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

Sănătatea, esența sănătății mintale.
Povara sănătății mintale.
Legislația internațională si națională în domeniul SM și Drepturile persoanelor cu tulburări mintale.
Fenomenul de Stigma în sănătate mintală.
Psihiatria–definiție, scop, obiective, date din istorie.
Organizarea asistenței psihiatrice.
Servicii de sănătate mintală.
Clasificarea tulburărilor mintale și de comportament conform CIM-10 și DSM V.
Interviul psihiatric.
Scale utilizate în psihiatrie.

Cărăuşu Ghenadie, dr. hab.

Sănătatea.

Starea de sănătate implică conexiune armonioasă dintre:

- diferitele tendinţe, funcţii şi trăsături, care stau la baza psihicului,
- psihic şi somatic,
- personalitate şi societate.

Persoana sănătoasă sufleteşte presupune cel puţin două trăsături:

- ✓ Sentimentul stării de bine, linişte şi pace interioară, condiţia omului sănătos presupunând în primul rând o stabilitate emoţională;
- ✓ Relaţii normale cu semenii şi societatea. Aceasta presupune, în primul rând, o justă conştiinţă a valorii sale.

Starea de sănătate este aceea, care permite libera desfăşurare a evoluţiei; stagnarea (care nu e tot una cu repaosul) este ea însăşi o stare morbidă.

O adaptare reuşită nu este aceea, care asigură supravieţuirea sau buna funcţionare a organelor, ci aceea, care nu stânjeneşte evoluţia, desfăşurarea persoanei.

Omul normal e un „om de înţeles”, cu care convieţuirea nu e numai cu putinţă, ci chiar plăcută.

Omul este cu atât mai sănătos, cu cât îşi simte mai puţin funcţionând organismul.

La aceşti subiecţi se observă acord între idei, între gând şi faptă.

Esenţa sănătăţii mentale

În mod ideal, oamenii sănătoşi au:

- Capacitatea de a iubi şi de a fi iubiţi.
- Puterea de a accepta schimbarea şi nesiguranţa fără teamă.
- Un dar de a risca deliberat de a se debarasa de obsesia celor mai groaznice scenarii interminabile.
- Rezerve de bucurii de viaţă spontană şi o sferă largă de răspunsuri emoţionale.
- Contact eficient cu realitatea.
- O imaginaţie bogată.
- Un grad de autocunoaştere.
- Puterea de a spune „am greşit” şi de a învăţa din experienţă.
- Un sentiment satisfăcător de siguranţă şi de aparenţă în cadrul societăţii.
- Capacitatea de a satisface cererile grupului.
- Libertatea propriei exprimări aşa cum o doreşte.
- Capacitatea de a împlini dorinţele trupeşti ale sale şi ale altora.
- Un simţ al umorului.

Boala şi reacţia psihologică la boală.

Boala nu este ceva despărţit de organism, ci o modalitate reacţională a organismului, în raport cu acţiunea unui agent.

Orice agent perturbator se adresează întregului organism, chiar dacă manifestarea bolii este locală.

Boala, care apare în sectorul psihic, are răsunet visceral, iar boala aparent „strict somatică” are implicaţii psihice.

Omul „răspunde” în totalitate.

„Nu există boli, ci bolnavi”, „nu există boli în afara bolnavului”.

Este greşit obiceiul unor medici de a căuta să înăbuşe anxietatea întemeiată a bolnavului printr-o comportare aspră (data 13, etc.).

Maladie psihiatrică.

Maladia psihiatrică este o boală mintală, care afectează gândurile, comportamentul și abilitatea socială a persoanelor.

Boala psihică constă într-o dezorganizare a vieții psihice, cu apariția unor manifestări psihopatologice, ce pot influența funcționalitatea globală a persoanei.

Boala este o stare anormală, care apare la un moment dat, pe un substrat vulnerabil, sub influența unor anumiți factori etiologici, cu un tablou și evoluție clinică specifică, și responsivitate terapeutică.

Boala mintală este o maladie și poate fi vindecată.

Povara sănătății mintale.

1. Aproximativ 300 de milioane de persoane suferă de tulburări mintale (circa 12% din numărul totalul al maladiilor):
- 121 de milioane de persoane suferă de tulburări depresive;
- 70 de milioane de probleme legate de alcool;
- 24 de milioane de schizofrenie şi 37 de milioane de demenţă.

Tulburările mintale sunt cu mult mai frecvent întîlnite printre cei săraci.

2. Refugiații, migranții și persoanele expuse unor situații extreme, suferă de un șir de tulburări specifice de sănătate mintală.

3. Persoanele, expuse la un declin economic de tranzitie, suferă de un risc de demoralizare, alcoolizare, addicție și suicid.

Aproape 800 000 de persoane anual comit suicid.

Potrivit OMS, suicidul este a treia cauză, care contribuie la letalitatea persoanelor în vârstă de 15-45 ani (bărbați și femei).

Numărul suicidelor crește cu 60% la vârsta de 45 ani.

4. Problemele de sănătate mintală pot, de asemenea, contribui la vătămările neintenționate și intenționate, așa ca: accidentele rutiere, cauzate de intoxicații de alcool sau violența domestică.

5. Copiii, care nu primesc prin alimentație sare iodată, dezvoltă deficiențe intelectuale.

Aproximativ o jumătate de tulburări mintale apar până la vârsta de 14 ani.

Situaţia în Republica Moldova.

1. În Republica Moldova se înregistrează o rată a incidenţei a tulburărilor mintale de circa 15 mii persoane pe an şi o prevalenţă totală de circa 100 mii pe an.
2. În evidenţă psihiatrică se află circa 60 mii pacienţi, dintre care circa 28 mii au grad de dizabilitate.
3. În structura dizabilității, primar înregistrate, 9% reprezintă sănătatea mintală.

Tendinţe ale reformei globale şi implicaţiile pentru sănătatea mintală.

În ultimele decenii s-au înregistrat reforme majore în domeniul sănătăţii mintale.

Decentralizarea şi **reformele sistemelor financiare** sunt două mari schimbări care s-au răsfrânt asupra domeniului de sănătate.

Aceste aspecte sunt importante pentru sănătatea mintală, deoarece a sporit conştientizarea necesităţii pentru o finanţarea adecvată a serviciilor pentru sănătatea mintală.

Accentul a fost pus pe integrarea serviciilor pentru sănătatea mintală în sistemele generale ale sănătăţii.

LEGISLAȚIA INTERNAȚIONALĂ ȘI NAȚIONALĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE.

„Toţi oamenii se nasc liberi şi egali în demnitate şi drepturi” **(**Declaraţia Universală despre Drepturi Umane).

Persoane cu tulburări mintale suferă de violarea drepturilor umane, de stigmă şi discriminare.

Cadrul normativ internațional este reglementat de următoarele acte importante:

- ***Declaraţia Europeană, privind Sănătatea Mentală*** (2005, Helsinki), la care a aderat şi Republica Moldova, prin care ameliorarea sănătăţii mentale a devenit o direcţie prioritară pentru ţară.
- ***Declaraţia europeană cu privire la sănătatea copiilor şi tinerilor cu dizabilităţi intelectuale şi a familiilor lor,*** la care a aderat la 26-27 noiembrie 2010 și Republica Moldova);
- ***Convenţia ONU pentru Protecţia Drepturilor Persoanelor cu Dizabilităţi***, ratificată în iulie 2010 și de Republica Moldova**.**

Cadrul normativ național este reglementat de următoarele documente relevante:

- Legea privind sănătatea mentală nr. 1402 - XIII din 16.12.1997;
- Politica Națională de sănătate;
- Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008 – 2017;
- HG nr. 55 2012 - Regulamentul-cadru al Centrului comunitar de sănătate mintală şi a Standardelor minime de calitate;
- Ordinul MS nr.591 din 20 august 2010 - „Cu privire la organizarea şi funcționarea Serviciului de Sănătate Mintală din Republica Moldova”;
- Programul National privind Sănătatea Mintală pentru anii 2012 – 2016;
- Ordinul MS nr. 610 din 24.05.2013 – Strategia de dezvoltare a serviciilor de SM la nivel de comunitate și integrarea acestora în AMP pentru 2013-2016;
- Ordinul MS nr. 407 din 16.05.2014 - Cu privire la Centrele Comunitare de Sănătate Mintală.

FENOMENUL DE STIGMA ŞI DISCRIMINARE.

Stigma este compromiterea socială a unei persoane.

Stigmat înseamnă „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 societăţii”.

Când stigma se transpune în comportamente, devine **discriminare**.

Stigmatizarea şi discriminarea sunt „bariere” în asistenţa şi tratarea diferitor boli.

Stigmatul are ca rezultat generarea fricii, neîncrederii şi violenţei împotriva persoanelor, care suferă de o boală mintală.

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.

Nivelele serviciilor de sănătate mintală.

- Auto-îngrijirea;
- Îngrijirile comunitare informale;
- Serviciile de sănătate mintală în sistemul de îngrijire primară;
- Îngrijirea în servicii comunitare de SM;
- Servicii psihiatrice în spitalele generale;
- Îngrijirea în servicii specializate de SM.

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 medicinii, se dezvolta 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 asiatice, 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 ştiinţifică a antichităţii.

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 medicinii 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 demențial 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 observaţie şi 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 XlX-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 afecţiunilor psihice a medicamentelor psihotrope (antipsihotice şi modificatoare ale comportamentului) prin descoperirea **clorpromazinei** şi a aplicării ei în clinică (1952).

Meprobamatul (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 sintezat **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 căruia se numărau și alienații mintali.

Problema alienaților 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.**

Ulterior directori (medici-șef) au fost: **I. Varzar** (1916-1920), **Gh. Lașcu** (1920-1939), **A. Ciolca** (1940), **M. Isanos** (1941-1944), **A. Ciolca** (1945-1947), **B. Morozov** (1950-1970), **M. Zineac** (1970-1986), **C. Țurcan** (1986-2010), **M. Hotineanu** (2010-2015).

Actualul director este **Victor Furtună**.

Spitalul a servit drept bază inițială pentru trei instituții republicane, care pe parcursul anilor sau detașat:

- Institutul de Neurologie și Neurochirurgie,
- Dispensarul Republican de Narcologie și
- Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile.

Aici și-a început activitatea proeminentul medic infecționist Toma Ciorbă.

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***”.

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

- **Sistemul ICD-10** (Clasificarea Internaţională a maladiilor - CIM-10, 1992), propus de Organizația Mondială a Sănătății (WHO), folosit pe scară mondială și
- **Sistemul DSM-V** (Manualul de Diagnostic şi 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 şi comportamentale datorate utilizării de substanţe psihoactive
- F 20-F29 Schizofrenia, tulburările schizotipale şi tulburările delirante
- F30-F39 Tulburări ale dispoziţiei (afective)
- F50-F59 Sindroame comportamentale asociate cu tulburări fiziologice şi factori somatici
- F60-F69 Tulburări ale personalităţii şi comportamentului adultului
- F70-F79 Retardare mentală
- F80-F89 Tulburări ale dezvoltării psihologice
- F90-F98 Tulburări comportamentale şi emoţionale cu debut în copilărie şi adolescenţă
- 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.

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

I. Introducere generală.

A. Scopul interviului diagnostic este culegerea informaţiilor, care îl vor ajuta pe examinator să formuleze diagnosticul. Diagnosticul orientează tratamentul şi ajută la predicţia (prognosticul) evoluţiei viitoare a pacientului.

B. Diagnosticele psihiatrice se bazează pe fenomenologia descriptivă: semne, simptome, evoluţie clinică.

C. Examinarea psihiatrică are două părţi:

(1) istoricul, care descrie evoluţia bolilor prezente şi trecute şi care furnizează informaţii despre familie şi alte informaţii personale, şi

(2) examenul stării mintale, care constituie evaluarea gândirii, dispoziţiei şi comportamentului curent al pacientului.

II. Istoricul psihiatric.

A. Identificarea.

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

B. Motivul internării.

Motivele spitalizării sau consultaţiei 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 şi neurologic.
V. Tehnici de examinare psihiatrică.
VI. Situaţii de intervievare speciale.
VII. Consemnarea rezultatelor istoricului şi 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 intensităţii simptomelor şi
- ✓ a răspunsului la tratament.

Pentru evaluarea **tulburărilor depresive:**

- ***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).***

Mulțumesc de atenție

Psihopatologie

- Disciplină 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.

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 (cecitatea 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.

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.

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 (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.

- **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, pseudoreminiscențelor, criptomneziilor, ecmneziei.

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, ”Inserția” 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/ conştientului, 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 conștienții, (egosintonă), dar care, spre deosibire 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)

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

Clasificarea tulburărilor de voință

1. Tulburări cantitative ale voinței

- Hiperbulia, Hipobulia, Abulia

2. Tulburări calitative ale voinței

- Disabulia, Parabulia, Impulsivitatea, Compulsivitatea, Raptusul

Clasificarea tulburărilor psihomotorii

A. **Diminuarea activității motorii**

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

B. **Exagerarea activității motorii**

o Hiperkinezia, Neliniștea psihomotorie, Akatisia, Tasikinezia, Agitația psihomotorie, Catatonia

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

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 sopor

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 amenție) 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 allopsihică.

– 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.

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

- Psihofarmacologia
- Psihoterapia
- Reabilitarea psihosocială

Principii de baza si tipuri de tratament in psihiatrie

- Tipurile de interventie vor fi in functie de etapa bolii

- Dozele si modul de administrare vor fi in functie de starea pacientului

- Doza administrata va depinde de starea somatica a pacientului, greutatea corporala, legaturile proteice ale medicamentului, tipul de metabolizare, tipul de eliminare, iar frecventa va depinde de perioada de injumatatire a medicamentului, dar si de formarea metabolitilor activi

Psihofarmacologia

Prinicipalele Medicamente Psihofarmacologice

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

Neuroleptice (Antipsihotice)

Neurolepticele sunt substanțe cu structură chimică diferită, având ca efect principal acțiunea antipsihotică.

două clase de substanțe antipsihotice:

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

- **Antipsihoticele sunt medicamentele care actioneaza asupra simptomelor psihotice**
- (delir, halucinatii, agitatie psihomotorie, stupoare, etc.) **prin actiunea blocanta asupra sistemului neurotransmitator preponderent dopaminic**

Antipsihoticele actioneaza la nivel receptoral cu actiune preponderent blocanta asupra mai multor tipuri de receptori:

- dopaminici
- noradrenergici
- histaminici
- serotoninici
- colinergici

Aceasta cauzeaza efectele antipsihotice, neurologice extrapiramidale, colinergice anticognitive, depresive, etc.

Actiunea antipsihotica include:

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

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

acțiune antidelirantă (deliriolitică);
acțiune antihalucinatorie (halucinolitică).

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

Actiunea antipsihotica include:

4. **Efectul antiautistic şi/sau dezinhibitor**

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

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

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

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

Actiunea antipsihotica include:

6. Efectul antimaniacal, anticonfuzional

- **7. Efectul extrapiramidal si metabolic.**

Sunt cele mai frecvente reactii adverse după administrarea de neuroleptice.

Efectele somatice ale antipsihoticelor

- Scaderea tensiunii arteriale. Este tipica pentru antipsihoticele de prima generatie (clorpromazina, levomepromazina)

- Efectul antiemetic, antivomitiv .

- Actiunea antihistaminica a antipsihoticelor poate fi utilizata in reactiile alergice (clorpromazina)

- Cresterea apetitului si cresterea greutatii corporale (acest efect poate fi utilizat in tratamentul anorexiei nervoase (olanzapina)

- Creste efectul analgeticelor (droperidol este folosit ca anestetic)

- Influenteaza termoreglarea (clorpromazina scade febra de etiologie centrala)

- Efectul metabolic. Se manifesta prin cresterea prolactinei. Aceasta provoaca scaderea libidoului, ginecomastie, amenoree.

- Efectul muscarinic. Se manifesta prin uscaciunea gurii, retentii urinare.

Efectele somatice ale antipsihoticelor

Efecte cardiovasculare	➢ hipotensiune arterială, tahicardie, ➢ amețeli, ➢ aritmii, ➢ moarte subită
Efecte gastrointestinale	➢ anorexie, ➢ disfagie, ➢ constipație, ➢ diaree, ➢ modificarea gustului, ➢ glosite, ➢ senzație de vomă
Efecte secundare sexuale	➢ scăderea libidoului, ➢ dificultăți de erecție, ➢ inhibarea ejaculării, anorgasmie, ➢ priapism

Efectele somatice ale antipsihoticelor

Efecte endocrine	➢ mărirea sânilor, ➢ hiperlactație, ➢ galactoree, ➢ amenoree, ➢ creşterea apetitului, ➢ creşterea în greutate, ➢ hiperglicemie, ➢ sdr. hipotalamic tardiv
Tulburări oculare	➢ reducerea acuității vizuale, ➢ retinopatia pigmentară
Reacții de sensibilitate	➢ fotosensibilitate, ➢ reacții fotoalergice, ➢ anomalii de pigmentare a pielii, ➢ rashuri, erupții eritimatoase ➢ agranulocitoză, ➢ eozinofilie

TIPUL DE NEUROLEPTIC	DEFINIȚIE	EFECTE
antipsihotice din I generație – „neurolepticele clasice”	definite de Delay şi Denicker (1957), ca fiind caracterizate prin acțiunea de blocare a •receptorilor **D2** predominant subcorticală, şi •a receptorilor **α2 NA**	➢ **reducerea tulburărilor psihotice,** predominant a simptomatologiei pozitive;
		➢ **producerea sindromului extrapiramidal** şi a unor manifestări neurovegetative;
		➢ crearea **„stării de indiferență psihomotorie”;**
		➢ **diminuarea excitației şi agitației motorii.**

Prezentarea Generală a Medicamentelor Antipsihotice

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

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

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

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

Medicamente Antipsihotice de a 2-a Generaţie

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

Medicamente Antipsihotice de a 2-a Generație

Eficienţa în comparaţie cu neurolepticele antidopaminergice clasice

1. Simptomele pozitive sunt influenţate semnificativ.
2. Simptomele negative sunt reduse semnificativ.
3. Simptomele afective sunt influenţate mai bine.
4. Ele reduc în mod semnificativ sau previn tulburările cognitive.
5. Tratamentul pacienţilor rezistenţi cu schizofrenie este îmbunătăţit semnificativ mai bine cel puţin la fel ca în cazul clozapinei.
6. Tratamentul de întreţinere este mai eficace.

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

Indicația majoră este de fapt tratamentul de întreținere

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

Antipsihotice Injectabile

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

Antipsihotice 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

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

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

Efecte adverse

Efecte adverse	Manifestări
1. **Efecte anticolinergice**	➢ disfuncții cognitive, ➢ uscăciunea mucoaselor, ➢ vedere încețoşată, ➢ constipație, ➢ retenție urinară, ➢ sindromul anticolinergic: dezorientare, ➢ confuzie, amnezie, ➢ febră, ➢ tahicardie

Efecte adverse

Efecte adverse	Manifestări
2. Efecte cognitive	➢ sedare, ➢ confuzie, ➢ dificultăți de concentrare a atenției, ➢ dezorientare, ➢ tulburări de memorie

Efectele neurologice

Se manifesta prin simptome extrapiramidale si anume:

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

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

Efecte adverse

Efecte adverse	Manifestări
3. Efecte neurologice	**Reacții extrapiramidale**: ➢**distonii** (mişcări lente, prelungite ale musculaturii membrelor, feței, limbii din care rezultă contorsionări sau contracturi musculare), ➢**akatisie** (bolnavul simte în permanență nevoia de a se foi, de a-şi pendula picioarele), ➢**pseudoparkinsonism** (bradipsihie, bradilalie, tremor fin, rigiditate), ➢**disfagie**, ➢**incontinență urinară,** ➢**voma tardivă**

Efecte adverse

Sindrom neuroleptic malign	➢ rigiditate musculară, ➢ tahicardie, ➢ hipertermie, ➢ alterări ale funcțiilor vitale, tulburări de conştienţă

Antidepresive
Când indicam antidepresive ?

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

- Depresia majoră;
- Episoadele depresive din tulburarea bipolară.

Tulburări Depresive

Antidepresive
Când indicam antidepresive ?

- Tulburări Obsesiv-Compulsive
- Tulburări de Panică, Fobia socială. Tulburarea anxioasă generalizată, mai ales în cazurile care asociază şi simptome depresive;
- **Tulburări Afective** (Distimia; Simptomele depresive secundare unor probleme medicale; Tulburarea afectivă sezonieră; Depresia postpartum; Tulburarea disforică premenstruală)
- Dereglări de Alimentaţie
- Tulburari Psihosomatice
- Tulburare de Stres Posttraumatic
- Simptome de Sevraj Alcoolic şi Medicamentos (Narcotic)
- Sindrom algic Folosite ca medicaţie auxiliară pentru controlul durerii (de ex., în neuropatia diabetică);
- Enurezis

Tipuri de antidepresive:

Trei clase de medicamente sunt folosite ca antidepresive:

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

Antidepresivele heterociclice:

Acest grup cuprinde

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

Antidepresive:

1 Generaţie a Antidepresivelor (Triciclice si tetraciclice)			
Denumirea Generală	Marca Comercială	Doze (mg)	Mecanismul Eficacităţii
amitriptălină	AMITRIPTYLIN	75-200	Inhibiţia Recaptării Serotoninei şi/sau Norepinefrinei Urmată de Creşterea Concentratiei lor în spaţiul sinaptic
nortriptilină	NORTRILEN	50-150	
imipramină	MELIPRAMIN	75-250	
clomipramină	ANAFRANIL, HYDIPHEN	75-225	
dosulepină	PROTHIADEN	100-300	
dibenzepină	NOVERIL	240-720	
maprotiline	LUDIOMIL, MAPROTILINE	75-150	

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

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

- vedere încețoşată,
- constipație, amețeală în ortostatism,
- gură uscată, retenție de urină,
- confuzie.

