

Sănătatea, esența sănătății mintale (SM). Povara SM.
Legislația internațională și națională în domeniul SM și

Drepturile persoanelor cu tulburări mintale.

Fenomenul de Stigma în SM.

Psihiatria – definiție, scop, obiective, date din istorie.

Organizarea asistenței psihiatrice. Servicii de SM.

Clasificarea tulburărilor mintale și de comportament
conform CIM-10 și DSM V.

Interviul psihiatric. Scale utilizate în psihiatrie.

Sănătatea mintală este ceea ce gândim, simțim, cum acționăm și cum facem față încercărilor vieții.

Este cum ne privim pe noi înșine, viețile noastre și oamenii care fac parte din ele.

Sănătatea mintală este o stare de bine, în care un individ realizează propriile sale abilități, poate face față stresurilor normale ale vieții, poate lucra productiv și este capabil să aducă o contribuție în comunitatea sa

(Mental Health: Fact sheet 2019, WHO).

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

Esența sănătății mentale

În mod ideal, oamenii sănătoși au:

- ✓ Capacitatea de a iubi și de a fi iubiți.
- ✓ Puterea de a accepta schimbarea și nesiguranța fără teamă.
- ✓ Un dar de a risca deliberat de a se debarasa de obsesia celor mai groaznice scenarii interminabile.
- ✓ Rezerve de bucurii de viață spontană și o sferă largă de răspunsuri emoționale.
- ✓ Contact eficient cu realitatea.
- ✓ O imaginație bogată.
- ✓ Un grad de autocunoaștere.
- ✓ Puterea de a spune „am greșit” și de a învăța din experiență.
- ✓ Un sentiment satisfăcător de siguranță și de aparență în cadrul societății.
- ✓ Capacitatea de a satisface cererile grupului.
- ✓ Libertatea propriei exprimări așa cum o dorește.
- ✓ Capacitatea de a împlini dorințele trupești ale sale și ale altora.
- ✓ Un simț al umorului.

People with
mental disorders **die**



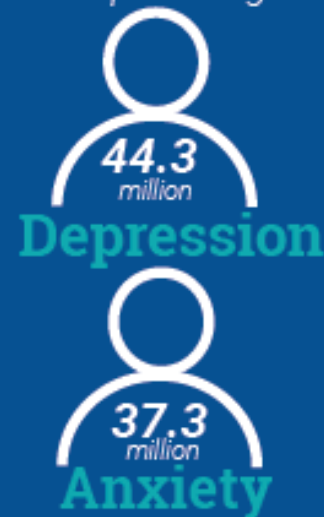
younger than the general
population.

- Tulburările mintale alcătuiesc circa 12% din numărul totalul al maladiilor.

- Până în 2030, ele vor constitui 15%.

- Se presupune că depresia va fi a doua cea mai importantă cauză a disfuncțiilor (*Murray & Lopez, 1996*).

The most common
mental disorders in the
WHO European Region



Source: GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2016) *Lancet*.

Source: WHO and Fountain House (2015) Excess mortality in persons with severe mental disorders.

Prevalența tulburărilor mintale

- Tulburările mintale sunt una dintre cele mai semnificative provocări de sănătate publică în Regiunea Europeană OMS, așa cum sunt principala cauză de invaliditate și a treia cauză principală a sarcinii globale a bolii (măsurată ca fiind ajustată cu dizabilitate ani de viață), după boli cardiovasculare și cancere.
- Prevalența estimată a tulburărilor mintale în OMS Regiunea Europeană în 2015 a fost de 110 milioane, echivalent cu 12% din întreaga populație în același timp. Includerea tulburărilor de consum de substanțe măresc acest număr cu 27 de milioane (până la 15%), în timp ce includerea unor tulburări neurologice, cum ar fi: demența, epilepsia și cefaleele cresc acest număr la peste 300 de milioane, adică până la 50%.



Source: Chisholm et. al (2016), Return on investment analysis, Lancet Psychiatry

- Problemele de sănătate mintală sunt proprii mai mult **tinerilor**, partea reproductivă a populației.



- În **țările în curs de dezvoltare**, în următorii ani, va fi observată creșterea numărului acestor tulburări.
- Persoanele cu probleme de sănătate mintală sunt **stigmatizate** și **discriminate**.

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.

*Legislația în domeniul Sănătății Mintale.
Stigma și discriminarea*

Legislația în domeniul Sănătății Mintale

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

**Declarația Universală
a Drepturilor Omului**

Persoanele cu probleme de sănătate mintală întâmpină peste tot violarea drepturilor omului, stigmatizarea și discriminarea.

<http://sanatatemintala.md/ro/legislatie/drepturile-omului>

Cadrul normativ internațional

Declarația Europeană, privind Sănătatea Mintală (2005 în Helsinki, Finlanda), la care a aderat și Republica Moldova, prin care ameliorarea sănătății mintale 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 legislativ și normativ

Legi:

LEGEA Nr. 1402 din 16.12.1997 privind sănătatea mintală (cu modificări în 2008, 2010, 2016)

Link-ul extern:

<http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=312970&lang=1>



Cadrul legislativ și normativ

Hotărâri de Guvern:

- Nr. 1203 din 31.10.2016 privind Modificarea HG 55 cu privire la stabilirea Regulamentului-cadru al Centrului comunitar de sănătate mintală și a Standardelor de calitate
- Nr. 337 din 26.05.2017 cu privire la aprobarea „Programului Național privind sănătatea mintală pentru anii 2017 – 2021”

Cadrul legislativ și normativ

Ordine ministeriale:

- nr. 591 din 20.08.2010 privind Organizarea si funcționarea Serviciului de Sănătate Mintală din RM .
- nr. 407 din 14.05.2014 Cu privire la Centrele Comunitare de Sănătate Mintală.
- nr. 71 din 03.02.2015 Cu privire la implementarea Proiectului „Suport pentru reforma Serviciilor de Sănătate Mintală din Moldova”
- nr . 415 din 31.05.2017 cu privire la organizarea activității secției de psihiatrie în spitalul de profil general
- nr. 474 din 15.06.17 cu privire la aprobare indicatorilor de monitorizare a activității și indicatorilor de performanță a centrele comunitare de sănătate mintală



Republica Moldova

GUVERNUL

HOTĂRÎRE Nr. 55
din 30.01.2012

**cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru al Centrului comunitar
de sănătate mintală și a Standardelor de calitate**

Publicat : 03.02.2012 în Monitorul Oficial Nr. 29 art Nr : 79

MODIFICAT HG1203 din 31.10.16, MO379-386/04.11.16 art.1300



Republica Moldova

GUVERNUL

HOTĂRÎRE Nr. 1203
din 31.10.2016

privind modificarea și completarea Hotărîrii
Guvernului nr. 55 din 30 ianuarie 2012

Publicat : 04.11.2016 în Monitorul Oficial Nr. 379-386 art Nr : 1300

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”.

3 forme de stigmatizare socială (Goffman)

- **Deformari vizibile sau externe**
 - cicatrici,
 - manifestări fizice de anorexia nervosa,
 - lepra (lepra stigmat), sau
 - de un handicap fizic sau
 - de invaliditate sociale, cum ar fi obezitatea.
- **Abaterile în trăsăturile personale,**
 - inclusiv boli psihice,
 - dependenta de droguri,
 - alcoolism,
 - antecedentele penale
- **"Stigmat tribale"**
 - sunt trăsături imaginate
 - sau reale, de etnie,
 - naționalitate, religie sau
 - care este considerate a fi o abatere de la "normă"

- 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

Criteriile pentru interzicerea discriminării:



- Rasă
- Culoare
- Naționalitate
- Origine etnică
- Limbă
- Religie, convingere religioasă, *lipsa religiei*
- Sex
- Vârstă
- Stare a sănătății
- Dizabilitate
- Orientare Sexuală
- Opinie
- Apartenență politică
- Avere
- Origine socială
- Statut Matrimonial
- Statut Profesional
- HIV
- Orice alt criteriu posibil

Psihiatria

Psihiatria este o specialitate științifică medicală, dedicată prevenirii, diagnosticului, tratamentului și reabilitării pacienților cu tulburărilor mintale.

Noțiunea de *psihiatrie* a fost introdusă de medicul german *Johann Christian Reil* în 1808 și înseamnă „*tratamentul medical al sufletului*” (*psych-* „suflet” din limba veche greacă - *psykhē* „suflet” și *iatry* „tratament medical” din Gk. *iātrikos* „medical” de la *iāsthai* „a vindeca”).

Subspecialitățile psihiatrice sunt:

- psihiatria generală,
- psihiatria de urgență,
- geronto- și
- pedopsihiatria,
- psihiatria judiciară,
- psihiatria dependenților (narcologia),
- psihiatria socială.

Protoistoria psihiatriei.

Date din istoria psihiatriei universale.

Bolile mintale se cunosc din cele mai vechi timpuri, dar abordarea acestora a fost diferită de-a lungul vremii.

Psihiatria, ca ramură a medicinei, se dezvoltă în legătură strânsă cu situația social-economică a societății din epocile respective.

Gândirea magică a omului primitiv a creat explicații supranaturale pentru totul, de aici necesitatea unor acțiuni medicale primitive, efectuate de șamani și vrăjitori.

În neolitic se considera că nebunia este cauzată de o „piatră” aflată în creier, de aceea se încerca „scoaterea” acesteia cu ajutorul unei trepanații craniene, procedeu întâlnit la locuitorii Americii precolumbiene, iar mai recent, la Kabili, o populație algeriană de munte.

În afara marilor tratate de medicină asiatică, indiene și chinezești, în care găsim elemente și date privind bolile mintale și tratamentul lor, merită a fi semnalată concepția posedării, ce constă în credința pătrunderii în corpul uman a unei zeități dușmănoase, a demonilor, pe care o puteau alunga numai vracii prin exorcism.

Din arhiva documentelor egiptene aflăm că, din secolul al VII-lea î.e.n., se descriu „duhuri necurate” în sufletul bolnavilor psihici.

Psihiatria științifică a antichității.

În epoca antică dereglările psihice se considerau ca o maladie provocată de diferite forțe supranaturale. Începând cu acea perioadă, sunt descrise tulburări psihice de tip maniacal, accese de epilepsie, stări halucinator-delirante.

Hippocrate (460-377 î.e.n.) a fost prima persoană, care a crezut că bolile au cauze naturale, ce nu țin de superstiții și zei. Hippocrate a separat disciplina medicinei de religie, susținând că boala nu este o pedeapsă dată de zei, ci mai degrabă produsul unor factori de mediu, a dietei și a obiceiurilor de viață. Hippocrate a împărțit tulburările psihice în febră delirantă, manie, melancolie, epilepsie, hidrofobie și sufocarea uterului (ceea ce va fi numit mai târziu isterie).

Școala hipocratică a dat importanță artei inspecției, explorării senzoriale, comunicării verbale, observației clinice și documentării. Din acest motiv, Hippocrate poate fi mai drept cuvânt numit „Părintele medicinei”.

După Hippocrate, următorul medic de o importanță considerabilă, a fost **Galenus** (129-200 î.e.n.), care a perpetuat tradiția medicinei hipocratice. Galenus a fost ultimul mare medic al Antichității, unul dintre fondatorii farmacologiei. Galenus a scris că boala este cauzată de dezechilibrul a patru temperamente. Din cele peste 500 scrieri ale sale, *Tratatul despre pasiunile și defectele sufletului* are un conținut psihiatric.

Opera medicală a lui **Avicenna** (Ibn Sina) (980-1037) a stat timp de cinci secole la baza studiului medicinei atât în Orient, cât și în Occident. Printre cele peste 300 de lucrări, Avicenna a scris și *tratatul despre „Melancolie”*.

Evul mediu european

În această perioadă are loc asimilarea treptată a științei medicale elene de cea arabă, care a emis ideea influenței reciproce a psihicului și a fizicului și lăsând adevărate foi de observație clinică.

Cu toate acestea, în Evul Mediu, medicina și diagnosticul medical au suferit un regres, în special diagnosticul bolilor psihiatrice, ale căror suferinzi nu au fost considerați bolnavi, dar care meritau pedeapsa divină.

Din acest motiv, mulți pacienți au fost torturați.

Cu Renașterea s-au făcut progrese mari în mai multe domenii ale cunoașterii, prin stabilirea modelului experimental de investigație științifică și prin apariția mai multor nosografii psihiatrice.

Are loc întemeierea școlilor medicale din Salerno, Montpellier, Avignon.

În afara spectacolului demential al paraliziei generale, asistăm la crizele de isterie colectivă, descrise ca „posesiuni ale diavolului”.

Jean Weyer

Paracelsus

Jean Fernel

Rudolf Goeckel

William Cullen

Psihiatria modernă

Până în secolul al XVIII-lea, diagnosticul psihiatric s-a limitat la denumirile populare ale fenomenelor, care au fost ulterior clasificate ca fiind psihopatologice.

Acest secol a fost, de asemenea, marcat de schimbări sociale profunde, influențate de Revoluția Franceză, care au promovat declinul opozițiilor medievale la libertatea de anchetă și gândire.

În 1792, **Philippe Pinel** (1745-1826) a desfăcut lanțurile alienaților la Bicêtre. Prin această repunere a bolilor mintale în cadrul științelor medicale, Pinel a efectuat prima mare revoluție în psihiatrie.

În munca de observație și analiză a studiilor biologice, anatomo-patologice s-au ilustrat **Esquirol, Lasseque, Falret, Baillarger, Morel, Magnan, Griesinger, Meynert, Wernicke**.

Psihiatria contemporană.

Considerat titanul, fondatorul psihiatriei științifice moderne, **Emil Kraepelin** (1850-1926) a pus bazele concepției clinico-nosologice în psihiatrie.

Richard Freiherr von Krafft-Ebing (1840-1902) a scris numeroase articole de specialitate, dar cea mai importantă lucrare a sa rămâne „Psychopathia Sexualis: eine Klinisch-Forensische Studie”.

Karl Theodor Jaspers (1883-1969) a fost un psihiatru german, care a avut o influență majoră asupra psihiatriei moderne. Jaspers a pus începutul metodei biografice, care a devenit piatra de temelie a psihiatriei moderne.

În 1923 **Kurt Schneider (1887-1967)** prezintă lucrarea „Die psychopathischen Persönlichkeiten”, în care descrie 10 tipuri de personalități psihopatice.

În 1917 **Karl Bonhoeffer (1868-1948)** publică celebra sa lucrare „Die exogenen Reaktionstypen”

La sfârșitul secolului al XIX-lea, odată cu publicațiile lui **Sigmund Freud** (născut Sigismund Schlomo Freud) (1856-1939), începe a doua mare revoluție în psihiatrie, diagnosticul psihiatric dobândind o dimensiune dinamică. Freud este considerat a fi părintele psihanalizei, iar lucrările sale introduc noțiuni precum inconștient, mecanisme de apărare, acte ratate și simbolistica viselor.

Paul Eugen Bleuler (1857-1940) a fost un psihiatru elvețian, care în 1908 a inventat termenul de schizofrenie.

Era psihofarmacologică

O altă eră în psihiatrie s-a deschis odată cu introducerea în tratamentul afecțiunilor psihice a medicamentelor psihotrope (antipsihotice și modificatoare ale comportamentului) prin descoperirea **clorpromazinei** și a aplicării ei în clinică (1952).

Meproamatul (1950), **chlordiazepoxidul** (1955), **iproniazidul** (1951), **imipramina** (1951), **fluoxetina** (1988).

În 1991 a apărut **Sertralina**, în 1992-**Paroxetină** și în 1998-**Citalopram**.

În 1984 Janssen Pharmaceuticals a sintetizat **risperidona**.

În 1996, Eli Lilly a adus la vânzare un medicament antipsihotic atipic **olanzapină** (marca Zyprexa).

Un an mai târziu, FDA a aprobat **quetiapina** Astra Zeneca (marca Seroquel).

Dezvoltarea psihiatriei în Moldova

Începutul asistenței medicale specializate în **Moldova** debutează odată cu deschiderea primului spital local din orașul Chișinău în 1817, printre pacienții cărui se numărau și alienații mintali.

Problema alienațiilor mintali a fost parțial rezolvată în 1852, când în edificiul fostei închisori a fost deschisă o secție de psihiatrie pentru bărbați (35 de paturi). Femeile erau spitalizate în continuare în secția comună a spitalului.

Iar în 1870, în cadrul spitalului a fost deschisă o secție specializată, care a constat din 5 saloane: I și II– pentru bolnavi neagitați; al III-lea–pentru bolnavii incontinenți; al IV-lea–pentru bolnavii violenți și al V-lea–pentru bolnavii agitați.

Acest lucru a dat posibilitate să se creeze condiții minime de întreținere și tratament diferențiat.

În 1876, cu mijloacele alocate de Zemstvă, a fost construită secția de psihiatrie în cadrul spitalului regional.

În 1885 a fost terminată construcția unui nou edificiu cu o capacitate de 60 de paturi, iar în secția veche au fost transferate femeile suferinde de sifilis.

În 1888 noul șef al secțiilor de psihiatrie a fost desemnat W. Kossakovski.

O contribuție importantă la deschiderea spitalului au avut-o și M. Lion, primul medic psihiatru basarabean, care a pledat în favoarea unei colonii agricole pe lângă spitalul de psihiatrie.

Dezvoltarea psihiatriei în Moldova

În 1892 încep lucrările de construcție, iar la 5 iulie 1895 are loc deschiderea oficială a primului spital de psihiatrie din Basarabia „din moșia Costiujenilor, megieșă cu cea a Chișinăului”.

La 22 iulie 1902 Guvernul Rusiei a decis alocarea sumei necesare definitivării spitalului.

În acest context, Zemstva din Basarabia a încheiat un contract cu renumitul arhitect *A. Bernardazzi*, care a procedat la serioase modificări în proiectele corpurilor curative.

Eleganța și calitatea lucrărilor de construcție prezintă interes și pentru specialiștii din zilele noastre.

Dezvoltarea psihiatriei în Moldova

La 22 iulie 1895, director al instituției este desemnat **Wladislaw Kossakovski**, care în același timp conducea secțiile pentru bolnavii psihici din cadrul Spitalului de gubernie.

În 1898 în calitate de director este desemnat **Anatolie Koțovsky**.

Dezvoltarea catedrei de psihiatrie

O influență majoră asupra dezvoltării psihiatriei naționale a avut-o organizarea în 1946 a catedrei de psihiatrie a Institutului de Medicină din Chișinău.

Întemeietorul catedrei a fost profesorul **Alexei Molohov**, Om emerit.

Din 1966 catedra a fost condusă de discipolul lui A. Molohov, profesorul **Alexandru Nacu**, Om emerit (1983), Laureat al premiului în numele Academicianului V. Protopopov (Ucraina) (1990), cavaler al Ordinului Republicii (1995), savant cu renume, profesor universitar (1969), Academician de onoare al AȘM, actualmente profesor consultant.

Din anul 1985, conducerea catedrei de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală a fost preluată de dl **Nicolae Oprea**, profesor universitar (1988), profesor consultant (2000-2012).

În 1984 a fost fondată catedra de psihiatrie a facultății de perfecționare a medicilor, care în perioada anilor 2000-2009 a fost condusă de dl **Mircea Revenco**, profesor universitar (1998).

Actualul șef de catedră este dl **Anatol Nacu**, profesor universitar (2013), membru al Asociației Internaționale de Psihanaliză (2005) și al Societății Române de Psihanaliză (2013).

Tema de cercetare a catedrei este: „***Factori de risc, metode de diagnostic, tratament, recuperare și profilaxie a sănătății mintale***”.

*Organizarea serviciilor de sănătate
mentală.*

Perspectiva istorică

- 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 istorică

- 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.

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:

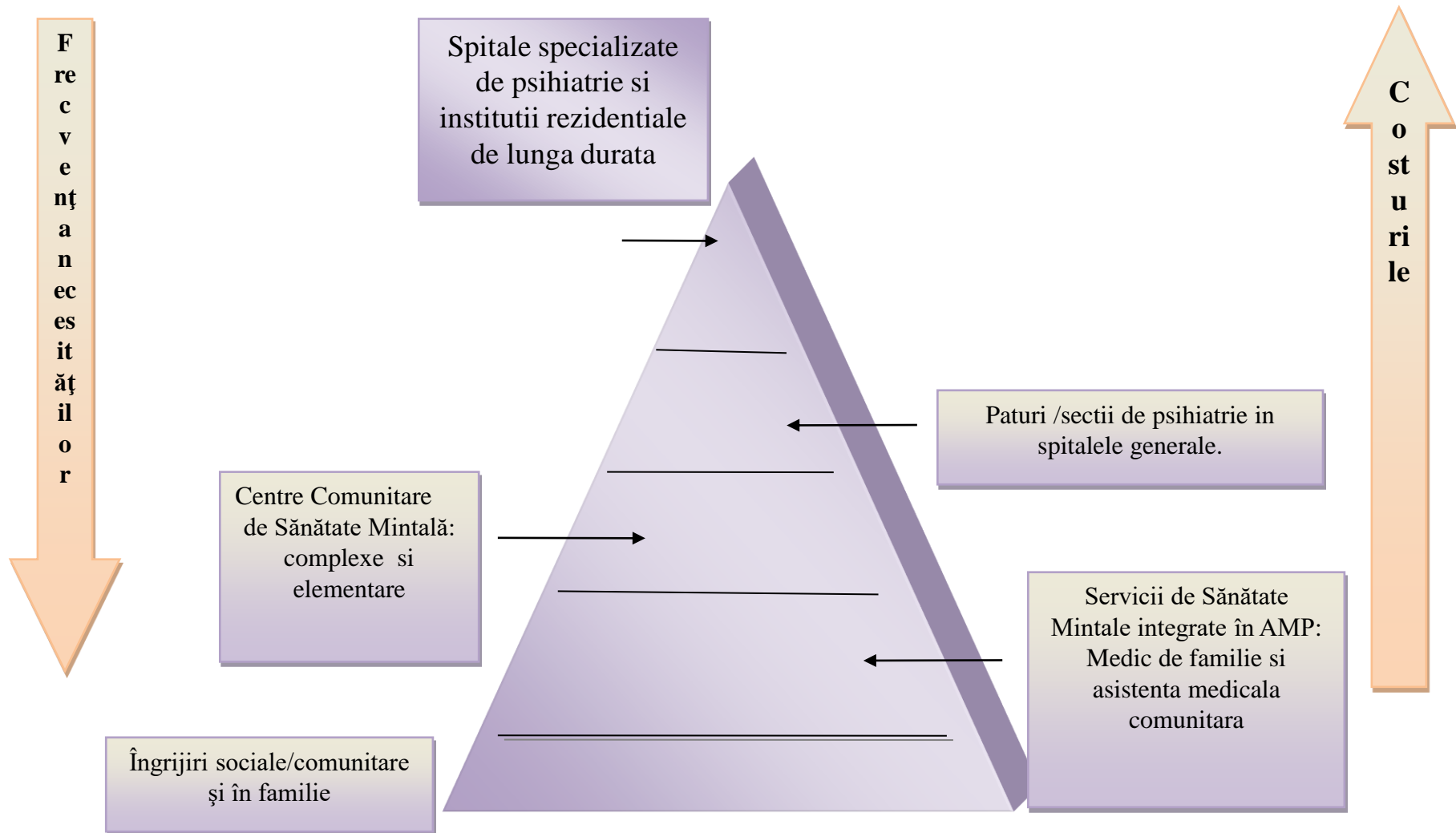
Azilurile sunt neglijate;

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. Crearea serviciilor centrate pe comunitate;
3. Accent pe lucru în echipă.

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



Date generale

Spitalul Clinic
de Psihiatrie -
770 paturi (în
2012 – 1110),

Spitalul de
Psihiatrie Bălți
– 530 paturi
(în 2012 – 770)

Spitalul de
Psihiatrie Orhei
- 145 paturi
(în 2012 – 200),

Asigurarea
populației -
58,43 paturi la
100 mii
populație

Sănătatea mintală comunitară: 2 aspecte suplimentare

- Pacientul/beneficiarul este co-creatorul îngrijirilor /
nimic despre noi fără noi
- Îngrijiri asertive / flexibilitate

- 1. Oferim suport pentru recuperarea sănătății, funcționalității și identității**
- 2. Oferim speranță pentru recuperare**
- 3. În toate intervențiile, ne întrebăm: ajutăm noi oare sau încurcăm**
- 4. Trecem de la ce nu e bine la ce e bine**
- 5. Nu decodificăm nimic despre pacient fără pacient**
- 6. Considerăm comunicarea cu pacientul o comunicare a 2 experți**
- 7. Lucrăm împreună cu actorii interesați**
- 8. Recunoaștem dreptul pacientului de a-și asuma riscuri**
- 9. Implicăm familia ca producător și consumator de îngrijiri**
- 10. Facem schimb și integrăm cunoștințe**

Servicii specializate de staționar de sănătate mintală

Servicii de sănătate mintală în condiții de ambulator și asistența medicală primară

Servicii specializate exclusiv de sănătate mintală

Servicii specializate de sănătate mintală integrate în servicii de sănătate generală și la nivel de comunitate

Servicii de asistență medicală primară

Îngrijiri terțiare

Îngrijiri secundare

Îngrijiri primare

Spitale psihiatrice

Spitale raionale

Asistența medicală primară

Chișinău
770 paturi cu
Centrul Național de Sănătate Mintală în SCP

Secții psihiatrice acute inter-raionale în 6 spitale raionale (Edineț, Soroca, Ungheni, Hîncești, Cahul și Ceadăr-Lunga)

Bălți
560 paturi

Orhei
115 paturi

Medici de familie

40 Centre Comunitare de Sănătate mintală
în toate raioanele și municipiile

Urban

Rural

GRUPUL ȚINTĂ: PERSOANE CU TULBURĂRI PSIHICE GRAVE

GRUPUL ȚINTĂ: PERSOANE CU TULBURĂRI PSIHICE MEDII ȘI UȘOARE

Îngrijiri spitalicești de lungă durată și pentru acuți

Îngrijiri spitalicești pentru acuți

Îngrijiri specializate de ambulator

Îngrijiri primare

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

Sisteme principale de clasificare a tulburărilor psihiatrice (în aplicații clinice sau în cercetare):

- **Sistemul ICD-10** (Clasificarea Internațională a bolilor - CIM-10, 1992), propus de Organizația Mondială a Sănătății (WHO), folosit pe scară mondială și
- **Sistemul DSM-V** (Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale) al „Asociației Psihiatrice Americane” (*American Psychiatric Association*, 2013).

CIM-10 (ICD-10)

- F00-F09 Tulburări mentale organice, inclusiv simptomatice
- F10-F19 Tulburări mentale și comportamentale datorate utilizării de substanțe psihoactive
- F 20-F29 Schizofrenia, tulburările schizotipale și tulburările delirante
- F30-F39 Tulburări ale dispoziției (afective)
- F50-F59 Sindroame comportamentale asociate cu tulburări fiziologice și factori somatici
- F60-F69 Tulburări ale personalității și comportamentului adultului
- F70-F79 Retardare mentală
- F80-F89 Tulburări ale dezvoltării psihologice
- F90-F98 Tulburări comportamentale și emoționale cu debut în copilărie și adolescență
- F99 Tulburare mentala nespecificată

DSM-V:

Clasificarea DSM se bazează pe un „sistem multiaxial”, care organizează diagnosticul psihiatric pe cinci nivele („axe”):

Axa I: Tulburări clinice, incluzând tulburările mintale majore, precum și tulburările de dezvoltare și de învățare;

Axa II: Tulburări de înțelegere și ale personalității, precum și retardarea mintală;

Axa III: Condițiile medicale generale, 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 (cu un calificativ între 1 și 100).

DSM 5 (2013) reprezintă instrumentul de diagnosticare al Asociației Americane de Psihiatrie (APA):

- Tulburările de neurodezvoltare
- Tulburările din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice
- Tulburarea bipolară și tulburările înrudite
- Tulburările depresive
- Tulburările anxioase
- Tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburările înrudite
- Tulburările asociate traumei și factorilor de stres
- Tulburările disociative
- Tulburarea cu simptome somatice și tulburările înrudite
- Tulburările de comportament alimentar
- Tulburările de eliminare
- Tulburările ciclului somn-veghe
- Disfuncțiile sexuale
- Disforia de gen
- Tulburările de comportament disruptiv, de control al impulsurilor și de conduită
- Tulburările legate de consumul de substanțe și dependențe
- Tulburările neurocognitive
- Tulburările de personalitate
- Tulburările parafilice
- Alte tulburări mintale.

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.

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.

Consimțământul

- Consimțământul decurge dintr-un principiu fundamental, care este libertatea 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)
- -tehnici expresive (Testul arborelui)

Examenul (interviul) clinic: istoricul psihiatric și starea mintală.

I. Introducere generală.

A. Scopul interviului diagnostic este culegerea informațiilor, care îl vor ajuta pe examinator să formuleze diagnosticul.

Diagnosticul orientează tratamentul și ajută la predicția (prognosticul) evoluției viitoare a pacientului.

B. Diagnosticile psihiatrice se bazează pe fenomenologia descriptivă: semne, simptome, evoluție clinică.

C. Examinarea psihiatrică are două părți:

- (1) istoricul, care descrie evoluția bolilor prezente și trecute și care furnizează informații despre familie și alte informații personale, și
- (2) examenul stării mintale, care constituie evaluarea gândirii, dispoziției și comportamentului curent al pacientului.

II. Istoricul psihiatric.

A. Identificarea.

1. Întotdeauna - vârsta, sexul.
2. Atunci când este cazul - ocupația, originea etnică, statutul marital, religia.

B. Motivul internării.

Motivele spitalizării sau consultației psihiatrice, cu cuvintele bolnavului.

C. Istoricul bolii prezente.

D. Antecedentele psihiatrice personale (istoricul psihiatric anterior).

E. Antecedentele medicale personale (istoricul medical).

F. Istoricul familial.

G. Istoricul personal.

- III. Examenul stării mintale (ESM).**
- IV. Examenul medical și neurologic.**
- V. Tehnici de examinare psihiatrică.**
- VI. Situații de interviu speciale.**
- VII. Consemnarea rezultatelor istoricului și ale examinării stării mintale.**

Scale utilizate în psihiatrie.

În practica clinică se utilizează diferite teste pentru clarificarea diagnosticului psihiatric.

Testele sunt de mai multe **categorii**:

- ✓ proiective,
- ✓ cognitive,
- ✓ scale de cuantificare a intensității simptomelor și
- ✓ a răspunsului la tratament.

Pentru evaluarea **tulburărilor depressive:**

- *Scala Hamilton;*
- *Chestionarul Beck;*
- *Scala Montgomery-Asberg* (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)).

Pentru evaluarea **Tulburării hiperchinetice cu deficit de atenție**:

- *Scala de rating ADHD* (ADHD Rating Scale);
- *Scala de evaluare Vanderbilt* (Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale (VADRS));
- *Scala de auto-evaluare pentru adulți* (ASRS-V1.1).

Pentru Tulburările de spectru autist:

- *Scala de evaluare a stării psihice în autism* (The Autism Mental Status Exam - AMSE).

În cazul Tulburărilor de Anxietate:

- *Scala pentru Tulburare de Anxietate Generalizată* (TAG 7);
- *HAM-A - Scala Hamilton de evaluare a anxietății* (Hamilton Anxiety Rating Scale–HARS);
- *Inventarul de Anxietate Stare–Trăsătură STAI a lui Spielberger* (The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger- STAI);
- *Inventarul Beck de Anxietate* (Beck Anxiety Inventory–BAI);
- *Scala de autoevaluare a anxietatii a lui Zung* (The Self-Rating Anxiety Scale Zung-SAS).

Pentru pacienții cu **Demență și tulburări cognitive:**

Evaluarea deficitului cognitiv cu:

- *(MMSE–Mini-Mental State Examination)* și
- *Testul MoCA.*

În cadrul cazurilor de **Manie și tulburări bipolare:**

- *Scala Young de evaluare a maniei* (Young mania rating scale - YMRS);
- *Chestionarul tulburărilor dispoziției* (MDQ-Mood Disorders Questionnaires).

Pentru pacienții cu **Tulburări de personalitate:**

•

▪ *Inventarul de personalitate multifazic Minnesota (MMPI).*

Simptomele de **Schizofrenie**:

-
- *Scala de evaluare a simptomelor psihotice (PSYRATS);*
- *Scala sindroamelor pozitive și negative (PANSS).*

PSIHOPATOLOGIA GENERALĂ (Semiologie Psihiatrică):

Tulburările de percepție, de memorie, de gândire, a proceselor afective, de conștiință, psihomotorii și volitive.

Curs 2

Psihopatologie

- Disciplina care se ocupă cu tulburările activității psihice; patologia psihicului. – din fr. Psychopathologie, sursa: DEX '09
- Dicționarul LAROUSSE consideră că există o sinonimie între psihopatologie și psihologia patologică (disciplina având drept obiect studiul tulburărilor de comportament, de conștiință și de comunicare);
- Pentru unii autori psihopatologia este un studiu sistematic care presupune evidențierea etiologiei, simptomatologiei și evoluției bolilor mintale, iar alții consideră că este parte a psihologiei patologice care se ocupă cu boala psihică, cu manifestările psihice ale bolii somatice sau cu dezadaptarea.

Tulburare de sănătate mintală (nozologie, maladie, boală)

– este o totalitate de semne, simptome și sindroame psihopatologice cu etiopatogenie comună, care se pot modifica în timp.

Republica Moldova, recunoaște criteriile stipulate în CIM-10 și DSM-5, respectiv, un diagnostic nozologic este stabilit în cazul, când starea psihică a pacientului corespunde unui set de criterii clinice specifice, elaborate, ținând cont de semnele, simptomele și sindroamele psihopatologice.

Percepția

- **Senzațiile** - sunt modalități de reflectare a trăsăturilor particulare ale obiectelor și fenomenelor ambianței în creierul subiectului uman, datorate acțiunii excitanților (sunet, lumină, frig, umiditate, presiune, etc.) asupra anumitor receptori.
- **Percepția** este o funcție psihică complexă, de reflectare a caracteristicilor obiectelor și fenomenelor în totalitatea lor, în momentul acțiunii nemijlocite a acestora asupra receptorilor.

Tulburările de percepție

Pot fi:

a) **Cantitative**: - Hiperestezii; - Hipoestezii; - Anestezii;

b) **Calitative**: 1. Agnozii, 2. Iluzii; 3. Halucinații (propriu-zise, pseudohalucinații); 4. Dereglări de sinteză senzorială (psihosenzoriale):

- Metamorfopsii (micropsii, macropsii, poropsii, dismegalopsii, displatopsii, autometamorfopsii);
- Alte tulburări psihosenzoriale (cenestopatii, derealizarea, depersonalizarea, dismorfofobia, dismorfomania, fenomene de tip: déjà vu, jamais vu, déjà entendue, déjà connu, jamais connu, déjà vécu, jamais vécu)

1. Agnozii

- Reprezintă absența capacității de integrare a elementelor senzoriale într-un complex corespunzător obiectului, fenomenului, manifestându-se prin incapacitatea subiectului uman de a recunoaște imagini sau persoane după calitățile lor senzoriale.
- Agnoziile în funcție de analizatori pot fi clasificate în:
 - I. Agnozii vizuale (cecităatea psihică)
 - II. Agnozii auditive (surditatea psihică)
 - III. Agnozii tactile (astereognozii și amorfognozii)
 - IV. Agnozii ale schemei corporale (tulburările de schemă corporală)

2) Iluzii

Este percepția eronată, deformată a unui obiect real existent.

Pot fi fiziologice, fizice (alternanțe de luminozitate, de culoare, de mișcare, din motivul stimulării zonei optice cerebrale), patologice.

În dependență de organele de simț, iluziile pot fi grupate în:

- Iluzii vizuale
- Iluzii auditive
- Iluzii gustative și olfactive
- Iluziile tactile (cenestetice)

3) Halucinații

Sunt „percepții false (fără obiect)”

După modalitatea lor senzorială, halucinațiile se împart în următoarele tipuri psihopatologice:

1. Auditive: elementare – zgomote, sunete, foșnete, bubuituri, etc.; parțial organizate – muzică; completamente organizate – voci solitare, multiple, comentative (comentează orice acțiuni ale pacientului), „imperative” (care dictează, impun, poruncesc); voci care „discută între ele”; voci cu aspect de „sonorizare a gândurilor”; voci care acuză, etc.

2. Vizuale (elementare – scântei, umbre, cercuri colorate; organizate – cu aspect de obiecte, ființe, persoane), halucinații “hipnagogice” (care apar în decursul procesului de adormire); halucinații “hipnapompice” (care apar la trezirea din somn, etc.);

3. Olfactive și gustative, pot fi plăcute sau neplăcute. Se întâlnesc la pacienții cu epilepsie, tumori cerebrale, schizofrenie, în intoxicații cu substanțe psihoactive.

3) Halucinații

4. Tactile: halucinația higrică (pacientul percepe propriul corp ca umed sau invers, foarte uscat); halucinația haptică (pacientul simte că cineva îl apucă de umăr și îl trage în spate).
5. Halucinații interoceptive (viscerale) – sunt sub aspectul schimbării formei, localizării diferitor organe sau sub aspectul perceperii unui corp străin, unei ființe în interiorul corpului, ori ca și absență a anumitor organe interne, etc.
6. Halucinații proprioceptive (motorii, kinestezice) – sunt impresii de mișcare ale unor segmente corporale sau a corpului în întregime.
7. Halucinații plurisenzoriale se caracterizează din punct de vedere psihopatologic prin asocierea mai multor modalități de halucinații prezente simultan la același pacient.

3) Halucinații

În funcție de proiecție:

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

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

4) Dereglările de sinteză senzorială (psihosenzoriale):

- **Metamorfopsii**

- *micropsii* – obiectele sunt percepute de dimensiuni mai mici decât în realitate;
- *macropsii* – obiectele sunt percepute de dimensiuni mai mari decât în realitate;
- *poropsii* – obiectele sunt percepute ca fiind amplasate în spațiu la distanțe mai mari sau mai mici decât în realitate;
- *dismegalopsii* – obiectele sunt percepute ca fiind mai alungite, răsucite sau mai îngroșate decât în realitate;
- *displatopsii* – obiectele sunt percepute bidimensional în loc de tridimensional;
- *xantopsii* (totul este perceput ca fiind colorat în galben), ori în roșu (*ereutopsii*) sau albastru (*cianopsii*), etc;
- *autometamorfopsii* (parțiale sau totale) – perceperea modificată a propriului corp sau a unor părți ale acestuia ș.a. (de ex., cele parțiale: macro- / micro- melii, membrele sau părți ale corpului percepute ca mai mari sau mai mici decât în realitate). Sunt prezente în schizofrenie și alte tulburări psihotice.

4) Dereglările de sinteză senzorială (psihosenzoriale):

Alte tulburări psihosenzoriale

Cenestopatiile, derealizarea, depersonalizarea, dismorfofobia, dismorfomania sunt interferate cu tulburările afective, de gândire, etc.

Cenestopatiile

Sunt senzații corporale extrem de neplăcute, chinuitoare (de răsucire, scurgere dintr-o cavitate a corpului în alta (din cutia toracică în abdomen sau invers), sfredelire, arsură, durere, furnicătură, înțepătură, etc.) adeseori difuze, polimorfe, care se pot modifica de la o zi la alta; neclare însuși pacientului, acesta întâmpinând dificultăți în a le descrie; adeseori pot avea caracter “făcut”, “impus” de cineva (de persecutori sau de o forță care influențează pacientul din exterior – poate fi automatismul senzitiv din cadrul sindromului Kandinsky-Clerambault).

Derealizarea

– senzație de realitate schimbată sau ireală („amorțită”, “înțepenită”). În episoadele de derealizare pacientul percepe lumea adecvat, dar are senzația că, lumea exterioară este schimbată, străină, bizară, vagă, ireală, etc.

„... totul este înțepenit, ireal, de parcă ar fi artificial, neadevărat ...”.

Poate fi prezentă în stările de angoasă, în depresia severă, în schizofrenie, în atacurile de panică, în tulburările disociative, în intoxicațiile induse de substanțe psihoactive.

Depersonalizarea

– o senzație de modificare a sinelui, a anumitor părți, particularități ale propriei persoane, asociate adeseori cu senzația de modificare a mediului înconjurător.

În depersonalizare subiectul se percepe pe sine ca pe o persoană străină, schimbată.

Depersonalizarea este o tulburare a percepției propriului Eu, care poate să apară în condiții de stres sever sau oboseală extremă.

Se întâlnește în stările de depresie severă, în schizofrenie, tulburarea de personalitate schizotipală ș.a.

Sindroame psihopatologice care sunt referite la tulburările senzației și percepției

- Sd. Halucinator (halucinoza)
- Sd. Halucinator-paranoid
- Sd. Cenestopatic
- Sd. Dismorfofobic
- Sd. Dismorfomanic
- Sd. de Dereglare a schemei corporale
- Sd. de Derealizare
- Sd. de Depersonalizare
- Sd. de Derealizare-depersonalizare

Tulburările de memorie

- Memoria este procesul psihic al orientării retrospective, realizat prin fixare (întipărire, memorare), conservare (păstrare) și reactualizare (evocare) prin recunoaștere și reproducere a experiențelor anterioare.
- În funcție de durata procesului de păstrare, deosebim memoria de scurtă și de lungă durată.
- Tipuri de memorie: Imediată; Recentă; Cu referință la evenimentele îndepărtate (memoria de lungă durată).
- În funcție de intenționalitate, memoria poate fi involuntară sau voluntară.
- În funcție de modalitatea de fixare și înțelegere a semnificațiilor, memoria poate fi: Logică; Mecanică; Motorie.
- În funcție de conținut și de modalitatea de evocare, se consideră că memoria poate fi senzorială, cognitivă sau afectivă.

Tulburările de memorie (dismnezii)

- sunt sistematizate în:

1. Dismnezii cantitative: Amnezia, Hipomnezia, Hipermnezia.
2. Dismnezii calitative sau paramnezii: Confabulația (halucinația de memorie), Criptomnezia, Pseudoreminescența, Ecmnezia, Anecforia.

Amnezia

- este pierderea totală a memoriei, când experiențele trăite nu mai apar în câmpul conștiinței.
- Amnezia poate fi: de o *durată scurtă* (din memorie dispar informații cu durata de la clipe până la zile) sau cu o *durată mai îndelungată* (zile-săptămâni).
- Amnezia *retrogradă* (de evocare) este dispariția din memorie a evenimentelor nemijlocit premergătoare apariției stării de boală. În această tulburare nu este posibilă reproducerea faptelor, a evenimentelor, a împrejurărilor de viață care au avut loc înaintea pierderii conștiinței sau la începutul bolii.
- Amnezia *anterogradă* (de fixare) este pierderea amintirilor privind evenimentele care au urmat nemijlocit după sfârșitul stării de inconștiență sau a unei alte tulburări a psihicului.
- Amnezia *anteroretrogradă* este combinația ambelor forme de amnezie.
- Amnezia poate apărea în: stările confuzionale de diferite etiologii, traumatismele cranio-cerebrale, sindromul Korsakoff, în epilepsie, în intoxicații, consumul de substanțe psihoactive, în „beția patologică”, în demențe, reacțiile psihogene, în episoadele psihotice, stările reactive, etc.

Amnezia

- Amnezia *congradă* – pierderea din memorie a informațiilor cu referință la realitatea ambientală pe perioada morbidă (pe durata accesului epileptic, comei, stării oneiroide, deliriumului, etc).
- Amnezia *progredientă* se manifestă prin scăderea treptată a memoriei, care se dezvoltă după o anumită consecutivitate. Pierderea informațiilor are loc în ordinea inversă a acumulării lor (legea lui Th. Ribot).
- Amnezia *lacunară* reprezintă pierderea din memorie a unei secțiuni temporale (palimpsest).
- Amnezia *electivă* (tematică sau psihogenă) constă în uitarea unui anumit conținut legat de o stare afectiva negativă intensă.

- **Hipomnezia** este scăderea de diferite grade a capacității memoriei. Se întâlnesc: în stări de surmenaj, stări nevrotice, la persoanele cu atenția diminuată, în depresie, în retardul mintal, în deteriorările neurocognitive, în stările de involuție.
- **Hipermneziile** se caracterizează prin creșterea exagerată a evocărilor mai ales cu caracter involuntar, care nu au legătură cu tema principală. Pot apărea la persoanele sănătoase, fiind determinată de momente cu conținut afectiv intens negativ sau pozitiv, în intoxicația acută cu substanțe psihoactive, în episodul maniacal, în tulburările delirante, la unele persoane cu retard mintal.

Dismnezii calitative sau paramnezii

- **Confabulațiile** sau halucinațiile de memorie - constau în suplinirea “golurilor” din memorie cu evenimente imaginare, netrăite (care nu au existat).
- Acestea au un caracter fantastic sau sunt identice cu scene din vis, însă bolnavii le percep ca fiind reale, adevărate. De exemplu, unii pacienți, fiind internați de mult timp în spital relatează că ieri au fost acasă, s-au întâlnit cu soțul/soția, au fost la piață, au cumpărat produse alimentare, au efectuat unele lucrări prin gospodărie. În confabulațiile fantastice, relatările pacienților pot fi totalmente rupte de realitatea prezentă, având adeseori conținut stupid.

Dismnezii calitative sau paramnezii

- **Criptomnezia** – o tulburare de memorie caracterizată prin incapacitatea persoanei de a diferenția evenimentele trăite de ea cu cele din vis, citite sau auzite.
- Este o paramnezie, în cadrul căreia subiectul își atribuie materiale mnezice (citite sau auzite), bolnavul prezentând operele sau creațiile ca fiind producție proprie (denumită și plagiat involuntar) – criptomnezie de asumare.
- Criptomnezia apare în schizofrenie, psihozele presenile și senile, retardul mintal, demențe, traume craniocerebrale.

Dismnezii calitative sau paramnezii

- **Pseudoreminescențele** constau în reproducerea unor evenimente reale trăite în trecut, ca și evenimente ce se desfășoară în prezent. Apar în demențe.
- **Ecmnezia** reprezintă o tulburare globală a memoriei, în care pacientul, datorită deteriorării semnificative a memoriei, confundă totalmente prezentul cu trecutul (face impresia că trăiește într-o cu totul altă dimensiune de timp). Astfel, pacienți senili se consideră tineri, adolescenți. Se întâlnește în demență, în cadrul delirului senil.
- **Anecforia** - tulburare mai ușoară a memoriei, întâlnită în surmenaj, în forme pre-demențiale, reprezentând posibilitatea reproducerii unor amintiri pe care subiectul le crede de mult uitate. Rememorarea are loc în condițiile, în care sunt sugerate unul sau mai multe elemente ale trecutului. Se întâlnește frecvent la pacienții cu demență vasculară.

Sindroame psihopatologice care sunt referite la tulburările memoriei

- **Sd. psihoorganic** (Psihosindromul Organic Cerebral)

- (1) diminuarea memoriei (tulburări globale antero-retrograde ale memoriei);
- (2) diminuarea capacității de a înțelege sensul fenomenelor, evenimentelor ce au loc în ambianță, dar și a vorbirii adresate;
- (3) diminuarea până la pierderea totală a capacității de a-și controla emoțiile (reacții emoționale exagerate, necontrolate în raport cu stimulul care le provoacă, trecerea facilă de la râs la plâns, etc.).

- **Sd. Amnestic Korsakoff** - caracterizat prin triada:

- (1) amnezia de fixare (pacientul nu poate însuși informații noi, nu ține minte evenimentele care au loc aici și acum, dar poate să-și amintească informații însușite în copilăria precoce);
- (2) dezorientarea temporo-spațială de tip amnezic;
- (3) prezența confabulațiilor, pseudoreminiscentelor, criptomneziilor, ecmneziei.

TULBURĂRILE DE GÂNDIRE

- Gândirea este o succesiune de idei sau activitate ideativă, inițiată pentru o problemă și destinată rezolvării acesteia.
- Se deosebesc mai multe tipuri de gândire:
 1. Gândire concretă
 2. Gândire abstractă
 3. Gândire autistă
 4. Gândire magică

TULBURĂRILE DE GÂNDIRE

A. Tulburări de ritm, structură și coerență ale gândirii

- Gândirea accelerată, Mentismul, Gândirea vagă, Gândirea “întreruptă”, Gândirea incoerentă, Lentoarea și inhibiția gândirii, Gândirea circumstanțială (ineficientă), Neologisme, Perseverația gândirii, Ecolalia, Gândirea și vorbirea manieristă, Schizofazia. “Răspândirea” gândirii, „Cunoașterea” gândurilor, „Furtul” gândirii, „Retragerea” gândirii, “Sonorizarea” gândirii, ”Controlul” gândirii, ”Dirijarea” gândurilor, ”Insertia” gândurilor,

B. Tulburări semantice sau tulburări de conținut al gândirii

- Ideea obsesivă, Ideea dominantă, Ideea prevalentă, Ideea delirantă

Tulburările de gândire de regulă sunt reflectate în comunicarea verbală și grafică.

B. Tulburări calitative (semantice) sau tulburări de conținut al gândirii

1. Ideea obsesivă – idee care, apare „automat” (fără implicare voinței), domină conștiința subiectului, este repetitivă și persistentă.

Pacientul o percepe ca fiind inutilă, anormală, este deranjat de prezența acesteia și încearcă să o îndepărteze, dar nu reușește.

Este prezentă la pacienții cu fobii, tulburări obsesive, tulburări de personalitate, în perioadele de surmenaj psihic;

B. Tulburări calitative (semantice) sau tulburări de conținut al gândirii

2. Ideea dominantă – este o idee centrală, de bază, hipervalorizată la un moment dat al gândirii/ conștientului, subiectul fiind în acord cu aceasta din urmă (egosintonă).

Este în general o idee reversibilă și concordantă cu realitatea. Astfel, după ce conținutul ideativ capătă o rezolvare, ideea dominantă este „abandonată”, pierzându-și caracterul de „dominanță”.

