

Prelegerea 1

CONTEXTUL SĂNĂTĂȚII MINTALE. POVARA SĂNĂTĂȚII MINTALE. ORGANIZAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ. LEGISLAȚIA INTERNAȚIONALĂ ȘI NAȚIONALĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE. DREPTURILE UMANE ȘI FENOMENUL DE STIGMA ȘI DISCRIMINARE PSIHOLOGIA MEDICALĂ

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

Sănătatea Mintală include:

- cum facem față stresului,
- cum ne relaționăm cu ceilalți,
- cum luăm deciziile.

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

Este un concept:

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

De ce sănătatea mintală ar trebui să fie o prioritate la nivel global? Pentru această să enumerăm câteva argumente de sănătate publică:

1. Aproximativ 300 de milioane de persoane suferă de tulburări mintale, cu mult mai multe suferă de probleme de sănătate mintală. Tulburările mintale sunt cu mult mai frecvent întâlnite printre cei săraci și la rândul său acest fenomen sporește sărăcia.
2. Refugiații, migranții și persoanele expuse unor situații extremale suferă de un șir de tulburări specifice de sănătate mintală. Rata apariției problemelor de sănătate mintale tinde să se dubleze după calamități și situații extremale.
3. Persoanele expuse la un declin economic de tranziție suferă de un risc de demoralizare, alcoolizare, adicție 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 accidente rutiere cauzate de intoxicații de alcool or 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.

Cum putem delimita sau defini boala psihică? Această se poate prezenta prin:

- *Prezența anumitor trăiri,*
- *Comportamente,*
- *Idei,*
- *Convingeri,*

- *Percepții*

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

Exista indici care atestă amenințări asupra sănătății mintale semnificative la nivel mondial și în RM în deosebi:

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

Disfuncțiile mintale alcătuiesc circa 12% din numărul total al maladiilor. Până în 2020 ele vor constitui 15%. Se presupune că depresia va fi a doua cea mai importantă cauză a disfuncțiilor (Murray & Lopez, 1996). În toată lumea sunt în jurul la 121 de milioane de persoane suferă de depresie, 70 de milioane de probleme legate de alcool, 24 de milioane de schizofrenie și 37 de milioane de demență.

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

Situația în Republica Moldova

- Tulburările mintale afectează în Republica Moldova multă populație, înregistrându-se o rată a **incidenței în creștere de circa 15 mii persoane** pe an și o **prevalență totală de circa 100 mii pe an.**
- **La evidență psihiatrică se află circa 60 mii pacienți**, dintre care circa 28 mii au grad de dizabilitate
- În structura dizabilității primar înregistrate **9% reprezintă sănătatea mintală**

Sistema serviciilor de SM în RM constă din servicii spitalicești și extraspitalicești.

Serviciul spitalicesc de asistență psihiatrică constă din:

- ▶ Spitalul Clinic de Psihiatrie – 770 paturi
- ▶ Spitalul de Psihiatrie Bălți – 550 paturi (-100)
- ▶ Spitalul de Psihiatrie Orhei – 150 paturi (-20)
- ▶ Total: 1470 paturi (- 270)
- ▶ **58,43 paturi** la 100000 locuitor

Serviciul extraspitalicesc de asistență psihiatrică constă din:

- ▶ Serviciul de ambulator
 - ▶ cabinetele psihiatrului în cadrul secțiilor consultative a Spitalelor raionale
 - ▶ cabinete psihiatru în cadrul Asociației Medicale Teritoriale
- ▶ Centrele Comunitare de Sănătate Mentală. Cele mai anterior create CCSM sunt:
 - ▶ Centrul Național de Sănătate Mintală

- ▶ CCSM Buiucani
- ▶ CCSM Bălți
- ▶ CCSM Ungheni
- ▶ CCSM Rezina

Conform Hotărării Colegiul Ministerului din octombrie 2013 până la finele anului 2014 în toate unitățile administrativ teritoriale, adică raioane, vor fi create centre comunitare de SM, care vor purta un rol cheie în asistența persoanelor cu probleme de SM la nivel local.

Perspectiva istorică

Pentru a înțelege originile disfuncțiilor mintale, tendințelor de îngrijire și tratament este necesar de a face o analiză din perspectiva istorică. Această analiză ar putea facilita dezvoltarea cauzele de eșuare a eforturilor reformelor precedente și ilustrează marea variație a modului în care au evoluat serviciile în țările dezvoltate, dar și în cele mai puțin dezvoltate.

Timp de secole, în multe societăți explicațiile religioase și spirituale au dominat modul în care au fost tratate persoanele cu disfuncții mintale. În secolul XVII, **nebunia era apreciată drept o stare fizică**. Numărul crescând al persoanelor sărace cu disfuncții mintale a fost îngrijorător, aceștia fiind înțemniți în închisori publice, case pentru săraci și în spitale.

Definiția istorică a nebuniei nu trezea, astfel, în comunități mila sau compasiunea. În primele decenii ale secolului al XVIII, opinia dominantă era că persoanele ce sufereau de boli mintale sunt incurabile și erau tratate ca rasă inferioară omului. Aceștia erau închiși în locuri speciale. Reformarea acestor instituții a coincis cu dezvoltarea calităților de compătimire și preocupări umanitare din secolul XVII. Astfel, multe instituții au introdus programul de tratament așa zis „moral”.

Succesul acestui tip de tratament a dus la construirea multor aziluri în țările europene și în SUA. În anii '50, discreditarea azilurilor pentru boli mintale a condus la creșterea preocupării comunitare și la un proces de reducere a numărului pacienților cronici din spitalele pentru boli mintale. Unele spitale au fost reduse în dimensiuni, altele închise, astfel încât s-a recurs, în mod inevitabil, la dezvoltarea alternativelor în serviciile pentru sănătatea mintală. Acest proces este numit și **dezinstituționalizare**.

În câteva țări s-a făcut vădit transferul de la sistem de spital la cel comunitar. Dezinstituționalizarea nu înseamnă neapărat externarea în masă a pacienților, ci un proces complex care trebuia să aibă drept rezultat implementarea unei rețele de alternative în afara instituțiilor de psihiatrie. În multe țări dezvoltate, din păcate, dezinstituționalizarea nu a fost însoțită de dezvoltarea unor servicii comunitare pe potrivă. În multe țări dezvoltate, serviciile pentru sănătatea mintală de tip occidental au început cu implicarea autorităților în construcția spitalelor pentru boli mintale, la sfârșitul secolului XIX, începutul secolului XX. Unele țări în curs de dezvoltare au fost capabile să aducă la un nivel mai înalt serviciile spitalelor și să stabilească noi unități de psihiatrie în cadrul spitalelor generale de district sau să integreze serviciile pentru sănătatea mintală în sistemul general de sănătate prin instruirea cadrelor primare în domeniul sănătății mintale. În majoritatea țărilor în curs de dezvoltare, serviciile de psihiatrie sunt, în general puține, și acoperă necesitățile unei mici părți a populației, confruntându-se cu un deficit acut de resurse umane instruite.

Dar există și motive de optimism. Secolul XXI a adus îmbunătățiri semnificative în îngrijirile persoanelor cu disfuncții mintale. Descoperirile făcute în domeniul respectiv au scos în vileag originea socială a disfuncțiilor. Este vorba de depresie și anxietatea. Cercetările au demonstrat că unele dificultăți din copilărie se pot dezvolta la un individ într-o boală mintală la maturitate. Clinicienii au descoperit medicații psihotrope eficiente pentru o serie de disfuncții mintale. Cercetările au stabilit că eficiența intervențiilor psihologice și psihosociale trebuie să fie susținută de reabilitare. Procesul de reabilitare trebuie aplicat mai ales pentru depresie, anxietatea sau schizofrenie.

Tendențe ale reformei globale și implicațiile pentru sănătatea mintală

În ultimii 30 de ani, s-au înregistrat reforme majore în domeniul sănătății generale și ale sănătății mintale. Decentralizarea și 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 conștientizarea necesității pentru o finanțare adecvată a serviciilor pentru sănătatea mintală. Accentul a fost pus pe integrarea serviciilor pentru sănătatea mintală în sistemele generale ale sănătății.

Decentralizarea

Procesul de decentralizare a început în țările puternic industrializate și a influențat, respectiv, și sistemele celorlalte țări. Decentralizarea serviciilor publice de sănătate, la nivel de administrație locală, a fost rapid adoptată prin dezvoltarea țărilor din mai multe puncte de vedere, inclusiv schimbările economice și cele politice. Acestea s-au produs ca urmare a globalizării economice, a înțelegerii faptului că serviciile planificate corespunzător necesităților locale pot rezolva mai eficient aceste necesități.

ORGANIZAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ.

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

- Perioada 1 descrie dezvoltarea azilurilor, între 1880 și 1950;
- Perioada 2 este cea a declinului azilurilor, de prin 1950 până la 1980;
- Perioada 3 se refera la reforma serviciilor de sănătate mintală, începând aproximativ din 1980.

Perioada I (1880-1950) descrie dezvoltarea ospiciului:

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

Perioada II (1950-1980) - declinul ospiciului:

Azilurile sunt neglijate;

1. Scăderea numărului de paturi;
2. Rolul familiei crește, dar nu este pe deplin recunoscut;
3. Apar specialitățile de psiholog clinic, terapeut ocupațional și lucrător/asistent social;

4. Apar tratamente eficiente, începe evaluarea tratamentelor și standardizarea sistemelor de diagnostic;
5. influența crescândă a psihoterpaiei individuale și de grup;
6. Focalizarea asupra controlului farmacologic și resoacializării;
7. pacienții mai puțin dizabiliți sunt externați din aziluri

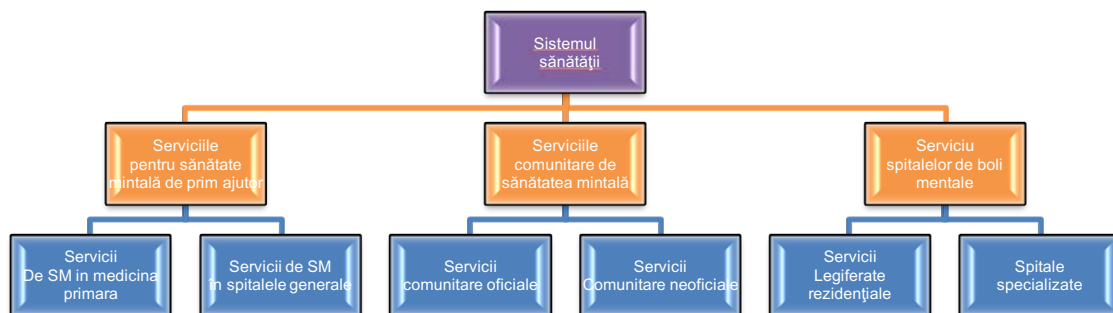
Perioada III – din 1980 până în prezent:

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

Descrierea și analiza serviciilor pentru sănătatea mintală din lume

O reprezentare schematică a diferitor componente ale serviciilor pentru sănătatea mintală din lume este reprezentată în Figura 1. Schița prezintă o vedere generală a serviciilor din diferite țări ale lumii cu diferite nivele ale sistemelor de sănătate și ale resurselor. Nu este o recomandare de organizare, ci o încercare de descriere a diferitor tipuri de servicii.

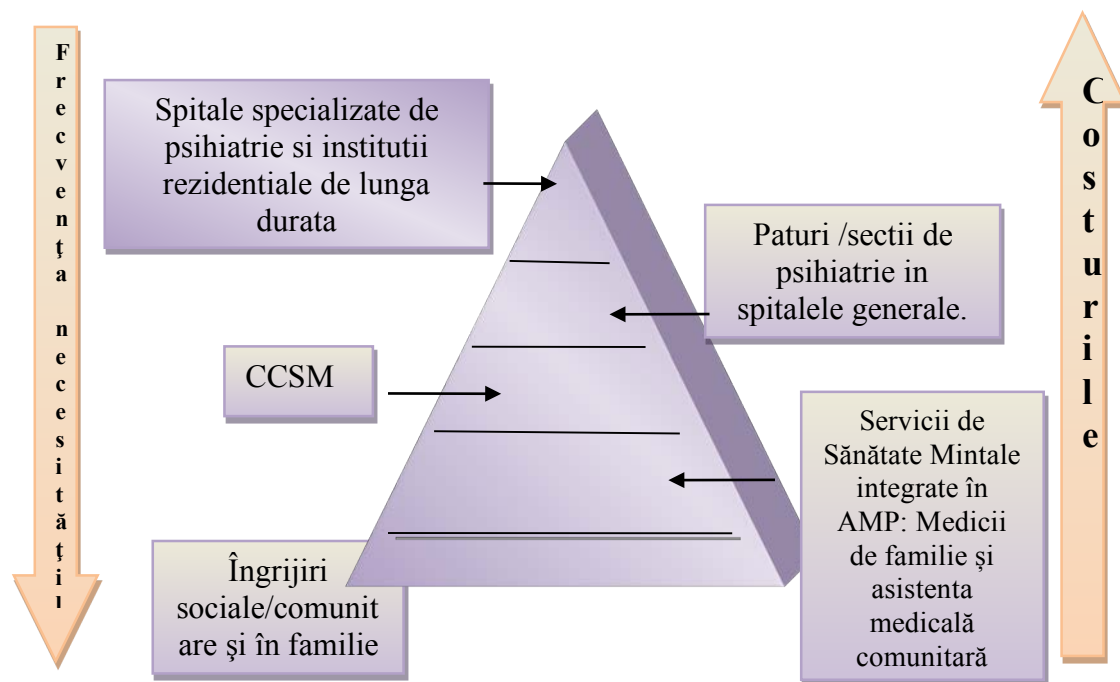
Figura 1



SSM trebuie dezvoltate la mai multe nivele pentru a spori accesibilitate :

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

Aceasta ne poate explica prin Piramida Organizațională Mixtă Optimală a Serviciului de Sănătate Mintală propusă în 2007 de OMS (figura 2).



LEGISLAȚIA INTERNAȚIONALĂ ȘI NAȚIONALĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MENTALE.

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

Declarația Universală
despre Drepturi Umane

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

Cadrul normativ internațional este reglementat de următoarele acte importante:

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

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

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

Cadrul normativ național este reglementat de următoarele documente relevante:

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

FENOMENUL DE STIGMA ȘI DISCRIMINARE

Stigma este compromiterea și discriminarea 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 societății”.*

Există, în fiecare societate, anumite etichete sociale, pe care societate le atribuie persoanelor cu probleme de sănătate mintală, așa ca:

- când se aude de persoane cu tulburări mintale, reacția celor din jur este respingerea acestora, punându-le eticheta de:
- Bolnav psihic;
- Agresiv;
- Periculos;
- Neinteligent;
- Imprevizibili
- Nebuni etc.

Când stigma se transpune în comportamente, devine discriminare. Stigmatizarea și discriminarea sunt „bariere” în asistența și tratarea diferitelor boli. Acestea afectează nu doar persoanele stigmatizate și discriminate, ci și pe cele care discriminează, cuprinse de teamă și ignoranță. Stigmatul are ca rezultat generarea fricii, neîncrederii

și violenței împotriva persoanelor, care suferă de o boală mintală. Stigmatul are ca rezultat din partea familiilor și prietenilor întoarcerea spatelui spre persoana cu boli mintale. Stigmatul înlătură oamenii de a primi serviciile de sănătate mintală.

PSIHOLOGIA MEDICALĂ (CLINICĂ)

Psihologia medicală are două sarcini de bază:

- de a participa la formularea diagnosticului și
- de a participa prin intermediul metodelor proprii la actul psihoterapeutic.

Subiectul sau grupul țintă a psihologiei medicale este psihologia pacientului.

Obiectivele psihologiei medicale sunt:

- psihicul uman
- relațiile individului cu profesioniștii din domeniul mediului, familiei și de asistență medicală
- reacțiile subiective la diferite situații sau persoane
- relația medic – pacient
- problema de sănătate mintală
- adaptarea individuală la școală, profesie, familie
- probleme speciale privind psihopatologia copilăriei, adolescenței și senescentei
- reacția psihologică a pacientului la agresiune somatică și / sau mintală

Psihologia medicală poate fi reprezentată pe etapele de vîrstă:

- etapa orală - de la 0 la 1.5 ani.
- etapa anală - 1.5 - 3 ani.
- etapa falică - 3 - 7 ani.
- etapa latenței sexualității infantile - 8 - 11 ani.
- etapa pubertății și adolescenței, 12-19 ani
- etapa tinereții mature - 20-34 de ani.
- etapa adulților – vîrsta de 34-44 de ani.
- etapa maturității – vîrsta de la 45 de ani.

Prima etapă este **etapa percepțiilor pe cale orală**, și activitățile sunt centrate asupra gurii (mîncarea, mușcatul și strigatul). Cronologic această etapă corespunde cu vîrsta de 0 - 1.5 ani. Copiii încep să compare cine este și cine nu este mama lor. Copiii simt anxietate, curiozitate și frică în prezența persoanelor străine (frecvență maximă în jurul vîrstei de 8 luni). Copilul este dependent de coerența de experiențe oferite de îngrijitor. Timp de cîteva luni, o mare parte din sine el nu recunoaște ca “sine” (o mînă poate fi strînsă de alta sau pusă în gură). Frustrarea cauzată de activitate orală (Abraham) dezvoltă o tendință de a suga un deget, apoi înclinația la fumat, la mestecarea gumei.

La **etapa anală** individul își controlează sfîncterul, mușchii, mișcările, aceasta este o stare de autonomie. Vîrsta corespunde la 1,5 - 3 ani. Faza timpurie este marcată de locomoție verticală. Mama este folosit ca o “bază de refugiu”. Caracteristică este anxietatea de separare. Copilul este conștient de separare fizică, care diminuează dispoziție de încîntare. Copilul încearcă să înlătore despărțirea dintre el și mamă. Este foarte important modul în care copilul este apreciat de către adulți și părinți.

Etapa falică. Se dobândește inițiativă prin alegerea scopurilor și perseverență. Corespunde vârstei de 3-7 ani. Se deplasarea atenției de la percepția fizică la acumularea prestigiului și puterii. Copilul vrea să fie aplaudat. Urmează posesia sau deținerea obiectelor. Copilul descoperă că tatăl poate prezenta un obstacol în dragostea sa față de femeie, apare “complexul lui Oedip” la băieți și la fete “complexul lui Electra”. Astfel, copilul vrea să se căsătorească cu părintele de sex opus și în același timp să evite părintele de același sex. Este prezentă dorința de a imita lumea adulților și rivalitatea între frați.

Etapa latenței sexualității infantile. Această etapă se caracterizează prin o adaptare la lumea instrumentelor care permite depășirea sentimentelor de inferioritate. Copilul este concentrat asupra construirii, creării, realizării. Copilul este capabil să preia punctul de vedere al altcuiva. Copilului este capabil de a conserva numerele, lungimea, greutatea și volumul. Copiii sunt mai capabili să învețe, să funcționeze independent din punct de vedere social, să dezvolte relații de prietenie. Impulsurile sexuale sunt canalizate în mai multe scopuri sociale acceptabile (școală și sport). Superego-ul constituie una dintre cele trei structuri ale minții responsabile pentru dezvoltarea etică și morală, inclusiv conștiința. Această etapă corespunde cu vârsta de 8-11 ani.

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

Etapa a șasea este etapa **tinereții mature**. Persoana are relații intime cu un alt individ (prietenie, luptă, schimb intelectual cu un profesor, uniune sexuală). Capacitatea de intimitate este caracteristică pentru această etapă (dacă nu este atinsă, depistăm sentimentul singurătății). Corespunde cu vârsta de 20-34 ani.

Etapa următoare este **vârsta adultă**, vârsta productivității, creativității și generalizărilor (individul devine părinte, cu responsabilitățile altcuiva), (în caz contrar depistăm semne de stagnare). Corespunde cu vârsta de 34-44 ani.

Ultima etapă este **maturitatea** - caracterizată prin integrarea sinelui (dacă această stadiu este atinsă, există disperare). Ea începe la 48 de ani, vârsta deținerii unor “achiziții negative”: pierderi economice sau prejudicii irevocabile, pierderi ale părinților și a prietenilor, uneori schimbarea profesiei și a casei. Individul devine introspectiv, mai filantrop, deseori se simte singur sau preferă distracțiile, viața rurală. Această perioadă este mai critică pentru femei, în cazul cărora schimbările psihologice survin mai rapid și în mod asincron. Menopauza este timpul apariției psihozelor maniacale, depresiei și a diverselor forme a deziluziilor cronice.

MEDICINA PSIHOSOMATICĂ

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

Medicina psihosomatică a studiat mai întâi răsunetul patologic al stărilor afective.

S-a admis, că alegerea organului sau a funcției depinde de emoția în cauză; astfel, agresiunea și mânia, reprimată, provoacă o stare de excitație a sistemului muscular și circulator și o hiperfuncție a glandelor tiroidă și suprarenală (normal implicate în accesele de mânie); de aici, apariția unor contracții musculare mai mult sau mai puțin dureroase, palpitații cardiace, hipertensiune, iritabilitate, hiperglicemie. Dacă, dimpotrivă, individul încearcă să rezolve situația nu prin atac ci printr-o reacție de chemare în ajutor, organele care devin cele mai sensibile sunt acelea, care concură la funcțiile de achiziție, de întreținere și de transmitere a vieții, adică organele digestive, respiratorii și sexuale. Avem atunci spasme și dureri digestive, reacții disproporționate de foame, ulceratii digestive, oboseală, crize de astm, impotență și frigiditate.

Orice stres prelungit poate să cauzeze modificări fiziologice, care rezultă într-o tulburare somatică. Fiecare persoană are un organ de șoc, care este vulnerabil la stres: unii pacienți sunt reactivi cardiaci, alții sunt reactivi gastrici, iar alții sunt reactivi tegumentari. Persoanele care sunt anxioase sau depresive sunt mai vulnerabile la boli psihosomatice.

Aceste manifestări apar întotdeauna „la distanță”, după o anumită perioadă (de „prelucrare” sau de „elaborare”) de la evenimentul psihotraumatizant. Creșterea ratei bolilor psihosomatice este determinată de migrare și de aglomerare – „viața urbană”. Zona de maximă incidență este situată între 45 și 59 de ani. Repartiția pe sexe ilustrează o prevalență a bărbaților în privința bolilor coronariene, ulcerului duodenal și astmului și a femeilor pentru boala hipertensivă.

Pentru o *personalitate psihosomatică* se profilează o anumită sărăcie afectivă și social-relațională; o oarecare rigiditate caracterială și dificultate de adaptare la condiții noi, cu o adaptare socială superficială; o redusă activitate imaginară diurnă și nocturnă, asociată cu o gândire practică, strict utilitară, căutarea unei independențe prin activitate, o foarte mare sensibilitate la traume afective, fragilitate, imaturitate afectivă mai mult sau mai puțin marcată. La ei psihismul pare insuficient de „înarmat” pentru a „distanța” anumite conflicte și pentru a le canaliza în conduite caracteristice ale vieții de relație, conflictele atunci se „descarcă” în aparatul viscerovegetativ. Rezistența pacienților psihosomatici față de psihoterapie este puternică și se manifestă de la tăceri prelungite până la ostilitate evidentă față de terapeut.

F. Alexander și școala din Chicago au izolat **7 boli psihosomatice principale**: *ulcerul duodenal, astmul bronșic, artrita reumatoidă, colita ulceroasă, hipertensiunea arterială, neurodermita și tireotoxicoza.*

Hipertensiunea arterială (160/ 95 mmHg)

La acești pacienți se observă un colorit depresiv și chiar tendințe de sinucidere. Anxietatea poate domina uneori psihologia bolnavului și pe acest fond pot apare idei obsedante sau fobii, mai ales frica de moarte, de accidente vasculare. Acești pacienți hipertensivi prezintă o structură de personalitate compulsivă al nevoii lor de autoritate și asupra ardoarei la lucru. Personalitatea unor din ei este calmă în exterior, iar în interior este ostilă. Pacientul este mereu în insecuritate, se simte amenințat, dar nu declanșează agresivitatea. Crește nevrotiform, cu tendințe de perfecționism. Fiind anxioși, ei evită atât conflictul agresiv, uneori și tratamentul. Ei nu sunt capabili să-și exprime liber agresivitatea. Întâlnim aici o ambiție reținută cu teamă de agresivitate, astfel încât sunt întotdeauna încordați, temători și posedați de o mânie reprimată. Această furie inhibată le provoacă un sentiment de vinovăție în legătură cu

impulsurile ostile.

„Ființe neliniștite, agitate de afaceri, de politică, de finanțe”, „mereu sub presiunea timpului”. Ei își stăpânesc nervii vieții lor interioare, dar plătesc tribut acestei dominații prin reacții cardiace și vasomotorii intense și printr-o uzură organică rapidă.

Astmul bronșic

Personalitatea astmaticului se poate caracteriza prin iritabilitate, logoree, lipsă de încredere, anxietate, dependență maternă. În acest context criza poate fi considerată ca un protest simbolic contrar separării de mamă și dorința restabilirii acestor relații prin țipăt (înnăbușit), frica de a nu pierde dragostea mamei.

Este bine cunoscut faptul, că furia, frica, pierderea sau gelozia pot precede crizele. Această declanșare psihogenă a crizelor se întâlnește „la 50% din pacienții astmatici, indiferent de vârstă”. Copiii astmatici, care făceau crize acasă nu le mai reeditau când se aflau în altă casă sau la școală. Acțiunea benefică a „parentectomiei” se exercită numai acolo unde relațiile copilului cu ceilalți membri ai familiei sunt tensionate. Mulți pacienți se caracterizează printr-o slabă adaptare și prin dificultăți de relaționare datorită introversiei, egocentrismului, timidității și sensibilității excesive. Alții prezintă în prim plan suspiciune și ostilitate, culpabilitate. Băieții prezintă un comportament ilustrat printr-un slab control al impulsurilor, labilitate afectivă, iritabilitate, explozivitate, în timp ce fetele astmatice trăiesc lungi perioade distimice.

Mama astmaticului este dominantă, iar tatăl – șters, auxiliar, nonautoritar, incapabil să corecteze dezechilibrul dintre mamă și copil.

Ulcerul duodenal

Ulcerozii apar ca personalități hiperexcitante, care nu se atașează ușor afectiv, cu o puternică stare de tensiune afectivă, cu reacții puternice de mânie și nemulțumire, intoleranță, alarme hipocondriace cu caracter cancerofob.

Acești pacienți prezintă un conflict inconștient. În acest sens, dorința de a fi hrănit a sugarului se manifestă în viața adultă prin dorința de a fi iubit, îngrijit, sprijinit. Este vorba de o fixație a pacientului asupra unor situații de dependență caracteristice fazelor inițiale ale dezvoltării psihice. Această dorință de dependență a pacientului, specifică primilor ani ai copilăriei intră în conflict cu Ego-ul adult, ale cărui caracteristici sunt independența și autoafirmarea. Evident, Ego-ul adult le reprimă.

Persoana apare deseori activă, ambițioasă, care ignoră odihna și relaxarea, exprimându-și disprețul pentru cei slabi și obligându-i pe ceilalți la supunere. În spatele acestei fațade însă, sporește dorința secretă de a depinde de alții, de a primi de la ei grijă și afecțiune. Când aceasta nu este realizată, apare o regresie psihologică la forma originară de dependență (hrănirea) asociată cu hipersecreția.

Colita ulceroasă

Unii bolnavi sunt imaturi emoțional, atașați mai ales de mamă, fiind persoane dificile, conflictuale (divorțați sau necăsătoriți), unde mama caută să-și mențină controlul asupra copilului și după ce acesta a devenit adult. Tații sunt descriși de pacienți ca buni, blânzi, pasivi și ineficienți, incapabili de a proteja copilul față de spiritul agresiv și domnitor al mamei. Trăsăturile de personalitate ale pacientului colitic sunt ilustrate prin tendința de ordine, punctualitate, conștiinciozitate, curățenie, meticulozitate, atitudini rigide față de moralitate, tendință spre standarde de comportament elevate, griji, obsesii, timiditate, atitudine intelectualizată și lipsa de umor, predispoziție de a căuta performanțe în sfera intelectuală (literatură artistică științifică), control sever al manifestărilor afective, tendință de a rămâne singuratici,

mândri. Sub fațada de ambiție, energie și eficiență se află sentimente de inferioritate, incertitudine și insecuritate.

Pe parcursul terapiei psihanalitice se depistează un abandon imaginar al mamei la vârsta de 2 ani și jumătate, vârsta educării sfincterelor. Colita ulceroasă reprezintă un mod de „*expulzie simbolică*” sau o reacție de eliberare a unui „obiect” încordat, care a fost sursa dezamăgirii, pierderii.

Artrita reumatoidă

Acești pacienți sunt timizi, corecți, conștiincioși, cu spirit de sacrificiu și conștiință de sine strictă, rigidă, moralizatoare, marcați de sentimente de inferioritate și de dispoziție depresivă, cu un înalt grad al conștiinței sociale, un simț exagerat al responsabilității față de obligațiile sociale și morale. În plus, ei posedă un control strict în exprimarea furiei și ostilității pe care și-o reprimă.

Încă în copilărie, aceste paciente aveau teamă față de mamă rece, agresivă, și deci sentimente ostile față de ea, dar pe care nu le putea exprima din cauza dependenței sale. Acest protest reprimat contra mamei ulterior se va transfera asupra bărbaților și a membrilor familiei. Devenind mame, ele inversează situația și încep a-și controla copiii exact ca și atunci, cum ele erau controlate de mama. La ele se notează un control riguros asupra manifestărilor emoționale, tendința de a controla anturajul, soțul și copiii. De regulă sunt exigente față de proprii copii, dar pe de altă parte se neliniștesc și au grijă de ei. Ele demonstrează deschis repulsia față de rolul feminin. Ele achiziționează unele maniere bărbătești, luptă cu ei și refuză să se supună lor. Este interesant faptul, că aceste femei își aleg bărbați pasivi. Mulți soți aveau chiar și unele defecte fizice. Pe parcursul evoluției bolii, bărbații acceptau rolul de îngrijitori. Deseori se angajează intens în activități fizice (muncă manuală și sport), fapt interpretat ca un mijloc preferat de descărcare a agresivității și ostilității.

Neurodermita

Această patologie deseori apare după moartea unei persoane iubite și în urma unei mâini reprimite. La acești subiecți se observă tendințe exhibiționiste, sadomazochiste, manifestări ale narcisismului. Pacienții își demonstrează corpul, având drept scop dobândirea atenției, dragostei. Exhibiționismul este folosit ca o armă în această concurență și inevitabil duce la sentiment de culpabilitate. Conform legii talion, pedeapsa trebuie să corespundă crimei; pielea, care servește drept instrument al exhibiționismului, devine locul suferinței morbide.

În cazul unor forme de prurit, un factor psihodinamic important este reprimarea excitației sexuale. În aceste situații ea este sursa juisanței erotice conștiente și se perzintă în calitate de echivalent al masturbării.

Localizarea acestor manifestări poate fi legată uneori de conflicte: la față și păr când conflictul este afectiv sau familial; la brațe și gambe, când conflictul este profesional, financiar; pe coapse și genital, când conflictul este sexual.

Tireotxicoza

Hipertireoza poate fi provocată de numeroși factori, dar cei mai importanți ar fi trauma psihică și conflictul emoțional acut. Pacientele sunt foarte dependente de mama, prezintă o teamă de a pierde susținerea ei. Deseori aceste persoane și-au pierdut mama la naștere. Dar pe lângă această problemă există și altele - căsătorie nefericită a părinților, instabilitatea personală a unuia din părinți, repulsie părintească, nașterea unui nou copil în familiile numeroase și ca rezultat, îndepărtarea copiilor mai mari de la afecțiunea părinților. Din aceste considerente, aceste persoane încearcă o tentativă

precoce de identificare cu cineva din părinți, de obicei cu mama („Dacă ea nu este alături, atunci eu aș trebui să devin la fel ca și ea, pentru a mă putea descurca fără dânsa.”). Această identificare precoce este peste măsura posibilităților lor fiziologice și psihologice și duce la o luptă permanentă. Chiar din copilărie ei încearcă să-și atribuie responsabilitatea, să fie utili, acceptând funcția maternă, astfel ei devin o a doua mamă pentru frați și surori, dorind chiar să rămână însărcinate, cu toate că au frică de graviditate.

PSIHODIAGNOSTICAREA

Este una dintre metodele analizei psihologice a cazului și include astfel de tehnici, precum:

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

Testele desemnează ansamblul experiențelor efectuate asupra unui individ supus unor probe în prealabil etalonate pentru a obține o măsură.

Scopul folosirii testelor: este obținerea în timp scurt a unor date informative cuantificabile despre trăsăturile psihologice ale subiectului testat.

Clasificarea testelor psihologice:

- după modul de executare a sarcinii de către subiect:
 - teste orale
 - teste scrise (creion – hârtie)
 - teste de performanță (cu manipulare de obiecte și piese sau teste administrate de calculator)
- după gradul de utilizare a limbajului în rezolvarea sarcinii:
 - teste verbale (teste de vocabular sau de rafinament verbal)
 - teste non-verbale (de exemplu completarea unor figuri lacunare)
- după numărul de persoane care pot fi examinate simultan:
 - teste individuale
 - teste colective
- după timpul de execuție a sarcinii:
 - teste cu limită de timp
 - teste cu timp de lucru nelimitat
- în funcție de comportamentele evaluate de itemii lor:
 - teste cognitive:
 - teste de aptitudini
 - teste de succes educațional
 - teste afective:
 - chestionare de personalitate

- tehnici proiective
- teste obiective de personalitate
- după modul de stabilire a cotei la test:
 - teste obiective (cotarea răspunsurilor se face după o regulă prestabilită)
 - teste subiective (folosite în psihologia clinică și care permit ca mai mulți evaluatori să coteze foarte diferit răspunsurile aceleiași persoane, testele proiective făcând parte din această categorie)
- după modul în care se interpretează scorurile testelor:
 - **teste normative** (scorul individual se interpretează prin raportare la un etalon)
 - teste centrate pe criteriu (în care de la început a fost stabilit nivelul acceptat de performanță, iar rezultatul este exprimat prin “a reușit” sau “nu a reușit”)
 - **teste idiografice** (presupun completarea aceleiași forme a chestionrului în ocazii diferite pentru a vedea evoluția în timp a scorului)
 - **teste ipsative** (presupun interpretarea scorurilor pentru un subiect prin compararea între ele sau prin compunerea scorurilor altor persoane. Un exemplu este testul de interese profesionale în care subiectul trebuie să aleagă afirmația care i se potrivește cel mai mult și/ sau informația care i se potrivește cel mai puțin)

TEHNICI PROIECTIVE

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

Testul Rorschach care fundamentat pe concepția psihanalitică contează pe eliberarea preferințelor, inclinațiilor, dorințelor care deși neconstientizate influențează totuși asupra comportamentului.

Caracteristica stimulului în acest caz este tocmai ambiguitatea constă în a interpreta 10 planșe prezentate într-o anumită ordine și poziție, reprezentând imagini simetrice și nedefinite realizate în contrast alb-negru sau color.

Formele trebuie să fie destul de vagi pentru a propune semnificații fără importanța anume și a căror soluție variază în funcție de mobilul celui ce rezolvă testul.

Fiecare răspuns este notat în raport cu trei criterii principale :

1. aprehensiunea

2. determinantul reprezentat de forma petei, culoarea, textura, mișcarea conturilor

În cadrul testului Rorschach mai importante sunt caracteristicile formale decât conținutul interpretărilor.

Astfel, perceperea amănuntului formei, a detaliului constituie martorul unei activități intelectuale pozitive iar asocierea formei cu culoarea sugerează un temperament sociabil. Folosirea spațiilor albe denotă ostilitate, incapacitate, perseverență.

Testul T.A.T. - se bazează pe faptul că tot ce vede pacientul într-o imagine este influențat de antecedentele lui. Testul se bazează pe prezentarea a 30 de imagini

executate in alb si negru, ambiguë, reprezentand una sau mai multe persoane intr-o situatie incerta .

Sarcina subiectului consta pentru plansele prezentate in negru sa inventeze cate o povestire in legatura cu imaginea prezentata, referindu-se atat la antecedentele evenimentului cat si la prezentul scenei, inclusiv finalitatea ei. Acest lucru este redat de subiect in functie de ceea ce gandeste si simte.

O plansa alba, pentru care subiectul trebuie sa inventeze atat imaginea cat si povestirea. Se urmareste maximum de spontaneitate din partea subiectilor, iar dimensiunile povestirii trebuie sa aiba in jur de 300 de cuvinte.

Testul Rosenzweig

Toleranta si modul de reactie la stress-urile zilnice prin situarea individului in fata unor situatii in care satisfacera trebuintelor si aspiratiilor intampina diverse obstacole. Testul este format din 24 de desene ,pune in fata subiectului prin intermediul fiecarei imagini, 2 personaje ,in primele 16 desene un obstacol produce situatia frustranta , iar subiectul trebuie sa raspunda spontan ca si cum el subiectul se va identifica a cu persoana frustranta, proiectand asupra ei modul de a simti si agandi.,

Raspunsurile se vor raporta la

- directia agresiunii
- la tipul de reactie. In general bolnavii cronici au tendinta revendicative iar pe baza notei de ostilitate a lor se pot stabili si selecta cazurile cu indicatii pentru psihoterapie.

Testul Szoldi

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

- p. sexuala
- p. paroxistica
- p. eului
- p. de contact

Sarcina examinatorului consta in analiza datelor si sesizarea trebuintelor refulate.

Testul arborelui

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

Prelegerea 2

METODE DE TRATAMENT CONTEMPORANE IN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE.

Tratamente eficiente pentru disfuncțiile mintale listeaza secolul 20 si încep cu afirmațiile că:

- ✓ Depresia poate fi cu succes tratată cu medicamente anti-depresante și cu ajutorul intervențiilor psihologice;
- ✓ Reabilitarea psiho-socială și terapia de familie, în combinație cu medicațiile, reduc rata recidivei schizofreniei de la 50% la 10%;
- ✓ Intervențiile complexe de scurtă durată, au demonstrat o reducere de 30% a consumului de alcool;
- ✓ Tratamentul pentru dependența de droguri este eficient prin reducerea abuzului de droguri cu 40-60%.

Metode de intervenție utilizate în sănătatea mintală

- ✓ Psihofarmacologia
- ✓ Psihoterapia
- ✓ Reabilitarea psihosocială

PSIHOFARMACOLOGIA.

Principalele Medicamente Psihofarmacologice utilizate în psihiatrie sunt:

- ✓ Antipsihotice
- ✓ Antidepresive
- ✓ Anxiolitice
- ✓ Hipnotice
- ✓ Cognitive
- ✓ Psihostimulativele

Prezentarea Generală a Medicamentelor Antipsihotice

Medicamente Antipsihotice Convenționale			
Grup chimic	Denumirea Generală	Marca Comercială	Doza (mg)
Fenotiazină	chlorpromazină	CHLORPROMAZIN, LARGACTIL, PLEGOMAZIN, MEGAPHEN, THORAZIN	200-800
	levomepromazină	TISERCIN, NOZINAN	50-400
	tioridazină	THIORIDAZIN, MELLERIL	100-600

	periciazină	NEULEPTIL	10-40
Tioxanten	chlorprotixenă	CHLORPROTHIXEN, TRUXAL	100-600
	clopentixol	CISORDINOL, CLOPIXOL	20-100

Prezentarea Generală a Medicamentelor Antipsihotice

Medicamente Antipsihotice Convenționale			
<i>Grup chimic</i>	<i>Denumirea Generală</i>	<i>Marca Comercială</i>	<i>Doza (mg)</i>
Fenotiazină	perfenază	PERFENAZIN, TRILAFON, PERATSIN	16-24
	prochlorperază	PROCHLORPERAZIN, STEMETIL	20-80
	flufenază	MODITEN	2-16
	trifluoperază	STELAZIN	10-50
Tioxanten	flupenthixol	FLUANXOL	6-18
Butirofenonă	haloperidol	HALOPERIDOL, HALDOL, APO- HALOPERIDOL	2,5-10
	melperonă	BURONIL	50-300
Difenylbutil piperidină	pimozidă	ORAP	2-10
	fluspirilen	IMAP	2-10
	penfluridol	SEMAP	2-60
Peratiepină	oxyprotepin	MECLOPIN	5-20

Medicamente Antipsihotice de a 2-a Generație

<i>Denumirea Generală</i>	<i>Marca Comercială</i>	<i>Doza (mg)</i>
Anatagoniști selectivi ai D2, D3		
sulpiridă	DOGMATIL, PROSULPIN	50-1200
amisulpridă	SOLIAN, DENIBAN	50-1200
SDA		
risperidon	RISPERDAL, RISPEN, RISPERDAL QUICKLET	4-8
ziprasidon	ZELDOX	40-160
sertindol	SERDOLECT	12-20

MARTA		
clozapină	LEPONEX	200-600
olanzapină	ZYPREXA i.m. inj. 10 mg	5-20
quetiapină	SEROQUEL	300-600
zotepină	ZOLEPTIL	75-300

Medicamente Antipsihotice de a 2-a Generație

Eficiența

1. Simptomele pozitive sunt influențate semnificativ mai bine decât placebo, și la fel sau mai mult decât prin intermediul neurolepticelor antidopaminergice clasice.
2. Simptomele negative sunt reduse semnificativ mai bine decât prin placebo sau neuroleptice antidopaminergice clasice.
3. Simptomele afective sunt influențate mai bine decât prin placebo sau neuroleptice antidopaminergice clasice.
4. Ele reduc în mod semnificativ sau previn tulburările cognitive. Reducerea este mai mare în comparație cu neurolepticele antidopaminergice clasice.
5. Tratamentul pacienților rezistenți cu schizofrenie este îmbunătățit semnificativ mai bine decât cu placebo și cel puțin la fel ca în cazul clozapinei.
6. Tratamentul de întreținere este mai eficace decât cel cu placebo și cel mai puțin eficace comparativ cu întreținerea pe neurolepticele clasice.

