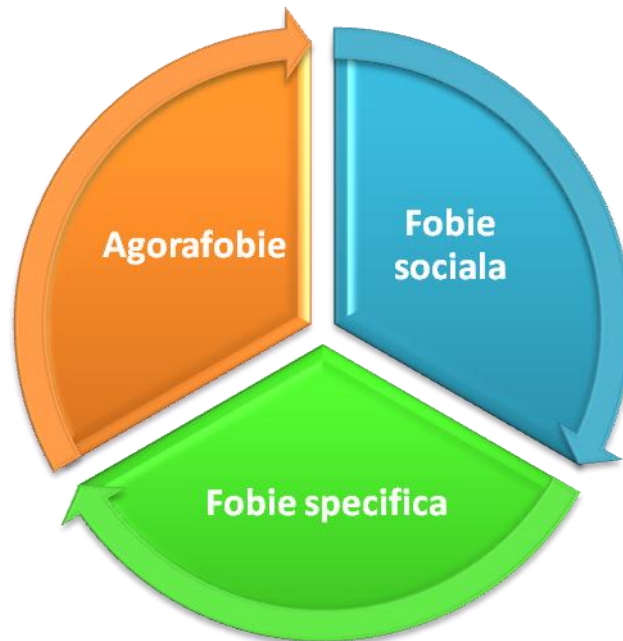


Fig. 2 – Tulburări fobice

6.3.1. Fobia socială

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

La nivel cognitiv există anumite scheme disfuncționale (de ex. „trebuie să fiu perfect”), astfel încât persoana se simte vulnerabilă. Modul patologic, negativ de a gândi („alții vor râde de mine”) va determina o stare afectivă, emoțională negativă. În situația fobogenă apar atacuri de panică. Doar gândul la situația fobogenă poate determina anxietate anticipatorie.

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

Totodată se dezvoltă și o conduită de evitare a situațiilor fobogene, cu dorința de a se proteja, de a se securiza. Conduitele de evitare pot să fie active când persoana refuză direct să facă acțiunea respectivă sau evitare pasivă când persoana face în așa fel încât să nu ajungă în situația respectivă.

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

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

6.3.2. Fobiile specifice

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

Clinic se caracterizează prin:

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

Obiecte fobogene pot fi:

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

Evoluția este îndelungată, persoanele ajungând la psihiatrie în momentul în care le afectează funcționarea socială.

6.3.3. Agorafobie

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

Ex.: a fi singur acasă, a fi într-o mulțime, a sta la o coadă, a fi pe un pod, a fi în tren, autobuz, mașină, avion. Ca urmare se dezvoltă conduita de evitare, persoanele respective refuzând să mai iasă din casă, să meargă cu mijloacele de transport în comun, să meargă la cumpărături etc.

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

7. TULBURAREA CONVERSIV-DISOCIATIVĂ

Aceste tulburări erau tradițional reunite sub sintagma „nevroză histerică”.

Prevalența în populația generală a acestora este între 0,1 și 3%, cu predominanța acestora la sexul feminin. Tulburările disociative au o prevalență pe durata întregii vieți mai rară comparativ cu cele conversive.

Apar mai frecvent la persoane cu un statut socio-economic mai scăzut și un nivel instructiv-educativ mai scăzut. De asemenea ele sunt descrise mai frecvent la persoanele cu tulburare de personalitate sau doar trăsături accentuate de tip histrionic.

Deși simptomatologia în cazul tulburărilor conversive și chiar disociative sugerează o afecțiune somatică, determinismul tulburărilor conversive și disociative este psihosocial, ele fiind rezultatul unei pulsiiuni refulate.

Pulsiunea este o energie psihică concretizată printr-o dorință, reprezentare (sexuală sau agresivă) și este consecința unei excitații venite din interiorul pacientului sau din exterior.

Refularea este un mecanism inconștient prin care subiectul încearcă să respingă sau să mențină în preconștient pulsiiunile interzise ce vin în conflict cu exigențele morale sau cu realitatea.

Ambele tipuri de simptome (conversive și disociative) nu sunt produse conștient de pacient, ele fiind diferite de simulare. Lipsa unor simptome asociate, de tipul anxietății sau tensiunii intrapsihice create de prezența simptomatologiei conversiv-disociative, determină aspectul de “la belle indifférence”, pacientul manifestând o aparentă indiferență față de suferința sa.

În cadrul tulburării conversive întâlnim simptome ce se împart în de tip motor și de tip senzorial.

Simptomele de tip motor implică în principal musculatura striată și mimează în primul rând o tulburare neurologică. Ele implică paralizii și pareze, crize pseudoepileptice, sau alte tipuri de mișcări ce sugerează un sindrom neurologic (tremor, mișcări coreice, apraxia, abazii etc.).

Cele de tip senzorial presupun anestezii, paretezii, hiperestezii, hipoestezii cutanate, cecitate, surditate, anosmie.

Toate aceste simptome, după cum s-a mai menționat au un determinism psihogen și corespund imaginației și concepției pe care o are persoana despre boala somatică pe care o mimează, sau sunt împrumutate (inconștient) de la persoane apropiate ce sunt bolnave (de exemplu cu boli neurologice reale).

Manifestările acestei tulburări sunt deosebit de impresionate pentru anturaj, pacientul putând avea un „beneficiu secundar” în urma lor, beneficiind de mai multă atenție și protecție din partea persoanelor din jur, impresionate.

Simptomele disociative se realizează prin disocierea câmpului actual de conștiință și apar de obicei după un eveniment traumatizant pentru individ (accident, pierderea unei persoane apropiate, asistarea la o situație traumatizantă, etc).

Aceste simptome cuprind: - amnezia disociativă (pacientul nu-și amintește dintr-un episod anterior anumite aspecte cu încărcătură emoțională negativă); - fuga disociativă (stări crepusculare de conștiință) în care pacientul se deplasează prin locuri din afara perimetrului cotidian, având o diminuare a vigilității conștiente, fiind capabil de interacțiuni sociale simple și păstrând o funcționare care să îi permită o orientare pentru a nu se accidenta. Nu este capabil de interacțiuni complexe sau să recunoască anumite persoane. Durata este de câteva ore sau zile. Uneori în cadrul fugii, persoana își poate asocia o identitate nouă; - transa; - personalitatea multiplă; - pseudodemența; - psuedopuerilismul.

În toate tulburările conversive și disociative se cere excluderea unui determinism organic.

Diagnostic diferențial se face cu:

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

Evoluția tulburării conversive este fluctuantă, cu perioade de remisiune și de compensare (în mare măsură condiționate de factori ambientali și de succesul sau insuccesul psihoterapiilor). Tulburările disociative au de obicei un debut și un final brusc. Spre deosebire de conversii, tulburările disociative au o tendință mai scăzută la recurență.

Tratamentul acestor tulburări este în principal cel ce implică psihoterapia. Aceasta fiind orientată în special pe managementul simptomului și îmbunătățirea calității vieții. Astfel se recomandă psihoterapie suportivă, terapie prin sugestie, hipnoză și psihanaliză.

Ca și tratament medicamentos se recomandă antidepressive gen inhibitori specifici ai recaptării de serotonină (cu acțiune pe serotonină) sau duale (cu acțiune pe serotonină și noradrenalină) cu anxiolitice, pe perioade determinate de timp în perioadele de acutizare.

8. TULBURĂRILE SOMATOFORME

Tulburările somatoforme sunt un grup de afecțiuni care au ca și manifestare comună trăirea disconfortantă a propriei corporalități. În cadrul acestor tulburări cele mai cunoscute sunt Tulburarea de somatizare și Tulburarea hipocondriacă.

Tulburarea de somatizare

În cadrul acesteia subiectul se plânge de multiple senzații corporale neplăcute divers localizate și alгии, cu debut de cele mai multe ori cu mult înaintea primului contact psihiatric.

Ca și în cazul tulburării conversive, aceste simptome nu au bază o tulburare organică diagnosticabilă și nici nu sunt produse voluntar sau ca expresie a unei intenții deliberate de a obține beneficii în urma situației de om bolnav.

Simptomele acestei afecțiuni conform criteriilor DSM, pot fi împărțite în:
 “- simptome algice: cefalee, dureri abdominale, dureri de spate, articulații, extremități, toracice, rectale, în cursul menstruației, a raportului sexual ori micțiunii.

- simptome gastro-intestinale: greață, flatulență, vărsături, sindrom diareic sau intoleranță la diverse alimente.

- simptome din sfera sexuală: indiferență sexuală, disfuncție erectilă sau ejaculatorie, menstruații neregulate, sângerare menstrual excesivă, vărsături pe toată durata sarcinii.