Ideea dominantă poate fi contra-argumentată verbal. Adeseori este prezentă la pacienții cu tulburări de personalitate, în premorbidul schizofreniei;

B. Tulburări calitative (semantice) sau tulburări de conținut al gândirii

3. Ideea prevalentă – similar cu ideea dominantă este una centrală, de bază, ce domină câmpul conștienței, (egosintonă), dar care, spre deosebire de ultima, este în discordanță cu realitatea faptică, pe care se bazează. Pentru a o argumenta pacientul folosește idei adiacente reale.

Ideea prevalentă este în general una irațională, de intensitate pre-delirantă, care totuși, poate fi contra-argumentată verbal.

Este adeseori prezentă în tulburările de personalitate, debutul schizofreniei;

B. Tulburări calitative (semantice) sau tulburări de conținut al gândirii

4. Ideea delirantă este o convingere falsă, în discordanță cu realitatea faptică, egosintonă (pacientul nu are atitudine critică față de ea), care **nu** poate fi contra-argumentată verbal, oricât de evidentă ar fi falsitatea acesteia.

Ideea domină conștiința bolnavului, modificându-i în sens patologic, verificarea realității, motivațiile, deciziile și comportamentul.

Împreună cu halucinațiile conduce la perceperea și interpretarea distorsionată a realității.

Este prezentă frecvent în procese diferite tulburări psihotice (schizofrenie, tulburarea bipolară).

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 care sunt referite la tulburările gândirii

- Sd. obsesiv-fobic
- Sd. obsesiv-compulsiv
- Sd. Hipocondriac
- Sd. Paranoial
- Sd. Paranoid (halucinator-paranoid)
- Sd. Parafren
- Sd. automatismului psihic (Kandinsky-Clerambault)
- Sd. Capgras (delir de Intermetamorfoză)
- Sd. Cotard (delir de negare)

Sindromul paranoial

- include un delir sistematizat, de regulă monotematic, care evoluează pe fundalul unei stări emoționale intense (în funcție de conținutul fabulei delirante, pacientul poate fi anxios, depresiv, exaltat).
- Ca și conținut, ideile delirante pot fi: de gelozie, referință, hipocondriace; de grandoare, de bogăție, de genialitate, etc. conținutul fabulei delirante și fundalul afectiv modifică în sens patologic comportamentul pacientului.

Sindromul paranoid

– constă dintr-un delir sistematizat (mai puțin sistematizat, comparativ cu sindromul paranoial), de regulă pluritematic, mai frecvent depresiv, la care se asociază pseudohalucinații sau halucinații “adevărate” verbale.

Simptomele menționate evoluează mai frecvent pe fundal de anxietate, depresie, suspiciune exagerată, determinând un comportament bizar și dezorganizat.

Sindromul Kandinsky-Clerambault

În structura psihopatologică a sindromului menționat sunt prezente:

(a) delirul pluritematic (dar obligator va fi prezentă ideea delirantă de influență),

(b) pseudohalucinațiile (de obicei auditive) și

(c) cele trei tipuri de automatisme:

(1) automatismul ideativ

(2) automatismul senzorial

(3) automatismul kinestezic (motor)

Astfel, pacientul suferind de sindromul automatismului psihic se simte influențat în totalitate de “forța răufăcătoare”. Datorită convingerilor descrise, bolnavul poate prezenta pericol pentru sine sau/și anturaj.

Sindromul parafren

– reprezintă un delir pluritematic, nesistemizat, stupid la maximum ca și conținut, în structura căruia ideile delirante depresive interferează cu cele expansive, fiind asociate cu halucinații “adevărate” sau pseudohalucinații, de regulă verbale.

Fundalul afectiv în sindromul parafren este mai vag.

Pot fi prezente fenomene de schizofazie (pacientul adeseori vorbește mult, incoerent, creându-se impresia că nu are nevoie de interlocutor).

Comportamentul este unul dezorganizat.

Semiologia afectivității

- Afectivitatea este o componentă fundamentală a psihicului uman, care reprezintă ansamblul de manifestări psihice ce reflectă realitatea prin trăiri pozitive și negative, o modalitate specifică de relaționare cu lumea și cu propriul Eu.
- Ea cuprinde două componente: afectivitatea bazală, care include stările afective elementare (starea de afect, emoțiile, dispoziția), și afectivitatea elaborată, exprimată de sentimente și pasiuni.

Afectivitatea umană poate fi exprimată sub aspect de:

- **Stări afective elementare** (starea de afect, furia, mânia);
- **Emoții** (furia, mânia, dezgustul, frica, fericirea, tristețea și uimirea);
- **Dispoziții** (eutimică, depresivă, euforică);
- **Sentimente** (de prietenie, dragoste, estetice, etc);
- **Pasiuni** (pozitive – pasiunea pentru artă, pentru știință, pentru profesia aleasă; negative – pentru jocurile de noroc, substanțe psihoactive, egocentrice, individualiste)

Tulburările afective

1. Tulburări cantitative ale expresiei afective: Atimie, Apatie, Anhedonia, Alexitimia, Hipotimii (detașarea emoțională, indiferentismul afectiv), Hipertimii:

a. Hipertimii negative: Depresia, Raptusul melancolic, Anxietatea (angoasa, atacul de panică, fobia, dispoziția delirantă), Disforia

b. Hipertimii pozitive: Euforia, Hipomania, Mania, Moria, Extazul

2. Tulburări calitative ale expresiei afective (paratimii): Explozivitatea afectivă, Afectivitate paradoxală (incongruența emoțională), Inversiunea afectivă, Ambivalența afectivă, Brutalitatea afectivă, „Tocirea” emoțională (aplatizarea afectului), Anaesthesia psychica dolorosa („Anestezia psihică dureroasă”), Extazul patologic, Afectul patologic

3. Tulburări ale dinamicii stării afective: Labilitatea emoțională, „Incontinența” afectivă, Rigiditatea afectivă

Sindroame psihopatologice care sunt referite la tulburările afective

- Sd. Maniacal
- Sd. Depresiv
- Sd. Disforic
- Sd. Apatico-abulic
- Sd. Anxios-
- Sd. Anxios-depresiv

Depresia

– este o hipertimie negativă intensă, o stare de tristețe, mâhnire, un sentiment de durere morală, inutilitate, autoblamare și deprecieri propriie.

Pentru sindromul depresiv este caracteristică triada de simptome psihice: (1) dispoziție scăzută; (2) lentoare ideativă; (3) inhibiție motorie, dar și triada somatică: (1) tahicardie; (2) midriază; (3) constipații.

Depresia este recunoscută ca diagnostic psihiatric separat; poate fi secundară maladiilor somatice, infecțioase, endocrine, neurologice, etc., dar poate fi și un simptom întâlnit în majoritatea tulburărilor de sănătate mintală.

Mania

- se caracterizează printr-o încărcătură afectivă pozitivă, prin exagerarea dispoziției în sensul veseliei, stării de plenitudine, de bine general, de sănătate, de putere, însoțite de fugă de idei, logoree cu ironii și glume deseori contagioase, mimică expresivă, bogată, gesturi largi și variate, tendință de supraapreciere a propriei persoane și exacerbarea tendințelor și necesităților (în special a celor sexuale), insomnie.
- Se întâlnește în tulburarea afectivă bipolară, consumul de droguri.
- Pentru sindromul maniaco-depresiv este caracteristică triada de simptome psihice: (1) dispoziție exagerat crescută; (2) gândire accelerată; (3) dezinhibiție motorie, dar și triada de simptome somatice: (1) tahicardie; (2) midriază; (3) constipații.

Semiologia voinței

- Voința este funcția psihică prin care omul își mobilizează resursele fizice și psihice în vederea depășirii obstacolelor care apar în calea atingerii scopurilor pe care și le-a propus.
- Desfășurarea actului volițional cuprinde mai multe etape:
 - Formularea scopului
 - “Lupta motivelor”
 - Adoptarea hotărârii
 - Execuția (îndeplinirea) acțiunii

Clasificarea tulburărilor de voință

1. Tulburări cantitative ale voinței

- Hiperbulia, Hipobulia, Abulia

2. Tulburări calitative ale voinței

- Disabulia, Parabulia, Impulsivitatea, Compulsivitatea, Raptusul

Semiologia activității motorii

Activitatea – funcție efectorie, constă dintr-o succesiune de acte orientate spre atingerea unui scop.

Actele psihomotorii reflectă nivelul de adaptare.

Aspectul vestimentar reflectă adaptarea la regulile de conveniență socială (relaționarea omului cu ambianța) și oferă un prim indiciu asupra activității psihice, iar privirea redă conținutul vieții psihice.

Transvestismul exprimă tendința sau acțiunea de adoptare a vestimentației sexului opus.

Cisvestismul - adoptarea unei vestimentații neconforme vârstei, care poate fi în isterie.

Clasificarea tulburărilor psihomotorii

A. Diminuarea activității motorii

- o Hipokinezia, Akinezia, Barajul motor, Inhibiția psihomotorie (Stuporul, Catalepsia, Catatonie)

B. Exagerarea activității motorii

- o Hiperkinezia, Neliniștea psihomotorie, Akatisia, Taksikinezia, Agitația psihomotorie, Catatonie

C. Tulburări motorii specifice

- o Impulsiunile, Ataxia, Astazia, Abazia, Raptusul, Bizareria, Parakinezii (Stereotipiile, Manierismele, Ticurile, Balbismul, Ambitendința, Comportament teatral, Acțiuni obsesive, impulsive și forțate), Dispraxiile, Apraxiile

D. Patologia expresivității mimice

- o Amimia, Hipomimia, Hipermimia, Paramimia

Sindroame psihopatologice care sunt referite la tulburările psihomotorii

- Sd. Catatonic
- Sd. Hebefrenic
- Sd. Stuporos
- Sd. Apatico-abulic
- Sd. de Agitație psihomotorie

Semiologia conștiinței

Conștiință reprezintă nivelul cel mai înalt de integrare a fenomenelor vieții psihice prin care se realizează raportarea lucidă, analitică și selectivă a omului la realitate și la sine.

Este forma superioară, nivelul cel mai înalt de existență și funcționare al psihicului uman.

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.

Clasificarea tulburărilor de conștiință

1. Tulburări predominant cantitative

- a. Starea de obtuzie
- b. Starea de hebetudine
- c. Starea de torpoare
- d. Starea de obnubilare
- e. Starea de somnolentă
- f. Starea de comă

Clasificarea tulburărilor de conștiință

2. Tulburări predominant calitative

- a. Deliriumul (abortiv, profesional, musitant),
- b. Starea oneroidă,
- c. Starea de amenție,
- d. Starea crepusculară

a. Deliriumul

- se caracterizează prin dezorientare în spațiu și timp, cu păstrarea orientării în propria persoană.
- Apar tulburări masive de percepție sub formă de halucinații vizuale, iluzii, pareidolii, fragmente de idei delirante absurde. Persoana vede figuri de draci, șobolani, șerpi, pisici, câini de care se apără, cu care se luptă (deci este participant activ al propriilor trăiri halucinatorii); este extrem de agitat, trăind o stare de groază.
- abortiv – este deliriumul care durează până la 24 ore.
- profesional – mișcări, care amintesc despre activitatea sa profesională anterioară.
- musitant – dereglare profundă a conștiinței (conștiința confuză alternează între delirium și amenie) acompaniată de agitație motorie în limitele patului (carfologie), care constă din mișcări coreiforme, vermiforme, discoordonate, stereotipe (frământă cearșaful). Vorbirea este incoerentă.

b. Starea oneroidă

Pacientul trăiește un amestec de realitate și reprezentări senzoriale cel mai adesea cu conținut fantastic, presărate cu reminiscențe halucinatorii (predominant vizuale), trăire care accentuează puternic starea de dezorientare auto- și allopsihiică.

– totul se întâmplă ca în vis, evenimente care se succed ca la cinema

Poate fi: - expansiv, - depresiv, - mixt;

c. Starea de amenție

Este o tulburare profundă a conștiinței cu dezorientare auto-și allopsihică, incoerență ideativă și verbală, gândire incomprehensibilă (incoerentă) și agitație în limitele patului cu mișcări coreiforme, vermiforme, cu grimase, gemete, țipete (tip carfologie).

Pacientul are exteriorul unui bolnav grav, epuizat.

În structura psihopatologică a stării de amenție apar halucinații, iluzii preponderant vizuale, vorbirea se reduce la silabe, sunete nearticulate, gemete, scrâșnit din dinți, creând impresia unei “salate de cuvinte”.

Tabloul clinic include: idei delirante de relație, influență, persecuție, nesistematizate, fragmentare.

Fondul afectiv este labil: plânge, râde sau este indiferent.

Pot fi diferite forme: Amenție confuzională, maniacală, depresivă, cu stupoare, schizofrenă după excitație catatonă.

d. Starea crepusculară

Este o profundă alterare a reflectării senzoriale, cu conservarea automatismelor motorii, care conferă activității subiectului un caracter coordonat și coerent, iar toate evenimentele petrecute în această stare sunt urmate de amnezie.

Pe fondul suprimării conștiinței (pacientul este totalmente dezorientat auto- și allopsihic), actele motorii automate ating performanțe superioare, care datorită fenomenologiei senzoriale cu iluzii și halucinații, interpretate într-o manieră delirantă, pot conduce persoana la comiterea unor acțiuni auto- sau heteroagresive pătrunse de o cruzime deosebită

Starea crepusculară este o tulburare a conștiinței cu dezorientare totală, care se instalează brusc, durează perioade diferite de timp (de la secunde la ore sau mai rar, zile) și la fel de brusc se remite. Este acompaniată de amnezie congradă totală a realității înconjurătoare pentru perioada stării de conștiință alterată.

Pe fondul stării crepusculare sunt descrise mai multe manifestări :

- somnambulismul;
- automatismul ambulator;
- fuga și transa;
- absența;
- beția patologică;
- accese epileptice non-convulsive

Starea crepusculară poate apărea în epilepsie, în „beția patologică” (beția acută idiosincratică)

Sindroame psihopatologice care sunt referite la tulburările conștiinței

- Delirium
- Sd. Oneiroid
- Sd. Amentiv (amenție)
- Stare crepusculară
- Sd. Delirios -oneiroid
- Sd. Delirios -amentiv
- Obtuzie
- Sopor
- Comă

Metode de intervenție utilizate în sănătatea mintală

- ❧ Biologică (psihofarmacologia, TEC, DBS [stimularea cerebrală profundă], etc)
- ❧ Psihoterapia
- ❧ Reabilitarea psihosocială

Principii de baza si tipuri de tratament in psihiatrie

în funcție de:

- etapa bolii
- starea pacientului
- starea somatica a pacientului, greutatea corporala,
- tipul de metabolizare, tipul de eliminare,
- perioada de injumatatire a medicamentului,
- formarea metabolitilor activi

Principalele Medicamente Psihofarmacologice

- ❧ Antipsihotice
- ❧ Antidepresive
- ❧ Anxiolitice
- ❧ Timostabilizatori
- ❧ Hipnotice
- ❧ Procognitive
- ❧ Psihostimulente

Neuroleptice (Antipsihotice)

- I generație – „neurolepticele clasice”;
- II generație - antipsihotice atipice,

Efect principal -acțiunea antipsihotică:

- halucinații, agitație psihomotorie, stupoare, etc. prin acțiunea blocantă asupra sistemului neurotransmitator preponderent dopaminic
- sunt substanțe cu structură chimică diferită,

Actiunea antipsihotica include:

Efectul antiautistic și/sau dezinhibitor (de combaterea simptomelor negative primare din schizofrenie a celor secundare din stările defectuale postprocesuale dominate de simptome negative):

- autismul,
- ambivalența,
- incoerența,
- aplatizarea afectivă,
- disocierea
- depresia.

Efectul de stimulare este prezent la unele neuroleptice cu actiune asupra zonei prefrontale, utilizate in simptomele negative din schizofrenie.

Exemplu : aripiprazol, brexpiprazol, cariprazin etc.

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

Actiunea antipsihotica include:

Efectul antimaniacal, anticonfuzional

➤ **Efectul extrapiramidal si metabolic - cele mai frecvente reactii adverse după administrarea de neuroleptice.**

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 greață
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, erupții eritimatose➤ agranulocitoză,➤ eozinofilie

**TIPUL DE
NEUROLEPTIC**
antipsihotice din
I generație –
„neurolepticele
clasice”

DEFINIȚIE

definite de Delay și Denicker (1957), ca fiind caracterizate prin acțiunea de blocare a

- receptorilor **D2**

predominant subcorticală, și

- a receptorilor **α 2 NA**

EFECTE

- **reducerea tulburărilor psihotice,** predominant a simptomatologiei pozitive;
- **producerea sindromului extrapiramidal** și a unor manifestări neurovegetative;
- **diminuarea excitației și agitației motorii.**

Prezentarea Generală a Medicamentelor Antipsihotice

Medicamente Antipsihotice Convenționale

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

Antipsihotice convenționale cu acțiune prelungită*

Denumirea internațională	Denumirea comercială	Doza test (mg)	Doza (mg/săpt.)	Interval de administrare (săptămâni)	Observații clinice
Flupenthixolum decanoat	Fluanxol, Depixol	20	12,5 - 400	2 - 4	Exaltarea dispoziției
Zuclopenthixolum decanoat	Clopixol	100	100 - 600	2 - 4	Util în controlul agitației cu agresivitate
Fluphenazinum decanoat	Moditen depot, Modecat	12,5	6,25 - 50	2 - 5	Efecte extrapiramidale (EPS) marcate, Accentuează depresia
Haloperidolum decanoat	Haldol	25	12,5 - 75	4	EPS accentuat, Slabă sedare
Pipothiazinum palmitat	Piportil	25	12,5 - 50	4	EPS rare

În ultimele decenii - noua clasă de antipsihotice „atipice” (neurolepticele) au adus optimism prin calitățile lor:

- puterea antipsihotică,
- active în multe din cazurile refractare,
- active și în simptomele negative (Clozapina, Risperidona, Aripirazol, Cariprazin).
- reduc semnificativ sau previn tulburările cognitive.
- efect la pacienții rezistenți cu schizofrenie.
- complianța pacienților este mai bună.

TIPUL DE NEUROLEPTIC

antipsihotice atipice – agenți antipsihotici din a II generație

DEFINIȚIE

definite de Martres (1994),
drept substanțe psihotrope

- antagoniste ale
receptorilor

- dopaminergici D2 varianți
(D2, D3, D4), D1, D5

- serotoninerfici 5-HT₂,
nicotinici,

- muscarinici și
- histaminici;

această „acțiune
polivalentă”, exprimată la
nivel mezencefalic,
hipocampic și cortical

EFECTE

- **efect antipsihotic
asupra
simptomatologiei
pozitive și negative;**
- **mai 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

Antipsihotice „atipice” cu acțiune prelungită

Denumirea internațională	Denumire comercială	Doza (mg)	Interval de administrare (săptămâni)
Risperidonum	Rispolept Consta	25; 37,5 sau 50 mg	2
Paliperidonum palmitat	Invega Sustenna	39, 78, 117, 156 și 234 mg	4
Paliperidonum palmitat	Xeplion	150 mg în ziua 1 de tratament și 100 mg după 1 săpt. (ziua 8). Doza de întreținere 75-150 mg/lună	4
Paliperidonum palmitat	Invega Trinza	273; 410 sau 546 mg	12
Paliperidonum palmitat	Trevicta	175, 263, 350 și 525mg	12
Aripiprazolum	Maintena	Doza inițială și cea de întreținere este de 400 mg/ 2-3 săpt.	2 - 3
Olanzapinum	Zip-Adhera	210 mg/2 săpt., 300 mg/2 săpt., 405 mg 4 săpt., 300 mg/4 săpt.	2 - 4

Efecte adverse

Efecte adverse	Manifestări
3. Efecte neurologice	Reacții extrapiramidale: <ul style="list-style-type: none">➤ distonii (mișcări lente ale musculaturii membrelor, feței, limbii cu contorsionări sau contracturi musculare),➤ akatisie (simte în permanență nevoia de a se mișca, de a merge),➤ 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

Antidepresive

Când indicam antidepresive ?

- Depresia majoră;
- Episoadele depresive din tulburarea bipolară și unipolară.

Tulburări Afective :

- Distimia;
- Simptomele depresive secundare unor probleme medicale;
- Tulburarea afectivă sezonieră;
- Depresia postpartum;
- Tulburarea disforică premenstruală)

- Tulburări Obsesiv-Compulsive
- Tulburări de Panică,
- Fobia socială.
- Tulburarea anxioasă generalizată
- Dereglări de Alimentație
- Tulburari Psihosomatice
- Tulburare de Stres Posttraumatic
- Simptome de Sevraj Alcoolic și Medicamentos (Narcotic)
- Sindrom algic

Tipuri de antidepresive:

Trei clase de medicamente sunt folosite ca antidepresive:

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

Antidepressive:

1 Generație a Antidepressivelor (Triciclice și tetraciclice)

Denumirea Generală	Marca Comercială	Doze (mg)	Mecanismul Eficacității
amitriptilină	AMITRIPTYLIN	75-200	Inhibiția Recaptării Serotoninei și/sau Norepinefrinei Urmată de Creșterea Concentrației lor în spațiul sinaptic
imipramină	MELIPRAMIN	75-250	
clomipramină	ANAFRANIL, HYDIPHEN	75-225	
maprotiline	LUDIOMIL, MAPROTILINE	75-150	

Agenții serotonin specifici:

- noua clasă de medicamente pentru depresie.**
- Mai puține efecte secundare, nu au efecte secundare în raport cu sistemul cardiovascular**

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, STIMULOTON	50-200	

Denumirea Generală	Marca Comercială	Doze Medii (mg)	Mecanismul
SARI Antidepresive cu Eficiență Serotonergică Dublă			
trazodon	TRITTICO AC	4-8	Eficiență Serotonergică Dublă
NARI (Inhibitori de recaptare a noradrenalinei)			
reboxetină	EDRONAX	4-8	Inhibarea Recaptării Norepinefrinei

**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	
Duloxetină	duloxgamma	30-120	

Efectele adverse

- **Efectele anticolinergice**

- 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.

Efectele adverse ale antidepressivelor

Efecte asupra sistemului nervos

- Somnolența, astenia cele mai frecvente.
- agitație,
- anxietate,
- ruminății obsesive,
- insomnie.

•3. Efecte cardiovasculare

•hipotensiunea posturală.

- aritmii,
- sincopă, colaps,
- exitus subit,
- hipertensiune,
- tromboze și tromboflebite,
- insuficiență cardiacă congestivă.

efecte adverse gastrointestinale:

- anorexia,
- Greața, vome,
- diareea,
- crampele abdominale,
- creșterea enzimelor pancreatice,
- dureri epigastrice,
- stomatitele,
- gustul caracteristic
- colorarea neagră a limbii.

•Efectele de ordin endocrin

- Accentuarea sau diminuarea libidoului,
- Prelungirea actului sexual la bărbați
- Dificultăți de a atinge orgasmul la femei
- inflamarea testiculară,
- ejaculare dureroasă,
- ginecomastie la bărbați,
- galactoreea la femei,

Timostabilizatoarele

Principalele clase de substanțe timoreglatoare sunt:

➤ Litiul și sărurile de litiu;

Anticonvulsivante (AEDs – Anti-Epileptic Drugs):

➤ Valproat de natriu;

➤ carbamazepină;

➤ lamotrigină;

➤ gabapentin;

➤ topiramat;

➤ clonazepam.

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 a litiului :

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

Medicamente Anxiolitice

Indicații:

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

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

DURATĂ DE ACTIUNE	PRODUSUL
Ultrascurtă	Midazolam (Versed) Triazolam (Halcion)
Scurtă	Alprazolam (Xanax)
Intermediară	Bromazepam (Lexonil) Lorazepam (Ativan) Oxazepam (Seresta)
Lungă	Clordiazepoxid Clonazepam (Rivotril) Diazepam (Valium) Nitrazepam (Mogadon)

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			
buşpiro	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 APAUIN, 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 inj. 20; 50; 100 mg	15 - 30 50 - 300
clonazepam	RIVOTRIL, ANTELEPSIN	tbl. 0.5 ; 2 mg gttae 10-25 mg/ml inj. 1 mg	1 - 4

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 SLOVAKOFARMA 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, SOMNOL	tbl. 7.5 mg	3.75 - 7.5
	zaleplone	SONATA, ANDANTE	tbl. 10 mg	5 - 10
Alte Medicamente cu Eficacitate Hipnotică	Antihistamine (promethazină - PROTHAZIN)			
	Antidepresive (mirtazapină, trazodon)			
	Antipsihotice			
	Melatonină			

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 Intelectului, 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		

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

Psihoterapia

O relație terapeutică dintre pacient și psihoterapeut, menită să investigheze și să înțeleagă natura tulburărilor psihice ale pacientului în scopul de ale corecta.

Obiectivele psihoterapiei vizează în principal următoarele aspecte:

- Ajutor în criză existențială.
- 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.
- Modificarea opiniilor eronate despre ei înșiși și despre lumea înconjurătoare.
- Dezvoltarea unui sentiment clar al identității personale.

Psihoterapia – Indicații și contraindicații

Fiecare tehnică de psihoterapie își are pacientul său.

Unicele contraindicații absolute sunt:

- Afectarea capacității pacientului de a contacta cu realitatea, pacient inconștient sau cu tulburări de conștiință – de ex.: delirium, comă
- Pacient ce nu are capacitatea de a înțelege/folosi cuvintele, prezența tulburărilor cognitive majore – demență profundă, retard mintal sever
- Lipsa dorinței pacientului de a face psihoterapie, motivație neadecvată
- Prezența unui grad de rudenie sau interese personale vis-a-vis de pacient
- Prezența simptomaticii în bază organică

Psihoterapia – Indicații și contraindicații

Contraindicații relative sunt:

- Stare acută psihotică (sunt doar câteva tehnici, terapia este limitată)
- Prezența tulburărilor cognitive minore

Indicații:

- Toate stările de nivel nevrotic, stările cu component psihogen în etiologie/patogenie, de ex.: depresia, tulburări psihosomatice, tulburări somatoforme, tulburări de personalitate, fobii, tulburarea obsesiv compulsivă, adicții etc.
- Cu limitări în eficiență și/sau scop – tulburările psihotice (schizofrenia, tulburarea bipolară)

Clasificare psihoterapiei

Psihoterapia poate fi:

- *individuală* (obiectul intervenției este individul),
- *în grup* (obiectul intervenției este individul inserat într-un grup terapeutic) sau
- *de grup* (obiectul intervenției este grupul, spre exemplu, cuplu, familie etc.).

Psihoterapiile pot fi:

- De scurta durata – de la 10 sedinte pina la 1-2 luni
- De durata medie - de la 3-6 luni
- De lunga durata – incepind cu 6 luni si mai mult.

PSIHOTERAPIILE, după abordare, 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, într-un ambient microsocioal cu o specificitate unică;
- dezvăluirea conflictelor intrapsihice și reducerea lor în scopul obținerii unei mai bune adaptări.

În această categorie se încadrează:

- ▣ abordările dinamice (freudiană, jungheiană);
- ▣ abordarea non-directivă - Carl Rogers;

ORIENTĂRI ÎN PSIHOTERAPIE

▣ **Psihanaliza** a fost prima formă de psihoterapie cunoscută.

încurajează asociațiile libere ca tehnică de bază, fanteziile și visele din care analistul interpretează natura conflictelor inconștiente care produc simptomele pacienților.

▣ **Psihoterapia cognitiv-comportamentală**

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. Rădăcinile sale se află în psihanaliză, dar 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 înțelesurilor 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.

Psihoterapiile comportamentale

- 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

toate reacțiile, răspunsurile organismului uman ca întreg (ceea ce facem), pot fi conceptualizate ca fiind:

- Comportamente deschise/exteriorizate
- Comportamente închise/interiorizate

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.

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.

- Tratamentul 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.

Terapia cognitiv-comportamentală

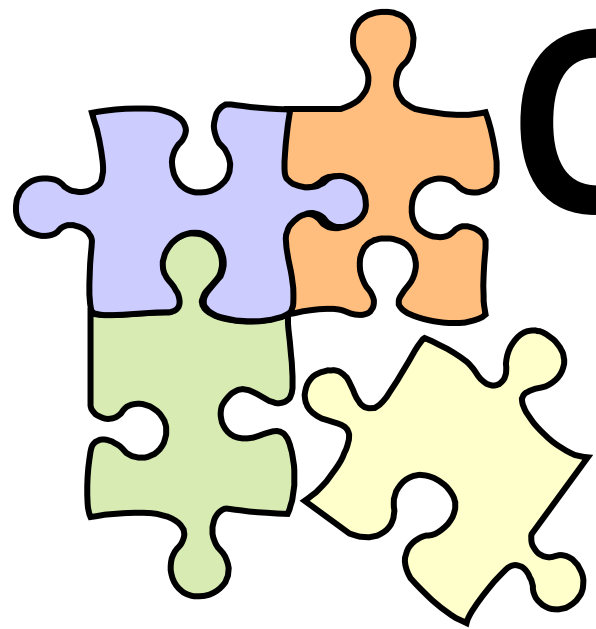
TCC este o combinare teoretico-metodologică a terapiei comportamentale cu terapia cognitivă, cu aplicații în patologie și sănătate.

Pe lângă caracterul clinic (tratarea bolilor) are și un profund caracter educațional și preventiv.

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

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

Modelul ABC



cognitiv

Modelul ABC cognitiv

- - **A**

EVENTIMENTUL 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

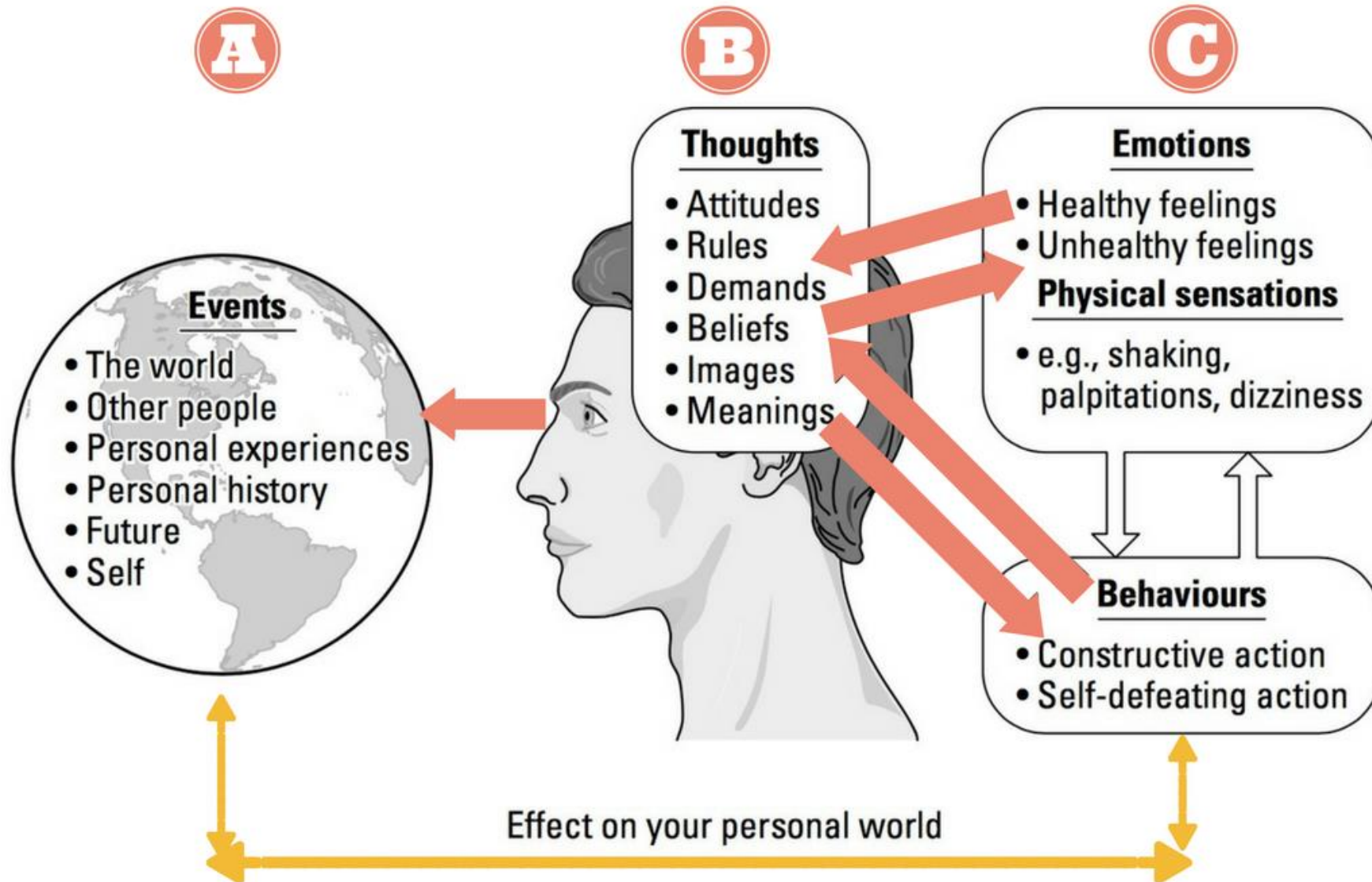
Modelul ABC cognitiv

C

- CONSECINȚE

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

The ABC of Cognitive Behavioural Therapy



A



B



C

Activating event
External Internal

Beliefs about the event
Rational
(preference, moderate frustration tolerance, unconditional self/other acceptance, objective evaluation)
Irrational
(demandingness, low/high frustration tolerance, self-downing, awfulizing)

Consequence(s)
emotional or behavioral
Positive
Negative Functional (sadness, concern, discontent, remorse, disappointment)
Negative Dysfunctional (depression, anxiety, anger, guilt, hurt)

Cognitive (ABC) Model

(Beck, 1976; Ellis, 1962; Seligman, 1991)

A - Adversity

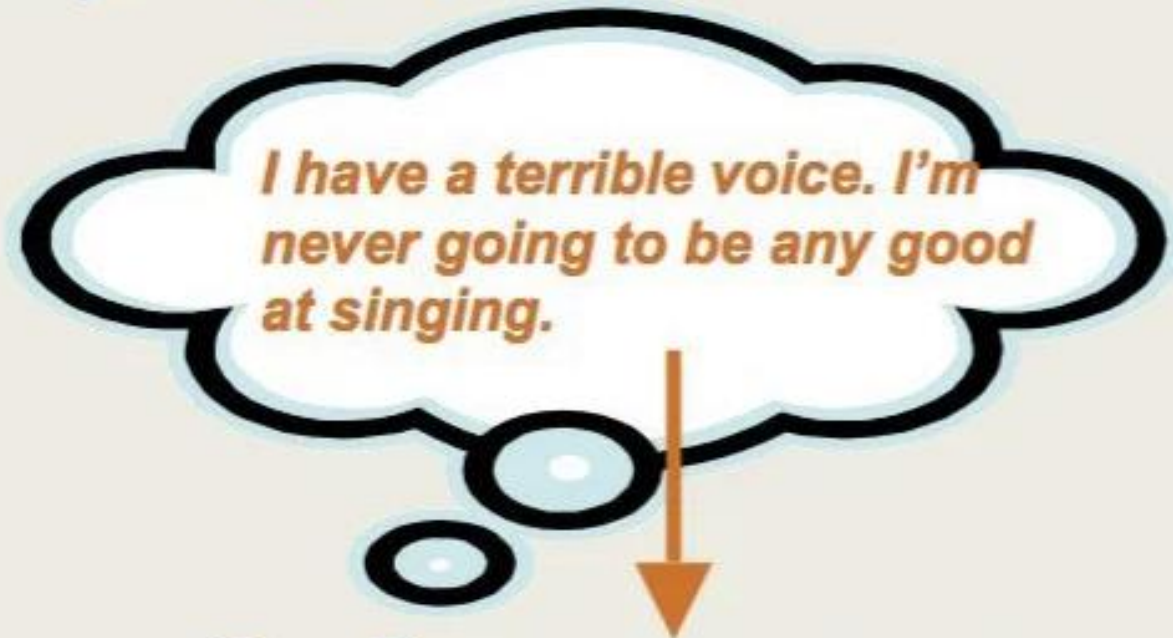
(Negative Event / Circumstance)

I didn't get selected for choir



B - Beliefs

I have a terrible voice. I'm never going to be any good at singing.



C - Consequences

(Feelings/Behaviors)

Feel sad, give up on practicing singing



Dezavantaje:

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

HIPNOZA

Hipnoza (din greacă Hypnos-vis). Stare temporară a conștiinței, caracterizată prin reducerea volumului ei și focusarea asupra conținutului celor spuse de terapeut.

Apare în rezultatul unor influențări speciale ale celui care face hipnoză sau direcționat spre autoinfluență.

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

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

Tipuri de hipnoza

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

Hipnoza clasică, numită si 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.



TRAININGUL AUTOGEN

Metoda activă a psihoterapiei, psihoprofilaxiei și psihoigienii , este îndreptată spre restabilirea echilibrului dinamic a sistemului homeostatic de mecanisme autoreglatoare a organismului uman , dereglate în rezultatul acțiunii stresante.

Elementele de bază ale metodicii sunt treningul relaxării musculare, autosugestia și autoeducarea. Activismul treningului autogen se opune unor părți negative ale hipnozei sub forma ei clasică – atitudinea pasivă a bolnavului în procesul tratamentului , dependența de medic .



ANALIZA TRANZACȚIONALĂ

Analiza tranzacțională a luat naștere în Statele Unite.
Eric Berne, “inventatorul” Analizei Tranzacționale în 1961.

- în fiecare dintre noi există trei părți, **trei Stări a Eului**.
- Luăm decizii și reacționăm plecând de la una dintre aceste trei părți din noi înșine (părinte, adult, copil), plecând de la una din cele trei stări ale Eului.

GESHTALT - TERAPIA

Metoda a fost creată de psihologul și psihanalistul american Perls sub influența ideii gelshtat – psihologiei, existențialismului, psihanalizei și, în deosebi, teoriei lui Raih despre aparițiile fiziologice ale materialului psihologic refulat.

Geshtalt –sublinia necesitatea conștientizării de către pacient a prezentului și importanța trăirii emoționale directe. Informația, necesară pentru schimbarea terapeutică este primită direct din comportamentul pacientului.

psihanaliza

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.**

metodele

- Psihanaliza nu are alt mijloc de cercetare a funcționării psihice decât relația pacient-analist sau relația individ-individ.
- funcționarea de la inconștient la inconștient a acestor doi protagoniști ai procesului psihanalitic – analistul și analizandul.
- metodele/mijloacele prin care are loc investigarea psihicului uman sunt **asociațiile libere, atenția flotantă, transferul, contratransferul.**

Asociații libere

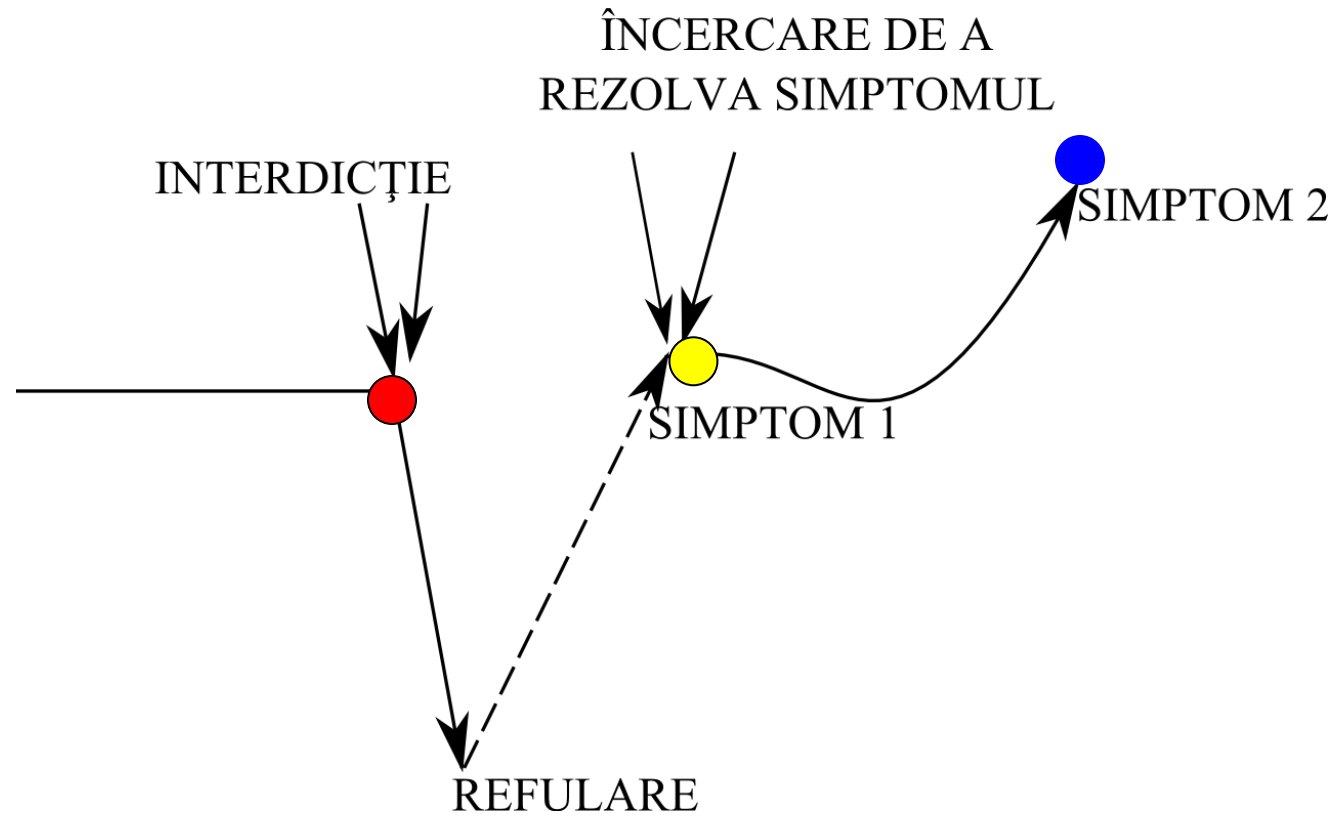
- Asociație- orice legătură între două sau mai multe elemente psihice a căror serie constituie un lanț asociativ.
- asociațiile libere constau în a exprima fără discriminare toate gândurile care vin în minte, fie plecând de la un element dat (cuvânt, număr, imaginea unui vis, o reprezentare oarecare...),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

Atenția flotantă.

- una dintre principalele recomandări tehnice pentru analist în cadrul metodei psihanalitice.
- 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.

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.



- 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.

- Scopurile tratamentului psihanalitic, realizată de McGlashan și Miller (1982) (apud. W. Mertens):
- *Suspendarea inhibițiilor în dezvoltare* (încredere și siguranță; separare și individualizare; 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 pentru nevrotici)
 - PSIHOTERAPIA PSIHANALITICĂ (stări mai grele)

Transfer și contratransfer

- **Transferul** - 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.

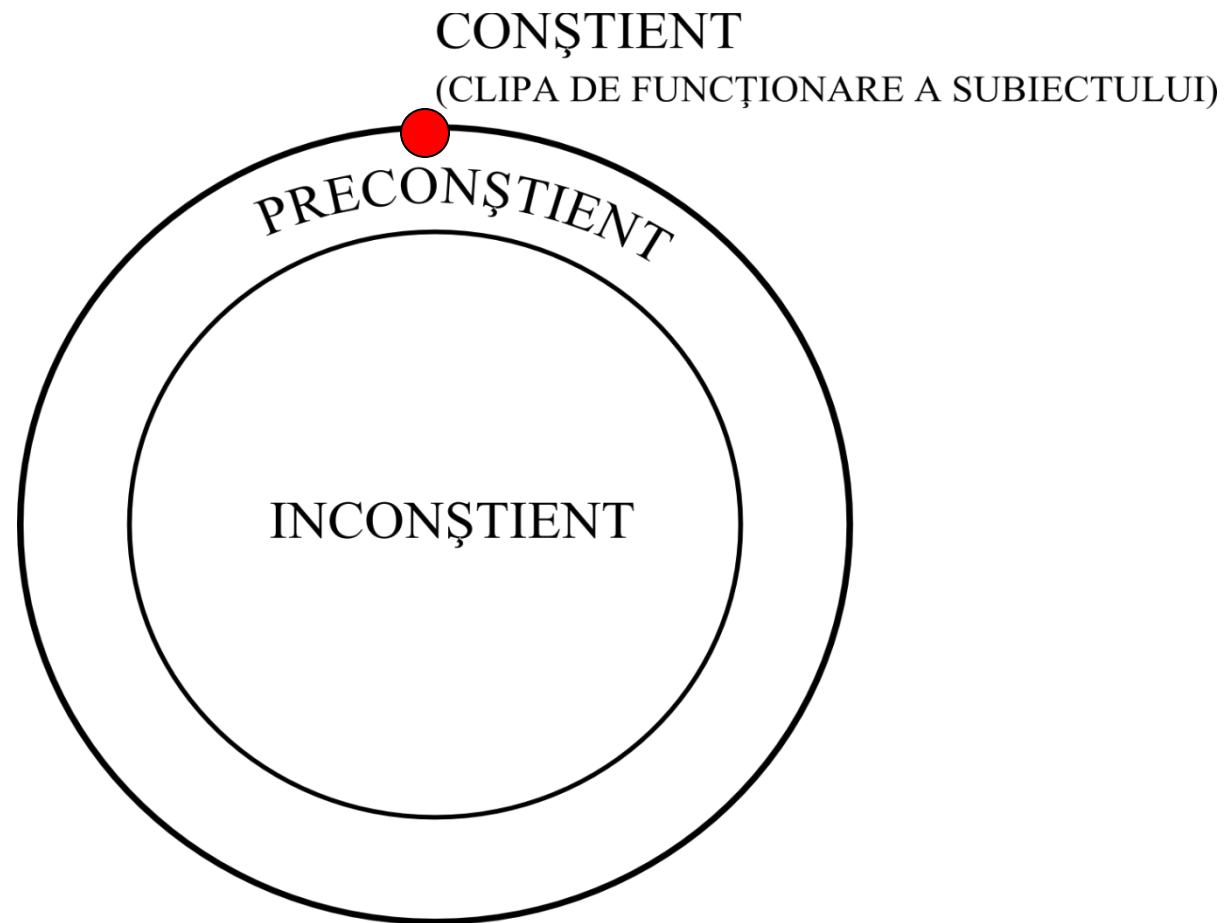
- Este vorba de o repetiție a unor prototipuri infantile, trăită cu un marcat sentiment de actualitate.
- Aceste prototipuri care constau în sentimente, gânduri, atitudini, comportamente, s-au format în prima copilărie în relația cu părinții sau substituții lor.

Contratransferul

- **Contratransferul** - reprezintă reacția inconștientă a psihoterapeutului la transferul unui pacient. Freud a definit contratransferul în 1910 ca *„influență pe care o exercită pacientul asupra sentimentelor inconștiente ale analistului său”*.

- TOPICA I

- INCONȘTIENT
- PRECONȘTIEN
- CONȘTIENT



- **Inconștient** – 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.
- Se produce prin separarea reprezentării de afect

- **Preconștient** – conținuturile preconștientului nu sânt prezente în câmpul actual al conștiinței și sânt deci inconștiente, dar se diferențiază de conținuturile sistemului inconștient prin faptul că rămân de fapt accesibile conștiinței (cunoștințe și amintiri neactualizate, de exemplu).

- **Conștient** - 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.

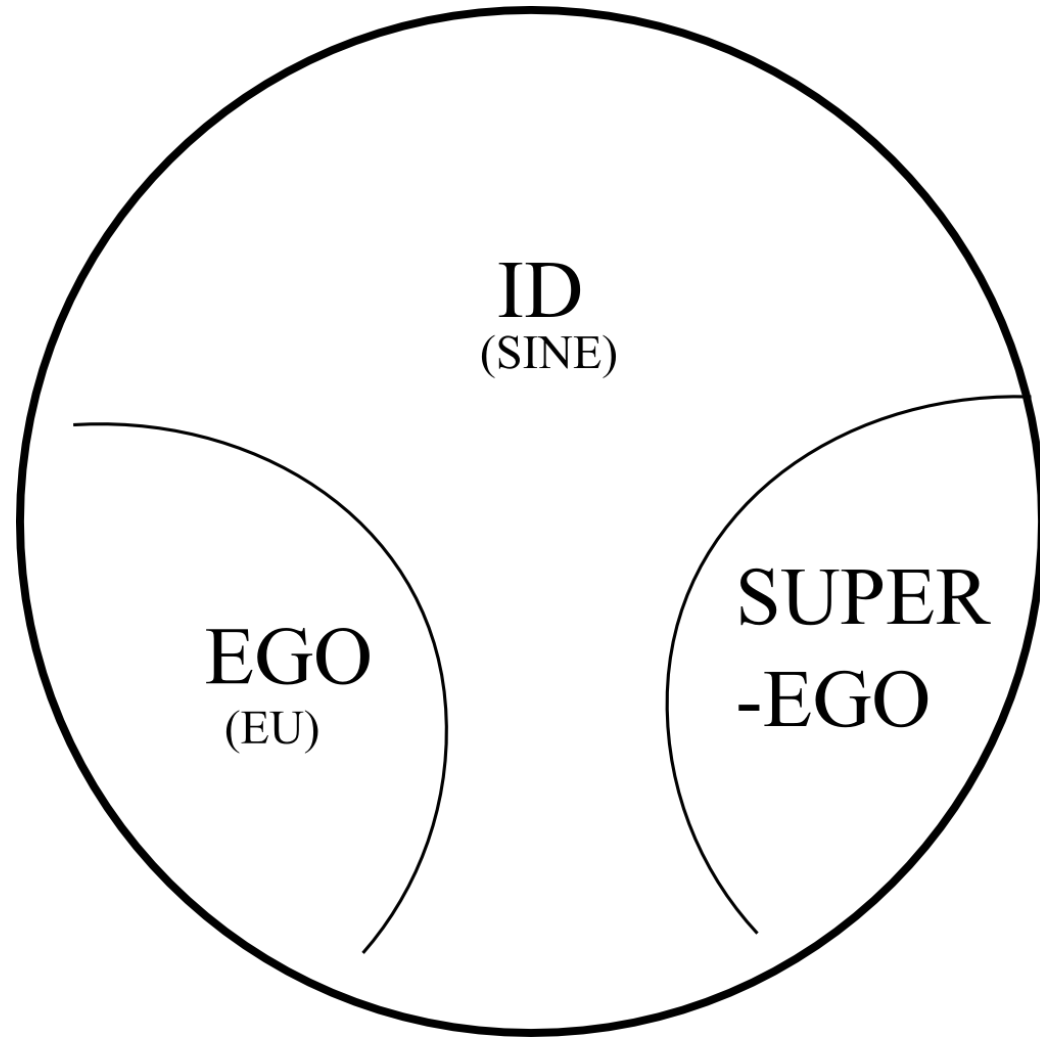
A II topică

- **TOPICA II**

- ID,

- EGO,

- SUPER-
EGO



- **Sine** – constituie polul pulsional al personalității; conținuturile sale, expresii psihice ale pulsionilor, sânt inconștiente: unele moștenite și înnăscute, altele refulate și dobândite.

