

Conceptul Sănătății Mintale.

Povara sănătății mintale.

**Organizarea serviciilor de sănătate
mintală.**

Legislația internațională și națională.

**Drepturile umane și fenomenul de
stigma și discriminare**

Fenomenul de Stigma în Sănătatea Mintală.

Psihologia medicală – scop și obiective.

Psihologia vârstelor. Medicina psihosomatică.

Relația medic-pacient. Psihodiagnosticul.

Clasificarea metodelor de psihodiagnostic.

Metode proiective de evaluare a personalității.

Sănătatea Mintală (OMS)

– starea de bine, în care persoana este capabilă de a utiliza propriile abilități, de a se recupera în urma stresului de rutină, de a fi productivă și funcțională și contribuie la comunitatea în care locuiește;

- termen care descrie calitatea de viață cognitivă și emoțională,

**Sănătatea mintală este ceea
ce gândim, simțim, cum
acționăm, cum facem față
încercărilor vieții, cum ne
privim pe noi înșine, viețile
noastre și oamenii care fac
parte din ele.**

Sănătatea mintală include:

- cum facem fata stresului,
- cum ne relaționăm cu ceilalți,
- cum luam deciziile.

Concept Sănătate Mintală

Sănătatea mintală este un concept care decurge din cel de normalitate, adaptat la viața psihică a individului.

- Medico-psihologic** (starea de echilibru fizic, psihic și moral).
- Medico-profesional** (situația de adaptare - integrare în realitatea lumii și în relațiile cu ceilalți).

Itemii identificați ca criterii ai SM

- Atitudini pozitive în relație cu sine și cei din jur
- Dezvoltare și auto-realizare
- Integrare și răspuns emoțional
- Autonomie și autodeterminare
- Perceperea realității
- Competența socială

Sănătatea Mintală este prioritară în Sănătatea Publică. De ce?

- tot mai multe persoane suferă de tulburări mintale 50% din adulți vor suporta o tulburare mintală într-o anumită perioadă din viață;
- tulburările mintale sunt cauza principală a incapacității de muncă;
- tulburările mintale - una din cauzele principale ale morbidității.

Mapamond:

~121 de milioane de persoane suferă de depresie;

~70 de milioane de probleme legate de alcool;

~37 de milioane de demență;

~24 de milioane de schizofrenie;

~ 800.000 persoane anual comit suicide.

Tulburările Mintale (TM)

- determinate de interacțiunea factorilor ereditari și ambientali;
- se declanșează la persoanele cu vulnerabilitate genetică, ca factori declanșatori fiind cei stresanți din familie, viața socială sau de la locul de muncă;
- în declanșarea TM – disfuncția neurotransmițătorilor;
- neuroimagistic – alterări cerebrale

Tulburare Mintală *versus* Comportament Normal

Tristețea *versus* Depresie;

Persoană cu trăsături de personalitate accentuate
versus Tulburările de personalitate;

Care este linia de hotar?

- durata simptomelor;
- cât de tare persoana s-a distanțat de comportamentul obișnuit;
- impactul simptomelor asupra vieții sau funcționalității persoanei.

Tulburare Mintală

1. Alterări de gândire;
2. Alterări de emoții;
3. Alterări de comportament.

Delimitările bolilor psihice:

1. Prezența anumitor trăiri,
2. Idei,
3. Percepții,
4. Convingeri,
5. Comportamente.

care contrastează cu cele întâlnite în mod obișnuit, situându-se în afara limitei de variație caracteristica populației respective și ducând la dezorganizarea vieții psihice sau la o reorganizare la un nivel inferior

Exista indici care atestă amenințări asupra sănătății mintale semnificative în RM:

- Deteriorarea generala a stării de **sănătate** a populației;
- Expansiunea **abuzului** si a **dependenței** de substanțe psiho-active;
- Creșterea ratei **suicidului**, în special în rândul tinerilor;
- Supra-structurarea cu **factori de stres** a societății (declin economic, creșterea șomajului, scăderea nivelului de trai)

- Disfuncțiile mintale sunt proprii mai mult **tinerilor**, partea reproductivă a populației.
- În **țările în curs de dezvoltare**, în următorii ani, va fi observată creșterea acestor maladii.
- Persoanele cu disfuncții mintale sunt **stigmatizate** și **discriminate**.

Situația în Republica Moldova

- **Incidență în creștere - circa 13-15 mii persoane pe an și o prevalență totală de circa 100 mii pe an.**
- **La evidență psihiatrică se află circa 60 mii pacienți, dintre care circa 28 mii au grad de dizabilitate**
- **În structura dizabilității primar înregistrate 9% reprezintă sănătatea mintală**

Perspectiva istorica

- În secolul XVII, nebunia era apreciată drept o stare fizică.
- Numărul crescând al persoanelor sărace cu disfuncții mintale a fost îngrijorător, aceștia fiind întemnițați în închisori publice, case pentru săraci și în spitale.

Perspectiva istorica

- În primele decenii ale secolului al XVIII, opinia dominantă era că persoanele ce sufereau de boli mintale sunt incurabile și erau tratate ca **rasă inferioară omului.**
- Aceștia erau închiși în locuri speciale.

Perspectiva istorica

Reformarea acestor instituții a coincis
cu dezvoltarea calităților de
compătimitate și preocupări umanitare
din secolul XVII.

Astfel, multe instituții au introdus
programul de tratament așa zis
„moral”.

- În anii '50, discreditarea azilurilor pentru boli mintale a condus la creșterea preocupării comunitare și la un proces de reducere a numărului pacienților cronici din spitalele pentru boli mintale.

- Unele spitale au fost reduse în dimensiuni, altele închise,
 - s-a recurs la dezvoltarea alternativelor în serviciile pentru sănătatea mintală.
-
- Acest proces este numit *dezinstitutionalizare*.

***Organizarea serviciilor de
sănătate mintală.***

Dezvoltare istorică a serviciilor de sănătate mintală în ultimii 150 de ani.

- Perioada I descrie dezvoltarea azilurilor, între 1880 și 1950;
- Perioada II este cea a declinului azilurilor, de prin 1950 până la 1980;
- Perioada III se referă la reforma serviciilor de sănătate mintală, începând aproximativ din 1980.

Perioada I (1880-1950) descrie dezvoltarea ospiciului:

1. Se construiesc aziluri;
2. Crește numărul de paturi;
3. Rol redus al familiei;
4. Personal – doar medici și asistente medicale

Perioada II (1950-1980)- declinul ospiciului:

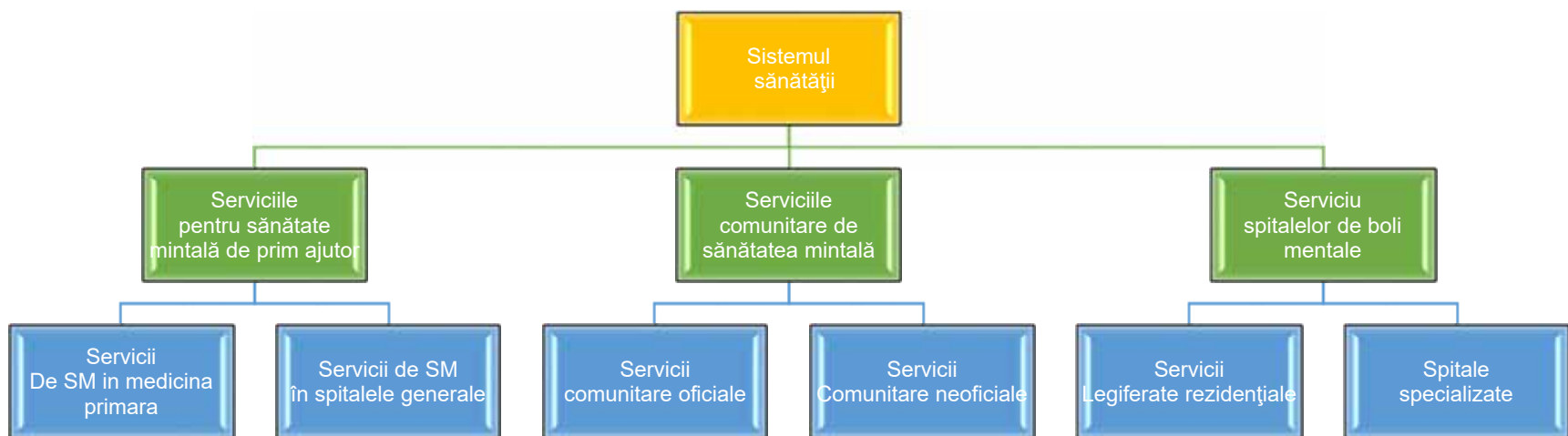
Azilurile sunt neglijate;

1. Scăderea numărului de paturi;
2. Rolul familiei crește, dar nu este pe deplin recunoscut;
3. Apar specialitățile de psiholog clinic, terapeut ocupațional și lucrător/asistent social;
4. Apar tratamente eficiente, începe evaluarea tratamentelor și standardizarea sistemelor de diagnostic;
5. influența crescândă a psihoterpaiei individuale și de grup;
6. Focalizarea asupra controlului farmacologic și resoacIALIZĂRII;
7. pacienții mai puțin dizabilitați sunt externați din aziluri

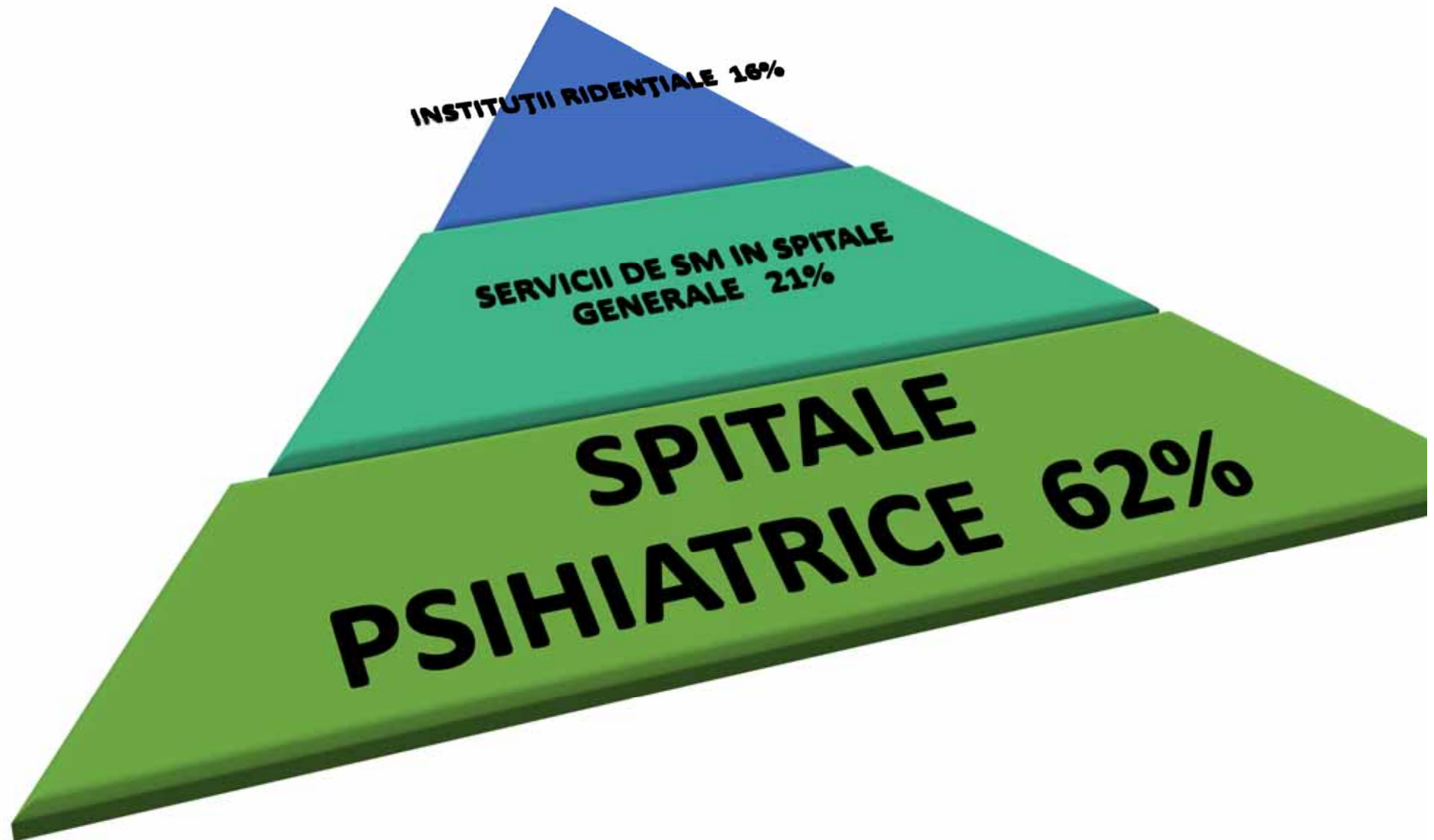
Perioada III – din 1980 până în prezent:

1. Dezvoltarea serviciilor alternative celor tradiționale;
2. Creareaa serviciilor centrate pe comunitate;
3. Accent pe lucru în echipă.

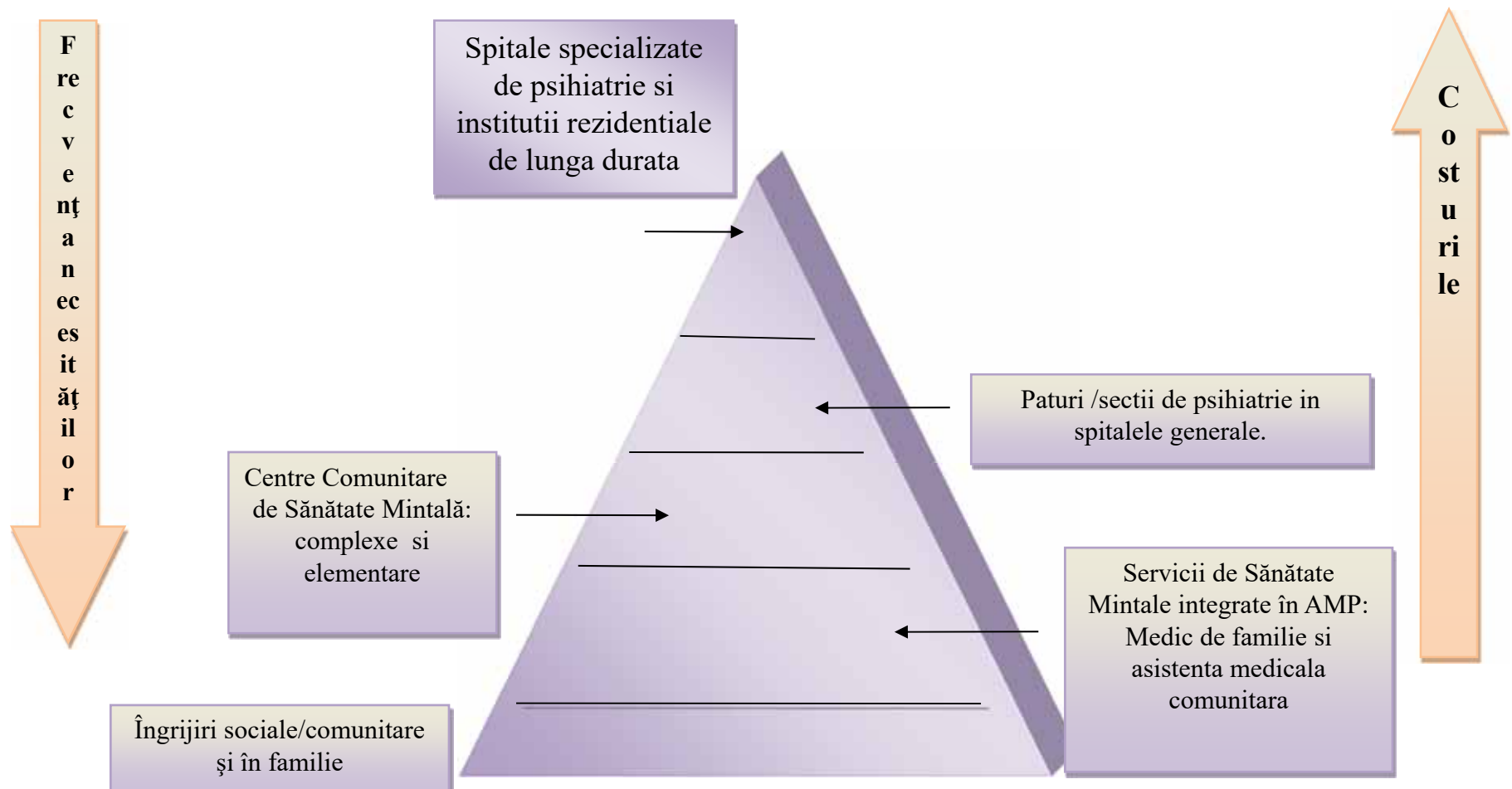
RECOMANDĂRILE ORGANIZAȚIEI MONDIALE A SĂNĂȚĂȚII



INEFICIENȚA SERVICIILOR DE SM



Piramida Organizațională Mixtă Optimală a Serviciului de Sănătate Mintală după OMS.



Sistema serviciilor de SM in RM

Serviciul spitalicesc de asistență psihiatrică



- ▶ Spitalul Clinic de Psihiatrie – 770 paturi
- ▶ Spitalul de Psihiatrie Bălți – 550 paturi (–100)
- ▶ Spitalul de Psihiatrie Orhei – 150 paturi (–20)
 - ▶ Total: 1470 paturi (– 270)

- ▶ 58,43 paturi la 100000 locuitor

Serviciul extraspitalicesc de asistență psihiatrică

- Serviciul de ambulator
- Centrele Comunitare de Sănătate Mentală –
peste 40

*Legislația în domeniul Sănătății Mintale.
Stigma și discriminarea*

Promovarea drepturilor umane a persoanelor ce au probleme de sănătate mentală


**“Toți oamenii se nasc liberi și
egali în demnitate și drepturi”**

**Declarația Universală
despre Drepturi Umane**


**Persoane cu tulburări mintale peste tot suferă de
violarea drepturilor umane, stigma și discriminarea.**

Cadrul normativ internațional

Declarația Europeană, privind Sănătatea Mentală (2005 în Helsinki, Finlanda), la care a aderat și Republica Moldova, prin care ameliorarea sănătății mentale a devenit o direcție prioritară pentru țară.



La 26-27 noiembrie 2010 Republica Moldova a aderat la Declarația europeană cu privire la sănătatea copiilor și tinerilor cu dizabilități intelectuale și a familiilor lor „O sănătate mai bună, o viață mai bună: copiii și tinerii cu dizabilități intelectuale și familiile lor”



În iulie 2010 Republica Moldova a ratificat Convenția ONU pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități, care modifică paradigma de abordare, în special a dizabilităților psihosociale (mentale și de comportament) și intelectuale.

Cadrul normativ național

Legea privind sănătatea mentală nr. 1402 - XIII din 16.12.1997	reglementează acordarea de asistență psihiatrică populației
Politica Națională de sănătate	modificarea vectorului de la polul spitalicesc către cel comunitar
Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008 – 2017	este fixată acțiunea privind integrarea sănătății mintale în medicina primară
HG nr. 55 2012 - Regulamentul-cadru al Centrului comunitar de sănătate mintală și a Standardelor minime de calitate	asigură politica cadru în vederea dezvoltării rețelei de centre comunitare de sănătate mintală
Ordinul MS nr.591 din 20 august 2010 „Cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de Sănătate Mintală din Republica Moldova”	reglementează activitatea internă, cât și conectarea serviciului de sănătate mintală cu sistemul general de sănătate
Programul Național privind Sănătatea Mintală pentru anii 2017 – 2021	cuprinde un ansamblu de măsuri și acțiuni preconizate să reformeze sistemul de asistență psihiatrică
Ordinul MS nr. 610 din 24.05.2013 – Strategia de dezvoltare a serviciilor de SM la nivel de comunitate și integrarea acestora în AMP pentru 2013-2016	
Ordinul MS nr. 407 din 16.05.2014 Cu privire la Centrele Comunitare de Sanatate Mintala	

Stigma este compromiterea și discriminarea socială a unei persoane

- “Stigmat - orice atribut ori semn fizic sau social care devalorizează identitatea unui individ până într-acolo încât el nu mai poate beneficia de întreaga acceptare a societății”.

Etichete sociale (reacția societății)

- Bolnav psihic;
- Agresiv;
- Periculos;
- Neinteligente;
- Imprevizibili etc.

- Când stigma se transpune în comportamente, devine discriminare.
- Stigmatizarea și discriminarea sunt „bariere” în asistența și tratarea diferitelor boli. Acestea afectează nu doar persoanele stigmatizate și discriminate, ci și pe cele care discriminează, cuprinse de teamă și ignoranță.
- stigmatul are ca rezultat generarea fricii, neîncrederii și violenței împotriva persoanelor, care suferă de o boală mintală
- stigmatul are ca rezultat din partea familiilor și prietenilor întoarcerea spatelui spre persoana cu boli mintale
- stigmatul înlătură oamenii de a primi serviciile de sănătate mintală

Psihologia medicală(clinică)

·
Psihodiagnosticul.

- Psihologia medicală are două sarcini de bază:

- 1) de a participa la formularea diagnosticului;
- 2) de a participa prin intermediul metodelor proprii la actul psihoterapeutic.

Subiectul

- psihologia pacientului

Obiective

- psihicul uman
- relațiile individului cu mediul înconjurător
- reacțiile subiective la diferite situații sau persoane
- relația medic – pacient
- adaptarea individuală la școală, profesie, familie
- probleme speciale privind psihopatologia copilăriei, adolescenței și senescenței
- reacția psihologică a pacientului la agresiune somatică și / sau mintală

Personalitatea și dezvoltarea personalității

- Personalitatea – ansamblu de trăsături morale și intelectuale, de însușiri și aptitudini sau defecte care caracterizează modul propriu de a fi al unei persoane;
- Personalitatea – sistem ce integrează în sine organismul individual, structurile sale psihice, relațiile sociale pe care omul le realizează precum și mijloacele culturale de care dispune;
- Personalitatea – unică și irepetabilă

Dezvoltarea personalității

- Etapele pe care individul le urmează în dezvoltarea sa;
- Există mai multe teorii ce definesc dezvoltarea personalității;
- Teoriile se concentrează pe dezvoltarea cognitivă, socială, morală
 - teoria lui Jean Piaget despre dezvoltarea cognitivă (sisteme logice care stau la baza gândirii copiilor)
 - teoria lui Freud despre dezvoltarea psihosexuală (dezvoltarea psihosexuală arată că personalitatea se dezvoltă în etape, care sunt legate de anumite zone erogene; imposibilitatea de a finaliza cu succes aceste etape ar putea duce la probleme de personalitate în vârsta adultă)
 - teoria lui Erikson despre stadiile de dezvoltare psihosocială (impactul relațiilor socială asupra dezvoltării umane)

Erikson - teoria epigenetica de dezvoltare a personalitatii

- El definește dezvoltarea personalitatii de la nastere pînă la adînci bătrînete, determinat de factori sociali paralel cu cei biologici
- Fiecare etapă de dezvoltare tîne de o criză oarecare, care este un punct de pornire cître stadiu ulterior

Erik Erikson:

- personalitatea se dezvoltă în 8 etape predeterminate;
- fiecare etapă depinde de realizarea unui echilibru între concepte;
- la fiecare etapă individul “crește, se maturizează,, ca punct de pornire fiind atât exigențele interne ale Ego-ului, cât și cele ale mediului în care trăiește;
- în fiecare fază Ego-ul trece printr-o criză;
- această criză poate avea consecințe pozitive sau negative;
- dacă etapa se soluționează pozitiv se formează un Ego mai puternic, dacă negativ – mai fragil;

Erik Erikson:

- restructurarea personalității în dependență de experiențele trăite;
- a denumit etapele psihosociale;
- fiecărei etape îi sunt caracteristice anumite crize prin care trece Ego-ul de-a lungul ciclului vital;
- în dependență cum a trăit conflictul la o anumită etapă Ego-ul mai fortificat sau mai fragil!

Erikson - teoria epigenetica de dezvoltare a personalitatii

- consta din 8 etape.
- I stadiu (pina la 1 an) – st. de incredere vs. neincredere (speranța);
- II stadiu (1-3 ani) – autonomie vs. rusine si indoiala (dorință)
- III stadiu (3-5 ani) – initiativa vs. culpabilitate (scop)
- IV stadiu (6-11) – sarguinta (industry) vs. inferioritate (competență)
- V stadiu (11 pina la finele adolescentei) - identitate vs. difuziunea rolurilor (fidelitate)
- VI stadiu (21-40 ani) - intimitate vs. izolare (dragoste)
- VII stadiu (40-65 ani) – generativitate vs. stagnare (grijă)
- VIII stadiu (mai mult de 65 ani) – integritate vs. disperare (înșelepciune).

I fază:

- atenția spre persoana care îi provoacă confort;
- MAMA – satisface necesitățile și anxietatea;
- este prima relație socială a copilului;
- simte lipsa mamei.....luptă cu ceva (forța bazică);
- forța dă naștere la speranță, încredere;
- când mama nu este copilul are speranța că ea se va întoarce, înțelege că e posibil să vrei și să aștepti pentru că aceasta se va realiza;
- începe a înțelege că obiectele și persoanele există, deși temporar sunt în afara câmpului vizual.

- Teoria lui Piaget explica cum copiii si adolescentii gandesc si achizitioneaza cunostinte.
- I stadiu (pina la 2 ani) – **sensomotor**
- II stadiu (2-7 ani) – **preoperator** – apar simbolurile, limbajul, egocentrismul, intelegerea fenomenului mortii si ireversibilitatii.
- III stadiu (7-11 ani) – concentrare operatorie – egocentrismul se schimba pe operationalitatea gindirii.
- IV stadiu (11-pana la finele adolescentei) – operationarea formala – gandirea abstracta, deductibilitatea, conceptualitatea

Jean Piaget - crede ca inteligenta este o extindere a adaptarii biologice si are o structura logica.

Freud - diviza personalitatea la trei nivele:

- **Conștientul** (aspect limitat al personalității), o parte mică a ce gândim, simțim, etc.;
- **Inconștientul** (cea mai importantă parte a psihismului), instinctele, dorințele care direcționează comportamentul, forțe și energii necontrolabile;
- **Preconștientul** (este un depozit al amintirilor, imaginilor, gândurilor de care individul nu este conștient pe moment, dar care pot fi aduse în conștiință).

Structurile psihice ale personalității (Freud):

ID-ul (rezervorul instinctelor), conține energie psihică – libido, este o instanță primitivă, amorală, care nu percepe realitatea, satisfacerea nevoilor fiziologice;

Ego-ul (se comportă în acord cu realitatea), este stăpânul rațional al vieții psihice, ajută Id-ul de a obține satisfacții într-o manieră acceptabilă social, servește Id-ului și realității;

Super-ego-ul (inhibă tendințele instinctive ale Id-ului), obiectiv – perfecționarea morală;

Presiunea severă a Ego-ului generează

ANXIETATE

Anxietatea – parte importantă a psihicului;
are rol decisiv în declanșarea
comportamentelor psihopatologice de nivel
nevrotic și psihotic!!!

Sursa anxietății primare – trauma cauzată de
naștere, odată cu nașterea copilul este
aruncat într-o lume ostilă

Freud crede ca copiii sunt influentati de
pulsunile sexuale;
Fazele psihosexuale ale dezvoltării
personalității:

- etapa orală - de la 0 la 1.5 ani.
- etapa anală - 1.5 - 3 ani.
- etapa falică - 3 - 7 ani.
- etapa latenței sexuale - 8 - 11 ani.
- etapa genitala - 12-19 ani

Prima etapă este **etapa percepțiilor pe cale orală**, și activitățile sunt centrate asupra gurii (mîncarea, mușcatul și strigatul).

Cronologic această etapă corespunde cu vîrsta de 0 - 1.5 ani.

Copiii se află în dependență totală de mama.

Copiii învață de la mama dacă lumea e bună sau e rea, dacă îi dă satisfacții ori în frustrează, dacă e sigură ori periculoasă.

Un adult fixat la acest stadiu oral de încorporare va efectua în mod excesiv activități cu caracter oral: mîncat, băut, fumat.

Dacă subiectul a fost excesiv de gratificat în copilărie, va dezvolta în perioada matură o personalitate pasiv-orală, cu optimism și dependență exagerată.

Dacă copilul rămîne fixat la perioada în care apar dinții (faza oral-agresivă), personalitățile mature se caracterizează prin pesimism, ostilitate și agresivitate.

- La **etapa anală** individul începe să-și controlează sfincterul, începe învățarea deprinderilor igienice;
- Eliminarea fecaliilor produce satisfacție copilului, dar acesta trebuie învețe să-și amâne această satisfacție;
- Este o etapă conflictuală pentru ambele părți (copil-părinte);
- Este foarte important modul în care copilul este apreciat de către adulți și părinți;
- În cazul în care părinții sunt excesiv de severi, copilul poate reacționa în două moduri:
 - să defecă în locuri și perioade interzise (să dezvolte personalitate anal-agresivă cu cruzime, crize de nervi, tendințe distructive;
 - reținerea de la defecare generează personalități anal-reținute: încăpăținate, tendința spre curățenie, conștiinciozitate.

- **Etapa falică:**

- Senzațiile agreabile își mută sediul în zona organelor genitale
- Conflictul de bază – dorința sexuală inconștientă raportată la părintele de sex opus, dorința de a distruge pe părintele de acelaș sex,
- Copilul descoperă că tatăl poate prezenta un obstacol în dragostea sa față de femeie, apare “complexul lui Oedip” la băieți și la fete “complexul lui Electra”.
- Rezolvarea acestui complex ar însemna identificarea cu tatăl și reprimarea iubirii față de mama pentru băieți și identificarea cu mama pentru fete și reprimarea iubirii față de tata.
- Rezolvarea incompletă a complexului – personalitatea falică (narcisism, tendința de a atrage sexul opus, nevoia continuă de recunoaștere și apreciere, când nu li se acordă considerația cuvenită, etc.).

- **Etapă latentă sexualității infantile**

Copilul este concentrat asupra construirii, creării, realizării.

Copilul este capabil să preia punctul de vedere al altcuiva. Copilului este capabil de a conserva numerele, lungimea, greutatea și volumul.

Copiii sunt mai capabili să învețe, să funcționeze independent din punct de vedere social, să dezvolte relații de prietenie. Impulsurile sexuale sunt canalizate în mai multe scopuri sociale acceptabile (școală și sport).

Superego-ul constituie una dintre cele trei structuri ale minții responsabile pentru dezvoltarea etică și morală, inclusiv conștiința.

Această etapă corespunde cu vârsta de 8-11 ani.

- Etapa a cincea corespunde cu pubertatea și adolescența (**etapa genitală**), pe parcursul căreia individul devine conștient de identitatea sa personală.
- Etapa corespunde cu vârsta de 11 - 12 ani și se prelungește pînă la 19 ani. Se dezvoltă identitatea de grup (semeni).
- Etapa dată se caracterizează prin transformare rapidă și maturitate sexuală.
- prezența unei frecvențe relative de comportament aberant, chiar antisocial: vagabondajul, impulsuri de cleptomanie, atentate la suicid, reacții isterice, anxietate și sindrome fobice, alături de anorexie mentală.
- Pubertatea este primul nivel de referință de conștientizarea a propriului corp. Adolescenții sunt conștienți de statutul lor social, și de relațiile cu sexul opus.
- Adolescenții sunt în căutarea unui nou "Eu".

Psihosomatică – disciplina care studiază originea psihică a unor boli și folosirea mijloacelor psihologice în terapia lor;

Nu există situație stresantă, există atitudine raportat la situația stresantă;

- Sub acțiunea factorilor psihotraumatizanți:
 1. declanșează tulburări psihice;
 2. dezvoltă tulburări psihosomatice;
 3. rămân perfect sănătoși

Medicina psihosomatică

- Medicina psihosomatică se ocupă cu relația dintre factorii psihologici și cei fiziologici în cauzarea sau întreținerea stărilor de boală;
- Este o continuare a psihanalizei și își propune să introducă în medicină omul ca persoană.

Există un număr de afecțiuni descrise în care legătura cu factorii psihosomatici este determinantă.

Maladiile psihosomatice ascund în spatele lor o reacție fizică de situație conflictuală sau de stres.

Reacția este însoțită de leziuni de țesut demonstrabile morfologic și de punerea în evidență a unor modificări organice. Alegerea organelor este determinată și de predispoziție.

• *F. Alexander* și școala din Chicago au izolat 7 boli psihosomatice principale:

• *ulcerul duodenal*

• *astmul bronșic*

• *artrita reumatoidă*

• *colita ulceroasă*

• *hipertensiunea arterială*

• *neurodermita*

• *tireotxicoza.*

- fon **depresiv** și chiar tendințe de sinucidere
- **anxietatea** poate domina uneori psihologia bolnavului, idei obsedante sau fobii.
- structură de personalitate compulsivă, nevoie de autoritate
- calmi în exterior, iar în interior este **ostili**.
- mereu în insecuritate, se simte amenințat, dar nu declanșează agresivitatea.
- nu sunt capabili să-și exprime liber **agresivitatea**.
- ambiție reținută cu teamă de agresivitate, astfel încât sunt întotdeauna încordați, temători și posedăți de o mânie reprimată.
- „Ființe neliniștite, agitate de afaceri, de politică, de finanțe”, „mereu sub presiunea timpului”.

Hipertensiunea arterială

- iritabilitate, logoree, lipsă de încredere, anxietate, dependență maternă
- protest simbolic contrar separării de mamă și dorința restabilirii acestor relații prin țipăt (înnăbușit), frica de a nu pierde dragostea mamei
- furia, frica, pierderea sau gelozia pot precede crizele
- declanșare psihogenă a crizelor se întâlnește la 50% din pacienții astmatici
- băieții prezintă un comportament ilustrat printr-un slab control al impulsurilor, labilitate afectivă, iritabilitate, explozivitate, în timp ce fetele astmatice trăiesc lungi perioade distimice
- mama astmaticului este dominantă, iar tatăl – șters, auxiliar, nonautoritar, incapabil să corecteze dezechilibrul dintre mamă și copil.
- La acești pacienți se mai notează:
 - teama față de apă și înec (anxietatea față de eventualitatea înecului în propriile-i fluide, secretate în timpul crizei astmatice).
 - o acreditare negativ-anxiogenă a somnului (40% din crize se produc în timpul somnului și-l trezesc).

Astmul bronșic

Ulcerul duodenal

- Ulceroșii apar ca personalități hiperexcitante, care nu se atașează ușor afectiv, cu o puternică stare de tensiune afectivă, cu reacții puternice de mânie și nemulțumire, intoleranță, alarme hipocondriace cu caracter cancerofob.
- conflict inconștient - dorința de a fi hrănit a sugarului se manifestă în viața adultă prin dorința de a fi iubit, îngrijit, sprijinit. Această dorință de dependență a pacientului, specifică primilor ani ai copilăriei intră în conflict cu Ego-ul adult, ale cărui caracteristici sunt independența și autoafirmarea.
- persoana apare deseori activă, ambițioasă, care ignoră odihna și relaxarea, exprimându-și disprețul pentru cei slabi și obligându-i pe ceilalți la supunere. În spatele acestei fațade însă, sporește dorința secretă de a depinde de alții, de a primi de la ei grijă și afecțiune. Când aceasta nu este realizată, apare o regresie psihologică la forma originală de dependență (hrănirea) asociată cu hipersecreția.

- imaturi emoțional, atașați mai ales de mamă, fiind persoane dificile, conflictuale (divorțați sau necăsătoriți), unde mama caută să-și mențină controlul asupra copilului și după ce acesta a devenit adult
- tații - buni, blânzi, pasivi și ineficienți, incapabili de a proteja copilul față de spiritul agresiv și domnitor al mamei
- trăsăturile de personalitate ale pacientului colitic sunt ilustrate prin tendința de ordine, punctualitate, conștiinciozitate, curățenie, meticulozitate, atitudini rigide față de moralitate, tendință spre standarde de comportament elevate, griji, obsesii, timiditate, atitudine intelectualizată și lipsa de umor, predispoziție de a căuta performanțe în sfera intelectuală (literatură artistică științifică), control sever al manifestărilor afective, tendință de a rămâne singuratici, mândri. Sub fațada de ambiție, energie și eficiență se află sentimente de inferioritate, incertitudine și insecuritate.
- colita ulceroasă reprezintă un mod de „*expulzie simbolică*” sau o reacție de eliberare a unui „obiect” încordat, care a fost sursa dezamăgirii, pierderii

Colita ulceroasă

- timizi, corecți, conștiincioși, cu spirit de sacrificiu și conștiință de sine strictă, rigidă, moralizatoare, marcați de sentimente de inferioritate și de dispoziție depresivă, cu un înalt grad al conștiinței sociale, un simț exagerat al responsabilității față de obligațiile sociale și morale
- teamă față de mamă rece, agresivă, și deci sentimente ostile față de ea, dar pe care nu le putea exprima din cauza dependenței sale
- inversează situația și încep a-și controla copiii exact ca și atunci, cum ele erau controlate de mama
- control riguros asupra manifestărilor emoționale, tendința de a controla anturajul, soțul și copiii
- demonstrează deschis repulsia față de rolul feminin. Ele achiziționează unele maniere bărbătești, luptă cu ei și refuză să se supună lor. Este interesant faptul, că aceste femei își aleg bărbați pasivi
- se angajează intens în activități fizice (muncă manuală și sport), fapt interpretat ca un mijloc preferat de descărcare a agresivității și ostilității.

Artrita reumatoidă

Neurodermita

- apare după moartea unei persoane iubite și în urma unei mâini reprimite
- tendințe exhibiționiste, sadomazochiste, manifestări ale narcisismului.
- exhibiționismul este folosit ca o armă în această concurență și inevitabil duce la sentiment de culpabilitate. Conform legii talion, pedeapsa trebuie să corespundă crimei; pielea, care servește drept instrument al exhibiționismului, devine locul suferinței morbide.
- În cazul unor forme de prurit, un factor psihodinamic important este reprimarea excitației sexuale. În aceste situații ea este sursa juisanței erotice conștiente și se perzintă în calitate de echivalent al masturbării
- Localizarea acestor manifestări poate fi legată uneori de conflicte: la față și păr când conflictul este afectiv sau familial; la brațe și gambe, când conflictul este profesional, financiar; pe coapse și genital, când conflictul este sexual

Tireotxicoza

- hipertireoza poate fi provocată de numeroși factori, dar cei mai importanți ar fi trauma psihică și conflictul emoțional acut
- dependente de mama, prezintă o teamă de a pierde susținerea ei
- căsătorie nefericită a părinților, instabilitatea personală a unuia din părinți, repulsie părintească, nașterea unui nou copil în familiile numeroase și ca rezultat, îndepărtarea copiilor mai mari de la afecțiunea părinților.
- încearcă să-și atribuie responsabilitatea, să fie utili, acceptând funcția maternă, astfel ei devin o a doua mamă pentru frați și surori, dorind chiar să rămână însărcinate, cu toate că au frică de graviditate.

Tema: Relația medic-pacient.

- Cel mai simplu act medical implică o relație interpersonală, un contact uman de tip special între cel care ajută și cel care suferă cu scopul final de a alina suferința
- *T. Sydenham* spunea, că medicul trebuie să trateze bolnavul așa cum el însuși ar dori să fie tratat
- *G. Thibon* zicea, că ceea ce cere pacientul de la medic este să fie tratat ca om de către un om.

RELAȚIILE MEDIC-PACIENT FAC PARTE DIN PSIHOLOGIA COMPORTAMENTULUI INTERPERSONAL:

- interacțiune socială (cooperantă sau competitivă), produsă de tendințe, care nu sunt propriu-zis de natură socială
- dependență-cuprinzând acceptanță, interacțiune, ajutor, protecție, călăuzire
- afiliație-cuprinzând proximitate fizică, contact prin priviri, răspunsuri calde și prietenoase
- dominanță-adică acceptarea de către alții a poziției de lider, sau învățător, sau critic, sau sfătuitor, sau judecător etc.
- agresiune-lezarea altora pe plan fizic, verbal etc.
- autostimă și ego-identitate: acceptarea autoimaginii de către alții, sau acceptarea imaginii pe care o au alții despre sine.

Psihologia „situațională” a bolnavului

- *Situația „primitivă”* este aceea, care ne revelează pe bolnav căutând miracolul, minunea: este situația „magică”.
- *Situația de dependență*. Bolnavii sunt într-o stare de inferioritate, care este cu atât mai marcantă, cu cât Eu-l lor este mai slab.
- termenul de transfer - proiecție asupra medicului a atitudinilor de afecțiune și de ostilitate (ambivalență), avute mai înainte în relațiile cu un părinte
- *contratransfer* se descrie atitudinile negative ale medicului față de bolnav (mânie, nerăbdare, agresivitate).
- *Complexul paternalist*. S-a semnalat posibilitatea de apariție, la medic, a unui complex de acest tip. Dacă, prin regresivitate, conduita bolnavului se organizează pe poziții infantile, conduita medicului se constituie corespunzător pe modul paternal.

Medicul și pretențiile pacientului

- Avantajele maladiei
- Relații duale
- Dezvoltarea farmacologiei

Informarea pacientului de către medic

- Forma, sub care urmează să-i prezentăm realitatea, este în funcție de personalitatea bolnavului, de natura bolii sale și de personalitatea medicului.
- „nevoie de a ști”

Consimțământul

- Consimțământul decurge dintr-un principiu fundamental, care este libertatea bolnavului

Inițierea comunicării

- prima întâlnire medic-pacient
- ambianța
- prezentarea

Compliance pacienților

- înțelegerea completă și corectă a instrucțiunilor de regim și de tratament medicamentos corespunde realității decât într-un număr restrâns de cazuri „ideale”
- distorsiune emoțională, defecte de memorie, atitudini neglijente sau chiar necorespunzătoare din partea pacientului
- non-compliance - examinarea superficială, graba medicului, rutina în prescripție, neglijarea aspectelor psihosomatice, recomandările nerealiste sau „perfectioniste”, efectele adverse ale medicațiilor
- non-compliance poate fi deliberată, alături de teamă, de neîncredere, de prejudecăți față de „nou”, de interferențe cu o automedicație camuflată, de diferențele socioculturale între populații

Tipuri de greșeli mai frecvent întâlnite în cursul instituirii și desfășurării relației medic-pacient

- Trăsături atitudinale nepotrivite ale medicului: grabă, nerăbdare, oboseală, plictiseală, răceală, ton ridicat
- Acceptarea unei comunicări deficitare cu pacientul
- Exces sau lipsă de autoritate față de bolnav
- Angrenarea în situații conflictuale
- Subaprecierea bolnavilor dificili, cu un coeficient ridicat de psihogenie
- Polipragmazia ca expresie a cedării medicului la insistențele bolnavului

• Psihodiagnosticarea

Analiza psihologica a cazului și include astfel de tehnici, precum:

- observarea
- anamneza (istoria)
- conversația (discuțiile)
- interogarea
- teste

Testele

- Desemneaza ansamblul experientelor efectuate asupra unui individ supus unor probe in prealabil etalonate pentru a obtine o masura .
- **Scopul** folosirii testelor: este obtinerea in timp scurt a unor date informative cuantificabile despre trasaturile psihologice ale subiectului testat .

Clasificarea testelor psihologice:

- După modul de executare a sarcinii de către subiect:
 - teste orale
 - teste scrise (creion – hârtie)
 - teste de performanță (cu manipulare de obiecte și piese sau teste administrate de calculator)
- După gradul de utilizare a limbajului în rezolvarea sarcinii:
 - teste verbale (teste de vocabular sau de rafinament verbal)
 - teste non-verbale (de exemplu completarea unor figuri lacunare)

- După numărul de persoane care pot fi examinate simultan:
 - teste individuale
 - teste colective

- După timpul de execuție a sarcinii:
 - teste cu limită de timp
 - teste cu timp de lucru nelimitat

- În funcție de comportamentele evaluate de itemii lor:

- teste cognitive:

- teste de aptitudini

- teste de succes educațional

- teste afective:

- chestionare de personalitate

- tehnici proiective

- teste obiective de personalitate

- După modul de stabilire a cotei la test:

- teste obiective (cotarea răspunsurilor se face după o regulă prestabilită)

- teste subiective (folosite în psihologia clinică și care permit ca mai mulți evaluatori să coteze foarte diferit răspunsurile aceleiași persoane, testele proiective făcând parte din această categorie)

Tehnici proiective :

- -tehnici asociative (Rorschach)
- -tehnici constructive (Testul aperseptiei tematice)
- -tehnici de completare (Testul Rosenzweig)
- -tehnici de ordonare (Testul Szodi)
- -tehnic expresive (Testul arborelui)

- **Testul Rorschach** care fundamentat pe conceptia psihanalitica conteaza pe eliberarea preferintelor, inclinatiilor, dorintelor care desi neconstientizate influenteaza totusi asupra comportamentului.
- Caracteristica stimulului in acest caz este tocmai ambiguitatea consta in a interpreta 10 planse prezentate intr-o anumita ordine si pozitie, reprezentand imagini simetrice si nedefinite realizate in contrast alb-negru sau color.



Card 1

Popular responses
bat, butterfly, moth



Card 2

Popular responses
two humans, four-
legged animal, dog,
elephant, bear



Card 3

Popular responses
two humans, human
figures



Card 4

Popular responses
animal hide, skin, rug



Card 5

Popular responses
bat, butterfly, moth



Card 6

Popular responses
animal hide, skin, rug



Card 7

Popular responses
human heads or faces



Card 8

Popular responses
animal: not cat or dog
four-legged animal



Card 9

Popular responses
human



Card 10

Popular responses
crab, lobster, spider
rabbit head,
caterpillars, worms,
snakes

- Formele trebuie sa fie destul de vagi pentru a propune semnificatii fara importanta anume si a caror solutie variaza in functie de mobilul celui ce rezolva testul.
- Fiecare raspuns este notat in raport cu criteriile principale :
 - 1.aprehensiunea
 - 2.determinantul reprezentat de forma petei, culoarea ,textura ,miscarea conturilor
- In cadrul testului Rorschach mai importante sunt caracteristicile formale decat continutul interpretarilor
- Astfel, perceperea amanuntului formei, a detaliului constituie martorul unei activitati intelectuale pozitive iar asocierea formei cu culoarea sugereaza un temperament sociabil. Folosirea spatiilor albe denota ostilitate,incapatanre, perseverenta .

Testul T.A.T (tematic de apreciere)

- Se bazează pe faptul că tot ce vede pacientul într-o imagine este influențat de antecedentele lui .
- Testul se bazează pe prezentarea a 30 de imagini executate în alb și negru, ambigue, reprezentând una sau mai multe persoane într-o situație incertă .
- Sarcina subiectului constă pentru planșele prezentate în negru să inventeze câte o povestire în legătură cu imaginea prezentată, referindu-se atât la antecedentele evenimentului cât și la prezentul scenei, inclusiv finalitatea ei.
- Acest lucru este redat de subiect în funcție de ceea ce gândește și simte.
- O planșă albă, pentru care subiectul trebuie să inventeze atât imaginea cât și povestirea.
- Se urmărește maximum de spontaneitate din partea subiecților, iar dimensiunile povestirii trebuie să aibă în jur de 300 de cuvinte.

Testul Rosenzweig

- toleranța și modul de reacție la stress-urile zilnice prin situarea individului în fața unor situații în care satisfacerea trebuințelor și aspirațiilor întâmpină diverse obstacole.
- Testul este format din 24 de desene, pune în fața subiectului prin intermediul fiecărei imagini, 2 personaje, în primele 16 desene un obstacol produce situația frustrantă, iar subiectul trebuie să răspundă spontan că și cum el subiectul se va identifica cu persoana frustrantă, proiectând asupra ei modul de a simți și gândi.
- Răspunsurile se vor raporta la
 - direcția agresiunii
 - la tipul de reacție. În general bolnavii cronici au tendințe revendicative iar pe baza notei de ostilitate a lor se pot stabili și selecționa cazurile cu indicații pentru psihoterapie.

Je suis vraiment désolé
d'avoir éclaboussé vos vêtements ;
nous avons pourtant tout fait
pour éviter la flaque

Votre réaction :

.....
.....



- subiectului ii sunt prezentate o serie de fotografii grupate in 6 serii de cate 8 poze, reprezentand figuri caracteristice unor psihopati, subiectul trebuind sa aleaga din fiecare serie 2 fotografii care-i plac mai mult si 2 care-i displac, alegerea bazandu-se pe simpatie sau antipatie, indicand in cea mai mare masura tendintele sale profunde..Proba se repeta pentru a sonda gradul de stabilitate a alegerii. Se constata ca subiectul alege fotografiile in functie de trebuintele pulsionale,trebuitele nesatisfacute fiind active.Se disting 4 pulsuni ;

- p.sexuala

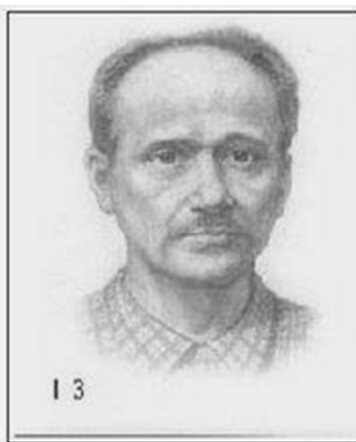
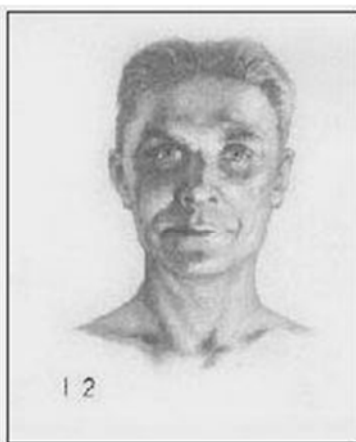
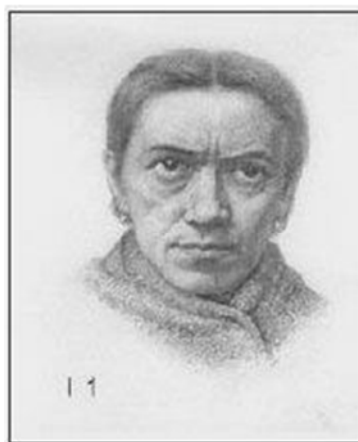
- p.paroxistica

- p. eului

- p.de contact

sarcina examinatorului consta in analiza datelor si sesizarea trebuintelor refulate

Testul Szondi



Testul arborelui

- Subiectului i se cere să deseneze un copac oarecare, dar i se interzice să deseneze un brad.
- Tehnica sesizează stadiile de evoluție ale personalității, dar și distorsiunile apărute datorită modificărilor distorsionate.
- Se apreciază că bogăția și finețea ramificațiilor arată permeabilitatea afectivă, sensibilitate, impresionabilitate, imaginație, ca și înțelegere vie, dar și pragul senzorio-afectiv coborât, cu un mare potențial reactiv.
- Ramurile desenate împletite, cu aspect de rețea, arată introversie, dar și o personalitate psihastenică, în pendulare obsesională.

Psihiatria – scop, obiective, context istoric.
Clasificarea tulburarilor mintale și de
comportament conform ICD – 10, DSM – IV și DSM
– 5.

Psihopatologia generala.

Tulburari de percepție, de memorie și a
intelectului, tulburari de gândire, a proceselor
afective, psihomotorii și volitive.

Semiologia tulburarilor de conștiință.

Sindroame psihopatologice: astenic, obsesiv-
fobic, paranoic, paranoid, parafren, afazo-abulic.

Sindromul Korsakov, Candinschi-Clerambeaut.

Scale clinice de evaluare în psihiatrie.

Psihiatria – a facut din “nebunie” o problema medicală;

Termenul introdus de **J.C.Reil**, apare în **1802**, utilizat din **1860**, înlocuiește treptat termenul de medicina alienistă;

Disciplină integrativă – biopsihosocială;

Compartimente: psihiatrie generală, de urgență, pedopsihiatria, judiciară, militară, comunitară, biologica.

Istoriografia psihiatriei

- I. Perioadă cuprinsă între antichitate până în preajma epocii moderne;
- II. Perioada iluminismului (sec. 17 – 18) – apariția azilurilor, dar și umanizarea tratamentului bolnavilor cu tulburări psihice **Philippe Pinel 1793**;
- III. Perioada dezvoltării științifice (începând cu sec.XIX) – Charcot, Freud, Kraepelin, Bleuler, Jaspers, Schneider; 1948 - carbonatul de litiu; 1952 – Delay și Deniker – clorpromazina; primul neurotransmițător – acetilcolina Loewi.

Clasificarea maladiilor mintale

Entități fundamentale:

- 1. Psihoze;**
- 2. Nevroze;**
- 3. Psihopatii.**

Clasificări internaționale: ICD – 10; DSM – IV și DSM – 5.

ICD – 10 International Statistical Classification of Diseases

- Tulburări psihice cu substrat organic;
- Tulburări psihice și de comportament prin substanțe psihotrope;
- Schizofrenia, tulburări schizotipale și stări delirante;
- Tulburări afective;
- Tulburări nevrotice, corelate cu stresul și tulburări somatoforme;
- Comportamente anormale asociate cu tulburări și factori corporali;
- Tulburări ale personalității și de comportament la adulți;
- Retardul mental;
- Tulburări în dezvoltarea psihică;
- Tulburări de comportament și afective cu debut în copilărie și adolescență;
- Tulburări psihice nespecificate.

DSM – IV; DSM – V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

Axa I. Tulburări clinice, incluzând tulburări mentale, precum și tulburările de dezvoltare și învățare;

Axa II. Tulburări de înțelegere și ale personalității, precum și dizabilitatea intelectuală;

Axa III. Stări patologice somatice care pot influența manifestările psihopatologice;

Axa IV. Factori psihosociali și de mediu care contribuie la apariția tulburărilor psihice;

Axa V. Evaluarea globală a funcțiilor psihice.

Tulburare mintală/semn/simptom/sindrom

Tulburare mintală – boală cu manifestări psihologice și comportamentale care se asociază cu suferință semnificativă și cu afectarea funcționării, cauzate de o perturbare biologică, socială, psihologică, genetică, fizică sau chimică.

Semn – observațiile și constatările clinice obiective;

Simptom – experiențele subiective descrise de pacient;

Sindrom – grup de semne și simptome care formează o condiție ce poate fi recunoscută, sindromul poate să fie mai echivoc decât o tulburare sau boală specifică.

Psihopatologie generală – studiază fenomenul psihic morbid

Tulburări de percepție

Percepția

Dereglări de percepție:

1. Cantitative

- hiperesteziile;
- hipoesteziile;
- anestezia.

2. Calitative

- iluzii;
- halucinații

1. Elementare

- agnoziile

2. Complexe

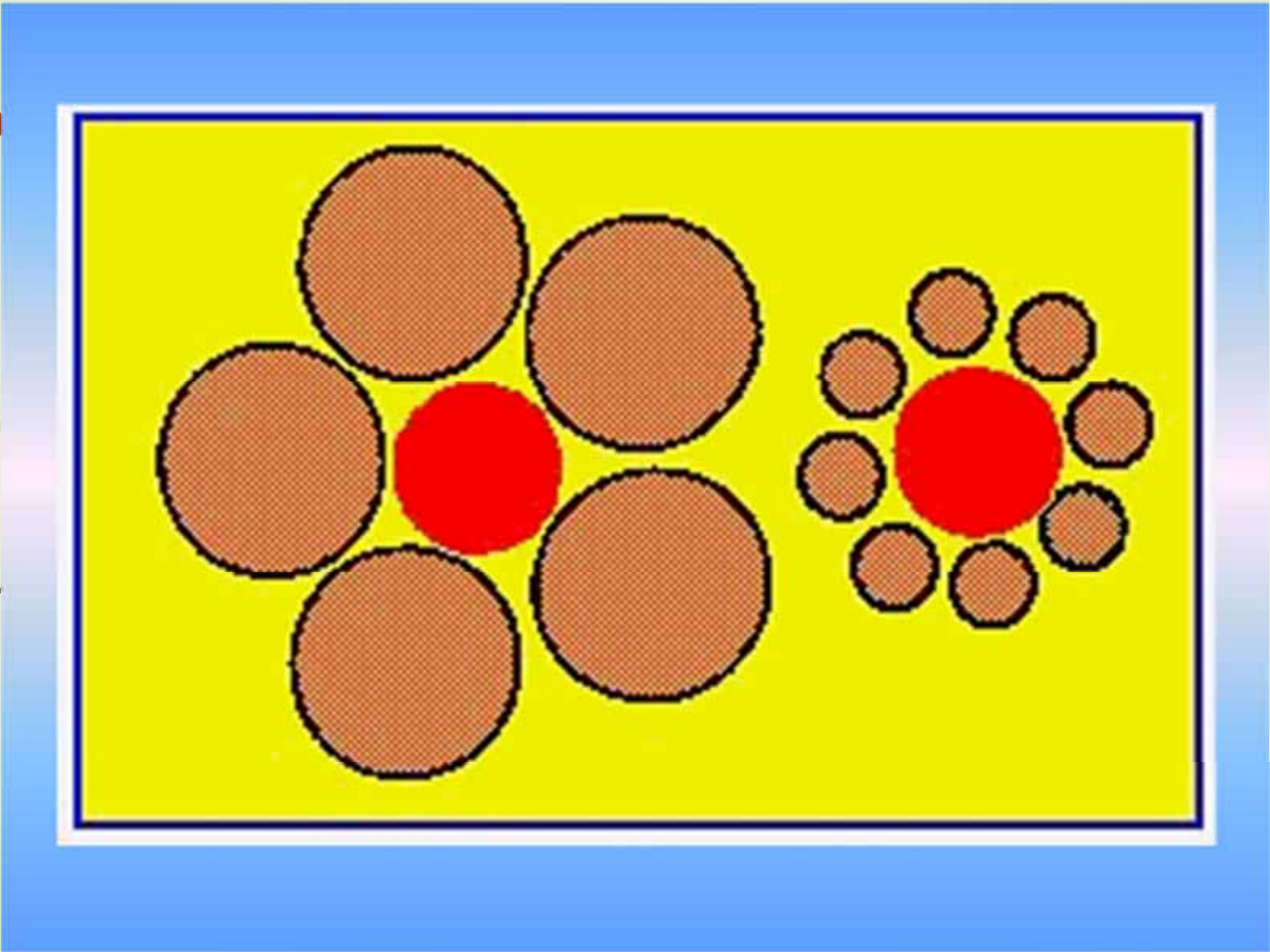
- iluzii
- halucinații
- dereglări psihosenzoriale

Iluzii vs Halucinații

Iluzii – percepții modificate ale unor stimuli externi reali (deformarea percepția eronată a unor obiecte reale); pot fi fiziologice, fizice (alternanțe de luminozitate, de culoare, de mișcare, din motivul stimulării zonei optice cerebrale), patologice.

- vizuale;
- auditive;
- gustative;
- olfactive;
- tactile

Pareidolie – iluzii caracterizate prin intensitate deosebită și vivacitate a fenomenului iluzoriu.



ILUZII PATOLOGICE VIZUALE

Falsele recunoașteri – identificarea greșită a diferitelor persoane

Apar în: stări maniacale, intoxicații acute, stări confuzionale, sindromul Korsakov, sindroame dementiale – Alzheimer,
Fenomenele de tip deja văzut, cunoscut, trăit.

Falsele nerecunoașteri – fenomenele de tip niciodată văzut, cunoscut, trăit - apar frecvent în patologia lobului temporal

HALUCINAȚII

Halucinație – percepție falsă fără obiect
toate au semnificație psihopatologică cu
excepția:

halucinații hipnagogice – veghe/somn

halucinații hipnapompice – somn/veghe

În funcție de organele de simț: auditive, vizuale, olfactive...

În funcție de proiecție:

1. Cu proiecție în exterior (halucinații adevărate)
2. Cu proiecție în interior (pseudohalucinații)

HALUCINAȚII

În funcție de complexitate: 1. simple (foșnete, umbre)
2. complexe (scene, voci clare)

Halucinații vizuale: 1. campine
2. extracampine


Halucinații: 1. congruente cu fonul afectiv
2. incongruente cu fonul afectiv

Halucinații imperative – dictează anumite modalități de conduită

Halucinoză – halucinație a cărei patogenie este apreciată critic de pacient.

Dereglări psihosenzoriale

1. Metamorfozii (perceperea obiectelor ca deformatate)
 - micropsii;
 - macropsii;
 - poropsii;
 - dismegalopsii.
2. Fenomene de depersonalizare și dereglare a schemei corporale senzația schimbării propriului corp
3. Fenomene de derealizare



Depersonalizarea este o tulburare a conștiinței propriului Eu, a sentimentului identității somatopsihice personale cu destrămarea curgerii existențiale și a percepției lumii ca loc de desfășurare a propriei existențe.

Tulburari de memorie

Memoria – funcția psihică prin care informația se înregistrează, se păstrează și se reproduce

Tulburări de memorie cantitative:

Hipomnezia – scăderea capacității de fixare și reproducere a informațiilor;

Amnezia: 1. Anterogradă – incapacitate de a fixa și reproduce informația după debutul bolii

2. Retrogradă – privește perioada anterioară debutului maladiei

Amnezia anteroretrogradă;

Amnezia progredientă – pierderea materialului din memorie în ordine inversă cumulării ei;

Hipermnezia – creșterea capacității de a înregistra și evoca informații.

Tulburări de memorie calitative

Confabulațiile – halucinații de memorie, umplerea golurilor de memorie cu evenimente virosimile, dar care nu s-au întâmplat în perioada respectiva sau nu s-au întâmplat niciodată;

Confabulație vs minciună

Ecmnezia – subiectul se plasează în trecut, incurcând trecutul cu prezentul;

Pseudoreminiscente – reproducerea unor evenimente reale din trecut, pe care îl re trăiește în prezent.



SINDROMUL KORSAKOV

Amnezie de fixare

Dezorientare temporo-spațială

False recunoașteri, pseudoreminiscente

Confabulații – cu tematică de grandoare

Dispoziție euforică, cu logoree

- Apare în:
- alcoolism cronic
 - intoxicații acute
 - TCC
 - infecții
 - tumori

F70: Întârziere Mintală Ușoară: QI 50-69:

la adult vârsta mintală de 9-12 ani;

alte denumiri:

Arierație Mentală Ușoară;

Debilitate Mintală;

Deficiență Mintală Ușoară;

F71: Întârziere Mintală Medie: QI 35-49:

la adult vârsta mintală de 6-9 ani;

alte denumiri:

Deficiență Intelectuală medie;

Imbecilitate;

➤ **F72: Întârziere Mintală Severă: QI 20-34:**

la adult vârsta mintală de 3-6 ani;

alte denumiri:

Deficiență intelectuală severă;


F73: Întârziere Mintală Profundă: QI sub 20

vârsta mintală sub 3 ani;

alte denumiri:

Deficiență Intelectuală Profundă;

Idioție;



Wechsler Intelligence Scale (WISC-R);
Stanford-Binet Intelligence Scale;
Kaufman Assessment Battery for Children.

După nivelul QI-lui , inteligența poate fi grupată astfel:

Intelect normal superior QI: 100 și peste;

Intelect normal inferior QI: 90-80;

Intelect liminar QI: 80-70.

Tulburări de conștiință

Conștiința înglobează toate laturile vieții psihice

Criterii de apreciere a clarității conștiinței:

- 1. gradul de orientare temporo-spațială;**
- 2. posibilitatea de a realiza un contact cu bolnavul;**
- 3. comportamentul pacientului în timpul convorbirii;**
- 4. starea proceselor de gândire mai ales cea abstractă.**

Tulburări de conștiință cantitative: obtuzia, obnubilarea, sopor, coma

Tulburări de conștiință calitative

1. **Deliriu** (psihoze toxice, somatogene, infecțioase)
 - abortiv – clinica redusă;
 - profesional – clinica mai intensă, agitație, halucinații, pacienții îndeplinind acțiuni profesionale;
 - musitant – dereglare profundă a cunoștinței cu agitație în limita patului.
2. **Oneiroidul** (psihoze) – totul se întâmplă ca în vis, evenimente care se
 - succed ca la cinema
 - expansiv, - depresiv, - mixt;

3. **Starea crepusculară** – tulburare profundă a conștiinței, brusc se declanșează, durează minute, zile, la ieșire amnezie totală

- automatism ambulator – acțiuni automate de deplasare;
- somnambulism;
- fugile și transele – acțiuni automate de deplasare 2-3 min;
- absențe – acțiuni automate de deplasare 2-3 secunde.

4. **Amența** – dezorientare în timp, spațiu, propria persoană, agitație.

Tulburări de gândire

Tulburări cantitative (de ritm)

1. Gândirea accelerată
2. Fuga de idei
3. Gândirea vagă – expunerile neclare, tangențiale la subiect
4. Lentoare ideativă
5. Inhibiția procesului ideativ (șperung al gândirii)
6. Sărăcirea conținutului ideoverbal – idei exprimate puține, stereotipe
7. Neologisme – cuvinte inventate de pacient
8. Salată de cuvinte – combinația illogică și incoerentă a cuvintelor
9. Perseverația gândirii
10. Ecolalia

Tulburări calitative

1. **Idei Obsesive** (domină conștiința subiectului, sunt repetitive și persistente, percepute ca anormale de către subiect, care este deranjat de prezența lor, încercând să le îndepărteze, dar nu reușește;

2. **Idei Prevalente** (idei care se impun conștiinței, deși sunt iraționale, au intensitate predelirantă, este o idee prioritară în psihismul subiectului, deși stimulul care a provocat-o a dispărut;

3. **Idei delirante** (idei false, care nu pot fi testate și demonstrate în realitate, asupra cărora subiectul nu are atitudine critică, împreună cu halucinațiile duc la distorsiunea realității).

Idei delirante:

1. **De tip expansiv** (de grandoare, de invenție, de filiație, de reformă, idei mistice, erotomanice)
2. **De tip depresiv** (de persecuție, de otrăvire, de prejudiciu, de vinovăție, hipocondriace, de referință, de control a gândirii, de furt sau extragere a gândirii)

1. **Idei delirante sistematizate** (au o singură temă, max. Două, pe care subiectul încearcă să le susțină și să le argumenteze, aceste teme sunt relativ constante în timp)
2. **Idei delirante nesistematizate** (se manifestă prin prezența mai multor teme delirante, tipuri de idei sau fragmente de idei, a căror prezentare este dezordonată și lipsită de argumentare)

Sindroame psihopatologice

Sindrom paranoial – delir sistematizat interpretativ, cu un caracter monotematic, cu lipsa halucinațiilor - delir de gelozie sau de reformă – (tendința de interpretare a faptelor reale prin prisma unor judecăți subiective), comportamentul pacientului este corect, iar atitudinea raportat la ceilalți depinde de atitudinea față de convingerile delirante.

Sindrom paranoid – delir nesistematizat de urmărire, relație, influență, persecuție, cu caracter politematic și halucinații auditive – pseudohalucinații.

Sindrom parafrenic – delir fantastic cu o simptomatologie polimorfă, o combinație a ideilor delirante de persecuție, influență cu delir de grandoare.

Sindrom Kandinski – Clerambeaut – automatism ideativ, senzitiv și psihomotor, însoțit de pseudohalucinații și delir de influență.

Tulburări ale activității motorii

Hipoactivitatea – scăderea activității motorii, se asociază cu încetinirea proceselor cognitive, în depresii, și simptome psihoorganice;

Inhibiția psihomotorie - scăderea extremă a activității motorii, până la stupoare

Stupoare – hipertonus muscular generalizat cu flexibilitate ceroasă

Hiperactivitatea – creșterea activității motorii (sd. Maniacal)

Agitația psihomotorie – activitate crescută, dezorganizată, cu lipsă de scop și eficiență, urgență psihiatrică

Manierisme – gesturi bizare, ciudate

Ecomimia – repetarea expresiei faciale a interlocutorului

Ecopraxia – repetarea gesturilor interlocutorului

Negativism – lipsă de răspuns sau efectuarea acțiunii contrare la o anumită solicitare.



Catalepsia:

- imobilitate completă = inhibiție psiho-motorie + hipertonie musculară
- flexibilitate ceroasă (mișcarea se fixează în atitudine)

Catatonia - dezintegrare a conduitei psihomotorii prin:

- lipsă de inițiativă motorie, tradusă prin catalepsie, inadecvare completă a mișcărilor, reducerea lor la un nivel semiautomat și stereotip

Sindromul catatonic grupează o serie de fenomene psihomotorii: - catalepsia

- flexibilitate ceroasă

- parakinezii, stereotipii

la care se adaugă negativismul și sugestibilitatea ca și o serie de tulburări neurovegetative

Hipertimiile

Reprezintă o creștere a încărcăturilor afective antrenând variații importante ale dispoziției, activității și comportamentului.

Anxietatea – teama fără obiect;

Fobiile – teama cu obiect

Depresia

Euforia

Tulburări ale activității motorii determinate de remedii psihotrope: (simptoame extrapiramidale)

Distonia acută (4 ore, spasme, torticolis, crize oculogire, la câteva ore după administrarea medicației)

Akafisia (4 zile, câteva zile, incapacitate de a sta locului, neliniște în extremități)

Bradichinezie (4 săptămâni, simptome parkinsoniene, mișcări încetinite, roboformale)

Dischinezie tardivă (4 luni, mișcări involuntare, coreiforme, protruzia limbii).



PSIHOTERAPIA – generalități

Jana Chihai, conf. univ, dr. in med.



- ***Psihoterapia este definită ca o acțiune psihologică sistematică, planificată și intențională, având la bază un sistem teoretic conceptual bine pus la punct și exercitată de către un psihoterapeut calificat (psiholog sau medic) asupra pacientului.***



- **Psihoterapia** poate fi privită și ca o *relație interpersonală dintre pacient și psihoterapeut, relație menită să investigheze și să înțeleagă natura tulburărilor psihice ale pacientului în scopul de a corecta aceste tulburări și a elibera pe pacient de suferință.*



- Psihoterapia se bazează pe colaborarea voluntară dintre psihoterapeut și pacient.
- Ea se asociază uneori cu tratamentul medicamentos și/sau cu măsuri de asistență socială și pedagogică.
- În aceste situații psihoterapeutul își desfășoară activitatea în colaborare cu medicul psihiatru (sau de altă specialitate, după caz) și cu alți membri ai echipei de sănătate mintală.

La baza oricărei **psihoterapii** se află:

- *convingerea conform căreia persoanele cu probleme psihologice au capacitatea de a se modifica învățând noi strategii de a percepe și evalua realitatea și de a se comporta.*
- Majoritatea psihoterapeuților sunt de părere că scopul psihoterapiei este să transforme această convingere în realitate.

Psihoterapia se diferențiază de alte metode de
● tratament prin:

- se folosesc instrumente psihologice pentru schimbarea personalității, legate de bazele psihologiei;
- sunt utilizate metode și instrumente profesionale, adică pregătite de profesioniști;
- cu ajutorul psihoterapiei sunt tratați persoane ce suferă de dereglări ai psihicului

● ● ● **Obiectivul** oricărei psihoterapii constă în:

➤ *a înțelege comportamentul pacientului și a modifica acest comportament astfel, încât dificultățile existențiale ale acestuia să fie înlăturate sau diminuate.*



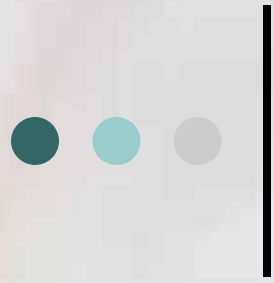
➤ *Psihoterapeutul realizează o evaluare a personalității pacientului, căutând să pună în evidență problemele principale și particularitățile psihice ale acestuia.*

Obiectivele psihoterapiei vizează în principal următoarele aspecte:

- Scoaterea pacientului din criză existențială în care se află.
- Reducerea sau eliminarea simptomelor.
- Întărirea E-ului și a capacităților integrative ale personalității pacientului.
- Rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului.
- Modificarea structurii personalității în vederea obținerii unei funcționări mai mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu.
- Reducerea (sau înlăturarea dacă este posibil) acelor condiții de mediu care produc sau mențin comportamentele de tip dezadaptiv.
- Modificarea opiniilor eronate ale subiecților despre ei înșiși și despre lumea înconjurătoare.
- Dezvoltarea la subiecți a unui sentiment clar al identității personale.

ISTORIA PSIHOTERAPIEI

- - ▣ Psihoterapia a fost practică din cele mai vechi timpuri, pe măsură ce oamenii primeau sfaturi și erau ascultați de ceilalți.
 - ▣ Prima teorie în psihoterapie a fost realizată de medicul persan Rhazes din Bagdad, în secolul 8. Dar bolile psihice au fost tratate în lumea vestică ca fiind posesiuni demonice sau afecțiuni medicale care necesitau pedeapsă și închisoarea, pînă în secolul 18.
 - ▣ După secolul 18 au fost introduse intervențiile psihosociale pentru reabilitarea “nebunilor”.
 - ▣ Prima școală psihoterapeutică a fost psihanaliza lui Sigmund Freud în 1900.



- In jurul anilor 1920, a apărut psihoterapia **comportamentală**, bazată pe principiile condiționării operante, condiționării clasice și teoriei învățării sociale.
- Psihoterapia comportamentală a început să fie utilizată ca psihoterapie pentru fobii.
- În Europa s-au dezvoltat abordări în psihoterapie bazate pe filozofia existențială.

- O altă școală de psihoterapie a fost fondată în anii 1950 de Carl Rogers: **psihoterapia centrată pe persoană**, pornind de la principiile existențialismului și piramida trebuințelor umane a lui Abraham Maslow.
- **Gestalt-terapia** a fost promovată de Fritz și Laura Perls, apoi comunicarea non-violentă, de către Marshall Rosenberg și **analiza tranzacțională**, de către Eric Berne. Mai târziu aceste abordări au ajuns să fie cunoscute ca și **psihoterapie umanistă**.
- În anii 1960 Albert Ellis a înființat școala de psihoterapie **rațional- emotivă**, iar Beck școala de **psihoterapie cognitivă**.
- În anii 1970 psihoterapia cognitivă și cea comportamentală s-au unit în ceea ce astăzi poartă numele de **psihoterapie cognitiv- comportamentală**.

Aceste orientări, după felul abordării, se clasifică:



a) Activ-Directive:

- ▣ tehnici de relaxare;
- ▣ sugestia și hipnoza;
- ▣ abordarea cognitiv-comportamentală;
- ▣ abordarea umanist-existențial-experiențială;
- ▣ psihoterapia adleriană.

În cadrul acestor orientări există diverse școli. Se estimează (Bergin și Garfield, 1994) că există aproximativ 200 de școli de psihoterapie și peste 600 de tehnici de intervenție.

b) Holistice, orientate către:

- subiect ca entitate complexă și irepetabilă, trăitoare într-un univers infinit, dar într-un ambient microsocial cu o specificitate unică;
- dezvoltarea conflictelor intrapsihice și reducerea lor în scopul obținerii unei mai bune adaptări și - în acest fel - a stării de echilibru psihic.

În această categorie se încadrează:

- ▣ abordările dinamice (freudiană, jungheană);
- ▣ abordarea non-directivă - Carl Rogers;
- ▣ abordarea abreactivă, care dezvoltă tehnici verbale de stimulare a dezvoltării de sine în vederea depășirii blocajelor - această metodă reprezintă o perfecționare a abordării rogersiene.


ORIENTĂRI ÎN PSIHOTERAPIE

- ▣ **Psihanaliza** a fost prima formă de psihoterapie cunoscută. Psihanaliza se distinge prin faptul că încurajează verbalizarea gândurilor pacienților, incluzând asociațiile libere, fanteziile și visele din care analistul interpretează natura conflictelor inconștiente care produc simptomele pacienților.
- ▣ **Psihoterapia cognitiv-comportamentală** caută prin diverse metode să identifice și să modifice cognițiile maladaptative, credințele și comportamentele cu scopul de a influența emoțiile negative distructive și comportamentele disfuncționale problematice.

- ● ●
 - ▣ **Psihoterapia psihodinamică** se centrează pe relevarea conținutului inconștient al psihismului clientului cu scopul de ameliorare a tensiunii psihice. Deși rădăcinile sale se află în psihanaliză, psihoterapia psihodinamică tinde să fie de mai scurtă durată și este mai puțin intensivă comparativ cu psihanaliza tradițională.
 - ▣ **Psihoterapia existențială** se bazează pe credința existențială că ființele umane sunt unice în lume. Această izolare conduce la sentimentul lipsei de sens care poate fi depășit numai prin crearea valorilor și înțeleșurilor proprii.