- simptome pseudoneurologice: simptome de conversie, cum ar fi deteriorarea coordonării sau echilibrului, paralizie sau scăderea localizată a forței musculare, dificultate în deglutiție sau senzația de nod în gât, afonie, retenție de urină, halucinații, pierderea senzației tactile sau de durere, diplopie, cecitate, crize

epileptice, simptome disociative, cum ar fi amnezia ori o pierdere a conștienței (alta decât leșinul).”

Aceste simptome nu pot fi explicate complet de o afecțiune somatică cunoscută sau de efectele directe sau secundare ale unui medicament, drog. În cazul existenței unei afecțiuni generale asociate, aceste simptome sunt în exces față de simptomatologia expectată din partea acestei afecțiuni.

Debutul de obicei este înainte de 30 de ani și evoluția este îndelungată (câțiva ani), simptomele migrând frecvent dintr-o zonă în alta a corpului. Evoluția este prelungită, fluctuantă, deseori tinzând spre cronicizare. Ea se poate complica cu intervenții chirurgicale inutile, dependență de medicamente și polimedicație nenesesară.

Diagnosticul diferențial se face cu:

- Bolile organice (există substrat organic patologic care să explice simptomatologia)
- Tulburarea delirantă persistentă subtipul somatic (convingerile sunt de intensitate delirantă, pot fi bizare)
- Tulburarea hipocondriacă (în cazul acesteia accentul se pune pe ideea de a avea o boală)
- Simularea conștientă
- Tulburările depresive sau anxioase (avem sindroamele corespunzătoare prezente)

Tulburarea hipocondriacă

În cadrul acestei afecțiuni subiectul are preocupări patologice privitor la faptul de a avea una sau mai multe boli severe și progresive. Preocuparea persistă în ciuda examinărilor medicale ce nu confirmă existența unei boli somatice.

Și în cadrul acestei afecțiuni subiectul prezintă acuze somatice persistente, iar senzațiile corporale normale sau banale sunt adesea interpretate ca fiind anormale și semne ale unei afecțiuni somatice “grave”.

Preocuparea hipocondriacă (indiferent de contextul clinic psihiatric în care apare) este mare consumatoare de servicii medicale, pacientul neacceptând asigurările medicilor că nu suferă de nici o boală somatică.

Diagnosticul diferențial al tulburării hipocondriace se face cu:

- Tulburarea delirantă persistentă subtipul somatic (pacientul în cazul acesteia are o convingere de intensitate delirantă)
- Tulburarea de somatizare (accentul este pus pe simptome și nu pe ideea de boală)
- Tulburările depresive (avem sindromul depresiv prezent)
- Tulburările anxioase (avem sindroamele anxioase prezente)

Tratamentul tulburărilor somatoforme este deasemenea psihoterapeutic și medicamentos. Și în acest caz psihoterapiile sunt centrate pe conștientizarea, managementul simptomului, suport și creșterea calității vieții.

Terapia medicamentoasă în cazul tulburării de somatizare se recomandă de asemenea a se face pe perioade determinate de timp pentru a se evita abuzul și dependența, cu antidepressive și anxiolitice.

9. TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

Reprezintă o afecțiune psihică cu o prevalență în populația generală de 1-2% și o repartiție pe sexe egală.

În etiologia aceste afecțiuni sunt menționați atât factori biologici, cât și psihologici.

În cadrul **factorilor biologici** menționăm:

- factorii genetici (concordanța mai mare la gemenii monoziți față de cei diziziți);
- factorii anatomopatologici (modificări ale lobului frontal, cingulumului sau ale nucleului caudat bilateral);
- factorii fiziopatologici (disfuncții în neurotransmisia serotoninergică și dopaminergică);
- factorii autoimuni (asocierea simptomelor obsesiv-compulsive cu bolile autoimune ale ganglionilor bazali).

Sub aspectul **etiologiei psihologice** menționăm:

- teoria psihodinamică (se realizează regresia din faza oedipală în cea anală, căreia îi este caracteristică ambivalența),
- teoria vulnerabilitate-stres (implică existența unui teren predispozant asupra căruia factorii stresanți acționează și declanșează tulburarea; ca și teren predispozant se amintește personalitatea anankastă sau psihastenă)
- teoria învățării (obsesia este văzută ca un stimul condiționat ce produce anxietate, anxietate care este redusă apoi de compulsii și ritualuri).

Tabloul clinic al acestei afecțiuni este dominat de prezența gândurilor obsesiilor și a actelor compulsive recurente. Acestea sunt consumatoare mari din timpul pacientului, producând un disconfort crescut (deoarece sunt violente, obscene sau fără sens) și interferează semnificativ cu rutina normală și funcționarea acestuia.

Obsesiile sunt gânduri, impulsuri, rumații, îndoieli, fobii obsesive sau imagini recurente și persistente ce parazitează gândirea și determină anxietate, detresă. Ele sunt recunoscute de subiect ca fiind proprii, și încearcă să lupte împotriva lor, să le reziste, însă fără succes. Cele mai frecvente obsesii sunt cele de contaminare, nevoia de simetrie și a aranja lucrurile într-o anumită ordine, îndoielile sau obsesiile sexuale.

Compulsiile sunt acte mentale (număratul, rugăciuni, etc.) sau comportamentale (spălatul pe mâini, aranjarea, colecționarea, verificarea, rectificarea, evitarea, etc) ce sunt văzute de pacient ca reducând anxietatea și prevenind un eveniment sau o situație temută. Ele pot fi correlate sau nu cu obsesiile. Compulsiile au un caracter repetitiv, stereotip, excesiv, parazitant și sunt consumatoare de mult timp. De obicei și acest comportament este văzut de subiect ca fiind fără sens și ineficient, acesta făcând repetate încercări de a rezista declanșării actului.

Debutul simptomatologiei se realizează înaintea vârstei de 35 de ani, un sfert având chiar un debut înaintea vârstei de 14 ani. La sexul masculin avem un debut mai precoce decât la sexul feminin. Debutul poate avea loc după un eveniment stresant.

Evoluția cea mai frecventă fără tratament este cronică, cu remisuni și exacerbari. Aceasta se poate însoți și de apariția gândurilor suicidare la aproximativ jumătate dintre subiecți.

Cele mai frecvente **comorbidități** sunt:

- Tulburările anxioase
- Tulburările afective periodice (Tulburarea depresivă recurentă sau bipolară)
- Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă

Tulburarea obsesiv-compulsivă este prezentă și la subiecți cu alte afecțiuni psihiatrice, la cei cu schizofrenie menționându-se o prevalență de aproximativ de 12%.

Diagnosticul diferențial se face cu:

- Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (în cadrul acesteia nu apar obsesii și compulsii ca răspuns la acestea)
- Tulburările anxioase (prezența rumațiilor, comportamentelor de evitare și nevoia de asigurare pot să fie comune ambelor patologii);
- Tulburarea depresivă (rumațiile din depresie nu au caracter intruziv și deranjant);
- Ticurile;
- Tulburările de comportament alimentar.

Tratamentul acestei afecțiuni presupune o intervenție atât medicamentoasă cât și psihoterapică.

Ca și medicamente sunt necesare antidepressive care să stimuleze transmisia serotoninergică. Primul tratament cu rezultate pozitive a fost cel cu antidepressivul triciclic Clomipramina (Anafranil). Cele mai utilizate în prezent sunt antidepressivele din seria SSRI (Inhibitori Specifici ai Recaptării de Serotonină) în doze mari și timp prelungit (Fluvoxamină, Fluoxetină, Paroxetină, Sertralină, Escitalopram, Citalopramum).

În cazul TOC dozele terapeutice sunt duble față de cele necesare pentru tratamentul depresiei. De asemenea eficacitatea tratamentului se evaluează după 4-12 săptămâni de administrare.

Se mai recomandă și anxioliticele, dintre acestea eficacitate demonstrând clonazepamul, care ridică însă problema dependenței, tratamentul trebuind să fie de lungă durată.

Efecte benefice s-au observat de asemenea prin asocierea de antipsihotice la medicația antidepressivă serotoninergică.

Ca și psihoterapie de primă intenție este psihoterapia cognitiv-comportamentală. Ea constă în esență din antrenarea subiectului de către psihoterapeut în provocarea activă a obsesiei (și/sau compulsiei) și rezistența

voluntară pentru un timp, față de aceasta (amânarea trăirilor sau comportamentului respectiv).

De asemenea se recomandă psihoterapie suportivă cu inspirarea sentimentului de încredere.