- **Eu** – se află într-o relație de dependență atât față de revendicările Sinelui, cât și față de imperativele Supraeului și exigențele realității.

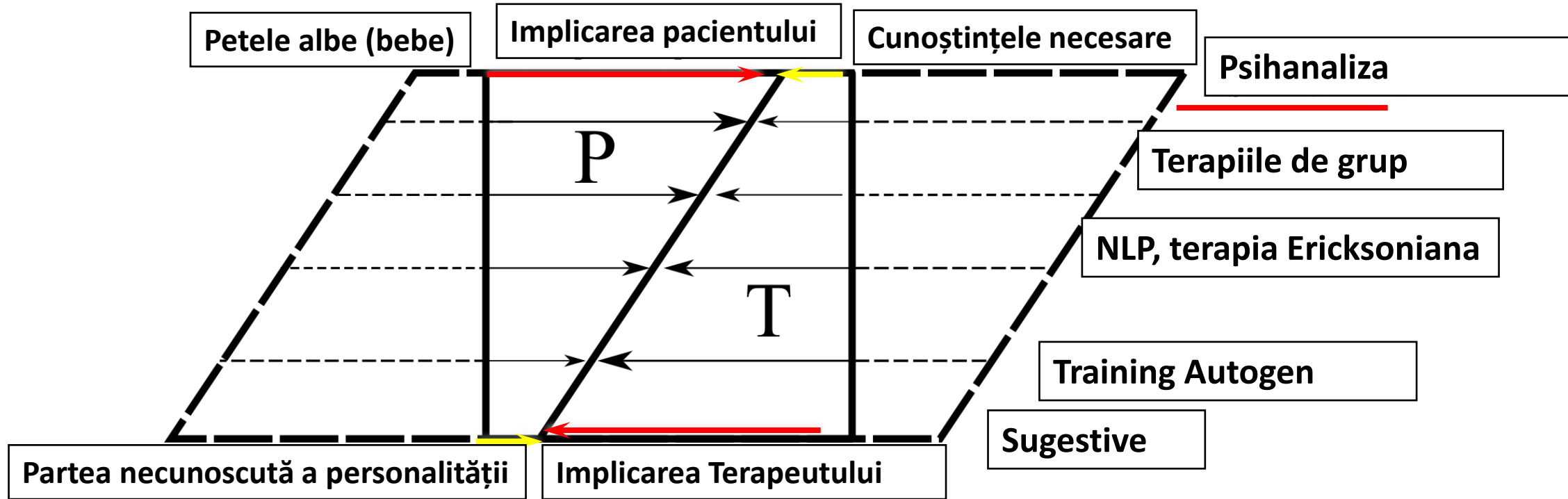
- **Funcțiile Eului:**

- 1. Autoconservarea organismului
- 2. Testarea și modificarea realității
- 3. Controlul Sine-ului, al vieții instinctuale
- 4. Față de Supraeu. Ține seama de cadrul moral

- 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** – 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.

Comparația diferitor terapii



- As more the client is implicated the less the risk of inducing something foreign – “FALSE SELF”
- As less the therapist is implicated the more the efficiency – increase of subject’s autonomy of functioning

Mecanisme de apărare

- În teoria psihanalitică, un mecanism de apărare, este un mecanism psihologic inconștient care reduce anxietatea care decurge din stimuli inacceptabili sau potențial dăunători.

Mecanisme de apărare

Psihiatru George Eman Vaillant a introdus o clasificare pe patru niveluri a mecanismelor de apărare

Nivelul I – apărări patologice (negarea psihotică, proiecția delirantă)

Nivelul II – apărare imatură (fantezie, proiecție, agresiune pasivă, acting out)

Nivelul III – apărări nevrotice (intelectualizare, formare de reacție, disociere, deplasare, reprimare)

Nivelul IV – apărări mature (umor, sublimare, suprimare, altruism, anticipare)

Mecanisme de apărare- Nivel 1: patologice

- Când sunt predominante, mecanismele de la acest nivel sunt aproape întotdeauna grav patologice. Aceste apărări, împreună, permit cuiva să rearanjeze efectiv experiențele externe pentru a elimina nevoia de a face față realității. Utilizatorii patologici ai acestor mecanisme par frecvent iraționali sau nebuni pentru alții. Acestea sunt apărările „patologice”, frecvente în psihoza deschisă. Cu toate acestea, se găsesc în mod normal în vise și de-a lungul copilăriei. Ei includ:
- **Proiecție delirante:** iluzii despre realitatea externă, de obicei de natură persecutorie
- **Negarea:** Refuzul de a accepta realitatea externă pentru că este prea amenințătoare; argumentarea împotriva unui stimul care provoacă anxietate afirmând că nu există; rezolvarea conflictelor emoționale și reducerea anxietății prin refuzul de a percepe sau de a recunoaște în mod conștient aspectele mai neplăcute ale realității externe
- **Distorsiunea:** O remodelare grosolană a realității externe pentru a satisface nevoile interne

Mecanisme de apărare- Nivel 2: imature

Aceste mecanisme sunt adesea prezente la adulți. Aceste mecanisme reduc stresul și anxietatea produse de amenințarea oamenilor sau de o realitate inconfortabilă. Utilizarea excesivă a unor astfel de apărări este văzută ca indezirabilă din punct de vedere social, prin faptul că sunt imature, greu de tratat și nu sunt serios în contact cu realitatea. Acestea sunt așa-numitele apărări „imature”, iar utilizarea excesivă duce aproape întotdeauna la probleme serioase în capacitatea unei persoane de a face față eficient. Aceste apărări sunt adesea observate în depresia majoră și tulburarea de personalitate.

Ele includ:

Acting out: exprimarea directă a unei dorințe sau a unui impuls inconștient în acțiune, fără conștientizarea emoției care conduce comportamentul expresiv

Ipocondria: O preocupare excesivă sau îngrijorare în legătură cu o boală gravă

Comportament pasiv-agresiv: expresie indirectă a ostilității

Mecanisme de apărare- Nivel 2: imature

- **Proiecție:** O formă primitivă de paranoia. Proiecția reduce anxietatea permitând exprimarea impulsurilor sau dorintelor nedorite fără a deveni conștient de ele; atribuirea propriilor gânduri și emoții nerecunoscute, inacceptabile sau nedorite altuia; include prejudecăți severe și gelozie, hipervigilență față de pericolul extern și „colectarea nedreptăților”, toate cu scopul de a schimba gândurile, sentimentele și impulsurile inacceptabile ale cuiva asupra altcuiva, astfel încât aceleași gânduri, sentimente, credințe și motivații să fie percepute ca fiind prezente în celălalt.
- **Fantezie schizoidă:** tendința de a se retrage în fantezie pentru a rezolva conflictele interioare și exterioare

Mecanisme de apărare- Nivel 3: neurotice

Aceste mecanisme sunt considerate nevrotice, dar destul de frecvente la adulți. Astfel de apărări au avantaje pe termen scurt în a face față, dar pot cauza adesea probleme pe termen lung în relații, muncă și în posibilitate unei vieți fericite atunci când sunt utilizate ca stilul principal de a face față lumii.

Ele includ:

Deplasarea: mecanism de apărare care schimbă impulsurile sexuale sau agresive către o țintă mai acceptabilă sau mai puțin amenințătoare; redirectionarea emoțiilor către o priză mai sigură; separarea emoției de obiectul său real și redirectionarea emoției intense către cineva sau ceva mai puțin ofensator sau amenințător pentru a evita să se ocupe direct de ceea ce este înfricoșător sau amenințător.

Disocierea: modificarea temporară drastică a identității personale sau a caracterului cuiva pentru a evita suferința emoțională; separarea sau amânarea unui sentiment care ar însoți în mod normal o situație sau un gând.

Mecanisme de apărare- Nivel 3: neurotice

- **Intelectualizarea:** O formă de izolare; concentrarea asupra componentelor intelectuale ale unei situații astfel încât să se distanțeze de emoțiile asociate care provoacă anxietate; separarea emoției de idei; gândirea la dorințe în termeni formali, afectiv blanzi și nu acționând conform acestora; evitarea emoțiilor inacceptabile prin concentrarea pe aspectele intelectuale (singurătate, raționalizare, ritual, anulare, compensare și gândire magică)
- **Formarea reacției:** Transformarea dorințelor sau impulsurilor inconștiente care sunt percepute a fi periculoase sau inacceptabile în contrariile lor; comportament care este complet opusul a ceea ce dorește sau simți cu adevărat; luând credința opusă deoarece credința adevărată provoacă anxietate
- **Reprimare:** Procesul de încercare de respingere a dorințelor către instincte plăcute, cauzat de amenințarea cu suferința dacă dorința este satisfăcută; dorința este mutată în inconștient în încercarea de a-l împiedica să intre în conștiință; naivitatea aparent inexplicabilă, lipsa memoriei sau lipsa de conștientizare a propriei situații și condiții; emoția este conștientă, dar ideea din spatele ei este absentă

Mecanisme de apărare- Nivel 4: mature

Acestea se găsesc în mod obișnuit în rândul adulților sănătoși din punct de vedere emoțional și sunt considerate mature, chiar dacă mulți își au originea într-un stadiu imatur de dezvoltare. Sunt procese conștiente, adaptate de-a lungul anilor pentru a optimiza succesul în societatea și relațiile umane. Utilizarea acestor apărări sporește plăcerea și sentimentele de control. Aceste apărări ajută la integrarea emoțiilor și gândurilor conflictuale, rămânând în același timp eficiente. Cei care folosesc aceste mecanisme sunt de obicei considerați virtuoși.

Apărările mature includ:

Altruism: Serviciu constructiv celorlalți care aduce plăcere și satisfacție personală

Anticiparea: planificare realistă pentru disconfortul viitor

Umor: Exprimarea deschisă a ideilor și sentimentelor (în special a celor asupra cărora sunt neplăcute de concentrat sau prea groaznice pentru a vorbi direct) care oferă plăcere celorlalți. Gândurile păstrează o parte din suferința lor înăscută, dar sunt „înconjurată” de umor/vorbe glumețe, de exemplu, autodeprecieră.

Mecanisme de apărare- Nivel 4: mature

- **Sublimare:** Transformarea emoțiilor sau instinctelor inutile în acțiuni, comportamente sau emoții sănătoase, de exemplu, practicarea unui sport de contact greu, cum ar fi fotbalul sau rugby-ul, poate transforma agresivitatea într-un joc.
- **Suprimare:** Decizia conștientă de a amâna acordarea de atenție unui gând, emoție sau nevoie pentru a face față realității prezente; făcând posibilă accesul mai târziu la emoții incomode sau supărătoare în timp ce le acceptăm

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

Reabilitarea psihosociala

Include o gama de interventii :

- Medicale
- Psihologice
- Pedagogice
- Sociale si economice

Scopurile interventiilor psihosociale

- Recuperarea la nivel profesional (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

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**

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;

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;

Terapie ocupațională:

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

Socioterapie:

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

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	<i>Terapia psihotropă Psihoterapia Supravegherea ambulatorie Postcura sanatorială</i>	<i>Terapia ocupațională Ergoterapia Reprofesionalizarea Activitatea profesională protejată</i>	<i>Terapia de grup Socioterapia Asistența socială Îngrijirea familială</i>

Mijloacele de realizare a Reabilitării Psihosociale

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

Schizofrenia.

Tulburarea schizotipală. Tulburarea delirantă persistentă.

Tulburarea afectivă bipolară.

Tulburarea depresivă recurentă. Ciclotimia. Distimia.

Tulburari psihice in epilepsie.

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF “Nicolae Testemitanu”

Schizofrenia

- Schizofrenia este o maladie psihică cu o etiologie pe deplin neelucidată, ce debutează la vârste tinere, are simptomatologie polimorfă severă, evoluție continuă îndelungată ,care produce suferință atât persoanei afectate cât și celor din anturajul său(membrii familiei, prietenii pacientului).
- Cu toate că schizofrenia este descrisă ca fiind o entitate nozologică unică, de fapt include o varietate de tulburări care se prezintă cu simptome similare.
- Schizofrenia având etiologie heterogenă, include pacienți ale căror manifestări clinice, răspunsul la tratament și evoluția bolii variază.

Istoric

- În istoria schizofreniei o mare importanță au avut două persoane, Emil Kraepelin (German, 1856-1926) și Eugen Bleuler (Elvețian, 1857-1939). Cel puțin trei figuri importante i-au precedat pe E. Kraepelin și E. Bleuler, Benedict Morel (1809-1873), un psihiatru Francez, care a folosit termenul *démence précoce* pentru pacienții invalidizați ale căror patologie a debutat în adolescență; Karl Kahlbaum (German, 1828-1899) a descris simptomatologia catatonică și Ewald Hecker (German, 1843-1909) a scris despre comportamentul extrem de bizar al hebefreniei.
- Emil Kraepelin a clasificat pacienții cu patologii mentale grave în trei grupe diagnostice: demenția praecox, psihoza maniaco-depresivă și paranoia. Descrierea lui Kraepelin a demenției praecox a accentuat o evoluție cronică de deteriorare și fenomene clinice ca halucinații și delir. Kraepelin a raportat că aproximativ 4 procente din pacienții săi s-au însănătoșit complet și 13 procente au avut remisiuni semnificative.
- Termenul ”psihoza maniaco-depresivă” identifica pacienții care prezentau episoade de boală separate printr-o aparentă însănătoșire.

Istoric

- Pacienții clasificați ca având paranoia aveau ca simptom major idei delirante persistente de persecuție.
- Eugen Bleuler a inventat termenul "schizofrenia" care înseamnă "scindarea minții", făcând referință la schisma între gândire, emoție și comportament. Cu părere de rău, acest termen a creat o confuzie cu personalitatea multiplă (tulburarea disociativă de personalitate), o patologie complet diferită de schizofrenie.
- Definiția lui Bleuler a schizofreniei diferă de cea a lui Kraepelin, prin faptul că Bleuler nu considera deteriorarea a fi un simptom necesar a patologiei. E. Bleuler de asemenea a divizat simptomele în fundamentale (primare) și accesorii (secundare). Cele mai importante simptome fundamentale au fost tulburările de gândire caracterizată prin tulburări de asociere, în particular incoerența asociativă - alogie. Celelalte simptome fundamentale erau tulburările afective, autismul și ambivalența. (Cele patru A ale lui Bleuler sunt Asociații, Afect, Autism și Ambivalență). Simptomele accesorii includ halucinațiile și delirul.

Istoric

- Patru psihiatri moderni care au teoretizat despre schizofrenie erau Adolf Meyer (1866-1950), Harry Stack Sullivan (1892-1949), Gabriel Langfeldt (1895-1983) și Kurt Schneider (1887-1967). Meyer, fondatorul psihobiologiei considera că schizofrenia și alte patologii mentale au fost reacții la o varietate de factori de stres, sindrom pe care el l-a numit "reacție schizofrenică". Sullivan, fondatorul școlii de psihanaliză interpersonală, accentuează izolarea socială ca fiind cauza și simptomul schizofreniei. Gabriel Langfeldt, contrar lui Bleuler, a derivat criteriile sale din experiență empirică, nu din concepte teoretice. Langfeldt a divizat patologia în schizofrenia adevărată și psihoză schizofreniformă.
- Diagnosticul de schizofrenie adevărată se bazează pe depistarea în tabloul clinic al depersonalizării, autismului, aplatizării afectului, debutului insidios, sentimente de derealizare și irealitate. Schizofrenia adevărată deseori a fost referită ca fiind schizofrenie de nucleu, schizofrenie de proces sau schizofrenie non-remitentă.
- Erwin Strauss (1891-1975) evidențiază simptomele pozitive și negative ale schizofreniei.
- Timothy J. Crow (1938) oferă clasificarea schizofreniei bazată pe simptome pozitive și negative distincte care au pus bazele viitoarelor clasificări oferite de ICD și DSM.

Epidemiologia

- În baza datelor epidemiologice incidența schizofreniei în lume este de 0.8-1,5%. De schizofrenie sunt afectați 45 milioane de persoane în toată lumea, printre care cazuri noi 4,5 milioane anual.
- Numărul de bolnavi în ultimii 20 de ani s-a mărit cu 30% în conformitate cu creșterea populațională, conform datelor OMS.
- În Republica Moldova, incidența schizofreniei, tulburării schizotipale și delirante, în cifre absolute a fost: pentru anul 2018 – 371 (10,45 cazuri) la 100 000 populație, pentru anul 2019 – 463 (13,05 cazuri) la 100 000 populație. Prevalența prin Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante în Moldova în cifre absolute a fost: pentru anul 2018 – 13229 (372,73 cazuri) la 100000 mii populație; pentru anul 2019 – 13243 (373,13 cazuri) la 100000.
- Vârsta critică de instalare a schizofreniei este - 15-25 de ani pentru bărbați și 25-30 de ani pentru femei. Femeile prezintă o a doua perioadă critică către vârsta de 40 ani.
- Evoluția bolii în majoritatea cazurilor are caracter continuu, care generează deteriorarea personalității și invalidizare.

Etiologie

- Cauza schizofreniei este necunoscută.
- Cel mai probabil că schizofrenia este o patologie heterogenă, foarte puțini factori discutați în continuare sunt exclusivi. Cel mai stabil factor discutat este stres-diateza. Acest factor evidențiază că o persoană are o vulnerabilitate (diateză) specifică, la anumiți factori stresanți de mediu.
- Există cel puțin două seturi de factori de risc, genetici și perinatali. În plus, factorii social-mediu nedefiniți pot crește riscul de schizofrenie la imigranții internaționali sau la populațiile urbane ale minorităților etnice.
- Creșterea vârstei paterne este asociată cu un risc mai mare de schizofrenie.
- Factori genetici: riscul schizofreniei este crescut la rudele biologice ale persoanelor cu schizofrenie, dar nu la rudele adoptate. Riscul schizofreniei la rudele de gradul I al persoanelor cu schizofrenie este de 10%. Dacă ambii părinți au schizofrenie, riscul de schizofrenie la copilul lor este de 40%. Concordanța pentru schizofrenie este de aproximativ 10% pentru gemenii dizigoți și 40-50% pentru gemenii monoziigoți.

Diagnostic

ICD-10

- **F20 Schizofrenie**
- Tulburările schizofrenice sunt caracterizate în general prin distorsiuni caracteristice ale gândirii și percepției și afecte care sunt neadecvate și slăbite. Conștiința clară și capacitatea intelectuală sunt menținute de obicei, cu toate că anumite deficiente de cunoaștere pot evolua în cursul timpului. Cele mai importante fenomene psihopatologice includ repetarea gândurilor ca un ecou; influențarea gândirii sau furtul ei; transmiterea gândurilor; percepția delirantă și ideile delirante de control, influență sau pasivitate; halucinații în care "voci" vorbesc sau discută despre subiectul respectiv la persoana a treia; tulburări de gândire și simptome negative.
- Evoluția tulburărilor schizofrenice poate fi și continuă și episodică cu un deficit progresiv sau stabil sau pot exista unul sau mai multe episoade cu remisiune completă sau incompletă.

- Diagnosticul de schizofrenie nu ar trebui să fie pus în prezența simptomelor depresive sau maniacale extinse dacă nu este clar că simptomele schizofrenice au precedat tulburarea afectivă.
- Nu ar trebui pus un diagnostic de schizofrenie nici în prezența unei boli cerebrale manifeste sau a unei intoxicații datorita unui drog sau în prezența unui sevraj.
- Tulburările similare care se dezvoltă în prezenta epilepsiei sau altei boli cerebrale ar trebui să fie clasificate la F06.2, iar cele induse de substanțe psihoactive la F10-F19.
 - a) Ecoul gândirii, inserția sau furtul gândirii și răspândirea gândirii;
 - b) Idei delirante de control, influență sau pasivitate, clar referitoare la mișcările corpului sau ale membrilor sau la gânduri, acțiuni sau sentimente specifice; percepția delirantă;
 - c) Halucinații auditive făcând un comentariu continuu despre comportamentul individului sau discutându-l între ele, sau alte tipuri de halucinații auditive, venind dintr-o anumită parte a corpului;

- d. Idei delirante persistente, de orice fel, care sunt cultural inadecvate și complet imposibile; de exemplu: idei delirante de identitate politică sau religioasă, capacitate și puteri supraumane (de exemplu: a fi în stare să controleze vremea sau a fi în comunicare cu extraterestrii);
- e. Halucinații persistente, de orice tip, când sunt însoțite fie de idei delirante temporare sau de abia schițate, fără un conținut afectiv clar, fie de idei de supraevaluare persistente sau halucinații care apar zilnic, timp de mai multe zile sau luni, succesiv;
- f. Întreruperi sau alterări prin interpolare în cursul gândirii, din care rezultă incoerență, vorbire irelevantă sau neologisme;
- g. Comportament catatonc, cum ar fi: excitația, postura catatoncă, flexibilitatea ceroasă, negativism, mutism, stupor;
- h. Simptome "negative", cum ar fi o marcată apatie, sărăcie a vorbirii, răcirea sau incongruența răspunsurilor emoționale (ele de obicei, au ca rezultat retragerea socială și scăderea performanței sociale). Trebuie să fie clar că acestea nu se datorează depresiei sau medicației neuroleptice;
- i. O modificare semnificativă și intensă în calitatea globală a unor aspecte ale comportamentului, ce se manifestă prin lipsă de interes, de finalitate, inutilitate, atitudine de tip autorepliere și retragere socială.

DSM-V. Schizofrenia 295.90 (F20) Criterii de diagnostic

- A.** Două (sau mai multe) din următoarele criterii, fiecare manifestându-se o perioadă suficientă de timp în interval de 1 lună (sau mai puțin, dacă tratamentul este eficient). Cel puțin unul dintre ele trebuie să fie (1), (2) sau (3):
1. Idei delirante
 2. Halucinații
 3. Vorbire dezorganizată (deraiere sau incoerențe frecvente).
 4. Comportament motor intens dezorganizat sau catatonie.
 5. Simptome negative (diminuarea exprimării emoțiilor sau avoliție).
- 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 autoîngrijire 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 cel puțin de 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 (simptome de faza 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 (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 a bolii.
- E. Tulburarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanțe (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).

Formele schizofreniei

F20.0 Schizofrenia paranoidă

- Cea mai des întâlnită formă de schizofrenie este cea paranoidă. Tabloul clinic este dominat de delir paranoid (idei delirante de persecuție, atitudine, otrăvire, control ș.a.). De obicei sunt prezente pseudohalucinațiile, în special auditive și tulburări de percepție intracampine (tactile, dismotfofobice, somatice, kinestetice). De asemenea în forma paranoidă a schizofreniei se întâlnește delirul de control – sindromul Kandinsky-Clerambault caracterizat prin 2 componente principale: automatism mental, senzorial și motor.
- Conform **ICD-10**, simptomatologia paranoidă se caracterizează prin:
 - a) Idei delirante de persecuție, referință, filiație, premuniție, dismorfofobice (modificarea schemei corporale), gelozie;
 - b) Pseudohalucinații auditive, cel mai des sub forma de "voci" care dialoghează direct cu pacientul, duc un monolog comentativ sau conversează între ele. În unele cazuri ele preiau caracterul imperativ, dau comenzi, amenință și în general au un caracter negativ, înspăimântător. Uneori halucinațiile auditive pot fi non verbale: pași, fluierat, râs, plâns, scârțâit;
 - c) Comportament delirant, pacienții acționează asupra ideilor sale delirante fiind incapabili să i se opună (e.x. astupă ferestrele, deconectează aparatele electrocasnice ș.a.).

- Tulburările calitative ale gândirii sunt evidente, în special în episodul acut și de obicei însoțesc tulburările cantitative ale gândirii. Fondalul afectiv este mai puțin aplatisat ca în celelalte forme de schizofrenie, dar, se atestă instabilitatea și labilitatea afectului caracterizată prin irascibilitate sporită, brutalitate, instabilitate, incongruența răspunsului emoțional cu stimulul, suspiciozitate și hipervigilență. Simptomatologia negativă este prezentă în forma paranoidă însă nu domină tabloul clinic.

Evoluția schizofreniei de tip paranoid

Etapa paranoială

- La bolnavi se constată sindromul pseudoneurotic, psihopatiform sau alte diverse simptome afective. Apare un delir nesistematizat, non-bizar, cu o fabulă delirantă veridică. La această etapă tulburările de percepție nu se asociază. Cel mai des delir este cel de persecuție, invenție, gelozie, hipocondriac, cverulență. Pacienții relativ păstrează discernământul critic.

Etapa paranoidă

- În această etapă delirul devine mai variat, mai expansiv. Se asociază ideile delirante de otrăvire, influență, relație. Apar tulburările de percepție, doar inițial fiind apreciate de pacient ca ireale, deseori le atribuie o interpretare delirantă. Subiectul pune în act ideile sale delirante, apare comportamentul delirant.

Etapa parafrenă

- Are loc transformarea delirului în sindrom parafren. Ideile delirante primesc un aspect mistic, fantastic (e.x. ideile de grandoare nu se mai limitează la supraaprecierea propriilor puteri, ci își atribuie unele forțe supranaturale), fabula delirantă se cristalizează. În cele mai multe cazuri elementele halucinatorii nu predomină în tabloul clinic.

- Evoluția schizofreniei paranoide poate fi episodică (cu remisiuni parțiale sau complete) sau cronică. În ultima variantă, simptomele pozitive persistă de-a lungul anilor și e dificil de identificat episoade distincte.

F20.1 Schizofrenia hebefrenă

- Din copilărie se observă comportament bizar. De regulă, debutul se manifestă prin apariția halucinațiilor, mai frecvent sub aspectul de „apeluri pe nume”, diverse grimase, manierisme, devin plângăreți, comportament bizar nemotivat, euforie neproductivă. Ca particularități în structura personalității predomină irascibilitatea, explozivitatea, încăpăținarea, reușită scăzută școlară, agitații spontane necontrolate.
- **Varianta psihopatoidă** - predomină depășirea, încălcarea, negarea principiilor etico-morale și fac impresia de persoane de o proastă educație.
- **Varianta euforică** - este dominată de un tablou maniacial. În aceste cazuri este necesar de diferențiat de TAB, unde se observă un fond ridicat, molipsitor al dispoziției, iar în schizofrenia hebefrenă se observă o euforia apatică. Euforia poate fi iritabilă, cu un caracter sâcâitor, nenatural.
- **Varianta oneiroidă** - uneori schizofrenia hebefrenică debutează cu un sindrom de agitație hebefrenică, în cadrul căruia manifestările onirice sunt fragmentare și nu ating apogeul său de dezvoltare.

Evoluția schizofreniei de tip hebefren

- Este o formă de schizofrenie în care tabloul clinic este predominant de vorbire dezorganizată, afect aplatizat sau inadecvat, manierisme, grimase, comportament pueril. Tulburările calitative de gândire (ideile delirante) și de percepție (halucinațiile) sunt fragmentare, rudimentare și nu domină tabloul clinic (de obicei otrăvire, influență), în unele cazuri fiind absente. Comportamentul acestor indivizi este imprevizibil, iresponsabil, limbajul corporal este dominat de manierisme și gesturi vulgare, inadecvate, euforie, râs inadecvat. Dispoziția este superficială, inadecvată situației, adesea fiind însoțită de chicoteli și zâmbete "autosatisfăcute", "autorepliate", grimase, poze bizare, stereotipii de gândire și vorbire. Comportamentul pacientului cu schizofrenie hebefrenică este lipsit de scop și sentiment, se observă o dezinhibiție sexuală, impulsurile și motivațiile fiind absente, ceea ce oferă tabloul clinic de o dezorganizare psihomotorie gravă. Stabilirea raportului cu pacienții este dificilă, vorbirea este incoerentă dominată de tematici primitive, religioase, metafizice, puerile, de prost gust, deseori se atestă stereotipii, verbigeratii.
- Această formă debutează la vârsta de 16-17 ani. Este o formă malignă al schizofreniei care duce la instalarea "demenței schizofrenice" în 2-3 ani după debut, are un prognostic rezervat datorită instalării rapide ale simptomatologiei negative, în special aplatizării afective și abuliei.

F 20.2 Schizofrenie catatonică

Formele de debut în cadrul schizofreniei catatone

- **Debut neurotiform** în cadrul căruia predomină astenia gravă, care uneori atinge gradul de hiperestezie pronunțată. Dintre simptomele neurotiforme timpuriu se depistează modificările de personalitate sub aspect de autism, scăderea potențialului energetic. Uneori la aceste personalități predomină diverse idei hipocondriace, care au o manifestare nedeterminată și nu sunt atât de persistente și evidente ca în debutul hipocondriac a formei paranoide de schizofrenie. La unii pacienți sunt posibile manifestări cenestopatice. Manifestările cenesto – hipocondriace în debutul formei catatonice de schizofrenie, de regulă, sunt de scurtă durată și trec de la sine.
- **Debut catatonic** poate fi debut prin simptomatcă autistă cu scăderea potențialului energetic pe fundalul cărora apar stări substuporoase (pe scurt timp stau într-o anumită poză, rămân fixați asupra propriilor gânduri, nu răspund la întrebări, par detașați de realitate). Aceste stări par să treacă de la sine, dar după se amplifică peste o perioadă. Un astfel de debut de regulă confirmă un pronostic nefavorabil.

- Debutul poate fi brusc, cu excitație sau stupoare catatonică, dar mai frecvent cu excitație, care treptat trece în stupoare. În momentul de trecere de la excitație în stupoare, starea pacientului pentru o perioadă de timp devine intermitentă (bolnavul parcă cade în stupoare, ulterior stupoarea trece în excitație și nu este exclus ca în această perioadă să apară fenomene oneiroide, care sunt mai sistematizate, mai clare). Bolnavul în asemenea stări, destul de îndelungat, se află într-o stare substuporoasă ce ușor trece în stupoare.

Evoluția schizofreniei catatonice

- În perioada prodromală se constată un debut isteric sau pseudoneurotic.
- Tabloul clinic este dominat de tulburările de motricitate și alterează între hiperkinezie, agitație marcată și stupor, negativism și abulie. Posturile luate de pacient pot fi menținute pe o perioadă lungă de timp. În perioada acută se atestă mentism, înlocuit uneori de tulburări majore de vorbire, paramimie, râs isteric nemotivat, stereotipii. În cazuri severe poate surveni o regresie totală, pacientul adoptând o poziție fetală cu refuz de alimentație ceea ce necesită terapie intensivă.
- Pot apărea stări cu tulburare de conștiință de tip oniric sau amentiv.

- Conform **ICD – 10** criteriile generale de diagnostic ale schizofreniei catatonice sunt următoarele:
 - a) Stupor (o reducere marcată ale reacției la ambianță și reducerea mișcărilor și ale activității spontane) și mutism;
 - b) Excitație (activitate motorie crescută, aparent fără scop, neinfluențată de stimuli externi);
 - c) Adoptarea și menținerea voluntară ale unor poziții inadecvate și bizare;
 - d) Negativism (pasiv - o rezistență, nemotivată, la toate instrucțiunile sau tentativele de a fi mobilizat; activ – mișcarea în direcția opusă);
 - e) Rigiditate (menținerea unei posturi rigide împotriva eforturilor de a fi mobilizat);
 - f) Flexibilitatea ceroasă (menținerea poziției impuse din exterior);
 - g) Alte simptome, cum ar fi automatismele(ecolalia, ecopraxia,ecomimia).
- Din cauza că simptomatologia catatonică se întâlnește des și în alte patologii, afecțiuni cerebrale, metabolice, induse de substanțe psihoactive, **DSM-V** a clasificat-o ca nozologie aparte 293.89.

F 20.6 Schizofrenia simplă

- Formele de debut în cadrul schizofreniei simplex
- **Debut psihopatoid** se manifestă printr-un comportament antisocial, vagabondaj. Aceste persoane se eliberează de la serviciu, comit furturi bizare, incendieri nemotivate, acte delictive, frecvent consumă alcool. În perioada inițială reacția la boală se manifestă sub aspectul elaborării, unor regimuri particulare, diete, tratamente „speciale”, exerciții, comportamente bizare și stranii.
- **Debut nevrotiform** – Inițial, se poate manifesta simptomatologia negativă și preponderent se observă aplatizarea afectivă și lipsa simptomelor productive ale bolii. Predomină scindarea activității psihice caracteristică pentru schizofrenie.

Evoluția schizofreniei simple

- Debutul acestei forme de schizofrenie apare timpuriu, la 18-25 ani. Forma debutului este pseudoneurotică, astenică, cu insomnii, fatigabilitate psihică, irascibilitate, cefalee, scăderea potențialului energetic. Se observă o "intoxicație metafizică", apare un interes sporit față de ocult, astronomie, filozofie.
- Tabloul clinic al formei simple, în comparație cu celelalte forme este dominat de simptomatologia negativă: autism, anhedonie, aplatizarea afectului, asociații dezorganizate, deficit de atenție. Subiecții deseori abandonează studiile, ocupațiile, nefiind în stare să facă față cerințelor. Inițial ei par a fi conștienți de modificarea personalității sale, cerând ajutor. Ulterior se instalează sindromul apato-abulic cu pierderea discernământului și capacității de apreciere a bolii. Procesul gnostic devine determinat de haos de gânduri, flux necontrolabil de gânduri, baraj ideativ sau schperrung al gândirii.
- Evoluția formei simple este una continuă și prognosticul nefavorabil.

Managementul episodului psihotic acut în schizofrenie

- În dependență de manifestarea primului episod psihotic care poate fi acut, subacut, sau poate debuta după o perioadă îndelungată de simptome prodromale tratamentul medicamentos poate fi inițiat cu neuroleptice convenționale, antipsihotice atipice în formă de comprimate sau forme injectabile în cazurile lipsei de complianță la tratament. Cu cât tratamentul antipsihotic este inițiat mai repede cu atât prognosticul este mai bun. Alegerea antipsihoticului conform protocolului clinic național rămâne prerogativa clinicianului, dar depinde de particularitățile simptomatologice ale fiecărui caz aparte, de comorbidități, de reacțiile adverse posibile, toleranța individuală la preparat, interacțiunile medicamentoase. De obicei, la primul episod psihotic sunt recomandate antipsihoticele atipice.
- Tratamentul se inițiază cu doze terapeutice mici, cu respectarea perioadei de cumulare a substanței active (în mediu 1-2 săptămâni), aprecierea zilnică a tabloului clinic pentru ajustarea la necesitate a dozelor preparatului. În caz de agitație psihomotorie gravă (cu hetero- și auto-agresivitate) se practică combinarea cu antipsihoticele convenționale, însă trebuie de ținut cont că neurolepticele tipice cresc considerabil posibilitatea apariției efectelor adverse.

- Monitorizarea nivelului plasmatic al substanțelor antipsihotice poate fi necesară în cazul lipsei de răspuns la preparat, mai ales la pacienții tineri, vârstnici sau pacienți care au urmat cure cu diverse medicamente.
- Preparatele psihotrope mai frecvent utilizate în practica cotidiană a medicului psihiatru sunt neurolepticele tipice: Chlorpromazina, Levomepromazina, Haloperidolul, Trifluoperazina, Clorprotexenul, Flufenazina ș.a.; neurolepticele atipice: Olanzapina, Risperidona, Paliperidona, Quetiapina, Aripiprazol, Ziprazidona, Clozapina, Cariprazina, Amisulprid ș.a.



TULBURAREA SCHIZOTIPALĂ

- Tulburarea schizotipală reprezintă o afecțiune psihică caracterizată printr-un comportament excentric și anomalii în ariile cognitive și afective care se aseamănă cu ce din schizofrenie.
- Evoluția este una cronică, cu recăderi periodice de diferită intensitate psihotică.
- Este mai des întâlnită la rudele pacienților cu schizofrenie.

Epidemiologie și prevalență

- Incidența prin Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante în Moldova în cifre absolute a fost: pentru anul 2013 - 544 cazuri, adică 15,3 la 100.000 populație; pentru anul 2014 - 610 cazuri, adică 17,1 la 100.000 populație.
- Pentru anul 2018 - 371 cazuri, adică 10,45 la 100.000 populație, pentru anul 2019 - 463 cazuri, adică 13,05 la 100.000 populație.
- Prevalența prin Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante în Moldova în cifre absolute a fost: pentru anul 2013 - 13066 cazuri; pentru anul 2014 - 13187 cazuri. Pentru anul 2018 - 13229 cazuri, indicatorul fiind 372,73 la 100.000 populație; pentru 2019 - 13243 cazuri, cu indicatorul 373,13 la 100.000 populație
- Mai frecvent se întâlnește la bărbați.

Criteriile de diagnostic (conform ICD 10)

- Un afect neadecvat și reținut (pacientul apare ca fiind rece și distant);
- Comportament sau apariție bizare, excentrice sau particulare;
- Raportare deficitară la ceilalți și o tendință spre retragere socială;
- Idei sau credințe bizare, sau gândire magică, care influențează comportamentul și sunt neadecvate normelor subculturale;
- Suspiciune sau idei paranoide;
- Ruminații obsesive fără o rezistență interioară adesea cu conținut dismorfofobic, sexual sau agresiv;
- Experițe perceptive neobișnuite, incluzând iluzii somato-senzoriale și corporale de alt tip;
- Gândire și vorbire vagă, circumstanțială, metaforică, hiperelaborată și adesea stereotipă, manifestată prin discurs, sau alte modalități dar fără o incoerență serioasă;
- Episoade cvasi-psihotice tranzitorii, ocazionale, cu intense iluzii, halucinații auditive sau de altă natură și idei delirante apărând deobicei fără provocare exterioară.
- Toate criteriile enumerate necesită au o prezență continuă sau episodică pe o durată de cel puțin 2 ani cu decompensări psihotice periodice, fără de a întruni criteriile pentru schizofrenie.

- Conform **DSM V (301.22)** criteriile de diagnostic pentru tulburarea schizotipală:
 - A. Dificultăți relaționale marcate manifestate printr-un discomfort acut și capacitate redusă de a dezvolta relații apropiate; distorsiuni cognitive și perceptivă; comportament excentric ce debutează la vârsta adultului tânăr și include 5 sau mai multe din următoarele:
 1. Idei de referință;
 2. Credințe bizare sau gândire magică care influențează comportamentul (crența în superstiții, clarviziuni, telepatie etc);
 3. Experițe perceptivă neobișnuite, inclusiv iluzii corporale;
 4. Gândire și limbaj bizar (vorbire vagă, metaforică, stereotipă);
 5. Caracter suspicios sau ideăție paranoidă;
 6. Sentimente inadecvate sau limitate;
 7. Comportament sau aspect exterior bizar, excentric, ciudat;
 8. Lipsa prietenilor apropiați și a confidenților, cu excepția rudelor de gradul I;
 9. Anxietate socială excesivă.



B. Toate simptomele enumerate nu se includ în schizofrenie, tulburarea bipolară sau depresia cu simptome psihotice, alte tulburări psihotice sau tulburărilor din spectrul autismului.

Tabloul clinic

- Caracteristicile clinice ale tulburării schizotipale sunt la limită între tulburarea de personalitate schizoidă și schizofrenie.
- În tulburarea schizotipală, percepțiile, cognițiile și comunicarea sunt perturbate. La fel ca și schizofrenii, pacienții cu tulburare schizotipală pot să nu înțeleagă trăirile proprii, însă ei sunt exagerat de sensibili la detectarea emoțiilor altor persoane, în special afectul negativ sau furia. Ei sunt foarte superstițioși și uneori consideră că sunt clarvăzători. Lumea lor interioară este construită din relații imaginare și plină de "fantezii și frici copilărești". Ei pot considera că au puteri deosebite, mistice, religioase sau filozofice. Cu toate că tulburări de cogniție clare sunt absente, monologul lor deseori are nevoie de interpretare din cauza folosirii bizare a cuvintelor și a metaforelor cu sens ambiguu pe care ei le atribuie ideilor și terminilor simpli. Ei pot admite că au tulburări de percepție, mai des macropsii, sau să zică "ceilalți oameni par fi făcuți din lemn". Gandirea paranoidă este tranzitorie, circumstanțială, simptomele psihotice apar episodic.

Evolutie si prognostic

- În general are o evoluție relativ stabilă și numai un mic procent din indivizi progresează spre schizofrenie sau alte tulburări psihotice.
- **Diagnosticul diferential** trebuie efectuat cu:
- Schizofrenia;
- Tulburarea schizoidă și paranoidă de personalitate - comportamentul excentric este mai puțin pronunțat, distorsiunile cognitive sau perceptivă nu sunt caracteristice;
- Tulburarea de personalitate borderline - tulburările afective sunt mai evidente (impulsivitate, instabilitate emoțională);
- Tulburarea evitantă de personalitate - nu manifestă excentricitățile de comportament și de gândire, este prezentă dorința de a crea relații interpersonale însă teama de a fi respinși este mai mare comparativ cu tulburarea schizotipală unde e prezentă indiferența și detașarea;
- Tulburări de neurodezvoltare - tulburările de limbaj apar încă din copilărie și pot fi depistate prin teste speciale. Tulburările de spectru autist se manifestă printr-o lipsă mai mare de participare socială și emoțională iar comportamentul este mai stereotip;
- Tulburările consumului de substanțe psihoactive.

Tratament

- Tratamentul medicamentos poate fi indicat în cazurile de psihoză. Aceste faze se manifestă în momente de stres sau evenimente de viață extreme, cărora pacienții nu le pot face față în mod adecvat. Psihoza este de obicei tranzitorie și ar trebui să se rezolve în mod eficient cu prescrierea unui antipsihotic adecvat.
- Pacienții cu tulburarea de personalitate schizotipală se supun bine tratamentului psihoterapeutic.



TULBURAREA DELIRANTĂ PERSISTENTĂ

- Tulburarea delirantă se include într-un grup de tulburări psihotice ce se caracterizează prin dezvoltarea unui singur delir sau al unui set de deliruri corelate, ce devin persistente și de durată. Delirul, cel mai frecvent, este singura trăsătură clinică a tulburării psihice. Sunt descrise mai multe forme de delir: tip persecutor, de gelozie, tip somatic/hipocondriac, erotomanic, de grandoare, tip mixt, tip nespecificat. Conținutul delirului poate fi foarte variabil.
- E. Kraepelin a descris paranoia ca a treia formă de psihoză, pe lângă schizofrenie și tulburări ale dispoziției și este constituită dintr-un delir cronic, non-bizar, bine sistematizat, fără deteriorare marcată a funcțiilor cognitive.

Epidemiologie

- Diagnosticul dat nu este întâlnit frecvent, conform datelor statistice contemporane constituie 1-4% din internările psihiatrice. Cel mai frecvent tip de delir este cel persecutor; subtipul de gelozie e întâlnit mai des la bărbați decât la femei. Patologia debutează de obicei la 35-55 ani.
- Studiarea epidemiologiei tulburărilor delirante este dificil de efectuat din cauza stabilirii rare a diagnosticului.

Etiologie

- Nu este cunoscută dar sunt unele studii efectuate care arată că aceste tulburări apar ca un mecanism psihologic de apărare la o situație traumatică sau la situații de conflict intrapsihic ce reprezintă o amenințare directă Eului (ex: frica necunoscutului, panica homosexuală, etc).
- Factori de risc potențiali sunt imigrația și izolarea socială.
- Au fost descrise în literatură 3 tipuri de psihoze care rezultă din aceștia: *psihoza de încarcerare*- la persoanele care au fost în detenție; *psihoza de migrație*- deseori cu o tematică delirantă de persecuție, descrisă la imigranți (migrația este o consecință și nu o cauză a bolii); *paranoia cverulentă*- numeroase litigii și conflicte cu cei din jur sau autorități (este determinată psihogen la personalități deviante, precipitată de experiențe nefericite și de impas existențial).

Diagnostic

- Criteriile de diagnostic ICD-10 (F 22)
 - a) Un delir sau un set de deliruri, altele decât cele caracteristice schizofreniei (persecutorii, de grandoare, hipocondriac, de gelozie, erotic) cu o durată de 3 luni.
 - b) Criteriile pentru schizofrenie nu sunt îndeplinite, halucinații nepersistente (pot fi ocazionale halucinații auditive dar nu la persoana a III comentative).
 - c) Sindroamele depresive pot fi intermitente cu condiția că delirul persistă și în timpul când nu e dereglată dispoziția.
 - d) Nu sunt evidente alte tulburări mentale organice primare/secundare sau consum de SPA

- Criteriile de diagnostic **DSM – V (297.1)**

A. Prezența uneia (sau a mai multor) idei delirante cu durata de cel puțin o lună.

B. Criteriul A pentru schizofrenie nu a fost îndeplinit niciodată.

Notă: halucinațiile dacă sunt prezente, nu sunt dominante și au legătură cu tematica delirantă (ex. Senzația de a fi infestat cu insecte asociată cu idei delirante de infestare).

C. În afară de impactul ideii (ideilor) delirante sau al consecințelor ei, funcționarea nu este afectată major, iar comportamentul nu este în mod clar bizar sau neobișnuit.

D. Dacă au avut loc episoade maniacale sau depresive majore, acestea au fost scurte comparativ cu durata perioadelor delirante.

E. Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanțe sau altor afecțiuni medicale și nu poate fi explicată mai bine de altă tulburare mintală cum ar fi tulburarea dismorfică corporală sau tulburarea obsesiv compulsivă.

Tabloul clinic

- Personalitatea este în general păstrată, dar tulburarea calitativă de gândire sub formă de delir preocupă și domină viața pacientului.
- În funcție de tematica delirului sunt descrise mai multe variante clinice:
- **Delirul de persecuție** - este cel mai frecvent, convingerile persecutorii sunt asociate cu iritabilitate, furie și uneori tendințe agresive, ce pot escala până la omucideri. În comparație cu schizofrenia delirul este sistematizat, coerent și non-bizar, funcționalitatea nu este deteriorată.
- **Delirul erotomanic** - a fost numit de Clerambault “psihoza pasională”, o convingere falsă precum că o persoană de rang înalt este îndrăgostită de subiect. Persoanele de obicei descriu obiectul pasiunii sale ca fiind primul care s-a îndrăgostit și a făcut avansuri spre subiect. Pacienții de asemenea expun raționalizări elaborate ale motivului din care ei sunt respinși sau ignorați de obiect. Persoanele ce dezvoltă acest tip de delir deseori au tendința de a fi solitari, retrași, dependenți și sexual inhibați, cu nivel scăzut de funcționare socială și ocupațională.

- **Delirul de grandoare** - convingerea falsă de faptul că subiectul este deosebit, talentat, cu abilități emerite predestinate realizărilor unor reforme speciale în domenii vaste, socio-economice, politice, religioase; consideră că este invidiat și persecutat de mai multe persoane pentru talentele sale unice.
- **Delirul de gelozie** – Pacientul este convins în infidelitatea persoanei iubite. În unele cazuri, nuanțe de infidelitate întradevăr pot fi prezente, însă magnitudinea răspunsului gelos și ale ”evidențelor” acumulate care suportă acuzațiile de infidelitate pot căpăta aspect delirant, mistic, bizar. Gelozia este periculoasă nu doar pentru că trezește furie în subiect dar și îi oferă o ”îndreptățire” ce-i justifică acțiunile agresive.
- **Delirul somatic/hipocondriac** - delirul de obicei este monosimptomatic, fabula fiind de gravitate variată, convingeri de parazitoză, emiterea unui miros neplăcut (bromosis), preocupare exagerată al aspectului corporal până la dismorfofobie.
- **Tulburarea delirantă mixtă** – se constată când sunt depistate mai multe tematici delirante fără predominare clară ale uneia.

Evoluție și prognostic

- Debutează la o vîrstă adultă sau înaintată. Factorii de bun prognostic sunt statutul marital, sexul feminin. Evoluția bolii este una cronică și poate fi rezistentă la tratament din cauza lipsei de aderențe și nu din cauza bolii ca atare.
- Deși diagnosticul în general este unul stabil la o parte din pacienți se dezvoltă schizofrenia. Cu toate că poate apărea la o vîrstă tînră mai frecvent se întîlnește la adulți.
- **Diagnosticul diferențial**
 - a) Tulburări delirante secundare abuzului de substanțe, boli infecțioase, metabolice, demențe – unde nivelul conștiinței este afectat fiind și episoade confuzionale și halucinatorii.
 - b) Schizofrenia - delirurile sunt bizare, sunt prezente tulburări de percepție, incoerența gîndirii, comportament bizar.
 - c) Tulburarea de personalitate paranoidă – lipsește delirul.
 - d) TAB - durata bolii e mai mare, delirul nu este simptomul cel mai important.
 - e) Tulburarea obsesiv-compulsivă - convingerile pacienților nu sunt delirante în cadrul TOC.