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

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

Agenții serotonin specifici:

Agenții serotoninergici specifici, ca de exemplu, fluoxetin şi sertralin, reprezintă **noua clasă de medicamente pentru depresie.**

- Aceste medicamente **nu au efecte secundare în raport cu sistemul cardiovascular** şi, de aceea, sunt utile pentru pacienții cu afecțiuni cardiace.
- Ele au în general mai puține efecte secundare decât alte antidepresive.
- În primele zile pacienții pot fi anxioşi sau nervoşi, pot avea tulburări de somn, crampe gastrice, grețuri, rash cutanat şi rareori somnolență.
- În extrem de rare cazuri pot dezvolta un acces.

Antidepresive

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

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

Antidepresive cu acţiune dublă
Inhibitori mixti ai recaptării serotoninei și adrenalinei

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

Noi medicamente antidepresive

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

- **SSRI** – inhibitor al recaptării de serotonină
- **NaRI**– inhibitor al recaptării de noradrenalină
- **SNRI**– inhibitor al recaptării de serotonină şi noradrenalină
- **SARI**– inhibitor al recaptării de adrenalină şi serotonină
- **NDRI**– inhibitor al recaptării de noradrenalină şi dopamină
- **NaSSA**-antagonist al receptorilor α αα α2 adrenergici

Efectele adverse ale antidepresivelor

•1. Efectele anticolinergice

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

Acestea includ:

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

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

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

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

Efectele adverse ale antidepresivelor

2. Efecte asupra sistemului nervos

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

S-au observat şi stări precum:

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

Simptomele extrapiramidale pot apărea la pacienții ce au primit antidepresive triciclice. La pacienții tineri, cât şi la cei vârstnici, poate persista **un tremor** aproape insesizabil, iar **sindromul parkinsonian** este foarte întâlnit la pacienții vârstnici cărora li s-au administrat doze ridicate.

Alte efecte extrapiramidale ce pot apărea sunt:

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

2. Efectele adverse ale antidepresivelor asupra sistemului nervos

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

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

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

•3. Efecte cardiovasculare

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

➢Alte efecte cardiovasculare induse de medicaţie se referă **la unde T** anormale (aplatizare a undei T) şi la alterarea altor semne ECG,

➢propagarea blocurilor atrioventriculare şi de ram,

➢diferite aritmii (tahicardie ventriculară), bradicardie, fibrilaţie ventriculară, complexe ventriculare premature şi extrasistole ventriculare,

➢sincopă, colaps,

➢exitus subit,

➢hipertensiune,

➢tromboze şi tromboflebite,

Efectele adverse ale antidepresivelor

➢astm ischemic cerebral,

➢insuficienţă cardiacă congestivă.

Pacienţii cu boli cardiovasculare preexistente sunt deosebit de sensibili la **cardiotoxicitatea medicaţiei.** În timpul intervenţiilor chirurgicale asupra pacienţilor cărora li s-au administrat antidepresive triciclice, au apărut **episoade hipertensive**. Astfel că **se impune întreruperea medicaţiei cu câteva zile înainte de intervenţia programată**.

La pacienţii cardiaci aflaţi sub terapie antidepresivă triciclică, s-a observat că medicaţia induce o accentuare a incidenţei morţii subite. Chiar dacă infarctul de miocard a fost atribuit terapiei cu antidepresive triciclice, nu a fost totuşi stabilită o relaţie cauzală

Efectele adverse ale antidepresivelor

•**4. Efecte hematologice**

➢agranulocitoze,
➢trombocitopenie,
➢eozinopenie,
➢leucopenie şi
➢purpură.

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

•**5. Efecte hepatice**

➢Creşterile transaminazelor,
➢modificările de concentrație a fosfatazei alcaline sunt efecte ce apar în timpul terapiei cu antidepresive triciclice.
➢ Creşterea valorilor la testarea funcției hepatice ne indică necesitatea repetării testelor.

Dacă apar creşteri accentuate, medicația trebuie întreruptă. **Icterul şi hepatita devin reversibile** ca urmare a întreruperii medicației, dar trebuie să menționăm că s-au înregistrat decese generate de hepatite toxice care au survenit atunci când s-a continuat administrarea de antidepresive triciclice.

•6. Reacții de sensibilitate Efectele adverse ale antidepresivelor

Manifestările alergice au inclus

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

Pacienții care manifestă fotosensibilitate trebuie să evite expunerea la soare.

•**7.Alte efecte adverse**

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

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

Efectele adverse ale antidepresivelor

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

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

Timostabilizatoare

Definiție

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

Clasificare

Principalele clase de substanțe timoreglatoare sunt:

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

Alte Medicamente Psihotrope cu Efect Antidepresiv

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

Medicamente Stabilizatoare a Dispoziţiei (Medicamente Timoprofilactice)

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

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

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

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

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

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

Medicamente Anxiolitice

Indicații:

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

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

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

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

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

Medicamente Anxiolitice

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

Medicamente Anxiolitice

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

Medicamente Hipnotice (inductoare de somn)

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

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

Medicul trebuie să cunoască potențialul toxicomanic al benzodiazepinelor.

Efecte secundare ale tranchilizantelor

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

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

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

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

Efecte secundare rare:

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

Medicamente procognitive

Medicamente inhibitoare ale acetilcolinesterazei		
rivastigmine	EXELON	8 -12 mg
donepezil	ARICEPT	5 - 10 mg
galantamine	REMINYL	8 - 24 mg
Antagonişti ai receptorilor NMDA (N-metil-D-aspartat)		
memantină	EBIXA	10 - 30 mg

Medicamente Nootrope

Indicaţie:Tulburări Organice de Memorie şi a Intelectului, Stări Primare, Eficacitate după 2-3 luni		
pyritinol	ENERBOL ENCEPHABOL	300 - 900
piracetam	NOOTROPIL, PYRAMEM, KALICOR	3000 - 9000
Medicamente Nootrope şi Vasodilatatoare (Îmbunătăţirea Calităţii Reologice a Sîngelui şi Perfuziei Cerebrale)		
cinarizine	STUGERON	50-100
vinpocetine	CAVINTON	15- 30
pentoxifiline		
xantinol		
Derivati de ergot		
nicergoline		

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

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

PSIHOTERAPIA – generalități

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

- **Psihoterapia** poate fi privită şi ca *o relaţie interpersonală dintre pacient şi psihoterapeut, relaţie menită să investigheze şi să înţeleagă natura tulburărilor psihice ale pacientului în scopul de a corecta aceste tulburări şi a elibera pe pacient de suferinţă.*

- Psihoterapia se bazează pe colaborarea voluntară dintre psihoterapeut şi pacient.
- Ea se asociază uneori cu tratamentul medicamentos şi/sau cu măsuri de asistenţă socială şi pedagogică.
- În aceste situaţii psihoterapeutul îşi desfăşoară activitatea în colaborare cu medicul psihiatru (sau de altă specialitate, după caz) şi cu alţi membri ai echipei de sănătate mintală.

Psihoterapia se diferenţiază de alte metode de tratament prin:

- se folosesc instrumente psihologice pentru schimbarea personalităţii, legate de bazele psihologiei;
- sunt utilizate metode si instrumente profesionale, adică pregătite de profesionişti;
- cu ajutorul psihoterapiei sunt trataţi persoane ce suferă de dereglări ai psihicului

Obiectivele psihoterapiei vizează în principal următoarele aspecte:

- Scoaterea pacientului din criză existenţială în care se află.
- Reducerea sau eliminarea simptoamelor.
- Întărirea E-ului şi a capacităţilor integrative ale personalităţii pacientului.
- Rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului.
- Modificarea structurii personalităţii în vederea obţinerii unei funcţionări mai mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu.
- Reducerea (sau înlăturarea dacă este posibil) acelor condiţii de mediu care produc sau menţin comportamentele de tip dezadaptiv.
- Modificarea opiniilor eronate ale subiecţilor despre ei înşişi şi despre lumea înconjurătoare.
- Dezvoltarea la subiecţi a unui sentiment clar al identităţii personale.

Psihoterapia – Indicații și contraindicații

Fiecare tehnică de psihoterapie își are pacientul său.

Generalizând putem spune că unicele contraindicații absolute sunt:

- Lipsa / 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)

ISTORIA PSIHOTERAPIEI

- Psihoterapia a fost practicată din cele mai vechi timpuri, pe masură ce oamenii primeau sfaturi şi erau ascultaţi de ceilalţi.
- Prima teorie în psihoterapie a fost realizată de medicul persan Rhazes din Bagdad, în secolul 8. Dar bolile psihice au fost tratate în lumea vestică ca fiind posesiuni demonice sau afecţiuni medicale care necesitau pedeapsă şi închisoarea, pînă în secolul 18.
- După secolul 18 au fost introduse intervenţiile psihosociale pentru reabilitarea “nebunilor”.
- Prima şcoală psihoterapeutică a fost psihanaliza lui Sigmund Freud în 1900.

- In jurul anilor 1920, a apărut psihoterapia **comportamentală**, bazată pe principiile condiţionării operante, conditionării clasice şi teoriei învăţării sociale.

- Psihoterapia comportamentală a început să fie utilizată ca psihoterapie pentru fobii.

- În Europa s-au dezvoltat abordări în psihoterapie bazate pe filozofia existenţială.

- O altă şcoală de psihoterapie a fost fondată în anii 1950 de Carl Rogers: **psihoterapia centrată pe persoană**, pornind de la principiile existenţialismului şi piramida trebuinţelor umane a lui Abraham Maslow.

- **Gestalt- terapia** a fost promovată de Fritz şi Laura Perls, apoi comunicarea non-violentă, de către Marshall Rosenberg şi **analiza tranzacţională**, de către Eric Berne. Mai tîrziu aceste abordări au ajuns să fie cunoscute ca şi **psihoterapie umanistă**.

- În anii 1960 Albert Ellis a infiinţat şcoala de psihoterapie **raţional- emotivă**, iar Beck şcoala de **psihoterapie cognitivă**.

- În anii 1970 psihoterapia cognitivă şi cea comportamentală s-au unit în ceea ce astăzi poartă numele de **psihoterapie cognitiv- comportamentală**.

Clasificare psihoterapiei

Psihoterapia poate fi:

- *individuală* (obiectul intervenţiei este individul),
- *în grup* (obiectul intervenţiei este individul inserat într-un grup terapeutic) sau
- *de grup* (obiectul intervenţiei 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.

Metodele de psihoterapie pot fi clasificate in dependenta de cele 4 forte a psihologiei:

1. curentul psihodinamic
2. curentul bihaviorist
3. curentul umanist/existential/fenomenologic
4. curentul transpersonal

PSIHOTERAPIILE, după abordare, se clasifică:

a) Activ-Directive:

- tehnici de relaxare;
- sugestia şi hipnoza;
- abordarea cognitiv-comportamentală;
- abordarea umanist-existenţial-experienţială;
- psihoterapia adleriană.

În cadrul acestor orientări există diverse şcoli. Se estimează (Bergin şi Garfield, 1994) că există aproximativ 200 de şcoli de psihoterapie şi peste 600 de tehnici de intervenţie.

b) Holistice, orientate către:

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

În această categorie se încadrează:

- abordările dinamice (freudiană, junghiană);
- abordarea non-directivă - Carl Rogers;
- abordarea abreactivă, care dezvoltă tehnici verbale de stimulare a dezvăluirii de sine în vederea depăşirii blocajelor - această metodă reprezintă o perfecţionare a abordării rogersiene.

ORIENTĂRI ÎN PSIHOTERAPIE

- **Psihanaliza** a fost prima formă de psihoterapie cunoscută. Psihanaliza se distinge prin faptul că încurajează verbalizarea gândurilor pacienţilor, incluzând asociaţiile libere, fanteziile şi visele din care analistul interpretează natura conflictelor inconştiente care produc simptomele pacienţilor.

- **Psihoterapia cognitiv-comportamentală** caută prin diverse metode să identifice şi să modifice cogniţiile maladaptative, credinţele şi comportamentele cu scopul de a influenţa emoţiile negative distructive şi comportamentele disfuncţionale problematice.

- **Psihoterapia psihodinamică** se centrează pe relevarea conţinutului inconştient al psihismului clientului cu scopul de ameliorare a tensiunii psihice. Deşi rădăcinile sale se află în psihanaliză, psihoterapia psihodinamică tinde să fie de mai scurtă durată şi este mai puţin intensivă comparativ cu psihanaliza tradiţională.

- **Psihoterapia existenţială** se bazează pe credinţa existenţială că fiinţele umane sunt unice în lume. Această izolare conduce la sentimentul lipsei de sens care poate fi depăşit numai prin crearea valorilor şi înţelesurilor proprii.

- **Psihoterapia umanistă** a apărut ca reacţie la behaviorism şi psihanaliză şi este ca urmare cunoscută sub numele de A Treia Forţă în dezvoltarea psihologiei.

- Psihoterapia umanistă se ocupă de contextul uman al dezvoltării individului subliniind înţelesul subiectiv, respingând determinismul şi preocupându-se de creşterea pozitivă mai degrabă decât de patologie.

- '***Psihoterapia de scurtă'*** **durată** este un termen generic pentru o varietate de abordări în psihoterapie. Diferă de alte şcoli de terapie prin faptul că subliniază centrarea pe o anumită problemă şi intervenţia directă. Este bazată pe soluţii şi nu orientată pe problemă.

- **Psihoterapia sistemică** se adresează oamenilor în relaţie, respectiv are de-a face cu interacţiunile de grup. Include terapia familială şi consilierea maritală.

- **Psihoterapia transpersonală** se adresează clientului în contextul unei înţelegeri spirituale a conştienţei.

Psihoterapia Cognitiv-comportamentala și existențiala

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

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

- Comportamente deschise/exteriorizate
- Comportamente închise/interiorizate

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

Tehnicile psihoterapiei comportamentale:

1. **1. Tehnica stingerii comportamentelor nedorite**

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

2. Tehnica desensibilizării sistematice

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

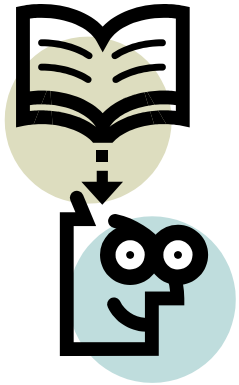
- **Învățarea relaxării**. Clientul este învățat mai întâi o tehnică de relaxare, de regulă metoda relaxării progresive a lui Jacobson.
- **Stabilirea ierarhiilor**. Se construiește o ierarhie a situațiilor ce provoacă anxietate clientului, în ordine descrescătoare, de la situația cea mai anxiogenă la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

- 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.
- Prin toate aceste tehnici, terapeutul structurează cursul terapiei și direcționează activitățile clientului.

Terapia cognitiv-comportamentală

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

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



Terapia cognitivă

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

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

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

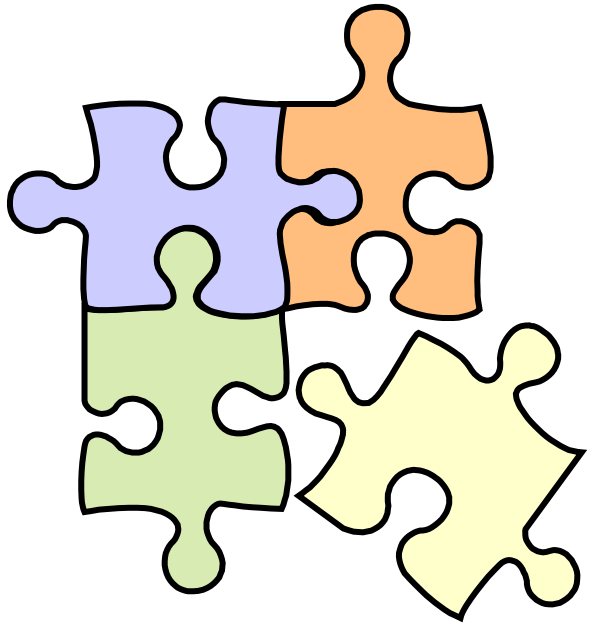
Indicatii absolute:

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

Paradigma cognitiv comportamentală - fundamente

Paradigma cognitiv-comportamentală este fundamentată de cîteva principii:

1. **COGNIŢIA** (convingere, credinţă, gând)
2. **Psihopatologia** este rezultatul cogniţiilor disfuncţionale/ iraţionale
3. **Cogniţiile disfuncţionale/iraţionale** pot fi identificate şi schimbate
4. **Schimbarea** se face prin tehnici cognitive / comportamentale
5. **Pachete de intervenţie** validate ştiinţific



Modelul ABC cognitiv

Modelul ABC cognitiv

A - EVENIMENTUL ACTIVATOR

- Tip situaţie externă (evenimente de viaţă)
- Tip situaţie internă/subiectivă (emoţii, aspecte psihofiziologice, biologice, comportamente)
- Antrenează întreaga personalitate a individului

Modelul ABC cognitiv

B - COGNIŢIILE PERSOANEI

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

Modelul ABC cognitiv

C- CONSECINŢE

- Consecinţele procesării cognitive a lui A
- Răspunsuri afectiv-emoţionale
- Răspunsuri comportamentale
- Răspunsuri psihofiziologice/biologice.

Dezavantaje:

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

HIPNOZA

Hipnoza (din greacă Hypnos-vis). Stare temporară a conştiinţei, caracterizată prin reducerea volumului şi focusarea asupra conţinutului celor spuse spre a influenţa, legate de schimbările funcţiei individuale de autocunoaştere. Starea de hipnoză apare în rezultatul unor influenţări speciale ale celui care face hipnoză sau direcţionat spre autoinfluenţă.

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

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

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

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

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

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

Este vorba de hipnoza spontană, care apare, de exemplu, atunci cînd citeşti cu mare atenţie o carte sau cînd urmăreşti un film

Tipuri de hipnoza

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

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

TRAININGUL AUTOGEN

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

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

ANALIZA TRANZACŢIONALĂ

Analiza tranzacţională a luat naştere în Statele Unite. Să fie limpede. Aceasta a fost dorinţa lui **Eric Berne,** “inventatorul” Analizei Tranzacţionale în 1961.

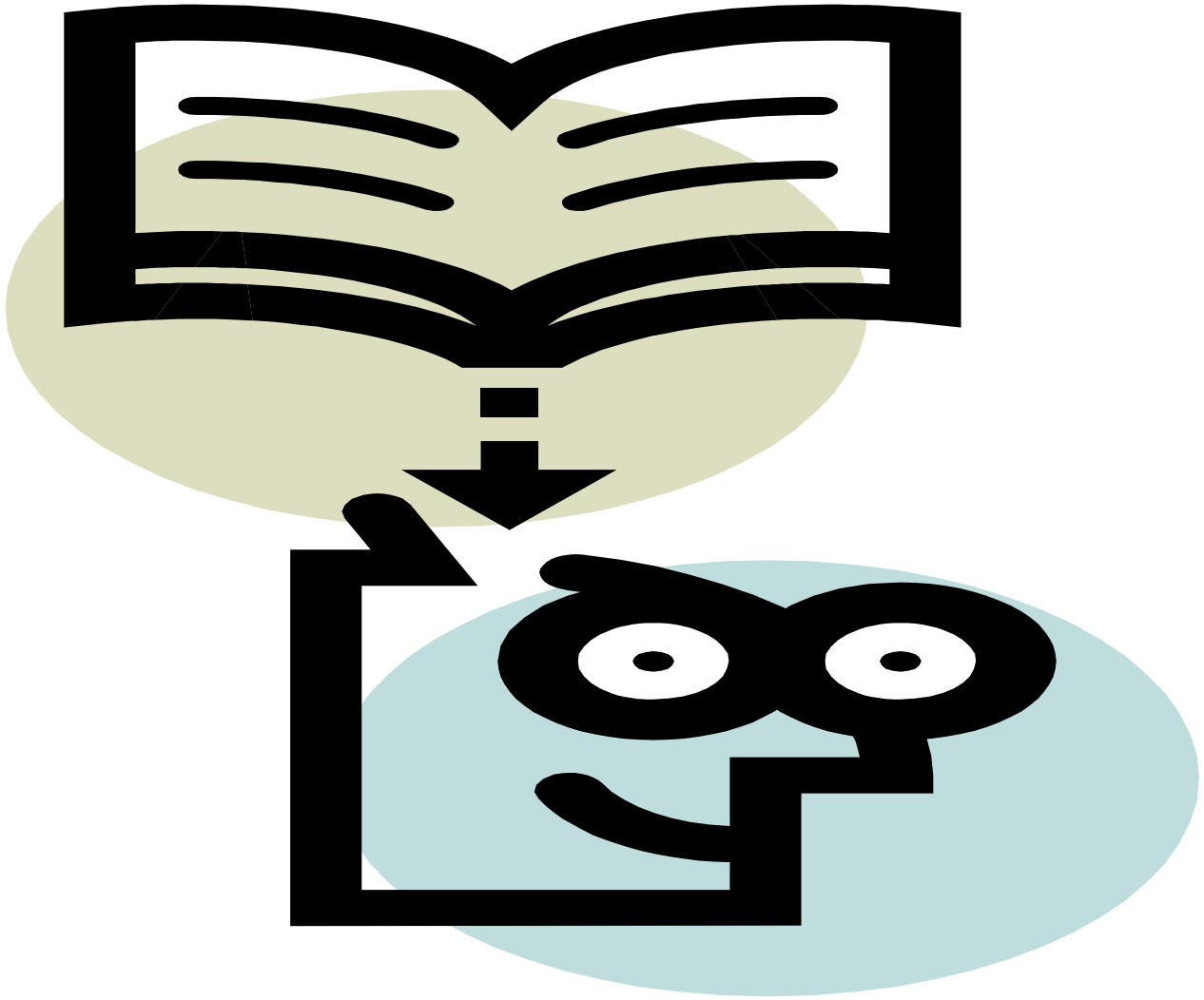
- în fiecare dintre noi există trei părţi, trei Stări diferite a ceea ce psihologia numeşte Eul nostru. Adică partea cea mai accesibilă a psihicului nostru.
- Aceste trei părţi sunt numite cele **trei Stări a Eului.**
- Luăm decizii şi reacţionăm plecând de la una dintre aceste trei părţi din noi înşine, plecând de la una din cele trei stări ale Eului. Prin urmare, ceea ce ni se întâmplă în viaţă depinde în mare măsură de Starea Eului de la care pleacă acţiunile noastre.
- Fiindcă dorea ca metoda sa să devină cea mai accesibilă cu putinţă, Eric Berne a înlăturat cuvintele savante şi a ales pentru fiecare din aceste Stări ale Eului denumiri simple.