Medicamente Antipsihotice de a 3-a Generație

<i>Denumirea Generală</i>	<i>Marca Comercială</i>	<i>Doza (mg)</i>	<i>Mecanismul Eficacității</i>
aripiprazol	ABILIFY	15-30	Stabilizator de dopamină-serotonină Agonist parțial al receptorilor D2 și 5-HT1A Antagonist al receptorilor 5-HT2A

Antipsihotice Injectabile

<i>Denumirea Generală</i>	<i>Marca Comercială</i>	<i>Doze Medii (mg)</i>	<i>Interval</i>
flufenazin	MODITEN DEPOT	25	14-28 zile
oxiprotopin	MECLOPIN	25	
haloperidol	HALDOL DEPOT	100	
flupentixol	FLUANXOL DEPOT	40	
zuclopentixol	CISORDINOL DEPOT	200	

fluspirilen	IMAP	6	7 zile !!
risperidon	RISPERDAL CONSTA	20-30	14 zile

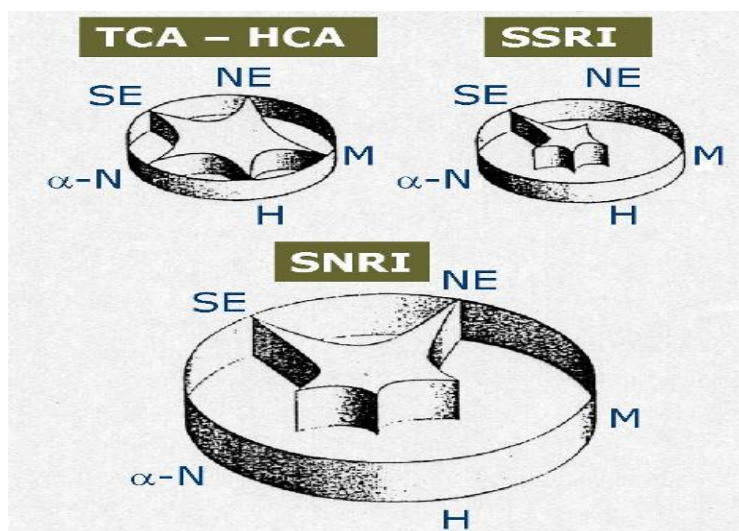
Tranchilizante Rapide

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

Indicația Antidepresivelor

- Tulburări Depresive
- Tulburări Afective
- Tulburări Obsesiv-Compulsive
- Tulburări de Panică
- Dereglări de Alimentație
- Tulburări Psihosomatice
- Tulburare de Stres Posttraumatic
- Simptome de Sevrăj Alcoolic și Medicamentos (Narcotic)
- Sindrom algic
- Enurezis
- Narcolepsie

Inhibiția Racaptării Neuro transmițătorilor și Afinitatea de Legare a Receptorilor



Receptori:

SE	Serotonergice
NE	Noradrenergice
M	Muscarinice
H	Histaminice
α-N	alpha noradrenergice

Antidepresive: Inhibitori ai Recaptării Monoaminei

1 Generație a Antidepresivelor (TCA, TeCA)			
Denumirea Generală	Marca Comercială	Doze (mg)	Mecanismul Eficacității
amitriptalină	AMITRIPTYLIN	75-200	Inhibiția Recaptării Serotoninei și/sau Norepinefrinei Urmată de Creșterea Concentrării lor în Despicătura Sinaptică
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	

1-a Generație de Antidepresive

Mecanismul acțiunii:

- Blocajul receptorilor muscarini
- Receptori ai Histaminei H1
- Receptori Adrenergici Alpha 1
- Receptori Adrenergici Alpha 2

Efecte Secundare Multiple

- Pericol de Intoxicație
- Interacțiuni Multiple

- Efect Prolungit (peste 3-6 Săptămîni)

A 2-a Generație de Antidepresive

A 2-a Generație de Antidepresive			
<i>Denumirea Generală</i>	<i>Marca Comercială</i>	<i>Doze Medii (mg)</i>	<i>Mecanismul</i>
viloxazină	VIVALAN	100-300	Inhibiția Recaptării Norepinefrinei

A 3-a Generație de Antidepresive

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

A 3-a Generație de Antidepresive

<i>Denumirea Generală</i>	<i>Marca Comercială</i>	<i>Doze Medii (mg)</i>	<i>Mecanismul</i>
SARI			
Antidepresive cu Eficiență Serotonergică Dublă			
trazodon	TRITTICO AC	4-8	Eficiență Serotonergică Dublă
nefazodon	SERZONE, DUTONIN	100-300	
NARI			
reboxetină	EDRONAX	4-8	Inhibarea Recaptării Norepinefrinei

tianeptină	COAXIL	75	Creșterea Recaptării Serotoninei

A 4-a Generație de Antidepresive
Antidepresive cu acțiune dublă
Inhibitori micști ai recaptării

<i>Denumirea Generală</i>	<i>Marca Comercială</i>	<i>Doze Medii (mg)</i>	<i>Mecanismul</i>
IRSN			
venlafaxină	EFFECTIN	75-375	Inhibiția Recaptării Serotoninei și a Norepinefrinei
venlafaxină ER (cu eliberare prelungită)	EFFECTIN ER	75-225	
milnaciprană	IXEL, DALCIPRAN	50-100	
IRDN			
bupropion	WELLBUTRIN ZYBAN	150-300	Inhibiția Recaptării Dopaminei și a Norepinefrinei

A 4-a Generație de Antidepresive

Denumirea Generală	Marca Comercială	Doze Medii (mg)	Mecanismul
Blocajul α2-adrenoceptorilor			
mianserină	LERIVON, MIABENE	60-90	Creșterea Sintezei și Eliberării Norepinefrinei, Blocajul Alpha-2 Adrenoceptorilor Neuronilor Serotonergici și Creșterea Producției și Eliberării Serotoninei
mirtazapină	REMERON, ESPRITAL, REMERON sol. tab.	15-45	
Alți Inhibitori ai Recaptării Monoaminei			
hipericum perforatum	JARSIN	900	Inhibitor Slab al NA, 5-HT, DA

Inhibitori MAO

Neselectivi și Ireversibili: (IMAO A, IMAO B)		
fenelzină		NARDIL
isocarboxazid		MARPLAN
nialamidă		NIAMID, NUREDAL
tranilcipromină		PARNATE
Selectivi și Reversibili		
MAO A	moclobemidă	AURORIX
	brofaromină	CONSONAR
	toloxatonă	HUMORYL
MAO B	selegilină (L-deprenil)	SEPATREM, JUMEX

Alte Medicamente Psihotrope cu Efect Antidepresiv

Thymoprophylactics		
	litium	LITHIUM CARBONICUM, CONTEMNOL
Antiepileptice de Generația a 2-a	carbamazepină	BISTON, TEGRETOL, FINLEPSIN, TIMONIL
	săruri ale acidului valproic	EVERIDEN, CONVULEX, ORFIRIL, DEPAMID
Antiepileptice de Generația a 3-a	lamotrigină	LAMICTAL
	gabapentină	GABAPENTIN, NEURONTIN
	topiramat	TOPAMAX
Medicamente Antipsihotice Atipice - SDA		
	clozapină	LEPONEX, CLOZARIL, ALEMOXAN
	olanzapină	ZYPREXA
	quetiapină	SEROQUEL

Medicamente Stabilizatoare a Dispoziției (Medicamente Timoprofilatorii)

<i>Denumirea Generală</i>	<i>Marca Comercială</i>	<i>Doze (mg)</i>	<i>Concentrația Plasmei Sîngelui</i>
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

Profilurile de Acțiune a Benzodiazepinelor

Ameliorarea anxietății

Acțiune anticonvulsivantă

Sedare

Inducerea somnului

Relaxarea musculară

Anseau, M., Doumont, A., Diricq, S.: Metodologia necesară pentru demonstrarea diferențelor clinice între benzodiazepine. *Curr Med Res Opin* 8, Suppl. 4, 108-114 (1984). (Cu excepția <Dormicumului> și <Dalmadormului>)

Medicamente Anxiolitice pe Bază de Benzodiazepină

Indicații:

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

Medicamente Anxiolitice

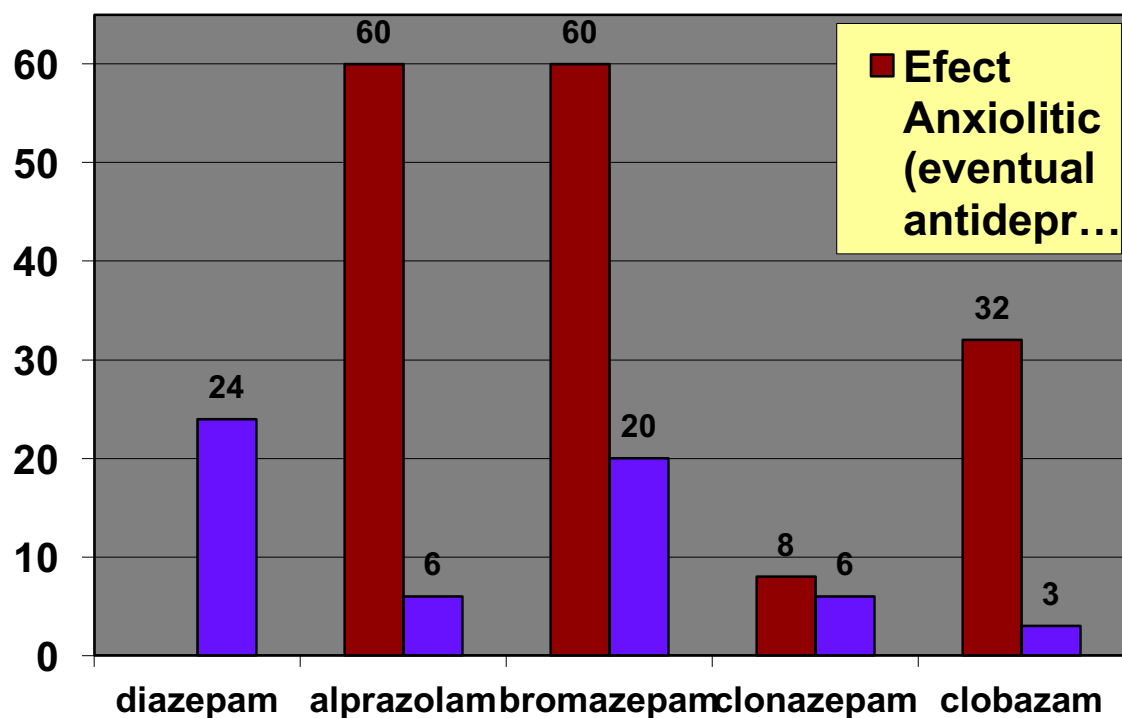
<i>Denumirea Generală</i>	<i>Marca Comercială</i>	<i>Formă</i>	<i>Doze Medii (mg)</i>
■ Derivate ale Propandiolumului			
guaifenesină	GUAJACURAN	drg. 200,400mg inj. 1 g	400 - 3000

mefenoxalon	DORSIFLEX, DIMEXOL	tbl. 200 mg	400 - 1200
meprobamat	MEPROBAMAT LÉČIVA	tbl. 400 mg	800 - 2400
■ Derivate ale Piperazinei			
hidroxizină	ATARAX	tbl. 10, 25 mg inj. 100 mg sir.	20 – 100 300 - 400
■ Derivate ale Azapironului			
buşpiron	ANXIRON, BUSPIRON-EGIS	tbl. 5, 10 mg	15-30

Medicamente Anxiolitice (Derivate ale Benzodiazepinei)

<i>Denumirea Generală</i>	<i>Marca Comercială</i>	<i>Formă</i>	<i>Doze Medii (mg)</i>
diazepam	DIAZEPAM SLOVAKOFARMA APO-DIAZEPAM APAUIN, SEDUXEN DIAZEPAM DESITIN DIAZEPAM DESITIN SUPP.	tbl. 2.5; 10 mg inj. 10 mg supp. 5 mg	10 - 60
chlordiazepoxid	DEFOBIN, ELENIUM RAPEDUR	tbl. a drg. 10 mg	20 - 60
oxazepam	OXAZEPAM LÉČIVA	tbl. 10 mg	10 - 60
alprazolam	NEUROL XANAX FRONTIN, HELEX	tbl. 0.25 mg ; 1 mg tbl. 0.25; 0.5; 1; 2 mg	1 - 10
bromazepam	LEXAURIN	tbl. 1; 5; 3 mg	3 - 36
medazepam	ANSILAN, RUDOTEL	tbl. 10 mg	20 - 40
tofisopam	GRANDAXIN	tbl. 50 mg	100 - 400
K⁺ clorazepat	TRANXENE	tbl. 5; 10; 50 mg inj. 20; 50; 100 mg	15 – 30 50 - 300
lorazepam	TAVOR	tbl. 1; 2,5 mg	2
clobazam	FRISIUM	tbl. 10 mg	20 - 60
prazepam	DEMETRIN	tbl. 10 mg	20 - 40
clonazepam	RIVOTRIL ANTELEPSIN	tbl. 0.5 ; 2 mg gttae 10-25 mg/ml inj. 1 mg tbl. 0.25; 1 mg	1 - 4

Medicamente Anxiolitice



Medicamente Hipnotice

	<i>Denumirea Generală</i>	<i>Marca Comercială</i>	<i>Formă</i>	<i>Doze Medii (mg)</i>
De 1 Generație	barbiturice			
	chloral hidrat	CHLORALOURAT		500 – 1000
	glutethimide	NOXYRON	tbl. 250 mg	250 - 500
De a 2-a Generație	nitrazepam	NITRAZEPAM SLOVAKOFARMA FORTE	tbl. 5; 10 mg	5 - 20
	flunitrazepam	ROHYPNOL, SOMNUBENE	tbl. 1 a 2 mg inj. 2 mg	0.5 – 2 1 - 2
	triazolam	HALCION	tbl. 0.125 mg	0.125 – 0.5
	midazolam	DORMICUM	tbl. 7.5 a 15 mg inj. 5 mg	7.5 – 15
	cinolazepam	GERODORM	tbl. 40 mg	20 – 40
De a 3-a Generație	zolpidem	STILNOX, HYPNOGEN, EANOX	tbl. 10 mg	10 - 20
	zopiclone	IMOVANE	tbl. 7.5 mg	3.75 – 7.5
	zaleptone	SONATA	tbl. 10 mg	5 – 10

Alte Medicamente cu Eficacitate Hipnotică	Antihistamine (promethazină – PROTHAZIN)
	Antidepresive (mirtazapină, trazodon)
	Antipsihotice
	Melatonină

Medicamente Cognitive

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

Medicamente Nootrope

Indicație:Tulburări Organice de Memorie și a Intelectului, Stări Primare, Eficacitate după 2-3 luni		
piritinol	ENERBOL ENCEPHABOL	300 - 900
piracetam	NOOTROPIL, PYRAMEM, KALICOR	3000 - 9000
Medicamente Nootrope și Vasodilatatoare (Îmbunătățirea Calității Reologice a Sîngelui și Perfuziei Cerebrale)		
cinarizină	STUGERON	50-100
vinpocetină	CAVINTON	15- 30
flunarizină	SIBELIUM	10
natridrofuril	ENELBIN DUSODRIL	200-300
pentoxifilină		
xantinol		
Alcoloiză de Ergot		
dihidroergotoxină	SECATOXIN	
nicergolină		

Psihostimulante

<i>Denumire generală</i>	<i>Marca Comercială</i>	<i>Doze (mg)</i>
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

REABILITAREA PSIHOSOCIALĂ A PERSOANELOR CU PROBLEME DE SM.

Prevenția în sănătatea mintală de efectuiază prin intermediul:

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

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

REABILITAREA (Manualul Oxford 1991) este un ansamblu de îngrijiri psihice și sociale organizate pentru ajutorarea pacienților cu tulburări mentale cronice, cu scopul de atingere a unui nivel înalt de funcționare socială.

Terminologia utilizată pentru a desemna acest concept diferă

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

Școala engleză, Bennett (1978) și Shepherd (1978) spune că reabilitarea este un proces, în care persoana cu dizabilități fizice sau psihice este ajutată să utilizeze cât mai bine posibil resursele ce i-au mai rămas, pentru o funcționare optimă într-un cadru social cât mai decent.

Școala americană (Boston 1990) spune că reabilitarea psiho-socială – este procesul prin care persoana, ce prezintă dereglări psihice este ajutată:

■ să funcționeze mai bine, în așa fel încât prin deprinderile sale să trăiască și să muncească;

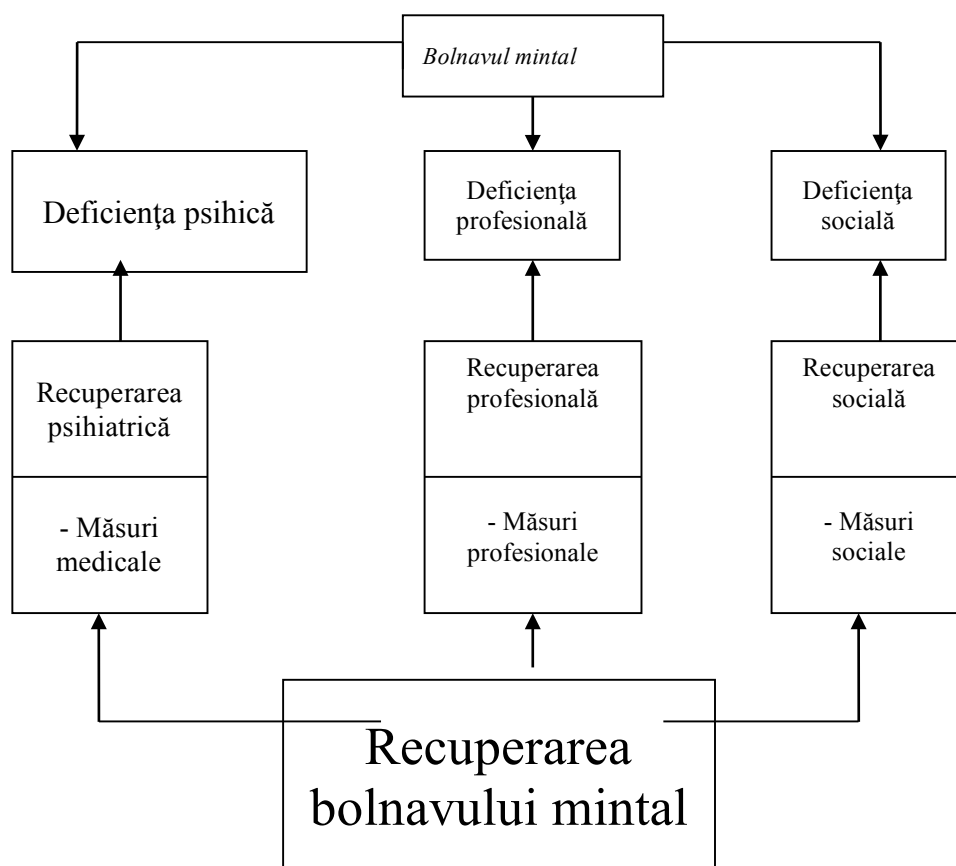
■ să învețe cu succes și să aibă satisfacții în mediul pe care și l-a ales, cu cea mai mică cantitate de suport din partea profesioniștilor.

DECI - ținta reabilitării este:

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

Reabilitarea psihosocială este procesul, ce include activități, care ajută pacientului să-și ridice calitatea vieții și capacitatea de a se ajuta el însuși. Orice *acțiune de reabilitare* urmărește compensarea stării de *deficiență*, ameliorarea stării bolnavului sau a persoanei cu deficiență, reintegrarea sa în familie, profesiune, societate.

Care este etapizarea în reabilitarea bolnavului mintal?



În ceea ce privește metodele de recuperare a bolnavilor psihic, acestea sunt numeroase și diferite în funcția de autor. Astfel, V.J. Baltazar propune următoarele metode de recuperare :

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

Orice program de recuperare a bolnavilor psihic trebuie să aibă în vedere următoarele tipuri de obiective :

- ✓ obiectivul principal : recuperarea stării de sănătate mintală a bolnavilor ;
- ✓ obiectivul general : recuperarea psihiatrică, profesională și socială ;
- ✓ obiectivul secundar: reducerea deficienței psihice, redobândirea capacității de muncă și readaptarea socială .

Programul de reabilitare poate fi preprezentat în tabelul de mai jos:

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

Mijloacele de realizare a RPS:

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

DOLIUL. SUICIDUL. MOARTEA.

Aspecte psihologice ale suicidelor:

- ✓ Rata este de 12 persoane la 100.000 într-un an;
- ✓ încearcă să se sinucidă în jur de 250.000 de persoane.
- ✓ 25 la 100.000 de locuitori în țările scandinave
- ✓ rata cea mai scăzută se înregistrează în Spania și în Italia
- ✓ la bărbați sinuciderile realizate sunt de două ori mai numeroase decât la femei.
- ✓ femeile comit de zece ori mai multe tentative de sinucidere decât bărbații
- ✓ bărbații folosesc metode violente mai frecvent decât femeile (de ex., arme de foc, și nu medicamente)
- ✓ riscul crește cu vârsta (bărbați după vârsta de 45 de ani; la femei după 65 de ani)
- ✓ după vârsta de 75 de ani, rată sinuciderilor crește la ambele sexe
- ✓ în prezent creșterea cea mai rapidă a ratei se înregistrează la bărbații tineri în vârstă de 15 până la 24 de ani
- ✓ două din fiecare trei sinucideri sunt comise de bărbați albi.
- ✓ rata cea mai ridicată apare la protestanți, iar cea mai scăzută- la catolici, evrei și musulmani
- ✓ rata este mai mare la persoanele necăsătorite, decât la cele căsătorite; este ridicată la persoanele divorțate;
- ✓ boala medicală sau chirurgicală constituie un factor de risc, în special dacă se asociază cu durere sau dacă este vorba despre o boală cronică sau terminală.
- ✓ 50% din persoanele, care se sinucid, sunt depresive
- ✓ 15% dintre bolnavii depresivi se sinucid.
- ✓ 10% suferă de schizofrenie.
- ✓ tulburarea de personalitate borderline se asociază cu o rată ridicată a comportamentului parasuicidar
- ✓ demența, deliriumul, stările de panică cresc riscul

Factori de risc în suicide:

- ✓ Dorința de a muri lipsită de ambiguitate
- ✓ Șomajul
- ✓ Senzația de lipsă a speranțelor
- ✓ Probabilitatea redusă de a fi salvat
- ✓ Adunatul medicamentelor
- ✓ Posesia de armă/ arme de foc
- ✓ Istoricul familial de suicid
- ✓ Fantezii de reunire cu persoane iubite , care au murit

Doliul este:

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

Decesul și moartea:

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

Fazele de doliu după John Bowlby:

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

Fazele de doliu după Parkes:

- ✓ - *alarma* - modificări fiziologice
- ✓ - *amortire* - cel în cauză pare doar superficial afectat, dar în realitate se protejează de suferință
- ✓ - *nostalgie* - caută sau își aminteste persoana iubită
- ✓ - *depresie* - lipsa de speranțe asupra viitorului, simte că nu poate continua să trăiască, se retrage față de familie și prieteni
- ✓ - *recuperare și reorganizare* - realizează că viața sa va continua cu noi ajustări și scopuri diferite

Doliul copilului după pierderea unui părinte se poate diviza în:

- ✓ faza de protest - își dorește cu putere părintele înapoi
- ✓ faza de disperare - lipsa de speranțe, retragere, apatie
- ✓ faza de detașare - atașamentul emoțional cedează
- ✓ transferarea nevoilor asupra altor adulți

Doliul după pierderea unui copil:

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

Complicațiile travaliului de doliu:

- ✓ doliu absent
- ✓ doliu exagerat
- ✓ doliu prelungit
- ✓ morbiditate medicală
- ✓ mortalitate
- ✓ tulburări anxioase

- ✓ tulburari prin uz de substante
- ✓ tulburari depresive

Corelații psihologice în bolile incurabile:

Stadiile descrise de Elisabeth Kuber - Ross:

- ✓ *șoc si negare* - atunci când cel în cauza merge de la un medic la altul în speranța ca va găsi pe cineva care să îi sprijine poziția
- ✓ *mânie* - frustrare, iritabilitate - "De ce eu, când X sau Y sau Z...?". Revolta poate fi deplasată asupra medicilor, familiei (când se încearcă găsirea unui vinovat - "Dacă nu mă duceam la X...", "Dacă nu făceam cutare lucru, nu s-ar fi întâmplat...") sau poate fi direcționată către sine (boala sau pierderea văzută ca pedeapsă)
- ✓ *negocierea* - cu medicii, cu prietenii, cu Dumnezeu - real (donatii, mers la biserică) sau simbolic (comportamente și idei obsesiv - compulsive, ritualuri)
- ✓ *depresie* - retragere, bradikinezie, insomnie, lipsa de speranță, ideatie suicidară
- ✓ *acceptarea* - cel în cauza realizează că moartea este inevitabilă și acceptă universalitatea ei

PSIHOTERAPIA - SCOP, OBIECTIVE, CONTEXT ISTORIC. CLASIFICAREA METODELOR PSIHOTERAPEUTICE. INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII. CURENTELE DE BAZA PSIHOTERAPEUTICE - PSIHODINAMIC, BIHAVIORIST, EXISTENTIAL, TRANSPERSONAL.

Psihoterapia este un domeniu interdisciplinar - situat la granița dintre medicină și psihologie, este modalitatea de tratament cuprinzător, deliberat și planificat, prin mijloace și metodologii științifice, avînd un cadru clinic și teoretic, centrată pe reducerea sau eliminarea unor simptome, tulburări mintale sau stări de suferință psihosociale și/sau psihosomatice și comportamente disfuncționale. Procesul psihoterapeutic este bazat pe interacțiunea dintre una sau mai multe persoane aflate în tratament și unul sau mai mulți psihoterapeuți, în scopul înlăturării atitudinilor ce perturbă procesul de schimbare, încurajării maturizării, dezvoltării și sănătății persoanei aflate în tratament. Psihoterapeutului i se cere, în acest sens, parcurgerea unui program de educație și formare generală și specifică. Exercițarea independentă a psihoterapiei constă din îndeplinirea, de sine stătătoare și responsabilă a scopurilor propuse, fie în practica liberală, fie în cadrul instituționalizat.

Psihoterapia își găsește aplicare în tratamentul majorității bolilor psihice, în cazul unor boli somatice cu o importantă componentă psihică, precum și în situațiile de normalitate în vederea optimizării proceselor volitive (de voință) și afective, ca și a performanțelor fizice, psihice sau intelectuale.

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

Profesia psihoterapeutică este o profesie distinctă; de aceea, psihoterapeuții beneficiază de un program de instruire specific. Psihoterapeuților li se solicită garantarea necondiționată a integrității fizice, sexuale, sociale și psihologice, a demnității și respectului pacienților/clientilor în timpul procesului terapiei. Psihoterapeuților li se solicită să-și practice profesia într-o manieră competentă și etică. Li se cere să acorde atenție cercetării și dezvoltării științei din domeniul psihoterapiei. Pentru a obține aceasta, psihoterapeuții trebuie să se supună unui program de educație continuă, în vederea ținerii la curent cu noile tendințe de dezvoltare a profesiei. Atât psihoterapeuții, cât și personalul implicat în acordarea serviciilor de psihoterapie, sunt uniți prin principii de confidențialitate cu privire la toate informațiile care le-au devenit cunoscute.

Potrivit Declarației de la Strasbourg asupra psihoterapiei (21 octombrie 1990), în conformitate cu scopurile Organizației Mondiale a Sănătății, cu acordul de nediscriminare valid în cadrul UE în legătură cu libera circulație și mobilitate a persoanelor și serviciilor în Spațiul Economic European, s-a convenit asupra următoarelor:

1. Psihoterapia este o disciplină științifică independentă, a cărei practică reprezintă o profesie independentă și liberală;
2. Formarea (training-ul) în psihoterapie se desfășoară la un înalt nivel științific și de calificare, presupunând: teorie, experiență personală și practică sub supervizare;

3. Accesul la formare (training) este asigurat și se face prin variate calificări preliminare, în mod particular în științele socio-umane;

4. Multiplicitatea metodelor de psihoterapie este asigurată și garantată.

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

Declarația Psychotherapies, aprobată de Asociația Europeană de Psychotherapies la Strasbourg, la 21 octombrie 1990. În conformitate cu această Declarație:

- 1) psihoterapia este o disciplină din domeniul științelor umanitare și este o profesie liberă și independentă;
- 2) studiile psihoteapeutice necesită un nivel înalt de pregătire teoretică și clinică;
- 3) o garanție psihoterapeutică este diversitatea metodologică;
- 4) studiile într-un domeniu oarecare psihoterapeutic e necesar de realizat integral: include teorie, experiența personală terapeutică și practica sub conducerea supervisorului, concomitent, se însușesc alte metodologii;
- 5) accesul la așa studiere este posibil cu condiția unei pregătiri preliminare foarte largi, în special în domeniul științelor umanitare.

Psihoterapia se diferențiază de alte metode de tratament prin:

- 1) la utilizarea ei se folosesc instrumente psihologice pentru schimbarea personalității, legate de bazele psihologiei;
- 2) sunt utilizate metode și instrumente profesionale, adică pregătite de profesioniști;
- 3) cu ajutorul psihoterapiei sunt tratați persoane ce suferă de dereglări ale psihicului

Deci, în general, **obiectivul** oricărei psihoterapii constă în *a înțelege comportamentul pacientului și a modifica acest comportament astfel, în cât dificultățile existențiale ale acestuia să fie înlăturate sau măcar diminuate*. În acest **scop**, psihoterapeutul încearcă să realizeze o evaluare a personalității pacientului, căutând să pună în evidență problemele principale și particularitățile psihice ale acestuia. Demersul psihoterapeutic va avea apoi ca sarcină să elibereze pacientul de anxietate, depresie sau alte trăiri afective care împiedică adaptarea optimală a acestuia la mediu, trăiri care îi perturbă comportamentul și au efecte negative asupra celor din

jur, lezând cele mai importante acțiuni ale vieții individului: activitatea profesională, relațiile interpersonale, viața sexuală, imaginea de sine, autoaprecierea etc.

Psihoterapia este definită ca o acțiune psihologică sistematică, planificată și intențională, având la bază un sistem teoretic conceptual bine pus la punct și exercitată de către un psihoterapeut calificat (psiholog sau medic) asupra pacientului. Ea utilizează metode și acțiuni specifice și nu se poate confunda cu simpla acțiune caldă și simpatice pe care o exercită la nivel empiric o rudă, un preot sau un prieten foarte apropiat (Watson, 1963).

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

Suferința psihică se poate manifesta sub forma unor atitudini, sentimente, stări comportamente sau simptome care creează tulburări pacientului și de care acesta dorește să se elibereze. Obiectivul major al psihoterapiei constă în a produce modificări în sfera personalității pacientului, modificări care îl vor ajuta să realizeze o adaptare mai eficientă, mai puțin dezagreabilă și mai stabilă la mediu. Deși psihoterapia vizează în primul rând simptomele, dificultățile, tulburările și dezadaptările pacientului, ea nu trebuie redusă doar la procesul psihologic de vindecare, ci trebuie să vizeze, pe cât posibil, restructurare de profunzime a personalității, precum și o mai eficientă reglare și autoreglare a stărilor psihice ale acestuia, să fie preventivă și autoformativă, să urmărească evoluția omului, actualizarea disponibilităților sale latente și a potențialului sau maximal, atât pe plan fizic cât și spiritual.

Psihoterapia se aplică la gamă largă de tulburări psihice, începând cu crizele existențiale, tulburările din sfera personalității, nevrozele, afecțiunile psihosomatice, bolile organice cronice și terminând cu susținerea psihoterapeutică a unor pacienți psihotici aflați în faze de remisiune, unde vine în completarea tratamentului psihiatric. Care ar fi categoriile de pacienți **care nu beneficiază de avantajele psihoterapiei?** Este vorba în primul rând de *dificienții mintali* care sunt incapabili să înțeleagă sensul interpretărilor realizate de psihoterapeut și să ajungă la descoperirea cauzelor și soluțiilor propriilor lor probleme. De asemenea, *persoanele care nu reușesc să realizeze un contact uman* și deci nici relația psihoterapeutică nu se pot bucura de

avantajele psihoterapiei. În această categorie intră unii *psihopați* și unii pacienți *psihotici*, mai ales *schizofrenii*.

Un bun psihoterapeut trebuie să fie atent să nu se fixeze în mod rigid asupra unui diagnostic (care poate fi pus uneori cu superficialitate), ci să abordeze pacientul ca pe o entitate unică, de sine stătătoare, fără a uita că nu există boli, ci bolnavi. Astfel, trebuie explorată lumea interioară a pacientului, slăbiciunile și punctele tari ale acestuia, simptomele ca și posibilitățile sale de vindecare, relațiile acestuia cu sine și cu ceilalți, adaptabilitatea, precum și receptivitatea sa pentru o metodă psihoterapeutică sau alta.

Strup și Hadley (1977) arată că **succesul psihoterapiei poate fi evaluat după trei criterii principale:**

- trăirea subiectivă a pacientului (dispariția simptomelor; se simte mai bine, e mai mulțumit, mai fericit, mai împăcat cu sine);
- recunoașterea socială (progresele realizate de pacient în profesie, familie, la învățătură etc.);
- materializarea expectațiilor psihoterapeutului în ceea ce privește modificările realizate în sfera personalității și în comportamentul subiectului.

Mulți pacienți se pot simți ameliorați, cel puțin temporar, atunci când au reușit să scape de simptomele neplăcute care îi deranjează și care i-au determinat să se adreseze unui serviciu de psihoterapie.

Ca *demers științific*, **psihoterapia** trebuie să aibă la bază niște ipoteze clar formulate și **un sistem de reguli bine stabilite, ce derivă din concepția teoretică a școlii psihoterapeutice respective asupra personalității umane și a tulburărilor psihopatologice din sfera aceea.**

Psihoterapeutul trebuie să cunoască legile funcționării subsistemelor personalității, să-și formuleze clar obiectivele și treptele necesare atingerii acestora, cât și metodele de acțiune adecvate fiecărui pacient în parte.

Majoritatea specialiștilor sunt de părere că obiectivele psihoterapiei vizează în principal următoarele aspecte:

- Scoaterea pacientului din criză existențială în care se află.
- Reducerea sau eliminarea simptomelor.
- Întărirea E-ului și a capacităților integrative ale personalității pacientului.
- Rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului.

- Modificarea structurii personalității în vederea obținerii unei funcționări mai mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu.
- Reducerea (sau înlăturarea dacă este posibil) acelor condiții de mediu care produc sau mențin comportamentele de tip dezadaptiv.
- Modificarea opiniilor eronate ale subiecților despre ei înșiși și despre lumea înconjurătoare.
- Dezvoltarea la subiecți a unui sentiment clar al identității personale.

Aceste obiective nu sunt ușor de atins deoarece adesea viziunea distorsionată despre lume și imaginea de sine nesănătoasă ale pacientului sunt rezultatul unor relații patologice din copilărie, relații întărite pe parcursul mai multor ani de experiențe de viață. De asemenea, dezadaptările la nivel profesional marital sau social presupun, pentru a fi rezolvate, și operarea unor modificări în situația de viață a persoanei, pe lângă intervenția psihoterapeutică propriu-zisă.

ISTORIA PSIHOTERAPIEI

Psihoterapia a fost practică din cele mai vechi timpuri, pe măsură ce oamenii primeau sfaturi și erau ascultați de ceilalți.

Prima teorie în psihoterapie a fost probabil realizată de medicul persan Rhazes din Bagdad, în secolul 8. Dar bolile psihice au fost tratate în lumea vestică ca fiind posesiuni demonice sau afecțiuni medicale care necesitau pedeapsă și închisoarea, până în secolul 18. După secolul 18 au fost introduse intervențiile psihosociale pentru reabilitarea “nebunilor”.

Prima școală psihoterapeutică a fost psihanaliza lui Sigmund Freud în 1900. Teoria psihanalitică spunea că bolile psihice își au originea în copilărie și în mintea inconștientă. Au fost dezvoltate tehnici precum interpretarea, asocierea liberă, analiza id-ului, eului și super-eului, transferul și contratransferul.

Apoi, în jurul anilor 1920, a apărut psihoterapia comportamentală, bazată pe principiile condiționării operante, condiționării clasice și teoriei învățării sociale. Psihoterapia comportamentală a început să fie utilizată ca psihoterapie pentru fobii.

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

O altă școală de psihoterapie a fost fondată în anii 1950 de Carl Rogers: psihoterapia centrată pe persoană, pornind de la principiile existențialismului și piramida trebuințelor umane a lui Abraham Maslow. Gestalt-terapia a fost promovată de Fritz și Laura Perls, apoi comunicarea non-violentă, de către Marshall Rosenberg și analiza tranzacțională, de către Eric Berne. Mai târziu aceste abordări au ajuns să fie cunoscute ca și psihoterapie umanistă.

În anii 1960 Albert Ellis a înființat școala de psihoterapie rațional-emoțională, iar Beck școala de psihoterapie cognitivă. În anii 1970 psihoterapia cognitivă și cea comportamentală s-au unit în ceea ce astăzi poartă numele de psihoterapie cognitiv-comportamentală.

Hipnoza clinică a fost modernizată și promovată de Milton Erickson. În timp au apărut o multitudine de școli de psihoterapie: psihoterapie sistemică familială, psihodrama, art-terapie, logoterapie, psihoterapie psihanalitică, etc. La ora actuală se tinde spre integrarea în psihoterapie: psihoterapia integrativă.

FORME ȘI INTERVENȚII

Cele mai multe forme de psihoterapie folosesc conversația ca mod de abordare a clientului/pacientului, dar există și forme de psihoterapie care utilizează alte modalități de comunicare cum sunt cuvântul scris, lucrările de artă, teatrul, poveștile, jocul (mai ales în psihoterapia copilului), desenul, dansul și mișcarea, sculptura, filmele.

În timp ce unele intervenții psihoterapeutice tratează clientul/ pacientul folosind modelul medical, multe abordări terapeutice nu aderă la modelul bazat pe simptom de tipul ”boală/ vindecare”. Modelul medical este însă folosit de cele mai multe ori în cercetarea în psihoterapie, cuprinzând atât analiza cantitativă cât și analiza calitativă.

Disputele existente între diferitele orientări psihoterapeutice se referă în primul rând la importanța modificării comportamentale (terapia cognitiv-comportamentală) versus importanța insight-ului (psihoterapiile de orientare psihodinamică). Cercetările

recente arată însă că o combinație a celor două este cea mai eficace în tratament și că aderarea terapeuților la una sau alta din cele două orientări depinde în mare măsură de modul în care psihoterapeutul însuși se descurcă cu anxietatea. Terapeuții care preferă aplicarea intervențiilor de tip comportamental sunt cei care își reprimă sau neagă sentimentele, în timp ce terapeuții care preferă aplicarea intervențiilor orientate spre insight au tendința de intelectualizare. Acesta este motivul pentru care psihoterapia integrativă recomandă calea de mijloc în intervențiile terapeutice

Psihoterapiile

Psihoterapia poate fi *individuală* (obiectul intervenției este individul), *în grup* (obiectul intervenției este individul inserat într-un grup terapeutic) sau *de grup* (obiectul intervenției este grupul, spre exemplu, cuplu, familie etc.). Pentru simplificarea limbajului, sintagma „de grup” se utilizează adesea și cu referire la psihoterapia „în grup”.

Este evident faptul că intervenția psihologică este ghidată de mecanismele presupuse a fi implicate în stările de [sănătate](#) și de [boală](#). Așadar, în funcție de aceste mecanisme, dar mai ales legat de ambiția a numeroși psihologi/psihiatru de a deveni întemeietori de școală, avem mai multe orientări (paradigme) psihoterapeutice: Aceste orientări, după felul abordării, se clasifică:

- a) Activ-Directive:
 1. tehnici de relaxare;
 2. sugestia și hipnoza;
 3. abordarea cognitiv-comportamentală;
 4. abordarea umanist-existențial-experiențială;
 5. psihoterapia adleriană.

În cadrul acestor orientări există diverse școli, fiecare cu particularități teoretico-procedurale specifice. Se estimează (Bergin și Garfield, 1994) că există aproximativ 200 de școli de psihoterapie și peste 600 de tehnici de intervenție.

- b) Holistice, orientate către:

- subiect ca entitate complexă și irepetabilă, trăitoare într-un univers infinit, dar într-un ambient microsocial cu o specificitate unică;

- dezvoltarea conflictelor intrapsihice și reducerea lor în scopul obținerii unei mai bune adaptări și - în acest fel - a stării de echilibru psihic.

În această categorie se încadrează:

1. abordările dinamice (freudiană, jungliană);
2. abordarea non-directivă - Carl Rogers;
3. abordarea abreactivă, care dezvoltă tehnici verbale de stimulare a dezvoltării de sine în vederea depășirii blocajelor ce stau la baza dezorganizărilor psihice generate de sentimente și atitudini negative de vinovăție, frustrare, ură, revoltă etc. - această metodă reprezintă o perfecționare, pe baza unui paradigme teoretice mai avansate, a abordării rogersiene.

Pentru unele școli psihoterapeutice se pot evidenția câteva etape comune în procesul terapeutic, care se presupune că ar avea o contribuție la promovarea sănătății mintale și la diminuarea/înlăturarea manifestărilor clinice:

- contactul cu pacientul și stabilirea, de comun acord, a termenilor relației de sprijin psihologic;
- evaluarea clinică și psihodiagnosticul;
- conceptualizarea clinică;
- aplicarea tehnicilor de intervenție psihoterapeutică (inclusiv urmărirea evoluției pacientului și rezultatele demersului terapeutic) ;
- sevrăjul - sprijinirea pacientului pentru a avea o viață independentă, pentru a se desprinde de terapeut, pentru a ieși, netraumatic și conservându-și noul echilibru, din relația psihoterapeutică.

În unele abordări non-directive și abreactive, atât "evaluarea clinică" (în forma evaluării psihiatrice/psihologice de tip categorial-DSM) cât și "conceptualizarea clinică" (asociată diagnosticului categorial DSM) nu numai că nu sunt necesare, ci sunt chiar contraproductive deoarece duc la "etichetări" generatoare de prejudecăți conceptuale de natură să îngreuneze sau chiar să compromită procesul terapeutic. De

aceea Carl Rogers a evitat "diagnosticele clinice", considerându-le procustiene, și chiar termenul de psihoterapie - pentru el, între "psiholog" și "client" se naște o relație de ajutor psihologic în care o persoană, aflată în stare de echilibru psihic mai bun, ajută, printr-o atitudine de acceptare cvasi-necon condiționată, o altă persoană, aflată în dificultate, să atingă parametrii psihici necesari unei bune adaptări; chiar și în aceste condiții însă "evaluarea non-categorială" (care este starea inițială; ce probleme sunt?) și "conceptualizarea non-categorială" (cum s-au dezvoltat aceste probleme) sunt componente importante ale demersului terapeutic.

ORIENTĂRI ÎN PSIHOTERAPIE

Psihanaliza a fost prima formă de psihoterapie cunoscută. Psihanaliza se distinge prin faptul că încurajează verbalizarea gândurilor pacienților, incluzând asociațiile libere, fanteziile și visele din care analistul interpretează natura conflictelor inconștiente care produc simptomele pacienților.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală caută prin diverse metode să identifice și să modifice cognițiile maladaptative, credințele și comportamentele cu scopul de a influența emoțiile negative distructive și comportamentele disfuncționale problematice.

Psihoterapia psihodinamică se concentrează pe relevarea conținutului inconștient al psihismului clientului cu scopul de ameliorare a tensiunii psihice. Deși rădăcinile sale se află în psihanaliză, psihoterapia psihodinamică tinde să fie de mai scurtă durată și este mai puțin intensivă comparativ cu psihanaliza tradițională.

Psihoterapia existențială se bazează pe credința existențială că ființele umane sunt singure în lume. Această izolare conduce la sentimentul lipsei de sens care poate fi depășit numai prin crearea valorilor și înțeleșurilor proprii.

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

mai degrabă decât de patologie. Scopul acestei psihoterapii este de a crea un mediu relațional în care persoana să poată prospera.

'Psihoterapia de scurtă' durată este un termen generic pentru o varietate de abordări în psihoterapie. Diferă de alte școli de terapie prin faptul că subliniază centrarea pe o anumită problemă și intervenția directă. Este bazată pe soluții și nu orientată pe problemă. Scopul nu este atât de a vedea cum a apărut problema ci ce anume împiedică schimbarea.

Psihoterapia sistemică se adresează oamenilor în relație, respectiv are de-a face cu interacțiunile de grup. Include terapia familială și consilierea maritală.

Psihoterapia transpersonală se adresează clientului în contextul unei înțelegeri spirituale a conștiinței.

La ora actuală în lume există sute de orientări în psihoterapie.

Modalități de psihoterapie acreditate de Asociația Europeană de Psihoterapie:

- 1) **Abordare Multimodală**
- 2) **Analiza Existențială**
- 3) **Analiza Psiho-organică**
- 4) **Analiza Tranzacțională**
- 5) **Biosinteza**
- 6) **Gestalt-terapie**
- 7) **Gestalt-terapie Integrativă**
- 8) **Hipnopsihoterapie**
- 9) **Logoterapie**
- 10) **Psihanaliză**
- 11) **Psihanaliză de Grup**
- 12) **Psihodrama**
- 13) **Psihologie Analitică**
- 14) **Psihologie Individuală**
- 15) **Psihosinteza**

- 16) **Psihoterapie Bazată pe Teoria Gestalt**
- 17) **Psihoterapie Catatim-imaginativă**
- 18) **Psihoterapie Centrată pe Client**
- 19) **Psihoterapie Centrată pe Persoana**
- 20) **Psihoterapie Comunicațională**
- 21) **Psihoterapie de Grup**
- 22) **Psihoterapie Dinamică de Grup**
- 23) **Psihoterapie Integrativă**
- 24) **Psihoterapie Neuro-lingvistică**
- 25) **Psihoterapie Pozitivă**
- 26) **Psihoterapie Psihodinamică / Psihanalitică**
- 27) **Terapie Comportamentală**
- 28) **Terapie Corporală**
- 29) **Terapie Sistemică Familială**
- 30) **Training Autogen**

Prelegerea nr. 3

Psihanaliza

Freud a dat mai multe definiții ale psihanalizei. Una dintre cele mai explicite se găsește la începutul articolului din *Enciclopedia* apărută în 1922. Conform acestei definiții psihanaliza este:

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

„Am numit psihanaliză travaliul prin care aducem în conștiința bolnavului materialul psihic refulat în el. ...

Noi îl învățăm deci să înțeleagă alcătuirea acestor formații psihice extrem de complicate și evidențiem legătura dintre simptome și mișcările pulsionale care le motivează; îi arătăm bolnavului, în simptomele sale, motive pulsionale până în acel moment ignorate,...

În același mod, îi arătăm bolnavului, utilizând manifestările psihice considerate ca nonpatologice, că el nu era decât în parte conștient de motivația lor, că alte motive pulsionale, care i-au rămas necunoscute, au contribuit la producerea lor”. (S. Freud).

Psihanaliza - un procedeu de investigare a proceselor mentale

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 conștient 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.

Metoda asociațiilor libere.

Asociațiile libere constau în a exprima fără discriminare toate gândurile care vin în minte, fie plecând de la un element dat (cuvânt, număr, imaginea unui vis, o reprezentare oarecare...), fie în mod spontan. Este metoda principală a tehnicii psihanalitice. Atât ca termen, cât și ca metodă de lucru a fost introdusă de către Freud în 1896. Reflecțiile privind introducerea acestei metode au început mai devreme, între anii 1892-1898. Freud abandonează hipnoza și metoda cathartică prin care lucra anterior, invocând în primul rând faptul că hipnoza determina diminuarea sau dispariția temporară a simptomului, dar nu permitea înțelegerea conflictelor interioare care determină apariția simptomului. Prin contrast, metoda asociațiilor libere permite pacientului să ajungă, prin intermediul lanțurilor asociative pe care le dezvoltă/formează, la semnificația psihică a simptomelor sale și să descopere jocul de forțe psihice care-i determină simptomul.

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

Analiză personală.