Tratament

- Tratamentul farmacologic se bazează pe antipsihotice, în special cele atipice, clozapina și combinații de atipice. Antipsihoticele pot reduce agitația și anxietatea determinate de ideea delirantă dar nu pot contracara nucleul delirant. Sunt recomandate neurolepticele în forma depot pentru a ne asigura complianța pacientului. Antidepresantele ca ISRS, triciclicele.
- Psihoterapia de suport și cognitivă, terapia de grup nu este recomandabilă (pacientul este foarte suspicios și poate interpreta greșit unele situații).



TULBURĂRI PSIHICE ÎN EPILEPSIE





F02.8×2. DEMENȚA ÎN EPILEPSIE

Demența - este deteriorarea tuturor facultăților intelectuale, mnezice emoționale, volitive, pierderea capacității de instruire, pierderea capacității de a înțelege, perturbarea vorbirii, gândirii, pierderea valorilor morale și dezadaptarea socială, tulburare pronunțată a memoriei, cu referință la evenimentele recente și îndepărtate în timp.

- Aceste simptome trebuie să persiste nu mai puțin de 6 luni.
- Este obligator un istoric cert pentru o epilepsie.



F04.2. SINDROM AMNESTIC ORGANIC ÎN LEGĂTURĂ CU EPILEPSIA

- Sindromul se caracterizează prin asocierea tulburărilor de cunoaștere (agnozii) și atenție, memorie, emoții și comportament psihomotor.
- Preponderent este afectată memoria, privind evenimentele recente.
- Sindromul constă în alterarea gravă a memoriei recente și de lungă durată cu prezentarea unei amnezii anterograde.
- Percepția și alte funcții cognitive sunt păstrate, inclusiv intelectul.
- Pe lângă indicii de organicitate depistăm semne de impulsație iritativă, hipersincronă, epileptiformă.
- Sunt prezente simptome cerebrastenice paroxismale.
- Este obligator un istoric cert pentru o epilepsie.



F05.02. DELIRIUM NESUPRAPUS UNEI DEMENȚE ÎN EPILEPSIE

- Este un sindrom cerebral caracterizat prin perturbații de conștiință și atenție, percepție, gândire, memorie, comportament psihomotor și ritm somn-veghe.
- Pot fi prezente iluzii și halucinații vizuale, dezorientarea temporo - spațială cu false cunoașteri, coșmaruri și uneori halucinații după trezire.
- Este imposibil de stabilit prezența certă a unei demențe.
- Frecvent datele traseului EEG semnaleză activitate epileptică și predecesorilor sub forma unei aure patognomice pentru Epilepsie.
- Este obligator un istoric cert pentru o epilepsie.

F05.12. DELIRIUM SUPRAPUS PE DEMENȚĂ ÎN EPILEPSIE

- Persistă deteriorarea tuturor facultăților intelectuale, mnestică emoțională, volitivă, pierderea capacității de instruire, pierderea capacității de a înțelege, perturbarea vorbirii, gândirii, pierderea valorilor morale și dezadaptarea socială.
- Tulburare pronunțată a memoriei, cu referință la evenimentele recente și îndepărtate în timp (din trecutul îndepărtat).
- Aceste simptome trebuie să persiste nu mai puțin de 6 luni.
- Sunt schimbări specifice la traseul EEG și stări paroxismale polimorfe.
- Există semne certe de demență.
- Și scoatem în evidență un istoric cert pentru o epilepsie.



F05.82. ALT DELIRIUM ÎN LEGĂTURĂ CU EPILEPSIA

- Sindrom cerebral organic nespecific etiologic caracterizat prin perturbații simultane de conștiință și atenție, percepție, gândire, memorie, comportament psihomotor.
- Sunt prezente iluziile și halucinațiile vizuale, afectarea evocării trecutului imediat dar cu păstrarea trecutului mai îndepărtat în memorie.
- Traseul EEG semnalează activitatea epileptică.
- Este obligator un istoric cert pentru o epilepsie



F05.92. DELIRIUM NEIDENTIFICAT ÎN LEGĂTURĂ CU EPILEPSIA

- În acest compartiment de delir preponderența o fac semnele de conștiință confuzionată subacută sau delir subacut rudimentar și nestructurat.
- Sunt cazuri, care nu întotdeauna corespund tuturor criteriilor de delir.
- Sunt prezente schimbările caracterologice pentru o epilepsie cu schimbări specifice epileptice pe traseul EEG.
- Este obligator un istoric cert pentru o epilepsie



F06.02. HALUCINOZĂ ÎN LEGĂTURĂ CU EPILEPSIA

- ▶ Criteriile generale ale halucinozei organice sunt halucinații permanente sau tranzitorii.
- ▶ De obicei sunt vizuale mai rar verbale, manifestate pe fundal de cunoștință lucidă.
- ▶ Lipsa unui declin intelectual semnificativ.
- ▶ Absența unei tulburări proeminente a dispoziției.
- ▶ Lipsa ideilor delirante în prim - plan.
- ▶ Importante sunt la fel schimbările caracterologice pentru o epilepsie cu modificări specifice pe traseul EEG demonstrate anterior într-un anamnestic cert pentru o epilepsie




F06.12. STARE CATATONICĂ ÎN LEGĂTURĂ CU EPILEPSIA

- Prezentată prin tulburarea activității psihomotorii, cu diminuarea activității (stupoare) sau activitate sporită (agitație) asociată cu sindroame catatonice.
- Stările catatonice apar în marea sa parte pe fundal de conștiință alterată cu perioade de amnezii a acestor perioade.
- Starea de agitație este fără acte de violență deosebite de cele la catatonie schizofrenă.
- Stările de stupoare sunt neexpresive cu parțialitate de mutism și rigiditate posturală.
- Stările de trecere de la hiperagresivitate la stupoare sunt trecerii mai puțin proeminente.
- Sunt prezente schimbări caracterologice pentru o epilepsie și schimbări specifice pe traseul EEG și un istoric diagnosticat de epilepsie



F06.22. TULBURARE DELIRANTĂ ÎN LEGĂTURĂ CU EPILEPSIA

- O tulburare în care delirurile persistente sau recurente domină tabloul clinic.
- Delirurile pot fi însoțite de halucinații.
- Pot fi prezente unele trăsături sugestive de schizofrenie, cum ar fi halucinațiile bizare sau tulburarea de gândire.
- Starea psihotică se petrece pe fundal de conștiință lucidă.
- La fel sunt patognomonice epilepsiei: sindromul Fredoli, Delir de inter metamorfoză, stările deosebite de extaz, crepusculare și onirice.
- Este important delimitarea pentru epilepsie al *sindromului alternant* - ameliorarea traseului EEG în această perioadă psihotică.
- Sunt patognomonice schimbările caracteriologice pentru o epilepsie acompaniate cu un istoric diagnosticat cert pentru o epilepsie



F06.30. TULBURARE PSIHOTICĂ MANIACALĂ ÎN LEGĂTURĂ CU EPILEPSIA

- ▶ Tulburări caracterizate printr-o schimbare a dispoziției sau afectului.
- ▶ Sunt însoțite de obicei de o schimbare la nivelul întregii activități - manifestări maniacale, asociate și acompaniate de tulburări delirioase onirice cu retrăiri halucinatorii vizuale, mai rar auditive, olfactive, tactile, gustative.
- ▶ Aceste manifestări sunt prezente pe taseul EEG specific cu activitate epileptică și este necesar un istoric diagnosticat de epilepsie



F06.32. TULBURARE DEPRESIVĂ ÎN LEGĂTURĂ CU EPILEPSIA

- ▶ Tulburare caracterizată prin modificări ale dispoziției, de obicei însoțite de o schimbare a nivelului global de activitate cu perioade de indispoziție și scăderea energiei până la stări depresive și sub depresive.
- ▶ Singurul criteriu care permite includerea acestor tulburări îl constituie existența semnelor paroxismale la EEG, schimbările caracteriologice epileptice și a unui istoric cert diagnosticat de epilepsie



F06.72. TULBURARE COGNITIVĂ UȘOARĂ ÎN LEGĂTURĂ CU EPILEPSIA

- Este o tulburare caracterizată prin alterarea memoriei, dificultăți de învățare și capacitate redusă de concentrare asupra unei sarcini pentru perioade mai mult decât scurte.
- Deseori există un sentiment marcat de oboseală mentală atunci când sunt întreprinse sarcini mentale, iar acumularea de noi cunoștințe este în mod subiectiv considerată dificilă chiar dacă obiectiv este un succes.
- Niciunul din aceste simptome nu este atât de sever încât să fie pus un diagnostic de dementă (F00 - F03) fie de delirium (F05).
- Tulburări mnezice nesemnificative.
- Tulburările ale procesului asociativ - verbale și comportamentale sunt strâns legate cu stările ictale epileptice și schimbări epileptiforme pe traseul EEG cu un istoric cert diagnosticat de epilepsie



F06.99. TULBURĂRI PSIHICE NEDIFERENȚIATE ÎN LEGĂTURĂ CU EPILEPSIA

- ▶ Se caracterizează prin modificări de personalitate - tip epileptic, torpiditate, viscozitate a gândirii; bradifrenie, euforie sau disforie.
- ▶ Includ manifestările epileptice înregistrate pe traseul EEG cu un istoric de diagnostic de epilepsie




F07.02. TULBURĂRI DE PERSONALITATE ÎN LEGĂTURĂ CU EPILEPSIA

- ▶ Tulburări caracterizate printr-o alterare semnificativă a tipurilor de comportament obișnuit al subiectului înainte de survenirea bolii, implicând exprimarea emoțiilor, necesităților și impulsurilor, alterarea funcțiilor cognitive și de gândire.
- ▶ Se caracterizează prin modificări de personalitate - tip epileptic, torpiditate, vâscozitate a gândirii, bradifrenie, euforie sau disforie.
- ▶ Include sindromul personalității din epilepsia limbică și manifestările epileptice înregistrate pe traseul EEG cu un istoric de diagnostic de epilepsie



F07.92. TULBURĂRI MENTALE NEDIFERENȚIATE DE PERSONALITATE ȘI COMPORTAMENT ÎN LEGĂTURĂ CU EPILEPSIA

- ▶ Include psihosindromul organic cerebral în cadrul epilepsiei.
- ▶ Includem și manifestările epileptice înregistrate pe traseul EEG cu un istoric de diagnostic de epilepsie



F7X1. DEFICIENȚA SEMNIFICATIVĂ A COMPORTAMENTULUI ȘI A ABILITĂȚILOR INTELECTUALE NECESITÂND ATENȚIE SAU TRATAMENT CAUZATĂ DE EPILEPSIE

- O afecțiune de dezvoltare întreruptă sau incompletă a intelectului, care este caracterizată în special prin deficiența unor abilități manifestate în perioada de dezvoltare, abilități care contribuie la întregul nivel al inteligenței, adică abilități cognitive, de limbaj, motrice și sociale.
- Retardarea se poate produce cu sau fără vre-o altă afecțiune mentală sau fizică.
- Gradele de retardare mentală sunt estimate în mod convențional prin teste de inteligență standardizate.



TULBURĂRI COMPORTAMENTALE PREZENTE LA PACIENȚII CU EPILEPSIE

Caracteriale:

- egocentrism
- sâcâială
- miticulozitate
- adezivitate
- pedanterie comică și dragoste scripuloasă de ordine în casă, în executarea indicațiilor
- înregistrarea acceselor și exces de detalii în descrierea acuzelor sale
- punctualitate



TULBURĂRI COMPORTAMENTALE PREZENTE LA PACIENȚII CU EPILEPSIE (2)

- ranchinozitate
- infantilism
- brutalitate
- atașament excesiv față de oameni, situații, obiecte, animale
- dorință extremă pentru dragoste de adevăr
- idei și expuneri de supravaloare față de rude, prieteni, despre care pacienții vorbesc cu accent pe calitățile lor pozitive
- tendință de a predica banal și edificator
- otimismo epileptic



TULBURĂRI COMPORTAMENTALE PREZENTE LA PACIENȚII CU EPILEPSIE (3)

Tulburări de gândire:

- vâscozitate
- bradifrenie
- lentoare ideio - mororie
- circumstanțialitate
- detalieri exagerată
- Gândire cu perseverații



TULBURĂRI COMPORTAMENTALE PREZENTE LA PACIENȚII CU EPILEPSIE (4)

Tulburări emoționale constante:

- viscozitate afectivă
- irascibilitate și conflictualitate
- impulsivitate și explozivitate
- irascibilitate și violență
- pletoare și inertitate afectivă
- distimii cu anxietate agitată
- defensivitate



TULBURĂRI COMPORTAMENTALE PREZENTE LA PACIENȚII CU EPILEPSIE (5)

Tulburări afective și de temperament

- ▶ depresie
- ▶ anxietate
- ▶ obsesii
- ▶ instinct sporit de autoconservare
- ▶ activare instinctuală prevalentă
- ▶ diminuarea timpului proceselor psihice
- ▶ dispoziție diminuată (morocănoșie)

Tulburarea afectivă bipolară.

Ciclotimia. Tulburarea depresivă recurentă.
Distimia. Aspecte psihologice ale suicidelor.

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF “Nicolae Testemitanu”

Conferențiar Universitar, Doctor în Științe Medicale

Dr. Valentin Oprea



Tulburarea afectivă bipolară

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

Episodul maniactal – 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].

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 medicinii 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.

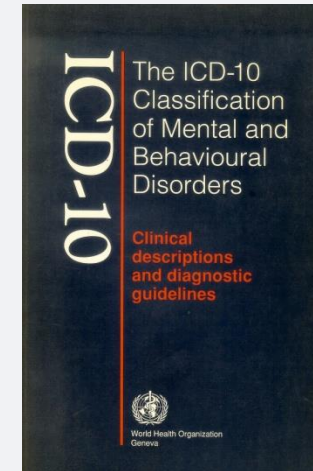
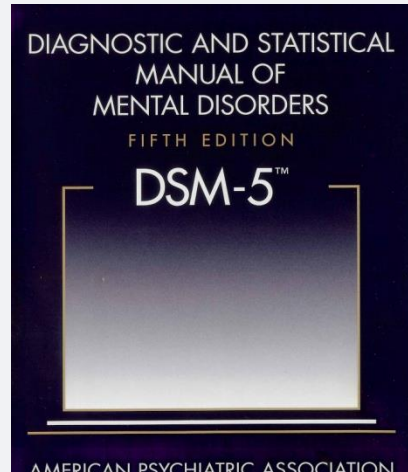
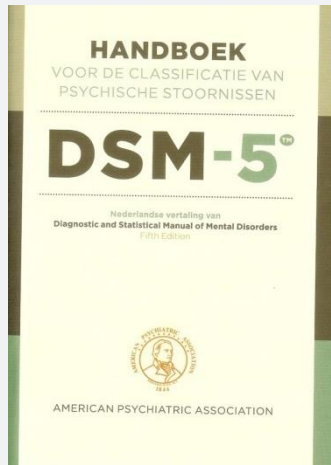
Epidemiologie

- ❖ 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

- ❖ 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].

DSM-5 versus ICD-10



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

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

Tulburare bipolară II (296.89)

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

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

Tulburare bipolară afectivă nespecificată (F31.9)
Ciclotimie (F34.0)

Tulburare ciclotimică (301.13)

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 simptome 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

Pierderea vitalității

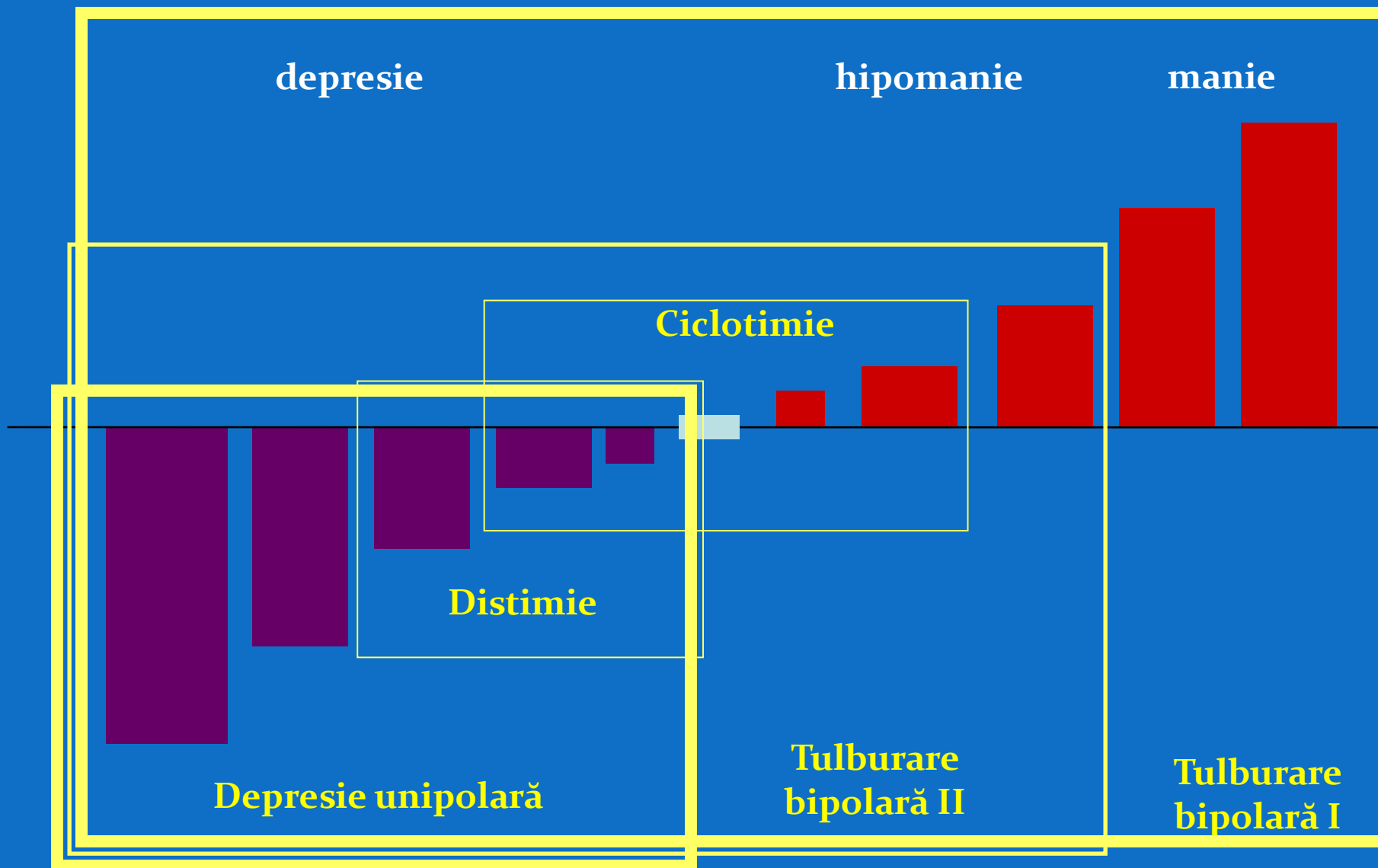
Depresie

- 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 maniacal

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

Pierderea vitalității

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.

Ciclotimia - sau tulburarea ciclotimică

- Este o tulburare relativ ușoară a dispoziției. În tulburarea ciclotimică, dispoziția se schimbă în perioade scurte de la depresie ușoară la hipomanie. Schimbările de dispoziție scăzute și înalte nu ating niciodată gravitatea sau durata episoadelor majore depresive sau a maniei complete. Persoanele cu tulburare ciclotimică au simptome mai ușoare decât cele apărute în tulburarea bipolară.
- **Epidemiologie:**

De la 0,4% la 1% din populație suferă de ciclotimie. Bărbații și femeile sunt afectați în mod egal. Simptomele debutează de obicei în adolescență sau la vârsta adultă. Persoanele cu tulburare ciclotimică sunt, de asemenea, mai predispuse la abuz de droguri și alcool. Până la 50% dintre persoanele cu ciclotimie pot avea, de asemenea, o problemă cu abuzul de substanțe psihoactive.

Criteriile diagnostice pentru ciclotimie includ instabilitatea persistentă, cronică a dispoziției cu numeroase perioade de depresie ușoară și veselie ușoară, nici una dintre acestea nu a fost suficient de pronunțată sau prelungită pentru a îndeplini criteriile pentru un episod maniacal sau depresiv. Schimbările dispoziției sunt de obicei percepute de o persoană ca nefiind legate de evenimentele de viață, "nerezonabile". Uneori dispoziția poate fi normală și stabilă timp de mai multe luni, alții în loc de schimbări de dispoziție distincte există schimbări ciclice ale activității, sociabilității sau apetitului. La unii pacienți se dezvoltă ulterior o tulburare bipolară tipică, la alții - o tulburare depresivă recurentă.

● Curs și evoluție

- În ciclotimie dispoziția fluctuează de la depresie ușoară la hipomanie și invers. Hipomania sau depresia poate dura zile sau săptămâni. Între aceste stări persoana poate avea stări eutimice mai mult de o lună - sau ciclul poate continua de la hipomanie la depresie fără o perioadă normală între ele.
- În comparație cu alte tulburările ale dispoziției simptomele de stare ale ciclotimiei sunt ușoare. Simptomele depresive la tulburarea ciclotimică nu ating niciodată criteriile pentru depresia majoră iar simptomatologia euforică nu atinge niciodată definiția pentru manie. Persoanele cu ciclotimie sunt mai susceptibile de a avea rude cu tulburare bipolară și invers. Ciclotimia frecvent rămâne nediagnosticată și netratată. Simptomele hipomaniacale la cele mai multe persoane sunt destul de ușoare încât nu caută un tratament.
- Simptomele depresive ale afecțiunii ciclotimice sunt în mod obișnuit mai frecvente, neplăcute și dezactivatoare decât simptomele hipomanice.

• DISTIMIA SAU TULBURAREA DISTIMICĂ

- **Distimia** este o forma ușoară dar mai prelungită a depresiei unipolare. Aceasta este o tulburare cronică caracterizată prin starea de dispoziție scăzută (sau iritabilitate la copii) pe o perioadă lungă de timp (câțiva ani). În perioadele de stare depresivă pacienții se simt obosiți. Totul devine dificil și nimic nu este distractiv. Sunt predispuși la gânduri întunecate și se simt incomfortabil. Este posibilă scădere sau creștere a poftei de mâncare, insomnie sau hipersomnie, energie scăzută și oboseala, sentimente de inadecvare, tulburări de concentrare, indecizie, lipsa de speranță. În general, simptomele, durata și gravitatea stării nu corespunde descrierii de tulburare depresivă recurentă (deși în trecut, ar putea fi unele episoade care îndeplinesc criteriile pentru episod depresiv ușor, mai ales la începutul tulburării). Există perioade (zile sau săptămâni) pe care pacienții în sine le consideră la fel de bune. Dezadaptarea socială este nesemnificativă sau moderată și, în general, pacienții se confruntă cu cerințele de bază ale vieții de zi cu zi.

- Distimia predispune la abuzul de droguri psihotrope și alcool, posibil în legătură cu încercările de a scăpa de o stare neplăcută. Intențiile suicidare și simptomele psihotice pot fi observate atunci când apare un episod depresiv pe fondul distimiei („depresie dublă”). Distimia și depresia sunt adesea combinate. Uneori există o distimie somatizată (plângeri la slăbiciuni generale, disomnii, dificultăți de respirație). Afecțiunile afective (starea depresivă, stima de sine scăzută, pesimismul) sunt în acest caz strâns legate de tulburările somatoforme. În același timp, depresia și tristețea dobândesc o tentă fizică (senzație de arsură în piept sau laringe). Este posibilă dezvoltarea de hipocondrie nevrotică. Distimia de obicei începe de la o vârstă fragedă, aproape de două ori mai frecventă la femei.
- Apariția distimiei la vârsta adultă este, cel mai adesea, o consecință a unui episod depresiv și a unei psihotraume.

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.

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 antidepressiv 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 antidepresive. 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 prietenii 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 relatările 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 comorbidității 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 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

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

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.

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.

• Tulburare depresivă recurentă

Este caracterizată prin episoade repetate de depresie (episod depresiv ușor, moderat sau sever) fără nici o istorie de episoade independente de elevație a dispoziției sau hiperactivitate care să întrunească criteriile pentru manie. Vârsta la debut și severitatea, durata și frecvența episoadelor de depresie sunt foarte variate. În general, primul episod apare mai târziu decât în tulburarea bipolară, cu o vârstă medie a debutului în decada a 5-a. Episoadele circumscrise durează între 3 și 12 luni (durata aproximativă 6 luni), recăderea este mai puțin frecventă și necaracteristică. Vindecarea este de obicei completă. Episoadele manifestate de orice grad de severitate sunt adesea precipitate de evenimente stresante de viață și în multe culturi atât episoadele unice cât și depresia persistentă sunt de 2 ori mai frecvente la femei decât la bărbați.

• Tulburare depresivă recurentă

Riscul ca un pacient cu tulburare depresivă recurentă să aibă în viitor un episod de manie nu dispare niciodată complet, oricât de multe episoade depresive au existat. Dacă ele apar, diagnosticul se va schimba în cel de tulburare afectivă bipolară.

Obiectivele tratamentului:

- a. scopul tratamentului în faza acută a depresiei este de a obține remiterea simptomelor
- b. reducerea recidivelor, recăderilor și recurențelor depresiei
- c. reîntoarcerea la nivelul precedent al funcțiilor ocupaționale și psihosociale.

• Tulburare depresivă recurentă

Tratamentul non-farmacologic al depresiei:

Prin „psihoterapie” definim intervențiile psihologice mai intensive așa ca terapia cognitiv-comportamentală, terapia interpersonală sau terapia comportamentală în cuplu. Toate intervențiile pentru depresie trebuie să fie prestate de către practicieni competenți (psihoterapeuți, psihiatri sau psihologi) de obicei în instituții specializate de sănătate mintală.

Medicii generaliști și de alte specialități trebuie să dispună de posibilitatea de a face referire către specialistul în psihoterapie.

Tratamentul farmacologic:

Inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (în cazul responsivității terapeutice, menținerea tratamentului cu antidepressivul ales în care a asigurat efectul, pe o perioadă de minimum 6-9 luni). La pacienții la care se estimează un risc potențial de viraj hipomaniacal se vor asocia remedii timostabilizatoare.

• Urgențe în psihiatrie. Managementul comportamentului suicidar.

Comportamentul uman autodistructiv neașteptat se caracterizează prin faptul că apare ca un act calculat pentru a fi fatal, după o decizie luată dintr-o dată, care nu este comunicată ori exteriorizată.

Factorii de risc suicidal:

- ✓ insomnia rezistentă la tratament de lungă durată, mai ales cea matinală.
- ✓ idei de culpabilitate, inferioritate, autodeprecieri.
- ✓ halucinații imperative
- ✓ evitarea comunicării simptomelor proprii
- ✓ preocupări hipocondriace severe
- ✓ comiterea tentativelor suicidale, anterior.
- ✓ prezența unui plan concret de comitere a suicidului.

• Urgențe în psihiatrie. Managementul comportamentului suicidar.

Particularități ale situației de „criză suicidară”:

- ✓ Persoana aflată în risc de suicid are nevoie să comunice cu ceilalți în etapa presuicidară,
- ✓ Persoana aflată în risc de suicid este ambivalentă și deci, accesibilă abordării psihoterapeutice,
- ✓ Suicidul survine în situații dificile, adeseori anomice și intervențiile în „criză” sunt absolut necesare.
- ✓ Persoanei aflate în risc de suicid i se va acorda întotdeauna o atitudine adecvată de securizare și înțelegere.

În cazul comiterii unei tentative suicidale se recomandă spitalizarea într-un serviciu de supraveghere clinică continuă, chiar fără liberul consimțământ al persoanei în baza art. 28 din legea Republicii Moldova „Privind asistența psihiatrică” Nr. 1402-XIII din 16 decembrie 1997.



MULȚUMESC PENTRU
ATENȚIE

Tulburări nevrotice, de stress și somatoforme.

**Alina Bologan - asistent universitar,
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală**

Ce este ANXIETATEA?

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

Anxietatea se caracterizează printr-o senzație difuză, neplăcută, vagă, de teamă sau neliniște, însoțită de simptome vegetative:

- cefalee
- transpirație
- palpitații, tahicardie
- disconfort gastric, etc.

2 componente: fiziologică și psihologică

- Poate fi benefică
- Poate fi anormală



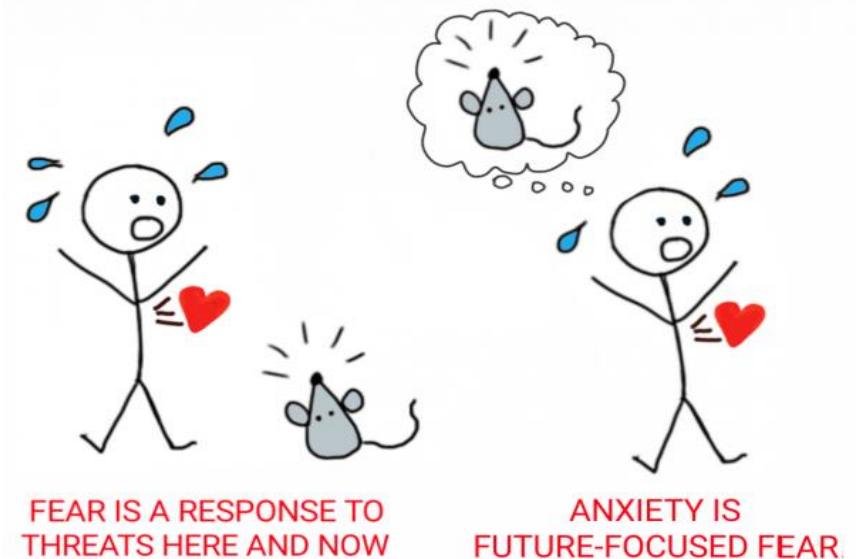
Anxietatea

Nu este doar o stare mintală, ci o trăim în întreg corpul nostru, implicând:

- *Sentimente subiective*
- *Răspunsuri fiziologice*
- *Răspunsuri comportamentale*

Anxietatea vs Frică vs Fobie

- **Anxietatea** – simțământ de „teamă fără obiect”
- **Frica** – simțământ de „teamă cu obiect”
- **Fobie** – „teama irațională cu obiect”



Tulburări de anxietate - Epidemiologie

- Sunt problemele de sănătate mintală cel mai frecvent întâlnite la nivel global.
- Prevalența tulburărilor de anxietate este relativ înaltă-aproximativ **18%**, iar 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 \approx **31%**.
- 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%)**

Tulburări de anxietate - Etiopatogenia

- 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:

- *factori de mediu*
- *personali*
- *interpersonali*
- *neurobiologici*

Tulburări de anxietate - Etiopatogenia

- Tulburările anxioase au în comun unele tulburări ale neurotransmisiei **serotonergice** și **noradrenergice**, ale funcției axului endocrin hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenal și, celui hipotalamo-hipofizo-tiroidian.
- **Căile serotonergice** implică amigdala, nucleul accumbens și cortexul frontal.
- **Sistemul noradrenergic** și cel **dopaminergic** sensibilizează activarea autonomă și vigilența ca răspuns la o amenințare.
- Răspunsul organismului la lactat, CO₂ și alte substanțe anxiogene.

Factori de risc în dezvoltarea Anxietății

1. Personali

- context genetic
- personalitate
- sănătate

2. Factori de risc de mediu

- relații sociale tensionate în diferite medii
- suport social redus
- sărăcie, șomaj, discriminare, încălcarea drepturilor omului
- partener de viață bolnav

3. Evenimente de viață

- tinerețe traumatizantă
- traume psihologice în viața adultă
- divorțul
- migrația

Tulburări de anxietate

- Evoluția tulburărilor de anxietate este **cronică**
 - ✓ *risc crescut pentru boli somatice*
 - ✓ *comorbiditate ridicată cu alte probleme de sănătate mintală*
 - ✓ *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;

Simptomele anxietății

1. Somatice
2. Cognitive
3. Emoționale
4. Comportamentale



Simptome somatice

Respiratorii

- senzație de “lipsă de aer/sufocare”
- senzație de constricție toracică
- tahipnee
- senzație de “nod în gât”

Simptome cardiovasculare

- tahicardie
- palpitații
- durere precordială
- sincopă

Neurologice

- cefalee, vertij
- Paretezii, hiperestezie
- Iluzii vizuale
- Încețoșare a vederii

Musculare

- Tremur
- Contracturi musculare
- Hipotonie musculară
- Tresăriri musculare
- Dureri lombare

Vegetative

- Uscăciune a gurii
- Paloare a feței
- Hiperemie la nivelul tegumentelor feței și gâtului
- Transpirații
- Bufeuri de căldură

Gastrointestinale

- Accelerări ale tranzitului intestinal
- Colici
- Greață, vomă
- Dureri abdominale

Simptome Cognitive

- îngrijorări
- gânduri de autodeprecieri, autoblamare
- lipsa încrederii în capacitățile proprii
- interpretarea situațiilor obișnuite ca fiind amenințătoare
- scăderea atenției
- scade puterea de concentrare
- scade memoria
- hipervigilență



Simptome emoționale

- teamă de incertitudine
- lipsa interesului de a încerca lucruri noi
- neliniște
- iritabilitate
- tensiune lăuntrică



Simptome comportamentale

1. Comportamente de evitare (ex: anxietatea socială, fobia specifică)
2. De asigurare (ex: anxietatea generalizată)
3. De verificare (ex: tulburarea obsesiv-compulsivă)



De ce reacționăm așa?

- In situatiile tensionate, în care te simți amenințat la nivel de subconștient, glandele suprarenale elibereaza **adrenalina și cortizol** – hormonul stresului.
- Acesti hormoni accelereaza bataile inimii, respiratia si totodata cresc nivelul glucozei în sange.
- In asemenea momente, apare senzatia de neliniște acută, tensiunea arterială crește iar anxietatea se instalează.

Semnale ale unei posibile anxietăți

- Solicitare de tranchilizante și somnifere;
- Vizite frecvente la medic cu diverse simptome somatice incoerente
- Simptome de stres persistente și non-specific
- Simptome de genul hiperventilării;
- Simptome somatice persistente
- Absenteism de la serviciu;
- Abuz de alcool și droguri;
- Simptome depresive;
- Eveniment traumatizant de viață;
- Schimbări în funcționare;
- Membri de familie, care suferă de o tulburare de anxietate.



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 și DSM-V

Clasificarea tulburărilor anxioase

DSM-V	CIM-10 CAPITOLUL V (F)
Tulburare de panică cu/fără agorafobie 300.01	Tulburare de panică (anxietate episodică paroxistică) F41.0 Agorafobie cu tulburare de panică F40.01
Agorafobie 300.22	Agorafobie F40.00
Fobie specifică (fobia simplă) 300.29	Fobie specifică (izolată) F40.2
Fobie socială 300.23	Fobie socială F40.1
Tulburare obsesiv-compulsivă (TOC) 300.3	Tulburarea obsesiv-compulsivă F 42
Tulburare de stres posttraumatic(TSPT) 309.81	Tulburare de stres posttraumatic F 43.1
Tulburare acută de stres 308.3	Reacție acută la stres mixtă, anxioasă și depresivă F43.22
Tulburare de anxietate generalizată (TAG) 300.02	Tulburarea de anxietate generalizată F41.1
Tulburare anxioasă datorată unei condiții medicale generale 293.84	Tulburare anxioasă organică F06.4
Tulburări anxioase neclasificate în altă parte 300.09	1. Tulburare anxioasă și depresivă mixtă F41.2 2. Alte tulburări anxioase mixte F41.3 3. Alte tulburări anxioase precizate F41.8 4. Tulburare anxioasă, fără precizare F41.9
Hipocondria 300.7	Tulburarea hipocondriacă F 45.2
Tulburarea dismorfică corporală 300.7	Tulburarea dismorfică corporală F 45.2

ICD-11 vs. ICD-10

- **În ICD-10** existau două capitole care cuprindeau tulburările de anxietate:

F40: Tulburări anxios-fobice

F41: Alte tulburări anxioase

- **În ICD-11**, cele două capitole au fost comasate într-unul singur, denumit „Anxietatea și tulburările asociate cu frica”.

- lipsa ca diagnostic a „**Tulburării mixte depresiv anxioase**” – F41.2

- introducerea în acest capitol a „**Tulburării anxioase de separare**” și a „**Mutismul selectiv**”, care aparțineau în ICD-10 capitolelor dedicate copiilor (F94)

- „**Tulburarea de referință olfactivă**” este o altă afecțiune nouă, simptomul principal fiind credința că persoana în cauză emite un miros corporal urât.

- „**Tulburarea de acumulare/tezaurizare**” – (6B24) este un diagnostic nou

ICD-11 vs. ICD-10

- În ICD-11 subcapitolul „**Tulburări asociate cu stresul**” cuprinde două afecțiuni distincte:
 - „Tulburarea de stres posttraumatică” (PTSD)
 - „Tulburarea complexă de stres posttraumatică” (complex PTSD).
 - Un alt element nou este absența ca diagnostic a „**Reacției acute la stres**”.
- „**Doliul prelungit**” (6B42) este un diagnostic nou introdus în subcapitolul Tulburări asociate cu stresul

Patologii psihice și somatice care pot determina apariția anxietății

Tulburări mintale:

- Depresie
- Schizofrenia
- Tulburarea schizoafectivă
- TAB
- Tulburarea de adaptare

Boli somatice:

- Cardiopatia ischemică
- IMC
- Tahicardia paroxistică
- Embolia pulmonară
- Astm bronșic
- Hipoglicemia
- Hipertiroidismul
- Hipocalcemia – crize de spasmofilie
- Insulinomul
- Tumori carcinoide
- Feocromocitomul
- Scleroză multiplă
- Epilepsia temporală

F 40.0 Agorafobia

Toate criteriile enumerate mai jos trebuie întrunite pentru un diagnostic cert:

- *Simptomele, psihologice sau vegetative, trebuie să fie manifestări primare ale anxietății, și nu secundare altor simptome ca deliruri sau gânduri obsesive;*
- *Anxietatea trebuie să fie limitată la (sau apare mai ales în...) cel puțin două din următoarele situații: mulțimi, locuri publice, plimbare în afara casei și călătoria solitară;*
- *Evitarea situației fobice trebuie să fie, sau a fost, o trăsătură proeminentă.*

F40.1 Fobia socială (Tulburare de anxietate socială)

- Frică irațională de situații publice;
- Cea mai frecventă dintre tulburările anxioase
- Prevalența pe parcursul vieții **10-16%**;
- 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.



Criteria de diagnostic

- A. Frică sau anxietate marcată privind una sau mai multe situații sociale în care individul ar putea fi expus evaluării de către ceilalți.
- B. Individul se teme că ar putea acționa într-un mod sau ar putea fi evidente simptomele anxioase iar acestea vor fi apreciate negativ
- C. Situațiile sociale provoacă aproape întotdeauna frică sau anxietate.
- D. Situațiile sociale sunt evitate sau suportate cu frică sau anxietate intensă.
- E. Frica sau anxietatea sunt disproporționate față de pericolul reprezentat de situația socială și față de contextul socio-cultural.
- F. Frica, anxietatea sau evitarea este persistentă, și durează de regulă *cel puțin 6 luni*.
- G. Frica, anxietatea sau evitarea cauzează disconfort sau deficit semnificativ clinic în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare.
- H. Frica, anxietatea sau evitarea nu pot fi atribuite efectelor fiziologice ale unei substanțe (drog, medicament) sau unei afecțiuni medicale.
- I. Frica, anxietatea sau evitarea nu este mai bine explicată de simptomele altei tulburări mintale, cum ar fi tulburarea de panică, tulburarea dismorfică corporală sau tulburări din spectru autist.
- J. Dacă este prezentă o altă condiție medicală (boala Parkinson, obezitate) frica, anxietatea sau evitarea trebuie să fie evident lipsite de legătură cu o afecțiune sau să fie excesive.

F40.2 Fobia specifică

- Teama intensă anormală, marcată, persistentă declanșată de prezența sau anticiparea unui obiect, fenomen sau a unei situații specifice (de ex., înălțimi).
- Sunt conștienți că teama lor este irațională
- Prevalența de **11,25%**
- 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 de 2 ori mai frecvente la femei.
- Dintre fobiile specifice cele mai frecvente sunt fobiile de animale



Criteria de diagnostic

- A. Frică sau anxietate marcată privind un obiect sau o situație particulară
- B. Obiectul sau situația fobică provoacă aproape întotdeauna frică sau anxietate imediată.
- C. Obiectul sau situația fobică este evitată conștient sau suportată cu frică sau anxietate intensă.
- D. Frica sau anxietatea este disproporționată față de pericolul real pe care îl implică obiectul sau situația respectivă și față de contextul socio-cultural.
- E. Frica, anxietatea sau comportamentul de evitare este persistent, având de obicei o durată de *cel puțin 6 luni*.
- F. Frica, anxietatea sau comportamentul evitant cauzează disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile arii importante de funcționare.
- G. Perturbarea nu corespunde mai bine simptomelor altei tulburări mintale cum ar fi: obiecte sau situații legate de obsesii (ca în tulburarea obsesiv-compulsivă), sau frica de situații sociale (ca în tulburarea anxioasă socială) etc.

Fobie specifică

1. Frica de oglinzi sau de a te vedea în oglindă (**Eisoptrophobia**);
2. Frica de păpuși (**Pediophobia**);
3. Frica de iubire (**Philophobia**);
4. Frica de clovni (**Coulrophobia**);
5. Frica de a fi îngropat de viu (**Taphophobia**);
6. Frica de nuditate (**Gymnophobia**);
7. Frica de femei frumoase (**Venustraphobia**);
8. Frica de a scrie de mână (**Graphophobia**);
9. Frica de somn (**Somniphobia**);
10. Frica de bani (**Chrometophobia**);
11. **Penterafobia** - Frica de soacră;
12. **Scriptofobia** - Frica de a scrie în public;
13. **Omfalofobia** - Frica de buric;
14. **Tetrafobia** - Frica de numărul 4;
15. **Hilofobia** - Frica de păduri și copaci;
16. **Antrofobia** - Frica de flori;
17. **Turofobia** - Frica de brânză;
18. **Myrmecofobia** - Frica de furnici;
19. **Xantofobia** - Frica de culoarea galben;
20. **Efebofobia** - Frica de tinerețe;
21. **Anemofobia** - Frica de vânt;
22. **Nomofobia** - Frica de a nu avea acces la telefonul mobil

Fobie specifică

- 23. **Triskaidekafobia** - Frica de numarul 13;
- 24. **Paraskavedekatriafobia** - Frica de ziua de vineri 13;
- 25. **Arachibutyrophobia** - Frica de a-ți rămâne unt de arahide lipit pe cerul gurii;
- 26. **Emetofobia** - Frica de a vomita;
- 27. **Ergofobia** - Frica de a munci;
- 28. **Chrometofobia** - Frica de bani;
- 29. **Genufobia** - Frica de genunchi;
- 30. **Lipofobia** - Frica de grăsimile din alimente;
- 31. **Hipopotomonstrosecvipedaliofobia** - Frica de cuvinte lungi;
- 32. **Pogonofobia** - Frica de oameni cu barbă;
- 33. **Tripofobia** - Frica de găuri;
- 34. **Geniofobia** - Frica de bărbie;
- 35. **Ombrofobia** - Frica de ploaie;
- 36. **Globofobie** - Frica de baloane care se sparg;
- 37. **Barofobia** - Frica de graviditate;
- 38. **Genofobia** - Frica de sex;
- 39. **Plutofobia** - Frica de a avea bogății;
- 40. **Dextrofobia** - Frica de a avea obiecte situate în partea dreapta a corpului;

F41.0 Tulburare de panică (TP)

- cea mai frecvent întâlnită în grupul de vârstă 25 - 44 ani
- prevalența **5%** pe toată durata vieții
- există posibilitatea unei predispoziții genetice
- atacuri neprevăzute
- spontane/paroxistice
- simptome somato-vegetative, precum și îngrijorare cu privire la noi atacuri și consecințele acestora.



Simptome caracteristice atacului de panică

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.

- 1. Palpitații;*
- 2. Transpirații;*
- 3. Tremor al întregului corp;*
- 4. Senzație de lipsă de aer sau sufocare;*
- 5. Durere sau discomfort toracic;*
- 6. Greață sau discomfort abdominal;*
- 7. Senzație de amețeală, de instabilitate;*
- 8. Senzație de irealitate sau de detașare de propriul „eu”;*
- 9. Frică de moarte; frica de a nu înnebuni*
- 10. Parestezii și bufee de frig sau căldură.*

Atunci când acesta durează mai mult de 1 oră se caută o altă cauză!!!

criterii de diagnostic

Pentru un diagnostic cert, trebuie să aibă loc mai multe atacuri severe într-o perioadă de aproximativ **o lună** de zile:

- circumstanțe în care nu există pericol obiectiv;
- atacurile să nu poată fi datorate unor situații cunoscute sau previzibile;
- între atacuri trebuie să existe intervale libere de simptome anxioase

F41.1 Tulburare de anxietate generalizată (TAG)

- Sentimente nervoase recurente, îngrijorări excesive legate de circumstanțe, evenimente sau conflicte reale, asociate cu simptome de oboseală, probleme de concentrare și/sau probleme cu somnul.
- Prevalența de 6% în timpul vieții

Criteria de diagnostic

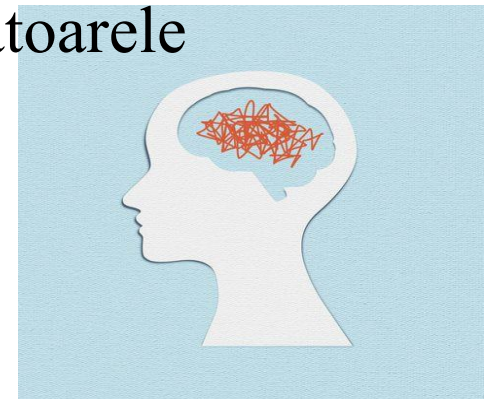
(A). Anxietatea de îngrijorare excesivă, prezente majoritatea zilelor, timp de cel puțin **6 luni**

(B). Individului îi este dificil să-și controleze îngrijorarea.

(C) Anxietatea și îngrijorarea se asociază cu trei (sau mai multe) din următoarele șase simptome:

1. *Neliniște sau senzație de nerăbdare sau de a fi la limită.*
2. *Obosește ușor.*
3. *Dificultăți de concentrare sau senzație de “golire” a minții.*
4. *Iritabilitate.*
5. *Tensiune musculară.*
6. *Perturbări ale somnului (dificultăți de adormire sau de a menține somnul, sau neliniște, somn nesatisfăcător).*

Notă: La copii este necesar doar un simptom.



Tulburare de anxietate generalizată (TAG)

Criteria de diagnostic

(D). Anxietatea, îngrijorarea sau simptomele somatice cauzează disconfort semnificativ clinic sau deficit în arii importante de funcționare.

(E). Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanțe sau unei afecțiuni medicale (hipertiroidism).

(F). Perturbarea nu este mai bine explicată de altă tulburare mintală (*de ex.*, anxietatea sau îngrijorarea privind declanșarea unor atacuri de panică în tulburarea de panică, contaminarea sau alte obsesii în tulburarea obsesiv-compulsivă, amintirea evenimentelor traumatizante în tulburarea de stres posttraumatic sau conținutul ideilor delirante în schizofrenie sau tulburarea delirantă).

F 42 Tulburare obsesiv- compulsivă (TOC)

Idei, imagini, ruminatii, impulsuri, gânduri (obsesii) recurente intruzive sau patternuri repetitive de comportament sau acțiuni (compulsii, ritualuri) ce sunt străine egoului și produc anxietate.

- Ele domină conștiința subiectului;
- Afectează extrem de neplăcut viața de zi cu zi;
- Recunosc că sunt inutile, dar nu sunt capabili să le controleze;
- Nu există diferențe privind repartiția pe sexe, spre deosebire de alte tulburări anxioase, care sunt mai frecvente la femei.
- Debutul în copilărie, adolescență, sau la începutul perioadei adulte, dar cel mai des în adolescență;
- Prevalența la nivel mondial 2-3%.



Criteria de diagnostic

- A. Prezența obsesiilor, compulsiilor sau ambelor
- B. Obsesiile sau compulsiile sunt consumatoare de timp sau cauzează un disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.
- C. Simptomele obsesiv-compulsive nu pot fi atribuite efectelor psihologice ale unei substanțe (drog, medicament) sau unei afecțiuni medicale.
- D. Perturbarea nu poate fi explicată mai bine prin simptomele unei alte tulburări mintale (griji excesive, ca în *tulburarea anxioasă generalizată*; dificultatea de a se debarasa ori despărți de bunurile personale, ca în *tulburarea tezurizare compulsivă*; impulsuri sau fantezii sexuale, ca în *tulburările parafilice*; inserția gândurilor sau preocupări delirante, ca în *tulburările din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice*; sau modele repetitive de comportament, ca în *tulburările din spectrul autismului*).

F43.0 Reacția acută la stres

- Este o tulburare tranzitorie, de severitate semnificativă, ce se dezvoltă la un individ fără nici o altă tulburare mintală aparentă, ca răspuns la un stres fizic și/sau mental excepțional
- Stresul psiho-social poate precipita debutul

Criteria de diagnostic

- Trebuie să existe o legătură temporală, imediată și clară între impactul cu un stressor emoțional și debutul simptomelor, acestea apar de obicei în câteva minute, dacă nu imediat
- Manifestă un tablou mixt, de obicei schimbător, pe lângă starea inițială de perplexitate se poate observa depresie, anxietate, mînie, disperare hiperactivitate și retragere, dar nici un simptom nu predomină timp îndelungat.