GESHTALT - TERAPIA

Metoda a fost creată de psihologul şi psihoterapeutul american Perls sub influenţa ideei gelshtat – psihologiei, existenţialismului, psihanalizei şi, în deosebi, teoriei lui Raih despre apariţiile fiziologice ale materialului psihologic refulat.

Geshtalt – terapia a apărut în cursul apropierii fenomenale, care sublinia necesitatea conştientizării de către pacient a prezentului şi importanţa trăirii emoţionale directe. Informaţia, necesară pentru schimbarea terapeutică este primită direct din comportamentul pacientului.

Vă mulţumim pentru Atenţie



psihanaliza

Anatol NACU

definiţii

- 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 concepţii psihologice referitoare la psihic şi personalitatea umană, dobândite prin acest mijloc şi care se dezvoltă împreună pentru a forma **progresiv o nouă disciplină ştiinţifică.**

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

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

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

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

metodele

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

Asociaţii libere

- Asociaţie- orice legătură între două sau mai multe elemente psihice a căror serie constituie un lanţ asociativ.
- asociatiile 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.

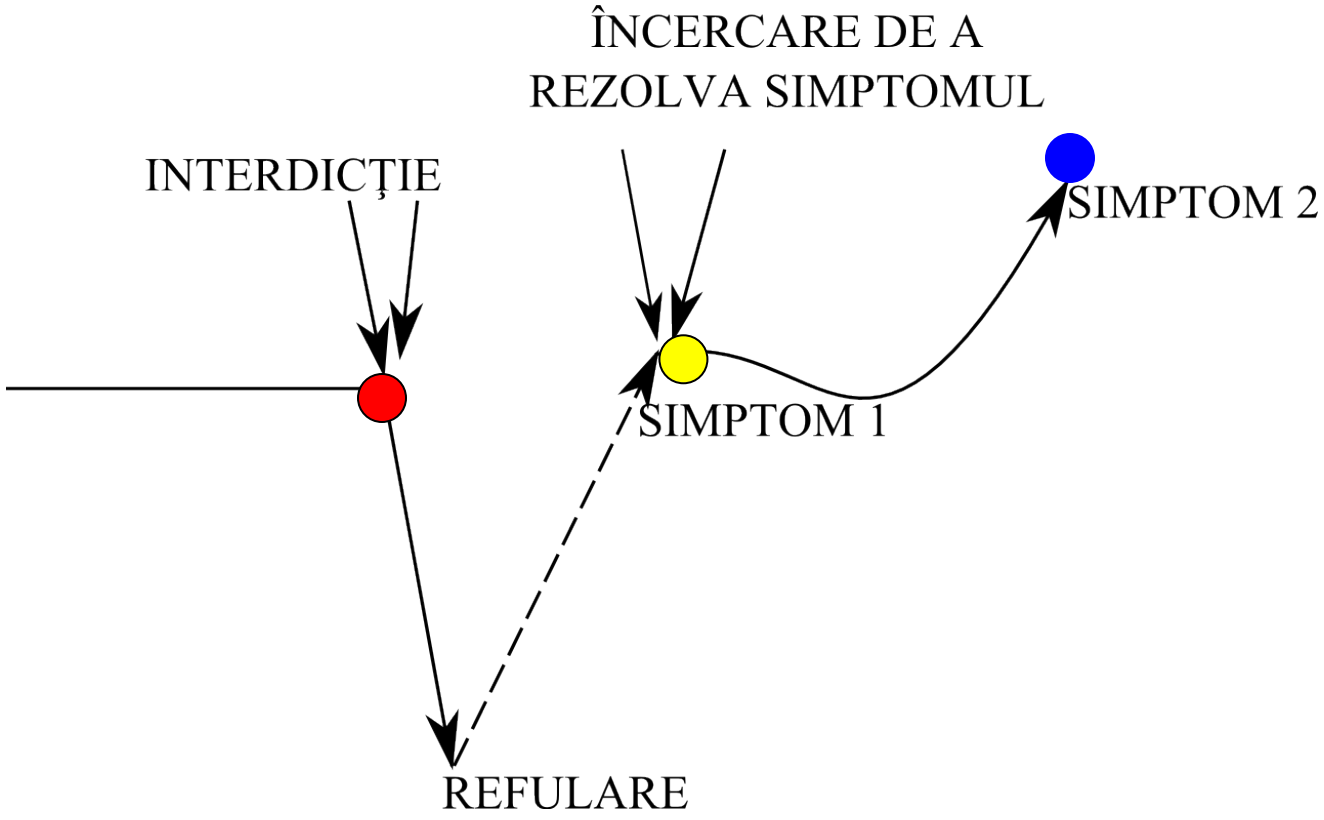
Atenția flotantă.

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

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.

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


ÎNCERCARE DE A
REZOLVA SIMPTOMUL
INTERDICŢIE
SIMPTOM 2
SIMPTOM 1
REFULARE

- Referindu-se la obiectivele tratamentului psihanalitic, Freud oferă următoarele recomandări: *„Inconştientul trebuie să devină conştient”* , *„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 şi plăcere ca rezultat al tratamentului psihanalitic.

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

- *Relaţii cu ceilalţi* (orientare spre exterior versus orientare spre interior, relaţia cu părinţii; relaţia cu congenerii şi grupurile; empatie, intimitate);
- *Acceptarea realităţii* (diminuarea omnipotenţei, capacitatea de a face doliu, controlul pulsiunilor şi toleranţa la frustrare, capacitatea de a ceda, proba realităţii);
- *Completitudinea trăirii şi vivacitate* (sentimente, energie, relaxare, capacitatea de a se bucura);
- *Mecanisme de coping* (mecanisme de apărare, adaptare şi schimbare socio-culturală);

- *Capacitate integratoare* (toleranţă la ambivalenţă, capacitatea de a face treceri);
- *Capacităţi autoanalitice* (autoobservare şi autoanaliză, conştientizarea transferului).

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

Transfer și contratransfer

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

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

apărare

- Apărarea este ansamblu de operaţii a căror finalitate este de a reduce, de a suprima orice modificare susceptibilă să pună în pericol integritatea şi constanţa individului biopsihologic. În măsura în care eul se constituie ca instanţă care întrupează această constanţă şi caută să o menţină.

Aparare normala

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

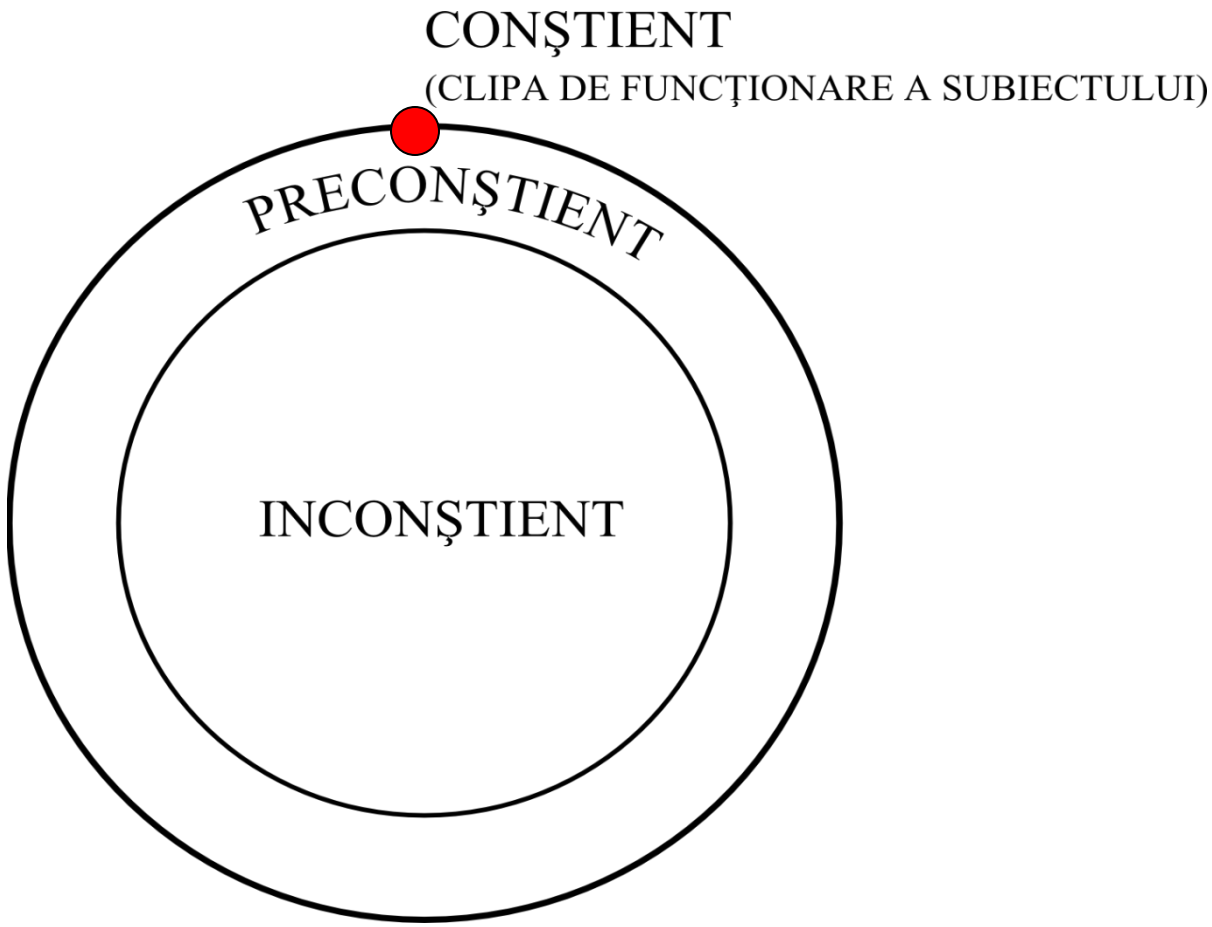
Apărare patologică

- Condiţia apărării patologice este declanşarea unei excitaţii de origine internă care provoacă neplăcere şi împotriva căreia nici o învăţare defensivă nu a fost realizată.

Contratransferul

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

- TOPICA I
  - INCONŞTIENT
  - PRECONŞTIEN
  - CONŞTIENT



- **Inconştient** – în sens topic inconştient înseamnă unul dintre sistemele definite de Freud în cadrul primei sale teorii asupra aparatului psihic. Este constituit din conţinuturi refulate cărora li s-a refuzat accesul la sistemul preconştient-conştient prin acţiunea refulării.

- **Refulare** – operaţie prin care subiectul încearcă să respingă din conştient şi să menţină în inconştient reprezentări (gânduri, imagini, amintiri) legate de o pulsiune. Refularea se produce în cazurile în care satisfacerea unei pulsiuni – susceptibilă prin ea însăşi să producă plăcere – riscă să provoace neplăcere în raport cu alte exigenţe.

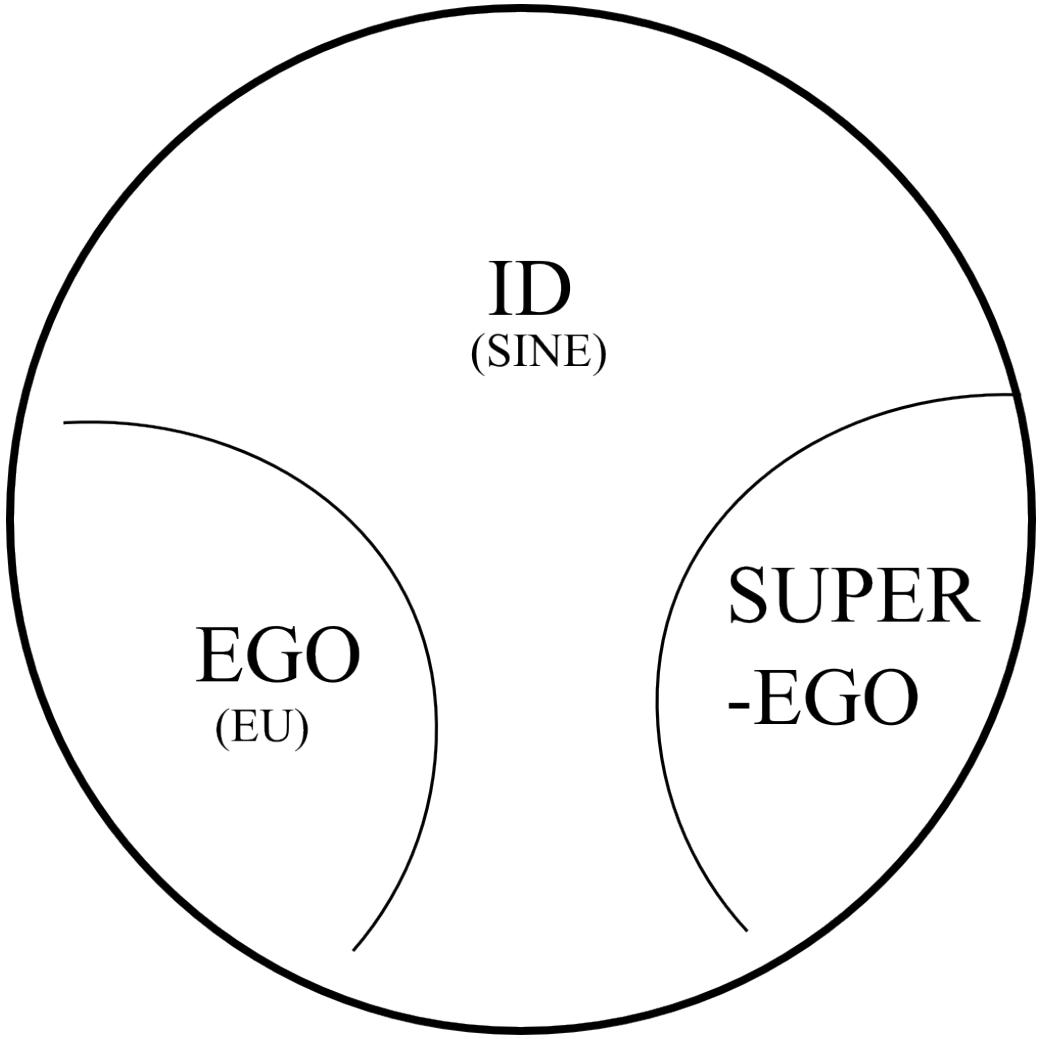
- **Preconştient** – termen utilizat de Freud în cadrul primei topici. Conţinuturile preconştientului nu sânt prezente în câmpul actual al conştiinţei şi sânt deci inconştiente în sensul „descriptiv” al termenului, dar se diferenţiază de conţinuturile sistemului inconştient prin faptul că rămân de fapt accesibile conştiinţei (cunoştinţe şi amintiri neactualizate, de exemplu).

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

- **Conştient** - din punct de vedere topic, sistemul percepţie-conştiinţă este situat la periferia aparatului psihic, primind informaţii atât din lumea exterioară, cât şi din lumea interioară sub forma de senzaţii ce se înscriu în seria neplăcere-plăcere şi reminiscenţe mnezice, însoţite de procedee de înţelegere 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** – una dintre cele trei instanţe descrise de Freud în cea dea doua sa teorie despre aparatul psihic. Sinele constituie polul pulsional al personalităţii; conţinuturile sale, expresii psihice ale pulsiunilor, sânt inconştiente: unele moştenite şi înnăscute, altele refulate şi dobândite.

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

- **Eu** – instanţă pe care Freud, în a doua sa teorie a aparatului psihic, o deosebeşte de Sine şi Supraeu.
- Din punct de vedere topic, Eul se află într-o relaţie de dependenţă atât faţă de revendicările Sinelui, cât şi faţă de imperativele Supraeului şi exigenţele realităţii. Deşi se afirmă ca mediator, reprezentant al intereselor totalităţii persoanei, autonomia sa este cu totul relativă.

- **Funcţiile Eului:**
- 1. Autoconservarea organismului
- 2. Testarea realităţii
- 3. Modificarea realităţii
- 4. Controlul Sine-ului, al vieţii instinctuale
- 5. Faţă de Supraeu. Ţine seama de cadrul moral

- Maturitatea psihică este atinsă în momentul în care Eul dobândeşte autonomie în raport cu celelalte instanţe psihice (Sine, Supraeu). Putem vorbi despre un Eu matur atunci când acesta nu mai este comandat de Sine şi tutelat de Supraeu, reuşind să-şi îndeplinească funcţia de comandă şi control a vieţii psihice.

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

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

Reabilitarea psihosociala

Include o gama de interventii :

- Medicale
- Psihologice
- Pedagogice
- Sociale si economice

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

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

REABILITAREA (Manualul Oxford 1991)

Un ansamblu de îngrijiri psihice şi sociale organizate pentru

- ajutorarea pacienţilor cu tulburări mentale cronice,

cu scopul de

- atingere a unui **nivel înalt de funcţionare socială.**

Scopurile interventiilor psihosociale

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

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

Scopul reabilitarii::

- Imbunatatirea calitatii vietii
- Imbunatatirea functionalitatii sociale

Tratament versus recuperare

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

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

- Tratamentul se axeaza pe incapacitatile pacientului în urma bolii,
- iar **reabilitarea se axeaza pe dezvoltarea punctelor forte și al abilitatilor pacientului**

DECI - ţinta reabilitării este:

- **concentrarea puterilor asupra persoanei** integre nu asupra simptomului,
- **restabilirea abilităţilor primare şi secundare** de autodeservire a persoanei;
- r**eînvăţarea vechilor deprinderi sau învăţarea altor noi,**
- **axarea asupra potenţialului** şi vocaţiilor personale;
- nevoile de îngrijire a sănătăţii în general şi de reacţia persoanei la intervenţia propusă.