Alte abordări mai include psihoterapia psihodinamică și terapia familială, însă rezultatele acestora au fost neconcludente.

Cele mai bune rezultate terapeutice s-au obținut prin asocierea terapiei medicamentoase cu psihoterapia cognitive-comportamentală.

10. TULBURĂRILE DISPOZIȚIEI AFECTIVE

Sub această titulatură găsim un grup de afecțiuni psihice cronice, ce au ca și definitiviu modificarea cantitativă episodică a dispoziției afective.

Cele mai cunoscute entități nosologice în cadrul acestora sunt Tulburarea depresivă recurentă (Tulburarea monopolară depresivă) și Tulburarea afectivă bipolară.

Ca urmare a faptului că o parte din factorii etiologici ai acestor afecțiuni sunt comuni, ei vor fi abordați împreună cu sublinierea diferențelor acolo unde este cazul. Etiologia acestora este plurifactorială, aceștia putând acționa pe parcursul întregii vieți, începând chiar înainte de naștere. Acești factori pot fi împărțiți în biologici și psihologici, în continuare menționând pe cei mai importanți.

Factori biologici:

- a) Factorii genetici – contribuția lor etiologică a fost argumentată prin studii familiale, pe adopții și diferențele dintre gemenii monoziгоți și cei dizigoți. Cel mai frecvent asociate cu tulburările afective au fost genele situate pe cromozomii 5, 11 și X. De asemenea s-a observat existența unei agregări familiale a tulburărilor dispoziției afective.
- b) Neurotransmițătorii – în depresie principalii neurotransmițători implicați sub aspect patogenetic sunt serotonina, noradrenalina și dopamina, o scădere a activității cerebrale a acestora ducând la apariția simptomelor depresive. În manie este posibil să existe o hiperactivitate de tip dopaminergic și noradrenergic.
- c) Factori neuroendocrini – este binecunoscut faptul că în depresie se constată o hiperactivitate a axului hipotalamo-hipofizo-suprarenalian cu hipercortizolemie cronică. Un alt ax neuroendocrin implicat în episoadele

afective, îl constituie axul hipotalamo-hipofizo-tiroidian. Acesta ar fi implicat în mod particular în patologia bipolară.

- d) Modificările somnului – la pacienții aflați în episod depresiv s-au constatat următoarele modificări: scăderea latenței pentru prima perioadă de somn REM, o preponderență mai mare a somnului REM raportat la toată durata somnului comparativ cu subiecții normali, scăderea duratei totale a somnului cu apariția insomniei de trezire, etc. La subiecții aflați în manie este cunoscut faptul că există o scădere a duratei somnului necesar. De asemenea deprivarea de somn are efecte antidepresive acest lucru având și implicații terapeutice.
- e) Neuranatomie – s-a constatat implicarea unor anumite zone din creier precum hipocampul, cortexul prefrontal, girusul cingulat anterior, talamusul, nucleul caudat, nucleul accumbens și a amigdalei cerebrale. Episoadele depresive prelungite au fost asociate cu un grad de hipotrofie hipocampică proporțională cu durata episodului și responsabilă de tulburările memoriei de scurtă durată din cadrul episoadelor depresive. Dacă în depresie aceste regiuni sunt asociate cu o scădere a funcției, în manie se observă o creștere a activității acestora.
- f) Fenomenul de „kindling” – conform acestei ipoteze dacă episoadele afective inițiale sunt declanșate reactiv, apoi parțial reactiv, ulterior pe parcursul evoluției bolii acestea pot să apară spontan fără nici un eveniment declanșator. Acest fenomen ar avea ca și substrat anatomic lobii temporali (suportul biologic al emoției).

Factori psihologici:

- a) Teoriile psihanalitice – au la bază pierderea simbolică sau reală a unei persoane iubite sau obiect al iubirii și care este percepută ca rejecție de către depresiv. Mania este văzută ca un mecanism de defensă împotriva unei depresii subjacente.

- b) Factori asociați personalității - cei cu personalitate dependentă, evitantă sau obsesională sunt predispuși pentru a dezvolta depresie monopolară, iar cei cu trăsături de tip instabil-emoțional sunt predispuși spre bipolaritate.
- c) Evenimentele stresante de viață – în special evenimentele de tip pierdere (decese, despărțiri, divorțuri etc.) vulnerabilizează individul pentru a dezvolta ulterior o patologie a dispoziției depresive.
- d) Teoriile cognitive – au la bază triada cognitivă a lui Beck conform căreia depresivul: i) are o imagine de sine negativă; ii) interpretează negativ toate trăirile avute; iii) percepție și anticipare negativă a viitorului.

10.1. Tulburarea depresivă recurentă (tulburarea monopolar depresivă)

Tulburarea monopolar depresivă se manifestă prin episoade recurente de tip depresiv, limitate în timp, cu o durată minimă de 2 săptămâni.

Conform cu literatura americană de specialitate *prevalența pe durata întregii vieți* la populația americană a fost de 16,6%. Aceasta este mai frecventă la femei, debutul situându-se cel mai frecvent în jurul vârstei de 40 de ani.

Diagnosticul de Tulburare depresivă recurentă necesită prezența a minim două episoade depresive. Episoadele depresive pot fi de diverse intensități și durate (durata minimă două săptămâni), uneori și cu elemente psihotice.

Tabloul clinic al episoadelor depresive este reprezentat de simptomatologia sindromului depresiv. Conform ICD 10, pentru un episod depresiv este necesară prezența pentru minim 2 săptămâni, a cel puțin două din simptomele majore (dispoziție depresivă, pierderea interesului și a plăcerii, fatigabilitate crescută) și a cel puțin două simptome adiționale (reducerea capacității de concentrare; reducerea stimei de sine și autoîncrederii; idei de vinovăție și lipsă de valoare; viziune tristă și pesimistă asupra viitorului; idei sau acte de auto-vătămare sau suicid; somn perturbat; apetit alimentar diminuat).

Evoluția tulburării este de tip episodic, cu remisiune completă inițial interepisodic, însă cu timpul episoadele devin tot mai lungi, iar remisiunile tot mai scurte.

Tratamentul tulburării depresive recurente este medicamentos și psihoterapeutic.

Tratamentul medicamentos presupune trei faze:

- A) Tratamentul fazei acute – are ca obiectiv remisiunea simptomatologiei episodului curent
- B) Tratamentul de consolidare – are ca scop menținerea remisiunii obținute anterior și evitarea recăderii
- C) Tratamentul de întreținere – urmărește prevenirea recurențelor. După cel de-al doilea episod depresiv, ca urmare a riscului crescut de recurență în continuare, se sugerează continuarea tratamentului antidepressiv pe toată durata vieții.

Tratamentul medicamentos se realizează cu antidepressive, și în unele cazuri se recomandă și asocierea de antipsihotice.

Doza de antidepressiv se crește progresiv, în funcție de toleranță, efecte pozitive și secundare, până la cea maxim recomandată. Rezultatele terapeutice se așteaptă în 1-3 săptămâni; în lipsa lor se poate schimba antidepressivul. În cazul deciderii întreruperii tratamentului antidepressiv, aceasta nu trebuie să se facă brusc, ci prin reducerea progresivă a dozelor.

În continuare sunt redate principalele clase de antidepressive cu cei mai cunoscuți reprezentanți ai acestora:

- 1) Triciclicele. Cele mai utilizate preparate sunt Imipramina (Antideprin), Amitriptilina, Clomipramina (Anafranil) sau Doxepina. Acțiunea terapeutică se bazează pe blocarea recaptării serotoninei și a noradrenalinei. Datorită efectelor secundare sunt mai puțin folosite în prezent în detrimentul altora cu un profil de siguranță mai crescut.

- 2) Tetraciclicele. Principalele preparate sunt Mianserina și Maprotilina. Au un mecanism de acțiune asemănător cu cel al triciclicelor, dar cu mai puține efecte adverse și cardiotoxicitate redusă.
- 3) Inhibitorii specifici (selectivi) ai recaptării serotoninei (S.S.R.I.): Fluvoxamină, Fluoxetină, Paroxetină, Sertralină, Escitalopram, Citalopramum. Modul de acțiune constă în blocarea recaptării serotoninei din fanta sinaptică de către pompa presinaptică. Sunt printre cele mai utilizate antidepresive în prezent.
- 4) Modulatori ai serotoninei, prin reprezentatul Trazodona. Acesta are o acțiune favorabilă și asupra somnului, anxietății și sexualității.
- 5) Inhibitori duali ai recaptării serotoninei și noradrenalinei (Venlafaxina- acționează parțial și asupra recaptării dopaminei la doze mari, Duloxetina) - au acțiune rapidă și eficacitate crescută.
- 6) Inhibitori ai recaptării noradrenergice și dopaminergice (Bupropionul)
- 7) Antidepresive noradrenergice și specific serotoninergice (Mirtazapina) - cu o utilizare tot mai crescută în ultima perioadă

În cazul prezenței simptomelor psihotice în cadrul episoadelor depresive depresive recurente se recomandă antipsihoticele atipice. De asemenea, Quetiapina, Amisulpirida, Sulpirida și Olanzapina în doze mici sunt recomandate și în cazul absenței simptomatologiei psihotice ca medicație adjuvantă antidepresivelor pe perioade limitate de timp.