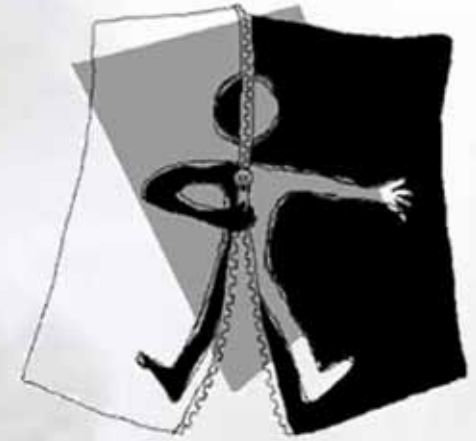


- ▣ **Psihoterapia umanistă** a apărut ca reacție la behaviorism și psihanaliză și este ca urmare cunoscută sub numele de A Treia Forță în dezvoltarea psihologiei.
- ▣ Psihoterapia umanistă se ocupă de contextul uman al dezvoltării individului subliniind înțelesul subiectiv, respingând determinismul și preocupându-se de creșterea pozitivă mai degrabă decât de patologie.

- 
- ▣ **'Psihoterapia de scurtă' durată** este un termen generic pentru o varietate de abordări în psihoterapie. Diferă de alte școli de terapie prin faptul că subliniază centrarea pe o anumită problemă și intervenția directă. Este bazată pe soluții și nu orientată pe problemă.
 - ▣ **Psihoterapia sistemică** se adresează oamenilor în relație, respectiv are de-a face cu interacțiunile de grup. Include terapia familială și consilierea maritală.
 - ▣ **Psihoterapia transpersonală** se adresează clientului în contextul unei înțelegeri spirituale a conștiinței.



Psihoterapia Cognitiv- comportamentala si existentiala



Psihoterapiile comportamentale

- Psihoterapia comportamentală a apărut ca reacție la psihanaliză, care pune un foarte mare accent pe problematica inconștientului.
- Terapiile comportamentale se bazează pe teoriile învățării, care consideră că personalitatea umană se formează sub influența exclusivă a stimulilor exteriori, a situațiilor, rolurilor și interacțiunilor sociale.
- MODELUL S-R



Terapia comportamentală

Ideea de bază este că toate reacțiile, răspunsurile organismului uman ca întreg(ceea ce facem), pot fi conceptualizate ca fiind:

- Comportamente deschise/exteriozitate
- Comportamente închise/interiozitate



Comportamentele exteriorizate:

- răspunsuri ale organismului uman ca întreg care pot fi observate și măsurate direct, independent de subiectivitatea celor care le produce.





Comportamentele interiorizate:

Se referă la acelea reacții/răspunsuri ale organismului uman ca întreg, care nu pot fi măsurate și observate independent de subiectivitatea celui care le produce.

Exemplu: gândul „mi-e frică” este un comportament interiorizat. El poate fi însă măsurat și observat riguros în mod indirect, dependent de organismul care le produce.



- Terapeuții comportamenaliști se ocupă de comportamentul observabil și de condițiile de mediu care îl modelează.



Tehnicile psihoterapiei comportamentale:

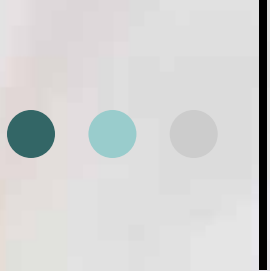
1. Tehnica stingerii comportamentelor nedorite
 - Adepții acestei tehnici consideră că modelele de comportament învățate au tendința de a slăbi și de a dispărea în timp dacă nu sunt întărite corespunzător.
 - Există două **tehnici** psihoterapeutice mai cunoscute care se bazează pe principiul stingerii comportamentelor nedorite:
 - **Terapia implozivă**
 - **Tehnica expunerii (flooding)**



2. Tehnica desensibilizării sistematice

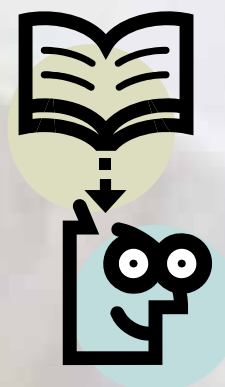
A fost propusă de Wolpe în 1969. Metoda cuprinde 3 etape:

- **Învățarea relaxării.** Clientul este învățat mai întâi o tehnică de relaxare, de regulă metoda relaxării progresive a lui Jacobson.
- **Stabilirea ierarhiilor.** Se construiește o ierarhie a situațiilor ce provoacă anxietate clientului, în ordine descrescătoare, de la situația cea mai anxiogenă la cea mai puțin anxiogenă.
- **Procedeul desensibilizării.** I se cere clientului să se relaxeze. Terapeutul îi descrie clientului situațiile, înaintând progresiv de la cea care provoacă cea mai puțină anxietate la cea care provoacă cea mai multă anxietate. Clientul este rugat să-și imagineze situațiile respective. În momentul în care clientul afirmă că simte anxietatea, ședința se termină.

- 
- Tratatamentul continuă până în momentul în care clientul este capabil să rămână relaxat în timp ce își reprezintă scene care înainte îi trezeau o reacție anxioasă foarte puternică.
 - Durata medie a unei ședințe de desensibilizare este de 30 minute, ședințele având loc de 2-3 ori pe săptămână. Psihoterapia durează de la câteva săptămâni la câteva luni.
 - Prin toate aceste tehnici, terapeutul structurează cursul terapiei și direcționează activitățile clientului.

Terapia cognitiv- comportamentală

- ❖ *Delimitări conceptuale și evoluție.*
- ❖ *Paradigma cognitiv-comportamentală:
modelul ABC cognitiv.*



Ce este terapia cognitiv-comportamentală?

TCC este o combinație teoretico-metodologică, fundamentată științific, a terapiei comportamentale cu terapia cognitivă, cu aplicații în patologie și sănătate.

Ea are pe lângă un caracter clinic (tratarea bolilor) și un profund caracter educațional și preventiv.

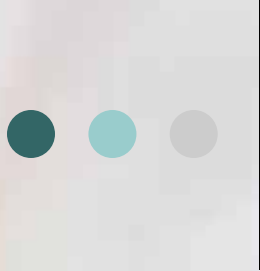


Terapia cognitivă

Ideea fundamentală (Ellis - 1958, 1962; Beck, 1976) este că prelucrările informaționale (cognițiile), fie ele conștiente sau inconștiente, generează răspunsurile afectiv-emoționale/subiective, cognitive, comportamentale și unele reacții psihofiziologice ale subiectului uman.

Printre cei mai influenți pioneri ai terapiei cognitive se numără Beck și Ellis.





Terapia cognitivă a lui Beck este menită să identifice și să corecteze gândurile distorsionate și convingerile disfuncționale care stau la baza acestora.





Indicatii absolute:

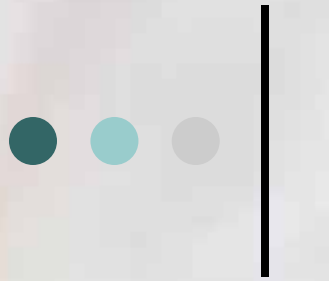
- ✓ Atacuri de panică
- ✓ Anxietate generalizată
- ✓ Tulburarea obsesiv-compulsivă
- ✓ Tulburarea hipocondrică și fobiile.



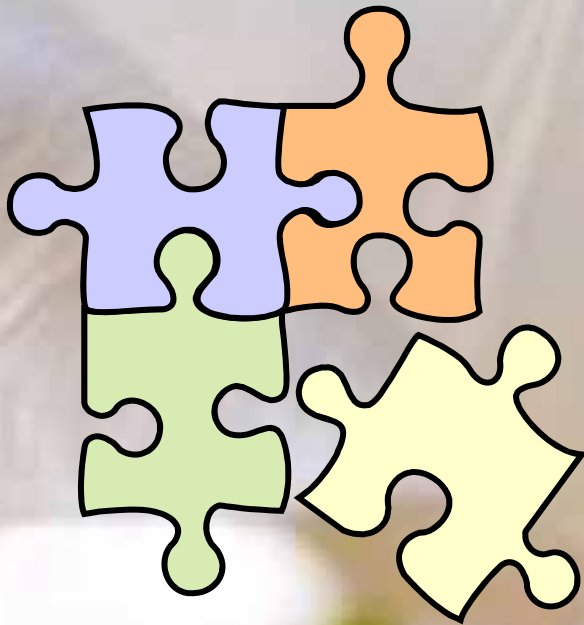
Paradigma cognitiv comportamentală - fundamente

Paradigma cognitiv-comportamentală este fundamentată de câteva principii:

- 1. COGNIȚIA** (convingere, credință, gând)
- 2. Psihopatologia** este rezultatul cognițiilor disfuncționale/ iraționale
- 3. Cognițiile disfuncționale/iraționale** pot fi identificate și schimbate
- 4. Schimbarea** se face prin tehnici cognitive / comportamentale
- 5. Pachete de intervenție** validate științific



Modelul ABC cognitiv





Modelul ABC cognitiv

A - EVENIMENTUL ACTIVATOR

- Tip situație externă (evenimente de viață)
- Tip situație internă/subiectivă (emoții, aspecte psihofiziologice, biologice, comportamente)
- Antrenează întreaga personalitate a individului



Modelul ABC cognitiv

B - COGNIȚIILE PERSOANEI

- Gânduri, convingeri
- Se interpune între A și C
- Mediază C
- Mediază și modul de percepere a lui A



Modelul ABC cognitiv

C - CONSECINȚE

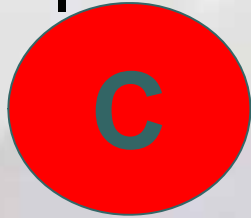
- Consecințele procesării cognitive a lui A
- Răspunsuri afectiv-emoționale
- Răspunsuri comportamentale
- Răspunsuri psihofiziologice/biologice.



Dezavantaje:

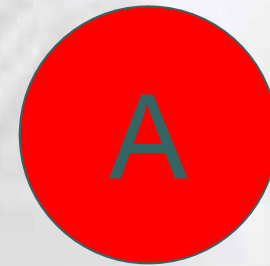
- Teoria cognitiv-comportamentala ignora inconstientul.
- Terapeutii de orientare cognitiv-comportamentala nu neaga existenta, dar nu considera necesar sa tina cont de aceasta realitate psihica.

- *Analiza Tranzacțională*



autor

Eric Berne



*AT și-a atins maturitatea în
1978. deja după moartea lui
Berne*

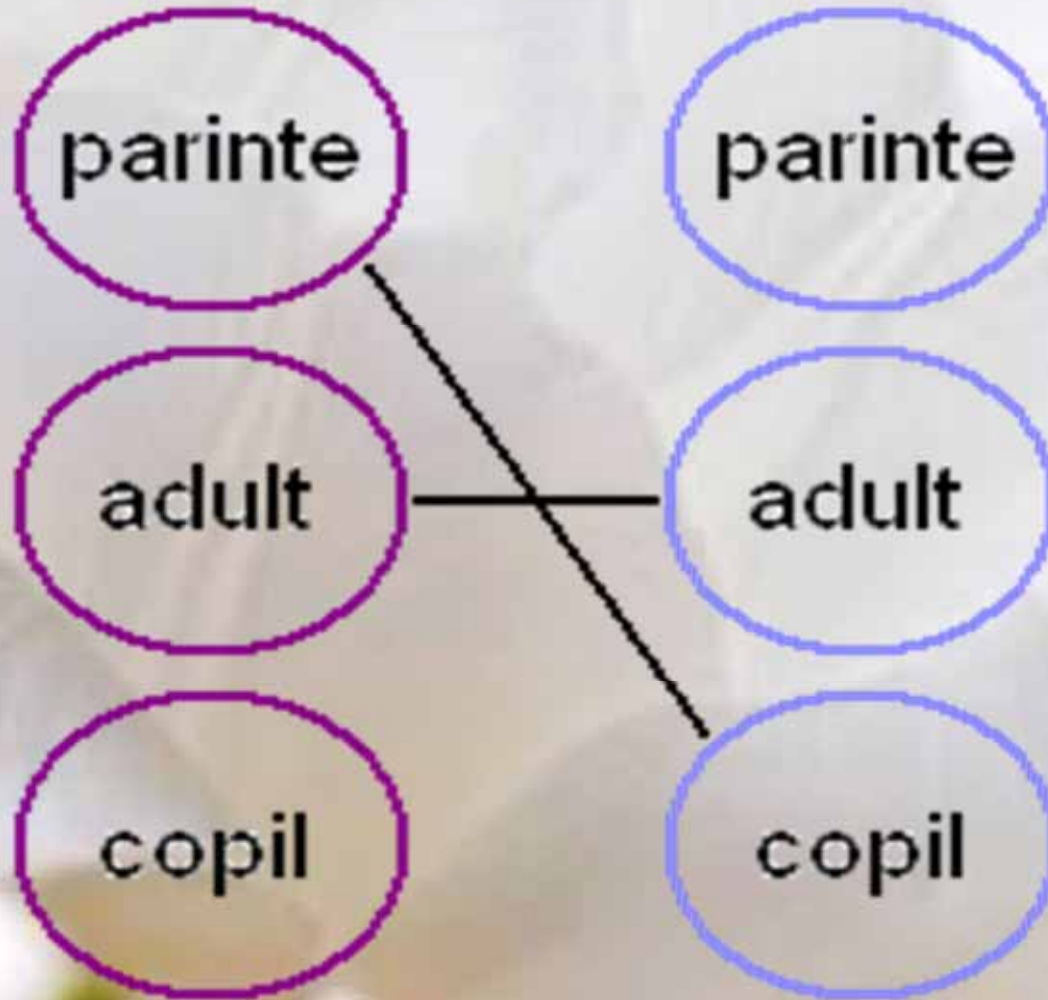


- Analiza Tranzactionala (AT) isi are radacinile in psihanaliza traditionala. Fondatorul ei, incepind sa dezvolte AT ca teorie a personalitatii, a comunicarii si a relatiilor interpersonale, bazata pe conceptele comportamentelor observabile si pe cele ale interactiunii dintre oameni.

- Psihoterapia tranzacțională începe cu **analiza structurală** - separă și analizează stările eului, cu scopul de a stabili starea predominantă și de a o elibera de contaminarea cu elemente arhaice și străine.
- II etapa este **analiza tranzacțională** - analiza tranzacțiilor simple, apoi analiza seriilor stereotipe de tranzacții, urmata de analiza operațiilor complexe
- La sfarsitul terapiei pacientul are capacitatea de a **soluționa conflictele și distorsiunile din trecut.**




Stările Eu-lui





Analiza tranzacțională (AT)
descrie 3 stări : **Copil**





- ● ●
 - **Copil** - este constituit din ceea ce **simtim**. Eul Copil este o stare in care fiintele umane se comporta, gandesc si simt la fel ca in copilarie, adica **instinctual**.

- Copilul este sursa de emotii, creatie, recreatie, spontaneitate si intimitate.

- Datele continute de aceasta stare a eului provin din primii 5 ani de viata.



- **Copilul natural sau liber este plin de energie, creativ, jucaus si spontan. In varianta **pozitiva** ii ofera fiintei o **baza din care sa evolueze**, iar in varianta **negativa** poate fi un **inadaptat social**.**

- **Copilul adaptat este ascultator si **politicos** in varianta pozitiva, iar in varianta negativa este **rebel si manipulator**.**

Părintele



- ● **Parinte** - se formeaza din ceea ce **observam**.

Eul Parinte reprezinta starea in care fiinta umana copiaza in mod inconstient comportamentul figurilor parentale.

Parintele include o colectie de amintiri ale unor evenimente externe, inregistrate automat si care s-au petrecut in primii 5 ani de viata.

Aceasta stare a eului include reguli, interdictii, judecati, modele de comportament, si poate avea doua forme:

Maturul

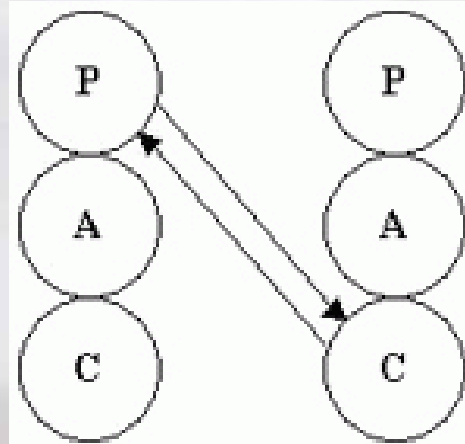
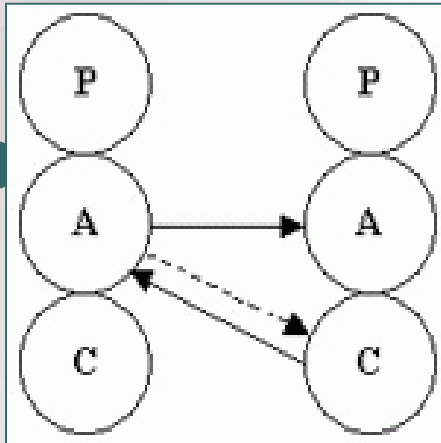


***Adult** - se formeaza din ceea ce **invatam**.*

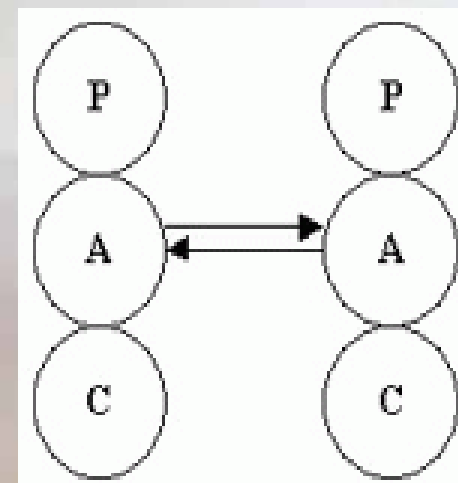
- ● *● **Eul Adult** este asemanator unui computer care proceseaza informatiile si ia decizii in absenta emotiilor care ar putea afecta aceste procese.*

- Putem spune ca starea de Adult permite evaluarea si validarea datelor primite de Parinte si Copil.

*- In **varianta pozitiva este atent, ia decizii, colaboreaza si negociaza**, iar in **varianta negativa Adultul analizeaza excesiv datele sau relatiile interpersonale**.*



Tranzactiile



- Berne a definit tranzactia ca fiind unitatea fundamentala a comunicarii sociale, formata din stimul si raspuns.

Tranzactiile se refera la comunicarea interpersonală **verbala, nonverbala si paraverbala.**

La cel mai simplu nivel, analiza tranzactionala reprezinta o metoda de studiere a interactiunilor intre persoane.

GESTALT THERAPIA





*Gestalt-teoria sau
psihologia formei*

*a fost elaborată în Germania, în secolul al
XIX-lea, sub impulsul lui
Wertheimer, a
lui Kohler și al lui Koffka.*

*În limba germană verbul
gestalten înseamnă “a pune în formă, a da
o structură cu sens”.*

• *Conform formulei lui Perls*

*“acum”=experiența=constientizarea=
realitate*

*Trecutul nu mai există, iar viitorul
încă nu este. Doar prezentul există*



Scopul psihoterapiei :
Este constientizarea maximă a propriului eu sau atingerea unui nivel superior de conștiință, prin care omul să devină conștient de semnificația lumii sale interne și externe și în același timp capabil să o construiască!!!

Tehnici:

1. *Exerciții*- sunt tehnici gata construite, fantezii, joc de rol, psiho drama

○ Exercitii individuale

- ✓ Scaunul gol
- ✓ confruntarea

○ Exercitii individuale, indicate pentru utilizarea în grup

- ✓ Trecerea prin cerc
- ✓ Exagerarea
- ✓ Iti pot oferi o propozitie



- În geshtalt-terapie sunt 5 mecanisme de distrugere a procesului de autoreglare:

introiecția,
proiecția,
retroflexia,
deflexia,
confluența.

În cazul **întroiecției** omul asimilează sentimente, convingeri, norme , modele de comportament ale altor oameni, care atunci când vin în contravenție cu experiența personală, nu sunt asimilate de către personalitatea lui. Această experiență neasimilată- **introiectul** - este străină pentru om și o parte din personalitatea lui. Cei mai sensibili introiecți sunt învățămintele părintești.

● **Proiecția** este antonimul introiecției, dar de regulă aceste 2 mecanisme se completează unul pe altul. În cazul proiecției omul înstrăinează calitățile sale proprii, deoarece nu corespund concepției de Eu propriu. Golurile formate în rezultatul proiecției sunt umplute cu introiecte.

Retroflexia - “întoarcerea spre sine” - se observă în cazul când careva necesități nu pot fi realizate din cauza blocajului social, și atunci energia pentru manipularea în exterior se îndreaptă către sine. Așa necesități nerealizate sau geshtalte nefinisate sunt sentimentele agresive. Retroflexia se manifestă în contracțiile musculare.

Deflexia - este o îndepărtare de la contactul real. Omul, pentru care este caracteristică deflexia, fuge de contactul direct cu oamenii, problemele și situațiile. Deflexia se manifestă sub formă de discuții de salon, guralivitate, clounism, anumite ritualuri în comportament, tendința de a “nivela” situațiile de conflict.

Confluența se manifestă prin ștergerea granițelor dintre Eu și mediu. Asemenea oameni cu greu disting gândurile, sentimentele și dorințele personale de cele străine. Confluența poate fi ușor observată în timpul psihoterapiei de grup, atunci când pacienții se identifică completamente cu grupul, pentru ei fiind caracteristic, în timpul descrierii comportamentului propriu, de a folosi pronumele “noi”, în loc de “eu”.

Pentru a descoperi individualitatea sa, pacientul trece prin 5 niveluri, pe care Perls le numește **nivelurile nevrozei**.

I nivel - **nivelul relațiilor false**, nivelul jocului și a rolurilor. Personalitatea nevrotică se dezice de realizarea Eului personal. Bolnavul nevrotic trăiește în conformitate cu așteptările altor oameni. În rezultat, scopurile personale și necesitățile omului sunt nerealizate, el este frustrat , dezamăgit și își consideră existența inutilă.

II nivel - **fobic**, este legat de conștientizarea comportamentului fals și manipulării. Dar când pacientul își imaginează ce poate avea loc , dacă el se va comporta sincer, la el apare sentimentul de frică. Omul se teme să fie cel care este, se teme că nu va fi acceptat de societate.

III nivel- **tupicul**. Se caracterizează prin aceea că omul nu știe ce să facă și unde să se ducă. El re trăiește pierderea susținerii din exterior, dar nu este gata sau nu dorește să folosească propriile resurse, să-și găsească susținere interioară. În rezultat omul se menține de statutul cvo, fiindu-i frică să treacă prin tupic.

- IV nivel – **implozia**. Este starea unei neliniști interioare, deznădejde, dezgust față de sine, care se bazează pe conștientizarea faptului că omul s-a limitat pe sine. La acest nivel individul poate trăi frica de moarte. Aceste momente legate de concentrarea unei cantități mari de energie pentru lupta de contrarii interioare, apărute în urma acestei presiuni, cum i se pare lui, amenință să-l distrugă.

V nivel - **explozia**. Atingerea acestui nivel înseamnă stabilirea unei personalități autentice, care are capacitatea de trăire și expunere a emoțiilor.

Explozia - este o trăire emoțională adâncă și intensă.

Perls descrie patru tipuri de explozie:

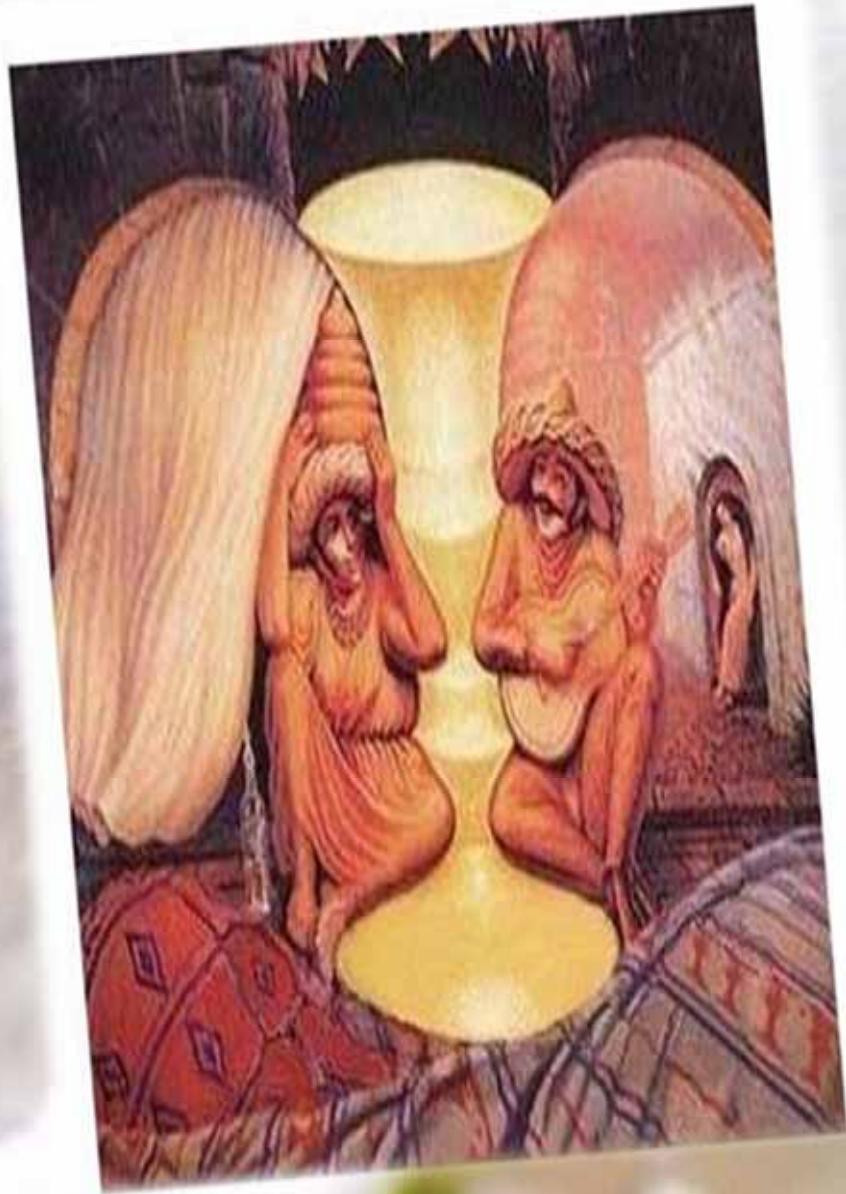
tristețe,
furie,
bucurie,
orgasm.

Explozia unei **tristeți** adevărate este rezultatul lucrului, legat de pierderea sau moartea unui om apropiat.

Orgasmul este rezultatul lucrului cu persoanele blocate sexual.

Furia și **bucuria** sunt legate de descoperirea personalității autentice și individualității adevărate.



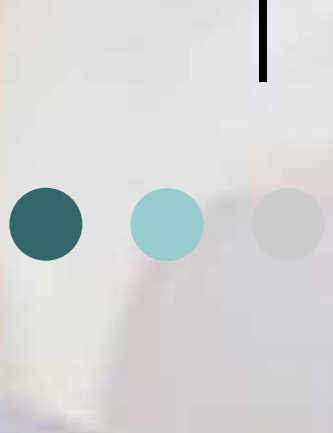


● ● ● | **TRAINING AUTOGEN DUPĂ
J.H. SCHULTZ**





Scopul trainingului.



Ajungerea la o destindere și un calm interior și astfel la obținerea unei deconcentrări a întregului organism, care permite creșterea capacității morale și reducerea sau eliminarea deficiențelor anormale.

● ● ● | **Trainigul autogen cuprinde următoarele 2
cicluri de exerciții:**





Ciclul inferior (“mica psihoterapie”):

- trăirea senzației de greutate în mâini și picioare;
- trăirea senzației de căldură în mâini și picioare;
- controlul bățăilor inimii;
- controlul respirației;
- perceperea senzației de vasodilatație în zona plexului solar;
- perceperea senzației de vasoconstricție în zona frunții.

Ciclul superior (“marea psihoterapie”):

- concentrare pe culoarea preferată;
- concentrare pe culori impuse de terapeut;
- concentrare pe obiecte concrete;
- concentrare pe idei abstracte
- trăirea “sentimentului propriu ” (a stării afective preferate de subiect);
- interogarea propriului subconștient.



Durata antrenamentului:


În cazul primelor 15 zile de training, se efectuează 2-3 ședințe pe zi, exercițiile repetându-se câte o dată și de două ori și se execută numai după mesele principale:

- dimineața între 7-8
- la prânz între 13 - 14
- seara în jurul orei 22



Terapiile hipnosuggestive.

HIPNOZA

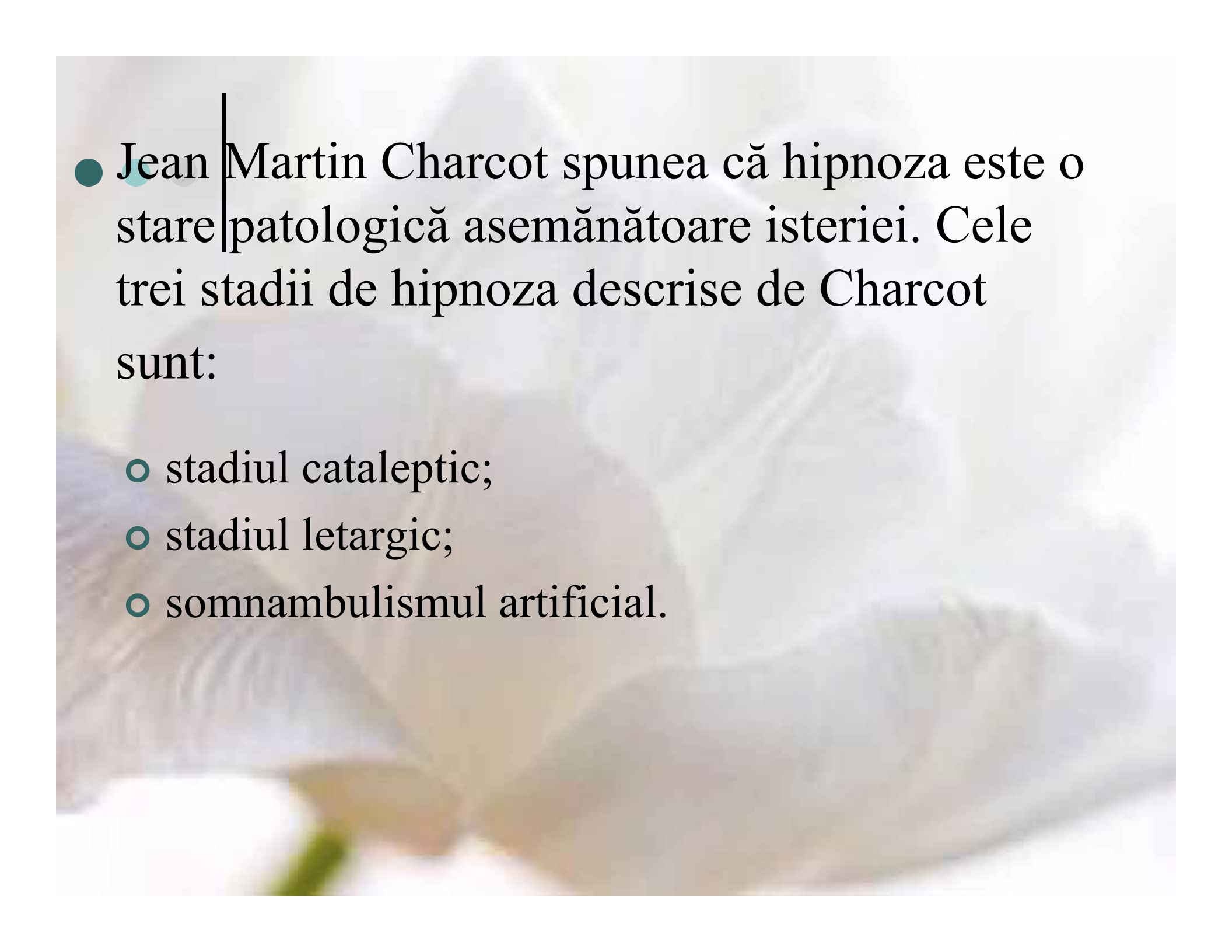


Hipnoza este o stare intermediară între starea de veghe și cea de somn, mai exact, stare prin care trecem în fiecare seară înainte de a adormi și care nu durează decât câteva clipe.

«Hipnoza mai este definită ca „o stare apropiată de un somn parțial, provocată în mod artificial prin fixarea atenției asupra unui obiect strălucitor și prin sugestie, stare în care subiectul rămîne capabil să asculte de unele ordine date de hipnotizator”

Jean Martin Charcot (1825-1893) este considerat
“**fondatorul neurologiei moderne**” și a hipnoze

A impus hipnoza ca **metoda validă** în lumea medicală franceză. Printre **discipolii** săi se afla nume sonore precum: **Sigmund Freud, Pierre Janet, William James** și **Alfred Binet**.



- Jean Martin Charcot spunea că hipnoza este o stare patologică asemănătoare isteriei. Cele trei stadii de hipnoza descrise de Charcot sunt:

- stadiul cataleptic;
- stadiul letargic;
- somnambulismul artificial.

- Hipnoza a început să fie folosită în scopuri terapeutice datorită medicului american Milton Erickson.

Potrivit lui, hipnoza este o stare în care intrăm spontan în fiecare zi fiecare dintre noi.

Este vorba de hipnoza spontană, care apare, de exemplu, atunci când citești cu mare atenție o carte sau când urmărești un film

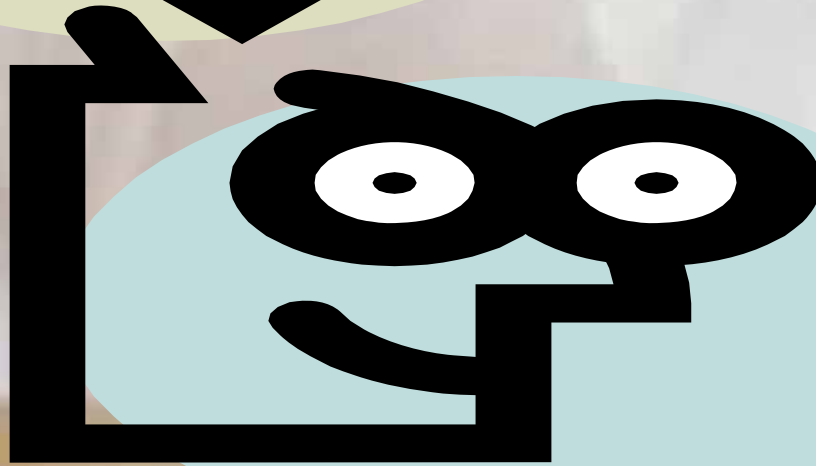


Tipuri de hipnoza

Putem vorbi de două mari tipuri de hipnoză: *hipnoza clasică* și *hipnoza ericksoniană*.

Hipnoza clasică, numită și directivă, nu este indicată în toate tipurile de afecțiuni, depinzând în mare măsură de hipnozabilitatea pacientului. Spre deosebire de acest tip de hipnoză, în care psihoterapeutul conduce sesiunea, în cea *ericksoniană* psihoterapeutul sugerează pacientului să se ajute.

● ● ● *Vă mulțumim pentru Atenție*



psihanaliza

Anatol NACU

definiții

- Freud, 1922.
- Un procedeu de **investigare a proceselor mentale aproape inaccesibile prin alte metode;**
- O metodă bazată pe acest tip de investigare **pentru tratamentul tulburărilor nevrotice;**
- O serie de concepții psihologice referitoare la psihic și personalitatea umană, dobândite prin acest mijloc și care se dezvoltă împreună pentru a forma **progresiv o nouă disciplină științifică.**

- Niște *pui* de maimuța Rhesus sunt crescuți într-o izolare socială mai *mult sau puțin completă* de la naștere. Atunci când izolarea socială este totală **în cursul primelor trei luni** se remarcă, după încetarea izolării, **câteva lacune în dezvoltarea socială, dar o dezvoltare satisfăcătoare a funcțiilor cognitive**. Atunci când izolarea socială durează **mai mult de 6 până la 12 luni**, se observă o **incapacitate a formării oricărei dezvoltări sociale** (nu există manipulare, nici jocuri sexuale). (Harlow)

- ***Când se propun puilor de maimuță mame artificiale, puii preferă mamele acoperite de cârpe moi în locul mamelor din fire metalice. Această variabilă nu se schimbă, chiar dacă „mamele metalice“ au un biberon: pentru Harlow, asta înseamnă că reconfortarea prin contact sau „atașamentul“ constituie o variabilă majoră în legătură cu mama, superioară chiar aoprtului de hrană.p.28(Harlow)***

- **Puii Rhesus separați de mama dar crescuți laolaltă prezintă un comportament social mai bun decât cei ținuți în izolare. Femelele crescute în izolare totală au ulterior un comportament foarte rejetant față de propriul lor pui.**
- **Importanța nevoii precoce de atașament și sechelele durabile, chiar definitive, pe care o provoacă o carență precoce de atașament puiului de Rhesus.**
- **Există o perioadă sensibilă dincolo de care recuperarea nu mai este posibilă.p28**

- G. Rizzolatti, L. Fadiga, L. Fogassi, V. Galleze 1996 descoperirea neuronilor-oglindă inițial la maimuțe, apoi la ființele umane. Implantau electrozi în creierul maimuțelor rhesus (premotorie, temporală superioară, parietală inferioară) care se activau la observarea unei mișcări a cuiva din preajmă și a imaginării unor mișcări a cuiva sau a celor proprii.

- În anumite condiții acești neuroni pot contribui la formarea empatiei, pot contribui la identificarea cu celălalt, pot stimula înțelegerea a celor ce se petrece cu celălalt.
- Dacă zâmbim sugarul ne zâmbește, neuronii oglindă reflectă expresia imaginii. Se poate organiza inteligența emoțională cu diversitatea stărilor afective.

- Realitatea externă ne vine prin percepții.
- Realitatea internă vine prin dorințe, fantezii, amintiri în timpul absenței perceptivului.
- Realitatea internă este formată din reprezentări a lucrurilor simbolizate, dar absente aici și acum. Deci, în mare parte obiecte de doliu, obiecte a pulsioniilor.

- Obiectele interne ne vorbesc despre ceva ce este absent perceptiv, ceva ce ne permite să suportăm, amânăm, refuzăm ceea ce avem nevoie și care nu este accesibil la moment.
- Absența a ceva este întotdeauna ceva psihic, prezența a ceva este un amestec de perceptiv și psihic. Perceptivul poate fi asemănător, reprezentativul poate fi diferit.

- Transformarea actului motor, perceptiv în unul psihic, de comunicare. La început acest gest este unul pur motor. Experiența îl va transforma: de fapt **mama îi dă copilului obiectul către care el întinde mâna. Copilul îndreaptă degetul către obiect, fără să mai încerce să îl apuce: gestul a devenit un gest pentru altcineva, gestul nu mai vizează un obiect, ci o persoană. Mișcarea de a „arăta cu degetul“ a devenit un mijloc de comunicare.p.26**

- Bowlby a descris, inspirându-se din cercetările lui Harlow, reacțiile copiilor la separarea de mamă. El a izolat la copiii cu vârsta între 13 și 32 de luni o serie de trei mari faze consecutive dispariției :
- **faza de protest;**
- **faza de disperare;**
- **faza de detașare.**
- Pentru Bowlby această reacție la separare stă la baza reacțiilor de teamă și anxietate ale omului.
- R. Spitz

metodele

- Spre deosebire de alte științe focusate pe cercetarea proceselor mentale, psihanaliza nu are alt mijloc de cercetare a funcționării psihice decât relația pacient-analist sau relația individ-individ. Este vorba despre funcționarea de la inconștient la inconștient a acestor doi protagoniști ai procesului psihanalitic – analistul și analizandul. Iar metodele/mijloacele prin care are loc investigarea psihicului uman sunt **asociațiile libere, atenția flotantă, transferul, contratransferul.**

Asociații libere

- Asociație- orice legătură între două sau mai multe elemente psihice a căror serie constituie un lanț asociativ.
- asociațiile libere constau în a exprima fără discriminare toate gândurile care vin în minte, fie plecând de la un element dat (cuvânt, număr, imaginea unui vis, o reprezentare oarecare...), fie în mod spontan.

- Este metoda principală a tehnicii psihanalitice. Atât ca termen, cât și ca metodă de lucru a fost introdusă de către Freud în 1896. Reflecțiile privind introducerea acestei metode au început mai devreme, între anii 1892-1898.

- Freud utilizează procedeul asocierii libere în autoanaliza sa și, în mod special, în analiza propriilor vise. În acest caz, un element al visului servește ca punct de plecare pentru descoperirea lanțurilor asociative care conduc la gândurile visului

- Freud abandonează hipnoza și metoda cathartică prin care lucra anterior, invocând în primul rând faptul că hipnoza determina diminuarea sau dispariția temporară a simptomului, dar nu permitea înțelegerea conflictelor interioare care determină apariția simptomului.

- Metoda asociațiilor libere permite pacientului să ajungă, prin intermediul lanțurilor asociative pe care le dezvoltă/formează, la semnificația psihică a simptomelor sale și să descopere jocul de forțe psihice care-i determină simptomul.

- Asociațiile libere permit ajungerea la conținutul latent, care se ascunde în spatele conținutului manifest. Putem vorbi de simptom ca de conținut manifest, pe când conflictul ascuns să fie perceput de noi ca conținut latent.

Atenția flotantă.

- Este una dintre principalele recomandări tehnice în cadrul metodei psihanalitice. Termenul de atenție flotantă se referă la felul în care psihanalistul trebuie să-l asculte pe pacient: să-și lase propria activitate inconștientă să funcționeze în modul cel mai liber posibil, fără a privilegia aprioric nici un element din discursul pacientului.

- Respectând această regulă, psihanalistul exclude din procesul de percepere a discursului pacientului propriile prejudecăți, atitudini, chiar și cele mai fundamentale presupoziii teoretice, încercând doar să descopere conexiunile inconștiente în discursul pacientului.

Analiză personală

- Analiza didactică reprezintă procesul de psihanaliză personală pe care îl urmează cel care se va dedica exercitării profesiei de psihanalist. Analiza didactică reprezintă una dintre cele trei dimensiuni constitutive, obligatorii ale procesului de formare profesională a psihanalistului : formarea teoretică, supervizarea cazurilor clinice și analiza personală.

- Obligativitatea analizei personale a derivat din descoperirea lui Freud că practicarea psihanalizei este posibilă numai în cazul în care psihanalistul își cunoaște propriul inconștient, a proceselor care se petrec în preconștient, a rezistențelor, a manifestărilor transferențiale.

- Deoarece practica psihanalizei presupune că este cercetat psihicul uman, în special inconștientul uman cu ajutorul altui psihic/inconștient, apar întrebări referitoare la obiectivitatea cercetării, la posibilele deformări ale materialului clinic sau la percepția stereotipă a materialului clinic.

- Pentru a se evita aceste deformări în analiza pacientului, pentru a evita așa-numitele ‘puncte oarbe’ în analiza pacientului, în 1901, la primul Congres de Psihanaliză, s-a instituit regula psihanalizei personale: fiecare candidat la profesiunea de psihanalist este obligat să realizeze analiza personală care să-i permită cunoașterea propriei funcționări psihice, în special a propriului inconștient, dezvoltarea abilităților de autoanaliză, deblocarea și înțelegerea propriilor conflicte psihice

Psihanaliza - o metodă de tratament a tulburărilor nevrotice

- Psihanaliza vine cu ideea că simptomul nevrotic are o semnificație, el presupune un joc de forțe care reprezintă un conflict psihic. În psihanaliză, pornind de la accepțiunea freudiană asupra sănătății și bolii, nu există diferențe calitative între sănătate și nevroză: atât individul sănătos, cât și nevroticul prezintă problemele oedipiene, utilizează aceleași tipuri de apărări psihologice și au traversat în copilărie aceleași stadii maturative.

- Diferențele dintre individul sănătos și cel nevrotic rezidă în intensitatea pulsionilor, a conflictului și apărărilor psihologice, depinde de intensitatea fixației și de rigiditatea/flexibilitatea apărărilor. *„Compulsia la repetiție, caracteristică esențială a bolnavului nevrotic, reprezintă elementul de morbiditate cel mai distinctiv: definiția normalității ca proces adaptativ se aplică foarte bine în acest cadru, sănătatea putând fi definită ca fiind capacitatea de a utiliza, în funcție de nevoi, o gamă cât mai largă posibil de mecanisme psihice”*(D. Marcelli).

Beneficiu primar, secundar

- Prin beneficiul bolii se desemnează în general orice satisfacție directă sau indirectă pe care un subiect o obține de pe urma bolii sale.
- Beneficiul primar este cel care participă la însăși motivarea unei nevroze: satisfacție aflată în simptom, fugă în boală, modificare avantajoasă a relațiilor cu cei din jur.

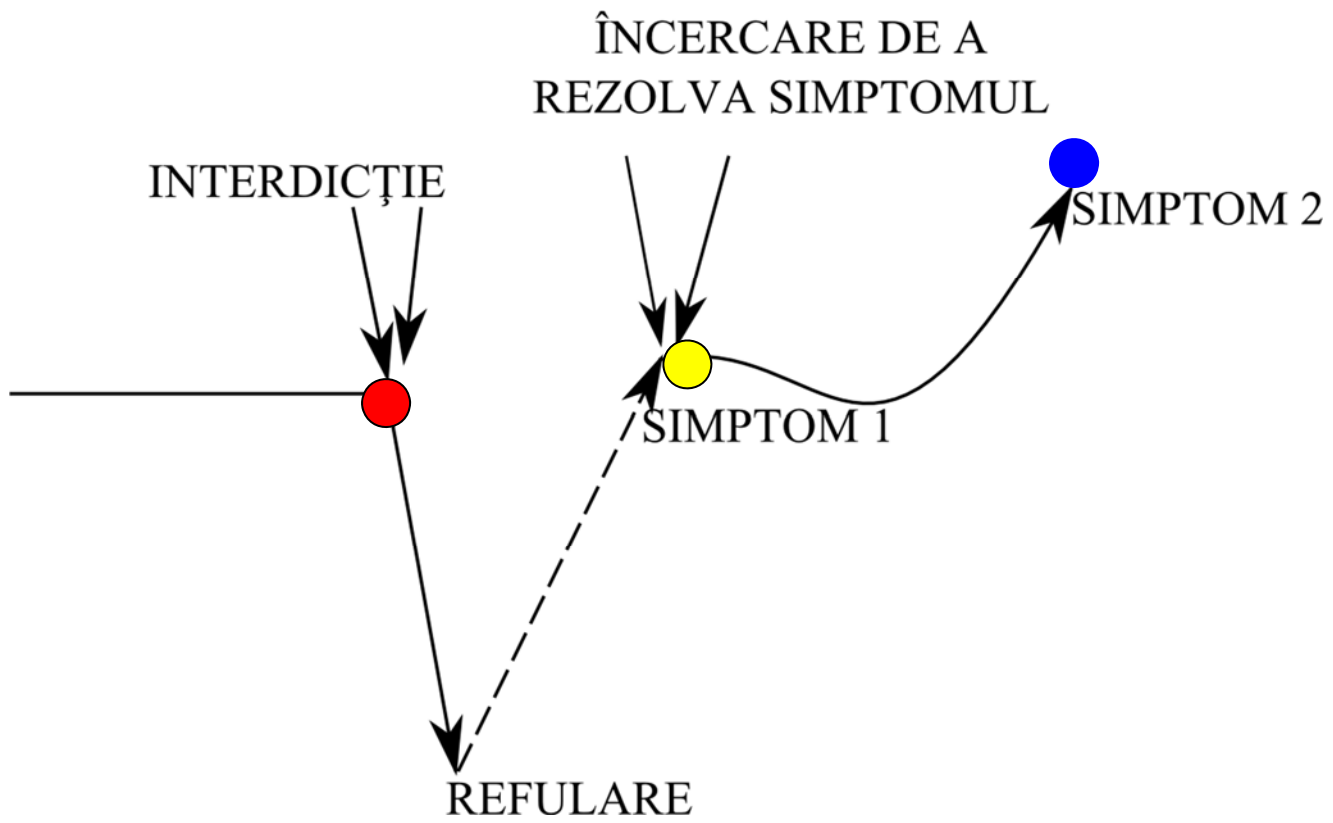
- „Beneficiul primar“ este legat de însuși determinismul simptomelor. Freud distinge două părți ale acestuia: „partea internă a beneficiului primar“ constă în reducerea de tensiune pe care o procură simptomul; acesta, oricât de dureros ar fi, are drept scop să-l scutească pe subiect de conflicte uneori mai neplăcute: este mecanismul așa-zisei „fugi în boală“.

- „Partea externă a beneficiului primar“ ar fi legată de modificările pe care simptomul le aduce în relațiile interpersonale ale subiectului. Astfel, o femeie “oprimată de soțul ei” poate obține, mulțumită nevrozei, mai multă tandrețe și atenție, răzbunându-se în același timp pentru tratamentul aspru îndurat.

- Beneficiul secundar se distinge de precedentul prin:
- apariția sa ulterioară, ca un câștig suplimentar sau o folosire de către subiect a unei boli deja constituite:
- caracterul său autonom în raport cu determinismul inițial al bolii și cu sensul simptomelor;
- faptul că este vorba de satisfacții narcisice sau legate de autoconservare mai degrabă decât de satisfacții direct libidinale.

- Beneficiul secundar se materializează, de exemplu, prin pensia acordată infirmului, puternic motiv ce se opune unei readaptări.
- „...eul se comportă ca și cînd ar fi condus de ideea că simptomul este de acum înainte prezent și nu va putea fi eliminat: el nu poate face altceva decît să se împace cu această situație și să obțină un cît mai mare avantaj posibil” (Inh, simp, ang, 1926)

- Diminuarea sau dispariția simptomului reprezintă un obiectiv de lucru pentru psihanaliză, dar acesta poate fi atins doar realizând alte rezultate, cum ar fi continuarea procesului de dezvoltare, sporirea capacităților de autoanaliză, dezvoltarea, perlaborarea și dizolvarea unei nevroze de transfer, soluționarea conflictelor interne care generează simptomul.



- Psihanaliza consideră conflictul ca fiind constitutiv pentru ființa umană, și aceasta în diferite perspective: conflict între dorință și apărare, conflict între diferitele sisteme sau instanțe, conflict între pulsuni, în sfârșit conflict oedipian, în care nu numai că se confruntă dorințe contrarii, dar în care acestea se lovesc de interdicție.

- În Oedip băiețelul nu manifestă doar o atitudine ambivalență față de tată și o alegere de obiect tandră orientată spre mamă, dar în același timp se comportă ca o fetiță, manifestând o atitudine feminină tandră față de tată și o corespunzătoare ostilitate geloasă față de mamă“

- Referindu-se la obiectivele tratamentului psihanalitic, Freud oferă următoarele recomandări: „*Inconștientul trebuie să devină conștient*” , „*Unde era Sine-ul, trebuie să fie Eul*”. Reflectând asupra vindecării în psihanaliză, Freud a menționat în scrierile sale despre capacitatea individului de muncă, iubire și plăcere ca rezultat al tratamentului psihanalitic.

- În „*Studii asupra isteriei*” (1895) Freud scrie: „*Vă veți convinge că avem mult de câștigat, dacă reușim să transformăm suferința dvs. isterică într-o banală nefericire. Împotriva celei din urmă vă veți putea apăra mai bine cu o viață sufletească reînșănătoșită*”.

- În 1909, în analiza micului Hans, Freud menționează cu referire la rezultatele analizei: *„Nu succesul terapeutic este ceea ce urmărim în primul rând, ci vrem să-l facem pe pacient să fie în stare să-și poată înțelege conștient impulsurile inconștiente”*.

- Astăzi elaborările privind obiectivele analitice s-au extins. Scopurile tratamentului psihanalitic, realizată de McGlashan și Miller (1982) (apud. W. Mertens):
- *Suspendarea inhibițiilor în dezvoltare* (încredere și siguranță; separare și individuație; agresivitate constructivă; sexualitate);
- *Aspecte ale sinelui* (responsabilitate de sine; identitate de sine; sentiment al propriei valori);

- *Relații cu ceilalți* (orientare spre exterior versus orientare spre interior, relația cu părinții; relația cu congenerii și grupurile; empatie, intimitate);
- *Acceptarea realității* (diminuarea omnipotenței, capacitatea de a face doliu, controlul pulsionilor și toleranța la frustrare, capacitatea de a ceda, proba realității);
- *Completitudinea trăirii și vivacitate* (sentimente, energie, relaxare, capacitatea de a se bucura);
- *Mecanisme de coping* (mecanisme de apărare, adaptare și schimbare socio-culturală);

- *Capacitate integratoare* (toleranță la ambivalență, capacitatea de a face treceri);
- *Capacități autoanalitice* (autoobservare și autoanaliză, conștientizarea transferului).

- CURA PSIHANALITICĂ
 - PSIHANALIZA CLASICĂ (MINIM 3-4 ȘEDINȚE CU SPATELE LA PSIHANALIST) – EXCLUDE CORIJĂRILE POSIBILE PRIN REACȚIA NON-VERBALĂ A PSIHANALISTULUI (doar la nevrotici, limitrofi, NU și la psihopatii, psihoze)
 - PSIHOTERAPIA PSIHANALITICĂ

Transfer și contratransfer

- **Transferul** este un termen introdus progresiv de S. Freud și Ș. Ferenczi pentru a desemna un proces constitutiv al curei psihanalitice prin care dorințele inconștiente ale analizandului în raport cu diverse „obiecte” – persoane semnificative pentru client, se repetă în cadrul relației analitice prin transferul asupra persoanei analistului.

- Este vorba de o repetiție a unor prototipuri infantile, trăită cu un marcat sentiment de actualitate. Aceste prototipuri care constau în sentimente, gânduri, atitudini, comportamente, s-au format în prima copilărie în relația cu părinții sau substituții lor.

- Este important să menționăm că **transferul** nu este un fenomen specific doar pentru terapia psihanalitică, el se regăsește în diferite relații umane (relații de autoritate medic-pacient, profesor-student, conducător-subordonat) sau în relațiile de prietenie și de dragoste. În cadrul curei psihanalitice transferul se manifestă la o altă intensitate, fiind stimulat de specificul curei psihanalitice.

- Transferul capătă o valorizare pozitivă, fiind apreciat ca un fenomen normal, dorit. El devine un ajutor important pentru terapeut: „*Transferul, ..., devine cel mai puternic instrument, dacă reușim de fiecare dată să îl intuim și să îi traducem semnificația bolnavului*”

- Fiind interesat în continuare în experiența sa empirică de acest fenomen, Freud diferențiază **transferul pozitiv**, dominat de sentimente tandre față de terapeut, de **transferul negativ**, dominat de sentimente ostile. Ulterior, Freud a realizat că această diferențiere este mai mult formală, pentru că transferul asupra analistului include ambele atitudini, ca dovadă a faptului că majoritatea relațiilor umane sunt marcate de ambivalență.

- În ceea ce privește cauzele apariției transferului, Freud face referință la tendința generală a umanului spre repetiție, elaborând termenul de *compulsie la repetiție*. **Compulsie la repetiție** – *la nivelul psihopatologiei concrete, proces de origine inconștientă, prin care subiectul se plasează activ în situații neplăcute, repetând astfel experiențe vechi, fără a-și aminti de prototipul lor; dimpotrivă, subiectul are impresia foarte puternică că este vorba de ceva pe deplin motivat în actualitate.*

- Freud menționează că în cadrul transferului, pacientul tinde să-și repete inconștient problematica: *„Analizatul nu spune că a fost insolent și nesupus față de autoritatea parentală, ci se comportă astfel față de analist. ...nu își mai amintește să fi simțit un intens sentiment de rușine pentru anumite activități sexuale și teama că ar fi putut fi descoperit, dar ne arată că îi este rușine pentru tratamentul pe care îl face și îl ține absolut secret”*.

- În ceea ce privește conținutul transferului, pot fi transferate dorințele și așteptările pulsionale, dat fiind faptul că persoanele importante din copilărie sânt întotdeauna investite cu libido. Pot fi transferate și cerințe ale Supraeului, utilizate în relația transferențială mecanismele de apărare ale Eului.

apărare

- Apărarea este ansamblu de operații a căror finalitate este de a reduce, de a suprima orice modificare susceptibilă să pună în pericol integritatea și constanța individului biopsihologic. În măsura în care eul se constituie ca instanță care întrupează această constanță și caută să o mențină.

- În general, apărarea vizează excitația internă (pulsivitatea) și, selectiv, aceea dintre reprezentări (amintiri, fantasme) de care pulsivitatea este legată, acea situație capabilă să declanșeze această excitație în măsura în care ea este incompatibilă cu echilibrul eului și, din acest motiv, neplăcută pentru acesta. Afectele neplăcute, motive sau semnale ale apărării, pot fi, de asemenea, obiecte ale acesteia.

excitațiile interne nu pot fi evitate,
împotriva acestei agresiuni interne, care
este pulsivitatea, se constituie diferite
procedee defensive.

Aparare normala

- operează în cazul reactivării unei experiențe penibile; este necesar ca eul să fi putut, în momentul experienței inițiale, să înceapă inhibarea neplăcerii prin „investiri laterale“:
„Atunci cînd investirea urmei mnezice se repetă, neplăcerea se repetă și ea, dar facilitările de acces create de eu sînt și ele deja constituite; experiența arată că, a doua oară, eliberarea (de neplăcere) este mai puțin importantă și, în final, după mai multe repetiții, ea se reduce la intensitatea „de semnal“, convenabilă eului (rămân la nivelul proceselor secundare)

Apărare patologică

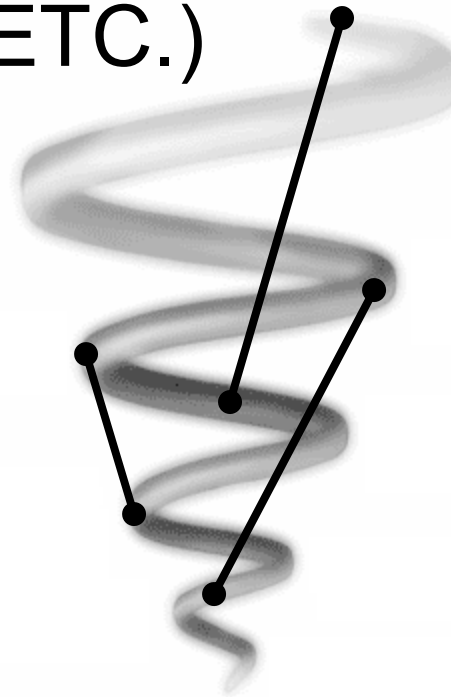
- Condiția apărării patologice este declanșarea unei excitații de origine internă care provoacă neplăcere și împotriva căreia nici o învățare defensivă nu a fost realizată. Nu intensitatea afectului în sine motivează așadar intrarea în joc a apărării patologice, ci condiții specifice care nu se întâlnesc nici în cazul unei percepții penibile și nici chiar în cazul rememorării unei experiențe penibile. Aceste condiții nu sînt realizate, după Freud, decît în domeniul sexualității (regresie la procese primare)

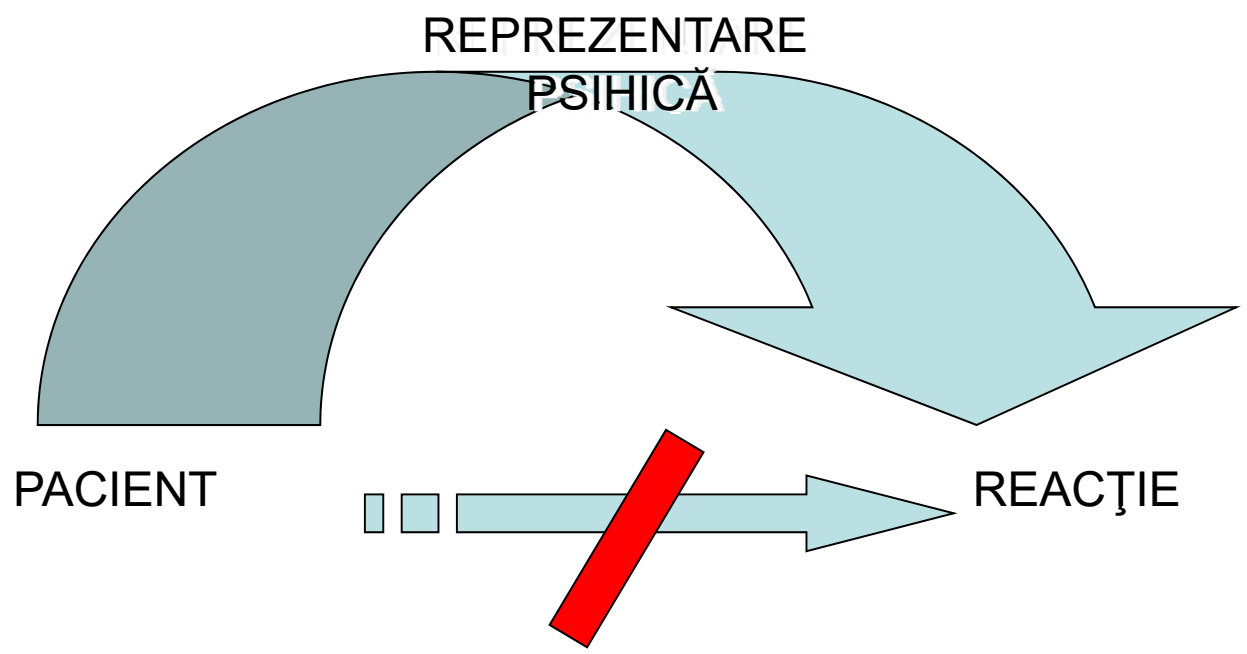
- Diferențierea topică a aparatului psihic permite afirmația că ceea ce este plăcere pentru un sistem este neplăcere pentru un altul (eul), dar această repartizare de roluri cere explicații în legătură cu ce anume face ca anumite exigențe pulsionale să fie contrare eului.

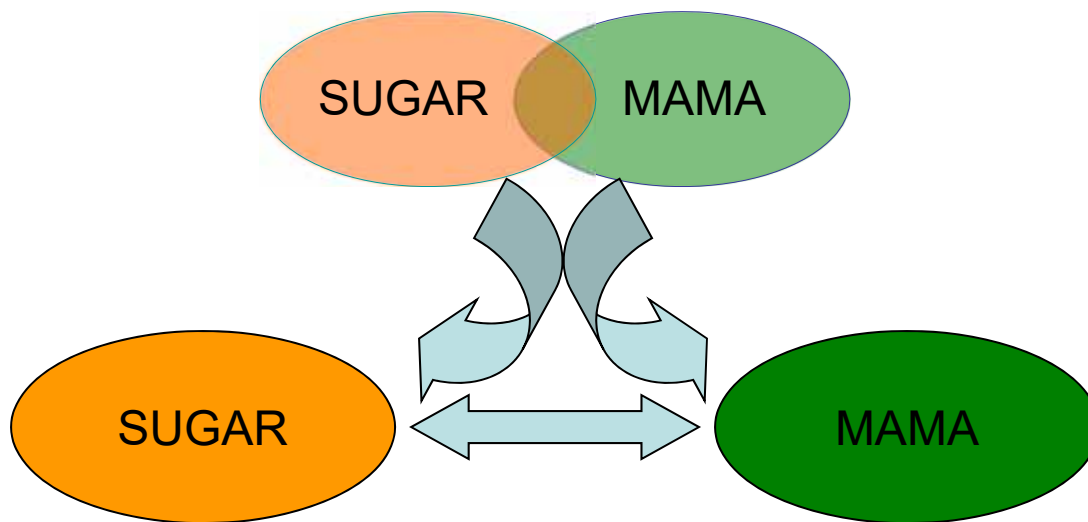
- Freud menționează că transferul este un fel de „*maladie artificială*”, iar cadrul psihanalitic permite pacientului să actualizeze în contextul transferențial problematicile sale, să-și manifeste fantezmele transferențiale și să-și înțeleagă în final funcționarea sa inconștientă.

- Astăzi importanța transferului este unanim acceptată în mediul psihanalitic, rolul transferului în tratamentul psihanalitic rezumându-se la fraza: „*Unde nu există transfer, nu există psihanaliză*”

- TRANSFER – PROIECTAREA PE TOT CE E ÎN JUR A EXPERIENȚELOR ANTERIOARE (EXPLICĂ URA NEMOTIVATĂ, DRAGOSTEA LA PRIMA VEDERE ETC.)







- FRUSTRARE, REPRODUCERE HALUCINATORIE (TACTIL, VERBAL) A MAMEI ÎN ABSENȚA EI
- INTEGRAREA OBIECTULUI POZITIV A MAMEI

Alegere de obiect

- Act prin care o persoană sau un tip de persoană este aleasă ca obiect al iubirii. Deosebim o alegere de obiect infantilă și o alegere de obiect pubertală, prima pregătind calea celei de a doua.

Alegere anaclisis

- Tip de alegere de obiect în care obiectul iubirii este ales după modelul figurilor parentale în măsura în care acestea îi asigură copilului hrana, îngrijirea și protecția. Se întemeiază pe faptul că pulsionile sexuale se sprijină la început pe pulsionile de autoconservare.

- Freud „... copilul învață să *iubească* celelalte persoane care-l ajută în starea sa de neajutorare și care-i satisfac nevoile; această iubire se formează în întregime după modelul și în prelungirea raporturilor cu mama care-l alăptează“

- Cum va spune Freud în *Pentru a introduce narcisismul*, „iubim [...] conform tipului de alegere a obiectului prin anaclisis: a) femeia care hrănește; b) bărbatul care protejează și persoanele care îi înlocuiesc“

Alegere narcisică

- Tip de alegere de obiect care se realizează după modelul relației subiectului cu propria persoană și în care obiectul reprezintă propria persoană sub un aspect sau altul.
- „...își aleg obiectul iubirii [...] după modelul propriei lor persoane“
- formarea unei relații de obiect după modelul relației subiectului cu sine însuși.

- Freud descrie în felul următor:
- „Iubim conform tipului narcisic:
- 1. ceea ce sîntem (noi înșine)
- 2. ceea ce am fost
- 3. ceea ce am vrea să fim
- 4. persoana care a fost o parte din propria persoană“.

- Freud descrie cazul „femeilor narcisice“, care „...nu se iubesc, strict vorbind, decât pe ele însele, aproape tot atît de intens pe cît le iubește bărbatul. Nevoia lor nu le face să iubească, ci să fie iubite, lor plăcîndu-le bărbatul care îndeplinește această condiție“

Contratransferul

- **Contratransferul** este un concept psihanalitic care se referă la relația psihoterapeut-client și care reprezintă reacția inconștientă a psihoterapeutului la transferul unui pacient. Freud a definit contratransferul în 1910 în lucrarea “Perspective de viitor ale terapiei psihanalitice” ca *„influență pe care o exercită pacientul asupra sentimentelor inconștiente ale analistului său”*.

- Pentru ca terapeutul să recunoască și să stăpânească în interiorul său contratransferul, recomandă acestora să întreprindă o analiză personală. Intuind, descoperind existența contratransferului, Freud își îndemna colegii psihanalisti să învingă contratransferul, care adesea, dar nu întotdeauna, s-ar origina în propriile lor conflicte interne.

- *„Am devenit atenți la contratransfer care se instalează la medic prin influența pacientului asupra sentimentelor inconștiente ale medicului și nu suntem departe de a ridica pretenția ca medicul să recunoască la sine însuși acest contratransfer și să trebuiască să-l stăpânească. Am remarcat că fiecare psihanalist ajunge atât de departe pe cât îi permit propriile sale complexe și rezistențe interne și cerem de aceea ca activitatea sa să înceapă cu propria analiză și aceasta să se aprofundeze pe parcurs.”*

- Din punct de vedere tehnic, putem distinge în linii mari trei orientări:
- 1. reducerea cât mai mare prin analiză personală a manifestărilor contratransferențiale, astfel încât situația analitică să fie structurată ca o suprafață proiectivă exclusiv prin transferul pacientului;

- 2. utilizarea controlată a manifestărilor contratransferului în travaliul analitic, urmînd indicația lui Freud conform căreia: „... fiecare posedă în propriul inconștient un instrument cu ajutorul căruia poate interpreta expresiile inconștientului altor oameni“;

- 3.orientarea în vederea *interpretării* în funcție de propriile reacții contratransferențiale, asimilate adesea din această perspectivă cu emoțiile resimțite. O astfel de atitudine postulează că rezonanța „de la inconștient la inconștient“ constituie singura comunicare psihanalitică autentică.

- Contratransferul este generat în relația cu pacientul prin intermediul identificării proiective, el poate deveni un mijloc extrem de important pentru cunoașterea inconștientului pacientului. Astfel, Racker susține că sentimentele manifestate în contratransfer pot fi folosite de către terapeuți drept barometru care indică ceea ce se întâmplă în inconștientul pacientului.

- De exemplu, dacă terapeutul ar începe să se simtă plictisit, el ar putea presupune că pacientul evită ceva; dacă s-ar enerva pe pacient, aceasta ar indica de obicei că pacientul și-a dorit să-l enerveze pe terapeut; iar dacă terapeutul ar simți o stare de excitație sexuală, aceasta ar trebui atribuită seducției inconștiente a pacientului. Prin urmare, în cadrul tratamentului, contratransferul a fost considerat de Racker la fel de important ca transferul.

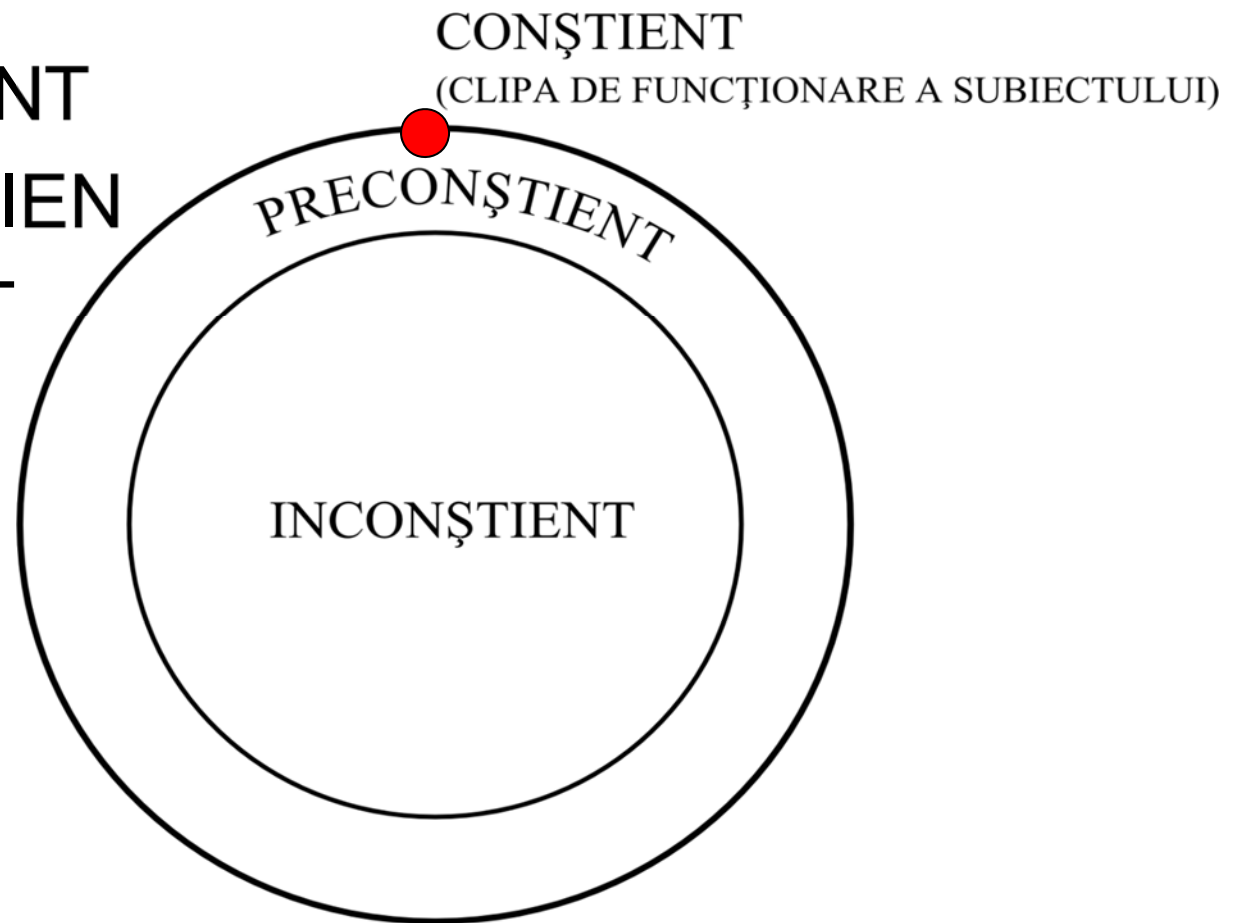
- Contratransferul face obiectul unui interes tot mai mare din partea psihanalizatorilor, mai ales pe măsură ce cura era înțeleasă și descrisă tot mai mult ca relație. Astfel, se consideră că psihoterapeutul trebuie să petreacă la fel de mult timp analizându-și propriul contratransfer pe cât o face analizând transferul pacientului.

Conceptiile psihologice referitoare la psihic și personalitatea umană

- psihanaliza include în sine o serie de concepte privind psihicul uman. Reflecțiile freudiene până la anul 1917 privind psihicul și personalitatea alcătuiesc metapsihologia freudiană. Elaborările teoretice freudiene privind funcționarea mentală pot fi împărțite în două etape: prima etapă corespunde cronologic perioadei 1895 -1920 și este reprezentată de *prima topică freudiană*, a doua etapă include reflecțiile teoretice de după 1920 și este cunoscută drept cea de-a doua *topică freudiană*.

- **TOPICA I**

- INCONȘTIENT
- PRECONȘTIEN
- CONȘTIENT



- Prima topică freudiană începe cu lucrarea „*Proiect de psihologie științifică*” (1895) și se încheie cu *Metapsihologia* lui Freud, care include o serie de articole scrise în perioada 1915-1917. În capitolul VII din „*Interpretarea viselor*” una dintre lucrările fundamentale ale lui Freud, este descrisă o concepție generală asupra aparatului psihic și a funcționării sale.

- În *prima topică freudiană* psihicul uman este reprezentat ca fiind alcătuit din trei instanțe: *inconștientul*, *preconștientul* și *conștientul*, fiecare având anumite funcții, un tip de proces, o anumită energie de investire, definindu-se prin conținuturi reprezentative.

- **Inconștient** – în sens topic inconștient înseamnă unul dintre sistemele definite de Freud în cadrul primei sale teorii asupra aparatului psihic. Este constituit din conținuturi refulate cărora li s-a refuzat accesul la sistemul preconștient-conștient prin acțiunea refulării.

- **Refulare** – operație prin care subiectul încearcă să respingă din conștient și să mențină în inconștient reprezentări (gânduri, imagini, amintiri) legate de o pulsione. Refularea se produce în cazurile în care satisfacerea unei pulsioni – susceptibilă prin ea însăși să producă plăcere – riscă să provoace neplăcere în raport cu alte exigențe.

- **Caracteristicile inconștientului:**
- Conținuturile sale sânt reprezentanță a pulsionilor;
- Aceste conținuturi sânt acționate de mecanismele specifice **procesului primar**, mai ales **condensarea și deplasarea**;

- Puternic investite cu energie pulsională, conținuturile inconștiente caută să se întoarcă în conștiință și acțiune (întoarcerea refulatului); dar ele nu pot avea acces la sistemul PCS-Cs decât prin formațiuni de compromis după ce au fost supuse deformării cenzurii.
- Mai ales dorințele din copilărie sânt cele care cunosc o fixație în inconștient.

- Inconștientul se manifestă în funcționarea individului prin intermediul actelor ratate, a visului, a simptomului nevrotic, a transferului și a contratransferului.