Terapia psihosocială este fundamentală pentru:

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

Metodele psihosociale aplicate în terapia psihiatrică includ:

Diferite forme de măsuri psihologice:

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

Metodele psihosociale aplicate în terapia psihiatrică includ:

Psihoeducația pacientului și familia sa:

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

Metodele psihosociale aplicate în terapia psihiatrică includ:

Construirea de abilități:

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

Metodele psihosociale aplicate în terapia psihiatrică includ:

Terapie ocupațională:

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

Metodele psihosociale aplicate în terapia psihiatrică includ:

Socioterapie:

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

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

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

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

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

Prevenţia în sănătate mentală

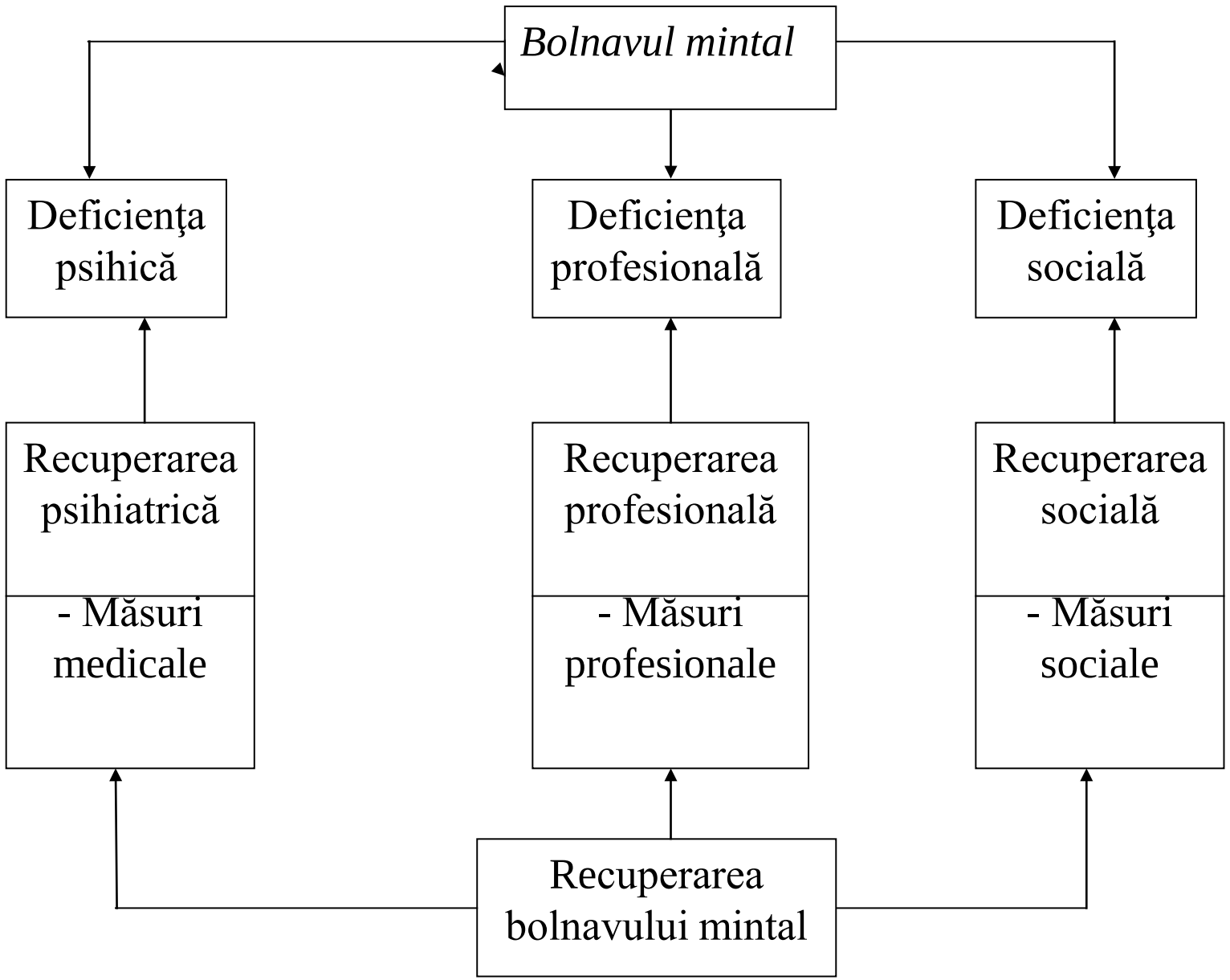
- **Prevenţia primară** – un complex de măsuri medico-sociale care urmăresc prevenirea îmbolnăvirii;
- **Prevenirea secundară** – intervenţii prompte aplicate în perioada apariţiei bolii, menite să limiteze întinderea şi severitatea unui epizod;
- **Prevenţia terţiară** – limitarea incapacităţilor produse de boală.

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

Şcoala americană (Boston 1990)

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

- **să funcţioneze mai bine,** în aşa fel încât prin deprinderile sale să trăiască şi să muncească;
- să înveţe cu succes şi **să aibă satisfacţii în mediul** pe care şi l-a ales, cu cea mai mică cantitate de suport din partea profesioniştilor.


Bolnavul mintal
Deficienţa psihică
Deficienţa profesională
Deficienţa socială
Recuperarea psihiatrică
- Măsuri medicale
Recuperarea profesională
- Măsuri profesionale
Recuperarea socială
- Măsuri sociale
Recuperarea bolnavului mintal

În ceea ce priveşte metodele de recuperare a bolnavilor cu tulburari psihice, acestea sunt numeroase şi diferite în funcţie de autor.

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

Terapii recuperatorii

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

Etapele reabilitarii psihosociale
(Gurovici 2007)

- Etapa interventiei psihosociale active
- Etapa recuperarii abilitatilor și legaturilor sociale vechi și de formare a celor noi
- Etapa consolidarii gradului de reabilitare obținut

Alte metode de interventii psihosociale

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

Programul de reabilitare

Obiectivul principal	**Recuperarea sănătăţii mintale**		
Obiective generale	**Recuperarea psihiatrică**	**Recuperarea profesională**	**Recuperarea socială**
Obiective secundare	**Reducerea deficienţei psihice**	**Redobândirea capacităţii de muncă**	**Readaptarea socială**
Mijloace de realizare	**Terapia psihotropă Psihoterapia Supravegherea ambulatorie Postcura sanatorială**	**Terapia ocupaţională Ergoterapia Reprofesionalizarea Activitatea profesională protejată**	**Terapia de grup Socioterapia Asistenţa socială Îngrijirea familială**

Mijloacele de realizare a Reabilitarii Psihosociale

- **Echipa multidisciplinară comunitară**, care este grupul interdisciplinar de specialişti antrenaţi în acţiunea de igienă mentală.

Schizofrenia.

Tulburarea schizotipală. Tulburarea delirantă persistentă.

Tulburarea afectivă bipolară.

Tulburarea depresiva recurentă. Ciclotimia. Distimia.

Tulburari psihice in epilepsie.

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

Conferențiar Universitar, Doctor în Științe Medicale **Dr. Valentin Oprea**

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 *demence precoce* pentru pacienții invalidizați ale căror patologie a debutat în adolescență; Karl Kahlabaum (German, 1828-1899) a descris simptomatologia catatonică și Ewold 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: dementia praecox, psihoza maniacal-depresivă și paranoia. Descrierea lui Kraepelin a demetia 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 maniacal-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 înseamna ”scindarea minții”, făcând referință la schisma între gândire, emoție si 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, aplatisării 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 milione 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 asociata 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 monozigoți.

Diagnostic

ICD-10

- **F20 Schizofrenie**
- Tulburările schizofrenice sunt caracterizate în general prin distorsiuni caracteristice ale gândirii și percepției si 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 membrelor 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 extratereștrii);
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 catatonic, cum ar fi: excitația, postura catatonică, 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 catatonic.
   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 perceptive 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**, simptomatica 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 deobicei 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. Simptomatica 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 apariţia halucinaţiilor, mai frecvent sub aspectul de „apeluri pe nume”, diverse grimase, manierisme, devin plîngăreţi, comportament bizar nemotivat, euforie neproductivă. Ca particularităţi în structura personalităţii predomină irascibilitatea, explozivitatea, încăpăţinarea, reuşită scăzută şcolară, agitaţii spontane necontrolate.
- **Varianta psihopatoidă** - predomină depăşirea, încălcarea, negarea principiilor etico - morale şi fac impresia de persoane de o proastă educaţie.
- **Varianta euforică** - este dominată de un tablou maniacal. În aceste cazuri este necesar de diferenţiat de TAB, unde se observă un fond ridicat, molipsitor al dispoziţiei, 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 agitaţie hebefrenică, în cadrul căruia manifestările onirice sunt fragmentare şi nu ating apogeul său de dezvoltare.

Evoluția schizofreniei de tip hebefren

- Este o formă de schizofrenie în care tabloul clinic este predominat 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, verbigerații.
- 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 atît 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 simptomatică 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 excitaţie sau stupoare catatonică, dar mai frecvent cu excitaţie, care treptat trece în stupoare. În momentul de trecere de la excitaţie în stupoare, starea pacientului pentru o perioadă de timp devine intermitentă (bolnavul parcă cade în stupoare, ulterior stupoarea trece în excitaţie şi 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 uşor 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 cazure 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 tentativile 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 simptomatica 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 delicvente, 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 smplex, în comparație cu celelalte forme este dominat de simptomatica 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 simplex 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 pregnostigul 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 tabloui 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 populatie
- Mai frecvent se întilnește 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 retragece 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;
- Experiențe 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 perceptive; comportament excentric ce debutează la vîrsta adultului tânăr și include 5 sau mai multe din următoarele:

1. Idei de referință;
2. Credințe bizare sau gîndire magică care influențează comportamentul (credința în superstiții, clarviziuni,telepatie etc);
3. Experiențe perceptive neobișnuite, inclusiv iluzii corporale;
4. Gîndire și limbaj bizar (vorbire vagă, metaforică, stereotipă);
5. Caracter suspicios sau ideație 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

- Caracteristicele 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 perceptive 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 gîndire, 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 copilarie 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 lînga schizofrenie și tulburări ale dispoziției și este constituită dintr-un delir cronic, non-bizar, bine sistematizat, fără deterioarare marcată a funcțiilor cognitive.

Epidemiologie

- Diagnosticul dat nu este întilnit frecvent, conform datelor statistice contemporane constituie 1-4% din internările psihiatrice. Cel mai frecvent tip de delir este cel persecutor; subtipul de gelozie e întilnit mai des la bărbați decât la femei. Patologia debuteaza de obicei la 35-55 ani.
- Studierea 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 in literatură 3 tipuri de psihoze care rezultă din aceștia: *psihoza de încarcerare*- la persoanele care au fost in 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 decît 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 cînd 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 etse 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 deobicei 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 unicale.
- **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 aderente 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 tînără 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 ideația 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 si cognitivă, terapia de grup nu este recomandabilă (pacientul este foarte suspicios și poate interpreta greșit unele situații).

Tulburarea afectivă bipolară

Definiții

Tulburare afectivă bipolară este o tulburare caracterizată prin episoade repetate (cel puţin 2) în care nivelele de dispoziţie şi activitate ale subiectului sunt semnificativ perturbate. Această perturbare constă în unele episoade de elevare a dispoziţiei, energie şi activitate crescută (manie sau hipomanie) şi în altele de scădere a dispoziţiei precum şi o scădere a energiei şi activităţii (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 maniacal – stare caracterizată de dispoziție elevată și o creștere a volumului şi vitezei activității fizice şi mentale. [CIM - 10].

Episodul maniacal – o perioadă bine delimitată, caracterizată prin dispoziţie anormal şi persistent euforică, expansivă sau iritabilă, precum şi prin activitate direcţionată către un obiectiv sau energie anormală sau persistent crescută, cu durată de cel puţin 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 uşor 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 uşor**
- **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 uşor**
- **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.

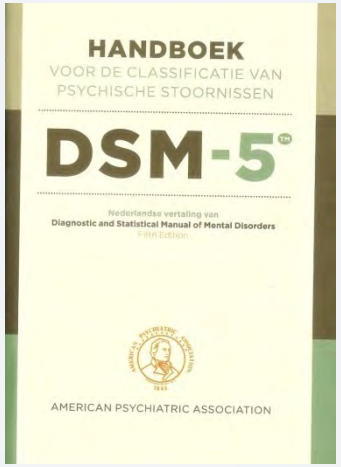
Epidemiologie

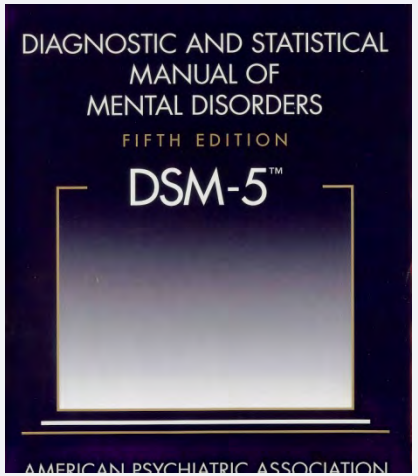
- Distribuția pe sexe identică (poate ceva mai frecventă la femei).
- Vârsta critică este de 30 ani pentru bărbați și femei.
- Nu sunt diferențe epidemiologice în funcție de rasă.
- Risc ceva mai crescut pentru grupurile socio-economice mai ridicate.
- Risc crescut când sun prezente antecedente familiale 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].

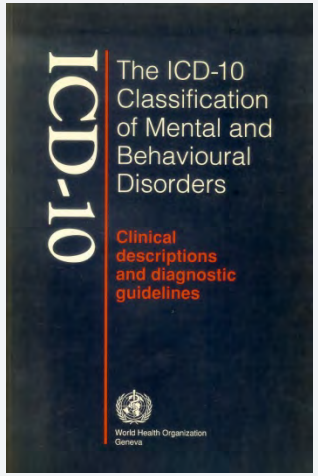
Epidemiologie

- 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 maniacal 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)	

Tim Peetoom
©Uitgeverij Holland Noord, Alkmaar

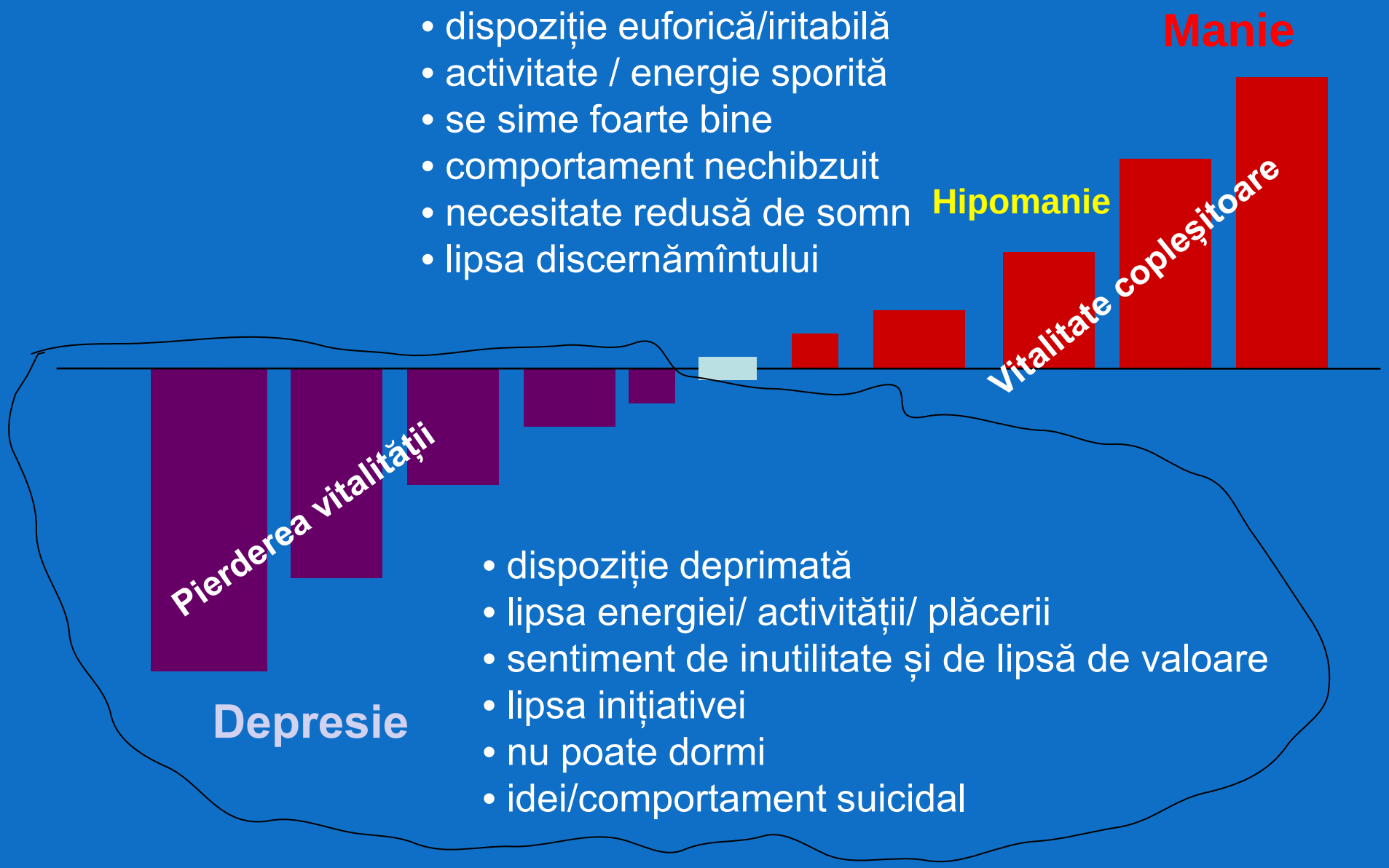
ETIOLOGIA ȘI EVOLUȚIA BOLII

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

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

- Cognitivă
- Afectivă
- Comportamentală

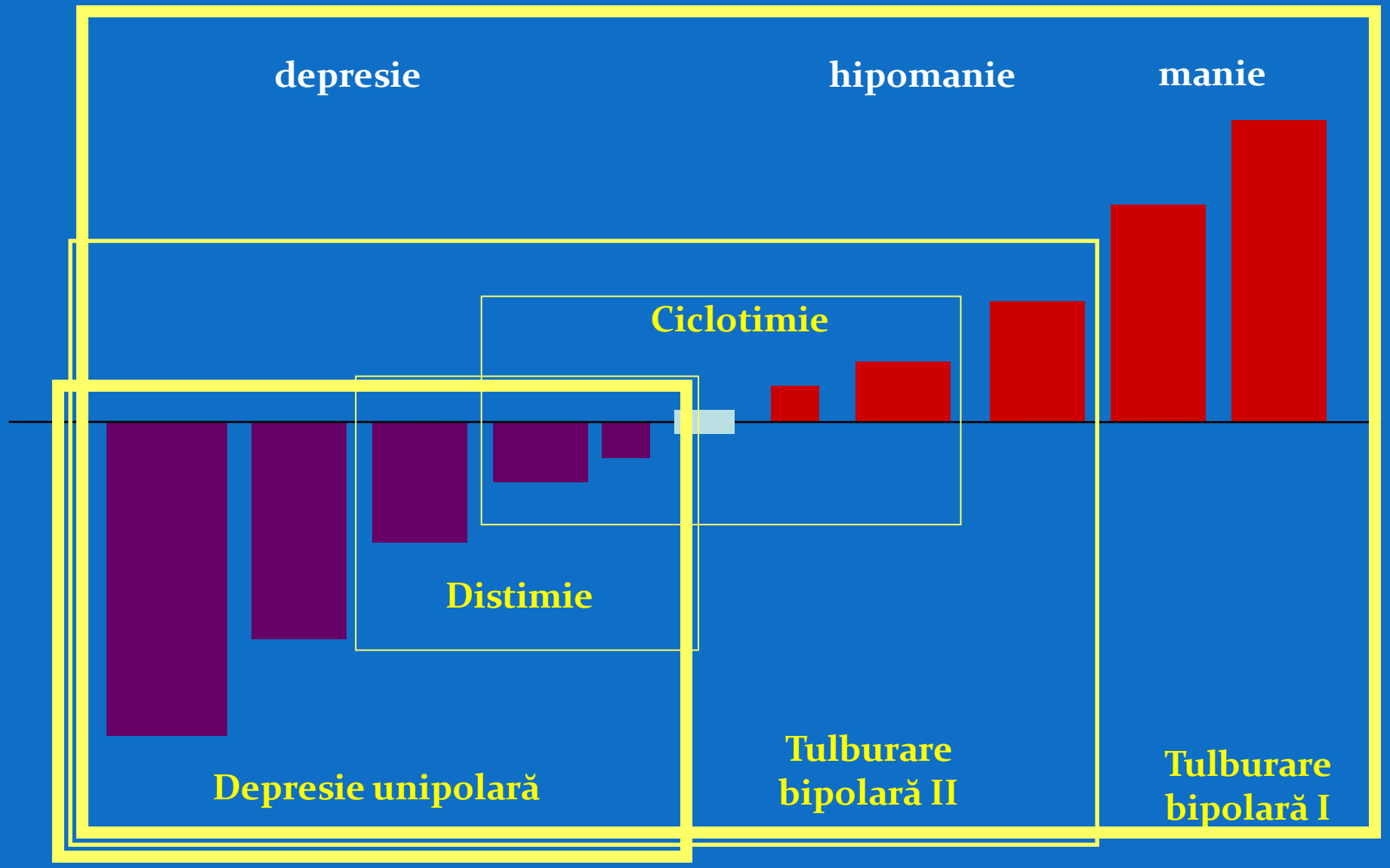
Patologia dispoziției în tulburarea bipolară



Episod depresiv uşor 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

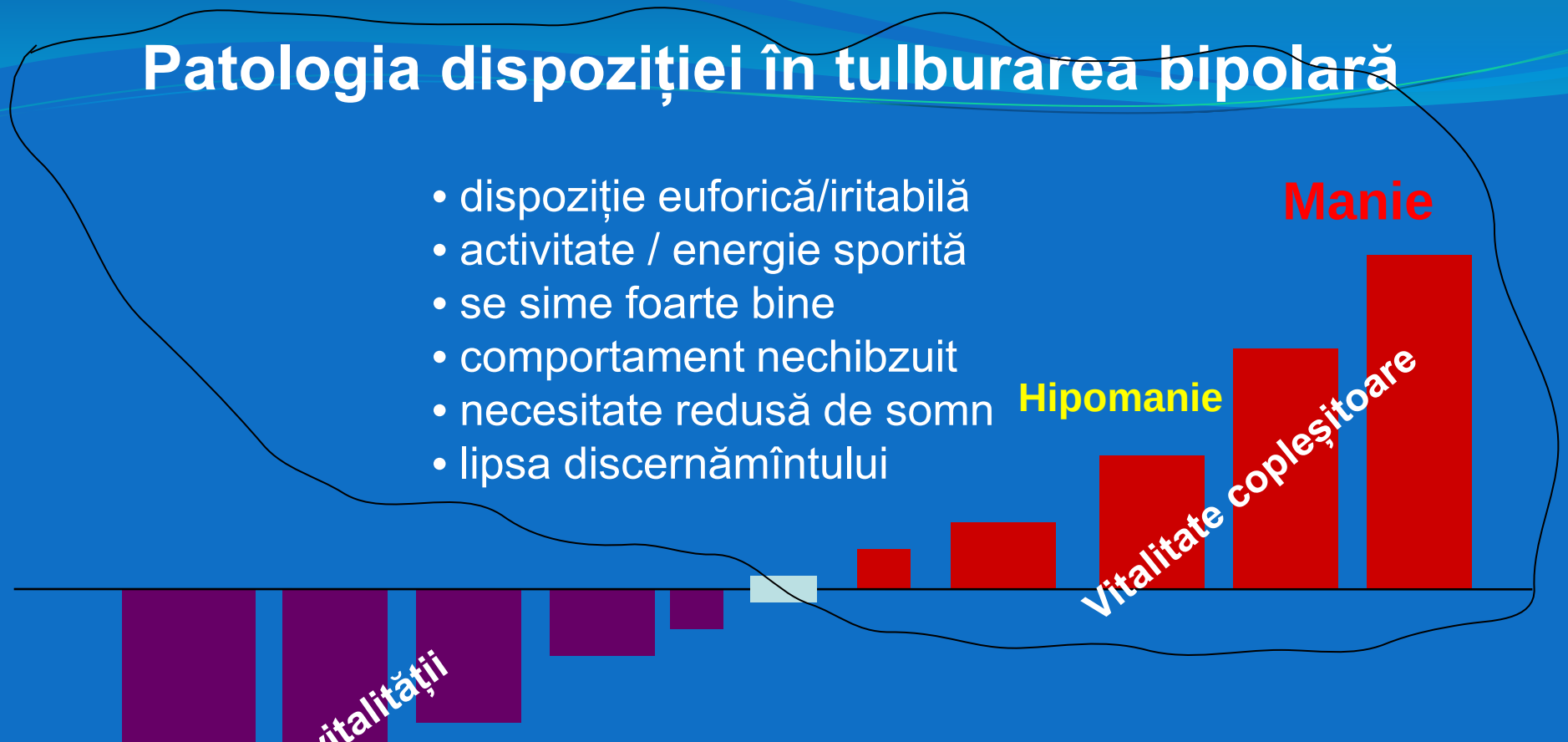
- Cognitive
- Afective
- Comportamentale

- (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 sime foarte bine
- comportament nechibzuit
- necesitate redusă de somn
- lipsa discernămîntului

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 si 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, alteori 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 altii - 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 simptomatica euforica 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 ușoară, 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, dissomnii, 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.