Psihoterapia

În afara perioadelor de depresie de intensitate cel puțin medie, sunt utile intervențiile psihoterapeutice.

Ca și abordare psihoterapeutică sunt recomandate terapia cognitivă, terapiile comportamentale asertive, terapia interpersonală, terapia familială sau terapiile psihodinamice.

Alte tratamente cu indicație în depresie mai sunt *Terapia cu lumină strălucitoare* (pentru depresia cu patern sezonier), *Terapia prin stimulare magnetică transcraniană*, *Terapia electroconvulsivantă (TEC)* și *Deprivarea de somn*.

10.2. Tulburarea afectivă bipolară

Tulburarea afectivă bipolară (TAB) este o boală psihică cronică caracterizată printr-o alternare extremă a dispoziției, de la episoade tip depresiv la episoade tip maniacoal/hipomaniacoal.

Prevalența acesteia în populația americană pe parcursul vieții a fost raportată ca fiind în jur de 4%. În ceea ce privește repartitia pe sexe literatura de specialitate menționează un raport de 1:1 între femei:bărbați. Deși poate debuta la orice vârstă, vârful de incidență se situează sub vârsta de 30 de ani.

Ca și în cazul Tulburării depresive recurente etiologia acestei afecțiuni este plurifactorială, cu factori de natură biologică și factori psihologici.

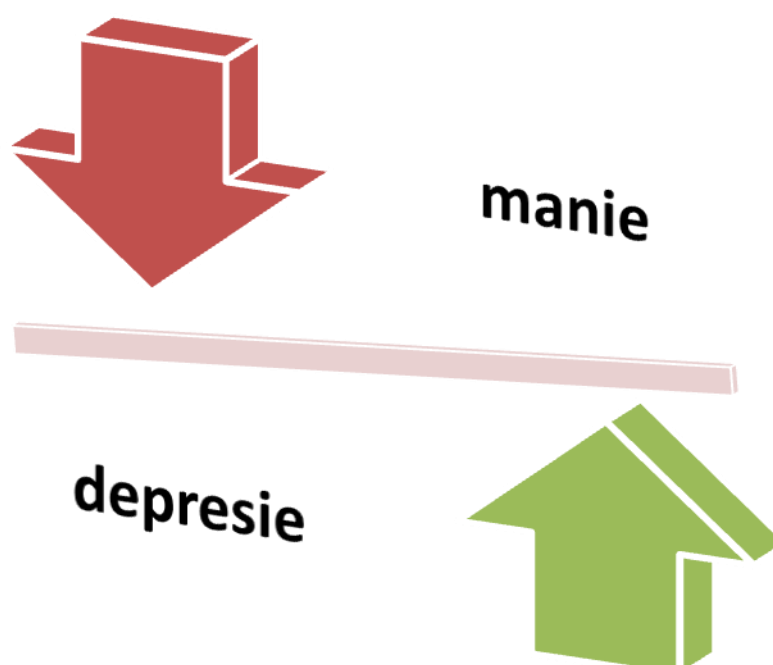


Fig. 2 – Tulburare afectivă bipolară

După cum s-a mai menționat afecțiunea se manifestă prin alternanța unor episoade maniacale și depresive, de diverse intensități, configurații clinice și durate. Episoadele afective pot fi și cu elemente psihotice sau cu stări mixte depresive și maniacale (alterne sau concomitente).

Dacă pentru episodul depresiv tabloul clinic a fost menționat în cadrul tulburării depresive recurente, tabloul clinic al episodului maniacal este centrat de sindrom maniacal.

Deci ca și simptome găsim: a) la nivelul expresivității mimico-gestuale vorbirea accelerată, logoreică, uneori telegrafică, mimica exagerată cu gestică amplă, largă, vestimentație în culori stridente, podoabe încărcate; b) la nivel instinctual se observă creșterea tuturor pulsionilor instinctive cu creșterea apetitului alimentar, a libidoului, hipersociabilitate cu familiaritate accentuată; c) în plan afectiv găsim starea euforică și/sau iritabilă; d) în plan cognitiv avem atenția dispersă, hipermobilă, dar inefficientă; memoria este orientată pe evenimente pozitive cu hipomnezie de fixare secundară deficitului atențional; percepția este exagerată, uneori cu prezența de halucinații; gândirea este accelerată cu fugă de idei, conținut pozitiv: idei de putere, supravalorizare, abilități deosebite, planuri multiple; e) în plan comportamental se descrie neliniște psihomotorie sau agitație psihomotorie, comportament decenzurat, dezinhibat și riscant (nu ia în considerare consecințele – face împrumuturi în bancă, cheltuie bani pe lucruri inutile, etc); f) simptome somatice cu nevoie redusă de somn, energie crescută, hipoestezie algică, etc. Pentru stabilirea diagnosticului de episod maniacal, simptomatologia trebuie să fie prezentă cel puțin o săptămână.

În cadrul acestei tulburări pot să mai apară și episoadele hipomanicale, acestea reprezentând o formă diminuată de manie.

Pentru diagnosticul pozitiv de Tulburare afectivă bipolară este necesar de cel puțin două episoade dintre care cel puțin unul să fie cu simptome maniacale

(episod maniacal, hipomaniacal sau afectiv mixt). Astfel succesiunea doar a episoadelor maniacale impune diagnosticul de Tulburare afectivă bipolară.

Evoluția și în cadrul acestei afecțiuni este cronică de tip episodic cu remisiune completă cel puțin în prima parte a evoluției, ulterior între episoade putând persista simptome reziduale.

Tratamentul Tulburării afective bipolare presupune atât o abordare medicamentoasă cât și psihoterapeutică.

Tratamentul medicamentos se face cu timostabilizatoare în toate fazele de evoluție a bolii, cu antipsihotice atipice ca urmare a valențelor timostabilizatoare a acestora pentru tratarea atât a episodului maniacal ci și ca tratament de întreținere, și cu antidepresive pentru episoadele depresive cu evoluție nefavorabilă însă cu mare atenție pentru a nu se produce declanșarea unui episod maniacal.

Ca și stabilizatori afectivi avem:

- a) Sărurile de litiu: Carbonatul de litiu – necesită monitorizare tiroidiană și a funcției renale.
- b) Anticonvulsivante clasice: carbamazepina (necesită monitorizarea hemoleucogramei ca urmare a riscului de leucopenie) și acidul valproic (ca urmare a riscului de trombocitopenie și hepatocitoliză necesită monitorizare hepatică și sanguină)
- c) Anticonvulsivante de nouă generație: Lamotrigina, Gabapentina și Topiramatul

Medicația antipsihotică folosită în tratamentul Tulburării afective bipolare:

- a) Clasice: Haloperidolul folosit doar în cadrul episodului maniacal
- b) Atipice: Olanzapina, Quetiapina (necesită monitorizarea greutății și a profilului lipidic) ce pot fi folosite în orice fază a bolii; Aripiprazolul pentru tratamentul episodului maniacal și prevenirea recurențelor maniacale; Risperidona pentru tratamentul episodului maniacal.

Episodul de boală de obicei se tratează în spital (în special cel maniacal), în timp ce prevenția recăderilor se face în ambulatorul de specialitate, cu supravegherea activă a pacientului.

Ca și psihoterapie se indică:

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

11. TULBURĂRILE PSIHOTICE

Per ansamblu tulburările psihotice reprezintă un grup de perturbări psihice grave ca intensitate în cadrul cărora, pentru subiect, este intens modificată percepția, înțelegerea și reprezentarea lumii și a sinelui. Din punct de vedere semiologic psihoza se referă la prezența delirului, a halucinațiilor, a absenței conștiinței bolii. În cadrul psihozei avem perturbarea profundă a relației psihoticului cu realitatea.

Ideile delirante sunt definite drept credințe false, ferme, puternic menținute și neschimbătoare în fața dovezii care le infirmă, ce nu sunt în consonanță cu educația și cadrul cultural și social al persoanei, și apar pe un câmp de conștiință clar.