- Termenul de act ratat apare în 1904 în lucrarea lui S. Freud „*Psihopatologia vieții cotidiene*”. În această lucrare Freud încearcă să demonstreze existența inconștientului prin exemplul actului ratat - manifestare psihică care nu ține de boala psihică. Freud consideră că actele ratate cum sunt pierderile de obiecte, uitarea de nume proprii, obiecte, cuvinte sau lapsusurile (erori de scris, falsă lectură, falsă audiere) sunt acte marcate de o semnificație psihologică inconștientă.

- Unul din exemplele pe care Freud le prezintă în cartea sa „Psihopatologia vieții cotidiene” este cel al unui extras dintr-un articol ce apăruse într-un jurnal vienez. Jurnalul prezenta un lapsus al președintelui Camerei deputaților din Austria, care a deschis ceremonios ședința, declarând-o închisă. Explicația cea mai plauzibilă în acest caz, adaugă Freud, ar fi următoarea: în forul său interior, la nivel inconștient, președintele dorea să poată în fine încheia această ședință de la care nu aștepta nimic bun.

- În opinia lui Freud, un act ratat rezultă dintr-un compromis între o intenție conștientă a subiectului – în exemplu de mai sus „deschiderea ședinței” Parlamentului constituia intenția conștientă a președintelui Camerei deputaților - și o dorință inconștientă de care este legată – „închiderea ședinței” care i s-a impus, în ciuda voinței sale, în discursul manifest. Semnificația actelor ratate poate fi descoperită prin intermediul asociațiilor libere.

- În ceea ce privește raportul dintre cuvântul intenționat (pe care am vrut să-l spunem) și cuvântul emis prin substituție (cel pe care l-am spus), acesta este stabilit grație unor procedee variate, spre exemplu prin contiguitate – închidere în loc de deschidere a ședinței – sau prin consonanță – numele uitat o asemănare fonetică cu numele care vine în minte. Acest raport poate fi de asemenea stabilit pornind de la asociațiile care se referă la istoria individuală a subiectului.

- În ceea ce privește sursa actelor ratate, aceasta ține de ideea psihanalitică precum că psihicul nostru este permanent străbătut de gânduri de care nu suntem conștienți, de gânduri care au fost conștiente dar pe care le-am refulat (le-am uitat neintenționat), pentru că erau prea supărătoare. Aceste conflicte sau gânduri pot să revină subit sub forma actelor ratate. De aceea cel mai adesea un act ratat ne trădează intențiile inconștiente.

- **Preconștient** – termen utilizat de Freud în cadrul primei topici. Conținuturile preconștientului nu sânt prezente în câmpul actual al conștiinței și sânt deci inconștiente în sensul „descriptiv” al termenului, dar se diferențiază de conținuturile sistemului inconștient prin faptul că rămân de fapt accesibile conștiinței (cunoștințe și amintiri neactualizate, de exemplu).

- **Funcțiile preconștientului:**
- Preconștientul acționează ca protector al conștientului: triază, selectează cu scopul de a îndepărta mișcările dezagreabile care ar putea deranja conștientul.
- Cu referire la trăirile subiectului preconștientul ține de amintiri neactualizate, dar pe care subiectul le poate evoca într-un context stimulator.

- Sarcinile cele mai importante ale preconștientului se referă la trecerea reprezentărilor inconștiente încărcate emoțional, energetic la structuri simbolizate sub forma de cuvinte.

- Acest proces este însoțit de deposedarea, diminuarea șargei emoționale a reprezentărilor inconștiente (pentru a nu induce o dezorganizare psihică gravă), făcându-le accesibile conștientului și transmisibile celorlalți. În acest sens, imaginea preconștientului care corelează cu sănătatea psihică este legată de un spațiu psihic maximal de larg, avansat în teritoriul inconștientului cu o viscozitate suficient de pronunțată pentru a diminua energetica pulsională inconștientă (aidoma cartușului care pierde forța dinamică intrând în apă).

- **Conștient** - din punct de vedere topic, sistemul percepție-conștiință este situat la periferia aparatului psihic, primind informații atât din lumea exterioară, cât și din lumea interioară sub forma de senzații ce se înscriu în seria neplăcere-plăcere și reminiscențe mnezice, însoțite de procedee de înțelegere controlată a evenimentelor.
- Inconștientul, preconștientul și conștientul nu sunt sisteme izolate, ci sunt în raporturi strânse și se influențează permanent unul pe celălalt.

Teoriile freudiene privind pulsiiunile

- **Prima teorie asupra pulsiiunilor. Prima topică freudiană a fost descrisă în cadrul primei teorii asupra pulsiiunilor. La acea etapă, până la anul 1920, Freud delimitează două tipuri de pulsiiuni: pulsiiunile Eului (de autoconservare) și pulsiiunile sexuale.**

- termenul de pulsione derivă din latinescul *pulsio* și desemnează acțiunea de a presa, de a împinge. În accepție psihanalitică pulsionea este desemnată printr-un proces dinamic, constând într-o presiune (încărcătură energetică, factor de motricitate) care face ca organismul să tindă spre un scop.

- După Freud, o pulsione își are sursa într-o excitație corporală (stare de tensiune); scopul ei este de a suprima starea de tensiune din sursa pulsională; pulsionea își poate atinge ținta în obiect sau mulțumită lui.

- În anul 1920 Freud menționează despre deosebirea dintre pulsunile sexuale (energia acestora este de ordin libidinal) și pulsunile de autoconservare (acestea au scop conservarea individului): *„Toate pulsunile organice care acționează în sufletul nostru pot fi clasificate, după spusele poetului, în foame și dragoste”* (S. Freud, *„Tulburarea psihogenă a vederii în concepția psihanalitică”*).

- Ulterior, Freud subliniază că pulsionile sexuale sunt dominate de principiul plăcerii, pulsionile de autoconservare sunt în serviciul principiului realității. Pulsionile de autoconservare, numite și pulsioni ale Eului, participă la apărarea Eului împotriva invadării sale de către pulsionile sexuale.

- *Pulsiuni de autoconservare* – termen prin care Freud desemnează ansamblul nevoilor legate de funcțiile corporale necesare conservării vieții individului și al cărui prototip îl constituie foamea.

- *Pulsiuni libidinale – pentru Freud, pulsiunea nu se reduce la activitățile sexuale inventariate în mod obișnuit cu scopurile și obiectele lor, ci este o presiune a cărei energie o constituie libido-ul*

Remanierea teoriei pulsionilor

- A doua topică freudiană a coincis cu remanierile privind teoria pulsionilor, remaniere expusă în lucrarea cu o denumire sugestivă „*Dincolo de principiul plăcerii*” (1920). Dacă în prima teorie a pulsionilor Freud identifica pulsionile Eului (de autoconservare și sexuale), după 1920 Freud vorbește despre pulsionile vieții - Eros, care includ (pulsionile de autoconservare și pulsionile sexuale) și pulsionile morții - Thanatos.

- Inițial, inconștientul a fost asociat de către Freud cu pulsionile sexuale, până în 1914 Freud fiind mai puțin preocupat de importanța agresivității în funcționarea psihică și nu o delimitează ca pulsione centrală. Au existat anumite premise individuale, științifice, istorice care au determinat reflecțiile freudiene asupra acestui subiect.

- În aspect științifico-practic Freud este interesat de fenomenele clinice care compromit ideea priorității principiului plăcerii, cum ar fi repetarea în manieră compulsivă a experiențelor traumatiche, rezistența față de eforturile terapeutice, masochismul, sadismul, distructivitatea toxicomanilor etc

- În aspect istoric Freud este uimit, speriat de ororile primului război mondial, eveniment care a actualizat o cantitate enormă de auto- și heterodistructivitate la indivizii umani, Freud fiind convins că există cauze interne, inconștiente care-i determină pe indivizi să se distrugă.

- În aspect individual, primul război mondial a atins și familia lui S. Freud, doi fii ai acestuia fiind mobilizați pe front, fapt ce provoacă îngrijorare permanentă pentru viața acestora. În plus, starea sănătății lui Freud se înrăutățește, iar idea morții este una care-l preocupă tot mai mult.

- Toate aceste premize îl determină pe Freud către anul 1920 să înainteze ideea că există un conflict fundamental care ne determină funcționarea psihică: conflictul dintre pulsivitatea de viață și pulsivitatea de moarte.

- **Pulsiuni de moarte** – desemnează o categorie fundamentală de pulsiuni care se opun pulsiunilor de viață și care tind la reducerea completă a tensiunilor, adică la readucerea ființei vii la starea anorganică. Îndreptate mai întâi spre interior și tinzând la autodistrugere, pulsiunile de moarte sunt secundar dirijate spre exterior, manifestându-se în acest caz sub forma pulsiunii agresive sau de distrugere

agresivitatea

- Tendință sau ansamblu de tendințe care se actualizează în conduite reale sau fantasmaticе ce țintesc să facă rău altuia, să-l distrugă, să-l constrîngă, să-l umilească etc. Agresiunea dispune și de alte modalități decît acțiunea motorie violentă și distructivă; nu există conduită, fie ea negativă (refuzul ajutorului, de pildă) sau pozitivă, simbolică (de exemplu, ironia) sau efectiv realizată, care să nu poată funcționa ca agresiune

- **Pulsiuni de viață** – categorie de pulsiuni pe care Freud, în ultima sa teorie le opune pulsiunilor de moarte. Ele tind spre constituirea și menținerea unor unități din ce în ce mai mari. Pulsiunile de viață, desemnate și prin termenul Eros, cuprind nu numai pulsiunile sexuale propriu-zise, dar și pulsiunile de autoconservare.

- În contextul acestei remanieri a teoriei pulsionilor, Freud continuă să afirme că principiul plăcerii își păstrează valoarea, dar pentru a putea domina, trebuie ca pulsionea de viață să ajungă să stăpânească pulsionea de moarte.

- Atunci când pulsionea de viață predomină, agresivitatea inerentă fiecărei ființe umane este în mare parte controlată și folosită în serviciul vieții și menținerii relațiilor vitale cu obiectele de referință. Atunci când pulsionea de moarte predomină, la nivel individual se manifestă fenomene cum ar fi sadismul, masochismul, suicidul, la nivel colectiv – fenomenul războiului.

A II-a topică freudiană

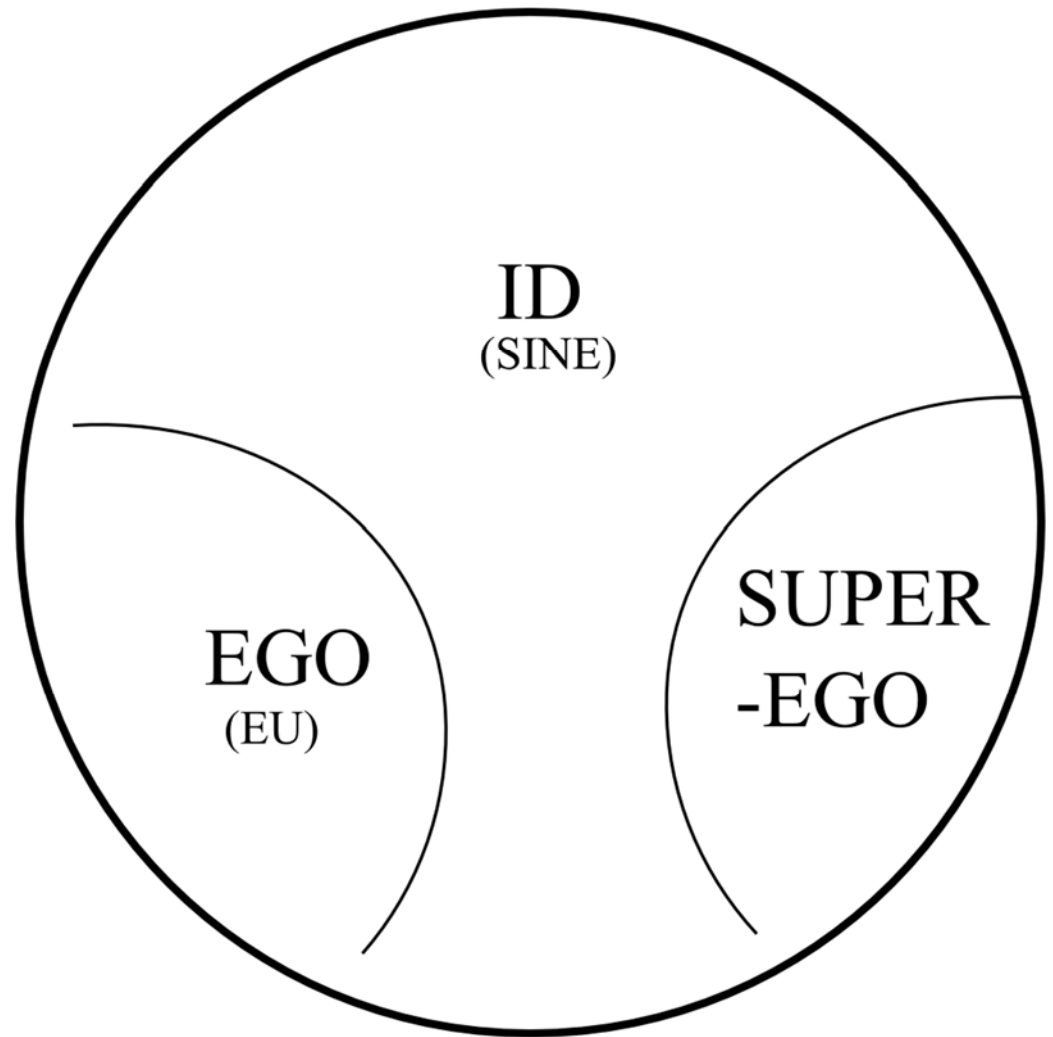
- Începând cu anul 1920, Freud a elaborat o altă concepție cu privire la personalitate, desemnată prin sintagma „a doua topică”. Motivul major invocat pentru a explica această schimbare este faptul că se schimbă statutul inconștientului: în a doua topică Freud menționează că nu doar Sinele este inconștient, ci și Eul și Supraeul înglobează părți inconștiente..
- În forma sa schematică, a doua topică introduce trei instanțe: sinele, eul și supraeul.

- TOPICA II

- ID,

- EGO,

- SUPER-EGO



- În a doua topică nu mai predomină ideea unei localizări psihice, ci aceasta este marcată de ideea antropomorfismului: instanțele personalității (sine, eu, supraeu) reprezintă la nivel metaforic modelul relațiilor intersubiective (sistemele sunt reprezentate ca niște persoane relativ autonome în cadrul individului).

- **Sine** – una dintre cele trei instanțe descrise de Freud în cea de a doua sa teorie despre aparatul psihic. Sinele constituie polul pulsional al personalității; conținuturile sale, expresii psihice ale pulsionilor, sânt inconștiente: unele moștenite și înnăscute, altele refulate și dobândite.

- Conceptul de sine coincide cu limbajul spontan al pacienților din formule ca „a fost ceva mai puternic decât mine,” „asta mi-a venit dintr-o dată”, „am fost năvălit de niște tendințe pe care nu le-am putut controla”, „am făcut ceva ce de obicei nu mă caracterizează” .

- Din punct de vedere **economic** (aspectul cantitativ al energiei psihice), Sine-ul este rezervorul de energie al psihicului; din punct de vedere **dinamic** (aspectul raporturilor dintre forțele psihice), Sine-ul intră în conflict cu Eul și Supraeul; din punct de vedere **genetic**, Sine-ul constituie materialul din care se formează Eul și Supraeul.

- **Eu** – instanță pe care Freud, în a doua sa teorie a aparatului psihic, o deosebește de Sine și Supraeu.
- Din punct de vedere topic, Eul se află într-o relație de dependență atât față de revendicările Sinelui, cât și față de imperativele Supraeului și exigențele realității. Deși se afirmă ca mediator, reprezentant al intereselor totalității persoanei, autonomia sa este cu totul relativă.

- Din punct de vedere dinamic, eul reprezintă, în primul rând conflictul nevrotic, polul defensiv al personalității; el pune în joc o serie de mecanisme de apărare, care sânt motivate prin percepția unui afect neplăcut (angoasă-semnal). Scopul principal al Eului – de a armoniza cerințele realității externe cu cerințele Sine-ului și Supraeului.

- **Funcțiile Eului:**

- 1. Autoconservarea organismului – cea mai importantă funcție. Pentru a o îndeplini este indispensabilă cunoașterea realității externe și acumularea în memorie a experiențelor realizate (Eul percepe realitatea, memorează, învață, încearcă s-o controleze conștient).

- 2. Testarea realității. Pentru adaptare distingerea realității psihice de realitatea externă este de primă importanță. Sănătatea mentală a individului depinde de capacitatea de a discerne dacă preceptul aparține lumii interioare sau exterioare. Nevrozele și psihozele se caracterizează printr-o perturbare mai puțin pronunțată sau mai pronunțată a testării realității.

- 3. Modificarea realității în funcție de scopurile sale. Pentru aceasta Eul își utilizează cunoștințele despre realitate.
- 4. Controlul Sine-ului, al vieții instinctuale: Eul permite doar acea cantitate de satisfacție pulsională care nu pereclitează conservarea organismului.
- 5. Față de Supraeu. Ține seama de cadrul moral pe care acesta îl impune, de valorile și idealurile tradiționale ale societății.

- Eul se formează din Sine și parcurge o succesiune de etape până la atingerea maturității. La început, Eul în formare coincide cu Sine-ul și se pune total în slujba realizării cerințelor acestuia. Caracteristic pentru primele luni de viață, Eul ideal – așa este numită faza de deplină coincidență între Eu și Sine – începe să se destrame pe măsură ce realitatea (familia) se opune tot mai mult satisfacerii complete a cerințelor copilului.

- S. Freud „*Eul caută să extindă influența lumii exterioare asupra Sine-ului și a intențiilor acestuia, să înlocuiască principiul plăcerii, care acționează nestânjenit la nivelul Sine-ului, cu principiul realității. Percepția joacă pentru Eu același rol care revine pulsionii la nivelul Sine-ului. Eul reprezintă ceea ce am putea numi rațiune și înțelepciune, spre deosebire de Se, care este dominat de către pasiuni.*” („Eul și Se-ul”, 1923)

- Maturitatea psihică este atinsă în momentul în care Eul dobândește autonomie în raport cu celelalte instanțe psihice (Sine, Supraeu). Putem vorbi despre un Eu matur atunci când acesta nu mai este comandat de Sine și tutelat de Supraeu, reușind să-și îndeplinească funcția de comandă și control a vieții psihice.

- **Supraeu** – una dintre instanțele personalității descrisă de Freud în cadrul celei de a doua teorii asupra aparatului psihic: rolul său este echivalent cu cel al unui judecător sau cenzor în raport cu Eul. După Freud, conștiința morală, autoobservarea, formarea idealurilor (Eul Ideal și Idealul Eului) sânt funcții ale Supraeului.

- Termenul **Supraeu** a fost introdus de Freud în „Eul și Sinele” în 1923. În accepțiune freudiană clasică, Supraeul este definit ca moștenitorul complexului Oedip. El se constituie prin interiorizarea exigențelor și interdicțiilor parentale. Adesea, rezistența pe care o opune pacientul conștientizării refulatului este inconștientă și este rezultatul acțiunii Supraeului. **Supraeul** nu este lipsit de antecedente teoretice din prima topică, unde îi corespunde termenul de **cenzură a visului**.

- Din punctul de vedere al psihanalizei freudiene, formarea Supraeului este legată de declinul complexului Oedip, care se realizează în jurul vârstei de 5-6 ani. Este vorba de renunțarea la dorințele oedipiene (iubire pentru părintele de sex opus și ostilitate față de părintele de același sex, perceput ca rival) și interiorizarea interdicțiilor reprezentate de părinți în urma unui proces de identificare.

- La nucleul Supraeului format din interzicerea dorințelor incestuoase și agresive (distructive), care au ca obiect părinții, se adaugă pe parcursul perioadei de latență elemente adiacente de ordin etic și estetic, preluate de la educatori, profesori, învățători.

- EGO – FUNCȚIONAREA CONFORM PRINCIPIULUI REALITĂȚII (INIȚIAL A PLĂCERII) – ÎNCERCÂND SĂ ÎMPACE TENDINȚA SPRE PLĂCERE-SPRE DESCĂRCARE CU REALITATE
- SUPER-EGO – INTERDICȚII/LIBERTĂȚI – INTEGRAREA PRIN IMAGINEA MAMEI – DE A PREVEDEA – DACĂ FACI ALTFEL – PEDEPSIT, ESTE RĂU, DACĂ FACI AȘA – ESTE BINE

- SUPER EGO
- VARIAȚII: DE LA INTERDICȚII TOTALE LA LIBERTĂȚI EXCESIVE
- INTERDICȚII TOTALE – SUBIECTUL GĂSEȘTE POSIBILITĂȚI DE A-ȘI INTERZICE, DE A SE AUTOPEDEPSI – MAZOCHEISM
- LIBERTĂȚI EXCESIVE – COPII CE DEPĂȘESC TOATE LIMITELE POSIBILE (LIPSA MAMEI CE INTRODUC MINIMUM DE INTERDICȚIE) – LIPSA LINIȘTII LA COPIL, ABSENȚA CADRULUI = LIPSA PĂRINȚILOR

- ATMOSFERA IDEALĂ DE EDUCARE-CREȘTERE A UNUI COPIL ESTE GARANTATĂ DE DRAGOSTEA PĂRINȚILOR
- COPILUL – “COȘUL DE GUNOI ” PENTRU PROBLEMELE PĂRINȚILOR
- LIPSA PĂRINTELUI FIZIC ESTE MAI PUȚIN GRAV DECÂT LIPSA PĂRINTELUI PSIHIC
- DIVORȚUL CA VARIANTĂ DE EVOLUȚIE A RELAȚIILOR PĂRINȚILOR

Intervenții utilizate în tratamentul sănătății mintale



Metode de intervenție utilizate în sănătatea mintală

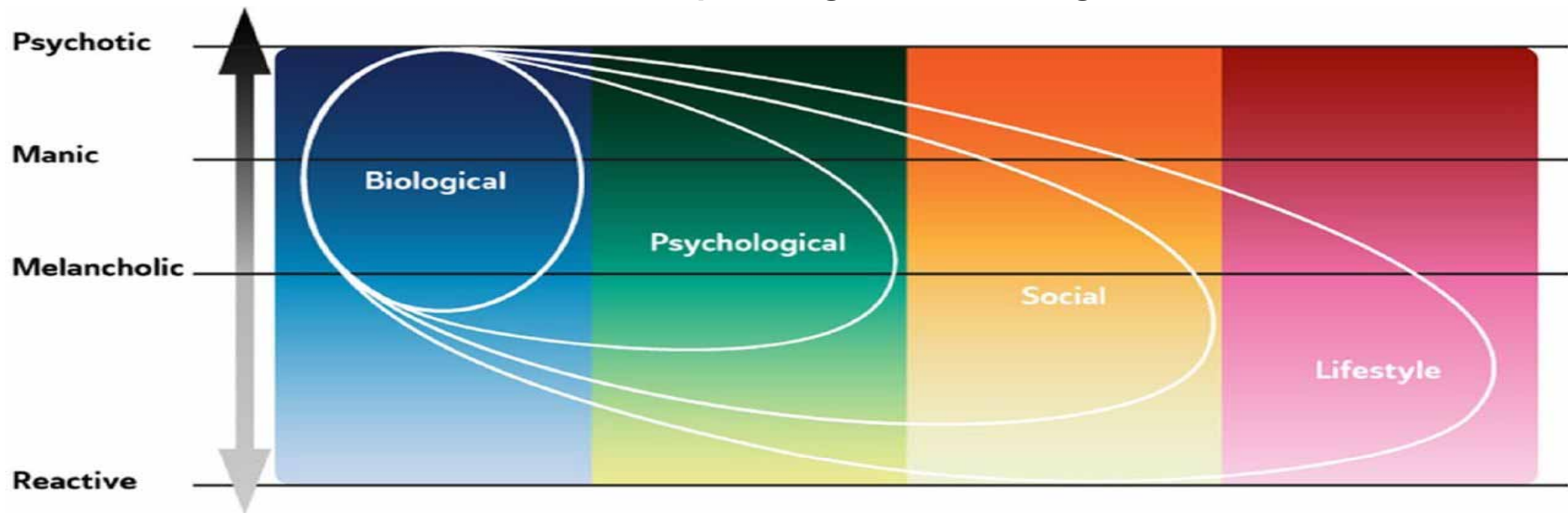
- ❧ Psihofarmacologia
- ❧ Psihoterapia
- ❧ Reabilitarea psihosocială



Principii de baza si tipuri de tratament in psihiatrie

- Tipurile de interventie vor fi **in functie de etapa bolii**
- Dozele si modul de administrare vor fi **in functie de starea pacientului**
- Doza administrata va depinde **de starea somatica a pacientului, greutatea corporala, legaturile proteice ale medicamentului, tipul de metabolizare, tipul de eliminare, iar frecventa va depinde de perioada de injumatatire a medicamentului, dar si de formarea metabolitilor activi**
- Continuitatea si complexitatea tratamentului sunt principiile de baza si care se asigura prin interactiunea institutiilor spitalicesti cu centrele comunitare de sanatate mintala.

Figure Biopsychosocial & Lifestyle Model (BPSL).The BPSL Model provides a useful framework for understanding the factors that contribute to the development of mood disorders and for planning clinical management.



Biological Treatments	Psychological Treatments	Social Treatments	Lifestyle Treatments
<ul style="list-style-type: none"> · Antidepressants · Antipsychotics · Mood stabilisers · Electroconvulsive therapy · Transcranial magnetic stimulation 	<ul style="list-style-type: none"> · Brief cognitive behavioural therapy · Formal cognitive behavioural therapy · Interpersonal therapy · Mindfulness · Acceptance and commitment therapy · Schema therapy 	<ul style="list-style-type: none"> · Family psychoeducation · Family / friends · Formal support groups · Community groups · Caregivers · Employment · Housing 	<ul style="list-style-type: none"> · Exercise · Diet · Smoking cessation · Alcohol cessation · Ceasing drugs · Managing substance misuse · Sleep

Gin S Malhi et al. Aust N Z J Psychiatry 2015;49:1087-1206

Psihofarmacologia



Principalele Medicamente Psihofarmacologice

- ❧ Antipsihotice
- ❧ Antidepresive
- ❧ Anxiolitice
- ❧ Hipnotice
- ❧ Cognitive
- ❧ Psihostimulante



Neuroleptice (Antipsihotice)

Neurolepticele sunt substanțe cu structură chimică diferită, având ca **efect principal acțiunea antipsihotică**. În momentul actual, **psihofarmacologia recunoaște două clase de substanțe antipsihotice:**

- antipsihotice din I generație – „neurolepticele clasice”;
- antipsihotice atipice – agenți antipsihotici din a II generație.



☞ **Antipsihoticele sunt medicamentele care actioneaza asupra simptomelor psihotice**

☞ (delir, halucinatii, agitatie psihomotorie, stupoare, etc.) **prin actiunea blocanta asupra sistemului neurotransmitator preponderent dopaminic**



Antipsihoticele acționează la nivel receptorial cu acțiune preponderent blocantă asupra mai multor tipuri de receptori:

- dopaminici
- noradrenergici
- histaminici
- serotoninici
- colinergici

Această cauzează efectele antipsihotice, neurologice extrapiramidale, colinergice anticognitive, depresive, etc.

Actiunea antipsihotica include:

➤1. **Efectul sedativ** se instaleaza rapid in 15-20 minute dupa injectarea intramusculara sau 30-45 minute dupa administrarea orala.

Efectul sedativ manifestat prin **actiunea psiholeptică** cu sau fără actiune hipnotică, constă în:

inhibiția și reducerea evidentă a stării de excitație psihomotorie, a agitației și agresivității.



Actiunea antipsihotica include:

➤ **2. Efectul antipsihotic general** se manifesta prin alte mecanisme specifice (sedativ, antihistaminic, anxiolitic) si prin limitarea evolutiei progresive a maladiei.

Efectul antipsihotic are în axul său central capacitatea substanțelor neuroleptice de a reduce fenomenologia productivă din schizofrenie:

acțiune antidelirantă (deliriolitică);

acțiune antihalucinatorie (halucinolitică).

➤ **Efectul antipsihotic selectiv** in starile de delir, halucinatii). Exemplu ar servi haloperidol, risperidone, aripiprazole, etc.



Actiunea antipsihotica include:

3. Efectul antianxios combate anxietatea psihotică „angoasa de neantizare” sau „angoasa de destructurare, depersonalizare”.

În aceste tulburări anxioase psihotice, ansioliticele benzodiazepinice sunt ineficiente, motiv pentru care au fost denumite și tranchilizante minore sau „cu efect limitat”, în comparație cu neurolepticele denumite inițial tranchilizante majore.



Actiunea antipsihotica include:

4. Efectul antiautistic și/sau dezinhibitor

Actiunea terapeutică este dominată de **combaterea simptomelor negative primare din schizofrenie:**

- autismul,
- ambivalența,
- incoerența,
- aplatizarea afectivă,
- disocierea și
- **depresia sau a celor secundare din stările defectuale postprocesuale dominate de simptome negative.**

În cadrul acestor efecte se situează și

și Efectul stimulant este prezent la unele neuroleptice cu actiune asupra zonei prefrontale. Utilizate in simptomele negative din schizofrenie. Exemplu ar fi aripiprazol, quetiapine, etc.

5. Efectul antidepresiv produs de unele neuroleptice tipice sau atipice (flupentixol, tioridazin, sulpirid, leponex etc.).

Actiunea antipsihotica include:

6. Efectul antimaniacal, anticonfuzional



Actiunea antipsihotica include:

➤ 7. Efectul extrapiramidal si metabolic.

Sunt cele mai frecvente reactii adverse după administrarea de neuroleptice.



Efectele somatice ale antipsihoticelor

- Scaderea tensiunii arteriale. Este tipica pentru antipsihoticele de prima generatie (clorpromazina, levomepromazina)
- Efectul antiemetic .
- Actiunea antihistaminica a antipsihoticelor poate fi utilizata in reactiile alergice (clorpromazina)
- Cresterea apetitului si cresterea greutatii corporale (acest efect poate fi utilizat in tratamentul anorexiei nervoase (olanzapina)
- Creste efectul analgeticelor (droperidol este folosit ca anestetic)
- Influenta termoreglarea (clorpromazina scade febra de etiologie centrala)
- Efectul metabolic. Se manifesta prin cresterea prolactinei. Aceasta provoaca scaderea libidoului, ginecomastie, amenoree.
- Efectul muscarinic. Se manifesta prin uscaciunea gurii, retentii urinare.

Efectele somatice ale antipsihoticelor

Efecte cardiovasculare	<ul style="list-style-type: none">➤ hipotensiune arterială, tahicardie,➤ amețeli,➤ aritmii,➤ moarte subită
Efecte gastrointestinale	<ul style="list-style-type: none">➤ anorexie,➤ disfagie,➤ constipație,➤ diaree,➤ modificarea gustului,➤ glosite,➤ senzație de vomă
Efecte secundare sexuale	<ul style="list-style-type: none">➤ scăderea libidoului,➤ dificultăți de erecție,➤ inhibarea ejaculării, anorgasmie,➤ priapism

Efectele somatice ale antipsihoticelor

Efecte endocrine	<ul style="list-style-type: none">➤ mărirea sânilor,➤ hiperlactație,➤ galactoree,➤ amenoree,➤ creșterea apetitului,➤ creșterea în greutate,➤ hiperglicemie,➤ sdr. hipotalamic tardiv
Tulburări oculare	<ul style="list-style-type: none">➤ reducerea acuității vizuale,➤ retinopatia pigmentară
Reacții de sensibilitate	<ul style="list-style-type: none">➤ fotosensibilitate,➤ reacții fotoalergice,➤ anomalii de pigmentare a pielii,➤ rashuri,➤ agranulocitoză,➤ eozinofilie

Efectele somatice ale antipsihoticelor

Efecte asupra termoreglării

- alterarea capacității organismului de autoreglare la temperatură și umiditate,
- creșterea tranzitorie a temperaturii



TIPUL	DEFINIȚIE	EFECTE
<p>NEUROLEPTIC antipsihotice din I generație „neurolepticele clasice”</p>	<p>definite de Delay și Denicker (1957), ca fiind caracterizate prin acțiunea de blocare a</p> <ul style="list-style-type: none"> ●receptorilor D2 <p>predominant subcorticală, și</p> <ul style="list-style-type: none"> ●a receptorilor α_2 NA 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ reducerea tulburărilor psihotice, predominant a simptomatologiei pozitive; ➤ producerea sindromului extrapiramidal și a unor manifestări neurovegetative; ➤ crearea „stării de indiferență psihomotorie”; ➤ diminuarea excitației și agitației motorii.

Prezentarea Generală a Medicamentelor Antipsihotice

Medicamente Antipsihotice Convenționale

Grup chimic	Denumirea Generală	Marca Comercială	Doza (mg)
Fenotiazină	chlorpromazină	LARGACTIL, PLEGOMAZIN, MEGAPHEN, THORAZIN	200-800
	levomepromazină	TISERCIN, NOZINAN	50-400
	periciazină	NEULEPTIL	10-40

Neuroleptice clasice (I generatie)

Conventional Antipsychotics			
Chem. Group	Generic Name	Trade Mark	Dose (mg)
Phenothiazines	chlorpromazine	CHLORPROMAZIN, LARGACTIL, PLEGOMAZIN, MEGAPHEN, THORAZIN	200-800
	levomepromazine	TISERCIN, NOZINAN	50-400
	thioridazine	THIORIDAZIN, MELLERIL	100-600
	periciazine	NEULEPTIL	10-40

Prezentarea Generală a Medicamentelor Antipsihotice

Medicamente Antipsihotice Convenționale			
Grup chimic	Denumirea Generală	Marca Comercială	Doza (mg)
Fenotiazină	flufenazină	MODITEN	2-16
	trifluoperazină	STELAZIN	10-50
Butirofenonă	haloperidol	HALOPERIDOL, HALDOL, APO- HALOPERIDOL	2,5-10
Peratiepină	oxyprotepin	MECLOPIN	5-20

În ultimul deceniu noua clasă de antipsihotice „atipice” (neurolepticele) au adus o rază de speranță prin calitățile lor:

- puterea antipsihotică,
- active în multe din cazurile refractare,
- active și în simptomele negative (Clozapina, Risperidona).



TIPUL DE	DEFINIȚIE	EFECTE
NEUROLEPTIC antipsihotice atipice — agenți antipsihotici din a II generație	definite de Martres (1994), drept substanțe psihotrope •antagoniste ale receptorilor dopaminergici D2 variații (D2, D3, D4), D1, D5 •serotoninerfici 5-HT2, nicotinici, •muscarinici și •histaminici; această „acțiune polivalentă”, exprimată la nivel mezencefalic, hipocampic și cortical	➤ efect antipsihotic asupra simptomatologiei pozitive și negative;
		➤ foarte rar fenomene extrapiramidale sau diskinezii tardive;
		➤ efect cataleptigen puțin exprimat;
		➤ tendințe de modificare a formulei sanguine.

Medicamente Antipsihotice de a 2-a Generație

Denumirea Generală	Marca Comercială	Doza (mg)
sulpirid	DOGMATIL, PROSULPIN, EGLONYL	50-1200
amisulprid	SOLIAN, DENIBAN	50-1200
risperidon	RISPERDAL, RISPEN, RISPERDAL QUICKLET	4-8
clozapină	LEPONEX	200-600
olanzapină	ZYPREXA i.m. inj. 10 mg	5-20

Medicamente Antipsihotice de a 2-a Generație

Eficiența în comparație cu neurolepticele antidopaminergice clasice

1. Simptomele pozitive sunt influențate semnificativ.
2. Simptomele negative sunt reduse semnificativ.
3. Simptomele afective sunt influențate mai bine.
4. Ele reduc în mod semnificativ sau previn tulburările cognitive.
5. Tratamentul pacienților rezistenți cu schizofrenie este îmbunătățit semnificativ mai bine cel puțin la fel ca în cazul clozapinei.
6. Tratamentul de întreținere este mai eficace.



Ca urmare a dezvoltării psihofarmacologiei clinice a apărut **clasa neurolepticelor depozit**.

Indicația majoră este de fapt tratamentul de întreținere

- în schizofrenie,
- tulburări psihotice cronice,
- tulburări afective bipolare,
- episoade acute delirante survenite pe fundalul tulburărilor de personalitate etc.



Antipsihotice Injectabile

Denumirea Generală	Marca Comercială	Doze Medii (mg)	Interval
flufenazin	MODITEN DEPOT	25	14-28 zile
haloperidol	HALDOL DEPOT	100	
flupentixol	FLUANXOL DEPOT	40	
risperidone	RISPERDAL CONSTA	20-30	14 zile

Antipsihotice cu actiune sedativa pronuntata

	per doză (mg)	per zi (mg)
chlorpromazin	100-200	800-1200
levomepromazin (TISERCIN)	50-100	500-600
haloperidol	5-10	40-100
chlorprotixen	100-150	500-600
zuclopentixol (CISORDINOL ACUTARD)	50-150	(24-72 ore)
tiapride (TIAPRIDAL)		600-1200

Efecte adverse

Aceste efecte nedorite, dar în același timp inevitabile prin frecvența și amplitudinea lor, constituie o componentă importantă a terapiei antipsihotice, **ce scade semnificativ complianța terapeutică.**

Depistarea și contracararea lor depind în egală măsură de **cooperarea dintre medicul terapeut și pacient, împreună cu anturajul său**, cât și de monitorizarea acestor fenomene și o corectă informare.



Efecte adverse

Efecte adverse	Manifestări
1. Efecte anticolinergice	<ul style="list-style-type: none">➤ disfuncții cognitive,➤ uscăciunea mucoaselor,➤ vedere încețoșată,➤ constipație,➤ retenție urinară,➤ sindromul anticolinergic: dezorientare,➤ confuzie, amnezie,➤ febră,➤ tahicardie

Efecte adverse

Efecte adverse	Manifestări
2. Efecte cognitive	<ul style="list-style-type: none">➤ sedare,➤ confuzie,➤ dificultăți de concentrare a atenției,➤ dezorientare,➤ tulburări de memorie



Efectele neurologice

Se manifesta prin simptome extrapiramidale si anume:


- rigiditate musculara,
- tremor,
- akatizia (necesitatea de a se misca incontinuu).

Pentru tratarea acestor efecte se micsoreaza doza sau se administreaza colinoblocante (parkopan, cyclodol) sau benzodiazepine (in cazurile de diskinezia acuta)



Efecte adverse

Efecte adverse	Manifestări
3. Efecte neurologice	Reacții extrapiramidale: <ul style="list-style-type: none">➤ distonii (mișcări lente, prelungite ale musculaturii membrelor, feței, limbii din care rezultă contorsionări sau contracturi musculare),➤ akatisie (bolnavul simte în permanență nevoia de a se foi, de a-și pendula picioarele),➤ pseudoparkinsonism (bradipsihie, bradilalie, tremor fin, rigiditate),➤ disfagie,➤ incontinență urinară,➤ voma tardivă



Efecte adverse

Sindrom neuroleptic malign

- rigiditate musculară,
- tahicardie,
- hipertermie,
- alterări ale funcțiilor vitale, tulburări de conștiență



Făcând sinteza privind terapia somatică, trebuie subliniat că:

- Neurolepticele sunt principalul tratament al schizofreniei;
- Efectele lor sunt mai degrabă antipsihotice decât anti-schizofrenice;
- Majoritatea pacienților ar trebui să primească cea mai mică doză posibilă;
- Eficacitatea dozei este tipic stabilită empiric;
- Majoritatea pacienților vor beneficia de medicație continuă.



Antidepresivele

Aproximativ 80% din pacienții suferinzi de:

- depresie majoră,
- boală bipolară sau
- alte forme de boală răspund foarte bine la tratament.

Tratamentul general include anumite

- forme de psihoterapie și
- adesea medicație care ameliorează simptomele depresiei.

Deoarece pacienții cu depresie prezintă adeseori recăderi, psihiatrii prescriu medicație antidepresivă pe o perioadă de 6 luni sau mai mult, până când simptomele dispar.



Antidepresive

Când indicam antidepresive ?

Antidepresivele sunt indicate în primul rând pentru tratamentul simptomelor depresive din:

- Depresia majoră;
 - Episoadele depresive din tulburarea bipolară.
- Tulburări Depresive



Antidepresive

Când indicam antidepresive ?

∞ Tulburări Obsesiv-Compulsive

∞ Tulburări de Panică, Fobia socială. Tulburarea anxioasă generalizată, mai ales în cazurile care asociază și simptome depresive;

∞ **Tulburări Afective** (Distimia; Simptomele depresive secundare unor probleme medicale; Tulburarea afectivă sezonieră; Depresia postpartum; Tulburarea disforică premenstruală)

∞ Dereglări de Alimentație

∞ Tulburări Psihosomatice

∞ Tulburare de Stres Posttraumatic

∞ Simptome de Sevrăj Alcoolic și Medicamentos (Narcotic)

∞ Sindrom algic Folosite ca medicație auxiliară pentru controlul durerii (de ex., în neuropatia diabetică);

∞ Enurezis



Tipuri de antidepresive:

Trei clase de medicamente sunt folosite ca antidepresive:

- antidepresivele heterociclice (triciclice),
- agenții serotonin specifici și
- alți agenți antidepresivi.



Antidepresivele heterociclice:

Acest grup cuprinde

- amitriptilina,
- amoxapina,
- desipramina,
- doxepinul,
- imipramina,
- maprotilina,
- nortriptilina,
- protriptilina și
- trimipraminul.



Când antidepresivele sunt utilizate corect, 50% până la 70% din pacienți cu depresie majoră răspund la tratament dacă:

- Diagnosticul de depresie este corect,
- Pacientul tolerează medicamentul,
- Abandonarea tratamentului datorită lipsei de complianță și efectelor adverse este frecventă,
- Sunt folosite doze și durate de administrare adecvate.



Antidepresive:

1 Generație a Antidepresivelor (Triciclice și tetraciclice)

Denumirea Generală	Marca Comercială	Doze (mg)	Mecanismul Eficacității
amitriptalină	AMITRIPTYLIN	75-200	Inhibiția Recaptării Serotoninei și/sau Norepinefrinei Urmată de Creșterea Concentrației lor în spațiul sinaptic
nortriptilină	NORTRILEN	50-150	
imipramină	MELIPRAMIN	75-250	
clomipramină	ANAFRANIL, HYDIPHEN	75-225	
dosulepină	PROTHIADEN	100-300	
dibenzepină	NOVERIL	240-720	
maprotiline	LUDIOMIL, MAPROTILINE	75-150	

Aproximativ 80% din pacienții cu depresie răspund pozitiv la acest tip de medicație.

La începutul tratamentului, **antidepresivele heterociclice pot determina o serie de efecte neplăcute ca:**

- vedere încețoșată,
- constipație, amețală în ortostatism,
- gură uscată, retenție de urină,
- confuzie.

Un mic procent dintre pacienți pot avea alte efecte secundare, ca de exemplu transpirație,

- tahicardie,
- hipotensiune,
- reacții alergice cutanate,
- fotosensibilitate.

Agenții serotoninici specifici:

Agentii serotoninergici specifici, ca de exemplu, fluoxetin și sertralin, reprezintă **cea mai nouă clasă de medicamente pentru depresie.**

➤ Aceste medicamente **nu au efecte secundare în raport cu sistemul cardiovascular** și, de aceea, sunt utile pentru pacienții cu afecțiuni cardiace.

➤ Ele au în general mai puține efecte secundare decât alte antidepresive.

➤ În primele zile pacienții pot fi anxioși sau nervoși, pot avea tulburări de somn, crampe gastrice, grețuri, rash cutanat și rareori somnolență.

➤ În extrem de rare cazuri pot dezvolta un acces.

Antidepresive

Denumirea Generală	Marca Comercială	Doze Medii (mg)	Mecanismul
ISRI (Inhibitori de recaptare a serotoninei)			
fluvoxamină	FEVARIN	100-300	Inhibiția Selectivă a Recaptării Serotoninei
fluoxetină	DEPREX, DEPRENON, PROZAC, PORTAL, FLOXET, FLUXONIL, MAGRILAN	20-60	
citalopram	SEROPRAM, CITALEC, CEROTER, PRAM	20-60	
escitalopram	CIPRALEX	10-20	
paroxetină	SEROXAT, PAROLEX, APO-PAROX, REMOD	20-60	
sertralină	ZOLOFT, SERLIFT, ASENTRA,	50-200	

Denumirea Generală	Marca Comerci Antidep resive	Doze Medii (mg)	Mecanismul
SARI			
Antidepresive cu Eficiență Serotonergică Dublă			
trazodon	TRITTICO AC	4-8	Eficiență Serotonergică Dublă
nefazodon	SERZONE, DUTONIN	100-300	
NARI (Inhibitori de recaptare a noradrenalinei)			
reboxetină	EDRONAX	4-8	Inhibarea Recaptării Norepinefrinei
(Stimulator de recaptare a serotoninei)			
tianeptină	COAXIL	75	Creșterea Recaptării Serotoninei

Antidepresive cu acțiune dublă Inhibitori mixti ai recaptării serotoninei și adrenalinei

Denumirea Generală	Marca Comercială	Doze Medii (mg)	Mecanismul
IRSN			
venlafaxină	EFECTIN	75-375	Inhibiția Recaptării Serotoninei și a Norepinefrinei
venlafaxină ER (cu eliberare prelungită)	EFECTIN ER	75-225	

Noi medicamente antidepresive

	Medicament	Clasa
Fluoxetina	Prozac	SSRI
Fluvoxamina	Fevarin, Floxyfral, Luvox	
Sertralina	Zoloft	
Citalopram	Cipramil, Seropram	
Paroxetina	Seroxat , Paxil	
Reboxetina	Edronax	NaRI
Venlafaxin	Effexor	SNRI
Nefazodon	Dutomin , Serzone	SARI
Bupropion	Wellbutrin	NDRI
Mirtazepin	Remeron	NaSSA

➤ **SSRI** – inhibitor al recaptării de serotonină

➤ **NaRI**– inhibitor al recaptării de noradrenalină

➤ **SNRI**– inhibitor al recaptării de serotonină și noradrenalină

➤ **SARI**– inhibitor al recaptării de adrenalină și serotonină

➤ **NDRI**– inhibitor al recaptării de noradrenalină și dopamină

➤ **NaSSA**-antagonist al receptorilor α_1 α_2 adrenergici

Efectele adverse ale antidepresivelor

•1. **Efectele anticolinergice**

Cele mai întâlnite efecte adverse ale **antidepresivelor triciclice** sunt cele ce rezultă din **activitatea anticolinergică**.

Acestea includ:

- **uscarea mucoaselor (asociate ocazional cu adenite sublinguale),**
- **tulburarea vederii ca rezultat al midriazei și cicloplegiei,**
- **creșterea tensiunii intraoculare,**
- **hipertermie,**
- **constipație,**
- **ocluzie intestinală adinamică,**
- **retenție urinară și dilatație a tractului urinar.**

S-a observat că substanțele au redus tonusul sfincterului esofagogastric și au provocat **hernia hiatală** la indivizi susceptibili sau au exacerbat-o la indivizii cu hernie hiatală existentă.

Antidepresivele triciclice trebuie scoase din schema terapeutică dacă **se dezvoltă simptome de reflux esofagian**.

Dacă se impune terapia antidepresivă, atunci se poate administra cu atenție un agent colinergic, cum ar fi betanecol, folosit simultan cu un antidepresiv.

Efectele adverse ale antidepressivelor

2. Efecte asupra sistemului nervos

- Efectele neuromusculare și reacțiile adverse ale SNC apar în mod frecvent.
- Somnolența este cea mai frecventă reacție adversă la antidepressivele triciclice, letargia, oboseala și starea de slăbiciune.

S-au observat și stări precum:

- agitație,
- anxietate,
- ruminatii obsesive,
- îngrijorare,
- insomnie.

Efectele adverse ale antidepresivelor

La pacienții vârstnici, cele mai întâlnite stări sunt confuzia,

- tulburare a concentrării,
- dezorientarea,
- iluziile,
- halucinațiile.

2. Efecte asupra sistemului nervos

Copiii cărora li s-au administrat antidepresive triciclice pentru enurezisul funcțional pot dezvolta stări

- somnolența,
- anxietate,
- instabilitate emoțională,
- nervozitate și
- tulburări de ritm de somn.

La pacienții aflați sub antidepresive triciclice poate apărea

- exacerbare a depresiei,
- hipomanie,
- panică,
- ostilitate supărătoare,
- anxietate
- sau euforie.

Simptomele extrapiramidale pot apărea la pacienții ce au primit antidepressive triciclice.

La pacienții tineri, cât și la cei vârstnici, poate persista **un tremor** aproape insesizabil, iar **sindromul parkinsonian** este foarte întâlnit la pacienții vârstnici cărora li s-au administrat doze ridicate.

Alte efecte extrapiramidale ce pot apărea sunt:

- rigiditatea,
- akatisia,
- distonia,
- crizele oculogire,
- opistotonusul,
- dizartria și
- disfagia.

2. Efectele adverse ale antidepressivelor asupra sistemului nervos

Diskinezia tardivă asociată terapiei cu amoxapină, a fost rareori înregistrată. Asemenea agenților antipsihotici, amoxapina a fost asociată sindromului neuroleptic malign (SNM), un sindrom potențial fatal ce impune o întrerupere imediată a medicației și un tratament simptomatic intensiv.

La pacienții aflați sub antidepressive triciclice, au fost înregistrate de asemenea

- neuropatie periferică,
- vertij,
- tinitus,
- dizartrie,
- parestezii,
- incoordonare motorie,
- ataxie

•3. Efecte cardiovasculare

În cursul terapiei cu antidepresive triciclice poate surveni **hipotensiunea posturală**.

- Alte efecte cardiovasculare induse de medicație se referă **la unde T anormale** (aplatizare a undei T) și la alterarea altor semne ECG,
- propagarea blocurilor atrioventriculare și de ram,
- diferite aritmii (tahicardie ventriculară), bradicardie, fibrilație ventriculară, complexe ventriculare premature și extrasistole ventriculare,
- sincopă, colaps,
- exitus subit,
- hipertensiune,
- tromboze și tromboflebite, **Efectele adverse ale antidepresivelor**
- astm ischemic cerebral,
- insuficiență cardiacă congestivă.

Pacienții cu boli cardiovasculare preexistente sunt deosebit de sensibili la **cardiotoxicitatea medicației**. În timpul intervențiilor chirurgicale asupra pacienților cărora li s-au administrat antidepresive triciclice, au apărut **episoade hipertensive**. Astfel că **se impune întreruperea medicației cu câteva zile înainte de intervenția programată**.

La pacienții cardiaci aflați sub terapie antidepresivă triciclică, s-a observat că medicația induce o accentuare a incidenței morții subite. Chiar dacă infarctul de miocard a fost atribuit terapiei cu antidepresive triciclice, nu a fost totuși stabilită o relație cauzală

Efectele adverse ale antidepressivelor

•4. Efecte hematologice

- agranulocitoze,
- trombocitopenie,
- eozinopenie,
- leucopenie și
- purpură.

La toți pacienții care dezvoltă simptome **de discrazie sanguină, cum ar fi febră și dureri de gât**, trebuie analizată formula leucocitară diferențiată. Medicația antidepressivă triciclică trebuie întreruptă dacă apare **neutropenia**.

•5. Efecte hepatice

- Creșterile transaminazelor,
 - modificările de concentrație a fosfatazei alcaline sunt efecte ce apar în timpul terapiei cu antidepressive triciclice.
 - Creșterea valorilor la testarea funcției hepatice ne indică necesitatea repetării testelor.
- Dacă apar creșteri accentuate, medicația trebuie întreruptă. **Icterul și hepatita devin reversibile** ca urmare a întreruperii medicației, dar trebuie să menționăm că s-au înregistrat decese generate de hepatite toxice care au survenit atunci când s-a continuat administrarea de antidepressive triciclice.

•6. **Reacții de sensibilitate** Efectele adverse ale antidepressivelor

Manifestările alergice au inclus

- erupțiile și
- eritemul,
- urticaria,
- pruritul,
- eozinofilie,
- edemul (generalizat sau doar facial sau lingual),
- febra medicamentoasă și
- fotosensibilitatea.

Pacienții care manifestă fotosensibilitate trebuie să evite expunerea la soare.

•7. Alte efecte adverse

La pacienții aflați sub medicație antidepresivă triciclică au fost înregistrate **efecte adverse gastrointestinale**, cum ar fi

- anorexia,
- greața și
- vomismentele,
- diareea,
- crampele abdominale,
- creșterea enzimelor pancreatice,
- dureri epigastrice,
- stomatitele,
- gustul caracteristic și
- colorarea neagră a limbii.

Efectele adverse ale antidepresivelor

•**Efectele de ordin endocrin** ce au apărut la pacienții cărora li s-au administrat antidepresive triciclice includ accentuarea sau diminuarea libidoului,

- Impotență,
- inflamarea testiculară,
- ejaculare dureroasă,
- ginecomastie la bărbați,
- galactoreea la femei,
- sindromul de secreție inadecvată a hormonului antidiuretic și

Timostabilizatoare

Definiție

Grup polimorf de substanțe cu acțiune psihotropă cu proprietatea de a stabiliza dispoziția, evitând distorsiunile hipertimice pozitive sau negative și putând preveni accesul maniacal sau pe cel depresiv.

Clasificare

Principalele clase de substanțe timoreglatoare sunt:

- Litiul și sărurile de litiu;
- Anticonvulsivante (AEDs – Anti-Epileptic Drugs):
 - valproat;
 - carbamazepină;
 - lamotrigină;
 - gabapentin;
 - topiramat;
 - vegabatin;
 - clonazepam.

Alte Medicamente Psihotrope cu Efect Antidepresiv

Thymoprophylactics (timostabilizatoare)

	litium	LITHIUM CARBONICUM, CONTEMNOL
	carbamazepină	BISTON, TEGRETOL, FINLEPSIN, TIMONIL
	săruri ale acidului valproic	EVERIDEN, CONVULEX, ORFIRIL, DEPAMID
	lamotrigină	LAMICTAL
	gabapentină	GABAPENTIN, NEURONTIN
	topiramat	TOPAMAX

Medicamente Antipsihotice Atipice - SDA

	clozapină	LEPONEX, CLOZARIL, ALEMOXAN
--	-----------	-----------------------------

Medicamente Stabilizatoare a Dispoziției (Medicamente Timoprofilactice)

Denumirea Generală	Marca Comercială	Doze (mg)	Concentrația Plasmei Sîngelui
litium carbonicum	LITHIUM CARBONICUM	900 – 1000	0.5 – 0.8 mmol/l
	CONTEMNOL	1000 - 1500	0.8 – 1.2 mmol/l
carbamazepină	BISTON, TEGRETOL, TIMONIL	400 - 1500	5 – 10 ng/ml
acid valproic	EVERIDEN, ORFIRIL,	900 - 2000	50 - 100 ng/ml

Efectele adverse coincid cu vârful concentrației **litiului** și apar probabil prin absorbția rapidă a ionului de litiu, dispărând în câteva săptămâni:

- iritație gastrointestinală (greață, dureri abdominale, diaree)
- oboseală musculară, fatigabilitate, disartrie, vedere încețoșată, vertij;
- tremor fin al extremităților,
- creștere în greutate,
- poliurie,
- polidipsie,
- edeme;
- cefalee,
- rashuri cutanate,
- exacerbară psoriazisului,
- prurit,
- disfuncții sexuale,
- hiperglicemie,
- anemie,
- amețeli;
- pe termen lung – afectare renală, hipotiroidism, hiperparatiroidism cu hipercalcemie.


Efectele adverse, moderate, (tratament cu Carbamazepina (CBZ) constau în:

- uscăciunea mucoaselor,
- ataxie,
- vedere înceteșată,
- diplopie,
- cefalee,
- tremor,
- greață,
- febră;
- efecte hematologice (anemie aplastică, leucopenie, eozinofilie, trombocitopenie, purpură, agranulocitoză);
- rashuri,
- reacții dermatologice severe;
- icter colestatic,
- hiponatremie, intoxicații cu apă;
- diskinezie tardivă și reacții distonice acute;
- poate exacerba schizofrenia, în special la sevraj.

În ciuda realității apariției efectelor adverse, la pacienții vârstnici, mai ales în timpul tratamentului de lungă durată, se impune controlul regulat al formulei sanguine

Medicamente Anxiolitice

Indicații:

- ❧ Stări de Anxietate
 - ❧ Insomnie
 - ❧ Sindrom de Sevraj
 - ❧ Stări Depresive
 - ❧ Epilepsie
 - ❧ Convulsii
 - ❧ Efecte Extrapiramidale Secundare Nedorite ale Medicamentelor Antipsihotice
 - ❧ Premedicație în Anestezie
 - ❧ Stări de Panică (Alprazolam, Bromazepam, Clonazepam în Doze Mari)
 - ❧ Sindrom Algic (Stomatodinie, Neuralgie Trigemini, Cefalgie)
- 

Anxiolitice și tranchilizante

Anxioliticele reprezintă o clasă de substanțe ce se distinge prin diminuarea anxietății,

- reducerea stării de tensiune psihică,
- acțiune asupra stărilor de excitație – agitație psihomotorie, ameliorarea tulburărilor de comportament,
- echilibrarea reacțiilor emoționale.

Anxiolitice și tranchilizante

Cele mai folosite anxiolitice sunt clasa benzodiazepinelor (BZD).

După durata de acțiune aceste anxiolitice se împart în benzodiazepine cu

- acțiune ultrascurtă,
- scurtă,
- intermediară și
- lungă.

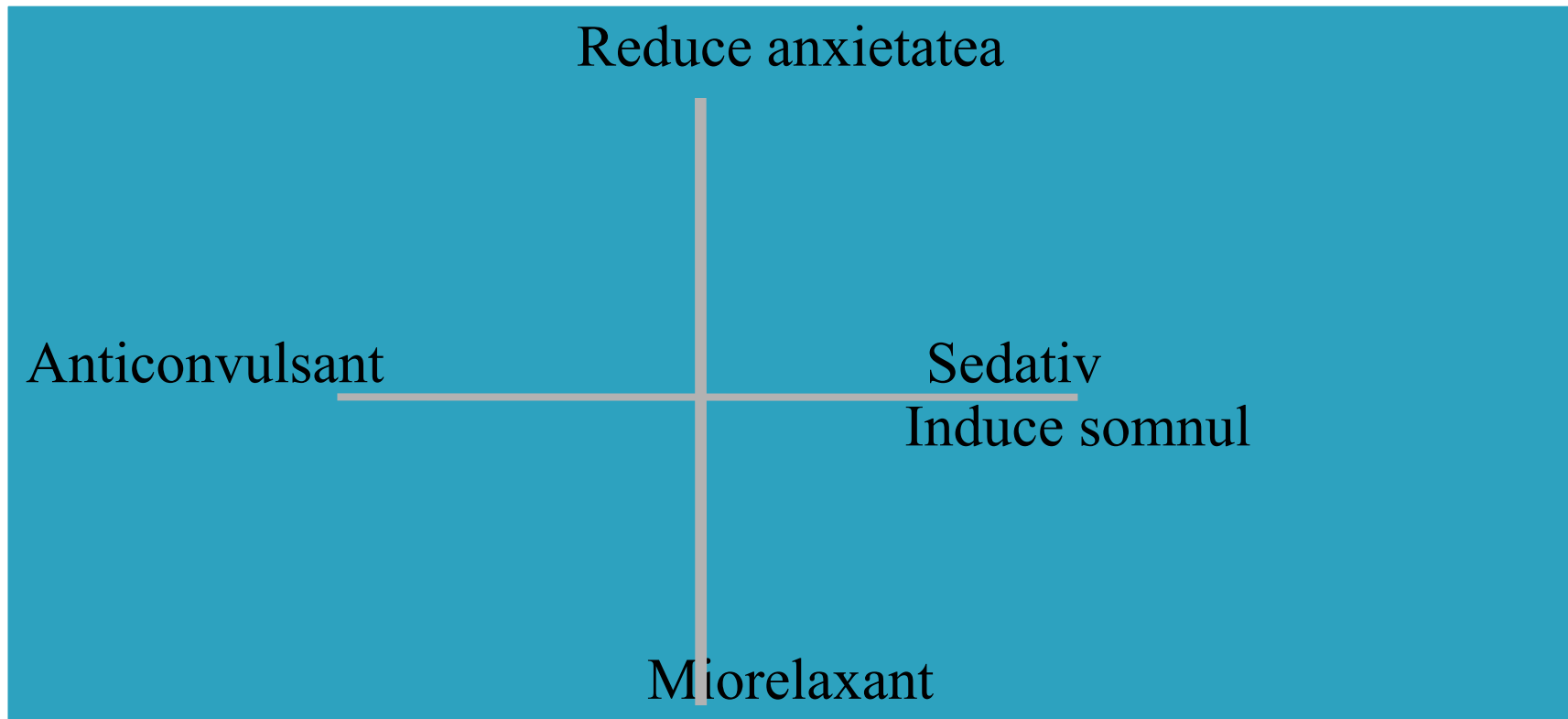
Clasificarea Benzodiazepinelor după durata de acțiune (după Marinescu, D., Chiriță, A.)

DURATĂ DE ACIUNE	PRODUSUL
Ultrascurtă	Midazolam (Versed) Triazolam (Halcion)
Scurtă	Alprazolam (Xanax)
Intermediară	Bromazepam (Lexonil) Lorazepam (Ativan) Oxazepam (Seresta) Temazepam (Restoril)
Lungă	Clordiazepoxid Clonazepam (Rivotril) Clorazepat (Tranxene) Diazepam (Valium) Flurazepam (Dalmane) Nitrazepam (Mogadon) Prazepam (Centrax)

După acțiunea lor farmacologică benzodiazepinele pot fi clasificate în mai multe subclase:

- **Anxiolitice:** medazepam, clordiazepoxid;
- **Hipnoinductoare:** nitrazepam, flunitrazepam;
- **Anticonvulsivante:** diazepam, nitrazepam, clonazepam;
- **Antidepresive:** alprazolam (Xanax);
- **Sedative:** clorazepat dipotasic (Tranxene), lorazepam (Temesta);
- **Timoreglatoare:** clonazepam (Rivotril), medicament ce pare a avea și acțiune antimaniacală.

Alte tipuri de actiune



Anseau, M., Doumont, A., Diricq, S.: Methodology required to show clinical differences between benzodiazepines. *Curr Med Res Opin* 8, Suppl. 4, 108-114 (1984). (Except <Dormicum> and <Dalmadorm>)

Medicamente Anxiolitice

Denumirea Generală	Marca Comercială	Formă	Doze Medii (mg)
■ Derivati ale Propandiolului			
meprobamat	MEPROBAMAT LÉČIVA	tbl. 400 mg	800 - 2400
■ Derivati ale Piperazinei			
hidroxizină	ATARAX	tbl. 10, 25 mg inj. 100 mg sir.	20 – 100 300 - 400
■ Derivati ale Azapironului			
buşpiron	ANXIRON, BUSPIRON- EGIS	tbl. 5, 10 mg	15-30

Medicamente Anxiolitice

<i>Denumirea Generală</i>	<i>Marca Comercială</i>	<i>Formă</i>	<i>Doze Medii (mg)</i>
diazepam	DIAZEPAM SLOVAKOFARMA APO-DIAZEPAM APURIN, SEDUXEN DIAZEPAM DESITIN DIAZEPAM DESITIN SUPP.	tbl. 2.5; 10 mg inj. 10 mg supp. 5 mg	10 - 60
chlordiazepoxid	DEFOBIN, ELENIUM RAPEDUR	tbl. a drg. 10 mg	20 - 60
oxazepam	OXAZEPAM LÉČIVA	tbl. 10 mg	10 - 60
alprazolam	NEUROL XANAX FRONTIN, HELEX	tbl. 0.25 mg ; 1 mg tbl. 0.25; 0.5; 1; 2 mg	1 - 10
bromazepam	LEXAURIN	tbl. 1; 5; 3 mg	3 - 36
medazepam	ANSILAN, RUDOTEL	tbl. 10 mg	20 - 40
tofisopam	GRANDAXIN	tbl. 50 mg	100 - 400
K+ clorazepat	TRANXENE	tbl. 5; 10; 50 mg	15 - 30

Medicamente Hipnotice (inductoare de somn)

	<i>Denumirea Generală</i>	<i>Marca Comercială</i>	<i>Formă</i>	<i>Doze Medii (mg)</i>
De 1 Generație	barbiturice			
De a 2-a Generație	nitrazepam	NITRAZEPAM SLOVAKOFAR MA FORTE	tbl. 5; 10 mg	5 - 20
	flunitrazepam	ROHYPNOL, SOMNUBENE	tbl. 1 a 2 mg inj. 2 mg	0.5 – 2 1 - 2
De a 3-a Generație	zolpidem	STILNOX, HYPNOGEN, EANOX	tbl. 10 mg	10 - 20
	zopiclone	IMOVANE	tbl. 7.5 mg	3.75 – 7.5
	zaleptone	SONATA	tbl. 10 mg	5 – 10
Alte Medicamente cu Eficacitate Hipnotică	Antihistamine (promethazină – PROTHAZIN)			
	Antidepresive (mirtazapină, trazodon)			

Administrarea repetată și prelungită a benzodiazepinelor poate conduce fenomenul de dependență.

Medicul trebuie să cunoască potențialul toxicomanic al benzodiazepinelor.

Efecte secundare ale tranchilizantelor

Efectele secundare ale tranchilizantelor sunt puțin frecvente și de gravitate redusă, repartizându-se în două categorii:

- efecte secundare legate de accentuarea efectelor terapeutice, greu tolerată de către pacient;
- efecte secundare necorelate cu acțiunea terapeutică.

Principalele efecte adverse ale tranchilizantelor, care de obicei dispar la ajustarea dozelor, constau în:

- fatigabilitate,
- slăbiciune,
- tulburări de concentrare,
- incoordonare;
- oboseală musculară;
- excitație paradoxală, cu accentuarea anxietății, insomniei, agresivității (clordiazepoxid);
- risc teratogen;
- agravarea insuficienței respiratorii;

Efecte secundare rare:

- tulburări de deglutiție,
- intoleranță locală,
- afectare hepatică,
- disfuncții sexuale,
- leucopenie,
- manifestări cutanate.

Medicamente procognitive

Medicamente inhibitoare ale acetilcolinesterazei

rivastigmine	EXELON	8 - 12 mg
donepezil	ARICEPT	5 - 10 mg
galantamine	REMINYL	8 - 24 mg

Antagoniști ai receptorilor NMDA (N-metil-D-aspartat)

memantină	EBIXA	10 - 30 mg
-----------	-------	------------

Medicamente Nootrope

Indicație: Tulburări Organice de Memorie și a Intellectului, Stări Primare, Eficacitate după 2-3 luni

pyritinol	ENERBOL ENCEPHABOL	300 - 900
piracetam	NOOTROPIL, PYRAMEM, KALICOR	3000 - 9000

Medicamente Nootrope și Vasodilatatoare

(Îmbunătățirea Calității Reologice a Sîngelui și Perfuziei Cerebrale)

cinarizine	STUGERON	50-100
vinpocetine	CAVINTON	15- 30
pentoxifiline		
xantinol		

Derivati de ergot

nicergoline		
--------------------	--	--

Psihostimulante (utilizate in ADHD, hipersomnie idiopatica, narcolepsie, etc)

Denumire generală	Marca Comercială	Doze (mg)
amfetamină	PSYCHOTON, ADDERAL	5 – 50
dexamfetamină	DEXEDRON	5 – 30
efedrină	EPHEDRIN	12,5 – 50
mezocarb	SYDNOCARB	5 – 50
metilfenidat	RITALIN, CENTEDRIN	10 – 40
modafinil	VIGIL, PROVIGIL	200 – 400



MULTUMESC

*Reabilitarea psihosocială –
scop de bază al serviciilor
comunitare de sănătate
mentală.*

Medicamentele stau la baza farmacoterapiei pentru bolile mintale.

Cu toate acestea, există și alte forme de terapie, în special atunci când pacientul, neconștientizând boala, renunță la medicație, neinformând nici medicul, nici familia.

Interacțiunea farmacoterapiei cu intervențiile psihosociale

- ❧ Farmacoterapia este considerată ca etapa de pregătire pentru reabilitare
- ❧ Intervențiile psihosociale pe parcursul farmacoterapiei semnifica într-un timp anumit scaderea dozei medicamentului
- ❧ Reabilitarea crește complianța pacientului la tratament
- ❧ Rezultatele intervențiilor psihosociale semnifica gradul de pregătire al pacientului pentru o eventuala intervenție farmacoterapeutică

Reabilitarea psihosociala

Include o gama de interventii :

- Medicale
- Psihologice
- Pedagogice
- Sociale si economice

∞ In declaratia Organizatiei Mondiale a Sanatatii (OMS) consacrata sanatatii mintale (2001) se ofera urmatoarea definitie a reabilitarii psihosociale:

« Reabilitarea psihosociala este o metoda care le ofera persoanelor cu deficiente de sanatate sau cu dizabilitati datorate bolilor mintale sa-si asigure nivelul optim de functionare sociala»

REABILITAREA (Manualul Oxford 1991)

Un ansamblu de îngrijiri psihice și sociale
organizate pentru

➤ ajutorarea pacienților cu tulburări mentale
cronice,

cu scopul de

➤ atingere a unui **nivel înalt de funcționare
socială.**

Scopurile interventiilor psihosociale

- Recuperarea la nivel profesionist (instruiri, recalificari)
- Angajarea in serviciu
- Asistenta sociala
- Integrarea in mediul social
- Asigurarea conditiilor decente de trai
- Psihoeducatia
- Formarea abilitatilor de comunicare
- Contracararea stigmei si discriminari
- Cresterea autonomiei si protectiei pacientilor cu dizabilitati mintale

Reabilitarea pacientului are ca consecinta reintegrarea (revenirea) pacientului in societate

Scopul reabilitarii::

- **Imbunatatirea calitatii vietii**
- **Imbunatatirea functionalitatii sociale**

Tratament versus recuperare

- ❧ Scopul tratamentului este reducerea simptomelor patologice,
- ❧ iar scopul reabilitării este dezvoltarea potențialului social, familial și profesional al pacientului

- ❧ Tratamentul este reducerea bolii,
- ❧ iar reabilitarea este inducerea sănătății

- ❧ Tratamentul se axează pe incapacitățile pacientului în urma bolii,
- ❧ iar reabilitarea se axează pe dezvoltarea punctelor forte și al abilităților pacientului

DECI - ținta reabilitării este:

- **concentrarea puterilor asupra persoanei integre nu asupra simptomului,**
- **restabilirea abilităților primare și secundare de autodeservire a persoanei;**
- **reînvățarea vechilor deprinderi sau învățarea altor noi,**
- **axarea asupra potențialului și vocațiilor personale;**
- **nevoile de îngrijire a sănătății în general și de reacția persoanei la intervenția propusă.**

Terapia psihosocială este fundamentală pentru:

- procesul de vindecare în continuare și
- pentru îmbunătățirea calității vieții familiei pacientul în perioada de după remiterea simptomelor acute (psihotice, maniacale, depresive).

Metodele psihosociale aplicate în terapia psihiatrică includ:

Diferite forme de măsuri psihologice:

- asistență psihologică,
- terapie de sprijin,
- terapie individuală și de grup, desfășurată pe baza a diferite orientări (cognitiv-comportamentală, interpersonală, psihodinamică),
- relaxare,
- terapie sistemică și familială,
- intervenții de mediu;

Metodele psihosociale aplicate în terapia psihiatrică includ:

Psihoeducația pacientului și familia sa:

- comunicarea cunoștințelor despre boală, simptomele sale, metodele de tratament,
- metodele de a face față simptomelor, unitățile de tratament, recuperare și sprijin disponibile,
- drepturile pacientului, beneficiile la care are dreptul și posibilitățile de angajare cu facilități;

Metodele psihosociale aplicate în terapia psihiatrică includ:

Construirea de abilități:

- aptitudini de viață elementare,
- aptitudini de comunicare și sociale,
- aptitudini de a face față situațiilor dificile emoțional,
- rezolvare de probleme;
- consolidarea funcțiilor cognitive;

Metodele psihosociale aplicate în terapia psihiatrică includ:

Terapie ocupațională:

- artizanat, gătit, arte de finețe,
- manufactură la nivel amator,
- art-terapie,
- biblioterapie,
- terapie cu mișcare și dans,
- terapie prin muzică,
- psiho-desen;

Metodele psihosociale aplicate în terapia psihiatrică includ:

Socioterapie:

- comunitate terapeutică,
- tehnici cu recompense,
- diferite activități în grupuri,
- competiții,
- excursii,
- reuniuni de seară,
- Întâlniri,
- Recreere,
- activități sportive, culturale și educaționale.

In declaratiile reprezentantilor Organizatiei Mondiale a Sanatatii (OMS) se stipuleaza ca

- Reabilitarea psihosociala trebuie sa fie asigurata la locul de trai al pacientilor si sa fie una complexa, continua.
- Interventia spitaliceasca trebuie utilizata minimal.
- Cu alte cuvinte psihiatrul nu are rolul neaparat de conducator al echipei, dar de consultant cu experienta in echipa

In declaratia cu privire la reabilitarea psihosociala elaborata de Organizatia Mondiala s Sanatatii (1996) sunt stipulate urmatoarele 3 sarcini pentru reducerea simptomelor psihopatologice:

- **Interventia medicamentoasa**
- **Interventii psihoterapeutice**
- **Interventii psihosociale**

Prevenția în sănătate mentală

- ☞ **Prevenția primară** – un complex de măsuri medico-sociale care urmăresc **prevenirea îmbolnăvirii**;
- ☞ **Prevenirea secundară** – intervenții prompte aplicate în perioada apariției bolii, menite să limiteze întinderea și severitatea unui epizod;
- ☞ **Prevenția terțiară** – limitarea incapacităților produse de boală.

Prevenția terțiară – începe încă în timpul internării în spital prin aplicarea sistemică a tehnicilor incluse în conceptul de *REABILITARE*

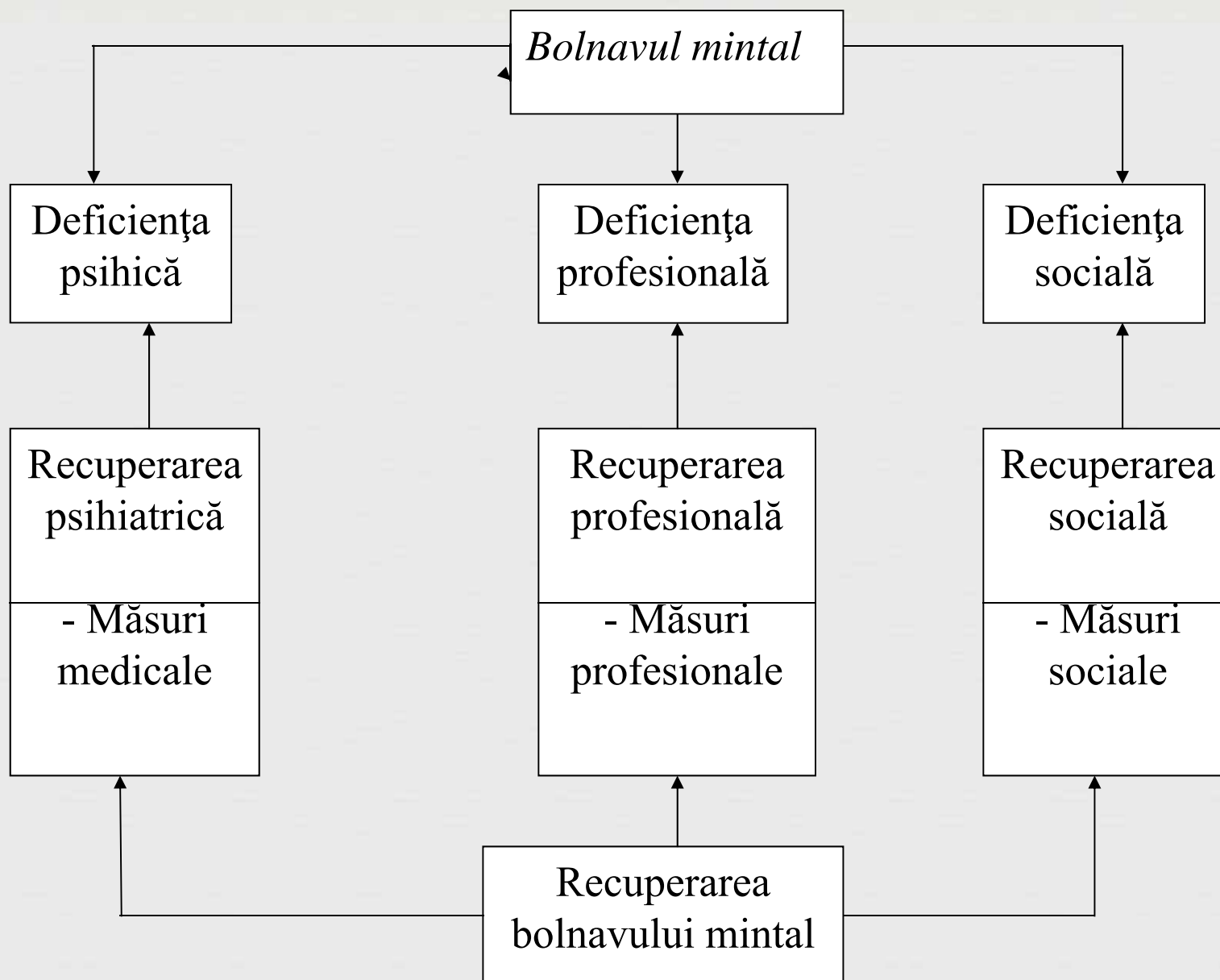
Terminologia utilizată pentru a desemna acest concept diferă

- ☞ Pentru Școala americană este obișnuit termenul *reabilitare*.
- ☞ Școala franceză folosește termenii *readaptare* sau *reclasare*.
- ☞ H. Platt recomandă termenul *reabilitare*, acesta având deopotrivă semnificație biologică și una psihologică.
- ☞ Prin *reabilitare* el înțelege reîncadrarea în muncă a omului bolnav sau plasarea profesională a acestuia ca rezultat al eforturilor de colaborare dintre medicul specialist, personalul auxiliar medical și membrii organizațiilor de educație și asistență socială.