• Tulburări persistente ale dispoziției

Tulburări persistente și de obicei fluctuante de dispoziție în care majoritatea episoadelor individuale nu sunt suficient de severe pentru a justifica descrierea de episoade hipomaniacale sau ușor depresive. Deoarece ele durează mai mulți ani, iar uneori pe o perioadă mai mare din viața de adult a pacientului, ele implică un chin și o incapacitate considerabile. În anumite circumstanțe, episoadele depresive sau maniacale, recurente sau unice se pot suprapune pe o tulburare afectivă persistentă.

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 antidepresiv și aprecierea evoluției simptomelor. Prezintă un neajuns relativ de prezentare a simptomelor somatice în comparație cu alte scale de evaluare a depresiei, dar este foarte folositoare în special la evaluarea depresiei la pacienții cu patologii somatice. Este administrată de către un intervievator calificat, și durează circa 15-20 minute. În legătură cu faptul că prezintă o sensibilitate mai mare în cadrul studiilor clinice, în comparație cu Scala Hamilton, devine din ce în ce mai utilizată în măsurarea simptomelor depresive din cadrul tulburării bipolare.

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

- Scala Hamilton de Evaluare a Depresiei (HAM-D sau HDRS) este considerată standardul de aur al scărilor de evaluare a depresiei. Este o scală bine validata, de înaltă precizie, care a fost utilizată pe larg în cercetările științifice, inclusiv în trialurile clinice a medicamentelor antidepresive. Similar scălii MADRS, HAM-D este un interviu semi-structurat; cu toate acestea, ultimul oferă o prezentare mai exacta a simptomelor expuse de pacient în comparative cu constatările directe ale intervievatorului. Informații adiționale primite de la personalul medical, membrii familiei sau prieteni deasemenea pot fi luate în considerație. Completarea chestioanrului 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 si 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 l 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 săptămînă, apoi 2 - 4 x pe an
Carbamazepine	după 1, 6, și 12 săptămîni, apoi 1 x pe an
Acid valproic	după 1 și 12 săptămîni, apoi 1 x pe an
Lamotrigine	nivele sangvine la indicație
Antipsihotice	după 6 și 12 săptămîni, 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.

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

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

-Intoxicația cu monoxid de carbon

-**Epilepsia (G40)**

-Paralizia generală progresivă

-Hipercalciemia

-Hipotiroidismul dobândit

-Intoxicații

-Scleroza multiplă

-Neurosifilis

-Pelagra

-Lupus eritematos sistemic

-Deficiența de Vit B12

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

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

Include:

-**Psihoza epileptică nespecificată**

F07.0 Tulburare de personalitate organică

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

Include:

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

MULȚUMESC PENTRU ATENȚIE

Tulburări anxioase, de stress și somatoforme.

Tulburări fobice de anxietate. Tulburare de panică. Tulburare de anxietate generalizată. Tulburare obsesiv-compulsivă. Reactie acută la stress. Tulburare de stress post-traumatică. Tulburare de adaptare. Tulburare conversivă. Tulburări disociative. Tulburări somatoforme. Neurastenia. Tablou clinic, tratament.

Jana Chihai - **Doctor în medicină, conferenţiar universitar,**
Catedra Psihiatrie, Narcologie şi Psihologie medicală

Ce este ANXIETATEA?

ANXIETATEA

• Este o emoţie **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 şi nedefinit, ca o stare de aşteptare încordată“.

Anxietatea

Anxietatea se caracterizează printr-o senzaţie difuză, neplăcută, vagă, de teamă sau nelinişte, însoţită de simptome vegetative: cefalee, transpiraţie, palpitaţii, tahicardie, disconfort gastric, etc. Este deci constituită din două componente, una fiziologică şi alta psihologică, individul fiind conştient de existenţa ambelor.

Implică:

•Sentimente subiective (îngrijorare);

•Răspunsuri fiziologice (tahicardie, ↑cortizolemie, etc);

•Răspunsuri comportamentale (evitare).

Anxietatea

- Poate fi benefică (pregătește organismul pentru acţiune, având un rol de protecţie faţă de un pericol iminent şi rol adaptativ);

- Poate fi anormală (acaparează şi perturbă viaţa de zi cu zi a individului, starea soldându-se cu conduite de evitare şi strategii de compensare).

Anxietatea vs Frică

- **Anxietatea** – simțământ de „teamă fără obiect”, însoțit de semne somatice, care indică hiperactivitatea sistemului nervos autonom;
- **Frica** – simțământ de „teamă cu obiect”, răspuns la cauză cunoscută.
- **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 ≈ **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 (≈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 de factori de mediu, personali, interpersonali și neurobiologici.

Tulburări de anxietate - Etiopatogenia

- tulburările anxioase au în comun unele tulburări ale neurotransmisiei **serotoninergice** și **noradrenergice**, ale funcției axului endocrin hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenalian și, celui hipotalamo-hipofizo-tiroidian.
- răspunsul organismului la lactat, CO2 și alte substanțe anxiogene.
- **Căile serotoninergice** implică amigdala, nucleul accumbens și cortexul frontal, facilitând comportamentul de evitare, precum și pe cel de fugă.
- **Sistemul noradrenergic** și cel **dopaminergic** sensibilizează activarea autonomă și vigilența ca răspuns la o amenințare.

Tulburări de anxietate - Etiopatogenia

- studii de neuroimagistică s-a demonstrat implicarea **cortexului** prefrontal, temporal, parietal și occipital, precum și a sistemului limbic în fiziopatologia anxietății.
- **Sistemul limbic** primește proiecții cu rol important în anxietate de la locus coeruleus și de la nucleii rafeului.
- **Hipocampul** și **amigdala**, componente ale sistemului limbic prezintă o importanță particulară datorită interconexiunii dintre acestea, dar și datorită proiecțiilor spre nucleii subcorticali și corticali.

Factori de risc în dezvoltarea Anxietății

1. Personali

- context genetic (istoric de familie)
- personalitate (introvertă, perfecționistă, dependentă, respect de sine redus)
- sănătate (probleme de sănătate, comorbidități psihiatrice, consum de subst. psihoactive și unele medicamente)

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 (abuz sexual, violență psihologică/fizică);
-traume psihologice în viața adultă (de ex., refugiații, emigranții);
-divorțul (în special, la femei) ori, legate de sănătate (în special, la persoane în vârstă);
-migrația (discriminare, probleme de integrare și acceptare, nostalgia).

Tulburări de anxietate

- Evoluția tulburărilor de anxietate este cronică, iar în lipsa unui tratament corespunzător persoanele suferă costuri majore pe termen lung, precum:

- *risc crescut pentru boli somatice*
- *comorbiditate ridicată cu alte probleme de sănătate mentală (ex. depresie, abuz de alcool sau alte substanțe),*
- *rată crescută de dizabilitate*
- *eșec academic*
- *șomaj sau performanță scăzută la locul de muncă.*

- Deseori persoanele nu prezintă anxietatea drept problema lor primară, însă prezintă simptome somatice aferente;

Simptome în Anxietate

Clinic Anxietatea se manifestă prin simptome:

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”

Neurologice

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

Vegetative

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

Simptome cardiovasculare

- tahicardie
- palpitații
- durere precordială
- sincopă

Musculare

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

Gastrointestinale

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

Simptome Cognitive

- îngrijorări
- gânduri de autodepreciere, autoblamare
- lipsa încrederii în capacitățile proprii
- interpretarea situațiilor obișnuite ca fiind amenințătoare
- focalizarea atenției pe sine (anxietatea socială)
- scăderea atenției
- hipervigilență (scanarea mediului extern în căutarea stimulilor amenințători)

Simptome emoționale

- teamă de incertitudine
- lipsa interesului de a încerca lucruri noi
- neliniște
- hipervigilență (în detectarea emoției negative)
- 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)

Semnale ale unei posibile anxietăţi

- Solicitare de tranchilizante şi somnifere;
- Absenteism de la serviciu;
- Abuz de alcool şi droguri;
- Simptome depresive;
- Simptome de genul hiperventilării;
- Eveniment traumatizant de viaţă;
- Comportament de evitare;
- Membri de familie, care suferă de o tulburare de anxietate (ereditate agravată).

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 in 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	Reacţie acută la stres mixtă, anxioasă şi depresivă F43.22
Tulburare de anxietate generalizată (TAG) 300.02	Tulburarea de anxietate generalizată F41.1
Tulburare anxioasă datorată unei condiţii medicale generale 293.84	Tulburare anxioasă organică F06.4
Tulburări anxioase neclasificate în altă parte 300.09	1. Tulburare anxioasă şi 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 şi tulburările asociate cu frica”.

- lipsa ca diagnostic a „Tulburării mixte depresiv anxioase” – F41.2
- introducerea în acest capitol a „Tulburării anxioase de separare” şi a „Mutismul selectiv”, care aparţineau în ICD-10 capitolelor dedicate copiilor (F94)
- „Tulburarea de referinţă olfactivă” este o altă afecţiune nouă, simptomul principal fiind credinţa 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 afecţiuni distincte:

-„Tulburarea de stres posttraumatică” (PTSD)

-„Tulburarea complexă de stres posttraumatică" (complex PTSD).

- Un alt element nou este absenţa ca diagnostic a „Reacţiei acute la stres”.

• „Doliul prelungit” (6B42) este un diagnostic nou introdus în subcapitolul Tulburări asociate cu stresul

Tulburare de panică (TP) cu sau fără agorafobie

- cea mai frecvent întâlnită în grupul de vârsta 25-44 ani
- prevalența 5% pe toată durata vieții
- există posibilitatea unei predispoziții genetice
- atacuri neprevăzute
- spontane
- frică intensă de a pierde controlul,
- frică intensă de a înnebuni sau de a muri,
- simptome somato-vegetative, precum și îngrijorare cu priv și consecințele acestora.

Simptome caracteristice atacului de panică

Atac de panică - perioadă distinctă de frică sau discomfort intens, în care cel puțin 4 din simptoamele 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:

•În 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 (deși anxietatea anticipatorie este obișnuită).

Agorafobia

Teama de a se găsi în locuri deschise, singur în afara locuinței sau într-o mulțime, concomitent denotă frica și/sau evitarea de situații în care pare dificilă (sau jenantă, sau inaccesibilă) primirea ajutorului în cazurile când pacientul se simte rău sau în eventualitatea unui atac de panică sau de simptome similare panicii.

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.*

Tulburare de anxietate generalizată (TAG)

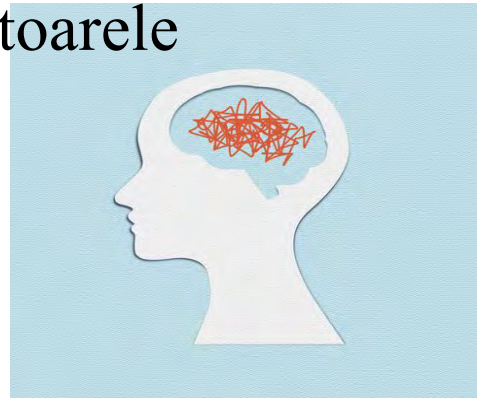
- Sentimente nervoase recurente, îngrijorări excesive legate de circumstanțe, evenimente sau conflicte reale, asociate cu simptome de oboseală, probleme de concentrare și/sau probleme cu somnul.
- Prevalența de 6% în timpul vieții

Criterii 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)

Criterii 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).

Fobia specifică

- Teama intensă anormală, marcată, persistentă declanșată de prezența sau anticiparea unui obiect, fenomen sau a unei situații specifice (de ex., înălțimi).
- Sunt conştienţi că teama lor este iraţională
- Prevalența de 11,25%
- Apar de obicei în adolescenţă 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

Criterii 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 păpuşi (**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 şi 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 tinereţe;

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-ţi 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 bogăţii;
40. **Dextrofobia** - Frica de a avea obiecte situate în partea dreapta a corpului;

Fobia socială (Tulburare de anxietate socială)

Frica anormală, persistenta și irațională de una sau mai multe situații sociale sau de performanță, care este disproporționată în raport cu amenințarea reală.

- Frică irațională de situații publice;
- Cea mai frecventă dintre tulburările anxioase
- Prevalenţa pe parcursul vieţii 10-16%;
- Anxietate persistentă (peste măsură) referitor la situaţiile sociale sau cele legate de performanţe, 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 faţa publicului;
- Sentiment de inferioritate, respect de sine scăzut.

Criterii 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.

Tulburare obsesiv- compulsivă (TOC)

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

- Ele domină conștiința subiectului;
- Afectează extrem de neplăcut viaţa 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, adolescenţă, sau la începutul perioadei adulte, dar cel mai des în adolescenţă;
- Prezintă şi simptome depresive sau de anxietate;
- Prevalenţa la nivel modial 2-3%.

Tulburare obsesiv- compulsivă (TOC)

Obsesiile:

•Gânduri, impulsuri sau imagini recurente și persistente, care sunt resimțite, la un moment dat în timpul perturbării, ca fiind intruzive și nedorite, și care pentru majoritatea indivizilor provoacă anxietate sau disconfort marcat. Individul încearcă să ignore sau să suprime astfel de gânduri, impulsuri sau imagini ori să le neutralizeze prin alt gând sau afecțiune (prin realizarea unei compulsii).

Compulsiile:

•Comportamente repetitive sau acțiuni mentale pe care individul se simte nevoit să le realizeze ca răspuns la o obsesie sau conform unor reguli care trebuie aplicate în mod rigid. Comportamentele sau actele mentale urmăresc să prevină sau să reducă anxietatea sau disconfortul, ori să prevină un eveniment sau o situație ce provoacă teamă;

Criterii 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 *tezaurizare 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*.

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 mintal excepțional
- Stresul psiho-social poate precipita debutul
- Se manifestă prin inhibiție sau agitație și hiperactivitate, precedate de o stare de perplexitate
- De obicei dispare după ore sau zile
- Stadiu inițial de perplexitate, cu îngustarea cîmpului de conștiință și atenție, incapacitate de a înțelege stimulii externi și dezorientare
- Semne vegetative ale anxietații
- Poate fi prezentă amnezia parțială sau totală pentru episodul respectiv
- În apariția și severitatea reacțiilor acute la stress un rol important îl joacăvulnerabilitate individuală și capacitatea de a face față evenimentelor

Criterii 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 cîteva minute, dacă nu imediat
- Manifestă un tablou mixt, de obicei schimbător, pe lîngă starea inițială de perplexitate se poate observa depresie, anxietate, mînie, disperare hiperactivitate și retragere, dar nici un simptom nu predomină timp îndelungat.
- 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 deobicei sunt minime după de 3
- Se exclud exacerbările bruște ale simptomelor la indivizi ce manifestă deja simptome de întrunesc criteriile pentru orice altă tulburare psihică, exceptînd pe cei cu tulburări de personalitate

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.

- Retrăirea repetată a traumei sub formă de amintiri din timpul zilei sau coşmaruri din timpul nopţii;
- Sentimente de teamă şi evitare a situaţiilor care amintesc evenimentul;
- Deseori se asociază cu depresia şi pot apărea idei suicidare;
- Apar după câteva săptămâni sau luni de la eveniment şi sunt variabile;
- Debut între 25-30 ani;
- Prevalenţa pe parcursul vieţii este de 6-9%.

Criterii 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 periclitare 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) acțiune 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) hipervigilitate;

(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.

Tulburarea de adaptare

Stări de suferință subiectivă și de afectare emoțională, interferînd 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, migraţia sau statutul de refugiat.)

•Predispoziția individuală sau vulnerabiliatea joacă un rol mai mare in riscul apariției

•**Tabloul clinic:** *stare depresivă, anxietate, îngrijorare, un sentiment de incapacitate de a face faţă, de a planifica în perspectivă sau de a continua în situaţia actuală, şi anumite grade de handicap în exercitarea activităţilor de rutină de zi cu zi.*

•Debutul - în termen de 1 lună; durata – mai puţin de 6 luni.

•Tulburarea de adaptare poate fi: acută sau prelungită cu reacție mixtă, anxioasă și depresivă

•Mai frecvent la femei, persoane necăsătorite şi tineri.

Tratament:

•Psihoterapia este tratamentul primar a acestei tulburări. Tratamentul simptomatic poate cuprinde un scurt proces de administrare a hipnoticelor sau benzodiazepinei

Diagnosticul diferențial al anxietății se va efectua cu:

- Angină pectorală;
- Infarctul miocardic (IM);
- Sindromul de hiperventilație;
- Hipoglicemia;
- 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 (F43.22).

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 ultimelor 2 săptămîni, 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

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- interventie psihofarmacologică;
- În caz de detectare a anxietății moderate administrarea tratamentului psihofarmacologic si psihoterapeutic, iar în caz de anxietate severa - 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:

•Externalizare / orientate spre comunitate: clientul este vizitat acasă sau la locul de reședință.

•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 şi informează despre simptome şi pronosticul anxietăţii:

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

MF poate utiliza pliante pentru pacienţi, linkuri spre portaluri relevante sau grupuri ale pacienţilor;

Se realizează de către MF, nursă, psiholog, psihiatru.

Intervenţii psihologice pe termen scurt

- Până la 4 săptămâni;
- *Auto-ajutorare ghidată (combinată cu aplicaţii Internet);*
- *Tratament de rezolvare a problemelor;*
- *Terapie cognitiv comportamentală (TCC), bazată pe expunere;*

Asemenea intervenţii 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 şi reprocesare prin mişcarea ochilor (EMDR);
- Activare comportamentală
- Managementul stresului;
- Relaxare aplicată;
- Formarea abilităţilor sociale.

Prestată de către psiholog, sau utilizarea diferitor aplicaţii (paxonline.ro)

Tratament medicamentos al tulburărilor anxioase

- Simptomele anxietăţii - de obicei, nu sunt necesare medicamente; sunt preferabile alte intervenţii (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 şi pe termen lung a tratamentelor cu benzodiazepine;
- Se recomandă utilizarea de preferinţă a substanţelor antidepresive noi;
- Medicaţia utilizată în tratamentul tulburărilor anxioase nu trebuie să influenţeze semnificativ cogniţia (benzodiazepinele – efect discognitiv, antidepresivele triciclice – efect anticolinergic)
- Deciziile referitor la medicaţie se discută întotdeauna cu pacientul;
- Se vor lua în consideraţie: efectele secundare, costurile, prevenirea recidivei, comorbiditatea;

Medicaţia

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

Tratamentul anxietății

Simptome de anxietate	Tulburare anxioasă	Anxietate cu disfuncționalitate socială severă, suferințe sau co-morbiditate psihiatrică
Educarea pacientului Structurarea zilei Programarea activităților	Educarea pacientului, biblioterapie Structurarea zilei și programarea activităților Activități fizice Auto-ajutorare (biblioterapie/sănătate mintală) Intervenție psihologică scurtă	Educarea pacientului Structurarea zilei și programarea activităților Psihoterapie sau medicamente beta-blocante, anxiolitice, antidepresive cu efect anxiolitic, în funcție de caz antipsihotice, preferențial atipce

Remediile de I-a intenție

- **Medicaţia antidepresivă: Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS)**
- **Iniţierea tratamentului** se va realiza cu doze reduse cu creşterea 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 acţiune duală

- ***Venlafaxina***
- ***Duloxetina***
- ***Alte substanţe antidepresive***

Remediile de intenția a III-a

- **Benzodiazepinele**
- Toate benzodiazepinele pot determina apariţia unei **dependenţe (!!!)** 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.