Halucinațiile sunt percepții fără obiect necriticate de subiect (acesta este convins că obiectul există). Acestea pot fi vizuale, auditive, olfactive, gustative sau tactile.

11.1. Schizofrenia

Denumită inițial ca Dementia Praecox, deoarece era văzută ca o boală psihică ce apare la tineri (praecox) și conduce la o deteriorare cognitivă progresivă și ireversibilă (dementia), în prezent schizofrenia reprezintă afecțiunea psihică cea mai cunoscută și intens studiată în cadrul psihiatriei.

Prevalența pe durata întregii vieți este de aproximativ 1%, cu o repartiție egală pe sexe și cu un debut la o vârstă mai tânără la bărbați.

Etiologia acesteia este plurifactorială, în determinismul ei intervenind factori biologici (genetici, biochimici și anatomopatologici), sociali (familii cu expresivitate emoțională crescută, mama schizofrenogenă și mesaje contradictorii în familie) și psihologici (structură de personalitate de model schizoid).

Ca și factori biochimici menționăm tulburările în transmisia dopaminergică, serotoninergică, acetilcolinei și a glutamatului.

Sub aspect anatomopatologic s-au observat modificări precum scăderea globală în volum a cortexului frontal, reducerea în volum a girusului temporal superior stâng, a hipocampului și amigdalei, absența asimetriei normale între emisfere sau ventriculomegalie.

Debutul schizofreniei este cel mai frecvent lent, progresiv și se realizează cel mai frecvent între ultima parte a adolescenței și mijlocul anilor 30.

Tabloul clinic al Schizofreniei se caracterizează printr-o combinație semiologică de 4 macrosindrome:

- pozitiv
- negativ
- dezorganizat
- cataton

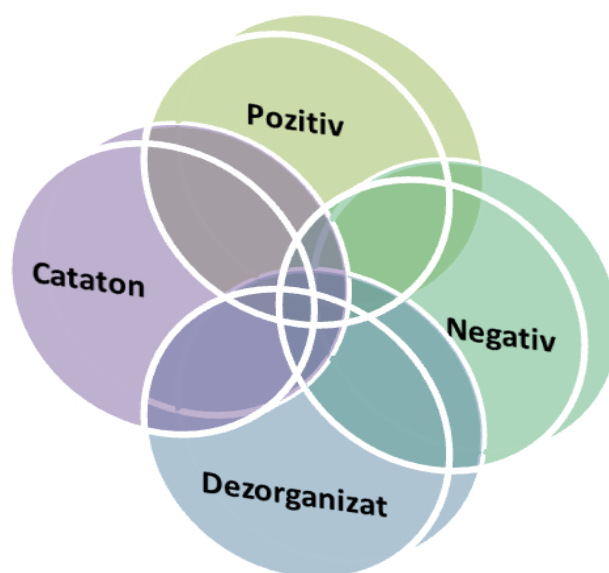


Fig. 2- Macrosindroame în schizofrenie

- Macrosindrom pozitiv, constând din: idei delirante (predomină tematica paranoidă), sindromul de transparență-influență (citirea, sonorizarea sau transmiterea gândurilor, furtul gândirii, retragerea și inserția gândirii, dirijarea xenopatică a comportamentului și sentimentelor, etc.), halucinații (cele mai specifice sunt halucinațiile auditive, comentative; dar și cele imperative sau apelative);
- Macrosindrom negativ, constând din: deficit de intenționalitate (curiozitate, interes), anafectivitate, sociabilitate scăzută; gândire sărăcită, restrictivă, stereotipă;
- Macrosindrom dezorganizat, ce se manifestă în plan ideo-verbal, prin tulburări formale (deraiere, incoerență, baraj mental, manierism, tulburări logice, semantice) și în planul perturbării motivației firești, argumentării expresivității și a comportamentului.
- Macrosindromul cataton ce se manifestă prin stupor sau excitație psiho-motorie, posturing, rigiditate, negativism și flexibilitate ceroasă, simptome ce se manifestă în special în planul comportamental.

Cele mai frecvente idei delirante sunt cele cu tematică paranoidă, precum:

- *Ideile delirante de persecuție-prejudiciu*, cu teme de : urmărire, amenințare, intenție de omorâre, otrăvire, etc; deseori delirul de grandoare se asociază cu delirul de persecuție. Pacientul se simte jignit de gesturi, cuvinte, atitudini, are convingerea că este observat și urmărit, că împotriva lui se complotază.

- *Ideile delirante mistice sau religioase* sunt reprezentate de convingerea bolnavului că este un mesager divin, că este un înger sau diavol sau chiar instanța divină supremă, că este purtătorul unui mesaj de ordin spiritual, religios.

- *Ideile delirante de referință și senzitiv-relaționale*: constau în convingerea pacientului că persoane necunoscute sau din anturaj, exercită asupra sa influențe negative și că prin cuvinte, gesturi, acțiuni fac aprecieri

defavorabile asupra calităților sale intelectuale, morale, fizice sau sexuale. Cel de referință se referă în special la faptul că pacientul crede că ceea ce se întâmplă în mass-media are legătură cu el (un articol citit în revistă, o reclamă de la televizor, o melodie este considerată de pacient ca având legătură cu el)

- *Ideile delirante de control (de influență xenopatică)* determină convingerea subiectului că este controlat, supravegheat și dirijat, influențat permanent. Face parte din sindromul de automatism mental.

În cadrul sindromului de transparență-influență pacientul crede că unele gânduri nu sunt ale lui și i-au fost implantate de alte persoane sau o agenție (inserția gândurilor), anumite gânduri i-au fost extrase din mintea lui de anumite forțe exterioare (furtul gândurilor), sau că gânduri nepovestite de el sunt cunoscute de alți oameni prin difuzarea acestora prin unde radio, telepatie sau alte căi (difuziunea gândirii). Prin transparența gândirii pacientul trăiește sentimentul neplăcut al pierderii intimității vieții psihice. În plus prin fenomenul de influență („influență xenopată”) subiectul are impresia că alții îi controlează și dirijează afectivitatea, senzațiile corporale, acțiunile. El se simte ca un automat dirijat din exterior.

Pentru formularea unui diagnostic de schizofrenie tabloul clinic ar trebui să dureze conform sistemului american actual de diagnostic (DSM-5) în cadrul primului episod cel puțin 6 luni (dintre care cel puțin 1 lună de simptome floride evidente), iar conform sistemului internațional de clasificare ICD 10 WHO, cel puțin 1 lună de simptome floride.

Formele clinice de schizofrenie

- Forma paranoidă în care predomină simptomele pozitive (este în prezent cea mai frecventă).
- Forma dezorganizantă (hebefrenă) în care predomină dezorganizarea ide-verbală și comportamentală.
- Forma catatonă în care predomină sindromul cataton.

- Forma nediferențiată, se manifestă cu simptome din toate ariile menționate.
- Forma reziduală, în care în mod obligatoriu pacientul a prezentat cândva pe parcursul evoluției cel puțin un episod productiv cu simptomatologie pozitivă (delir, halucinații etc.) dar în prezent în tabloul clinic nu sunt prezente decât simptome negative (schizo-deficitare).
- Forma simplă, caracterizată doar prin simptomatologie negativă fără ca pacientul să fi avut vreodată în istoricul bolii simptomatologie pozitivă.

În prezent se consideră că evoluția și prognosticul schizofreniei sunt mai variabile și mai puțin predictibile decât ale oricărei alte tulburări psihice de intensitate asemănătoare.

O clasificare a evoluției care să fie utilă atât în practica clinică cât și în sensul riguros statistic este cea îmbrățișată de ICD 10 și DSM V cu unele modificări:

1. episod psihotic unic urmat de remisiune completă
2. episod psihotic unic urmat de remisiune incompletă
3. episoade psihotice multiple cu remisiune completă interepisodică
4. episoade psihotice multiple cu remisiune incompletă interepisodică
5. evoluție continuă, fără remisiune

Ca factori de prognostic pozitivi pentru această afecțiune menționăm: debutul la vârstă mai înaintată; debutul de tip acut; forma clinică paranoidă; prezența elementelor afective; funcționarea premorbidă bună; absența încărcăturii genetice; rețeaua de suport social adecvată; durata scurtă a primului episod.

Putem afirma că există o importantă heterogenitate și variabilitate în evoluția și prognosticul schizofreniei.

Tratamentul schizofreniei este medicamentos și psihoterapic.