Școala americană (Boston 1990)

Reabilitarea psiho-socială – este procesul prin care persoana, ce prezintă dereglări psihice este ajutată:

- **să funcționeze mai bine**, în așa fel încât prin deprinderile sale să trăiască și să muncească;
- să învețe cu succes și **să aibă satisfacții în mediul** pe care și l-a ales, cu cea mai mică cantitate de suport din partea profesioniștilor.



În ceea ce privește metodele de recuperare a bolnavilor cu tulburari psihice, acestea sunt numeroase și diferite în funcție de autor.

- ❧ **recuperarea fizică**, reprezentând totalitatea formelor de tratament în vederea readaptării fizice (deficienți fizici, motorii, senzoriali etc.) ;
- ❧ **recuperarea psihică**, adresată în primul rând bolnavilor psihic și constând în crearea unui climat psihologic favorabil și antrenarea în activitate a acestora;
- ❧ **recuperarea profesională**, constând în readaptarea deficientului la o activitate profesional-școlară adecvată tipului său de deficiență ;
- ❧ **recuperarea socială**, o acțiune complexă care vizează readaptarea familială, școlar-profesională și socială a bolnavului .

Terapii recuperatorii

- ∞ Autonomia pacientilor
- ∞ Terapii în grup (artterapie,ludoterapie)
- ∞ Ergoterapii

Etapele reabilitării psihosociale (Gurovici 2007)

- ❧ Etapa intervenției psihosociale active
- ❧ Etapa recuperării abilităților și legăturilor sociale vechi și de formare a celor noi
- ❧ Etapa consolidării gradului de reabilitare obținut

Alte metode de interventii psihosociale

- ❧ Psihoeducatia
- ❧ Training de abilitati cognitive
- ❧ Training abilitati sociale
- ❧ Psihoterapie
- ❧ Terapia de familie
- ❧ Ergoterapia

Programul de reabilitare

Obiectivul principal	Recuperarea sănătății mintale		
Obiective generale	Recuperarea psihiatrică	Recuperarea profesională	Recuperarea socială
Obiective secundare	Reducerea deficienței psihice	Redobândirea capacității de muncă	Readaptarea socială
Mijloace de realizare	Terapia psihotropă Psihoterapia Supravegherea ambulatorie Postcura sanatorială	Terapia ocupațională Ergoterapia Reprofesionalizarea Activitatea profesională protejată	Terapia de grup Socioterapia Asistența socială Îngrijirea familială

Mijloacele de realizare a Reabilitării Psihosociale

∞ **Echipa multidisciplinară comunitară,**
care este grupul interdisciplinar de
specialiști antrenați în acțiunea de igienă
mentală.

Vă mulțumesc pentru atenție !

**Aspecte
psihologice
ale suicidelor.**

**Moartea și
doliul ca
probleme
ale psihologiei
medicale.**

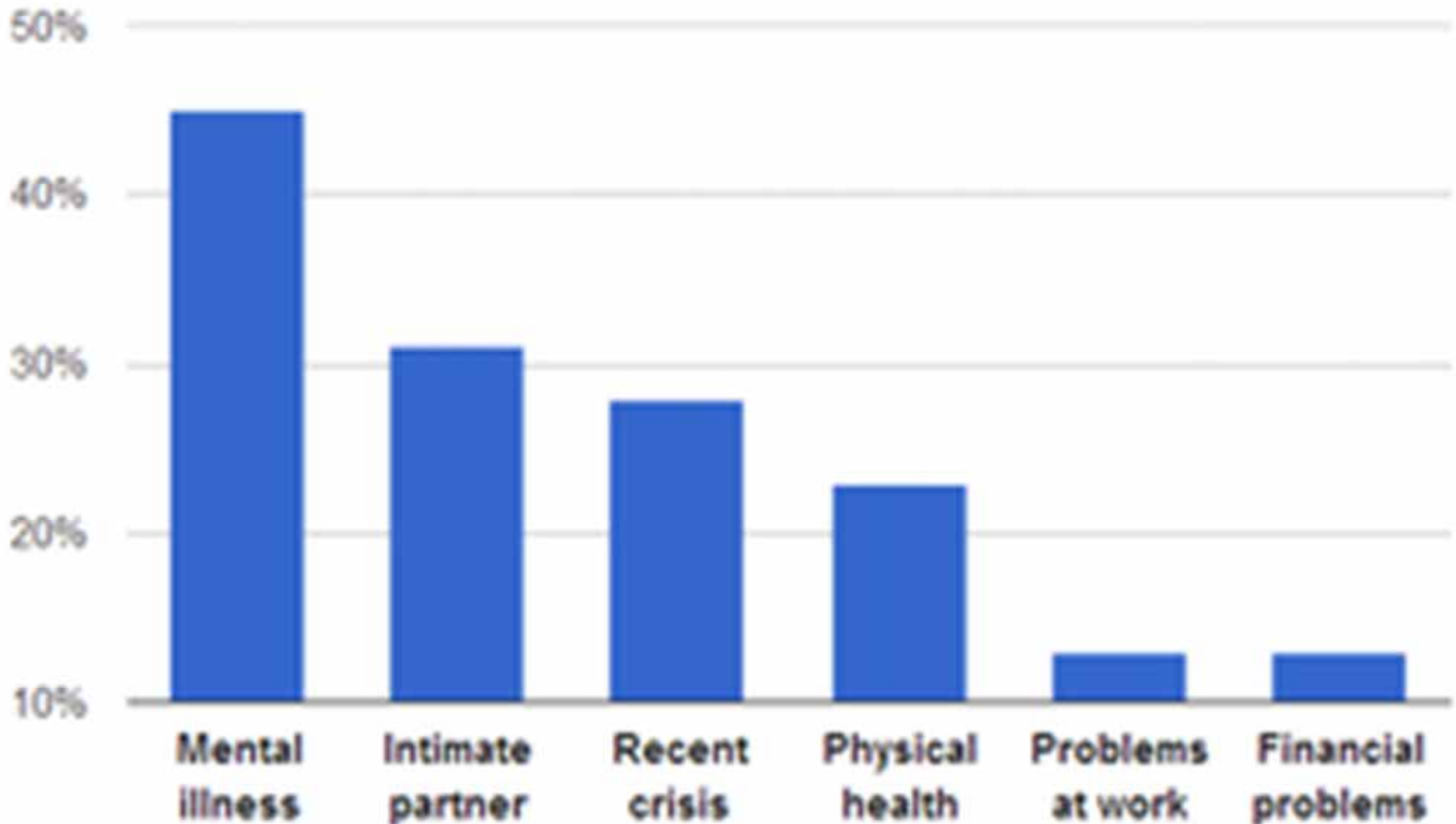


Factori de risc în suicide:

- Dorința de a muri
- Șomajul
- Senzația de lipsă a speranțelor
- Probabilitatea redusă de a fi salvat
- Colectare surplus de medicamente
- Posesia de armă/ arme de foc
- Istoricul familial de suicid
- Fantezii de reunire cu persoane iubite , care au murit

Factori de risc

Precipitating Factors in Suicide



Boli psihice

- **Bolile psihice** sunt deseori prezente la momentul sinuciderii, cu estimări de la 27%^[20] până la mai mult de 90%.^[13]
- Printre cei care au fost internați într-un spital psihiatric, riscul unei sinucideri reușite pe parcursul vieții este de aproximativ 8,6%.^[13]
- **Jumătate** dintre persoanele care se sinucid pot avea:
 - ❖ **Tulburare depresivă majoră**
 - ❖ **Tulburare de dispoziție**
 - ❖ **Tulburarea bipolară** crește riscul sinuciderii de 20 de ori.^[21]
- Alte afecțiuni implicate includ:
 - ❖ **Schizofrenia** (14%)
 - ❖ **Tulburarea de personalitate** (14%),^[22]
 - ❖ **Sindromul de stres posttraumatic**.^[13]
- **Tulburările de alimentație** reprezintă un alt risc înalt.^[24]

Abuzul de substanțe

- Bolile mentale și abuzul de substanțe co-există în mod frecvent. ^[12]
- Abuzul de substanțe este al doilea factor de risc pentru suicid, după depresia majoră și tulburarea bipolară. ^[28]
- Atunci când se combină cu o durere personală, cum ar fi doliul, riscul crește. ^[29]
- În plus, **abuzul de substanțe este asociat cu tulburările mentale**. ^[12]

Abuzul de substanțe

- Aproximativ 0,5% - 1,4% din oameni se sinucid. [\[2\]](#)[\[13\]](#)
- Rata sinuciderilor a crescut cu 60% din 1960 până în 2012, [\[87\]](#) valori mai mari înregistrându-se în special în [țările în curs de dezvoltare](#). [\[1\]](#)
- Fiecărei tentative reușite de sinucidere îi corespund între 10 și 40 de tentative nereușite. [\[13\]](#)

Abuzul de substanțe

- Majoritatea persoanelor se află sub influența substanțelor sedativ-hipnotice (cum ar fi alcoolul sau benzodiazepinele) atunci când se sinucid, ^[30] (alcoolismul fiind prezent între 15% și 61% din cazuri.) ^[12]
- În jur de 2,2–3,4% din persoanele care au fost tratate pentru alcoolism se sinucid la un moment dat. ^[31]

Abuzul de substanțe

- Abuzul de cocaină și metamfetamine are o legătură strânsă cu sinuciderea.^{[12][33]}
- În cazul consumatorilor de cocaină, riscul cel mai mare este în perioada de sevraj.^[34]
- Un risc semnificativ prezintă și cei care au utilizat inhalanți, aproximativ 20% având tentative de suicid la un moment dat și peste 65% gândindu-se la acest lucru.^[12]

Dependența de jocurile de noroc

- Dependența de jocurile de noroc este asociată cu o ideeție suicidară și tentative de suicid mai pronunțate față de populația generală.^[36]
- ❖ Între 12 și 24% din jucătorii patologici au tentative de suicid.^[37]
- ❖ Rata sinuciderii în rândul soțiilor lor este de 3 ori mai mare decât aceea a populației generale.^[37]
- ❖ Alți factori care cresc riscul în cazul dependențelor de jocurile de noroc sunt **bolile psihice, abuzul de alcool și drogurile**.^[38]

Stări patologice

- Există o asocierie între tendința de suicid și problemele de **sănătate fizică**, de exemplu:[24]
 - ❖ durerea cronică, [39]
 - ❖ traumatismul cranio-cerebral, [40]
 - ❖ ¹ cancer, [41] dublează riscul
 - ❖ hemodializă,
 - ❖ HIV,
 - ❖ lupus eritematos sistemic, printre altele. [24]
- Prevalența tendințelor crescute de suicid crește prin includerea **depresiei clinice și a abuzului de alcool**.

Stări patologice

- Tulburările de somn precum
 - ❖ insomnia^[43] și
 - ❖ apneea de somn sunt factori de risc pentru **depresie** și sinucidere.
- O serie de alte afecțiuni medicale se pot manifesta ca simptome asemănătoare **tulburărilor de dispoziție**, precum:
 - ❖ hipotiroidism,
 - ❖ boala Alzheimer,
 - ❖ tumoare cerebrală,
 - ❖ lupus eritematos sistemic și efecte adverse de la o serie de tratamente medicamentoase (precum betablocante și steroidi).^[13]

Stări psihosociale

- O serie de stări psihologice cresc riscul de suicid, de exemplu:
 - ❖ deznădejdea,
 - ❖ pierderea plăcerii în viață,
 - ❖ depresia și
 - ❖ anxietatea. [\[21\]](#)
 - ❖ O capacitate scăzută de a rezolva problemele, pierderea capacităților din trecut și controlul slab al impulsurilor joacă, de asemenea, un rol. [\[21\]\[45\]](#)
 - ❖ La adulții mai în vârstă, percepția că sunt o povară pentru ceilalți este importantă. [\[46\]\[46\]](#)

Stări psihosociale

- Probleme de viață recente, cum ar fi
- pierderea unui membru al familiei sau a unui prieten,
- pierderea locului de muncă sau
- izolarea socială (precum traiul de unul singur) cresc riscul.^[21]
- Persoanele care nu s-au căsătorit niciodată prezintă, de asemenea, un risc mai mare.^[13]
- Religiozitatea poate reduce riscul de sinucidere.^[47]
- Abuzul sexual^[50] din copilărie și timpul petrecut în adoptie temporară sunt, de asemenea, factori de risc.^[51] Se consideră că abuzul sexual contribuie cu 20% la riscul general.^[18]

Stări psihosociale

- **Sărăcia este asociată cu riscul de suicid.** [53]
- ❖ Creșterea sărăciei relative față de cei din jur crește riscul de suicid. [54]
- ❖ Peste 200,000 de fermieri din India au comis suicid din 1997 încoace, o parte din cauza problemelor legate de datorii. [55]
- ❖ În China, probabilitatea de suicid este de 3 ori mai mare în zonele rurale decât în cele urbane și se crede că, într-o anumită măsură, acest lucru se întâmplă din cauza dificultăților financiare din zona rurală. [56]

Mass-media

- Mass-media, inclusiv internetul, joacă un rol important.^[11]
- ❖ Modul în care aceasta ilustrează sinuciderea poate avea **un efect negativ**, datorat conținutului substanțial, proeminent și repetitiv, care glorifică sau idealizează sinuciderea, ducând la un impact major.^[57]
- ❖ Atunci când se oferă o descriere detaliată despre cum să te sinucizi printr-un anumit mijloc, utilizarea acestei metode de sinucidere poate crește în rândul populației în ansamblu.^[58]

Mass-media

- Acest declanșator al contagiunii sinuciderii sau suicidul mimetic este cunoscut ca efectul Werther, după numele protagonistul lui Goethe din Suferințele tânărului Werther, care s-a sinucis. [59]
- ❖ Acest risc este mai mare la adolescenții care ar putea idealiza moartea. [60]
- ❖ Termenul este bazat pe un personaj din opera Flautul fermecat a lui Mozart, care, temându-se că își pierde iubita, vrea să se sinucidă, dar prietenii îl ajută să își revină. [59]
- ❖ Când mass-media respectă normele de prezentare a faptelor, riscul de suicid poate scădea. [57]

Aspecte psihologice ale suicidelor

- Rata este de 12 persoane la 100.000 într-un an;
- **La bărbați sinuciderile realizate sunt de două ori mai numeroase** decât la femei.
- **Bărbații folosesc metode violente mai frecvent** decât femeile (de ex., arme de foc, și nu medicamente)
- **În prezent creșterea cea mai rapidă a ratei se înregistrează la bărbații tineri în vârstă de 15 până la 24 de ani**
- **Femeile comit de zece ori mai multe tentative de sinucidere** decât bărbații
- Riscul crește cu vârsta: (bărbați după vârsta de 45 de ani; la femei după 65 de ani)
- După vârsta de 75 de ani, rata sinuciderilor crește la ambele sexe

- **Rata este mai mare** la persoanele **necăsătorite**, decât la cele căsătorite; este ridicată la persoanele **divorțate**;
- **Boala medicală** sau chirurgicală **constituie un factor de risc**, în special dacă se asociază cu durere sau dacă este vorba despre o boală cronică sau terminală.
- 50% din persoanele, care se sinucid, sunt depresive
- 15% dintre bolnavii depresivi se sinucid.
- 10% suferă de schizofrenie.
- Tulburarea de personalitate borderline se asociază cu o rată ridicată a comportamentului parasuicidar
- Demența, deliriumul, stările de panică cresc riscul

Fiziopatologie

- Nu se cunoaște fiziopatologia unică ce stă la baza suicidului sau a depresiei. ^[13]
- Totuși, se consideră că acestea sunt rezultatul interacțiunii mai multor factori de
 - ❖ comportament,
 - ❖ mediu social și
 - ❖ psihiatric. ^[58]

Fiziopatologie

- Se consideră că nivelul de serotonină, un neurotransmițător prezent în creier, **este redus** în cazul persoanelor care se sinucid.
- ❖ Acest considerent se bazează, într-o anumită măsură, pe dovezile privind nivelul crescut de receptori 5-HT_{2A} observat după deces.^[84]
- ❖ Alte dovezi includ un **nivel redus** de acid 5-hidroxi-indoleacetic, un produs de catabolism al serotoninei, în lichidul cefalorahidian.^[85] Totuși, este dificil de obținut dovezi directe.^[84]

Fiziopatologie

- Nivelul **redus** al factorului neurotrofic derivat din creier (BDNF) este asociat cu sinuciderea atât în mod **direct**^[81] cât și **indirect**, prin rolul său în
 - ❖ depresia majoră,
 - ❖ tulburarea de stres post-traumatic,
 - ❖ schizofrenie și
 - ❖ tulburarea obsesiv-compulsivă.^[82]
- În cadrul studiilor realizate post-mortem s-a observat un nivel **redus** de BDNF în hipocampus și cortexul prefrontal în cazul persoanelor cu sau fără tulburări psihiatrice.^[83]

Doliul

Doliul poate să apară și din motive nelegate de moartea unei persoane iubite:

- Pierderea unei persoane iubite prin despărțire / separare, divorț sau detenție;
- Pierderea unui obiect sau a unei circumstanțe cu încărcătură emoțională (de ex., pierderea unei posesiuni dragi sau a unei slujbe sau poziții valorizate);
- Pierderea unui obiect fantazat al iubirii (de ex., moartea intrauterină a fătului, nașterea unui copil malformat);
- Pierderea care rezultă dintr-o lezare narcisică (de ex., amputație, mastectomie).

Doliul

Pierderea unei persoane dragi reprezintă cea mai mare suferință, cel mai periculos factor de stres.

Există numeroase strategii de a face față doliului, dar cel mai important sprijin pentru persoana îndoliată poate veni din partea rețelei sociale.

Consecințele dolului:

- doliu exagerat
- doliu prelungit
- morbiditate medicala
- mortalitate
- tulburari anxioase
- tulburari prin uz de substante
- tulburari depresive

Fazele de doliu dupa Parkes:

- **Alarma** - modificari fiziologice
- **Amortire** - cel în cauza pare doar superficial afectat, dar în realitate se protejeaza de suferinta
- **Nostalgie** - cauta sau își aminteste persoana iubita
- **Depresie** - lipsa de sperante asupra viitorului, simte ca nu poate continua sa traiasca, se retrage fata de familie si prieteni
- **Recuperare si reorganizare** - realizeaza ca viata sa va continua cu noi ajustari si scopuri diferite

Decesul și moartea

- Copiii mai mici de 5 ani nu înțeleg moartea;
- Ei o privesc ca pe o separare, asemănătoare somnului.
- Între vârsta de 5 și 10 ani, ei devin din ce în ce mai conștienți de moarte drept ceva care li se întâmplă altora, în special părinților.
- După vârsta de 10 ani, copiii conceptualizează moartea drept ceva ce li se poate întâmpla chiar lor

Majoritatea oamenilor au o stare de anxietate cu privire la moarte.

Diferențele sunt foarte mari depinde de:

- Gen
- Religie
- Educație
- Vîrstă

Anxietatea față de moarte este dovedită prin evitarea tuturor lucrurilor ce țin de ea și de ritualuri mortuare

Doliul copilului dupa pierderea unui parinte:

- **Faza de protest** - își dorește cu putere parintele înapoi
- **Faza de disperare** - lipsa de speranțe, retragere, apatie
- **Faza de detașare** - atașamentul emotional cedează
- **Transferarea nevoilor asupra altor adulti**

Doliul dupa pierderea unui copil:

- trairea este mai intensă decât după pierderea unui adult
- există sentimente de vinovăție și neajutorare
- apar faze de **soc, negare, mânie, negociere, acceptare**
- poate dura toată viața
- 50% din căsătoriile în care un copil a decedat sfârșesc prin divorț

Fazele de doliu după John Bowlby: (teoria atașamentului)

- **Amortire sau protest** - suferința, frica, mânie - poate dura luni de zile
- **Dorul și căutarea figurii pierdute** - lumea pare goală și lipsită de sens, dar stima de sine rămâne intactă (altfel nu ar fi doliu normal, ci patologic - cu depresie). Se caracterizează prin preocupare pentru persoana pierdută, neliniște fizică, plâns, mânie. Poate dura luni de zile - ani.
- **Dezorganizare și disperare** - neliniște, lipsa de scop, creșterea preocupărilor somatice, retragere, introversie, iritabilitate, retrairi repetate ale amintirilor
- **Reorganizare** - formarea de noi patternuri, obiecte, scopuri; doliul cedează și este înlocuit cu amintiri dragi = identificarea sanatoasă cu decedatul

Corelații psihologice în bolile incurabile

**Stadiile descrise de Elisabeth Kuber – Ross
(1969):**

**a dezvoltat o teorie privind confirmarea
individului propria moarte. Teoria prezintă
5 stări.**

Stadiile descrise de Elisabeth Kubler – Ross (1969):

- **Soc si negare** - atunci când cel.în cauza merge de la un medic la altul în speranta ca va gasi pe cineva care sa îi sprijine pozitia
- **Mânie** - frustrare, iritabilitate - "De ce eu, când X sau Y sau Z...?". Revolta poate fi deplasata asupra medicilor, familiei (când se încearca gasirea unui vinovat - "Daca nu mă duceam la X." "Daca nu faceam cutare lucru, nu s-ar fi întâmplat...") sau poate fi directionata catre sine (boala sau pierderea vazuta ca pedeapsa)
- **Negocierea** - cu medicii, cu prietenii, cu Dumnezeu - real (doanații, mers la biserică) sau simbolic (comportamente si idei obsesiv - compulsive, ritualuri)
- **Depresie** - retragere, bradikinezie, insomnie, lipsa de speranta, ideatie suicidara
- **Acceptarea** - cel în cauza realizeaza ca moartea este inevitabila si accepta universalitatea ei

“Nu am, moarte, cu tine,
nimic
Dar ce-ai face tu și cum
ai trăi
De-ai avea mamă și-ar
muri?!”

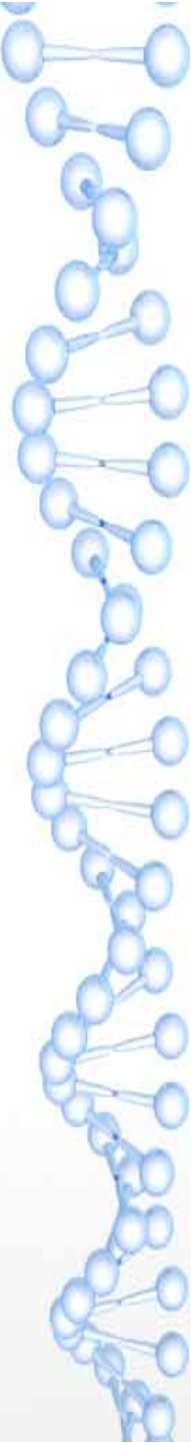
Grigore Vieru





Vă mulțumesc pentru atenție !

**Tulburările din spectrul
schizofreniei și alte tulburări
psihotice**



Tulburarile din spectrul schizofreniei și alte tulburari
psihotice
includ:

1. Schizofrenia
2. Tulburarea de personalitate schizotipala
3. Tulburarea deliranta
4. Tulburarea psihotica scurta
5. Tulburarea schizofreniforma
6. Tulburarea schizoafectiva

Notiuni specifice care au tangenta cu schizofrenia (nu sunt
incluse în DSM-5):

Paranoia

Parafrenia



Definiție a tulburărilor din spectrul schizofreniei

Sunt anomalii în unul sau mai multe domenii:

- **Ideatie deliranta**
- **Halucinații**
- **Gândire dezorganizata**
- **Comportament motor profund dezorganizat (anormal)**
- **Simptome negative**

Schizofrenia – este o tulburare mintala severa cu etiologie necunoscută, multifactorială, cu evoluție cronică, prognostic grav, care se manifestă cu disocierea proceselor psihice și duce la dezadaptare socială.

criteriul A

Scizofrenia – tulburare mintală, care durează cel puțin șase luni și presupune cel puțin o luna existența unei stări de boala (faza activa) cu existența a doua sau mai multe simptome dintre următoarele și dintre care cel puțin un simptom trebuie să fie din cele enumerate în p. 1,2 sau 3:

- 1. Idei delirante**
- 2. Halucinații**
- 3. Dezorganizarea vorbirii**
- 4. Comportament profund dezorganizat**
- 5. Simptome negative**



Alte criterii din schizofrenie

- B. O perioadă semnificativă de timp de la debutul tulburării, nivelul de funcționare în unul sau mai multe domenii importante cum ar fi: profesional, relații interpersonale sau auto-îngrijire este mult sub nivelul atins înainte de debut (sau, atunci când debutul se situează în copilărie sau adolescență, nu se atinge nivelul așteptat al funcționării interpersonale, școlare sau profesionale).
- C. Semnele perturbării se mențin continuu timp de cel puțin 6 luni. Această perioadă de 6 luni trebuie să cuprindă cel puțin o lună de simptome (sau mai puțin dacă tratamentul este eficient) care îndeplinesc Criteriul A (i.e., simptome de fază activă) și poate include perioadele prodromală sau cu simptome reziduale. Pe parcursul acestor perioade, prodromală și reziduală, semnele perturbării se pot manifesta fie doar prin simptome negative fie prin două sau mai multe simptome menționate la Criteriul A, prezente într-o formă atenuată (e.g., credințe bizare, trăiri perceptiv neobișnuite).
- D. Au fost excluse tulburarea schizoafectivă precum și tulburarea depresivă și bipolară cu elemente psihotice deoarece: fie 1) nu a apărut niciun episod depresiv sau maniacal simultan cu simptomele fazei acute, fie 2) dacă astfel de episoade afective au apărut pe parcursul acestei perioade, au fost prezente o perioadă scurtă din durata totală a perioadelor activă și reziduală ale bolii.
- E. Tulburarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanțe (e.g., un drog de abuz, un medicament) sau afecțiuni medicale.
- F. Dacă există un istoric de tulburare din spectrul autismului sau de tulburare de comunicare cu debut în copilărie, se va stabili diagnosticul adițional de schizofrenie doar dacă, alături de celelalte simptome necesare pentru stabilirea diagnosticului de schizofrenie, sunt prezente idei delirante și halucinații semnificative pentru o perioadă de cel puțin o lună (sau mai puțin dacă tratamentul a fost eficient).

Se întâlnește în populație cu o frecvență de 1-1,5 %.

Incidența cazurilor noi ale schizofreniei este de 10-20 persoane la 100.000 anual

Prevalența schizofreniei este de aproximativ 300 la 100.000 anual

Bărbații și femeile prezintă risc egal de dezvoltare a schizofreniei, Raportul bărbați / femei = 1, doar la bărbați debutul bolii este cu la 3-4 ani mai devreme decât la femei.

Debutul majoritar Intre 20-35 de ani.

Vârsta de apariție a schizofreniei este de 15-25 ani pentru bărbați și 25-30 ani pentru femei. A doua perioadă critică pentru femei este către 40 de ani.

Evoluția bolii după clasificarea internațională ICD-10 :

Episodică, cu deficit progresiv

Continuă

Episodică remitentă

Istoric:

Diversele manifestări clinice ale acestei maladii au fost demult cunoscute, fiind însă descrise sub diferite denumiri izolate unele de altele (Kahlbaum: catatonie; Hecker: hebefrenie; Westphal: paranoia acută

Emil Kraepelin (1896) propune termenul de “dementia praecox” cu următoarele caracteristici: tabloul clinic consta din halucinații, idei delirante, tulburări de formă ale gândirii, tulburări de limbaj și deteriorări emotionale și volitionale. Debutul este la vârsta tânără, iar evoluția este una progresivă.

Eugen Bleuler (1911) propune termenul de schizofrenie (“disociere a minții”) cu următoarele caracteristici:

- pierderea asociațiilor, tulburările afective, autismul și ambivalența (“cei 4 A”) și care sunt mai specifice decât deteriorarea sau halucinațiile și ideile delirante
- evoluția poate avea o ameliorare în timp, dar pacientul nu va reveni niciodată la nivelul de funcționare anterior instalării bolii

Etiologie

în

ipoteze:

Factorul ereditar – predispoziție genetică. Incidența schizofreniei printre gemenii monoziгоți este până la 90 %; frații sau surorile bolnavului de schizofrenie au riscul genetic de manifestare a bolii în jur de 5-16 %, iar copiii - de la 7% la 16 % .În cazul ambilor părinți cu schizofrenie riscul este de 40-60 %.

Factorul endocrin – sch poate debută în perioadă de pubertate, postpartum sau climacterie.

Factorul dizontogenetic – hipoxia intra- și perinatală crește probabilitatea de a dezvolta sch de 4 ori, complicațiile obsetriciale cresc riscul de dezvoltare a sch cu 20 % Ipoteza dizontogenetică explică nedezvoltarea celulară care apare ca rezultat al factorilor externi (infecții virotice, stresul, complicații la intervenții obstetrice) dar și al defectelor genetice care codifică dezvoltarea neuronală.

Factorul psihologic – factorii psihogeni nu pot fi considerați principali in etiologia sch, dar ei joacă un rol important în declanșarea procesului schizofren.

Factorul biologic – se referă la implicarea neuromediatorilor în patogeneza, a glutamatului și a unor neuropeptide ca dopamina, noradrenalina, serotonina, acetilcolina.

Patogeneza:

Teoria dopaminergică: În schizofrenie se constată disfuncționalitatea structurilor dopaminice – creșterea activității dopaminice în structurile mezolimbice și scăderea în structurile mezocorticale. Blocarea receptorilor D2 cu ajutorul neurolepticelor ameliorează starea pacienților

Teoria serotoninergică – surplusul de serotonină poate fi cauza simptomelor pozitive sau negative din schizofrenie prin influența asupra neuronilor dopaminici.

Teoria nordadrenergică – prin disfuncționalitatea noradrenergică se explică simptomele deficitare din schizofrenie ca scăderea potențialului energetic, anhedonia.

Teoria glutamatergică – glutamatul este un neurotransmițător activator din sistemul nervos central, care prin intermediul receptorilor NMDA pot influența activitatea neuronilor dopaminici.

Teoria de autointoxicare – este o ipoteză care relatează creșterea metabolismului dopaminei în creier cu apariția radicalilor liberi care prezintă toxicitate și provoacă apoptoza celulelor nervoase.

Teoria imunologică – explică apariția anticorpilor neuronali în baza unor procese autoimune în schizofrenie.

Deosebitii simptome:

Pozitive: distorsiuni sau exagerari ale functiilor normale;

Negative: diminuarea functiilor normale.

Tabloul clinic al schizofreniei conform definitiei lui Bleuler, care a introdus notiunea de schizofrenie, constă din regula celor 6 "A" (simptomele fundamentale ale lui Bleuler) și anume:

- 1. Tulburări ale afectivității (afectivitate tocita)**– se manifestă prin răceala afectivă, ambivalență afectivă
- 2. Tulburări asociative (asociații patologice)** – dereglarea ritmului asociativ, blocaj sau accelerare a ritmului ideator, discordanța ideatiei
- 3. Autism** – simptom de izolare lăuntrică, detașare de realitate, aflarea într-o lume proprie lăuntrică a pacientului
- 4. Ambivalența** – prezența a unori gânduri, senzații cu conținut contradict
- 5. Abulie- lipsa(diminuarea) vointei**
- 6. Atentie diminuata.**

Simptome primordiale în schizofrenie (după Kurt Schneider):

Ecolul gândirii (pacientul percepe ecolul propriilor gânduri)

Insertia gândirii (senzația relatată de pacient că cineva i-ar introduce din exterior gândurile avute)

Penetrarea gândirii (se referă la senzația că propriile gânduri sunt citite de cei din jur)

Furtul gândirii (senzația că propriile gânduri sunt extrase fără voia pacientului din cap)

Simptome de automatism mintal (gândurile, mișcările sau senzațiile pacientului sunt percepute ca dirijate din exterior)

Halucinații auditive („voci”, care se adresează pacientului la persoana a treia, îi comentează sau ordonă acțiunile)

În ceea ce privește simptomele pozitive, halucinațiile și ideile delirante sunt de mai multe tipuri:

Tipuri de halucinații

- auditive
- vizuale
- tactile
- olfactive
- kinestezice

Tipuri de idei delirante

- de persecuție
- de grandoare
- mistice
- de gelozie
- somatice

Simptome accesorii (pozitive și negative), care completează simptomele fundamentale, au un caracter instabil (ideile delirante, simptomele catatonice)

Tulburările de percepție.

La bolnavii cu schizofrenie mai frecvent apar halucinații auditive sub forma de "voci", care se adresează direct bolnavului, conversează cu el (halucinații comentatorii), comentează acțiunile și pot să-i impună careva acțiuni (hal.imperative). Alte halucinații auditive apar sub formă de zgomote, cuvinte, fraze scurte, muzică.\

Pot fi localizate în afară (exterior) – **halucinații propriu zise**, sau în interior – **pseudohalucinații** (auzirea propriilor gânduri sau sonozarea gândirii). Pentru pseudohalucinații sunt tipice și criteriul de exogenitate și impunere a vocilor).

Se deosebesc și halucinații tactile, însoțite mai frecvent de trăiri provocate din exterior cu senzații neplăcute în diferite părți ale corpului. Mai rar se constată halucinațiile olfactive sau gustative. Halucinații vizuale nu sunt specifice pentru schizofrenie, sunt rare și au un aspect de imagini făcute.

Tulburările de gândire și limbaj în schizofrenie.

Aceste dereglări sunt specifice procesului schizofrenic.

Pot fi tulburări de fluiditate a gândirii manifestate prin accelerarea, încetinirea ritmului ideator sau **tulburări de conținut ale gândirii**. Ca exemplu poate fi *discordanța sau tangentialitatea gândirii* – când expresia are o construcție gramaticală corectă, însă propozițiile nu au legătură de sens între ele. *Trecerea nemotivată de la un subiect la altul în timpul discursului se numește deraiere sau pierderea asociațiilor*. *Mentismul* – este o accelerare a procesului asociativ, un aflus de gânduri necontrolabile și haotice cum le percepe pacientul. *Verbigeratia* - se manifestă prin repetarea ritmică, stereotipică și monotonă fără sens a unor părți de propoziție. Exemplu de tulburare de conținut este ideea delirantă care poate avea conținut diferit : de influență, persecuție, relație, otrăvire, gelozie sau hipocondriac.

Limbajul deseori reflectă tulburările de gândire. Vorbirea poate fi puerilă (când adultul vorbește cu voce de copil), cu răspunsuri absurde (”răspunsuri alături” când conținutul răspunsului nu reflectă întrebarea adresată- parler a cote) . Tonalitatea vorbirii poate fi schimbată. Bolnavul poate crea cuvinte noi, înțelese numai de el (neologizme) . O tulburare deosebit de gravă a limbajului este schizofazia – vorbirea este compusă din îmbinări de cuvinte diferite care nu au nici un sens.

Tulburări emoționale.

Sunt cele mai frecvente. Adeseori maladia incepe cu tulburările afective. Se evenditiază răceală afectiva, indiferența față de membrii familiei, poate să apară irascibilitatea nemotivată. Sunt tipice emoțiile paradoxale,când pacientul râde când ar trebui să plângă sau invers, râsul neadecvat. Pot apărea stări de anxietate nemotivată, stări depresive sau maniacale. În cazurile de autism bolnavii pierd interesul pentru mediul ambiant, devin pasivi, necomunicabili.

Odată cu dereglările afective se constată și tulburările de voința sub formă de abulie cu lipsa de inițiativa și activitate

Tulburări psihomotorii.

Se pot manifesta sub forma de – catalepsie (flexibilitate ceroasă) – este o inhibiție motorie care se manifestă prin menținerea îndelungată a unei poziții a corpului chiar dacă ea este incomodă, stereotipi motorii (mișcări repetate), ecopraxie (repetarea mișcărilor celor din jur, a interlocutorului), manierisme, paramimie (mimici inadecvate situației sau fundalului afectiv), mișcări haotice, gesticulații bizare, stupoare (akinezie cu mutism), negativism (rezistența opusă de pacient la tentativele de examinare). Negativismul poate fi pasiv – bolnavul nu face ceea ce se cere de la el, sau activ – când bolnavul face acțiunea contrară la ceea ce i se cere.

Tulburări de atenție.

Mai frecvent au loc în debutul bolii, sunt caracterizate prin diminuarea atenției voluntare și involuntare. Bolnavii acuza dificultati de concentrare sau memorie care este cauzată de deficitul de atenție.

Tulburări de memorie.

Nu sunt specifice pentru schizofrenie.

Tulburări de conștiință.

Nu sunt specifice pentru schizofrenie. În general, simptomatologia în schizofrenie se manifestă pe fundal de conștiință clară. Doar la forma catatonică pot să apară tulburări de conștiință de tip oneiroid cu conținut fantastic.

- **C.2.3.2 Manifestări clinice**
- **Cele mai frecvente simptome manifestate la pacienții cu Schizofrenie [5]:**
- Lipsa discernământului față de boala sa – 97%.
- Halucinațiile auditive – 74%.
- Voci, care se adresează pacientului – 70%.
- Suspiciunea – 66%.
- Diminuarea afectivității – 66%.
- Ideile delirante de persecuție – 62%.
- Ideile delirante de influență – 50%.

•

•

Cele mai frecvente modele de comportament la pacienții cu Schizofrenie

- Izolarea socială – 74%
- Inhibiția psihomotorie – 56%
- Eschivarea de la conversație – 54%
- Scăderea interesului pentru distracții – 50%
- Lentoarea – 48%
- Agitația psihomotorie – 41%
- Neglijența – 30 %
- Mișcările neobișnuite – 25%

•

•

Clasificarea schizofreniei

**După clasificarea internațională ICD-10
deosebim:**

F 20.0 SCh paranoidă

F 20.1 SCh hebefrenă

F 20.2 SCh catatonă

F 20.3 SCh nediferențiată

F 20.6 SCh simplă

F 20.8 alte forme (sch cenestopată, ipocondriacă,
febrilă, reziduală)

F 20.9 SCh nespecificată (propfschizofrenie)

Concluzie: Pentru forma paranoidă sunt caracteristic:

1. Predominanța simptomelor halucinator-delirante
2. Început relativ târziu
3. Simptome deficitare (aplatizare afectivă, autism, detașare socială) mai puține
4. Comportament agresiv, anxietate, tensionare afectivă.

Concluzie: Pentru forma hebefrenă sunt caracteristic:

1. Comportament dezorganizat și deviant
2. Dezinhibiție psihocomportamentală
3. Aspect exterior bizar
4. Dezorganizare ideatorie
5. Debut în copilărie sau adolescență cu aplatizare afectivă, tulburări de comportament, manierisme și comportament pueril în general

Concluzii: pentru forma catatonă sunt tipice :

1. Tulburări motorii dominante
2. Agitația și stupoarea se pot scimba reciproc
3. Pot avea loc tulburări de conștiință (amentive sau oneiroide)

Concluzii pentru forma simplă sunt caracteristic:

1. În debut – astenie cu simptomatologie pseudonevrotică, scăderea potențialului energetic, simptomatologie psihopatiiformă
2. Aceasta forma clinica de schizofrenie nu se distinge printr-un element clinic semnificativ, caracteristic, ci printr-o gama larga de simptome negative:
 - scadere a capacitații voliționale;
 - scadere a capacitații de rezonanța afectiva;
 - scadere pana la anulare a functionalitații profesionale și sociale;
 - anumita detașare; izolare; un comportament autist.
3. Adeseori sindrom de intoxicație metafizică.
4. Simptomatologie apato-abulică , pseudonevrotica sau pseudopsihopatica
5. Tulburări asociative – gândire haotică, mentism, senzația de gol în creier, dereglări de atenție.

Diagnostic diferențial al schizofreniei:

Tulburare somatoformă

Tulburare schizotipală

Tulburare schizoafectivă

Tulburare afectivă

Tulburare delirantă

Tulburare de personalitate

Schizofrenia nediferențiată – are traseuri comune pentru diferite forme de schizofrenie. Schizofrenia nediferențiată desemnează în general o categorie care cuprinde indivizii ce nu pot fi plasați în niciuna din categoriile precedente sau care intrunesc criterii pentru mai mult decât o singură formă clinică.

Schizofrenie reziduală. Aceasta formă presupune că a existat în trecut cel puțin un episod acut de schizofrenie, dar tabloul clinic actual nu prezintă simptome psihotice pozitive notabile. Apare o retragere socială marcată, aplatizarea afectului, abulie. **Sch reziduală – este un stadiu cronic al sch cu simptome negative ireversibile:**

- lentoare psihomotorie
- hipoactivitate

C.2.3.5. Pronosticul

Prognostic favorabil	Prognostic nefavorabil
<ul style="list-style-type: none">• Debut tardiv^{[L][SEP]}• Factori precipitanți evidenți^{[L][SEP]}• Debut acut^{[L][SEP]}• Premorbid social, sexual și ocupațional favorabil• Simptome de tulburare dispozițională (în special tulburări depresive)^{[L][SEP]}• Căsătorit(ă)^{[L][SEP]}• Istoric familial de tulburări afective• Sisteme de suport bune^{[L][SEP]}• Simptome predominant pozitive^{[L][SEP]}• Sexul feminin	<ul style="list-style-type: none">• Debut precoce^{[L][SEP]}• Fără factori precipitanți^{[L][SEP]}• Debut insidios^{[L][SEP]}• Premorbid social, sexual și ocupațional nefavorabil• Comportament retras, autist• Necăsătorit(ă), divorțat(ă) sau văduv(ă)• Istoric familial de schizofrenie^{[L][SEP]}• Sisteme de suport deficitare^{[L][SEP]}• Simptome predominant negative• Semne și simptome neurologice• Istoric de traumatism perinatală^{[L][SEP]}• Fără remisiuni în decurs de trei ani• Multiple recăderi• Istoric de agresivitate

C.2.3.6. Condițiile de tratament

- **Asistența medicală primară**
 - Evaluarea persoanelor cu risc înalt de dezvoltare PEP
 - Suspectarea semnelor prodromale de schizofrenie de către medicul de familie
 - Educația, privind psihoza și schizofrenia
 - Descurajarea consumului de droguri
 - În cazul depistării PEP trimitere la CCSM
 - Prevenirea recidivelor prin monitorizarea sănătății fizice

- **CCSM**

- Dispensarizarea pacienților cu tulburări psihice din regiunea deservită (municipiu, raion)
- Intervenție activă în criză, iar în caz de ineficiență, trimitere la secția psihiatrică din spitalele generale din regiunea deservită
- Inițierea și menținerea tratamentului farmacologic (caseta 13, 14, 15, 16, 19, 20), tratamentului psihologic (caseta 27, 28), terapie cognitiv-comportamentală (caseta 29), terapie ocupațională (caseta 25B, 26), activități de reintegrare în comunitate (caseta 25), recuperare psihosocială (caseta 26), grupurile de suport de la egal-la-egal (caseta 25A)
- În caz de ineficiență sau incapacitate de rezolvare a cazului în secția psihiatrică din spitalul general, se ia decizia, de comun acord cu CCSM, pentru trimiterea pacientului la spitalul de psihiatrie



- **Secțiile psihiatrice în spitalele generale**

- Recepționarea pacienților psihotici de la CCSM
- Recepționarea pacienților psihotici la solicitarea serviciilor de urgență, poliției cu informarea imediată a echipei FACT din CCSM
- Tratament farmacologic în condiții de staționar
- Direcționarea pacientului care este în stare de remisiune spre CCSM
- În caz de ineficiență sau incapacitate de soluționare a cazului, de comun acord cu CCSM se ia decizia pentru trimiterea la spitalul de psihiatrie



- **Spitalul de psihiatrie**

- Recepționarea pacienților psihotici din secțiile psihiatrice ale spitalelor generale, cu solicitarea acordului CCSM după caz
- Tratament farmacologic intensiv, și a alte metode invazive după caz
- Luarea deciziei, privind tratamentul de menținere, de comun acord cu pacientul și CCSM teritorial
- La diminuarea simptomelor psihotice trimiterea la CCSM teritorial



INSTRUMENTE DE EVALUARE A PACIENTULUI SCHIZOFREN

SCALA	SCURTĂ DESCRIERE
PANSS – Scala sindromului pozitiv și negativ în schizofrenie	Evaluează simptomele pozitive și negative în schizofrenie. Se bazează pe: observațiile din timpul interviului, interviu clinic, raportările făcute de membrii familiei și cele ale personalului medical. Cuprinde 7 itemi pt. simptome negative, 7 itemi pt. simptome pozitive și o scală de psihopatologie generală de 16 itemi.
CDSS – Scala de depresie Calgary în schizofrenie	Evaluează simptomele depresiei la pacientul schizofrenic. Măsoară severitatea dispoziției depresive, sentimentelor de vinovăție, lipsă de speranță, insomniei și comportamentului suicidar.
BPRS – Scurtă scală de cotare psihiatrică	Probabil cel mai folosit instrument în psihiatrie. Conține 16 itemi cotați de la 0 la 6 în funcție de severitate și include simptome ca acuze somatice, anxietate, depresie, ostilitate și halucinații. Este o scală cantitativă care cotează tabloul clinic din ultimele 3 zile, fără să fie un instrument diagnostic.

Tratament:

Tratamentul multidimensional reunește mijloacele: medicamentoase, psihoteapeutice socioterapeutice.

Antipsihotice:

- Antipsihoticele produc o blocadă a receptorilor de dopamină post-sinaptici
- Toate antipsihotice, cu excepția haloperidol, blochează atât D1 cât și D2 receptorii post-sinaptici
- Antipsihotice atipice ca de exemplu clozapina, pot bloca preferențial D1 și D2 receptorii post-sinaptici în tegumentul ventral (regiune A-10), evitându-se astfel efecte extrapiramidale (EPS) care sunt prezente la blocarea regiunii

Tratamentul farmacologic presupune:

- 1. Antipsihotice tipice (prima generație)**
- 2. Antipsihotice atipice (generația a doua)**

Antipsihoticele diminueaza simptomele pozitive (partial negative) și previn recaderile

Antipsihotice de prima generatie

Chlorpromazine

Fluphenazine

Haloperidol

Perphenazine

Thiothixene

Trifluoperazine

Antipsihotice de generația a doua

Asenapine

Rsperidone

Ziprasidone

Cariprazine

Brexpiprazole

Aripiprazole

Clozapine

Iloperidone

Lurasidone

Olanzapine

Paliperidone

Quetiapine

Tulburare schizotipală

Difiniția:

Este o tulburare caracterizată printr-un comportament excentric și prin anomalii ale gândirii și afectului, care se aseamănă cu cele din schizofrenie, deși nu apare nici una din anomaliiile certe și caracteristice schizofreniei. Nu există nici o tulburare dominantă sau tipică, dar oricare din următoarele poate fi prezentă:

- (a) Un afect neadecvat și reținut (pacientul apare ca fiind rece și distant);
- (b) Comportament sau apariție bizare, excentrice sau particulare;
- (c) Raportare deficitară la ceilalți și o tendință spre retragere socială;
- (d) Idei sau credințe bizare, sau gândire magică, care influențează comportamentul și sunt neadecvate normelor subculturale;
- (e) Suspiciune sau idei paranoide;
- (f) Ruminații obsesive fără o rezistență interioară, adesea cu conținut dismorfofobic, sexual sau agresiv;
- (g) Experiințe perceptivne neobișnuite, incluzând iluzii somato-senzoriale și corporale de alt tip;
- (h) Gândire și vorbire vagă, circumstanțială, metaforică, hiperelaborată și adesea stereotipă, manifestată prin discurs, sau alte modalități, dar fără o incoerență serioasă;
- (i) Episoade cvasi-psihotice tranzitorii, ocazionale, cu intense iluzii, halucinații auditive sau de altă natură și idei delirante, apărând de obicei fără provocare exterioară.

Îndreptar diagnostic

Acest diagnostic trebuie folosit cu prudență, deoarece nu e clar delimitată nici de schizofrenia simplă, nici de tulburările de personalitate schizoidă sau paranoidă. Dacă termenul e utilizat, trebuie să fie prezente 3 sau de preferință 4 dintre trăsăturile tipice listate mai sus, în mod continuu sau episodic, pentru cel puțin 2 ani. Pacientul nu trebuie să fi întrunit niciodată criteriile pentru schizofrenie. Un istoric de schizofrenie la rudele de gradul I, dă o greutate în plus diagnosticului, dar nu constituie o condiție preliminară.

Paranoia

Difiniție:

Este o tulburare care era descrisa ca o psihoza cronica endogena care constă in evolutia continua a unui sistem delirant durabil și impenetrabil la critica, dezvoltându-se insidios pe fondul conservarii complete a ordinii și claritatii gândirii, vointei și acțiunii.

Difiniție:

Paranoia este o boală cronică, care prezintă o dezvoltare a personalității cu evoluție durabilă, fără dereglări intelectuale.

Elementele definiției sunt realizate de:

- delir cronic bine sistematizat nehalucinator;
- discrepanta între aspirații și posibilități;
- personalitate premorbida specifică (rigida, hipertrofie a eu-lui)
- conservarea ordinii și clarității în gândire

Etiopatogeneza paranoiei depinde de:

- trăsăturile personalității premorbide
- factorii somatogeni
- factorii psihogeni

Formele clinice ale paranoiei sunt :

- Paranoia cu delir sensitiv interpretativ (delir de persecuție)
- Paranoia cu delir de reformă
- Paranoia cu delir cverulent
- Paranoia cu delir de gelozie
- Paranoia cu delir erotoman.

Parafrenia

Difiniția:

Inglobeaza un grup de psihoze endogene cronice caracterizate prin interpretarea fantastica a producției delirante în contrast cu buna adaptare la mediu.

Clinic parafrenia se caracterizează prin prezența unui delir cronic persistent, însoțit de halucinații auditive, mai rar vizuale.

Elementele definiției sunt realizate de:

- Caracterul fantastic al temelor delirante
- Suprapunerea unei lumi fantastice pe lumea realului, le care boinavul continuă să se adapteze bine. Pacientul “traieste” în două lumi: lumea delirantă și lumea reală, fără ca acestea să interfereze semnificativ, fapt care explică menținerea capacității de adaptare cu conservarea în cea mai mare parte a caracterului adecvat al atitudinilor și conduitelor
- Menținerea îndelungată a nucleului personalității:
- Prezența halucinațiilor

MULTUMESC

TULBURARE AFECTIVĂ BIPOLARĂ

Tulburarea depresiva recurenta

Ciclotimia

Distimia

Retardul mental

Tulburari psihice in epilepsie

Conferențiar Universitar, Doctor în Științe Medicale
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală

USMF "Nicolae Testemitanu"

Dr. Valentin Oprea

Definiții

Tulburare afectivă bipolară este o tulburare caracterizată prin episoade repetate (cel puțin 2) în care nivelele de dispoziție și activitate ale subiectului sunt semnificativ perturbate. Această perturbare constă în unele episoade de elevare a dispoziției, energie și activitate crescută (manie sau hipomanie) și în altele de scădere a dispoziției precum și o scădere a energiei și activității (depresie). Recuperarea sindroamelor este de obicei completă între episoade. [CIM – 10]

Depresia implică o serie largă de probleme de sănătate mintală caracterizate prin lipsa unui fondal afectiv pozitiv (pierderea interesului și a plăcerii de la activități și experiențe obișnuite ori anterior plăcute), dispoziție proastă și un spectru de probleme emoționale, cognitive, fizice și comportamentale asociate. Diagnosticul de Depresie majoră se bazează atât pe severitatea, cât și pe persistența simptomelor, precum și pe nivelul deteriorărilor de ordin funcțional și social.

Episod maniaco – stare caracterizată de dispoziție elevată și o creștere a volumului și vitezei activității fizice și mentale. [CIM - 10].

Episodul maniaco – o perioadă bine delimitată, caracterizată prin dispoziție anormal și persistent euforică, expansivă sau iritabilă, precum și prin activitate direcționată către un obiectiv sau energie anormală sau persistent crescută, cu durată de cel puțin 1 (una) săptămână; această stare este prezentă cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic (sau cu orice durată, în caz dacă este necesară spitalizarea). [DSM - 5].

Definiții

- **Tulburarea bipolară tip I** – Pacientul a îndeplinit criteriile pentru un episod maniacal sau mixt complet, de obicei suficient de sever pentru a necesita spitalizarea. Pot să apară și episoade depresive majore sau episoade hipomaniacale.
- **Tulburarea bipolară tip II** - Pacientul a avut cel puțin un episod depresiv major și cel puțin un episod hipomaniacal, dar nici un episod maniacal.
- **Tulburarea bipolară cu ciclare rapidă** – 4 (patru) sau mai multe episoade depresive, maniacale sau mixte în decurs de 12 luni. [Kaplan Sadock].
- **Ciclotimia** – este o instabilitate persistentă a dispoziției, implicând numeroase perioade de depresie și elafie ușoară, nici una dintre ele nefiind suficient de severă sau de prelungită pentru a întruni criteriile pentru tulburarea afectivă bipolară.

Codul bolii (ICD-10)

- **F 30.0 Hipomanie**
- F 30.1 Manie, fără simptome psihotice
- F 30.2 Manie cu simptome psihotice
- F 31 Tulburarea afectivă bipolară
- **F 31.0 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual hipomaniacal**
- F 31.1 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual maniacal fără simptome psihotice F 31.2 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual maniacal cu simptome psihotice
- **F 31.3 Tulburare afectivă bipolară, episod actual depresiv ușor sau moderat.**
- F 31.4 Tulburare afectivă bipolară, episod actual depresiv sever fără simptome psihotice
- F 31.5 Tulburare afectivă bipolară, episod actual depresiv sever cu simptome psihotice
- F 31.6 Tulburare afectivă bipolară, episod actual mixt
- **F 32.0 Episod depresiv ușor**
- **F 32.1 Episod depresiv moderat**
- F 32.2 Episod depresiv sever fără simptome psihotice
- F 32.3 Episod depresiv sever cu simptome psihotice
- F 33 Tulburare depresivă recurentă
- **F 33.0 Tulburare depresivă recurentă, episod actual ușor**
- **F 33.1 Tulburare depresivă recurentă, episod actual moderat**
- F 33.2 Tulburare depresivă recurentă, episod actual sever, fără simptome psihotice F 33.3 Tulburare depresivă recurentă, episod actual sever, cu simptome psihotice
- **F 34.0 Ciclotimia**
- **F 34.1 Distimia**

PROTOCOL CLINIC NAȚIONAL (PCN-292): (Tulburarea afectivă bipolară)

Chisinau 2019, 100 pg.

- ❖ oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie);
- ❖ centrele comunitare de sănătate mintală (psihiatri, psihoterapeuți, psihologi, asistente medicale, asistenți sociali);
- ❖ centrele de sănătate (medici de familie)
- ❖ cabinetele de consultanță psihiatrică în centrele consultative raionale (medici psihiatri);
- ❖ secțiile de psihiatrie în spitalele de profil general (municipale, raionale);
- ❖ spitalele de psihiatrie (medici psihiatri, medici rezidenți);
- ❖ centrele medicinei de urgență (medici ai serviciului urgență);
- ❖ centrele de intervenție în criză (medici psihiatri, psihoterapeuți, toxico-reanimatologi, reanimatologi, psihologi, asistente medicale).

● Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști implicați în acordarea asistenței medicale pacienților cu tulburare afectivă bipolară și alte tulburări de spectru afectiv.

Epidemiologie

- **Prevalența pe parcursul vieții**
- Datele epidemiologice sugerează că prevalența pe parcursul vieții a tulburării bipolare tip I în populațiile occidentale este în jur de 1% (intervalul 0,5-1,6%). Această rată fiind în concordanță cu diferite grupuri etnice și culturale. Epidemiologia tulburării bipolare tip II a fost mai puțin stabilită, dar utilizând definiția conservativă, este considerată ca având o prevalență de 1,5-2,5% pe parcursul vieții. În timp ce tulburarea biolară tip I afectează bărbații și femeile în mod egal, tulburarea bipolară tip II este mai frecventă la femei.

Epidemiologie

- ❖ Distribuția pe sexe identică (poate ceva mai frecventă la femei).
- ❖ Vârsta critică este de 30 ani pentru bărbați și femei.
- ❖ Nu sunt diferențe epidemiologice în funcție de rasă.
- ❖ Risc ceva mai crescut pentru grupurile socio-economice mai ridicate.
- ❖ Risc crescut când sun prezente antecedente familiale de manie/boală bipolară.
- ❖ Risc de 20-25% pentru rudele de gradul I; 50% din bolnavii bipolari au un părinte cu tulburare a dispoziției. Copilul cu un părinte bipolar are un risc de 25% de a face boala. Copilul cu ambii părinți bipolari are un risc de 50-75% de a face boala. Concordanță MZ bipolari=40-70%, Concordanță BZ bipolari=20%. [Kaplan Sadock].

Epidemiologie

- ❖ Vârsta medie la debutul primului episod maniacial, hipomaniacial sau depresiv major este de aproximativ 18 ani pentru tulburarea bipolară tip I. Pentru a pune în evidență acest diagnostic la copii sunt necesare investigații speciale. Întrucât copiii de aceeași vârstă cronologică se pot afla în diferite stadii de dezvoltare, este dificil de definit cu precizie ce este "normal" sau "așteptat" la un anumit moment al evoluției.
- ❖ Debutul poate avea loc oricând pe parcursul vieții, chiar și la vârsta de 60-70 de ani.
- ❖ Peste 90% din indivizii care au prezentat un singur episod maniacial vor prezenta ulterior episoade depresive recurente.

Epidemiologie

- ❖ Aproximativ 60% din episoadele maniacale apar cu puțin timp înaintea unui episod depresiv major.
- ❖ Femeile au o probabilitate mai mare să prezinte ciclicitate rapidă și stări mixte și să aibă un tipar de comorbidități diferit de cel al bărbaților, printre care frecvența mai ridicată a tulburărilor de comportament alimentar, pe tot parcursul vieții.
- ❖ Femeile cu tulburare bipolară tip I sau tip II au o probabilitate mai mare să sufere de simptome depresive, comparativ cu bărbații. Acestea au, de asemenea, un risc mai mare pe tot parcursul vieții pentru tulburări ale consumului de alcool comparativ cu bărbații și o probabilitate mult mai ridicată de a asocia acest tip de tulburări decât femeile din populația generală.

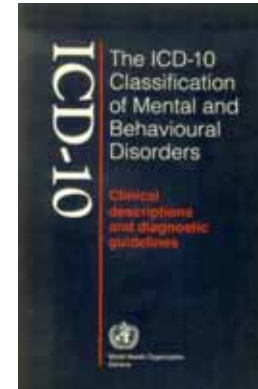
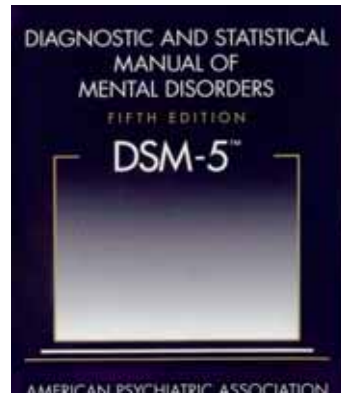
Epidemiologie

- ❖ Riscul de suicid pe tot parcursul vieții, la indivizii cu tulburare bipolară a fost estimat ca fiind de cel puțin 15 ori mai mare decât în populația generală. De fapt, tulburarea bipolară contribuie la un sfert din totalul tentativelor de suicid reușite.
- ❖ Aproximativ 5-15% din indivizii cu tulburare bipolară tip II vor dezvolta în final un episod maniacal care va schimba diagnosticul în tulburare bipolară tip I, indiferent de evoluția ulterioară
- ❖ Prevalența tulburării ciclotimice în serviciile clinice specializate în tulburările afective poate fi cuprinsă între 3% și 5%.
- ❖ Există un risc de 15-50% ca un individ cu tulburare ciclotimică să dezvolte ulterior o tulburare bipolară de tip I sau de tip II.
- ❖ La copiii cu tulburare ciclotimică, vârsta medie de debut a simptomelor este 6,5 ani. [DSM - 5].

Epidemiologie

- Pentru întreg spectrul de tulburări bipolare, inclusiv episoadele maniacale și depresive, prevalența pe parcursul vieții variază de la 4% la 12%. Intervalul mare reflectă diferențele în criteriile diagnostice, precum și lipsa de fiabilitate a diagnosticului inițial.
- Unele grupuri, precum pacienții tineri, cu depresii psihotice, sunt mai frecvent diagnosticați greșit: circa 50% din pacienții spitalizați pentru depresie unipolară sunt diagnosticați eventual cu tulburare bipolară.

DSM-5 versus ICD-10



Tulburare bipolară I (296.4x /5x /6x /7)

Tulburare bipolară II (296.89)

Tulburare bipolară din cauza substanțelor (___.)
Tulburare bipolară din cauza stării medicale (296.83)
Altă tulburare bipolară (296.80 / 296.89)

Tulburare ciclotimică (301.13)

Tulburare bipolară, episod maniacal unic (F30.-)
Tulburare bipolară afectivă (F31.0 – F31.7)

Altă tulburare bipolară afectivă (F31.8)
(include tulburarea bipolară II)


Tulburare bipolară afectivă nespecificată (F31.9)

Ciclotimie (F34.0)

ETIOLOGIA ȘI EVOLUȚIA BOLII

- **Factorii biologici**

- Datele epidemiologice și genetice sugerează că tulburarea bipolară este strâns corelată cu componentul ereditar și prevalența bolii este relativ insensibilă la variațiile personale și adversitatea socială. Rudele de gradul întâi a pacienților bipolari au rate semnificativ mai mari de îmbolnăvire prin tulburări ale dispoziției (inclusiv tulburarea bipolară tip I, tip II și tulburare depresivă majoră) în comparație cu persoanele a căror rude nu suferă de maladii psihiatrice.



Sindromul depresiv reprezintă un set de semne și simptoame care afectează sfera

- ❖ Cognitivă
- ❖ Afectivă
- ❖ Comportamentală



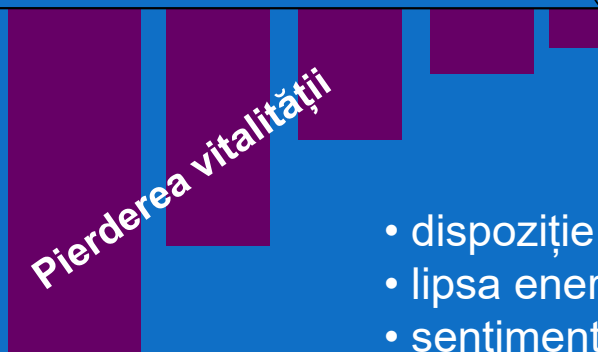
Patologia dispoziției în tulburarea bipolară

- dispoziție euforică/iritabilă
- activitate / energie sporită
- se simte foarte bine
- comportament nechibzuit
- necesitate redusă de somn
- lipsa discernământului

Manie

Hipomanie

Vitalitate copleșitoare



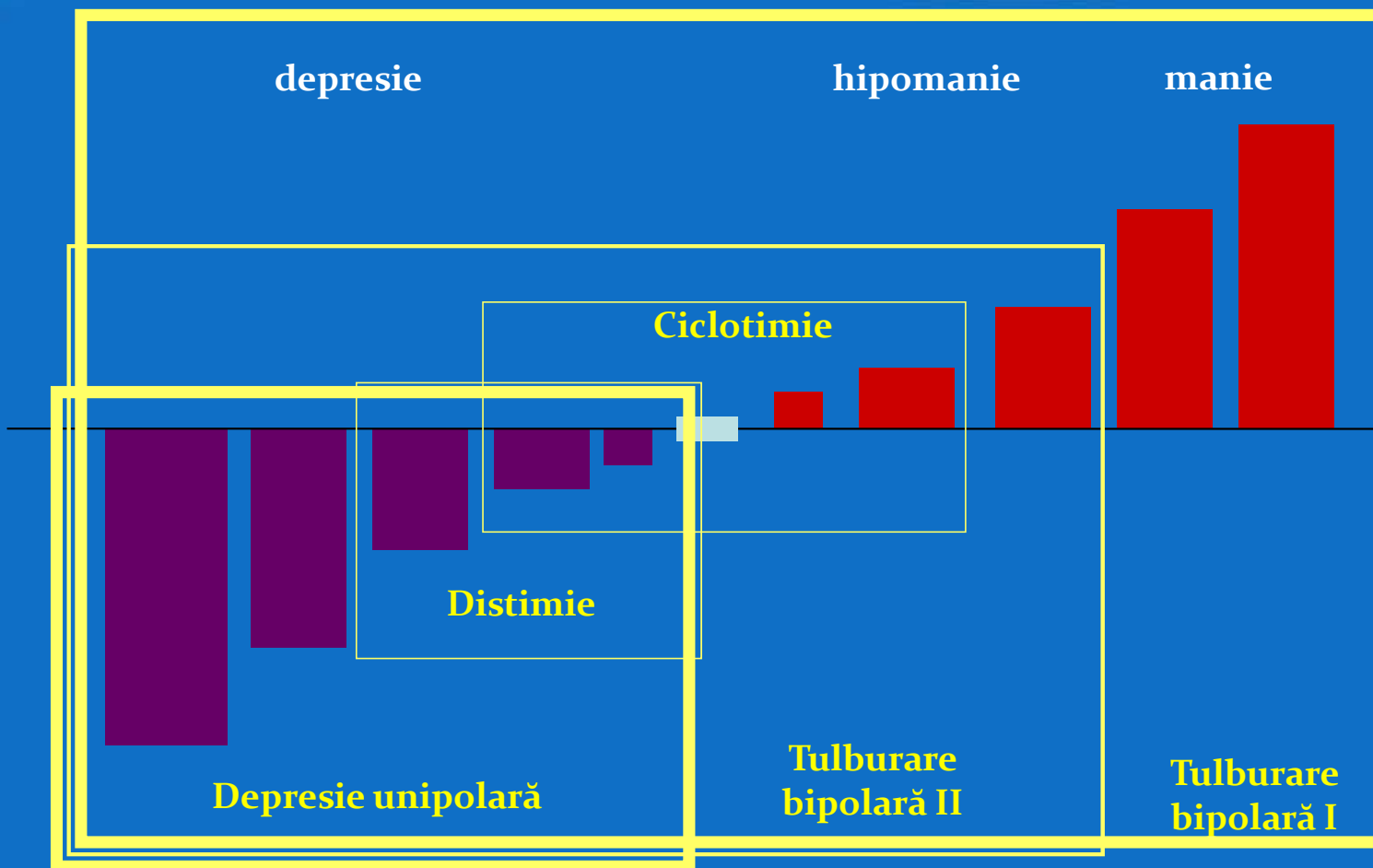
Depresie

- dispoziție deprimată
- lipsa energiei/ activității/ plăcerii
- sentiment de inutilitate și de lipsă de valoare
- lipsa inițiativei
- nu poate dormi
- idei/comportament suicidal

Episod depresiv ușor sau moderat.

- ❖ Dispoziție depresivă
- ❖ Pierderea intereselor/bucuriilor și o reducere a energiei ce duce la o fatigabilitate crescândă și la o activitate diminuată.
- ❖ O oboseală accentuată după un efort mic este obișnuită.
- ❖ Se notează o reducere a capacității de concentrare și a atenției, a stimei și a încrederii în sine,
- ❖ Idei de vinovăție și lipsa de valoare, viziune tristă și pesimistă asupra viitorului, somn perturbat, apetit diminuat.
- ❖ Durata minimă a întregului episod este de aproximativ 2 săptămâni.

Tulburările de dispoziție în DSM-5



Episod depresiv sever fără/cu simptome psihotice

- ❖ Dispoziție depresivă
- ❖ Pierderea intereselor/bucuriilor
- ❖ Reducerea energiei
- ❖ Fatigabilitate crescândă
- ❖ Activitate diminuată,
- ❖ Oboseală accentuată
- ❖ Idei de vinovăție și lipsa de valoare
- ❖ Viziune tristă și pesimistă asupra viitorului
- ❖ Somn perturbat
- ❖ Apetit diminuat

Episod depresiv sever fără/cu simptome psihotice.

- ❖ Idei sau acte de auto-vătămare sau suicid.
- ❖ Delirurile implică de obicei ideea de păcat, sărăcie sau dezastre iminente, a căror responsabilitate poate fi asumată de subiect.
- ❖ Halucinațiile auditive sau olfactive dacă sunt, atunci apar de obicei sub forma unor voci defăimătoare sau acuzatoare sau mirosuri de murdării, putrefacție.
- ❖ O lentoare psihomotorie severă poate progresa spre stupor.



Sindromul maniactal

Reprezintă un set de semne și simptoame

❖ Cognitive

❖ Afective

❖ Comportamentale

- (care au ca simptom principal euforia sau/și iritabilitatea)



Episod maniacal

- ❖ Sociabilitate, comunicativitate verbală excesivă
- ❖ Fuga de idei
- ❖ Energie sexuală crescută
- ❖ Reducerea nevoii de somn
- ❖ Iritabilitate
- ❖ Comportament dezinhibant
- ❖ Afectarea capacității de concentrare

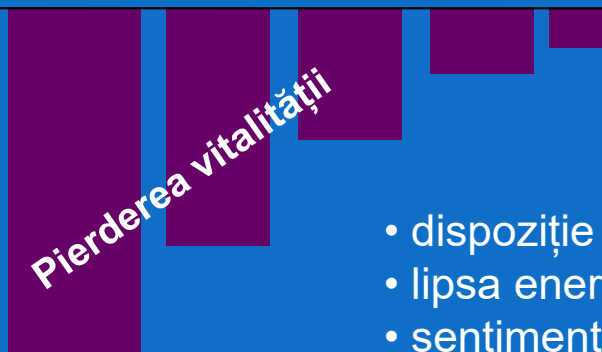
Patologia dispoziției în tulburarea bipolară

- dispoziție euforică/iritabilă
- activitate / energie sporită
- se simte foarte bine
- comportament nechibzuit
- necesitate redusă de somn
- lipsa discernământului

Manie

Hipomanie

Vitalitate copleșitoare



Depresie

- dispoziție deprimată
- lipsa energiei/ activității/ plăcerii
- sentiment de inutilitate și de lipsă de valoare
- lipsa inițiativei
- nu poate dormi
- idei/comportament suicidal

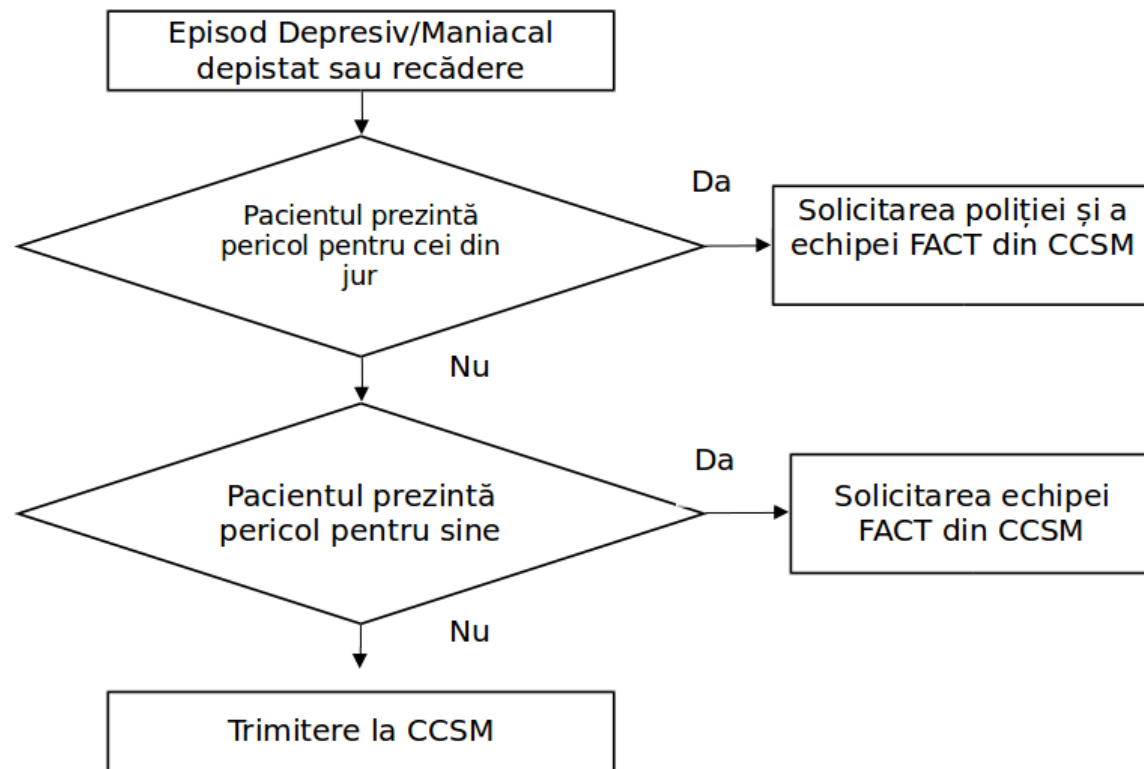
Manie, fără/cu simptome psihotice

- ❖ Ideile de autoapreciere excesive și suspiciozitatea se pot dezvoltă în deliruri, iar iritabilitatea și suspiciozitatea se pot dezvolta în deliruri de persecuție
- ❖ În cazuri severe, delirurile de grandoare sau religioase, de identitate sau de rol, pot fi proeminente, și fuga de idei și presiunea gândirii pot avea ca rezultat incomprehensibilitatea vorbirii
- ❖ Activitatea fizică intensă, excitarea pot avea ca rezultat fie agresiune/violenta sau neglijarea alimentației, băuturii, și a igienei personale, care pot duce la stări periculoase de deshidratare și neglijare de sine

Hipomanie

- ❖ O elevație ușoară a dispoziției, sau o schimbare de dispoziție pentru cel puțin câteva zile
- ❖ Sociabilitate, comunicativitate verbală
- ❖ Energie sexuală crescută
- ❖ Reducerea nevoii de somn
- ❖ Iritabilitate
- ❖ Comportament hiperactiv
- ❖ Afectarea capacității de concentrare.
- ❖ Aceste simptome nu sunt în măsură să interfereze grav cu munca sau să ducă la o rejecție socială.

GESTIONAREA CAZULUI DE TULBURARE AFECTIVA BIPOLARA IN MEDICINA DE FAMILIE



Evoluția bolii

- În prima decadă de ani după stabilirea diagnosticului, pacientul bipolar va trece prin patru episoade afective majore. Opinia tradițională este aceea că durata episoadelor și a intermisiilor devine în mod progresiv mai scurtă, iar după al patrulea, al cincilea episod major, se va stabiliza la circa un episod pe an. Studiile recente însă sugerează că rata recurențelor este constantă, la circa un episod pe an, chiar de la debutul bolii. Doar 10-15% dintre pacienți manifestă ciclitate rapidă a episoadelor, cu patru sau mai multe episoade afective pe an, cu remisii parțiale sau complete între episoade, sau cu switch-ul spre polaritatea opusă (de la maniacal la depresiv, sau vice versa). În caz de lipsă a tratamentului, pacientul bipolar, cel mai probabil, va trece prin mai mult de zece episoade afective pe parcursul vieții.