Evoluția tulburărilor de anxietate

Evoluția tulburărilor de anxietate este cronică, iar în lipsa unui tratament corespunzător persoanele suportă costuri majore pe termen lung, precum:

•risc crescut pentru boli somatice și comorbiditate ridicată cu alte probleme de sănătate mentală (*de ex,*. depresie, abuz de alcool sau alte substanțe),

•rată crescută de dizabilitate,

•eșec academic

•șomaj sau performanță scăzută la locul de muncă.

F45 Tulburări Somatoforme

F45.0 Tulburarea de somatizare
F45.1 Tulburarea somatoformă nediferenţiată
F45.2 Tulburarea hipocondriacă
F45.3 Disfuncţie 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 asistenţa medicală primară şi serviciile specializate de sănătate este tipic înainte ca pacientul să fie îndreptat la îngrijire psihiatrică.
- **Caracteristicile tulburărilor somatoforme:**
  1. plîngeri somatice de multe maladii medicale fără asociere cu tulburări grave demonstrabile de organe periferice
  2. probleme psihologice şi conflicte care sunt importante în iniţierea, exacerbarea şi menţinerea 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

Tulburare polisimptomatică cu debut înainte de 30 de ani, care se întinde pe o perioadă de ani de zile și este caracterizată print -o combinație de durere și simptome gastrointestinale, sexuale și pseudoneurologice.

- Tulburarea de somatizare are o 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:

•(1) patru simptome algice: un istoric de durere cu cel puțin patru sedii sau funcțiuni diferite

•(2) două simptome gastrointestinale: un istoric de cel puțin două simptome gastrointestinale, altele decât durerea

•(3) un simptom sexual: un istoric de cel puțin un simptom sexual sau de reproducere, altul decât

•(4) 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 intențional sau inventate ca (ca în tulburarea factice sau simulare)

F45.2 Hipocondria

- Tulburare este caracterizată printr-o preocupare persistentă şi teama de a dezvolta sau avea una sau mai multe tulburări fizice grave şi progresive.
- hipohondria prezintă o 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 şi senzaţiilor fizice.
- Examenul fizic efectuat de medic nu dezvăluie nici o afecțiune fizică, dar frica şi condamnările persistă în ciuda reasigurării.

Criterii 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 Disfuncţie Vegetativă Somatoformă

Simptomele sunt prezentate ca tulburare fizică a sistemului sau a organului în mare parte sau complet necontrolat de inervarea vegetativă, şi anume sistemul cardiovascular, gastro-intestinal sau respiratoriu şi 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 fetei, tremor)
2. idiosincratice, subiective, nespecifice (dureri trecătoare, arsuri, greutate, senzaţie de constricție, senzația de a fi balonat sau dilatat)

•Aceste simptoame 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 emoţionale sau problemele psihosociale.
- Expresia durerii cronice poate varia în funcţie de personalităţi şi culturi diferite.
- Acută – durata mai puțin de 6 luni
- Cronică – durata de 6 luni sau mai mult
- Pacientul nu se preface şi reclamaţiile cu privire la intensitatea durerii trebuie să fie crezute.

Criterii de diagnostic

- A. Durerea în unul sau mai multe sedii anatomice este elementul predominant al tabloului clinic ș i 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, exacerbarea sau persistența durerii.
- D. Simptomul sau deficitul nu este produs intențional 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 remit 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.
- Prognosticul 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 psihotropele, exceptând perioadele de depresie și anxietate cu comportament suicidar, pentru că pacienții tind să devină dependenți de psihotrope. Remediile antidepresive sunt utile, demonstrând o ameliorare prin reducerea eficientă a simptomelor.

Alte Tulburări Nevrotice

F48	Alte tulburări nevrotice
F48.0	Neurastenie
F48.1	Sindromul depersonalizării - pierderii contactului cu realitatea
F48.8	Alte tulburări nevrotice specificate
F48.9	Tulburări nevrotice nespecificate

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
- antidepresive
- tranchilizante

F44 Tulburări Disociative

F44.0 Amnezie disociativă

F44.1 Fugă disociativă

F44.2 Stupoare disociativă

F44.3 Tulburări de transă şi posesiune

F44.4 Tulburări motorii disociative

F44.5 Convulsii disociative

F44.6 Anestezie şi 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 şi este prea extinsă pentru a fi explicată prin uitare ordinară sau oboseală.
- Amnezia este, de obicei, centrată pe evenimente traumatice, cum ar fi accidentele, experienţele de luptă sau doliul neaşteptat, şi poate fi parţială şi selectivă.
- Amnezia în mod tipic se dezvoltă brusc şi poate dura de la cîteva minute la cîteva zile.
- Diagnostic diferenţial: complicat, este necesar să se excludă toate tulburările organice ale creierului, precum şi diversele intoxicaţii. Diferenţierea cea mai dificilă este de simulare conştientă - prefăcătorie.

Stupoare Disociativă

- Individul suferă de diminuarea sau absenţa mişcării voluntare şi capacitate de reacţie normală la stimulii externi, cum ar fi lumina, zgomot, şi atingerea.
- Persoana se află în poziţie culcată sau aşezat nemişcat pentru perioade lungi de timp.
- Vorbirea şi mişcarea spontană şi cea cu finalitate sunt complet absente.
- Tonusul muscular, postura, respiraţie, şi, uneori, deschiderea ochilor şi mişcările oculare coordonate sunt de aşa natură încît este clar că individul nu este nici adormit, nici inconştient.
- Există elemente de probă pozitive de cauzalitate psihogenă sub formă de evenimente recente, fie stresante sau probleme interpersonale sau sociale proeminente.

Tulburare de Transă şi Posesiune

- Există o pierdere temporară atât a sentimentului de identitate personală, cât şi 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 mişcări extraordinare, poziţii de lucru şi enunţurile.

Tulburări Disociative de Mişcare şi Senzaţie

- Există o pierdere de interferenţă cu mişcările sau pierdere de senzaţii (de obicei, cutanate). Tipurile uşoare şi tranzitorii ale acestor tulburări sunt adesea observate în adolescenţă, mai ales la fete, dar tipurile cronice sunt de obicei găsite la adulţii tineri.
- Tulburări motorii disociative
- Convulsii disociative
- Anestezie disociativa
- Sindromul Ganser - răspunsuri "aproximative", sau extrem de incorecte
- Tulburarea de personalitate multiplă înseamnă existenţa aparentă a două sau mai multe personalităţi distincte în cadrul unui individ, cu doar una dintre ele fiind evidentă la un moment dat (dl Jekyl şi dl. Hyde). Fiecare personalitate este completă, cu propriile sale amintiri, comportamente şi preferinţe, dar nu are nici acces la amintirile celei de a doua personalităţi şi ambele sunt aproape întotdeauna inconştiente de existenţa celeilalte. Schimbarea de la o personalitate la alta este, în primă instanţă, de obicei bruscă şi strîns 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 excepţia interviului de amobarbital de sodiu.

Tulburările factíce („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 prezinta 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 daca nu pot fi controlate.

Diagnostic, semne şi 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 sa își pună intenționat sânge în fecale sau urina, își cresc artificial temperatura corpului, pot sa ia insulina pentru a–și scădea glicemia.

Cu semne şi simptome predominant psihologice.

- Producerea intenţionata de simptome psihiatrice – halucinaţii, deliruri, depresie, comportament bizar.
- Pentru a explica simptomele bolnavii pot sa inventeze o poveste, cum ca ar fi suferit un stres al vieţii major.
- *Pseudologia fantastica* consta din inventarea unor minciuni extravagante, în care pacientul crede.
- În ambele tipuri de tulburare este frecvent abuzul de substanţe, în special de opioide.

Simularea

- **A. Definiţie.** Producerea voluntara de simptome somatice sau psihice, în vederea înfăptuirii unui scop specific (de ex., obţinerea de despăgubiri de la asigurări, evitarea unei detenţii sau pedepse).

- **B. Diagnostic, semne şi simptome.** Bolnavii au multe acuze vagi sau deficitar localizate, care sunt prezentate foarte amănunţit; se enerveaza uşor 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

MULTUMESC PENTRU ATENȚIE !!!

- **Tulburările mintale și comportamentale datorate utilizării de substanțe psihoactive**

-

-

Conf. I.Nastas

Alcoolismul

Epidemiologie

- circa 8% din populație consumă alcool zilnic, iar 40 % - săptămânal.

- Funcție apartenența sexuală predomină sexul masculin [1].

- La nivel global, alcoolul este considerat al treilea factor de risc pentru decesul prematur și alte dizabilități. [27,16].

- Initierea precoce a consumului de alcool (înainte de 14 ani) este asociat cu un risc crescut pentru dependența de alcool [7] .

Metabolizare alcool în organism

Ficat-90%, circa 0,15 mg/l pe oră.Restul se elimina prin plămâni și rinichi.

Echipamentul enzimatic de metabolizare :

Alcool dehidrogenaza .

Este principala enzimă în metabolizarea alcoolului cu localizare predominantă în ficat și stomac. Produsul final este aldehida acetică.

Citocrom P450 2E1 (CTP2E1).

Localizată la nivel de ficat. Această cale este activată în consumul excesiv de alcool. Această cale de metabolizare se asociază cu stressul oxidativ și formarea radicalilor liberi.

Catalaza.

Se consideră implicarea acestei enzime în metabolismul alcoolului la nivelul creierului.

Aldehiddehidrogenaza.

Aldehiddehidrogenaza este găsită la bărbaţi în cantităţi mai mari decât la femei. Astfel se explică efectele mult mai puternice ale aceleiaşI cantităţi de alcool la femei. Studiile au arătat că anumite populaţii asiatice posedă fie concentraţie scăzută a aldehid dehidrogenazei, fie o formă inactivă a acestei enzime.

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 consumător față de alte comportamente care erau anterior mult mai valoroase pentru acest individ. Caracteristica esențială este dorința (adeseori irezistibilă) dea consuma această substanță psihoactivă (drog) care poate să nu mai fie prescrisă medical.

Diagnosticarea stării de dependență necesită minim trei din următoarele caracteristici: [9]

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 obținera sau administrarea substanței

sau revenirea de pe urma efectelor acesteia

f) Utilizarea în continuare a substanței în pofida consecințelor nocive ca alterarea

Notiuni psihopatologice

Noțiune de alcoolism – Tulburare psihica cronica cauzata de intoxicatia cronica cu alcool care are ca consecinta instalarea sindromului de dependenta, manifestari patologice psihice, fizice si neurologice. La anumite etape se dezvolta tulburari 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 defineste*:*

1. *Intoxicația acută (starea de ebrietate)*

• *Starea de ebrietate simplă (habituală)*

• *Stări de ebrietate modificată*

2. Ebrietatea patologică

3. Intoxicatie 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 semiviață a fiecărei substanțe. Apare peste 6-24 ore după ultimul consum de alcool. Reluarea consumulu de alcool la etapa incipientă diminuează simptomele sevrajului.

***Componentele sindromului de sevraj etilic*:**

Simptome somatice

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

Neurologice

Tremor,cefalee,crize convulsive

Psihopatologice

Anxietate, agitație psihomotorie, insomnie, vise terifiante, dorinta impulsiva de

consum alcool

Tablou clinic alcoolism

Tabloul clinic al alcoolismului stadiu I:

Dorința de a consuma alcool apare in a doua jumatate a zilei (din motive etice și sociale se evită consumul de dimineața)

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

- Nu sunt tipice inițial tulburări mnestice in starea de ebrietate

- Consumul de alcool devine repetitiv si regulat

- Crestere toleranța la consum alcool

- Nu este perturbată, ca regula, activitatea socială

Sindroame tipice pentru alcoolism cronic stadiul I :

1.1 Sindrom de reactivitate modificată :

- Crestere toleranța de 4-5 ori

- Dispariția în final a reflexului de vomă

- Lipsa repulsiei pentru alcool dupa intoxicarea acută

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

- Modificarea trăsăturilor caracteriale

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, crestere TA, tremor extremități, limbă sau generalizat. Sindromul de sevraj apare după fiecare episod de consum alcool.

Simptome psihice: Indispozitie cu anxietate, tensionare, la personalitați 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 si afective către ziua 5-6 si 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 scazută la alcool

Stările psihotice în alcoholism:

- Apar în stadiul II și III al alcoolismului

- Apar, ca regulă, in starea de sevraj

- Se dezvolta cu preponderență seara și continue noaptea

- Apar frecvent dupa un episod dipsomanic

- Apar dupa consum de alcool nepurificat

- Apar pe fundal de agravare somatica

- 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 alcoholism 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

Tablou clinic psihoze etilice

- **Delirium tremens:**
- Apare în contextul stării de sevraj
- Dezorientare allopsihică și orientare păstrată autopsihică
- Durata 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 trairilor pacientului
- Odata cu cresterea tulburarilor de constiință scade agitația motorie si verbală
- Hipertermie

- **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

• Ideație delirantă de relație, persecuție

• Posibile halucinații auditive, anxietate trenanta

• Posibil comportament agresiv față de “persecutori”

• Delir rezidual dupa dispariția(reducerea) simptomelor de bază

- **Delirul de gelozie etilic (paranoia etilica):**
- • Este o tulburare psihică cu evolutie trenantă sau cronică cu predominanța delirului
- sistematizat
- • Se constată cu preponderență la bărbați cu trăsături caracteriale paranoiale
- • Este un delir monotematic
- • Debuteaza lent
- • Uneori este precedat de evenimente negative familiale
- • Debuteaza cu idei prevalente de gelozie
- • Initial se manifesta doar in timpul stării de ebrietate
- • In timp apare interpretarea delirantă a situației•
- • Posibil comportament agresiv sau autoagresiv
- • Poate fi disimulat de pacient

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 cantitîtăți nesemnificative 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 dependentă 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 alcoo

- 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 abstinență pronunțat.ltrexone;
  - Disulfiram este un inhibitor al aldehid 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 situeaza 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 entice Este un test de autoevaluare.Validitate demonstrată în diferite grupuri cultural 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 ocutie 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 abstinență 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 intoxicarea 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 (semiviață), 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, sopor, 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 independenta 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

Aspecte epidemiologice si farmacologice

Componenta de bază este substanța delta-9-tetrahydrocannabinol. Efectul se manifestă în funcție de concentrația substanței, fiind mai rapid în timpul fumatului decât prin administrare orală. Tetrahydrocannabinolul este una dintre cele circa 60 de substanțe care se conțin în planta Cannabis sativa și care produc efectele inclusiv psihice. Există 2 tipuri de receptori canabinoizi: CB1 și CB2. Doua dintre componentele prezinta interes clinic și anume 9-tetrahydrocannabinolul (TCH) care s-a dovedit a avea efect propsihotic și cannabidiolul (CBD) care s-a dovedit a avea efect antipsihotic. Cu atât mai mult unele studii arata potențial terapeutic în schizofrenie. Unele medicamente care contin aceste doua substante (Dronabinol,Nabilone) au fost aprobate de Agenția Americana pentru Droguri și Alimente (FDA) în tratamentul anorexiei nervoase, greturilor și vomei aparute în chimioterapie. Cannabidinolul s-a dovedit a fi promițător în terapia epilepsiei și sclerozei multiple.

Tablou clinic consum canabinoizi

Simptomele intoxicării 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 canabioizi nu au fost înregistrate, însă coma poate apărea dacă sunt consumate și alte substanțe în paralel cu canabioizi (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

Aspecte epidemiologice

Datele statistice constată că 16 milioane de oameni cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 de ani consumă repetat opiacee, dintre care consumatorii de heroină constituie circa 70%. Acest grup de substanțe are cea mai mare prevalență din bolile constatate la consumatorii de droguri, dar și cea mai mare rată a deceselor.

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, inhibitie 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, dissomnii, 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

n 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 dependentă 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 lipsirii 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.

Terapia farmacologică a dependenței de opiacee

Cel mai frecvent sunt utilizate metadona sau buprenorfina, În Rep. Moldova se utilizeaza metadona

Metadona este considerată standardul de aur în tratamentul dependenței de opiacee. Metoda de administrare este orală sub formă de tablete sau soluție. Este agonist de μ –receptori, cu acțiune inhibitorie asupra sistemului nervos central.

Indicații pentru farmacoterapia cu metadonă:
de 18 ani împlinită.
Diagnosticul stabilit de dependență opiaceică;
Acordul informat al pacientului

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.

Substante 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, dexamfetamina, 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.

Efectele acute ale psihostimulantelor

Fizice:

tahicardie,midriază,hipertermie,tahipnoe,aritmii,spasm vascular de diametru mic,inapetență,insomnie.

Psihice:

efect energizant,senzație de claritate ideatorie,creșterea performanței intelectuale,creșterea libidoului,comunicabilitate crescută,creșterea dispoziției.

Efecte ale consumului cronic de psihostimulante

Fizice:

hipoponderabilitate/anorexie,deprivare de somn,maladii respiratorii,maladii cardiovasculare,cefalee,carie dentară,convulsii.

Psihice:

anxietate marcată,stare de confuzie,tendința de izolare,tulburări mnestice,hipoprosexie,agresivitate,reacții distimice/depresive,halucinații,tulburări de panică,formarea rapidă a sindromului de dependență,reacții psihotice.

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. L 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.

Epidemiologie

Este produs aproape în Bolivia, Columbia și Peru. În Europa sunt disponibile două forme de cocaină, cea mai uzuală fiind pudra de cocaină (cocaina hidrocloridă). A doua este cocaina crack.

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.
Benzodiazepine pe termen de scurtă durată pentru reducerea anxietății, agitației, ameliorarea somnului.
Terapie cognitiv-comportamentală.
Asistență socială, psihologică, alte metode psihoterapeutice.

Substante psihoactive cu acțiune halucinogene (Halucinogenele)

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

Aspecte epidemiologice

Sunt cunoscute peste 100 de substanțe halucinogene de origine naturală și sintetică. Cu scop de consum, în calitate de drog sunt utilizate mult mai puține, dintre care fac parte: psilocibina (extras dintr-un soi de ciuperci mexicane), mescalina (extras dintr-o specie de cactuși), substanța sintetică dietilamida acidului lisergic (LSD), fenciclidina, ketamina (utilizată și ca anestezic), la fel unele medicamente cu efect colinoblocant.

Substante psihoactive cu acțiune halucinogene (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-HT2A receptori), substanțe disociative (din acest grup fac parte mai multe tipuri de substanțe ca antagoniști MMDA, agoniști k- 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-comportamentala). Sub aspect farmacologic se administreaza bupropion .

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

Tema:

Demenţele. Tulburări mintale organice. Tulburări mintale, datorate unei condiţii medicale generale. Tulburări psihice post-partum.

Demența. Definiție.

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

- **memoria,**
- **judecata,**
- **orientarea,**
- **cogniţia,**
- inteligenţa,
- limbajul,
- percepţia,
- atenţia,
- concentrarea,
- învăţarea,
- rezolvarea problemelor şi
- abilităţile sociale.

Demențele se însoţesc frecvent de **halucinaţii, deliruri, tulburări anxios-depresive.**

Demența. Epidemiologie.

- **Vârsta înaintată** este cel mai important **factor de risc.**
- 5% din americanii de peste 65 de ani au demenţă severă, iar 15% - demenţă uşoară.
- Aproximativ 20% din americanii de peste 80 de ani au demenţă severă.
- O zecime din demenţe sunt reversibile.

CAUZE ALE DEMENŢEI (I)

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

CAUZE ALE DEMENŢEI (II)

- **Fiziologice**
- Epilepsie
- Hidrocefalie cu presiune normală
- **Metabolice**
- Deficite de vitamine
- Tulburări metabolice cronice
- Stări anoxice cronice
- Endocrinopatii cronice
- **Demenţe degenerative**
- Boala Alzheimer
- Boala Pick (demenţe tip lob frontal)
- Boala Parkinson
- Paralizie supranucleară progresivă
- Ferocalcinoză cerebrală idiopatică (boala Fahr)
- Boala Wilson
- **Demielinizare**
- Scleroză multiplă
- **Droguri şi toxine**
- Alcool
- Metale grele
- Intoxicaţie cu oxid de carbon
- Medicamente
- Iradiere

Demența. Investigaţii paraclinice.

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

Tomografia cu emisie de foton unic (SPECT) poate fi folosită pentru evidenţierea paternurilor metabolismului cerebral în unele tipuri de demenţă.

Demenţa de tip Alzheimer (DAT)

- **Definiţie.** Demenţă progresivă ireversibilă, care se manifestă prin ***două tipuri***:
- cu **debut tardiv** (după vârsta de 65 de ani) şi
- cu **debut precoce** (înainte de 65 de ani).

DAT. Epidemiologie.

Este cea mai frecventă cauză de demenţă.

Constituie 50-60% din totalul demenţelor.

Factorii de risc includ:

- sexul feminin,
- istoricul de traumatism cranian,
- prezenţa 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 pacienţi au istoric familial de DAT.
- Rata concordanţei la gemenii monozigoţi este de 43%, faţă de 8% la gemenii dizigoţi.
- În unele cazuri s-a documentat o transmitere autosomal dominantă.
- Există o asociere între sindromul Down şi DAT.
- Ar putea fi implicată gena pentru proteina precursoare a amiloidului, de pe cromozomul 21.
- Neurotransmiţătorii implicaţi cel mai frecvent sunt acetilcolina şi noradrenalina. Se consideră că ambii sunt hipoactivi.