Analiza didactică reprezintă procesul de psihanaliză personală pe care îl urmează cel care se va dedica exercitării profesiei de psihanalist. Analiza didactică reprezintă una dintre cele trei dimensiuni constitutive, obligatorii ale procesului de formare profesională a psihanalistului: formarea teoretică, supervizarea cazurilor clinice și analiza personală. Obligatorietatea analizei personale a derivat din descoperirea lui Freud că practicarea psihanalizei este posibilă numai în cazul în care psihanalistul își cunoaște propriul inconștient, a proceselor care se petrec în preconștient, a rezistențelor, a manifestărilor transferențiale. Deoarece practica psihanalizei presupune că este cercetat psihicul uman, în special inconștientul uman cu ajutorul altui psihic/inconștient, apar întrebări referitoare la obiectivitatea cercetării, la posibilele deformări ale materialului clinic sau la percepția stereotipă a materialului clinic. Pentru a se evita aceste deformări în analiza pacientului, pentru a evita așa-numitele „puncte oarbe” în analiza pacientului, în 1901, la primul Congres de Psihanaliză, s-a instituit regula psihanalizei personale: fiecare candidat la profesiunea de

psihanalist este obligat să realizeze analiza personală care să-i permită cunoașterea propriei funcționări psihice, în special a propriului inconștient, dezvoltarea abilităților de autoanaliză, deblocarea și înțelegerea propriilor conflicte psihice

Psihanaliza - o metodă de tratament a tulburărilor nevrotice

Statutul tulburărilor nevrotice până la Freud.

Psihanaliza vine cu ideea că simptomul nevrotic are o semnificație, el presupune un joc de forțe care reprezintă un conflict psihic. În psihanaliză, pornind de la accepțiunea freudiană asupra sănătății și bolii, nu există diferențe calitative între sănătate și nevroză: atât individul sănătos, cât și nevroticul prezintă problematice oedipiene, utilizează aceleași tipuri de apărări psihologice și au traversat în copilărie aceleași stadii maturative. Diferențele dintre individul sănătos și cel nevrotic rezidă în intensitatea pulsionilor, a conflictului și apărărilor psihologice, depinde de intensitatea fixației și de rigiditatea/flexibilitatea apărărilor. *„Compulsia la repetiție, caracteristică esențială a bolnavului nevrotic, reprezintă elementul de morbiditate cel mai distinctiv: definiția normalității ca proces adaptativ se aplică foarte bine în acest cadru, sănătatea putând fi definită ca fiind capacitatea de a utiliza, în funcție de nevoi, o gamă cât mai largă posibil de mecanisme psihice”*(D. Marcelli).

Vindecarea în psihanaliză.

Dat fiind faptul că psihanaliza schimbă perspectiva asupra tulburării nevrotice și evidențiază semnificația simptomului nevrotic (de exemplu ca structură de compromis între pulsione și interdicția în realizarea ei), și tratamentul în psihanaliză reprezintă finalități diferite în comparație cu alte abordări psihoterapeutice. Diminuarea sau dispariția simptomului reprezintă un obiectiv de lucru pentru psihanaliză, dar acesta poate fi atins doar realizând alte rezultate, cum ar fi continuarea procesului de dezvoltare, sporirea capacităților de autoanaliză, dezvoltarea, perlaborarea și dizolvarea unei nevroze de transfer, soluționarea conflictelor interne care generează simptomul.

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

„Studii asupra isteriei” (1895) Freud scrie: „Vă veți convinge că avem mult de câștigat, dacă reușim să transformăm suferința dvs. isterică într-o banală nefericire. Împotriva celei din urmă vă veți putea apăra mai bine cu o viață sufletească reînsănătoșită”. În 1909, în analiza „micului Hans”, Freud menționează cu referire la rezultatele analizei: „Nu succesul terapeutic este ceea ce urmărim în primul rând, ci vrem să-l facem pe pacient să fie în stare să-și poată înțelege conștient impulsurile inconștiente”.

Astăzi elaborările privind obiectivele analitice s-au extins. Vă prezentăm o listă a ideilor despre scopurile tratamentului psihanalitic, realizată de McGlashan și Miller (1982) (apud. W. Mertens):

- *Suspendarea inhibițiilor în dezvoltare* (încredere și siguranță; separare și individuație; agresivitate constructivă; sexualitate);
- *Aspecte ale sinelui* (responsabilitate de sine; identitate de sine; sentiment al propriei valori);
- *Relații cu ceilalți* (orientare spre exterior versus orientare spre interior, relația cu părinții; relația cu congenerii și grupurile; empatie, intimitate);
- *Acceptarea realității* (diminuarea omnipotenței, capacitatea de a face doliu, controlul pulsionilor și toleranța la frustrare, capacitatea de a ceda, proba realității);
- *Completitudinea trăirii și vivacitate* (sentimente, energie, relaxare, capacitatea de a se bucura);
- *Mecanisme de coping* (mecanisme de apărare, adaptare și schimbare socio-culturală);
- *Capacitate integratoare* (toleranță la ambivalență, capacitatea de a face treceri);
- *Capacități autoanalitice* (autoobservare și autoanaliză, dizolvarea transferului).

Transfer și contratransfer. Acestea reprezintă două concepte centrale în psihanaliză, atât cu referire la investigarea psihicului, cât și la procesul de tratament.

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

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

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

Freud a sesizat existența transferului încă de la începutul activității sale psihoterapeutice. Încă în „Studii asupra isteriei” (1895) Freud este interesat de anumite fenomene ce se întâmplă între pacient și medic. Transferul capătă mai târziu o valorizare pozitivă, fiind apreciat ca un fenomen normal, dorit. El devine un ajutor important pentru terapeut: *„Transferul, ..., devine cel mai puternic instrument, dacă reușim de fiecare dată să îl intuim și să îi traducem semnificația bolnavului”*

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

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

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

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

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

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

Contratransferul este un concept psihanalitic care se referă la relația psihoterapeut-client și care reprezintă reacția inconștientă a psihoterapeutului la transferul unui pacient. Freud a definit contratransferul în 1910 în lucrarea „*Perspective de viitor ale terapiei psihanalitice*” ca „*influență pe care o exercită pacientul asupra sentimentelor inconștiente ale analistului său*”. Pentru ca terapeutul să recunoască și să stăpânească în interiorul său contratransferul, recomandă acestora să întreprindă o analiză personală. Intuind, descoperind existența contratransferului, Freud își îndemna colegii psihanalisti să învingă contratransferul, care adesea, dar nu întotdeauna, s-ar origina în propriile lor conflicte interne. „*Am devenit atenți la contratransfer care se instalează la medic prin influența pacientului asupra sentimentelor inconștiente ale medicului și nu suntem departe de a ridica pretenția ca medicul să recunoască la sine însuși acest contratransfer și să trebuiască să-l stăpânească. Am remarcat că fiecare psihanalist ajunge atât de departe pe cât îi permit propriile sale complexe și rezistențe interne și cerem de aceea ca activitatea sa să înceapă cu propria analiză și aceasta să se aprofundeze pe parcurs.*”

Această idee freudiană a fost dezvoltată ulterior, mai ales în contextul discuțiilor referitoare la obiectivitatea reacțiilor și interpretărilor analistului. Astfel, în anii 70-80 s-a stabilit în unanimitate că analistul nu este un observator distanțat, ci participativ, care acționează și el în mai multe feluri la discursul pacientului.

Contratransferul este generat în relația cu pacientul prin intermediul identificării proiective, el poate deveni un mijloc extrem de important pentru cunoașterea inconștientului

pacientului. Astfel, Racker susține că sentimentele manifestate în contratransfer pot fi folosite de către terapeuți drept barometru care indică ceea ce se întâmplă în inconștientul pacientului. De exemplu, dacă terapeutul ar începe să se simtă plictisit, el ar putea presupune că pacientul evită ceva; dacă s-ar enerva pe pacient, aceasta ar indica de obicei că pacientul și-a dorit să-l enerveze pe terapeut; iar dacă terapeutul ar simți o stare de excitație sexuală, aceasta ar trebui atribuită seducției inconștiente a pacientului. Prin urmare, în cadrul tratamentului, contratransferul a fost considerat de Racker la fel de important ca transferul.

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

Concepțiile psihologice referitoare la psihic și personalitatea umană

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

Freud încearcă să explice funcționarea mentală atât în dimensiunea normalității, cât și în patologie, pornind de la observațiile sale clinice asupra viselor și nevrozelor. În „*Interpretarea viselor*” Freud oferă o interpretare psihologică a fenomenelor psihice și propune un model spațial al aparatului psihic, cunoscută sub denumirea de *prima topică*. Pentru a ne reprezenta mai ușor sintagmele des întâlnite în literatura psihanalitică „*prima topică*”, „*a doua topică*” este important să știm că termenul *topică* desemnează un mod teoretic de reprezentare a funcționării psihice ca un aparat ce are o dispunere spațială, iar Freud a folosit această metaforă pentru a facilita reprezentarea și înțelegerea funcționării psihice.

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

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

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

Caracteristicile inconștientului:

- Conținuturile sale sânt reprezentanță a pulsionilor;
- Aceste conținuturi sânt acționate de mecanismele specifice **procesului primar**, mai ales **condensarea și deplasarea**;
- Puternic investite cu energie pulsională, conținuturile inconștiente caută să se întoarcă în conștiință și acțiune (întoarcerea refulatului); dar ele nu pot avea acces la sistemul PCS-Cs decât prin formațiuni de compromis după ce au fost supuse deformării cenzurii. Mai ales dorințele din copilărie sânt cele care cunosc o fixație în inconștient.

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

Pentru a facilita înțelegerea felului în care se manifestă inconștientul, vă propunem să reflectați asupra unui fenomen cotidian cum este *actul ratat*. Termenul de act ratat apare în 1904 în lucrarea lui S. Freud „*Psihopatologia vieții cotidiene*”. În această lucrare Freud încearcă să demonstreze existența inconștientului prin exemplul actului ratat - manifestare psihică care nu ține de boala psihică. Freud consideră că actele ratate cum sunt pierderile de obiecte, uitarea de nume proprii, obiecte, cuvinte sau lapsusurile (erori de scris, falsă lectură, falsă audiție) sunt acte marcate de o semnificație psihologică inconștientă.

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

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

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

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

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

Funcțiile preconștientului:

Preconștientul acționează ca protector al conștientului: triază, selectează cu scopul de a îndepărta mișcările dezagreabile care ar putea deranja conștientul.

Cu referire la trăirile subiectului preconștientul ține de amintiri neactualizate, dar pe care subiectul le poate evoca într-un context stimulator.

Sarcinile cele mai importante ale preconștientului se referă la trecerea reprezentărilor inconștiente încărcate emoțional, energetic la structuri simbolizate sub forma de cuvinte. Acest proces este însoțit de depozitarea, diminuarea șargei emoționale a reprezentărilor inconștiente (pentru a nu induce o dezorganizare psihică gravă), făcându-le accesibile

conștientului și transmisibile celorlalți. În acest sens, imaginea preconștientului care corelează cu sănătatea psihică este legată de un spațiu psihic maximal de larg, avansat în teritoriul inconștientului cu o viscozitate suficient de pronunțată pentru a diminua energetica pulsională inconștientă (aidoma cartușului care pierde forța dinamică intrând în apă).

Conștient - din punct de vedere topic, sistemul percepție-conștiință este situat la periferia aparatului psihic, primind informații atât din lumea exterioară, cât și din lumea interioară sub forma de senzații ce se înscriu în seria neplăcere-plăcere și reminiscențe mnezice, însoțite de procedee de înțelegere controlată a evenimentelor.

Inconștientul, preconștientul și conștientul nu sunt sisteme izolate, ci sunt în raporturi strânse și se influențează permanent unul pe celălalt.

Teoriile freudiene privind pulsunile

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

Însăși termenul de pulsione derivă din latinescul *pulsio* și desemnează acțiunea de a presa, de a împinge. În accepție psihanalitică pulsionea este desemnată printr-un proces dinamic, constând într-o presiune (încărcătură energetică, factor de motricitate) care face ca organismul să tindă spre un scop. După Freud, o pulsione își are sursa într-o excitație corporală (stare de tensiune); scopul ei este de a suprima starea de tensiune din sursa pulsională; pulsionea își poate atinge ținta în obiect sau mulțumită lui. (Pontalis, Laplanche).

În anul 1920 Freud menționează despre deosebirea dintre pulsunile sexuale (energia acestora este de ordin libidinal) și pulsunile de autoconservare (acestea au scop conservarea individului): „*Toate pulsunile organice care acționează în sufletul nostru pot fi clasificate, după spusele poetului, în foame și dragoste*” (S. Freud, „*Tulburarea psihogenă a vederii în concepția psihanalitică*”). Ulterior, Freud subliniază că pulsunile sexuale sunt dominate de principiul plăcerii, pulsunile de autoconservare sunt în serviciul principiului realității. Pulsunile de autoconservare, numite și pulsuni ale Eului, participă la apărarea Eului împotriva invadării sale de către pulsunile sexuale.

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

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

Remanierea teoriei pulsiunilor

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

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

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

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

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

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

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

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

În contextul acestei remanieri a teoriei pulsiunilor, Freud continuă să afirme că principiul plăcerii își păstrează valoarea, dar pentru a putea domina, trebuie ca pulsiunea de viață să ajungă să stăpânească pulsiunea de moarte. Atunci când pulsiunea de viață predomină, agresivitatea inerentă fiecărei ființe umane este în mare parte controlată și folosită în serviciul vieții și menținerii relațiilor vitale cu obiectele de referință. Atunci când pulsiunea de moarte predomină, la nivel individual se manifestă fenomene cum ar fi sadismul, masochismul, suicidul, la nivel colectiv – fenomenul războiului.

A II-a topică freudiană

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

În forma sa schematică, a doua topică introduce trei instanțe: sinele, eul și supraeul.

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

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

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

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

Din punct de vedere dinamic, Eul reprezintă, în primul rând conflictul nevrotic, polul defensiv al personalității; el pune în joc o serie de mecanisme de apărare, care sânt motivate prin percepția unui afect neplăcut (angoasă-semnal). (**Laplanche, Pontalis**).

Scopul principal al Eului – de a armoniza cerințele realității externe cu cerințele Sine-ului și Supraeului.

Funcțiile Eului:

- Autoconservarea organismului – cea mai importantă funcție. Pentru a o îndeplini este indispensabilă cunoașterea realității externe și acumularea în memorie a experiențelor realizate (Eul percepe realitatea, memorează, învață, încearcă s-o controleze conștient).
- Testarea realității. Pentru adaptare distingerea realității psihice de realitatea externă este de primă importanță. Sănătatea mentală a individului depinde de capacitatea de a discerne dacă preceptul aparține lumii interioare sau exterioare. Nevrozele și psihozele se caracterizează printr-o perturbare mai puțin pronunțată sau mai pronunțată a testării realității.
- Modificarea realității în funcție de scopurile sale. Pentru aceasta Eul își utilizează cunoștințele despre realitate.
- Controlul Sine-ului, al vieții instinctuale: Eul permite doar acea cantitate de satisfacție pulsională care nu pereclitează conservarea organismului.

- Față de Supraeu, ține seama de cadrul moral pe care acesta îl impune, de valorile și idealurile tradiționale ale societății.

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

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

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

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

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

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

incestuoase și agresive (distructive), care au ca obiect părinții, se adaugă pe parcursul perioadei de latență elemente adiacente de ordin etic și estetic, preluate de la educatori, profesori, învățători.

Bibliografie:

1. Laplanche J., Pontalis J.-B., Vocabularul psihanalizei, Editura Humanitas, București, 1994
2. Dem. Zamfirescu Vasile, Introducere în psihanaliza freudiană și postfreudiană, Editura Trei, București, 2003
3. Freud S., Compendiu de psihanaliză, Editura Trei, București, 2005.
4. Freud S., Psihopatologia vieții cotidiene, Editura Trei, București, 2005.
5. Freud S., Amintire, repetiție și perlaborare'' în *Tehnica psihanalizei*, Editura Trei, București, 2004
6. Freud S., „Eul și Se-ul'' în *Psihologia inconștientului*, Editura Trei, București, 2000
7. Mertens W., Introducere în terapia psihanalitică, vol. 1, editura Trei, București, 2003, 2004, 2005.
8. Perron R., O psihanaliză. De ce?, Editura Fundației Generația, București, 2004
9. Roudinesco E., Plon M., Dicționar de psihanaliză, Editura Trei, București, 2002

Prelegerea 4

PSIHOTERAPII DE ORIENTARE COMPORTAMENTALĂ

Orientarea comportamentala a apărut ca o reacție fata de psihoterapiile bazate pe “insight” care puneau un accent deosebit pe forțele ascunse, de natura inconștientă ale psihicului uman.

Baza teoretica a terapiilor comportamentale își are originea in teoriile învățării, care considerau ca personalitatea umana se structurează si funcționează in raport de stimulii exteriori, de situațiile, rolurile si interacțiunile sociale si nu de forțele psihice interne, abisale.

In formele sale externe, *orientarea comportamentala neaga total existenta factorilor psihologici de natura interioara.*

Terapeuții comportamentalisti se ocupa de comportamentul observabil si de condițiile de mediu care îl modelează, psihoterapia fiind înțeleasa ca un proces de învățare. Conform orientării nevroza este considerata ca un fenomen învățat si prin aceasta își pierde caracterul misterios.

Reacțiile, emoțiile si deprinderile dazadaptative au fost achiziționate in cursul vieții individului si ele s-au fixat deoarece au permis cândva subiectului sa evite anumite experiențe traumatizate. Ele tind sa fie repetate nu numai in prezenta stimulilor aversivi care le-au generat ci si intr-o serie de situații cu caracter similar. Aceste reacții nedorite fac obiectul psihoterapiei care își propune sa le elimine. Deci, in concepția comportamentalistilor psihoterapia nu mai vizează o restructurare si reconstrucție a personalității, ci doar reducerea si eliminarea simptoamelor.

Astfel, Reyna arata ca psihoterapia este considerata ca un set de procedee menite sa elimine o multitudine de reacții emoționale cu caracter dezadaptiv, de comportamente nedorite si sa elaboreze modele de comportament mai eficiente, care sa permită individului sa facă fata sarcinilor cotidiene, sa interacționeze adecvat cu alte persoane si situații.

Conceptele de baza ale psihoterapiei comportamentale sunt cele de întărire sociala si de control al comportamentului. Principiul întăririi se refera la utilizarea si manipularea stimulilor ambianței astfel încât anumite categorii de comportamente sa

fie recompensate si in felul acesta sa crească probabilitatea lor de manifestare. Psihoterapia devine astfel un proces logic de control al comportamentului bazat pe cunoașterea condițiilor care permit modificarea acestuia.

Deconditionarea ca principiu terapeutic nu reprezintă o noutate in terapie. Încă înainte ca teoriile învățării sa capete in psihologie o amploare atât de mare, a fost utilizata așa-numita tehnica a “ practicii negative” in tratamentul logonevrozelor si nevrozelor motorii. Aceasta tehnica solicita pacientul sa practice in mod deliberat deprinderea greșita astfel încât aceasta sa se supună controlului voinței. Aceste procedee sunt cunoscute sub denumirea de deconditionare, desensibilizare sau reeducare.

După anul 1950 aceste practici psihoterapeutice au luat amploare, astfel încât la ora actuala orientarea comportamentala a devenit una din direcțiile prioritare in psihoterapia contemporana.

Terapeuții de orientare comportamentala citează adesea unul din celebrele experimente ale lui Watson si Rayner in cursul cărora un copil de 11 luni a fost condiționat sa dezvolte o reacție de frica in prezenta unui șobolan alb, prin asocierea prezentării animalului cu un zgomot foarte puternic treptat teama s-a generalizat, ea apărând si alte animale sau obiecte fabricate din blana sau plus.

Watson si Rayner au anticipat principiile psihoterapiei comportamentale afirmând ca daca stimulul generator de teama ar fi asociat cu un stimul agreabil, teama ar putea fi eliminata.

Astfel, daca pacientul este instruit sa-si imagineze o experiența anxiogena intr-o situație terapeutică relaxanta si securizanta el va constata curând ca experiența respectiva nu este urmata de consecințele negative așteptate, reacția de evitare având un caracter nevrotic. Prin intermediul unor procedee de acest tip pacientul învață sa discrimineze intre pericolele reale si fricile sale iraționale. Aceasta interpretare pune accentul pe înțelegerea semnificației stimulilor de către pacient ea depășind limitele stricte ale conceptului de condiționare.

Din acest motiv mulți psihoterapeuți contemporani tind sa interpreteze in felul acesta condiționarea, ei generând orientare denumita” psihoterapie cognitiv-comportamentala”.

Aceasta abordare reduce discrepanța dintre psihoterapiile dinamice și cele comportamentale. Diferența esențială între cele două orientări terapeutice menționate constă în modalitatea lor diferită de abordare a simptomelor. Orientarea dinamică este de părere că simptomul nu este important prin el însuși, el fiind un simbol al unui proces nevrotic cu caracter mai profund. Acest proces psihopatologic trebuie scos la lumină și numai în felul acesta pacientul va deveni mai adaptat la existență.

Pentru terapeuții comportamentaliști această orientare este un non-sens. Simptomul nu simbolizează nici o problemă mai profundă, ci reprezintă el însuși o problemă care trebuie eliminată fără pretenția de a modifica altceva din structura personalității pacientului. Dacă simptomul a fost achiziționat prin învățare, efortul terapeutic trebuie orientat în direcția inversării procesului de învățare.

În concepția terapeuților de orientare dinamică înlăturarea simptomului nu este considerată vindecare. Mai mult, această eliminare fără atacarea procesului nevrotic de bază este considerată periculoasă pentru că simptomul este doar expresia superficială a unui proces psihopatologic profund, care poate genera noi simptome adesea mai severe decât cel abordat.

Terapeuții comportamentaliști nu-și pun astfel de probleme, scopul psihoterapiei constând în deconditionarea subiectului de comportamente nedorite și în înlocuirea lor cu comportamente dezirabile.

În perspectiva behavioristă persoana dezadaptată este diferită de cea normală prin aceea că a eșuat în dobândirea unor abilități de a face față evenimentelor cotidiene și în același timp a achiziționat modele de comportament greșite.

TERAPIA COMPORTAMENTALĂ

Terapia comportamentală s-a dezvoltat ca formă de protest față de punctul de vedere psihanalitic ce consideră că în spatele tuturor tulburărilor comportamentale se află forțe subiective profunde și inconștiente. Bazele sale teoretice cuprind ideile majore dezvoltate în cadrul cercetărilor privind condiționarea și învățarea. Abia la mijlocul secolului trecut a început să se vorbească despre terapiile comportamentale sau behavioriste. Contribuțiile teoretice majore la dezvoltarea acestor terapii au fost aduse de Skinner (1953), Wolpe (1958) și Eysenck (1962), care au dezvoltat strategii terapeutice care au valorificat rezultatele, cercetărilor privind condiționarea

și învățarea realizate de I. Pavlov, J.B. Watson, E.L. Thorndike, E.C. Tolman, C.L. Huli, J. Dollard, NE. Miller.

Pe scurt, behavioriștii consideră că, la naștere, ființa umană este un fel de *tabula rasa*, o „coală albă de hârtie”, iar „istoria” scrisă pe aceasta este determinată îndeosebi de condițiile mediului. Simplificând, personalitatea este văzută, în primul rând, ca funcție a stimulilor din mediul extern, a interacțiunilor și rolurilor sociale; factorii subiectivi interni, procesele inconștiente sunt respinse ca nefiind cu adevărat concepte științifice din moment ce nu pot fi studiate într-o manieră sistematică și reproductibilă.

Ființele umane sunt văzute ca produse ale proceselor de condiționare în care s-au angajat. Paradigma S-R (stimul-răspuns) este structura fundamentală a oricărui proces de învățare.

Din această perspectivă, comportamentele nevrotice - cuvinte, acțiuni, stări emoționale neadaptative și indezirabile - de care persoana dorește să scape sunt învățate. Răspunsurile comportamentale indezirabile au fost învățate, în primul rând, pentru că în trecut i-au permis persoanei să evite experiențe dureroase. Ele au devenit „simptoame” de care pacientul dorește să scape deoarece, în prezent, aceste comportamente tind să se actualizeze, să se manifeste, nu numai în prezența evenimentelor dureroase inițiale, ci și într-o multitudine de situații mai mult sau mai puțin similare cu acestea. Terapeuții comportamentiști nu definesc psihoterapia în termenii *insight-ului* și ca reorganizare a personalității, ci ca proces de *eliminare a simptomelor* și învățare a unor răspunsuri comportamentale mai adaptative.

Terapia comportamentală este o terapie scurtă centrată pe simptom și vizează, în general, modificarea interacțiunilor dintre persoană și mediul său.

Kazdin (1982, cf S. Ionescu, 1994, p. 550) afirmă că terapiile comportamentale pun accentul pe următoarele aspecte:

1. Evidențiază *determinanții actuali* mai degrabă decât determinanții istorici ai comportamentului.
2. Prezintă *schimbarea comportamentului manifest* ca fiind criteriul major în evaluarea tratamentului.
3. Valorifică cercetarea fundamentală în psihologie pentru *formularea*

ipotezelor cu privire la tratament și la tehnicile specifice.

4. Definește tratamentul în *termeni operaționali* și *obiectivi* pentru ca metodele aplicate să poată fi reproduse.
5. Subliniază, într-o manieră foarte precisă, *comportamentul vizat* și *tehnicile de evaluare*.

Bazele teoretice și empirice ale terapiei comportamentale

Terapia comportamentală este un proces de reeducare / reînvățare. Comportamentul adaptativ este întărit, în timp ce comportamentul neadaptativ este eliminat.

Primele cercetări au identificat două paradigme generale ale învățării:

1. *Condiționarea „clasică”* - fundamentată de cercetătorul rus I. Pavlov.
2. *Condiționarea operantă* - derivată din cercetările realizate de Thorndike, Tolman, Guthrie, la care s-au adăugat cele ale lui Skinner.

Cercetătorii ruși au descoperit, de asemenea, și faptul că răspunsurile emoționale, precum teama, pot fi condiționate. De aceea, paradigma condiționării clasice a avut implicații considerabile pentru înțelegerea fenomenelor psihopatologice.

Paradigma condiționării operante afirmă că, dacă un anumit comportament este, în mod consecvent, urmat de o recompensă, comportamentul are o mai mare probabilitate de a se produce din nou. Acest fenomen a fost conceptualizat cu denumirea de *lege a efectului*, ce afirmă că acele comportamente care sunt urmate de consecințe pozitive vor avea tendința de a fi repetate, iar cele urmate de consecințe negative se vor manifesta cu o frecvență din ce în ce mai mică.

Întărirea pozitivă descrie situația în care comportamentul (de exemplu, punctualitatea) se manifestă cu o frecvență mai mare pentru că este urmat de consecințe pozitive (de exemplu, lauda); *întărirea negativă* se referă la situația în care frecvența unui comportament crește din cauză că este urmat de omisiunea

unui eveniment aversiv anticipat (de pildă, anxietatea, acuzele sau reproșurile cuiva etc.).

Alte două tipuri de consecințe sunt asociate cu descreșterea frecvenței comportamentului. *Pedeapsa* descrie situația în care comportamentul descrește în frecvență pentru că este urmat de un eveniment aversiv (de exemplu, reproșuri, anxietate); *nerecompensarea frustrantă* acționează în situația în care comportamentul descrește în frecvență pentru că este urmat de omisiunea unei recompense așteptate (de exemplu, subiectul nu va fi lăudat, premiat etc.).

Utilizând principiile condiționării operante, terapeutul comportamentist își planifică intervențiile fie acționând asupra consecințelor comportamentului-simptom („beneficiile simptomului”), fie utilizând ca întărire evenimentele descoperite ca influențând schimbarea comportamentului în direcția dorită. Acestea nu sunt cele care par a fi în mod intrinsec recompensative.

Dezvoltarea acestor două paradigme de condiționare (clasică și operantă) și integrarea lor ulterioară de către cercetători precum Huli și Mowrer sunt evenimente importante în evoluția terapiei comportamentale. El consideră că teama de anumiți stimuli este dobândită printr-un mecanism de condiționare clasică și că, fiind aversivă, subiectul învață să o reducă prin evitarea stimulilor condiționați. Din această perspectivă, comportamentul de evitare, întărit de consecințele sale pozitive (atenuarea stărilor de teamă), este elementul principal al perpetuării fobiei: neintrând în contact cu stimulul fobogen, subiectul nu poate invalida (elimina) asocierea inițială între stimul și reacția de teamă. De aceea, prescripțiile privind expunerea pacienților la stimulii fobogeni sunt elemente centrale în majoritatea tehnicilor utilizate în terapia fobiilor.

TEHNICILE PSIHOTERAPIEI COMPORTAMENTALE

1. Tehnica stingerii comportamentelor nedorite.

Modelele de comportament invatate au tendința de a slăbi și de a dispărea în timp dacă nu sunt întărite corespunzător. Acest fenomen este evident mai ales în situațiile în care comportamentul nedorit a fost întărit fără voie de alte persoane.

Astfel, copilul Billy, de 6 ani, a fost adus la clinica de neuropsihiatrie infantila pentru ca detesta școala, comportamentul sau in clasa având un caracter agresiv care deranja lecțiile si făcea ca billy sa fie respins de colegii sai.

Observând cu atenție comportamentul părinților in timpul interviului clinic psihoterapeutul a constatat ca ambii părinți erau foarte permisivi si aprobau tot ce făcea sau spunea copilul.

Programul de psihoterapie propus a cuprins următoarele etape:

a. Părinții au fost ajutați sa discrimineze intre comportamentele reale si cele cu caracter demonstrativ ale copilului.

b. Părinții au fost învățați sa ignore copilul, neacordindu-i interes si atenție atunci când punea in funcțiune comportamente demonstrative. Ei trebuiau, dimpotrivă, sa manifeste aprobare pentru comportamentele dezirabile.

c. Învățătoarea a fost, la rândul ei, instruita sa-l ignore pe Billy când acesta se comporta necorespunzator si sa-i acorde atenție când se comporta bine.

Comportamentele nedorite, cu caracter demonstrativ, ale copilului, s-au accentuat in clasa in primele zile, ele reducându-se apoi din ce in ce mai mult, nemaifiind întărite de părinți si învățătoare.

Odată cu diminuarea acestor comportamente copilul a început sa fie tot mai mult acceptat de colegi, ceea ce a constituit o noua întărire a modelelor dorite de comportament si a modificat atitudinea sa negativa fata de școala.

Exista doua tehnici psihoterapeutice mai cunoscute care se bazează pe principiul stingerii comportamentelor nedorite:

- terapia imploziva;

- tehnica expunerii

Ambele tehnici utilizează principiul stingerii reacțiilor condiționate de evitare a stimulilor anxiogeni si din acest motiv sunt indicate in tratamentul tulburărilor anxioase. Metodele sunt asemănătoare in esența, diferența constând in aceea ca in cursul terapiei implozive pacientul se confrunta cu situația anxiogena in plan

imaginar, în timp ce în cursul celei de-a doua tehnici confruntarea cu stimulul anxiogen are loc chiar în realitate.

În cursul terapiei implozive pacientului i se cere să-și imagineze situații care îi produc anxietate; terapeutul, în loc să-l liniștească, manevrează astfel situația, încât să se producă o creștere masivă a anxietății. Prin expuneri repetate la situații anxiogene în condiții de securitate afectivă stimulii anxiogeni își pierd forța și comportamentul de evitare a respectivelor situații are tendința să se stingă.

Hipnoza și medicamentele psihotrope pot fi utilizate pentru a crește sugestibilitatea subiectului și a facilita demersul psihoterapeutic. Confruntarea reală cu situațiile anxiogene se utilizează cu succes mai ales la subiecți cu capacități imaginative limitate. Astfel, un pacient cu fobie de locuri înalte poate fi dus de terapeut în astfel de locuri.

Într-un studiu pe pacienți cu agorafobie, Emmelkamp și Wesels au demonstrat experimental că expunerea prelungită la stimulii anxiogeni în vivo s-a dovedit superioară celei imaginative.

Cu toate acestea, există și subiecți pentru care expunerea reală la stimuli anxiogeni este prea dură.

Aceiași autori citează cazul unui pacient agorafobic, care s-a ascuns în privința de teama de a nu fi obligat să se plimbe pe stradă împreună cu terapeutul.

Datele clinice au demonstrat că deși marea majoritate a pacienților răspund favorabil la aceste tehnici, unii subiecți nu obțin rezultate, iar la un număr foarte mic se poate produce chiar o exacerbare a simptomatologiei.

2. Tehnica desensibilizării sistematice.

Această tehnică s-a dovedit utilă în reducerea unor modele de comportament nedorite, prin punerea în acțiune a altor modele comportamentale antagoniste.

Prin tehnica desensibilizării subiectul este învățat să se relaxeze sau să se comporte într-un mod care este incompatibil cu apariția anxietății în prezența unor stimuli anxiogeni reali sau imaginari.

Tehnica desensibilizării nu se adresează în exclusivitate comportamentelor fixate prin întărirea negativă, ci unei game mult mai largi de situații.

Termenul de “desensibilizare sistematică” îi aparține lui Wolpe. Pornind de la principiul ca modelele de comportament bazate pe anxietate nu sunt altceva decât răspunsuri condiționate, autorul a elaborat o metoda prin care pacientul este învățat să rămână calm și relaxat în situații anxiogene. **Metoda cuprinde următoarele etape:**

Învățarea relaxării.

Aceasta se realizează în primele șase ședințe de psihoterapie, după metoda relaxării musculare progresive a lui Jacobson. În unele situații se poate apela și la alte tehnici de relaxare, hipnoza, meditație și chiar la medicamente, pentru a facilita destinderea subiectului.

Stabilirea ierarhiilor.

Tot în cursul primelor ședințe de psihoterapie se stabilește o ierarhie a situațiilor generatoare de anxietate pentru subiect, în ordine descrescătoare de la situația cea mai anxiogenă până la cea mai puțin anxiogenă.

De pildă, în cazul unui copil cu fobie de câini, contactul direct cu animale mari poate reprezenta stimulul cel mai anxiogen, pozele cu câini un stimul mai puțin anxiogen, iar prezenta altor animale mici cu blana-un stimul și mai puțin anxiogen.

Procedeele desensibilizării.

După ce subiectul stăpânește bine tehnica de relaxare și se cere să se relaxeze cu ochii închiși, în timp ce terapeutul îi descrie tot felul de scene, începând cu unele neutre și înaintând progresiv pe linia ierarhiei stimulilor generatori de anxietate. Pacientul, aflat în relaxare, este solicitat să-și imagineze fiecare situație descrisă de terapeut. În momentul în care pacientul afirmă că simte anxietatea, ședința se încheie. Tratatamentul continuă până când pacientul devine capabil să rămână relaxat în timp ce își reprezintă scene care înainte îi trezeau o reacție anxioasă de amploare.

Durata medie a unei ședințe de desensibilizare este de 30 minute, ședințele având loc de 2-3 ori pe săptămână. Un program complet de psihoterapie durează de la câteva săptămâni la câteva luni.

Exista si variante terapeutice în cadrul cărora desensibilizarea are loc în vivo, pacientul fiind instruit sa se confrunte si cu situații reale pe care si le-a imaginat in timpul ședințelor de psihoterapie.

Wolpe a subliniat următoarele situații in care tehnica desensibilizării s-a dovedit ineficienta:

- la pacienții cu dificultăți în învățarea relaxării;
- în cazul în care ierarhiile de stimuli anxiogeni sunt irelevante sau pot ghida greșit subiectul ;
- în cazul existentei unei inabilități imaginative a subiectului.

Tehnica psihoterapeutică a desensibilizării s-a dovedit utila într-o serie de situații cum ar fi: reducerea tractului de examen, terapia fobiilor, a tulburărilor anxioase, cat si in unele cazuri de impotenta si frigiditate.

3. Psihoterapia aversiva.

Aceasta metoda presupune înlăturarea modelelor nedorite de comportament prin metoda clasica a sancțiunilor. Sancțiunea presupune atât înlăturarea întăririlor pozitive cat si utilizarea unor stimuli aversivi. Cei mai des utilizați stimuli aversivi sunt șocurile electrice. Deși utile, pedepsele sunt rareori utilizate ca unica metoda de tratament.

Prima utilizare sistematica a tehnicii aversive aparține lui Kantorovich care a tratat alcoolici prin administrarea unor șocuri electrice asociate cu prezentarea vizuala, mirosul si gustul unor băuturi alcoolice.

Ulterior tehnica aversiva a fost aplicata la o gama larga de tulburări sau deprinderi greșite cum ar fi: fumatul, consumul de băuturi alcoolice, mâncatul excesiv, dependenta de droguri, deviații sexuale si chiar in cazul unor comportamente psihotice bizare.

La ora actuala utilizarea șocurilor electrice ca stimuli aversivi a scăzut mult, atât datorita aspectelor etice implicate, cat si datorita faptului ca noile comportamente dezirabile induse prin aceasta metoda nu au tendința de a se generaliza si la alte situații decât strict la cele asupra cărora s-a acționat direct.

Au fost puse la punct procedee mai puțin periculoase și mai eficiente, cum ar fi, de pilda, metoda întăririi diferențiate în cadrul căreia sunt întărite comportamentele incompatibile cu cele indezirabile.

Psihoterapia aversiva reprezintă o modalitate de a stopa răspunsurile dezadaptive pentru o perioadă de timp în care ar exista posibilitatea de a produce modificări în stilul de viață al subiectului prin încurajarea modelelor de comportament adaptive care au tendința de a se autoîntări. Acest element prezintă o importanță deosebită deoarece, altfel, pacientul se va abține de la comportamentul nedorit în situația psihoterapeutică în care este sancționat, el continuând însă să le manifeste în situațiile reale, unde se simte în siguranță.

4. Metoda modelării.

Această metodă presupune însușirea unor modele dezirabile de comportament prin imitarea altor persoane cum ar fi terapeutul sau părintele.

Pacientul este confruntat cu anumite tipuri de comportament realizate de către terapeut și încurajat să le imite. Astfel, de pilda, modelarea s-a dovedit eficientă în acumularea unor deprinderi de alimentare independentă la copiii deficienți mintal.

Psihoterapia asertivă.

Psihoterapia sau antrenamentul asertiv a fost utilizat atât ca metodă de sensibilizare cât și de formare a unor abilități de a face față diverselor situații de viață. Această tehnică s-a dovedit eficientă mai ales în cazul persoanelor care au dificultăți în stabilirea unor contacte interpersonale datorită anxietății accentuate care îi împiedică să se exprime liber și chiar să-și manifeste sentimentele de afecțiune.

Psihoterapia asertivă este indicată și în cazul subiecților care în mod constant îi lasă pe ceilalți să-i manipuleze sau să profite de pe urma lor. Antrenamentul asertiv are menirea să-l învețe pe subiect să-și exprime deschis și adecvat gândurile și sentimentele. Acest antrenament se desfășoară în etape, comportamentul asertiv fiind practicat inițial în cabinetul de psihiatrie și abia ulterior în viața reală. Se acordă o atenție sporită dezvoltării unor deprinderi și abilități de reacționare interpersonală.

Pacienții timizi sunt învățați să adreseze altor persoane remarci directe și mai puțin confortabile, fără ca în spatele lor să se afle sentimente de ostilitate sau agresivitate.

Wolpe a arătat că psihoterapia asertivă nu este eficientă în cazul fobiilor care se referă la stimuli cu caracter impersonal.

De asemenea, tehnica nu este indicată nici în cazul anumitor tipuri de situații interpersonale; astfel, de pildă, în cazul unei persoane respinse de altcineva, psihoterapia asertivă mai mult tinde să agraveze situația decât să o rezolve.

ORIENTAREA COGNITIV – COMPORTAMENTALĂ ÎN PSIHOTERAPIE

Termenul de terapie cognitiv-comportamentală își are originile atât în domeniul psihologiei cognitive, care pune accent pe rolul ideilor asupra comportamentului, cât și al psihologiei comportamentale, cu orientarea sa riguros centrată pe obținerea unor performanțe.

La ora actuală există o multitudine de demersuri cognitiv-comportamentale care au în comun mai ales două aspecte:

a. *Convingerea* conform căreia procesele cognitive influențează atât motivația cât și comportamentul.

b. *utilizarea tehnicilor de modificare a comportamentului* într-o manieră programatică.

În cursul ședințelor de psihoterapie terapeutul și pacientul recurg la principiile învățării pentru a obține modificarea structurilor cognitive ale pacientului, evaluând permanent efectele pe care le au aceste modificări în comportament și în stilul de gândire.

Pentru exemplificare prezentăm câteva date în legătura cu psihoterapia cognitiv-comportamentală în depresii, aparținând lui Beck, 1978.

Principiul de bază al acestui demers psihoterapeutic constă în aceea că starea depresivă rezultă din modul lipsit de logică în care pacienții gândesc despre ei înșiși, despre lumea exterioară și despre viitor. Aceste idei lipsite de logică au tendința de a

se menține chiar și în contradicție cu realitatea, deoarece indivizii se angajează în comportamente autoblocante și autodestructive prin intermediul următoarelor mecanisme:

a. perceperea selectivă a lumii ca fiind amenințătoare, ignorând situațiile contrarii;

b. mecanismul suprageneralizării, prin care o experiență limitată este generalizată asupra tuturor sectoarelor vieții și activității;

c. amplificarea semnificației unor evenimente negative;

d. punerea în funcțiune a unor moduri de gândire absolutiste de tipul "totul sau nimic".

În cursul psihoterapiei **cognitiv-comportamentale** a lui Beck, pacienții nu sunt solicitați să-și schimbe ideile, ci să culeagă informații despre propria persoană în urma unor experiențe directe, informații menite să infirmе concepțiile lor greșite despre ei înșiși.

Terapeutul împreună cu pacientul identifică părerile, credințele și explicațiile greșite ale acestuia din urmă și le formulează sub forma unor ipoteze ce trebuie verificate. Se desemnează apoi modalitățile concrete de verificare a lor în viața cotidiană. Aceste experimente, menite să infirmе opiniile eronate și autoblocante, sunt astfel planificate încât să fie încununate de succes. Sarcinile sunt ierarhizate în funcție de gradul de dificultate, astfel încât sarcinile mai ușoare vor fi duse la bun sfârșit înainte de abordarea unora mai dificile.

Adesea pacientul și terapeutul notează și analizează activitățile cotidiene ale pacientului. Notarea activităților este deosebit de utilă pentru depresivi pentru că reduce tendința la inactivitate a acestor pacienți cât și tendința lor de a rumina gânduri în legătura cu ei înșiși.

Un loc important îl ocupă notarea evenimentelor pozitive pentru că mulți depresivi și-au pierdut capacitatea de a se bucura de ceea ce fac, de a obține plăcere în urma propriilor activități.

Atât notarea evenimentelor pozitive cât și administrarea unor recompense tind să sporească gradul de satisfacție și buna dispoziție a subiecților.

Pacienții sunt încurajați, de asemenea, să descopere afirmațiile implicite și gândirile automate care contribuie la formarea atitudinilor autodestructive. Ei sunt instruiți să-și monitorizeze conținutul ideativ și apoi să verifice permanent validitatea acestuia.

DE LA TERAPIE COMPORTAMENTALĂ LA TERAPIE COGNITIV - COMPORTAMENTALĂ (TCC)

În anii '60 - '70, tot mai mulți cercetători în domeniul psihoterapiei comportamentale și modificării comportamentului au simțit nevoia de a depăși „noțiunile mecaniciste ale practicii terapiei comportamentale” (Lazarus, 1971), considerând că majoritatea tratamentelor comportamentale nu mai pot fi conceptualizate doar în termenii teoriei învățării. Această atitudine a condus la adoptarea unui demers eclectic care a favorizat adăugarea la tehnicile comportamentale existente a unor componente cognitive și a deschis calea dezvoltării și aplicării sistematice a tehnicilor cognitive.

O ilustrare a acestei tendințe este apariția demersului celor „trei sisteme”, conceptualizat de Lang și Rachmani. Aceștia consideră că orice problemă psihologică poate fi descrisă în termenii răspunsurilor manifestate în trei sisteme de răspuns interdependente: **comportamental, cognitiv / afectiv, fiziologic**; prin considerarea separată a răspunsurilor cognitive și afective, cele trei sisteme au devenit patru. De pildă, o fobie implică răspunsuri comportamentale (de exemplu, evitarea obiectului fobogen), cognitive (gânduri iraționale, catastrofice în legătură cu obiectul fobogen), afective (teamă intensă) și fiziologice (palpitații, transpirații etc.).

Terapia cognitivă este, după cum consideră A. Beck, o sinteză a unor aspecte ale psihanalizei și terapiei comportamentale. Influența psihanalizei se exprimă prin accentul pus pe identificarea temelor importante și latente ale gândirii pacientului („schemele cognitive”), precum și prin evidențierea interrelațiilor subtile dintre gândire, sentiment și comportament. Influența terapiei comportamentale se regăsește în structurarea sistematică a interviului terapeutic, în

definirea scopurilor și a proceselor care permit atingerea acestora, în operaționalizarea tehnicilor terapeutice și a evaluării.

Terapia cognitivă s-a dezvoltat îndeosebi datorită cercetărilor asupra depresiei realizate de A. Beck începând din 1959. În prezent, terapia cognitivă este indicată într-o multitudine de stări psihopatologice: anxietate, atacuri de panică, obsesii, tulburări alimentare (anorexie și bulimie), alcoolism etc.

Din punctul meu de vedere, avantajele și dezavantajele terapiei cognitiv-comportamentale sunt [urmatoarele](#).