Criteria de diagnostic

- Se remit rapid în acele cazuri în care e posibilă îndepărtarea de ambianța stressantă, în cazuri în care stressul continuă sau nu poate fi înlăturat simptomele prin natura lor încep să se diminueze după 24-48 ore și de obicei sunt minime după de 3 zile
- Se exclud exacerbările bruște ale simptomelor la indivizi ce manifestă deja simptome de întrunesc criteriile pentru orice altă tulburare psihică, exceptând pe cei cu tulburări de personalitate

F43.1 Tulburare de stres post-traumatic (PSPT)

Tulburare produsă de un eveniment sau situație stresantă extraordinară sau de natură extrem de amenințătoare, caracterizată prin simptome de anxietate, retrăire, flashback-uri și/sau coșmaruri și, comportament de evitare a amintirilor.

- Debut între 25-30 ani;
- Prevalența pe parcursul vieții este de 6-9%.



Criteria de diagnostic

A. Persoana a fost expusă unui eveniment traumatic în care ambele dintre cele care urmează sunt prezente:

- (1) persoana a experimentat, a fost martoră ori a fost confruntată cu un eveniment sau evenimente care au implicat moartea efectivă, amenințarea cu moartea ori o vătămare serioasă sau o periclitate a integrității corporale proprii ori a altora;
- (2) răspunsul persoanei a implicat o frică intensă, neputință sau oroare.

B. Evenimentul traumatic este reexperimentat persistent într-unul (sau mai multe) din următoarele moduri:

- (1) amintiri recurente și intruzive ale evenimentului
- (2) vise recurente ale evenimentului
- (3) acțiuni și simțire, ca și cum evenimentul traumatic ar fi fost recurent
- (4) detresă psihologică intensă la expunerea la stimuli interni sau externi care simbolizează sau seamănă cu un aspect al evenimentului traumatic;
- (5) reactivitate fiziologică când este expus la stimuli interni sau externi care simbolizează sau seamănă cu un aspect al evenimentului traumatic.

Criterii de diagnostic

C. Evitarea persistentă a stimulilor asociați cu trauma și paralizia reactivității generale (care nu era prezentă înaintea traumei), după cum este indicat de trei (sau mai multe) dintre următoarele:

- (1) eforturi de a evita gândurile, sentimentele sau conversațiile asociate cu trauma;
- (2) eforturi de a evita activități, locuri sau persoane care deșteaptă amintiri ale traumei;
- (3) incapacitatea de a evoca un aspect important al traumei;
- (4) diminuare marcată a interesului sau participării la activități semnificative;
- (5) sentiment de detașare sau de înstrăinare de alții;
- (6) gamă restrânsă a afectului (de ex., este incapabil să aibă sentimente de amor);
- (7) sentimentul de viitor “îngustat” (de ex., nu speră să-și facă o carieră, să se căsătorească, să aibă copii ori o durată de viață normală).

Criterii de diagnostic

D. Simptome persistente de excitație crescută (care nu erau prezente înainte de traumă), după cum este indicat de două (sau de mai multe) dintre următoarele:

- (1) dificultate în adormire sau în a rămâne adormit;
- (2) iritabilitate sau accese coleroase;
- (3) dificultate în concentrare;
- (4) hipervigilantă;
- (5) răspuns de tresărire exagerat.

E. Durata perturbării (simptomele de la criteriile B, C și D) este de mai mult de o lună.

F. Perturbarea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

F43.2 Tulburarea de adaptare

Stări de suferință subiectivă și de afectare emoțională, interferând de obicei cu performanțele și funcționarea socială și luînd naștere în perioada de adaptare la o schimbare semnificativă de viață sau ca o consecință a unui eveniment stresant de viață (boala fizică gravă, decesul sau separarea, migrația sau statutul de refugiat.)

- Predispoziția individuală sau vulnerabilitatea joacă un rol mai mare în riscul apariției
- **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**.
- Tulburarea de adaptare poate fi: acută sau prelungită cu reacție mixtă, anxioasă și depresivă
- Mai frecvent la femei, persoane necăsătorite și tineri.

Diagnosticul diferențial al anxietății se va efectua cu:

- Angină pectorală;
- Infarctul miocardic (IM);
- Sindromul de hiperventilație;
- Hipertiroidismul;
- Sindromul carcinoid;
- Tulburarea dispozițională indusă de substanțe;
- Tulburări de personalitate tip Anxios-evitant, Anankast, Dependent;
- Tulburarea schizoafectivă;
- Tulburările non-organice ale somnului;
- Schizofrenia;
- Tulburarea afectivă bipolară;
- Tulburarea de adaptare (acută sau prelungită) cu reacție mixtă, anxioasă și depresivă

Screening-ul anxietății

Se efectuează prin intermediul mai multe instrumente recomandate:

- Scara din 7-elemente de Tulburare de anxietate generalizată (**TAG-7**)
- aplicată în special de medicul de familie
- Scala Hamilton de evaluare a anxietatii (Hamilton Anxiety Rating Scale: **HAM-A**)
- Scala de autoevaluare a anxietatii a lui Zung (The Self-Rating Anxiety Scale Zung-**SAS**)
- Chestionarul Patru Dimensional al Simptomelor (**4DSQ**) este un instrument validat de screening, care poate fi utilizat pentru a distinge între anxietate, depresie, stres și simptome somatice la nivel de asistență primară.

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

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

Educarea persoanei

Explicăm și informăm despre simptome și pronosticul anxietății:

- Pacientul trebuie încurajat să reducă comportamentele de evitare;
- Se realizează de către MF, nursă, psiholog, asistent social, psihiatru.



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.

Asistența tulburărilor anxioase

CCSM (Centrul comunitar de sănătate mintală)

- Prestare de consultații, prescriere de medicamente și servicii de reabilitare psiho-socială.
- Intervenție activă în criză și, în caz de ineficiență, trimitere la secția psihiatrică din spitalele de profil general din regiunea deservită.
- Inițierea și menținerea tratamentului farmacologic, intervenții psihologice/psihoterapeutice de înaltă intensitate (psihoterapie cognitiv-comportamentală).
- Serviciile în CCSM sunt prestate de echipele multidisciplinare:
- Este posibilă ghidarea intensivă și asertivă pentru clienții care au devenit instabili sau sunt în risc de a intra în criză.
- Echipa lucrează în strânsă legătură cu alte organizații de servicii sociale. De asemenea, este implicată familia și mediul. Clientul beneficiază de îngrijiri atât timp, cât are nevoie.

Asistența tulburărilor anxioase

Secțiile psihiatrice în spitalele de profil general

- Recepționarea pacienților cu risc suicidal de la CCSM.
- Direcționarea pacientului în remisiune spre CCSM.

Criteriile de spitalizare (obligatoriu) în Instituții specializate

- Risc de suicid.
- Anxietatea de nivel psihotic.
- Lipsa răspunsului sau răspuns insuficient la tratament după 8-12 săptămâni, ori lipsa răspunsului sau răspuns insuficient la tratamentul administrat în (două) intervenții de bază sau de nivelul întâi.

Intervenții inițiale în caz de Anxietate ușoară:

MF explică și informează despre simptome și pronosticul anxietății:

- Instruirea pacientului/biblioterapie;
- Structura zilei
- Activitate fizică

MF poate utiliza pliante pentru pacienți, linkuri spre portaluri relevante sau grupuri ale pacienților;

Se realizează de către MF, nursă, 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

Tratament psihoterapeutic

- Terapia cognitiv- comportamentală (TCC)
- Terapie interpersonală
- Desensibilizare și reprocesare prin mișcarea ochilor (EMDR);
- Activare comportamentală
- 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

Remediile de I-a intenție

- **Medicația antidepresivă: Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS)**
- **Inițierea tratamentului** se va realiza cu doze reduse cu creșterea gradată a dozelor în continuare.

ISRS	Tulburări anxioase				
	TP	TOC	TAS	TAG	TSPT
Paroxetină	X	X	X	X	X
Fluvoxamină	X	X	X		
Fluoxetină	X	X			
Sertralină	X	X	X		X
Escitalopram	X	X	X	X	

Remediile de intenția a II-a

Antidepresive cu acțiune duală

- *Venlafaxina*
- *Duloxetina*
- *Alte substanțe antidepresive*

Remediile de intenția a III-a

- **Benzodiazepinele**
- Toate benzodiazepinele pot determina apariția unei **dependențe (!!!)** fizice, care se poate instala în cazul când durata terapiei depășește limita de 2-4 săptămâni.



Remediile de intenția IV

Antipsihoticele atipice:

- Risperidonum
- Olanzapinum
- Quetiapinum
- Aripiprazolum
- Amisulpridum
- Cariparzinum.

Medicamentele listate pot fi /deveni alegerea de intenția I, în cazurile de TSPT sau TOC severe, cu simptome psihotice și risc suicidar înalt sau comportament autolitic recurent.

F45 Tulburări Somatoforme

- F45.0 Tulburarea de somatizare**
- F45.1 Tulburarea somatoformă nediferențiată**
- F45.2 Tulburarea hipocondriacă**
- F45.3 Disfuncție vegetativă somatoformă**
- F45.4 Tulburare somatoformă de tipul durerii persistente**
- F45.8 Alte tulburări somatoforme**
- F45.9 Tulburarea somatoformă nespecificată**

F45 Tulburări Somatoforme

- Elementul comun al tulburărilor somatoforme îl constituie prezența de **simptome somatice** care sugerează o condiție medicală generală, dar care nu sunt explicate complet de o condiție medicală generală, de efectele directe ale unei substanțe ori de altă tulburare mintală
- 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, exacerbară și menținerea perturbării
 3. simptomele trebuie să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare

Etiopatogenia

Unele studii pledează pentru istoric familial, ceea ce ar sugera o etiopatogenie influențată genetic sau cultural prin învățarea unor anumite comportamente de răspuns la stres.

- *Teoria biologică*
- *Teoria psihosocială*
- *Teoria comportamentală*
- *Teoria interpersonală*
- *Teoria psihodinamică*

F45.0 Tulburarea de Somatizare

- prevalență pe parcursul vieții în populația generală de 0,1-0,5%.
- afectează mai multe femei decât bărbați (afectează 1-2% femei).
- este mai frecventă la persoanele mai puțin educate și la cele cu statut socio-economic scăzut.
- debutul are loc în adolescență și la adultul tânăr.

Criterii de diagnostic

A. Un istoric de multe acuze somatice începând înainte de etatea de 30 de ani care survin o perioadă de mulți ani și care au drept rezultat solicitarea tratamentului sau o deteriorare semnificativă în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

B. Fiecare dintre următoarele criterii trebuie să fi fost satisfăcute, cu simptome individuale survenind oricând în cursul perturbării:

- *patru simptome algice*: un istoric de durere cu cel puțin patru sedii sau funcțiuni diferite
- *două simptome gastrointestinale*: un istoric de cel puțin două simptome gastrointestinale, altele decât durerea
- *un simptom sexual*: un istoric de cel puțin un simptom sexual sau de reproducere
- *un simptom pseudoneurologic*: un istoric de cel puțin un simptom sau deficit sugerând o condiție neurologică nelimitată la durere

Criterii de diagnostic

C. Fie (1), fie (2):

1.după o investigație corespunzătoare, nici unul dintre simptomele de la criteriul B nu poate fi explicat complet de o condiție medicală generală cunoscută ori de efectele directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament);

2.când există o condiție medicală generală asemănătoare, acuzele somatice sau deteriorarea socială sau profesională rezultantă sunt în exces față de ceea ce ar fi de așteptat din istoric, examenul somatic sau datele de laborator.

D. Simptomele nu sunt produse intenționat sau inventate ca (ca în tulburarea factice sau simulare)

F45.2 Hipocondria

- prevalență de **10%** din totalul bolnavilor medicali
- afectare egală atât a bărbaților cât și a femeilor.
- apare la orice vârstă, cu vârfuri între 30-39 ani la bărbați și între 40-49 ani la femei.
- 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.

Criteria de diagnostic

- A. Preocuparea subiectului în legătură cu faptul că ar avea sau chiar ideea că are o maladie severă, bazată pe interpretarea eronată de către acesta a simptomelor corporale.
- B. Preocuparea persistă în disprețul evaluării medicale corespunzătoare și a asigurării de contrariu.
- C. Convingerea de la criteriul A nu este de intensitate delirantă și nu este limitată la o preocupare circumscrisă la aspect.
- D. Preocuparea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.
- E. Durata perturbării este de cel **puțin 6 luni**.
- F. Preocuparea nu este explicată mai bine de anxietatea generalizată, tulburarea obsesiv-compulsivă, panică, un episod depresiv major, anxietatea de separare sau altă tulburare somatoformă.

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.
- Acută – durata mai puțin de 6 luni
- Cronică – durata de 6 luni sau mai mult
- Pacientul nu se prefacă și reclamațiile cu privire la intensitatea durerii trebuie să fie crezute.

Criteria de diagnostic

- A. Durerea în unul sau mai multe sedii anatomice este elementul predominant al tabloului clinic și este suficient de severă pentru a justifica atenție clinică.
- B. Durerea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.
- C. Factorii psihologici sunt considerați a avea un rol important în debutul, severitatea, exacerbară sau persistența durerii.
- D. Simptomul sau deficitul nu este produs intenționat sau simulat (ca în tulburarea factice sau simulare).
- E. Durerea nu este explicată mai bine de o tulburare afectivă, anxioasă sau psihotică și nu satisface criteriile pentru dispareunie.

Diagnostic diferențial al tulburărilor somatoforme

- Principala sarcină este diferențierea de o tulburare cu substrat organic.
- Este necesar să se excludă condițiile medicale generale caracterizate prin simptome somatice vagi, multiple și confuze
- La fel se vor exclude alte tulburări mentale care includ frecvent acuze somatice neexplicate:
 - tulburarea depresivă majoră,
 - tulburările anxioase,
 - tulburarea de adaptare,
 - disfuncțiile sexuale,
 - tulburarea delirantă de tip somatic,
 - schizofrenia,
 - tulburări factice și simularea.

Evoluție

- Tulburările somatoforme au o evoluție cronică
- Fluctuantă, care se remite rar complet.
- Evoluția și pronosticul sunt impredictibile.
- Exacerbările se asociază, de obicei, cu stresuri identificabile ale vieții.
- Frecvent, în cele din urmă se diagnostichează o altă tulburare mintală sau condiție medicală.
- Pronosticul bun se asociază cu o personalitate premorbidă cu tulburări minime, prognosticul nefavorabil – cu tulburări somatice antecedente sau suprapuse

Tratament

- **Psihoterapie** – este necesară psihoterapie de conștientizare sau de suport pe termen lung, pentru a oferi înțelegerea dinamicii, sprijin în depășirea evenimentelor de viață stresante sau ambele, precum și prevenirea abuzului de substanțe, a consulturilor de la un doctor la altul, a procedurilor terapeutice sau testelor diagnostice necesare.
- **Farmacoterapie** – se vor evita psihotropicele, exceptând perioadele de depresie și anxietate cu comportament suicidar, pentru că pacienții tind să devină dependenți de psihotropice. Remediile antidepresive sunt utile, demonstrând o ameliorare prin reducerea eficientă a simptomelor.

Tulburările factice („facut“)

- 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 mintale 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

Cu semne și simptome predominant somatice

- Cunoscuta 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.

Diagnostic, semne și simptome

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 îmfăptuirii 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 enerveaza ușor daca medicul este sceptic în legătura cu relatarea lor.

Neuroastenia

- Conform teoriei psihanalitice, nevroza este o afecțiune psihogenă, în care simptomele sunt expresia simbolică a unui conflict psihic, avându-și rădăcinile în istoria infantilă a subiectului și realizând compromisuri între dorință și apărare.
- Actualmente neurastenia se consideră una din formele fundamentale de nevroză
- Neurastenia este provocată mai frecvent de situații conflictuale persistente, ce duc la o suprasolicitare emotivă îndelungată
- Pacienții declară că suferă „de toate”, de aceea sunt răvășiți de multiplele regimuri dietetice, se supun la toate explorările și în general sunt niște bolnavi foarte explorați, mari consumatori de medicamente și ședințe de psihoterapie

Neuroastenia

Formele clinice ale neurasteniei după simptomul predominant sunt:

-Anxioasă

-Depresivă

-Cenestopată

Triada Kraindler:

- irascibilitate

- hiperestezie

- fatigabilitate

Tulburarea conversivă

- Elementul caracteristic este reprezentat de simptomele neurologice, care sunt incompatibile cu fiziopatologia neurologică, fapt dovedit prin evaluare neurologică, care nu prezintă o cauză structurală identificată.
- Dereglare multifactorială
- Evenimentele de viață stresante, atât recente, cât și cele din copilărie, pot fi factori de risc
- Tulburările conversive mai sunt numite simptome neurologice funcționale, deoarece subliniază mai degrabă schimbarea funcționării sistemului nervos decât modificarea structurii sale
- Pacienții cu tulburarea conversivă nu au controlul asupra unora sau a tuturor simptomelor. Pacientul nu produce conștient aceste simptome
- Incidența estimată a simptomelor conversive individuale persistente este de 2-5/100.000 pe an. Incidența tulburării conversive în spitale generale este de 5-14%, iar în cele de psihiatrie este de 5-25%.
- Tulburarea conversivă este de două-trei ori mai frecventă la femei. Până la 33% din subiecți relatează o istorie de abuz sexual, iar până la 50%—o istorie de abuz fizic

Criterii de diagnostic

Criteriile de diagnostic DSM-5 sunt următoarele:

A. Unul sau mai multe simptome de alterare a funcției motorii sau senzoriale voluntare.

B. Semnele clinice oferă dovada incompatibilității dintre simptom și afecțiunile neurologice sau medicale cunoscute.

C. Simptomul sau deficitul nu este explicat mai bine de altă afecțiune medicală sau psihică.

D. Simptomul sau deficitul provoacă disconfort sau disfuncție semnificative clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare, sau justifică evaluarea medicală.

Tulburarea conversivă

(F44.4) Cu slăbiciune sau paralizie

(F44.4) Cu mișcare anormală (de ex., tremur, mișcări distonice, mioclonus, tulburare de mers)

(F44.4) Cu tulburări de deglutiție

(F44.4) Cu tulburări de vorbire (de ex., disfonie, vorbire neclară)

(F44.5) Cu crize sau convulsii

(F44.6) Cu anestezie sau cu pierderea sensibilității

(F44.6) Cu simptome senzoriale specifice (de ex., tulburări vizuale, olfactive sau auditive)

(F44.7) Cu simptome mixte

Diagnostic diferențial

- Boală neurologică
- Tulburarea cu simptome somatice
- Tulburarea factică și simulare
- Tulburări disociative
- Tulburarea dismorfică corporală
- Tulburări depresive
- Tulburarea de panică

Tratament

- Terapia psihologică:
 - Psihoterapia analitică
 - Psihoterapia sugestivă
 - Hipnoză
 - TCC
 - Psihoterapie suportivă
 - Psihoterapie de familie
- Terapia farmacologică:
 - anxiolitice
 - antidepressive
 - tranchilizante

F44 Tulburări Disociative

- 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

- 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 Poseziune

- 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.

MULTUMESC PENTRU ATENȚIE !!!



Tulburările mintale și comportamentale datorate utilizării de substanțe psihoactive

Conf. I.Nastas

Notiuni psihopatologice

Noțiune de substanță psihoactivă (SP) - Substanța psihoactivă este o substanță chimică ,care fiind administrată de cineva afectează procesele mintale și comportamentul. Adeseori poate produce trăiri plăcute pentru consumător , iar la folosirea sistematică poate produce sindromul de dependență.

Noțiune de doza standard de alcool: utilizată pentru definirea unei doze de alcool luate ca mediu și echivalentă circa cu 10 grame de alcool pur. O doză standard este echivalentă cu 425 ml bere ușoară sau 285 ml bere tare sau 100 ml vin de 13 % sau 60 ml vin 20 % sau 30 ml alcool de 40 %.

Noțiune de abuz de substanță psihoactivă (utilizare dăunătoare, consum nociv, beție habituală, harmful substance use) – Este un model de consum care afectează sănătatea fie la nivel somatic (hepatita toxică de exemplu) fie la nivel mental (ex. depresie postintoxicare cu substanță psihoactivă) . Nu se constată sindromul de dependență sau stările psihotice ca atare. Abuzul poate avea forme de consum excesiv (heavy episodic drinking, HED), noțiune utilizată în mai multe țări care este definită ca un consum de 60 sau mai multe grame de alcool pur (6 + băuturi standard, în cele mai multe țări), cel puțin odată ocazional cel puțin odată lunar.

Notiuni psihopatologice

Noțiune de dependență (adicție) – utilizată în ICD-X (Clasificarea Internațională a Tulburărilor Mentale și de Comportament, ediția X), care este folosit pentru nozologii ca «narcomanie, toxicomanie, alcoolism». Reprezintă un grup de fenomene fiziologice, comportamentale și cognitive în care utilizarea unei substanțe sau a unei clase de substanțe devine prioritară pentru consumator față de alte comportamente care erau anterior mult mai valoroase pentru acest individ. Caracteristica esențială este dorința (adeseori irezistibilă) de a consuma această substanță psihoactivă (drog) care poate să nu mai fie prescrisă medical.

Diagnosticarea stării de dependență necesită minim trei din următoarele caracteristici:

- a) Dorința compulsivă de a folosi substanța
- b) Dificultăți de control a comportamentului legat de consumul de substanță
- c) Starea psihologică de sevraj când se reduce sau se încetează consumul de substanță cu tendința de a lua ceeași sau altă substanță pentru înlăturarea simptomelor
- d) Existența toleranței , astfel încât pentru obținerea efectelor produse inițial sunt necesare doze crescute
- e) Neglijare progresivă a plăcerilor și intereselor datorită consumului de substanță psihoactivă, creșterea timpului necesar pentru obținerea sau administrarea substanței sau revenirea de pe urma efectelor acesteia
- f) Utilizarea în continuare a substanței în pofida consecințelor nocive ca alterarea ficatului, stări depresive, alterări cognitive sau alte consecințe

Notiuni psihopatologice

Noțiune de alcoolism – Tulburare psihică cronică cauzată de intoxicația cronică cu alcool care are ca consecință instalarea sindromului de dependență, manifestări patologice psihice, fizice și neurologice. La anumite etape se dezvoltă tulburări psihotice. La etape avansate – tulburări specifice de personalitate și starea de demență

Noțiune de toleranță în consumul de substanțe psihoactive (SP) - cantitatea de SP necesară pentru obținerea efectului avut (senzației de plăcere). Crește în stadiul I și II al alcoolismului cronic și scade în stadiul III.

În consumul de alcool se definește:

1. *Intoxicația acută (starea de ebrietate)*

• *Starea de ebrietate simplă (habituală)*

• *Stări de ebrietate modificată*

2. *Ebrietatea patologică*

3. *Intoxicație cronică (alcoolism)*

4. *Psihoze etilice*

Notiuni psihopatologice

Noțiune de sevraj: Stare care apare la întreruperea absolută sau relativă a consumului unei substanțe psihoactive, după un consum repetat și prelungit și ca regulă în doze mari (crescute) a substanței psihoactive. Este unul din indicatorii sindromului de dependență. Este diferită ca durată funcție de perioada de semivie a fiecărei substanțe. Apare peste 6-24 ore după ultimul consum de alcool. Reluarea consumului de alcool la etapa incipientă diminuează simptomele sevrajului.

Componentele sindromului de sevraj etilic:

Simptome somatice

Tahicardie, creștere tensiune arterială, hipertermie, sete, agravare boli somatice

Neurologice

Tremor, cefalee, crize convulsive

Psihopatologice

Anxietate, agitație psihomotorie, insomnie, vise terifiante, dorința impulsivă de consum alcool

Tablou clinic alcoolism

Tabloul clinic al alcoolismului stadiu I:

Dorința de a consuma alcool apare în a doua jumătate a zilei (din motive etice și sociale se evită consumul de dimineață)

- Consumul este perceput ca remediu calmant și relaxant (ataractic) de consumator

- Nu sunt tipice inițial tulburări mnestice în starea de ebrietate

- Consumul de alcool devine repetitiv și regulat

- Creștere toleranța la consum alcool

- Nu este perturbată, ca regula, activitatea socială

1.3. Sindrom de dependență fizică:

- Absent

Sindroame tipice pentru alcoolism cronic stadiu I :

1.1 Sindrom de reactivitate modificată :

- Creștere toleranța de 4-5 ori

- Dispariția în final a reflexului de vomă

- Lipsa repulsiei pentru alcool după intoxicarea acută

- Apariția formelor de ebrietate modificată (tip disforic, cu simptome paranoide, hebefrene sau histrionice)

- Modificarea trăsăturilor caracteriale

- Apariția consumului sistematic de alcool

1.2. Sindrom de dependență psihică

- Atracție psihică (idei obsesive neconstientizate referitor la consumul de alcool)

Tablou clinic alcoolism cronic stadiu II:

- Manifestare maxima a sindromului narcomanic (reactivitate modificată, dependența psihică și fizică) și anume:

- Cresterea toleranței de 5-8 ori
- Aparitia starilor pseudodipsomanice
- Sindrom de sevraj cu simptome vegetative, psihice și neurologice.

Simptome vegetative: Transpirații, tahicardie, creștere TA, tremor extremități, limbă sau generalizat. Sindromul de sevraj apare după fiecare episod de consum alcool.

Simptome psihice: Indispozitie cu anxietate, tensionare, la personalități de tip exploziv în starea de sevraj se constata stări disforice. Posibil aparitia ideilor delirante

în cadrul sindromului de sevraj (inclusiv gelozia etilică). Reducerea simptomelor vegetative și afective către ziua 5-6 și apariția sindromului astenic.

Simptome neurologice: In primele zile de sevraj pot avea loc crize convulsive generalizate sau parțiale.

Tablou clinic alcoolism cronic stadiul III

- Scade toleranța la alcool
- Agravarea sindromului de sevraj
- Degradare intelectuală (mnestică) inclusiv starea de demență (inclusiv sindrom Korsakov). Degradare socială

Simptome psihice și neurologice: torpoare-sopor, vertij, ataxie, tremor generalizat, convulsii, dizartrie, anizoreflexie, nistagmus, simptome piramidale-

- Boli somatice cronice agravate
- Forme de consum dipsomanic sau consum permanent cu toleranță scăzută la alcool

Stările psihotice în alcoholism:

- Apar în stadiul II și III al alcoolismului
- Apar, ca regulă, în starea de sevraj
- Se dezvoltă cu preponderență seara și continuă noaptea
- Apar frecvent după un episod dipsomanic
- Apar după consum de alcool nepurificat
- Apar pe fundal de agravare somatică
- Apar la consumători cu patologie organică de sistem nervos central
- Prezintă polimorfism clinic

Sindromul Korsakov – este un complex psihopatologic constatat cu preponderență în cazurile de alcoolism cronic sau în demența alcoolică și manifestat clinic în special cu dezorientare temporo-spațială, amnezie de fixare și confabulații (pseudoreminescențe).

Psihozele etilice (alcoolice).

Clasificare după durată :

- Psihozele acute – dureaza pana la o luna
- Psihoze prolongate – dureaza pana 6 luni
- Psihoze cronice – dureaza peste 6 luni

- **Dupa tabloul clinic se disting:**
- - Starea de delirium
- - Starea oneiroidă
- - Starea de amență
- - Starea crepusculară (beția patologică)
- - Halucinoza etilică
- - Delirul etilic (paranoia etilică)
- - Sindromul paranoidul etilic

Tipuri psihoze etilice (clasificare psihopatologica):

1. Delirium etilic:

Abortiv

Clasic

Musitant

Atipic : sistematizat cu pseudohalucinoza verbala, cu simptome oneiroide, cu automatisme psihice, cu amență)

2. Halucinoza etilica

-Halucinoza verbala

-Halucinoza cu delir senzitiv

- Halucinoza cu automatisme psihice

3. Psihoze etilice delirante

- Sindromul paranoid etilic

- Delirul etilic de gelozie

Tablou clinic psihoze etilice

- **Delirium tremens:**

- Apare în contextul stării de sevraj
- pe fundal de tratament pana in 10 zile
- Posibila evoluția in stare de halucinoză, paranoidă sau amență
- Halucinații predominante vizuale
- Reducerea halucinatiilor odata cu reducerea tulburărilor de constiință
- Tulburari de constiință ondulatorii
- Conținut terifiant predominant vizual al halucinațiilor
- Continut profesionist sau habitual al traairilor pacientului
- Odata cu cresterea tulburarilor de constiință scade agitația motorie si verbală
- HipertermieDezorientare allopsihică și orientare păstrată autopsihică
- Durata
- Scadere diureza
- Hipotensiune arterială

- **Halucinoza alcoolică :**

- • Este o stare psihopatologică cu predominanta halucinațiilor auditive cu constiința
- clara. Debuteaza cu acoasme si insomnie. Poate disparea brusc dupa o perioadă de
- somn . In caz de evoluție poate aparea delirul de relație, influența, persecuție
- • Posibile crize de anxietate

Tablou clinic psihoze etilice

Sindromul paranoid etilic:

- Fundal afectiv depresiv-anxios
- Ideea delirantă de relație, persecuție
- Posibile halucinații auditive, anxietate trenantă
- Posibil comportament agresiv față de “persecutori”
- Delir rezidual după dispariția (reducerea) simptomelor de bază

- **Delirul de gelozie etilic (paranoia etilica):**
- Este o tulburare psihică cu evoluție trenantă sau cronică cu predominanța delirului
- sistematizat
- Se constată cu preponderență la bărbați cu trăsături caracteriale paranoiale
- Este un delir monotematic
- Debutează lent
- Uneori este precedat de evenimente negative familiale
- Debutează cu idei prevalente de gelozie
- Inițial se manifestă doar în timpul stării de ebrietate
- În timp apare interpretarea delirantă a situației
- Posibil comportament agresiv sau autoagresiv
- Poate fi disimulat de pacient
- În context de tratament se substituie cu delir rezidual trenant (rezistent la tratament).

Ebrietatea patologica

Ebrietatea patologică:

Este o stare psihotică acută de scurtă durată (de la 30 minute până la câteva ore) cu debut brusc în urma consumului unei cantități ne semnificative de alcool. Ieșirea din starea psihotică este la fel rapidă cu instalarea somnului și amnezia episodului psihotic. Se distinge tipul epileptoid și paranoid de ebrietate patologică.

Tipul epileptoid: este un tip de stare crepusculară cu dezorientare totală dar un comportament aparent coordonat. Acțiunile comise inclusiv cele agresive sunt nemotivate, asociate de verbalizări spontane nedefinite sau pot absenta. Contactul verbal nu poate fi stabilit în general în aceste situații. Se constată la persoanele cu antecedente organice cerebrale, epilepsii, retard mental sau tulburare de personalitate organică.

Tipul paranoid: Este asociat cu prezența unor idei delirante sau halucinații, anxietate marcată, agitație psihomotorie. Actele comise în ambele tipuri de ebrietate patologică întotdeauna sunt efectuate fără complici.

Principii de intervenție în dependență de alcool

Principiul general este abordarea complexă a problemei. Aceasta presupune tratamentul farmacologic și psihoterapeutic. Procesul terapeutic poate fi divizat în trei etape:

Prima etapă: Se va axa asupra înlăturării simptomelor acute de intoxicare etilică, a stării de sevraj sau altor tulburări psihice acute. Remediul de bază va fi cel farmacologic.

Etapa a doua : Este cea recuperatorie, bazată pe înlăturarea stării de dependență față de alcool. Este etapa de instalare a remisiei. Tratamentul este farmacologic asociat cu cel psihoterapeutic.

Principii de intervenție în dependentă de alcool

- **Tratament farmacologic standard:**
 - Acamprosate s-a dovedit a fi eficace datorită mecanismului presupus de agonist efect GABA, reduce efectul excitator al glutamatului și are un efect neuroprotectiv.
 - *Naltrexone* sau vivitrol (oral și implant) este un antagonist neselectiv al receptorilor opiaceici indicat în cazul prevenirii recăderilor după un sindrom de abstenență pronunțat. ltrexone;
 - Disulfiram este un inhibitor al aldehyd dehidrogenazei acetice stopând metabolismul alcoolului la etapa aldehidei acetice și cauzând prin aceasta reacții toxice puternice în cazul administrării paralele cu alcoolul.
 - Nalmefene este un antagonist al receptorilor opiaceici mai recent aprobat în calitate de tratament standard în dependentă de alcool
 - Etapa a treia.
- Este orientată spre menținerea stării de remisie și prevenirea recidivei. Pe prim plan se situează intervenția psihoterapeutică. În riscul de recidivă se vor aplica principiile din etapa a doua

Teste-screening de evaluare a consumului de alcool:

Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) 10 întrebări care pot constata consumul riscant și dependența Preconizat pentru evaluarea adulților tineri, inclusiv minori Valid pentru diferite grupuri de populație, inclusive femei și minoritățile etnice Este un test de autoevaluare. Validitate demonstrată în diferite grupuri culturale Se face referință la perioada de un an de zile. Punctajul pentru fiecare întrebare este redat în paranteze Pentru a răspunde corect unele dintre aceste întrebări trebuie să știți definiția de o băutură. Pentru acest test o doză este o cutie de bere (aproximativ 330 ml de 5% alcool) sau 2 un pahar de vin (aproximativ 140 ml de 12% alcool), sau un pahar mic de lichior (aproximativ 40 ml alcool 40%). În testul AUDIT doza standard de alcool se echivalează cu 10 grame alcool pur. (25)

Test CRAFFT:

6 întrebări cu referință la abuz alcool și substanțe psihoactive, comportamente de risc și consecințe ale abuzului

Preconizat pentru adolescenți pentru depistarea consumului alcool și substanțe psihoactive în condiții de risc

Benzodiazepine

Aspecte epidemiologice

Benzodiazepinele sunt printre cele mai frecvent prescrise substanțe.

- Circa 4% din rețetele scrise de medici generaliști sunt destinate pentru procurarea de benzodiazepine.
- Persoanele care beneficiază cu preponderență de prescrierea benzodiazepinelor sunt vârstnicii, persoanele de sex feminin, pacienții care solicită cu regularitate asistență medicală pentru tulburări somatoforme.

Indicații medicale pentru benzodiazepine:

Efect anxiolitic – anxietate cronică, fobii, atacuri de panică;

Efect sedativ și analgetic – tulburări de somn și anestetic (premedicație);

Efect anticonvulsiv – crize

Efect miorelaxant – spasticitate;

Starea de abținere în etilism.

Mecanisme de acțiune – acționează cu preponderență la nivel de receptor GABA-ergic (acidul gamaaminobutiric este un neurotransmițător cu acțiune inhibitorie). La nivel de receptor GABA tipul A există receptorii alfa 1, responsabili de inducerea somnului, și receptorii alfa 2 și alfa 3, implicați în reducerea anxietății. Cu cât mai mare este afinitatea pentru receptorii GABA tipul A, cu atât mai pronunțată este starea de sevraj.

Clasificarea benzodiazepinelor în funcție de timpul de acțiune:

- acțiune de scurtă durată (2-8 ore) – midazolam, triazolam;
- acțiune de durată medie (10-20 ore) – temazepam, lorazepam, alprazolam, oxazepam, nitrazepam, estazolam;
- acțiune de lungă durată (1-3 zile) – chlordiazepoxide, diazepam, flurazepam, clonazepam, clorazepate.

Benzodiazepine

Supradozare

Ușoară: somnolență, ataxie, slăbiciune.

Moderată până la severă: vertigo, vorbire neclară, nistagmus, ptoză parțială, letargie, hipotensiune arterială, depresie respiratorie, comă.

Dependența benzodiazepinică

Circa 40% dintre persoanele care au administrat pe termen lung benzodiazepine în doze terapeutice vor experimenta simptome de sevraj dacă se întrerupe brusc consumul. Simptomele apar în termen de 2 zile – „tipul rapid” sau până la 7 zile – „tipul prolongat”.

Sindromul de sevraj benzodiazepinic:

Nu pune în pericol viața și este, de obicei, de durată.

Simptomele inițiale/problemele vor apărea la întreruperea consumului de benzodiazepine.

Convulsiile sunt rare (dacă nu se administrau doze mari sau nu s-a întrerupt brusc + consum alcool)

Interventii în supradozare

Antidot în intoxicația cu benzodiazepine este flumazenil.

Barbiturice

Aspecte epidemiologice

La acest grup de substanțe se referă derivații acidului barbituric și care au un mecanism asemănător de acțiune. În funcție de timpul de înjumătățire (semivie), aceștia se clasifică în trei grupuri:

cu acțiune de scurtă durată: tiopental, hexobarbital;

cu acțiune de durată medie: amobarbital, barbamil;

cu acțiune de lungă durată: fenobarbital, barbital.

Aspecte farmacologice

Mecanismul de acțiune este legat de blocarea acetilcolinei și stimularea sintezei acidului gamaaminobutiric (GABA). Clinic se manifestă prin efectul sedativ, somnifer, anticonvulsiv, anxiolitic, miorelaxant și amnestic.

Tablou clinic dependentă de barbiturice

Simptome de intoxicare și supradozare

Psihice:

euforie, hiperactivitate, derealizare, tulburări cantitative de conștiință (obnubilare, somnolență, comă);

Fizice:

dizartrie, hipotensiune, hipotermie, sialoree, hiperemie, sclere, somnolență, nistagmus, diplopie, ataxie, mișcări necoordonate, transpirații, spasm bronșic, insuficiență cardiovasculară, vertij, grețuri, vomă.

Tipuri de interventii independente de barbiturice

Terapia farmacologică:

Detoxifiere pentru reducerea dependenței. Se va aplica în condiții de staționar.

Descreșterea graduală a dozei. Aceasta va preveni apariția sau va diminua severitatea simptomelor de sevraj.

Terapie cognitiv-comportamentală. Se axează pe schimbarea modului de abordare a situației și ca o modalitate de îmbunătățire a comportamentului. *Terapia interpersonală* (IPT) se concentrează asupra relațiilor interpersonale și rolurilor sociale prin abordarea problemelor nerezolvate, a litigiilor și a deficiențelor de relație.

Canabinoizii. Tablou clinic consum canabinoizi

Simptomele intoxicației acute cu canabis:

- anestezie;
- euforie, tulburări de concentrare, relaxare, dezinhibiție psihomotorie, stare de confuzie;
- apetit crescut, sete;
- hipersensibilitate la excitanți vizuali, auditivi, olfactivi;
- scăderea presiunii intraoculare;
- grețuri, cefalee;
- supradozarea cu canabis nu are efect letal. Supradozări letale de canabinoizi nu au fost înregistrate, însă coma poate apărea dacă sunt consumate și alte substanțe în paralel cu canabinoizi (alcool și sedative).

Consumatorii cronici de canabis prezintă simptome de tip apato-abulic (amotivational syndrome), asemănându-se cu anumite simptome din depresie

Tipuri de intervenții

Intervențiile psihosociale constituie o componentă importantă în asistența pacientului cu dependență. Și o cantitate minimă de ședințe cognitiv-comportamentale contribuie la îmbunătățirea statutului psihic al pacientului. Studiile arată că 6-9 ședințe au un rezultat mai bun comparativ cu alte forme de psihoterapie de scurtă durată. Sub aspect farmacologic se vor administra medicamente precum neuroleptice și tranchilizante.

Opiacee

Proprietăți farmacologice

Opiaceele constituie un grup eterogen de substanțe naturale și sintetice înrudite cu morfina (heroină, morfină, promedol, omnopon, dionin, codein, fentanil, fenadon, metadon, pentazocin, acetat de opium, etc.). Sursa naturală este macul de grădină (papaver somniferum). Opiumul este componentul de bază al macului opiaceic. Acțiunea de bază a opiaceelor se răsfrânge asupra receptorilor opiaceici care sunt de patru tipuri: μ (miu, MOR), κ (kappa, KOR), σ (delta, DOR) și NOR (nociceptin receptor).

După proveniență, opiaceele pot fi:

- de proveniență vegetală (morphine, codeine, thebaine);
- de proveniență semisintetică (heroine, hydromorphone);
- de proveniență sintetică (tramadol, buprenorphine, fentanyl, promedol).

Clasificarea opiaceelor

După mecanismul de acțiune:

I. Agoniști ai receptorilor opiaceici (totali și parțiali):

Papaverine, morfine, codeine, heroine, Tratamentul cu agoniști ai receptorilor opiaceici contribuie la activizarea în continuare a receptorilor și înlăturarea simptomelor de sevraj.

II. Agoniști parțiali/antagoniști – sunt agoniști pentru un tip de receptori și antagoniști pentru alții: Buprenorphine.

III. Antagoniști ai receptorilor opiaceici: naloxone. Aceste substanțe blochează receptorii opiaceici și, respectiv, efectul drogului administrat devine nul.

Supradozarea cu opiacee

Mioză (stimulare parasimpatică), retenție urinară, greturi, voma (prin stimularea hemoreceptorilor trunchiului cerebral), tranzit gastrointestinal scăzut, constipații, hipotensiune, inhibiție respiratorie. Simptomele de bază ale supradozării (mioza, tulburarea de conștiință și depresia respiratorie) sunt criteriile pentru care trebuie începută terapia de resuscitare. Antidotul utilizat în supradozare de opiacee este Naloxone.

Alte simptome de intoxicare cu opiacee:

Fundalul afectiv: euforie, calmul.

Conștiința și coordonarea: sunt intacte la doze mici.

Dependența de opiacee

Consumatorul de opiacee prezintă simptome clinice care pot sugera consumul drogului: labilitate afectivă, iritabilitate, scăderea performanțelor școlare, universitare sau la serviciu, schimbarea cercului de comunicare, hiponutriție, disomnii, inversarea ritmului somn–veghe, depistarea drogului în urină.

Examenul fizic constată aspect fizic general epuizat, tegumente uscate, hepatită, ciroză hepatică, HIV, endocardită, pneumonie, nefrită, flebită, polinevrită.

Simptome de sevraj

În cazul heroinei, sevrajul apare în 6-12 ore după ultimul consum și are o durată de 5-7 zile, iar în cazul metadonei, sevrajul apare peste 2-3 zile și durează până la 3 săptămâni. Simptomele generale sunt următoarele: anorexie, grețuri, algii abdominale, în articulații, musculare, mioclonii, insomnie, agitație, căscat, sialoree, midriază, transpirații abundente, rinoree, strănut, tremor, piloerecție, diaree, vomă.

Tipuri de intervenții în dependență de opiacee

Procesul de asistență a pacientului cu dependență de opiacee poate fi divizat în câteva etape:

Etapa de diagnosticare – o gamă de proceduri de screening, examinări clinice și laborator în care, în afara stabilirii dependenței, se va elabora un program de procedee terapeutice. Cu pacientul se va încheia un contract de asistență cu specificarea responsabilităților și a drepturilor.

Etapa de tratament a stării de sevraj presupune măsurile farmacoterapeutice și psihoterapeutice aplicate în momentul lipirii drogului. Include tratamentul stării de sevraj.

Etapa de reabilitare include asistența psihoterapeutică și socială.

Etapa de postreabilitare se axează pe asistența ambulatorie, inclusiv psihoterapie, grupuri de asistență de la egal la egal.

Substanțe volatile

Sunt compuși chimici care au proprietatea de a se evapora în contact cu aerul. Inhalarea acestor substanțe produce efecte psihice. Aceste substanțe pot fi sub formă de dizolvanți, spray-uri, gaze sau nitriți.

Aspecte farmacologice și proprietăți:

Proprietăți lipofile și absorbție rapidă în timpul inhalării;

Intoxicarea acută apare peste 3-5 minute (10-15 inhalări);

Concentrație plasmatică maximă peste 15-30 de minute;

Timpul de semiviață variază de la ore la zile în funcție de substanță;

Metabolizare hepatică și renală;

Se acumulează în organe cu conținut mare de lipide (ficat, creier);

Trece bariera hematoencefalică.

Substanțele volatile sunt atractive datorită accesibilității și prețului, iar starea de intoxicare este de scurtă durată.

Tablou clinic de supradozare cu substante volatile

Simptome de intoxicare acută:

- tulburări de vorbire, mișcări
necoordonate, dezorientare, tremor, cefalee, ideație delirantă, tulburări ale
percepției vizuale, ataxie, stupoare, convulsii, comă.

Simptomele stării de sevraj:

pot apărea peste 24-48 de ore după ultimul consum;

- insomnie, tremor, grețuri, transpirații abundente, simptome iluzorii.

Intervenții

Tratamentul farmacoterapeutic este simptomatic. Intervenția
nonfarmacologică este orientată spre motivarea pacientului, asistența
psihoterapeutică, intervenția la nivel familial și social.

Substanțe psihoactive cu acțiune stimulanta

Psihostimulantele reprezintă un grup de substanțe sintetice și de origine vegetală care provoacă o creștere a energiei și a activității prin stimularea sistemului nervos central (amfetamina, metamfetamina, cocaina, nicotina, khat-ul, cafeina, MDMA (Metilendioximetamfetamina), ecstasy). Unele din ele se utilizează în medicină pentru tratamentul pe termen scurt al obezității, narcolepsiei și al hiperactivității cu deficit de atenție la copii.

Metoda de administrare: intravenos, intranazal, oral, prin fumat. Există stimulatoare de tip amfetaminic (amfetamina, dexametamfetamina, metilfenidat cocaină și derivații săi, metildioximetamfetamina (MDMA)).

Psihostimulante

Efecte asupra sistemului nervos central

Euforie, creșterea activității fizice și psihice, creșterea performanțelor cognitive, inhibiția apetitului, reducerea somnului.

Efecte asupra sistemului simpatic:

Creșterea tensiunii arteriale, tahicardie, hipertermie.

Administrarea injectabilă are cel mai puternic și cel mai rapid efect, dar și riscuri de supradozare. Fumatul are acțiune la fel de puternică, iar inhalarea intranazală are efect mai slab, dar mai de durată. Administrarea orală are cea mai prelungită acțiune, dar, în același timp, și cea mai slabă.

Supradozare psihostimulante

Supradozarea cu stimulatoare poate fi suspectată pornind de la examinarea locului consumului, semnele clinice prezente la persoană sau din spusele altor persoane.

Panică, Frică de moarte, Hiperactivitate, Excitație motorie, Creșterea tensiunii arteriale (până la ictus în caz de supradozare cu cocaină), Amplificarea bătăilor cordului, Tegumentele umede, Cefalee puternică cu dureri pulsatile, Senzația de presiune, dureri în regiunea cutiei toracice, Spumă din cavitatea bucală, Greață, vomă.

- ***Sindrom de sevraj cauzat de psihostimulante***
- Depresie, Hipoprosexie, Somnolență/insomnie, Tulburări mnestice, Anxietate, Libidou scăzut, Deficit energetic, Iritabilitate, Cefalee, Accidente cerebrale, Insuficiență renală, Stop cardiac.
- **Intervenții**
- Acordarea primului ajutor în caz de supradozare cu stimulatoare. [SEP]
- Se va crea un mediu sigur pentru prevenirea automutilărilor, sau accidentărilor cauzate de hiperagitație. Administrarea de neuroleptice, tranchilizante și sedative. Supraveghere și suport psihologic.

Cocaina

Aspecte farmacologice

Este un alcaloid care se obține din frunzele arbustului de coca (*Eritroxylon coca*). Are acțiune stimulantă și anestezică. Stimulează sistemul nervos simpatic prin blocarea recaptării dopaminei, noradrenalinei și serotoninei.

Efecte fiziologice:

tahicardie, creșterea frecvenței respirației, vasoconstricție, creșterea tensiunii arteriale, hipertermie, transpirații, midriază, apetit scăzut, creșterea performanței fizice, hemoragie cerebrală.

Efecte psihice:

euforie, creșterea performanței intelectuale, durata somnului redusă, halucinații, idei delirante paranoid.

Starea de sevraj

Este maximă peste 2-4 zile după întreruperea consumului și are următoarele simptome:

disforie (dar nu depresie) cu durata de până la 10

săptămâni, fatigabilitate, insomnie/somnolență, agitație psihomotorie, apetit crescut, vise colorate cu conținut neplăcut.

Tipuri de intervenții

Acordarea primului ajutor în situația de supradozare cu cocaină este aceeași ca în cazul altor stimulatoare. [SEP]

Benzodiazepine pe termen de scurtă durată pentru reducerea anxietății, agitației, ameliorarea somnului.

Terapie cognitiv-comportamentală.

Asistență socială, psihologică, alte metode psihoterapeutice.

Substanțe psihoactive cu acțiune halucinogenă (Halucinogenele)

În acest grup de substanțe se includ acelea care provoacă în cantități mici halucinații și alte simptome psihopatologice asociate.

Substanțe psihoactive cu acțiune halucinogenă (Halucinogenele)

- Proprietăți. Toate substanțele halucinogene au efecte simpatomimetice pronunțate manifestate prin tahicardie, tremor, hipertensiune arterială, transpirații, tulburări de vedere, midriază. Mecanismul de acțiune este legat de influența catecolaminică.
- Clasificare. Majoritatea substanțelor halucinogene se referă la psihodelice (substanțe care provoacă tulburări de gândire și conștiință asemănătoare cu transa sau stările de vis. Sub aspect farmacologic, sunt agoniști (5-HT_{2A} receptori), substanțe disociative (din acest grup fac parte mai multe tipuri de substanțe ca antagoniști NMDA, agoniști κ - σ - și receptori opiaceici, fenciclidina, ketamina etc.), colinoblocantele (atropina, trihexyphenidyl etc.).

Simptome de intoxicare acută

Substanța provoacă dereglări de percepție, gândire și tulburări afective. Halucinațiile sunt preponderent vizuale, dar și auditive, tactile. Are loc exacerbarea senzațiilor și a percepțiilor, simptome de depersonalizare și derealizare. Starea psihotică este de cu simptome halucinator-delirante cu o durată de până la câteva zile.