Evoluția bolii

- Majoritatea persoanelor, pe termen lung, raportează un număr mai mic de episoade maniacale în comparație cu cele depresive. Episoadele maniacale tind să debuteze brusc și să aibă o durată de la 2 săptămâni la 5 luni (durata medie 4 luni). Episoadele depresive tind să aibă o durată mai lungă (medie 6 luni), foarte rar peste 1 an, acestea tind să devină mai frecvente și mai lungi după vârsta medie (după 40 ani). Se estimează că un procentaj mare de pacienți bipolari își petrec cel puțin jumătate din viață cu simptomatologie depresivă.

CONSECINȚELE PSIHOSOCIALE

- Chiar și în cazul tratamentului optimal, persoanele cu tulburare bipolară își petrec aproximativ jumătate de viață cu simptome. Episoadele depresive sunt asociate cu o deteriorare mult mai semnificativă la serviciu, în familie și viața socială în comparație cu episoadele maniacale. În timpul remisiei, după un episod acut suportat, mulți pacienți nu-și recapătă pe deplin abilitățile de funcționare la serviciu și activitățile sociale, și prezența simptomelor subsindromale depresive sunt puternic asociate cu dizabilitate funcțională.

Principiile cheie ale tratamentului

- Pentru că tulburarea bipolară nu este tratabilă, tratamentul poate facilita diminuare morbidității și mortalității asociate.
- Tratamentul inițial al tulburării bipolare presupune evaluarea amănunțită a pacientului, cu atenție sporită asupra securității pacienților și apropiaților săi, precum și asupra bolilor psihiatrice sau medicale comorbide.
- Pe lângă starea actuală de spirit, clinicianul trebuie să ia în considerare istoria bolii pacientului.
- Obiectivul principal al tratamentului este de a evalua siguranța și nivelul de funcționare a pacientului pentru a alege varianta optimă de tratament.
- Obiectivele secundare includ stabilirea și menținerea alianței terapeutice, monitorizarea stării psihiatrice și de reacție la tratament a pacientului, instruirea pacientului și a familie acestuia referitor la tulburarea bipolară, creșterea complianței tratamentului, promovarea unor modele regulate de activitate și somn, anticiparea actorilor de stres, identificarea timpurie a unor episoade noi, minimizarea ineficiențelor funcționale.
- Recomandările de tratament sunt împărțite în următoarele categorii: management psihiatric, tratament acut (episoade maniacale sau mixte, episoade depresive, ciclicitate rapidă a diferitor stări) și tratament de menținere.

Chestionarul Tulburărilor Dispoziției (Mood Disorder Questionnaire)

- Chestionarul Tulburărilor Dispoziției (MDQ) permite depistarea istoricului de simptome maniacale sau hipomaniacale. Nu face divizarea dintre tipurile diferite de tulburare bipolară, dar este probabil cel mai susceptibil la tulburarea bipolară tip I. Este de mare folos în special în cadrul asistenței medicale primare; pacienții depistați pozitiv la MDQ trebuie evaluați clinic minuțios la o tulburare de spectru bipolar. MDQ poate fi completat de către pacient sau de personalul medical în mai puțin de 5 minute.

Scala de Diagnosticare a Spectrului Bipolar (Bipolar Spectrum Diagnostic Scale)

- Scala de Diagnosticare a Spectrului Bipolar (BSDS) este un instrument de depistare a tulburării bipolare și a fost special creat pentru captarea trăsăturilor subtile a tulburării bipolare tip II. Cuprinde o expunere narativă de 19 trăsături ce se pot manifesta la persoanele cu tulburare bipolară. Expunerea este citită de către pacient, acesta notează aplicabilitatea generală a trăsăturilor corespunzătoare propriei situații, iar mai apoi notează fiecare trăsătură în parte. Pacienții ce prezintă probabilitatea de tulburare bipolară, necesită o evaluare diagnostică mai amplă; spre exemplu, cu utilizarea unui sistem diagnostic recunoscut, cum ar fi SCID, și obținerea unui istoric colateral de la un prieten apropiat sau un membru a familiei.

Scala de Evaluare a Depresiei Beck (Beck Depression Inventory)

- Scala de Evaluare a Depresiei Beck (BDI) a fost descrisă în 1961 și a devenit una dintre scalele utilizate pe larg în cadrul depresiei. Este o scală de autoevaluare cu 21 de itemi ce necesită circa 10 minute pentru completare. Aceasta cuprinde o gamă largă de simptome somatice, cognitive, afective și comportamentale asociate cu depresia. Poate fi utilizată ca instrument de diagnostic și permite efectuarea distincției clare dintre o stare depresivă și non-depresivă. Este de mare folos pentru monitorizarea răspunsului la tratament, dar mai puțin efectivă la măsurarea severității episodului depresiv.

Scala de Evaluare a Depresiei Montgomery Asberg (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)

- Scala de Evaluare a Depresiei Montgomery Asberg (MADRS) este un instrument de evaluare a depresiei ce conține 10 itemi. A fost pe larg utilizată în cadrul studiilor clinice de măsurare cantitativă a eficacității tratamentului antidepresiv și aprecierea evoluției simptomelor. Prezintă un neajuns relativ de prezentare a simptomelor somatice în comparație cu alte scale de evaluare a depresiei, dar este foarte folositoare în special la evaluarea depresiei la pacienții cu patologii somatice. Este administrată de către un intervievator calificat, și durează circa 15-20 minute. În legătură cu faptul că prezintă o sensibilitate mai mare în cadrul studiilor clinice, în comparație cu Scala Hamilton, devine din ce în ce mai utilizată în măsurarea simptomelor depresive din cadrul tulburării bipolare.

Scala Hamilton de Evaluare a Depresiei (Hamilton Depression Rating Scale)

- Scala Hamilton de Evaluare a Depresiei (HAM-D sau HDRS) este considerată standardul de aur al scărilor de evaluare a depresiei. Este o scală bine validată, de înaltă precizie, care a fost utilizată pe larg în cercetările științifice, inclusiv în trialurile clinice a medicamentelor antidepressive. Similar scării MADRS, HAM-D este un interviu semi-structurat; cu toate acestea, ultimul oferă o prezentare mai exactă a simptomelor expuse de pacient în comparative cu constatările directe ale intervievatorului. Informații adiționale primite de la personalul medical, membrii familiei sau prieteni deasemenea pot fi luate în considerație. Completarea chestionarului durează cam 30 minute și poate fi utilizat de către un intervievator calificat.

Scala de Evaluare a Maniei Administrată de Clinician (Clinician-Administered Rating Scale for Mania)


- Scala de Evaluare a Maniei Administrată de Clinician (CARS-M) cuprinde 15 itemi care depistează simptomele maniacale din ultimele 7 zile. Este utilizată pentru evaluarea severității episodului maniacal, inclusiv simptomele psihotice; pentru stabilirea diagnosticului prin identificarea prezenței simptomelor maniacale (unii itemi corespund criteriilor diagnostice DSM-5 pentru manie); pentru evaluarea răspunsului la tratamentul antimanic în trialurile clinice.

Scala de Evaluare a Maniei la Tineri (Young Mania Rating Scale)


- Scala de Evaluare a Maniei la Tineri (YMRS) este o scală de înaltă precizie formată din 11 itemi, administrată de către clinician, pentru măsurarea severității maniei în scopuri clinice sau științifice. Scorurile sunt înscrise de către intervievator și sunt bazate pe relațiile subiective ale pacientului, plus observațiile intervievatorului efectuate în timpul convorbirii cu pacientul. Cele mai mare dezavantaje ale scalei sunt acelea că permite doar evaluarea simptomelor maniacale (nu există itemi de evaluare a depresiei); poate fi dificil de aplicat la pacienții cu tulburări de gândire accentuate; și nu este foarte susceptibilă pentru formele ușoare de manie, precum hipomania. Cu toate acestea, a devenit instrumental standard de evaluare a maniei în trialurile clinice.

Decalogul obiectivelor de intervenție în cazul tulburării bipolare

- 1. Asigurarea siguranței pacientului și a altor persoane**
- 2. Tratarea și reducerea severității episoadelor acute a stării de suflet, atunci când ele au loc**
- 3. Tratarea simptomelor psihotice, atunci când ele au loc**
- 4. Evitarea caracterului circular al episoadelor**
- 5. Prevenirea comportamentului suicidal**
- 6. Reducerea frecvenței episoadelor stării de suflet**
- 7. Tratarea simptomelor premergătoare**
- 8. Tratarea co-morbidității și a problemelor cognitive**
- 9. Creșterea nivelului de cunoaștere a tulburării de către pacienți și îngrijitori și creșterea aderenței tratamentului**
- 10. Ajutarea pacientului să funcționeze pe cât posibil de efectiv între episoade**



Fiecare proces individual de tratament acut este dus până la capăt până la unul din aceste puncte finale:

1. Întreruperea din cauza efectelor adverse;
 2. Întreruperea din cauza lipsei rezultatelor/ receptivității;
 3. Întrerupere din cauza soluționării cu succes a episoadelor acute.
- 

Tratamentul farmacologic

- Tratamentul include efectuarea farmacoterapiei și a psihoterapiei și se va efectua în trei etape:
 1. **Tratamentul fazei acute**, cu o durată de 6-12 săptămâni, are ca obiectiv obținerea remisiunii. În această etapă, strategia terapeutică include administrarea de **psihotrope**, de ex., Antidepresive (Imipramină, Amitriptilină, Clomipramină, Venlafaxină, Paroxetină, Fluvoxamină, Fluoxetină), Neuroleptice (Haloperidol, Clorpromazină, Levomepromazină, Clozapin) și **Timostabilizatoare** (Săruri de litiu sau Carbamazepină, Acidul valproic, Lamotrigină, Gabapentină), în asociere cu diferite forme de psihoterapie;
 2. **Etapa de menținere** a tratamentului are o durată de 4-9 luni având rolul de a preveni riscul la recădere și de reapariție a simptomatologiei acute;
 3. **Etapa de întreținere terapeutică** cu durata de aproximativ 1 an sau chiar mai mult pentru a preveni apariția recurenței.



Tratamentul medicamentos

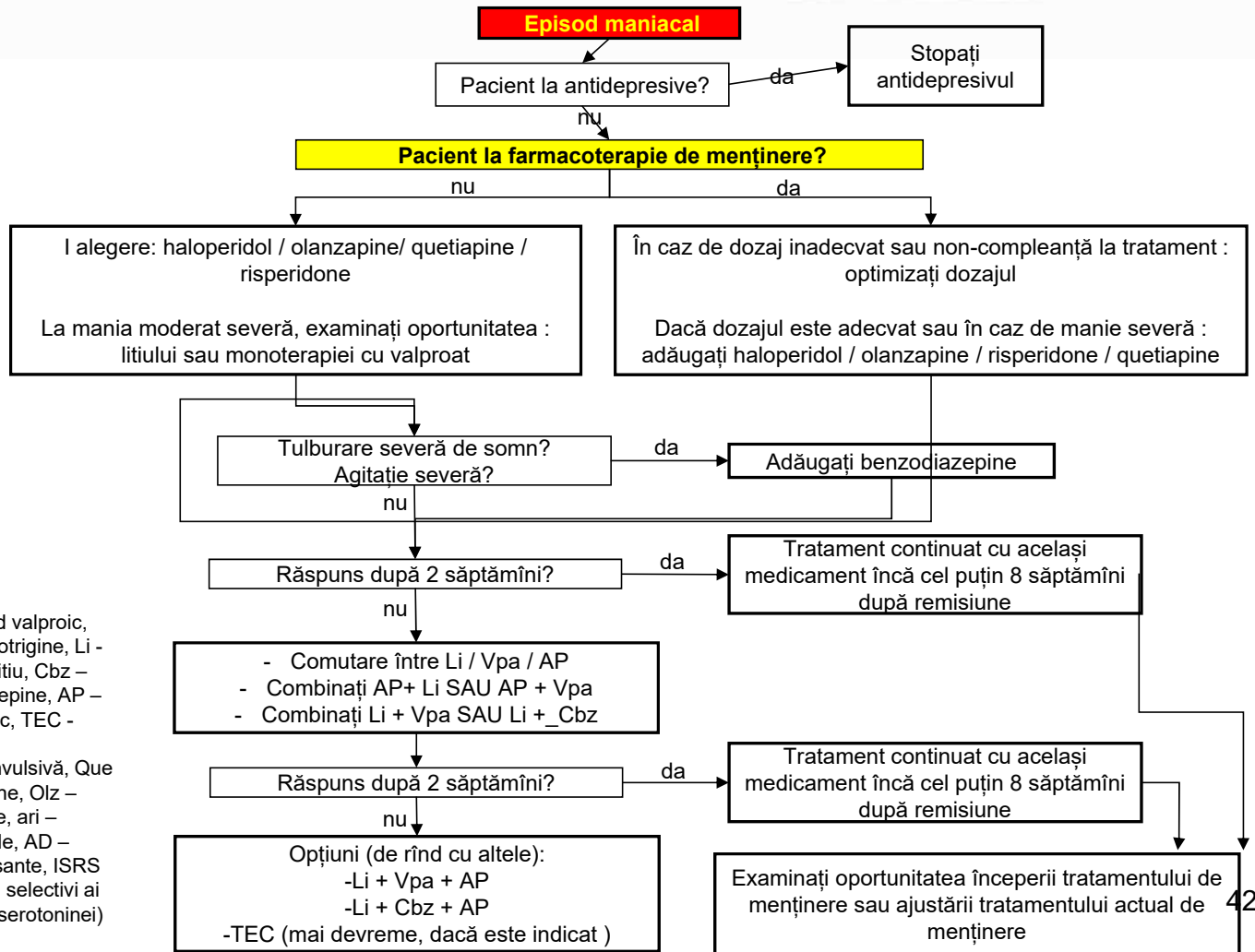
- **Medicul de familie monitorizează starea somatică a pacientului care se află în tratament de susținere, pentru evitarea efectelor adverse ale preparatelor neurotrope.**



Tratamentul medicamentos

- ❖ **La nivelul asistenței medicale primare se efectuează tratamentul medicamentos doar al stărilor depresive ușoare și medii, fără semne psihotice (idei delirante de autoacuzare, vinovăție).**
- ❖ **Durata – până la 6 luni.**
- ❖ **În lipsa răspunsului la tratament în primele 4-6 săptămâni - referirea la psihiatru/centru comunitar de sănătate mentală (după caz).**

Arborele decizional: farmacoterapia pentru manie

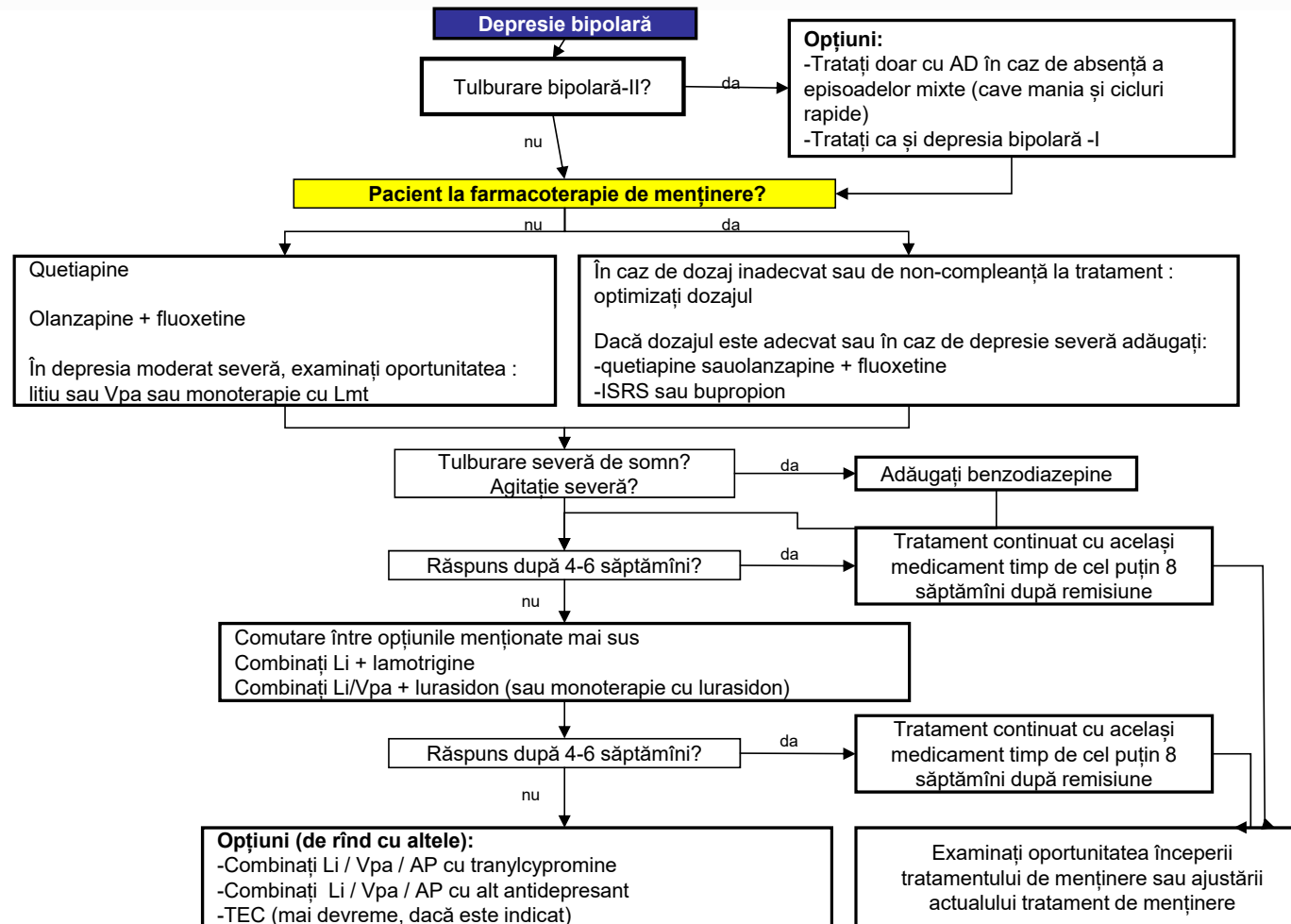


(Vpa - acid valproic, Lmt – lamotrigine, Li - saruri de litiu, Cbz – carbamazepine, AP – antipsihotic, TEC - terapie electroconvulsivă, Que – quetiapine, Olz – olanzapine, ari – aripiprazole, AD – antidepresante, ISRS – inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei)

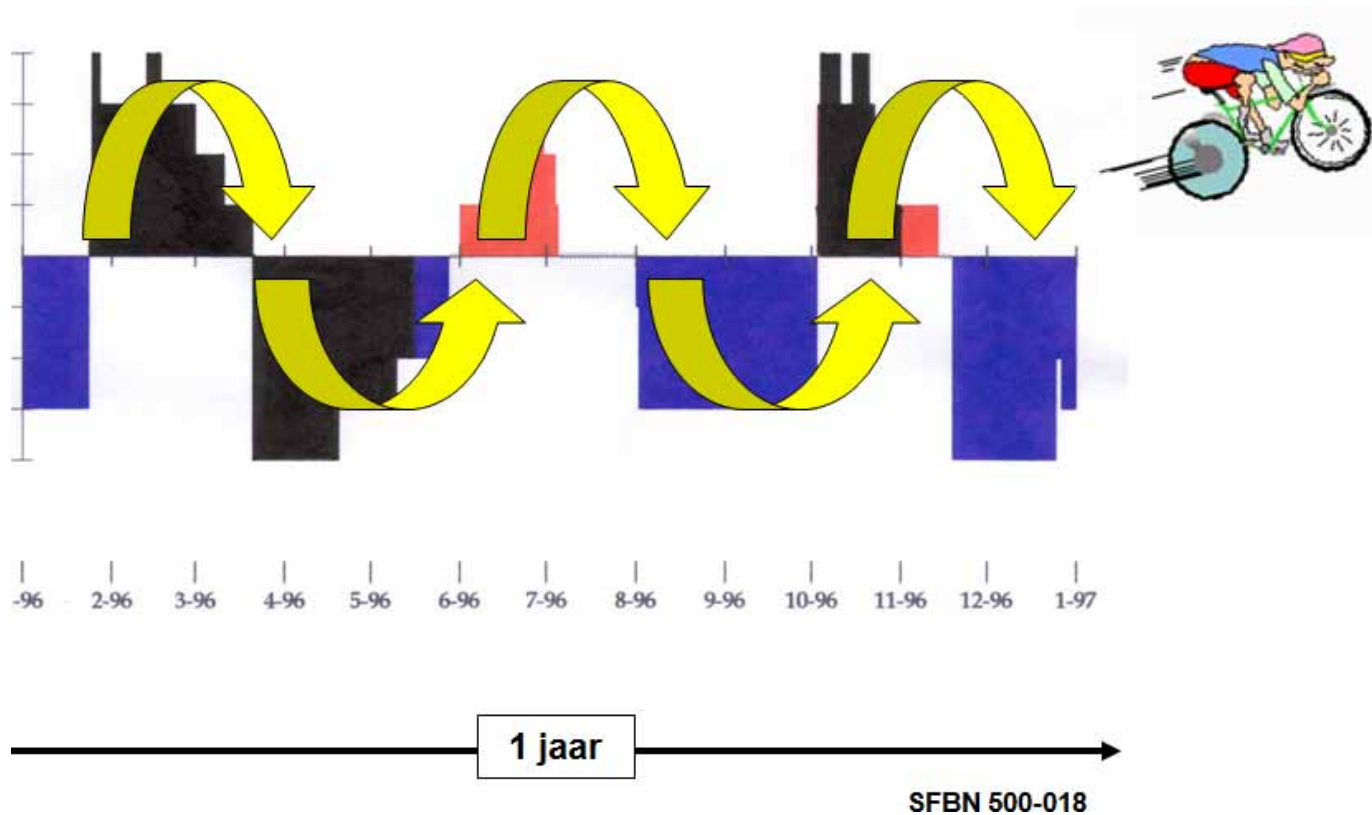
Tratamentul depresiei

Denumire	Doză medie/zi
❖ Escitalopram	10 mg
❖ Fluoxetine	20-40 mg
❖ Fluvoxamine	100 mg
❖ Paroxetine	20-40 mg
❖ Sertraline	100 mg
❖ Venlafaxine	150 mg

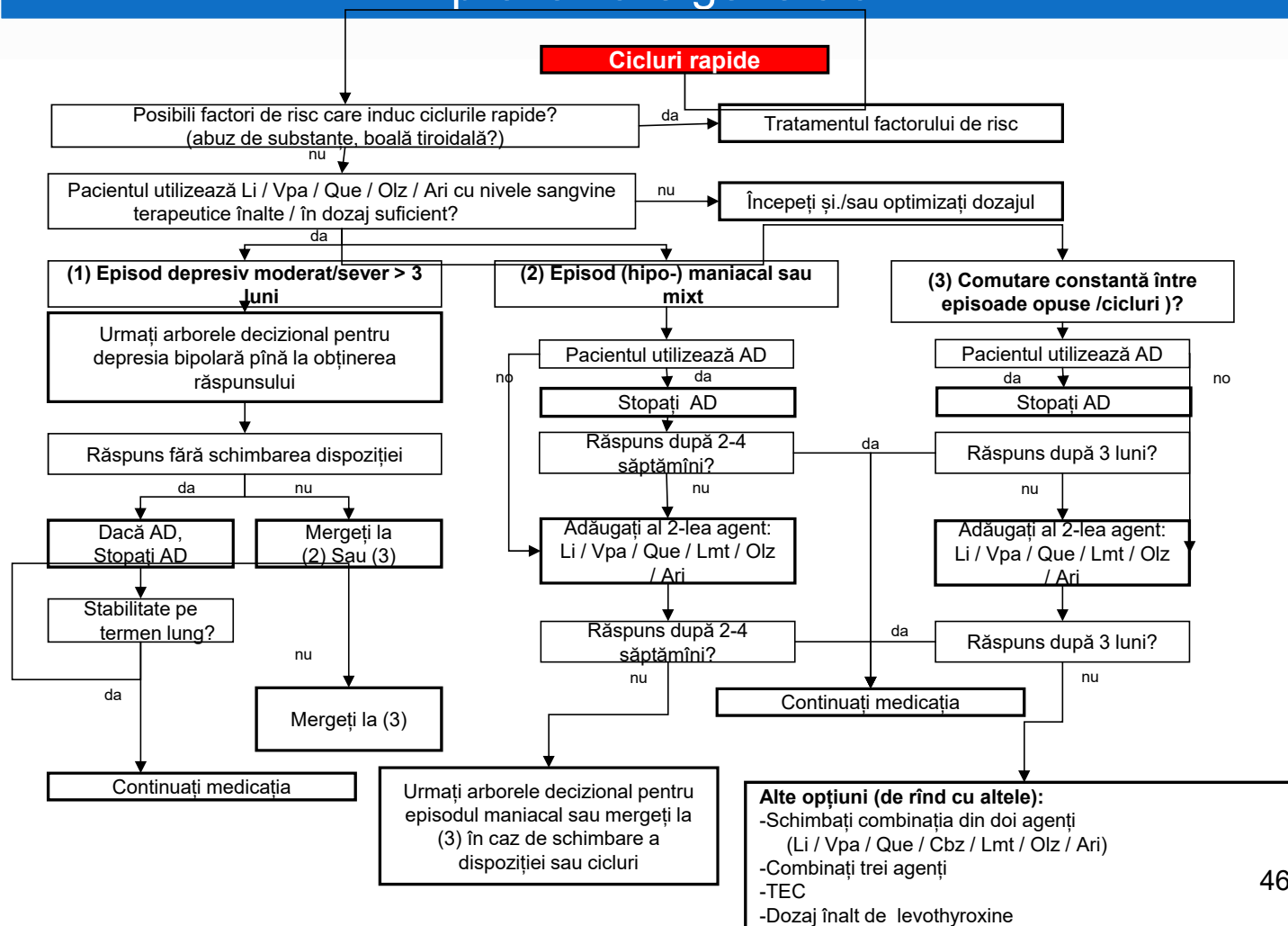
Arborele decizional: farmacoterapia în depresia bipolară – prezentare generală



Farmacoterapia la cicluri rapide



Arborele decizional: farmacoterapia la cicluri rapide – prezentare generală



Farmacoterapie de menținere

Întrebările principale:

Când să prescriem tratament profilactic de menținere pe termen lung?

Care este medicația preferată (sau combinația de medicamente)?

Cât trebuie să dureze tratamentul?

- 2 ani?
- 5 ani?
- Pe toată durata vieții?

Cum să-l menținem pe pacient motivat și conform?

Când și cum să stopăm medicația de menținere?

Aspecte somatice ale Farmacoterapiei

Teste sangvine de rutină la toți pacienții cu tulburare bipolară la începutul farmacoterapiei

Monitorizare specifică:

Litiu	după 1 săptămână, apoi 2 - 4 x pe an
Carbamazepine	după 1, 6, și 12 săptămâni, apoi 1 x pe an
Acid valproic	după 1 și 12 săptămâni, apoi 1 x pe an
Lamotrigine	nivele sangvine la indicație
Antipsihotice	după 6 și 12 săptămâni, apoi 1 x pe an
Antidepresive	nivele sangvine la indicație

Opțiunile farmacologice

- Ultima clasificare, bazată pe propunerile din partea lui Ketter și Calabrese și Colom și Vieta, cu o completare referitoare la al 4-lea subtip pentru pacienții ce abuzează de substanțe. Ghidurile mai recente evidențiază valoarea antipsihoticelor atipice, a litiului, valproatului și a carbamazepinei în cazul tratării maniei; rolul litiului, lamotriginei și olanzapinei ca pe o opțiune în cazul terapiei de menținere; precum și puținătatea opțiunilor pentru tratarea tulburării bipolare.

Tratamentul cu **Litiu** trebuie monitorizat minuțios!

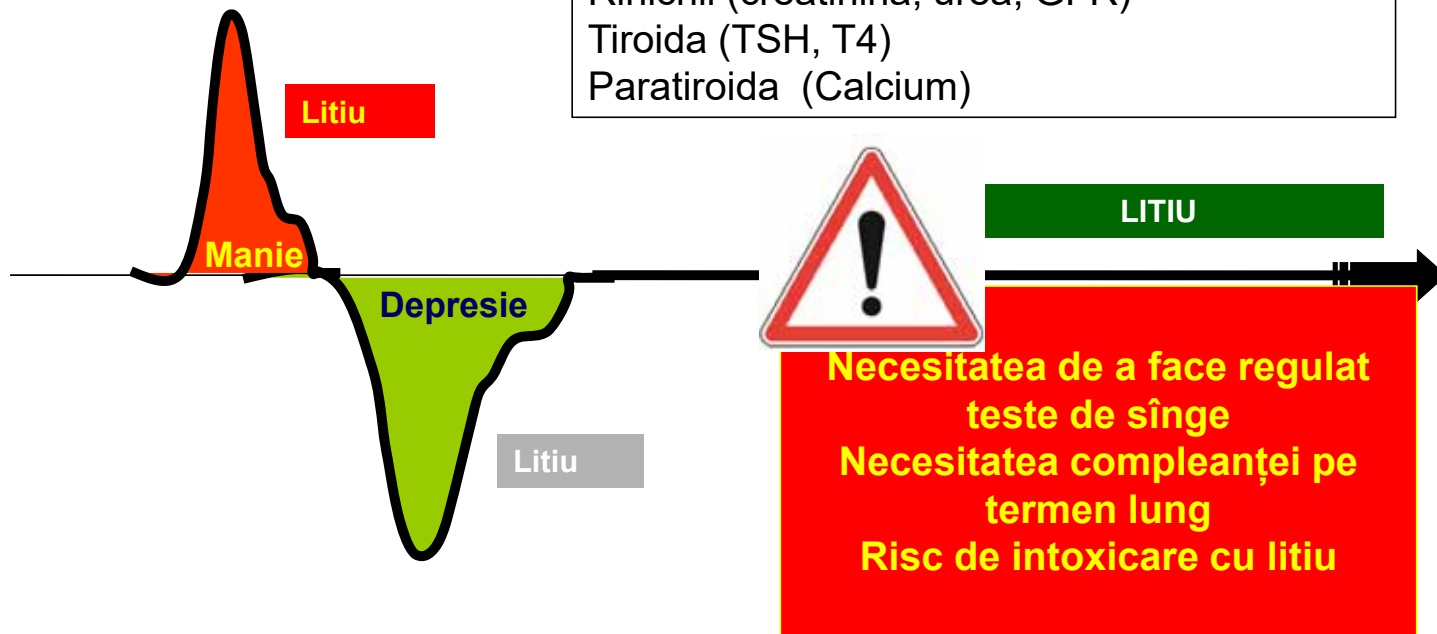
≥ 2 x pe an:

Nivelul de litiu

Rinichii (creatinina, urea, GFR)

Tiroida (TSH, T4)

Paratiroida (Calcium)



Terapia de menținere pe termen lung

- Problemele practice legate de administrarea litiului pe termen lung include dozarea, tolerabilitatea, și întrerupere. Rata recidivării este mai mică în cazul pacienților cu nivelul plasmei menținut la 0,8 – 1.0 mEq/l decât la cei cu 0,4 – 0,6 mEq/l și dozarea zilnică este mai eficientă decât dozarea fiecare următoare zi. Totuși, efectele adverse pot preveni utilizarea pe termen lung a unor doze mari de litiu. Suplimentar, întreruperea bruscă a administrării de litiu poate provoca o remisiune, iar readministrarea lui nu va fi mereu efectivă.

Antipsihoticele atipice

- La moment se acumulează tot mai multe informații în susținerea antipsihoticelor atipice în tratarea depresiei bipolare acute. Un studiu controlat a placebo, pe o perioadă de 8 săptămâni asupra pacienților cu tulburare bipolară I a arătat că olanzapina de sine stătător sau în combinație cu fluoxetina era mult mai eficientă decât placebo și nu a cauzat trecerea la hipomanie sau manie. Reacțiile au fost cele mai mari în cazul unor grupuri cu terapie combinată, cu o rată de remisiune de 48%, iar combinația dintre olanzapină și fluoxetină a fost licențiată în SUA pentru tratarea depresiei bipolare acute. În acest studiu, efectele adverse au inclus somnolența, creșterea în greutate, creșterea poftei de mâncare, senzație de uscat în gură, astenie și diaree.

Antipsihoticele atipice

- Mono-terapia de **quetiapină** de asemenea s-a arătat eficientă în tratarea depresiei bipolare I și II. Într-un studiu extins, aleatoriu, neștire a tratamentului din ambele părți (double-blind), controlat al placebo, quetiapina a îmbunătățit foarte mult nouă din zece trăsături ale depresiei și a arătat eficacitatea antidepresantelor în comparație cu lamotrigina. Îmbunătățirile a fost vizibile într-o săptămână și au fost menținute pe parcursul studiului. Mai mult ca atât, incidența maniei de tratament de urgență nu a crescut versus cu placebo. Efectele adverse erau dependente de dozele administrate și au inclus senzația de uscăciune în gură, sedarea, somnolența, amețeală și constipație. Aceste rezultate pozitive au fost confirmate în probe ulterioare.

MANAGEMENTUL FARMACOLOGIC AL EPISOADELOR MANIACALE

- Eficacitatea quetiapinei în mania acută a fost comparată cu cea a litiului și haloperidolului, în studii diferite randomizate, dublu-orb, care au avut și ramura placebo. Quetiapina a fost superioară placebo în ambele studii, efectele adverse au fost: xerostomie, somnolență, creștere ponderală și amețeli. Quetiapina a fost deasemenea evaluată ca remediu adjuvant la pacienții care continua să fie maniacali după cel puțin 7 zile de tratament cu litiu sau valproat. Terapia adjuvantă cu quetiapină a fost asociată cu un răspuns mult mai înalt și o reducere mai pronunțată a simptomelor maniacale în comparație cu placebo.

MANAGEMENTUL FARMACOLOGIC AL EPISOADELOR MANIACALE

- Diferențierea tulburării bipolare (fie de tip I sau de tip II) necesită a fi diferențiată de Tulburarea Borderline de personalitate. Deoarece prezintă dificultăți pentru orice clinician, luând în considerație că multe dintre criteriile de diagnostic sunt prezente în ambele entități clinice. Diagnosticul diferențial devine și mai problematic dacă ne aflăm în fața unei tulburări bipolare cu cicluri rapide. Prof. Frank (2005) susține că trăsăturile cardinale care deosebesc cele două entități ar fi pentru bipolari – perioadele afective mai lungiacompaniate de modificări vegetative în cazul depresiei sau de tulburări de judecată în manie, iar pentru TBP ar fi mai specifice eforturile disperate de a preveni abandonul și comportamentul parasuicidar. Studiile realizate de Thomson (2005) demonstrează că cele două entități s-ar mai deosebi prin faptul că TBP prezintă impulsivitate, semnificative perioade de depresie și dificultăți majore de controlare a emoțiilor. Acești pacienți mai prezintă frecvent accese de manie și ideație suicidară, sentiment de neîmplinire și instabilitate în formarea de relații interpersonale.

Terapia de susținere antirecidivantă la bolnavii cu TAB se poate aplica prin două metode de bază:

- ❖ **terapia continuă** – bolnavul administrează medicamente continuu (este mai sigură, dar la aplicarea ei, îndeosebi utilizând neuroleptice convenționale, se asociază cu risc crescut de efecte adverse).
- ❖ **terapia periodică** – pacientul administrează periodic remedii antipsihotice (doar atunci, când apar primele simptome de destabilizare a stării psihice – neliniște, activitate motorie neproductivă, comportamente bizare lipsite de sens, indispoziție, dereglarea somnului). Acest gen de terapie nu întotdeauna asigură o profilaxie eficientă a recăderilor și recidivelor.
Decizia vizând metoda optimă de tratament va fi selectată individual pentru fiecare pacient!



MANAGEMENTUL

- În cazul TAB rezistente, este recomandată și Terapia Electro Convulsivantă, ca terapie de menținere pe termen lung. Pe lângă tratamentul farmacologic sunt necesare intervenții psihosociale, terapia cognitiv comportamentală, psihoeducația și terapia focusată pe familie.



Retardul mental



Conform clasificării ICD 10

F70 – Retardare mentală ușoară

F71 - Retardare mentală moderată

F72 - Retardare mentală severă

F73 - Retardare mentală profundă

F78 – Altă retardare mentală

F79 – Retardare mentală nespecificată



Introducere

Retardarea mentală reprezintă oprirea dezvoltării mentale sau o dezvoltare mentală incompletă care se caracterizează în special prin afectarea facultăților care contribuie la nivelul global de inteligență, adică a capacităților cognitive, de vorbire, motorii și sociale. Retardarea poate apărea cu sau fără orice altă tulburare mentală sau somatică. Comportamentul adaptativ este întotdeauna afectat, dar în ambianțe sociale protejate în care suportul este disponibil, această afectare poate să nu fie deloc evidentă la subiecții cu retardare mentală ușoară.



Îndreptar diagnostic

Inteligența nu este o caracteristică unitară, ci este constituită pe baza unui număr mare de facultăți diferite, mai mult sau mai puțin specifice. Deși în general aceste facultăți se dezvoltă la un nivel similar la un individ, pot exista mari discrepanțe, mai ales la persoane cu retard mental. Evaluarea nivelului intelectual trebuie să se bazeze pe toate informațiile disponibile, incluzând rezultatele examinărilor clinice, comportamentul adaptativ (evaluat în contextul substratului cultural al individului) și performanțele la testele psihometrice.



Retardare mentală ușoară

Interval aproximativ de IQ de la 50 până la 69 (la adulți, vârsta mentală de la 9 la sub 12 ani). Probabil rezultă unele dificultăți de învățare la școală. Mulți adulți vor fi în stare să muncească și să mențină relații sociale bune, având contribuții în societate. Principalele dificultăți sunt văzute de obicei în activitățile școlare și mulți au probleme particulare la citit și scris.



Retardare mentală ușoară

În general. Dificultățile comportamentale, emoționale și sociale ale persoanelor ușor retardate mental și nevoile de tratament și suport care apar sunt mai apropiate de cele ale persoanelor cu retardare moderată sau severă. O etiologie organică a fost identificată într-o proporție crescândă la subiecți, deși deocamdată nu la majoritatea lor.

Retardare mentală ușoară. Îndreptar diagnostic

Dacă se folosesc testele IQ standardizate, nivelul cuprins între 50 și 69 este indicativ pentru retardarea ușoară. Înțelegerea și utilizarea limbajului tind să fie întârziate la un grad variat și problemele de comunicare care afectează dezvoltarea independenței pot persista în viața adultă. O etiologie organică este identificabilă numai la o parte mică dintre subiecți. Bolile asociate, cum ar fi autismul, alte tulburări ale dezvoltării, epilepsia, tulburările conduitei sau handicapul fizic, sunt găsite în proporții variate.

Retardare mentală moderată

IQ-ul este de obicei cuprins între 35 și 49. Profiluri discreptante ale capacităților sunt des întâlnite în acest grup, cu unii indivizi care dobândesc niveluri mai înalte în capacitățile vizual-spațiale decât în problemele ce depind de limbaj, în timp ce alții se bucură de interacțiunile sociale și de conversațiile simple. Nivelul dezvoltării limbajului este variabil; unii dintre cei afectați pot lua parte la conversațiile simple, în vreme ce alții au doar limbaj suficient pentru a comunica nevoile obișnuite. Unii nu învață niciodată să utilizeze limbajul, deși pot înțelege instrucțiuni simple și pot învăța să folosească semnalele manuale pentru a compensa într-un anumit grad incapacitățile lor de vorbire.

Retardare mentală moderată

O etiologie organică poate fi identificată la majoritatea persoanelor cu retardare mentală moderată. Autismul în copilărie sau alte tulburări globale de dezvoltare sunt prezente într-o minoritate substanțială și au un efect major asupra tabloului clinic și tipului de asistență necesită. Epilepsia și handicapurile neurologice și somatice sunt de asemenea des întâlnite. Uneori se stabilesc și alte patologii psihiatrice, dar nivelul limitat al limbajului face diagnosticul dificil și dependent de informațiile obținute de la persoanele ce cunosc pacientul.

Retardare mentală severă

Această categorie este în linii mari similară cu aceea a retardării mentale moderate, în termenii tabloului clinic, a prezenței etiologiei organice și a stărilor asociate; nivelul cel mai scăzut de achiziții menționat la F71 fiind de asemenea cel mai comun în acest grup. Majoritatea persoanelor din această categorie suferă de un grad marcat de afectare motorie sau alte deficite asociate, indicând prezența lezării sau nedevelopării sistemului nervos central într-un grad clinic semnificativ.

Retardare mentală profundă

IQ-ul sub 20. Înțelegerea și utilizarea limbajului sunt limitate la, în cel mai bun caz, înțelegerea ordinilor bazale și efectuarea solicitărilor simple. Cea mai bazală și simplă capacitate vizual-spațială, de a sorta și de a potrivi, poate fi dobândită și persoanele afectate pot fi capabile, cu o supraveghere și îndrumare adecvate, să participe în mică măsură în activitățile domestice și practice. O etiologie organică poate fi identificată în majoritatea cazurilor. Tulburările de dezvoltare globale, în cea mai severă formă a lor, în special autismul atipic, sunt în mod special prezente, mai ales la cei care sunt mobili.

Tratament

- In retardarea mentala necomplicata se urmareste:
 - Corectarea reactiilor emotionale exagerate si a instabilitatii psihomotorii cu: benzodiazepine (diazepam) sau neuroleptice sedative (levomepromazin, neuleptil);
 - Cresterea randamentului intelectual printr-o medicatie neurotrofica: piracetam, nootropil, piritinol, encefabol, cerebrolizina.

F02.8 Dementia în alte boli specificate, clasificate în altă parte

Demența poate apărea ca o manifestare sau ca o consecință a unei varietăți de stări cerebrale și somatice. Pentru a specifica etiologia este necesar de efectuat un diagnostic diferențial a bolilor ce ar contribui la această demență. Demență din:

- Intoxicația cu monoxid de carbon
- Epilepsia (G40)**
- Paralizia generală progresivă
- Hipercalcemia
- Hipotiroidismul dobândit
- Intoxicații
- Scleroza multiplă
- Neurosifilis
- Pelagra
- Lupus eritematos sistemic
- Deficiența de Vit B12

F06.8 Alte tulburări mentale cauzate de leziuni, disfuncții cerebrale și boli somatice (specificate)

Această categorie include diverse stări legate cauzal de o disfuncție cerebrală datorată unei boli cerebrale primare, unei boli ce afectează secundar creierul, unei tulburări endocrine (Sindromul Cushing), sau altor afecțiuni somatice sau unor substanțe toxice exogene, sau unui tratament hormonal. Aici pot fi incluse stări anormale ale dispoziției în timpul terapiei cu steroizi sau antidepresive.

Include:

-Psihoza epileptică nespecificată

F07.0 Tulburare de personalitate organică

Se caracterizează printr-o alterare semnificativă a modelelor obișnuite ale comportamentului premorbid. În mod special sunt afectate expresia emoțională, necesitățile și impulsurile. Funcțiile cognitive sunt defectuoase numai în sfera planificării propriilor acțiuni și a anticipării consecințelor personale și sociale probabile. Asemănător cu ceea ce se întâmplă în așa-numitul sindrom de lob frontal.

Include:

- **Sindromul personalității din epilepsia limbică**
- Personalitatea organică pseudopsihopatică
- Personalitatea organică pseudoretardată



MULȚUMESC PENTRU
ATENȚIE

**TULBURĂRI DE ANXIETATE.
DEREGLĂRI SOMATOFORME.
TULBURĂRI DISOCIATIVE.**

**Tulburări nevrotice corelate cu stressul și
tulburări somatoforme (F40-F48)**

**Inga DELIV - Doctor în medicină, conferențiar universitar,
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală**

ANXIETATEA



- Este o emoție **fundamentală** (mânia, bucuria, uimirea, dezgustul, disprețul și tristețea), pe care o întâlnim la oamenii din toate culturile;
- A fost definită de Janet ca fiind o „teamă fără obiect”;
- Apoi de Delay ca o „trăire penibilă a unui pericol iminent și nedefinit, ca o stare de așteptare încordată“.

ANXIETATEA

- Ne este cunoscută tuturor – am trăit-o în numeroase situații de viață, încă de la vârste fragede.
- Înțelegem prin anxietate **o stare accentuată de neliniște**, în care așteptăm să se întâmple ceva rău sau simțim că nu ne mai aflăm în siguranță.

Anxietatea

Poate fi benefică (pregătește organismul pentru acțiune, având un rol de protecție față de un pericol iminent și rol adaptativ);

Poate fi anormală (acaparează și perturbă viața de zi cu zi a individului, starea soldându-se cu conduite de evitare și strategii de compensare).

Anxietatea

Nu este doar o stare mentală, ci **o trăim în întreg corpul nostru**, implicând:

Sentimente subiective (îngrijorare, amintiri, îndoieli);

Răspunsuri fiziologice (inima ne bate mai puternic, respirația ne este îngreunată sau foarte accelerată, ne simțim mușchii încordați, transpirăm, ne strânge stomacul);

Răspunsuri comportamentale (evitare, **ne este greu să stăm într-un loc**, ne vine să facem ceva, să vorbim cu cineva, să plecăm undeva, să ne mișcăm dintr-un colț în altul al camerei)

Anxietatea vs Frică

- Anxietatea – simțământ de „teamă fără obiect”, însoțit de semne somatice, care indică hiperactivitatea sistemului nervos autonom;
- Frica – simțământ de „teamă cu obiect”, răspuns la cauză cunoscută.

Tulburările de anxietate - Sunt **problemele de sănătate mentală cel mai frecvent întâlnite la nivel global.**

- Studiile realizate atât pe **adolescenți** (Kathleen Merikangas 2010), cât pe **adulți** (Ronald Kessler 2005) arată că prevalența tulburărilor de anxietate de-a lungul vieții este de **aprox. 30%**.
- Femeile au rate de prevalență mai mari comparativ cu bărbații;
- Tinerii au rate de prevalență mai mari comparativ cu vârsnicii;
- Este cea mai frecventă stare de sănătate mintală în Asistența Primară ($\approx 20\%$).

Tulburările de anxietate - etiologie

- Cauza exactă a tulburărilor de anxietate nu este cunoscută, dar, ca și în cazul altor tipuri de tulburări, este acceptat modelul vulnerabilitate - stres.
- Tulburările de anxietate sunt rezultatul complex al unei combinații de factori de mediu, personali, interpersonal și neurobiologici.

Tulburările de anxietate

pot fi cauzate de:

- **factorul ereditar** – istoricul familie tale te poate face mai predispus la tulburări de anxietate decât alte persoane
- **chimia creierului** – în cazul în care neurotransmițătorii (mesagerii chimici) nu sunt în echilibru, mesajele nu pot fi transmise la creier în mod corespunzător și astfel se modifică modul în care creierul reacționează în anumite situații
- **factorii de mediu** – evenimente stresante, trauma sau folosirea unor substanțe ce produc dependență (alcool, cafeină, nicotină)

Anxietatea poate fi agravată și de afecțiuni sau condiții precum:

- astmă, - unele medicamente, - depresia, ș.a.

Tulburările de anxietate

- Evoluția tulburărilor de anxietate este cronică, iar în lipsa unui tratament corespunzător persoanele suferă costuri majore pe termen lung, precum: risc crescut pentru boli somatice și comorbiditate ridicată cu alte probleme de sănătate mentală (ex. depresie, abuz de alcool sau alte substanțe), rată crescută de dizabilitate, eșec academic, șomaj sau performanță scăzută la locul de muncă.
- Deseori persoanele nu prezintă anxietatea drept problema lor primară, însă prezintă simptome somatice aferente;

Anxietatea (semne somatice)

1. Tremor, tresăriri musculare;
2. Dureri lombare, cefalee;
3. Tensiune musculară;
4. Dispnee, hiperventilație;
5. Fatigabilitate;
6. Hiperactivitate autonomă (hiperemie sau paloare, tahicardie și palpitații, transpirații, mâini reci, uscăciunea gurii (xerostomie), micțiuni frecvente, diaree);
7. Parestezii;
8. Dificultăți de deglutiție.

Anxietatea (semne psihologice)

1. Dificultăți de concentrare;
2. Hipervigilență;
3. Senzații de frică;
4. Tulburări hipnice;
5. Senzație de „nod în gât” (globus);

Semnale ale unei posibile anxietăți

- Solicitare de tranchilizante și somnifere;
- Abuz de alcool și droguri;
- Simptome depresive;
- Eveniment traumatizant din viață;
- Comportament de evitare;
- Membri de familie, care suferă de o tulburare de anxietate (ereditate agravată).

ÎNTREBĂRI CHEIE

În ultimele două săptămâni v-ați

- *Simțit nervos, anxios, sau la limită?*
- *Ați fost incapabil de a înceta sau de a vă controla îngrijorările?*

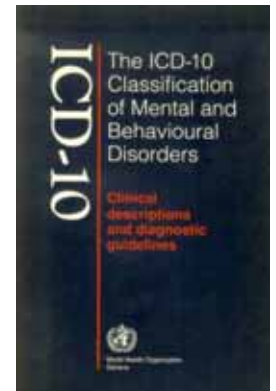
*Dacă răspunsul este **DA** la una din întrebările de mai sus – se va evalua întregul spectru de simptome ale anxietății*

Anxietatea clinică poate lua multe forme, existând o mare varietate a simptomelor între oameni, între culturi, între sexe, între vârste.

Cele mai frecvent întâlnite categorii de tulburări de anxietate sunt descrise în ICD-10.

Clasificarea Anxietății ICD-10

- F40.1: Fobie socială;
- F40.2: Fobie specifică;
- F41.0: Tulburare de panică (TP) cu sau fără agorafobie;
- F41.1: Tulburare de anxietate generalizată (TAG);
- F42: Tulburare obsesiv-compulsivă (TOC);
- F43.1: Tulburare de stres post-traumatic (PSPT).



Fobie socială

- Frică irațională de situații publice;
- Prevalența pe parcursul vieții 8-12%;
- Anxietate persistentă (peste măsură) referitor la situațiile sociale sau cele legate de performanțe, care sunt de regulă evitate (frica de a vorbi în public, de a mânca în public, etc.);
- Teama de a fi umilit , de a se face de râs în fața publicului;
- Sentiment de inferioritate, respect de sine scăzut.



Fobie specifică

- Teama intensă de un obiect al fobiei (zbor cu avionul, frica de animale, înălțime, injecții, etc.);
- Sunt conștienți că teama lor este irațională;
- Apar de obicei în adolescență sau la vârsta adultă;
- Situațiile fobice sunt de obicei evitate sau dacă nu sunt suportate cu anxietate sau suferință intensă;
- Sunt mai des întâlnite la femei.

Tulburare de panică (TP) cu sau fără agorafobie

- **Atac de panică** - perioadă distinctă de frică sau discomfort intens, în care cel puțin 4 din simptomele următoare apar brusc și ating intensitatea maximă în decurs de până la 10 minute.

SIMPTOME CARACTERISTICE ATACULUI DE PANICĂ

1. Palpitații;
2. Transpirații;
3. Tremor al întregului corp;
4. Senzație de lipsă de aer sau sufocare;
5. Durere sau disconfort toracic;
6. Greață sau disconfort abdominal;
7. Senzație de amețală, de instabilitate;
8. Senzație de irealitate sau de detașare de propriul „eu”;
9. Frică de moarte;
10. Parestezii și bufee de frig sau căldură.

Tulburare de anxietate generalizată (TAG)

- Stare de anxietate generalizată, persistentă, fără o cauză anume;
- Îngrijorare excesivă referitor la multiple situații;
- Tensionat și anxios majoritatea timpului - pe parcursul a 6 luni;
- Agitat;
- Obosește repede;
- Concentrare redusă;
- Iritabilitate;
- Tensiune musculară;
- Insomnie.

Tulburare obsesiv- compulsivă (TOC)



- Apar gânduri, idei, acte, imagini, îndoieli obsesive;
- Ele domină conștiința subiectului;
- Afectează extrem de neplăcut viața de zi cu zi;
- Recunosc că sunt inutile, dar nu sunt capabili să le controleze;
- Exemple: ritualuri sau compulsii (acte repetitive care odată efectuate scad anxietate în legătură cu o obsesie): atingerea anumitor obiecte, verificatul ușii, aragazului, etc.;
- Apar la femei și bărbați;
- Debutul în copilărie, adolescență, sau la începutul perioadei adulte, dar cel mai des în adolescență;
- Prezintă și simptome depresive sau de anxietate;
- Prevalența e rară-1-2%.

Tulburare de stres post-traumatic (PSPT)

- Apare în urma evenimentelor tragice;
- Retrăirea repetată a traumei sub formă de amintiri din timpul zilei sau coșmaruri din timpul nopții;
- Sentimente de teamă și evitare a situațiilor care amintesc evenimentul;
- Deseori se asociază cu depresia și pot apărea idei suicidare;
- Apar după câteva săptămâni sau luni de la eveniment și sunt variabile;
- Debut între 25-30 ani;
- Prevalența pe parcursul vieții este de 6-9%.

Scala pentru Tulburare de anxietate generalizată (TAG 7)

Pe parcursul <u>ultimelor 2 săptămîni</u> , cît de des v-ați simțit deranjat/ă de următoarele probleme?	Defel	Cîteva zile	Mai mult de jumătate din zile	Aproape în fiecare zi
1. Vă simțeați nervos, anxios sau la limită	0	1	2	3
2. Nu puteați înceta sau controla îngrijorarea	0	1	2	3
3. Îngrijorare prea mare în privința diferitor lucruri	0	1	2	3
4. Dificultate de a vă relaxa	0	1	2	3
5. Erați atît de agitat, că cu greu puteați sta pe loc	0	1	2	3
6. Vă enervați și vă iritați ușor	0	1	2	3
7. Simțeați frica că vi s-ar putea întîmpla ceva strașnic	0	1	2	3

INTERPRETAREA SCORULUI

Scor total	Interpretare
≥ 10	Posibilă diagnoză de tulburare generalizată de anxietate; de confirmat printr-o evaluare ulterioară
5	Anxietate ușoară
10	Anxietate moderată
15	Anxietate severă

Asistența tulburărilor anxioase

- **Asistența medicală primară**
 - Evaluarea persoanelor ce prezintă *factori de risc pentru a declanșa o tulburare de anxietate* (*factori ce țin de mediu, personalitate, etc.*);
 - Screening-ul persoanelor ce acuză simptome de anxietate cu / fără patologie somatică cronică prin TAG-7;
 - Educația privind anxietatea;
 - În caz de detectare a anxietății ușoare sau moderate intervenție psihoterapeutică, în caz de ineficiență- intervenție psihofarmacologică;
 - În caz de detectare a anxietății moderate administrarea tratamentului psihofarmacologic și psihoterapeutic, iar în caz de anxietate severă - trimitere la CCSM;
 - Prevenirea recidivelor prin monitorizarea sănătății fizice cazurilor tratate, inclusiv la cele din CCSM.

Îngrijirile pe trepte în anxietate

- **Treapta 1:** Toate manifestările cunoscute și suspectate ale anxietății
- Orientare: Evaluare, suport, psihoeducație, monitorizare activă și referire pentru evaluare și intervenții ulterioare
- **Treapta 2:** Simptome de anxietate persistente; anxietate de la ușoară la moderată
- Orientare: Intervenții psihologice și psihosociale de intensitate redusă, medicamente și referire pentru evaluare și intervenții ulterioare

Îngrijirile pe trepte în anxietate

- **Treapta 3:** Simptome anxioase persistente sau anxietate de la ușoară la moderată cu reacție inadecvată la intervențiile inițiale; anxietate moderată și severă;
- Orientare: Medicamente, intervenții psihologice de înaltă intensitate, tratament combinat, îngrijiri colaborative și referire pentru evaluare și intervenții ulterioare.

Îngrijirile pe trepte în anxietate

- **Treapta 4:** Anxietate severă și complexă; risc pentru viață; auto-agresiune severă;
- **Orientare:** Medicamente, intervenții psihologice de înaltă intensitate, servicii de criză, tratamente combinate, îngrijiri multiprofesionale și spitalicești.

EDUCAREA PACIENTULUI

MF explică și informează despre simptome și pronosticul anxietății:

- Pacientul trebuie încurajat să reducă comportamentele de evitare;
- MF poate utiliza pliante pentru pacienți, linkuri spre portaluri relevante sau grupuri ale pacienților;

Se realizează de către MF, nursing, psiholog, psihiatru.

INTERVENȚII PSIHOLOGICE PE TERMEN SCURT

- Până la 4 săptămâni;
- *Auto-ajutorare ghidată (combinată cu aplicații Internet);*
- *Tratament de rezolvare a problemelor;*
- *Terapie cognitiv comportamentală (TCC), bazată pe expunere;*

Asemenea intervenții pot fi prestate de MF, nursele de sănătate mintală sau lucrătorii sociali, deasemenea de către psiholog

ASISTENȚA NON-FARMACOLOGICĂ

- Terapia cognitiv- comportamentală (TCC);
- Desensibilizare și reprocesare prin mișcarea ochilor (EMDR);
- Managementul stresului;
- Relaxare aplicată;
- Formarea abilităților sociale.

Prestată de către psiholog, sau utilizarea diferitor aplicații
(paxonline.ro)

Tratament medicamentos al tulburărilor anxioase

- Simptomele anxietății - de obicei, nu sunt necesare medicamente; sunt preferabile alte intervenții (de primă etapă);
- Numai în cazul, în care nu se îmbunătățește starea din intervențiile (psihologice) anterioare sau în cazul în care suferința sau deficiența în funcționarea cotidiană este (foarte) gravă.

Recomandări pentru tratamentul medicamentos al anxietății

- Se va evita utilizarea habituală și pe termen lung a tratamentelor cu benzodiazepine;
- Se recomandă utilizarea de preferință a substanțelor antidepressive noi;
- Medicația utilizată în tratamentul tulburărilor anxioase nu trebuie să influențeze semnificativ cogniția (benzodiazepinele – efect discognitiv, antidepressivele triciclice – efect anticolinergic)<
- Deciziile referitor la medicație se discută întotdeauna cu pacientul;
- Se vor lua în considerație: efectele secundare, costurile, prevenirea recidivei, comorbiditatea;

MEDICAȚIA

Scopul tratamentului în faza acută a anxietății este de a:

- a. Obține remiterea simptomelor.
- b. Reducerea recidivelor, recăderilor și recurențelor anxietății;
- c. Reîntoarcerea la nivelul precedent al funcțiilor ocupaționale și psihosociale

MEDICAȚIA

Medicația	Doza inițială pentru 2 săptămâni (mg/zi)	Mărire graduală până la doza dorită (mg/zi)	Doza maximală (mg/zi)	Observații privind sfera de indicații
ISRS				
Sertraline	50 / persoane în vârstă 25	150 / persoane în vârstă 100	200 / persoane în vârstă 150	
Paroxetine	10-20 dimineața	20-40 dimineața	50-60 dimineața	
Citalopram*	10	20-30 / persoane în vârstă 20	40 / persoane în vârstă 20	
TCA	Nu și în tulburarea de anxietate socială			
Clomipramine	25 seara persoane în vârstă 10	100-150, (divizate în 2-3 prize)	250 / persoane în vârstă 30-50 (2-3 prize)	
Imipramine	25 seara persoane în vârstă 10	100-150, persoane în vârstă 30-50 (divizate în 2-3 prize)	300 / persoane în vârstă 30-50 (divizat în 2-3 prize)	

MEDICAȚIA

Medicația	Doza inițială pentru 2 săptămâni (mg/zi)	Mărire graduală până la doza dorită (mg/zi)	Doza maximală (mg/zi)	Observații privind sfera de indicații
<i>Beta blocați</i>	Pentru anxietatea înainte de examen sau de un spectacol			
Propanolol*	10 (1/2 oră până la 2 ore înainte de spectacol)		40	
<i>Benzodiazepine</i>	Pentru a susține începutul tratamentului, nu mai mult de 2-4 săptămâni			
Diazepam	5-10		40	Timp mai lung de înjumătățire, efect cumulativ
Oxazepam	30 (peste 3-4 prize)		100-150 (peste 3-4 prize)	

SCHEMĂ DE TRATAMENT (1)

Diagnoza	Intervenții la prima etapă	Intervenții la a doua etapă	Intervenții la a treia etapă
Simptome de anxietate	Educația pacientului, prevenirea recidivei	Intervenții psihologice pe termen scurt	x
Tulburarea de anxietate socială	Educația pacientului, prevenirea recidivei, intervenții psihologice pe termen scurt	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC, terapie bazată pe expunere, instruire de concentrare pe sacină, formarea abilităților sociale) și/sau farmacoterapie
Fobie specifică	Educația pacientului, prevenirea recidivei	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC, terapie bazată pe expunere)
Tulburarea de panică (cu/sau fără agorafobie)	Educația pacientului, prevenirea recidivei	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC) și/sau farmacoterapie

SCHEMĂ DE TRATAMENT (2)

Diagnoza	Intervenții la prima etapă	Intervenții la a doua etapă	Intervenții la a treia etapă
Tulburarea de anxietate generalizată (GAD)	Educația pacientului, prevenirea recidivei	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC, terapie bazată pe expunere, relaxare aplicată) și/sau farmacoterapie
Tulburarea de obsesiv-compulsivă (OCD)	Educația pacientului, prevenirea recidivei, referire directă	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC) și/sau farmacoterapie
Tulburarea de stres post-traumatic (PTSD)	Educația pacientului, prevenirea recidivei, referire directă	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC, EMDR, terapie de management al stresului) și/sau farmacoterapie

DOVEZI PRIVIND REFERIREA

Referirea de către MF către un serviciu ambulator de sănătate mintală sau psihiatrie este indicată în caz de:

- Probleme ce țin de diagnosticare
- Risc de suicid
- Suferințe-disfuncționalitate severă, care este dificil de îmbunătățit
- Sarcina, când este necesară medicație

DOVEZI PRIVIND REFERIREA

- Tulburare obsesiv- compulsivă – referire directă pentru TCC;
- Tulburare de stres post-traumatic – referire directă pentru TCC legată de traumă sau EMDR;
- Lipsa răspunsului sau răspuns insuficient la tratament după 8-12 săptămâni;
- Lipsa răspunsului sau răspuns insuficient la tratament după intervenții de bază sau de primă etapă;
- Indisponibilitatea intervențiilor psihologice

DOVEZI PRIVIND COLABORAREA

- Colaborarea dintre prestatorii de îngrijiri de sănătate mintală sporește calitatea îngrijirilor din punct de vedere al clientului;
- Medicii de familie trebuie să fie bine informați despre serviciile de sănătate mintală (locale). În caz de referire, MF trebuie să convină cu prestatorii de îngrijiri de sănătate mintală privind derularea ulterioară a procesului de îngrijire și posibila revenire a pacientului la asistența primară/MF;
- Comunicarea și colaborarea dintre prestatorii de îngrijiri (de exemplu, prin intermediul programelor locale de îngrijiri) sunt necesare pentru a asigura prestarea accesibilă și coeziunea îngrijirilor

F44 Tulburări Disociative (de Conversie)

- F44.0 Amnezie disociativă
- F44.1 Fugă disociativă
- F44.2 Stupoare disociativă
- F44.3 Tulburări de transă și posesiune
- F44.4 Tulburări motorii disociative
- F44.5 Convulsii disociative
- F44.6 Anestezie și pierdere senzorială disociativă
- F44.7 Tulburări disociative (de conversie) mixte
- F44.8 Alte tulburări disociative (de conversie)
- F44.9 Tulburare disociativă (de conversie) nespecificată

Tulburări Disociative (de Conversie)

- Subiectul comun împărtășit de tulburările disociative este o pierdere parțială sau completă a integrării normale între amintirile din trecut, conștientizarea identității și senzațiile imediate, precum și controlul mișcărilor corporale. Există, în mod normal, un grad considerabil de control conștient asupra amintirilor și senzațiile care pot fi selectate pentru atenție imediată, și mișcărilor care urmează să fie efectuate.
- Termenul de "isterie de conversie", ar trebui să fie evitat, deoarece este confuz și stigmatizează.
- Prevalența nu este cunoscută cu exactitate (până la 10%).
- Debut și încetarea de stare disociativă bruște.
- Există mai multe forme de sindroame disociative.

Amnezie Disociativă

- Principala caracteristică este pierderea de memorie, de obicei, a unor evenimente importante recente, care nu se datorează tulburării psihice organice și este prea extinsă pentru a fi explicată prin uitare ordinară sau oboseală.
- Amnezia este, de obicei, centrată pe evenimente traumatiche, cum ar fi accidente, experiențele de luptă sau doliul neașteptat, și poate fi parțială și selectivă.
- Amnezia în mod tipic se dezvoltă brusc și poate dura de la câteva minute la câteva zile.
- Diagnostic diferențial: complicat, este necesar să se excludă toate tulburările organice ale creierului, precum și diversele intoxicații. Diferențierea cea mai dificilă este de simulare conștientă - prefăcătorie.

Stupoare Disociativă

- Individul suferă de diminuarea sau absența mișcării voluntare și capacitate de reacție normală la stimulii externi, cum ar fi lumina, zgomot, și atingerea.
- Persoana se află în poziție culcată sau așezat nemișcat pentru perioade lungi de timp.
- Vorbirea și mișcarea spontană și cea cu finalitate sunt complet absente.
- Tonusul muscular, postura, respirație, și, uneori, deschiderea ochilor și mișcările oculare coordonate sunt de așa natură încât este clar că individul nu este nici adormit, nici inconștient.
- Există elemente de probă pozitive de cauzalitate psihogenă sub formă de evenimente recente, fie stresante sau probleme interpersonale sau sociale proeminente.

Tulburare de Transă și Posesiune

- Există o pierdere temporară atât a sentimentului de identitate personală, cât și de conștientizare deplină a împrejurimilor. Individul poate acționa ca în cazul preluării de către o altă personalitate, spirit, divinitate sau "forță". Pot fi observate seturi repetate de mișcări extraordinare, poziții de lucru și enunțurile.

Tulburări Disociative de Mișcare și Senzație

- Există o pierdere de interferență cu mișcările sau pierdere de senzații (de obicei, cutanate). Tipurile ușoare și tranzitorii ale acestor tulburări sunt adesea observate în adolescență, mai ales la fete, dar tipurile cronice sunt de obicei găsite la adulții tineri.
- Tulburări motorii disociative
- Convulsii disociative
- Anestezie disociativă
- Sindromul Ganser - răspunsuri "aproximative", sau extrem de incorecte
- Tulburarea de personalitate multiplă înseamnă existența aparentă a două sau mai multe personalități distincte în cadrul unui individ, cu doar una dintre ele fiind evidentă la un moment dat (dl Jekyll și dl. Hyde). Fiecare personalitate este completă, cu propriile sale amintiri, comportamente și preferințe, dar nu are nici acces la amintirile celei de a doua personalități și ambele sunt aproape întotdeauna inconștiente de existența celeilalte. Schimbarea de la o personalitate la alta este, în primă instanță, de obicei bruscă și strâns asociată cu evenimente traumatice.

Management Clinic

- Psihoterapia este o metodă de alegere a tratamentului tulburărilor disociative (de exemplu, programe psihodinamice, hipnoză).
- Medicamentele nu au nici o valoare dovedită, cu excepția interviului de amobarbital de sodiu.

Tulburări de Ajustare

- Tulburarea de ajustare cuprinde stări de stres subiectiv și tulburări emoționale care apar în perioada de adaptare la o schimbare de viață semnificativă sau față de consecințele unui eveniment de viață stresant, cum ar fi boala fizică gravă, decesul sau separarea, migrația sau statutul de refugiat.
- Tabloul clinic: stare depresivă, anxietate, îngrijorare, un sentiment de incapacitate de a face față, de a planifica în perspectivă sau de a continua în situația actuală, și anumite grade de handicap în exercitarea activităților de rutină de zi cu zi.
- Debutul - în termen de 1 lună; durata – mai puțin de 6 luni.
- Mai frecvent la femei, persoane necăsătorite și tineri.
- **Psihoterapia** este tratamentul primar a acestei tulburări. Tratamentul simptomatic poate cuprinde un scurt proces de administrare a hipnoticelor sau benzodiazepinei.

F45 Tulburări Somatoforme

- F45.0 Tulburarea de somatizare**
- F45.1 Tulburarea somatoformă nediferențiată**
- F45.2 Ipohondria**
- F45.3 Disfuncție somatoformă vegetativă**
- F45.4 Tulburare somatoformă persistentă de durere**
- F45.8 Alte tulburări somatoforme**
- F45.9 Tulburarea somatoformă nespecificată**

F45 Tulburări Somatoforme

- Tulburări somatoforme - sunt proeminente plângerile somatice multiple, recurente și frecvente care necesită îngrijire medicală, fără asociere cu orice afecțiune fizică.
- Istoricul medical al contactelor multiple cu asistența medicală primară și serviciile specializate de sănătate este tipic înainte ca pacientul să fie îndreptat la îngrijire psihiatrică.
- Caracteristicile tulburărilor somatoforme:
 1. plângeri somatice de multe maladii medicale fără asociere cu tulburări grave demonstrabile de organe periferice
 2. probleme psihologice și conflicte care sunt importante în inițierea, exacerbarea și menținerea perturbării

F45.0 Tulburarea de Somatizare

Diagnostic Diferențial

- Condițiile medicale pot fi confundate cu tulburări somatoforme mai ales la începutul cursului lor (scleroză multiplă, tumori cerebrale, hiperparatiroidism, hipertiroidism, lupus eritematos).
- Investigațiile suplimentare sau consultările trebuie să fie luate în considerare în tulburare de somatizare de lungă durată, în cazul în care există o schimbare în accentul sau stabilitatea plîngerilor fizice. Această modificare a simptomelor sugerează posibila dezvoltare a bolii fizice.
- Tulburările afective (depresie) și tulburările de anxietate însoțesc tulburările de somatizare, dar nu trebuie să fie specificate separat cu excepția cazului în care sunt suficient de marcate și persistente.

F45.2 Ipohondria

- Tulburare este caracterizată printr-o preocupare persistentă și teama de a dezvolta sau avea una sau mai multe tulburări fizice grave și progresive.
- Pacienții se plâng constant de probleme fizice sau sunt constant preocupați de aspectul lor fizic.
- Temerea se bazează pe interpretarea eronată a semnelor și senzațiilor fizice.
- Examenul fizic efectuat de medic nu dezvăluie nici o afecțiune fizică, dar frica și condamnările persistă în ciuda reasigurării.

F45.3 Disfuncție Vegetativă Somatoformă

- Simptomele sunt prezentate ca tulburare fizică a sistemului sau a organului în mare parte sau complet necontrolat de inervarea vegetativă, și anume sistemul cardiovascular, gastro-intestinal sau respiratoriu și unele aspecte ale sistemului genito-urinar.
- Simptomele sunt de obicei de două tipuri:
 1. plângeri pe baza semnelor obiective de excitare vegetativă (palpitații, transpirație, înroșirea feței, tremor)
 2. idiosincratice, subiective, nespecifice (dureri trecătoare, arsuri, greutate, senzație de constricție, senzația de a fi balonat sau dilatat)
- Aceste simptome pacienții le referă la un anumit organ sau sistem.
- În multe cazuri, există dovezi de stres psihologic sau de probleme actuale legate de tulburare.

F45.4 Tulburare Somatoformă Persistentă Tip Durere

- Simptomul predominant este o durere severă și persistentă, care nu poate fi explicată pe deplin printr-un proces fiziologic de boli fizice.
- Durerea apare în asociere cu conflictele emoționale sau problemele psihosociale.
- Expresia durerii cronice poate varia în funcție de personalități și culturi diferite.
- Pacientul nu se prefăce și reclamațiile cu privire la intensitatea durerii trebuie să fie crezute.

Alte Tulburări Nevrotice

- F48 Alte tulburări nevrotice
- F48.0 Neurastenie
- F48.1 Sindromul depersonalizării - pierderii contactului cu realitatea
- F48.8 Alte tulburări nevrotice specificate
- F48.9 Tulburări nevrotice nespecificate

Tulburările factice („facut“)

Definiție.

- În tulburările factice pacienții produc deliberat simptome somatice sau psihologice cu scopul de a-și asuma rolul de bolnav.
- În aceste tulburări, bolnavii produc intenționat semne de boli medicale sau mentale și își prezintă istoricul și simptomele altfel decât în realitate.
- Spitalizarea este adeseori un obiectiv primar și un mod de viață.
- Tulburările au o calitate compulsivă, dar comportamentele sunt deliberate și voluntare, chiar dacă nu pot fi controlate.

Diagnostic, semne și simptome

- **1. Cu semne și simptome predominant somatice.**
- Cunoscută și sub denumirea de *sindrom Münchhausen*. Producerea intenționată de simptome fizice – grețuri, vărsături, durere, convulsii.
- Bolnavii pot să își pună intenționat sânge în fecale sau urina, își cresc artificial temperatura corpului, pot să ia insulina pentru a-și scădea glicemia.

2. Cu semne și simptome predominant psihologice.

- Producerea intenționată de simptome psihiatrice – halucinații, deliruri, depresie, comportament bizar.
- Pentru a explica simptomele bolnavii pot să inventeze o poveste, cum că ar fi suferit un stres al vieții major.
- *Pseudologia fantastica* constă din inventarea unor minciuni extravagante, în care pacientul crede.
- În ambele tipuri de tulburare este frecvent abuzul de substanțe, în special de opioide.

Simularea

- **A. Definiție.** Producerea voluntara de simptome somatice sau psihice, în vederea îndeplinirii unui scop specific (de ex., obținerea de despăgubiri de la asigurări, evitarea unei detenții sau pedepse).
- **B. Diagnostic, semne și simptome.** Bolnavii au multe acuze vagi sau deficitar localizate, care sunt prezentate foarte amănunțit; se enervează ușor dacă medicul este sceptic în legătura cu relatarea lor.

Alcoolism:

Definitie – Tulburare psihica cronica cauzata intoxicatia cronica cu alcool care are ca consecinta instalarea sindromului de dependenta, manifestari psihice, fizice si neurologice. La anumite etape se dezvoltă tulburari psihotice. La etapa finala se instaleaza starea de dementa



Tulburari psihice si comportamentale datorate consumului de alcool (ICD-10)

- Alcoolul – este cea mai des utilizata substanta psihoactiva care provoaca starea de intoxicare (ebrietate)
- Influentaza memoria, facultatile motorii, orientarea in spatiu, termoreglarea, respiratia, apetit, sistem vegetativ, cardiac, sexual
- **Se defineste:**
 1. Intoxicatia acuta (starea de ebrietate)
 - Starea de ebrietate simpla (habituala)
 - Stari de ebrietate modificate
 2. Ebrietatea patologica
 3. Intoxicatie cronica (alcoolism)
 4. Psihoze etilice

Influenta alcoolului asupra sistemului de neurotransmitori:

- Dopamina
- Serotonina
- Endorfine
- Acidul gamaaminobutiric
- Glutamat

Tulburari psihice si de comportament cauzate de consum de alcool (ICD-10)

F 10 – Tulburări mentale și comportamentale datorită utilizării alcoolului:

- F 10.0 – Intoxicație acută
- F 10.07 – Intoxicația patologică
- F 10.1. – Utilizare nocivă
- F 10.2. – Sindrom de dependență
- F 10.3. – Sindrom de sevraj
- F 10.4. – Sindrom de sevraj cu delirium
- F 10.5. – Tulburări psihotice
- F 10.6. – Sindromul Amnestic

Sindromul de dependenta cauzat de alcool

1. Dorinta de a consuma alcool
2. Control scazut asupra consumului de alcool
3. Tendinta de a consuma alcool zilnic
4. Abolirea altor activitati care provocau anterior satisfactie
5. Consum alcool in pofida unor consecinte sociale sau maladii fizice
6. Sindrom de sevraj
7. Mahmureala
8. Crestere toleranta
9. Conform ICD-10 sunt suficiente 3 simptome pentru stabilirea dependentei de alcool (alcoolism)

Ebrietate patologica :

Se constata in context de fatigabilitate, psihogenii, patologii somatice sau neurologice asociate si consum alcool nepurificat

Se deosebesc urmatoarele tipuri:

1. Tip maniacal
2. Psihopatoid
3. Disforic
4. Histrionic
5. Epileptoid
6. Paranoid

Debutul starii de ebrietate patologica:

- Anxietate acuta
- Perplexitate
- Detasare de realitate
- Percepere ostila a anturajului
- Stari posibile de halucinoza auditiva, vizuala
- Comportament aparent coordonat si complex dar cu contact verbal sarac
- Durata scurta (minute-ore)
- Apare la consum diferit de alcool (frecvent doze minime)
- Sfarsit brusc cu stare de somn profund
- Amnezie totala
-

Se clasifica:

1. Dipsomanie
2. Pseudodipsomanie



Dipsomania

- Apare in stadiul 3 al alcoolismului
- Este precedata **de dorinta spontana de a consuma alcool**
- Dispare din cauza incapacitatii fizice de a mai consuma alcool si intoleranta aparuta
- Se alterneaza cu stari de luciditate totala sau aproape totala si reducerea sau disparitia nevoii de a consuma alcool

Simptome care anticipeaza dipsomania:

- Nevoia crescuta de a consuma alcool
- **Indispozitie**
- Crestere anxietate
- **Disforii**
- Insomnii
- Periodicitatea simptomelor constituie o trasatura esentiala a dipsomaniei .