Avantaje:

- Durata scurtă a terapiei, costul redus și concentrarea pe simptome sau rezolvarea de probleme sunt trei atribute ale terapiei cognitiv-comportamentale care răspund foarte bine cerințelor contemporane de rezolvare rapidă și pragmatică, cu minim de efort, a problemelor cu care se confruntă indivizii;

- Grad ridicat de structurare a conținutului sesiunilor, generat de claritatea și simplitatea teoriei subiacente, ceea ce înseamnă:

a) relativă ușurință în deprindere tehnicilor specifice de către cei interesați a practica acest tip de psihoterapie;

b) un suport important pentru consilier, mai ales când se află la început și nu are o vastă experiență personală. Structurarea terapiei în etape și pași clari diminuează în mod considerabil disconfortul începătorului de a nu ști exact ce și cum trebuie făcut.

c) posibilitatea standardizării sau manualizării terapiilor oferite în cadrul unor studii de cercetare în care factorul „terapie” trebuie să fie pe cât posibil invariabil, adică terapiile oferite participanților la studiu să fie cât mai asemănătoare. CBT este terapia care se pretează cel mai bine studiilor de cercetare privind eficiența sau eficacitatea unei intervenții terapeutice într-o anumită condiție.

d) receptivitate și interes crescut din partea unei anumite categorii de populație, caracterizată prin pragmatism, gândire concret-categorială, mono-cauzal liniară.

- Relatia inegala, de tip profesor-elev, este bine primita de persoanele cu o autonomie redusa, care prefera mai degraba sa fie indrumate, invatate sau ghidate decat sa isi formuleze in termeni proprii demers de autocunoastere, schimbare si dezvoltare.
- Concentrarea pe un numar limitat de simptome sau probleme bine precizate permite o evaluare facila a rezultatelor terapiei, prin identificarea problemelor sau simptomelor eliminate, ameliorate si neinfluentate.

Dezavantaje:

- Teoria (si, implicit, si practica) cognitiv-comportamentala ignora inconstientul. Nu e vorba ca terapeutii de orientare cognitiv-comportamentala i-ar nega existenta, dar nu considera necesar (sau nu stiu cum) sa tina cont de aceasta realitate psihica. Ori inconstientul individual reprezinta o parte substantiala a psihismului uman, a carui ignorare nu poate duce decat la o viziune ingusta, limitata si limitativa privind dezvoltarea, structurarea si functionarea mintii umane. Din dorinta de a raspunde unor nevoi urgente, punctuale, bine delimitate, de dragul pragmatismului si a eficientei, terapia cognitiv-comportamentala a trebuit sa sacrifice aceasta parte.
- Gradul ridicat de structurare a continutului sedintelor duce la:
 - a) limitarea libertatii pacientului de a se explora pe sine. Obiectivele clare, bine delimitate, obliga la o concentrare a discutiilor, la organizarea logica a acestora (asociatiile libere de idei nefiind incurajate). In felul acesta, TCC nu raspunde unor nevoi mai complexe legate de autocunoasterea si dezvoltarea individului, actualizate sub forma libertatii de a explora pe sine dincolo de limitele care definesc problemele prezentate. E adevarat ca TCC nici nu isi propune acest lucru.
 - b) limitarea libertatii psihoterapeutului de a se aduce pe sine, in mod creativ, in procesul terapeutic. Ceea ce poate constitui un avantaj pentru terapeutul incepator, si anume existenta unei „retete” dupa care trebuie condus demersul terapeutic, poate constitui un handicap pentru terapeutul a carui experienta ii permite si ii cere sa fie mai autentic in terapie.

- Receptivitate si interes scazut din partea persoanelor cu un grad crescut de sofisticare psihologica, aplecate catre introspectie, cu o gandire nuanat simbolica, de tip pluri-cauzalitate liniar/circulara.
- Relatia inegala, de tip profesor-elev, nu raspunde nevoilor de autodeterminare a multor pacienti.
- In psihiatrie se accepta faptul ca exista doua mari categorii de tulburari psihotice: tulburarile de gandire, al carui prototip de boala este schizofrenia, si tulburarile afective, reprezentate de psihoza maniaco-depresiva. Aceste categorii sunt astfel delimitate nu numai in functie de predominanta simptomelor de tip cognitiv sau afectiv in intregul tabloului clinic, ci si primatul disfunctiei de un tip sau altul. Astfel, in schizofrenie, ca si in tulburarile delirante de tip paranoia, disfunctia primara este una cognitiva, pe cand in tulburarile afective, modificarile cognitive sunt secundare tulburarii afective primare. Daca tinem cont de teoria din spatele sau, este paradoxal faptul ca terapia cognitiv-comportamentala are rezultate mai bune in tulburarile afective decat in cele cognitive. Cu alte cuvinte, terapia cognitiv-comportamentala este relativ neputincioasa in tratarea tulburarilor cognitive majore, desi domeniul cognitiv pare a-i fi propriu si la indemana. Si asta pentru ca, asa cum stie orice psihiatru, ideile delirante care caracterizeaza aceste tulburari sunt prin definitie impermeabile la interventiile de genul „ce dovezi ai?”; in schimb, tulburarile afective, in special cele de tip depresiv, par a raspunde mai bine la interventiile cognitiv-comportamentale, desi, inca o data, defectul original este in plan afectiv si nu cognitiv, cum sustine teoria TCC. Explicatia probabila tine de raportul strans dintre gandire si afectivitate si mai ales de aspectul bidirectional al modului in care cele doua domenii se influenteaza. Cu alte cuvinte, nu numai gandirea influenteaza afectivitatea, ci si viceversa. In concluzie, teoria TCC nu poate explica geneza tulburarilor afective, in ciuda faptului ca teoria sa pare a se confirma in demersul terapeutic de abordare a tulburarilor afective, dupa cum nu poate explica lipsa de eficacitate a interventiilor sale in tulburarile de tip cognitiv, gen schizofrenie si paranoia. Adica, atunci cand vine vorba de terapia marilor psihoze, TCC merge acolo unde nu ai crede si da gres acolo unde ar fi trebuit sa mearga. Concluzia concluziei: piatra de temelie a teoriei TCC, ideea ca modul in care ne simtim este determinat de modul in care gandim, pare a fi limitata la zona normal-nevrotica.

- Exista o realitate clinica pe care, personal, nu stiu cum o poate acoperi teoria TCC (e posibil sa existe o explicatie pe care insa eu nu o cunosc). Si anume situatia acelor persoane care, solicitand ajutorul, spun „Ma simt asa si pe dincolo, desi imi dau seama ca nu am nici un motiv sa ma simt asa, e illogic, imi tot spun si eu ca totul e in regula si ar trebui sa ma simt bine, dar asta nu ma ajuta.” sau „Da, aveti dreptate, nu am nici un motiv sa ma simt asa, stiu asta, nici eu nu am gasit nici un motiv, dar...” Probabil e vorba de modificari ale dispozitiei determinate de factori inconstienti, pe care pacientul nu ii cunoaste si la care terapeutul nu are acces daca se limiteaza la o abordare rationala.

ANALIZA TRANZACȚIONALĂ

INSTRUMENT PSIHOLOGIC DE EVOLUȚIE PERSONALĂ ȘI

DE EVOLUȚIE A VIEȚII GRUPURILOR UMANE.

Analiza tranzacțională a luat naștere în Statele Unite. Să fie limpede. Aceasta a fost dorința lui **Eric Berne**, “inventatorul” Analizei Tranzacționale în 1961.

Care anume dorință? Ca metoda de înțelegere și de evoluție pe care a pus-o la punct, pornind de la experiența sa de medic și în special ca psihiatru, să fie “accesibilă tuturor” dar, în același timp, să fie în mod riguros conformă cu datele științifice cele mai ușor de observat și de verificat în materie de psihologie și de relații umane. Eric Berne nu a descoperit aproape nimic.

Deci, într-un anumit fel, el a **reorganizat** cele mai utile cunoștințe psihologice necesare înțelegerii fiecăruia dintre noi și relațiilor pe care le avem cu semenii noștri.

Și – să spunem lucrurilor pe nume – nici destul de bine cunoscut de către ceilalți în privința propriei sensibilități, a inteligenței, a creativității – și din nou trebuie să spunem lucrurilor pe nume – a **geniului** personal! Iar acest lucru depinde foarte mult de acea parte din noi înșine cu ajutorul căreia ne adresăm celorlalți. Cu atât mai mult cu cât în interiorul acestei comunicări, acestei relații, acestui contact – pe care îl vom numi **tranzacție** – noi îl “invităm” – vom vedea

în continuare cât de importantă este alegerea acestui cuvânt – pe celălalt să reacționeze cu una sau alta dintre Stările Eului său.

A.T. este deci un instrument de înțelegere și de evoluție.

Diversitatea comportamentelor umane, de exemplu. Și influența acestora asupra comportamentului celor apropiați.

Altfel spus, v-ați întrebat vre-o dată de ce comportamentul unei persoane din anturajul dumneavoastră vă provoacă destul de frecvent aceeași reacție?

A.T. vă răspunde la această întrebare.

Primul dintre diverse aceste răspunsuri constă în a spune că în fiecare dintre noi există trei părți, trei Stări diferite a ceea ce psihologia numește Eul nostru. Adică partea cea mai accesibilă a psihicului nostru.

Aceste trei părți sunt numite cele **trei Stări a Eului**.

Luăm decizii și reacționăm plecând de la una dintre aceste trei părți din noi înșine, plecând de la una din cele trei stări ale Eului. Prin urmare, ceea ce ni se întâmplă în viață depinde în mare măsură de Tarea Eului de la care pleacă acțiunile noastre.

Fiindcă dorea ca metoda sa să devină cea mai accesibilă cu putință, Eric Berne a înlăturat cuvintele savante și a ales pentru fiecare din aceste Stări ale Eului denumiri simple.

Dar, înainte de a ne continua explicațiile referitoare la acest prim instrument al A.T., vă propun să facem o mică experiență, care are drept scop să vă facă să descoperiți existența Stărilor Eului care există în dumneavoastră, printr-o experiență **trăită**.

O altă resursă importantă care se află în copilul-care-trăiește-în-noi (și pe care Eric Berne îl va numi Copilul cu C mare, ca să îl deosebească de cuvântul *copil* din limbajul obișnuit) este ceea ce noi numim capacitatea **intuitivă** – un “lucru” pe care știința nu îl cunoaște bine – dar care este totuși un element fundamental în rezolvarea problemelor vieții.

Intuiția funcționează ca o dublă capacitate:

1. aceea de a capta – prin sistemele noastre sensoriale – informații provenind din mediul înconjurător, protejându-le de sistemele noastre de judecată și apărându-le de excluderi rapide;
2. ceea de “a se juca”, de a manipula, de a transforma aceste informații – lucruri, impresii, idei, gânduri -, dând astfel naștere mecanismului creativ.

În timp ce ați citi experiența este posibil să vă fi trecut prin minte un anumit număr de mesaje. “Dar ce mai este și cu povestea asta... care nu are nici coadă!” “Nu este un lucru serios, așa ceva nu se face!”

Sau unele mesaje pe care le-ar fi putut pronunța “oamenii mari” (tata, mamă, frate, soră, profesori, prieteni influenți), pe scurt, acele persoane care ne-au imprimat în memorie **mesaje parentale**. Aceste mesaje și atitudini parentale au rămas întipărite în noi, la fel cum rămâne viu în noi copilul despre care am vorbit mai înainte. Aceste sunt foarte necesare vieții de adulți. Ele sunt cele care ne fac să respectăm “culoarea roșie” a semaforului vieții (“Nu fura, nu comite imprudențe, fapte necinstite”) care constituie bazele respectului fundamental față de celălalt și față de noi înșine (“Ești un om important! Nu fi imprudent cu viața ta, cu sănătatea!”).

Mesajele parentale conțin de asemenea enorm de multe judecăți (unii psihologi consideră că aproape 75% din mesajele pe care le emite vocea emenească sunt judecăți) despre lucruri și despre ceilalți. Printre aceste mesaje parentale există o gamă întreagă cu ajutorul căreia comunicăm cu ușurință cu ceilalți, acestea fiind **mesajele parentale binevoitoare**, mesaje (și atitudini, să nu uităm cu ajutorul cărora îi putem ajuta, susține, încuraja pe ceilalți. În explicațiile care au urmat micii noastre experiențe, am subliniat în special caracterul pozitiv al mesajelor parentale și al Copilului (care-trăiește-mereu-în-noi).

În explicațiile care au urmat micii noastre experiențe, am subliniat în special caracterul pozitiv al mesajelor parentale și al Copilului (care-trăiește-mereu-în-noi).

Dar continuând lectura, ați observat că există o a treia parte în dumneavoastră, capabilă să analizeze și care probabil că a hotărât să-și formeze propria opinie, aceasta fiind capacitatea a cărei funcționare seamănă cel mai mult cu cea a unui calculator, partea din dumneavoastră înșivă pe care Eric Berne o numește Starea de Adult a Eului.

Această Stare de Adult este cea care are și o funcție de menținere a echilibrului între impulsurile Stării de Copil a Eului (“Acea culoare roșie care mă enervează... Trec peste ea”) și normele cuprinse în Starea de Părinte a Eului – pentru că așa numește Eric Berne acea Stare a Eului care conține mesajele și atitudinile parentale (“Trebuie să respecti regulile de circulație!” sau “Dacă mă surprinde poliția risc să-mi pierd permisul de conducere!”).

În continuare vom da definiția fiecăreia din Stările Eului. Starea de Părinte a fost împărțită de Eric Berne în **Părinte Normativ** – numit uneori Părinte Critic – și **Părinte Binevoitor** – numit uneori Părinte Grijuliu.

STAREA DE PĂRINTE A EULUI

O persoană se află în Starea de Părinte atunci când comportamentul său reproduce un comportament pe care l-a văzut, l-a perceput, l-a observat la proprii părinți sau la persoanele care au avut asupra sa o influență dominantă: ele pot fi “modele” mai recente cum ar fi un patron, un coleg influent, un client de prestigiu etc.

Starea de Părinte a Eului este împărțită în două realități total diferite:

PĂRINTELE NOTMATIV

Conține regulile, normele, opiniile, valorile, prejudecățile, modelele de comportament autoritare, de dominare a celorlalți.

Aspect pozitiv: este partea conducătoare care dă instrucțiuni, care dictează normele într-o relație respectuoasă.

Aspect negativ: este partea care se exprimă într-o relație neloială (non.OK) pentru a-l critica, a-l devaloriza pe celălalt.

Spunem atunci despre această persoană că are rolul de Persecutor (P)-Devalorizator.

PĂRINTELE BINEVOITOR

Cuprinde modele de comportament protectoare, pline de încredere, înțeleghătoare, aprobatoare în privința altora sau a lui însuși.

Aspect pozitiv: este partea care protejează, care ajută, încurajează, încuviințează, care este prevenitoare.

Aspect negativ: atunci când individul îl folosește ca să superprotejeze (adică să îl împiedice pe celălalt să se dezvolte, să se formeze prin propriile experiențe), să facă lucrurile în locul altuia (“pentru că el nu este capabil”); acest rol este numit Superprotector-Salvator (S).

STAREA DE COPIL A EULUI

COPILUL LIBER

Se spune despre o persoană că se manifestă prin Copilul său Liber atunci când își

Exprimă sentimentele, emoțiile, dorințele în mod spontan. Copilul Liber este de asemenea sediul Intuiției, indispensabilă capacității creative.

Aspect pozitiv: Starea de Copil este “inima” omului, centrul a ceea ce este “trăit”, locul privilegiat al unei întâlniri adevărate.

Este exprimarea spontană a sentimentelor (cu atât mai mult când în mod tradițional lucrul acesta i-a fost interzis) care permite evitarea neînțelegerilor, a indispozițiilor atât de frecvente în relațiile dintre oameni.

Capacitatea de intuiție face minuni atât în viața particulară cât și în cea profesională.

Aspect negativ: ca și în cazul celorlalte Stări ale Eului, cu o persoană care se manifestă întotdeauna cu Starea de Copil “va fi greu de trăit” și, în consecință, va fi repede respinsă.

Capacitatea intuitivă a Copilului Liber constituie o potențialitate atât de mare, încât Eric Berne – ca și majoritatea discipolilor săi – au făcut din ea o a treia subdiviziune a Stării de Copil a Eului și au numit-o “**Micul Profesor**”.

“ MICUL PROFESOR ”

În această zonă a Copilului Liber se află acea imensă capacitate umană numită

Intuiție.

Facultatea creativă se bazează pe intuiție.

În lucrarea sa edificatoare “Strigătul lui Arhimede”, Arthur Koestler – care, fără îndoială, a studiat cel mai bine procesul creativ – demonstrează cât de strâns legate sunt intuiția și procesul de creație, părere împărtășită și de Eric Berne, care a înțeles să reprezinte această capacitate ca pe o entitate “separată” – considerând-o deci o a treia subdiviziune a Stării de Copil, stare căreia i-a dat un nume sugestiv: Micul Profesor.

Copil Adaptat

Micul profesor

Copil Liber

Cuvântul “profesor” ne duce în general cu gândul la o persoană care predă, plecând deseori de la Starea de Părinte Normativ. Se pare că Eric Berne se referă la partea **creativă** care există – în mod potențial – în Copilul Liber din fiecare dintre noi.

Cum funcționează “partea creativă”*?

Ceea ce noi numim “intuiție” este o capacitate care funcționează aproape ca un radar.

- Cum știe un copil când poate să ceară să fie răsfățat de mama sau de tata?
- Cum știe un adult, în cursul unei discuții cu patronul, că este momentul potrivit să îi ceară o zi de concediu?
- Cum știe un adult, în fața unui potențial partener sexual, că este momentul să facă o propunere?

Nu ne referim la acele cazuri când răspunsurile la aceste întrebări sunt de ordin pur rațional ca de exemplu:

- tata întinde mâinile surâzând;

- partenerul face gesturi sau vorbește în termenul foarte clar.

COPILUL ADAPTAT

Atunci când o persoană își adaptează trebuințele , dorințele după cele ale celorlalți. Acest lucru se poate face la niveluri diferite.

- adaptare **socială** la cereri (celălalt emite o cerere, noi ținem cont de ea și ne modificăm propriile trebuințe) sau la regulile pe care le acceptăm (acceptarea regulilor de politețe, de exemplu);
- supunere (de exemplu, teama în fața reacțiilor celuiilalt);
- devalorizare (ne dăm deoparte, ne declarăm incapabili, ne prezentăm ca o victimă) (rol de Victimă) (V);
- revoltă (susținem în mod sistematic contrariul).

Copil Adaptat Supus

- se oprește la culoarea roșie a semaforului;
- respectă normele de protecție;
- respectă normele de politețe;
- cedează în fața celuiilalt;
- spune: “da, în regulă”, fără să discute.

Copilul Adaptat Victimă

- spune: “Am încercat...dar nu pot”;
- se îndoiește de el: “Am făcut tot ceea ce am putut, dar...”;
- se depreciază: “Nu sunt capabil să...”;
- vorbește pe un ton plângăreț;
- se plânge, se vaită;
- gândește adesea: “X este mai bun decât mine”.

Copilul Adaptat Rebel

- spune: “Nu aveți dreptul”, “Nu aveți decât!”;
- spune în mod sistematic “Nu”;
- întrerupe discuția;
- ridică tonul;
- încalcă regulamentele;
- îi sfidează pe ceilalți;

-gândește: “O să vadă ei...”;

STAREA DE ADULT A EULUI

Orice ființă omenească (sănătoasă din punct de vedere fizic) posedă și capacitatea de a percepe singură noțiunile, de a reflecta asupra lor, de a le analiza, de a le compara, de a face deducții, de a înțelege, dar și pe aceea de a asculta informații. Acestea sunt activitățile **importante** ale Stării de Adult și poate că este important să amintim acest lucru: orice individ dispune de Starea de Adult și o folosește.

Răspunsul la întrebarea “Cum te cheamă?” se dă plecând de la Starea de Adult a Eului. La fel se întâmplă și atunci când explicăm unui copil cum se face focul...sau cum se folosește un întrerupător.

Pe drept cuvânt, Starea de Adult este numită uneori **Calculatorul**.

Aspect pozitiv: permite culegerea de informații din toate realitățile vieții, luarea de decizii gândite, rezolvarea problemelor, îndeplinirea sarcinilor, negocierea.

Tot Starea de Adult este cea care permite o integrare armonioasă între dorințe (Copil) și valori (Părinte), fapt care dă personalității un sentiment de mulțumire în viață, în acord cu sine însuși.

Aspect negativ: provine din folosirea excesivă a acestei stări în relațiile interumane. Un individ care s-ar afla permanent în Starea sa de Adult ar fi un adevărat robot.

Cum funcționează Starea de Adult?

Observăm două moduri de funcționare a Stării de Adult:

-Unul orientat spre exteriorul persoanei ca să analizeze, să “pună întrebări” anturajului sau mediului înconjurător.

În acest caz vor fi întrebări pentru a înțelege, a se informa, a învăța.

Vor fi și “adevărate cereri” de adult – în locul cererilor forțate ale Părintelui sau

cererilor “cerșite” ale Copilului.

Exemplu: “Mi-ar plăcea să merg cu tine pe litoral în acest week-end și mă întreb îți convine?” în loc de “Ar trebui să te duci la mare, ți-ar prinde bine!” sau, pe un ton plângăreț: “N-am mai văzut marea de atâta timp...”.

Vor fi și informații cu adevărat “sincere” date celuilalt în legătură cu ceea ce gândiți sau simțiți, în locul informațiilor nuanțate de prejudecată ale Părintelui sau în locul informațiilor “plângărețe” ale Copilului.

Exemplu: “Mi-ar plăcea să merg cu tine pe litoral în acest week-end și mă întreb dacă îți convine?” în loc de “Ar trebuie să te duci la mare, ți-ar prinde bine!” sau, pe un ton plângăreț: “N-am mai văzut marea de atâta timp...”.

Vor fi și informații cu adevărat “sincere” date celuilalt în legătură cu ceea ce gândiți sau simțiți, în locul informațiilor nuanțate de prejudecăți ale Părintelui sau în locul informațiilor “plângărețe” ale Copilului.

Exemplu: “Mi-ar plăcea să-ți tunzi părul” în loc de: “Tunde-te repede! Parcă ai fi... (o maimuță, o proastă! Etc.)” sau pe un ton plângăreț: “Dacă ne ducem deseară la familia Dupont, cum să apar cu o femeie pieptănată ca tine!”.

Celălalt *orientat spre interiorul persoanei*, ascultându-și cu atenție propriul Părinte și propriul Copil.

Când Adultul domină individul, aceasta este o garanție de eficiență, de reușită în atingerea țelurilor propuse în viață – în special, cel de fericire! – și de reușită în relațiile cu ceilalți – condiție atât de necesară pentru cucerirea fericirii!

TRAININGUL AUTOGEN

Metoda activă a psihoterapiei, psihoprofilaxiei și psihoigienii , este îndreptată spre restabilirea echilibrului dinamic a sistemului homeostatic de mecanisme autoreglatoare a organismului uman , derulate în rezultatul acțiunii stresante . Elementele de bază ale metodicii sunt treningul relaxării musculare , autosugestia și autoeducarea. Activismul treningului autogen se opune unor părți negative ale hipertoniilor sub forma ei clasică – atitudinea pasivă a bolnavului în procesul tratamentului , dependența de medic .

Ca metodă de tratament treningul autogen a fost propus pentru tratamentul nevrozelor de către Schultz în 1932 . În țara noastră el a început să fie folosit la sfârșitul anilor 50 . Acțiunea lecuitoare a treningului autogen , de rând cu dezvoltarea în rezultatul relaxării reacției tropotrofe , care se caracterizează prin efortul tonusului secției parasimpatice a sistemului nervos vegetativ și contribuie la neutralizarea stării de stres , bazată de asemenea micșorarea activismului sectoarelor limbic și

hipotalamic , condus de scăderea neliniștei generale și dezvoltarea tendințelor antistres la cei care se antrenează .

Se evidențiază două trepte ale treningului autogen : 1) treapta inferioară – învățarea relaxării cu ajutorul exercițiilor , îndreptate spre apariția senzației de greutate , căldură , controlul asupra ritmului cardiac și respirator ; 2)treapta superioară – meditarea autogenă – crearea stărilor de trans la nivel diferit .

Treapta inferioară a treningului autogen , conține șase exerciții standarte , care sunt îndeplinite de către pacienți în una dintre cele trei poziții: 1)poziția așezat – cei care se antrenează stau pe scaun cu capul puțin aplecat înainte , mâinele stau liber pe fața anterioară a picioarelor , picioarele sunt liber depărtate ; 2) poziția culcat – ce care se antrenează sunt culcați pe spate , capul se odihnește pe o pernă joasă , mâinele, puțin îndoite de la cot , stau liber de-a lungul corpului , cu palmele în jos ; 3)poziția culcat pe jumătate – cei care se antrenează stau în fotolii , lăsați pe spate, mâinele pe genunchi , picioarele depărtate liber . În toate trei poziții se ajunge la relaxarea deplină , pentru o concentrare mai bună , ochii sunt închiși .

Exercițiile se efectuează pe calea repetării în gând a formulelor de autosugestie corespunzătoare . Fiecare dintre exercițiile standarte încep cu formula –scop : “Eu sunt absolut liniștit . “

Primul exercițiu . Apariția senzației de greutate în mâini și picioare , care duce la relaxarea mușchilor diagonalo-liniari . Formule :”Mîina dreaptă este absolut grea”, mai apoi ”Mîina stîngă este absolut grea” și ”Ambele mâini sunt absolut grele”. Formule similare se folosesc și pentru picioare . Formula de încheiere : “Mîinele și picioarele sunt absolut grele”.

Al doilea exercițiu. Apariția senzației de căldură în mâini și picioare cu scopul de a controla nervațiile vasculare ale membrelor. Formule :”Mîna dreaptă(stîngă)este absolut caldă”, mai apoi ” Mîinele sunt absolut calde”, aceleași formule și pentru picioare . Formula finală:” mîinele și picioarele sunt absolut grele și calde”.

Al treilea exercițiu. Reglarea ritmului bătăilor cardiace. Formula: ”Inima bate puternic și regulat”.

Al patrulea exercițiu. Normalizarea și reglarea ritmului respirator. Formula: "Respir absolut liniștit".

Al cincilea exercițiu. Apariția senzației de căldură în regiunea abdomenului. Formula: "Aura mea solară dă căldură".

Al șaselea exercițiu. Apariția senzației de răcoare în regiunea frunții cu scopul prevenirii și micșorării durerilor de cap cu geneză vasculară. Formula: "Fruntea mea simte o răcoare plăcută".

Pentru prelucrarea fiecărui exercițiu trec două săptămâni. Cursul întreg de trening autogen durează aproximativ trei luni . De obicei lecțiile se petrec în grup 1-2ori pe săptămână sub dirijarea psihoterapeutului ; durata lecției este de 15-20 minute . O mare atenție se acordă treningurilor independente ale pacienților , care se promovează de două ori pe zi .

Adâncimea cufundării autogene are loc pe trei etape . La prima etapă pacientul simte greutate , căldură , oboseală , împrăștiată prin tot corpul .A doua etapă se caracterizează prin sesizarea ușurinței corporale , imponderabilității , deseori apare dereglarea schemei corpului . A treia etapă poate fi caracterizată ca "dispariția corpului". prima și a doua etapă pot fi deferențiate encefalografic .

Lute menționează 5 tipuri de formule - intenții.1) neutralizante, care folosesc varianta autosugestiei" mi-i indiferent": "Înghițiturile îmi sunt indiferente" - în caz de ezofagospasme, "Polenul îmi este indiferent" - în caz de alergii, etc ; 2)care întăresc simțurile , de exemplu: "Eu știu că mă voi trezi , când vezica mea urinară va da un impuls " - în caz de enureză; "Creierul meu vorbește automat" -în caz de bâjbăială; 3)abstinent direcționate , de exemplu : "Eu știu că nu voi primi nici o picătură de alcool , sub nici o formă , niciodată , în nici un fel de condiții"; 4)paradoxe, de exemplu: "Eu doresc să scriu cât mai rău" - în caz de spasm al scrisului; 5)susținătoare , de exemplu: "Eu știu că nu depind de medicamente" - în caz de astm; "Numele sunt interesante" - în caz de reținere slabă a numelui.

Cele mai bune rezultate ale folosirii treningului autogen sunt în tratamentul acelor boli , care au apărut în urma tensiunii emoționale și a spasmelor mușchilor netezi , deși efectul parasimpatic are loc mai repede , decât cel simpatic . În literatură se menționează rezultate bune a folosirii treningului autogen în cazul astmului bronșic ,

în perioada inițială a bolii hipertensive ,dispnoiei, ezofagospasmei, stenocardiei, a spasmelor tractului digestiv .

Treningul autogen este efectiv ca metodă de tratament în cazul dereglărilor nevrotice ale vorbirii .

Treningul autogen este inclus în compexul de tratament a alcoolismului și narcomaniei , pentru a îndepărta sindromul abstinent și formarea montajului antitoxicomanic .

Scoaterea cu succes a încordării emoționale și a neliniștei cu ajutorul treningului autogen îi adeveresc includerea în diversele variante a metodicilor psihoprofilacticii bolilor genetice .

Folosirea pe larg a treningului autogen este inclusă și ca metodă psihoigienică, psihoprofilactorie în pregătirea sportivilor , a oamenilor , care lucrează în condițiile încordării emoționale și în condiții extreme .

Contraindicații pentru folosirea treningului autogen sunt starea conștiinței neclare și delirul, mai ales delirul de atitudine și acțiune. Nu se recomandă treningul autogen în timpul crizelor somatice acute .

HIPNOZA

Hipnoza (din greacă Hypnos-vis). Stare temporară a conștiinței, caracterizată prin reducerea volumului și focusarea asupra conținutului celor spuse spre a influența, legate de schimbările funcției individuale de autocunoaștere. Starea de hipnoză apare în rezultatul unor influențări speciale ale celui care face hipnoză sau direcționat spre autoinfluență.

Hipnologia științifică a luat naștere la mijlocul secolului XIX, deși utilizarea practică a hipnozei are o istorie de multe veacuri. Termenul hipnoză pentru prima dată a fost utilizat de chirurgul englez Bredon, cartea căruia a fost dedicată neurohipnologiei, care a apărut în anul 1843. De la sfârșitul anilor 70 a secolului XIX, neurologul francez Șarco începe să studieze hipnoza pe bolnavi, care suferă de isterie. Școala Salpetrică a lui Șarco se ocupa de utilizarea clinică a hipnozei, și de studierea

etapelor sale. În aceasta cu el concura Școala Nansică, condusă de Berngheim. El considera, că etapele hipnozei, pe care le observa Șarco, condiționate de insuflare, care vine de la hipnoterapeut, și nu baza patologică a acestuia. O mare importanță pentru știința despre hipnoză au avut-o: Veterstrand, Craft-Ebing, Foreli și alții. În Rusia, aspectele teoretice și practice ale utilizării hipnozei în scopuri de tratare, le-au cercetat V.Ia. Danilevșchii(1852-1939), A.A.Tocarschii(1859-1901), V.M. Behterev(1857-1927), I.P.Pavlov (1849-1936), și elevii și reprezentanții lor.

Prelucrarea teoretică a mecanismelor hipnozei, este legată în primul rând de numele lui I.P.Pavlov și Freud. I.P.Pavlov și elevii săi conciderau că baza fiziologică a stării de hipnoză este procesul de frînare, care apare în scoarța creierului. Schimbarea extensiunii și intensității procesului de frînare se exprimă în diferite etape a hipnozei, клинически clinic bine descrise. Conform lui I.P.Pavlov, hipnoza – este un somn parțial, stare de trecere starea de somn și nesomn, care pe fon de frînare în diversă măsură a părților creierului, în care se păstrează un punct «de pază» în scoarța creierului, care asigură posibilitatea de legătură dintre cel hipnotizat și cel care face hipnoză. Este necesar, însă, de subliniat, că părerea că hipnoza este o stare de somn parțial în cercetările neofroidiste nu s-a adevărit.

În teoriile psihanalitice, cu referință la hipnoză, se pune accentul pe satisfacerea dorințelor instinctive ale persoanei. Din acest punct de vedere, starea de hipnoză apare sub influența unui transfer special. În ultimii ani hipnoza este privită mai mult din punct de vedere psihologic al Eului. În psihologia experimentală există de asemenea și concepții, care privesc hipnoza ca factor socio-cultural, factor al relațiilor interpersonale, fenomen senso-motor. La moment, ruptura, care desparte fiziologii, psihanalistii și psihologii experimentali, se micșorează în ceea ce ține de hipnoză, se pot observa încercări de a forma teorii integrate psihofiziologice cu referință la hipnoză.

În procesul de hipnotizare este important cât de influențabil este pacientul. Sunt folosite o mulțime de metode, cu ajutorul cărora se poate determina cât de influențabil este pacientul. Aceste metode sunt: căderile înainte și înapoi, utilizarea degetilor încrucișate, determinarea influenței unor mirosuri, și altele. Ca exemplu ne poate servi un caz descris de P.I. Bulem. Se folosește o greutate metalică legată de o ață, și un «magnet» în formă de potcoavă făvut din lemn, vopsit ca unul adevărat.

Pacientului i se propune să ia cu degetelei mîinii întinse așa cu greutatea legată de ea. Medicul apropie «magnetul» de greutate și începe să apropie și să depărteze greutatea. Pacientului i se insuflă, să atragă atenția cum greutatea urmează «magnetul» și se leagă. La persoanele, care sunt influențabile, greutatea într-adevăr începe să se miște înapoi, ca rezultat a mișcărilor ideomotorice. Înainte de hipnoză are loc o discuție pentru a afla atitudinea pacientului față de aceasta și excluderea unor posibile temeri. Hipnoza se petrece în condițiile benefice pentru cel hipnotizat. Metode de a face hipnoză sunt multe. Ele au loc prin acțiunea asupra unor analizatori: vizuali, auditivi, senzitivi. La utilizarea metodei fixării privirii, hipnoterapeutul propune să fixați cu privirea un anumit punct, например de exemplu o mîngiuță metalică strălucitoare. Oboseala naturală a ochilor, care apare și dorința de ai închide și contribuie la venirea somnului. Metoda fixării este o derivare de la cea anterioară. Pacientul este rugat să privească în ochii terapeutului, fără să clipească, hipnotizorul se uită la pacient la punctul dintre frunte și nas. O altă metodă este utilizarea somniferă a unor sunete monotone metronomul, valurile mării, picături de apă care cad ș.a. Metoda pas – Hipnoterapeutul trece de cîteva ori cu palma cu degetele desfăcute de la cap pînă la picioare, fără să se atingă de pacient. Această metodă o utiliza încă Mesmer, care considera că el acționează asupra bolnavului cu niște «fluide magnetice». Metoda apropierei mîinilor: pacientul este rugat să închidă ochii. Să îndoiaie mîinile de la cot sub unghi de 90 de grade și încet să apropie degetele ambelor mîini, spunîndu-i: « Degetele dumneavoastră se vor apropia încet. Cînd vîrfurile se vor uni, veți respira adînc și veți adormi». Există și alte metode de a face hipnoză. Unele acționează asupra mai multor analizatori concomitent.

Acțiunea asupra analizatorilor, de regulă este condusă de insuflare, în formulările căreia se descrie senzația, pe care o trăiește persoana: « Relaxați mușchii. Stați culcal liniștit. Străduiți-vă să nu vă gîndiți la nimic. Ascultați atent ceea, ce vă voi spune. Apare dorința să dormiți. Pleoapele sunt grele și se lasă în jos. În tot corpul se revărsă o căldură plăcută. Se relaxează din ce în ce mai tare mușchii de la mîini, picioare, tot corpul. Se relaxează mușchii feței, gîtului, capul se duce mai adînc în pernă. Vreți să dormiți. Acum voi începe a număra, și atîta timp cît eu voi număra, apropiindu-mă de zece, dorința de a dormi crește, din ce în ce mai tare. Cînd numesc cifra zece – veți adormi». Aproximativ așa fraze repetă terapeutul de cîteva ori, cu voce liniștită, asigurînd cu insuflare. „Dormi, dormi!”. Vorniți încet și liniștiți. Dar în același timp

sigur, utilizând fraze clare. Starea de hipnoză poate fi atinsă prin acțiune verbală. Durata seansului de hipnoză, se determină de către terapeut. La ieșirea din starea de hipnoză terapeutul anunță despre aceasta: « Peste jumătate de minut vă voi scoate din starea de hipnoză. Acum voi număra până la trei. La cifra trei vă veți trezi. Unu – vă eliberați de restricțiile de mișcare la mâini, doi – vă eliberați picioarele și tot corpul. Trei – v-ați trezit, deschideți ochii! Aveți dispoziție bună și vă simțiți bine, nimic nu vă deranjează, nu vă împiedică. V-ați odihnit foarte bine. Vă simțiți plăcut și liniștit». La dehipnotizare trebuie de ținut minte, că trezirea rapidă poate fi urmată de slăbiciuni, aritmie, dureri de cap și altele.

Diferiți autori propun diferite etape ale hipnozei: unii vorbesc despre trei etape, alții despre 4, 6, 9 sau 12. În lucrul practic ne putem orienta la cele propuse de Foreli în 1928, 3 etape: somnolență, hipotacsis și somnambulism. Prima etapă - somnolența. Cel hipnotizat, printr-un efort poate să se opună influenței, să deschidă ochii. Se caracterizează prin slăbiciune musculară ușoară și somnolență. A doua etapă - hipotacsia. Pacientul nu poate deschide ochii și poate fi influențat. Se caracterizează prin slăbiciune musculară gravă. La această etapă hipnoza poate apărea catalepsia (aparitia elasticității musculare). Ea uneori apare și spontan. A treia etapă - somnambulismul. Se caracterizează prin amnezie și posibilitatea de a îndeplini nu numai insuflarea hipnotică, dar și cea posthipnotică. Somnambulismul poate apărea și fără cele două etape.

Hipnoza este baza hipnoterapiei. La momentul actual, în rând cu cea clasică se utilizează hipnoza eriksoniană.

GESHTALT - TERAPIA

Metoda a fost creată de psihologul și psihoterapeutul american Perls sub influența ideii gestalt – psihologiei, existențialismului, psihanalizei și, în deosebi, teoriei lui Reich despre aparițiile fiziologice ale materialului psihologic refulat. Gestalt – terapia a apărut în cursul apropierii fenomenale, care sublinia necesitatea conștientizării de către pacient a prezentului și importanța trăirii emoționale directe. Informația, necesară pentru schimbarea terapeutică este primită direct din comportamentul pacientului.

Apariția și împlinirea necesităților el privește ca pe ritmul formării și finisării geshtaltului. Funcționarea sferei emoționale are loc după principiul de autoreglare a organismului. Omul se află în echilibru cu sine și lumea înconjurătoare. Pentru menținerea armoniei este nevoie de a te încredința în “înțelepciunea corpului”, de a înțelege necesitățile organismului și a nu le împiedica realizarea. A fi sine însuși, a realiza propriul Eu, realizarea necesităților, înclinațiilor, aptitudinilor – este drumul spre o personalitate armonioasă și sănătoasă. Bolnav de nevroză, în conformitate cu psihologia existențialist-umanistă, este omul, care cronic împiedică realizarea necesităților personale și urmarea valorilor, impuse din exterior, aceasta aducând la distrugerea procesului de autoreglare a organismului.

În geshtalt-terapie sunt **5 mecanisme de distrugere a procesului de autoreglare:** introiecția, proiecția, retroflexia, deflexia, confluența. În cazul introiecției omul asimilează sentimente, convingeri, norme, modele de comportament ale altor oameni, care atunci când vin în contravenție cu experiența personală, nu sunt asimilate de către personalitatea lui. Această experiență neasimilată- **introiectul**- este străină pentru om și o parte din personalitatea lui. Cei mai sensibili introiecți sunt învățămintele părintești.

Proiecția este antonimul introiecției, dar de regulă aceste 2 mecanisme se completează unul pe altul. În cazul proiecției omul înstrăinează calitățile sale proprii, deoarece nu corespund concepției de Eu propriu. Golurile formate în rezultatul proiecției sunt umplute cu introiecte. Retroflexia - “întoarcerea spre sine”- se observă în cazul când careva necesități nu pot fi realizate din cauza blocajului social, și atunci energia pentru manipularea în exterior se îndreaptă către sine. Așa necesități nerealizate sau geshtalte nefinisate sunt sentimentele agresive. Retroflexia se manifestă în contracțiile musculare.

Deflexia - este o îndepărtare de la contactul real. Omul, pentru care este caracteristică deflexia, fuge de contactul direct cu oamenii, problemele și situațiile. Deflexia se manifestă sub formă de discuții de salon, guralivitate, clounism, anumite ritualuri în comportament, tendința de a “nivela” situațiile de conflict. **Confluența** se manifestă prin ștergerea granițelor dintre Eu și mediu. Asemenea oameni cu greu disting gândurile, sentimentele și dorințele personale de cele străine. Confluența poate fi ușor observată în timpul psihoterapiei de grup, atunci când pacienții se identifică

completamente cu grupul, pentru ei fiind caracteristic, în timpul descrierii comportamentului propriu, de a folosi pronumele “noi”, în loc de “eu”.

Variantele descrise de distrugere a procesului autoreglator, prezintă mecanisme nevrotice de apărare, apelând la care individul se dezice de propriul Eu. În rezultatul acțiunii mecanismelor enumerate, se distruge integritatea personalității, care devine fragmentată, împărțită în mai multe părți. Scopul principal al g-t este de a integra părțile fragmentate ale personalității.

În procesul g-t , pentru a descoperi individualitatea sa, pacientul trece prin **5 niveluri**, pe care Perls le numește nivelurile nevrozei.

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

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

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

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

Al **cincilea nivel - explozia**. Atingerea acestui nivel înseamnă forarea unei personalități autentice, care are capacitatea de trăire și expunere a emoțiilor. Explozia - este o trăire emoțională adâncă și intensă. Perls descrie patru tipuri de explozie:

tristețe, furie, bucurie, orgasm. Explozia unei tristeți adevărate este rezultatul lucrului, legat de pierderea sau moartea unui om apropiat. Orgasmul este rezultatul lucrului cu persoanele blocate sexual. Furia și bucuria sunt legate de descoperirea personalității autentice și individualității adevărate.

În g-t o mare atenție se acordă lucrului cu visele pacientului. Parafrazându-l pe Freud, Perls spunea, că ”visul este un drum regal către integrarea personalității ”. Spre deosebire de psihanaliză, în g-t visele nu se interpretează, ele se folosesc pentru integrarea personalității.

Perls la început folosea metoda sa , sub formă de psihoterapie individuală, dar cu timpul a trecut numai la forma de grup, considerând-o mai efektivă și mai economică. Gestalt-terapia este foarte efektivă la tratarea nevrozelor. În lucrul cu pacienții psihotici se recomandă ca g-t să fie de durată.

PSIHIATRIA – SCOP, OBIECTIVE, CONTEXTUL ISTORIC

Psihiatria- specialitatea medicala consacrata cercetarii, diagnosticarii si tratamentului bolilor mentale, organizeaza asistenta stationara si dispensarica, stabileste masuri terapeutice si de recuperare a bolnavilor cu afectiuni psihice. Termenul apare pentru prima data in 1802, definit de catre medicul german **J.C. Reil** dar este putin utilizat pana in 1860 cand inlocuieste treptat termenul de medicina alienista. ("alienare mentala").

Istoria psihiatriei cunoaste cateva perioade:

- I. Perioada cuprinsa intre antichitate pana in preajma epocii moderne;**
- II. Perioada iluminismului (aparitia azilurilor pentru "alienati" mentali);**
- III. Perioada dezvoltarii stiintifice, incepand cu sec. XIX-lea.**

I.Perioada cuprinsa intre antichitate pana in preajma epocii moderne

Tulburarile mentale sunt tratate inca din cea mai indepartata antichitate insa abordarea acestora s-a schimbat esential de-a lungul anilor, Psihiatria fiind constituita ca specialitate abia in secolului XIX.

In **perioada pre-hippocratica** se considera ca bolile mentale se datorau unor fenomene spirituale necesitand rugaciuni, sacrificii si chiar exorcizare

Antichitatea greco-romana

-Hippocrates a fost pionerul ideii ca boala mentala isi are originea in creier. A descris mania, melancolia, deliriul, anxietatile, fobiile, psihoza puerperala si paranoia.

-Teoria umorala: Bolile mentale-consecinte ale unor disbalante ale umorilor corpului (bila neagra, bila verde, sangele si flegma)

Bila neagra – pamant, rece si uscat, asociata cu melancolia

Bila verde - foc, fierbinte si uscat, asociat cu mania

Era considerata necesara rebalansarea umorilor pentru a vindeca bolnavii prin diferite metode – caldura, frigul, voma si medicamentele purgative, dieta, hemoragiile provocate, odihna si exercitiile fizice. Acestea au persistat pana in secolul XVII.

Azile sau spitale pentru alienati nu existau in antichitate, bolnavii agitati sau agresivi erau inchisi in colivii de lemn, erau dusi in afara portilor orasului, erau torturati, femeile alienate erau considerate vrajitoare, arse pe rug, etc.