Tratamentul medicamentos se face atât în faza acută cât și în cea de întreținere. El implică utilizarea neurolepticelor. În prezent ele se clasifică în funcție de modul de acțiune în:

- Sedative: clorpromazina, levomepromazin și tioridazin
- Incisive: haloperidol, trifluoperazin
- Bimodale: amisulpirid, sulpirid
- Atipice: olanzapina, risperidona, quetiapina, aripiprazol, ziprasidona și clozapina

Alegerea neurolepticului se face în funcție de simptomatologia clinică prezentă:

1. simptome pozitive: neuroleptice incisive, neuroleptice bimodale sau neuroleptice atipice
2. simptome negative: neuroleptice atipice, neuroleptice bimodale (doze mici)
3. simptome dezorganizante: neuroleptice incisive, neuroleptice atipice
4. simptome catatone: neuroleptice incisive, neuroleptice atipice (administrare injectabil)

Durata tratamentului în general, după un prim episod de schizofrenie este de minim 2 ani, după două episoade de schizofrenie este de 5 ani, iar după trei episoade toată viața. Decizia de întrerupere sau continuare a tratamentului de întreținere se ia de medicul psihiatru împreună cu pacientul.

Tratamentul psihoterapic trebuie să includă și aspectul social al acestei afecțiuni. Astfel psihoterapia se începe cât mai precoce și trebuie în primul rând să ia în calcul tendința pacientului spre izolare și necomunicare. Astfel trebuie favorizat contactul interpersonal-social, prin prezența pacienților la activități de club, gimnastică și jocuri sportive, ergoterapie și activități culturale artistice.

Intervențiile psihoterapeutice trebuie să fie de tipul terapiei cognitiv-comportamentale, terapia familială, psihodramei și psihoeducației. Psihoeducația este foarte importantă în realizarea aderenței terapeutice a pacientului tratamentul schizofreniei fiind de lungă durată, uneori întreaga viață.

11.2. Tulburările delirante persistente

Reprezintă un grup de psihoze cu evoluție cronică în care simptomul principal este delirul sistematizat. În cadrul lor găsim Paranoia și Parafrenia.

Ele au fost considerate a fi afecțiuni rare, însă este unanim acceptat faptul că numărul lor real este mai mare decât cel raportat ca urmare a contactului cu serviciile psihiatrice.

Debutul acestora are loc, în general, la vârstă adultă, de obicei după 35 de ani, iar evoluția acestora este cronică.

Paranoia

Reprezintă principala entitate nosologică din cadrul Tulburărilor delirante persistente. Se descrie mai frecvent la persoanele cu ce prezintă premorbid trăsături paranoide de personalitate.

Tabloul clinic este centrat de un delir sistematizat, aparent logic, ce motivează comportamentul pacientului. Acesta trebuie să fie prezent cel puțin 3 luni pentru susținerea diagnosticului. Nu sunt prezente halucinații, fenomene de transparență-influență, tulburări de serie schizo-negativă și dezorganizante.

Temele delirante prezente în cadrul paranoiei sunt:

Tema de persecuție. Pacientul trăiește continuu sentimentul de ostilitate din partea altor persoane sau structuri organizatorice ce au potențialul de a-i face rău subiectului. Persoanele implicate în sistemul de persecuție, pot fi din cadrul rudelor, vecinilor, a doctorilor, poliției, pot fi structuri din securitate sau guvern, etc.

Tema somatică. În cadrul acesteia principala temă o reprezintă dismorfofobia sau hipocondria delirantă.

Tema erotomană. Subiectul este convins că o altă persoană de sex opus (de obicei o persoană cu un statut superior ei) este îndrăgostită de el.

Tema megalomană, de invenție. În cadrul acestei teme subiectul este convins că a descoperit ceva extraordinar (tratamentul cancerului, perpetuum

mobile etc.) și cere recunoașterea oficială a invenției sale, sau se consideră descendentul unei familii ilustre, sau chiar o persoană cu misiune divină specială, creând diferite grupuri acolite.

Tema de gelozie. Subiectul este convins de faptul că partenerul îl (o) înșală, deși nu există dovezi concrete, iar argumentele sunt considerate nerezonabile pentru anturaj. Apare mai frecvent la bărbați.

Tema de relație. Subiectul trăiește cu sentimentul că alții sunt preocupați și atenți critic față de el. Se simte privit în mod deosebit (eventual alții întorc capul după el), se discută despre el, este bârfit, râd de el, încearcă să-l dezonoreze, etc. Există și o variantă în care el are convingerea că în mass-media (televizor, ziare) se vorbește sau apar informații care se referă la el.

Parafrenia

Reprezintă o psihoză asemănătoare cu schizofrenia paranoidă ca și tablou clinic, însă cu mai puține tulburări de gândire, cu o mai bună păstrarea afectivității, cu o mai puțină deteriorare a personalității. Caracteristica acestei psihoze este delirul fantastic însoțit de multiple tipuri de halucinații (în special vizuale și auditive) și sindromul de transparență influență. Și în acest caz simptomatologia trebuie să dureze mai mult de trei luni.

Caracteristică parafreniei este prezența dublei contabilități (pacientul face distincția dintre lumea reală și lumea imaginară). În cazul decompensării apare o intricare între lumea reală și cea imaginară, pacientul pierzând dubla contabilitate.

Evoluția tulburărilor delirante persistente este în mod obișnuit cronică, dar nedeteriorativă (comparativ cu situația evolutivă a schizofreniei).

Tratamentul tulburărilor delirante persistente este în primul rând neuroleptic (vezi secțiunea tratamentului de la schizofrenie). În funcție de prezența unei simptomatologii afective asociate se mai pot adăuga antidepressive, anxiolitice și/sau stabilizatoare timice.

11.3. Tulburările psihotice acute și tranzitorii

Și în cazul acestora prezența în populația generală este considerată ca fiind rară, prevalența și incidența acestora fiind necunoscută.

Ele pot debuta la orice vârstă, cu o preponderență mai mare la sexul feminin. Debutul este acut (în două săptămâni) și precedat de obicei de o situație stresantă. Tabloul clinic este dominat de prezența delirurilor cu teme variate, a halucinațiilor de diverse tipuri și a sindromului de transparență influență. Însă caracteristic la acest tablou clinic este starea variabilă și rapid schimbătoare prezentă la multe dintre tulburările psihotice acute (schimbarea tematicii delirante, a tipurilor de halucinații, a stării afective: de la anxietate, iritabilitate și depresie la euforie și extaz etc.) și care este numită în acest caz “polimorfă”.

Uneori, tabloul clinic nu este așa de complex și polimorf cum a fost descris anterior. El se poate reduce doar la deliruri paranoide, însoțite de halucinații, anxietate secundară, depresie sau euforie; se poate rezuma chiar la delir senzitiv-relațional dublat de o stare depresiv-anxioasă.

În ceea ce privește durata acestor episoade, în cazul în care avem simptomatologie tipică macrosindromului pozitiv din schizofrenie aceasta nu trebuie să depășească o lună caz în care diagnosticul trebuie schimbat în cel de schizofrenie. Dacă tabloul clinic se reduce însă doar la deliruri paranoide aceste episoade pot dura până la 3 luni, după care diagnosticul se va schimba în cel de tulburare delirantă persistentă.

În funcție de prezența polimorfismului ce implică variabilitatea și schimbarea rapidă a simptomatologiei (de la o zi la alta sau chiar pe parcursul unei zile) sau a simptomelor tipice de schizofrenie, principalele subgrupe diagnostice ale tulburărilor psihotice acute și tranzitorii sunt următoarele:

- 1) *Tulburare acută polimorfă fără simptome de schizofrenie;*
- 2) *Tulburare acută polimorfă cu simptome de schizofrenie;*
- 3) *Tulburare psihotică acută schizophrenia-like.*
- 4) *Alte tulburări psihotice acute predominant delirante.*

Evoluția pe termen scurt a tulburărilor psihotice acute și tranzitorii este spre remisiune completă a simptomatologiei psihotice, cu revenire la nivelul anterior de funcționare al persoanei. Trebuie menționată însă tendința spre recurență, condiționată sau nu de existența unor triggeri.

Tratamentul este de asemenea în principal medicamentos cu neuroleptice pe o perioadă determinată de timp, cel puțin pentru primele două episoade.

12. ALCOOLISMUL

Ce este adicția? O tulburare comportamentală complexă care se manifestă prin utilizarea în exces a obiectului adicției, indiferent de consecințe. Obiectul adicției cu timpul centrează viața acelei persoane, consecința fiind trecerea pe plan secund a familiei, a relațiilor personale, a studiilor sau a carierei.