Pseudodipsomania

- Apare in stadiul 2 de alcoolism
- Debutul si sfarsitul consumului este cauzat de factori externi situationali (salariu si respectiv lipsa de bani, zile de odihna, sarbatori, etc.)
- De obicei apare pe fundal de consum sistematic de alcool
- Posibile stari de ebrietate modificata, atipica cand se asociaza cu psihogenii

Tablou clinic alcoolism stadiul I

- Dorinta de a consuma alcool apare in a doua jumatate a zilei din motive etice si sociale se evita consumul de dimineata
- Consumul este perceput ca remediu calmant si relaxant (ataractic) de consumator
- Nu sunt tipice tulburari mnestice in starea de ebrietate
- Consumul de alcool devine repetitiv si regulat
- Apar pseudodipsomanii
- Crestere toleranta la consum alcool
- Nu sunt tipice stari dipsomanice
- Nu este perturbata ca regula activitatea sociala

Sindroame tipice pentru alcoolism stadiul I

:

1.1. Sindrom reactivitate modificata :

- Crestere toleranta de 4-5 ori
- Disparitia reflexului de vomă
- Lipsa repulsiei pentru alcool după intoxicarea acută
- Forme de ebrietate modificata (palimpseste)
- Acutizarea trasaturilor caracteriale
- Instalarea consumului sistematic de alcool

Sindroame tipice pentru alcoolism stadiul I

1.2. Sindrom de dependenta psihica

- Atractie psihica (idei obsesive neconstientizate referitor la consumul de alcool)
- Necesitatea de confort psihic
- Anhedonie in lipsa consumului de alcool

1.3. Sindrom de dependenta fizica :

- Comportament compulsiv absent
- Lipsa disconfort fizic
- Lipsa sindrom de sevraj

Stadiul 2 alcoolism cronic:

- Manifestare maxima a sindromului narcomanic
- Comportament compulsiv pentru consum alcool
- Lipsa control alcool consumat in stare de intoxicatie
- Aparitia starilor de dipsomanii
- Acutizarea trasaturilor caracteriale si comportament pseudopsihopatic
- Sindrom de sevraj cu simptome vegetative, psihice si neurologice
- Dorinta de consum alcool apare dimineata si se mentine pe parcursul zilei
- Sindromul de sevraj apare dupa fiecare episod de consum alcool
- Simptome tipice: indispozitie cu anxietate, tensionare, la personalitati de tip exploziv in starea de sevraj se constata stari disforice
- Ideatie autolitica posibila
- Insomnie rebela cu vise terifiante si treziri nocturne

Stadiul 2 alcoolism cronic: (continuare)

- Simptome vegetative cu transpiratii, tahicardie, crestere TA, tremor amplituda inalta extremitati, limba sau generalizat
- In primele zile de sevraj pot avea loc crize convulsive generalizate sau partiale
- Reducerea simptomelor vegetative si afective catre ziua 5-6 si aparitia sindromului astenic
- Timp de pana la 6 luni pot fi prezente tulburari afective, insomnia, fatigabilitate, s-me vegetative
- Debuteaza boli somatice – hepatoza, pancreatita, miocardiodistrofia
- Apar probleme sociale si de adaptare, degradare sociala

Stadiul 2 alcoolism :

2.1. Sindrom reactivitate modificata

- Disparitia reflexelor de vomă
- Amnezii
- Schimbari caracteriale
- Cresterea tolerantei de 5-8 ori

Stadiul 2 alcoolism :

2.2. Sindrom de dependenta psihica

- Atractie psihica obsesiva
- Confort psihic prezent doar in starea de intoxicatie alcoolica

2.3. Sindrom de dependenta fizica

- Comportament compulsiv
- Confort fizic doar in timpul intoxicatie cu alcool
- Sindromul de sevraj prezent

Alcoolism cronic stadiul III:

- Scade toleranta la alcool
- Agravarea sindromului de sevraj
- Degradare intelectuala (mnestica) inclusiv starea de dementa (inclusiv sindrom Korsakov)
- Aparitia ideilor paranoide in cadrul sindromului de sevraj (inclusiv gelozia etilica)
- Tulburari de perceptie elementare
- Anxietate nemotivata
- Idei de supravaloare de relatie, persecutie,
- Simptome psihoorganice: torpoare-sopor, vertij, ataxie,tremor generalizat,convulsii,dizartrie,anizoreflexie,nistagmus, simptome piramidale
- Boli somatice agravate
- Aspect general grav
- Degradare sociala

Alcoolism cronic stadiul III

3.1. Sindrom reactivitate modificata

- Disparitia reflexelor de vomă, diminuarea reflexelor neurologice
- Forme de consum dipsomanic sau consum permanent cu toleranta scazuta la alcool
- Forme de ebrietate modificata
- Amnezie permanenta
- Reactii patologice caracteriale

Sindrom de sevraj etilic

- **Simptome somatice**

- Tahicardie, crestere tensiune arteriala, hipertermie, sete, agravare boli gastrointestinale.

- **Neurologice**

- Tremor, cefalee, crize convulsive

- **Psihopatologice**

Astenie, anxietate, agitatie psihomotorie, insomnie, vise terifiante, dorinta impulsiva de consum alcool- simptom de baza

In stadiul II si III se constata stari psihotice:

- Apar in starea de sevraj
- Se dezvoltă seara si continuie noaptea
- Apar frecvent dupa un episod dipsomanic
- Apar dupa consum de alcool nepurificat
- Apar pe fundal de agravare somatica
- Apar la consumatori cu patologie organica SNC
- Polimorfism clinic

Psihoze etilice

Se disting :

- 1.Acute,
- 2.Prolongate
- 3.Cronice

Dupa tabloul clinic se disting:

- Tip delirium
- Cu simptome halucinatorii
- Cu simptome paranoide
- Cu simptome delirante

Tipuri psihoze etilice: (clasificare psihopatologica)

1. Delirium etilic:

-Abortiv

-Clasic

-Musitant

-Atipic:

- sistematizat cu pseudohalucinoza verbala,
- cu simptome oneiroide,
- cu automatisme psihice

Tipuri psihoze etilice: (clasificare psihopatologica)- continuare

2. Halucinoza etilica

- Halucinoza verbala
- Halucinoza cu delir senzitiv
- Halucinoza cu automatisme psihice

3. Psihoze etilice delirante

- Paranoidul etilic
- Delirul etilic de gelozie

Psihozele acute – dureaza pana la o luna

Psihoze prolongate – dureaza pana 6 luni

Psihoze cronice – dureaza peste 6 luni

.

Tipuri psihoze etilice: (clasificare psihopatologica)

4. Encefalopatii etilice

- Encefalopatia acuta Gayet-Wernicke
- Encefalopatia cronica
- Pseudoparalizia etilica

Tablou clinic delirium tremens

- Durata pe fundal de tratament pana in 10 zile
- Posibila evolutia in stare de halucinoza sau paranoida
- Halucinatii predominante vizuale
- Reducerea halucinatiilor odata cu reducerea tulburarilor de constiinta

Tablou clinic delirium tremens

- Tulburari de constiinta ondulatorii
- Continut terifiant al halucinatiilor
- Dezorientare in timp, spatiu, dar se pastreaza orientarea referitor la propria persoana

Tablou clinic delirium tremens

- Continut profesionist sau habitual al trairilor pacientului
- Odata cu cresterea tulburarilor de constiinta scade agitatie motorie si verbala
- Hipertermie
- Scadere diureza
- Scadere tensiune arteriala

Halucinoza alcoolica

- Este o stare psihotica cu predominanta halucinatiilor auditive cu constiinta clara.
- Debuteaza cu acoasme si insomnie.
- Poate disparea brusc dupa o perioada de somn

Halucinoza alcoolica:

- In caz de evolutie poate aparea delirul de relatie, influenta, persecutie
- Pot avea loc crize de anxietate

Sindromul paranoid etilic

- Se manifesta cu delir senzitiv
- Fundal afectiv depresiv-anxios
- Atitudini delirante
- Percepere iluzorie apoi deliranta a anturajului
- Pacientii declara voci ostile , anxietate trenanta
- Posibil comportament agresiv fata de “persecutori”
- Delir rezidual dupa disparitia(reducerea) simptomelor de baza

Delirul de gelozie etilic (paranoia etilica)

- Este o stare psihotica cu evolutie trenanta sau cronica
- Cu predominanta delirului sistematic
- Se constata cu preponderenta la barbati cu trasaturi caracteriale paranoiale
- Este un delir monotematic
- Debuteaza lent
- Uneori este precedat de evenimente negative familiale
- Debuteaza cu idei de supravaloare
- Initial se manifesta doar in timpul starii de ebrietate
- In timp apare interpretarea deliranta a situatiei
- Posibil comportament agresiv sau autoagresiv
- Poate fi dissimulat de pacient
- In context de tratament se substituie cu delir rezidual trenant

Tulbulări psihice exogene



Exogenia

Definiția: (provine de la cuvântul grecesc exo - exterior, genea – naștere) presupune provenirea tulburărilor neuro-psihice legate de factori exteriori.

Dintre tulburările exogene deosebim:

- Psihozele simptomatice,
- etilismul,
- narcomaniile
- toxicomaniile.

Definiția:

Adicția- termenul în ICD-X, care este folosit pentru nozologii ca «narcomanie, toxicomanie, alcoolism»

Substanțele psihoactive (SP) – substanță chimică, care folosită o singură dată provoacă **trăiri psihice plăcute** ori alte **trăiri dorite** de consumător, dar la **folosirea sistematică** aduce la **dependență fizică și psihică, schimbarea toleranței.**

Generalități

Toxicomaniile sunt tulburări psihice care se caracterizează prin:

- Consumul compulsiv de substanțe psihoactive (una sau mai multe);
- Încapacitatea de a limita consumul de substanțe;
- Apariția reacției de sevraj la oprirea consumului de substanțe.

Generalități:

SP sunt naturale sau sintetice, capabile să inducă:

- **Dependență psihologică sau biologică.**
- În general, ele acționează la nivelul mai multor aparate și sisteme, cel mai important fiind **sistemul motivațional**, unde produc modificări durabile.
- Toate aceste substanțe induc într-o primă instanță **euforie**, la care se asociază **efecte de tip deprimant, stimulant sau halucinogen.**

Clasificarea în funcție de efectele lor asupra sistemului nervos central:

- 1. **Deprimant:** opioizi, cannabis, benzodiazepine, barbiturice și substanțe volatile.
- 2. **Stimulant:** cocaina, amfetamine, cafeina, nicotina.
- 3. **Halucinogen:** phenciclidina, MDMA (ecstasy), LSD, mescalina, psilocybina

Clasificarea SP (substanțelor

psihoactive):

- Alcool
- Stupefiante (droguri)
- Substanțe toxice – substanțe SP, care nu se încadrează în lista stupefiantelor

Dupa tipul de actiune:

- Cu acțiune sedativă (alcool, opiacee, barbiturice, benzodiazepine)
- Cu acțiune stimulanta (cocaina, cofeina, amfetamina, efedrina)
- Cu acțiune psihedelică (LSD, canabis, droguri volatile)
- SP din grupul medicamentelor:
 - benzodiazepinele
 - barbiturice
 - analeptice

Etiopatogenie

Toxicomania reprezintă o interrelaționare între:

- Substanța psihoactivă,
- Persoana
- Contextul socio-cultural

Substanțele psihoactive au efect asupra sistemului nervos central, favorizând utilizarea lor abuzivă:

- Efecte **euforizante**, care induc o stare de bună dispoziție;
- Efecte **dinamizante**, care sunt căutate pentru că favorizează relațiile
- **Sociale**, cresc stima de sine și încrederea în propriile capacități, scad oboseala și senzația de foame;
- Efecte **analgezice**, care sunt căutate în special de către cei suferinzi de boli cronice dureroase;
- Efectele **anxiolitice și hipnotice**, care sunt căutate de persoane anxioase sau depresive.

Factorii socio-culturali:

- Religia joacă un rol important în special în prohibiția sau utilizarea substanțelor psihoactive (de exemplu în țările musulmane consumul de alcool este interzis).
- Legislația țărilor diferă în ceea ce privește permisivitatea consumului de droguri.
- Prohibiția alcoolului (în perioada interbelică în SUA sau impunerea de prețuri prohibitive în țările scandinave. Ambele metode s-au dovedit ineficiente datorită dezvoltării contrabandei cu alcool).
- Interzicerea reclamelor la tutun, interzicerea fumatului în locuri publice.
- Legiferarea consumului de cannabis în Olanda.
- Familia joacă un rol deosebit de important, de multe ori consumul de substanțe poate fi învățat în familie. În general se consideră că familiile dezorganizate favorizează consumul

Factorii individuali

- **Factorii genetici** influențează echipamentul **enzimatic** al individului are rolul de a elimina prin metabolizare drogul.
- **Trăsăturile de personalitatea** cum sunt impulsivitatea (personalități de tip instabil – emoțional/borderline și dissocial/antisocial) și timiditatea (personalitatea de tip anxios/evitant) favorizează consumul abuziv de droguri.
- **Vârsta** influențează consumul de substanțe în sensul că există anumite perioade de vârste care favorizează consumul: adolescența, vârsta tânără și vârsta a treia.

Trasatura comuna a tuturor toxicomaniilor se manifesta prin prezența în tabloul lor clinic a trei sindroame narcomanice majore:

- 1. Dependență psihică,
- 2. Dependență fizică
- 3. Schimbarea reactivității organismului la substanța folosită
- 4. Modificarea personalității (pentru unele dependențe)

Dependenta, conform definitiei date de OMS in 1969 este

“Starea psihica sau fizica ce rezulta din interactiunea unui organism si a unui medicament caracterizata prin modificari de comportament si alte reactii, insotite intotdeauna de nevoia de a lua substanta in mod continuu sau periodic pentru a-i resimti efectele sale psihice si uneori pentru a evita suferintele. Starea de dependenta este insotita sau nu de toleranta”.

Semne ale dependentei de substante:

- **Tolerant a mare** la substanta si nevoia de o cantitate din ce in ce mai mare pentru a obtine acelasi efect;
- **Consumul pentru a evita simptomele sevrajului** (neliniste, greata, insomnie, depresie, tremor, anxietate);
- **Pierderea controlului asupra consumului**, consumul mai ridicat decat nivelul propus, dorinta de a renunta si incapacitatea de a renunta;
- **Viata se invarte in jurul consumului**, te indepartezi de familie si prieteni si petreci din ce in ce mai mult timp pentru a procura substanta si in compania partenerilor de consum;
- **Renuntarea la activitati ce-ti faceau placere in trecut** (hobby-uri, sport, socializare);
- **Continuarea consumului chiar daca esti constient ca acesta dauneaza grav.**

Etapele

formarii

toxicomanilor:

Etapele formării dependenței:

- **Consum de SP care se încadrează în noțiunea de sănătate**
– folosirea **epizodică SP social permise** în **cantități fiziologice** (ex. alcool)
- **Abuz** (utilizare dăunătoare, beție habituală) – **folosirea SP fără prezenta sindroamelor de dependență**: Componentele abuzului:
 - Consum **SP interzise**,
 - Consum SP are **consecințe dăunătoare** pentru sănătatea psihică și fizică (conflicte în familie, în societate, la servicii)
 - Consumul devine de regulat
 - Consum doze crescute SP
 - **Abuzul**– prezintă un risc înalt pentru următoarea etapă în formarea dependenței.
 - **Etapa 1, 2,3**

Prima etapă se caracterizează prin:

1.1. Sindromul reactivității schimbate:

- folosirea permanentă a drogurilor
- Creșterea toleranței
- Diminuarea răspunsului la consum SP
- Diminuarea efectului drogului asupra consumatorului

1.2. Apariția dependenței psihice

- Formarea atracției psihice (**obsesive**) pentru starea de ebrietate
- Confort psihic doar în perioada intoxicației

1.3. Dependență fizică minimă (nu este prezentă ca atare)

În tabloul clinic la prima etapă predomina:

- tulburări **astenice** cu accentuarea trasaturilor caracteriale,
- labilitate emoțională,
- irascibilitate,
- tulburări de somn,
- atenție distrată
- scăderea memoriei (retenției),
- aceste simptome dispar în timpul intoxicației cu SP
- **efect hedonic**,
- confort psihosomatic în timpul intoxicației toxicomanice.

La etapa a doua “sindroamele narcomanice“ ajung la intensitate maxima:

2.1. Sindromul reactivității modificate :

- Schimbarea modalitatii de consum a SP
- **Toleranța este maxima**
- **Lipsesc reacțiile de raspuns** la intoxicare cu SP
- Forme modificate de ebrietate

2.2.Sindromul dependenței psihice:

- Atracție psihică (**compulsivă**) pentru obtinerea starii de ebrietate
- Confort psihic numai în perioada de intoxicație

2.3. Sindromul dependenței fizice:

- Atracție fizică (**impulsivă, necontrolabila**) pentru ebrietate

Tabloul clinic la etapa a doua:

- 1. Atracție **compulsivă** către SP.
- 2. **Sindromul de sevraj** (dependenta) pronunțat .
- 3. **Toleranța înaltă.**
- 4. Consumul de SP deja este unul permanent, excesele toxicomanice sunt mai frecvente.
- 5. Schimbarea tabloului clinic al intoxicației cu SP: euforia și alte trăiri plăcute scad semnificativ .
- 6. Scopul principal al consumului SP este obținerea confortului psihosomatic
- 7. **Astenie progresivă în afara consumului.**
- 8. Apar **tulburări afective pronunțate și modificarea personalității.**
- 9. **Apariția bolilor somatice** cauzate asociată de consumul SP.

Etapa a treia se caracterizează prin :

3.1. Sindromul de reactivitate schimbată:

- Reactivitatea la consum SP este schimbată din cauza epuizării pacientului
- Scăderea toleranței
- SP joacă rol de substanță activizanta

3.2. Sindromul dependenței psihice:

- Atracție obsesivă pronunțată pentru starea de ebrietate

3.3. Sindromul dependenței fizice:

- Atracție fizică compulsivă pentru starea de ebrietate
- Stare confortabilă doar în timpul intoxicației
- Sindrom de sevraj

Tabloul clinic etapa a treia:

- 1. Scăderea toleranței,
- 2. Tulburări psihice și somatice grave și ireversibile.
- 3. Tulburări intelectuale, inclusiv mnestice pronunțate.
- 4. Pacienții sunt foarte astenizați, prezintă labilitate emoțională inclusiv incontinență afectivă.
- 5. Folosirea SP nu mai provoacă confort psihocomatic.

Tipuri de toxicomanii



Marijuana este un drog obtinut din planta de cannabis . Planta este de obicei uscata, macinata si fumata in hartie ca o tigara sau in pipa ca pe tutun . Marijuana vine si in forme *mancabile* cum ar fi briose , ciocolata , bomboane de ciocolata , acestea avand acelasi efect ca si marijuana care se fumeaza. Unele persoane consuma si o rasina produsa de planta de cannabis , aceasta avand un efect mai puternic . Aceasta substanta este denumita si hashis ceara ,sfarma,etc. Marijuana este folosita atat medical (in unele state) cat și recreațional. Este utilizata din punct de vedere medical pentru stres și ameliorarea durerii și pentru a crește apetitul. Recreațional, marijuana este folosita pentru efectele sale calmante și pentru a atinge cunoscutul “high”. Insa nu toate soiurile de marijuana pot fi folosite in mod medical sau recreational. Marijuana are o istorie lungă a legislației pentru și împotriva utilizării acesteia.

1. Derivatele de canabis- canabinoide (canepă, «plan», hașiș, marijuana, ganja, Maria Ioana,

iarba)-etc)
În doze mici marijuana provoacă senzații plăcute:

- Relaxare,
- Satisfacție,
- Senzație de ebrietate usoara
- Sentimente de fericire
- Halucinații ușoare
- Creșterea apetitului
- Anxietate redusă

Efecte adverse paralele:

- Tulburari de coordonare motorie
- **Senzația de foame**
- Tulburări de memorie.

1. Derivatele de cannabis:

Tulburări psihice acute:

1. Moria sau euforia,
2. Tulburări de percepție a anturajului (**culori vii, sunete percepute mai pronunțate și accelerarea senzației de timp**)
3. *Pierderea senzației de autenticitate a propriei persoane* (depersonalizare) și sentimentului de irealitate a ceea ce se întâmplă în anturaj (derealizare)
4. Periodic halucinații vizuale și auditive
5. **Răs nemotivat**
6. Senzație de pierdere a greutateii propriului corp

Intoxicație acută (supradozare):

1. Sopor sau coma
2. Dezvoltarea encefalopatiei și polineuropatiei
(confuzie, halucinoză, tulburări de schema corporală, dizartria, astazia-abazia, apraxia, anestezii, pareze, etc – miros dulce de la vestimentație).

*În intoxicație cronică frecvent se dezvoltă
“sindromul de motivatie absentă” :*

1. apatie,
2. autism,
3. pasivitate,
4. lentoare ideomotorie,
5. Scăderea memoriei și a intelectului in general,
6. Sindromul de derealizare-depersonalizare.

1. Derevatii de cannabis

Toleranța - mică, depinde de particularitățile individuale ale consumatorului de SP.

Dependență psihică moderată sau pronunțată.

Sindromul de sevraj se manifestă prin:

- tulburări pasagere de somn,
- iritabilitate sporită,
- tahicardie
- senzații neplăcute în regiunea cordului,
- inapetența,
- transpirație , etc.

Percepția marijuanei ca un drog este cel mai adesea legata de consumul de marijuana **la adolescenti**. Adolescentii care fumeaza marijuana prezinta un risc mai mare de a dezvolta o dependenta la marijuana sau la **ceva mai grav, mai târziu în viață**.

De asemenea marijuana poate afecta dezvoltarea normala a creierului adolescentilor. Potențialele riscuri pe termen lung ale abuzului de marijuana au fost evidentiate într-un studiu realizat de Duke University. S-a arătat că dintre 1.037 de oameni, cei care au folosit in mod regulat marijuana fiind adolescentii au prezentat o **scădere medie de opt puncte de IQ**.



CE ESTE HEROINA?

Heroina este un **analgezic** care da o dependenta foarte mare, este sintetizat din morfina care la randul ei se face din seminte de mac. Pentru ca semintele de mac se folosesc la producerea opiului, derivatele acestuia se numesc opiacee. Atat heroina cat si morfina sunt opiacee. Heroina mai este cunoscuta sub numele de “bila” ,sau ”soricioaica”. Pe strada heroina este adesea combinata cu aditivi periculosi cum ar fi morfina sau fentanilul pentru a elibera durerea.

2. Opiacee (macul opiaceic, morfină, codeină, heroină, promedol, metadon)

Intoxicația acută

- Euforia în 2 faze
- **Prurit pielii feței și părții superioare a corpului**
- Senzație de relaxare
- Trăiri iluzorii
- Accelerarea asociațiilor
- Vorbire accelerată
- Mulțumire
- Anxietate redusă
- Detensionare
- Somnolență
- **Nu exista o mahmureala**

Semnele unei supradoze de heroina includ:

- Respirație superficială
- Gură uscată
- Limba - decolorare
- Puls lent
- Buze albastrii

2. Opiacee (macul opiaceic, morfină, codeină, heroină, promedol, metadon)

Deasemeni este tipic :

- Sopor profund sau comă,
- Depresie respiratorie,
- **Mioză**
- Bradicardie,
- Hipotonie arterială.
- Paliditatea și uscaciunea pielii
- Cresterea reflexelor osteo-tendinoase
- În cazuri grave – asociat cu hipotonie și bradicardie poate fi midriază.

Consecintele intoxicației cronice:

- accentuarea trăsăturilor de caracter,
- schimbări emoționale și volitive.
- Persoanele care suferă de narcomanie prezintă trăsături caracteriale specifice (brutalitate, pseudologie, egoism).
- În lipsa SP pacienții sunt deprimăți și excitabili.
- În timpul administrării SP (injectabil, intranasal) se constată stare euforică, comunicabilitate, efect energizant
- În perioada tardivă a consumului cronic se constată sindrom astenic pronunțat.
- sunt specifice tulburări mnestice.

2. Opiaceele:

Toleranța - înaltă.

Dependența psihică și fizică pronunțate. Dependența se dezvoltă rapid și poate fi provocată de doze terapeutice. La multe persoane cu narcomanie după prima sau primele administrări apare sindromul de dependență

Sindromul de sevraj apare peste 8 - 16 ore după ultima doză, atinge o intensivitate maximă la 48-72, apoi încet descrește. Simptomele grave se pot menține până la 10 zile, dar consecințele reziduale rămân timp îndelungat.

Sindromul de sevraj include următoarele simptome:

- neliniște,
- irascibilitate
- dureri în tot corpul,
- insomnie,
- rinită,
- transpirație abundentă,
- hiperemia faciala ,
- grețuri,
- vomă,
- diaree,
- akatizie,
- hipertermie,
- crampe intestinale ,
- deshidratare corporală.
- Intrerupere bruscă a consumului SP (indeosebi la persoane cu boli somatice) poate provoca decesul pacientului

3. Derivati de efedrina (pervitin, ”vint, djef, sirca, marțefali”).

Intoxicația narcomanică se manifestă prin:

- Euforie pronunțată,
- Excitație,
- Dezinhibiție verbală, motorie, sexuală.
- In cazul intreruperii consumului deseori se constata psihoze de tip delirium sau paranoid acut.

3. Derivati de efedrina

Intoxicații acute:

- Două etape de euforie
- Excitație psihomotorie,
- Senzație de imponderabilitate
- Hipertensiune arterială
- Tahicardie paroxismală
- **Senzație de mișcare a părului capului**
- Logoree
- **Hiperosmie specifică (miros de toporași, mere)**
- Pe fundal de insuficiența cardio-vasculară se poate instala starea de comă și deces (ictus cerebral sau infarct miocardic).
- În cazurile de abuz sau intoxicare cu derivati de efedrina sunt posibile reacții hemolitice fiindcă la pregătirea acestor SP se folosește acidul acetic.

3. Derivati de efedrina

Intoxicația cronică predispune la apariția sindromului astenic permanent cu tulburări schizofreniforme și degradare intelectuală

Toleranță înaltă.

Dependența psihică pronunțată. Dependența fizică slab dezvoltată

Pentru sindromul de sevraj este caracteristic:

- stări depresive cu disforii
- tulburări vegetative
- posibile stări psihotice



AMPHETAMINE

4. Amfetamina

Folosirea aleatoare și sporadică de doze minime formează senzația:

- de reducere a oboselei,
- de claritate sporită a conștiinței și vivacitate

Folosire dozelor mari (îndeosebi intravenos) provoacă:

- euforie în două etape,
- excitație psihomotorie
- tulburări de percepție

4. Amfetamina

Supradozajul amfetaminei este asemănător cu intoxicația acută a derevatilor efedrinei și se manifestă **cu reacții paranoide acute**.

Intoxicația cronică provoacă tulburări psihice semnificative de aspect psihotic:

- Psihoze prolongate **pseudoschizofrene**
- sindrom **astenic stabil** cu simptome **depressive** și **apato-abulice asociate**

4. Amfetaminele

Toleranță înaltă. Doza folosită poate depăși dozele inițiale de zeci de ori.

Dependență psihică pronunțată. La întreruperea consumului se constată un sindrom depresiv.

În sevraj apare:

- lentoare ideomotorie,
- adinamie,
- slabiciune generală,
- somnolență.
- simptome vegetative

4. Psihomimetice:

Intoxicația acută incipientă:

- Slăbiciune totală ,
- vertij,
- grețuri,
- senzații de căldură sau frig
- midriază,
- transpirație,
- salivație,
- vomă,
- tahicardie.

4. Psihomimetice

Intoxicatie cronica:

- *Simptome astenice*
- *Simptome apato-abulice*
- *Simptome psedoschizofrene (schizofrenia simplex)*

Dependenta psihica si fizica slab pronuntate. Toleranta scazuta



3 months later

5. Cocaina

Nume de strada: coke, crack, C, okey dokey, nose, charlie, nose candy, big C, blow, marching powder, snow, white lady, toot, ceci, candi, star dust.



5. Cocaina

Intoxicatia acuta:

1. Stări psihotice cu simptome delirante
2. Excitație psihomotorie
3. Comportament agresiv
4. **Halucinații tactile și vizuale**

Tabloul clinic a intoxicației acute este asemănător cu acel al amfetaminei

Intoxicația cronică cauzează formarea rapidă a sindromului psihoorganic.

Toleranța înaltă.

Dependență psihică pronunțată

Sindromul de sevraj include:

- anxietate severă
- depresie majoră

Efectele fizice ale consumului abuziv sau pe termen lung pot fi neurologice, cardiovasculare si respiratorii:

➤ Dureri de cap

➤ Convulsii

➤ Episoade epileptice

➤ Coma

➤ Infarct

➤ Boli cardiace

➤ Aritmii

➤ Dureri in piept

➤ Tensiune foarte mica sau foarte mare

➤ Atacuri de cord

➤ Endocardita - infectie a inimii

➤ Boli ale plamanilor

➤ Dificultati de respiratie

➤ Bronsita cronica

➤ Alterarea tesuturilor pulmonare

➤ Cedarea plamanilor

➤ Stop respirator

➤ Moarte

➤ Efecte psihologice **Efectele fizice ale consumului abuziv sau pe termen lung pot fi neurologice, cardiovasculare si respiratorii:**

- Iritabilitate, instabilitate emotionala
- Halucinatii auditive (sunete imaginare care par reale)
- Furnicaturi - senzatia de a avea insecte sub piele
- Psihoza
- Efecte asupra aparatului reproductiv
- Disfunctii sexuale - atat la femei, cat si la barbati
- Dereglari menstruale
- Infertilitate - atat la femei, cat si la barbati
- Pericole in timpul sarcinii
- Avort, nastere prematura, copii nascuti morti
- Aparitia sevrajului la nou-nascut
- Nou-nascutul are o greutate scazuta, un cap si o inaltime mai mica decat normal
- Malformatii, atunci cand mama sau tatal sunt dependenti
- Alte afectiuni
- Arsuri in gura si pe maini, din cauza fumatului
- Urme de ace pe maini sau in zone unde substanta e injectata
- Infectii, rani din cauza injectiilor repetate
- Incontinenta urinara (eliminarea involuntara de urina)
- Reactii alergice la cocaina sau la substantele din compozitia etnobotanicelor
- Infectii ale creierului - atat bacteriale, cat si fungice - pot provoca abcese
- Scadere in greutate si malnutritie, din cauza scaderii apetitului
- Gangrena intestinului (moartea tesutului) sau a altor organe, din cauza lipsei circulatiei sangelui
- Comportamente riscante, cum ar fi sexul neprotejat
- Risc crescut de contractare a SIDA sau hepatita, ca urmare a sexului neprotejat sau a folosirii de ace infectate.



BARBITURATES

6. Barbiturice:

Intoxicația cu barbiturice este asemănătoare cu ebrietatea alcoolică:

- etapa euforică și excitația de scurtă durată
- somnolență, obnubilare, confuzie, somn
- tulburări psihomotorii și de vorbire
- labilitate afectivă
- comportament agresiv.

6. Barbiturice:

Intoxicatie cronica: Tablou clinic de sindrom psihoorganic si anume:

- Ataxie
- Dizartrie
- Lentoare ideomotorie
- Scaderea facultati intelectuale
- Labilitate afectiva

6. Barbiturice:

Toleranță relativ joasă. Doza folosită poate fi de 5-10 ori mai mare comparativ cu cea inițială. La întreruperea consumului toleranța scade brusc fapt care poate provoca intoxicații acute după revenirea în timp la dozele anterioare.

Dependența psihică pronunțată.

Sindromul de sevraj se dezvoltă în primele 24 de ore după întreruperea consumului și atinge intensitate maximă în 48-72 de ore, apoi lent dispare.

Sindromul de sevraj la barbiturice:

- neliniște,
- tremor,
- slăbiciune progresivă,
- vertij,
- tulburări de percepții vizuale,
- grețuri,
- vomă,
- insomnie,
- hipotonie bruscă,
- convulsii,
- tulburări psihice de tip paranoid cu halucinații, stupor, fobii
- întreruperea bruscă a consumului poate provoca deces .



7. Solvenți volatili:

Intoxicația acută :

- euforie cu tulburări de orientare în spațiu
- iluzia performanțelor crescute, halucinații
- tulburări de comportament, inclusiv comportament agresiv
- la creșterea dozei – convulsii, comă, deces .

7. Solvenți volatili:

Intoxicația cronică (benzină, benzol, tetraclorură de carbon) :

- schimbări patologice în plămâni, ficat, rinichi, formula sîngelui.
- tulburări psihice profunde de **tip psihoorganic**.

Toleranța nesemnificativă cu excepție la toluol

Dependența psihică mai puțin pronunțată comparativ cu alte tipuri de toxicomanii.

Dependența fizică minimă. Întreruprea bruscă a consumului provoacă somnolența, irascibilitate, inhibiție motorie.

Tulburari psihotice ulterioare:

- Tulburari de perceptie (hiperestezii, iluzii, halucinatii auditive si vizuale vii si caleidoscopice)
- Ca regula euforie, posibil anxietate, inhibitie, atitudini ostile catre anturaj
- Derealizare si depersonalizare

8. Toxicomania cauzata de tranchilizante si antidepresive:

Este tipica dependenta psihica. Dependenta fizica slab pronuntata. Simptomul de sevraj slab pronuntat si predomina simptomele disvegetative. Totusi uneori se constata:

- iritabilitate
- Anxietate
- Neliniste psihomotorie

Insomnie,convulsii extremitati, algii articulare

In cazul supradozarii tranchilizantelor pana la 1 g este posibila instalarea unui somn de 48 de ore.

8. Toxicomania cauzata de tranchilizante si antidepresive:

Intoxicatie acuta:

- Tulburari constiinta cu somn, coma, hipotonie musculara
- In intoxicatii pronuntate se dezvoltă encefalopatia cu sindrom astenic

9. Anticolinergice (belladonna, atropina, astmatol, dimedrol, etc.)

Intoxicatia usoara:

- Tulburari de memorie (retentie)
- hipoprosexie
- midriaza
- uscaciunea pielii
- Tahicardie
- Constipatie
- hipertermie

Intoxicatie pronuntata cu anticolinergice:

- Anxietate
- Agitatie psihomotorie
- Dezorientare auto- si allopsihiica
- Stari de delirium
- Vorbire neclara
- Sopor, coma cu tulburari cardiace(crestere QT interval)
- Tulburari mnestice si astenice
- Nu se constata dependenta pentru anticolinergice

10. Nicotina

Intoxicatie usoara:

1. Senzatie de relaxare, cresterea capacitatii de concentrare
2. Nicotina are actiune asemanatoare acetilcolinei asupra creierului
3. Dependenta de nicotina poate fi similara cu dependenta de heroina
4. Are loc cresterea tolerantei
5. Starea de sevraj este depasita prin consumul repetat a tigaretei. In sevraj se constata si starea de neliniste

Dependenta de nicotina este una din cele mai dificil de indepartat tipuri de dependenta

11. Nicotina

Nicotina determina modificari la nivel cerebral, care provoaca o placere de moment.

Tocmai aceasta placere de scurta durata este aceea care ii face pe oameni sa isi doreasca sa mai fumeze inca o tigara si apoi inca una.

O persoana dependenta de nicotina are de-a face cu o serie de simptome neplacute care sunt indepartate temporar prin fumat.

Simptome de sevraj nicotinic:

- Iritabilitate
- Accese de furie
- Slaba capacitate de concentrare,
- Frustrare,
- Cresterea apetitului sau insomnie.
- In unele cazuri, sevrajul se poate manifesta si prin diaree sau constipatie;
- Neliniste
- Depresie
- Hipoprosexie

Posibile complicatii ale dependentei de nicotina:

Boli pulmonare— cancere la nivelul plamanilor, bronsita sau emfizem;

Astm— fumatul inrautateste starea persoanelor astmatice;

Probleme cardiovasculare— risc crescut de infarct miocardic, boli vasculare periferice si accident vascular cerebral;

Cancer— risc crescut de a dezvolta cancer pulmonar, cancer al vezicii urinare, cancer de col, cancer la stomac, cancer de gat, esofag sau laringe;

Pielea fumatorilor da mai repede semne de imbatranire;

Infertilitate sau impotenta si disfunctii erectile;

Risc ridicat de avort spontan sau probleme grave la nou-nascut;



cafeaua



Vorbim despre dependenta atunci cand bem mai mult de 300 ml de cafea pe zi (3 cani normale de cafea).

Ce este cafeaua ?

Cofeina este un alcaloid amar, alb, cristalin care actioneaza ca un **drog stimulent** si un **inhibitor de acetilcolinesteraza**

Cofeina contine un agent chimic, in prezent necunoscut, care **stimuleaza productia de cortizon si adrenalina**, doi hormoni de stimulare.

12. Elementul esential al intoxicatiei cu cafeina

- nelinistea,
- nervozitatea,
- excitatia,
- insomnia,
- faciesul congestiv,
- diureza (crescuta),
- si acuze gastrointestinale.
- anxietate,
- crampe musculare,
- deraierea fluxului gandirii si vorbirii,
- tahicardie sau aritmii cardiace,
- perioade de infatigabilitate,
- agitatie psihomotorie.



La om cafeina actioneaza ca un **stimulent** al sistemului nervos central, alungand temporar somnolenta si restabilind starea de alerta. Este drogul **psihoactiv** cel mai consumat in intreaga lume, dar, spre deosebire de celelalte substante psihoactive este si **legal** si nereglementat in niciun fel in aproape toate colturile lumii.

Bauturile care contin cofeina cum ar fi cafeaua, ceaiul, bauturile racoritoare si bauturile energizante se bucura de o mare popularitate. In America de Nord 90% dintre adulti consuma cafeina zilnic.

➤ Ea produce o stare de veghe (de alerta) crescuta, un flux de gandire mai clar si mai alert, atentie sporita precum si o mai buna coordonare generala a organismului. Cantitatea de cofeina necesara pentru a produce efecte variaza de la o persoana la alta in functie de marimea corpului si de gradul de toleranta. Efectele incep in mai putin de o ora dupa consum, si o doza moderata, de obicei, dispare in aproximativ cinci ore.

➤ Tendinta este de a consuma **mai multe** substante stimulante odata, una dintre cele mai “light” combinatii fiind cea dintre alcoolul etilic si o bautura “energizanta” pe baza de cofeina, cea din urma atenund considerabil efectele sedative ale primeia. Cand se ajunge la intoxicatie, cea etanolica trece pe primul plan, fiind mai grava. De aceea majoritatea intoxicatiilor cu doze foarte mari risca sa nu fie diagnosticate, sau daca sunt identificate, capata foarte putina atentie clinica. Asa ajung sa fie repetate, uneori fara ca persoana sa stie ca se intampla si acest lucru.

12. Este cel mai consumat si cel mai ieftin drog stimulant in intreaga lume.

- Capacitatea de concentrare
- Vigilentia (atentia sustinuta)
- Fixarea de noi informatii si rememorarea lucrurilor invatate anterior
- Viteza de reactie (timpii de raspuns)
- Viteza de procesare a informatiilor
- Dispozitia

Are efecte multiple:

- creșterea pulsului și tensiunii arteriale,
- dilatator bronhial,
- diuretic,
- stimulant al peristaltismului intestinal, - - stimulator al sistemului nervos, etc.

Iata care sunt semnele excesului de cafeina:

- Tahicardi
- Confuzie,
- Anxietate
- Tulburari de somn, insomnie,
- Oboseala exagerata
- Febra
- Probleme gastrointestinale
- Migrene
- Sete exagerata
- Poliurie
- Iritabilitate
- Crampe musculare
- Afectiuni respiratorii
- Grea

Sevrăjul la cafeină (DSM-V)

- A. Consum zilnic de cafeină, perioade prelungite de timp
- B. Întrerupere sau reducerea bruscă a consumului (24 de ore) provoacă 3 sau mai multe simptome:
 1. Cefalee
 2. Astenie marcată sau somnolență
 3. Dispoziție disforică, depresivă sau iritabilitate
 4. Dificultăți de concentrare
 5. Simptome de tip gripal (greața. Vărsături, dureri sau contracturi musculare)
- C. In domeniul profesional
- D. Nu sunt probleme medicale sau alte tulburări mintale

12.Tulburarile induse de cofeina

Tulburarea anxioasa indusa de cofeina

(transpiratie, tremurături, bătăi de inimă rapide
dificultăți în respirație, greață, leșin, dureri toracice
palpitații) .

Tulburarea de somn indusa de o cofeină - c

perturbare notabila a somnului - de tipul insomnie
hipersomnie..

Tratament:

1. Tratamentul sevrajului, dezintoxicare
2. Restabilirea tulburarilor metabolice, somnului, tulburarilor psihice
3. Tratament antirecidivant

Tratament (nicotina):

Patch-ul

Este un bandaj ca un autocolant mic, pe care il aplicați pe braț sau pe spate. Patch-ul ofera un nivel scazut de nicotina pentru organism.

Prin pulverizare sau inhalator

Spray-urile cu nicotina si inhalatoarele

Medicamente

- vareniclina (Chantix).
- bupropion (Wellbutrin).

Tratament sevraj opiaceic:

1. Agonisti receptori alfa (clonidina)
2. Neuroleptice atipice
3. Analgetice: tramadol,
4. Antagonisti si agonisti receptori opiaceici: naloxone, naltrexone, methadone, etc.
5. Dezintoxicare
6. Diuretice
7. Restabilire Ph,

Gerontopsihiatrie.

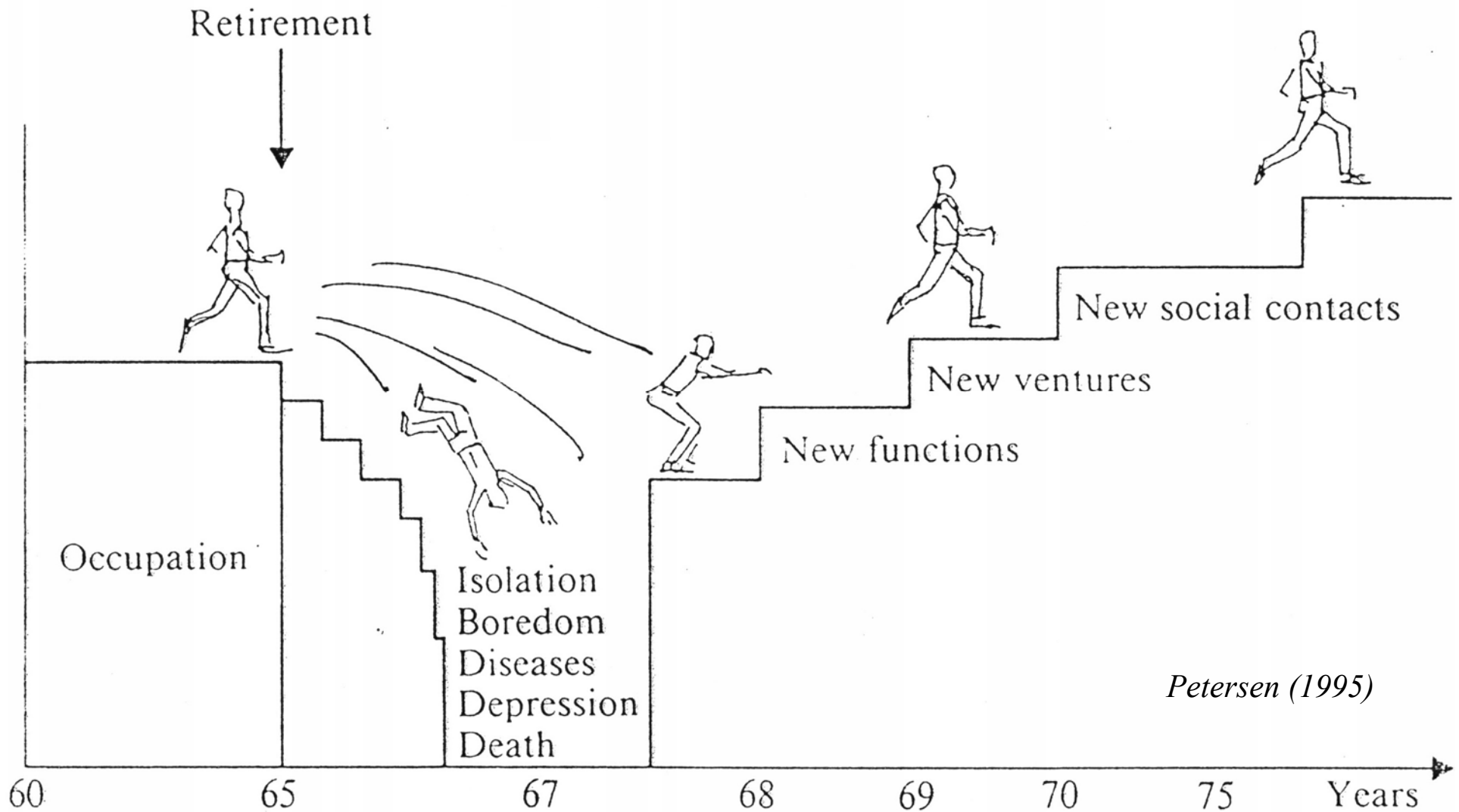
Tulburări de sănătate mintală la persoanele de vârstă a treia



Conf. Dr.
Ion Coșciug



Cursul vieții subiectului uman



ACTUALITATEA PROBLEMEI

- În Europa, în ultimele trei decenii numărul persoanelor, vârsta cărora depășește 65 ani s-a triplat (de la 5% la 15%), iar 1/3 dintre ele sunt persoane, vârsta cărora este peste 75 ani ¹;
- *În fiecare 3 secunde este diagnosticat un caz nou de demență ¹;*
- Tendința spre “întinerirea” proceselor atrofice cerebrale ¹;
 - *Masa creierului uman se micșorează o dată cu vârsta cronologică ²:*
 - **cu ≈ 5% - între 30 și 70 ani;**
 - **cu ≈ 10% - spre 80 ani;**
 - **cu ≈ 20% - spre 90 ani.**

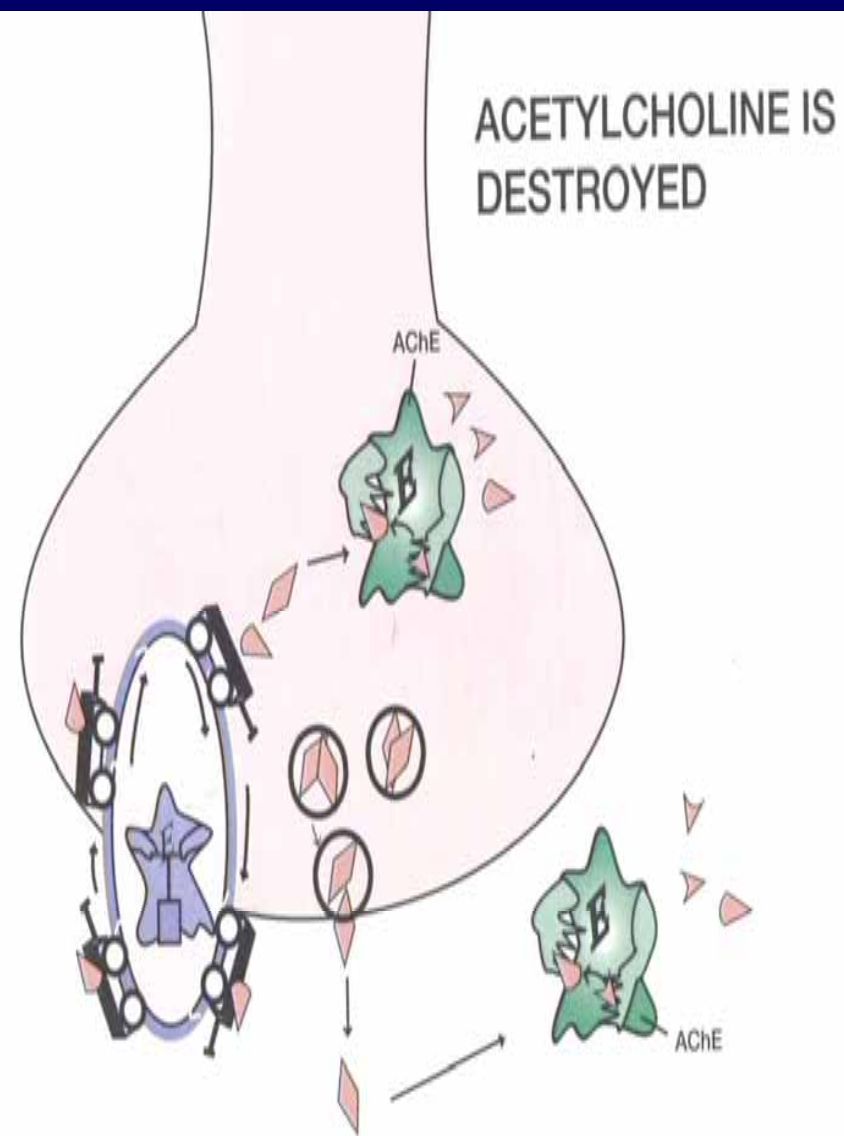
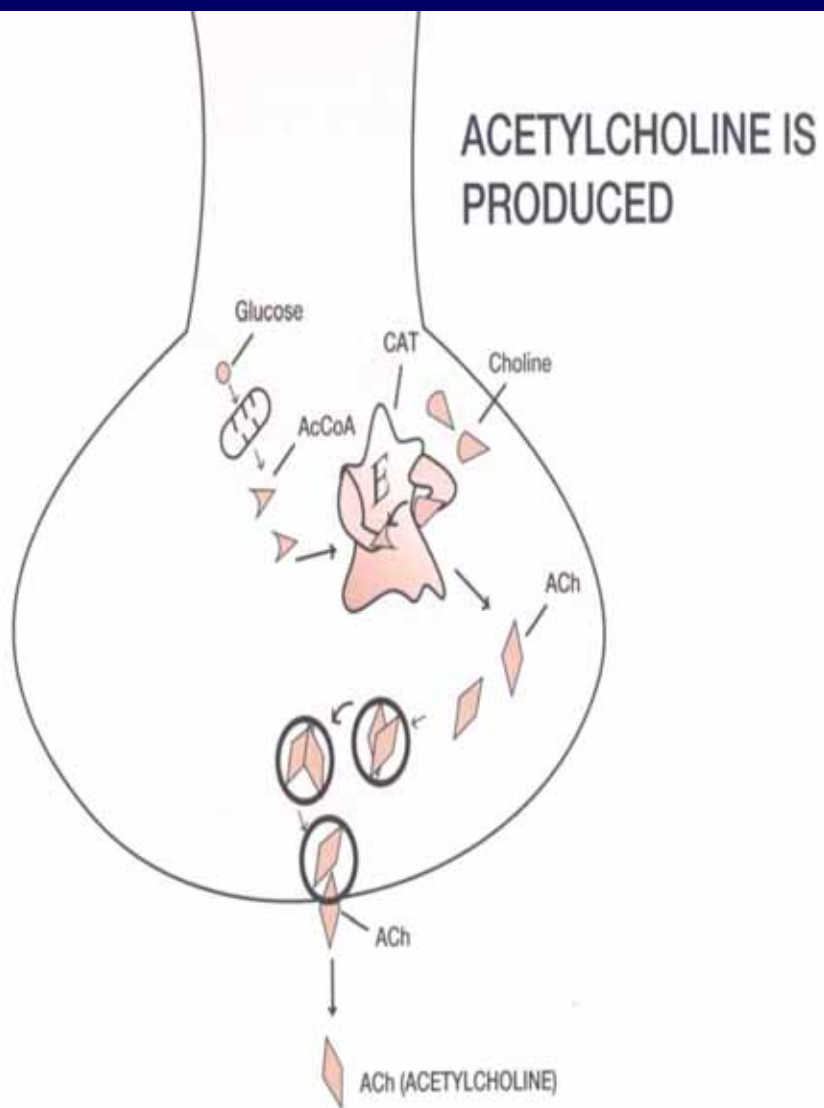
¹ Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии, Т. 2, 1997;

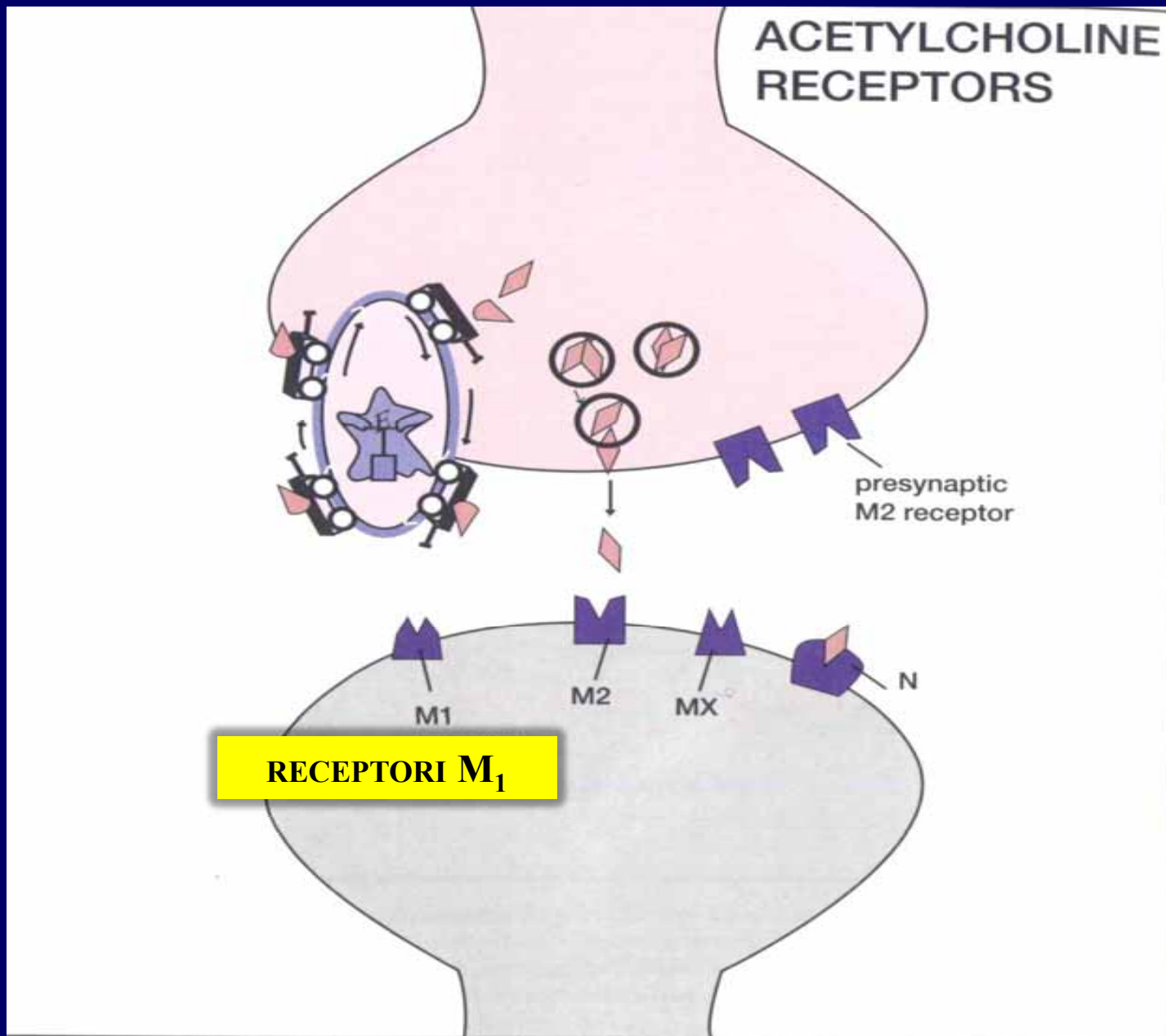
² LAROUSSE Dicționar de psihiatrie și de psihopatologie clinică. Sub direcția lui Jacques Postel, București, Ed. Univers Enciclopedic, 1998, 620 p.

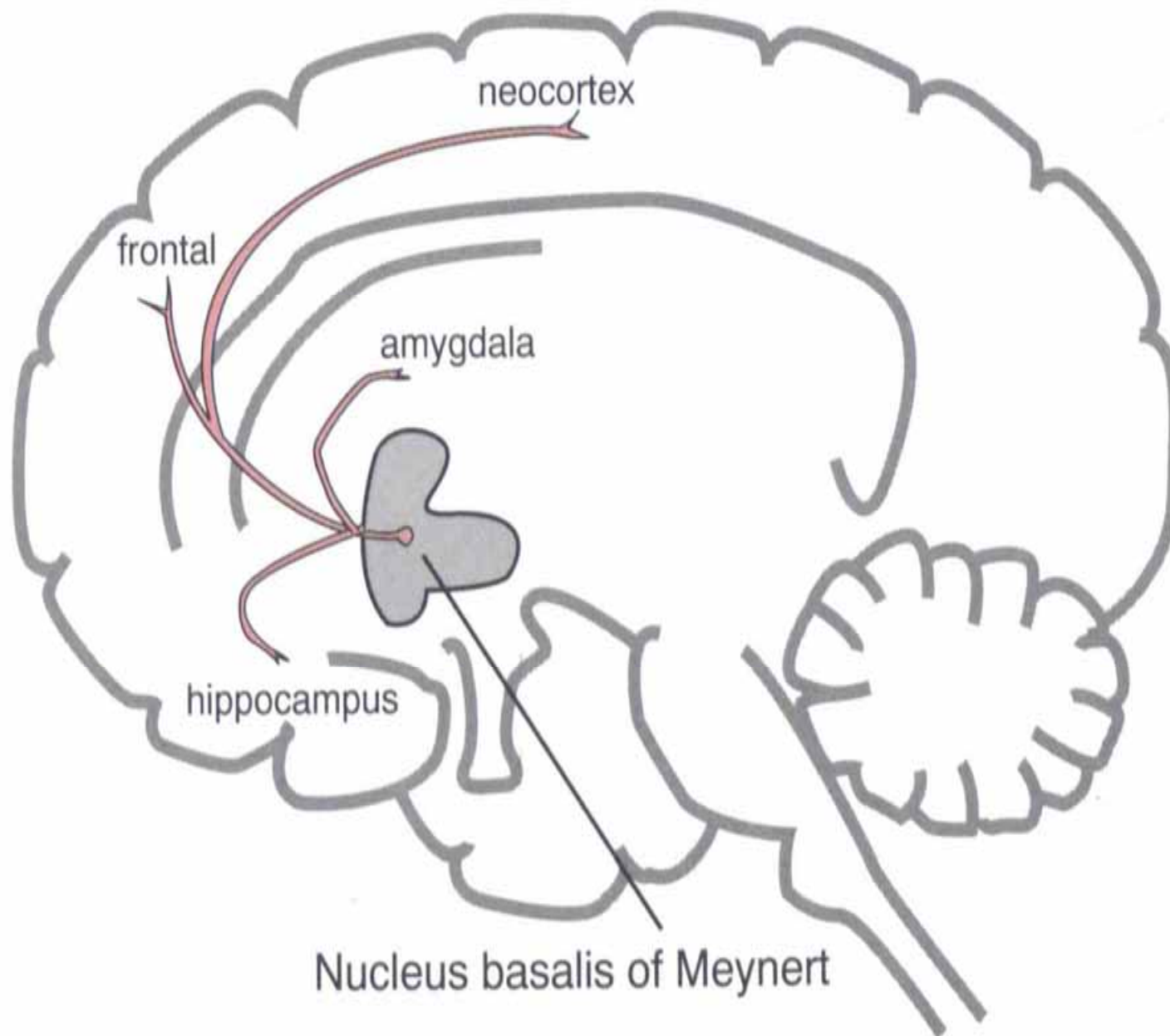
**În creierul uman au loc unele
modificări neurochomice
o dată cu
înaintarea în vârstă,
cele mai importante fiind:**

Modificări neurochomice mai importante :

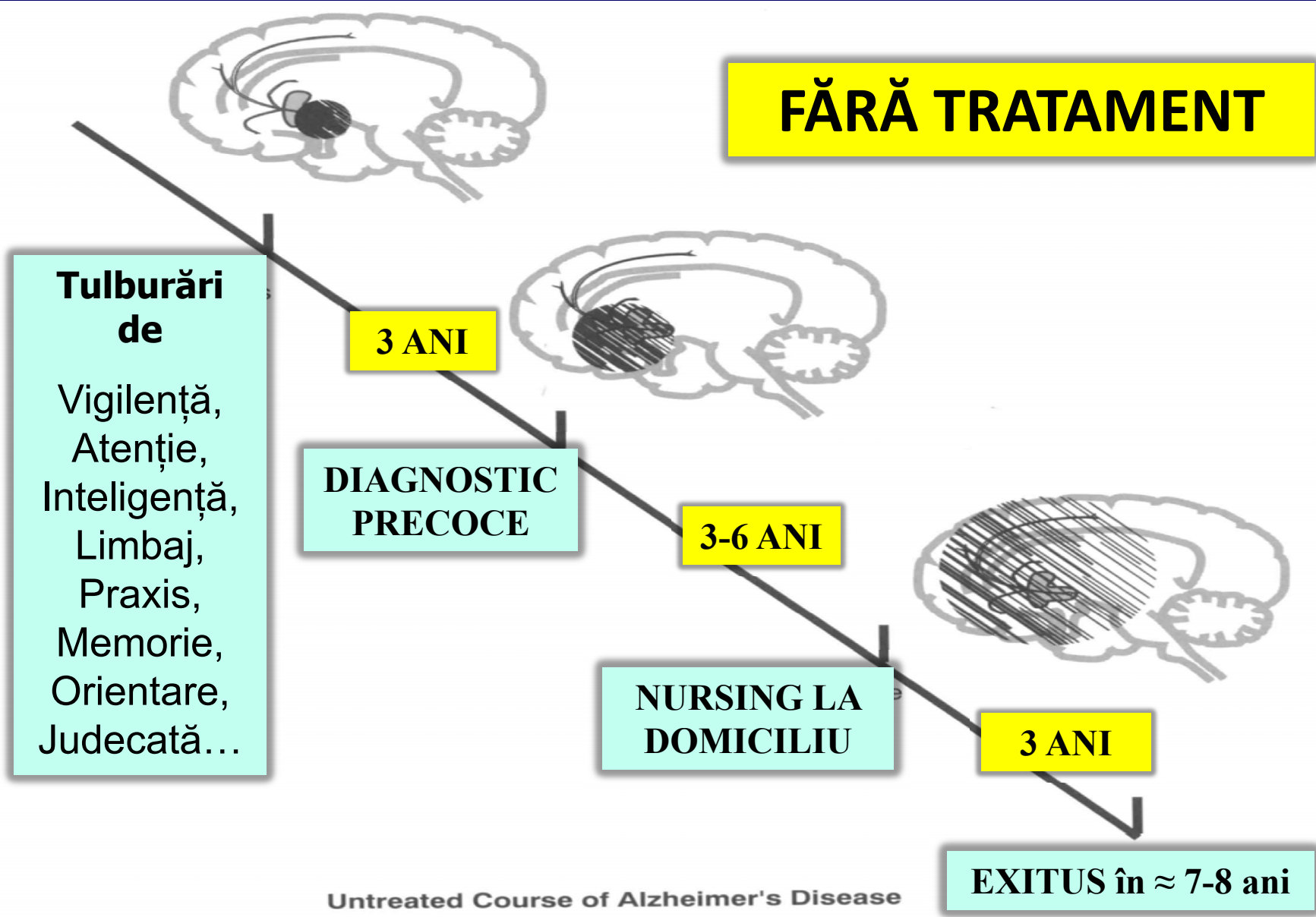
Modificarea mecanismelor **colinergice**







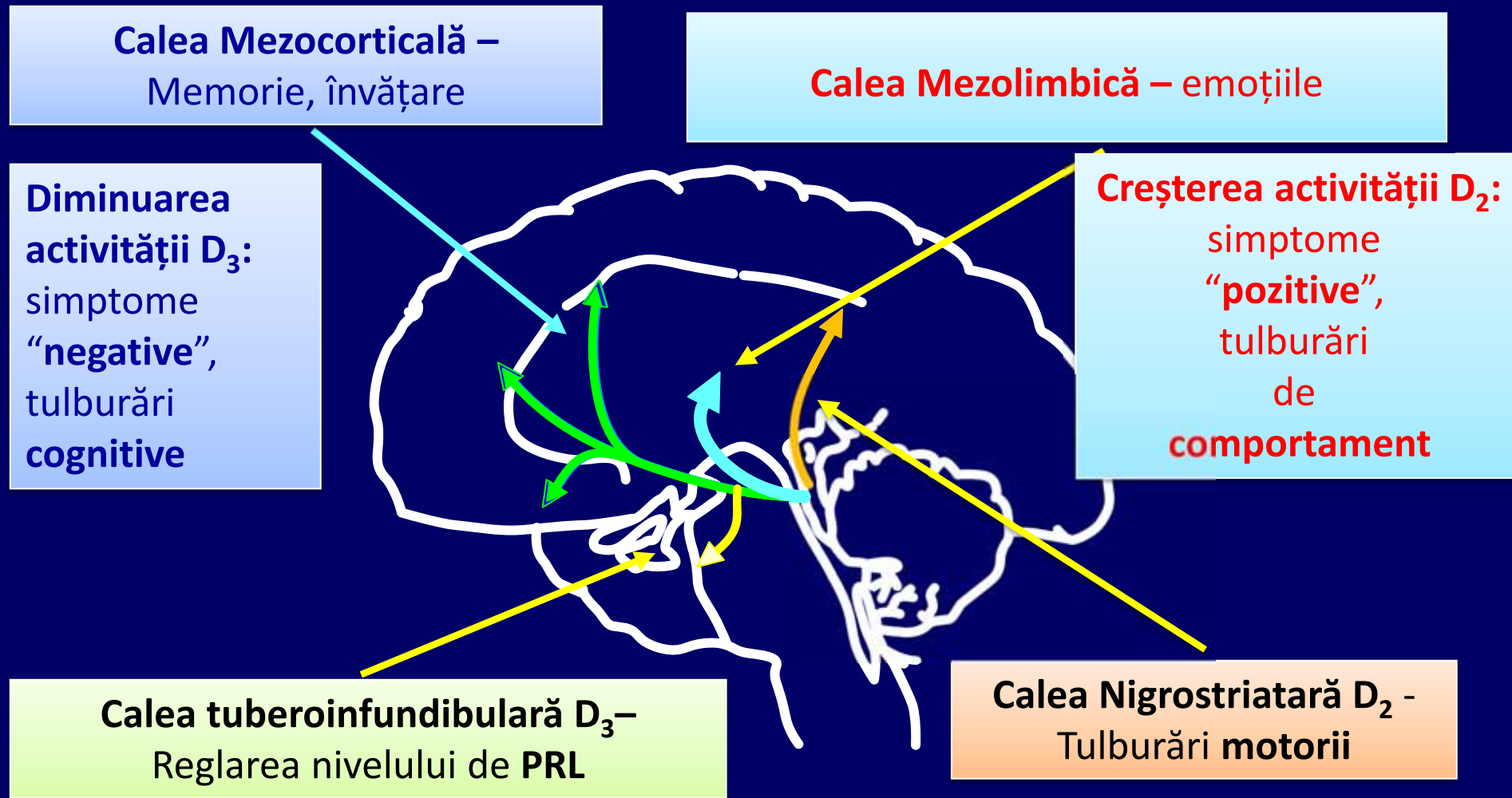
Ce se întâmplă în “Sindromul deficienței colinergice”?



Modificări neurochomice mai importante :

Modificarea mecanismelor Dopaminergice

Ipoteza Dopaminergică în patogenia tulburărilor psihice degenerative



Stahl S.M. Essential Psychopharmacology of antipsychotics and mood stabilizers; 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2002; 2013

Modificări neurochomice mai importante :

Modificarea mecanismelor **Serotoninergice**

Modificări neurochomice mai importante :

Modificarea echilibrului **GABA - Glutamat**

MSG și efectele lui

- Monosodiul glutamat (MSG) este adăugat în foarte multe preparate,
- el ne face să simțim că mâncarea are gust
- MSG este adăugat la
 - *supe,*
 - *preparate congelate,*
 - *preparate la conservă,*
 - *chipsuri și multe alte mâncăruri procesate*

MSG și efectele lui

- Apare sub o formă deghizată ca
 - „*proteină vegetală hidrolizată*”,
 - „*condiment natural*”,
 - „*condiment*”,
 - „*extract de drojdie*”,
 - „*cazeinat de sodiu*”,
 - „*cazeinat de calciu*”,
 - „*făină de ovăz hidrolizată*”

Acestea toate conțin glutamat,

Inclusiv multe produse BIO conțin așa ceva, mai ales cerealele pe care mulți copii le consumă sau sucurile la cutie, inclusiv naturale, bio etc.