Sindrom de sevraj

Toleranța crește lent după consumul cronic. Dependența este una psihică. Încetarea bruscă a consumului se asociază cu starea de disconfort, somnolență, fatigabilitate, indispoziție, parestezii, tremor, mioclonii. Recidivele sunt frecvente.

Tipuri de intervenții

Farmacologic, în stările de urgență se administrează simptomatic benzodiazepine sau antipsihotice.

Nicotina

Aspecte farmacologice

Nicotina determina modificari la nivel cerebral, care provoaca o placere de moment. O persoana dependenta de nicotina are de-a face cu o serie de simptome neplacute care sunt indepartate temporar prin fumat.

Simptome de sevraj

Iritabilitate, Accese de furie, Slaba capacitate de concentrare, Frustrare, Cresterea apetitului sau insomnie. In unele cazuri, sevrajul se poate manifesta si prin diaree, constipatie, Neliniste, Depresie, Hipoprosexie

Interventii în dependentă de nicotina

Este indicată psihoterapia (cognitiv-comportamentală). Sub aspect farmacologic se administrează bupropion .



UNIVERSITATEA DE STAT
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMITANU”
din REPUBLICA MOLDOVA

Demențele.

Tulburări mintale organice.

**Tulburări mintale, datorate unei
condiții medicale generale.**

Tulburări psihice post-partum.

Demența. Definiție.

Este o tulburare caracterizată prin **deficite multiple**, care includ:

- ❖ **memoria,**
- ❖ **judecata,**
- ❖ **orientarea,**
- ❖ **cogniția,**
 - **inteligența,**
 - **limbajul,**
 - **percepția,**
 - **atenția,**
 - **concentrarea,**
 - **învățarea,**
 - **rezolvarea problemelor și**
 - **abilitățile sociale.**

Demențele se însoțesc frecvent de **halucinații, deliruri, tulburări anxios-depresive.**

Demența. Epidemiologie.

Vârsta înaintată este cel mai important **factor de risc**.

5% din americanii de peste 65 de ani au demență severă, iar 15% - demență ușoară.

Aproximativ 20% din americanii de peste 80 de ani au demență severă.

O zecime din demențe sunt reversibile.

CAUZE ALE DEMENȚEI (I)

- **Tumori**
- Cerebrale primare
- **Traumatisme**
- Hematoame
- Demența posttraumatică
- **Infecții (cronice)**
- Metastatice
- Sifilis
- Boală Creutzfeldt-Jakob
- Complex SIDA-demență
- **Cardio-vasculare**
- Infarct unic
- Infarcte multiple
- Infarct mare
- Infarcte lacunare
- Boală Binswanger (encefalopatii arteriosclerotice subcorticale)
- **Congenitale/ereditare**
- Boala Huntington

CAUZE ALE DEMENTEI (II)

- **Fiziologice**
- Epilepsie
- Hidrocefalie cu presiune normală
- **Metabolice**
- Deficite de vitamine
- Tulburări metabolice cronice
- Stări anoxice cronice
- Endocrinopatii cronice
- **Demențe degenerative**
- Boala Alzheimer
- Boala Pick (demențe tip lob frontal)
- Boala Parkinson
- Paralizie supranucleară progresivă
- Ferocalcinoză cerebrală idiopatică (boala Fahr)
- Boala Wilson

CAUZE ALE DEMENTEI (III)

- **Demielinizare**
- Scleroză multiplă
- **Droguri și toxine**
- Alcool
- Metale grele
- Intoxicație cu oxid de carbon
- Medicamente
- Iradiere.

Demența. Investigații paraclinice.

Bateria de investigații trebuie să includă semnele vitale, hemo-leucograma completă, VSH, biochimia sanguină completă, nivelurile serice ale vitaminei B 12 și folatului, testele funcției hepatice și renale, testele funcției tiroidiene, examenul de urină, toxicologia urinară, EKG, radiografia toracică, CT sau RMN cerebral și puncție lombară.

Tomografia cu emisie de foton unic (SPECT) poate fi folosită pentru evidențierea patenurilor metabolismului cerebral în unele tipuri de demență.

Demența de tip Alzheimer (DAT)

Definiție. Demență progresivă ireversibilă, care se manifestă prin *două tipuri*:

- cu **debut tardiv** (după vârsta de 65 de ani) și
- cu **debut precoce** (înainte de 65 de ani).

DAT. Epidemiologie.

Este cea mai frecventă cauză de demență.

Constituie 50-60% din totalul demențelor.

Factorii de risc includ:

- sexul feminin,
- istoricul de traumatism cranian,
- prezența unei rude de gradul întâi, care are boala.

Bolnavii cu DAT ocupă mai mult de 50% din paturile din căminele de nursing.

DAT. Etiologie.

Factorii genetici joacă un rol; până la 40% din pacienți au istoric familial de DAT.

Rata concordanței la gemenii monoziгоți este de 43%, față de 8% la gemenii dizigoți.

În unele cazuri s-a documentat o transmitere autosomal dominantă.

Există o asociere între sindromul Down și DAT.

Ar putea fi implicată gena pentru proteina precursora a amiloidului, de pe cromozomul 21.

Neurotransmițătorii implicați cel mai frecvent sunt acetilcolina și noradrenalina. Se consideră că ambii sunt hipoactivi.

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC

Apariția de multiple deficite cognitive:

(1) **Deficit de memorie** (afectarea capacității de învățare a informațiilor noi sau de evocare a informațiilor învățate anterior).

(2) Una (sau mai multe) din următoarele tulburări cognitive:

A. **Afazie** (afectarea exprimării sau înțelegerii limbajului vorbit sau scris; dificultatea găsirii cuvântului adecvat cu apariția de parafazii apropiate de sensul cuvântului dorit).

b. **Apraxie** (afectarea abilității de a efectua activități motorii).

c. **Agnozie** (incapacitatea de a recunoaște sau identifica obiecte).

d. **Perturbarea funcționării executive** (planificare, organizare, secvențializare, abstractizare).

Tratament.

Donepezilul (Aricept), ***rivastigmina*** (Exelon) și ***tacrinul*** (Cognex) sunt inhibitori de colinesterază, care au fost aprobați de Administrația Alimentelor și Medicamentelor (FDA) din SUA ca tratament al bolii Alzheimer.

Aceste medicamente îmbunătățesc cogniția și încetinesc declinul cognitiv la unii pacienți cu boală Alzheimer ușoară până la moderată.

Tacrinul se folosește rar, din cauza toxicității hepatice.

Demența vasculară

Cel de-al doilea tip de demență ca frecvență, care rezultă din boala cerebro-vasculară (tromboze sau hemoragii vasculare).

De obicei, progresează în trepte, odată cu fiecare infarct cerebral suferit de bolnav.

Unii pacienții vor observa momente specifice, când funcționarea lor s-a înrăutățit și, apoi, s-a ameliorat puțin în zilele următoare, până la următorul lor infarct.

Frecvent sunt prezente semne neurologice.

Infarctele pot fi produse de plăci ocluzive sau de tromboembolism.

Constatățile somatice pot să includă suflu carotidian, anormalități ale fundului de ochi și mărirea ventriculilor cerebrali.

Afectarea cogniției poate fi lacunară, unele domenii rămânând intacte.

Epidemiologia DV.

Reprezintă 15-30% din totalul demențelor, având frecvența maximă la persoanele în vârstă de 60-70 de ani.

Este mai puțin frecventă decât DAT și mai frecventă la bărbați decât la femei.

Debutul are loc la o vârstă mai tânără decât cel al DAT.

Factorii de risc includ:

- hipertensiunea,
- patologia cardiacă și
- alți factori de risc ai accidentelor vasculare cerebrale (AVC).

Investigații paraclinice.

CT sau **RMN** vor evidenția infarcte cerebrale.

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC PENTRU DEMENȚĂ VASCULARĂ

(1) **Deficit de memorie.**

(2) Una (sau mai multe) din următoarele tulburări cognitive:

- a. **Afazie** (tulburare a limbajului).
- b. **Apraxie** (afectarea abilității de a efectua activități motorii).
- c. **Agnozie** (incapacitatea de a recunoaște sau identifica obiecte).
- d. Perturbarea funcționării executive (**planificare, organizare, secvențializare, abstractizare**).

B. Afectarea semnificativă a **funcționării sociale sau ocupaționale** și constituie un declin semnificativ față de un nivel anterior de funcționare.

C. **Semne și simptome neurologice de focar** (de ex., :

- exagerarea reflexelor tendinoase profunde,
- răspuns plantar în extensie,
- paralizie pseudobulbară,
- anormalități ale mersului,
- scăderea forței musculare a unei extremități).

Demența în boala Pick

Este o demență **degenerativă primară relativ rară**, asemănătoare clinic cu DAT.

Boala Pick constituie aproximativ 5% din totalul demențelor ireversibile.

Lobul frontal este puternic implicat și pot să apară precoce **semne frontale de comportament dezinhibat**.

Cu o relativă păstrare a funcțiilor cognitive, **sindromul Kluver-Bucy** (hipersexualitate, hiperoralitate) este mai frecvent în boala Pick decât în DAT.

În lobii frontali și temporali se constată atrofie, pierdere neuronală, glioză și depozite intraneuronale numite **corpi Pick**.

Diagnosticul se pune adesea la autopsie, deși CT sau RMN pot să evidențieze implicarea majoră a lobilor frontali.

Demența în boala Creutzfeldt-Jakob (I)

Este o maladie dementțială **degenerativă rapid progresivă**, cauzată de o **infecție cu prioni**.

Prionii sunt o proteină replicativă care cauzează o serie de maladii spongiforme.

Prionii se pot transmite prin utilizarea de dura mater sau de transplanturi corneene contaminate sau prin ingestia de carne de la vite infectate cu encefalopatia spongiformă bovină.

De obicei debutul are loc la un pacient în vârstă de 40-60 de ani.

Primele semne ale bolii pot fi acuze somatice vagi sau senzații neprecizate de anxietate.

Alte semne includ:

- ataxie,
- semne extrapiramidale,
- coreoatetoză și
- dizartrie,
- adesea tresăriri mioclonice.

De obicei boala este fatală în șase până la 12 luni după diagnostic.

Demența în boala Creutzfeldt-Jakob (II)

CT arată **atrofie corticală și cerebelară**.

În stadiile mai tardive apare un aspect EEG caracteristic, care constă de obicei dintr-un patern vârf-undă bilateral sincron, care lasă loc mai târziu complexelor de unde ascuțite sincrone trifazice; activitatea în vârfuri poate să corespundă tresăririlor mioclonice.

Nu există tratament cunoscut.

Demența în Boala Huntington

Definiție.

Boala Huntington este o maladie genetică autosomal dominantă cu penetranță completă (cromozomul 4), caracterizată prin mișcări coreo-atetozice și **demență**.

Persoanele cu un părinte, care suferă de maladia Huntington, au o probabilitate de 50% de a face și ele boala.

Epidemiologie. Incidența este de două până la șase cazuri pe an la 100.000 persoane.

Peste 1000 de cazuri au putut fi legate genealogic de doi frați, care au imigrat în Long Island, statul New York, din Anglia.

Incidența este egală la bărbați și femei.

Diagnostic BH.

Debutul survine, de regulă, la persoane în **vârstă de 30-50 de ani** (frecvent, pacientul a avut deja copii).

Mișcările coreiforme apar, în general, primele și devin din ce în ce mai severe.

Trebuie căutate **antecedentele familiale** de maladie Huntington.

Simptome psihiatrice, complicații asociate, evoluție BH.

- ❖ Simptome schizofreniforme (25%).
- ❖ Modificări ale dispoziției (50%).
- ❖ Modificări de personalitate (25%).

La 90% din bolnavi apare demența, în 25 la sută din cazuri cu debut brusc .

Demența se manifestă mai târziu, **adesea cu elemente psihotice.**

În stadiile inițiale, familia pacientului poate să descrie demența ca pe o modificare a personalității.

Evoluția este progresivă și duce, de regulă, la **exitus** în termen de 15 până la 20 de ani după diagnosticare.

Sinuciderea este frecventă.

Demența în boala Parkinson

Definiție.

Boala Parkinson se manifestă printr-o tulburare idiopatică a mișcărilor, cu debut de obicei tardiv pe parcursul vieții, caracterizată prin:

- bradikinezie,
- tremor de repaos,
- tremor de tip „semnul pilulei”,
- facies fijat (ca o mască imobilă),
- rigiditate în roată dințată,
- mers cu târârea picioarelor.

Afectarea intelectului este frecventă, 40-80% dintre bolnavi devenind demenți.

Depresia este extrem de frecventă.

Epidemiologie. Prevalența actuală în emisfera vestică este de 200 de cazuri la 100.000 de locuitori.

Etiologie BP.

La majoritatea pacienților rămâne necunoscută.

Constatările caracteristice sunt:

- scăderea numărului de celule în substanția nigra,
- descreșterea dopaminei și
- degenerarea tracturilor dopaminergice.

Parkinsonismul poate fi cauzat de traumatismele cranio-cerebrale repetate și de o substanță contaminantă, N-metil-4-fenil-1,2,3,6 tetrahidropiridina (**MPTP**), din heroina sintetică fabricată ilicit.

Tratament BP.

Levodopa (Larodopa) este un precursor al dopaminei care se asociază frecvent cu **carbidopa** (Sinemet), un inhibitor al dopadecarboxilazei, pentru a crește nivelurile cerebrale ale dopaminei.

În asociere sinergică cu L-dopa se mai folosește și **amantadina** (Symadine).

Unii chirurghi au încercat să implanteze țesut medulosuprarenal în creier, pentru a produce dopamină, cu rezultate echivoce.

Depresia este tratabilă cu antidepresive sau ECT.

Demența în HIV-SIDA (I)

Anormalitățile mai profunde includ:

- hipomnezie severă,
- concentrare dificilă,
- marcată bradipsihie și
- probleme cu înțelesul și cu găsirea cuvintelor.

Demența poate să progreseze până la:

- apatie severă,
- confuzie și
- dizabilitate totală.

Demența în HIV-SIDA (I)

Imagistica cerebrală poate să reveleze atrofie cerebrală și zone hipertransparente în substanța albă la tomografia computerizată (CT), precum și arii anormale de semnal intens la RMN, pe lângă anormalitățile metabolice la tomografia cu emisie de pozitroni (PET) și la tomografia computerizată cu emisie de foton unic (SPECT).

EEG arată trasee lente.

Examenul LCR arată niveluri înalte ale B2-microglobulinei și niveluri crescute ale neopterinei și acidului quinolinic.

Mărimea încărcăturii virale în LCR este legată de severitatea demenței.

Examenul neuropatologic arată celule gigante multinucleate, noduli microgliali, infiltrație perivasculară și demielinizare.

Apariția demenței are semnificație prognostică defavorabilă, 50-75% dintre bolnavi decedând în decurs de șase luni.

Incidența demenței a scăzut substanțial odată cu utilizarea terapiei antivirale.

Delirium

Acest sindrom se caracterizează prin tulburări ale vigilității, atenției, memoriei, percepției, gândirii, comportamentului psihomotor, emoției și ritmului ritm-veche.

Poate apărea la orice vârstă, dar este mai frecvent după 60 ani.

Starea confuzională este tranzitorie și de intensitate variabilă; majoritatea cazurilor se remit în 4 săptămâni sau mai puțin.

Totuși, deliriumurile durabile, cu fluctuații peste 6 luni, nu sunt neobișnuite, mai ales când apar în cursul evoluției unei boli hepatice cronice, a unui cancer/ neoplasm sau a unei endocardite bacteriene subacute.

Cel mai des se notează halucinații vizuale, un anumit grad de incoerență a gândirii, schimbări imprevizibile de la hipo- la hiperactivitate, insomnie sau pierdere totală a somnului, inversarea ritmului somn-veche, somnolență diurnă, agravarea nocturnă a simptomelor, vise perturbate sau coșmaruri, care pot continua cu halucinații după trezire, tulburări emoționale, de exemplu, depresie, anxietate, teamă, iritabilitate, euforie, apatie sau perplexitate.

Sindromul amnestic organic Korsakov

Este un sindrom, constând dintr-o alterare gravă a memoriei recente și de lungă durată.

Se păstrează evocarea imediată, dar capacitatea de învățare a unor lucruri noi este mult mai redusă, ceea ce conduce la o **amnezie anterogradă și dezorientare în timp**.

Este prezentă de asemenea și **amnezia retrogradă** cu intensități variate.

Confabularea poate fi o trăsătură importantă.

Percepția și alte funcții cognitive, inclusiv intelectul, sunt de obicei intacte.

Tulburarea catatonică organică

Se manifestă printr-o tulburare a activității psihomotorii:

- a) diminuare (***stupoare psihomotorie***) sau
- b) creștere (***excitare psihomotorie***), asociată cu simptome catatonice.

Tulburare delirantă (de alură schizofrenică) organică

Este o tulburare, în care delirurile persistente sau recurente domină tabloul clinic.

În aceste cazuri, delirurile pot fi însoțite de halucinații.

Pot fi prezente unele trăsături sugestive de schizofrenie, cum ar fi halucinațiile bizare sau tulburarea de gândire.

Tulburări ale dispoziției (afective) organice

Aceste tulburări se caracterizează printr-o schimbare a dispoziției, însoțite, de obicei, de o schimbare la nivelul întregii activități - depresivă, hipomaniacală, maniacală sau bipolară, care au survenit ca o consecință a unei tulburări organice.

Tulburare organică labilă (astenică) emoțional

Este o tulburare, caracterizată prin incontinență sau labilitate emoțională, stare de extenuare și o varietate de senzații fizice neplăcute (de ex., *vertij*) și dureri, dar survenind ca o consecință a unei tulburări organice.

Tulburare organică de personalitate

Se manifestă clinic printr-o tulburare caracterizată de o alterare semnificativă a tipurilor de comportament obișnuite subiectului înainte de survenirea bolii, implicând exprimarea emoțiilor, necesităților și impulsurilor.

De asemenea, alterarea funcțiilor cognitive și de gândire, și sexualitatea alterată pot face parte din tabloul clinic.

Tulburări psihice în tumori cerebrale (I)

Semne neurologice: cefalee caracter matinal, sugerează ceva intracranian, greață, **vărsături** explozibile, fără efort și cel mai adesea urmate de dispariția cefaleei, convulsii, **deficit vizual** ca consecință a edemului papilar până la cecitate prin atrofiere optică.

Sunt posibile practic orice simptome psihiatrice.

Simptomele se datorează adesea creșterii presiunii intracraniene sau efectelor de masă, și nu efectelor directe ale tumorii.

Ideația de sinucidere este prezentă la 10% din bolnavi, de regulă în cursul paroxismelor de cefalee.

Deși rar întâlniți în practica psihiatrică, majoritatea pacienților cu tumori cerebrale au simptome psihiatrice:

- a. Tumorile lente produc modificări de personalitate.
- b. Tumorile rapide produc modificări cognitive.

Tulburări psihice în tumori cerebrale

Tumori de lob frontal - depresie, afect nepotrivit, dezinhibiție, demență, tulburări de coordonare, simptome psihotice.

Sunt confundate adesea cu demențe degenerative primare; frecvent semnele neurologice lipsesc.

Poate să existe incontinență urinară sau fecală.

Tumori de lob temporal - anxietate, depresie, halucinații (în special gustative și olfactive), simptome de epilepsie de lob temporal, psihoză asemănătoare schizofreniei.

Tumori de lob parietal - mai puține simptome psihiatrice (anosognozie, apraxie, afazie); pot fi confundate cu isteria.

Chisturi coloide - care nu sunt tumori.

Se localizează în ventriculul al treilea și pot să comprime diencefalul.

Pot să producă depresie, psihoză, labilitate a dispoziției și modificare a personalității.

Clasic, produc cefalee intermitentă dependentă de poziție.

Tulburări psihice în traumatismele cranio-cerebrale [*head trauma*] (I)

Zona cea mai vulnerabilă la unda de șoc este trunchiul cerebelar. Imagistica cerebrală evidențiază leziunea clasică de *contrecoup* (contralovitură), edemul acut.

Gamă largă de tablouri clinice acute și cronice.

Durata dezorientării constituie un ghid aproximativ în privința prognosticului.

În stadiul acut - amnezie (amnezia posttraumatică se remite adesea brusc), agitație, retragere comportamentală, psihoză (psihoză posttraumatică acută), delirium.

Cronic - amnezie, psihoză, tulburare a dispoziției, modificare a personalității și (rar) demență.

Tulburări psihice în traumatismele cranio-cerebrale [*head trauma*] (II)

Factori care influențează evoluția - personalitatea premorbidă, epilepsia (afectează foarte intens capacitatea de muncă), mediul, litigiile [despăgubiri, culpă etc], repercusiunile emoționale ale traumatismului, răspunsul față de pierderile din sfera intelectului și gradul și localizarea leziunilor cerebrale.

În general, mecanismele de *coping* (adaptare) ale bolnavului pot să afecteze, în cele din urmă, evoluția într-o măsură mult mai mare decât amploarea reală a leziunilor cerebrale.

Tulburări demielinizante

Scleroza multiplă

Mai frecventă în emisfera nordică.

Modificările psihiatrice sunt frecvente (75%).

O stare depresivă se constată din perioada inițială a evoluției.

Mai târziu, odată cu implicarea lobului frontal, poate surveni euforie.

Deteriorarea intelectuală este frecventă (60%).

S-a raportat psihoză, dar ratele acesteia nu sunt clare.

Isteria este frecventă, mai ales în fazele târzii ale bolii.

Simptomele sunt exacerbate de traumele fizice și emoționale.

Din investigațiile paraclinice trebuie să facă parte și RMN.

Neurosifilis (paralizia generală progresivă)

A devenit rar de când există penicilina, dar acum se întâlnește mai frecvent, în asociere cu SIDA.

Invadând parenchimul nervos, treponema produce necroza neuronală, cu dispariția difuză de neuroni, mai ales în cortexul cerebral frontoparietal, în straturile 3-5.

Apare după 10 până la 15 ani de la infecția primară (șancrul) cu *Treponema palidum*:

Scăderea progresivă a cogniției (demență lacunară), tulburări de comportament: gălăgios, cverulent, antisocial, dezinhibiție erotică.

Tulburări psihice din cadrul meningitelor

Meningitele sunt infecții ale învelișurilor neurale.

Când infecția trece și la țesutul nervos avem meningoencefalite. Infecția poate fi virală sau microbiană.

Infecțiile virale dau rareori simptome psihice (somnolență, obnubilare), sau nu dau deloc.

Agenții microbieni pot fi: *meningococul*, *bacilul proteus*, *mycobacterium tuberculosis*, *Cryptococcus* și *Coccidia*.

Simptomele acute variază de la iritabilitate, hiperestezie senzorială, fotofobie, cefalee, stări depresive, anxietate până la stări halucinator delirante sau confuzie.

Simptomatologia sechelară postmeningitică poate consta în irascibilitate, fatigabilitate rapidă, afectarea memoriei.

Se întâlnește în asociere cu SIDA.

Encefalita în cadrul virozelor generale (Virusul herpes simplex).

Tipul cel mai frecvent de encefalită locală; afectează de obicei lobii frontal și temporal.

(Infecția în cursul nașterii poate să ducă la microcefalie, retardare mintală, calcifieri intracraniene și anormalități oculare).

De regulă, debutul este brusc sau rapid.

Simptomele acute sunt somnolența și insomnia (cu dese treziri), alterarea lucidității, neliniște.

După 2-6 săptămâni simptomatologia acută cedează, făcând loc asteniei și insomniei rebele.

După ani de zile se observă modificări de personalitate tip organic, iar la adolescenți – exhibiționism, alte tulburări de comportament: dromomanie, mitomanie, prostituție.

Encefalita rabică

Perioadă de incubație de zece zile până la un an.

Simptomele include spasmuri, paralizia părților corpului, neliniște, hiperactivitate și agitație extremă, frică de apă, stare de confuzie și pierderea conștienței.

Hidrofobie - frica intensă de a bea apă se întâlnește la până la 50% dintre pacienți.

Frica este cauzată de spasmele laringiene și diafragmatice intense care apar atunci când bolnavul bea.

Boala este letală în decurs de zile până la săptămâni de la manifestare.

Tulburări metabolice

Cauză frecventă a disfuncțiilor organice cerebrale.

Encefalopatiile metabolice pot să progreseze de la delirium la stupor, comă și deces.

Encefalopatia hepatică poate să cauzeze modificări ale memoriei, personalității și abilităților intelectuale.

Modificările conștientei se pot întinde de la somnolență la apatie și la comă.

Uremia - afectări ale memoriei, orientării și conștientei.

Simptomele asociate sunt neliniștea, senzația de insecte care se mișcă, tresăriri ale mușchilor și sughiț persistent.

Encefalopatia hipoglicemică - cauzată de excesul endogen sau exogen de insulina.

Simptomele pot să includă greață, transpirații, tahicardie, senzație de foame, neliniște, aprehensiune și halucinații.

Tulburări psihice în hipertiroidism

Simptome frecvente:

- oboseală,
- emotivitate crescută,
- fatigabilitate,
- pierdere în greutate cu poftă de mâncare crescută,
- tremurături,
- palpitații.

Apare presiune a timpului, obligând pacientul la o grabă tot mai mare de a face, de a începe, de a termina.

Poate să cauzeze confuzie, anxietate și depresie agitată, manie, halucinații, deliruri și afectări cognitive.

Tulburări psihice în hipotiroidism

Simptomele somatice includ:

- creșterea în greutate;
- păr subțire, uscat;
- intolerantă a frigului;
- voce îngroșată;
- hipoacuzie.

Mixedemul poate să cauzeze paranoia, depresie, hipomanie, halucinații, lentoare a gândirii și delirium („*nebunia mixedematoasă*”).

După tratamentul hormonal de substituție, 10% dintre pacienți rămân cu afectări neuropsihiatrice reziduale.

Hipotiroidismul subtil, subclinic, poate să se asemene cu tulburările de dispoziție refractare la tratament.

Sindromul Cushing

Producerea excesivă de cortizol, de către o tumoră adrenocorticală sau prin hiperplazie.

Constatările somatice includ obezitatea tronculară, facies în „lună plină”, „cocoașă de bizon” [gibozitate adipoasă în partea superioară a spatelui], vergeturi (striații purpurii), hirsutism și apariția cu ușurință a echimozelor.

Pacientul poate să prezinte deficite de memorie, concentrare redusă, psihoză.

Cauzează tulburare secundară a dispoziției și, adesea, sinucidere.

Tulburări psihice în Boala Addison - Insuficiența corticosuprarenală.

Cauzele cele mai frecvente sunt atrofia cortico-(adreno-) suprarenală sau tuberculoza ori infecția micotică (fungică).

Pacienții pot să prezinte apatie, astenia, adimanie, anorexie, iritabilitate, fatigabilitate și depresie.

Rar apare confuzie sau psihoză.

Tratamentul cu cortizon sau echivalente este, de obicei, eficient.

TULBURĂRI PSIHICE POSTPARTUM.

Tulburările psihice postpartum sunt dereglări mintale, cu risc pentru mamă și pentru copil, asociate cu consecințe semnificative pe termen lung asupra dezvoltării și comportamentului copilului, statutului psihic al mamei.

Factori de risc:

- **hormonali** (nivele de estrogen, progesteron și cortizol scad brusc în decurs de 48 de ore după naștere, prezența sensibilității patologice la modificările de mediu hormonal);

- **psihosociali** (lipsa de sprijin social, conflicte familiale, violența din partea anturajului, evenimente de viață negative, dificultăți financiare, patologie obstetrică);

- **factori biologici** (anamneza familială – depresia post-partum se constată de 20 de ori mai frecvent la femeile cu depresie în anamneză; antecedentele de depresie post-partum sau psihoza în anamneză cresc riscul de recidivă cu 90%, diabetul gestațional):

- **tulburări ale somnului.**

Epidemiologie.

Psihoza post-partum, se constată la 1-2 din 1000 de femei după naștere.

Cel mai mult sunt expuse riscului femeile cu tulburare bipolară în anamneză sau cu antecedente de post-partum.

Până la 85% dintre femei au instabilitate afectivă post-partum.

Depresia post-partum constituie 10-15%.

Postpartum Blues

(Baby Blues, Maternity Blues)

-instabilitate afectivă (oscilații de dispoziție, plâns facil, iritabilitate și neliniște);

- simptomele ajung la maxim în ziua a 4-5-a după naștere, durează câteva zile, dispar spontan pe parcursul primelor două săptămâni de după naștere;

- simptomele nu influențează capacitatea mamei de a funcționa și de a avea grijă de copil.

Depresia post-partum

Se dezvoltă în primele 1-4 luni după naștere, dar poate să apară oricând pe parcursul primului an.

Depresia post-partum se manifestă prin dispoziție depresivă, plâns facil, anhedonie, insomnie, oboseală, inapetență, gânduri autolitice, neliniște sau disperare.

Este specifică și anxietatea manifestă, de asemenea gândurile obsesive privind sănătatea și bunăstarea copilului.

Mama poate să aibă o atitudine ambiguă sau negativă față de copil, fobii și obsesii de a-i provoca daună copilului.

Se notează și scăderea gradului de funcționalitate.

Psihoza post-partum

Se manifestă deja în primele 48-72 de ore sau pe parcursul primelor 2 săptămâni după naștere prin:

- episoade maniacale, depresive sau mixte cu neliniște, insomnie, iritabilitate, care se schimbă rapid și comportament dezorganizat;

Pot să existe idei delirante, referitoare la prunc (de exemplu, copilul este bolnav sau în risc de deces);

Poate fi tabloul clinic asemănător cu tulburarea schizofreniformă.

Pot să existe halucinații auditive imperative, cu pericol asupra copilului; rata de pruncucidere atinge 4%.

Pot să existe tulburări de conștiință (oneiroid, amență, delirium, somnolență, comă).

TRATAMENTUL

Tratamentul nemedicamentos este indicat în cazul simptomelor depresive ușoare și medii la mamele, care alăptează și doresc să evite administrarea medicamentelor).

În aceste cazuri se aplică psihoterapia individuală sau în grup (cognitiv-comportamentală și interpersonală) și grupuri de psihoeducație, sau grupuri de sprijin.

Se va avea în vedere terapia electroconvulsivantă (TEC), care este rapidă, inofensivă și eficientă pentru femeile cu depresie postpartum severă, mai ales cu idei de sinucidere active.

Tratamentul medicamentos

Tratamentul medicamentos este indicat în stări depresive de la moderat la severe.

Se rezolvă problema întreruperii alăptării, se informează mama și rudele despre eventualele riscuri de efecte adverse la copil, iar în cazul continuării alăptării se folosesc medicamente cu siguranță maximă.

Tratamentul medicamentos (antidepresive, timostabilizatoare, neuroleptice, tranchilizante) este combinat cu cel nonfarmacologic.

Spitalizarea în staționar poate fi necesară pentru cazurile severe.

Mulțumesc de atenție

- 1. Tulburările de personalitate.**
- 2. Disfuncții sexuale, parafilii și tulburări ale identității de gen.**
- 3. Tulburări de control al impulsurilor: cleptomania, jocul patologic de noroc, piromania, tricotilomania.**
- 4. Tulburări de somn: disomniile, parasomniile.**

Anatol Nacu

TULBURARE DE PERSONALITATE

Definiție. *Personalitatea* - configurația paternurilor răspunsurilor comportamentale vizibile în viața de zi cu zi este de obicei stabilă și predictibilă.

Atunci când această totalitate diferă într-un mod care depășește domeniul de variabilitate constatat la cei mai mulți oameni, iar trăsăturile de personalitate sunt rigide și maladaptative și afectează funcționalrea și provoacă suferință subiectivă, se poate vorbi despre o tulburare de personalitate.

- **Grupul A: 1.Paranoizi; 2.Schizozi; 3.Schizotipali;**
- **Grupul B: 4.Antisociali; 5.Narcisici; 6.Borderline; 7. Histrionici;**
- **Grupul C: 8. Evitanți; 9.Dependenți; 10. Obsesiv-compulsivi;**

Caracteristici și diagnostic

- **1.** Trăsăturile sunt **pervazive** (extensive) și persistente.
- **2.** Trăsăturile sunt **ego-sintonice** (acceptabile pentru ego), și nu ego-distonice sau străine egoului.
- **3.** Trăsăturile sunt **alloplastice**, și nu autoplastice (pacientul caută să schimbe mediul, nu să se schimbe el însuși).
- **4.** Trăsăturile sunt menținute cu **rigiditate**.

TULBURARE DE PERSONALITATE

- **5.** Protejarea împotriva impulsurilor interne și a stresului extern implică paternuri defensive, cum ar fi:
 - **a. Fantezia: specifică** pacienților schizoizi, care au teamă de intimitate, apropiere pot să pară distanți și să își creeze lumi imaginare.
 - **b. Disocierea.** Afectele neplăcute sunt reprimare sau înlocuite, specifică pacienților histrionici.
 - **c. Izolarea.** Evenimetele sunt reamintite fără afect: pacienții obsesiv–compulsivi.
 - **d. Proiecția.** Tfrăirile neacceptate sunt atribuite altora: pacienții paranoizi.

TULBURARE DE PERSONALITATE

- **e. Scindarea, Clivajul.** Oamenii, evenimentele sunt văzute drept în totalitate bune sau în totalitate rele - pacienții borderline.
- **f. Întoarcerea împotriva sinelui.** - implică eșec intenționat și acte autodestructive deliberate: comportament pasiv-agresiv față de alții (borderline).
- **g. Trecerea la act (*acting-out*).** Dorințele sau conflictele sunt exprimate prin acțiuni, fără conștientizarea reflexivă a ideii sau afectului: tulburarea de personalitate antisocială.
- **h. Identificarea proiectivă.** - sunt forțați să se identifice cu un aspect proiectat al selfului, astfel încât cealaltă persoană resimte sentimente similare cu cele ale pacientului : pacienții borderline.

- **6. Pacientul manifestă fixație în dezvoltare și imaturitate :**
toate tulburările de personalitate

7. Relațiile cu ceilalți sunt perturbate. Pacientul manifestă dificultăți interpersonale în relațiile afective și de muncă și **nu apreciază impactul pe care îl are asupra altora.**

TULBURARE DE PERSONALITATE

- **Epidemiologie**
- **1.** Prevalența este de 6–9%, chiar până la 15%.
- **2.** De regulă, tulburarea de personalitate devine evidentă pentru prima dată **spre sfârșitul adolescenței sau în perioada de adult tânăr, se formează din copilărie.**
- **3.** După însumarea tuturor tipurilor, **femeile și bărbații sunt egal afectați.**
- **4.** **Familia** pacientului are un istoric nespecific de tulburări psihiatrice.

Etiologie

- **1.** Etiologia tulburărilor de personalitate este **multifactorială**.
- **2.** Uneori sunt evidenți anumiți **determinanți biologici** (genetici, leziuni perinatale, encefalită, traumatisme craniene).
- **3.** Istoricul dezvoltării evidențiază adesea **dificultăți interpersonale și probleme familiale**, uneori severe (abuz, incest, neglijare, boală și deces parental).

TULBURARE DE PERSONALITATE

Teste psihologice

- **1.** Testele neuropsihologice pot să evidențieze organicitate. Pot, de asemenea, să fie utile EEG, tomografia computerizată și hărțile electrofiziologice.
- **2.** Testele proiective pot să dezvăluie paternuri și stiluri de personalitate preferate: **Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota–2 (MMPI–2), Testul de Apercepție Tematică (TAT), chestioanre specifice tulburărilor de personalitate.**

Psihodinamică. Majoritatea tulburărilor de personalitate tind să implice problemele:

- **1.** Alterare a funcționării **Eului**.
- **2.** Alterare a **Supraeului**.
- **3.** Probleme cu **imaginea de sine și stima de sine**.
- **4.** „**Puneri în rol**“ ale **conflictelor psihologice** interne în baza experiențelor trecute, cu alterări ale judecății.

Grupa A

Tulburările de personalitate

Paranoidă, schizoidă și schizotipală

- ***Paranoidă***
- Gândirea paranoidă nu este neapărat patologică. Poziția paranoid - schizoidă este o modalitate de bază de organizare a experienței, persistă în psihicul uman în timpul vieții .
- **Gândurile și sentimentele periculoase sau neplăcute sunt clivate, proiectate în afară și atribuite altora .**

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE PARANOIDĂ

- **A. Neîncredere în alții și suspiciozitate față de alții**, pervazive, astfel încât motivațiile celorlalți sunt interpretate ca răuvoitoare, cu începere din perioada inițială a vieții adulte și prezente în contexte diverse, indicate de patru (sau mai multe) din următoarele:
 - (1) **suspectează, fără suficient temei**, că alții îl exploatează, prejudiciază sau înșeală;
 - (2) este preocupat cu **îndoieli nejustificate asupra loialității sau încrederii** pe care o prezintă prietenii sau asociații;
 - (3) **evită să aibă încredere** în alții de teama nejustificată că informațiile respective vor fi **folosite cu rea intenție împotriva sa**;

- (4) **găsește înțelesuri ascunse înjositoare sau amenințătoare** în remarci sau evenimente banale/inofensive;
- (5) **păstrează constant resentimente**, cu alte cuvinte – este neiertător [ranchiunos] față de insulte, injurii sau jigniri;
- (6) **percepe atacuri, care nu sunt vizibile pentru alții**, la adresa caracterului sau reputației sale și, fără întârziere, reacționează mânios sau contraatacă;
- (7) are suspiciuni repetate, lipsite de justificare, la adresa **fidelității partenerului** marital sau sexual.

- Pacienții paranoizi sunt **aduși frecvent de către membri de a familie**, sătui de declarațiile și acuzațiile constante ale pacientului.
- Chiar când încep tratamentul de bună voie, ei **rămân de obicei fără convingerea că ar avea tulburări psihiatrice**. Problemele cu care se prezintă - cum ceilalți i-au tratat prost și i-au trădat.

- Ei abordează fiecare relație cu credința că **cealaltă persoană va „greși” și va confirma suspiciunile sale.**
- În modul de existență paranoid - schizoidă, pacientul trăiește într -o stare de anxietate permanentă izvorâtă dintr - o convingere că **lumea este populată cu străini nedemni de încredere și imprevizibili** (Ogden , 1986).

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-V PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE SCHIZOIDĂ

- A. Patern pervaziv de **detașare de relațiile sociale și gamă restrânsă de exprimare a emoțiilor în contexte interpersonale**, patern care începe în prima parte a vieții adulte și care este prezent în contexte diverse, indicat de patru (sau mai multe) din următoarele:
 - **(1) nici nu dorește și nici nu îi fac plăcere relațiile apropiate**, incluzând faptul că face parte dintr-o familie;
 - **(2) alege aproape întotdeauna activități solitare**
 - **(3) are interes redus sau absent față de experiențele sexuale cu o altă persoană;**

- **(4) îi fac plăcere puține activități, sau nici una;**
- **(5) nu are prieteni sau confidenți apropiați, alții decât rude de gradul întâi;**
- **(6) pare indiferent la laudele sau criticile altora;**
- **(7) manifestă răceală emoțională, detașare sau afectivitate aplatizată.**

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE SCHIZOTIPALĂ

- A. Patern pervaziv de **deficite sociale și interpersonale, marcat de disconfortul acut în**, și capacitatea redusă pentru, relații strânse, precum și de distorsiuni cognitive sau perceptuale și excentricități ale comportamentului, patern care începe în perioada inițială a vieții adulte și care este prezent în contexte diverse, indicat de cinci (sau mai multe) din următoarele:
 - (1) **idei de referință** (se exclud delirurile de referință);
 - (2) **credințe ciudate sau gândire magică** ce influențează comportamentul și nu se potrivesc cu normele subculturale (de ex., **superstițiozitate, credința în clarviziune, în telepatie sau în „al șaselea simț”**; la copii și adolescenți – fantezii sau preocupări bizare);
 - (3) **experiențe perceptuale neobișnuite, incluzând iluzii corporale**;

- **(4) gândire și vorbire ciudate (de ex., vagi, circumstanțiale, metaforice, supraelaborate sau stereotipe);**
- **(5) suspiciozitate sau ideație paranoidă;**
- **(6) afect inadecvat sau conștrictionat;**
- **(7) comportament sau aspect ciudat, excentric sau neobișnuit;**
- **(8) lipsa prietenilor sau confidenților apropiați, alții decât rude de gradul întâi;**
- **(9) anxietate socială excesivă, care nu diminuează odată cu familiarizarea și care tinde să se asocieze cu frici paranoide, și nu cu judecăți negative despre sine.**

- Pacienții schizoizi și schizotipali **trăiesc frecvent la marginea societății.**
- Ei pot fi ridiculizați ca „ciudați” , „stranii” sau „neadaptați” sau pot fi doar lăsați singuri să-și continue o existență solitară și idiosincronică.

- Părinții adolescenților sau ai adulților tineri pot să-i aducă la psihiatru din grija că copilul lor **nu se bucură suficient de viață** (Stone, 1985). Alți pacienți schizoizi sau schizotipali cer tratament psihiatric din voință proprie **din cauza singurătății dureroase**.

- Acești oameni sunt frecvent un mănunchi de contradicții. Akhtar (1987) : „Individul schizoid «aparent» este detașat autosuficient, distrat, neinteresant, asexual..., în timp ce «pe ascuns», este deosebit de sensibil, cu mari nevoi emoționale, vigilent în mod acut, creativ, frecvent pervers și vulnerabil la corupție" (p. 510).

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE ANTISOCIALĂ

- A. Există un patern pervaziv de **ignorare și violare a drepturilor altora**, care survine de la vârsta de 15 ani, indicat de următoarele trei (sau mai multe) din următoarele:
 - **(1) neconformarea cu normele sociale în privința comportamentelor în limitele legii**, indicată de comiterea repetată a unor fapte ce constituie motive de arestare;
 - **(2) înșelătorie, minciuni repetate, folosirea unor nume false sau escrocarea altora pentru profitul sau plăcerea personală;**
 - **(3) impulsivitate sau lipsa unor planuri de viitor;**

- (4) **iritabilitate și agresivitate**, repetate bătăi sau atacuri fizice;
- (5) **ignorarea a siguranței proprii ori a altora**;
- (6) **iresponsabilitate persistentă**, incapacitatea repetată de a susține un comportament de muncă regulat sau de a-și onora obligațiile financiare;
- (7) **lipsă de remușcări**, indiferență față de, sau de raționalizarea faptului că, a prejudiciat sau maltrat pe un altul sau a furat de la un altul.

- Deficitul serios de internalizare al psihopatului duce la **un eșec masiv de dezvoltare a Supraeului** — particularitatea lor clasică.
- **Absența oricărui simț moral** la acești indivizi este una dintre însușirile descurajante care îi fac să pară lipsiți de umanitate.
- **Justificare morală sau raționalizarea comportamentului antisocial** (Meloy, 1988). Confrunțați cu propriul lor comportament antisocial, psihopații răspund că victimele actelor lor antisociale au primit ceea ce meritau. Aleg adesea să mintă sau să evite să-și asume orice fel de responsabilitate pentru comportamentul lor.

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–VPENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE BORDERLINE

- Patern pervaziv de **instabilitate a relațiilor interpersonale, imaginii de sine și afectelor și de impulsivitate marcată**, patern care începe în perioada de adult tânăr și care este prezent în contexte diverse, indicat de cinci (sau mai multe) din următoarele:
 - (1) eforturi de **evitare a abandonării reale sau imaginate**.
 - (2) patern de **relații interpersonale instabile și intense**, caracterizate de **alternarea între extreme de idealizare și devalorizare**;
 - (3) perturbare a identității: **image de sine sau simțământ de sine marcat și persistent instabile**;
 - (4) **impulsivitate** în cel puțin **două domenii** care sunt potențial dăunătoare pentru sine (de ex., **cheltuirea banilor, abuzul de substanțe, șofatul periculos, consumul compulsiv de alimente**).

- (5) **comportament, gesturi sau amenințări suicidare** recurente sau comportament de auto–mutilare;
- (6) **instabilitate afectivă** datorată reactivității marcate a dispoziției (de ex., **disforie, iritabilitate sau anxietate episodice intense**, de regulă cu durată de câteva ore și numai rareori mai mult de câteva zile);
- (7) **simțăminte cronice de gol lăuntric**;
- (8) **mânie neadekvată**, intensă, sau **incapacitatea de a–și controla mânia** (de ex., manifestări frecvente de nervozitate, mânie constantă, lupte fizice repetate);
- (9) tranzitoriu, în legătură cu stresul, **ideație paranoidă sau simptome disociative severe**.

- O analiză de grup a datelor despre acești pacienți a sugerat că există patru subgrupe de pacienți borderline. Acești pacienți au apărut ca ocupând un continuum de la „capătul psihotic” (tipul I) către „capătul nevrotic” (tipul IV). Între cele două extreme, se poate găsi un grup cu afecte negative predominante și cu dificultăți în a menține relații interpersonale stabile (tipul II) și un alt grup (tipul III) caracterizat printr - o lipsă generală a identității, care are drept rezultat nevoia de a împrumuta identitate de la alții.

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE HISTRIONICĂ

Patern pervaziv de **excesivă emoționalitate și de căutare a atenției**, început în perioada de adult tânăr și prezent în contexte diverse, indicat de cinci (sau mai multe) din următoarele:

- (1) se **simte inconfortabil în situații în care nu este în centrul atenției**;
- (2) interacțiunea cu alții se caracterizează adesea prin **comportament nepotrivit de seductiv sau de provocator din punct de vedere sexual**;
- (3) **manifestă expresii emoționale rapid schimbătoare și superficiale**;
- (4) se **folosește constant de aspectul fizic pentru a atrage atenția asupra sa**;

- (5) are un **stil de a vorbi care este excesiv de impresionist și de lipsit de detalii**;
- (6) manifestă **dramatizare de sine, teatralitate și expresie exagerată a emoțiilor**;
- (7) este **sugestibil**, cu alte cuvinte – **ușor influențat** de alții sau de circumstanțe;
- (8) **consideră relațiile pe care le are drept mult mai intime decât sunt**.

- Bollas (2000) - persoanele isterice tind să erotizeze o istorie de viață în care ele sunt obiectul erotic al altcuiva. Ele își petrec mult din viețile lor încercând să găsească „un obiect în așteptare” care le va acorda rolul de obiect al dorinței al acelei persoane.

- Fenomenul partenerilor romantici multipli tipic pentru tulburările de personalitate isterică și histrionică se desfășoară frecvent după un model fix: bărbatul romantic ales nu va fi niciodată cel potrivit și poate fi înlocuit.

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE NARCISICĂ

Patern pervaziv de **grandiozitate (în imaginație sau în comportament), nevoie de a fi admirat și lipsă de empatie**, care începe în perioada de adult tânăr și care este prezent în contexte diverse, indicat de cinci (sau mai multe) din următoarele:

- (1) are o **senzație grandioasă de importanță de sine** (de ex., își **exagerează realizările și talentele**, se așteaptă să fie recunoscut ca superior fără realizări pe măsură);
- (2) este **preocupat de fantezii nelimitate de succes, putere, strălucire, frumusețe sau iubire ideală**;
- (3) **crede că este „special” și unic** și că nu poate fi înțeles decât de persoane speciale, și nu ar trebui să se asocieze decât cu, alte persoane (sau instituții) speciale sau cu statut ridicat;

- (4) **solicită admirație excesivă;**
- (5) are sentimentul că este **are dreptul la așteptări nerezonabile de tratament deosebit de favorabil sau de complianță automată cu propriile sale așteptări;**
- (6) **profită de relațiile interpersonale,** profită de alții pentru a-și atinge propriile sale țeluri;
- (7) **îi lipsește empatia;** nu vrea să recunoască sau să se identifice cu simțămintele și nevoile altora ;
- (8) este **adesea invidios** față de alții sau **crede că alții îl invidiază** pe el;
- (9) manifestă **comportamente sau atitudini arogante** sau superioare.

- **Incapacitatea acestor oameni de a iubi este o tragedie care le afectează viața.** Relațiile interpersonale sănătoase pot fi recunoscute după calități cum ar fi empatia și grija față de sentimentele altora, un interes real față de ideile altora, abilitatea de a tolera ambivalența în relații de lungă durată fără a renunța și capacitatea de a conștientiza contribuția proprie în conflicte interpersonale.

- **Ei abordează oamenii ca pe obiecte care sunt folosite până la epuizare și apoi abandonate conform nevoilor acestora, fără nici un fel de considerare față de sentimentele lor. Oamenii nu sunt văzuți ca având o existență separată sau având propriile lor nevoi.**

- Individul cu tulburare de personalitate narcisică încheie o relație când cealaltă persoană începe să emită pretenții legate de nevoile ei proprii.
- Astfel de relații „nu merg” în termenii necesității narcisistului de a menține propria stimă de sine (Stolorow, 1975).

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE OBSESIV-COMPULSIVĂ

- Patern pervaziv de **preocupare cu ordinea, perfecționismul și controlul mintal și interpersonal, în detrimentul flexibilității**, deschiderii și eficienței, patern care începe în perioada de adult tânăr și care este prezent în contexte diverse, indicat de patru (sau mai multe) din următoarele:
 - (1) este **preocupat de detalii, reguli, liste, ordine**, organizare sau programe, într–un asemenea grad încât **scopul major al activității se pierde**;
 - (2) **manifestă perfecționism** care interferează cu îndeplinirea sarcinii (de ex., **nu poate să termine un proiect pentru că propriile sale standarde excesiv de stricte nu sunt îndeplinite**);
 - (3) este **excesiv de devotat muncii și productivității**, până la **excluderea activităților de timp liber și a prietenilor** (inexplicabil prin necesități economice evidente);

- (4) este **hiperconștiincios, scrupulos și inflexibil în chestiuni de morală, etică sau valori** (inexplicabil prin identificare culturală sau religioasă);
- (5) este **incapabil să arunce obiecte uzate sau lipsite de valoare**, chiar și atunci când acestea nu au o valoare sentimentală;
- (6) **ezită să delege sarcini sau să lucreze cu alții dacă aceștia nu se supun exact modului său de a face lucrurile**;
- (7) **adoptă un stil avar de a cheltui**, atât față de sine și față de alții; banii sunt priviți drept ceva ce trebuie strâns în eventualitatea unor catastrofe viitoare;
- (8) **manifestă rigiditate și încăpățânare.**

- Dificultatea considerabilă o au în exprimarea agresivității, Încăpățânarea - a fost legată de conflicte timpurii de forță cu figurile materne privind exercițiile de învățare de a folosi WC-ul.