- In Europa medievala: 1377 se infiinteaza la Londra cel mai vechi spital pentru bolnavi psihici “Bethlehem Royal Hospital” (Bedlam), care a functionat pana in 1948.
- Secolele XII-XVIII - se inmultesc “casele” pentru bolnavii mentali, acestea insa semanau mai mult a inchisori decat a spitale, bolnavii erau imobilizati in lanturi, impreuna cu vagabonzii, prostituatele, invalizii se delicventii, nu exista o ingrijire medicala.

II. A doua perioada (sfarsitul secolului XVIII-lea pana la mijlocul sec. XIX-lea.)

Incepe sa se interpreteze alienarea mentala din punct de vedere medical si se descriu tablouri clinice ale bolilor psihice, in 1758 englezul Wiliam Battie propune ca bolnavii mentali sa fie internati in aziluri.

V.Chiarurgi fondatorul spitalului Sfantul Bonifacio de la Florenta, **J.Daquin** la ospiciul Chambery, **W. Tuke** care a fondat ospiciul de pe coasta York si mai ales **Ph.Pinel** la Bicetre si apoi la Salpetriere au participat cu totii la nasterea unei noi ramuri a medicinei, ale carei dezvoltari aveau sa fie considerabile.

In 1793 **Philippe Pinel** elibereaza pacientii din lanturi, contribuind astfel la umanizarea tratamentului bolnavilor psihici. Acesta introduce o atitudine medicala radical noua fata de cei alienati. Lui Pinel I se atribuie meritul de a fi recunoscut un rest de ratiune la orice nebun (devenit, in consecinta un “alienat”) pe cand mai inainte “nebunul” era exclus, ca animalul sau bruta , de la orice comunicare interumana.

Tot **Pinel** propune o clasificare a bolilor psihice, si anume:

Melancolia (delir partial);

Mania (delir generalizat);

Dementia (diminuarea intelectuala generalizata);

Idiotia (abolirea totala a facultatilor psihice).

III. Dezvoltarea stiintifica a psihiatriei

In a doua jumatate a sec. XIX-lea se face tot mai mult legatura intre aparitia manifestarilor psiho-patologice si posibilele modificari in creier. "Tulburarile nervoase" (nevrozele) devin o preocupare speciala a medicilor (**Charcot** se ocupa cu problema isteriei), Sigmund **Freud** dezvolta conceptia psihanalitica. Lucrarile sale introduc notiuni precum inconstientul, aparatul psihic refuleaza dorinte, mai ales cele cu continut sexual si agresiv, in inconstient dorintele refulate duc la conflict intrapsihic, care sunt sursa nevrozelor. **Wilhelm Griesinger** a formulat teza conform careia bolile psihice sunt consecinta unei imbolnaviri a creierului, **Emil Kraepelin** in Germania si **Eugen Bleuler** in Elvetia aduc contributii esentiale la cunoasterea si clasificarea bolilor psihice, in special la descrierea tabloului clinic al schizofreniei. Lucrarile lui **Karl Jaspers** in domeniul psihopatologiei generale au pus bazele metodologiei moderne in abordarea problemelor de patologie psihiatrica, **Kurt Schneider**, clasifica bolile psihice in trei grupe:

- boli psihice cu substrat organic demonstrabil;
- boli psihice carora inca nu li se poate demonstra cu claritate un substrat organic, asa zisele psihoze endogene;
- variante psihice anormale: ale inteligentei sau ale personalitatii, precum si reactii anormale la evenimente traite.

In anii 50 psihiatria capata tot mai mult un caracter biologic, **Otto Loewi** descopera primul neurotransmitator – acetilcolina, in 1948 – carbonatul de litiu, s-a reusit remisiunea cazurilor de psihoza maniaco-depresiva, in 1952 **Jean Delay si Pierre Deniker** au descoperit **clorpromazina**, utilizata in tratamentul bolnavilor cu schizofrenie.

In Romania bazele stiintifice ale psihiatriei au fost puse de Alex Sutu, fost sef catedra, Bucuresti.

In Rusia prima catedra de psihiatrie apare in 1857 la Academia Medico-Chirurgicala din Peterburg, condusa de Balinski.

In Basarabia (in Spitalul de Gubernie Republican) prima sectie de psihiatrie a fost deschisa in 1852 – 50 paturi barbati, in 1876 s-au mai adaugat 50 paturi pentru femei.

In 1895 incepe constructia Spitalul de Psihiatrie. In 1905 a fost deschis Spitalul de Psihiatrie pe un numar de 400 paturi, condus de Kosacovski.

CLASIFICAREA MALADIILOR PSIHICE

Tentative de clasificare au existat din cele mai vechi timpuri. Nozografia psihiatrica clasica clasifica tulburarile psihice in trei entitati fundamentale:

1. Tulburari nevrotice;
2. Tulburari psihotice;
3. Tulburari de personalitate – “Psihopatii” – termen vechi.

In prezent sunt adoptate doua sisteme principale de clasificare:

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (**DSM-V**, Manual Diagnostic si Statistic al Tulburarilor Mentale), folosit in SUA, si
2. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (**ICD/CIM-10**, Clasificarea Internationala Statistica a Bolilor si Problemelor de Sanatate Inrudite), care se foloseste in Europa.

Sistemele de clasificare ale diagnosticelor psihiatrice au ca scop:

1. Sa distinga fiecare diagnostic psihiatric de celelalte, astfel incat clinicienii sa poata sa ofere tratamentul cel mai eficient;
2. Sa furnizeze un limbaj comun tuturor profesionistilor sanatatii mentale;
3. Sa exploreze acele cauze ale tulburarilor mentale care inca nu sunt cunoscute.

Sistemele de diagnostic trebuie sa fie :

1. Fiabile (sa duca la obtinerea unor aceleasi rezultate de catre observatori diferiti);
2. Valide (sa masoare ceea ce se presupune ca masoara, de exemplu pacientii cu schizofrenie sa aiba intr-adevar schizofrenie).

In **sistemul ICD-10**, capitolul V corespunde **Tulburarilor psihice si de comportament** si include urmatoarele categorii:

F00-F09 Tulburari psihice cu substrat organic sau simptomatice

F10-F19 Tulburari psihice si de comportament prin substante psihotrope

F20-F29 Schizofrenia, Tulburari schizotipale si stari delirante

F30-F39 Tulburari afective

F40-F49 Tulburari nevrotice, corelate cu stresul si tulburari somatoforme

F50-F59 Comportamente anormale asociate cu tulburari si factori corporali

F60-F69 Tulburari ale personalitatii si de comportament la adulti

F70-F79 Retardul mintal

F80-F89 Tulburari in dezvoltarea psihica

F90-98 Tulburari de comportament si afective cu debut in copilarie sau adolescenta

F99 Tulburari psihice nespecificate

Clasificarea DSM se bazeaza pe un “sistem multiaxial”, care organizeaza diagnosticul psihiatric pe cinci nivele (“axe”), in concordanta cu diferite aspecte ale tulburarilor si deficitelor psihice:

Axa I: Tulburari clinice, incluzand tulburarile mentale, precum si tulburarile de dezvoltare si invatare

Axa II: Tulburari de intelegere si ale personalitatii, precum si dizabilitatea intelectuala

Axa III: Stari patologice somatice care pot influenta manifestarile psihopatologice

Axa IV: Factori psihosociali si de mediu care contribuie la aparitia tulburarilor psihice

Axa V: Evaluarea globala a functiilor psihice

O **tulburare mentala** este o boala cu manifestari psihologice sau comportamentale care se asociaza cu suferinta semnificativa si cu afectarea functionarii, cauzate de o perturbare biologica, sociala, psihologica, genetica, fizica sau chimica.

Fiecare boala are semne si simptome caracteristice.

Semne: Observatiile si constatarile clinice obiective, cum ar fi constrictia afectiva sau inhibitia psihomotorie a pacientului;

Simptome: Experientele (trairile) subiective descrise de bolnav, cum ar fi dispozitia depresiva sau lipsa de energie;

Sindrom: Grup de semne si simptome care formeaza o conditie ce poate fi recunoscuta, sindromul poate sa fie mai echivoc decat o tulburare sau boala specifica.

Semnele, simptomele si sindroamele psihopatologice constituie un instrumentar important pentru diagnosticul psihiatric.

Pe langa clasificarile din DSM si ICD, alti termeni care se folosesc in psihiatrie sunt:

Psihotic – pierderea testarii realitatii cu delir si halucinatii, de exemplu schizofrenia;

Nevrotic – testarea realitatii nu se pierde, se bazeaza pe conflict (in principal intrapsihice) sau pe evenimente de viata anxiogene, simptomele include obsesia, fobia, compulsiunea;

Functional – absenta unor leziuni structurale sau a unor cauze biologice distincte care sa explice afectarea functionarii;

Organic – boala cauzata de un agent specific care produce modificari structurale ale creierului, se asociaza de regula cu afectari cognitive, delirium sau dementia.

PSIHOPATOLOGIA GENERALA

Psihopatologia generala se ocupa cu studierea fenomenului psihic morbid.

TULBURARILE DE PERCEPTIE

Perceptia reprezinta functia psihica, prin care cu ajutorul organelor de simt, individul devine constient atat de mediu, cat si de sine. Perceptiile pot suferi modificari in ceea ce priveste intensitatea si calitatea.

Dereglarile de perceptie pot fi:

Cantitative - hiperesteziile (cresterea intensitatii perceptive);
 - hipoesteziile (scaderea intensitatii perceptive);
 - anestezia (pierderea receptivitatii).

Elementare - agnoziile (incapacitatea de a identifica obiectele din jur sau incapacitatea de a cunoaste cele vazute, auzite, pipate, etc.

Complexe sau /si calitative

- iluziile;
- halucinatiile;
- dereglarile psihosenzoriale.

Iluzii – perceptii modificate ale unor stimuli externi reali (deformarea, perceptia eronata a unor obiecte reale). Iluziile fiziologice, fizice pot aparea la persoanele sanatoase in conditii de oboseala, emotii intens negative, iluminare inadecvata, dar subiectul este constient de modificarea de perceptie si o poate coercta.

In cazul iluziilor patologice pacientul este convins de realitatea lor, pot produce modificari ale comportamentului si se insotesc de tulburari de constiinta sau gandire. Iluziile patologice pot fi clasificate in functie de analizator in:

- vizuale; - auditive; - gustative; - olfactive.

Iluziile apar in stari confuzionale, sindroame delirant-halucinatorii, sindroame de derealizare, depersonalizare, stari disociative psihotice.

Halucinatiile sunt “perceptii false fara obiect de perceput” (H.Ey). Sunt clasificate in functie de organele de simt in:

- haluciantii auditive;
- halucinatii vizuale;
- halucinatii olfactive;
- haluciantii gustative;
- halucinatii somatice (cenesteze).

Toate halucinatiile au semnificatie psihopatologica, cu exceptia halucinatiilor hipnagogice si hipnapompice care apar la unele persoane normale, la intrarea si respectiv la iesirea din somn.

Halucinatiile pot fi percepute pe cai senzoriale normale (proiectate in exterior – halucinatii adevarate) sau in interiorul corpului (cel mai frecvent in minte, au proiectie interioara – pseudohalucinatii).

Halucinatiile, indiferent de analizator, pot fi:

- **Simple sau elementare**
(ex.: umbre, fosnete);
- **Complexe**
(ex.: voci unice sau multiple care sunt bine intelese de pacient; imagini clare, de complexitati diferite in campul vizual normal sau in afara acestuia).
- **Unice sau multiple;**
- **Clare sau estompate**
(ex.: voci al caror continut este bine inteles de catre pacient sau voci neclare al caror continut nu poate fi inteles).

Halucinatiile vizuale pot fi in campul vizual normal (**campine**) sau in afara acestuia (**extracampine**).

Halucinatiile vizuale sunt mai rare decat halucinatiile auditive, putandu-se intalni in starile confuzionale si in schizofrenie.

Cele mai frecvente halucinatii sunt halucinatiile auditive (voci), intalnite in special in schizofrenie, unde fie se adreseaza direct pacientului, fie sunt doua sau mai multe voci care vorbesc intre ele despre pacient. Halucinatiile auditive pot fi unice sau multiple. Uneori ele dau comenzi pacientilor, numindu-se in acest caz halucinatii imperative care reprezinta o urgenta psihiatrica. Continutul halucinator poate fi potrivit cu starea de dispozitie, si in acest caz se numesc **halucinatii congruente**, sau pot fi **incongruente cu dispozitia**.

Halucinatiile apar in: schizofrenie, reactiile psihotice acute, sindroamele delirant-halucinatorii, starile confuzionale, sindroamele paranoide organice, starile depresive psihotice, mania cu trasaturi psihotice.

Halucinoza – halucinatie a carei patogenie este apreciata critic de catre subiect, apare in alcoolismul cronic si in sindroamele psihoorganice de etiologie infectioasa si vasculara.

Halucinatiile pot determina reactii afective si comportamentale din partea pacientului. Pot produce anxietate, iritabilitate, depresie. Raspunsul comportamental, numit si **comportament halucinator**, sugereaza prezenta tulburarilor de perceptie: pacientii vorbesc singuri, isi astupa urechile ca sa nu mai auda comantarile halucinatorii, prezinta fenomene de baraj ideoverbal.

Dereglarile psihosenzoriale

1. Metamorfozii (perceerea obiectelor ca deformate)

- Micropsii (obiectele sunt percepute mai mari);
- Macropsii (obiectele sunt percepute mai mici);
- Poropsii (obiectele percepute mai apropiate sau mai indepartate);
- Dismegalopsii (obiectele par largite sau lungite).

2. Fenomene de depersonalizare si de dereglare a schemei corporale

- Simte ca corpul este schimbat, mainile mai lungi sau mai scurte, nasul, urechile schimbate ca dimensiuni, alte ori pacientul percepe mediul schimbat;
- Totul este inconjurat de ceata sau lumina ecesiva, oamenii par neinsufletiti, ii asociaza cu papuse, roboti, etc.;
- Glasul propriu se aude ca strain, vine din exterior;
- Corpul propriu pare a fi strain;
- Sensazia ca corpul a disparut impreuna cu personalitatea.

1. **Fenomeneul de “jamais vu”** este manifestat prin incapacitatea de a recunoaste informatii care au existat si care au fost anterior percepute.

2. **Fenomenul de “déjà vu”** este manifestat prin recunoasterea unor informatii care de fapt nu au fost niciodata percepute.

Ultimele fenomene se intalnesc in stari de oboseala, sindroame de depersonalizare si de derealizare.

TULBURARILE DE GANDIRE

Sunt prezentate de **tulburari ale ritmului si fluxului** (tulburari cantitative), cat si **tulburari de continut** (tulburari calitative).

Tulburarile de ritm a gandirii:

Fuga de idei – trecerea rapida de la o idee la alta, se intalneste in intoxicatia acuta cu substante psihoactive, sd. Maniacal;

Slabirea asociatiilor – se manifesta prin lipsa legaturii logice dintre ideile expuse care, in anumite cazuri, conduce la incoerenta ideoverbala, considerata un criteriu diagnostic pentruschizofrenie;

Gandirea vaga – ideile exprimate sunt neclare, tangentiale la subiect, se intalneste in schizofrenie;

Lentoarea ideativa – scaderea ritmului ideoverbal, exprimata clinic prin vorbire lenta (bradilalie) si cresterea latentei intre intrebare si raspuns, se intalneste in depresie, boli organice cerebrale, stari confuzionale;

Saracirea continutului ideoverbal – ideile exprimate sunt putine, stereotipe, lipsite de imaginatie, concrete, se intalnesc in schizofrenie, depresii, demente, retardare mentala;

Neologismele – cuvinte noi inventate de pacient, care au o semnificatie strict personala, se intalnesc in schizofrenie;

Verbigeratia – repetarea automata, stereotipa a unor cuvinte sau fraze, se intalneste in schizofrenie;

Salata de cuvinte – combinatia ilogica si incoerenta a cuvintelor, se intalneste in schizofreniile cu evolutie severa si in demente;

Ecolalia – repetarea cuvintelor interlocutorului, se intalneste in catatonie, demente;

Perseverarea – raspunsul care a fost dat primei intrebari se mentine si la urmatoarele intrebari, se intalneste mai mult in demente;

Tulburarile de continut ale gandirii:

Sunt reprezentate de:

- 1. Ideile Obsesive;**
- 2. Ideile Prevalentiale;**
- 3. Ideile Delirante.**

Ideile obsesive – idei care domina constiinta individului, sunt repetate si persistente, percepute ca anormale da catre subiect, care este deranjat de prezenta lor, incercand sa le indeparteze, dar nu reuseste. Apar in tulburarea obsesiv-compulsiva, in depresii, uneori in schizofrenii, la debut. Obsesiile pot fi: idei, imagini, amintiri si indoilei privind efectuarea unor actiuni.

Continutul ideilor obsesive deseori este in dezacord cu educatia si convingerea subiectului (de ex: apar idei obscene, obsesive, in timpul rugaciunii la o persoana care este foarte decenta).

Imaginatiile si amintirile obsesive sunt reprezentari mentale persistente si repetitive, deranjante si imposibil de inlaturat, ale unor evenimente neplacute din viata subiectului. Indoielile obsesive sunt tot obsesii ideative, reprezentate de indoiala ca subiectul nu a efectuat o actiune de obicei necesara (de exemplu, daca a incuiat usa sau a scos fierul din priza). Desi pacientul realizeaza absurditatea indoielii si desi este constient de faptul ca a realizat actiunea respectiva, el este

totusi dominat de acesta se repeta obsedant nevoia de a o verifica (ritualuri de verificare).

Ritualurile sau compulsunile – sunt acte repetitive care, odata efectuate scad anxietatea in legatura cu obsesia.

Ideile prevalentiale – idei care se impun constiintei individului, desi sunt irrationale. Acestea au intensitate predeliranta, in sensul in care pacientul accepta intr-o oarecare masura contraargumentarea rationala. Sunt mai des intalnite la personalitatile paranoide si in depresiile psihotice.

Ideile delirante – idei, convingeri false, care nu pot fi testate si demonstrate de realitate si asupra carora subiectul nu are o apreciere critica. Acesta nu accepta contraargumentarea logica si isi modifica comportamentul in functie de continutul acestora. Ideile delirante, impreuna cu halucinatiile, creeaza distorsiunea realitatii. In functie de tematica deliranta. Ele au fost clasificate in idei delirante de tip expansiv si idei delirante de tip depresiv.

Idei delirante de tip expansiv:

- Idei delirante de grandoare (convingerea pacientului ca dispune de calitati si puteri speciale, bogatii nemasurate, frumuseti exceptionale);
- Idei delirante de inventie (convingerea pacientului ca este autorul unei inventii speciale, prezinta schite sau machete puerile);
- Idei delirante de filiatie (convingerea pacientului ca este descendentul unei persoane sau unei familii celebre);
- Idei delirante de reforma (convingerea pacientului ca este creatorul unei lumi perfecte care traieste dupa conceptele promovate de el);
- Idei delirante mistice (convingerea pacientului ca este un mesager divin, ca este un inger, etc.);

- Idei delirante erotomanice (convingerea pacientului ca este iubit de o persoana cu o situatie sociala superioara sau de o clebritate).

Idei delirante de tip depresiv:

- Idei delirante de persecutie (convingerea ferma a pacientul ca sunt persecutati de catre persoane cunoscute sau necunoscute care vor sa le faca rau);
- Idei delirante de urmarire (convingerea ca toate actiunile lor sunt urmarite fie direct de catre persoane ostile, fie prin aparate speciale);
- Idei delirante de otravire (convingerea ca alimentele sunt otravite, se asociaza cu halucinatiile si iluziile olfactive si gustative);
- Idei delirante de referinta (se manifesta prin ideea ca atitudinile, comportamentul celorlalti oameni se refera la el);
- Idei delirante de negare a existentei unor organe sau a functionarii acestora;
- Idei delirante de prejudiciu (ideea deliranta ca este furat, prejudicat);
- Idei delirante de vinovatie (apare in depresie);
- Idei delirante hipocondriace (ideea deliranta ca sufera de o boala severa sau de un defect fizic).

Ideile delirante de persecutie, de urmarire si de otravire sunt componente ale sindromului paranoid. Asociate sau nu cu halucinatiile auditive, ele apar in schizofrenia paranoida si in tulburarile paranoide.

Alte tipuri de idei delirante:

- Idei delirante de control al gândirii (se manifesta prin convingerea bolnavului bolnavului ca gândurile lui sunt controlate sau impuse de persoane straine, ca nu ii apartin);
- Idei delirante de furt sau extragere a gândirii (subiectul are convingerea ca ideile lui sunt furate, estrase din interiorul mintii si facute publice, cunoscute de ceilalti);
- Idei delirante de transformare sau posesiune (convingerea deliranta ca au fost transformati in alte persoane, fiinte sau uenori obiecte).

Ideile delirante pot fi: **1. Sistematizate** si **2. Nesistematizate**

1. **Idei delirante sistematizate** – au o singura tema (maxim doua), pe care subiectul incearca sa le sustina si sa le argumenteze, aceste teme delirante sunt constante in timp;
2. **Idei delirante nesistematizate** se manifesta prin prezenta mai multor teme delirante, tipuri de idei sau fragmente de idei, a caror prezentare este dezordonata si lipsita de argumentatie, sunt prezente in schizofrenie.

Sindrom paranoial – delir sistematizat interpretativ, cu un caracter monotematic, cu lipsa halucinatiilor, ex.: delir de gelozie sau de reforma (tendinta de interpretare a faptelor reale prin prisma unor judecati subiective). Comportamentul bolnavului in principiu este corect, insa atitudinea fata de cei din jur depinde de atitudinea lor fata de convingerile delirante. Se intalneste in psihopatiile paranoice, schizofrenie, psihozele reactive.

Sindrom paranoid – delir sistematizat de urmarire, relatie, influenta, persecutie, cu caracter politematic si halucinatii auditive “pseudohalucinatii”. Caracteristic schizofreniei paranoide, poate aparea in psihozele presenile, senile.

Sindrom parafrenic – delir sistematizat, cu o simptomatologie polimorfa, o combinatie a ideilor delirante de persecutie, influenta cu delir de grandoare. De obicei evalueaza pe un fond afectiv relativ crescut.

Sindrom Kandinski-Clerambault – automatism asociativ, senzitiv si psihomotor, insotit de pseudohalucinatii si delir de influenta.

TULBURARILE DE DISPOZITIE

Afectele sunt stari psihice, putin elaborate, definite ca “expresia observata a emotiilor” (Kaplan, 1995). Ele prezinta o traducere in plan neurovegetativ si comportamental a unor sentimente sau emotii. Exprimarea afectelor si aprecierea acestora ca adecvate sau neadecvate se face in starnsa legatura cu continutul gandirii.

Afectele pot fi:

- **Adecvate**, in acest caz existand concordanta intre continutul gandirii si afecte;
- **Inadecvate**, in acest caz se pierde concordanta intre expresia emotiilor si continutul gandirii, se intalnesc in schizofrenie.

Alte tulburari ale afectelor:

- **Aplatisarea afectelor** – expresia emotionala este redusa, subiectul pare indiferent si ideile nu mai sunt insotite de sentimente, este frecventa in schizofrenie, mai rara in depresie;
- **Labilitatea afectelor** – afectele se succed cu rapiditate, sunt inconstante, superficiale, se intalnesc in sindroamele maniacale si in anumite tulburari de personalitate (isterica, borderline).

Dispozitia reprezinta o stare emotionala de intensitate variabila si durata relativa care poate fi apreciata de subiect si care oscileaza intre tristete si bucurie.

Dispozitia (pozitiva sau negativa) influenteaza functionarea tuturor celorlalte functii psihice.

Disforia reprezinta o stare de dispozitie proasta, neplacuta, o combinatie de tristete, anxietate si neliniste psihomotorie.

Anhedonia este un termen care provine de la grecescul "hedone" – placere, care exprima lipsa de placere pentru orice aspect al vietii care este insotit de obicei de sentimentul de placere. Se intalneste cel mai frecvent in depresie si schizofrenie.

Depresia este o stare de tristete nemotivata.

Apatia – incapacitate de implicare emotionala. Dezinteres, asemanatoare cu aplatizarea afectiva, se intalneste in schizofrenie, depresii, sindroame psihoorganice.

Ambivalenta afectiva – prezenta simultana nemotivata si bizara a doua emotii, sentimente opuse, contradictorii, intalnita in schizofrenie.

Anxietatea – "frica fara obiect", irationala, in absenta unui pericol sau frica intens disproportionata in raport cu un pericol.

Euforia – o stare de buna dispozitie, exaltare, anormala si nemotivata, asociata cu cresterea activitatii psihomotorii si idei de grandoare, se intalneste in sindromul maniacal, intoxicatia cu alcool, opiacee si amfetamine, tumori frontale. Este de intensitate mai mica decat euforia, se intalneste in sindromul hipomaniacal si maniacal la debut.

Iritabilitatea reprezinta o tulburare a dispozitiei care se manifesta prin sensibilitatea excesiva la stimuli externi pe care subiectul ii percepe ca fiindu-l ostili. Aceasta sensibilitate este asociata cu raspunsuri comportamentale rapide, furioase, auto si heteroagresivitate, se intalneste in sd. Maniacal, personalitatea borderline, tulburarea exploziva intermitenta, personalitatea antisociala.

TULBURARILE ACTIVITATII MOTORII

Hipoactivitatea reprezinta scaderea activitatii motorii asociata cu incetinirea proceselor cognitive, se intalneste in depresii, sindroame psihoorganice.

Inhibitia psihomotorie – scaderea extrema a activitatii motorii, prezenta in anumite form.e de depresii si in sindroame catatonice. In sindromul catatonic scaderea extrema a activitatii motorii (stupoarea catatonica) este insotita de hipertonie musculara generalizata si flexibilitate ceroasa. Aceasta se manifesta prin posibilitatea de a se imprima anumite pozitii subiectului, pe care acesta le pastreaza timp indelungat. Spre deosebire de stupoarea din tulburarile de constiinta, in stupoarea catatonica pacientul percepe si inregistreaza evenimentele din jur, pe care le poate relata cu exactitate dupa iesirea din catatonie. Stupoarea se mai poate intalni si in starile psihotice reactive si in starile disociative. In cazul din urma, simptomatologia se remite la terapia placebo.

Hiperactivitatea se manifesta prin cresterea activitatii motorii (in sd. maniacal).

Agitatie psihomotorie este reprezentata de cresterea activitatii, asociata cu dezorganizarea acesteia, cu lipsa de scop si de eficienta. Agitatie psihomotorie este un sindrom frecvent intalnit in psihopatologie, reprezentand una dintre urgentele psihiatrice. Cocnditiile clinice in care apare agitatie psihomotorie sunt:

- sindromul confuzional
- sindromul maniacal
- schizofreniile
- epilepsiile

- tulburarile de personalitate
- depresiile psihotice
- psihozele reactive
- tulburarile organice cerebrale.

Akatizia este o forma speciala de agitatie, manifestata prin disconfort muscular asociat cu nevoia de miscare permanenta si cu imposibilitatea de a sta intr-un loc. Este determinata de tratamentul cu antipsihotice cu afinitatea crescuta pentru receptorii dopaminergici.

Manierismele – modificari bizare ale unor gesturi elementare. Apar in schizofrenie, pot imbraca orice aspect, sunt neobisnuite, nemotivate, ilogice (de ex: saluta dupa ce bate de trei ori in palme, merge topaind, etc).

Stereotipiile – repetarea automata, ilogica si bizara a unor activitati. Pot fi de miscare (repetarea unor activitati) si de pozitie (mentinerea unor posturi). Apar in sindroamele catatonice, in demente si in starile confuzionale.

Ecopraxia consta in repetarea “in oglinda a gesturilor”, apare in sindromul catatonic.

Ecomimia este reprezentata prin repetarea “in oglinda” a expresiei faciale, se intalneste in sindromul catatonic.

Negativismul – lipsa de raspuns sau efectuarea actiunii contrare la o anumita solicitare, este o componenta a sindromului catatonic.

Sindromul catatonic este unul complex, in care pe primul plan se afla tulburarile comportamentului motor. Clinic se manifesta prin:

- stupoare sau agitatie catatonica;
- hipertonie musculara generalizata;
- flexibilitate ceroasa;
- negativism;
- sugestibilitate manifestata prin ecomimie, ecopraxie;

- stereotipii de pozitie sau de miscare.

Nici unul dintre simptomele expuse nu are valoare diagnostica daca reprezinta singura manifestare. Simptomele trebuie judecate in contextul clinic, atat psihopatologic, cat si somatic.

TULBURARILE DE MEMORIE

Memoria reprezinta functia psihica prin care se inregistreaza, se recunosc si se reproduc informatii.

Tulburarile de memorie sunt clasificate in tulburari cantitative si tulburari calitative.

Tulburarile cantitative ale memoriei:

Hipomnezia – scaderea capacitatii de fixare si reproducere a informatiei, apare in stari de oboseala, neurastenii, depresii, sindroame psihoorganice, sindromul postcomotional, stari emotioanle negative.

Amnezia – incapacitatea de fixare si reproducere a informatiilor, poate fi:

1. **anterograda** – incapacitatea de a fixa si reproduce informatii incepand cu debutul bolii, este specifica sindromului amnestic Korsakoff. Amnezia anterograda se apreciaza in conditiile in care nu exista tulburare de constiinta (atentia si concentratia sunt normale).
Teste de verificare: sa retina 4-5 cuvinte, urmand sa le reproduca peste 5 minute, reproducerea discutiei care a avut loc 10 munte in urma, etc.;
2. **retrograda** - priveste perioada anterioara debutului bolii si se manifesta prin uitarea progresiva a amintirilor de la recent catre trecut, de la complex catre simplu. Se intalneste in demente, unde amnezia este de fapt antero-retrograda. Amnezia retrograda este mai dificil de investigat, intrebarile totusi vor tine seama de nivelul de instruire al pacientului si vor investiga date despre viata personala (in ce an s-a nascut, cand a terminat scoala, in ce an s-a casatorit, cand a efectuat serviciul militar), etc.

Hipermnezia – creșterea capacității de înregistrare și reproducere a informațiilor, se întâlnește în sindroamele maniacale, hipomaniacale și în sindroamele paranoide.

Tulburările calitative ale memoriei:

Paramneziile (iluziile de memorie) sunt tulburări ale memoriei reprezentate de modificări ale amintirilor, care fie că nu sunt plasate corect în timp, fie sunt amestecate sau fals atribuite. Acestea sunt reprezentate de confabulații, ecmnezie, fenomene de “jamais-vu”, “déjà vu”.

3. **Confabulațiile** reprezintă umplerea unui deficit de memorie cu evenimente care sunt verosimile, dar care nu s-au întâmplat în perioada respectivă sau nu s-au întâmplat niciodată. Ele au un caracter neintențional (pacientul este convins că relatarile sunt adevărate), prin aceasta deosebindu-se de minciuna (care are caracter intențional). Sunt întâlnite în sd. Korsakoff și demente.
4. **Ecmnezia** – o formă specială de confabulație, în care subiecții se plasează și trăiesc în trecut, pe care îl confunda cu prezentul, se întâlnesc în demente.

TULBURARILE CONSTIINTEI

Constiinta este o functie complexa de integrare, in care sunt antrenate toate laturile vietii psihice: perceptia, gandirea, emotiile, atentia, volitia.

Criteriile de apreciere a claritatii constiintei:

1. Gradul de orientare in timp si spatiu;
2. Posibilitatea de a realiza u contact cu bolnavul;
3. Comportamentul pacientului in timpul convorbirii;
4. Starea proceselor de gandire mai ales cea abstracta;

Tulburarile de constiinta pot fi cantitative si calitative.

Tulburarile de constiinta cantitative:

- obtuzia;
- obnubilarea;
- somnolenta;
- coma.

Tulburarile de constiinta calitative

Deliriu, delirium (se intalneste in psihozele toxice, somatogene, infectioase) - (dezorientare in timp, spatiu, este orientat in propria persoana, abundenta de halucinatii vizuale, cu caracter polimorf, fuguri, fiare, animale, insecte, etc. Bolnavii anxiosi, agitati, perplexi. Sunt prezente iluziile, pareidoliile, se deregleaza procesele asociative. Sunt cunoscute **3 forme** de delir: **abortiv** – clinica delirului redusa, apare anxietatea, frica, insomniile, iluzii; **profesional** – constiinta este mai confuza, apar iluzii, halucinatii, pacientii agitati, indeplinind actiunile profesionale;**musitant** – dereglare profunda a constiintei cu excitatie sau agitatie in limita patului.

Oneiroidul (se intalneste in schizofrenie, psihoze somatogene, infectioase, organice) –stare in care totul se petrece ca in vis, evenimentele se succed ca la cinema, halucinatii scenice, haotice. Sunt cunoscute varianta expansiva, depresiva si mixta, in dpendenta de fondalul afectiv.

Amentia (se intalneste in schizofrenie, psihoze organice, somatogene, infectioase, toxice) – dereglare profunda a constiintei, cu dezorientare totala in timp, spatiu si propria persoana. Pacientii detasati de realitate, agitati, vorbirea incoerenta, “salata de cuvinte”, contureaza halucinatii, iluzii, etc.

Starea crepusculara (se intalneste in epilepsie, psihoze organice), se declanseaza brusc, tulburare profunda a constiintei, insotita de automatism motor, halucinatii vizuale, auditive, iluzii, idei delirante de urmarire, influenta, etc. Dureaza de la cateva minute, pana la cateva zile, la iesire din stare – amnezie totala. Se cunosc urmatoarele forme: **automatismul ambulator** – comportament automat de actiuni de deplasare, **somnambulismul** – in timpul noptii umbla prin odaie, iese din casa, ca ulterior sa nu-si reaminteasca nimic, **fugile si transele** automatism ambulator cu o durata de 2-3 minute, **absenta** – automatism ambulator cu o durata de 2-3 secunde.

Definiție:

Din punct de vedere etimologic, cuvântul schizofrenie provine din **skhizein** = a despica, a rupe, a scinda + **phren** = suflet, spirit.

În manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale DSM IV, schizofrenia este definită ca o:

"Tulburare mintală care durează cel puțin șase luni și presupune pentru cel puțin o lună existența unei stări de boală (adică existența a două sau mai multe simptome dintre următoarele:

1. idei delirante,
2. halucinații,
3. dezorganizarea gândirii și vorbirii,
4. comportament profund dezorganizat sau catatonie,
5. simptome negative".

Schizofrenia – este o boală mintală din categoria psihozelor endogene cu etiologie necunoscută, multifactorială, cu evoluție cronică, prognostic grav, se manifestă cu disocierea proceselor psihice și duce la dezadaptare socială.

Istoric:

- | | | | |
|---|-----------------------|--------------------------|-------------|
| • | Esquirol | <i>Idioție câștigată</i> | 1838 |
| • | Morel | <i>Demență precoce</i> | 1857 |
| • | Hecker | <i>Hebefrenia</i> | 1871 |
| • | Kahlbaum | <i>Catatonie</i> | 1874 |
| • | Emil Kraepelin | <i>Dementia Praecox</i> | 1896 |
| • | E. Bleuler | <i>Schizofrenie</i> | 1911 |

Epidemiologie:

1. Se întâlnește în populație cu o frecvență de 1-1,5 %.
2. Incidența cazurilor noi ale schizofreniei este de 10-20 persoane la 100.000 anual
3. Prevalența schizofreniei este de aproximativ 300 la 100.000 anual
4. Bărbații și femeile prezintă risc egal de dezvoltare a schizofreniei, Raportul bărbați / femei = 1, doar la bărbați debutul bolii este cu la 3-4 ani mai devreme decât la femei.
5. Debutul majoritar între 20-35 de ani. Vârsta de instalare a schizofreniei este de 15-25 ani pentru bărbați și 25-30 ani pentru femei. A doua perioadă critică pentru femei este către 40 de ani.
6. Are o rată de suicid de 10 %.

Etiologie în ipoteze:

Mecanismele de producere a bolii **raman necunoscute**. Posibil o **heterogenitate etiologica** (sunt implicați factori: biologici, biochimici, genetici, de mediu etc.).

1. **Factorul ereditar** – predispoziție genetică. Incidența schizofreniei printre gemenii monoziagoți în literatură este până la 90 %; frații sau surorile bolnavului de schizofrenie au riscul genetic de manifestare a bolii în jur de 5-16 %, iar copiii - de la 7% la 16 % .În cazul ambilor părinți cu schizofrenie riscul este de 40-60 % .În funcție de structura de personalitate predomină tipul schizoid, anancast, paranoic, exploziv care predomină la acești pacienți sau rude.
2. **Factorul endocrin** – sch poate debută în perioadă de pubertate, postpartum sau climacterie.
3. **Factorul dizontogenetic** – hipoxia intra- și perinatală crește probabilitatea de a dezvolta sch de 4 ori, complicațiile obstetricale cresc riscul de dezvoltare a sch cu 20 % (traume în timpul nașterii sunt legate de apariția modificărilor patologice pronunțate – atrofie cerebrală. Ipoteza dizontogenetică explică nede dezvoltarea celulară care apare ca rezultat al factorilor externi (infecții virotice, stresul, complicații la intervenții obstetrice) dar și al defectelor genetice care codifică dezvoltarea neuronală.
4. **Factorul psihologic** – factorii psihogeni nu pot fi considerați principali în etiologia sch, dar ei joacă un rol important în declanșarea procesului schizofren.

5. **Factorul biologic** – se referă la implicarea neuromediatorilor în patogeneza schizofreniei: a dopaminei, noradrenalinei, serotoninei, acetilcolinei, glutamatului și a unor neuropeptide.

Patogeneza:

1. **Teoria dopaminergică:** În schizofrenie se constată disfuncționalitatea structurilor dopaminice – creșterea activității dopaminice în structurile mezolimbice și scăderea în structurile mezocorticale. Blocarea receptorilor D2 cu ajutorul neurolepticelor ameliorează starea pacienților
2. **Teoria serotoninergică** – surplusul de serotonină poate fi cauza simptomelor pozitive sau negative din schizofrenie prin influența asupra neuronilor dopaminici.
3. **Teoria noradrenergică** – prin disfuncționalitatea noradrenergică se explică simptomele deficitare din schizofrenie ca scăderea potențialului energetic, anhedonia (lipsa capacității de a avea senzația de plăcere).
4. **Teoria glutamatergică** – glutamatul este un neurotransmițător activant din sistemul nervos central, care prin intermediul receptorilor NMDA pot inhiba activitatea neuronilor dopaminici.
5. **Teoria de autointoxicare** – este o ipoteza care relatează creșterea metabolismului dopaminei în creier cu apariția radicalilor liberi care prezintă toxicitate și provoacă apoptoza celulelor nervoase.
6. **Teoria imunologică** – explică apariția anticorpilor neuronali în baza unor procese autoimune în schizofrenie.

Clinica schizofreniei.

Simptomele schizofreniei au un caracter polimorf și depind de stadiul, forma și evoluția maladiei. Schizofrenia este o boala complexa care nu are o singura trasatura definitorie, cu multiple simptome caracteristice din domenii:

- cognitie,
- volitie
- emotie,
- personalitate,
- activitate motorie.

Principala trasatura clinica a schizofreniei este poate aceea ca psihismul pacientului pare rupt, fragmentat, disociat.

Simptomele schizofreniei pot fi subdivizate în grupuri de simptome polare:

1. **Pozitive:** distorsiuni sau exagerari ale functiilor normale;
2. **Negative:** diminuarea funcțiilor normale.

SIMPTOME POZITIVE		SIMPTOME NEGATIVE	
Simptome	Funcția deteriorată	Simptome	Funcția deteriorată
halucinații	percepție	alogie	fluența vorbirii/gândirii
idei delirante	gândirea inferențială	aplatizarea afectului	expresia emoțională
vorbire dezorganizată	gândire/limbaj	abulie	voință și pulsione
comportament bizar	comportament	anhedonie	capacitate hedonică

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

Tipuri de halucinații • auditive • vizuale • tactile • olfactive • kinestezice	Tipuri de idei delirante • de persecuție • de grandoare • mistice • de gelozie • somatice
---	--

Importanța simptomelor negative constă în faptul că ele deteriorează capacitatea pacientului de a funcționa zilnic: să aibă un serviciu, să frecventeze școala, să-și formeze prietenii, să aibă relații intime familiale.

Psihopatologie generală:

1. Tulburări ale gândirii: Atitudine a conținutului (delir, neologisme, simbolism, idei de referință, sarcină a conținutului) și a formei gândirii (de ex. deraieri, slăbire a asociațiilor, raționament sau ideatie sterilă, *discordanța gândirii*: rupturi, incoerență, tangentialitate, paralogie, globalizare, ambitendință, blocări (sperrung), "goluri în cap", Pot fi tulburări de fluiditate a gândirii manifestate prin .mentism , vebigerația, perseverența

2. Tulb. percepție: iluzii, pseudohalucinații auditive, uneori olfactive și tactile

3. Sfera afectivă: răcire emoțională, afect paradoxal, plat, tocit, extrem de lăbil, inadecvat, caraghios, ambivalentă,

4. Sfera volitivă: Diminuarea așa numitului potențial energetic, pulsioni sau motivații inadecvate, ambivalentă marcată, ambitendință, inatenție, abulie, neglijarea îngrijirii corporale

5. Functionarea interpersonală-Deficitara(de ex.retragere sociala si detasare emotionala, agresivitate, negativism, inadecvare sexuala, si unul din cele de baza si cele mai specifice- **autizm**.

Tulburări de memorie. Nu sunt specifice pentru schizofrene

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

În tabloul clinic deosebit:

1. **Simptome fundamentale (pozitive și negative), de disociere a personalității (dereglări ale procesului asociativ, alterarea funcțiilor volitive, autism, ambivalența).**
- **De exemplu clinica schizofreniei conform definiției lui Bleuler, care a introdus noțiunea de schizofrenie constă din regula celor 6 ” A” (simptomele fundamentale ale lui Bleuler) și anume:**
 - 1) **Tulburări ale afectivității (afectivitate tocită)**– se manifestă prin răceala afectivă, ambivalență afectivă
 - 2) **Tulburări asociative (asociații patologice)** – dereglarea ritmului asociativ, blocaj sau accelerare a ritmului ideator, discordanța ideății
 - 3) **Autismul** – simptom de izolare lăuntrică, detașare de realitate, aflarea într-o lume proprie lăuntrică a pacientului
 - 4) **Ambivalența** – prezența a unori gânduri, senzații cu conținut contradictoriu
 - 5) **Abulie**
 - 6) **Atenție tulburată.**

Simptome de prim rang in Sch: Criterii ICD-10

- **Ecoul gândirii** (pacientul percepe ecoul propriilor gânduri)
- **Insertia gândirii** (senzația relatată de pacient că cineva i-ar introduce din exterior gândurile avute)
- **Penetrarea gândirii** (se referă la senzația că propriile gânduri sunt citite de cei din jur)
- **Furtul gândirii** (senzația că propriile gânduri sunt extrase fără voia pacientului din cap)
- **Simptome de automatism mintal** (gândurile, mișcările sau senzațiile pacientului sunt percepute ca dirijate din exterior)
- **Halucinații auditive** („voci”, care se adresează pacientului la persoana a treia, îi comentează sau ordonă acțiunile)

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

Clasificarea schizofreniei

După clasificarea internațională ICD-10 deosebim:

- F 20.0 SCh paranoidă
- F 20.1 SCh hebefrenă
- F 20.2 SCh catatonă
- F 20.3 SCh nediferențiată
- F 20.6 SCh simplă
- F 20.8 alte forme (sch cenestopată, ipocondriacă, febrilă, reziduală)
- F 20.9 SCh nespecificată (profschizofrenie)
-

Modalitatea evolutiva(tipurile de evolutie)

1. Continuă.
2. Episodică, cu deficit progresiv (progredienta în accese)
3. Episodică, cu deficit stabil. (progredienta în accese)
4. Episodică, remitentă (remitentă)

Forma paranoidă.

Este cea mai frecventă formă de schizofrenie și se caracterizează prin dominarea fenomenelor delirante care sunt precedate, asociate sau urmate de fenomene halucinatorii. Debutează ca regulă la vârstă de 25-45 de ani, dar poate să se declanșeze și mai timpuriu, la adolescență. În evoluția bolii deosebim trei etape – paranoială, paranoidă și parafrenă.

Etapa paranoială cu debutul bolii are o durată de 10-15 ani. La bolnavi se constată tulburări pseudoneurotice (asemănătoare nevrozelor), psihopatiforme (cu tulburări de comportament) sau afective.

Sindromul paranoic(paranoial – reprezintă o stare psihopatologică cu monodelir sistematizat cu încărcătură afectivă, conținut, fabula aparent veridice, fără tulburări de percepție asociate. Pacienții sunt activi pentru realizarea ideilor sale. Ca conținut tematic predomină următoarele:

- delirul de invenție, delirul de gelozie, delirul ipohodric, delirul cverulent (petiții repetate către organele de stat, judecătoria pentru probleme minore). Mai rar delir de relație, și cel erotomanic.

- **Etapa paranoidea**

Odată cu evoluția etapei paranoice conținutul devine mai amorf, mai variat, cu mai multe tematici delirante (de persecuție, relație, otrăvire, influență). La această etapă se asociază frecvent tulburările de percepție sub formă de halucinații, preponderent auditive.