Se spune că fiecare dintre noi are o adicție, fie că este vorba de mâncare, fumat, emoții puternice sau de compania unui prieten. Sunt multe lucruri în viață de care noi oamenii depindem, pe care dorim să le avem, dar nu le numim adicții dacă nu sunt excesive și nu cauzează probleme de sănătate, interpersonale sau sociale. În realitate problema adicției este mult mai profundă, fiind o problemă de raportare a eului la sine, la ceilalți și în același timp la procesul motivațional. Adicția necesită o abordare multidisciplinară cu implicarea în primul rând a psihiatriei dar și a psihologiei, sociologiei și chiar a antropologiei.

De ce ne interesează adicțiile? La prima vedere adicția pare o opțiune personală, adică ceva de genul “ beau cât vreau , ... consum ce substanțe vreau ca să mă simt bine ... fumez cât doresc...”, realitatea este însă alta deoarece sunt afectate atât viața personală cât și sănătatea fizică și psihică prin prezența unor boli somatice sau psihice care apar ca și consecințe și ceea ce este mai trist este că în acest joc sunt prinși toți cei apropiați, familie, prieteni, colegi de servici și practic adicția devine o problemă cu implicații sociale. Familia și prietenii suferă de multe ori într-o măsură mult mai mare decât persoana afectată și din cauza neputinței de a-l ajuta.

Există mai multe tipuri de consum de alcool:

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

Etiopatogenie:

Cei mai importanți factori incriminați sunt:

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

12.1. Intoxicația alcoolică acută

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

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

12.2. Beția patologică

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

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

12.3. Dependența alcoolică

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

Consumul constant, îndelungat de alcool, cu dependență, determină etilism cronic.

La persoana cu etilism cronic malativ se analizează:

- ✚ Modalitatea de consum
 - Continuu
 - Intermitent – de tip dipsoman.
- ✚ Durata de timp
- ✚ Cantitatea consumată zilnic

- ✚ Tipul de băutură
- ✚ Dacă consumă singur sau în grup

12.4. Sevrăjul alcoolic

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

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

Uneori poate să apară o criză comițială inaugurală.

Sevrăjul netratat duce la apariția unei complicații severe și anume:

12.5. Delirium tremens

Clinic se caracterizează prin:

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

- + Febră;
- + Deshidratare;
- + Tulburări acido-bazice, hidro-electrolitice;
- + Crize comițiale;
- + Comă – deces.

Tratamentul sevrajului

Hidratare per os

Vitamine B₁, B₆ per os

Anxiolitice: Meprobamat

Anticonvulsivante: Carbamazepină

Tratamentul Deliriumului tremens

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

Corectarea dezechilibrelor electrolitic și acido-bazic

Vitamine B₁, B₆ injectabil

Anxiolitice: Diazepam injectabil

Anticonvulsivante: Tiapridal injectabil

Antipsihotice: Haloperidol

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

Complicațiile etilismului cronic malativ


+ Somatice:

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

+ Neurologice:

- Simptome cerebeloase
- Polinevrită

- Sindrom Korsakov
- Crize comițiale

 Psihiatrice:

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

 Sociale, profesionale, familiale, penale:

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

Tratamentul persoanei cu consum de alcool

Impune evaluarea stadiului în care se află:

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

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

3. Tratament simptomatic

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

4. Tratament psihoterapeutic

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

Tratamentul este de durată, complex, făcut de echipe multidisciplinare. Dezideratul este obținerea și menținerea abținerei. De-a lungul timpului sunt posibile recăderi (reluarea consumului) ce impun aceeași atitudine terapeutică complexă.

13. TOXICOMANIILE

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

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

Epidemiologie

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

Cauze

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

Ce apare caracteristic?

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

Substanțe:**1. OPIOIZII**

Mod de prezentare :

OPIUL: ingerat, fumat

MORFINA: ingerată, injectată

HEROINA: injectată (shoot), fumată, prizată

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

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

HEROINA – INTOXICAȚIE

<p>INTOXICAȚIA : PSIHIC</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>INTOXICAȚIA: SOMATIC</p> <p>ANALGEZIE</p> <p>BRADICARDIE</p> <p>DEPRESIE RESPIRATORIE 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>INTOXICAȚIA SEVERĂ:</p> <p>OBNUBILARE, COMĂ</p> <p>MIOZĂ</p> <p>DEPRESIE RESPIRATORIE</p> <p>COLAPS</p>	<p>TRATAMENTUL INTOXICAȚIEI</p> <p>Cu antagoniști:</p> <p>NALORFINA</p> <p>NALOXON</p> <p>NALTREXONA</p>

REAȚIA DE SEVRAJ

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

2. CANNABIS

Mod de administrare :

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

Țigară: cannabis amestecat cu tutun sau cocaină (JOINT)

Pipă specială

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

Dulciuri

Băuturi

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

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

BEȚIA CANABINOIDĂ

I	EXCITAȚIE EUFORICĂ	Euforie Expansivitate Logoree
II	EXALTARE SENZORIALĂ ȘI AFECTIVĂ	Hiperestezie senzorială Hiperemotivitate, ilaritate, impulsivitate, agresivitate
III	EXTAZ liniștit	Distorsiuni perceptive în timp și spațiu Halucinații
IV	SOMN	

3. COCAINA

Forme de prezentare :

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

Manifestări clinice

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

4. AMFETAMINE

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

<p>UTILIZATORI:</p> <p>Studenti înaintea examenelor Oameni de afaceri surmenați Sportivi înaintea competițiilor Soldați în marșurile lungi Șoferii de cursă lungă pentru a combate somnul Femei pentru a slăbi</p>	<p>Căile de administrare.</p> <p>Oral (efect după o oră și durează 6 ore) IV shooting IM Inhalare Fumat (durată ore)-ICE</p>
<p>UTILIZAREA ÎN MEDICINĂ</p> <p>Decongestionare nazală (methamfetamina) Narcolepsie Sindrom hiperkinetic Depresii rezistente la tratament</p>	<p>Toxicomanii la amfetamine sunt denumiți speedfreaks (monștrii vitezei)</p>

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

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

DEPRESIE, IRITABILITATE

OBOSEALĂ

HIPERSOMNIE

FOAME

Pentru a scăpa de depresie se asociază HIPNONTICE

Depresia se poate complica cu SUICID

5. HALUCINOGENELE

- psihedelice: produc senzația de expansiune a minții

- psihodisleptice: perturbă mintea

- psihotomimetice: mimează psihoza

AMANITA MUSCARIA –Afganistan , PSILOCYBINA - utilizată de mayași

MESCALINA –utilizată de azteci , ATROPA BELLADONNA

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

<p>EXPERIENȚA PSIHEDELICĂ</p> <p>Faza I (2 ore)</p> <p>Relaxare, Euforie, Sociabilitate</p> <p>Luciditate, Efecte somatice simpaticomimetice</p> <p>Faza II (2 ore)</p> <p>Distorsiuni perceptiv: iluzii vizuale geometrice, sinestezii</p> <p>Faza III</p> <p>Perceperea distorsionată a timpului</p> <p>Sentiment de dedublare, de decorporare, depersonalizare</p> <p>Sentimentul de capacități deosebite, disoluția eu-lui într-un extaz mistic,</p> <p>Perceperea organelor interne, retrăirea unor evenimente foarte îndepărtate</p> <p>Psihoză paranoidă, delirium</p>	<p>BAD TRIP</p> <p>Experiență asemănătoare cu atacul de panică</p> <p>Uneori se asociază halucinațiile și delirul</p>
	<p>FREETRIP (FLASH BACK)</p> <p>Recurențe spontane și tranzitorii ale experienței psihedelice (secunde, minute) care apar mult după ce drogul a fost eliminat din organism</p>

6. BARBITURICELE

<p>INTOXICAȚIE</p> <p>Beția barbiturică:</p> <p>Dezinhibiție psihomotorie</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>SEVRAJ</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>
--	---

Tratament

Evaluarea statusului actual care consta din :

- substanța sau substanțele utilizate (frecvent politoxicomanie) și în ce doze (rar toxicomanul recunoaște dozele adevărate).
- se obțin informații și de la aparținători
- statusul somatic actual

Se utilizează preparatele utilizate de toxicoman în cazul tranchilizantelor și hipnoticelor sau înrudite (methadonă în cazul morfinei și heroinei). Inițial $\frac{1}{2}$ din doza bănuită, apoi scădere treptată.

Asociere de neuroleptice sedative sau antidepressive 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

14. PATOLOGIA DETERIORATIVĂ

Demența reprezintă un sindrom clinic caracterizat de deteriorarea globală a psihismului dobândită, progresivă și spontan ireversibilă, cu manifestări în plan neuropsihologic (amnezia, tulburările de atenție, apraxia, agnozia etc.), neuropsihiatric (depresie, anxietate, ideația paranoidă, modificările de comportament etc.) și cel al activităților zilnice uzuale (efectuarea sarcinilor casnice uzuale, probleme de alimentare, igienă etc.).