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE EVITANTĂ

- Patern pervaziv de **inhibiție socială, sentimente de inadecvare și de hipersenzitivitate la evaluarea negativă**, patern care începe în perioada de adult tânăr și care este prezent în contexte diverse, indicat de patru (sau mai multe) din următoarele:
- (1) **evită activitățile ocupaționale care implică contact interpersonal semnificativ, din cauza temerilor de critică, dezaprobare sau rejecție;**
- (2) **nu dorește să se implice cu oamenii dacă nu este sigur că este simpatizat de aceștia;**
- (3) **manifestă reținere în cadrul relațiilor intime din cauza fricii de a nu fi făcut de rușine sau ridiculizat;**

- **(4) este preocupat de posibilitatea de a fi criticat sau rejectat în situații sociale;**
- **(5) este inhibat în relațiile interpersonale noi din cauza simțămintelor de inadecvare;**
- **(6) se privește ca inapt/inadecvat din punct de vedere social, neatrăgător din punct de vedere personal sau inferior altora;**
- **(7) este neobișnuit de reținut în asumarea de riscuri personale sau în angajarea în orice noi activități, pentru că acestea ar putea să îl pună într-o situație stânjenitoare, jenantă.**

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE DEPENDENTĂ

- **Nevoie pervazivă și excesivă de a fi în grija altuia, ducând la comportament submisiv și adeziv și la temeri de separare, nevoie care a început în perioada de adult tânăr și este prezentă în contexte diverse, indicată de cinci (sau mai multe) din următoarele:**
 - (1) are **dificultăți în deciziile de fiecare zi** în absența unei cantități excesive de sfaturi și reasigurări din partea altora;
 - (2) are **nevoie de alții ca să–și asume responsabilitatea** în majoritatea domeniilor importante ale vieții;
 - (3) are **dificultăți în exprimarea dezacordului cu alții**, din cauza fricii că va pierde sprijinul sau aprobarea acestora.
- **Notă:** A nu se include temerile de răzbunare realiste;

- (4) îi este **greu să inițieze proiecte sau să facă lucruri de unul singur** (din cauza lipsei de încredere în judecata sau capacitățile proprii, și nu din cauza lipsei de motivație sau energie);
- (5) se **străduiește excesiv să obțină protecție și sprijin** de la alții, mergând până la a se oferi voluntar pentru lucruri neplăcute;
- (6) **se simte inconfortabil sau neajutorat atunci când este singur**, din cauza temerilor exagerate că nu va fi capabil să-și poarte singur de grijă;
- (7) **caută imperios o altă relație ca sursă de îngrijire și sprijin, atunci când o relație apropiată ia sfârșit;**
- (8) **se preocupat în mod nerealist de teama de a nu fi lăsat să-și poarte singur de grijă.**

Tulburări ale dorinței sexuale

Tulburarea prin dorință sexuală **hipoactivă** (libido diminuat sau frigiditate),

- 1. deficiența** sau chiar **absența** fanteziilor sexuale și a dorinței de activitate sexuală;
- 2. tulburarea prin aversiune** sexuală, caracterizată prin evitare a contactului sexual genital cu un partener sexual.

Lipsa dorinței poate fi folosită drept **apărare** pentru a se proteja de frici inconștiente, legate de relații sexuale.

Poate fi asociată **tulburărilor** anxioase sau depresive cronice.

Tulburări ale excitației sexuale

Se încadrează **tulburarea erectilă masculină și tulburarea excitației feminine.**

- La **femei** - incapacitatea de a atinge și de a menține o lubrifiere ca răspuns la excitația sexuală și cauzează suferință marcantă sau dificultăți interpersonale.

- La **bărbații** - se manifestă prin incapacitatea de a atinge sau de a menține o erecție adecvată și cauzează suferință marcantă sau dificultăți interpersonale

- Poate avea cauze psihologice (subestimarea personală cu incapacitatea de a avea încredere sau sentimente de inadecvare, dificultăți de relaționare între parteneri).

Tulburări orgasmice

La **femei** - întârzierea sau absența recurentă sau persistentă a orgasmului, după o fază normală de excitație sexuală. Există factori psihologici - teama de sarcină, respingere din partea partenerului sexual, ostilitatea față de bărbați, sentimente de vinovăție în legătură cu impulsurile sexuale sau conflictele din cuplu.

La **bărbați** - realizarea dificilă sau lipsa ejaculării și ejaculare dureroasă.

În cazul în care această inhibare a existat pe tot parcursul vieții, se poate lua în considerare o psihopatologie mai severă.

Inhibiția ejaculatorie, ce și-a făcut apariția la ceva timp după debutul vieții sexuale, reflectă frecvent dificultăți interpersonale.

Ejacularea prematură (precoce)

Afectează 35-40% dintre bărbații tratați pentru tulburări sexuale.

În mod persistent și recurent, aceștia ajung la orgasm și ejaculare înainte de a dori acest lucru. Tulburarea este mai des întâlnită la bărbații tineri, la bărbații cu o parteneră nouă și se consideră că este legată de preocuparea excesivă față de satisfacerea partenerii.

Ejacularea prematură poate fi asociată cu frici inconștiente legate de vagin, poate fi rezultatul unor experiențe inițiale ale bărbatului în care surprinderea de către alții ar fi fost stânjenitoare.

Tulburările prin durere sexuală

Vaginismul este o contractură musculară involuntară a unei părți a vaginului, care afectează actul sexual.

Cauza poate fi un traumatism sexual anterior (violul sau abuzul sexual în copilărie), educația femeii într-un spirit religios strict, puritan, care asociază relația sexuală cu păcatul.

• *Dispareunia* este durerea genitală recurentă sau persistentă, care se manifestă înaintea, în timpul sau după actul sexual, frecventă la femeile cu istoric de viol sau abuz sexual în copilărie.

În cazul **bărbaților** apare această tulburare – coitus dureros sau ejaculare dureroasă, deși mai rar întâlnită.

Poate fi rezultatul tensiunii psihice și anxietății, însă mai frecvent este asociată cu o condiție organică.

Parafiliile

- *Mecanisme de patogenie psihopatologice*
- Din punct de vedere psihodinamic, tiparul de excitație sexuală atipică se dezvoltă, de regulă, înainte de pubertate, fiind implicate cel puțin 3 procese:
- **anxietate sau traume emoționale timpurii**, care interferează cu dezvoltarea psihosocială considerată normală;
- **înlocuirea tiparului de excitație erotică privat a fi normal cu un tipar sexual alternativ**, uneori prin expunerea timpurie la experiențe cu încărcătură erotică, menite să clădească nevoia persoanei de a căuta plăcere sexuală în acestea;
- **tiparul excitant capătă conotații simbolice și elemente de condiționare** (spre exemplu, fetișul simbolizează elementul capabil să genereze excitația, însă s-ar putea să fi fost selectat din cauză că a fost asociat accidental cu o curiozitate sexuală, dorință sau excitație).

Fetișismul

Implică utilizarea unor obiecte neumane ca principală metodă pentru a produce excitație sexuală.

- Tulburarea fetișistă implică excitația sexuală intensă, recurentă prin **folosirea unor obiecte inanimate** sau a unei **atenții exagerate** față de **anumite părți ale corpului** ce provoacă distres semnificativ sau tulburări în funcționarea de zi cu zi.

Cele mai comune fetișuri se pot aminti: obiectele vestimentare din piele sau latex, șorțuri, încălțăminte, lenjerie intimă feminină.

Fetișismul transvestic

Fetișismul transvestic - **îmbrăcarea în haine ale sexului opus** cu scopul de a obține excitație sexuală și variază de la purtarea ocazională a câtorva articole de îmbrăcăminte până la schimbarea totală a îmbrăcăminteii cu cea a sexului opus.

Bărbatul cu această tulburare are o colecție de îmbrăcăminte feminină pe care o utilizează intermitent pentru travestire și în timp ce este travestit, masturbează, își imaginează că este atât subiect masculin, cât și subiect feminin al fanteziei sale sexuale.

De regulă, tulburarea debutează cu travestire în copilărie sau de timpuriu în adolescență.

Exhibiționismul

Excitarea sexuală produsă prin **expunerea organelor genitale în fața unei persoane necunoscute**. Se poate manifesta și prin dorința de a fi privit de alții în timpul unui act sexual

Forma clinică implică practicarea acestui comportament cu un partener, care nu și-a oferit consimțământul sau trăirea unui nivel ridicat de stres secundar, precum afectarea funcționalității sociale sau ocupaționale.

Mai **frecventă în rândul bărbaților**. Unii exhibiționiști pot masturba în timp ce desfășoară acest act și pot fi conștienți de impactul pe care îl are asupra celorlalți indivizi. Contactul sexual este rareori prezent, agresivitatea fizică este improbabilă.

Voyeurismul

Reprezintă plăcerea sexuală de a privi nuduri, oameni dezbrăcându-se sau fiind implicați în acte sexuale.

Acest tip de parafilie poate fi nucleul dificultăților în relația de cuplu sau îi poate provoca individului probleme cu legea.

- Orgasmul este atins prin masturbare odată cu urmărirea actului sexual, fără a-și dori să aibă contact sexual cu cei pe care-i privesc.

Frotteurismul

Reprezintă excitația sexuală produsă de contactul fizic (de obicei prin frecare sau atingere) cu alte persoane în spații publice.

Apare de obicei în spații publice aglomerate, transport public, astfel încât persoana agresată să considere că a fost un accident.

- Majoritatea celor care au o formă clinică de parafilie, sunt bărbați cu vârste cuprinse între 15-25 ani, poate fi identificată și la vârstnici, indivizi timizi, persoane inhibate social sau sexual. Atingerea este privită ca o legătură cu victima.

Masochismul

Presupune umilință, abuz fizic, legare sau orice altă formă de abuz, adresată propriei persoane pentru experimentarea plăcerii sexuale.

- Cele mai comune metode : legarea, înțeparea pielii, aplicarea de șocuri electrice, arderea, lovirea, umilirea prin defecație sau urinat, recurgerea la travestism sau simularea unui viol
- Autoasifixia erotică (asfixiofilia) este un subtip al tulburării masochiste.
- Se produce în momentul sau imediat înaintea atingerii orgasmului. Se folosesc articole vestimentare. Pierderea conștiinței se poate instala rapid din cauza blocării întoarcerii venoase de la nivel cerebral. Aceasta determină tulburări importante de perfuzie cerebrală, iar dacă nu se renunță imediat, pot apărea leziuni cerebrale severe sau deces.

Sadismul

Se caracterizează prin **dorința de a induce suferința fizică sau psihologică** unei alte persoane pentru excitare deplină sau pentru atingerea orgasmului.

Se poate manifesta prin cererea supunerii totale a partenerului.

Pedofilia

Definește direcționarea unor fantezii, nevoi sau comportamente sexuale spre adolescenți sau pre-adolescenți (vârstă mai mică de 13 ani).

Diagnosticul se va stabili în momentul în care persoana este mai mare de 16 ani sau este cu cel puțin 5 ani mai mare decât partenerul minor, care devine ținta fanteziilor sale erotice.

- Mulți dintre pedofili sunt bărbați, atracția poate fi canalizată atât spre fete, cât și spre băieți. Majoritatea pedofililor preferă antrenarea în activități erotice cu persoane de sex opus.
- 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.

Tratament

- Multe studii au arătat că o eficacitate maximă este atinsă atunci când se **combină tehnicile psihoterapeutice cu terapia medicamentoasă**, în special tehnicile **psihodinamice și psihanalitice**, cât și **terapia cognitiv-comportamentală**. Tratamentul urmărește înțelegerea motivelor, maturizarea Eului, **reducerea și controlul comportamentului sexual deviant decât anularea acestuia**.
- Tratamentul **medicamentos antiandrogenic** va fi rezervat persoanelor care prezintă un comportament sexual deviant, manifestat prin riscul de agresare a celorlalți. Antiandrogenii reduc intensitatea erecțiilor, a fanteziilor sexuale sau a stimulării nevoii de implicare în relații sexuale.
- Reducerea nevoilor sexuale a fost sesizată și în cazul utilizării unor antidepresive (inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei), cât și a neurolepticilor atipice.

Transsexualitatea

- **Sexul** se referă la caracteristicile biologice (organe sexuale externe și interne, proporții hormonale specifice, genetica etc.), pe baza cărora ființele umane sunt catalogate ca femei sau bărbați.
- **Genul**, care este un concept referitor la diferențele sociale (în opoziție cu diferențele biologice) dintre femei și bărbați, diferențe care sunt dobândite și susceptibile de a se modifica în timp.
- Cele mai timpurii estimări în ceea ce privește prevalența transgenerității pe mapamond erau de 1 la 37.000 la bărbați și 1 la 107.000 la femei. Cea mai recentă estimare din Olanda a prevalenței segmentului tulburărilor de identitate de gen, reprezentat de transsexualitate, este de 1 în 11.900 la bărbați și 1 în 30.400 la femei

- **Transsexual (TS)** este termenul folosit pentru a defini persoana care simte că trupul său nu corespunde cu identitatea sa de gen.
- Expresia generală, prin care se definesc persoanele TS, este „femeie prizonieră într-un corp de bărbat/bărbat prizonier într-un corp de femeie”.
- Persoanele transsexuale sunt: bărbați-către-femei (male-to-female—MTF) sau femei-către-bărbați (female-to-male—FTM).

TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT DISRUPTIV, DE CONTROL AL IMPULSURILOR ȘI DE CONDUITĂ

• *Tulburarea de opoziție și comportament sfidător*

Prezența frecventă și persistentă a unui tipar de **dispoziție furioasă/iritabilă, de comportament conflictual/sfidător sau răzbunător, care durează cel puțin 6 luni.**

Persoanele cu această tulburare de obicei nu se văd pe ele însele ca fiind furioase, conflictuale sau sfidătoare.

Dacă această tulburare persistă pe tot parcursul perioadei de dezvoltare, atunci aceste persoane au numeroase conflicte cu părinții, profesorii, supraveghetorii, colegii și partenerii de cuplu.

Tulburarea explozivă intermitentă

- Se manifestă prin episoade repetate de comportament agresiv (exploziv), rezultate din incapacitatea individului de a-și controla impulsurile agresive.
- Au debut rapid și o perioadă prodromală scurtă, cu un sentiment de descărcare în momentul acțiunii.
- Durează de obicei mai puțin de 30 de minute și apar ca răspuns la o provocare minoră din partea unei persoane apropiate sau coleg.
- Frecvent, indivizii au episoade mai puțin severe de agresiune verbală și /sau fizică, lipsite de distrugerea bunurilor sau rănirea persoanelor, intercalate între episoade mai severe de distrugerii sau agresiuni.

Tulburarea de conduită

• Un tipar de comportament repetitiv și persistent, prin care sunt **încălcate drepturile fundamentale ale altora sau normele și regulile sociale specifice vârstei**. Aceste comportamente se împart în patru grupuri principale:

- 1.conduită agresivă, care provoacă sau riscă să producă leziuni fizice altor persoane sau animalelor;
- 2.conduită neagresivă, care determină pierderea sau distrugerea bunurilor;
- 3. înșelăciune sau furt;
- 4.încălcarea gravă a regulilor.

Pentru diagnostic este necesară prezența a cel puțin trei tipuri caracteristice de comportament în ultimele 12 luni, cu cel puțin un tip de comportament prezent în ultimele 6 luni.

Piromania (incendierea patologică)

- Prezența mai multor episoade de incendiere deliberată și intenționată.
- Resimt o stare de tensiune sau excitare emoțională înainte de a pune foc.
- Fascinație, interes, curiozitate sau atracție față de foc și contextul asociat acestuia (de ex., accesorii, utilizări, consecințe).
- Simt plăcere, satisfacție sau ușurare când declanșează un incendiu, când sunt martori la efectele lui sau participă la consecințele lui.
- Incendierea nu este produsă pentru câștiguri financiare, ca expresie a unei ideologii socio-politice, pentru a ascunde activități criminale, pentru a exprima furia sau răzbunarea, pentru a-și îmbunătăți condițiile de trai ca răspuns la o idee delirantă sau o halucinație

Cleptomania (Furtul patologic)

Incapacitatea repetată de a rezista impulsurilor de a fura obiecte, chiar dacă acestea nu sunt necesare pentru uzul personal sau pentru valoarea lor financiară.

Senzație subiectivă crescândă de tensiune imediat înainte de a comite furtul și simte plăcere, satisfacție sau ușurare la comiterea furtului.

Furtul nu este comis pentru a exprima furie sau răzbunare și nu apare ca răspuns la o idee delirantă sau halucinație.

Individul fură obiecte în ciuda faptului că de obicei au valoare mică pentru el și că își poate permite să le plătească, iar adesea le dă altcuiva sau le aruncă.

Poate colecționa obiectele furate sau le poate înapoia pe furiș.

Nu-și premeditează furturile și nu iau în calcul riscul de arestare.

Furtul este comis fără ajutorul sau colaborarea altor persoane.

Ludomania (Jocul de noroc patologic)

Înseamnă a risca ceva de valoare în speranța de a obține ceva cu o valoare și mai mare.

Comportament problematic caracterizat prin angajarea persistentă și repetată în jocuri de noroc, cu consecințe negative asupra vieții personale, familiale, și /sau profesionale.

- Individul poate dezvolta un tipar de „recuperare a propriilor pierderi”, caracterizat prin impulsul de a continua să lupte pentru a-și lua revanșa în urma unor pierderi.

Tricotilomania (tulburarea de smulgere a părului)

Caracterizată printr-o lipsă notabilă a părului datorată unor dorințe repetate irezistibile de a smulge fire de 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.

Pot încerca să ascundă sau să camufleze pierderea părului (de ex., prin folosirea de machiaj, eșarfe sau peruci).

Pot căuta un anumit tip de păr pe care să-l smulgă (de ex., fire de păr cu o anumită textură sau culoare), pot încerca să smulgă părul într-o manieră aparte (de ex., astfel încât rădăcina să iasă intactă), pot examina vizual sau acționa tactil sau oral asupra firului de păr după ce l-au smuls (de ex., rulând firul de păr între degete, trăgând șuvița de păr printre dinți, mușcând firul de păr în bucăți sau înghițind părul).

Tulburările de somn

Tulburarea de insomnie.

Caracteristica - cantitatea sau calitatea nesatisfăcătoare a somnului, însoțită de acuze privind dificultatea inițierii sau menținerii somnului.

Problemele de somn se asociază cu disconfort și afectează semnificativ domeniile social, profesional sau alte arii importante de funcționare.

Perturbarea somnului poate surveni în timpul evoluției unei alte tulburări mintale sau afecțiuni medicale, sau independent.

- ***Insomnia de adormire*** (sau *insomnia inițială*) implică dificultatea de adormire la ora de culcare.
- ***Insomnia de menținere a somnului*** (sau *insomnia de mijloc*) implică treziri frecvente sau prelungite în cursul nopții.
- ***Insomnia tardivă*** se caracterizează prin trezirea dimineața devreme și incapacitatea de a readormi.
- Problema de somn durează cel puțin 3 nopți pe săptămână, este prezentă cel puțin 3 luni și survine în ciuda faptului că există condiții adecvate somnului.

Tulburarea de hipersomnie

Somn cu durată excesivă (de ex., somn nocturn prelungit sau somn involuntar pe timpul aceleiași zile),

Deteriorarea calității stării de veghe (tendința spre somn în timpul stării de veghe, trezirea dificilă sau incapacitatea de a se menține treaz atunci când este necesar)

Inerția somnului (o perioadă cu perturbare a 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

- **Ațipirile diurne recurente sau adormirile bruște.**
- Somnolența este prezentă de obicei zilnic, dar trebuie să apară de minimum trei ori pe săptămână, cel puțin 3 luni.
- Narcolepsia **produce cataplexie**, care se manifestă 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 ai întregului corp, cu oscilații ale capului în plan vertical, căderea mandibulei, sau prăbușire totală.** Indivizii sunt treji și conștienți în timpul episodului de cataplexie.

Somnambulismul.

Episoadele repetate de comportament motor complex, inițiate în timpul somnului, care includ ridicarea din pat și deplasarea în jur.

Episoadele de somnambulism debutează cel mai frecvent în timpul somnului cu unde lente, în prima treime a nopții. Starea de alertă și de reacție sunt reduse, individul privește în gol și nu răspunde la încercările celorlalți de a comunica și la eforturile acestora de a-l trezi. Dacă este trezit în timpul episodului (sau la trezire, în dimineața următoare), capacitatea de rememorare a evenimentului este limitată. După acest episod, poate exista inițial o scurtă perioadă de confuzie sau dificultate de orientare, urmată de recuperarea completă a funcției cognitive și a comportamentului adecvat.

Teroarea de somn nocturnă *(teroarea nocturnă sau pavorul nocturn).*

Apariția recurentă a **trezirilor bruște repetate din somn cu un strigăt sau țipăt de panică.**

În prima treime a perioadei principale a somnului și **durează 1-10 minute, în special la copii.** Evenimentele sunt însoțite de stimulare vegetativă extremă și **manifestări comportamentale de teamă intensă.** În timpul unui episod, individul **este dificil de trezit sau calmat.** Își amintește puțin sau nu își amintește deloc visul.

Tulburarea cu coșmaruri nocturne

- Coșmarurile reprezintă secvențe de imagini onirice lungi, elaborate, cu fir epic, **care par reale și care produc anxietate, frică**. Conținutul coșmarului se concentrează pe încercările de a evita sau înfrunta un pericol iminent.
- Coșmarurile care survin după experiențe **traumatice pot reproduce situația periculoasă („coșmarurile replicative”)**, dar majoritatea cazurilor nu se realizează acest lucru. La trezire, coșmarurile **vor fi bine rememorate și pot fi descrise în detaliu**. Ele survin aproape exclusiv **în timpul fazei cu mișcări oculare rapide (REM)** a somnului și ca urmare pot apărea pe tot parcursul somnului, dar sunt mai probabile în a doua jumătate a nopții, când visurile sunt mai lungi și mai intense.

Tulburări de dezvoltare profunde

Tulburări comportamentale și emoționale cu debut de obicei în copilărie și adolescență

**Alina Bologan - asistent universitar,
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală**

Psihiatria Copilului și Adolescentului

Deosebiri dintre psihiatria copilului și psihiatria generală (a adulților):

- Existența copilului și dezvoltarea sa emoțională depind de familie sau îngrijitori
- 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

F84 Tulburari de dezvoltare de tip pervaziv

Un grup de tulburări caracterizate prin anomalii calitative în domeniul interacțiunilor sociale reciproce și de tipare de comunicare și printr-un repertoriu de interese și activități cu caracter restrictiv, stereotipizat și repetitiv.

ICD -10

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

F84.0 Autismul Infantil

- Descriș de Kanner în 1943 ca autism infantil

Se manifestă în fragedă copilărie, afectând funcționarea cotidiană a pacientului și se caracterizează printr-o triadă:

1. *perturbare a raporturilor sociale reciproce*
2. *abilităților de comunicare/ comportament*
3. *acțiuni repetitive*

Epidemiologie

- Incidență — 2 cazuri la 10 000 de populație.
- Raportul dintre incidența tulburărilor autiste la băieți și la fete se află în limitele de 2,6:1 până la 5:1.
- Ultimele decenii se caracterizează prin creșterea numărului de TSA

Tulburările Spectrului Autist

Autismul are un debut precoce care se **manifestă până la primele 30 luni de viață**

Potrivit datelor CDC din Atlanta această tulburare afectează **1 din 58 indivizi în SUA**, în schimb în Europa răspândirea acestei tulburări variază de la țară la țară trecând de la o prevalență de **1 din 160 în Danemarca**, la o prevalență de **1 din 86 în Marea Britanie**, cu un raport dintre **bărbați și femei de 4 : 1**
Sindromul Asperger 11:1

În Italia sunt **100 mii** de copii și adolescenți afectați de autism
Suferă **1 din 100 copii (SINPIA-2014)**

Incidenței tulburării de spectru autist, statistica în RM

- Conform scrisorii 01-1/613 din 10.04.2014 și conform datelor prezentate de Comisia de specialialitate a MSMPS în domeniul psihiatriei, la finele anului 2013, în supravegherea medicilor psihiatri din țară se aflau **220 de pacienți cu autism, inclusiv 191 copii.**
- S-a constatat o creștere îngrijorătoare:
în cazul băieților de la 1 la 56 (conform studiului din 2007)
la 1 la 31 (conform studiului din 2012)

în cazul fetelor de la 1 la 204 (conform studiului din 2007)
la 1 la 143 (conform studiului din 2012)

Situația în Republica Moldova

Conform datelor prezentate de către Agenția Națională pentru Sănătatea Publică, în supravegherea specialiștilor, inclusiv a Centrelor comunitare de sănătate mintală din cadrul instituțiilor medico-sanitare publice de asistență medicală primară s-au aflat:

- *În anul 2015 – 277 copii*
- *În anul 2016 – 349 copii*
- *În anul 2017 – 414 copii*
- *În anul 2018 – 523 copii*

.

Rata autismului

Copii de 8 ani

Înainte de 1990	1 din 2,000
2007	1 din 150
2012	1 din 88
2014, 2016	1 din 68
2018	1 din 59
	[Rata natalității în 2006]

- De ce s-a produs o creștere a autismului?

Nu există un marker genetic
sau biochimic

Există un marker clinic:

Tulburări de Interacțiune

Etiopatogenia multifactorială

GENETICA

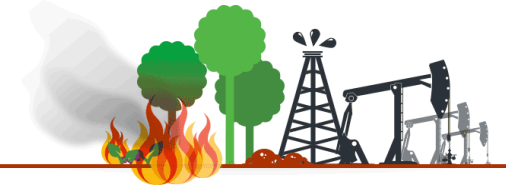
Există forme doar de natură genetică, chiar dacă într-o măsură mai mică, 20% din cazuri

EPI-GENETICA

Întâlnirea dintre o predispoziție genetică și mediul înconjurător

Mediul Înconjurător

Există factori de mediu care pot provoca autismul



Cauze - Genetica

- În ultimii cinci ani, cercetările au arătat că mulți din cei care se angajează în comportamente autiste au tulburări interconexe, dar distincte: *Sindromul Angelman*, *Sindromul Prader-Willi*, *Sindromul fragil X*, *Sindromul Williams*, *Sindromul Sotos*, *Sindromul Cornelia de Lange etc.*



Multe gene un autism...?

Biologia emergentă a tulburărilor de spectru autist

Matthew W. State, Nenad Šestan.

Science 14 Sep. 2012. Vol. 337, Issue 6100, pp. 1301-1303)

În ceea ce privește componenta genetică în autism, vorbim despre două relații:

- “**Toți pentru unul**” sau mai bine spus multe gene implicate/ identificate, dar fiecare dintre ele este responsabilă doar pentru 1% din cazuri.
- “**Unul pentru toți**” o genă este asociată cu autism, dar poate determina și alte patologii. (ADHD, Schizofrenia etc.)

Cauze - Genetica

Studiu canadian 2015

- Au fost examinate 85 familii cu doi sau mai mulți copii cu autism
- Au fost investigate 100 variații de gene considerate drept susceptibile de a contribui la autism
- 69% din frații din spectru purtau diferite mutații aferente autismului
- 31% suprapuneri în mutațiile genetice

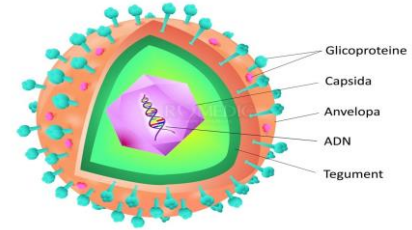
Cauze - Epigenetica

Studiu al Universității Stanford, 2011

- Au fost examinați 192 gemeni cu autism
- Mediul contribuie în măsură de 58%
- Genele contribuie în măsură de 38%



Cauze – mediul înconjurător



Virus – pre- sau post-natal

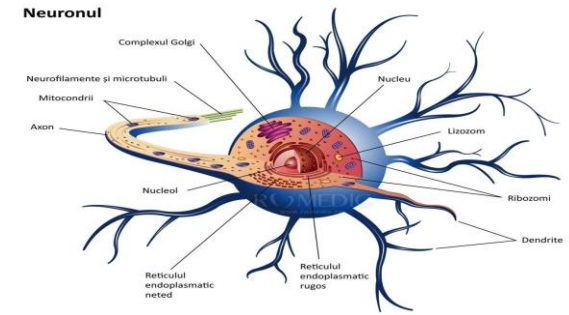
- Rujeola, rubeola congenitală, virus herpes simplex, oreion, varicelă și citomegalovirus.

Toxine din alimente, apă și aer

- Pesticide
- Gaze de eșapament



Creierul



- Dimensiuni mari ale creierului
 - Prea mulți neuroni
 - Autism mai sever
- Mai puțini neuroni lungi pentru a conecta diferite zone ale creierului

Bărbați versus femei

- Înainte de 1990
 - 3 bărbați versus 1 femeie
- După 1990
 - 4 (sau 5) bărbați versus 1 femeie
- Femeile au o formă mai severă de autism – această constatare este în prezent discutabilă.
- **În ultimii 5 ani, am conștientizat că multe femei sunt sub-diagnosticate.**
 - Posibil, criteriile pentru autism au fost elaborate pentru diagnosticarea bărbaților, nu a femeilor.
 - Femeile sunt mai sociale și multe dintre simptomele lor “autiste” sunt mai subtile
 - “Insistența asupra uniformității” poate fi interpretată ca obsesiv-compulsivă.
 - “Mâncatul selectiv” poate fi interpretat ca anorexie.

FACTORI DE RISC

Genetici

- Autismul este considerat cea mai frecventă tulburare cu predispoziție genetică;
- Schizofrenia pe linie maternală crește circa de 3 ori riscul de autism la urmași;
- A fost stabilită relația dintre depresia la mamele copiilor cu autism;
- Rudele persoanelor cu TSA au probabilitatea de a dezvolta tulburarea în circa 2-6 %;

Neuroanatomici/neurobiologici

- Macrocefalia ar putea fi asociată cu riscul pentru TSA;
- Anomalii structurale ale cerebelului, amigdalei, hipocampului și ganglionilor bazali;
- Activarea anormală la nivelul sulcusului temporal superior;
- Anomalii congenitale legate de SNC, inclusiv paralizia cerebrală;
- Encefalopatii neonatale sau epileptice, inclusiv spasmele infantile.

FACTORI DE RISC

De mediu

- Se consideră că factorii externi prezintă risc pentru TSA indirect, prin acțiunea asupra încărcăturii genetice.
- Risc pentru TSA îl prezintă toxinele, insecticidele, pesticidele mercurul, nichelul, plumbul, arsenul, manganul;
- Poluarea aerului și anume creșterea concentrației de ozon, oxid de carbon, dioxid de azot și dioxid de sulf ar putea avea legătură cu apariția TSA;
- Deficitul vitaminei D și a acidului folic sunt considerate alte cauze posibile
- Scăderea cu 5 % a normei de omega-3 crește riscul de TSA;
- Riscul pentru TSA crește în cazul virușilor
- Hemoragiile în perioada de gestație cresc riscul pentru TSA în 81 %;
- Vârsta înaintată a părinților crește riscul pentru TSA (cu 29 % la fiecare 10 ani de vârstă a tatălui);

Imunologici

- Incompatibilitatea imunologică este considerată posibilă în dezvoltarea TSA.

Principalele semnale de alarmă ale TSA

- Reciprocitate emoțională slabă;
- Contact vizual limitat sau deloc;
- Nu răspunde la numele său sau la voce familială;
- Lipsa exprimării bucuriei;
- Nu imită mișcările și expresiile feței
- Lipsa coordonării privirii, expresiei faciale, gesturilor cu sunetele;
- Lipsa atenției conjugate;
- Mișcări și posturi repetitive ale corpului;
- Mișcări repetitive cu obiectele;
- Regresul în dezvoltare

Screening

Screening-ul va fi efectuat dacă se vor constata careva din simptomele specifice pentru TSA:

- Lipsa pronunției sunetelor și silabelor până la vârsta de 12 luni
- Lipsa gesticulației până la 12 luni
- Lipsa vorbirii până la 16 luni
- Lipsa construcțiilor minim din două cuvinte spontane până la vârsta de 24 de luni
- Oricare regresie a vorbirii și abilităților sociale la orice vârstă
- Abilități sociale insuficiente pentru vârsta avută

Pentru medici de familie:

Testul **M-CHAT-R**. Conține 20 întrebări și este preconizat pentru vârsta **între 16 și 30 luni**.



Testul M-CHAT-R

Nr.	Întrebarea	D a	N u
1	Dacă indicați un anumit obiect din cameră, copilul se uită la el? (De exemplu, dacă indicați o jucărie sau un animal, copilul dvs. se uită la jucărie sau la animal?)		
2	Nu v-ați gândit vreodată că copilul dvs. este surd?		
3	Copilului dvs. îi place să se prefacă? (De exemplu, se prefacă că bea dintr-o ceașcă goală, că vorbește la telefon, că hrănește o păpușă sau o jucărie-animale?)		
4	Copilului dvs. îi place să urce pe obiecte? (De exemplu, pe mobilă, pe terenul de joacă, pe scări?)		
5	Copilul dumneavoastră face mișcări neobișnuite cu degetele lângă cap și ochi? (De exemplu, scutura degetele în jurul ochilor?)		
6	Arată copilul dvs. cu degetul, dacă dorește să ceară ceva sau cere ajutor? (De exemplu, arată spre o gustare sau o jucărie la care nu poate ajunge?)		
7	Copilul dvs. arată cu un deget spre un lucru interesant, pe care vrea să vi-l arate? (De exemplu, spre un avion care zboară sau un camion mare pe drum?)		
8	Este copilul dumneavoastră interesat de alți copii? (De exemplu, copilul dvs. se uită la alți copii, le surâde sau se apropie de ei?)		
9	Copilul vă aduce lucruri pentru a le vedea, vi le arată - nu pentru a-l ajuta, ci doar pentru a se împărtăși? (De exemplu, vă arată o floare, un animal-jucărie, un camion-jucărie?)		
10	Copilul dvs. răspunde când îi spuneți numele? (De exemplu, se uită la dvs., vorbește sau găngurește, își oprește acțiunile, când își aude numele?)		

Testul M-CHAT-R

Nr.	Întrebarea	D a	N u
11	Când îi zâmbiți copilului, vă zâmbește înapoi?		
12	Copilul dvs. este deranjat de zgomotul cotidian? (De exemplu, țipă sau plânge ca răspuns la zgomotul unui aspirator sau al muzicii puternice?)		
13	Copilul dvs. merge?		
14	Copilul dvs. vă privește în ochi când vorbiți cu el, vă jucați sau îl îmbrăcați?		
15	Copilul dvs. încearcă să copieze ceea ce faceți? (De exemplu, flutură din mâna, bate din palme, strigă vesel după dvs.)		
16	Dacă întoarceți capul pentru a vă uita la ceva, copilul dvs. se uita în jur pentru a vedea la ce vă uitați dvs.?		
17	Copilul dvs. încearcă să vă facă să vă uitați la el? (De exemplu, copilul se uită la dvs. pentru a auzi laude, pentru a spune "privește" sau "privește la mine".)		
18	Când îi spuneți să facă ceva, copilul înțelege? (De exemplu, dacă nu arătați spre obiect, poate copilul să înțeleagă cuvintele "pune cartea pe scaun" sau "adă-mi o plapumă"?)		
19	Dacă se întâmplă ceva nou, copilul se uită la dvs. în față pentru a înțelege exact ce simțiți referitor la acest lucru? (De exemplu, dacă aude un zgomot straniu sau amuzant sau vede o jucărie nouă, se va uita la fața dvs.?)		
20	Copilul iubește activitățile mobile? (De exemplu, atunci când este aruncat în sus sau legănat pe picioare?)		

CRITERII DE DIAGNOSTIC ICD-10

1. Tulburări calitative ale interacțiunii sociale:

- incapacitatea de a folosi privirea, reacțiile faciale, gesturi și postură în scopuri de comunicare;
- incapacitatea de a forma interacțiunea cu semenii pe baza unor interese, emoții, activități comune;
- incapacitatea, în pofida premiselor formale prezente, de a stabili norme de comunicare adecvate cu vârsta;
- incapacitatea de a răspunde emoțional la mediul social, lipsa răspunsului sau răspuns deviant la sentimentele altora, integrarea instabilă a comportamentelor sociale, emoționale și de comunicare;
- incapacitatea de a trăi spontan bucuria, interesele sau activitatea cu cei din jur.

2. Schimbări calitative în comunicare:

- Întârzierea sau întreruperea completă a dezvoltării vorbirii orale, neînsoțită de mimică compensatorie, gesturi, ca o formă de comunicare alternativă;
- imposibilitatea relativă sau completă de a începe comunicarea sau a susține contactul verbal la nivelul corespunzător cu alte persoane;
- stereotipii verbale sau utilizarea inadecvată a cuvintelor și expresiilor, absența jocurilor simbolice la o vârstă fragedă, jocurilor cu conținut social.

CRITERII DE DIAGNOSTIC ICD-10

3. Modele stereotipice limitate și repetitive în comportament, interese și activități

- orientarea spre unul sau mai multe interese stereotipice, anormale prin conținut, fixarea asupra unor forme comportamentale nespecifice, nefuncționale sau asupra unor acțiuni ritualice, mișcări stereotipice în membrele superioare sau mișcări complexe cu tot corpul;
- preocuparea preponderentă de obiecte separate sau de elemente nefuncționale ale materialului de joc.

4. Probleme nespecifice

- temeri, fobii, excitație, tulburări de somn și de abilități de luare a mesei, accese de furie, agresiune, automutilări.

Diagnostic diferențial

- Sindroame cromozomiale sau genetice specifice (Rett, X fragil, Angelman, Down, Cornelia de Lange, Cri-du-chat etc)
- Dizabilitatea intelectuală fără tulburare din spectru autismului
- Sindroame somatice (paralizie, surditate, orbire, etc)
- Tulburarea obsesiv compulsivă
- Deficitul de atenție și hiperactivitatea (ADHD)
- Depresie timpurie
- Tulburări de atașament
- Tulburare de identitate disociativă Mutismul selectiv
- Schizofrenia

Comorbidități TSA

- Aproximativ 30% dintre cei diagnosticați cu TSA suferă simultan de anxietate.
- Sindromul deficitului de atenție cu hiperactivitate (ADHD) (21-72%)
- Tulburarea obsesiv compulsivă
- Tulburarea comportamentală de opoziție
- Tulburări de dezvoltare a coordonării
- Tulburări de aport alimentar de tip evitant/restrictiv și pica
- Afecțiuni gastro-intestinale 70% din copii
- Tulburări de somn (40-80%)
- Epilepsia
În populația generală doar 1-2% din copii fac epilepsie,
Prevalența acestei boli la cei cu **TSA** este între 5 și 38%.

Prevalența TSA

- Dizabilitate intelectuală 8%-27.9%
- Sindromul X Fragil 24%-60%
- Scleroza Tuberoasă 36%-79%
- Encefalopatia neonatală/Encefalopatia epileptică/Spasme infantile 4%-14%
- Paralizie cerebrală 15%
- Sindrom Down 6%-15%
- Distrofie Musculară 3%-37%
- Neurofibromatoză 4%-8%

Probleme medicale frecvente în cadru TSA

Gastro-intestinale

- Constipație
- Diaree cronică
- Balonare, gaze excesive

Cauze posibile

- Lipsa diversității bacteriilor benefice
- Dietă proastă, în special mâncat selectiv
- Consum redus de apă

Sistem imunitar

- Piele – eczeme
- Alergii alimentare – grețuri, dureri de cap

Cauze

- 30% din cei estimați au un sistem imunitar compromis
- Genetica, toxine

Cum tratăm?

Principalul obiectiv al tratamentului este îmbunătățirea capacității generale a copilului de a funcționa și a atinge potențialul său maxim prin:

- minimalizarea simptomelor de bază ale autismului
- facilitarea dezvoltării și învățării
- promovarea socializării
- reducerea comportamentelor maladaptative
- educarea și suportul familiei

Tratament

- Nu există un tratament specific
- 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.

Intervenția educațională include terapii comportamentale:

- Terapia comportamentală aplicată (ABA)
- Predare structurată (TEACCH)
- Intervenții senzoriale

- Integrare senzorială
 - *Stimulare tactilă*
 - *Vestibulară – legănat*
- Comunicare
 - *Sistem de comunicare prin schimb de imagini (PECS)*
 - *Planșete și alte aparate de comunicare*
 - *Limbajul semnelor*

Tratament pentru probleme gastro-intestinale

- Transfer fecal – Tratament cu microbioterapie
 - Ameliorări în problemele gastro-intestinale și comportament
 - Durează cel puțin 2 ani
- Dietă fără gluten / fără cazeină
- Probiotice
- Enzime digestive
- Consum de apă

Consum de apă

DRI Water Intake for Children

Age	Gender	Intake in Liters/Day	Intake in Cups/Day
4 – 8 years	Male and female	1.7 L/day	7.2 c/day
9 – 13 years	Male	2.4 L/day	10 c/day
9 – 13 years	Female	2.1 L/day	9 c/day
14-18 years	Male	3.3 L/day	14 c/day
14-18 years	Female	2.3 L/day	9.75 c/day

Source: *Institute of Medicine of the National Academy of Science. Dietary Reference Intakes (DRIs) Tables. Recommended Daily Allowance and Adequate Intake Values: Total Water and Macromutrients. 2005.*

F84.1 Autism Atipic

- Un tip de tulburare de dezvoltare pervasive care diferă de autism infantil atât prin vîrsta izbucnirii, cît și prin neîndeplinirea tuturor criteriilor de diagnostic
- Dezvoltare anormală și insuficientă care se manifestă după vîrsta 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

Simptome și sindroame

Criteria de diagnostic pentru AA: aprofundarea izolării autiste, până la autismul „extrem de sever”

- a vorbirii,
- motricității,
- a abilităților de îngrijire
- jocului.
- sfera emoțională nu este dezvoltată
- sunt prezente stereotipii motorii catatonice
- în palmele mâinilor se atestă mișcări stereotipice de tip spălare, ștergere, sunt frecvente: bătăile pe bărbie și fluturarea mâinilor
- dezvoltarea psihică a copilului se oprește
- vorbirea nu se formează, este posibilă ecolalia.
- se dezvoltă defectul tip oligofren
- delirul și halucinațiile în copilărie lipsesc.

Diagnostic diferențial

- Schizofrenia
- DI (Dizabilitatea intelectuală)
- Defectele organelor auditive (senzoriale)
- Tulburările în dezvoltarea vorbirii.
- Evoluția negativă a bolii și creșterea deficitului cognitiv admit stabilirea diagnosticului de schizofrenie infantilă malignă (F20.8xx3).
- Formele psihotice de autism atipic cu scăderea intelectului (F84.11, F70)
- Formele nepsihotice de AA (F84.11, F70), comorbide cu DI se atestă în sindroamele genetice (Martin-Bell, Down, Williams, Sngelman, Aotos etc.) și bolile de origine metabolică (fenilcetonurie, scleroza tuberoasă etc.)

F84.2 Sindromul lui Rett

- Sindromul Rett (RS) reprezintă o tulburare de dezvoltare neurodegenerativă, asociată cu cromozomul X, legată de mutațiile din gena **MECP2**, constatată în principal la pacientele de sex feminin
- 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**.
- Comportamentul agresiv și autovătămarea sunt destul de rare, de multe ori nu este nevoie de medicamente antipsihotice pentru controlul comportamentului provocator.

Factori de risc și epidemiologie

- RS se constată la 1:10000 - 1:15000 fete (Hagberg, Hagberg, 1997)
- Mutațiile s-au depistat în 80-95 % dintre cazurile de RS clasic. La 99,5%, RS apare din cauza patologiei genei MECP2, sau a moștenirii acesteia de la unul din părinți cu mozaicism.
- Dacă mama copilului bolnav are o genă patologică MECP2, atunci riscul de îmbolnăvire constituie 50%

Criteria de diagnostic pentru sindromul RETT

F84.2 [CIM-10]

A. Perioada pre-și perinatală aparent normală și o perioadă de dezvoltare psihomotorie normală în primele 6 luni și circumferința normală a capului la naștere

B. Încetinirea creșterii capului între cinci luni și patru ani și pierderea aptitudinilor manuale dobândite între vârsta de 6 și 30 de luni care este asociată cu disfuncții de comunicare și afectarea interacțiunilor sociale și apariția mișcărilor slab coordonate /instabile de mers și / sau trunchi

C. Afectarea gravă a limbajului expresiv și receptiv, asociat cu întârziere psihomotorie severă .

D. Mișcări stereotipe ale mânilor (cum ar fi răsucirea mâinilor sau spălarea) cu pierderea asociată sau în timp a mișcărilor manuale intenționate

Evoluția

Stadiul I:

- **regres în dezvoltare (stagnare)** (6–18 luni) motricității și a ritmurilor de creștere a capului, lipsa de interes față de joc, pierderea sau lipsa de contact vizual; hipotonie musculară; răsucirea mâinilor; calmitate neobișnuită; respirație reținută cu producere de sunete.

Stadiul II:

- **regres în dezvoltarea neuropsihică** (1- 4 ani): comportament autist; iritabilitate, agitație; mișcări stereotipice cu mâinile; apnee care alternează cu hiperventilație; sunt posibile convulsii și emiterea unor sunete care amintesc de echivalentele convulsive, copilul încetează să vorbească; tulburări de somn, strabism periodic.

Evoluția

Stadiul III:

- **pseudostagnare (2-10 ani):** Se caracterizează prin ameliorarea comportamentului. Apare contactul emoțional și vizual, abilități de folosire a mâinilor, somnul se îmbunătățește. Apar mișcări stereotipice cu mâinile, tulburări extrapiramidale, intensificarea rigidității, a bruxismului, ataxiei, hiperkinezelor. Aceste stări sunt însoțite de disfuncție motorie, scolioză și, eventual, convulsii. Sunt posibile dificultăți respiratorii; un adaos în greutate mic în condițiile unei poftede mâncare bune;

Stadiul IV:

- **progresarea dereglărilor motorii (> 10 ani).** Contactul vizual se menține. Convulsiile devin mai rare, este posibilă comunicarea emoțională. Dar apare o reducere accentuată a activității motorii, mersul încetează. Are loc retardarea în creștere - fără retardare în maturarea sexuală.

Semnele clinice cele mai frecvente ale sindromului Rett

Mișcări stereotipice ale mâinilor, calificate drept semnele cele mai caracteristice ale sindromului Rett

Ataxie și apraxie.

Microcefalie.

Activitatea cognitivă este extrem de restrânsă, pacienții prezintă capacități intelectuale, de vorbire și adaptive extrem de restrânse.

Dificultăți de respirație (hiperventilație, apnee)

Scolioză.

Convulsii în 50-80% dintre cazuri.

RS se clasifică în 2 tipuri:

clasic

atipic.

Diagnostic diferențial

Etapa I

- hipotonie congenitală benignă
- paralizie cerebrală
- sindrom Prader-Willi
- sindrom Angelman
- tulburări metabolice (sindromul alcoolului fetal și trisomia 13)
- Sindromul X fragil

Etapa II

- tulburari de dezvoltare pervazive
- tulburarea dezintegrativă a copilăriei
- sindrom Angelman
- encefalite
- sindrom Landau-Kleffner
- scleroză tuberoasă
- tulburări metabolice (fenilcetonurie și deficit de ornitină transcarbamilază)

Diagnostic diferențial

Etapa III

- ataxie spastică
- paralizie cerebrală
- degenerare spinocerebeloasă
- leucodistrofii
- distrofie neuroaxonală
- sindrom Lennox-Gastaut
- sindrom Angelman

Etapa IV

Alte tulburări degenerative

Tratament

Terapia nemedicamentoasă:

- optimizarea capacităților individuale
- terapia verbală și fizică intensă,
- gimnastica terapeutică,
- înot
- metode de comunicare alternative (tehnologii și programe computerizate), meloterapia.

Terapia medicamentoasă:

- tratamentul simptomatic (convulsii, agitație, tulburări de somn, apnee, mișcări stereotipice cu mâinile, dereglări gastrointestinale)
- se folosesc diverse grupuri de medicamente: L-carnitină, magneziu, melatonină, zaleplonă, zolpidem, propranolol, preparate antiepileptice, (carbamazepină, acid valproic, lamotrigină).

F84.5 Sindromul 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

Simptoame și sindroame

- Dificultăți de legăturile sociale, răceală emoțională
- Dereglări ale capacităților de comunicare
- Dereglări de vorbire și auz
- Patologia sensibilității senzoriale

Tabloul clinic în AS poate fi:

- cu/fără dereglări intelectuale manifestate
- cu/fără dereglări de limbaj
- cu tulburare neuropsihotică sau comportamentală
- cu catatonie
- patologia mișcărilor mâinilor și imitarea mișcărilor

Diagnostic diferențial

- hipoplazia adrenală,
- consecințele traumatismului la naștere,
- deficitul cognitiv,
- tulburări de educație,
- sindromul obsesiv-compulsiv, sindromul Rett,
- sindromul fetal alcoolic,
- cromozomul X fragil,
- trisomia X,
- dereglări auditive,
- dislexia, hiperplexia, tulburări de identitate,
- tulburări de vorbire și de limbaj, leziunea sau disfuncția emisferei drepte a creierului, dereglarea integrării senzoriale, colagenoze.