Etapa parafrena

În a treia etapa apar primele simptome de așa numit defect psihic (demența schizofrenă), are loc o transformare a ideilor delirante într-un sindrom parafrenic- conținutul delirului are un caracter mistic; religios, idei de grandoare fantastice, cu supraevaluarea propriilor capacități.

Concluzie: Pentru forma paranoidă sunt caracteristic:

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

Schizofrenia hebefrenă.

A fost descrisă de Khalbaum și Hecker. Debutează la 16-17 ani. Etapa inițială de scurtă durată 1,5-2 ani. Aceasta forma clinica se caracterizeaza printr-o dezorganizare ideativa și comportamenta. Inițial se observă diferite schimbări de comportament. Bolnavii devin emoțional reci față de părinți, cei apropiați, sunt neglijenți, murdari, nu se spala. Ulterior apare starea excitație psihomotorie cu expresii patetice, euforii, răs neadecvat, grimase bizare, irascibilitate, neologisme, excitație sexuală, maneriism, comportamentul pueril, reacții impulsive, agresivitate, idei delirante rudimentare de persecuție, de otrăvire, de influență, hipocondriace, discordanță ideatorie , halucinații auditive elementare. Toate aceste simptome formează un sindrom de agitație hebefrenă, care are multe elemente catatonice cu tulburări d vorbire (incoerența, verbigeratii). Sub aspectul continutului comunicarii, el folosește cuvinte noi: neologisme active - cuvinte din alte limbi sau neologisme pasive - folosirea de cuvinte auzite, unde continuiul nu-i este cunoscut pentru bolnav. **Bleuler** consideră că forma hebefrenă este „oala cea mare in care sunt aruncate formele care nu pot fi plasate in cele trei”. Forma hebefrenă are dinamică continuă, cu prognostic nefavorabil cu tendință spre o demență schizofrenă profundă peste 2-4 ani.

Concluzie: Pentru forma hebefrenă sunt caracteristic:

1. Comportament dezorganizat și deviant
2. Dezinhibiție psihocomportamentală

3. Aspect exterior bizar
4. Dezorganizare ideatorie
5. Debut în copilărie sau adolescență cu aplatizare afectivă, tulburări de comportament, manierisme și comportament pueril în general

Schizofrenia catatonă.

A fost descrisă Kahlbaum. În perioada prodromală se constată astenie, hipocondrie, tendință de autoizolare, tristețe sau apatie și sărăcirea afectivă. Debută la vârstă de 19-35 ani, mai frecvent până la 20 ani brusc sub forma de:

1. **excitație catatonică,**
2. **stupoare catatonică**
3. **sucesiunea lor**

Sindromul de excitație catatonică se caracterizează prin excitație psihomotorie și incoerența gândirii, labilitate afectivă exagerată (de la manie la disforie) cu agresivitate), impulsivitate, stereotipii , manierisme, paramimie.

Asociat se pot constata:

- **ecopraxie** – repetarea mișcărilor celor din jur
- **ecolalie** – repetarea cuvintelor celor din jur
- **ecomimie** – repetarea mimicii

Discordanța ideatorie se manifestă prin construcția gramaticală corectă a frazelor , dar fara legatura logica. Uneori agitatie psihomotorie se limiteaza numai la cea verbala.

Stupoarea catatonică se manifestă prin:

- lipsa activității motorii
- poza embrionara
- mutism
- negativism pasiv
- flexibilitate ceroasă, care consta în păstrarea timp îndelungat a unei poziții anumite (ex. mână ridicată)
- Tonus muscular crescut

- Simptomul pernei de aer (Dupre) (după extragerea pernei de sub cap pacientul rămâne cu capul în aceeași poziție)
- Amimie, paramimie
- Reflexe patologice

Pacientul este inhibat, stă într-o poziție nemișcat, adeseori în poziție embrionară zile sau săptămâni, nu reacționează la adresări. Se deosebesc 3 tipuri (stadii) de stupoare:

1. Stupoare cu flexibilitate ceroasă
2. Stupoare cu negativism
3. Stupoare cu încordare musculară

Uneori la bolnavi apar simptome impulsive când bolnavul, îndeosebi noaptea se scoală, umblă prin salon, poate să lovească cei din jur, după care se culcă.

Catatonie poate evalua pe fundal de conștiință lucidă sau tulburată de tip oneroid sau amentiv

Concluzii: pentru forma catatonă sunt tipice :

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

Sch febrilă (hipertoxică, mortală) – poate fi apreciată ca o manifestare aparte a formei catatonice. **Are evoluție malignă și pronostic nefavorabil. Simptomul de bază – febra 39-41 gr . Celsius, tahicardie, tulburări vegetative, schimbări trofice cutanate – echimoze.**

Simptomele psihice sunt de natură psihotică și anume : simptome catatonice cu tulburări de conștiință de tip oneiroid, dezorientare în timp și spațiu, agitație sau stupoare catatonă, posibil idei delirante de influență, relație. Specific pentru această formă este disocierea puls – temperatură (temperatura poate fi 37, iar PS 120-140 bătăi/minut.). La fel inversia temperaturii (dimineața febra poate fi mai mare decât seara. În lipsa asistenței adecvate Exitus Letalis Terapie electroconvulsivă, chlorpromazin.

Schizofrenia forma simplă.

A fost descrisă de Otodin. Debutează la vârsta 18-25 de ani, lent cu simptomatologie pseudonevrotică, adeseori de tip astenic: *insomnie, fatigabilitate psihică, iritabilitate, cefalee*, și așa numită ”cadere a potențialului energetic”.

În debutul bolii la unii bolnavi se observă dereglări specifice pentru această formă – *sindrom de intoxicare metafizică* - interesul patologic și neproductiv pentru psihologie, parapsihologie, filosofie, istorie, medicina, astronomie sau religie. Pacienții conștientizează schimbările ciudate care se întâmplă, fapt pentru care încep adeseori a consuma alcool, droguri sau alte metode pentru a-și stimula activitatea.

Ulterior apar simptomul principal – apato-abulic, cu pierderea intereselor față de cei din jur, senzația că sunt ”chiriași în propria familie”. Elevii sau studenții abandonează studiile, angajații – serviciul, se pierde interesul pentru cei din jur, devin inactivi sau apar preocupări bizare.

Caracteristic pentru această formă este dereglarea atenției cu dificultăți de concentrare. Alt simptom evident este tulburarea procesului ideator care devine haotic, apare senzația de „gol în creier”, flux necontrolabil de gânduri, baraj ideator. Pierderea contactului cu realitatea când pacientul nu cunoaște vecinul de pat sau medicul curant demonstrează gradul de dezadaptare socială.

Concluzii pentru forma simplă sunt caracteristic:

1. În debut – astenie cu simptomatologie pseudonevrotică, scăderea potențialului energetic, simptomatologie psihopatiiformă
2. Această formă clinică de schizofrenie nu se distinge printr-un element clinic semnificativ, caracteristic, ci printr-o gamă largă de simptome negative:
 - scădere a capacității voliționale;
 - scădere a capacității de rezonanță afectivă;
 - scădere până la anulare a funcționalității profesionale și sociale;
 - anumită detașare;
 - însingurare, izolare; un comportament autist.
3. Adeseori sindrom de intoxicație metafizică.
4. Simptomatologie apato-abulică.
5. Tulburări asociative – gândire haotică, mentism, senzația de gol în creier, dereglări de atenție.

Schizofrenia nediferențiată

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

Schizofrenie reziduală

Aceasta form presupune ca a existat în trecut cel puțin un episoade acut de schizofrenie, dar tabloul clinic actual nu prezinta simptome psihotice pozitive notabile. Apare o retragere sociala marcata, aplatizarea afectului, abulie. **Sch reziduală – este un stadiu cronic al sch cu simptome negative ireversibile:**

- lentoare psihomotorie
- hipoactivitate
- tocire afectivă
- pasivitate, necomunicare
- o adaptare socială scăzută

Diagnostic diferențial al schizofreniei:

1. Tulburare schizotipală
2. Tulburare schizoafectivă
3. Tulburare afectivă
4. Tulburare psihotică acută polimorfă
5. Tulburare delirantă
6. Tulburare de personalitate

Tratament:

Tratamentul multidimensional reunește mijloacele:

- medicamentoase,
- psihoterapeutice
- socioterapeutice.

Tratamentul medicamentos reprezintă un relativ progres, de la introducerea lui în anii 1950 (Jean Delay și P. Deniker, 1952). Primele medicamente folosite aparțin clasei de antipsihotice Neuroleptice, preparate cu acțiune în principal antidopaminergică. Medicamentele se administrează atât în faza acută, cât și în faza de remisie parțială sau totală sub formă de tablete sau de injecții "depozit" pentru prevenirea recidivelor. În ultimii ani au apărut antipsihoticele de nouă generație sau antipsihotice "atipice", care au o serie de avantaje (efecte secundare mai reduse, influențează și simptomele negative). Primele antipsihotice descoperite, numite și **antipsihotice tipice (clasice)** sunt reprezentate de **Haloperidol, Clorpromazina(Aminazin), Tioridazina(Sonopax), Trifluoperazina(Triftazin, Stelazin)**. Din păcate, acestea sunt însoțite de o serie de efecte adverse extrapiramidale la peste 70% din pacienți. **Antipsihoticele noi, numite și atipice** sunt mult mai rar însoțite de efecte secundare extrapiramidale. Aceste antipsihotice noi sunt reprezentate de: **OLANZAPINA, RISPERIDONA (Rispolept, Rileptid), QUETIAPINA(Serocvel), ZIPRAZIDONA, AMISULPIRID (Solian), CLOZAPINA (Leponex. Azaleptin). INVEGA**. Antipsihoticele noi sunt foarte eficiente atât asupra simptomelor pozitive cât și negative.

Psihoterapia. În centrul mijloacelor folosite stă terapia suportivă a pacientului, dar și a membrilor de familie, pentru a se putea obține o cooperare necesară în tot decursul tratamentului medicamentos.

Socioterapia: Măsuri la locul de muncă și în familie, terapie ocupațională, măsuri reabilitative.

Terapiile de soc:

Terapia convulsivantă electrică - TCE (Electroșoc: Cerletti și Bini, 1938)

Terapia convulsivă. A fost introdusă în anul 1935 de Meduna. Se aplica cu ajutorul camforului sau cardiazolu-lui în doze mari. În 1939 Bini și Vencetti au înlocuit preparatele convulsivante cu șocul electric, care e destul de eficace în stările depresive cu tendință la suicid, cu refuz alimentar, în inhibiția catatonică, în stările obsesiv-fobice, halucinoză. Se recomandă aplicarea de la 5 până la 10 șocuri electrice.

Schizofrenia la copii

Referitor la existența schizofreniei la copii sunt mai multe păreri. Unii psihiatri, mai ales francezi, contestă posibilitatea dezvoltării schizofreniei la copii. Alții nu văd nimic comun între schizofrenia la copii și schizofrenia la adulți și o consideră desinestătătoare. Al treilea grup de psihiatri neagă existența schizofreniei la copii ca unitate nozologică ' și vorbesc despre niște reacții schizoforme la acțiunea diferitelor noxe.

Primele descrieri ale schizofreniei la copii au apărut în secolul al XIX-lea sub denumirea de «demență cataleptică», «idioție acută», «paranoie acută», iar Danilo, în 1896, a descris catatonia la un copil de 14 ani (V. Predescu, *Psihiatria*).

Clasificarea detaliată a schizofreniei la copii, din punct de vedere al formei și evoluției, o găsim la G: Suhareva. Ea indică următoarele forme: 1. forma simplă; 2. forma catatonică; 3. forma hebefrenică; 4. forma paranoică; 5. forma depresiv-paranoică; 6. forma ipohondrică; 7. forma nevrotică.

Din punct de vedere evolutiv, Suhareva deosebește forme cu debut insidios și evoluție lentă progresivă, forme cu debut brusc și evoluție remitentă și forme intermediare cu debut subacut și evoluție progresivă.

Schizofrenia la copii are o evoluție atipică, cu o simptomatologie polimorfă, fragmentară, frustă, care nu permite, mai ales la o vârstă mică, de a o clasifica într-o formă oarecare. Caracteristice pentru schizofrenia la copii sunt stările de frică, tulburările psihomotorii și verbale asociate cu stereotipii, halucinații vizuale, o fantezie patologică stereotipă de tip delirant, fenomene de depersonalizare. La adolescenți sunt caracteristice anorexia, dismorfofobia, intoxicația filozofică, fenomenele hebefrenice cu tulburări de comportament.

Forma infantilă propriu-zisă. Are un debut insidios, o evoluție lentă, progresivă. Apare la vârsta de 3—5 ani. Se întâlnește în 8—12% din cazuri. Caracteristic pentru această formă este sindromul Kanner, care se manifestă printr-un autism sever. Copiii sunt timizi, apatici, necomunicativi. Se observă o adinamie cu mișcări neîndemânate, stereotipe. Copiii încetează să mai participe la jocurile colective, se izolează, devin indiferenți față de cei din jur. Jocul lor capătă un aspect stereotipic, perseverativ,

monoton. Zile întregi se pot juca cu unul și același obiect, învârtindu-l în mâini sau mișcându-l dintr-un loc în altul. Cu încetul apar dereglări psihomotorii și de vorbire. Bolnavii devin impulsivi, în comportament apar manierisme, stereotipiile, stările de stupoare tranzitorie, mutism, verbigeratie, ecolalie, ecoprazie, incoerență a vorbirii. Se semnalează o întârziere în dezvoltarea fizică și psihică. Destul de repede apare un defect al personalității de tip oligofren, cu dereglări de limbaj și comportament.

În perioada școlară copiii se adaptează greu, au insuccese la învățătură, sunt retrași, nu contactează cu ceilalți copii, vorbesc singuri. În perioadele de acutizare apar stări anxioase, halucinații și idei delirante fragmentare.

Schizofrenia cu evoluție lentă. Este cea mai frecventă formă (aproape 50%)- Are un debut lent, imprevizibil; uneori nu se poate stabili începutul bolii, deoarece alterările comportamentului sau alte fenomene sunt tratate ca parti-

cularități de caracter. Caracteristice pentru această formă sunt simptomele negative. În prim-plan se situează autismul cu scăderea afectivității, indiferența față de mediul ambiant, fantezia autistică. Apar tulburări de gândire cu susceptibilitate, stări obsesive, anxioase, dereglări psihomotorii cu un caracter stereotipic, uneori fenomene impulsive. În această etapă tabloul clinic este destul de polimorf. De aceea este dificilă determinarea formei de schizofrenie.

În dinamică are loc o transformare a simptomatologiei bolii. La unii bolnavi se instalează un sindrom nevrotiform sau psihopatiform cu stări obsesive, fantezii autistice, pasiuni patologice, fenomene hebefrenice evidente în comportament. Această variantă e cea mai frecventă. În alte cazuri simptomatologia este mai intensă, cu stări anxioase, cenoapatii, cu idei ipohondrice, un sindrom halucinator paranoic fragmentar, fenomene catatonice cu o incoerență a gândirii. În perioada pubertală la acești bolnavi apar fenomene de derealizare și depersonalizare, dismorfofobia, anorexia.

Forma progredientă (paranoică). Se întâlnește destul de rar, se manifestă prin tulburări delirante și halucinatorii având un caracter fragmentar și rudimentar. Aceste alterări psihice sunt destul de constante fără tendință de complexitate. Evoluția este periodică, progresivă.

La vârsta adolescenței schizofrenia se întâlnește mai des, are multe aspecte comune cu schizofrenia la adulți, poate fi manifestată într-o formă clinică oarecare. La această vârstă, spre deosebire de maturi, mai frecvent se observă fenomene hebefrenice.

Diagnostic diferențial al schizofreniei

Tulburare schizotipală
Tulburare schizoafectivă
Tulburare psihotică acută polimorfă
Tulburare delirantă
Tulburare de personalitate schizoidă Tulburare de personalitate paranoică
Tulburare afectivă

Tulburarea afectivă bipolară

TAB este o tulburare afectivă caracterizată prin două sau mai multe episoade în care dispoziția pacientului și nivelele activității sunt perturbate semnificativ, aceasta perturbare constând în unele ocazii de creștere a dispoziției, de energie și activitate crescute (hipomanie sau manie) și în altele de scădere a dispoziției, precum și o scădere a energiei și activității (depresie).

Vindecarea este de obicei completă între episoade.

Incidența pe sexe este aproximativ egală.

Pacienți, ce suferă numai de repetate episoade de manie sunt rari.

- Episoadele maniacale încep de obicei abrupt, și durează între 2 săptămâni și 4-5 luni (durata medie aproximativ 4 luni).
- Depresia tinde să dureze mai mult (durata medie aproximativ 6 luni), deși rar peste un an, mai ales la vârstnici
- Episoade de ambele feluri urmează adeseori evenimentelor stresante de viață.
- Primul episod poate apărea la orice vârstă.
- Media de vârstă la care are loc debutul tulburărilor bipolare este între 20-30 ani.
- Frecvența episoadelor sunt foarte variate, deși remisiunile tind să devină mai scurte pe măsură ce trece timpul și depresiile să devină mai frecvente și mai prelungite după vârsta mijlocie.

Istoric

- Jean Falret (1851) a descris tulburarea afectivă sub denumirea de "folie circulaire"
- Jules Baillarger (1854) a denumit-o "folie à double forme".
- Emil Kraepelin în 1921 - "psihoza maniaco- depresivă".

Forme:

- - **tulburarea bipolară I** este caracterizată prin apariția unui sau a mai multor episoade maniacale sau mixte, la care se adaugă sau nu, episoade depresive majore, hipomaniacale.
- - **tulburarea bipolară II** constă în apariția unui sau a mai multor episoade depresive majore și cel puțin a unui episod hipomaniacal.

Etiologie

- • Karl Abraham, Melanie Klein au interpretat starea maniacala ca fiind o reactie (defensă) împotriva depresiei.
- • Factori genetici
- • Ipoteza neurochimica - disfunctionalitati mai multi neuromediatorii.

Faza maniacală

- **Dispoziție ridicată, agitație psihomotorie, agitație intelectuală** cu o durată de cel puțin o săptămână.
- **Dispoziție ridicată:** sociabilitate, comunicativitate verbală, hiperfamiliaritate, stima de sine exagerată;
- **Excitație psihomotorie:** cheltuieli pe care nu le poate onora, generozitate inadecvată posibilităților materiale, jocuri de noroc, aspect exterior excentric prin îmbracaminte în culori vii, fardare excesivă), călătorie, comportament impulsiv, dezinhibat, dar și izbucniri de mânie, iritabilitate, îngâmfare, comportament grosolan, implicare în multiple activități, dar fără o finalizare. Forma extremă de agitație psihomotorie poartă numele de furor maniacal și poate duce la acte cu implicații medico - legale.
- **Agitație intelectuală:** - fuga de idei, vorbire accelerată, cu voce tare, cu senzația de omnipotență
- - idei delirante de frumusețe fizică ;
- - idei delirante de talent într-un anumit domeniu ;
- - idei delirante de inovație ;
- - idei delirante de bogăție ;
- - idei delirante de identitate cu o persoană faimoasă ;
- - idei delirante de relaționare cu o persoană importantă (figura publică, Dumnezeu) ;
- - idei delirante de relație și de persecuție în baza faptului că ceilalți îl urmăresc pentru calitățile lui excepționale.

Tulburări vegetative

- - hiposomnia - bolnavul are o nevoie de somn scăzută și în ciuda puținelor ore de somn se simte energic, cu putere ;
- - scădere în greutate; neglijarea alimentației, băuturii și a igienei personale – deshidratare;
- - apetitul sexual este crescut și poate avea consecințe dezastruoase (divorț, contractarea de boli venerice sau acte cu caracter penal - viol).

Faza depresivă

- **Dispoziție depresivă, inhibiție psihomotorie, inhibiție intelectuală.**
- pierderea interesului sau a plăcerii în activități care în mod normal erau plăcute.
- astenie, fatigabilitate.
- pierderea încrederii în sine;
- sentimente de vinovăție, de culpabilitate, de autoreproș;
- gânduri recurente de moarte sau sinucidere sau orice comportament de tip suicidal;
- diminuarea capacității de concentrare (indecizie, șovăială);
- tulburări de somn, de exemplu insomnie, hipersomnie, treziri matinale, somn superficial, neodihnitor;
- modificări ale apetitului în sensul scăderii sau creșterii poftei de mâncare, cu modificări corespunzătoare de greutate (cel puțin 5% față de greutatea din luna precedentă)
- anhedonie - incapacitatea de a resimți plăcere.
- variație diurnă (circadiană) a dispoziției
- scăderea marcată a libidoului.
- cefalee accentuată matinal sau în urma unor situații stresante
- dureri osteoarticulare, mai ales la nivelul membrelor inferioare sau la nivelul coloanei dorso-lombare
- tulburări menstruale.
- deliruri de devalorizare și păcat, de referință și persecuție, de modificare negativă a sănătății, de sărăcie, halucinații depresive.

Evoluție

- Recurența episoadelor maniacale este de 45%. Netratate, episoadele maniacale durează 3 până la 6 luni, cu o rată de recurență mare (în medie 10 recurențe). Circa 80-90% din pacienții maniacali fac, în cele din urmă, și un episod depresiv complet.
- În cele din urmă, 15% din bolnavii depresivi se sinucid. Un episod depresiv mediu netratat durează în jur de 10 luni. Cel puțin 75% din pacienții afectați vor face un al doilea episod depresiv, de obicei în primele 6 luni după episodul inițial.
- Numărul mediu de episoade depresive de pe parcursul vieții bolnavului este de cinci. În general, prognosticul este bun: 50% din bolnavi se remit, 30% se remit parțial, iar 20% evoluează cronic.

Diagnostic pozitiv

- scale de evaluare a episodului cel mai recent (depresiv, maniacal) - YMRS (manie), HAM-D, MADRS (depresie) ;
- investigatii de laborator nu arata modificari specifice.

Imagistica cerebrală. Lipsesc modificările cerebrale majore. Se poate constata mărirea ventriculilor cerebrali la tomografia computerizată (CT) la unii bolnavi cu manie sau depresie psihotică; descreșterea fluxului sanguin on ganglionii bazali la unii bolnavi depresivi.

Imagistica prin rezonanță magnetică (RMN) a arătat, de asemenea, că bolnavii cu tulburare depresivă au nucleii caudați și lobi frontali mai mici decât subiecții de control.

La bolnavii cu tulburare bipolară I, spectroscopia prin rezonanță magnetică (SRMN/MRS) a generat date concordante cu ipotezele potrivit cărora fiziopatologia acestei tulburări ar implica reglarea anormală a metabolismului fosfolipidic de membrană.

Tratamentul tulburarilor bipolare

1. Tratamentul biologic

- a. Litiul,
- divalproexul (Depakote)
- acidul valproic (Depakene)
- olanzapina (Zyprexa)
- carbamazepina (Tegretol)
- Gabapentinul (Neurontin)
- lamotriginul (Lamictal)
- Topiramatul (Topamax)
- TEC
- ECT este foarte eficient on toate fazele tulburării bipolare.
- clonazepamul
- lorazepamul (Ativan) (
- haloperidolul (Haldol)
- risperidonul1 (Risperdal)

2. Tratamentul psihologic. Asocierea dintre psihoterapie și medicamentele antimaniacale (de ex., litiul) este mai eficientă decât fiecare dintre aceste metode aplicate izolat.

Tulburarea depresivă recurentă (*depresie unipolară*)

- Pentru stabilirea diagnosticului este necesară o perioadă de minimum 2 săptămâni, putând fi acceptate și perioade mai scurte de timp, dacă debutul este rapid iar simptomele neobisnuit de severe.
- Mai frecventă la femei decât la bărbați, într-un raport de 2:1.
- La cel puțin 25% din bolnavi există evenimente precipitante.
- Vârsta mediană de debut este de 40 de ani, dar poate să survină la orice vârstă.
- Factorul genetic este prezent.
- **Patern sezonier** - depresie care apare odată cu scurtarea zilei-lumină în cursul iernii și toamnei și care dispare în cursul primăverii și verii.
- Diferențierea gradelor de severitate a episoadelor depresive (**ușor, moderat, sever**) a fost impusă de necesitățile terapeutice.

DATE EPIDEMIOLOGICE

Depresia este fără îndoială una dintre cele mai frecvente tulburări întâlnite în populație; riscul de a dezvolta o tulburare depresivă de-a lungul vieții este de 15%. (Lam Raymond W., Mok Hiram, 2008) Conform OMS (Organizația Mondială a Sănătății), în prezent, tulburarea depresivă este a patra cauză de dizabilitate iar în anul 2020 se preconizează că va ajunge pe locul doi, după bolile cardiovasculare. (Sadock, 2007).

Prevalența exactă a acestei tulburări nu este încă stabilită datorită varietății criteriilor de diagnostic utilizate în studiile epidemiologice, fiind estimată a fi de 5-12% la bărbați și 12-20% la femei. (Kanner, 2005). Termenul "depresie" este inadecvat deoarece acesta se referă la o singură boală, pe când depresia are o serie de manifestări clinice, fiind mai potrivită sintagma "tulburări depresive".

În datele American Psychiatric Association (2000), incidența tulburării depresive majore ar fi de 1 % la bărbați și 3 % la femei, vârsta medie este de 40 ani pentru ambele sexe, 50 % din cazuri debutând înainte de 40 ani, iar 10 % după 60 ani. Riscul genetic este de aproximativ 10-13 % pentru rudele de gradul I, cu o rată de concordanță mai mare pentru monoziгоți decât pentru dizigoți, dar raportul nu este atât de mare ca cel constatat în tulburarea bipolară.

Psihiatria biologică încearcă să aducă date obiective, indicatori de tip neurobiochimic sau structural cerebral, care să confirme diagnosticul tulburării depresive pe baza evidențelor biologice. Prima încercare de evaluare epidemiologică pe baze biologice îi aparține lui Lopez Ibor (1988), care a corelat factorii de vulnerabilitate pentru deficitul de serotonină cu riscul de dezvoltare a depresiei.

Datele obiective ale psihiatriei biologice sugerează că neurobiochimia și neurobiologia tulburării depresive acționează pe mai multe sisteme de neuromediație, serotonina și disfuncționalitatea sa fiind numai una din modalitățile etiopatogenice ale depresiei ce evoluează în funcție de vârsta pacientului pe modelul de vulnerabilitate multifactorială.

NEUROBIOLOGIA DEPRESIEI ÎN PERSPECTIVA PSIHOFARMACOLOGIEI CLINICE

Tulburările depresive au fost corelate cu modificări ale structurilor cerebrale implicate în circuitele afectiv-emoționale. Fornixul, girusul cingulat și structurile parahipocampale sunt responsabile de stabilitatea emoțională/dispozițională. Alterarea sau funcționarea defectuoasă a acestor regiuni are drept consecință perturbarea transmiterii informației la nivelul cortexului frontal și lobului temporal, modificări obiectivate de unele studii MRI în sindroamele depresive. Amigdala cerebrală reprezintă structura subcorticală ce se interpune ca un veritabil releu între talamus (amplificatorul semnalelor senzoriale) și etajul cortical. La acest nivel se stabilesc joncțiuni între diferitele căi de neurotransmisie 5-HT, NA, DA.

Hipocampus stabilește legături strânse cu structurile amigdalene, exercitând un control direct asupra eficienței neurotransmisiei. Perturbările echilibrului între diversele subsisteme de neurotransmisie prezente în depresie, în special ale balanței 5-HT/NA, conduc la alterarea semnalului de transducție a mesagerilor secunzi (cAMP).

Menținerea deficitului de semnal la nivel hipocampal, amplificată de factori stresori, poate declanșa mecanismele apoptotice care au drept țintă zona hipocampică CA1/CA3, cu consecințe distructive ireversibile. Aceste mecanisme apoptotice pot fi declanșate și prin inadecvanță terapeutică datorită modificărilor la nivelul mesagerilor secunzi induse de medicația antidepressivă pe termen lung.

Principalele **modificări structurale cerebrale** prezente în depresia primară:

- ventriculomegalie (lărgirea ventriculilor laterali și a ventriculului 3);
- lărgirea șanțurilor cerebrale, în special a celor interemisferic și silvian, fenomen caracteristic pentru vechii depresivi (Tanaka, 1992);
- atrofia vermisului cerebelos (Weinberg, 1992);
- creșterea rediodensității la nivelul nucleului caudat bilateral, evidențiat în imagini CT efectuate la vechi pacienți depresivi (Beats, 1991);
- diminuarea volumului nucleilor caudați și a putamenului, relevată prin studii MRI (Husain, 1991; Krishnan, 1992);
- alterarea structurilor subcorticale, remarcată în studii MRI la depresivii ce au efectuat TEC (Rabins, 1991).

Tulburări funcționale cerebrale relevate de studii PET și SPECT:

- descreșterea fluxului cerebral sanguin (CBF = cerebral blood flow) și a metabolismului cerebral (CMR = cerebral metabolic rate) în depresia majoră (Bench, 1991);
- descreșterea globală a utilizării metabolice a glucozei și lipsa diferențierii de utilizare între polul anterior și cel posterior cerebral (Buchsbaum, 1986);
- reducerea activității metabolice la nivelul cortexului prefrontal dorso-lateral (DLPFC), mai ales în emisferul stâng, fenomen corelat semnificativ cu scorul pe scala HAM-D (Baxter, 1991);
- creșterea activității lobului temporal drept (Amsterdam, 1992);
- densitate înaltă a receptorilor 5-HT₂ în emisferul drept la nivel frontal, parietal și temporal (Agren, 1991).

DATE BIOCHIMICE DE PSIHOFARMACOLOGIE CLINICĂ

Teoriile biochimice în etiopatogenia depresiei se referă preponderent la modelul depresiei endogene (depresia primară majoră), prezentându-se mai multe ipoteze, după cum urmează.

Teoriile monoaminergice

Relevă existența unei deficiențe de transmitere pe linia unuia dintre neurotransmițătorii cerebrali, referindu-se fie la noradrenalină (NA), fie la serotonină (5-HT). Aceste teorii privesc deficitul de transmițători numai în sens cantitativ, ducând la împărțirea în două subgrupe biochimice a depresiilor endogene: prin deficit de serotonină, respectiv de noradrenalină, dozarea metaboliților pentru fiecare din acești neurotransmițători evidențiind nivele scăzute la bolnavii depresivi.

Dopamina (DA) a fost și ea incriminată în unele tipuri de depresie, din cauza frecvenței crescute a episoadelor depresive apărute în cursul evoluției bolii Parkinson. Cu toate acestea, deficiența dopaminică poate fi evocată ca mecanism etiopatogenic numai la o categorie limitată de depresii - depresiile dopamin-dependente (DDD).

Teoria dezechilibrului între căile de transmitere

A fost elaborată de Tissot – 1975, și constă în ipoteza unui dezechilibru între NA și 5-HT, în sensul unei hiponoradrenalinergii cu hiperserotoninergie, provenit din acțiunea competitivă la nivelul barierei hematoencefalice a precursorilor fiecăreia dintre căile monoaminergice: tirozina pentru NA, respectiv triptofanul pentru 5-HT. Implicațiile pe care le au în etiopatogenia depresiei diferitele sisteme de neurotransmițători cerebrali sunt argumentele principale ale modelelor psihofarmacologice.

(F32.0) Episodul depresiv ușor

- Se caracterizează prin simptome depresive de intensitate redusă, tabloul psihopatologic fiind dominat de anhedonie.
- Astfel, pacientul prezintă o dispoziție depresivă de intensitate redusă, fatigabilitate, lentoare psihomotorie, scăderea capacității de concentrare a atenției, care au drept consecință scăderea randamentului profesional.
- Apare o inhibiție a instinctelor, respectiv scăderea apetitului și libidoului și insomniile de trezire.
- Episodul depresiv ușor poate trece frecvent neobservat atât de către pacient cât și de către anturajul acestuia, de cele mai multe ori fiind pus pe seama oboselii.
- Acest tip de episod depresiv nu necesită internare, subiecții cu episoade depresive ușoare sunt întâlniți mai frecvent în asistența primară.

(F32.1) Episodul depresiv moderat

- Se caracterizează printr-o dispoziție depresivă mai intensă decât cea a episodului depresiv ușor, întreaga simptomatologie fiind sesizabilă atât de către pacient cât și de către anturaj.
- Pacientul relatează singur, fără a fi întrebat, dispoziția tristă și restrângerea sferei de interese atât față de preajmă cât și față de propria persoană.
- Se asociază bradilalia, bradipsihia, bradikinezia, fatigabilitatea, trezirea matinală.
- Inhibiția instinctelor este mai accentuată: apare inapetența cu scăderea în greutate, (pacientul fiind îndemnat să se alimenteze), scăderea libidoului cu frigidity și impotență.
- Ideeația este centrată de ideile prevalente cu conținut depresiv (de autodevalorizare, autodeprecieri, incurabilitate) care însă nu sunt de intensitate delirantă.
- Depresia moderată asociază frecvent cu **anxietatea**, simptomele celor două entități fiind de obicei intricate (**depresia anxioasă**).

Depresia mascată

- A apărut ca și concept în urmă cu aproape 20 de ani, fiind descrisă de către **Kielholtz** în cadrul episodului depresiv moderat.
- **Tabloul clinic** al acestui tip de depresie este dominat de simptome somatice, cele mai frecvente fiind:
- durerile abdominale intense cu caracter colicativ saltant, constipație, inapetență, scădere ponderală,
- cefaleea, durerile lombare, palpitațiile, durerile genito-urinare, crampele și furnicăturile,

- iritabilitatea, consumul excesiv de alcool, comportamentul histrionic, exacerbaria simptomelor fobice sau obsesionale preexistente sau a preocupărilor hipocondriace.
- Acest tip de pacienți sunt mari consumatori de servicii medicale, prezentându-se la medici de diverse specialități, în urgență, ajungând doar în final la psihiatru, substratul organic fiind absent.

(F32.2) Episodul depresiv sever, fără simptome psihotice

- Se caracterizează prin dispoziție depresivă intensă.
- Instinctele sunt extrem de perturbate, libidoul, instinctul alimentar și cel de conservare fiind inhibate.
- Ritmul somn-veghe este grav modificat, pacientul prezentând insomnii mixte severe (de adormire, de trezire și ale mijlocului nopții).
- Dispoziția depresivă este maximă dimineața, la trezire, când poate să apară tentativa de autoliză în manieră de raptus suicidal.
- Pacientul este incapabil să facă față cerințelor sociale, profesionale și familiale, prezentând o scădere marcată a calității vieții.

Stuporul depresiv

- Se caracterizează prin imobilitate completă sau aproape completă, în care subiectul pare înțepenit, este lipsit de reacție la anturaj, și are o mimică împietrită, care exprimă durere sau anxietate.
- Se însoțește frecvent de refuzul pacientului de a comunica și de a se alimenta (greutatea corporala scade dramatic).

Agitația psihomotorie din stările depresive se mai numește „**raptus melancolic**”

- Apare brusc, fără motiv, la bolnavi aparent liniștiți anterior.
- Este o stare de neliniște extremă, care poate include violență, uneori loviri, omucideri sau impulsii de autoliză.

(F32.3) Episodul depresiv sever, cu simptome psihotice

- Se mai numește **depresie delirantă**, deoarece simptomul dominant este delirul care se asociază cu halucinațiile și împreună domină tabloul clinic.
- Idei delirante de culpabilitate/vinovăție, autodevalorizare, autodeprecieri, incurabilitate, inutilitate și delirul hipocondriac.
- Idei delirante cu conținut paranoid (de relație, persecuție, prejudiciu, urmărire).

- Halucinațiile auditive apar de obicei sub forma unor voci defăimătoare sau acuzatoare iar cele olfactive sub formă de mirosuri de murdărie, putrefacție sau de carne în descompunere.

Depresia rezistentă

- Este definită ca fiind o tulburare, care nu răspunde într-o manieră pozitivă la două familii de antidepressive administrate succesiv și pe o durată de timp adecvată (minimum patru-șase săptămâni pentru un antidepressiv), într-o doză suficientă și cu o bună complianță la tratament.

Evoluție

Durata minimă naturală a unui episod depresiv este evaluată la 3-9 luni.

Se recunosc:

- episod depresiv unic;
- 1-3 episoade depresive pe parcursul vieții;
- episoade multiple;
- episoade depresive în cadrul tulburării bipolare tip I, II și III. În acest context, remarcăm tendința de viraj dispozițional de tip hipomaniacal sau maniacal sub medicație antidepressivă, în special antidepressive triciclice și antidepressive din noua generație, cu acțiune duală (tulburare bipolară tip IV).

În cadrul evoluției episodului depresiv sub tratament se recunosc următoarele faze: acută, de răspuns terapeutic, remisiune, recădere și recurență

Factori de prognostic pozitiv :

- răspunsul bun la tratament al episoadelor ;
- suport familial si social adecvat ;
- personalitate premorbida echilibrata ;
- absenta antecedentelor pozitive pentru o tulburare psihica;
- sexul feminin;
- absenta bolilor somatice concomitente;
- absenta oricarei toxicomanii;
- frecventa scazuta a episoadelor.

Pentru **evaluarea** standard a depresiei se utilizează următoarele **scale**:

- Hamilton Depression Scale (HAM-D);
- Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS);
- Inventarul depresiei Beck

Tratamentul

- Se va efectua în **trei etape**:
- 1) tratamentul fazei acute, cu o durată de 6-12 săptămâni, are ca obiectiv obținerea remisiunii.
- 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 durată de aproximativ 1 an sau chiar mai mult pentru a preveni apariția recurenței.
- **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**;

F34.0 Ciclotimia

Tulburarea afectiva de personalitate

Personalitatea cicloida

- Este o tulburare afectiva caracterizata prin perioade de simptome depresive, care nu indeplinesc criteriile unui episod depresiv major si perioade cu simptome afective ce constituie episodul hipomaniacal.
- Tulburarea ciclotimica debuteaza de regula insidios in adolescenta sau precoce in viata adulta.

Etiopatogenie

- Factori genetici
- Aceasta tulburare se gaseste in mod frecvent la rudele pacientului cu o tulburare afectiva bipolara.

Evolutie

- Evolutia boli este cronica.
- Exista un risc de 15-50% ca persoanele respective sa dezvolte ulterior o tulburare bipolara I sau II.

Tratament

- In timpul fazelor hipomaniacale se recomanda tratament cu Li sau alte timostabilizatoare, iar in timpul perioadelor depresive se indica tratament antidepresiv asociat cu saruri de Li sau carbamazepina, deoarece exista riscul virajului hipomaniacal.
- Tratamentul psihoterapeutic este de tip suportiv, interpersonal, cognitiv- comportamental

Distimia

Tulburarea de personalitate depresivă

Nevroză depresivă

- Distimia este o tulburare afectiva caracterizata printr-o stare depresiva cronica, ce dateaza de foarte multi ani.
- Se dezvoltă de obicei devreme în viața adultă, și durează mai mulți ani, uneori indefinit.
- Mai frecventă și mai cronică la femei decât la bărbați.
- Debutul este insidios. Apare mai frecvent la persoanele cu antecedente de expunere îndelungată la stres sau de pierderi bruște.
- Simptomele tind să se accentueze în a doua parte a zilei.
- Majoritatea timpului sunt obosiți și deprimați, totul este pentru ei un efort, nimic nu-i poate bucura, prezintă dificultăți în luarea deciziilor, sentimente de pierdere a speranțelor.
- Ei meditează și se plâng, dorm rău și nu se simt bine, dar sunt de obicei capabili să facă față cerințelor vieții cotidiene.

RETARDAREA MENTALĂ

- Retardarea mentală reprezintă stoparea dezvoltării mentale sau o dezvoltare mentală incompletă, care se caracterizează, în special, prin afectarea capacităților cognitive, de vorbire și sociale.
- Sexul masculin este mai afectat de această tulburare decât cel feminin, raportul fiind de 1,5 / 1.

Etiopatogenie

- Etiopatogenia retardării mentale este extrem de diversificată, fiind implicați numeroși factori cauzali de natură genetică, lezională și psihosocială, ce acționează singuri sau în asocieri.
- S-a observat că retardarea mentală profundă sau severă se datorează unui proces patologic cerebral, în timp ce formele mai ușoare de retard mental se asociază unor factori cultural-familiali reprezentați de o zestre ereditară deficitară, unui nivel cultural scăzut și a carențelor nutriționale.

A. Cauze prenatale

- 1. genetice
 - a) anomalii cromozomiale, inclusiv mutații la nivelul unei singure gene majore (scleroza tuberoasă, fenilcetonuria, etc)
 - c) prin mecanism poligenic (retardare mentala familiala)
- 2. alte cauze: infecții prenatale, agenți teratogeni, afecțiuni dismetabolice, radiații, carente alimentare, etc)

B. Cauze perinatale (traumatisme la naștere)

C. Cauze postnatale (infecții, traumatisme, afecțiuni somatice grave, tumori, etc)

Retardarea mentală ușoară

- Constituie aproximativ 85% din totalul cazurilor de retardare mentală.
- Vârsta mentală se situează între 9 și 12 ani, iar prin eforturi susținute se poate absolvi chiar și liceul.
- Dobândesc limbajul cu o anumită întârziere, dar majoritatea dobândesc capacitatea de a utiliza vorbirea în viața cotidiană, de a întreține conversațiile și de a se angaja în interviul clinic.
- Majoritatea dobândesc o deplină independență în îngrijirea de sine (alimentație, spălat, îmbrăcat, controlul tranzitului și defecației) și în abilitățile practice și domestice.

- Principalele dificultăți sunt văzute, de obicei, în activitățile școlare, și mulți au probleme particulare la citit și scris.
- Unii sunt capabili de muncă ce necesită abilități practice mai degrabă decât intelectuale, incluzând munca manuală necalificativă sau semilificată.
- Operațiile gândirii se realizează cu dificultate, abstractizarea este absentă.
- **Nivelul QI** pentru retardare mentală ușoară este cuprins între **50-69**.

Retardare mentală moderată

- reprezintă 10% din numărul total de cazuri cu retard mental.
- Vârsta mentală este cuprinsă între 6 – 9 ani, fiind posibilă instruirea până la nivelul clasei a II – a sau a III – a.
- Gândirea are un caracter concret cu incapacitate de generalizare și abstractizare, iar capacitatea de memorare de tip mecanic le permite să se orienteze și să se descurce în mod satisfăcător într-o ambianță restrânsă.
- Sfera emoționalității este relativ săracă, totuși pot să-și manifeste bucuria, teama, nemulțumirea și uneori reacționează violent dacă nu li se satisfac dorințele.
- Unii dintre ei au un fond afectiv dominat de prietenie, în timp ce alții sunt iritabili, agresivi și sunt capabili să comită acte antisociale grave.
- Aceste persoane putând presta activități simple constând în operații stereotipe în cadrul unor ateliere artizanale sau industriale în regim supravegheat.
- O parte din ei sunt capabili să învețe deprinderile bazale pentru citit, scris sau socotit (numărat).
- Ca adulți, realizează rareori o viață complet independentă.
- **QI** este, de obicei, cuprins între **35 și 49**.

Retardare mentală severă

- Apare cu o frecvență de 3 – 4% din numărul total de cazuri de retardare mentală.
- Vârsta mentală este corespunzătoare vârstei de 3-6 ani.
- Limbajul oral este însoțit cu întârziere, vocabularul este limitat la cuvinte uzuale, pronunția cuvintelor este de cele mai multe ori dislalică și disartrică.
- Afectivitatea este labilă putând fi prezente deseori impulsivitate, excitabilitate, manifestări violente.
- Activitatea motorie voluntară sau involuntară este deficitară, imprecisă, lentă, deprinderile motorii se însușesc cu greutate, numai prin exercițiu intens.

- Este asociată frecvent cu tulburări neurologice de tipul paraliziilor de nervi cranieni, hemiplegiilor spastice, sindroamelor de tip piramidal, extrapiramidal, cerebelos.
- Pot prezenta dismorfii, displazii somatice.
- De regulă, deprinderile de îngrijire sunt însușite, pot executa munci simple în familie sau în cămine-școală necesitând în permanență supraveghere din partea familiei sau a personalului de îngrijire.
- QI este, de obicei, cuprins între **20 și 34**.

Retardare mentală profundă

- QI-ul este estimat a fi **sub 20**, ceea ce înseamnă practic că persoanele afectate sunt sever limitate în capacitățile lor de a înțelege sau de a asculta de cereri sau instrucțiuni.
- Reprezintă aproximativ 1 – 2% din totalul de cazuri.
- Vârsta mentală se situează în jurul vârstei de 2 ani.
- Indivizii nu dispun în mod obișnuit de limbaj,
- Emoțiile sunt fie absente, fie sunt puternice manifestate într-o manieră auto sau heteroagresivă.
- Motricitatea este imprecisă, prezintă tremurături,
- Activitatea este dezordonată, fără scop, constă din mișcări stereotipe și comportament agresiv ;
- Nu prezintă instinct de apărare, unele instincte sunt exagerate (de alimentare, sexual), de obicei nu dobândesc control sfincterian.
- Majoritatea persoanelor din această categorie sunt imobile sau limitate în mod sever în mobilitate.
- Ele posedă o capacitate redusă sau le lipsește capacitatea de a se îngriji de propriile nevoi bazale și necesită constant ajutor și supraveghere.