MSG și efectele lui

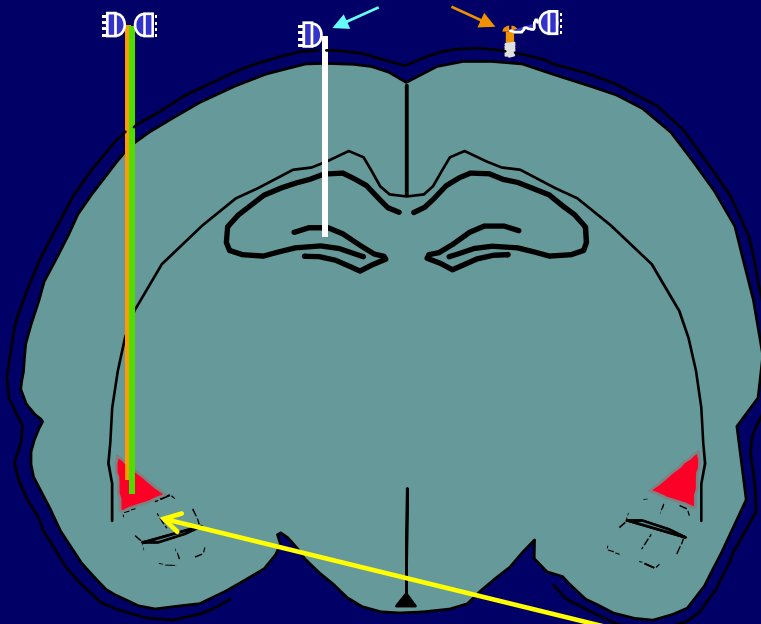
- **Glutamatul** stimulează neuronii în mod excesiv până aceștia mor.
- Cercetătorii au observat acest efect în special în:
 - *Lobii temporali și*
 - *Hipotalamus,*responsabili pentru
- *comportament,*
- *emoții,*
- *imunitate și somn*

În timp, aceste excitotoxine duc la boli neurodegenerative cum ar fi **Alzheimer sau Parkinson**

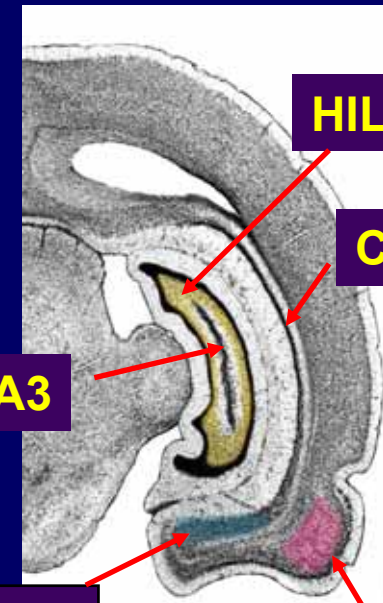
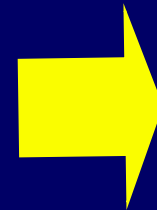
Hiperactivitatea glutamatergică și tulburările cognitive

EXPERIMENTAL

Stimulare



HISTOLOGIC

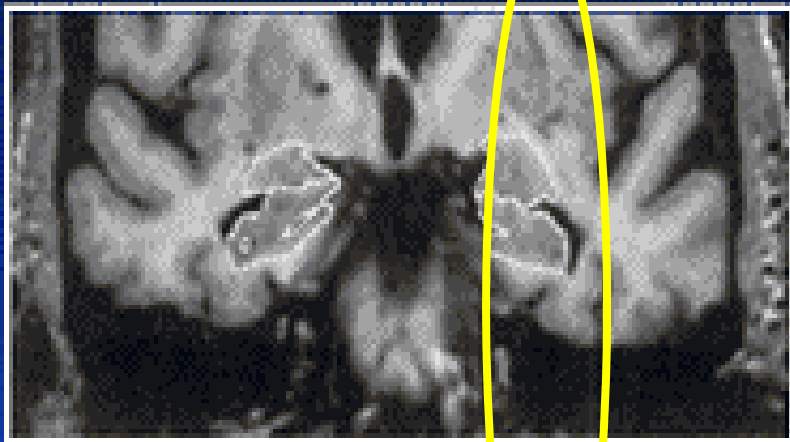


SUBICULUM

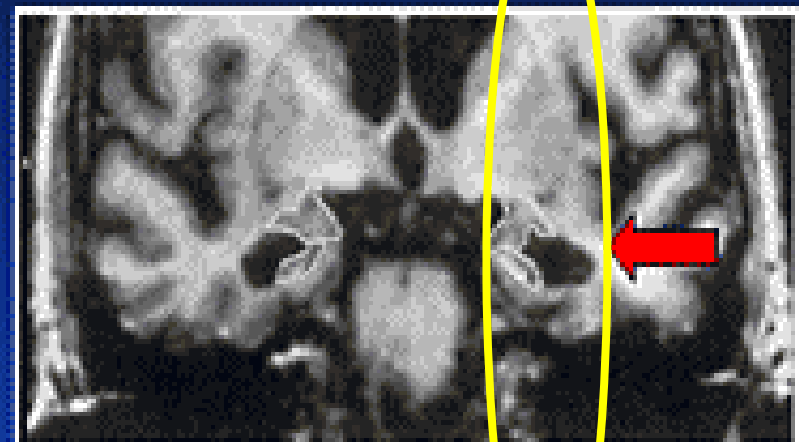
CORTEX
ENTORHINAL
(DIE)

Coronal MRI: Hippocampal Atrophy in AD

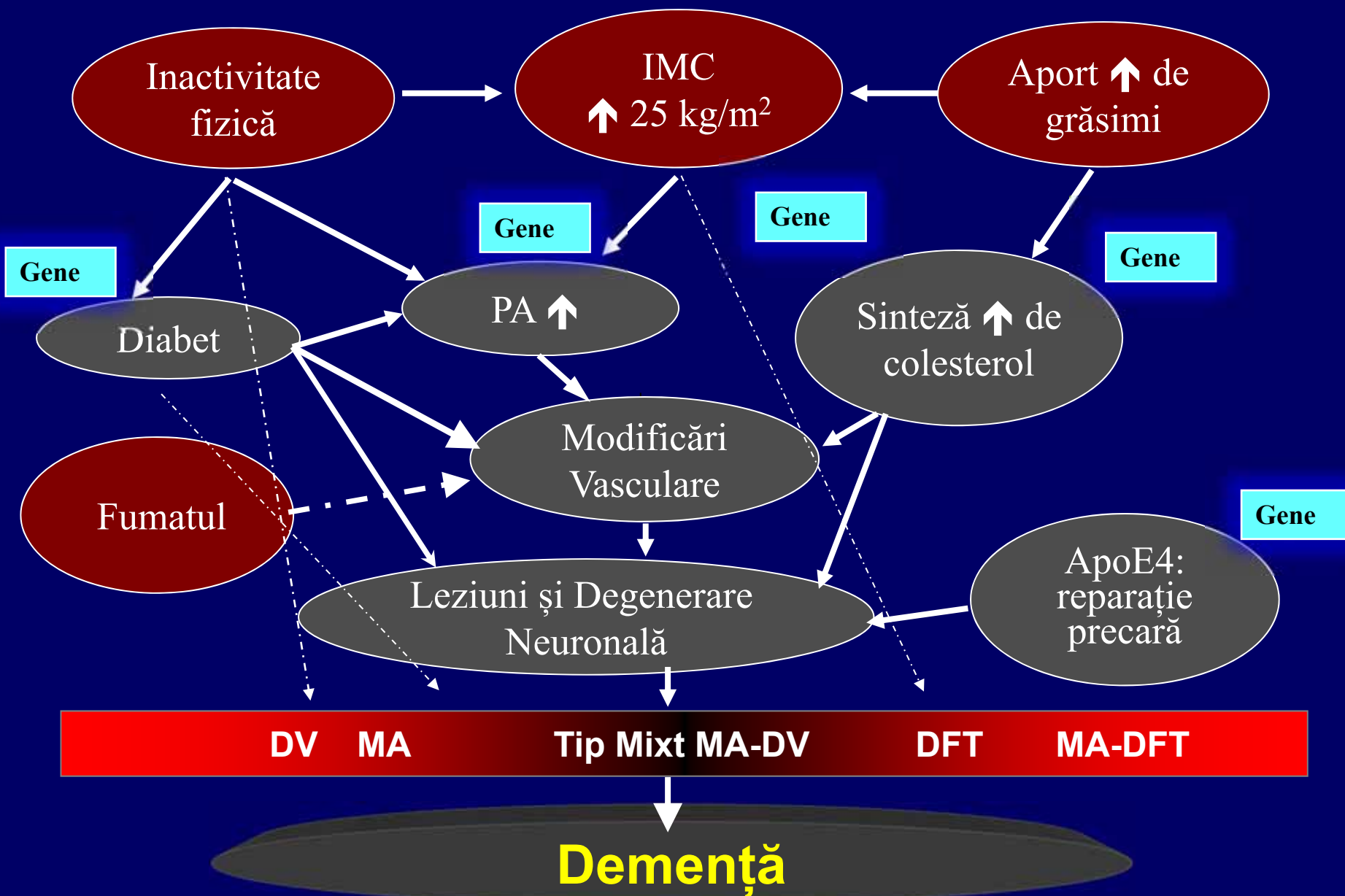
Control



AD



Factorii de risc pentru demență ce pot fi parțial influențați



NEURODEGENERATIVE



BIOCHIMICHE

-ApoE₄

-NF

-PS₁ PS₂

-βA

VASCULARE

DA

Ach

5HT

NA

GABA/ Glu

**MODIFICAREA RAPORTULUI
FUNCTIONAL NEURON / ASTROGLIE**

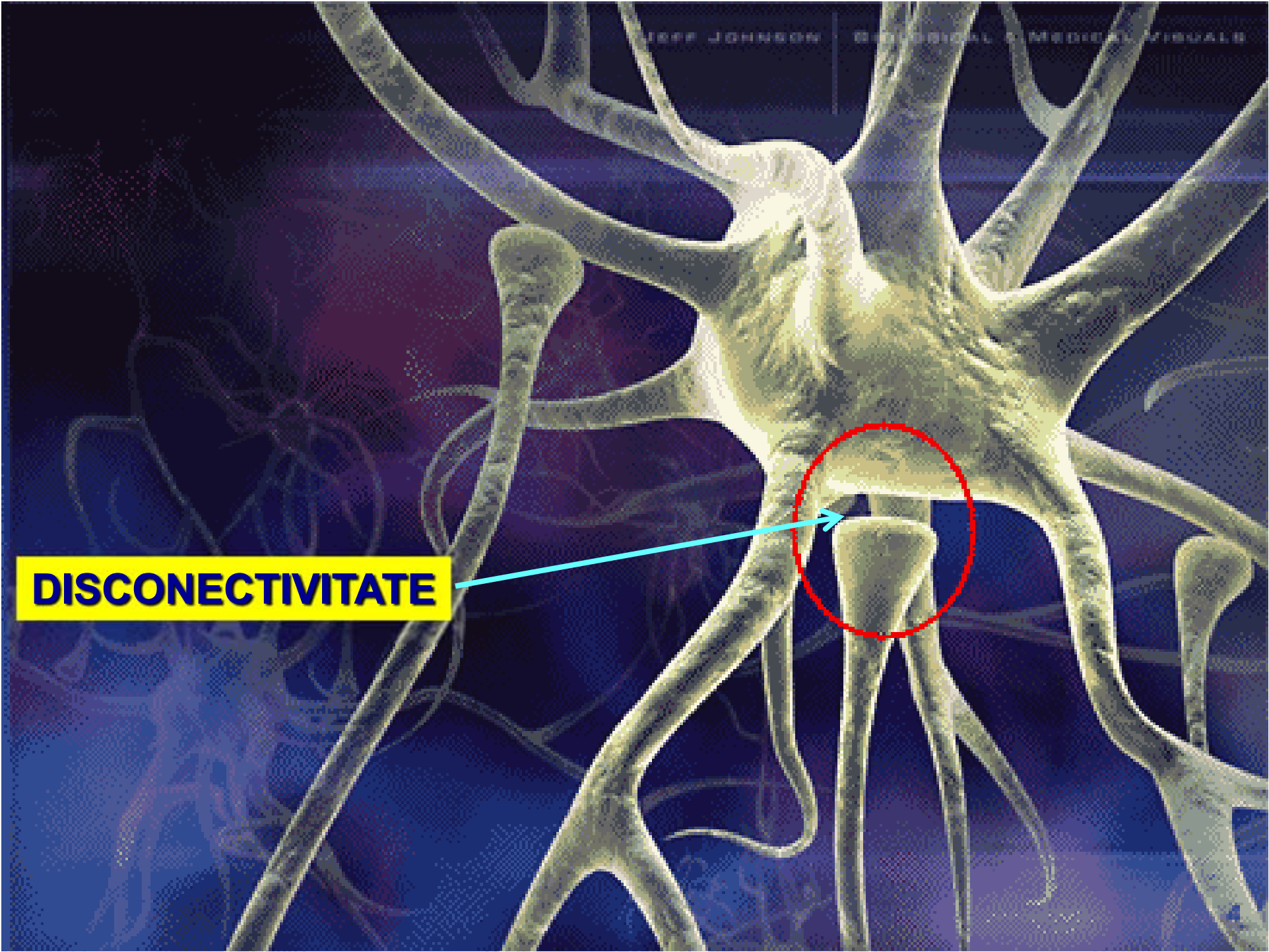
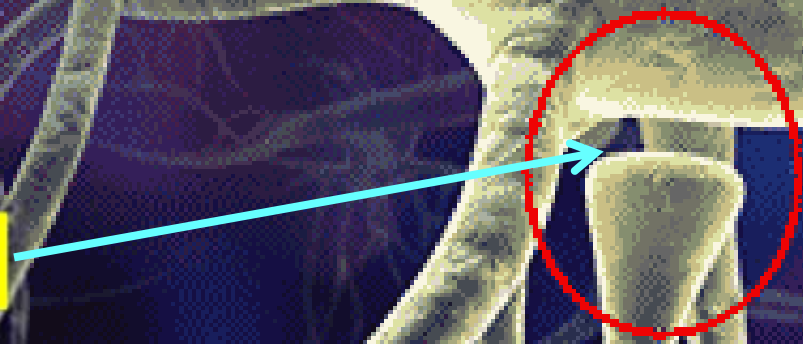


**PIERDEREA CAPACITATII NEUROPROTECTIVE
MODIFICARI STRUCTURALE**

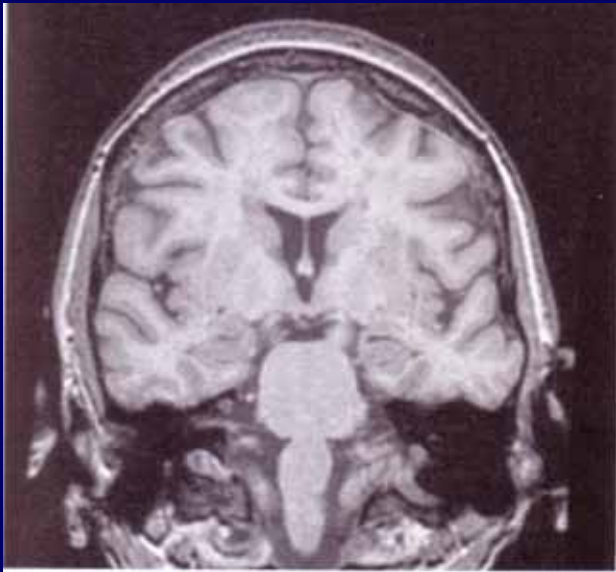


DISCONNECTIVITATE

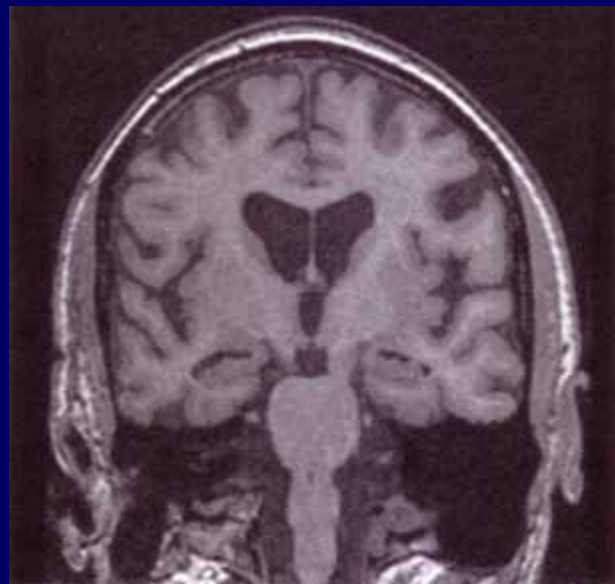
DISCONNECTIVATE



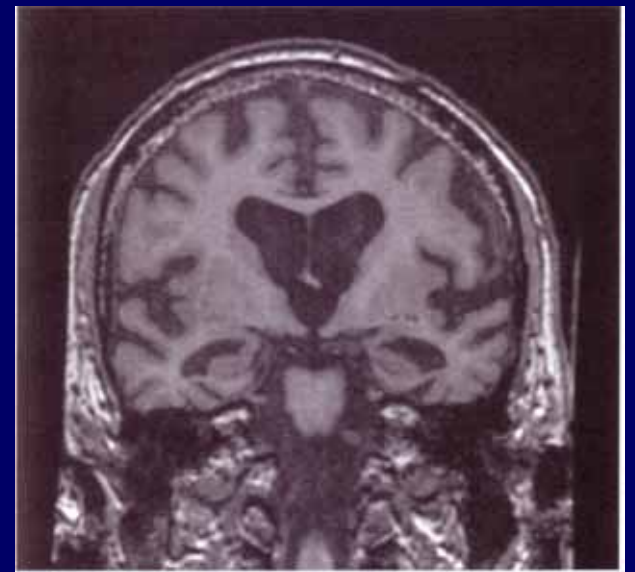
Modificări neurostructurale în perspectiva evolutivă



NORMAL



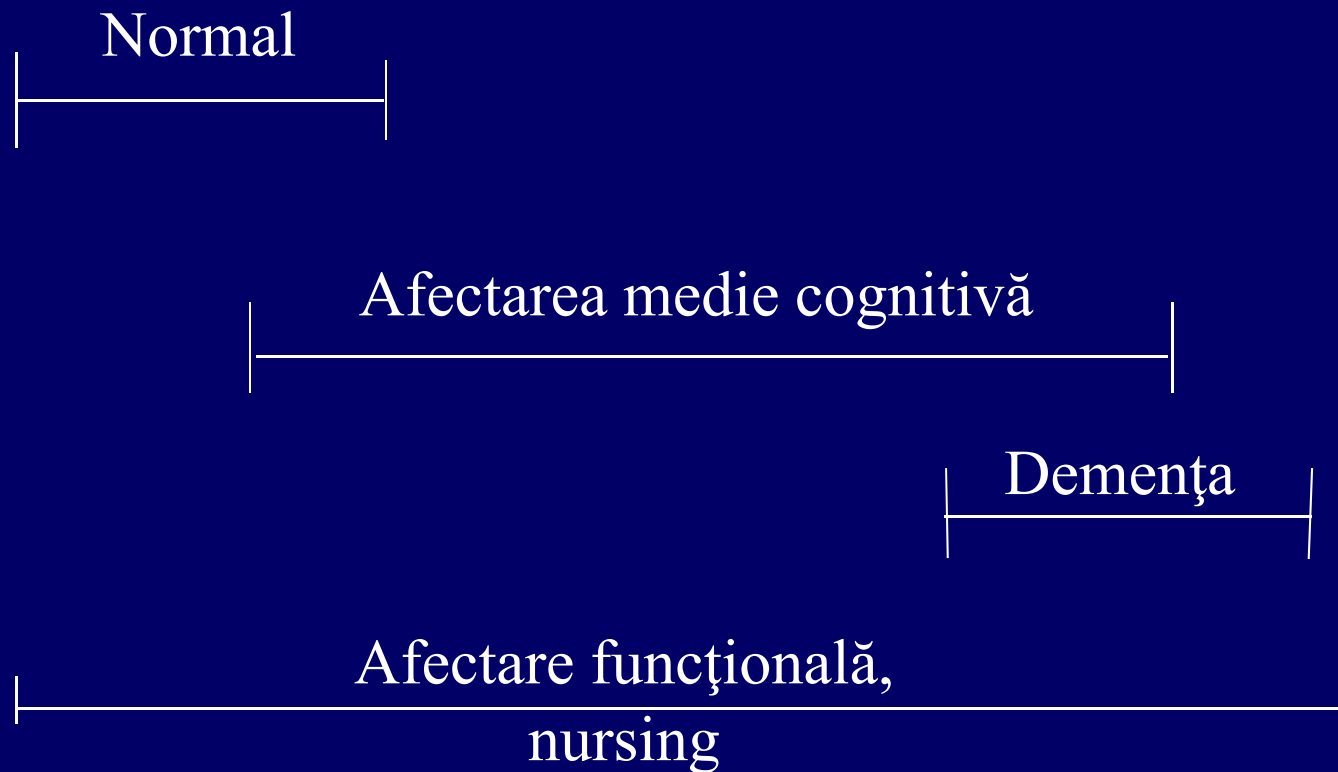
DCM



MA

Petersen, 2003

Îmbătrânirea - un proces continuu de la normal la boala Alzheimer



Petersen (1995)

Etape în evoluția clinică a declinului cognitiv

Grad ușor

- Comportament inadecvat la serviciu
- Uitucie
- Schimbarea dispoziției
- Dereglări de atenție
(*incapacitate de concentrare și menținere a atenției*)

Grad moderat

- Deficit cognitiv semnificativ
- Activitate zilnică limitată
- Dereglări de orientare
- Apraxie
- Agnozie
- Afazie

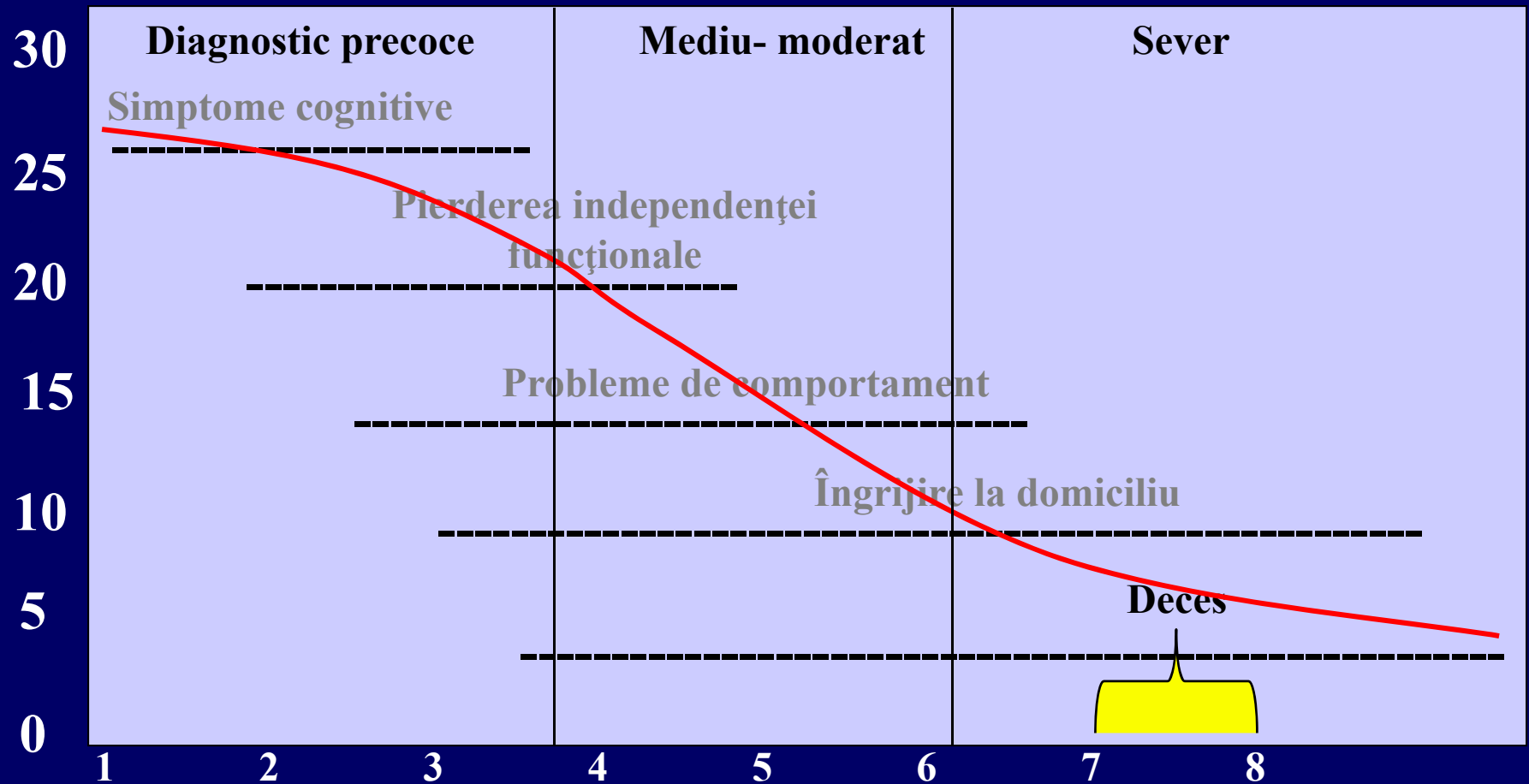
Grad sever

- Pierderea independenței
- Diminuarea memoriei
- Capacitate de judecată precară
- Gândire dezorganizată
- Incontinență afectivă

Chart: Course of Alzheimer disease [after Gauthier 1999]

Evoluția declinului neurocognitiv fără tratament

Scor
MMSE



Gauthier (1996)

ANI



Organizația
Mondială a Sănătății



- **Demența** — este un sindrom cronic progresiv în timp, în cadrul căruia are loc diminuarea funcțiilor cognitive într-o proporție mai mare, decât în procesul de îmbătrânire obișnuită.
- Sunt prezente tulburări ale *memoriei, gândirii raționale, capacității de a înțelege și însuși informații noi, vorbirii, calculului, și orientării auto- și allopsihice.*
- Demența de regulă nu influențează conștiința.
- Demența afectează cu predilecție persoane de vârstă înaintată și, **NU ESTE** un proces *de îmbătrânire fiziologică.*

Demența - definiție

- Demența este o tulburare caracterizată prin deficite cognitive multiple, afectând
 - memoria,
 - inteligența,
 - limbajul,
 - rezolvarea problemelor, praxisul,
 - învățarea, orientarea, percepția,
 - atenția,
 - judecata,
 - concentrarea și abilitățile sociale

- **F00 – Demența în boala Alzheimer (G30)**

- F00.0 cu debut precoce (< 65 ani)
- F00.1 cu debut tardiv (> 65 ani)
- F00.2 forma atipică sau mixtă
- F00.9 nespecificată

- **F01 – Demența vasculară**

- F01.0 cu debut acut
- F01.1 prin infarcte multiple
- F01.2 subcorticală
- F01.3 mixtă, subcorticală și corticală
- F01.8 alte forme
- F01.9 nespecificată



- **F02 – Demența în alte boli**

- F02.0 Dementa in boala Pick (G31.0)
- F02.1 Dementa in b. Creutzfeldt-Jakob (A81.0)
- F02.2 Dementa in boala Huntington (G10)
- F02.3 Dementa in boala Parkinson (G20)
- F02.4 Dementa in SIDA (B22)
- F02.8 Dementa in alte boli
 - lipidoza cerebrala (E75)
 - epilepsie (G40)
 - degenerescenta hepatolenticulara (E83.0)
 - hipercalcemie (E83.5)
 - hipotiroidism dobandit (E01, E03)
 - intoxicatii (T36-T65)
 - scleroza multipla (G35)
 - neurosifilis (A52.1)
 - carenta in acid nicotinic [pelagra] (E52)
 - poliarterita nodoasa (M30.0)
 - lupus eritematos sistemic (M32)
 - tripanosomiaza (B56, B57)
 - carenta in vitamina B12 (E53.8)

- **F03 – Demența fără precizare**

Tulburări neurocognitive

- Paris,
- Lămâie,
- Bicicletă,
- Optzeci și doi (82),
- Zebră.

Demența în (DSM V™)

În DSM-V-TM termenul “*DEMENȚĂ*” a fost inclus în noua entitate nosologică, numită

“Tulburare neurocognitivă Majoră”, (TNC)

deși...însăși termenul “*demență*” nu este exclus și, este utilizat în cadrul subtipurilor etiologice în care această denumire este standard.

(DSM-V™, 2013)

Demența în (DSM V™)

În plus, în DSM-V-TM termenul “*DEMENTĂ*” este acceptat pentru un nivel mai puțin sever de deteriorare cognitivă,

“Tulburarea neurocognitivă Ușoară (minoră)”,

Care corespunde stadiilor incipiente și justifică abordarea clinică și care, *în DSM-IV* era cuprinsă în categoria “*Tulburare cognitivă nespecificată în altă parte*”

(DSM-V™, 2013)

Demența. Criterii de diagnostic. (DSM V™)

(1) Tulburare neurocognitivă Ușoară (TNC)

(A). Dovezi privind declinul cognitiv **nesemnificativ**, comparativ cu nivelul anterior de performanță (*atenția complexă, funcția executivă, învățarea și memoria limbajul, funcția perceptivo-motorie sau de cogniția socială*),

Bazate pe: (1) și (2)

(DSM-V™, 2013)

Demența. Criterii de diagnostic. (DSM V™)

(1) Tulburare neurocognitivă Ușoară

Bazate pe (1) și (2):

- (1) Acuzele individului, aparținătorilor sau preocuparea clinicianului, privind **DECLINUL UȘOR** al funcțiilor cognitive
- (2) Un **DECLIN NE-SEMNICATIV** al performanței cognitive, documentată prin evaluare neuropsihologică standard sau, în absența acesteia, printr-o altă metodă clinică de evaluare.

(DSM-V™, 2013)

Examenul neuropsihologic standard

MMSE

Interpretare

- *Scor Maxim = 30 puncte – Normă;*
- ≥ 24 puncte – posibil delirium sau demență;
- ≥ 21 puncte – declin neurocognitiv ușor;
- $10 - 20$ puncte – declin neurocognitiv moderat;
- ≤ 9 puncte – declin neurocognitiv sever.
- Se necesită adaptarea în funcție de vârstă și nivelul de studii
- – *Veridicitate relatată 82%*

Mini-Mental State Examination - MMSE

(Mini test pentru examinarea stării mentale)

Așezați pacientul într-o poziție confortabilă și stabiliți o bună comunicare. Puneți întrebările în ordinea prezentată. Scorul maxim posibil este de 30.

Punctaj
maxim

Orientare

În ce (an), (anotimp), (zi a săptămânii), (zi din lună), (lună) suntem?

5

Unde ne aflăm - (țara), (județul), (orașul), (spitalul), (etajul)?

5

Înregistrarea informațiilor

Rostiți numele a trei obiecte obișnuite (de ex. „măr”, „masă”, „monedă”). Între fiecare cuvânt faceți câte o pauză de câte o secundă. Cereți-i pacientului să le repete pe toate 3. Acordați câte 1 punct pentru fiecare răspuns corect. Apoi relatați-le până le învață pe toate 3.

3

Evaluati din câte încercări a reușit și notați. Încercări:

Atenție și calcul

Numărare inversă de la 100 scăzând câte 7. Opriti-l după 5 răspunsuri corecte.

5

Test alternativ: rostirea cuvântului „avion” în sens invers.

Punctajul este în funcție de numărul de litere așezate în ordine corectă (N_O_I_V_A).

Reproducerea informațiilor

Întrebați-l cele 3 nume de obiecte pe care le-a auzit anterior.

3

Acordați câte 1 punct pentru fiecare răspuns corect. (Notă: învățarea nu poate fi testată dacă cele 3 nume nu au fost memorate în timpul testării memoriei.)

Limbaj

Denumirea unui „creion” și a unui „ceas” .

2

Repetarea propoziției: „Capra neagră calcă piatra”.

1

Înțelegerea unei comenzi:

„Luați o foaie de hârtie, împăturiți-o în două și așezați-o pe podea”.

3

Citirea și executarea comenzii: „Închide ochii”.

1

Scrierea unei propoziții.

1

Copierea următorului desen:

1



Scor maxim total: 30

Scor total:

Repere recomandate pentru evaluarea severității disfuncției cognitive:

Ușoară: MMSE \geq 21 Moderată: MMSE 10-20 Severă: MMSE \leq 9

Scăderea medie a scorului MMSE la pacienții cu boala Alzheimer ușoară și moderată este de 2-4 puncte pe an.

Adaptat după Burns A, Lawlor B, Craig S – Assessment Scales in Old Age Psychiatry. Martin Dunitz 1999:34-35; Mini-Mental State Examination

Testul de “Desenare a ceasului”

	<p>10 баллов - норма Нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время.</p>			<p>5 баллов Неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке (против часовой стрелки) или расстояние между числами неодинаково.</p>
	<p>9 баллов Незначительные неточности расположения стрелок.</p>			<p>4 балла Утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга.</p>
	<p>8 баллов Более заметные ошибки в расположении стрелок.</p>			<p>3 балла Числа и циферблат более не связаны друг с другом.</p>
	<p>7 баллов Стрелки показывают совершенно неправильное время.</p>			<p>2 балла Деятельность больного показывает, что он пытается выполнить инструкцию, но безуспешно.</p>
	<p>6 баллов Стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком).</p>			<p>1 балл Больной не делает попыток выполнить инструкцию. Выполнение данного теста нарушается как при деменциях лобного типа, так и при альцгеймеровской деменции и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур.</p>

- Sunt necesare: o foaie de hârtie și un creion.
- Spunem pacientului: “Desenați vă rog un ceas rotund cu cifre în așa mod ca acele lui să indice ora fără 15 minute ora 2”.
- Rezultatul este evaluat după o scară de 10 – puncte.
- Scorurile mai mici indică o deteriorare cognitivă mai gravă.

Clock Drawing Test(Brody H.,1997;Shulman k.,1986., Sunderland T.,1989)

<http://psyhoterapevt.org/test-risovaniya-chasov/>

Demența. Criterii de diagnostic. (DSM V™)

(1) Tulburare neurocognitivă Ușoară

(B). Deficitele cognitive **NU** influențează independența

individului în funcționarea zilnică (individul poate

efectua activități complexe indispensabile ale vieții,

Cum ar fi: - plata facturilor ori managementul terapiei

(procurarea, administrarea, medicamentelor ș.a.), dar... Cu un

efort mai mare ca anterior, ori folosind strategiile

compensatorii *(de ex., î-și notează totul ce are de îndeplinit).*

(DSM-V™, 2013)

Demența. Criterii de diagnostic. (DSM V™)

(1) Tulburare neurocognitivă Ușoară

(C). Deficitele cognitive **NU SUNT DATORATE** exclusiv unui episod de delirium.

(D). Deficitele cognitive nu sunt mai bine explicate de o altă tulburare mintală

(de ex., Tulb. Depresivă majoră, Schizofrenie ș.a.)

(DSM-V™, 2013)

Demența. Criterii de diagnostic. (DSM V™)

(1) Tulburare neurocognitivă Majoră

(A). Dovezi, privind **DECLINUL COGNITIV** multiplu evident și **SEMNICATIV**, comparativ cu nivelul anterior de performanță (*atenția complexă, funcția executivă, învățarea și memoria, limbajul, funcția perceptivo-motorie sau cogniția socială*) bazate pe (1) și (2):

(DSM-V™, 2013)

Demența. Criterii de diagnostic. (DSM V™)

(1) Tulburare neurocognitivă Majoră

Bazate pe (1) și (2):

(1) Acuzele individului, aparținătorilor sau preocuparea medicului, privind deteriorarea **SEMNIFICATIVĂ** a funcțiilor cognitive.

(2) **APECTAREA SEVERĂ** a funcțiilor cognitive, documentată prin evaluare neuropsihologică standard sau, în absența acesteia, printr-o altă metodă clinică de evaluare.

(DSM-V™, 2013)

Demența. Criterii de diagnostic. (DSM V™)

(1) Tulburare neurocognitivă Majoră

(B). Deficitele cognitive **INFLUENȚEAZĂ INDEPENDENȚA** individului în funcționarea zilnică.

- Necesitatea ajutorului ca minimum, în așa activități cotidiene instrumentale și complexe Cum ar fi:
- Achitarea facturilor ori managementul terapiei
(procurarea, administrarea, etc. medicamentelor ș.a.)

(DSM-V™, 2013)

Demența. Criterii de diagnostic. (DSM V™)

(1) Tulburare neurocognitivă Majoră

(C). Deficitele cognitive apar nu doar în cursul unui episod de delirium.

(D). Deficitele cognitive nu sunt mai bine explicate de o altă tulburare mintală

(de ex., Tulb. Depresivă majoră, Schizofrenie ș.a.)

Demența. Criterii de diagnostic. (DSM V™)

DSM V™ recomandă formularea Diagnosticului în baza criteriilor de diagnostic cu specificarea **etiologiei** tulburării neurocognitive:

De ex., Tulburare neurocognitivă **Majoră** ori **Ușoară** datorată:

Maladiei Alzheimer...**ori**, Afectării Frontotemporale (*Pick*)... Cu corpusculi Lewy... **Ori**, Vasculară... **Ori**, Posttraumatică... **Ori**, HIV... **Ori**, Parkinson,... Huntington... Cu prioni (*Creutzfeldt-Jakob...*), etc.

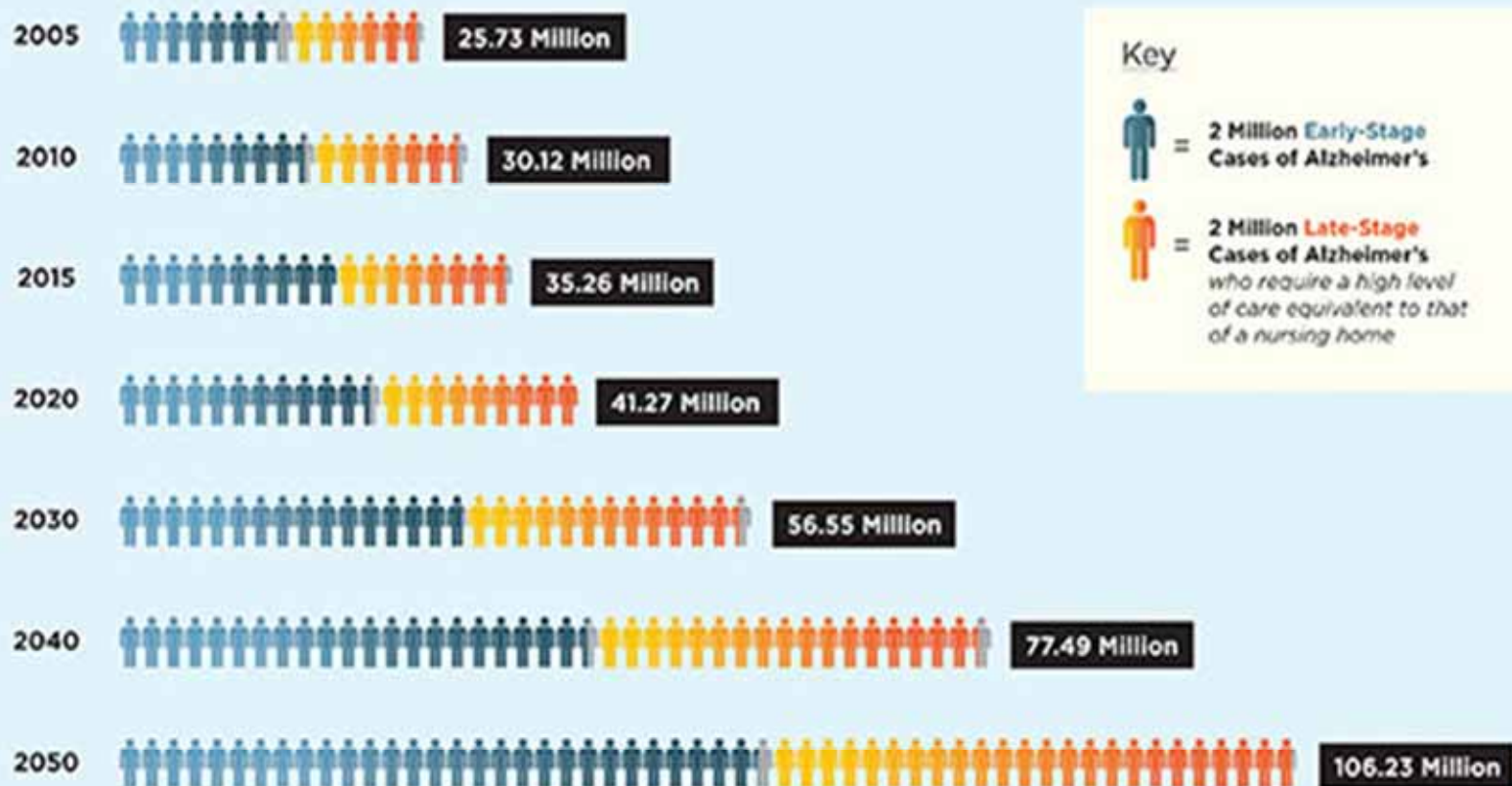
(DSM-V™, 2013)

Demența secundară maladiei Alzheimer

Actualitatea problemei

WORLDWIDE PROJECTIONS OF ALZHEIMER'S PREVALENCE

FOR THE YEARS 2005-2050, BY STAGE OF DISEASE (IN MILLIONS)



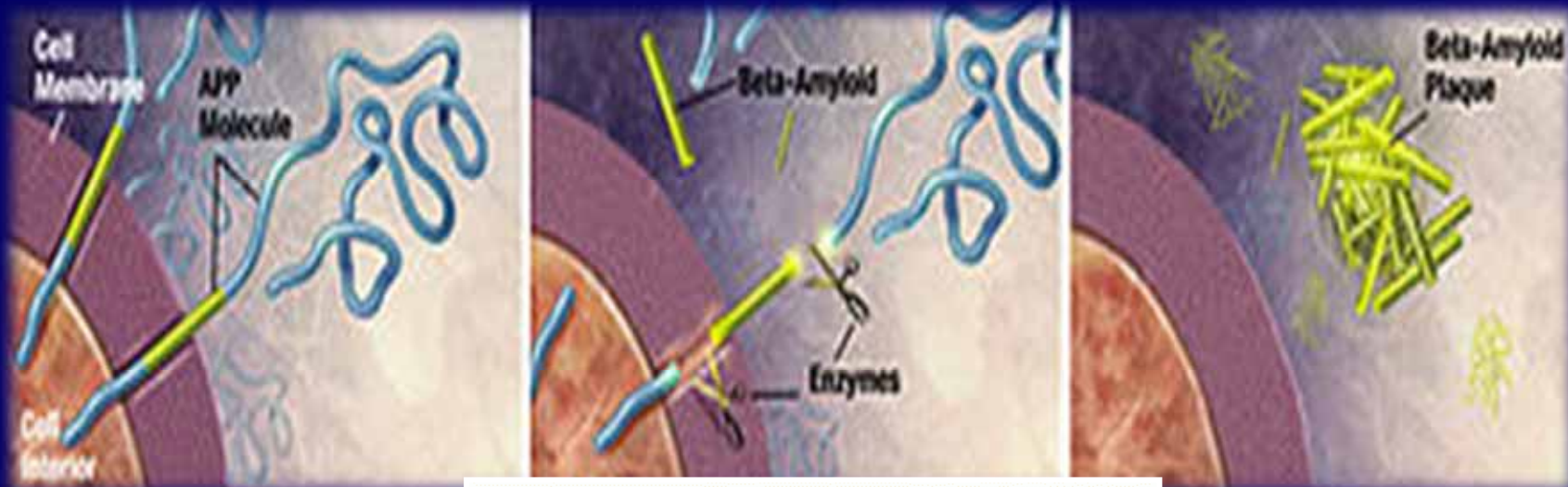
Adapted from "Forecasting the global burden of Alzheimer's disease," by Ron Brookmeyer, Elizabeth Johnson, Kathryn Ziegler-Graham, and H. Michael Arroll, 2002, *Alzheimer's & Dementia*, volume 2, p. 183. Copyright 2007 by The Alzheimer's Association.

Creștere nr. suferinzi cu ~ 1 mln / an

Demența Alzheimer

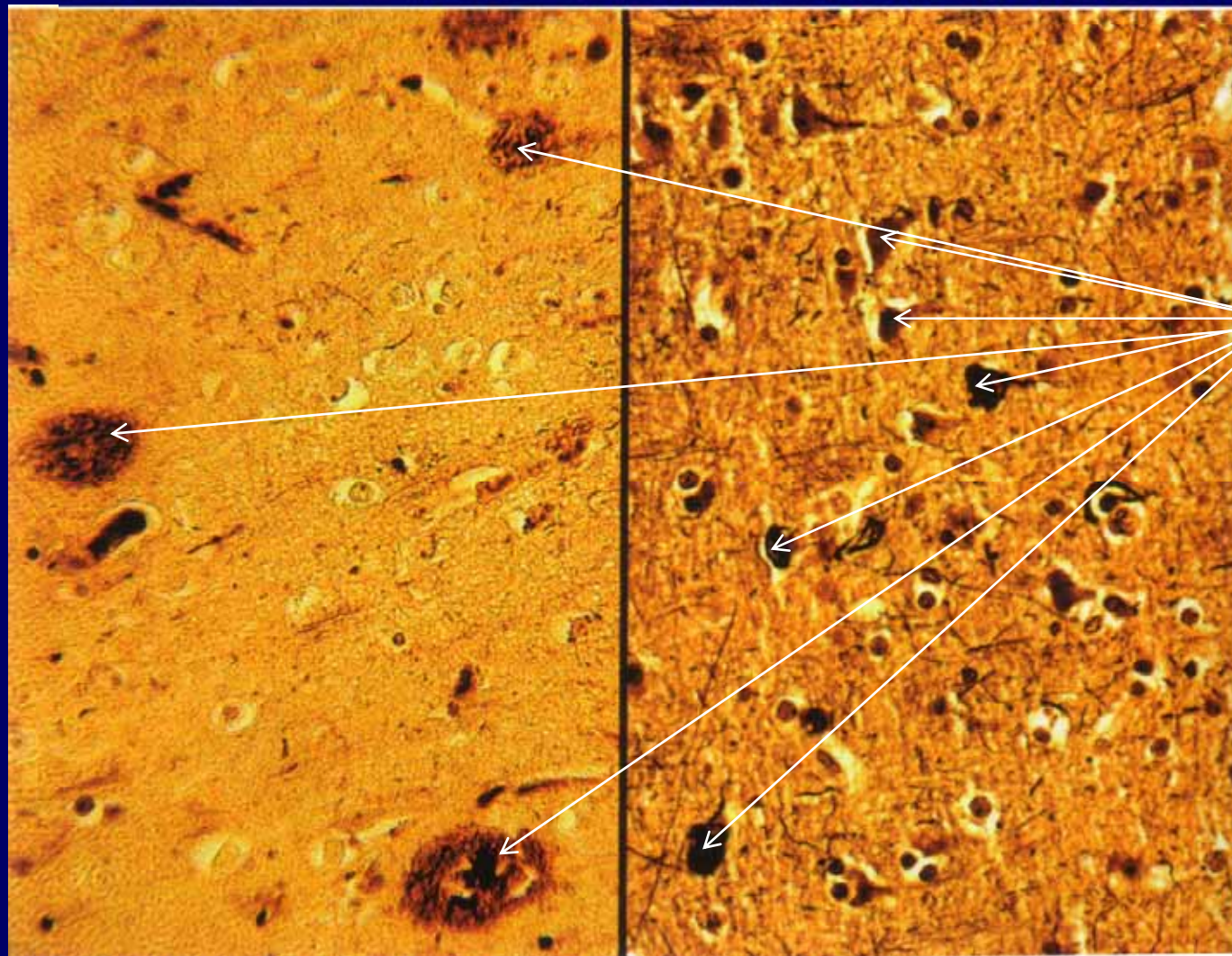
Ipoteza colinergică 1907

Ipoteza amiloidă 1991



Ipoteza Tau 1996

Cortexul frontal (a) în MA fără agitație și agresiune comparativ cu (b) MA cu agitație și agresiune

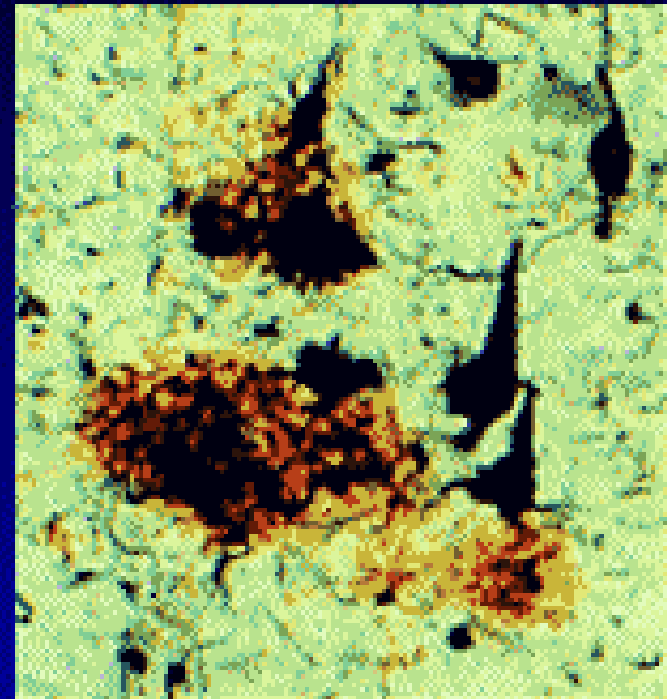
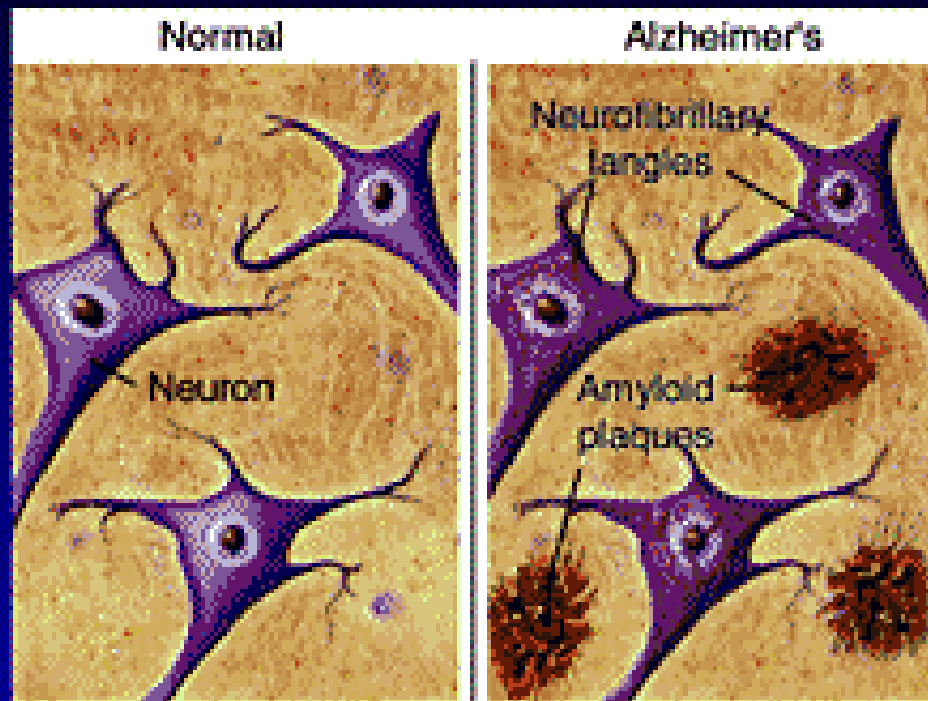


Placi de
amiloid
multiple

a

b

Alzheimer's Disease Neuropathology



Tangle (Tau) formation and β -amyloid ($A\beta$) deposition

Demența Alzheimer

Ipoteza prionică ' 2000

Persoanele infectate cu **virusi hepatici**

Prezintă risc de 12 ori mai mare pentru Maladia Alzheimer

La ele este crescut nivelul de Apo E4 și

acumulările de amiloid.

Ruth Itzhaki, *Manchester*

Stresul oxidativ:

- Producerea speciilor reactive de oxigen (ROS) în membrana celulelor (peroxidarea lipidelor) → afectarea proteinelor transmembranare (implicate în homeostazia ionilor, cum ar fi canalele receptorilor NMDA (N-metil-D-aspartat))
- →
- **Creșterea C% de Ca^{2+} intracelular + ROS**
→ alterarea organitelor celulare, AND, proteinelor și lipidelor intracerebrale → apoptoza/necroză.

Stres oxidativ(II):

- Creșterea C% de Ca^{2+} intracelular poate modifica, de asemenea calciul-dependent de Proteinkinază C, cu rol important în metabolismul PPA (*Proteina Precursora de Amiloid*) și fosforilarea proteinei Tau.
- **Implicarea ionilor de Ca^{2+} în BA a sugerat că blocarea creșterii C% de Ca^{2+} liber intracelular, poate diminua leziunile neuronale.**

Secretase Cleavage of APP

Beta-Amyloid

Biomarker:
 $A\beta$ 1-40

Biomarker:
 $A\beta$ 1-42

Enzymes

The diagram illustrates the cleavage of Amyloid Precursor Protein (APP) by enzymes. A large blue wavy structure represents the full APP molecule. A yellow cylindrical structure represents a cleaved fragment of APP. Two pairs of scissors, labeled 'Enzymes', are shown cutting the APP molecule. One pair is cutting the APP molecule into a yellow cylindrical fragment and a blue wavy fragment. The other pair is cutting a blue wavy fragment into a yellow cylindrical fragment and a blue wavy fragment. The background shows a cross-section of a cell membrane with a purple outer layer and a brown inner layer. The yellow cylindrical fragment is shown both as a separate entity and as a fragment being cut from the APP molecule.

Demența Alzheimer

- Debut insidios, până la 65 ani (tip 2) asociind o evoluție rapidă și după 65 ani (tip 1) – evoluție mai lentă;
- Reducerea marcată a populației neuronale (hipocamp, locus coeruleus, cortex temporo-parietal și frontal)
- Aglomerări neurofibrilare formate din filamente helicoidale perechi; plăci neuritice (conțin amiloid); corpi granulo-vacuolari);
- Sindromul **Afazo-agnozo-apraxic**.

Topul celor 10 Semne Alarmante

Asociația Alzheimer

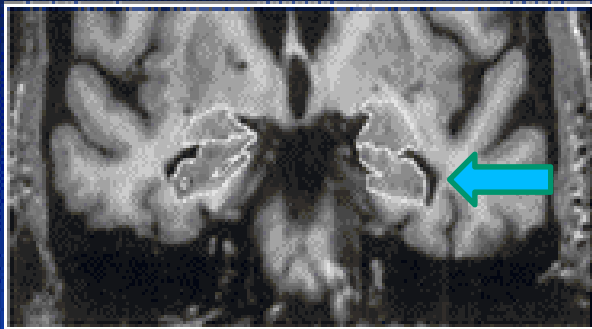
1. Pierdere recentă de memorie cu afectare ocupațională,
2. *Dificultăți în efectuarea lucrului de altădată,*
3. Probleme de limbaj,
4. *Dezorientare în timp și spațiu,*
5. Judecată precară, rațiune redusă,
6. *Probleme cu gândirea abstractă,*
7. Uitarea în cazul schimbării locului obiectelor,
8. *Schimbări ale dispoziției și comportamentului,*
9. Schimbări ale personalității,
10. *Pierderea spiritului de inițiativă.*

Diverse tipuri de Tulburări neurocognitive. Neuroimagistic (RMN) – zone afectate

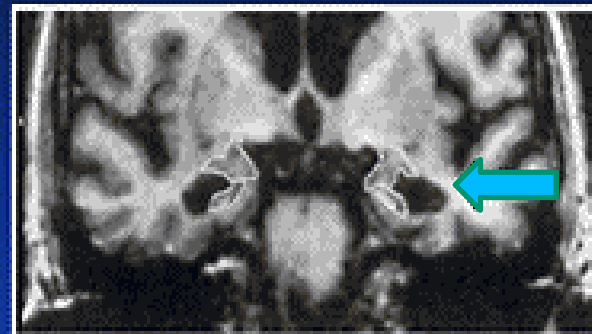
форма	доли				гиппокамп	базальные ганглии
	лобные	височные	теменные	затылочные		
болезнь Альцгеймера	+	++	+		++	
деменция с тельцами Леви	++	+	+		(+)	
болезнь Паркинсона	+	+	+	+	(+)	
Лобно-височная дегенерация (болезнь Пика)	++	++	+	(+)	(+)	(+)
болезнь Гентингтона						++

Coronal MRI: Hippocampal Atrophy in AD

Control

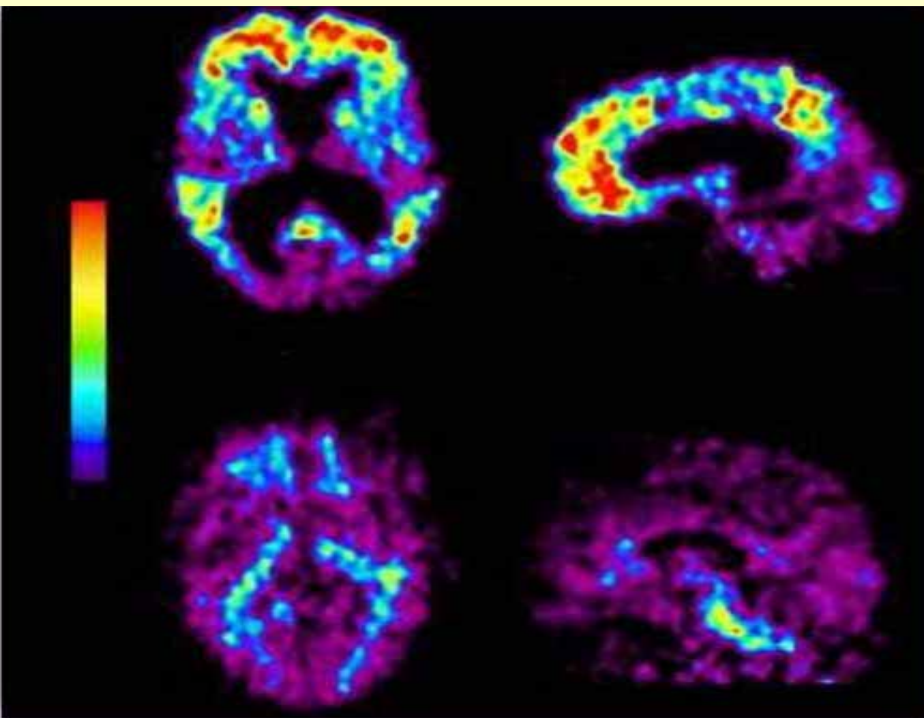


AD



Jack et al. *Neurology*, 1997.

Tomografia Computerizată cu emisie de pozitroni. Folosind β - amiloidul lincat radioactiv



Este
doar un marker,
NU
și un criteriu de
diagnostic

Klunk WE, Engler H, Nordberg A, Wang Y, Blomqvist G, Holt DP, Bergström M, Savitcheva I, Huang GF, Estrada S, Ausén B, Debnath ML, Barletta J, Price JC, Sandell J, Lopresti BJ, Wall A, Koivisto P, Antoni G, Mathis CA, Långström B. Imaging brain amyloid in Alzheimer's disease with Pittsburgh Compound-B. *Ann Neurol.* 2004 Mar;55(3):306-19.

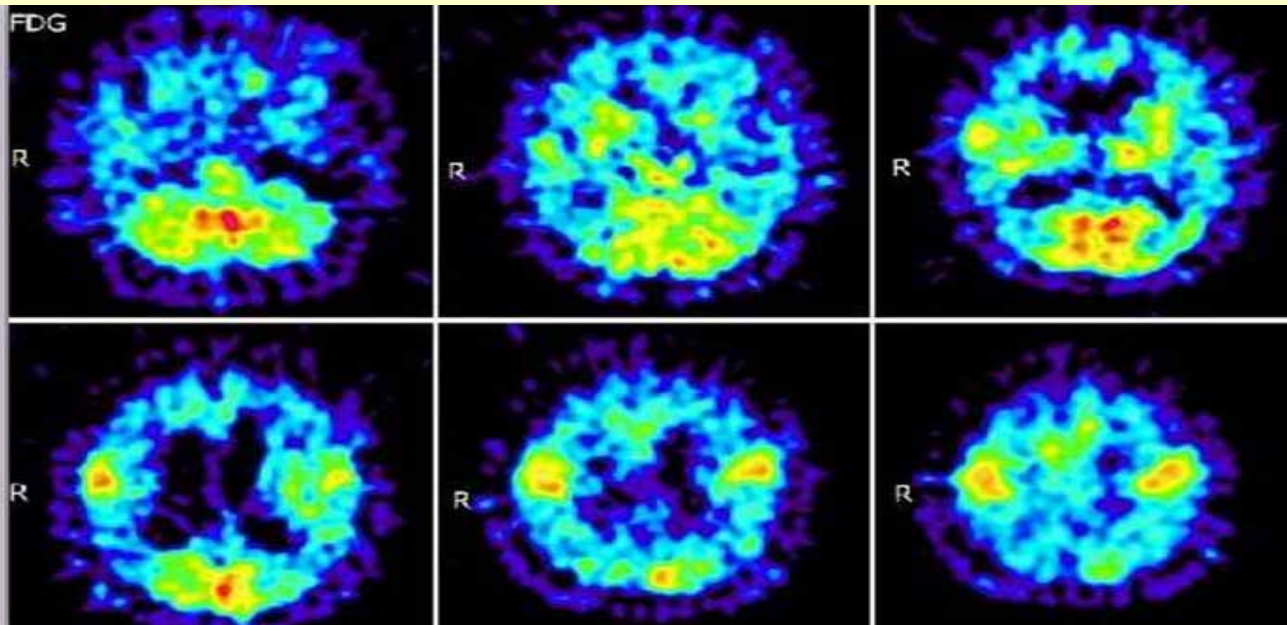
Alți markeri de diagnostic **NU
și criterii de diagnostic
ar fi:**



**Reducerea nivelului de
alfa, β – amiloid patologic
($A\beta$ -42) în lichidul
cefalorahidian,
Sau**

**Creșterea nivelului
proteinei Tau ApoE4 în
lichidul cefalorahidian**

Tomografia Computerizată cu emisie de pozitroni. Folosind ^{18}F fluordezoxyglucoză



Diminuarea metabolismului cerebral la nivelul lobilor frontal, parietal și temporal – un alt marker, dar **NU și criteriu de diagnostic**

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

Examen macroscopic:

(b) creier normal

(b) creierul unui pacient cu M. Alzheimer

(a)



(b)



Demența Vasculară

Demența vasculară

- Istoric de atacuri ischemice tranzitorii sau AVC (repetate, mai rar un singur accident);
- Debutul poate fi brusc, după un AVC sau insidios;
- Evoluție în trepte;
- Alterare inegală a funcțiilor cognitive;
- Semne neurologice de focar;
- HTA;
- Personalitate relativ conservată;
- Labilitate emoțională;
- Glisări depresive.

Demența vasculară

Definiție: demență predominant *subcorticală* cu debut în perioada senilă (**peste 60 ani**) caracterizată anatomopatologic prin lacunarism cerebral și, clinic prin afectare inegală a funcțiilor psihice.

Demența multiinfarct (*termen introdus de Hachinski, în 1974, și utilizat pentru a desemna demența cauzată de infarctele cerebrale mari*) — este o demență **predominant corticală**

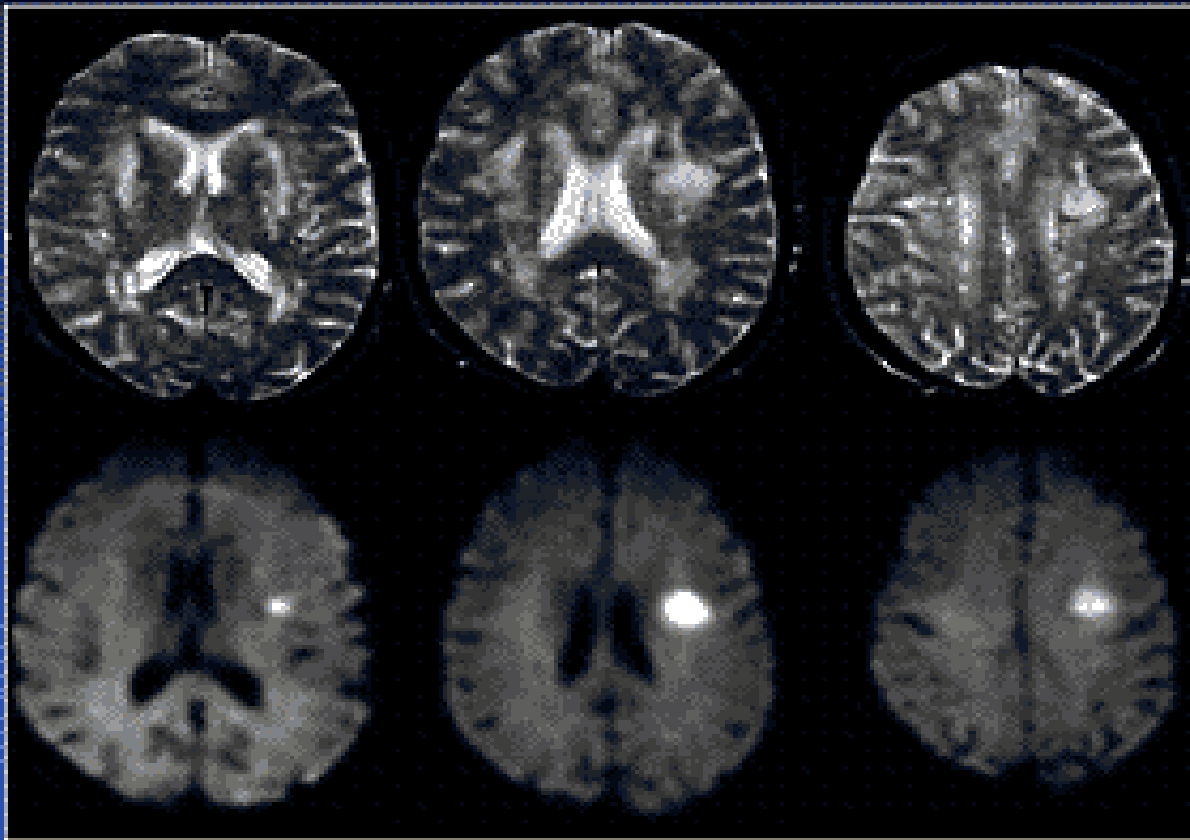
Руководство по неврологии по Адамсу и Виктору. Морис Виктор, Аллан Х. Роннер. Москва. ООО «Медицинское информационное агенство», 2006, 680 с.

Boala Binswanger

- Este o encefalopatie, care afectează substanța albă **subcorticală**. Este caracterizată prin:
- infarcte lacunare, de **5 - 10 mm** diametru, situate mai ales în substanța albă frontală.
- În această afecțiune se constată modificări la nivelul substanței albe profunde, la care contribuie și hipoxia ischemică din variațiile tensionale.

Boișteanu P. (2005). Direcții de cercetare în Boala Alzheimer. Buletin de Psihiatrie Integrativă, an XI, vol. X., nr.1 (24)

Diffusion MR: *Acute vs Chronic Ischemia*



Ischemie cronică

Ischemie acută

Courtesy: Dr Jeffrey Petrella, Duke University

Scorul ischemic Vladimir HACHINSKI

- 1. Instalare brutală - - -2
- 2. Agravare în trepte 1
- 3. Evoluție fluctuantă - - -2
- 4. Confuzie nocturnă 1
- 5. Relativă păstrare a personalității 1
- 6. Depresie 1
- 7. Tulburări somatice 1
- 8. Labilitate emoțională 1
- 9. Hipertensiune arterială în anamneză 1
- 10. Antecedente de AVC 2
- 11. Ateroscleroză asociată 1
- 12. Simptome neurologice de focar (pareze, plegii, deficit motor) -2
- 13. Semne neurologice de focar (Babinski, Rossolimo, etc.) -2

- Interpretare:

Scorul ≥ 7 - Demență Vasculară. **Scorul = 5-6** - Demență Mixtă (Degenerativă+Vasculară). **Scorul ≤ 4** - Demență Degenerativă.

**Demența Fronto-temporală
(secundară maladiei Pick)**

D. în boala Pick

- Debut presenil (50-55 ani)
- Atrofie fronto-temporală (fără plăci neuritice și aglomerări de amiloid);
- Tulburările de comportament preced alterarea cognitivă, în special mnezică;
- Predomină simptomatologia de lob frontal;
- Tulburările limbajului, relativ caracteristice (*Sd. PEMA – Palilalie, Ecolalie, Mutism, Amimie*).

**Demența secundară maladiei
Creutzfeldt-Jacob**

D. în boala Creutzfeldt-Jacob

- Demență cu debut presenil și evoluție progresivă, rapidă spre exitus în \approx câteva luni, maximum în 1 - 2 ani, datorate unui agent transmisibil;
- Anatomico-patologic – encefalopatie spongiformă;
- Paralizia spastică a membrelor și semnele extrapiramidale: (*tremor, rigiditate, mișcări coreo-atetozice sau ataxie, pierderea vederii, fibrilație musculară, atrofie de tip neuron motor central*) pot precede debutul demenței;
- EEG caracteristic! (aspect trifazic).

**Demența secundară maladiei
Huntington**

D. în boala Huntington

- Boală autosomal dominantă;
- Debut precoce (30-40 ani);
- **Triada** diagnostică: **(1)** Demență + **(2)** Mișcări coreiforme + **(3)** Istoric familial;
- Mișcările coreiforme sunt localizate la nivelul feței, mâinilor și umerilor;
- Mișcările coreiforme preced sd. Demențial;
- Clinic – similar cu sd. de lob frontal, iar afectarea memoriei se asociază târziu;
- Evoluție progresivă, cu **exitus în 10-15 ani.**

**Demența secundară maladiei
Parkinson**

D. în boala Parkinson

- Nu are individualitate clinică;
- De obicei se instalează târziu în evoluția unei boli Parkinson.
- Demență
- Tremor specific
- Dificultăți în demarajul mersului.

Delirium sau Demență ?!

 criterii	Delirium	Demență
Istoricul	tulburare acută	tulburare cronică
Debutul	rapid	de obicei insidios
Durata	zile-săptămâni	luni-ani
Evoluția	fluctuantă	agravare progresivă
Conștiința	fluctuantă	lucidă
Orientarea	afectată, cel puțin periodic	inițial intactă
Afectul	anxios, iritat	labil, dar de obicei neanxios
Gândirea	adeseori tulburată	diminuată cantitativ, concret-situațională
Memoria	Recentă, intens afectată	și recentă și pe termen lung, afectate

(Kaplan & Sadock , 2009)

Delirium sau Demență ?!

criterii	Delirium	Demență
Percepția	Frecvent halucinații, predominant vizuale	Halucinații mai puțin frecvent cu excepția celor vespérale
Funcția psihomotorie	Inhibiție/agitație (alternează)	Normală
Somnul	Ciclul somn-veghe perturbat	Mai puțin perturbat
Atenția și prezența în mediu	Serios afectate	Mai puțin afectate
Reversibilitate	Adesea reversibil	Ireversibil în majoritatea cazurilor

NB! *Pacienții demenți sunt mai susceptibili față de delirium, iar delirium-ul suprapus pe demență este frecvent.*

(Kaplan & Sadock , 2009)

Depresie sau Demență ?!...

 criterii	 Demență	 Depresie
 Vârsta	mai înaintată	orice vârstă
 Debutul	vag, insidios	zile-săptămâni
 Evoluția	lentă	rapidă chiar pe parcursul unei zile
 Critica de boală	absentă	prezentă, suferă
 Semnele organice	adesea prezente	adesea absente
 Cognația	afectare semnificativă	modificări de personalitate
 Comportamentul	congruent cu gradul de afectare cognitivă	incongruent gradului de afectare cognitivă
 Cooperarea	cooperant dar frustrat, perplex	necooperant, depune puțin efort

(Kaplan & Sadock , 2009)

Demența.

Principii de tratament

Principii de tratament în gerontopsihiatrie

- Se va da preferință tratamentului **ambulator**, deoarece modificarea anturajului persoanei în vârstă, de regulă, crează dificultăți de orientare temporo-spațială, anxietate, neliniște psihomotorie și, conduce la agravarea simptomelor psihice;

(Richard I. Schaider, 2008)

Tratamentul tulburărilor cognitive

- Ultimul deceniu al sec. XX
- a fost descifrat rolul **deficitului de Acetylcholină** în patogenia demenței Alzheimer;
- Creșterea nivelului de Ach în fanta sinaptică ameliorează simptomele clinice;
- **Anticolinesterazice de tip central**

Demența. Țintele terapiei.

- Stimularea neurotransmisiei colinergice (*remedii anticolinesterazice*);
- Neuroprotecție (în special, prin **REDUCEREA CITOTOXICITĂȚII** de excitare – **(Modulatori GABA / Glut)**);
- Asigurarea metabolismului neuronal (*remedii nootrope*);
- lupta cu stresul oxidativ (*remdii antioxidante*);
- Asigurarea neuroplasticității (*remedii adaptogene*);
- **Tratament simptomatic: în funcție de comorbidități**

Deosebit de important este trialul terapeutic de durată cu remedii procognitive - principiu similar cu administrarea insulinei la pacientul diabetic !!!

(Burschinsky S.G., NEURONEWS, 2008, nr. 3; p. 46-49)

Remedii utilizate în Tratamentul tulburărilor cognitive

- Anticolinesterazice de tip central (*Donepezil, Tacrin, Rivastigmina – Exelon, Amiridin*);
- Anticolinesterazice de tip periferic (*Metrifonat – Reminil, Galantamin*);
- Inhibitori selectivi de MAO-B (*Selegelina – L-deprenil, Jumex, Ropinirol - RreQuip*);
- Agoniști ai colinei (*Pramiracetam*);
- Agoniști ai DA (*Pramipexol, L-Dpoa, Modafinil*);
- Inhibitori de COMT (*catechol-O-methyltransferase*) (*Opicapone – comercial Ongentys*)

Remedii utilizate în Tratamentul tulburărilor cognitive

- Modulatori ai echilibrului GABA / Glutamat (*Memantine*);
- Vaccin terapeutic contra virusului Herpes Zoster (*Zostavax*)
- **Alte medicamente** (antioxidante, vasoactive și neuroprotectoare)
 - *Cerebrolyzinul, Cortexina, Actovegin,*
 - *Orotatul de magneziu (Magnerot),*
 - *Tocoferol acetatul (Vitamina E),*
 - *Acidul Thioctic (Thiogamma),*
 - *Nicergolina (Sermion),*
 - *Pyracetamol (Nootropil, Lucetam),*
 - *Estrognele,*
 - *Mildonium (Mildronat, Ripronat) ș.a.*

Algoritm terapeutic în B. Alzheimer

- Donepezil (10 mg/zi) **sau**
- Rivastigmină (> 9 mg/zi) **sau,**
- Galantamină (> 24 mg/zi) **în asociere cu**
 - **Memantine** (20 mg/zi).

(+)

(+)

Alternative în tratamentul modern al Maladiei Alzheimer

- **Xaliproden** – reduce procesul de neurodegenerare;
- **Tramiprosat** – menține β -amiloidul în stare solubilă, astfel prevenind acumularea de plăci amiloide;
- **R-flurbiprofen** – modulator al Gamma-secretazei – reduce sinteza de β -amiloid.
- **Vaccin terapeutic** – stimulează formarea de anticorpi specifici față de depozitele de β -amiloid. În 6% cazuri – encefalite grave.

Tulburări psihopatologice în Gerontopsihiatrie

- În cazul când sunt prezente și alte tulburări psihice asociate declinului neurocognitiv sunt recomandate remedii:
 - *Antidepresive,*
 - *Antipsihotice (neuroleptice),*
 - *Tmostabilizatoare ș.a.*

Tariot et al., (2004);

Udriștoiu T., Marinescu D., (2014) ;

Stahl St., 2015.

Tulburări organice ce se pot asocia cu fenomene psihopatologice

- Tumorile cerebrale,
- Traumatismele cranio-cerebrale,
- Procesele demielinizante,
- Maladiile infectioase,
- Tulburările imunitare (SIDA),
- Tulburările endocrine,
- Maladiile sistemice ș.a.

Vrea cineva

să ne amintească

cele 5 cuvinte ?

Tulburări neurocognitive

- Paris,
- Lămâie,
- Bicicletă,
- Optzeci și doi (82),
- Zebră.

Vă
Mulțumesc,
Succes!



UNIVERSITATEA DE STAT
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMITANU”
din REPUBLICA MOLDOVA

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE.

TULBURĂRILE PARAFILICE.

DISFUNCTIILE SEXUALE. DISFORIA DE GEN.

TULBURĂRILE DE CONTROL AL IMPULSURILOR.

TULBURĂRILE DE SOMN.

TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT ALIMENTAR.

Tulburări de personalitate

În sănătatea mintală, cuvântul „**personalitate**” se referă la un grup de la calități stabile, pe care persoana le dezvoltă pe măsură ce înaintează în vârstă și care fac din fiecare un individ. Acestea includ modalitățile prin care persoana:

- gândește,
- simte, și se
- comportă.

Până la vârsta de 20 de ani, majoritatea persoanelor dezvoltă propria personalitate, cu propriul stil de a gândi, simți și de a se comporta într-o mare varietate de circumstanțe.

După 18-25 ani personogeneza se consideră încheiată.

Aceste trăsături rămân aproape la fel pentru tot restul vieții și permit o socializare destul de bună cu alți oameni.

Dacă comportamentul său a fost întotdeauna anormal sau începe a devia cum este și în prezent=**tulburare de personalitate**.

Tulburarea de personalitate (psihopatia) este o anomalie de caracter („cel ce se obosește pe sine și pe ceilalți”).

Termenul de *personalitate* („*per sonare*”) provine de la masca utilizată în antichitate de actori pentru a amplifica sunetele.

Un diagnostic de tulburare de personalitate se poate pune doar după vârsta de **18 ani** (excepție, tulburarea de personalitate antisocială).

Tulburări de personalitate

Prevalența în populația generală este de **9,1%**.

Tulburarea de personalitate antisocială este mai frecventă la **bărbați**.

Tulburarea de personalitate borderline, histrionică și dependentă este diagnosticată mai frecvent la **femei**.

Caracteristici generale

Comportamentul pacienților e **rigid** (inflexibil într-o mare varietate de situații), deci **predictibil**.

Comportamentul e **maladaptativ**: afectează funcționarea individului în societate, familie, la locul de muncă.

Tulburările de personalitate sunt **persistente**, predispun spre patologia nevrotică, psihotică sau addictivă.

Trăsăturile sunt **ego-sintonice** (acceptabile pentru ego, subiectul este mulțumit cu sine însuși).

Trăsăturile sunt **alloplastice** (pacientul caută să schimbe mediul, încearcă să-l facă pe alții să se adapteze la propria personalitate, nu să se schimbe el însuși).

Istoric:

Philippe Pinel – „manie sans delire” (1801)

Esquirol – „mania instinctivă sau impulsivă” (1809)

Morel – „folie de degeneres” (1809)

James C. Prichard – nebunie morală („moral insanity”) (1837)

Henry Maudsley (1885)

Koch – inferioritate psihopatică („psychopathic inferiority”) (1891)

Kraepelin – personalitate psihopatică (1907)

S. Freud – „Character and Anal Erotism” (1908)

Wilhelm Reich – „Character Analysis” (1930)

Descrierea **actuală** a tulburărilor de personalitate are la bază tipologia lui **Kurt Schneider**.

Kurt Schneider – 11 tipuri de psihopatii; primul sistem de clasificare preluat atât în ICD-9 cât și în DSM-II (1934).

Otto Kernberg - personalitate de tip borderline.

Etiologie

Multifactorială:

a) determinanți genetici – **psihopatii nucleare** (constituționale);

b) determinanți organici (leziuni perinatale, encefalită, traumatisme craniene) – **psihopatii organice**;

c) dificultăți interpersonale și probleme familiale (abuz, incest, neglijare, boală și deces parental, „potrivirea” dintre părinte și copil) - **psihopatii dobândite**.

Teste psihologice

- ❑ Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota (MMPI),
 - ❑ Testul de Apercepție Tematică (TAT),



- ❑ Testul Rorschach,



- ❑ Desenează-un-om.

Clasificare:

ICD-10 descrie două categorii diagnostice distincte.

Tulburările specifice ale personalității:

- – Tulburarea paranoidă
- – Tulburarea schizoidă
- – Tulburarea disocială
- – Tulburarea instabil-emoțională:
 - tipul impulsiv
 - tipul borderline
- – Tulburarea histrionică
- – Tulburarea anankastă
- – Tulburarea anxioasă
- – Tulburarea dependentă

Tulburările mixte ale personalității și alte tulburări de personalitate.

În **DSM V** tulburările de personalitate sunt grupate în trei categorii.

Grupul A (englez. **cluster**) cuprinde tulburările de personalitate **paranoidă, schizoidă și schizotipală**. Persoanele cu aceste tulburări par adesea bizare sau excentrice.

Grupul B cuprinde tulburări de personalitate **antisocială, borderline, histrionică și narcisistă**. Persoanele cu aceste tulburări par frecvent teatrale, emotive sau haotice (necontrolate).

Grupul C include tulburări de personalitate **evitantă, dependentă și obsesiv-compulsivă**. Persoanele cu aceste tulburări par frecvent anxioase sau fricoase.

TULBURARE DE PERSONALITATE PARANOIDĂ

- O sensibilitate excesivă la eșecuri/ înfrângeri și atitudini neprietenoase;
- Tendința de a purta ranciuna permanent, cum ar fi refuzul de a ierta insultele, loviturile sau desconsiderarea;
- Suspiciunea și o tendință largă de a distorsiona trăirile, prin considerarea greșită a acțiunilor neutre sau prietenoase ale altora drept acte de ospitalitate sau de dispreț;
- Un sentiment combativ și tenace de susținere a drepturilor personale, care nu este adecvat situației prezente;
- Suspiciune recurentă, fără justificare privind fidelitatea partenerului sexual sau soțului /soției.
- Tendința către o stimă de sine excesivă, manifestată printr-o atitudine persistentă de referință la sine-însuși;
- Preocupări privind explicarea prin „conspirații” lipsite de substanță a evenimentelor care implică pacientul sau lumea în general.

Personalitate (tulburare de): fanatică, certareata.

- Pacienții paranoizi sunt aduși frecvent de către membri de a familie la tratament sau de colegii de muncă care sunt sătui de declarațiile și acuzațiile constante ale pacientului.
- Chiar când pacienții paranoizi încep tratamentul de bună voie, ei rămân de obicei fără convingerea că ar avea tulburări psihiatrice. Problemele cu care se prezintă se învârt în jurul – că ceilalți i-au tratat prost și i-au trădat.