Tratament

Terapia nemedicamentoasă:

- Strategii de comunicare și de limbaj
- învățarea abilităților sociale
- terapia psihoeducativă familială
- logopedia
- fizioterapia și terapia comportamentală
- analiza comportamentală aplicată (ABA)

Terapia medicamentoasă:

- tratamentul simptomatic (depresie, distimie, tulburare bipolară, sindromul Tourette, anorexia nervoasă și schizofrenia, tulburarea obsesiv-compulsivă sau tulburarea de anxietate generalizată)
- FDA a aprobat aplicarea **risperidonei** și a **aripiprazolului** la copii în tratamentul iritabilității, agresiunii, stereotipiilor.
- Copiii cu TSA deseori prezintă tulburări de somn, care pot fi ameliorate cu ajutorul melatoninei.

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, comunicare și comportament
- 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

Tulburări comportamentale și emoționale cu debut 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 debut specific în copilărie
- F94 Tulburări de funcționare socială cu debut specific copilăriei și adolescenței
- F95 Tulburări de tipul ticului
- F98 Alte tulburări emoționale și comportamentale cu debut care, de obicei, apare în copilărie și adolescență

F90 Tulburări Hiperkinetice

- ADHD - tulburare neurobiologică cronică, care afectează capacitatea individului:
 - de a-și regla pozitiv nivelul de activitate (*hiperactivitate*)
 - de a inhiba comportamentul (*impulsivitate*)
 - de a îndeplini sarcini (*neatenția*).
- Studiile populaționale sugerează că ADHD apare la aproximativ **5%** din copii și **2,5%** din adulți.
- ADHD este o afecțiune frecventă printre tineri (copii și adolescenți), cu rata prevalenței de aproximativ 3,4%; frecvența crescută în rândul băieților.

Factori de risc

Factori de temperament:

- nivel scăzut de inhibiție de control și de restricție comportamentală;
- emotivitate negativă și/sau cu un nivel ridicat de căutare a noului

Factori de mediu:

- Greutatea foarte mică la naștere (sub 1500 de grame).
- Un număr mic de cazuri poate fi asociat cu reacții la aspecte care țin de dietă.
- Poate exista un istoric de abuz asupra copilului, de neglijare, de schimbare frecventă a orfelinatelor
- expunere la neurotoxine (e.g., plumb), de infecții (e.g., encefalită), sau de expunere la alcool în utero.

Factori genetici și fiziologici:

- prevalență crescută printre rudele de gradul I ale indivizilor care au ADHD.
- Posibile influențe asupra simptomelor ADHD pot fi considerate tulburările vizuale și auditive, anomaliile metabolice, tulburările de somn, carențele nutriționale și epilepsia.
- ADHD nu se asociază cu trăsături fizice specifice, deși unele anomalii fizice minore pot avea frecvență relativ crescută (e.g., hipertelorismul, bolta palatină ogivală, inserția joasă a urechilor).

Semnale de alarmă

- Probleme în organizare
- Performanța neconstantă în lucru/ procesul de învățământ
- Dificultăți în gestionarea furiei
- Probleme în familie/ mariaj
- Dificultăți în menținerea rutinelor gospodărești, modele de somn și alte activități de autoreglare.
- Dificultăți în gestionarea finanțelor.
- Dependente
- Accidente frecvente, fie din imprudență, fie din neatenție.
- Probleme de conducere amenzi pentru viteză, accidente grave,
- Existența unei rude apropiate care are ADHD.
- Dificultăți în completarea sarcinilor școlare.
- Stima de sine scăzută sau sub-realizare cronică.



Diagnosticul

- Simptomele trebuie să fi fost prezente înainte de vârsta de 12 ani.
- Au fost prezente mai multe simptome de inatenție sau hiperactiv-impulsiv în două sau mai multe situații (de exemplu, la domiciliu, școală sau loc de muncă; cu prietenii sau rudele; în alte activități).
- La vârsta adultă, unele simptome scad (mai ales hiperactivitatea observabilă), dar 60% din simptome rămân prezente, iar majoritatea (90%) suferă de disfuncționalitate la vârsta adultă.
- ADHD este prezent, când simptomele apar în mai multe contexte și limitează funcționarea.

Tipuri de ADHD:

- Combinat/mixt
- cu deficit de atenție
- hiperactiv/impulsiv.

Severitate:

- ușoară
- moderată
- gravă.

Criteriaile DSM-5 pentru ADHD

A. Un model persistent de neatenție (1) și/sau hiperactivitate-impulsivitate (2) care interferează cu funcționalitatea sau dezvoltarea, caracterizată de (1) și / sau (2):

1. Neatenție: Șase (sau mai multe) dintre următoarele simptome persistă timp de cel puțin 6 luni, fiind de un grad, care nu este în concordanță cu nivelul de dezvoltare și care are un impact negativ direct asupra activităților sociale și academice / ocupaționale:

- a. *Adesea nu reușește să acorde o atenție minuțioasă detaliilor sau face greșeli din neglijență la școală, la locul de muncă sau în timpul altor activități.*
- b. *Deseori întâmpină dificultăți în menținerea atenției asupra sarcinilor sau activități de joc*
- c. *Adesea nu pare să asculte atunci, când i se vorbește direct*
- d. *Adesea nu respectă instrucțiunile și nu reușește să finalizeze sarcinile de la școală, treburile casnice sau îndatoririle la locul de muncă*
- e. *Adesea întâmpină dificultăți în organizarea sarcinilor și activităților*
- f. *Deseori evită, nu-i place sau este reticent să se implice în sarcini, care necesită efort mental susținut*
- g. *Adesea pierde lucrurile necesare pentru sarcini sau activități*
- h. *Adesea este ușor distras de stimuli externi*
- i. *Adesea uită unele lucruri în activitățile zilnice*

criteriile DSM-5 pentru ADHD

2. Hiperactivitate și impulsivitate: Șase (sau mai multe) dintre următoarele simptome persistă timp de cel puțin 6 luni, fiind de un grad, care nu este în concordanță cu nivelul de dezvoltare și care are un impact negativ direct asupra activităților sociale și academice / ocupaționale:

- a. Adesea se agită sau bate cu mâinile sau cu picioarele ori nu-și găsește locul pe scaun.*
- b. Adesea se ridică de pe scaun în situații, în care trebuie să rămână așezat*
- c. Adesea aleargă sau se urcă undeva în situații, când nu este potrivit de a o face.*
- d. Adesea nu se pot juca sau implica liniștit în activități de agrement.*
- e. Este deseori "în mișcare", acționând ca și cum ar fi "condus de un motor"*
- f. Adesea vorbește excesiv.*
- g. Deseori scapă un răspuns înainte de a se termina o întrebare*
- h. Adesea întâmpină dificultăți în a-și aștepta rândul.*
- i. Adesea întrerupe sau deranjează pe alții*

Criteriile DSM-5 pentru ADHD

B. Au fost prezente mai multe simptome de inatenție sau hiperactiv-impulsiv până la vârsta de 12 ani.

C. Au fost prezente mai multe simptome de inatenție sau hiperactiv-impulsiv în două sau mai multe situații

D. Există dovezi clare că simptomele interferează cu sau reduc calitatea funcționării sociale, academice sau ocupaționale.

E. Simptomele nu apar exclusiv în perioada schizofreniei sau unei alte tulburări psihotice și nu pot fi explicate mai bine de o altă tulburare psihică (de exemplu, tulburarea de dispoziție, tulburarea de anxietate, tulburarea disociativă, tulburarea de personalitate, intoxicația cu substanțe sau sevraj).

Diagnosticul diferențiat

- Tulburarea de personalitate antisocială
- Tulburările anxioase
- Tulburarea de personalitate borderline
- Tulburarea depresivă majoră
- Tulburarea bipolară
- Tulburarea afectivă cu dereglare disruptivă
- Tulburări de spectru autist (TSA)
- Tulburarea de atașament reactivă
- Tulburările consumului de substanțe
- Simptome ale ADHD induse de medicație
- Tulburările neurocognitive

Tratament

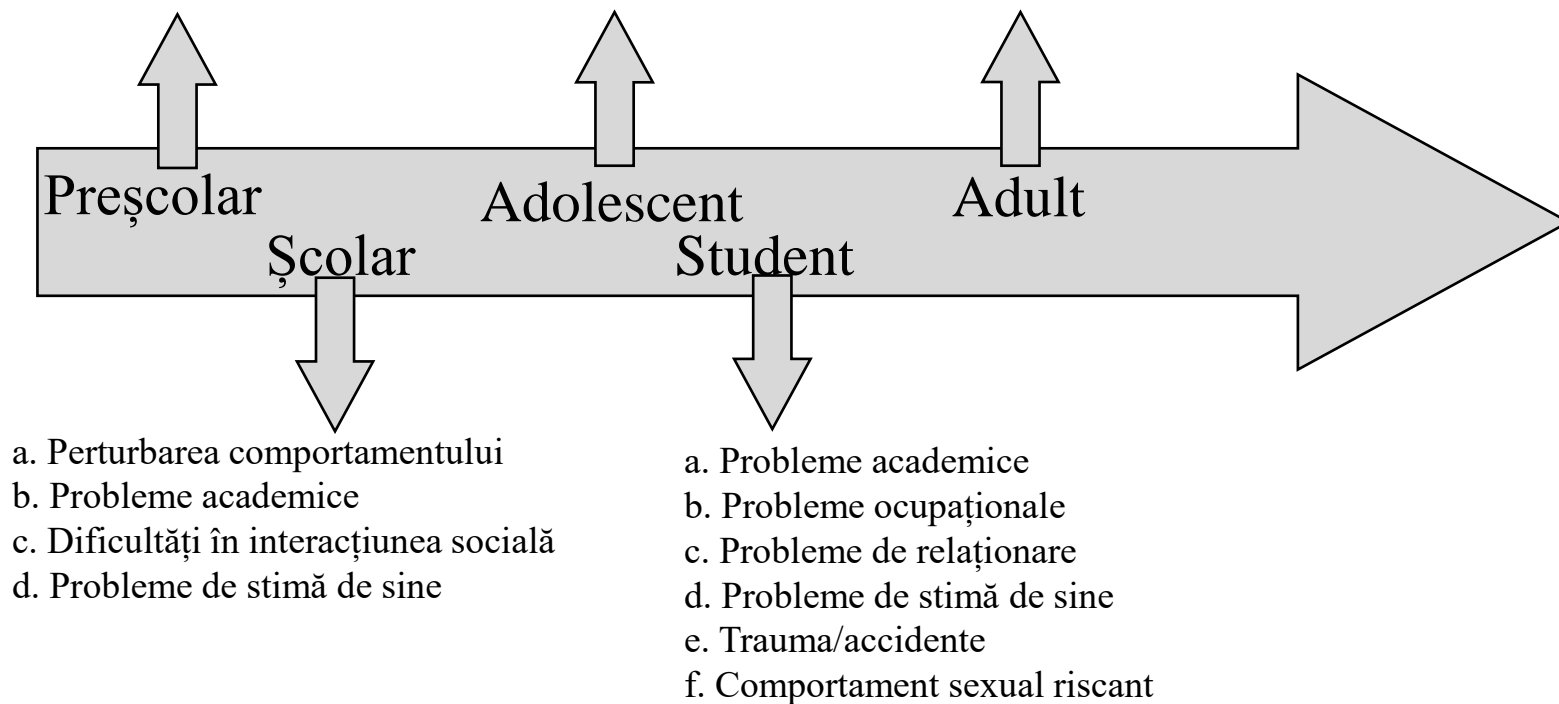
- **Tratamentul ADHD vizează intervenții nemedicamentoase, gestionarea comportamentului și tratament farmacologic.**
- **La elaborarea unui plan personal de medicație sunt necesare următoarele:**
- Precondiții: informare și luare în comun a deciziilor; examinări medicale; instrucțiuni clare de utilizare; atenție la aderență; titrarea și monitorizarea eficacității și a efectelor secundare; vigilența la abuz;
- **<6 ani - numai în caz de acuze foarte grave!!!;**
- Stimulentele sunt medicamentele alese în primul rând.

Evoluția și Impactul ADHD asupra dezvoltării.

Tulburări de
comportament

- Probleme academice
- Dificultăți în interacțiunea socială
- Probleme de stimă de sine
- Probleme legale, fumat, alcool
- Trauma/accidente
- Comportament sexual riscant

- a. Eșec profesional
- b. Probleme de stimă de sine
- c. Trauma/accidente,
- d. Abuz de substanțe
- e. Comportament sexual riscant



F91 Tulburări ale conduitei

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.

- F91.0 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 Tulburări ale conduitei

Copilul considerat a avea o tulburare de conduită diferă de toți ceilalți prin **intensitate, extindere și severitatea** comportamentelor.

- Prevalența la adolescenți cu TC din SUA a fost estimată
 - 6-10% băieți și 2-9% fete.
 - Canada 5% băieți și 2 % fete.



Vârful actelor violente este la 13-15 ani.



Etiologie

- *Factori psihologici:*

- puține **răspunsuri adecvate** la un eveniment specific
- puține abilități de **negociere** a conflictului
- pierd capacitatea de a **controla** emoționalitatea.

- *Factori sociali și familiali:*

- funcționarea defectuoasă în **comunicare**
- **relații instabile** cu copilul
- consum alcool, drog,
- tulburări de personalitate la părinți;
- copil maltratat, neglijat, abuzat.

- *Părinți: inconsistența* în:

- aplicare a regulilor,
- pedepse
- mediatizarea violenței, programele TV

Criteria de diagnostic DSM V

Patern persistent și repetitiv de comportament, care încalcă drepturile și normele sociale, care se manifestă cel puțin 12 luni

Agresivitate față de oameni și animale

1. Adesea hărțuiește, amenință sau intimidează pe alții;
2. Inițiază frecvent lupte fizice;
3. A folosit o armă care poate acuza rănire (băț, piatră, cuțit);
4. A fost nemilos, crud cu alte persoane;
5. A fost crud nemilos cu animalele;
6. A furat în prezența victimei (tâlhărie, jaf);
7. A violat sau a forțat pe cineva la un act sexual.

Distrugerea proprietății

1. **A dat foc cu intenție** și a cauzat o afectare serioasă a proprietății altei persoane;
2. **A distrus** deliberat **proprietatea** altora;
3. Înșelăciune, furt calificat;
4. A spart casa sau autoturismul cuiva;
5. Adesea **minte** pentru obținerea unor bunuri sau pentru a evita obligațiile;
6. A **furat** lucruri de valoare fără a se confrunța cu victima.



Încălcare gravă a normelor sociale

1. Adesea **stă afară noaptea**, înainte de 13 ani fără acordul părinților și în ciuda interzicerii repetate;
2. A **fugit de acasă** noaptea , de cel puțin două ori;
3. Adesea **chiulește de la școală** dinaintea vârstei de 13 ani

Tulburarea afectează semnificativ funcționarea socială, academică sau ocupațională.

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

- Prevalența în medie 5,5%, vârsta de debut se consideră a fi 6 ani.

Etiologie multifactorială:

- **Factorii psihologici** - teoria atașamentului: insecuritatea și nedezvoltarea atașamentului în primele perioade ale copilăriei.
- **Factori sociali** - sărăcia, funcționarea defectuoasă a familiei, criminalitatea.
- 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.



Criteria de diagnostic DSM V

Se consideră tulburare când sunt îndeplinite 4 din 8 criterii.

1. Adesea își **iese din fire**
2. Adesea se **ceartă** cu adulții
3. Adesea **refuză sau sfidează** activ regulile stabilite de părinți
4. Adesea **enervează** oamenii deliberat
5. Adesea îi **învinovățește** pe ceilalți
6. Se **supără și înfurie** cu ușurință pe ceilalți
7. Este **mânios** și plin de resentimente
8. Este adesea **disprețuitor și răutăcios** sau răzbunător.



Comportamentul se consideră simptom când este mai frecvent și mai grav decât la ceilalți copii.

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 neglijați se recomandă familiile adoptive, plasamentul sau reședința supravegheată.
- Este necesară intervenția organelor competente pentru luarea deciziei cu privire la plasament.
- Consensul unanim acceptat - intervenția precoce cu programe de prevenție desfășurate în mediul de viață a acestor copii.
- medicație – ISRS (Sertralină, Paroxetină), antipsihotice (**Risperidona**, Aripiprazol, Haloperidol), timostabilizatoare (**Carbamazepină**, Valproat de sodiu).

F93 Tulburări Emoționale cu Debut Specific Copilăriei

- F93.0 Angoasa de separare a copilăriei
- F93.1 Tulburare anxioasă fobică a copilăriei
- F93.2 Anxietate socială a copilăriei
- F93.3 Tulburare de rivalitatea între frați

Anxietatea de separare

- Una dintre cele mai frecvente tulburări de anxietate întâlnite la copii.
- Trăsătura clinică esențială este calitatea **reacției emoționale** a copilului de separarea de figura principală de atașament.
- Copilul este anxios când 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



Criteria de diagnostic DSM V

A. Anxietate excesivă și inadecvată evolutiv referitoare la separarea de casă sau de cei de care individul este atașat.

1. Stres excesiv recurent, când **survine sau este anticipată** separarea de casă sau de persoanele de atașament major;
2. Teamă excesivă și persistentă în legătură cu **pierderea sau posibila vătămare**, care s-ar putea întâmpla persoanelor de atașament major;
3. Teama excesivă și persistentă că un **eveniment nefericit** va conduce la separarea de o persoană de atașament major (de exemplu, a fi pierdut ori a fi răpit);
4. **Opoziție sau refuz persistent de a merge la școală** sau în altă parte din cauza fricii de separare;
5. **Teamă sau opoziție excesivă și persistentă de a rămâne acasă**, singur sau fără persoanele de atașament major, ori în alte situații, fără adulți importanți;

Criteria de diagnostic DSM V

6. Opoziție sau refuz persistent de a merge la culcare, fără să fie alături o persoană de atașament major ori de a dormi departe de casă;
7. Coșmaruri repetate, implicând teama separării,
8. Acuzarea repetată de simptome somatice (cum ar fi durerile de cap, durerile de stomac, greața sau vomă), când survine sau este anticipată separarea de persoanele de atașament major.

- **Durata perturbării este de cel puțin 4 săptămâni.**
- **Debutul înaintea vârstei de 18 ani**
- **Tulburarea cauzează suferință semnificativă clinic sau alterări sociale, academice (ocupationale) sau în alte domenii importante ale funcționării.**
- **Debut precoce, dacă debutul s-a manifestat înaintea vârstei de 6 ani.**

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



F93.1 Tulburare Anxioasă Fobică a Copilăriei

- Anxietatea este evocată numai (sau predominant) de unele situații sau obiecte externe, bine definite;
- Situațiile sau obiectele fobogene sunt evitate sau îndurate cu groaza;
- Stările fobice mai des întâlnite la copii implică frica de animale, insecte, întuneric și de școală.
- Fobiile de animale și insecte, de obicei, încep la vârsta de 5 ani și aproape nici una nu începe în viața adultă.
- Unele fobii apar în adolescența târzie – de exemplu, agorafobia



Tratament:

- Este recomandată psihoterapia și o manevrabilitate părintească sensibilă
- sunt utile tehnicile de reducere a anxietății - desensibilizarea

F93.2 Tulburare de anxietate socială a copilăriei

- Există o reticență față de străini și o reținere socială sau anxietate în cazul confruntării cu situații noi, ciudate sau situații social periculoase.
- Frica de întâlniri sociale este asociată cu un comportament de evitare, care produce probleme de funcționare în grupuri de semeni, precum și în domeniul performanței școlare.
- Acceptarea socială a copilului poate fi foarte dificilă și poate avea un impact asupra dezvoltării personale ulterioare a copilului.



În rândul copiilor și adolescenților cu vârsta între 4-17 ani, situațiile cele mai dificile și cu nivel crescut de anxietate sunt:

- Frecventarea școlii – 64%;
- Vorbitul în public – 57%;
- Înroșirea feței – 25%;
- Participarea în mulțime – 21%;
- Mâncatul sau băutul în public – 18%;
- Îmbrăcatul în prezența altora – 14%;
- Utilizarea toaletelor publice – 7%.

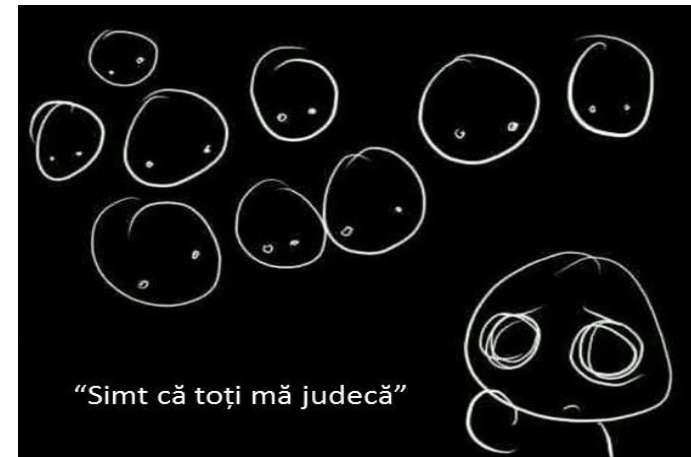


F93.2 Tulburare de anxietate socială a copilăriei

- Frecvența este ușor mai ridicată în rândul fetelor decât al băieților (raportul este de 3: 2);
- Diagnosticul se pune de obicei la copii de vârstă școlară (7- 13 ani) și la adolescenți (14 -16 ani);
- Nu există diferențe semnificative referitoare la nivelul statului socio-economic.

Tratament:

- Psihoterapie
- medicamente anxiolitice



F93.3 Tulburare de rivalitatea între frați

- Un anumit grad de tulburare emoțională, care, de obicei, urmează nașterea unui frate sau soră mai tânăr este manifestat de majoritatea copiilor mici.
- **Rivalitate între frați** trebuie să fie diagnosticată numai în cazul în care gradul sau persistența perturbației este atât de neobișnuită din punct de vedere statistic, cât și asociată cu tulburări de interacțiune socială.
- Copiii cu tulburări de rivalitatea între frați acționează cu ură serioasă față de noul-născut, în cazuri severe, aceștia afișează comportamentul fizic vătămător și concurență persistentă pentru a obține atenția părinților.



Tratament:

- psihoterapia care se ocupă de structura familiei
- prevenirea

Retardarea mintală.

Tulburări de funcționare socială cu debut în copilărie și adolescență- mutismul selectiv.

Tulburări de ticuri.

Tulburări de comportament alimentar.

Enuresis nonorganic.

Encopresis nonorganic.



1. Retardarea mintală (dizabilitatea intelectuală)

Definiție.

Dereglările cognitive la copii pot varia de la dereglări intelectuale profunde cu funcționare minimă până la dereglări ușoare cu funcționare maxim posibilă.

Funcționarea cognitivă depinde de mulți factori, principalii fiind:

atenția,

capacitatea de decizie,

volumul de cunoștințe și memorie,

nivelul de dezvoltare a limbajului, la fel și

capacitatea de planificare, percepție, orientare.

În patologia acestor componente ale funcțiilor cognitive, copilul suferă de dizabilitate intelectuală.

- Dizabilitatea intelectuală (DI) (anterior s-a utilizat termenul „retard mental”) este termenul diagnostic actual din DSM-5, care descrie apariția pe parcursul perioadei de dezvoltare a copilului a:
 1. deficitului intelectual
 2. deficitului adaptativ funcțional.

Epidemiologie

Incidența variază de la 1 la 3% (Xiaoyan Ke, Jing Liu (2011); Macarov I.V. (2015).

Raportul dintre femei și bărbați variază de la 0,7:1 la 0,9:1, dintre fete și băieți – de la 0,4:1 la 1:1.

Incidența este mai mare de aproape 2 ori în țările cu un grad scăzut de dezvoltare economică (Maulik et al, 2011).

În țările europene, în perioada anilor (1980 și 2009) incidența variază de la 0,4 la 1,4% (Wittchen et al, 2011), în țările din Asia – de la 0,6 la 1,3% (Jeevanandam, 2009), în China în anul 2006 - 0,75%, în regiunile urbane - 0,4%, în cele rurale - 1,02% (Kwok et al, 2011).

Simptome și sindroame (Diagnosticul)

Simptoame importante ale DI pot fi:

Tulburările de limbaj, de vorbire și înțelegere, ale funcțiilor motorii (mai ales hrănirea, igiena și îmbrăcarea independentă), ale capacității cognitive (dificultăți de memorie, rezolvarea sarcinilor, gândirea logică), dificultăți de antrenare socială (lipsa de interes față de jucării, jocuri), de dezvoltare intrauterină sau postnatale;

tulburările comportamentale (hiperactivitate, tulburări de somn, agresiune, automutilări, nesupunere, neatenție, comportament stereotipic);

devieri neurologice și fizice: sindrom convulsiv, microcefalie, naștere prematură, anomalii congenitale, hipotonia sau spasmul, nedezvoltarea forței musculare și a coordonării, reflexelor tendinoase profunde, ataxie, distonie, atetoză.

Criteriile diagnostice

(DSM-5) cuprind o gradare diferită a dizabilității intelectuale (DI), unde gradul de severitate este bazat pe nivelul funcționării adaptative, și nu pe nivelul coeficientului de inteligență (IQ):

Ușor,

Moderat,

Sever,

Profund.

(ICM-X) clasifică, de asemenea, 4 grade de retard mental (RM):

F 70.0. Retard mental ușor,

F71.0. Retard mental moderat,

F 72.0 Retard mental sever,

F 73.0.2 Retard mental profund,

Gradarea nivelului de RM se efectuează în conformitate cu nivelul IQ și cu semnele clinice caracteristice.

Criteriile diagnostice

DI ușoară este diagnosticată la un IQ de 50-69 de puncte.

Copilul are nevoie de sprijin social în situațiile de viață cotidiene, în studiile școlare și profesionale. Copiii prezintă o dezvoltare socială imatură, au dificultăți în însușirea competențelor academice.

DI moderată se constată la un IQ de 35-49 de puncte.

Este necesară o învățare perseverentă a îngrijirii nevoilor personale.

Se impune un suport permanent pentru îndeplinirea obligațiilor casnice și a ritmului de muncă. Comportamentul social și comunicativ și gândirea este mai primitivă decât la semenii. Abilitățile lingvistice și cele școlare se dezvoltă lent, volumul și nivelul competențelor academice întârzie considerabil.

Criteriile diagnostice

DI severă: (IQ de la 20 la 34) implică un suport permanent în viața cotidiană și supravegherea.

Vorbirea orală, abilitățile de limbaj scris, operațiunea cu numerele, cantitatea sau timpul sunt foarte restrânse.

DI profundă: (IQ sub 20) se manifestă printr-o dependență accentuată de ceilalți în toate inițiativele vitale.

Este specifică înțelegerea restrânsă a comunicării simbolice, nevoile se exprimă prin mijloace nonverbale.

Utilizarea obiectelor poate fi orientată spre un scop, pot fi însușite abilități vizual-spațiale (comparare sau sortare), dereglările motorii și senzoriale îngreunează funcționarea.

Terapia medicamentoasă și nemedicamentoasă

Un tratament specific al dereglărilor cognitive nu există.

Se efectuează terapia stărilor psihice asociate și a dereglărilor comportamentale.

Dozele se prescriu individual, minim eficiente.

Medicamentele nootrope, cu efect pozitiv asupra proceselor cognitive, prezintă interes.

Studii clinice privind inhibitorii de acetilcolinesterază la copii cu DI nu s-au efectuat.

Suplimentele de vitamine și minerale sunt populare, dar eficiența acestora nu a fost stabilită prin studii clinice.

Terapia DI pentru situații comportamentale specifice (Simon Sebastian, Caroly Pataki, et. al, (2018) este prezentată în tabel:

Comportament automutilant Agresiune fizică	Antipsihotice atipice Anticonvulsive / stabilizatoare de dispoziție Inhibitor selectiv al recaptării serotoninei (ISRS)
Agitație neagresivă Gânduri / comportament suicidale	Anticonvulsive / stabilizatoare de dispoziție Inhibitor selectiv al recaptării serotoninei (ISRS)
Anxietate	ISRS Buspirone <i>Benzodiazepine</i>

Terapia DI pentru situații comportamentale specifice (Simon Sebastian, Caroly

Pataki, et. al, (2018) este prezentată în tabel:

Hiperactivitate	Psihostimulatoare agoniști alfa 2, Anticonvulsive / stabilizatoare de dispoziție
Insomnie	Zolpidem Trazadone
Probleme psihiatrice sau de comportament cu sindrom convulsiv comorbid, epilepsie	Valproic acid Carbamazepine În unele surse - <i>gabapentină</i>

Tratamentul psihoterapeutic nemedicamentos se efectuează de către o echipă multidisciplinară (analiza aplicată a comportamentului, corecții psihopedagogice):

recompensă pentru tipuri de comportament și situații concrete, pe parcursul cărora comportamentul problematic nu a apărut;

învățarea părinților și profesorilor cu privire la comportament
reducerea comportamentului problematic prin modificarea condițiilor fizice și/sau sociale care îl provoacă.

2. **Mutismul** **electiv.** **F94.0.**

Definiție.

Patologia reprezintă imposibilitatea de a vorbi cu voce în anumite situații (la școală), chiar dacă este posibilă vorbirea în alte condiții (acasă).

Conform DSM-5, acesta face parte din grupul de tulburări de anxietate, „majoritatea copiilor cu mutism selectiv (ME) se simt neliniștiți”

Factori de risc. Epidemiologie și etiologie

Etiologia ME cuprinde mai mulți factori.

Unii copii dezvoltă ME după un stres (boală, despărțire, tratament crud, neglijare), care poate favoriza riscul.

Copiii cu ME sunt expuși unui risc mai mare de a dezvolta alte tulburări de dezvoltare (enureză, encopreză, dereglare de limbaj și de vorbire), dar și manifestări anormale de EEG, fapt care are legătură cu o morbiditate sporită între rudele de gradul întâi și doi.

Simptome și sindroame. Diagnosticul

Debutul ME este subit, în perioadele de tranziție ale vieții (prima lună la școală sau mutarea la casă nouă), pe fundal de stres sau de experiență socială umilitoare, de obicei, la primele frecvenări ale școlii (grădiniței de copii). Cu timpul, gradul de anxietate, de regulă, crește. Deseori se asociază cu alte tulburări de anxietate (fobia socială, anxietatea de separare, agorafobia și tulburarea de panică). De obicei, copilul cu ME desemnează un prieten sau pe un membru al familiei ca traducător și mediator în comunicare, și îi șoptește la ureche ce trebuie să comunice.

Părinții sau frații și surorile deseori vorbesc în locul copilului. Îi este greu să vorbească, să râdă, să citească cu voce, să cânte tare în fața oamenilor, în afara familiei sau a zonei de confort. Dezvoltarea vorbirii / limbajului este normală, dar pot fi unele dificultăți de vorbire

Sunt specifice:

timiditatea excesivă,

siguranța de sine scăzută

frica de jenă socială, disconfort în situații sociale

izolarea socială,

trăsături de caracter compulsive,

negativismul,

exploziile de furie,

comportamentul de opoziție, mai frecvent – acasă,

tendința de ME se menține și în viața adultă, când este necesar

un discurs public.

Criteriile diagnostice DSM-5 pentru persoane cu vârste sub 18 ani pentru ME:
simptoamele trebuie să persiste pe parcursul a cel puțin 6 luni, acestea nu trebuie să rezulte direct din acțiunea fiziologică a unor substanțe psihoactive (de exemplu, cafeina) sau din starea de sănătate generală, nu trebuie să se explice prin alte tulburări de sănătate psihică (depresie, psihoză acută).

Diagnosticul diferențial

Tulburările de atașament

Catatonia

Violența sexuală asupra copiilor.

Violența fizică asupra copilului.

Tulburarea disociativă de identitate

Epilepsia mioclonică juvenilă

Tulburarea de tip opoziție-sfidare

Tulburarea de identitate: personalitatea evitantă

TSA

Tulburarea somatoformă

Terapia nemedicamentoasă. Psihoterapia:

- Terapia comportamentală este metoda standard în tratamentul ME,
- Terapia muzicală (meloterapia),
- Terapia prin joc,
- Terapia de interacțiune între părinți și copii,
- Terapia psihanalitică de scurtă durată (părinți),
- Hipnoza (părinți).
- Terapia comportamentală în două sesiuni cu folosirea aplicațiilor mobile

Terapia medicamentoasă

ISRS, mai ales, fluoxetina, s-a dovedit a fi eficientă în eliminarea tulburării de anxietate socială și a ME.

Conform Hussain FS et. al (2016), Strawn JR et. al. (2015)/ ISRS sunt eficienți și sunt superiori placebo, având un indice de eficiență de cel puțin 65% în tratamentul pacienților cu fobie socială, cu tulburări asociate, ME, mai ales, în combinație cu terapia cognitiv-comportamentală (TCC).

Dozele utilizate atât la copii, cât și la adulți, pot fi mai mari decât în tulburările afective.

FDA nu a stabilit inofensivitatea fluoxetinei la copii, cu excepția copiilor cu tulburări depresive severe.

FDA a aprobat sertralina la copii de la vârste de 6 ani și peste, în terapia tulburării obsesiv-compulsive.

3. Tulburări de ticuri. Tulburare de ticuri multiple motorii combinate cu ticuri vocale [Gilles de la Tourette]

Conform CIM-10, DSM-V există următoarele forme de tulburări de ticuri primare:

Tulburare de tic tranzitor (ticurile durează, cel puțin, 4 săptămâni, dar nu mai mult de 12 luni),

Ticurile cronice (TC) cu durata de peste un an,

Sindromul Tourette (ST) (tulburare de ticuri multiple motorii combinate cu ticuri vocale).

În CIM-10, TC sunt prezentate la rubrica F95.1 și se caracterizează prin:

ticuri motorii sau vocale (dar nu combinația acestora),

apar de mai multe ori pe parcursul zilei în cea mai mare parte a, cel puțin, unui an;

debut la vârsta de sub 18 ani,

lipsa de remisiune cu durata de peste 2 luni.

Definiție.

ST este o tulburare genetică neurologică, care se caracterizează prin ticuri motorii și verbale cronice, debutează înainte de vârsta adultă.

Ticurile reprezintă niște mișcări sau manifestări vocale neobișnuite, pot fi extrem de diverse

Epidemiologie.

Incidența ST variază de la 0,7% la 4,2% (3 - 8 cazuri la 1000 de populație). Potrivit Kimberly S. Jones; Kamleshun Ramphul. Tourette Syndrome And Other Tic Disorders, 2019, maladia se constată în 52 % dintre cazuri la pacienții cu antecedente eredo-colaterale patologice, concordanța la gemenii monoziagoți și heterozigoți constituie 5:1.

Băieții au ticuri cronice mai frecvent decât fetele. Raportul dintre bărbați și femei în ST și în tulburarea motorie cronică este de aproximativ 5: 1 (de la 2:1 până la 10:1, în diferite studii).

Simptome și sindroame

Ticurile se clasifică în:

1. motorii:

simple (antrenează un mușchi sau un grup de mușchi – clipirea ochiului, mirosirea, tuse, tic cervical, criza oculogiră, mișcări ale membrelor);

complexe (mișcări involuntare care cuprind mai multe grupuri de mușchi – atingerea de sine sau de alții, lovituri, sărituri, scuturare sau imitarea mișcărilor, copopraxie – un gest brusc, vulgar, sexual sau obscen sub formă de tic, ecopraxie – fenomenul oglină, la fel imitarea involuntară, spontană a mișcărilor altora);

2. vocale

simple (sunete de ral, tuse, curățare a gâtului, înghițire, sugere);

complexe (vocalizarea unor cuvinte și/sau a unor fraze, uneori social nepotrivite: palilalia – repetarea sunetelor sau a cuvintelor proprii, ecolalia – repetarea ultimului sunet, cuvânt sau fraze auzite, coprolalia – exprimarea bruscă, nepotrivită a unui cuvânt sau fraze social inacceptabile, care poate include insulte etnice, de rasă sau religioase obscene, precum și specifice (se întâlnește la mai puțin de 10% dintre persoanele cu tulburări de ticuri).

Conform DSM-5:

Trebuie să fie prezente tulburările motorii multiple și 1 sau mai multe ticuri vocale (nu neapărat simultan)

Ticurile pot să varieze după frecvență, dar se mențin timp de peste 1 an

Debut la vârsta de sub 18 ani

Patologia nu este determinată de acțiunea unor substanțe sau de starea de sănătate generală

Diagnosticul diferențial:

Absențe cu mioclonusul pleoapelor.

Crize focale cu tulburări de conștiință

Coreea

Diskinezia paroxistică.

Akatizia.

Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC).

Tulburări de anxietate

ADHD

TSA

Boala Huntington

Lupusul eritematos sistemic

Boala Wilson

Dependența de cafeină, cocaină, amfetamină, nicotină.

Terapia.

Terapia comportamentală **este terapia de prima linie.**

În cazuri severe – terapie medicamentoasă: agoniștii alfa-2-adrenergici și neurolepticele sunt medicamentele farmacologice de prima linie.

Terapia

- Clonidina este eficientă la copii cu ADHD comorbid.
- inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS) sunt preferabili în tratamentul simptoamelor tulburării obsesiv-compulsive (TOC) în sindromul Tourette (ST).
- Risperidona și clonidina s-au dovedit a fi eficiente în egală măsură în terapia ticurilor.
- Aripirpazolul, un antipsihotic atipic, a fost aprobat de FDA pentru terapia ST la copii.
- Psihostimulantele și neurolepticele atipice pot fi utilizate concomitent

4. **Enuresis nonorganic**

Definiție

Enurezisul este o micțiune involuntară la o vârstă la care trebuie să fie stabilit controlul asupra vezicii urinare (**după 5 ani**).

Enurezisul nonorganic nu este provocat de anomalii neurologice sau structurale ale sistemului urinar, de crize epileptice, cistită sau de poliuria diabetică, sau de lipsa controlului asupra vezicii urinare.

Există două tipuri de enurezis nocturn:

primar – incontinența de urină pe tot parcursul vieții

secundar – enurezis dobândit după o perioadă de uscat de cel puțin 6 luni.

Simptome și sindroame (Diagnosticul).

Criteriile diagnostice pentru enurezis (DSM-5):

Micțiune repetată în așternut sau în haine, involuntară sau intenționată

Enurezisul:

se constată, **cel puțin, de 2 ori pe săptămână pe parcursul a 3 luni consecutive**

determină un distres cu semnificație clinică, afectare socială, funcțională sau academică

apare la copil la vârsta de **sub 5 ani** (sau cu un nivel de dezvoltare echivalent)

nu poate fi atribuit la acțiunea fiziologică a unei substanțe sau la consecința altei maladii.

Diagnosticul diferențial

În stări medicale: vezică urinară neurogenă, micțiune disfuncțională, cistită, constipație, diabet zaharat și nezaharat, infecția căilor urinare, diagnosticul de enurezis, de obicei, nu se stabilește.

Dacă incontinența de urină a existat anterior acestor stări sau a persistat după tratament, diagnosticul de enurezis se consideră comorbid.

Efectele adverse ale medicamentelor (antipsihotice sau diuretice) sunt văzute ca eventuale cauze de enurezis.

Diagnosticul diferențial

Simptoamele de diabet zaharat includ:

poliuria,

polidipsia

pierderea în greutate.

Pacienții cu diabet nezaharat prezintă: poliurie, polidipsie.

Simptoamele de cistită includ:

disurie;

urină tulbure, urât mirositoare;

sânge vizibil în urină;

frecvența sau urgența micțiunii;

umectare diurnă sau nocturnă.

Tratament (medicamentos și nemedicamentos)

Tratament nemedicamentos: Pacienții cu enurezis sunt rugați să țină o agendă pentru a evalua progresul lor.

Starea de spirit pozitivă și motivația de a fi uscat sunt niște componente importante ale tratamentului (modificare de comportament cu suport pozitiv).

Este recomandată terapia de alarmă (de condiție) (alarm terapia).

Tratament (medicamentos și nemedicamentos)

Tratament medicamentos: în prezent, se studiază trei abordări farmacologice:

desmopressin acetate

medicamente anticolinergice:

oxybutynin

Tratament (medicamentos și nemedicamentos)

Tratament medicamentos:

tolterodine

flavoxate

imipramină

5. Encoprezis nonorganic

Definiție.

Encoprezisul este emisia involuntară de mase fecale (adică incontinența de fecale).

În majoritatea cazurilor aceasta reprezintă o consecință a constipației cronice, a incontinenței de urină.

Encoprezisul este, în primul rând, o tulburare comportamentală sau psihologică.

Encoprezisul, deopotrivă cu enurezisul se clasifică drept o tulburare de eliminare în DSM-5.

Aceasta se clasifică în 2 subtipuri:

encoprezis cu constipație (encoprezie persistentă)

encoprezis fără constipație.

Simptome și sindroame (Diagnosticul)

Simptomele de encoprezis pot include:

Constipații sau defecații dureroase în anamneză (80-95%)

Imposibilitatea de a face diferența între gazele și masele fecale în tranzit

Episoadele de murdărire au loc, de obicei, în timpul zilei (murdărirea în timpul somnului este rar întâlnită)

Cu encoprezis persistent – eliminarea unor mase abundente.

Diagnosticul diferențial.

Este necesară diferențierea cu constipațiile adevărate și problemele organice (spina bifidă, meningomielocele, traumatism medular cu dereglarea funcției sfincterului anal, boala Hirschprung (megacolon congenital), anus imperfect cu fistulă).

Tratament (medicamentos și nemedicamentos).

Tratamentul nemedicamentos:

„Deprinderea cu toaleta”:
vizitele regulate la toaletă.

Agenda de simptome și a schemei de stimulare, ținând cont de vârstă.

Biofeedback și terapia comportamentală, intervențiile comportamentale intense cu folosirea Internetului.

Se folosește dieta cu un conținut bogat de celuloză, deși nu există studii și evaluări sistemice asupra eficienței terapiei dietetice în encoprezie la copii.

Tratament (medicamentos și nemedicamentos):

Tratamentul medicamentos:

Majoritatea copiilor cu encoprezis suferă de constipații cronice și incontinența de urină.

Terapia are ca scop evacuarea conținutului segmentului distal al intestinului gros. În continuare, urmează un tratament îndelungat cu laxative.

Laxativele osmotice provoacă reținerea lichidului în intestinul gros, reducând pH-ul, intensificând peristaltica intestinului gros:

Tratament (medicamentos și nemedicamentos):

Tratamentul medicamentos [1,5]:

Polyethylene .

Lactulose

Sodium acid phosphate.

Magnesium citrate

Ulei mineral (Kondremul Plain)

Senna

Bisacodyl

6. Bălbăiala

Definiția.

Bălbăiala reprezintă o tulburare de vorbire în care fluxul de vorbire normal se dereglează din cauza repetărilor sau continuărilor frecvente ale sunetelor, silabelor sau cuvintelor vorbirii, sau din cauza incapacității persoanei de a începe un cuvânt .

Bălbăiala se caracterizează prin:

repetarea cuvintelor, a sunetelor sau a silabelor

oprirea producerii vorbirii

viteza neuniformă a vorbirii

Epidemiologia:

Potrivit datelor Institutului Național de Surditate și alte Dereglări de Comunicare (NIDCD, US), 5 – 10 % dintre copii suferă de bâlbâială, cel mai des, la vârste cuprinse între 2 și 6 ani.

Morbiditatea prin bâlbâială pe plan mondial constituie 1%. Raportul bâlbâielii între sexul masculin și cel feminin este de aproximativ 2:1 la copii și de până la 5:1 la adulți.

Simptome și sindroame (Diagnosticul):

Repetări – de sunete, vocale sau cuvinte.

Blocaje – pacientul știe ce vrea să spună, dar îi este greu să pronunțe sunetele de vorbire necesare. Blocajele îi pot provoca pacientului senzația că cuvintele lui s-ar fi împiedicat.

Prelungirea – întinderea sau extinderea unor anumite sunete sau cuvinte.

Simptomele de bâlbâială pot fi diferite în funcție de situație. Stresul, emoțiile manifestate pot condiționa o bâlbâială mai intensă.

Anumite cuvinte sau sunete pot face bâlbâiala mai accentuată (individual).

Bâlbâiala poate determina atât simptome comportamentale, cât și fizice, care apar concomitent.

Se clasifică: DSM-V - 315.39, ICD-X - F 80.89.

Simptomele pot include:

încordarea feței și a umerilor

clipirea rapidă a ochilor

tremurul buzelor

pumnii strânși

mișcări neașteptate ale capului

tulburări de anxietate, în special, tulburare de anxietate socială.

Există două tipuri principale de bâlbâială:

Bâlbâiala de dezvoltare – îi afectează pe copiii mici, care încă mai studiază vorbirea și abilitățile lingvistice (Factorii genetici sporesc apreciabil probabilitatea de dezvoltare a bâlbâielii de acest tip).

Bâlbâiala neurogenă apare în leziunile creierului, afectarea coordonării corecte între diferite regiuni ale creierului, antrenate în producerea vorbirii.

După tipul de convulsii în mușchii care participă la articulație, se deosebesc:

Bâlbâiala clonică — câteva convulsii de scurtă durată consecutive conduc la repetarea involuntară a unor silabe și sunete.

Bâlbâiala tonică — mușchii se contractă îndelungat și puternic.

Ca rezultat, are loc retardarea vorbirii.

Forma mixtă — se îmbină ambele forme de dereglare a vorbirii.

Diagnosticul diferențial

Se efectuează în raport cu patologia percepției, cu tulburările de reproducție în perioadele de constituire normală a vorbirii, cu efectele adverse ale medicamentelor, patologia neurodezvoltării (probleme neurologice, mintale și somatice generale).

Tratamentul (medicamentos și nemedicamentos)

Tratament nemedicamentos. Exerciții logopedice și fizice care au ca scop întărirea mușchilor care produc sunetele vorbirii, precum și aparate auditive, programe computerizate și de instruire, terapia cognitiv-comportamentală.

Tratamentul (medicamentos și nemedicamentos)

Tratament medicamentos.

Terapie antianxietate și antistres.

antidepresive: fluoxetine, citalopram, pipofezin, anafranil.

anxiolitice: fenibut, grandaxin, alprazolam, atarax, pagoclon,
ecopipam (studii clinice)

Tratamentul (medicamentos și nemedicamentos)

Tratament medicamentos.

- anticonvulsive: pregabaline, clonazepam, fenobarbital, acid valproic, carbamazepine.
- neuroleptice: sulpiride, tioridazină, risperidonă,
- sedative: glicină, afobazol, novo-passit, persen, talpa-gâștei
- nootrope: fenotropil, pantogam, piracetam,
- vitamine: tiamină

7. Tulburări a alimentației sugarului și a copilului Pica perioadei infantile și a copilăriei.

Măncatul persistent al substanțelor nenutritive (sol, vopsea). Frecvență la copii cu retard mintal sau copii foarte tineri cu nivel de inteligență normală.

Sindromul Pica (provine de la pasărea — Pica pica, ea este capabilă să mănâncă aproape orice), reprezintă ingestia de substanțe necomestibile. Frecvență 4-26 % în populație instituționalizate, dar apar și la copii, femei însărcinate.

Tulburarea de ruminație — regurgitarea repetată și persistentă după masă, care nu e datorată unei afecțiuni medicale sau unei alte tulburări de alimentație precum anorexie, bulimie.

8. Anorexia nervoasă (AN):

O tulburare caracterizată prin pierderea deliberată a greutateii, indusă și susținută de pacient.

Se produce de cele mai multe ori la fetele adolescente, femeile tinere.

AN — este o condiție severă și potențial letală.

Criteriile de diagnostic pentru AN conform DSM-V:

1. Restricția alimentară persistentă, $IMC < 85$ % față de norma
2. Frică excesivă față de creșterea în greutate sau de a deveni obez.
3. Tulburări în modul în care este percepută greutatea corporală sau forma corporală personală.

La nivel somatic, malnutriția din AN poate determina multiple simptome:
afectare endocrină, cardiovasculară,
gastrointestinală, dermatologică, în sferă ORL, ale
aparaturii locomotor, hematologică, cerebrală.

Tipuri specifice:

1. Tipul restrictiv
2. Tipul exagerat/eliminare forțată

Epidemiologie

Prevalența la femei — 0,5-3,7 %

Debutul 10-30 de ani.

Raportul bărbați:femei este de 1:10 până la 1:20.

Cauzele AN:

biologice

psihologice

sociale

culturale

Diagnostic diferențial

1. Condiții medicale și tulburări prin uz de substanțe.
2. Tulburare depresivă.
3. Tulburare de somatizare.
4. Bulimia nervoasă.

Tratament

colaborare între specialiști

reabilitarea nutrițională

antidepresivele

antipsihoticele

9. Bulimia nervoasă

Se caracterizează prin mâncatul compulsiv și metode compensatorii inadecvate de a preveni creșterea în greutate

Cauzele BN:

biologice

psihologice

sociale

culturale

Epidemiologie

Prevalența la femei este de 1-4 %.

Debutul — 16-18 ani.

Raport bărbați:femei 1:10.

Bulimia se manifesta in principal prin prezenta episoadelor de mancat compulsiv, severitatea afectiunii fiind data de frecventa acestora **cel putin o data pe saptamana pentru o perioada de cateva luni consecutive.**

Manifestari psihice asociate acestei tulburari de alimentatie frecvent intalnite sunt:

Monitorizarea obsesiva a greutatii corporale;

Teama de a nu lua in greutate;

Pierderea controlului in timpul alimentatiei -o persoana bulimica nu se poate opri din mancat decat atunci cand apare distensia abdominala dureroasa;

Sentimentul de vinovatie intre episoadele de bulimie;

Adoptarea unui comportament autodistructiv fizic si emotional – consum de substante, autovatamare;

Scaderea respectului de sine;

Tendinte suicidale in cazurile severe.

Tratament

Psihoterapia

Educația nutrițională

Tratament medicamentos — antidepressivele.