Tratament

- În retardarea mentală necomplicată se urmărește :
- • corectarea reacțiilor emoționale exagerate și a instabilității psihomotorii cu : benzodiazepine (diazepam) sau neuroleptice sedative (levomepromazin, neuleptil) ;
- • creșterea randamentului intelectual printr-o medicație neurotrofică : piracetam, nootropil, piritinol, encefabol, cerebrolizină.

Stări psihotice în epilepsie

- Prezintă un debut brusc, dispariție spontană, cu o durată de la câteva ore sau zile, mai rar săptămâni și cu o tendință de a se repeta.

STĂRILE CREPUSCULARE

- Stările crepusculare durează ore sau zile, apar brusc și se termină cu somn profund.
- Se manifestă prin îngustarea câmpului conștiinței, dezorientare și păstrarea automatismului motor.
- Contactul cu acești pacienți era redus, bolnavii deseori fiind perplecși. La ei se notează o stare confuzională, cu o denaturare a percepției și o idee incoerentă.
- Pe acest fondal apar stări de excitație psihomotorie, cu anxietate difuză, disperare, fenomene halucinatorii predominant vizuale în formă de incendii, inundații, scene apocaliptice, dar și auditive și olfactive, idei delirante de persecuție, comportament agresiv, cu o amnezie totală sau lacunară a perioadei crepusculare, cu o durată de la câteva minute până la câteva ore.
- Pacienții executau numeroase acte automate, răspundeau neadecvat la stimulii externi, utilizând fraze neinteligibile.

Variantele stărilor crepusculare

AUTOMATISMUL AMBULATOR

- Este caracterizat printr-o stare crepusculară în care lipsesc dereglările de percepție, afective și delirante.
- Bolnavii îndeplinesc automat activitățile sale: mănâncă, se îmbracă, pleacă de acasă (**fuga epileptică**), călătoresc departe (în alte orașe), fără a atrage atenția celor din jur. Când bolnavul își revine se constată o amnezie totală asupra celor întâmplate.

STĂRILE DELIRANTE SAU ONEROIDE

- Se caracterizează cu tulburări de conștiință de tip delirant sau oneroid.
- La bolnavi apar halucinații vizuale cu un conținut fantastic de război, inundații, incendii, diferite catastrofe.
- Apar și halucinații auditive cu strigăte, țipete.
- Deseori apar idei delirante cu tematica religioasă.
- Bolnavii devin excitați, au un comportament de apărare, uneori periculos pentru anturaj.

PAROXISME EPILEPTICE CU DEREGLĂRI DE SOMN

- De obicei, în timpul primei treimi a somnului nocturn, individul se ridică sau se scoală cu un țipăt de panică, plâns, vorbire tare, uneori cu ochii deschiși, cu privire în gol, diferite gesturi simple, automate, după ce adorm.
- În timpul paroxismelor bolnavii nu răspund la întrebări.
- După noapte bolnavii se simt neodihniți, obosiți, prezintă o scădere a capacității de muncă, și cu o tristețe și apatie ulterioară.

Somnambulismul

- Mulți pacienți au antecedente familiale și personale.
- În unele cazuri, debutul acestei stări coincide cu o boală febrilă.
- Aici fenomenele de somn și de veghe sunt combinate.
- Individual are un facies inexpressiv, cu privire fixă, este relativ non-respondent la eforturile altora de a influența evenimentul sau de a comunica cu el, și poate fi trezit numai cu mari dificultăți.
- El se ridică din pat, de obicei, în timpul primei treimi a somnului nocturn și merge, manifestând nivele scăzute de conștiință, reactivitate și abilități motorii.
- Somnambului se scoală din patul lor și uneori, pentru un timp, pot chiar să iasă din casă. Ei se reîntorc totuși, în patul lor în liniște, fie singuri, fie conduși cu blândețe de o altă persoană. La trezire, fie că această are loc în episodul somnambulic, fie în dimineața următoare, nu rețin, de obicei, nici o amintire a evenimentului.

PAROXISMELE AFECTIVE EPILEPTICE

- **Disforia** (zilele proaste), manifestată prin:
- modificări nemotivate și bruște ale dispoziției, în context complet nemotivat pentru aceasta, cu o durată de câteva zile, în care pacienții sunt irascibili, anxioși, depresivi, dar și conflictuali, mânioși, impulsivi și heteroagresivi.
- Stare **depresivă epileptică** (stupoare).

EPILEPSIA CU SCHIMBĂRI PERMANENTE

- Evoluția epilepsiei deseori aduce la schimbări de caracter, personalitate și intelect.
- La acești bolnavi se observă:
- instabilitatea dispoziției cu reacții disforice nemotivate, irascibilitate și explozivitate, instabilitate psihomotorie.
- Bolnavii devin egoiști, pedanți în menținerea ordinii și curățeniei.
- Gândirea bolnavilor are un caracter de a detalia - „amănunțire patologică”.
- Bolnavul nu poate diferenția principalul de secundar.
- Limbajul este lent, monoton.
- **Demența** epileptică se caracterizează prin scăderea memoriei, limbajului. Gândirea devine vâscoasă, concretă, scad procesele de analiză și abstractizare. Preocupările sociale și profesionale își pierd sensul. Crește egoismul, egocentrismul, se pierde simțul critic.

Tratamentul

Tratamentul stărilor psihotice, inclusiv al epilepsiei, este complex și trebuie de avut în vedere următoarele principii:

1. alegerea individuală a preparatului medicamentos și dozei;
2. tratament îndelungat și continuu;
3. terapia complexă.

La alegerea preparatelor se recomandă de avut în vedere: aspectele etiopatogenice, de evoluție, acțiunile medicamentelor asupra structurii cerebrale, vârsta bolnavului, starea somatică, fondul endocrin, frecvența acceselor, și o atenție mare e necesar de acordat dozei adecvate a medicamentelor.

Tratamentul anticonvulsivant are o strictă individualizare. Începând tratamentul, este necesar de orientat bolnavul la primirea medicamentelor prescrise de medic sistematic și în timp îndelungat. De regulă se începe cu doze medii, crescând treptat 2-3 săptămâni până la doza individual-optimală, care în absența semnelor de intoleranță realizează efectul dorit. În asocierea mai multe preparate este necesar de avut grijă ca ele să nu aibă efecte secundare identice.

Tratamentul va fi urmat mai mulți ani. Dozele vor fi repartizate în mod egal intervalul de 24 de ore în raport cu ritmul și condițiile de apariție a crizelor dimineața, noaptea, ziua, perioada menstruală. Întreruperea tratamentului se face treptat după 3-5 ani de remisiune cu ameliorarea stabilă a traseului EEG.

Terapia complexă include îmbinarea terapiei etiologice, patogenetice și simptomatice.

- *CARBAMAZEPINĂ* (tegretol, finlepsin, timonil)
- *ACIDUL VALPROIC* (convulex, depakin, orfiril)
- *CLONAZEPAM* (antelepsin, rivotril)
- *Gabapentină*
- *Lamotrigina*

Prelegerea 8

TULBURĂRI NEVROTICE

Tulburări nevrotice, legate de stres, somatoforme au origine istorică comună cu conceptul de nevroză și asociere a unei părți substanțiale a acestor tulburări cu legătura de cauzalitate psihologică. Amestecuri de simptome, în special cele depresive și de anxietate sunt frecvente în cazul acestor tulburări. Aproximativ un sfert din populația din țările dezvoltate vor avea de suferit de tulburări nevrotice în cursul vieții sale. Cu excepția fobiei sociale frecvența acestora este mai mare la femei decât la bărbați.

Tulburări Neurotice, Legate de Stres și Somatoforme (F40-F48)

- F40 Tulburări anxios - fobice
- F41 Alte tulburări de anxietate
- F42 Tulburare obsesiv – compulsivă
- F43 Reacție la stres acut și tulburări de ajustare
- F44 Tulburări disociative [conversie]
- F45 Tulburări somatoforme
- F48 Alte tulburări neurotice

F40 Tulburări anxios - fobice

- F40 Tulburări anxios - fobice
- F40.0 Agorafobia
- F40.1 Fobii sociale
- F40.2 Fobii specifice (izolate)
- F40.8 Alte tulburări anxios - fobice
- F40.9 Tulburare anxios – fobică nespecificată

TULBURĂRI ANXIOS - FOBICE

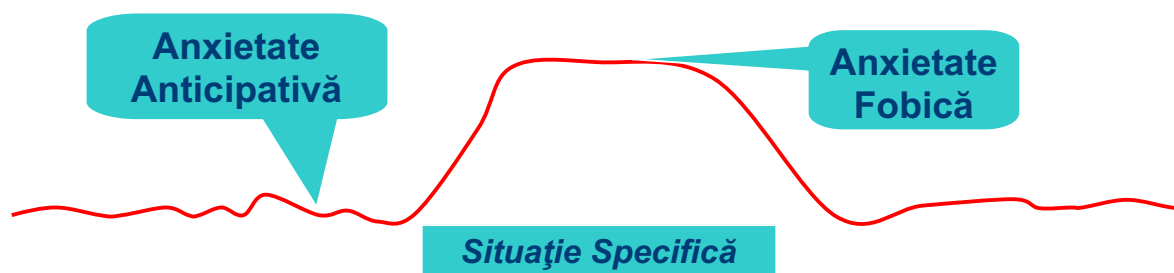
În agorafobie, fobii sociale și specifice, anxietatea este evocată în principal de anumite situații sau obiecte bine definite, care sunt exterioare individului și nu sunt în prezent periculoase. Ca urmare, aceste situații sau obiecte sunt evitate sau, caracteristic, îndurate cu groază. Anxietatea fobică fluctuează de la neliniște ușoară până la teroare. Preocuparea individului se poate concentra asupra simptomelor individuale, cum ar fi palpitațiile sau senzație

de leșin și este adesea asociată cu temerile secundare de moarte, pierdere a controlului sau înnebunire. Anxietatea nu este exonerată de cunoașterea că alți oameni nu au în vedere situația în cauză ca fiind periculoasă sau amenințătoară.

Agorafobia

„Agoraphobie“ - frica de piață. Agorafobia include fobii diverse cuprinzând temerile de părăsire a casei: teama de intra în magazine, de mulțime și locuri publice sau de a călători singuri în trenuri, autobuze, metrou sau avioane. Lipsa unei ieșiri imediat disponibile este una din caracteristicile cheie ale mai multor situații agorafobice. Comportamentul de evitare duce, uneori, la aceea că bolnavul devine complet legat de casă. Majoritatea celor care suferă sunt femei. Debutul - viața adultă timpurie. Prevalența - între 5-7%. Co-morbiditate sporită cu tulburarea de panică; de asemenea, pot fi prezente simptome depresive și obsesionale și fobii sociale.

Agorafobia



Fobii Sociale

Tabloul clinic - frică de controalele efectuate de către alte persoane în grupuri relativ mici, care duce la evitarea unor situații sociale.

Fricile pot fi:

- discrete – limitate la mâncatul în public, prezentarea altor persoane, vorbirea în public sau întâlniri cu sexul opus
- difuze - situații sociale în afara cercului familiei.

Confruntarea directă ochi-în-ochi poate fi stresantă. Stimă de sine scăzută și teamă de critică. Simptomele pot progresa pînă la atacuri de panică. Evitarea - izolare socială aproape completă. De obicei, începe în copilărie sau adolescență. Estimarea prevalenței pe parcursul vieții - între 10-13%. Este la fel de comune pentru ambele sexe. Alcoolism secundar.

Fobii Sociale



Fobii Specifice (Izolate)

1. Temerile legate de apropierea de animale anumite
 - păianjeni (Arachnophobia)
 - insecte (entomophobia)
 - șerpi (ophidiophobia)
 2. Temerile legate de situații specifice, cum ar fi
 - înălțimi (acrophobia)
 - tunet (keraunophobia)
 - întuneric (nyctophobia)
 - spații închise (claustrofobia)
 3. Temerile legate de boli, accidente sau examene medicale
 - vizitând un medic dentist
 - vederea de sânge (hemophobia) sau leziuni (durere-odynophobia)
 - teama de expunere la boli venerice (syphilidophobia) sau SIDA-fobie.
- Apar, de obicei, în copilărie sau viață adultă precoce și pot persista timp de decenii, dacă acestea rămân netratate.
- Prevalența pe parcursul vieții - între 10-20%.

F41 Alte Tulburări de Anxietate

F41 Alte tulburări de anxietate

F41.0 Tulburarea de panică (anxietate paroxistică episodică)

F41.1 Tulburare de anxietate generalizată

F41.2 Tulburare de anxietate și depresivă mixtă

F41.3 Alte tulburări de anxietate mixte

F41.8 Alte tulburări de anxietate mixte specificate

F41.9 Tulburare de anxietate nespecificată

Alte Tulburări de Anxietate

- Manifestările de anxietate sunt, de asemenea, simptomele majore ale acestor tulburări, cu toate acestea, ele nu se limitează la o oarecare situație specială de mediu.

Tulburare de Panică

Caracteristicile esențiale sunt atacurile recurente de anxietate severă (atacuri de panică), care nu se limitează la orice situație particulară sau set de circumstanțe. Simptomele tipice sunt palpitații, dureri în piept, senzație de sufocare, amețeală și sentimente de irealitate (depersonalizare sau pierderea contactului cu realitatea). Atacurile individuale, de obicei, durează pentru doar câteva minute. Frecvența atacurilor variază considerabil. Atacurile de panică frecvente și previzibile produc teama de a fi singur sau de a merge în locuri publice. Persoanele afectate obișnuiesc să creadă că au o boală somatică gravă. Cursul tulburării de panică este de lungă durată și este complicat cu comorbidități diferite, în jumătate din cazuri cu agorafobie. Estimarea de prevalență se îndreaptă spre 1-3%.

Tulburare de Panică



Tulburare de Anxietate Generalizată

Caracteristica esențială este anxietatea cu durată mai mare de 6 luni, care este generalizată și persistentă, dar nu se limitează doar la, sau chiar puternic predominantă în, orice circumstanțe speciale de mediu. Simptome: sentimente continue de nervozitate, tremurări, tensiune musculară, transpirație, palpitații, confuzie, amețeli și disconfort epigastric. Deseori sunt exprimate temeri cu privire la faptul că pacientul sau o rudă a sa va deveni în scurt timp bolnav sau va suferi de un accident, împreună cu o varietate de alte griji și de presimțiri. Estimarea prevalenței pe parcursul vieții variază între 4-6%. Această tulburare este mai frecventă la femei, și de multe ori este legată de stres cronic de mediu. Cursul tulburării este fluctuant și cronic în legătură cu simptomele de frustrare, tristețe și complicat de abuzul de alcool și alte droguri ilicite.

Tulburare de Anxietate și Depresivă Mixtă

Simptomele atât a anxietății, cât și a depresiei sunt prezente, dar nici unul dintre simptome, luat separat, nu este suficient de severă pentru a justifica un diagnostic de episod depresiv sau tulburare de anxietate specifică. Unele simptome vegetative, cum ar fi tremorul, palpitațiile, uscăciunea gurii, sentimentul de greață, trebuie să fie prezente. Persoanele cu acest amestec de simptome relativ ușoare sunt frecvent observate la unitățile de îngrijire medicală primară.

Etiologia Tulburărilor de Anxietate

Etiologia tulburărilor de anxietate nu este cunoscută cu exactitate. S-a depistat că factorii genetici joacă un rol în apariția lor. Factorii non-genetici, cum ar fi diversele evenimente stresante de viață în timpul fazelor timpurii sau târzii ale ontogenezei au fost identificate ca fiind și mai importanți. Cîteva sisteme diferite de neurotransmițători au fost implicate în aceste tulburări, inclusiv sistemul noradrenergic, GABA, și cel serotoninergic în unele părți ale creierului. Se discută serios rolul CO₂ în etiologia tulburărilor de panică.

Managementul Clinic al Tulburărilor de Anxietate

■ Tratamentul tulburărilor de anxietate:

- Tehnici psihoterapeutice variate
 - terapie cognitiv-comportamentală (TCC)
 - abordări psihodinamice
- psihofarmacoterapie
 - benzodiazepin (clonazepam, alprazolam,) - pentru cîteva săptămîni (potențial pentru abuz, dezvoltare a toleranței și a dependenței)
 - buspiron - potențial abuziv redus, în special TAG, nu este eficient în cazul tulburării de panică, este necesară utilizarea de lungă durată
 - medicamente de beta-blocare - pentru tratament de scurtă durată a performanței de anxietate, mai ales a simptomelor somatice, cum ar fi tremorul
 - antihistaminice
 - diferite tipuri de antidepressive - Inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (clomipramină, citalopram, fluoxetină, fluvoxamină, paroxetitle, sertralină), Inhibitori al monoaminoxidazei (tranilcipromifle), inhibitor reversibil al monoaminoxidazei A (moclobemidă) și inhibitor a recaptării

serotoninei-noradrenalinei (venlafaxină); bine tolerate, nu prezintă potențial abuziv

- Recomandare: de a începe tratamentul cu un curs scurt de benzodiazepine, precum și cu antidepresive pentru o perioadă mai lungă și de a combina tratamentul medicamentos cu diferite tipuri de psihoterapie.

Anxiolitice Utilizate în Mod Obișnuit

Medicament	Doză utilizată în mod obișnuit (mg)	Perioada înjumătățită a eliminării (ore)
Alprazolam	0,5-6	12-15
Bromazepam	3-15	12
Diazepam	5-30	24-72
Chlordiazepoxid	10-50	24-100
Clobazam	20-30	20
Clonazepam	1-8	34
Clorazepat	15-60	60
Lorazepam	1-4	11-13
Medazepam	10-30	29
Oxazepam	30-90	4-20
Tofizopam	50-300	6
Buspirone	20-30	2-11
Hidroxizine	300-400	12-20

F42 Tulburare Obsesiv-Compulsiv (TOC)

F42 Tulburare obsesiv-compulsiv

F42.0 Gânduri sau meditații predominant obsesionale

F42.1 Acte predominant compulsive (ritualuri obsesionale)

F42.2 Gânduri și acte obsesionale mixte

F42.8 Alte tulburări obsesiv-compulsive

F42.9 Tulburare obsesiv-compulsivă nespecificată

Tulburare Obsesiv-Compulsiv (TOC)

Gîndirea obsesională reprezintă idei, imagini sau impulsuri care intra în mintea individului din nou și din nou într-o formă stereotipă. Acestea sunt recunoscute ca gînduri proprii ale individului, chiar dacă acestea sunt involuntare și, adesea, respingătoare. Obsesiile comune includ temeri de contaminare, de vătămare a altor persoane sau de păcăt împotriva lui Dumnezeu. Compulsiile sunt comportamente repetitive, cu o finalitate și intenționate sau acte mentale efectuate ca răspuns la obsesii sau în funcție de anumite reguli care trebuie aplicate rigid. Compulsiile sunt menite de a neutraliza sau reduce disconfortul sau pentru a preveni un eveniment sau situație temută. Sunt adesea prezente simptome vegetative de anxietate. Există o comorbiditate foarte frecventă cu depresia (aproximativ 80%) - gînduri de suicid. Sîptomele obsesiv-compulsive pot să apară la stadii incipiente ale schizofreniei. Prevalența în timpul vieții: 2 - 3%. Este la fel de comună atît la bărbați, cît și la femei. Cursul este variabil și mai susceptibil de a fi cronic.

Etiologia TOC

Modelul neurobiologic a beneficiat de un sprijin larg în ultimul deceniu. TOC apare mai des la persoanele care au diverse tulburări neurologice, inclusiv cazuri de traume la nivelul capului, epilepsie, coree Sydenham și Huntington. TOC a fost, de asemenea, legată de leziuni de la naștere, anomalii EEG, potențiale auditive evocate anormale, întîrzieri de creștere și anomalii în rezultatele testelor neuropsihologice. Recent, un tip de TOC a fost identificat la copii după o infecție de grup cu A beta-streptococ.

Modelul biochimic cel mai studiat s-a concentrat asupra neurotransmițătorului de serotonin, deoarece inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei sunt eficiente în tratarea pacienților cu TOC.

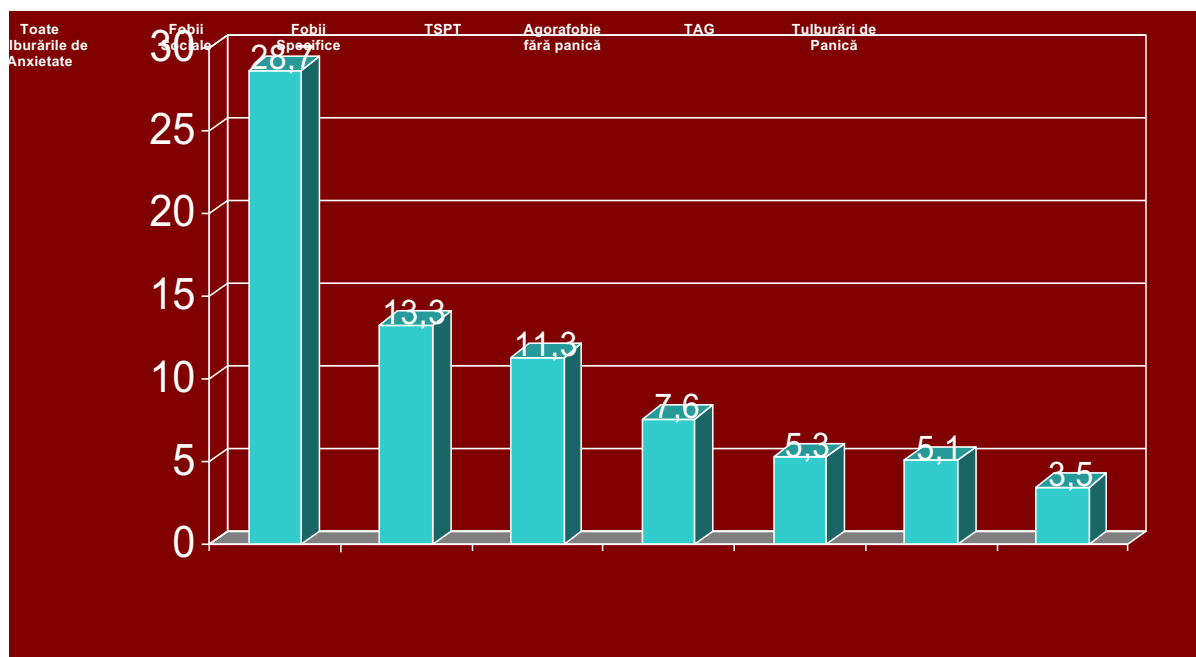
Studiile de imagistică a creierului au furnizat unele dovezi de implicare a ganglionilor bazali la persoanele cu TOC.

Management Clinic

- Tratamentul TOC a fost în mod tradițional considerat a fi dificil și nesatisfăcător. Evoluțiile recente au schimbat această imagine în mod substanțial.
- Farmacoterapia
 - antidepresive care influențează sistemul central serotoninergic (clomipramină și inhibitori selectivi a recaptării serotoninei; sunt necesare doze mai mari de medicamente pentru tratarea TOC, reacția este deseori întîrziată.

- Terapia cognitiv-comportamentală
- terapia de familie
- Grupuri de sprijin pentru pacient
- Psihochirurgia (de exemplu, cingulotomie stereotactică)

Epidemiologie



F44 Tulburări Disociative (de Conversie)

F44 Tulburări disociative (de conversie)

F44.0 Amnezie disociativă

F44.1 Fugă disociativă

F44.2 Stupoare disociativă

F44.3 Tulburări de transă și posesiune

F44.4 Tulburări motorii disociative

F44.5 Convulsii disociative

F44.6 Anestezie și pierdere senzorială disociativă

F44.7 Tulburări disociative (de conversie) mixte

F44.8 Alte tulburări disociative (de conversie)

F44.9 Tulburare disociativă (de conversie) nespecificată

Tulburări Disociative (de Conversie)

Subiectul comun împărtășit de tulburările disociative este o pierdere parțială sau completă a integrării normale între amintirile din trecut, conștientizarea identității și senzațiile imediate, precum și controlul mișcărilor corporale. Există, în mod normal, un grad considerabil de control conștient asupra amintirilor și senzațiile care pot fi selectate pentru atenție imediată, și mișcărilor care urmează să fie efectuate. Termenul de "isterie de conversie", ar trebui să fie evitat, deoarece este confuz și stigmatizează. Prevalența nu este cunoscută cu exactitate (până la 10%). Debut și încetarea de stare disociativă bruște. Există mai multe forme de sindroame disociative.

Amnezie Disociativă

Principala caracteristică este pierderea de memorie, de obicei, a unor evenimente importante recente, care nu se datorează tulburării psihice organice și este prea extinsă pentru a fi explicată prin uitare ordinară sau oboseală. Amnezia este, de obicei, centrată pe evenimente traumatice, cum ar fi accidente, experiențele de luptă sau doliul neașteptat, și poate fi parțială și selectivă. Amnezia în mod tipic se dezvoltă brusc și poate dura de la câteva minute la câteva zile. Diagnostic diferențial: complicat, este necesar să se excludă toate tulburările organice ale creierului, precum și diversele intoxicații. Diferențierea cea mai dificilă este de simulare conștientă - prefăcătorie.

Stupoare Disociativă

Individul suferă de diminuarea sau absența mișcării voluntare și capacitate de reacție normală la stimulii externi, cum ar fi lumina, zgomot, și atingerea. Persoana se află în poziție culcată sau așezat nemișcat pentru perioade lungi de timp. Vorbirea și mișcarea spontană și cea cu finalitate sunt complet absente. Tonusul muscular, postura, respirație, și, uneori, deschiderea ochilor și mișcările oculare coordonate sunt de așa natură încât este clar că individul nu este nici adormit, nici inconștient. Există elemente de probă pozitive de cauzalitate psihogenă sub formă de evenimente recente, fie stresante sau probleme interpersonale sau sociale proeminente.

Tulburare de Transă și Posesiune

Există o pierdere temporară atât a sentimentului de identitate personală, cât și de conștientizare deplină a împrejurimilor. Individul poate acționa ca în cazul preluării de către o altă personalitate, spirit, divinitate sau "forță". Pot fi observate seturi repetate de mișcări extraordinare, poziții de lucru și enunțurile.

Tulburări Disociative de Mișcare și Senzație

Există o pierdere de interferență cu mișcările sau pierdere de senzații (de obicei, cutanate). Tipurile ușoare și tranzitorii ale acestor tulburări sunt adesea observate în adolescență, mai ales la fete, dar tipurile cronice sunt de obicei găsite la adulții tineri. Tulburări motorii disociative

- Convulsii disociative
- Anestezie disociative
- Sindromul Ganser - răspunsuri "aproximative", sau extrem de incorecte

Tulburarea de personalitate multiplă înseamnă existența aparentă a două sau mai multe personalități distincte în cadrul unui individ, cu doar una dintre ele fiind evidentă la un moment dat (dl Jekyll și dl. Hyde). Fiecare personalitate este completă, cu propriile sale amintiri, comportamente și preferințe, dar nu are nici acces la amintirile celei de a doua personalități și ambele sunt aproape întotdeauna inconștiente de existența celeilalte. Schimbarea de la o personalitate la alta este, în primă instanță, de obicei bruscă și strâns asociată cu evenimente traumatice.

Management Clinic

- Psihoterapia este o metodă de alegere a tratamentului tulburărilor disociative (de exemplu, programe psihodinamice, hipnoză).
- Medicamentele nu au nici o valoare dovedită, cu excepția intervenției de amobarbital de sodiu.

F43 Reacții la Stres Acut și Tulburări de Ajustare

F43 Reacții la stres acut și tulburări de ajustare

F43.0 Reacție acută la stres

F43.1 Tulburare de stres post-traumatic

F43.2 Tulburări de ajustare

F43.8 Alte reacții la stres acut

F43.9 Reacție la stres acut nespecificată

Reacții la Stres Acut și Tulburări de Ajustare

Această categorie se deosebește de altele prin faptul că include tulburări identificabile nu numai pe motive de simptomatologie și curs, dar, de asemenea, pe baza uneia sau alteia din cele două

Influențe cauzale:

- un eveniment deosebit de stresant de viață (de exemplu, dezastru natural sau provocat de om, luptă, accident grav, asistarea la o moarte violentă a altora sau experiența de a fi victimă a torturii, terorism, viol, crimă sau de altă natură) care produc o reacție de stres acut
- schimbare semnificativă de viață care duce la circumstanțe neplăcute continue, care rezultă într-o tulburare de ajustare

Evenimentul stresant este considerat a fi factorul principal și superior de cauzalitate și tulburările nu ar fi avut loc fără impactul acestuia.

Reacție Acută la Stres

O tulburare tranzitorie de severitate semnificativă, care se dezvoltă într-un individ fără nici o tulburare mintală anterioară, ca răspuns la stres fizic și / sau psihologic excepțional. Nu toți oamenii expuși la același eveniment stresant dezvoltă aceeași tulburare.

Simptomele: o stare inițială de "uluire", cu o anumită constricție a câmpului conștiinței și îngustare a atenției, incapacitate de a înțelege stimulii și dezorientare. Aceasta stare poate fi urmată fie de retragere suplimentară de la situația din jur (variante extremă - stupoare disociativă) sau de agitație și hiperactivitate. Semne vegetative - tahicardie, transpirație sau înroșire a feței, precum și anxietate sau alte simptome depresive. Aceste simptome apar de obicei la câteva minute de la impactul evenimentului stresant, și dispar în decurs de câteva ore, maxim 2-3 zile.

Tulburare de Stres Post-traumatică (TSPT)

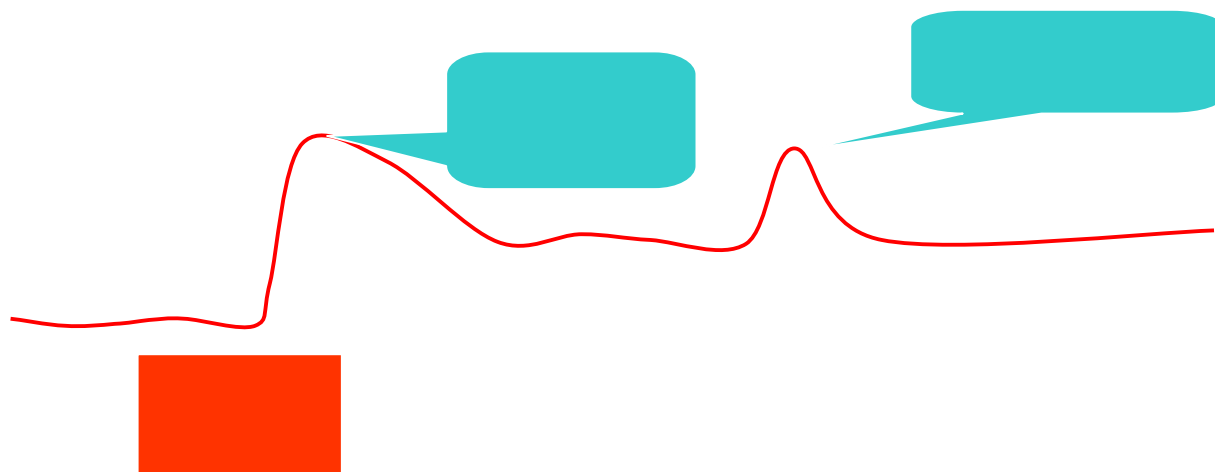
TSPT reprezintă un răspuns întârziat și / sau prelungit la un eveniment stresant de o natură extrem de amenințătoare sau catastrofală.

Cele trei elemente majore ale TSPT includ

1. retrăire a experienței traumei prin vise sau gânduri recurente și intruzive ("amintiri")
2. manifestarea amorțelii emoționale, cum ar fi sentimentul detașării de alți oameni
3. manifestarea simptomelor de hiperexcitabilitate vegetativă, cum ar fi iritabilitatea și reacția prin tresărire exagerată, insomnie

De obicei, există frică și evitare a indicilor care amintesc persoanei care suferă de traumă inițială. Anxietatea și depresia sunt frecvent asociate cu simptomele de mai sus. Consumul excesiv de alcool și de droguri poate fi un factor agravant. Debutul urmează trauma, cu o perioadă de latență, care poate varia de la câteva săptămâni sau luni, dar rareori mai mult de o jumătate de an. Prevalența este estimată la aproximativ 0,5% la bărbați și 1,2% la femei.

Tulburare de Stres Post-traumatică (TSPT)



Management Clinic

- Abordare farmacologică:
 - medicație antidepresivă
 - benzodiazepină pe termen scurt
 - stabilizatori ai stării de spirit (carbamazepină, valproat)
 - antipsihotice
- Psihoterapia este, de asemenea, importantă - TCC folosind tehnici de educație și de expunere
- Terapia de grup, terapia de familie și grupurile de auto-ajutorare sunt foarte recomandate.

Tulburări de Ajustare

Tulburarea de ajustare cuprinde stări de stres subiectiv și tulburări emoționale care apar în perioada de adaptare la o schimbare de viață semnificativă sau față de consecințele unui eveniment de viață stresant, cum ar fi boala fizică gravă, decesul sau separarea, migrația sau statutul de refugiat.

Tabloul clinic: stare depresivă, anxietate, îngrijorare, un sentiment de incapacitate de a face față, de a planifica în perspectivă sau de a continua în situația actuală, și anumite grade de handicap în exercitarea activităților de rutină de zi cu zi. Debutul - în termen de 1 lună; durata – mai puțin de 6 luni. Mai frecvent la femei, persoane necăsătorite și tineri.

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

F45 Tulburări Somatoforme

F45 Tulburări somatoforme

F45.0 Tulburarea de somatizare

F45.1 Tulburarea somatoformă nediferențiată

F45.2 Ipohondria

F45.3 Disfuncție somatoformă vegetativă

F45.4 Tulburare somatoformă persistentă de durere

F45.8 Alte tulburări somatoforme

F45.9 Tulburarea somatoformă nespecificată

F45 Tulburări Somatoforme

Tulburări somatoforme - sunt proeminente plîngerile somatice multiple, recurente și frecvente care necesită îngrijire medicală, fără asociere cu orice afecțiune fizică. Istoricul medical al contactelor multiple cu asistența medicală primară și serviciile specializate de sănătate este tipic înainte ca pacientul să fie îndreptat la îngrijire psihiatrică.

Caracteristicile tulburărilor somatoforme:

1. plîngerii somatice de multe maladii medicale fără asociere cu tulburări grave demonstrabile de organe periferice
2. probleme psihologice și conflicte care sunt importante în inițierea, exacerbară și menținerea perturbării

F45.0 Tulburarea de Somatizare

Ghid de Diagnostic

Un diagnostic definitiv necesită prezența a tuturor caracteristicilor următoare:

- a) cel puțin 2 ani de simptome fizice multiple și variabile, pentru care nu a fost găsită nici o explicație fizică adecvată,
- b) refuzul persistent de a accepta sfatul sau reasigurarea mai multor medici că nu există nici o explicație fizică pentru simptome,
- c) un anumit grad de afectare a funcționării sociale și familiale care pot fi atribuite naturii simptomelor și comportamentul care rezultă.

Condițiile medicale pot fi confundate cu tulburări somatoforme mai ales la începutul cursului lor (scleroză multiplă, tumori cerebrale, hiperparatiroidism, hipertiroidism, lupus eritematos). Investigațiile suplimentare sau consultările trebuie să fie luate în considerare în tulburare de somatizare de lungă durată, în cazul în care există o schimbare în accentul sau stabilitatea plîngerilor fizice. Această modificare a simptomelor sugerează posibila dezvoltare a bolii fizice.

Tulburările afective (depresie) și tulburările de anxietate însoțesc tulburările de somatizare, dar nu trebuie să fie specificate separat cu excepția cazului în care sunt suficient de marcate și persistente.

F45.0 Tulburarea de Somatizare

Terapia și Prognosticul

Condiție cronică recidivantă care începe în adolescență sau chiar atât de târziu ca al treilea deceniu de viață. Simptome noi în timpul stresului emotional. Episoadele tipice durează între 6 și 9 luni, timp pasiv de la 9 până la 12 luni.

■ Strategii de management:

1. relații de încredere între pacient și un (dacă este posibil) medic de la asistența primară
2. instituirea unor vizite regulate la fiecare 4 sau 6 săptămâni
3. păstrarea vizitelor de ambulator de scurtă durată cel puțin un examen fizic parțial la fiecare vizită îndreptat spre sistemul de organe de care se plînge individul
4. înțelegerea simptomelor drept mesaj emoțional, mai degrabă decît o cîntare despre bolile noi, căutarea semnelor de boală, mai degrabă decît concentrarea asupra simptomelor
5. evitarea testelor de diagnostic, evaluărilor de laborator și a procedurilor operative cu excepția cazului indicat în mod clar
6. stabilirea unui obiectiv pentru a obține îndreptări pentru pacienții cu tulburare de somatizare-gata pentru îngrijirea sănătății mintale

Terapie de grup (perioadă limitată de timp, grupul orientat pe comportament și structurat).

F45.1 Tulburarea Somatoformă Nediferențiată

Diagnosticul ar trebui să fie luat în considerare în cazul în care nu a fost realizată imaginea completă și clinică tipică de tulburări de somatizare. Nici o bază fizică a simptomelor prezentate nu rămâne a fi bază pentru diagnostic.

Diagnosticul diferențial:

- apare frecvent în depresie majora și schizofrenie.
- antecedente cronice multiple de plîngeri somatice
- începe înainte de vîrsta de 30 de ani
- tulburarea de adaptare cu plîngeri somatice inexplicabile ar trebui să dureze, prin definiție, mai puțin de 6 luni

Terapie și prognostic:

- cronică și recurentă, dar în unele cazuri, are loc experiența unui singur episod
- abordări de tratament - la fel ca și în cazul tulburării de somatizare

F45.2 Ipohondria

Tulburare este caracterizată printr-o preocupare persistentă și teama de a dezvolta sau avea una sau mai multe tulburări fizice grave și progresive. Pacienții se plâng constant de probleme fizice sau sunt constant preocupați de aspectul lor fizic. Temerea se bazează pe interpretarea eronată a semnelor și senzațiilor fizice. Examenul fizic efectuat de medic nu dezvăluie nici o afecțiune fizică, dar frica și condamnările persistă în ciuda reasigurării.

F45.2 Ipohondria

Ghid de Diagnostic

Prezența a ambelor dintre următoarele criterii:

1. credința persistentă în prezența a cel puțin unei boli fizice grave care stă la baza simptomului sau simptomelor sau, chiar dacă investigațiile și examenele repetate nu au identificat nici o explicație fizică adecvată, sau o preocupare persistentă cu deformare presupusă sau desfigurare.
2. refuzul persistent de a accepta sfaturile și reasigurările câtorva medici diferiți cu privire la faptul că nu există nici o boală sau anormalitate fizică care stau la baza simptomelor

Include: tulburări dismorifice ale corpului, Dismorfofobia (nedelirantă), Nevroză ipohondrie, Ipohondria, Nosofobia.

Principală tulburare somatoformă care trebuie să fie diferențiată de ipohondrie este tulburare de somatizare. Ipohondria trebuie să fie diferențiată de tulburarea nefirească cu semne predominant fizice și de prefăcătorie.

F45.2 Ipohondria

Terapie și Prognostic

Boala este, de obicei, de lungă durată, cu episoade care durează luni sau ani. Recidivele apar frecvent după stres psiho-social. Statutul socio-economic înalt, prezența unei alte condiții tratabile, anxietatea și depresia, un debut acut, lipsa de tulburare de personalitate sau de boală organică comorbidă prezice rezultate mai bune. Nu a fost descris nici un tratament bazat pe dovezi. Pacienții refuză ferm ajutorul profesioniștilor de sănătate mintală și rămân în cadrul

instituțiilor de asistență medicală primară. Gestionarea similară și strategia terapiei de grup la fel ca în cazul tulburării de somatizare pot fi utile.

F45.3 Disfuncție Vegetativă Somatoformă

Simptomele sunt prezentate ca tulburare fizică a sistemului sau a organului în mare parte sau complet necontrolat de înervarea vegetativă, și anume sistemul cardiovascular, gastro-intestinal sau respiratoriu și unele aspecte ale sistemului genito-urinar.

Simptomele sunt de obicei de două tipuri:

1. plângeri pe baza semnelor obiective de excitare vegetativă (palpitații, transpirație, înroșirea feței, tremor)
2. idiosincratice, subiective, nespecifice (dureri trecătoare, arsuri, greutate, senzație de constricție, senzația de a fi balonat sau dilatat)

Aceste simptome pacienții le referă la un anumit organ sau sistem. În multe cazuri, există dovezi de stres psihologic sau de probleme actuale legate de tulburare.

F45.3 Disfuncție Vegetativă Somatoformă

Ghid de Diagnostic

- a) Simptomele de excitare vegetativă, cum ar fi palpitațiile, transpirația, tremorul, înroșirea feței care sunt supărătoare și persistente.
- b) Simptome subiective suplimentare care se referă la organ sau sistem specific.
- c) Preocuparea față de simptome și posibilitatea unei tulburări grave (deseori nespecificate). Pacientul nu reacționează la explicații repetate și reasigurări ale medicilor.
- d) Nu există dovezi ale unei perturbări semnificative ale structurii sau funcționării sistemului sau organului.

În comparație cu anxietate generalizată se manifestă predominarea componentei psihologice de excitare vegetativă. În tulburări de somatizare simptomele vegetative, atunci când acestea sunt prezente, sunt, nici proeminente, nici persistente și simptomele nu sunt atât de persistent atribuite la un organ sau sistem. Se exclud: factorii psihologici și comportamentali asociați cu tulburări sau boli clasificate în altă parte (F54). Tulburarea individuală poate fi clasificată pe al cincilea caracter indicând organul sau sistemul afectat.

F45.3 Disfuncție Vegetativă Somatoformă

Terapia și Prognostic

Condiție recidivantă cronică similară tulburării de somatizare. Pacienții raportează despre stare de sănătate mai rea decât cei cu afecțiune cronică și raportul lor cu privire la simptomele

specifice, în cazul în care îndeplinesc criteriile de severitatea, este suficient și nu trebuie să fie considerat legitim de către clinician. Strategiile de tratament vor fi similare, subliniind importanța colaborării interdisciplinare.

F45.4 Tulburare Somatoformă Persistentă Tip Durere

Simptomul predominant este o durere severă, persistentă și dureroasă, care nu poate fi explicată pe deplin printr-un proces fiziologic de boli fizice. Durerea apare în asociere cu conflictele emoționale sau problemele psihosociale. Expresia durerii cronice poate varia în funcție de personalități și culturi diferite. Pacientul nu se preface și reclamațiile cu privire la intensitatea durerii trebuie să fie crezute.

F45.4 Durere Somatoformă Persistentă

Ghid de Diagnostic

Examenul clinic trebuie să se concentreze asupra:

- extinderea faptului că pacientul este dizabilitat de durere
- gradul de factori emoționali care complică situația și condiții psihice comorbide

Include: psihalgie, dureri de spate sau dureri de cap psihogene, tulburări somatoforme tip durere.

F45.4 Durere Somatoformă Persistentă

Diagnostic Diferențial

Nu sunt incluse:

- durerea care se presupune a fi de origine psihologică, care apare în cursul depresiei sau schizofreniei
- durerea cauzată de mecanismul fiziologic cunoscut sau dedus, cum ar fi durerea tensiunii musculare sau migrene, dar încă se crede că ele au un motiv psihologic și sunt codificate în P54
- tulburările somatoforme de durere trebuie să fie diferențiate de comportamentul histrionic, ca reacție la durere organică

Sunt excluse durerile de spate NOS (M54.9), durerea NOS (acută, cronică) (R52. -), durerile de cap de tipul tensiunii (G44.2).

F45.4 Durere Somatoformă Persistentă

Terapie și Prognostic

Odata ce diagnosticul este completat, trebuie să fie efectuat tratamentul în ambulatoriu în mod regulat de către un medic interesat. Pacienții trebuie să fie asigurați că tratamentul continuă în cazul în care există anumite îmbunătățiri. Cei cu reacție de predispunere la dureri la stres sunt descriși ca având îmbunătățire săracă sau tranzitorie. Starea pacienților cu depresie comorbidă pot fi ameliorați cu medicamente antidepresive. Tratamentul cu orice tip de tulburare a subtipurilor durerii trebuie să fie multidisciplinar și multidimensional de la debut.

F45.8 Alte Tulburări Somatoforme

În aceste tulburări plângeri prezentate nu sunt mediate prin intermediul sistemului nervos autonom, și sunt limitate la sistemul specific a părții corpului. Orice alte tulburări de senzație nedatorate tulburărilor fizice, care sunt strâns legate în timp cu un eveniment sau o problemă stresantă și care duc în creștere semnificativă a atenției față de pacient, îngrijire personală sau medicală trebuie să fie, de asemenea, clasificate aici. Sunt comune umflarea, mișcare pe piele și paresteziile (furnicăturile sau / și amorțeala).

■ Tulburările incluse în această categorie:

- "Globus hystericus"
- torticolis psihogenă și alte tulburări de mișcare spasmodică (cu excepția sindromului Tourette)
- prurit psihogenă, dar cu excepția leziunilor specifice ale pielii, cum ar fi alopecia, eczemele, dermatita, urticăria de origine psihogenă

F45.9 Tulburarea Somatoformă Nespecificată

Include tulburarea fiziologică sau psihosomatică nespecificată la pacienți ale căror simptome și handicapul asociat nu se potrivesc complet cu criteriile pentru alte tulburări somatoforme. Tratamentul și rezultatul acestuia, cu toate acestea, nu diferă considerabil.