TULBURARE DE PERSONALITATE SCHIZOIDĂ

- puține (dacă există vreuna) activități care produc plăcere;
- răceală emoțională, detașare, sau afect tocit;
- capacitatea limitată de a exprima căldura, sentimentele tandre sau mânie față de laudă sau critici adresate de ceilalți;
- indiferență aparentă față de laudă sau critici adresate de ceilalți;
- interes scăzut față de stabilirea relațiilor sexuale cu alte persoane (luați în considerare vârsta);
- preferință aproape invariabilă pentru activități solitare;
- preocupări excesive pentru fantezii și introspecție;
- lipsa prietenilor apropiați sau a relațiilor bazate pe încredere (sau având numai una) sau a unei dorințe de a stabili astfel de legături;
- insensibilitate marcată față de respectarea normelor sociale și convențiilor.

Pacienții schizoizi trăiesc frecvent la marginea societății - „ciudați” , „stranii”.

Membrii de familie pot deveni atât de exasperați, încât să o forțeze pe ruda lor schizoidă să înceapă un tratament.

Părinții adolescenților sau ai adulților tineri pot să-i aducă pe fiul lor sau să o aducă pe fiica lor la psihiatru din grija legată de faptul că copilul lor nu se bucură suficient de viață.

Alți pacienți schizoizi cer tratament psihiatric din voință proprie din cauza singurătății dureroase.

TULBURARE DE PERSONALITATE SCHIZOTIPALĂ

- idei de referință (exclusiv idei delirante de referință);
- credințe bizare sau gândire magică, ce influențează comportamentul și sunt în dezacord cu normele subculturale (de ex., credința în superstiții, clarviziune, telepatie sau „al șaselea simț”; la copii și adolescenți pot exista fantezii și preocupări bizare);
- experiențe perceptive neobișnuite, inclusiv iluzii corporale;
- gândire și limbaj bizare (de ex., vorbire vagă, de circumstanță, metaforică, supraelaborată sau stereotipă);
- caracter suspicios sau ideeație paranoidă;
- sentimente inadecvate sau limitate;
- comportament sau aspect exterior bizar, excentric sau ciudat;
- lipsa prietenilor apropiați și a confidenților, cu excepția rudelor de gradul întâi;
- anxietate socială excesivă, care nu se reduce prin acomodarea la mediu și are tendința de a se asocia mai curînd cu temeri paranoide, decât cu aprecieri negative despre sine.

TULBURARE DE PERSONALITATE ANTISOCIALĂ

- nepăsarea rece față de sentimentele celorlalți;
- atitudine marcată și persistentă de iresponsabilitate și disprețuire a normelor, regulilor și convențiilor sociale;
- incapacitatea de a menține relații durabile, deși nu există nici o dificultate în stabilirea lor;
- O toleranță foarte diminuată la frustrare și un prag redus de control al tendințelor de a manifesta agresivitate, inclusiv violență;
- Incapacitatea de a trăi sentimentul de vină și de a învăța din experiență, în special din pedepse;
- O înclinație marcată de a da vina pe alții sau de a oferi explicații plauzibile pentru comportamentul care a adus pacientul în conflict cu societatea.

De asemenea, drept trăsătură asociată poate fi prezentă și iritabilitatea.

Tulburarea de conduită din copilărie sau adolescență, cu toate că nu e prezentă în mod invariabil, poate sugera un suport diagnostic.

Personalitate (tulburare de): amorala, asociala, psihopata, sociopata.

Există opinia că acești pacienți ar trebui priviți drept „criminali” și nu ar trebui incluși în obiectivele psihiatriei.

Tulburări emoțional-instabile de personalitate.

De tip impulsiv (exploziv).

Caracteristica predominantă este instabilitatea emoțională și lipsa controlului impulsurilor. Explozii de violență sau de comportament agresiv sunt obișnuite, în special ca răspuns la criticile altora.

De tip borderline (de frontieră).

- Eforturi disperate de a evita abandonul real sau imaginar;
- Un pattern de relații interpersonale intense și instabile caracterizate prin alternare între extremele de idealizare și devalorizare.
- Perturbare de identitate: imagine de sine sau conștiință de sine marcant și persistent instabilă;
- Impulsivitate în cel puțin două domenii care sunt potențial auto-prejudiciate (de cheltuieli, sex, abuz de o substanță, șofaj imprudent, mâncat excesiv);
- Comportament, gesturi sau amenințări recurente de suicid;
- Instabilitate afectivă;
- Sentiment cronic de vid;
- Mânie intensă;
- Ideeație paranoidă.

TULBURARE DE PERSONALITATE HISTRIONICĂ

- Auto-dramatizare, expresie teatrală, exagerată a emoțiilor;
- Sugestibilitate, pacientul este ușor de influențat de către alții sau de circumstanțe;
- Afectivitate labilă și superficială;
- Căutarea continuă a senzațiilor puternice, a admirației celorlalți și a activităților în care pacientul este în centrul atenției;
- Seducției inadecvată în comportament sau înfățișare;
- Atenție exagerată acordată atracției fizice.

Trăsăturile asociate pot include egocentrism, autoindulgență, dorința continuă de a fi apreciat, existența sentimentelor ușor de rănit și comportament persistent manipulativ pentru satisfacerea nevoilor proprii.

TULBURARE DE PERSONALITATE NARCISISTĂ

- are un sentiment exagerat al importanței de sine (de ex., își exagerează realizările și talentele, se așteaptă să fie recunoscut ca superior fără a avea realizări pe măsură);
- este preocupat de fantezii de succese nelimitate, putere, strălucire, frumusețe sau dragoste ideală;
- crede că este „special” și unic, că poate fi înțeles numai de persoane speciale sau cu statut înalt și că poate fi afiliat numai cu persoane sau instituții importante;
- are nevoie constantă de admirație excesivă;
- are sentimentul că este îndreptățit să obțină anumite favoruri;
- are tendința de a profita de relațiile interpersonale;
- este lipsit de empatie: este incapabil să recunoască sau să identifice sentimentele și nevoile celorlalți;
- adesea îi invidiază pe ceilalți sau crede că este invidiat de ei;
- are comportament sau atitudine arogantă, de superioritate.

Tulburarea anankastă de personalitate (obsesiv-compulsivă)

- Sentimente de îndoială și prudență excesive;
- Preocuparea în detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau programe;
- Perfecționism care interferează cu îndeplinirea sarcinilor;
- Conștiinciozitate, scrupulozitate excesivă și preocupări necesare privind eficiența, până la excluderea plăcerii și a relațiilor interpersonale;
- Pedanterie excesivă și aderență la convențiile sociale;
- Rigiditate și încăpățânare;
- Insistență nerezonabilă din partea pacientului ca ceilalți să respecte exact modul său de acțiune, sau rezistență nerezonabilă a pacientului de a permite celorlalți să facă ceva;
- Intruziunea unor gânduri sau impulsuri insistente și supărătoare.

Tulburare de personalitate anxios-evitantă

- Sentimente persistente și generale de tensiune și îngrijorare;
- Convingerea că este incapabil social, neatractiv, sau inferior celorlalți;
- Preocupare excesivă privind criticile sau respingerea pe plan social;
- Dorința de a evita relațiile cu oamenii, dacă nu este sigur că este agreat;
- Existența unor restricții în viață, din cauza nevoii de securitate fizică;
- Evitarea activităților sociale sau profesionale care implică contacte interpersonale semnificative din cauza fricii de a fi criticat, respins.
- Trăsăturile asociate pot include hipersensibilitate la rejecție și critică.

Tulburare dependentă de personalitate

- încurajarea sau autorizarea acordată altora de a lua decizii foarte importante pentru viața pacientului;
- subordonarea nevoilor personale față de nevoile celor de care pacientul este dependent și supunerea exagerată la dorințele acestora;
- subiectul nu dorește să formuleze nici cele mai mici cereri oamenilor de care depinde;
- se simte prost dispus sau neajutorat când este singur, din cauza fricii exagerate de a fi incapabil să-și poarte singur de grijă;
- preocuparea însoțită de teama de a fi abandonat de către persoana cu care are o relație strânsă, și de a fi lăsat să-și poarte singur de grijă;
- capacitatea limitată de a lua decizii în viața de zi cu zi, fără a primi sfaturi exagerate și asigurări repetate din partea celorlalți.

Trăsăturile asociate pot include auto-perceperea pacientului ca neajutorat, incompetent și lipsit de putere.

Tratament.

De regulă, bolnavii nu au motivație terapeutică.

Spitalizare, farmacoterapie.

Psihoterapie psihanalitică, psihoterapie suportivă, terapie de grup, terapie familială, terapie de mediu.

Parafiliile

(Tulburările parafilice (de preferință sexuală))

Acestea sunt tulburări, care se caracterizează prin impulsuri, fantezii sau practici sexuale care sunt neobișnuite, deviante sau bizare.

Sunt mai frecvente la bărbați decât la femei.

Cauza este necunoscută.

O predispoziție **biologică** (electroencefalogramă anormală, niveluri hormonale anormale) poate să fie reîntărită de factori **psihologici**, cum ar fi abuzul în copilărie.

Teoria psihanalitică susține că parafilia rezultă dintr-o fixație într-una din fazele psihosexuale ale dezvoltării sau că este un efort de îndepărtare a anxietății de castrare.

Activitatea parafilică este adeseori compulsivă.

Pacienții se angajează repetat în comportamentul deviant și sunt incapabili să își controleze impulsul respectiv.

Atunci când este stresat, anxios, sau depresiv, pacientul are o probabilitate mai mare de a se angaja în comportamentul deviant.

Bolnavul poate să se hotărască în repetate rânduri să înceteze comportamentul dar, în general, nu poate să se abțină pentru mult timp, iar trecerea la act (*acting out-ul*) este urmată de intense sentimente de vinovăție.

Tehnicile de tratament nu au decât rate moderate de succes și includ psihoterapia orientată către conștientizare, terapia comportamentală și farmacoterapia - singură sau în asocieră.

Voyeurismul

(scopofilie)

(din greacă σκοπός *skopos* = privitor - φιλία *filia* = iubire, plăcere)

Satisfacție sexuală din privirea nudurilor, organelor genitale sau observarea actelor sexuale ale altora, obținută (aproape) exclusiv prin spionare persoana rămânând de obicei ascuns privirii celorlalți.

Voyeurismul se referă și la a urmări pe furiș persoane dezbrăcate, care fac duș, care poartă doar lenjerie intimă, care probează haine sau lenjerie.

Poate să apară la femei, dar este mai frecvent la bărbați.

O variantă este ascultarea de conversații erotice, de ex., sexul telefonic.

De obicei, în cursul activității voyeuriste bolnavul se masturbează.

În voyeurism este ascuns și puțin sadism, deoarece atunci când își urmărește victima, el (ea) se simte superior, femeia (bărbatul) observată este „prada” acestuia.

De obicei sunt reținuți pentru că umblă prin locuri, în care nu ar avea ce să caute (loitering) sau pentru „tras cu ochiul” (peeping-tomism, plaje de nudiști etc).

Exhibitionismul

(din latină *exhibeo* - a arăta)

O tendință recurentă sau persistentă, pe o perioadă de cel puțin 6 luni de zile, de a expune organele genitale străinilor (de obicei sexului opus) sau oamenilor din locurile publice, dorința de a fi privit de alții în timpul unui act sexual, cu intenția de a provoca interes sexual, fără a invita sau a intenționa un contact mai strâns.

Actul este urmat în mod obișnuit de masturbație.

Este rar la femei.

Actele exhibiționiste urmează tipic o situație în care bărbatul în cauză s-a simțit umilit de o femeie, de aceea, el își răzbună umilirea prin șocarea unor femei străine, regăsindu-și o identitate masculină pozitivă.

Acești bărbați suferă frecvent de o insecuritate profundă în legătură cu masculinitatea lor.

Persoana vrea să șocheze femeile – reacția acestora este o confirmare pentru pacient că penisul său este intact.

Mulți se îndreaptă spre pornografie sau show-uri pentru adulți.

Femeile trebuie să încerce să-l ignoreze pe bărbatul exhibiționist, care este indecent, dar nepericulos, sau să cheme Poliția.

Fetișismul

(din portugheză *feitiço*, obiecte sacre)

Încredere acordată unor obiecte neînsuflețite sau o parte a corpului cuiva cu o persistență cel puțin 6 luni ca stimuli pentru excitație sexuală (*Alfred Binet (1857–1911)*).

Multe fetișuri sunt extensii ale corpului uman, cum ar fi pantofi, articole de îmbrăcăminte: ciorapi, sutiene, chiloți de damă.

Fetișurile minore, obținute cu consimțământ din partea partenerului, nu intră în categoria psihopatologiei.

Aproape întotdeauna la bărbați.

Comportamentul este urmat adesea de vinovăție.

Pe lângă psihoterapie, se utilizează implozia (masturbarea cu fetișul până când acesta își pierde efectul excitator – sațiere masturbatorie).

Fetișismul transvestic

(cross-dresser)

Purtarea îmbrăcăminte (a câtorva articole până la schimbarea totală) pentru perioade de minimum 6 luni, pentru a obține în principal excitația sexuală și pentru a crea înfățișarea unei persoane de sex opus.

De obicei, bărbatul cu aceasta tulburare are o colecție pe care o utilizează intermitent pentru travestire și în timp ce este travestit se masturbează.

De regula, tulburarea debutează cu travestire în copilărie sau de timpuriu în adolescență.

Travestismul fetișist se distinge de travestismul transsexual prin asocierea lui clară cu excitarea sexuală și cu dorința puternică de a îndepărta îmbrăcăminte odată ce orgasmul se produce, iar excitația sexuală scade.

El se poate produce ca o fază timpurie în dezvoltarea transsexualismului (dorința de a fi de sex opus).

Frotteurismul

(10-14% din tulburările parafilice)

Frecarea organelor genitale, pe o perioadă de cel puțin 6 luni de zile, de o altă persoană pentru realizarea excitației și orgasmului.

Se produce în locuri aglomerate, cum ar fi metrourile, astfel încât, persoana agresată să considere că a fost un accident.

Frotteurismul este diferit de toucherism (în afara mulțimii).

De regulă, bărbații respectivi (de 15-25 ani) sunt persoane pasive, timide, inhibate social.

Pedofilie

Cea mai frecventă parafilie.

Activitate sexuală prezentă pentru o perioadă mai mare de 6 luni cu copii sub 13 ani.

Diagnosticul se va stabili în momentul în care persoana este mai mare de 16 ani sau este cu 5 ani mai mare decât copilul țintă.

În 95% din cazuri heterosexuală, în 5% homosexuală.

În majoritatea cazurilor, pedofilul este un cunoscut (membru al familiei, părinte vitreg sau persoană cu autoritate), iar privitul sau atinsul prevalează contactul sexual propriu-zis.

Cu toate că până la vârsta de 18 ani sunt molestați 10–20% din copii, acest fenomen pare să nu fie strâns corelată cu tendințele sexuale pedofile.

Prin faptul că provoacă o traumă celor din jur este considerată o tulburare psihiatrică.

Este dificil să se realizeze diferența între implicațiile legale și cele psihiatrice și depinde foarte mult de cultura din care provine individul.

Asocierea cu tulburarea antisocială de personalitate conduce la violuri sau alte acte criminale.

În privința evoluției, pedofilia prezintă o tendință la cronicizare, cu un risc ridicat de repetare a comportamentului.

Teamă a pacientului față de sexualitatea adultă; stimă de sine scăzută.

Sadism sexual

Dorința de a induce suferință mintală sau fizică unei alte persoane pentru atingerea orgasmului.

Se întâlnește în special la bărbați.

Multe dintre persoanele, care suferă de forma severă a acestei parafilii, fantazează asupra obținerii suferinței din partea celuilalt.

Sadismul devine periculos atunci când este asociat tulburării antisociale de personalitate, progresând până la viol în unele cazuri.

Masochism sexual

Reprezintă participarea intenționată în acte sexuale, care presupun umilință, abuz fizic, adresată propriei persoane, pentru experimentarea plăcerii sexuale.

În anumite situații, unele persoane masochiste vor avea tendința să exagereze, fapt ce poate determina rănirea sau chiar decesul (în caz de autoasfixie erotică (*asfixiofilia*), când are loc blocarea întoarcerii venoase de la nivel cerebral, tulburări importante de perfuzie cerebrală, leziuni cerebrale severe).

Cele mai comune metode sunt: legarea, înțeparea pielii, aplicarea de șocuri electrice, arderea, lovirea, umilirea prin defecație sau urinat sau simularea unui viol.

Defensă împotriva sentimentelor de vinovăție legate de sex.

Disforia de gen

Disforia de gen se referă la disconfortul care poate însoți incongruența dintre genul trăit sau exprimat de individ și genul atribuit (de obicei, la naștere) acestuia.

Disforia de gen se manifestă diferit în funcțiile de vârstă și gen.

Persoanele cu **disforia de gen**, aflate la vârsta prepubertară, care s-au născut **fete**

- Pot exprima dorința de a fi băieți, își atribuie statutul de băiat, sau afirmă că atunci când vor crește vor fi bărbați.
- Ele preferă hainele și tunsorile de băieți, sunt adesea percepute de străini drept băieți și pot cere să fie strigate cu nume de băieți.
- De obicei, afișează reacții intense negative la încercările părinților de a le obliga să poarte rochii sau alte accesorii feminine.
- Unele refuză să frecventeze școala la sau evenimentele sociale, în care se impun astfel de ținute.
- Aceste fete prezintă o identificare marcată cu genul opus în visuri, fantezii sau jocurile de rol.
- Preferă adesea sporturile de contact, joaca violentă, jocurile tradiționale băiețești și tovarășii de joacă băieți.
- Ele prezintă un interes redus față de jucăriile specific feminine (de ex., păpuși) sau activitățile de acest fel (de ex., costume sau jocuri de rol feminine).
- Uneori refuză să urineze în poziția șezând.
- Unele persoane, care s-au născut fete, pot exprima dorință de a avea penis sau pretind că au penis sau că le vor crește unul când vor fi mari.
- Pot de asemenea să afirme că nu vor să li se dezvolte sânii sau să aibă menstruație.

Persoanele cu disforia de gen, aflate la vârsta prepubertară, care s-au născut **băieți**

- Pot exprima dorința de a fi fete, își atribuie statutul de băiat, sau afirmă că atunci când vor crește vor fi femei.
- Ei preferă să poarte haine de fete sau femei, sau pot improviza haine din materiale disponibile (de ex., utilizează prosoape, șorturi și eșarfe drept păr lung sau fuste).
- Acești copii pot juca rolul unor personaje feminine (de ex., se joacă „de-a mama”) și adesea sunt extrem de interesați de personaje imaginare feminine.
- Preferă deseori activitățile feminine tradiționale, jocurile și distracțiile specifice (de ex. „joaca de-a casa”; desenarea figurilor feminine; urmărirea la televizor sau a filmelor cu personajele feminine preferate).
- Păpușile cu caracter specific feminine (de ex., Barbie) reprezintă frecvent jucăriile favorite, iar fetele sunt tovarășii de joacă preferați.
- Ei evită jocurile violente și sporturile competitive și manifestă interes redus față de jucăriile specific masculine (de ex., mașinuțe, camioane).
- Unii băieți neagă că au penis și insistă asupra poziției șezând la urinat.
- Mai rar, afirmă penisul sau testiculele li se par dezgustătoare, că ar dori să le fie extirpate, că au sau doresc să aibă vagin.

Tinerii **adolescenți** cu disforia de gen

- Trăsăturile clinice se pot asemăna fie cu cele ale copiilor, fie cu cele ale adulților, care prezintă această afecțiune, în funcție de nivelul de dezvoltare.
- Deoarece caracterele sexuale secundare la tinerii adolescenți nu sunt complet dezvoltate, acești indivizi nu afirmă întotdeauna o aversiune față de ele, dar sunt îngrijorați în legătură cu modificările fizice iminente.
- Când se dezvoltă semnele vizibile de pubertate, indivizii născuți băieți își epilează uneori membrele inferioare la primele semne de creștere a părului.
- Uneori recurg la contenția organelor genitale pentru a face erecția mai puțin vizibilă.
- Fetele recurg la metode de ascundere a sânilor, merg aplecate sau poartă haine largi pentru a face sâni mai puțin vizibili.
- Tot mai des, adolescenții solicită, sau pot obține fără prescripție sau supraveghere medicală, agenți supresori hormonalți („blocanți”) ai steroizilor gonadali și pot solicita intervenție chirurgicală de retribuire a genului.
- Adolescenți de vârste mai mari, când devin activi sexual, de obicei nu le arată sau nu le permit partenerilor să le atingă organele sexuale.

Adulții cu disforia de gen

- Discrepanța dintre genul trăit și caracterele fizice sexuale este adesea, dar nu întotdeauna, însoțită de dorința de a scăpa de caracterele sexuale primare și /sau secundare și /sau de intenția fermă de a avea caracterele sexuale primare și /sau secundare ale genului opus.
- În grade variate, adulții cu disforia de gen pot adopta comportamentul, îmbrăcămintea și manierele genului căruia consideră că-i aparțin.
- Ei simt disconfort atunci când sunt considerați de alții, sau funcționează în societate, ca membrii ai genului atribuit.
- Unii adulți au o dorință intensă de a aparține unui gen diferit și de a fi tratați ca atare, având convingerea interioară că simt și reacționează conform genului trăit, fără a solicita tratament medical de schimbare a caracterelor fizice.
- Ei pot descoperi alte modalități de rezolvare a incongruenței dintre genul trăit și cel atribuit, acționând parțial conform rolului dorit sau prin adoptarea unui gen neconvențional (nici feminin, nici masculin).

Disfuncțiile sexuale

Disfuncțiile sexuale reprezintă un grup eterogen de tulburări, caracterizate printr-o perturbare evidentă clinic a capacității unei persoane de a avea un răspuns sexual sau de a resimți plăcerea sexuală.

Clasificare

Disfuncțiile sexuale includ:

- ejacularea întârziată,
- tulburarea erectilă,
- tulburarea orgasmului la femei,
- tulburarea dorinței /excitației sexuale la femei,
- tulburarea dorinței sexuale hipoactive la bărbați,
- tulburarea cu durere genito-pelviană /de penetrare,
- ejaculare prematură (precoce),
- disfuncția sexuală indusă de substanțe sau medicamente,
- alte disfuncții sexuale specificate și disfuncția sexuală nespecificată.

Disfuncțiile sexuale

Rata sexului variază pentru fiecare disfuncție.

Dorința sexuală hipoactivă și orgasmul inhibat sunt mai frecvente la femei.

Cel puțin un tip de disfuncție sexuală constituie o acuză la mai mult de una din trei femei.

Prevalența la bărbați nu este cunoscută cu certitudine, dar cea mai frecventă acuză este disfuncția erectilă.

Disfuncția sexuală este întâlnită la aproximativ 10% din pacienții psihici din ambulator.

Metodele terapeutice au succes în o treime din cazuri și o ameliorare în altă treime.

Etiologia disfuncțiilor sexuale

Disfuncția sexuală poate lua naștere din diferite combinații ale unor factori ca:

- relații generale nesatisfăcătoare cu partenerul, pierderea interesului față de partenerul sexual,
- impuls sexual scăzut,
- ignorarea tehnicii sexuale,
- factori legați de vulnerabilitatea individului (de ex., imagine negativă față de propriul corp; istoric de abuz sexuale sau emoțional),
- anxietăți legate de performanța sexuală,
- comorbiditatea psihiatrică (de exemplu, depresie, anxietate),
- factori de stres (de ex., pierderea locului de muncă, doliu),
- factori culturali sau religioși (de ex., inhibiții legate de interzicerea activității sau plăcerii sexuale),

Ejacularea întârziată

Ejacularea întârziată reprezintă întârzierea marcată a ejaculării sau incapacitatea de a ejacula (în aproximativ 75-100% cazuri).

Bărbatul raportează dificultatea sau incapacitatea de a ejacula în ciuda prezenței stimulării sexuale adecvate și a dorinței de a ejacula.

Pacientul și partenera sa relatează încercări prelungite de a atinge orgasmul până când intervine extenuarea sau disconfortul genital, după care renunță.

Unii bărbați declară că evită actul sexual din cauză că dificultățile de ejaculare apar repetitiv.

Unele parteneri relatează faptul că se simt mai puțin atractive din punct de vedere sexual, deoarece partenerii acestora ejaculează cu dificultate.

Tulburarea erectilă

(eșecul răspunsului genital)

- În populația adultă tânără, aproximativ 8% din bărbați au tulburare de erecție.
- La bărbat, **disfuncția erectilă este problema principală**, adică o dificultate în dezvoltarea sau menținerea unei erecții potrivite pentru un contact sexual satisfăcător.
- Dacă erecția apare normal în unele situații, de ex, în timpul masturbației sau somnului, sau cu un partener diferit, atunci cauza este mai degrabă psihogenă.
- La femei, principala problemă la lipsa excitației sexuale este uscăciunea mucoasei vaginale, sau absența lubrefierii, adesea secundară unei lipse a interesului sexual sau a comportamentului sexual preliminar inadecvat al partenerului.

Tulburarea orgasmului la femei (disfuncție orgasmică)

- 30% din populația feminină are orgasm feminin inhibat sau rar, iar 25 la sută din femei nu prezintă orgasm în primul an de căsătorie.
- Acesta se datorează unei tehnici sexuale deficitare a partenerului, lipsei de afecțiune pentru el, dar și de capacitatea femeii de a atinge orgasmul.
- Disfuncția orgasmică este mai comună la femei decât la bărbați (6 din 4108 subiecți intervievați).
- La ei se observă o întârziere serioasă a ejaculării sau o absență completă a acesteia.

Tulburarea dorinței /excitației sexuale

(lipsa sau pierderea dorinței sexuale)

- Aproximativ 20% din populația totală are dorință sexuală hipoactivă.
- Aceasta este o acuză mai frecventă la femei decât la bărbați și reflectă adesea probleme generale în relația dintre parteneri.
- Pierderea dorinței sexuale este problema principală, dar absența dorinței sexuale nu exclude „deșteptarea” ei, dar face mai dificilă inițierea activității sexuale.
- Dorința sexuală scăzută nu răspunde la tratament

Tulburarea cu durere genito- pelviană / de penetrare

Dispareunie non-organică

- 8% din femei au relatat dispareunie.
- Dispareunia (sau durerea genitală înainte, în timpul sau după actul sexual) apare atât la femei, cât și la bărbați, iar factorii emoționali sunt importanți.

Vaginism non-organic

- Este spasmul mușchilor ce înconjoară vaginul, cauzând ocluzia deschiderii vaginale.
- Penetrarea penisului este fie imposibilă, fie dureroasă.
- Spasmul este de obicei o parte a unui răspuns fobic, asociat cu teama de penetrare, dar ocazional este rezultatul unei cicatrici dureroase după epiziotomie.
- Cazul „soțiilor virgine”, cu teamă extremă și un sentiment de vinovăție față de relația sexuală/căsătoria bărbaților pasivi, care uneori consimt la refuzul soțiilor de a permite relații sexuale.
- Vaginismul merge bine în general.

Ejaculare prematură (precoce)

- 30% din populația masculină are ejaculare precoce.
- Este atât de obișnuită la bărbații tineri, fără experiență sexuală, încât poate fi inclusă în normal.
- Când persistă, cauza este adesea frica de eșec.
- Este incapacitatea de a controla ejacularea habituală înaintea penetrării vaginale sau foarte curând după, sau chiar în absența unei erecții, pentru ca ambii parteneri să se bucure de actul sexual.
- Tehnica de comprimare sau „**start-stop**” - când bărbatul relatează că este pe punctul de a avea un orgasm, femeia strânge penisul pentru câteva secunde și apoi îi dă drumul brusc. După acesta este continuat actul sexual.

Aversiunea sexuală și lipsa plăcerii sexuale

- Perspectiva unei interacțiuni sexuale cu un partener este asociată cu trăiri puternic negative și apare o teamă sau anxietate suficient de puternică pentru a evita această activitate.

Impuls sexual excesiv

- Atât bărbatul, cât și femeia pot ocazional să acuze o pulsione sexuală excesivă, ca o problemă separată, de obicei, în timpul ultimei perioade a celei de a doua decade de viață, sau în faza timpurie a vârstei adulte.
- Include: *nimfomania*, *satiriazisul*.

Evaluarea

- De câte ori este posibil, partenerul sexual trebuie interviuat la fel ca și pacientul.
- Cei doi trebuie consultați mai întâi separat, apoi împreună.
- Primul pas este definirea clară a naturii problemei la fiecare.
- Fiecare partener trebuie întrebat, separat, dacă această problemă a mai apărut și cu alți parteneri.
- Apoi este înregistrată originea și evoluția disfuncției, frecvența actului sexual, a masturbării, a gândurilor sexuale și sentimentele legate de excitația sexuală.
- Fiecare partener trebuie întrebat despre tehnica sexuală a celuilalt partener.

Tratamentul

Educație sexuală; terapie specifică sexuală.

1. Partenerii trebuie tratați împreună.
2. Sunt ajutați să comunice mai bine.
3. Li se dau noțiuni despre anatomia și fiziologia relației sexuale.
4. Li se indică o serie gradată de „obiective sexuale”.

Tulburări de impulsuri

Elementul esențial îl constituie impulsuri de acțiuni repetate, irezistibile, care nu pot fi controlate, cu incapacitatea de a rezista unui impuls sau tendinței de a efectua un act, care este dăunător persoanei respective.

Impulsurile n-au motivație rațională clară, dar domină propriile interese ale pacientului.

Indivizii cu această tulburare resimt, de obicei, o stare de tensiune crescândă sau excitare emoțională înainte și o stare de satisfacție, plăcere sau ușurare în timpul și imediat după acțiune.

Ludomania (Jocul de noroc patologic)

Episoade frecvente, repetate de a juca jocuri de noroc dominând viață pacientului în detrimentul valorilor și angajamentelor sociale, profesionale, materiale și familiale.

(1-3% din populația adultă a SUA).

Piromania (incendierea patologică)

Acțiuni sau tentative multiple de a da foc proprietății sau altor obiecte, fără un motiv aparent, și printr-o preocupare persistentă cu persoane, care au legătura cu focul și arderea.

Cleptomania (furtul patologic)

Eșecul repetat de a rezista impulsurilor de a fura obiecte, care nu sunt dobândite pentru folosire personală sau câștig de bani.

Obiectele pot în schimb sa fie înlăturate, aruncate, date de pomană sau depozitate.

Tricotilomania (tulburarea de smulgere a părului)

Elementul esențial al tricotilomaniei este smulgerea recurentă a propriului păr.

Smulgerea părului poate afecta orice parte a corpului acoperită cu păr; cel mai frecvent afectate sunt scalpul, sprâncenele și genele, în timp ce zonele mai puțin afectate sunt axilele, fața, regiunea pubiană și zona peri-rectală.

Uneori, indivizii pot încerca să ascundă sau să camufleze pierderea părului (de ex., prin folosirea de machiaj, eșarfe sau peruci).

Conform DSM 5.

- Tulburarea de opoziție și comportament sfidător;
- Tulburarea explozivă intermitentă;
- Tulburarea de conduită.

TULBURĂRI ALE SOMNULUI

Se împart în:

- disomnii și
- parasomnii.

Dissomniile:

- Tulburarea de insomnie;
- Tulburarea de hipersomnie;
- Narcolepsia.

Parasomniile:

- ❖ Somnambulismul;
- ❖ Teroarea de somn nocturnă (teroarea nocturnă sau pavorul nocturn);
- ❖ Tulburarea cu coșmaruri nocturne.

Tulburarea de insomnie.

- Este o stare caracterizată printr-o cantitate sau calitate nesatisfăcătoare a somnului, care persistă o perioadă considerabilă de timp.
- Printre insomniaci cauza cea mai prevalentă este dificultatea de a adormi, urmată de dificultatea de a rămâne adormit, și o trezire finală precoce.
- Tipic, insomnia se dezvoltă în timpul unor stresuri existențiale crescute și tinde să fie mai prevalentă la femei, indivizi de vârstă mai înaintată, persoane perturbate psihologic și dezavantajate socio-economic.
- Când insomnia este persistentă, ea poate conduce la o teamă sporită de absență a somnului și o preocupare privind consecințele sale.
- Pacienții suferind de insomnie se descriu ca simțindu-se tensionați, anxioși, îngrijorați sau depresivi la vremea culcării, ca și cum gândurile lor ar lua-o la goană.
- Adesea ei încearcă să facă față tensiunii luând medicamente sau consumând alcool.
- Trebuie notat că majoritatea insomniacilor cronici sunt, de obicei, preocupați de tulburarea lor de somn, negând existența oricăror probleme emoționale.

Tulburarea de hipersomnie.

Hipersomnia include simptome precum:

- somn cu durată excesivă (de ex., somn nocturn prelungit sau somn involuntar pe timpul aceleiași zile),
- deteriorarea calității stării de veghe (adică, tendința spre somn în timpul stării de veghe, sugerată prin trezirea dificilă sau incapacitatea de a se menține treaz atunci când este necesar) și
- inerția somnului (adică *beția somnului*, o perioadă cu perturbarea performanței și reducerea vigilenței, care urmează trezirii dintr-un episod obișnuit de somn sau dintr-un somn de durată scurtă).
- Simptomele de somnolență excesivă sunt prezente indiferent de durata somnului nocturn.
- Hipersomnia apare de cel puțin de trei pe săptămână, timp de cel puțin 3 luni.

Narcolepsia

- Trăsăturile esențiale ale somnolenței în narcolepsie sunt ațipirile diurne recurente sau adormirile bruște.
- Somnolenta este prezentă de obicei zilnic, dar trebuie să apară de minimum trei ori pe săptămână, cel puțin 3 luni.
- Indivizii par somnoroși sau adorm în sala de așteptare, sau în cursul examinării clinice.
- Narcolepsia în general produce *cataplexie*, care se manifestă cel mai frecvent sub forma unor episoade scurte (de câteva secunde până la minute) de pierdere bruscă, bilaterală a tonusului muscular postural, precipitată de emoții, în special râs sau glume.
- Mușchii afectați pot fi cei ai gâtului, mandibulei, ai membrelor superioare sau inferioare, sau al întregului corp, cu oscilații ale capului în plan vertical, căderea mandibulei, sau prăbușire totală.
- Indivizii sunt treji și conștienți în timpul episodului de cataplexie.
- Pe durata cataplexiei, indivizii se pot prăbuși pe un scaun, având o vorbire neclară sau li se închid pleoapele.

Somnambulism (mersul în somn)

- Este o stare alterată a conștiinței, în care fenomenele de somn și veghe sunt combinate.
- Individul are un facies inexpressiv, cu privire fixă, este relativ non-respondent la eforturile altora de a influența evenimentul sau de a comunica cu el, și poate fi trezit numai cu mari dificultăți.
- El se ridică din pat, de obicei, în timpul primei treimi a somnului nocturn și merge, manifestând nivele scăzute de conștiință, reactivitate și abilități motorii.
- Somnambunii se scoală din patul lor și uneori, pentru un timp, pot chiar să iasă din casă.
- Ei se reîntorc totuși, în patul lor în liniște, fie singuri, fie conduși cu blândețe de o altă persoană.
- La trezire, fie că această are loc în episodul somnambulic, fie în dimineața următoare, nu rețin, de obicei, nici o amintire a evenimentului.
- Mulți pacienți au antecedente familiale și personale pentru această boală.
- În plus, în unele cazuri, debutul acestei stări coincide cu o boală febrilă.

Teroare nocturnă (pavor nocturn)

- Este o asociere a somnambulismului și episoadelor de panică, manifestate cu trezire abruptă din somn, fără un contact adecvat cu ambianța, vocalizare intensă, motilitate și grade înalte de descărcare vegetative (de ex., tahicardie, tahipnee, transpirație, pupilele dilatate), cu o durată de circa 1–10 minute.
- Individul se ridică sau se scoală, de obicei, în timpul primei treimi a somnului nocturn, cu un țipăt de panică, adesea se repede spre ușă, ca și cum ar încerca să evadeze, deși foarte rar părăsește camera.
- Eforturile celorlalți de a influența evenimentul de teroare nocturnă pot, de fapt să-i inspire o frică mai intensă, deoarece individul nu numai că este relativ non-respondent la astfel de eforturi, dar poate deveni dezorientat pentru câteva minute; la trezire, de obicei, nu are amintirea episodului.
- Din cauza acestor caracteristici clinice indivizii au un risc mare de rănire.

Tulburarea cu coșmaruri nocturne

Coșmaruri (tulburare de anxietate în vis)

- Coșmarurile reprezintă de obicei secvențe de imagini onirice lungi, elaborate, cu fir epic, care par reale și care produc anxietate, frică sau alte emoții disforice.
- Conținutul coșmarului se concentrează, în mod tipic, pe încercările de a evita sau înfrunța un pericol iminent, amenințările privind supraviețuirea, siguranța sau stima de sine.
- Coșmarurile, care survin după experiențe traumatice, pot reproduce situația periculoasă („coșmarurile replicative”).
- La trezire, coșmarurile vor fi bine rememorate și pot fi descrise în detaliu.
- În timpul episodului tipic, există un grad de descărcare vegetativă, dar nu există o apreciable vocalizare sau motilitate corporală.
- La trezire, individul devine rapid alert și orientat.
- El poate comunica pe deplin cu ceilalți, dând, de obicei, o relatare detaliată a trăirii visului, atât imediat, cât și în dimineața următoare.

TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT ALIMENTAR.

Anorexia nervoasă.

Condiție severă și potențial letală, caracterizată prin imagine corporală perturbată și limitări dietetice drastice, auto-impuse, care duc de regulă la malnutriție severă.

Mortalitatea este de 5-18% din pacienți.

Epidemiologie

- 1.** Prevalența pe viață la femei este de 0,5-3,7%.
- 2.** Debut are loc de obicei între vârstele de 10 și 30 ani; se asociază adesea cu un eveniment de viață stresant.
- 3.** Raportul bărbați:femei este de 1:10 până la 1:20.
- 4.** Apare cel mai frecvent la categoriile de persoane cu ocupații care necesită o siluetă zveltă (de ex., prezentare de modă, balet) și în țările dezvoltate.



CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU ANOREXIE NERVOASĂ

- A. Refuzul de a păstra greutatea corporală la sau deasupra unui nivel minim normal pentru vârstă și înălțime (de ex., pierdere în greutate care duce la menținerea unei greutatei mai mici de 85% din cea expectată).
- B. Frică intensă de câștigul în greutate sau de a deveni gras(ă), deși este subponderal(ă).
- C. Perturbare a modului în care este percepută greutatea sau forma (silueta) corpului, influență exagerată a greutății sau siluetei corpului asupra auto-evaluării, sau negarea gravității greutății curente scăzute.
- D. La femei amenoree – absența a cel puțin trei cicluri menstruale consecutive. Se consideră că o femeie are amenoree și dacă ciclurile ei nu au loc decât după administrarea de hormoni, de ex., un estrogen.

Specificați tipul:

- **Tip restrictiv:** pe parcursul episodului curent de anorexie nervoasă persoana nu s-a angajat regulat în comportament de evacuare forțată (vărsături auto-induse sau automedicație cu laxative sau diuretice, clisme).
- **Tip evacuare forțată:** pe parcursul episodului curent de anorexie nervoasă persoana s-a angajat regulat în comportament de evacuare forțată (vărsături auto-induse sau automedicație cu laxative sau diuretice, clisme).

Etiologie.

1. Biologică.

Predispoziția genetică poate să constituie un factor.

Rate de concordanță mai mari la gemenii monoziгоți (MZ) decât la dizigoți (DZ).

Există unele dovezi de frecvență crescută a anorexiei nervoase la surori.

S-a constatat incidență familială crescută a depresiei, dependenței de alcool sau tulburărilor alimentare.

Din punct de vedere neurobiologic, reducere a 3-metoxi-4-hidroxifenilglicolului (MHPG) în urină și în LCR, sugerând reducerea turnover-ului (circuitului) și activității noradrenalinei.

Norepinefrina are rol în stimularea apetitului alimentar, în timp ce serotonina stimulează producerea sațietății, fiind implicată și în modularea impulsivității și comportamentului obsesiv, ceea ce explică asocierea cu tulburările de dispoziție, anxietate sau comportament obsesiv compulsiv.

Activitatea opioizilor endogeni este scăzută, ca o consecință a inaniției.

Într-un studiu prin tomografie cu emisie de pozitroni (PET), metabolismul în nucleul caudat a fost mai ridicat în starea anorectică decât după câștigul în greutate.

Rezonanța magnetică nucleară (RMN) poate să evidențieze deficite volumice ale substanței cenușii în cursul bolii, care pot să persiste după recuperare.

2. Psihologică.

Pare să fie o reacție față de exigențele de independență și de funcționare socială sau sexuală din adolescență.

Perfecționismul, inflexibilitatea și lipsa de exprimare emoțională sunt trăsături comune la indivizii cu AN.

3. Socială.

Accentul pe care îl pune societatea pe „subțirime” (thinness, „siluetă”, faptul de a nu fi gras), pe exercițiile fizice.

Pacienta poate să aibă o relație strânsă, dar perturbată, cu părinții.

4. Psihodinamică.

1. Pacientele sunt incapabile să se separe psihologic de mamele lor.
2. Frică de sarcină.
3. Pulsioni sexuale sau agresive reprimare.

Teoriile psihanalitice vorbesc despre existența unei relații seductive, dependente a adolescenței de figura paternă pasivă, caldă, dar lipsită de autoritate și a unui sentiment de vinovăție întreținut de o mamă acaparatoare, ambivalentă cu care adolescenta refuză să se identifice.

Evoluție și prognostic.

Din totalul pacientelor, 40% recuperează, 30% se ameliorează, restul de 30% sunt cazuri cronice.

Bulimia nervoasă apare la 30-50% din pacientele cu anorexie nervoasă în decurs de doi ani după debutul anorexiei.

Tratament (I)

Se poate desfășura ambulator sau într-o unitate pediatrică, medicală sau psihiatrică cu paturi, în funcție de gradul de pierdere în greutate și de starea somatică.

Unitatea psihiatrică este indicată, dacă starea somatică permite, în cazurile cu depresie, cu risc crescut de sinucidere sau cu criză familială.

Tratamentul intraspitalicesc al înfometării permite:

(1) asigurarea câștigului în greutate și

(2) monitorizarea și tratamentul efectelor cu potențial vital ale înfometării (și tratamentul complicațiilor metabolice ale bulimiei nervoase, dacă aceasta este prezentă).

Se stabilește o greutate dorită și se alcătuieste o strategie de atingere a acesteia, incluzând mese supravegheate, suplimente alimentare și alimentarea pe sondă nazo-gastrică pentru pacientele necooperante.

Tratament (II).

1. Farmacologic.

Pacientele cu anorexie nervoasa se opun adesea medicației și nici un medicament nu are eficacitate dovedită.

Antidepresivele se pot încerca dacă există o tulburare depresivă majoră coexistentă.

Pot să fie utili agenții serotoninergici (de ex., 40 mg de fluoxetină pe zi).

Pe lângă acestea, creșterea în greutate este un efect secundar al ciproheptadinei (Periactin).

2. Psihologic.

Tratamentul psihosocial și terapia de grup au rol educațional, suportiv și inspirațional.

Psihoterapia psihodinamică individuală este, în general, inefficientă.

Are valoare terapia cognitiv-comportamentală, care încearcă să schimbe atitudinile și habiturile cu privire la alimente, la alimentare și la imaginea corporală.

Terapia familială este utilă pentru problemele relaționale și poate să ajute la reducerea simptomelor.

Bulimia nervoasă

Ingerarea episodică, necontrolată, compulsivă și rapidă a unor mari cantități de alimente într-o perioadă scurtă de timp (*binge* alimentar), urmată de vărsături auto-induse, laxative sau diuretice, de perioade de încetarea a alimentării (*fasting*) sau de exerciții fizice intense, pentru a preîntâmpina creșterea în greutate (*binge and purge*, aprox. „îndopare și golire”).

Epidemiologie

1. Prevalența pe întreaga durată a vieții la femei este de 1-4%.
2. Vârsta la debut este de obicei de la 16 până la 18 ani.
3. Raport bărbați:femei 1:10.

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU BULIMIE NERVOASĂ

- A. Episoade recurente de alimentare în *binge*. Un episod de *binge* se caracterizează prin ambele din următoarele:
 - (1) consumarea, într–o perioadă definită de timp (de ex., într–o perioadă de 2 ore) a unei cantități de alimente, care este clar mai mare decât ceea ce ar mânca majoritatea oamenilor într–o perioadă de timp asemănătoare și în circumstanțe similare.
 - (2) senzația de lipsă de control asupra mâncatului în cursul episodului (de ex., simțământul că nu se poate opri din mâncat sau că nu poate controla ce sau cât mănâncă).
- B. Comportament compensator recurent inadecvat, pentru a preîntâmpina creșterea în greutate, cum ar fi vărsăturile auto–induse; abuzul de laxative, diuretice sau alte medicamente, clisme; încetarea alimentării („post”); sau exercițiu fizic excesiv.

Specificați tipul:

- **Tip evacuator (*purging*):** în cursul episodului curent de bulimie nervoasă persoana s–a angajat cu regularitate în auto–inducerea de vărsături sau în abuzul de laxative, diuretice sau clisme.
- **Tip neevacuator:** In cursul episodului curent de bulimie nervoasă persoana a folosit alte comportamente compensatorii inadecvate, cum ar fi postul (nealimentarea) sau exercițiul fizic excesiv.

Evoluție și prognostic.

Evoluția este, de regulă, cronică, dar nu debilitantă, dacă nu se complică cu dezechilibru hidroelectrolitic și alcaloză metabolică.

Recuperarea sub tratament este de 60%; totuși, rata recăderilor poate să se apropie de 50% într-o perioadă de 5 ani.

Tratament.

1. Spitalizarea.

Dezechilibrul electrolitic, alcaloza metabolică și riscul de sinucidere pot să necesite spitalizare.

Trebuie acordată mare atenție complicațiilor somatice ale bulimiei, care pot să pună viața în pericol.

2. Farmacologic.

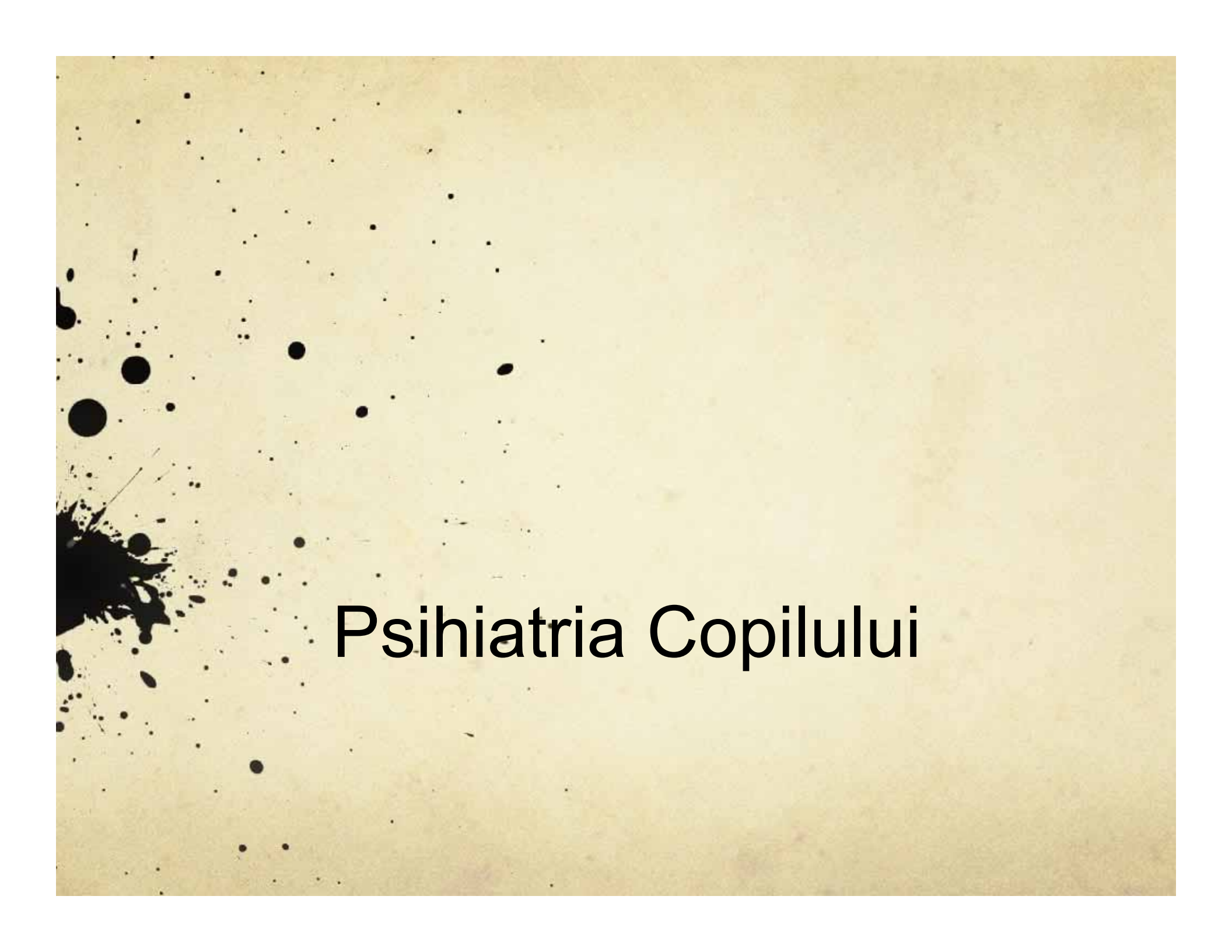
Antidepresivele par mai benefice decât în anorexia nervoasă. Imipramina (Tofranil), desipramina (Norpramin), trazodonul (Desyrel) și inhibitorii de monoaminooxidază (IMAO) (de ex., fenelzina-Nardil) au redus simptomele în cursul studiilor.

Potrivit raportărilor, fluoxetina (Prozac) este, de asemenea, benefică în privința descreșterii mâncatului în binge și a episoadelor ulterioare de evacuare forțată.

3. Psihologic.

Lipsa de control asupra mâncatului motivează, de regulă, dorința de tratament; terapia poate să includă psihoterapie individuală, terapie cognitiv-comportamentală și psihoterapie de grup.

Terapia trebuie să se adreseze normalizării obiceiurilor alimentare, a atitudinilor față de alimente și atingerii unei greutate corporale ideale.



Psihiatria Copilului

Psihiatria Copilului și Adolescentului

Deosebirile dintre psihiatria copilului și psihiatria generală (a adulților):

- Existența copilului și dezvoltarea sa emoțională depind de familie sau îngrijitori - cooperare cu membrii familiei; uneori consimțământ scris
- Stadiile de dezvoltare sunt foarte importante pentru aprecierea diagnosticului
- Utilizarea psihofarmacoterapiei este mai puțin frecventă în comparație cu psihiatria generală
- Copiii sunt mai puțin capabili de a se exprima în cuvinte
- Copilul care suferă de probleme psihice în copilărie poate fi o persoană emoțional stabilă la vârsta maturității, dar unele tulburări psihice pot schimba viața întreagă a copilului și a familiei sale

Tulburări ale Dezvoltării Psihologice (F80-F89)

- F80 Tulburări specifice de dezvoltare a vorbirii și a limbajului
- F81 Tulburări specifice de dezvoltare a competențelor școlare
- F82 Tulburări specifice de dezvoltare a funcției motorii
- F83 Tulburări specifice de dezvoltare mixte
- F84 Tulburări de dezvoltare pervasive
- F88 Alte tulburări ale dezvoltării psihologice
- F89 Tulburare nespecificată de dezvoltare psihologică

F80 Tulburări Specifice de Dezvoltare a Vorbirii și a Limbajului

- F80** Tulburări specifice de dezvoltare a vorbirii și a limbajului
- F80.0 Tulburare specifică a vorbirii articulate
- F80.1 Tulburare a limbajului expresiv
- F80.2 Tulburare a limbajului receptiv
- F80.3 Afazie dobândită cu epilepsie (sindromul Landau-Kleffner)
- F80.8 Alte tulburări de dezvoltare ale limbajului și vorbirii
- F80.9 Tulburare de dezvoltare a vorbirii și a limbajului, nespecificată

F80.0 Tulburare Specifică a Vorbirii Articulate

- O tulburare de dezvoltare specifică în care utilizarea de către copil a sunetelor vorbirii este sub nivelul adecvat vârstei sale mentale, dar în care există un nivel normal de competențe lingvistice.
- Anomaliile de articulație nu sunt cauzate de anomalie neurologică, iar inteligența nonverbală este în limitele normale.
- De dezvoltare:
 - Tulburare fonologică
 - Tulburare a vorbirii articulate
- Dislalie
- Tulburare funcțională a vorbirii articulate
- Bîlbîială

F80.1 Tulburare a Limbajului Expresiv

- O tulburare de dezvoltare specifică, în cadrul căreia capacitatea copilului de a folosi limbajul expresiv este semnificativ sub nivelul adecvat vârstei sale mentale, dar înțelegerea limbajului este în limite normale.
- Anomaliile de articulație pot fi prezente sau absente.
- Disfazie sau afazie de dezvoltare de tip expresiv.

F80.2 Tulburare a Limbajului Receptiv

- O tulburare de dezvoltare specifică, în cadrul căreia înțelegerea limbajului de către copil este sub nivelul adecvat pentru vîrsta sa psihică, în special în aspecte mai subtile ale limbii - structuri gramaticale, tonul vocii.
- Reciprocitatea socială și jocul de pretindere este normal și nu sunt prezente tulburări severe de auz.
- De dezvoltare:
 - disfazia sau afazia de tip receptiv
 - afazia lui Wernicke
- Surditate de cuvinte

Tratament

- Este foarte importantă colaborarea neurologului cu logopedul.
- Tratamentul psihiatric este necesar în cazul în care copilul are probleme psihice secundare, de exemplu, în relația cu alți copii sau familie.
- Sunt utile medicamentele nootropice, psihoterapia și învățămîntul special.

F81 Tulburări Specifice de Dezvoltare a Competențelor Școlare

Tulburări în care modelele normale de achiziție a competențelor sunt perturbate începând cu stadiile incipiente de dezvoltare.

- F81 Tulburări specifice de dezvoltare a competențelor școlare
- F81.0 Tulburare specifică de lectură
- F81.1 Tulburare specifică de ortografie
- F81.2 Tulburare specifică de competențe aritmetice
- F81.3 Tulburare mixtă de aptitudini școlare
- F81.8 Alte tulburări de dezvoltare a competențelor școlare
- F81.9 Tulburare de dezvoltare a competențelor școlare, nespecificată

F82 Tulburare Specifică de Dezvoltare a Funcției Motorii

- Insuficiență serioasă a dezvoltării coordonării motorii care nu se explică numai în termeni de retard intelectual general sau de orice altă tulburare neurologică specifică congenitală sau dobândită
- Copilul este, în general, neîndemânic în mișcările fine și brute; există dificultăți legate de procesul de învățare a legării și ȳeturilor de la pantofi, alergării, aruncării mingilor. Aptitudinile de desen sunt, de obicei, de asemenea, sărace
- În cele mai multe cazuri – subdezvoltare neurologică marcată
 - Sindromul copilului neîndemânic
 - De dezvoltare:
 - Tulburare de coordonare
 - Dispraxie

Tratament

- Familia și mediul școlar trebuie să fie informăți într-un mod corect cu privire la tulburarea copilului.
- Este necesară formarea educațională specială, sunt utile medicamentele nootropice.
- Pentru copiii cu dificultăți de coordonare pot fi de folos programe speciale de educație fizică pentru a spori copilului stima de sine și capacitatea de a interacționa cu colegii.

F84 Tulburare de Dezvoltare de Tip Pervasiv

Tulburări caracterizate prin anomalii calitative în domeniul interacțiunilor sociale reciproce și a modelor de comunicare, și printr-un repertoriu de interese și activități cu caracter restrâns, stereotipizat, repetitiv.

- F84 Tulburări de dezvoltare de tip pervasiv
- F84.0 Autism infantil
- F84.1 Autism atipic
- F84.2 Sindromul Rett
- F84.3 Alte tulburări dezintegratoare la copii
- F84.4 Tulburare hiperactivă asociată cu retard mental și mișcări stereotipe
- F84.5 Sindromul Asperger
- F84.8 Alte tulburări de dezvoltare de tip pervasiv
- F84.9 Tulburări de dezvoltare de tip pervasiv, nespecificată

Date Statistice

- 1 din 1.000 de persoane sunt diagnosticate cu autism "clasic" .
- 1 din 500 de persoane se încadrează în spectrul autismului, inclusiv pervasive
- Tulburări de dezvoltare:
 - 1 din 200 de persoane se încadrează în spectrul autismului, inclusiv sindromul Asperger
 - **Autismul este de patru ori mai raspandit la baieti decat la fete**
 - În fiecare zi, 53 copii sunt nascuti in Statele Unite, care ulterior vor fi diagnosticate cu tulburări din spectrul autismului

- **Autismul nu are limite rasiale, etnice sau sociale**
- **Veniturile familiei, stilul de viață, și nivelurile de învățământ nu afectează șansa de apariție a autismului**
- **Cercetările arată că 50% dintre copiii diagnosticați cu autism vor rămâne muti pe tot parcursul vieții**
- **Aproximativ 10% din bolnavi au capacitati de genii**

Conform ultimelor cercetari:



- Acest studiu, realizat în California, a relevat faptul că **riscul de a avea un copil autist crește cu 18% de fiecare dată când vârsta mamei crește cu cinci ani.**
- Pentru femeile în vârstă de 40 de ani, probabilitatea de a da naștere unui bebeluș suferind de autism este cu 50% mai mare, comparativ cu mamele cu vârstele cuprinse în intervalul 25-29 de ani.
- Potrivit aceluiași studiu, o vârstă înaintată a tatălui nu este asociată cu un risc sporit de naștere a unui copil autist, cu excepția cazului în care mama bebelușului este mai tânără de 30 de ani.

What are the signs of Autism?

Inability to relate to children or adults



Poor speech or lack of speech



Oversensitive or undersensitive to sound



Inappropriate playing with toys



Difficulty dealing with changes in routine



Inappropriate laughter or crying



Lack of awareness of Danger



Hyperactivity or Passiveness



Oversensitive or undersensitive to touch



Strange attachment to objects



Lack of eye contact



Individuals who exhibit these characteristics, need to be evaluated for autism or other-related disorders. However it should be kept in mind, these people are not mentally retarded and with immediate assistance, the lives of these individuals can be improved.

AUTISM



Râs inadecvat



Refuzul îmbrățișărilor



Dificultate în interacțiunea socială



Evitarea contactului vizual



Hiperactivitate fizică sau pasivitate extremă



Comportament inadecvat la sunet



Insensibilitate aparentă în fața durerii



Rotirea obiectelor



Suferință extremă fără motiv evident



Imitarea cuvintelor sau a pozițiilor



Preferința pentru singurătate



Atașament inadecvat pentru obiecte



Preferința pentru jocuri neobișnuite



Lipsa fricii față de pericolul real



Rezistența în fața metodelor obișnuite de predare

F84.0 Autismul Infantil

- Descris de Kanner în 1943 ca autism infantil
- Autismul reprezintă o afectare severă a tulburării de dezvoltare care se manifestă înainte de vârsta de 3 ani. Funcționarea anormală se manifestă în domeniul comportamentului de interacțiune socială, de comunicare și de repetare
- Există caracteristici tipice ale tabloului clinic:
 - Incapacitatea de a relați
 - Tulburări în dezvoltarea vorbirii
 - Anomalii cognitive
 - Comportament stereotipizat

F84.0 Autismul Infantil

- Cauza autismului infantil este necunoscută, studiile gemenilor sugerează etiologie genetică
- Deficiențele se manifestă pe întreaga durată a vieții; au un mare impact asupra abilităților copilului de a se socializa și de a comunica cu alte persoane
- 60-80% din copii cu autism sunt într-o stare de imposibilitate de a duce o viață independentă
- Nivelul IQ-ul poate fi normal
- 30-40 de cazuri la 100 000 copii, mai frecvent se întâlnește la băieți decât la fete

- Tulburări autiste
 - Infantile:
 - autism
 - psihoză
 - Sindromul lui Kanner

Tratament

- Nu se cunoaște un tratament specific.
- Copii cu autism, de obicei, necesită școlarizare specială sau școlarizare de tip rezidențial, deși, au loc, de asemenea, și încercările de integrare.
- Au fost dezvoltate tehnici speciale de predare și abordări psihoterapeutice pentru copii cu autism.
- Uneori, sunt utilizate medicamente antipsihotice și antidepresive pentru a face față unui comportament agresiv și depresiei.

F84.1 Autism Atipic

- Un tip de tulburare de dezvoltare pervasivă care diferă de autism infantil atât prin vîrsta izbucnirii, cît și prin neîndiplinirea tuturor criteriilor de diagnostic
- Dezvoltare anormală și insuficientă care se manifestă după vîrstă de 3 ani sau există deficiențe de comunicare și comportament stereotipizat, dar răspunsul emoțional la persoanele - îngrijitori nu este afectat.
- Autismul atipic este diagnosticat de multe ori la persoanele cu retard profund.
 - Psihoze infantile atipice
 - Retard mental cu caracteristici autiste

F84.2 Sindromul lui Rett (Descris de Rett în 1964)

- Sindromul a fost descris numai la fete.
- Dezvoltarea timpurie normală este urmată de pierderea parțială sau totală a capacității de a vorbi și a abilităților locomotorii și de folosire a mâinilor, paralel cu decelerarea creșterii capului.
- În cele mai multe cazuri debutul are loc la vârsta între 7 și 24 de luni.
- Pierderea capacității de a mișca cu scop mâinile, stereotipii de răsucire a mâinilor și hiperventilație.
- Interacțiunea socială este săracă în copilăria timpurie, dar se poate dezvolta ulterior.
- Funcționarea motorie este mai afectată în perioada de mijloc a copilăriei, mușchii sunt hipotonici, în majoritatea cazurilor apare cifoscolioza și spasticitatea rigidă la nivelul membrilor inferioare.
- Comportamentul agresiv și autovătămarea sunt destul de rare, de multe ori nu este nevoie de medicamente antipsihotice pentru controlul comportamentului provocator.

F84.5 Sindromul lui Asperger

- Descris de Asperger drept psihopatie autistică în 1944.
- Caracterizat prin același tip de afectare a activităților sociale și caracteristici stereotipe de comportament cum este descris la copii cu autism. Nu există nici o întârziere de dezvoltare cognitivă și de vorbire. Condiția apare predominant la băieți (8:1)
- De multe ori sindromul este asociat cu neîndemânare marcată.
- Există o tendință puternică de persistare a anomaliilor în adolescență și viața de adult.
- Episoadele psihotice apar ocazional în viața adultă timpurie.
 - Psihopatie autistă
 - Tulburare schizofrenică infantilă Schizoid disorder of childhood

F84.3 Alte Tulburări Infantile Dezintegrative

- Acestea sunt foarte tulburări de dezvoltare rare, cu o scurtă perioadă de dezvoltare normală înainte de izbucnire. Copilul își pierde abilitățile dobândite în termen de câteva luni.
- Pierderea generală a interesului față de mediul înconjurător, maniere motorii stereotipizate, repetitive și anomalii similare celor autiste, cum ar fi anomaliile de interacțiune socială și de comunicare.
- Acești copii, de obicei, rămân fără vorbire și nu sunt capabili de a duce o viață independentă.
 - Demența infantilă
 - Psihoza dezintegrativă
 - Sindromul lui Heller
 - Psihoza simbiotică

Tratamentul poate include:

- Terapie comportamentală: pentru a ajuta bolnavul să se adapteze condițiilor sale de viață (să se îmbrace singur, să mănânce singur, să folosească toaleta);
- Programe de integrare: care să ajute bolnavul să se adapteze lumii înconjurătoare pe cât posibil (socializarea);
- Asigurarea unui mediu organizat de viață: este foarte important să urmeze o rutină a activităților zilnice;
- Terapie audio-vizuală: pentru a-i ajuta în comunicare (pentru bolnavii de autism la care comunicarea verbală este absentă se vor căuta metode alternative de comunicare, cum ar fi comunicarea non-verbală: gesturi, imagini etc);
- Controlarea regimului alimentar (unii dintre ei mănâncă foarte multa pâine);
- Medicamente: recomandate de medicul psihiatru;
- Terapie fizică: pentru a-i ajuta în a-și controla stereotipiile; le place foarte mult apa și unii înoată foarte bine;
- Terapia limbajului: logopedie.

Terapia ABA - Analiza comportamentală aplicată/ applied behavior analysis

- ABA este o știință a comportamentului uman. Este un proces de aplicare sistematică a intervențiilor bazate pe principii învățări cu scopul de a îmbunătăți comportamentele adaptative și achizițiile necesare adaptării la mediu.
- Analiza comportamentală aplicată este o tehnică prin care se evaluează mediul în care trăiește o persoană, apoi se fac anumite schimbări cu scopul de a produce îmbunătățiri semnificative în comportamentul uman, în sensul adaptării acestuia la cerințele mediului social. Include observarea directă, analiza funcțională a relației dintre mediu și comportament.
- ABA utilizează antecedentele și consecințele unui comportament pentru a produce modificări dezirabile ale acestuia. Se bazează pe ideea “comportamentul uman este influențat de prezente dar și de structura genetică a individului”



Tulburări de Comportament și Emoționale cu Izbucnire, de Obicei, în copilărie și adolescență (F90-F98)

- F90 Tulburări hiperkinetice
- F91 Tulburări de conduită
- F92 Tulburări mixte comportamentale și emoționale
- F93 Tulburări emoționale cu izbucnire specifică copilăriei
- F94 Tulburări de funcționare socială cu debut specific copilăriei și adolescenței
- F95 Tulburări de tipul ticului
- F98 Alte tulburari emoționale și comportamentale cu debut care, de obicei, apare în copilărie și adolescență

F90 Tulburări Hiperkinetice

- F90 Tulburări hiperkinetice
- F90.0 Perturbare a activității și atenției
- F90.1 Tulburare de comportament hiperkinetic
- F90.8 Alte tulburări hiperkinetice
- F90.9 Tulburare hiperkinetică, nespecificată

F90 Tulburări Hiperkinetice

- **Tulburările hiperkinetice** apar predominant în primii cinci ani de viață și sunt de câteva ori mai frecvente la băieți, decît la fete
- Principalele semne ale sindromului sunt:
 - lipsa atenției
 - impulsivitatea
 - Hiperactivitatea
- **THDA**: Tulburarea deficitului de atenție cu hiperactivitate (anterior ACM: afectare cerebrală minimă)
- Prevalența este de la 3% la 10% la copiii claselor primare

F90 Tulburări Hiperkinetice

- **Etiologia:** predispoziție genetică, privarea maternă, toxinele din mediul înconjurător sau leziuni intrauterine sau postnatale ale creierului
- Aproximativ 50% dintre copiii cu sindrom hiperkinetic au așa numitele "semne moale" și anomalii minore în EEG
- IQ: de la subnormal la inteligență performantă
- Dizabilitățile specifice de învățare coexistă frecvent cu sindromul hiperkinetic
- Tipuri de sindrom de hiperactivitate:
 - perturbare a activității și atenției
 - tulburări de comportament hiperkinetic

Tratament

- Părinții și cadrele didactice trebuie să fie sfătuiți cum să facă față copiii hiperactivi
- Uneori sunt prescrise medicamente nootropice și doze mici de antipsihotice.
- Medicamentele stimulative ca metilfenidatul au uneori efect paradoxal, în conformitate cu teoria, stimulentele acționează prin reducerea variabilității excesive, prost sincronizate în diferite dimensiuni de excitație și reactivitate văzută în THDA.
- Stimulentele sunt medicamentele alese în primul rând.

F91 Tulburări de Comportament

Tulburari de comportament sunt diagnosticate atunci cînd copilul dă dovadă de modele de comporetament persistente și social grave sau agresive, cum ar fi bătaia excesivă sau intimidarea, cruzimea față de animale sau de alte persoane, distrugerea proprietății, furtul, minciuna, absenteismul de la școală și fuga de acasă.

- F91** Tulburări de comportament
- F91.0 Tulburări de comportament limitate la contextul familiei
- F91.1 Tulburări de conduită nesocializate
- F91.2 Tulburări de conduită socializate
- F91.3 Tulburare opozițional -sfidătoare
- F91.8 Alte tulburări de conduită
- F91.9 Tulburări de conduită nespecificate.

F91.0 Tulburări de Comportament Limitate la Contextul Familiei

- Comportamentul agresiv sau disocial este intenționat asupra membrilor de familie și apare mai ales la domiciliu sau în gospodăria imediată. Furtul de la domiciliu și distrugerea bunurilor preferate ale anumitor membri de familie sunt tipici. Relațiile sociale din afara familiei sunt în limitele normalității.

F91.1 Tulburare de Conduită Nesocializată

- Comportamentul agresiv și disocial este legat de relațiile sărace ale copilului cu alți copii și grupuri de colegi.
- Lipsesc prietenii apropiați, este specifică respingerea de către alți copii, nepopularitatea în școală și sentimentele ostile față de adulți.

F91.2 Tulburare de Conduită Socializată

- Diagnosticul este aplicat în cazul când copilul demonstrează conduită agresivă și disocială, dar relația cu semenii este adecvată.

F91.3 Tulburare Opozițional - Sfidătoare

- Copiii sub vârsta de la 9 la 10 ani, care prezintă un comportament persistent negativist, provocator și perturbător.
- Tulburări de conduită mai agresive nu sunt prezente, legea generală și drepturile altor oameni sunt respectate.
- Acest tip de comportament este adesea îndreptat spre un nou membru al familiei – de exemplu, tatăl vitreg.

Tratament

- Trebuie să fie luată în considerare situația familială și atitudinea acesteia față de tulburările copilului. Terapia de familie este necesară pentru a intensifica sprijinul emoțional și înțelegerea.
- În cazurile familiilor dezorganizate, copiilor abuzați sau neglijăți se recomandă familiile adoptive, plasamentul sau reședința supravegheată.
- Este necesară intervenția curții pentru luarea deciziei cu privire la plasament.

F93 Tulburări Emoționale cu Debut Specific Copilăriei

F93 Tulburări emoționale cu debut în copilărie

F93.0 Angoasa de separare a copilăriei

F93.1 Tulburare anxioasă fobică a copilăriei

F93.2 Anxietate socială a copilăriei

F93.3 Rivalitatea între frați

F93.8 Alte tulburări emoționale ale copilăriei

F93.9 Tulburare emoțională a copilăriei nespecificată

F93.0 Angoasa de Separare a Copilăriei

- Copilul este anxios cînd este separat de persoanele care sunt importante din punct de vedere emoțional pentru el – părinți, membri ai familiei. Trebuie luată în considerare și etapa de dezvoltare.
- Refuzul școlii este adesea un simptom al anxietății de separare
- Tratament:
 - în caz de refuz al școlii copilul ar trebui să fie returnat imediat la școală și ar trebui să fie stabilite limite stricte
 - tratamentul este axat pe structura familiei și recomandări cu privire la modurile de educație.
 - în cazuri severe este necesară utilizarea antidepresivelor

F94 Tulburări ale Funcției Sociale cu Debut Specific Copilăriei și Adolescenței

Acest grup de tulburări este caracterizat prin anomalii de funcționare socială, care nu sunt asociate cu deficit sever și incapacitate socială specifice tulburărilor pervazive de dezvoltare.

- F94 Tulburări ale funcției sociale cu debut specific copilăriei și adolescenței
- F94.0 Mutism selectiv
- F94.1 Tulburarea reactivă de atașament
- F94.2 Tulburare de atașament dezinhibată a copilăriei
- F94.8 Alte tulburări ale funcției sociale ale copilăriei
- F94.9 Tulburare a funcționării sociale a copilăriei nespecificată

F94.0 Mutism Electiv

- Se caracterizează de o selectivitate în vorbire marcată, emoțional determinată, astfel încât copilul demonstrează competență lingvistică în unele situații, dar nu poate vorbi în alte situații (definite)
- Acești copii arată caracteristici specifice de personalitate, cum ar fi anxietatea socială și hipersensibilitatea.
- Tratament:
 - psihoterapie
 - în cazuri severe – medicamente anxiolitice

F95 Tulburări ale Ticului

- Un tic este o mișcare motorie involuntară, rapidă, recurentă, neritmică (care implică, de obicei, grupuri musculare circumscrise) sau de producție vocală, care se caracterizată prin debut brusc și care nu servește nici unui scop aparent
- Ticurile sunt resimțite ca fiind irezistibile, dar pot fi suprimate pentru perioade mai scurte de timp
- Condițiile diagnosticului sunt, de asemenea, lipsa de tulburări neurologice, repetarea, dispariția în timpul somnului, lipsa de ritmicitate și lipsa scopului

F95 Tulburări ale Ticului

- Ticuri motorii simple: clipit din ochi, spasm de gît, strîns din umeri, grimase faciale
- Ticurile vocale simple: curățarea gîtului, latrat, aduîmecarea, șuierat
- Ticuri motorii complexe: sărituri și țopăit
- Ticurile vocale complexe: repetarea unor anumite cuvinte sau fraze, și, uneori, utilizarea cuvintelor social inacceptabile (de multe ori obscene) (scatologie), precum și repetarea unor sunete sau cuvinte proprii (palilalie)

Clasificarea Tulburărilor Ticului

- F95 Tulburări ale ticului
- F95.0 Tulburare tranzitorie a ticului
- F95.2 Tulburare combinată a ticului de tip vocal și motor multiplu (sindromul Gilles de la Tourette)
- F95.8 Alte tulburări ale ticului
- F95.9 Tulburare a ticului nespecificată

Tratament

- Somnoterapie
- Hipnoterapie
- Hidroterapie
- Neurochirurgie
- Terapie electronvulsivă

- Medicamente antipsihotice
- Antidepresive
- Medicamente nootropice

- Terapie comportamentală și cognitivă
- Cooperarea cu familia este importantă.

F98 Alte Tulburări de Conduită și Emoționale cu Debut în Copilărie și Adolescență

F98 Alte tulburări de conduită și emoționale cu debut în copilărie și adolescență

F98.0 Enurezis inorganic

F98.1 Encoprezis inorganic

F98.2 Tulburare de alimentare a perioadei infantile și a copilăriei

F98.3 Pica perioadei infantile și a copilăriei

F98.4 Tulburări stereotipizate de mișcare

F98.5 Balbism (bîlbîială)

F98.6 Dezorganizarea

F98.8 Alte tulburări specificate de conduită și emoționale cu debut în copilărie și adolescență.

F98.9 Tulburări nespecificate de conduită și emoționale cu debut în copilărie și adolescență

F98.0 Enurezis Inorganic

- Copilul nu este capabil de a controla voluntar vezica urinară în timpul zilei (enurezis diurn) sau în timpul nopții (enurezis nocturn)
- Enurezisul pot fi prezent de la naștere (enurezis primar) sau poate să apară după o perioadă de timp de control dobândit asupra vezicii urinare (enurezis secundar)
- Nu există nici o tulburare neurologică sau anomalie structurală a sistemului urinar sau lipsa de control asupra vezicii urinare nu este cauzată de atacuri de epilepsie, cistită sau poliurie datorată diabetului zaharat
- Enurezisul nu se diagnostică la un copil mai mic de 4 ani în termenii vârstei mintale
- Problemele emoționale pot apărea ca o consecință secundară a enurezisului

Tratament

- O restricție ușoară a lichidelor înainte de somn
- Trezirea pentru toaletă în timpul nopții
- Premiarea succesului și neconcentrarea atenției asupra eșecului
- Antidepresive

F98.1 Encoprezis Inorganic

- Diagnosticul presupune eliminarea repetată a materiilor fecale intenționată sau neintenționată în locuri care nu sunt destinate acestui scop.
- Etiologie:
 - a) rezultat al instruirii inadecvate de toaletă
 - b) copilul este capabil de a controla intestinul, dar din diferite motive refuză defecarea în locuri adecvate
 - c) probleme fiziologice sau probleme emoționale
- Encoprezisul poate fi însoțit de întinderea materiilor fecale asupra corpului sau a mediului sau este o parte a masturbării anale. Apare la copiii cu tulburări emoționale sau de comportament sau la persoane cu retardat mintal.

Tratament

- Psihoterapie
 - Premiarea succesului
 - Copilul este învățat să stabilească un tranzit intestinal mai normal, de exemplu, prin șederea pe toaletă în mod regulat după mese
- Anxiolitice sau antidepresive