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC

- Apariţia de multiple deficite cognitive:
- (1) **Deficit de memorie** (afectarea capacităţii de învăţare a informaţiilor noi sau de evocare a informaţiilor învăţate 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 abilităţii de a efectua activităţi motorii).
- c. **Agnozie** (incapacitatea de a recunoaşte sau identifica obiecte).
- d. **Perturbarea funcţionării executive** (planificare, organizare, secvenţializare, abstractizare).

Tratament.

- ***Donepezilul*** (Aricept), ***rivastigmina*** (Exelon) şi ***tacrinul*** (Cognex) sunt inhibitori de colinesterază, care au fost aprobaţi de Administraţia Alimentelor şi Medicamentelor (FDA) din SUA ca tratament al bolii Alzheimer.
- Aceste medicamente înbunătăţesc cogniţia şi încetinesc declinul cognitiv la unii pacienţi cu boală Alzheimer uşoară până la moderată.
- Tacrinul se foloseşte rar, din cauza toxicităţii hepatice.

Demenţa vasculară

- Cel de-al doilea tip de demenţă ca frecvenţă, care rezultă din boala cerebro-vasculară (tromboze sau hemoragii vasculare).
- De obicei, progresează în trepte, odată cu fiecare infarct cerebral suferit de bolnav.
- Unii pacienţii vor observa momente specifice, când funcţionarea lor s-a înrăutăţit şi, apoi, s-a ameliorat puţin în zilele următoare, până la următorul lor infarct.
- Frecvent sunt prezente semne neurologice.
- Infarctele pot fi produse de plăci ocluzive sau de tromboembolism.
- Constatările somatice pot să includă suflu carotidian, anormalităţi ale fundului de ochi şi mărirea ventriculilor cerebrali.
- Afectarea cogniţiei poate fi lacunară, unele domenii rămânând intacte.

Epidemiologia DV.

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

Este mai puţin frecventă decât DAT şi mai frecventă la bărbaţi decât la femei.

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

Factorii de risc includ:

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

Investigaţii paraclinice.

- CT sau RMN vor evidenţia infarcte cerebrale.

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC PENTRU DEMENŢĂ VASCULARĂ

(1) **Deficit de memorie.**

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

- a. **Afazie** (tulburare a limbajului).
- b. **Apraxie** (afectarea abilităţii de a efectua activităţi motorii).
- c. **Agnozie** (incapacitatea de a recunoaşte sau identifica obiecte).
- d. Perturbarea funcţionării executive (**planificare, organizare, secvenţializare, abstractizare**).

B. Afectarea semnificativă a **funcţionării sociale sau ocupaţionale** şi constituie un declin semnificativ faţă de un nivel anterior de funcţionare.

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

- exagerarea reflexelor tendinoase profunde,
- răspuns plantar în extensie,
- paralizie pseudobulbară,
- anormalităţi ale mersului,
- scăderea forţei musculare a unei extremităţi).

Demența în boala Pick

- Este o demenţă **degenerativă primară relativ rară**, asemănătoare clinic cu DAT.
- Boala Pick constituie aproximativ 5% din totalul demenţelor ireversibile.
- **Lobul frontal** este puternic implicat şi pot să apară precoce **semne frontale de comportament dezinhibat**.
- Cu o relativă păstrare a funcţiilor cognitive, **sindromul Kluver-Bucy** (hipersexualitate, hiperoralitate) este mai frecvent în boala Pick decât on DAT.
- În lobii frontali şi temporali se constată atrofie, pierdere neuronală, glioză şi depozite intraneuronale numite **corpi Pick.**
- Diagnosticul se pune adesea la autopsie, deşi CT sau RMN pot să evidenţieze implicarea majoră a lobilor frontali.

Demența în boala Creutzfeldt-Jakob

Este o maladie demenţială **degenerativă rapid progresivă**, cauzată de o **infecţie 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 senzaţii neprecizate de anxietate.

Alte semne includ:

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

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

CT arată **atrofie corticală şi 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 ascuţite sincrone trifazice; activitatea în vârfuri poate să corespundă tresăririlor mioclonice.

Nu există tratament cunoscut.

Demența în Boala Huntington

Definiţie.

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

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

Epidemiologie. Incidenţa este de două până la şase cazuri pe an la 100.000 persoane.

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

Incidenţa este egală la bărbaţi şi femei.

Diagnostic BH.

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

Mişcările coreiforme apar, în general, primele şi devin din ce în ce mai severe.

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

Simptome psihiatrice, complicaţii asociate, evoluţie BH.

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

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

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

În stadiile iniţiale, familia pacientului poate să descrie demenţa ca pe o modificare a personalităţii.

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

Sinuciderea este frecventă.

Demența în boala Parkinson

Definiţie.

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

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

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

Depresia este extrem de frecventă.

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

Etiologie BP.

La majoritatea pacienţilor rămâne necunoscută.

Constatările caracteristice sunt:

- scăderea numărului de celule în substantia nigra,
- descreşterea dopaminei şi
- degenerarea tracturilor dopaminergice.

Parkinsonismul poate fi cauzat de traumatismele cranio-cerebrale repetate şi de o substanţă contaminantă, N-metil-4-fenil-I,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 creşte nivelurile cerebrale ale dopaminei.
- În asociere sinergică cu L-dopa se mai foloseşte şi ***amantadina*** (Symadine).
- Unii chirurgi au încercat să implanteze ţesut medulosuprarenal în creier, pentru a produce dopamină, cu rezultate echivoce.
- Depresia este tratabilă cu antidepresive sau ECT.

Demenţa în HIV-SIDA

Anormalităţile mai profunde includ:

- hipomnezie severă,
- concentrare dificilă,
- marcată bradipsihie şi
- probleme cu înţelesul şi cu găsirea cuvintelor.

Demenţa poate să progreseze până la:

apatie severă,

confuzie şi

dizabilitate totală.

- Imagistica cerebrală poate să reveleze atrofie cerebrală şi zone hipertransparente în substanţa albă la tomografia computerizată (CT), precum şi arii anormale de semnal intens la RMN, pe lângă anormalităţile metabolice la tomografia cu emisie de pozitroni (PET) şi la tomografia computerizată cu emisie de foton unic (SPECT).
- EEG arată trasee lente.
- Examenul LCR arată niveluri înalte ale B2-microglobulinei şi niveluri crescute ale neopterinei şi acidului quinolinic.
- Mărimea încărcăturii virale în LCR este legată de severitatea demenţei.
- Examenul neuropatologic arată celule gigante multinucleate, noduli microgliali, infiltraţie perivasculară şi demielinizare.
- Apariţia demenţei are semnificaţie prognostică defavorabilă, 50-75% dintre bolnavi decedând în decurs de şase luni.
- Incidenţa demenţei a scăzut substanţial odată cu utilizarea terapiei antivirale.

Delirium

Acest sindrom se caracterizează prin tulburări ale vigilităţii, atenţiei, memoriei, percepţiei, gândirii, comportamentului psihomotor, emoţiei şi ritmului ritm-veche.

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

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

Totuşi, deliriumurile durabile, cu fluctuaţii peste 6 luni, nu sunt neobişnuite, mai ales când apar în cursul evoluţiei unei boli hepatice cronice, a unui cancer/ neoplasm sau a unei endocardite bacteriene subacute.

Cel mai des se notează halucinaţii vizuale, un anumit grad de incoerenţă a gândirii, schimbări imprevizibile de la hipo- la hiperactivitate, insomnie sau pierdere totală a somnului, inversarea ritmului somn-veche, somnolenţă diurnă, agravarea nocturnă a simptomelor, vise perturbate sau coşmaruri, care pot continua cu halucinaţii după trezire, tulburări emoţionale, 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 şi de lungă durată.

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

Este prezentă de asemenea şi **amnezia retrogradă** cu intensităţi variate.

Confabularea poate fi o trăsătură importantă.

Percepţia şi alte funcţii 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.

Tulburari ale dispozitiei (afective) organice

Aceste tulburări se caracterizează printr-o schimbare a dispozitiei, 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) emotional

Este o tulburare, caracterizată prin incontinență sau labilitate emotională, 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

Semne neurologice: **cefalee** caracter matinal, sugerează ceva intracranian, greaţă, **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 creşterii presiunii intracraniene sau efectelor de masă, şi nu efectelor directe ale tumorii.

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

Deşi rar întâlniţi în practica psihiatrică, majoritatea pacienţilor cu tumori cerebrale au simptome psihiatrice:

a. Tumorile lente produc modificări de personalitate.

b. Tumorile rapide produc modificări cognitive.

Tumori de lob frontal - depresie, afect nepotrivit, dezinhibiţie, demenţă, tulburări de coordonare, simptome psihotice. Sunt confundate adesea cu demenţe degenerative primare; frecvent semnele neurologice lipsesc. Poate să existe incontinenţă urinară sau fecală.

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

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

Chisturi coloide - care nu sunt tumori. Se localizează în ventriculul al treilea şi pot să comprime diencefalul. Pot să producă depresie, psihoză, labilitate a dispoziţiei şi modificare a personalităţii. Clasic, produc cefalee intermitentă dependentă de poziţie.

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

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

Gamă largă de tablouri clinice acute şi cronice.

Durata dezorientării constituie un ghid aproximativ în privinţa prognosticului.

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

Cronic - amnezie, psihoză, tulburare a dispoziţiei, modificare a personalităţii şi (rar) demenţă.

Factori care influenţează evoluţia - personalitatea premorbidă, epilepsia (afectează foarte intens capacitatea de muncă), mediul, litigiile [despăgubiri, culpă etc], repercusiunile emoţionale ale traumatismului, răspunsul faţă de pierderile din sfera intelectului şi gradul şi localizarea leziunilor cerebrale.

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

Tulburări demielinizante
Scleroza multiplă

a. Mai frecventă în emisfera nordică.
b. Modificările psihiatrice sunt frecvente (75%).
c. Depresia se constată din perioada iniţială a evoluţiei.
d. Mai târziu, odată cu implicarea lobului frontal, poate surveni euforie.
e. Deteriorarea intelectuală este frecventă (60%).
f. S-a raportat psihoză, dar ratele acesteia nu sunt clare.
g. Isteria este frecventă, mai ales în fazele târzii ale bolii.
h. Simptomele sunt exacerbate de traumele fizice şi emoţionale.
i. Din investigaţiile paraclinice trebuie să facă parte şi RMN.

Neurosifilis (paralizia generală progresivă)

- A devenit rar de când există penicilina, dar acum se întâlneşte 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 infecţia 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 şi 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 întâlneşte în asociere cu SIDA.

Encefalita în cadrul virozelor generale (Virusul herpes simplex).

- Tipul cel mai frecvent de encefalită locală; afectează de obicei lobii frontal şi temporal.
- (Infecţia în cursul naşterii poate să ducă la microcefalie, retardare mintală, calcifieri intracraniene şi anormalităţi 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

- a. Perioadă de incubaţie de zece zile până la un an.
- b. Simptomele include spasmuri, paralizia părților corpului, nelinişte, hiperactivitate şi agitaţie extremă, frică de apă, stare de confuzie și pierderea conștienței.
- c. **Hidrofobie** - frica intensă de a bea apă se întâlneşte la până la 50% dintre pacienţi.

Frica este cauzată de spasmele laringiene şi diafragmatice intense care apar atunci când bolnavul bea.

- d. Boala este letală în decurs de zile până la săptămâni de la manifestare.

Tulburări metabolice

- Cauză frecventă a disfuncţiilor organice cerebrale.
- Encefalopatiile metabolice pot să progreseze de la delirium la stupor, comă şi deces.
- **Encefalopatia hepatică** poate să cauzeze modificări ale memoriei, personalităţii şi abilităţilor intelectuale. Modificările conştientei se pot întinde de la somnolenţă la apatie şi la comă.
- **Uremia** - afectări ale memoriei, orientării şi conştientei. Simptomele asociate sunt neliniştea, senzaţia de insecte care se mişcă, tresăriri ale muşchilor şi sughiţ persistent.
- **Encefalopatia hipoglicemică** - cauzată de excesul endogen sau exogen de insulina. Simptomele pot să includă greaţă, transpiraţii, tahicardie, senzaţie de foame, nelinişte, aprehensiune şi halucinaţii.

Tulburări psihice în hipertiroidism

- (1) Simptome frecvente: oboseală, emotivitate crescută, fatigabilitate, pierdere în greutate cu poftă de mâncare crescută, tremurături, palpitaţii. Apare presiune a timpului, obligând pacientul la o grabă tot mai mare de a face, de a începe, de a termina.
- (2) Poate să cauzeze confuzie, anxietate şi depresie agitată, manie, halucinaţii, deliruri şi afectări cognitive.

Tulburări psihice în hipotiroidism

- (1) Simptomele somatice includ creşterea în greutate; păr subţire, uscat; intolerantă a frigului; voce îngroşată; hipoacuzie.
- (2) Mixedemul poate să cauzeze paranoia, depresie, hipomanie, halucinaţii, lentoare a gândirii şi delirium („nebunia mixedematoasă").
- (3) După tratamentul hormonal de substituţie, 10% dintre pacienţi rămân cu afectări neuropsihiatrice reziduale.
- (4) Hipotiroidismul subtil, subclinic, poate să se asemene cu tulburările de dispoziţie refractare la tratament.

Sindromul Cushing

- (1) Producerea excesivă de cortizol, de către o tumoră adreno-corticală sau prin hiperplazie.
- (2) Constatările somatice includ obezitatea tronculară, facies în „lună plină", „cocoaşă de bizon" [gibozitate adipoasă în partea superioară a spatelui], vergeturi (striaţii purpurii), hirsutism şi apariţia cu uşurinţă a echimozelor.
- (3) Pacientul poate să prezinte deficite de memorie, concentrare redusă, psihoză.
- (4) Cauzează tulburare secundară a dispoziţiei şi, adesea, sinucidere.

Tulburări psihice în Boala Addison - Insuficienţa corticosuprarenală.

- (1) Cauzele cele mai frecvente sunt atrofia cortico- (adreno-) suprarenală sau tuberculoza ori infecţia micotică (fungică).
- (2) Pacienţii pot să prezinte apatie, astenia, adimanie, anorexie, iritabilitate, fatigabilitate şi depresie.
- (3) Rar apare confuzie sau psihoză.
- (4) 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-partumconstituie 10-15%.

Postpartum Blues (Baby 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, sopor, 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: dissomniile, parasomniile.

Anatol Nacu

TULBURARE DE PERSONALITATE

Definiţie. *Personalitatea* - configuraţia paternurilor **răspunsurilor comportamentale vizibile în viaţa de zi cu zi este de obicei stabilă şi predictibilă**.

Atunci când această totalitate diferă într–**un mod care depăşeşte domeniul de variabilitate constatat** la cei mai mulţi oameni, **iar trăsăturile de personalitate sunt rigide şi maladaptative şi afectează funcţionalrea şi provoacă suferinţă subiectivă**, se poate vorbi despre o tulburare de personalitate

- **Grupul A**: 1.**Paranoizi**; 2.**Schizouzi**; 3.**Schizotipali**;
- **Grupul B**: 4.**Antisociali**; 5.**Narcisici**; 6.**Borderline**; 7. **Histrionici**;
- **Grupul C**: 8. **Evitanți**; 9.**Dependenți**; 10. **Obsesiv-compulsivi**;

Caracteristici şi diagnostic

- **1.** Trăsăturile sunt **pervazive** (extensive) şi persistente.
  2. Trăsăturile sunt **ego–sintonice** (acceptabile pentru ego), şi nu ego–distonice sau străine egoului.
  3. Trăsăturile sunt **alloplastice**, şi nu autoplastice (pacientul caută să schimbe mediul, nu să se schimbe el însuşi).
- **4.** Trăsăturile sunt menţinute cu **rigiditate**.

TULBURARE DE PERSONALITATE

- **5.** Protejarea împotriva impulsurilor interne şi a stresului extern implică paternuri defensive, cum ar fi:
  - **a. Fantezia: specifică p**acienţilor schizoizi, care au teamă de intimitate, apropiere pot să pară distanţi şi să îşi creeze lumi imaginare.
  - **b. Disocierea.** Afectele neplăcute sunt reprimate sau înlocuite, specifică pacienților histrionici.

– **c. Izolarea.** Evenimetele sunt reamintite fără afect: pacienţii obsesiv–compulsivi.

– **d. Proiecţia.** Tfrăirile neacceptate sunt atribuite altora: pacienţii paranoizi.

– **e. Scindarea, Clivajul.** Oamenii, evenimetele sunt văzute drept în totalitate bune sau în totalitate rele - pacienţii borderline.

– **f. Întoarcerea împotriva sinelui.** - implică eşec intenţionat şi acte auto–distructive deliberate: comportament pasiv–agresiv faţă de alţii (borderline).

TULBURARE DE PERSONALITATE

– **g. Trecerea la act (*acting–out*).** Dorinţele sau conflictele sunt exprimate prin acţiune, fără conştientizarea reflexivă a ideii sau afectului: tulburarea de personalitate antisocială.

h. Identificarea proiectivă. - sunt forţaţi să se identifice cu un aspect proiectat al selfului, astfel încât cealaltă persoană resimte sentimente similare cu cele ale pacientului : pacienţii borderline.

- **6.** Pacientul manifestă **fixaţie în dezvoltare şi imaturitate** : toate tulburările de personalitate

7. Relaţiile cu ceilalți sunt perturbate. Pacientul manifestă dificultăţi interpersonale în relaţiile afective şi de muncă şi **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 şi schizotipală

- ***Paranoidă***
- Gândirea paranoidă nu este neapărat patologică. Poziţia paranoid - schizoidă este o modalitate de bază de organizare a experienţei, persistă în psihicul uman în timpul vieţii .
- **Gândurile şi sentimentele periculoase sau neplăcute sunt clivate, proiectate în afară şi 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.

- Pacienţii paranoizi sunt **aduşi frecvent de către membri de a familie**, sătui de declaraţiile şi acuzaţiile 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 ceilalţi i-au tratat prost şi i-au trădat.

- Ei abordează fiecare relaţie cu credinţa că **cealaltă persoană va „greşi" şi va confirma suspiciunile sale**.
- În modul de existenţă paranoid - schizoidă, pacientul trăieşte într -o stare de anxietate permanentă izvorâtă dintr - o convingere că **lumea este populată cu străini nedemni de încredere şi 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 constricționat**;
- (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 diminuă odată cu familiarizarea și care tinde să se asocieze cu frici paranoide, și nu cu judecăți negative despre sine.

- Pacienţii schizoizi şi schizotipali **trăiesc frecvent la marginea societăţii**.
- **Ei pot fi ridiculizaţi ca „ciudaţi" , „stranii" sau „neadaptaţi" sau pot fi doar lăsaţi singuri să-şi continue o existenţă solitară şi idiosincratică.**

- Părinţii adolescenţilor sau ai adulţilor tineri pot să-i aducă la psihiatru din grija că copilul lor **nu se bucură suficient de viaţă** (Stone, 1985). Alţi pacienţi schizoizi sau schizotipali cer tratament psihiatric din voinţă proprie **din cauza singurătăţii dureroase**.

- Aceşti oameni sunt frecvent un mănunchi de contradicţii. Akhtar (1987) : „Individul schizoid «aparent» este detaşat autosuficient, distrat, neinteresant, asexual..., în timp ce «pe ascuns», este deosebit de sensibil, cu mari nevoi emoţionale, vigilent în mod acut, creativ, frecvent pervers şi vulnerabil la corupţie" (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 altor**a;
- (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 eşec masiv de dezvoltare a Supraeului** — particularitatea lor clasică.
- **Absenţa oricărui simţ moral** la aceşti indivizi este una dintre însuşirile descurajante care îi fac să pară lipsiţi de umanitate.

- **Justificare morală sau raţionalizarea comportamentului antisocial** (Meloy, 1988). Confruntaţi cu propriul lor comportament antisocial, **psihopaţii răspund că victimele actelor lor antisociale au primit ceea ce meritau**. **Aleg adesea să mintă sau să evite să-şi 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 intens**e, caracterizate de **alternarea între extreme de idealizare și devalorizare**;
- (3) perturbare a identității: **imagine de sine sau simțământ de sine marcat și persistent instabile**;
- (4) **impulsivitate** în cel puțin **două domenii** care sunt potențial detrimentale 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 neadecvată**, 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 aceşti pacienţi a sugerat că există patru subgrupe de pacienţi borderline. Aceşti pacienţi 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 şi cu dificultăţi în a menţine relaţii interpersonale stabile (tipul II) şi un alt grup (tipul III) caracterizat printr - o lipsă generală a identităţii, care are drept rezultat nevoia de a împrumuta identitate de la alţii.

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 apectul 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 viaţă în care ele sunt obiectul erotic al altcuiva. Ele îşi petrec mult din vieţile lor încercând să găsească „un obiect în aşteptare" care le va acorda rolul de obiect al dorinţei al acelei persoane.

- Fenomenul partenerilor romantici multipli tipic pentru tulburările de personalitate isterică şi histrionică se desfăşoară frecvent după un model fix: bărbatul romantic ales nu va fi niciodată cel potrivit şi 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 viaţa**. Relaţiile interpersonale sănătoase pot fi recunoscute după calităţi cum ar fi empatia şi grija faţă de sentimentele altora, un interes real faţă de ideile altora, abilitatea de a tolera ambivalenţa în relaţii de lungă durată fără a renunţa şi capacitatea de a conştientiza contribuţia proprie în conflicte interpersonale.