Ariile cognitive afectate frecvent în demențe sunt reprezentate de: memorie, atenție, orientare, gândire și vorbire, calcul și judecată.

Principalele simptome din cadrul tabloului clinic general sunt:

1. Tulburări de memorie:
 - afectarea memoriei de scurtă durată (incapacitatea de a învăța lucruri noi);
 - afectarea memoriei de lucru (dificultăți în realizarea simultană a mai multor sarcini, dificultăți de planificare, organizare);
 - amnezie antero-retrogradă cu ștergerea treptată din prezent spre trecut a achizițiilor mnezice;
2. Tulburări de atenție - afectarea concentrării și a persistenței;
3. Gândirea și vorbirea devin sărace, concrete, stereotipe (repetă amintirile vechi), putând ajunge până la incoerență ideo-verbală sau mutism;
4. Dezorientare în timp-spațiu
5. Calcul – discalculie, până la acalculie
6. Apraxia - în condițiile unui sistem nervos motor și senzitiv integru pacientul nu mai are abilități în desfășurarea unor activități precum îmbrăcarea, utilizarea corectă a cuțitului, lingurii, etc.

7. Agnozia – nu mai recunoaște lucruri sau persoane (nu se mai recunoaște în oglindă) – dezorientarea auto și allopsihică
8. În plan afectiv: labilitate, iritabilitate, anxietate, depresie, tocire afectivă.
9. Modificări de comportament cu accentuarea unor trăsături de personalitate precum egocentrismul, psihorigiditatea, avariția; retragere socială sau dezinhibiție ; crize de agitație psihomotorie; dromomanie, etc.
10. Simptome neurologice (diferite în funcție de tipul de demență)
11. Dificultăți de autoadministrare, autoîngrijire, în fazele avansate fiind nevoie de supraveghere permanentă.
12. Complicații somatice:
 - Cașexie, incontinență sfincteriană, dificultăți de deglutiție, deces.

În funcție de mecanismul etiopatogenetic demențele se pot împărți în următoarele clase:

1. Demențe degenerative: Boala Alzheimer, Boala Pick, Boala Parkinson, Coreea Huntington, Demența cu corpi Lewy
2. Demențe induse de consumul de substanțe psiho-active: Demența etanolică, etc.
3. Demențe vasculare: Demența multi infarct, Lacunarism cerebral, Infarctele strategice
4. Demențe induse de boli somatice generale: SIDA, Sifilis, PESS, Creutzfeld-Jakobs, Hipotiroidism, Hipercalcemie, Hipoglicemie, Bolihepatice, Tumoricebrale, Hematoame etc.

14.1. Demența Alzheimer

Reprezintă cel mai frecvent tip de demență (55% din totalul demențelor), prevalența sa crescând odată cu vârsta, ajungând la peste 20% după 80 de ani.

Dacă debutul bolii se efectuează sub 65 de ani avem boală Alzheimer cu debut precoce și boală Alzheimer cu debut tardiv dacă debutul este după 65 de ani.

Anatomopatologie

Modificările histopatologice specific bolii sunt evidențiate la nivelul cortexului și hipocampului și constituie triada:

- ghemuri neurofibrilare (cortex, hipocamp);
- plăci senile de amiloid beta (cortex, hipocamp);
- degenerescență granulo-vacuolară (hipocamp);

Inițial este afectat hipocampul, apoi cortexul temporal și apoi, în evoluție, cortexul frontal și parietal (și occipital uneori).

Etiopatogenia acestei boli nu este încă cunoscută, existând mai multe ipoteze cu implicarea diverșilor factori:

- Factorii genetici;
- Factorii biochimici: afectarea sistemelor de neurotransmițători, în special a activității acetilcolinei;
- Factorii toxici: excesul de aluminiu;
- Factorii infecțioși: infecția cu un virus lent;
- Factorii autoimuni;

Diagnosticul de Demență Alzheimer este doar unul probabil, cel de certitudine fiind pus doar histopatologic (prezența leziunilor specifice: ghemurile neurofibrilare, plăcile senine sau degenerescențele neurofibrilare).

Diagnosticul este susținut:

- Imagistic: creier în miez de nucă, dilatarea șanțurilor și a ventriculilor cerebrali, atrofie cerebrală progresivă.

○ Teste psihologice: MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Debutul bolii este insidios, boala evoluând de la un deficit mic spre moderat și sever, pe o pantă cu accentuare progresivă. Cele mai frecvente simptome inițiale sunt tulburările de memorie și dezorientarea în timp și spațiu.

Decesul se produce în 4 sau 10 ani de la punerea diagnosticului și se datorează tulburărilor de deglutiție.

Tratament:

1) Medicamentos

Alegerea medicației se va face în funcție de stadiul evolutiv al bolii.

În cazul formei ușoare (MMSE>20), se va opta pentru inhibitori de colinesterază: Donepezil 5-10 mg/zi; Rivastigmina 6-12 mg/zi; Galantamină 12 – 24 mg/zi.

Pentru forma moderată (MMSE între 10 și 19) se recomandă un inhibitor de acetilcolinesterază, asociat sau nu cu memantinum (anti glutamatergic), asociere recomandată în special la scoruri MMSE mai mici de 15. În acest stadiu, memantina poate fi recomandată și în monoterapie ca alternativă la medicația combinată (10-20 mg/zi).

În cadrul formei severe (MMSE <10), memantina reprezintă tratamentul de primă alegere. În situația în care răspunsul clinic la memantină este nesatisfăcător se optează pentru asocierea de memantină cu inhibitori de colinesterază.

Alte medicamente folosite în tratamentul demenței mai sunt:

a) Nootropele (Piracetam, Pramistar, Cerebrolysin) sunt folosite în formele ușoare sau medii de boală, ca medicație adjuvantă sau monoterapie dacă inhibitorii de acetilcolinesterază nu sunt tolerați.

b) Antioxidanți (Selegilina, extractul standardizat de Ginkgo Biloba, vitamina E) sunt utilizați în formele ușoare și medii de boală ca și tratament adjuvant

c) Vasodilatatoare (Piritinol, Cinarizină, Pentoxifilin) ca și tratament adjuvant

- 2) Trainingul abilităților cognitive
- 3) Îngrijire – cât este posibil la domiciliu și ulterior în instituții specializate
- 4) Corectarea deficitelor asociate (auz, vâz)
- 5) Psihoeducația aparținătorilor

14.2. Demențele vasculare

Sunt cele mai frecvent întâlnite demențe după boala Alzheimer. Diferențierea acestora față de Demența Alzheimer este greu de făcut la vârstnici în absența unor informații heteroanamnestice.

Ele au la bază o deteriorare cerebrală a cărei cauză o reprezintă accidentele vasculare cerebrale ischemice sau hemoragice.

Clasificare:

- Demența multi-infarct (infarcte multiple corticale produse de emboli, trombi proveniți din plăci ateromatoase; istorie și semne clinice de AVC)
- Demența subcorticală – leziuni situate în substanța albă profund; istorie de HTA.
- Demența mixtă cortico-subcorticală

Caracteristicile generale ale demențelor vasculare:

- clasic, debutul este acut, de obicei după un accident cerebral mai mare, cu agravarea în trepte (după fiecare accident vascular)
- alteori debutul este lent, dar cu agravare și evoluție în trepte
- intensitatea simptomelor este fluctuantă
- deficitul cognitiv afectează anumite sectoare lăsându-le intacte pe altele, în funcție de localizarea infarctelor (aspect „pătat”)
- semne neurologice de focar: piramidal, extrapiramidal, pseudobulbar (embol emoțional – labilitate afectivă)

- în antecedentele personale ale pacientului se pot pune în evidență factori de risc vasculari (accidente vasculare cerebrale, boli cardio-vasculare în special cardiopatie ischemică, hipertensiune arterială etc.)

Diagnosticul se realizează ca urmare a existenței tabloului clinic de tip deteriorativ demential. Boala cerebro-vasculară va fi documentată prin prezența semnelor neurologice focale și imagistic (CT sau RMN cerebral). De asemenea trebuie să existe o relație de tip cauză-efect între demență și boala cerebro-vasculară.

Tratament

Scopul este prevenirea unor noi AVC-uri, pentru a evita deteriorarea cognitivă secundară, a acestor pacienți (antiagregante, statine, hipotensoare, vasodilatatoare cerebrale, etc.)