- **Ei abordează oamenii ca pe obiecte care sunt folosite până la epuizare şi apoi abandonate** conform nevoilor acesteia, fără nici un fel de considerare faţa de sentimentele lor. **Oamenii nu sunt văzuţi ca având o existenţă separată sau având propriile lor nevoi.**

- Individul cu tulburare de personalitate narcisică încheie o relație când cealaltă persoană începe să emită pretenţii legate de nevoile ei proprii.
- Astfel de relaţii „nu merg" în termenii necesității narcisistului de a menţine 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 prieteniilor** (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 agresivităţii, Încăpăţânarea - a fost legată de conflicte timpurii de forţă cu figurile materne privind exerciţiile de învăţare 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 partenerei.

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 privit 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 îmbrăcămintei 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

Eexcitarea 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 distres 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 putin 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 acestui**a.

- 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 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.

- ***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 distrugeri 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 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).

Tulburări de dezvoltare profunde

autismul infantil, sindromul Rett, sindromul Asperger.

Tulburări comportamentale și emoționale cu debut de obicei în copilărie și adolescență

–tulburări hiperkinetice, tulburări de conduită, tulburare de provocare opozitională. Actualitate, epidemiologie, criterii de diagnostic, diagnostic diferențial, tratament.

Jana Chihai - Doctor în medicină, conferenţiar universitar,
Catedra Psihiatrie, Narcologie şi Psihologie medicală

Psihiatria Copilului şi Adolescentului

Deosebirile dintre psihiatria copilului şi psihiatria generală (a adulţilor):

- Existenţa copilului şi dezvoltarea sa emoţională depind de familie sau îngrijitori - cooperare cu membrii familiei; uneori consimţămînt scris
- Stadiile de dezvoltare sunt foarte importante pentru aprecierea diagnosticului
- Utilizarea psihofarmacoterapiei este mai puţin frecventă în comparaţie cu psihiatria generală
- Copiii sunt mai puţin capabili de a se exprima în cuvinte
- Copilul care suferă de probleme psihice în copilărie poate fi o persoană emoţional stabilă la vîrsta maturităţii, dar unele tulburări psihice pot schimba viaţa întreagă a copilului şi a familiei sale

F84 Tulburare de Dezvoltare de Tip Pervasiv

Tulburări caracterizate prin anomalii calitative în domeniul interacţiunilor sociale reciproce şi a modelor de comunicare, şi printr-un repertoriu de interese şi activităţi cu caracter restrîns, stereotipizat, 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 hiperactive asociată cu retard mental şi mişcări 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

- Descris de Kanner în 1943 ca autism infantil
- Se manifestă în fragedă copilărie, afectând funcționarea cotidiană a pacientului și se caracterizează printr-o triadă de perturbare a raporturilor sociale reciproce, abilităților de comunicare , comportamente și acțiuni repetitive.

Simptome esențiale:

Sociale

- *Social, dar neîndemânatic*
- *Asocial*
- *Anti-social*

Comunicare

- *Limbaj expresiv*
- *Literalitate*

Emoționale

- *Empatie*
- *Anxietate*

Epidemiologie

- Potrivit datelor OMS, estimările regionale privind incidența TSA sunt: pentru Europa indicatorul mediu constituie 61,9/10 000 (diapazon 30,0-116,1/10 000), iar pentru țările din America acesta alcătuiește 65,5/10 000 (diapazon 34-90/10 000).
- 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

Noile statistici apărute în cazul 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)

Sursa: http://www.cdc.gov

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?
- Răspuns:
  - O mai bună conștientizare
  - Mai multe persoane diagnosticate, atât tinere, cât și în vârstă
  - O sporire reală – de ce?

Nu există un marker genetic sau biochimic

Există un marker clinic:

Tulburări de Interacțiune

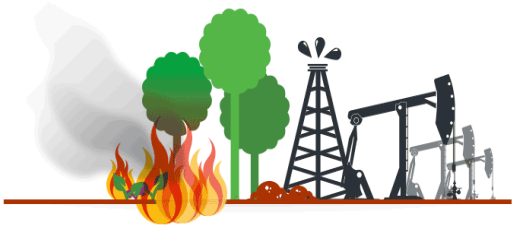
Etiopatogenia multifactorială

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

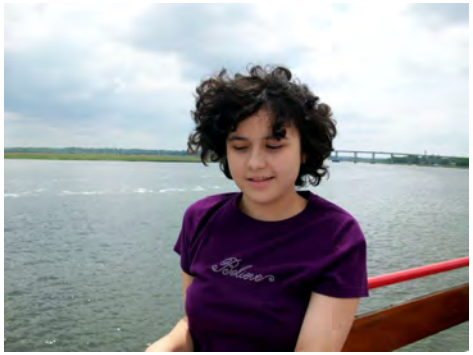
Studiu canadian 2015

- 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

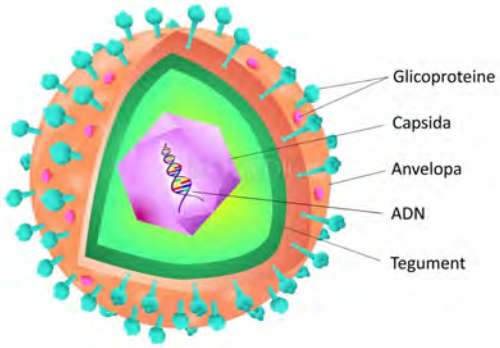
Cauze - Epigenetica

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



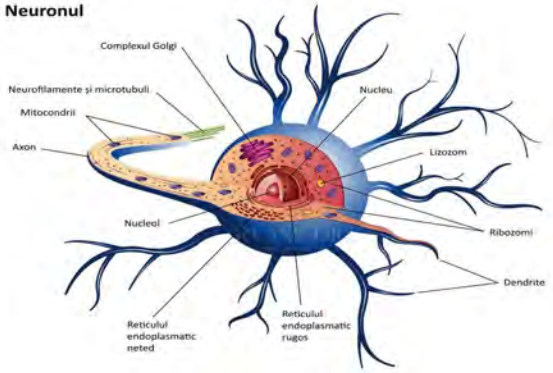
Virus – pre- sau post-natal

- 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.

Probleme medicale frecvente

- **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**
  - Sinusuri – polen din aer
  - Piele – eczeme
  - Alergii alimentare – grețuri, dureri de cap
- **Cauze**
  - 30% din cei estimați au un sistem imunitar compromis
  - Genetica, toxine

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.**

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 tulburăre din spectru autismului
- Sindroame somatice (paralizie, surdiate, orbire, etc)
- Tulburarea obsesiv compulsivă
- Tulburare de limbaj și tulburare de comunicare socială (pragmatică)
- Modificarea totală a dezvoltării psihologice (psihoza infantilă)
- Deficitul de atenție și hiperactivitatea (ADHD)
- Depresie timpurie
- Tulburări de atașament
- Tulburare de identitate disociativă (Dissociative Identity Disorder)
- Mutismul selectiv
- Schizofrenia

Comorbidități TSA

- Aproximativ 30% dintre cei diagnosticati 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
- Afecțiuni gastro-intestinale 70% din copii
- Tulburări de somn (40-80%)
- Epilepsia

  În populatia generala doar 1-2% din copii fac epilepsie,
  Prevalenta acestei boli la cei cu **TSA** este intre 5 si 38%.

Datele din literatura:

- *cei care au doar autism, riscul 2% pînă la 5 ani și de 10% pînă la 10 ani;*
- *cei care au autism si afectare severa a intelectului si dezvoltarii riscul 5% la 1 an, 15% la 5 ani si 25% la 10 ani;*
- *cei care au autism si paralizie cerebrala au un risc 20% la 1 an, 35% la 5 ani si 65% la 10 ani.*

Comorbidități 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%

Cum se tratează Tulburarea de spectrul autist?

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 se cunoaşte un tratament specific.
- Copii cu autism, de obicei, necesită şcolarizare specială sau şcolarizare de tip rezidenţial, deşi, au loc, de asemenea, şi încercările de integrare.
- Au fost dezvoltate tehnici speciale de predare şi abordări psihoterapeutice pentru copii cu autism.
- Uneori, sunt utilizate medicamente antipsihotice şi antidepresive pentru a face faţă unui comportament agresiv şi depresiei.

Intervenția educațională include terapii comportamentale:

- Terapia Comportamentală Aplicată (Applied Behavioral Analysis, **ABA**),
- Terapia **TEACCH** (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children),
- Terapia **PECS** (Picture Exchange Communication System - Sistemul de Comunicare prin Schimbare de Imagini de abilitare (terapia ocupațională și fizică, terapia de comunicare).

Nu există medicamente care să vindece autismul!

Specialiștii pot prescrie medicamente pentru tratamentul manifestărilor coexistente cu autismul, precum:

- anxietatea
- depresia
- tulburarea obsesiv-compulsivă.

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
  - Să nu simtă sete

F84.1 Autism Atipic

- Un tip de tulburare de dezvoltare pervasivă care diferă de autism infantil atît prin vîrsta izbucnirii, cît şi prin neîndiplinirea tuturor criteriilor de diagnostic
- Dezvoltare anormală şi insuficientă care se manifestă după vîrsta de 3 ani sau există deficienţe de comunicare şi comportament stereotipizat, dar răspunsul emoţional la persoanele - ingrijitori 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 (Diagnostic)

Criterii de diagnostic pentru AA: aprofundare a izolării autiste, până la autismul „extrem de sever”

are loc regresul funcțiilor psihice superioare:

- 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.
- gândirea rămâne concretă
- 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 (Descris de Rett în 1964)

- 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 parţială sau totală a capacităţii de a vorbi şi a abilităţilor locomotorii şi de folosire a mîinilor, paralel cu decelerarea creşterii capului.
- În cele mai multe cazuri debutul are loc la vîrsta între 7 si 24 de luni.
- Pierderea capacităţii de a mişca cu scop mîinile, stereotipii de răsucire a mîinilor şi hiperventilaţie.
- Interacţiunea socială este săracă în copilaria timpurie, dar se poate dezvolta ulterior.
- Funcţionarea motorie este mai afectată în perioada de mijloc a copilăriei, muşchii sunt hipotonici, în majoritatea cazurilor apare cifoscolioza şi spasticitatea rigidă la nivelul membrelor inferioare.
- Comportamentul agresiv şi 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) [3], în cazuri particulare poate să fie prezent la băieți.
- 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 la sibs constituie 50%

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. Apare retardul mental, dereglări psihice, 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 pofte de mâncare bune;

Stadiul II:

- 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

- 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

- sindromul Angelman
- sindromul Prader-Willi
- sindromul Patau,
- sindromul Landau Kleffner,
- sindromul Lennox-Gastaut,
- sindromul fetal alcoolic,
- paralizia cerebrală,
- leucodistrofia metacromatică,
- lipofuscinoza ceroidă neuronală,
- deficitul de ornitin-transcarbamilază,
- fenilcetonuria,
- ataxia spastică,
- scleroza tuberoasă,
- TSA,
- encefalitele.

Tratament

Terapia nemedicamentoasă:

- optimizarea capacităților individuale
- terapia verbală și fizică intensă,
- gimnastica terapeutică,
- călăria terapeutică, înotul,
- 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, propanolol, metoclopramide, preparate antiepileptice, (carbamazepină, acid valproic, topiramat, lamotrigină).

F84.5 Sindromul lui Asperger

- Descris de Asperger drept psihopatie autistică în 1944.
- Caracterizat prin acelaşi tip de afectare a activităţilor sociale şi caracteristici stereotipe de comportament cum este descris la copii cu autism. Nu există nici o întîrziere de dezvoltare cognitivă şi de vorbire. Condiţia apare predominant la băieţi (8:1)
- De multe ori sindromul este asociat cu neîndemînare marcată.
- Există o tendinţă puternică de persistare a anomaliilor în adolescenţă şi viaţa de adult.
- Episoadele psihotice apar ocazional în viaţa adultă timpurie.

  – Psihopatie autistă
  – Tulburare schizofrenică infantilă Schizoid disorder of childhood

Simptoame și sindroame (Diagnostic)

- Dificultăți de legăturile sociale, răceală emoțională
- Dereglări ale capacităților de comunicare (limbajul corpului este interpretat greșit, gesturile sunt restrânse și deseori eronate)
- Dereglări de vorbire și auz (vorbire pedantă, aspecte stranii în înălțime, intonația, ritmul vorbirii, înțelegerea incorectă a subtilităților limbii, disonanță auditivă)
- Patologia sensibilității senzoriale (sensibilitate anormală la sunet, simț, gust, vedere, miros, temperatură, sensibilitate extremă sau redusă la durere, sensibilitate la alimente).
- *Tabloul clinic în AS poate fi*:
  - cu/fără dereglări intelectuale manifestate
  - cu/fără dereglări de limbaj
  - cu tulburare neuropsihotică sau comportamentală
  - cu catatonie.
- În tabloul clinic mai pot fi prezente:
  - patologia mișcărilor mâinilor și imitarea mișcărilor (scris modificat, dereglarea abilităților de joc cu mingea)

Diagnostic diferențial

- hipoplazia adrenală,
- consecințele traumatismului la naștere,
- deficitul cognitiv,
- insuficiența intelectuală,
- tulburări de: educație,
- sindromul disociativ de identitate,
- sindromul generalizat de anxietate,
- 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
- terapia prin muncă,
- 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 îşi pierde abilităţile dobîndite în termen de cîteva luni.
- Pierderea generală a interesului faţă de mediul înconjurător, maniere motorii stereotipizate, repetitive şi anomalii similare celor autiste, cum ar fi anomaliile de interacţiune socială şi de comunicare.
- Aceşti copii, de obicei, rămîn fără vorbire şi nu sunt capabili de a duce o viaţă independentă.

  – Demenţa infantilă
  – Psihoza dezintegrativă
  – Sindromul lui Heller
  – Psihoza simbiotică

Tulburări comportamentale şi emoţionale cu debut de obicei în copilărie şi adolescenţă (F90-F98)

F90 Tulburări hiperkinetice

F91 Tulburări de conduită

F92 Tulburări mixte comportamentale şi emoţionale

F93 Tulburări emoţionale cu izbucnire specifică copilăriei

F94 Tulburări de funcţionare socială cu debut specific copilăriei şi adolescenţei

F95 Tulburări de tipul ticului

F98 Alte tulburari emoţionale şi comportamentale cu debut care, de obicei, apare în copilărie şi adolescenţă

F90 Tulburări Hiperkinetice

F90	Tulburări hiperkinetice
F90.0	Perturbare a activităţii şi atenţiei
F90.1	Tulburare de comportament hiperkinetic
F90.8	Alte tulburări hiperkinetice
F90.9	Tulburare hiperkinetică, nespecificată

F90 Tulburări Hiperkinetice

- **Tulburările hiperkinetice** apar predominant în primii cinci ani de viaţă şi sunt de cîteva ori mai frecvente la băieţi, decît la fete
- Principalele semne ale sindromului sunt:
  - *lipsa atenţiei*
  - *impulsivitatea*
  - *hiperactivitatea*
- 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% (BI 95% 2,6-4,5).
- Rata de prevalență printre adulți este mai puțin evidentă și se estimează între 2,5-5%, iar printre vârstnici (peste 65 ani) – este de peste 3%.

Etiologia

- predispoziţie genetică, privarea maternă, toxinele din mediul înconjurător sau leziuni intrauterine sau postnatale ale creierului
- Aproximativ 50% dintre copiii cu sindrom hiperkinetic au aşa numitele "semne moale" şi anomalii minore în EEG
- IQ: de la subnormal la inteligenţă performantă
- Dizabilităţile specifice de învăţare coexistă frecvent cu sindromul hiperkinetic
- Tipuri de sindrom de hiperactivitate:
  - perturbare a activităţii şi atenţiei
  - tulburări de comportament hiperkinetic

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).
- Pot apărea întârzieri motorii subtile și alte semne neurologice ușoare

Screening

- Interviul clinic
- Scale de evaluare a comportamentului conform criteriilor ICD-10 și DSM-5 și conform scalelor de evaluare

- Evaluarea nivelului de inteligență și performanță
- Evaluarea contextului familial
- Evaluarea neuropsihologică

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,
- cu deficit de atenție
- hiperactiv/impulsiv.

Severitate:

- ușoară
- moderată
- gravă.

Diagnostic

Neatenția:

A. 6 (sau mai multe) dintre următoarele simptome:

- *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*
- *Deseori întâmpină dificultăți în menținerea atenției asupra sarcinilor sau activități de joc*
- *Adesea nu pare să asculte atunci, când i se vorbește direct*
- *Adesea nu respectă instrucțiunile și nu reușește să finalizeze sarcinile de la școala, treburile casnice sau îndatoririle la locul de muncă*
- *Adesea întâmpină dificultăți în organizarea sarcinilor și activităților*
- *Deseori evită, nu-i place sau este reticent să se implice în sarcini, care necesită efort mintal susținut*
- *Adesea pierde lucrurile necesare pentru sarcini sau activități*
- *Adesea este ușor distras de stimuli externi*
- *Adesea uită unele lucruri în activitățile zilnice*

B. 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:

Diagnostic

Hiperactivitate și impulsivitate:

A. 6 (sau mai multe) dintre următoarele simptome:

- *Adesea se agită sau bate cu mâinile sau cu picioarele ori nu-și găsește locul pe scaun.*
- *Adesea se ridică de pe scaun în situații, în care trebuie să rămână așezat*
- *Adesea aleargă sau se urcă undeva în situații, când nu este potrivit de a o face*
- *Adesea nu se pot juca sau implica liniștit în activități de agrement.*
- *Este deseori "în mișcare", acționând ca și cum ar fi "condus de un motor", alte persoane îi pot considera ca fiind neliniștiți sau dificil de ținut pasul cu ei.*
- *Adesea vorbește excesiv.*
- *Deseori scapă un răspuns înainte de a se termina o întrebare*
- *Adesea întâmpină dificultăți în a-și aștepta rândul*
- *Adesea întrerupe sau deranjează pe alții*
- *începe a utiliza lucrurile altor persoane fără a cere sau a primi permisiunea*

B. 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:

Tratament

- Părinţii şi cadrele didactice trebuie să fie sfătuiţi cum să facă faţă copiii hiperactivi
- Uneori sunt prescrise medicamente nootropice şi doze mici de antipsihotice.
- Medicamentele stimulatoare ca metilfenidatul au uneori efect paradoxal, în conformitate cu teoria, stimulentele acţionează prin reducerea variabilităţii excesive, prost sincronizate în diferite dimensiuni de excitare şi reactivitate văzută în THDA.
- Stimulentele sunt medicamentele alese în primul rînd.

F91 Tulburări de Comportament

Tulburari de comportament sunt diagnosticate atunci cînd copilul dă dovadă de modele de comporetament persistente şi social grave sau agresive, cum ar fi bătaia excesivă sau intimidarea, cruzimea faţă de animale sau de alte persoane, distrugerea proprietăţii, furtul, minciuna, absenteismul de la şcoală şi fuga de acasă.

F91	Tulburări de comportament
F91.0	Tulburări de comportament limitate la contextul familiei
F91.1	Tulburări de conduită nesocializate
F91.2	Tulburări de conduită socializate
F91.3	Tulburare opoziţional -sfidătoare
F91.8	Alte tulburări de conduită
F91.9	Tulburări de conduită nespecificate.

F91.3 Tulburare Opoziţional -Sfidătoare

- Copiii sub vîrsta de la 9 la 10 ani, care prezintă un comportament persistent negativist, provocator şi perturbător.
- Tulburări de conduită mai agresive nu sunt prezente, legea generală şi drepturile altor oameni sunt respectate.
- Acest tip de comportament este adesea îndreptat spre un nou membru al familiei – de exemplu, tatăl vitreg.

Tratament

- Trebuie să fie luată în considerare situația familială şi atitudinea acesteia faţă de tulburările copilului. Terapia de familie este necesară pentru a intensifica sprijinul emoțional şi înţelegerea.
- În cazurile familiilor dezorganizate, copiilor abuzaţi sau neglijaţi se recomandă familiile adoptive, plasamentul sau reşedinţa supravegheată.
- Este necesară intervenţia 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).

Retardarea mintală.
Tulburări de funcționare socială cu debut în copilărie și adolescență- mutismul electiv.
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, nededzvoltarea 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 obligațiunilor casnice și a ritmului de muncă.

Comportamentul social și comunicativ și gândirea este mai primitivă decât la semeni.

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 B*enzodiazepine*

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 - *gabapentină*

- **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 electiv (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 frecventări 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 laTourette]**

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 monozigoți 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 osbcen sub formă de tic, ecopraxie – fenomenul oglindă, 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 Hungtington
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

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. Bălbăîala

Definiția.

Bâlbâiala 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 .

Bâlbâiala 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.

Mâncatul persistent al substanșelor nenutritive (sol, vopsea). Frecvență la copii cu retard mintal sau copii foarte tineri cu nivel de intelengență normală.

Sindromul Pica (provine de la pasărea — Pica pica, ea este capabilă să mănâncă aproape orice), reprezintă ingestia de substanțe necomestibile.

Ftecvență 4-26 % în polulație instituționalizate, dar apar și la copii, femei însarcinate.

Tulburarea de rumination — regurgitatarea repetată și persistentă după mașă, 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 greutății, 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 determină multiple simptome:
afectare endocrină, cardiovasculară, gastrointestinală,dermatologică, în sferă ORL, ale aparatului 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 substante.

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 cpmpulsiv 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 bârbați:femei 1:10.

Tratament

Psihoterapia

Educația nutrițională

Tratament medicamentos — antidepresivele.

Thank you