Alte Tulburări Nevrotice

F48 Alte tulburări nevrotice

F48.0 Neurastenie

F48.1 Sindromul depersonalizării - pierderii contactului cu realitatea

F48.8 Alte tulburări nevrotice specificate

F48.9 Tulburări nevrotice nespecificate

Tulburările factice („facut“)

Definiție: În tulburările factice pacienții produc deliberat simptome somatice sau psihologice cu scopul de a-și asuma rolul de bolnav.

În aceste tulburări, bolnavii produc intenționat semne de boli medicale sau mintale și își prezintă istoricul și simptomele altfel decât în realitate. Spitalizarea este adeseori un obiectiv primar și un mod de viață. Tulburările au o calitate compulsivă, dar comportamentele sunt deliberate și voluntare, chiar dacă nu pot fi controlate.

Diagnostic, semne și simptome

1. Cu semne și simptome predominant somatice.

- Ø Cunoscută și sub denumirea de *sindrom Münchhausen*. Producerea intenționată de simptome fizice – grețuri, vărsături, durere, convulsii.
- Ø Bolnavii pot să își pună intenționat sânge în fecale sau urina, își cresc artificial temperatura corpului, pot să ia insulina pentru a-și scădea glicemia. Semnul „abdomenului în grătar“ constă din cicatricile consecutive multiplelor intervenții chirurgicale.

2. Cu semne și simptome predominant psihologice.

- Ø Producerea intenționată de simptome psihiatrice – halucinații, deliruri, depresie, comportament bizar.
- Ø Pentru a explica simptomele bolnavii pot să inventeze o poveste, cum că ar fi suferit un stres al vieții major.
- Ø *Pseudologia fantastica* constă din inventarea unor minciuni extravagante, în care pacientul crede.
- Ø În ambele tipuri de tulburare este frecvent abuzul de substanțe, în special de opioide.

3. Cu semne și simptome combinate, somatice și psihologice. Producerea intenționată de simptome atât fizice, cât și psihologice.

4. Tulburare factice NAM. Include tulburările care nu îndeplinesc criteriile de tulburare factice (de ex., tulburarea factice prin intermediar – „proxi“, care constă din inducerea intenționată a simptomelor la o altă persoană care se găsește în îngrijirea primei, pentru asumarea indirectă a rolului de bolnav).

Diagnostic diferențial

1. Boli somatice.

2. Tulburarea somatoforma. În tulburarea factice simptomele sunt voluntare și nu sunt cauzate de factori inconștienți sau simbolici. În tulburarea factice lipsește *la belle indifférence*. Hipocondrii nu doresc să sufere teste extensive sau intervenții chirurgicale.

3. Simularea. Este diagnosticul diferențial cel mai dificil. Simulanții urmăresc scopuri specifice (de ex., încasarea unei asigurări, evitarea unei pedepse privative de libertate).

4. Sindromul Ganser. Acesta se diagnostichează la deținuții care dau răspunsuri aproximative la întrebări și vorbesc în afara subiectului. Se clasifică drept tulburare disociativă NAM.

Simularea

A. Definiție. Producerea voluntară de simptome somatice sau psihice, în vederea îndeplinirii unui scop specific (de ex., obținerea de despăgubiri de la asigurări, evitarea unei detenții sau pedepse).

B. Diagnostic, semne și simptome. Bolnavii au multe acuze vagi sau deficitare localizate, care sunt prezentate foarte amănunțit; se enervează ușor dacă medicul este sceptic în legătura cu relatarea lor.

Diagnostic diferențial

1. Tulburările factice. Nu există un beneficiu secundar evident.

2. Tulburarea somatoformă. Componenta simbolică sau inconștientă a simptomului. Simptomele nu sunt voluntare și nu sunt produse voit.

Tulburările psihotice, psihosomatice și comportamentale ale copilului și adolescentului.

Tulburările pervazive ale dezvoltării (TPD)

A. Diagnostic, semne și simptome.

(Se codifică pe Axa I). Vezi Tabelele 5 până la 8.

TABELUL 5

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE AUTISTĂ

A. Un total de șase (sau mai mulți) itemi de la (1), (2) și (3), cu cel puțin doi de la (1) și câte unul de la (2) și (3):

(1) modificare calitativă a interacțiunii sociale, manifestată prin cel puțin două din următoarele:

(a) alterarea marcată a utilizării, pentru reglarea interacțiunii sociale, a unor multiple comportamente nonverbale, cum ar fi privirea în ochi, expresia facială, posturile corpului și gesturile;

(b) nedezvoltarea relațiilor cu cei de aceeași vârstă, adecvate cu nivelul de dezvoltare;

(c) lipsa căutării spontane de a împărtăși cu alte persoane bucuria, interesele sau realizările (de ex., prin absența arătării, aducerii sau indicării obiectelor de interes);

(d) lipsa reciprocității sociale sau emoționale.

(2) alterări calitative ale comunicării, manifestate prin cel puțin unul din următoarele:

(a) întârzierea sau absența totală a dezvoltării limbajului vorbit (neînsoțite de încercarea de compensare prin intermediul unor modalități alternative de comunicare, cum ar fi gestică sau mimica);

(b) la cei cu vorbire adecvată, alterarea marcată a capacității de a iniția sau de a susține o conversație cu alții;

(c) utilizare stereotipă și repetitivă a limbajului sau limbaj idiosincratic;

(d) lipsa jocurilor de imaginație sau a jocurilor imitative social variate, spontane, adecvate nivelului de dezvoltare.

(3) paternuri restricționate, stereotipe și repetitive ale comportamentului, intereselor și activităților, manifestate prin cel puțin unul din următoarele:

(a) preocupare acaparantă cu unul sau mai multe paternuri restricționate, stereotipe și repetitive ale intereselor, preocupare care este anormală prin intensitate sau obiect;

(b) aderență aparent inflexibilă față de rutine sau ritualuri specifice, lipsite de funcționalitate;

(c) manierisme motorii stereotipe și repetitive (de ex., fluturarea sau răsucirea mâinilor sau a degetelor, sau mișcări complexe ale întregului corp);

(d) preocupare persistentă cu părți ale obiectelor.

B. Întârzieri sau funcționare anormală în cel puțin unul din următoarele domenii, cu debut înaintea vârstei de 3 ani:

(1) interacțiune socială; (2) limbajul – așa cum este folosit în comunicarea socială, sau (3) jocul simbolic sau de imaginație.

C. Tulburarea nu este explicată mai bine de tulburarea Rett sau tulburarea disintegrativă a copilăriei.

TABELUL 6

CRITERIILE DIAGNOSTICE DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE RETT

A. Toate cele ce urmează: (1) dezvoltare prenatală și perinatală aparent normală; (2) dezvoltare psihomotorie aparent normală în primele cinci luni de viață; (3) circumferință normală a capului la naștere.

B. Debutul tuturor celor ce urmează, după o perioadă de dezvoltare normală:

- (1) încetinirea creșterii capului între vârstele de 5 luni și 48 de luni;
- (2) pierderea, între vârstele de 5 luni și 48 de luni, a abilităților manuale cu scop achiziționate anterior, cu dezvoltarea ulterioară a unor mișcări stereotipe ale mâinii (de ex., „frângerea“ sau „spălarea“ mâinilor);
- (3) pierderea angajării sociale, precoce în evoluția tulburării (deși, adesea, interacțiunea socială se dezvoltă mai târziu);
- (4) apariția de mișcări puțin coordonate în mers sau ale trunchiului;
- (5) dezvoltare sever alterată a limbajului receptiv și expresiv, cu retardare psihomotorie severă și paternuri restricționate ale intereselor, care sunt anormale fie prin intensitate, fie prin obiect;
- (6) aderență aparent inflexibilă la rutine sau ritualuri specifice, lipsite de funcționalitate;
- (7) manierisme motorii stereotipe și repetitive (de ex., fluturarea sau răsucirea mâinilor sau a degetelor, sau mișcări complexe ale întregului corp);
- (8) preocupare persistentă cu părți ale obiectelor.

C. Tulburarea cauzează alterare semnificativă clinic în domeniul social, ocupațional sau în alte domenii importante ale funcționării.

D. Nu există o întârziere semnificativă clinic a limbajului (de ex., folosește cuvinte izolate la vârsta de 2 ani, folosește fraze comunicatoare la vârsta de 3 ani).

E. Nu există o întârziere semnificativă clinic a dezvoltării cognitive sau a dezvoltării, adecvate vârstei, a abilităților de auto-îngrijire, a comportamentului adaptativ (cu excepția interacțiunii sociale) și a curiozității față de mediu în copilărie.

F. Nu se îndeplinesc criteriile pentru o altă tulburare pervazivă specifică a dezvoltării sau pentru schizofrenie.

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE ASPERGER

A. Modificare calitativă a interacțiunii sociale, manifestată prin cel puțin două din următoarele:

- (1) alterarea marcată a utilizării unor multiple comportamente nonverbale care să solicite interacțiune socială, cum ar fi privirea în ochi, expresia facială, posturile corpului și gesturile;
- (2) nede dezvoltarea relațiilor cu cei de aceeași vârstă, adecvate cu nivelul de dezvoltare;
- (3) lipsa căutării spontane de a împărtăși cu alte persoane bucuria, interesele sau realizările (de ex., prin absența arătării, aducerii sau indicării obiectelor de interes);
- (4) lipsa reciprocității sociale sau emoționale.

B. Paternuri restricționate, repetitive și stereotipe ale comportamentului, intereselor și activităților, manifestate prin cel puțin unul din următoarele:

- (1) preocupare acaparantă cu unul sau mai multe paternuri de interes stereotipe și restricționate, preocupare care este anormală prin intensitate sau obiect;
- (2) aderență aparent inflexibilă față de rutine sau ritualuri specifice, lipsite de funcționalitate;
- (3) manierisme motorii stereotipe și repetitive (de ex., fluturarea sau răsucirea mâinilor sau a degetelor sau mișcări complexe ale întregului corp);
- (4) preocupare persistentă cu părți ale obiectelor.

C. Tulburarea cauzează alterare semnificativă clinic în domeniul social, ocupațional, sau în alte domenii importante ale funcționării.

D. Nu există o întârziere semnificativă clinic a limbajului (de ex., folosește cuvinte izolate la vârsta de 2 ani, folosește fraze comunicatoare la vârsta de 3 ani).

E. Nu există o întârziere semnificativă clinic a dezvoltării cognitive sau a dezvoltării, adecvate vârstei, a abilităților de auto-îngrijire, a comportamentului adaptativ (cu excepția interacțiunii

sociale) și a curiozității față de mediu în copilărie.

F. Nu se îndeplinesc criteriile pentru o altă tulburare pervazivă specifică a dezvoltării sau pentru schizofrenie.

TABELUL 8

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE DISINTEGRATIVĂ ÎN COPILĂRIE

A. Dezvoltare aparent normală în cel puțin primii doi ani după naștere, manifestată prin prezența, adecvată vârstei, a comunicării verbale și nonverbale, relațiilor sociale, jocului și comportamentului adaptativ.

B. Pierdere semnificativă clinic a abilităților achiziționate anterior (înaintea vârstei de 10 ani), în cel puțin două din următoarele domenii:

- (1) limbaj expresiv sau receptiv;
- (2) abilități sociale sau comportament adaptativ;
- (3) control sfîcterian vezical sau anal;
- (4) joc;
- (5) abilități motorii.

C. Anormalități ale funcționării în cel puțin două din domeniile următoare:

- (1) alterare calitativă a interacțiunii sociale (de ex., alterarea comportamentelor nonverbale, nedeveloparea relațiilor cu cei de aceeași vîrstă, lipsa de reciprocitate socială sau emoțională);
- (2) alterare calitativă a comunicării (de ex., întîrzierea sau nedeveloparea limbajului vorbit, inabilitatea de a iniția sau susține o conversație, utilizarea stereotipă sau repetitivă a limbajului, lipsa jocului de imaginație variat);
- (3) paternuri de comportament, interese și activități restricționate, repetitive și stereotipe, incluzînd stereotipii motorii și manierisme.

D. Tulburarea nu este explicată mai bine de o altă tulburare pervazivă specifică a dezvoltării sau de schizofrenie.

B. Considerații generale

1. Tulburarea autistă. Tulburarea autistă afectează 4 din 10.000 de persoane. Raportul bărbați:femei este de 3:1. Copiii cu tulburare autistă pot să prezinte funcționare înaltă sau joasă, în funcție de IQ, de cantitatea și comunicativitatea limbajului, precum și de severitatea altor simptome. Dintre acești copii, în jur de 70% au IQ sub 70, iar 50% au IQ mai mic de 50 până la 55. Concordanța la gemenii monoziagoți este mai mare decât la cei dizigoți; recurența afectării este de cel puțin 2–4% din membrii fratriei, iar frecvența problemelor de limbaj și de învățare este mai mare în familiile copiilor autiști. Tulburările genetice asociate includ scleroza tuberoasă și sindromul cromozomului X fragil. Insulele prenatale și perinatale sunt crescute, dar acestea pot să nu fie suficiente pentru a cauza tulburarea în absența predispoziției genetice. Nu există o localizare specifică a leziunilor organice în tulburarea autistă. În diferite subgrupuri de pacienți au fost implicate anormalități corticale, cerebelare, de trunchi cerebral și imunologice, pe baza datelor electroencefalografice, de tomografie computerizată, imagistică cu rezonanță magnetică (RMN) sau cu emisie de pozitroni (PET) sau pe baza datelor necroptice. Unele subgrupuri au niveluri anormale ale unor neurotransmițători sau ale unor metaboliți ai acestora în sânge

sau LCR.

2. Tulburarea Asperger. Tulburarea Asperger se caracterizează prin comportament asemănător cu autismul, fără întârzieri semnificative în dezvoltarea limbajului sau dezvoltarea cognitivă. Sunt prezente interesele circumscrie. Cauza este necunoscută, dar studiile familiale sugerează o relație cu tulburarea autistă. Prevalența este mai mare decât aceea a tulburării autiste.

3. Tulburarea Rett. Tulburarea Rett este neurodegenerativă. Are, probabil, o bază genetică, dat fiind că apare numai la fete; raportările de cazuri evidențiază concordanță totală la gemenele monozigote.

4. Tulburarea disintegrativă a copilăriei. (Denumită, de asemenea, *sindrom Heller*). Se distinge prin cel puțin 2 ani de dezvoltare normală, înainte de deteriorarea până la intensitatea tabloului clinic al tulburării autiste. Cauza este necunoscută, dar această tulburare se asociază cu alte condiții neurologice (de ex., tulburări convulsive, scleroză tuberoasă, tulburări metabolice).

C. Tratament

1. Educație specială. Are importanța cea mai mare. Numeroase dovezi arată că intervenția precoce și intensivă de tip educație specială este cea mai benefică. În consecință, este important diagnosticul precoce.

2. Farmacologic. Vezi TABELUL 4.

a. În doze nesedative, în cadrul unor studii controlate haloperidolul a fost eficient împotriva retragerii, stereotipiilor și hiperactivității. Într-un studiu pe termen lung, diskinezia a apărut la 33% din copii, dar s-a rezolvat după întreruperea medicamentului. Risperidonul (Risperdal) și olanzapina (Zyprexa) au fost benefice în raportări anecdotice [nepublicate]. b. Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (SSRI/ISRS) (de ex., fluoxetina – Prozac și fluvoxamina – Luvox) sunt benefici uneori în reducerea perseverențelor.

c. Stimulantele cum ar fi metilfenidatul (Ritalin) pot fi încercate ținând în atenție inatenția sau hiperactivitatea. Totuși, ele pot să crească agitația și stereotipiile. d. Antagoniștii opioizilor (de ex., naltrexonul – ReVia) sunt în curs de investigare. Raționamentul care stă la baza prescrierii lor este diminuarea retragerii interpersonale prin blocarea opioidelor endogene, așa cum se procedează la dependenței de droguri, la care se caută să se blocheze opioidele exogene. Pot să fie ținute, de asemenea, și comportamentele de auto-lezare.

e. Pot să prezinte utilitate litiul, antagoniștii receptorilor β -adrenergici (β -blocantele) și medicamentele antiepileptice.

f. Anticonvulsivantele se folosesc în tulburarea Rett, pentru controlul convulsiilor.

3. Psihologic. În general, psihoterapia individuală este inutilă, date fiind dificultățile de limbaj și celelalte dificultăți cognitive ale bolnavilor. Suportul și consilierea familială au, însă, o importanță crucială; părinților trebuie să li se spună că tulburarea autistă nu este rezultatul unor greșeli de parentaj. Adeseori părinții au nevoie de strategii de lucru cu copilul și cu frații acestuia. Există asociații și grupuri de auto-ajutor ale părinților copiilor cu tulburare autistă.

V. Tulburări de învățare, tulburarea abilităților motorii și tulburări de comunicare

Tulburările de învățare (**tulburarea dislexică** [a cititului], **tulburarea aritmetică** [a socotitului], **tulburarea expresiei scrie** și **tulburarea de învățare nespecificată în alt mod [NAM]**), tulburarea abilităților motorii (**tulburare de dezvoltare a coordonării**) și tulburările de comunicare (**tulburarea limbajului expresiv**, **tulburarea mixtă expresiv/receptivă a limbajului**, **tulburarea fonologică**, **balbismul**) au în comun multe caracteristici și comorbidități (asocieri patologice).

Prevalența tulburărilor de învățare și ale abilităților motorii este, în general, în jur de 5%; pentru balbism estimările sunt de 1% iar pentru celelalte tulburări ale comunicării – tot de 1%. Raportul masculin:feminin este de 2:1 până la 4:1 pentru toate tulburările, cu excepția tulburării expresiei scrise (raportul este necunoscut) și tulburării aritmetice (posibilă prevalență mai mare la fete decât la băieți).

A. Diagnostic, semne și simptome. Criteriile de diagnostic ale acestor tulburări sunt asemănătoare.

1. Tulburări de învățare. Vezi TABELUL 9.

2. Tulburarea abilităților motorii. Vezi TABELUL 10.

3. Tulburări de comunicare. Vezi Tabelele 11 până la 14.

TABELUL 9

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE DISLEXICĂ, TULBURARE ARITMETICĂ SAU TULBURARE A EXPRIMĂRII SCRISE

A. Achiziția cititului, abilitățile aritmetice sau abilitățile de scris, măsurate prin teste standardizate administrate individual (sau prin evaluări funcționale ale abilităților de scriere), sunt substanțial sub cele expectate, date fiind vârsta cronologică, inteligența măsurată și educația adecvată vârstei.

B. Tulburarea de la criteriul A interferează semnificativ cu realizările academice sau cu activitățile vieții cotidiene care necesită abilități de citire, abilitate aritmetică sau compunerea de texte scrise (de ex., scrierea unor propoziții corecte din punct de vedere gramatical și a unor paragrafe organizate). C. Dacă este prezent un deficit senzorial, dificultățile le depășesc pe cele care se asociază de obicei cu acesta.

TABELUL 10

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE DE DEZVOLTARE A COORDONĂRII

A. Performanța în activitățile cotidiene care necesită coordonare motorie este substanțial sub cea expectată, date fiind vârsta cronologică și inteligența măsurată. Aceasta se poate manifesta prin întârzieri marcate în atingerea reperelor de dezvoltare psihomotorie (de ex., mers, mers de-a bușilea, șezut), prin scăparea din mână a lucrurilor, prin „neîndemânare“, prin performanță redusă în sporturi sau prin scris de mână deficitar.

B. Tulburarea de la criteriul A interferează semnificativ cu realizările academice sau cu activitățile vieții cotidiene. C. Tulburarea nu se datorează unei condiții medicale generale (de ex., paralizie cerebrală, hemiplegie sau distrofie musculară) și nu îndeplinește criteriile pentru o tulburare pervazivă a dezvoltării. D. Dacă este prezentă retardarea mintală, dificultățile motorii le depășesc pe cele care se asociază de obicei cu aceasta.

TABELUL 11

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE A LIMBAJULUI EXPRESIV

A. Scorurile obținute la teste standard, administrate individual, ale dezvoltării limbajului expresiv sunt substanțial sub cele obținute la testele standardizate atât ale capacității intelectuale nonverbale, cât și ale dezvoltării limbajului receptiv. Tulburarea se poate manifesta clinic prin simptome care

inclus vocabularul foarte limitat, greșeli ale timpului verbelor sau dificultatea de a-și reaminti cuvinte ori de a produce fraze de lungimea și complexitatea adecvată dezvoltării.

B. Dificultățile de limbaj expresiv interferează cu realizările academice sau ocupaționale sau cu comunicarea socială. C. Nu se îndeplinesc criteriile de tulburare mixtă a limbajului expresiv-receptiv sau de tulburare pervazivă a dezvoltării. D. Dacă sunt prezente retardarea mintală, un deficit verbal motor sau un deficit senzorial ori deprivarea prin mediul de viață, dificultățile de limbaj le depășesc pe cele care se asociază de obicei cu aceste probleme.

TABELUL 12

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE MIXTĂ A LIMBAJULUI RECEPTIV-EXPRESIV

A. Scorurile obținute la teste standard, administrate individual, ale dezvoltării atât a limbajului expresiv, cât și a limbajului receptiv, sunt substanțial sub cele obținute la testele standardizate ale capacității intelectuale nonverbale. Simptomele le includ pe acelea ale tulburării limbajului expresiv, precum și dificultatea de a înțelege cuvinte, propoziții sau tipuri specifice de cuvinte, cum ar fi termenii legați de spațiu. B. Dificultățile cu limbajul receptiv și expresiv interferează semnificativ cu realizările academice sau ocupaționale sau cu comunicarea socială.

C. Nu se îndeplinesc criteriile de tulburare pervazivă a dezvoltării. D. Dacă sunt prezente retardarea mintală, un deficit verbal motor sau un deficit senzorial ori deprivarea prin mediul de viață, dificultățile de limbaj le depășesc pe cele care se asociază de obicei cu aceste probleme.

TABELUL 13

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE FONOLOGICĂ

A. Incapacitatea de a folosi sunetele de vorbire expectate din punct de vedere al dezvoltării și adecvate vârstei și dialectului (de ex., erori în producerea, utilizarea, reprezentarea sau organizarea sunetelor, cum ar fi, dar fără limitarea la aceste exemple, substituirile unui sunet cu altul (folosirea lui |t| în locul sunetului țintă |k|¹) sau omisiunea unor sunete cum ar fi consoanele finale). B. Dificultatea în producerea sunetelor vorbirii interferează cu realizările academice sau ocupaționale sau cu comunicarea socială. C. Dacă sunt prezente retardarea mintală, un deficit verbal motor sau un deficit senzorial ori deprivarea prin mediul de viață, dificultățile de vorbire le depășesc pe cele care se asociază de obicei cu aceste probleme.

TABELUL 14

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU BALBISM

A. Perturbare (inadecvată pentru vârsta respectivă) a fluenței și paternurilor temporale normale ale vorbirii, caracterizată prin survenirea frecventă a unuia sau mai multora din următoarele:

(1) repetări de sunete și silabe; (2) prelungiri ale sunetelor; (3) interjecții; (4) cuvinte întrerupte (de ex., pauze în interiorul unui cuvânt); (5) blocări auzibile sau inauzibile (pauze, umplute sau nu, în interiorul unui cuvânt); (6) circumlocuțiuni (substituirii de cuvinte, pentru a evita cuvintele problematice); (7) cuvinte produse cu exces de tensiune fizică; (8) repetări ale unor cuvinte monosilabice întregi (de ex., „I-I-I-I see him“ – „Îl-îl-îl-îl văd“).

B. Această tulburare a fluenței interferează cu realizările academice sau ocupaționale sau cu comunicarea socială. C. Dacă este prezent un deficit verbal motor sau un deficit senzorial,

dificultățile de vorbire le depășesc pe cele care se asociază de obicei cu aceste probleme.

B. Considerații generale. Tulburările de învățare, de dezvoltare a coordonării și cele de comunicare pot să coexiste unele cu celelalte precum și cu tulburările prin deficit atențional și cu alte tulburări caracterizate prin comportament disruptiv. Incidența familială este crescută.

Despre neurobiologia acestor tulburări nu se cunosc decât puține lucruri. În tulburarea dislexică, câteva studii (CT scan, RMN, post-mortem) au demonstrat absența asimetriilor normale ale emisferelor cerebrale în lobi parietali sau temporali. În cadrul tulburărilor de comunicare se întâlnesc mai frecvent pacienți stângaci sau ambidecștri (cu posibila excepție a tulburării fonologice). În tulburările de comunicare trebuie exclusă existența unui deficit auditiv.

C. Tratament

1. Remediere. Remedierea dizabilităților de învățare se face, de obicei, în școală și depinde de severitatea tulburării. Cele mai multe cazuri nu necesită intervenție sau tutorizare (instruire personală suplimentară/specială). Poate să fie necesară plasarea în spații (încăperi) cu resurse speciale sau în clase speciale. În tulburările de comunicare poate să fie necesară terapia vorbirii [logopedie]. În cazurile mai ușoare nu sunt necesare intervenții.

2. Psihologic. La pacienții cu aceste tulburări se întâlnesc frecvent stima de sine scăzută, eșecul și abandonul școlar. În consecință, este deosebit de importantă psihoeducația și pot fi necesare consilierea școlară sau terapia individuală, de grup sau familială.

3. Farmacologic. Numai pentru tulburările psihiatrice asociate, cum ar fi ADHD. Nu există dovezi asupra beneficiilor directe ale medicației la copiii cu tulburări de învățare, ale abilităților motorii sau ale comunicării.

VI. Tulburările prin deficit atențional și comportament disruptiv

A. ADHD (Tulburarea prin deficit atențional/hiperactivitate). Prevalența este, probabil, de 3–5%. Raportul masculin:feminin este de 3:1 până la 5:1.

1. Diagnostic, semne și simptome. Vezi TABELUL 15.

2. Considerații generale. ADHD, în special tipul predominant hiperactiv-impulsiv, coexistă frecvent cu tulburările de conduită sau cu tulburarea opozițională sfidătoare. ADHD se asociază, de asemenea, cu tulburările de învățare și tulburările de comunicare.

Se consideră că ADHD este expresia clinică a unor modificări neurologice subtile, dar neclare. ADHD se asociază cu traumatismele perinatale și malnutriția în copilărie. Incidența este crescută la părinții și frații/surorile bolnavilor, iar concordanța este mai mare la gemenii MZ decât la gemenii DZ. Copiii cu ADHD sunt adesea dificili din punct de vedere temperamental. Pe planul sistemelor de neurotransmițători, cele mai clare dovezi indică o disfuncție noradrenergică. Semnele neurologice fără localizare (nefocale, *soft*) sunt frecvente. Studiile de imagistică indică reducerea dezinhibiției lobului frontal; s-au constatat hipoperfuzia (hipoirigarea) lobului frontal și rate metabolice scăzute ale lobului frontal. Probabil că ADHD nu este legată de aportul de zahăr; doar puțini bolnavi (poate 5%) sunt afectați de aditivii alimentari. Între 20% și 25% din persoanele cu ADHD continuă să manifeste simptome în adolescență, unii chiar și ca adulți. O parte a bolnavilor, în special cei cu asocierea unei tulburări de conduită, devin delincvenți sau, mai târziu, dezvoltă tulburare antisocială a personalității.

TABELUL 15

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE PRIN DEFICIT ATENȚIONAL/HIPERACTIVITATE

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

(1) șase (sau mai multe) din simptomele următoare de **inatenție** au persistat timp de cel puțin șase luni, într-un grad care este maladaptativ și nepotrivit cu nivelul de dezvoltare:

(a) adesea nu dă destulă atenție amănuntelor sau greșește din neglijență în activitatea școlară, muncă, sau alte activități;

(b) adesea are dificultăți de susținere a atenției în cursul unor sarcini sau în activități de joc;

(c) adesea pare să nu asculte atunci când i se vorbește direct;

(d) adesea nu dă curs instrucțiunilor și nu își termină temele, sarcinile casnice sau îndatoririle de muncă (nu se datorează comportamentului opozițional sau neînțelegerii instrucțiunilor);

(e) adesea are dificultăți în organizarea sarcinilor și activităților;

(f) adesea evită, îi displac sau ezită să se angajeze în sarcini ce necesită efort mental susținut (cum ar fi teme școlare pentru acasă sau lucrări de serviciu pe care să le facă acasă);

(g) adesea pierde lucruri care îi sunt necesare pentru sarcini sau activități (de ex., jucării, teme pentru școală, pixuri, cărți sau unelte)

(h) adesea este distras cu ușurință de stimulii perturbatori;

(i) adesea este uituc în activitățile cotidiene.

(2) șase (sau mai multe) din simptomele următoare de **hiperactivitate-impulsivitate** au persistat timp de cel puțin 6 luni, într-un grad care este maladaptativ și nepotrivit cu nivelul de dezvoltare:

Hiperactivitate

(a) adesea își mișcă mâinile sau picioarele sau se frământă pe scaun;

(b) adesea își părăsește locul, în clasă sau în alte situații în care este de așteptat să rămână la locul său;

(c) adesea fuge sau se cațără excesiv, în situații în care acest lucru este nepotrivit (la adolescenți și adulți, poate să se limiteze la senzația subiectivă de neliniște);

(d) adesea are dificultăți să se joace sau să se angajeze în activități de timp liber fără să facă zgomot;

(e) adesea este „pe picior de plecare” sau adesea acționează ca și cum „ar avea motor”;

Impulsivitate

(g) adesea răspunde înainte ca întrebarea să se fi terminat;

(h) adesea are dificultăți să își aștepte rândul;

(i) adesea întrerupe sau inoportunează pe alții (de ex., se amestecă în conversații sau jocuri).

B. Unele dintre simptomele hiperactiv-impulsive sau inatenționale care au produs afectarea au fost prezente dinaintea vârstei de 7 ani.

C. Sunt prezente anumite afectări datorate simptomelor în două sau mai multe domenii (de ex., la școală (sau la lucru) și acasă).

D. Trebuie să existe dovezi clare asupra unei afectări semnificative clinic a funcționării sociale, academice sau ocupaționale.

E. Simptomele nu trebuie să survină numai în cursul unei tulburări pervazive a dezvoltării, al schizofreniei sau al unei alte tulburări psihotice

și trebuie să nu poată fi explicate mai bine de o altă tulburare mintală (de ex., tulburare a dispoziției, tulburare anxioasă, tulburare disociativă sau o tulburare de personalitate).

Codificați în funcție de tip:

Tulburare prin deficit atențional/hiperactivitate, tip combinat: dacă, în ultimele 6 luni, se îndeplinesc atât criteriul A1 cât și A2.

Tulburare prin deficit atențional/hiperactivitate, predominant de tip inatențional: dacă, în ultimele 6 luni, criteriul A1 a fost îndeplinit, dar criteriul A2 – nu.

Tulburare prin deficit atențional/hiperactivitate, predominant de tip hiperactiv-impulsiv: dacă, în ultimele 6 luni, criteriul A2 a fost îndeplinit, dar criteriul A1 – nu.

Notă de codificare: La persoanele (în special adolescenți și adulți) care au în prezent simptome care nu mai îndeplinesc pe deplin criteriile, se va specifica „în remisiune parțială“.

TABELUL 16

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE DE CONDUITĂ

A. Patern comportamental repetitiv și persistent în care sunt violate drepturile bazale¹ ale altora ori norme sau reguli societale majore potrivite cu vârsta, manifestându-se prin prezența a trei (sau mai multe) din următoarele criterii în ultimele 12 luni, cel puțin un criteriu fiind prezent în ultimele 6 luni:

Agresivitate față de oameni și animale

- (1) adesea hărțuiește (*bullies* – persecută/intimidează pe cei mai slabi), amenință sau intimidează pe alții;
- (2) inițiază adeseori încăierări fizice;
- (3) a folosit o armă care poate produce leziuni serioase altora (de ex., o bâtă, cărămidă, o sticlă spartă, cuțit, armă de foc);
- (4) a fost crud din punct de vedere fizic față de oameni;
- (5) a fost crud din punct de vedere fizic față de animale;
- (6) a furat în prezența victimei (de ex., tâlhărie, zmulgerea genții, extorcare, jaf armat);
- (7) a forțat pe cineva să aibă activitate sexuală.

Distrugere a proprietății

- (8) s-a angajat deliberat în incendiere, cu intenția de a produce distrugeri serioase;
- (9) a distrus deliberat proprietatea altora (cu excepția punerii focului).

Înșelătorie sau furt calificat

- (10) a spart casa, clădirea ori mașina altcuiva;
- (11) adesea minte ca să obțină bunuri sau favoruri sau ca să evite obligații (cu alte cuvinte, înșeală, escrochează);
- (12) a furat lucruri a căror valoare nu era neglijabilă, fără să confrunte victima (de ex., furt din magazine, dar fără spargerea magazinului; falsuri / uz de fals).

Violări grave ale unor reguli

- (13) adesea nu stă acasă peste noapte, în pofida interdicțiilor parentale, cu începere dinaintea vârstei de 13 ani;
- (14) a plecat [fugit] de acasă peste noapte fără permisiune de cel puțin două ori, în timp ce locuia în casa parentală sau a surogaților parentali (sau o singură dată, dar fără să se întoarcă pentru o perioadă îndelungată);
- (15) adesea chiulește de la școală, cu începere dinaintea vârstei de 13 ani.

B. Perturbarea comportamentală cauzează alterări clinic semnificative ale funcționării sociale, academice sau ocupaționale.

C. Dacă este în vârstă de 18 ani sau mai mult, nu îndeplinește criteriile de tulburare antisocială a personalității.

Specificați tipul, în funcție de vârsta la debut:

Tip cu debut în copilărie: debutul cel puțin al unui criteriu caracteristic pentru Tulburarea de Conduită înaintea vârstei de 10 ani.

Tip cu debut în adolescență: absența oricărui criteriu caracteristic pentru Tulburarea de Conduită înaintea vârstei de 10 ani.

Tip nespecificat: Vârsta de debut este necunoscută.

Specificați severitatea:

Ușoară: puține sau nici o problemă de conduită în exces față de cele necesare pentru diagnostic și problemele de conduită cauzează altora numai un rău minor.

Moderată: numărul de probleme de conduită și efectul lor asupra celorlalți sunt intermediare între intensitatea „ușoară” și cea „severă”.

Severă: număr mare de probleme de conduită în exces față de cele necesare pentru diagnostic sau problemele de conduită cauzează altora un rău considerabil.

TABELUL 17

Criteriile de diagnostic DSM-IV-TR pentru Tulburare Opozițională Sfidătoare¹

A. Patern de comportament negativist, ostil și sfidător care durează cel puțin 6 luni, timp în care sunt prezente patru (sau mai multe) din următoarele:

- (1) adesea își pierde calmul;
- (2) adesea se ceartă cu adulții;
- (3) adesea sfidează activ sau refuză să se supună cererilor sau regulilor adulților;
- (4) adesea enervează oamenii deliberat (dinadins);
- (5) adesea îi blamează pe alții pentru propriile greșeli sau comportamente rele;
- (6) este adesea irascibil sau ușor de enervat de către alții;
- (7) este adesea mânios și plin de resentimente;
- (8) este adesea disprețuitor / răutăcios [*spiteful*] sau răzbunător, chiar fără un motiv pe măsura răzbunării [*ranchiunos, vindictive*]. **Notă:** Un criteriu se va considera îndeplinit numai dacă comportamentul respectiv are loc mai frecvent decât se observă în mod tipic la persoanele de vârstă și nivel comportamental comparabil.

B. Tulburarea comportamentului cauzează o alterare semnificativă clinic a funcționării sociale, academice sau ocupaționale.

C. Comportamentul nu apare numai în cursul unei tulburări psihotice sau dispoziționale.

D. Nu se îndeplinesc criteriile de tulburare de conduită, iar dacă persoana este în vârstă de 18 ani sau mai mult, nu se îndeplinesc criteriile de tulburare antisocială a personalității.

TABELUL 18

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE TOURETTE

A. Pe parcursul bolii au fost prezente atât ticuri motorii multiple, cât și unul sau mai multe ticuri vocale, chiar dacă nu neapărat în același timp. (Un tic este o mișcare motorie sau vocalizare bruscă, rapidă, recurentă, neritmică, stereotipă).

B. Tipurile survin de mai multe ori pe zi (de obicei în serii), aproape în fiecare zi sau intermitent pe parcursul unei perioade de peste un an, iar în această perioadă nu a existat nici o perioadă lipsită de ticuri mai îndelungată decât trei luni consecutive.

C. Tulburarea cauzează suferință marcată sau alterare semnificativă socială, ocupațională sau în alte domenii importante ale funcționării.

D. Debutul are loc înaintea vârstei de 18 ani.

E. Tulburarea nu se datorează efectelor fiziologice ale unei substanțe (de ex., stimulante) sau ale unei condiții medicale generale (de ex., boala Huntington sau o encefalită virală).

TABELUL 19

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE TRANZITORIE A TICURILOR

A. Ticuri motorii și/sau vocale unice sau multiple (mișcări motorii sau vocalizări bruște, rapide, recurente, neritmice, stereotipe).

- B. Ticurile survin de multe ori pe zi, aproape în fiecare zi timp de cel puțin 4 săptămâni, dar pentru nu mai mult de 12 luni consecutive.
- C. Tulburarea cauzează suferință marcată sau alterare semnificativă socială, ocupațională sau în alte domenii importante ale funcționării.
- D. Tulburarea nu se datorează efectelor fiziologice ale unei substanțe (de ex., stimulante) sau ale unei condiții medicale generale (de ex., boala Huntington sau o encefalită virală).
- E. Nu au fost îndeplinite niciodată criteriile de tulburare Tourette sau tulburare cronică a ticurilor motorii sau vocale.
-

TABELUL 20

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU ENCOPREZIS

- A. Defecare repetată în locuri nepotrivite (de ex., îmbrăcat sau pe podea), indiferent dacă este involuntară sau intenționată.
- B. Cel puțin un astfel de eveniment pe lună timp de cel puțin 3 luni.
- C. Vârsta cronologică este de cel puțin 4 ani (sau nivelul echivalent de dezvoltare).
- D. Comportamentul nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., laxative) sau ale unei condiții medicale generale, cu excepția unui mecanism care să implice constipație.

Codificați după cum urmează: **Cu constipație și cu incontinență prin prea plin. Fără constipație și fără incontinență prin prea plin.**

TABELUL 21

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU ENUREZIS

- A. Micțiuni repetate în pat sau în haine (indiferent dacă sunt involuntare sau intenționate).
- B. Comportamentul este semnificativ clinic, fie prin frecvența de două ori pe săptămână timp de cel puțin 3 luni consecutive, fie prin prezența suferinței semnificative clinic ori a alterărilor sociale, academice (ocupaționale) sau în alte domenii importante ale funcționării.
- C. Vârsta cronologică este de cel puțin 5 ani (sau nivelul echivalent de dezvoltare).
- D. Comportamentul nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un diuretic) sau ale unei condiții medicale generale (de ex., diabet, spina bifida sau tulburare convulsivantă).

Specificați tipul: **Exclusiv nocturn. Exclusiv diurn. Nocturn și diurn.**

TABELUL 22

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE PRIN ANXIETATE DE SEPARARE

A. Anxietate nepotrivită și excesivă din punct de vedere al dezvoltării, în legătură cu separarea de locuință sau de aceia față de care persoana este atașată, dovedită de trei (sau mai multe) din următoarele:

- (1) suferință recurentă excesivă la separarea sau la anticiparea unei separări de casă sau de o figură majoră de atașament;
- (2) îngrijorare persistentă și excesivă în legătură cu pierderea sau în legătură cu posibilul rău care s-ar putea întâmpla unor figuri majore de atașament;

- (3) îngrijorare persistentă și excesivă că un eveniment nedorit va duce la separarea de o figură majoră de atașament (de ex., că se va rătăci sau va fi răpit);
 - (4) lipsa dorinței sau refuzul, persistente, de a merge la școală sau în altă parte, din cauza fricii de separare;
 - (5) frica, persistentă și excesivă, sau ezitarea / lipsa dorinței de a rămâne acasă singur sau fără figuri majore de atașament ori de a rămâne singur în alte medii fără adulți semnificativi;
 - (6) ezitare sau refuz, persistente, de a merge la culcare fără să fie aproape de o figură majoră de atașament ori ezitare sau refuz persistente de a dormi în altă parte decât acasă;
 - (7) coșmaruri repetate, implicând tema separării;
 - (8) acuze repetate de simptome somatice (cum ar fi cefalee, dureri de stomac, greață sau vărsături) atunci când se produce sau este anticipată o separare de figuri majore de atașament.
- B. Durata tulburării este de cel puțin 4 săptămâni.
- C. Debutul este înaintea vârstei de 18 ani.
- D. Tulburarea cauzează suferință semnificativă clinic sau alterări sociale, academice (ocupaționale) sau în alte domenii importante ale funcționării.
- E. Tulburarea nu apare numai în cursul unei tulburări pervazive a dezvoltării, al schizofreniei sau unei alte tulburări psihotice și, la adolescenți și adulți, nu este explicată mai bine de tulburarea prin panică cu agorafobie.

Specificați

Debut precoce: dacă debutul s-a manifestat înaintea vârstei de 6 ani.

3. Tratament

a. Farmacologic – Vezi TABELUL 4.

- (1) Stimulantele reduc simptomele la aproximativ 75% din pacienți; ele ameliorează stima de sine prin ameliorarea raportului (relației) pacientului cu părinții și profesorii. Stimulantele descresc hiperactivitatea. Măsurarea nivelurilor plasmatiche nu este utilă.
 - (a) Dextroamfetamina (Dexedrine) este aprobată de Administrația Alimentelor și Medicamentelor (FDA) pentru copii în vârstă de 3 ani sau mai mult.
 - (b) Metilfenidat (Ritalin) este aprobat de FDA pentru copii în vârstă de 6 ani sau mai mult. Formulările cu acțiune prelungită (eliberare susținută) nu au dovedit utilitate crescută.
 - (c) Durata de acțiune a amfetaminei–dextroamfetaminei (Adderall) este mai îndelungată decât aceea a metilfenidatului.
 - (d) Modafinilul (Provigil), folosit în narcolepsie, este în curs de studiere. Are durată lungă de acțiune și potențial de abuz mic.
 - (e) Pemolin (Cylert) se administrează în doze de 18,75 până la 37,5 mg pe zi. Are debut întârziat al acțiunii.
- (2) Clonidina (Catapres) și guanfacina (Tenex) reduc activarea la copiii cu ADHD.
- (3) Antidepresive, dacă stimulantele nu dau rezultate; ar putea constitui tratamentul cel mai bun la copiii cu ADHD care au și simptome de depresie sau de anxietate. Imipramina (Tofranil) și desipramina (Norpramin) au dovedit eficacitate în studii, dar există raportări asupra decesului subit al unui număr de patru copii aflați sub tratament cu desipramină. S-a raportat, de asemenea, că bupropionul (Wellbutrin) și venlafaxina (Effexor) sunt utile în ADHD și par să fie lipsite de riscuri.
- (4) Antipsihotice, litiu sau divalproex (Depakote) dacă alte medicații nu au dat rezultate, dar numai la pacienții cu simptome și agresivitate severe (asocierea unei tulburări prin comportament disruptiv).

b. Psihologic – adeseori este necesar tratamentul multimodal al copilului și familiei. Acest tratament poate să includă medicație, o tehnică comportamentală, psihoterapie individuală, terapie familială și educație specială (în special în cazul coexistenței unei tulburări specifice a dezvoltării). Aceste intervenții sunt de importanță crucială în cazurile moderate sau severe, dat fiind riscul de delincvență.

B. Tulburarea de conduită. Studiile de prevalență indică între 5% și 15%. Este cauza multor spitalizări în ariile urbane. Raportul masculin:feminin este de 4:1 până la 12:1.

1. Diagnostic, semne și simptome. Vezi TABELUL 16.

2. Considerații generale. Tulburarea de conduită se asociază cu instabilitatea familială, incluzând victimizarea prin abuz fizic sau sexual. Înclinația către violență corelează cu abuzul infantil, violența familială, alcoolismul și semnele de psihopatologie gravă (de ex., paranoie și deficite cognitive sau deficite neurologice subtile). Este foarte important să se caute toate aceste semne; constatările respective pot să orienteze tratamentul.

Tulburarea de conduită coexistă adesea cu ADHD și cu tulburările de învățare sau comunicare. Ideeația sau actele suicidare și abuzul de alcool și droguri corelează cu tulburarea de conduită.

Unii copii cu tulburare de conduită au niveluri plasmatiche scăzute ale dopaminei și ale dopamin-β-hidroxilazei. Au fost implicate și nivelurile anormale ale serotoninei.

3. Tratament

a. Farmacologic – Vezi TABELUL 4. Stimulantele pot să reducă agresivitatea ușoară din tulburarea de conduită comorbidă cu ADHD. Litiul sau haloperidolul au eficacitate dovedită ca tratament ținut al comportamentului exploziv, agresiv al copiilor cu tulburare de conduită. Cu toate acestea, și antipsihoticele atipice diminuează agresivitatea, având un profil al efectelor secundare mai bun decât haloperidolul. Pot să fie utili agoniștii α-adrenergici; antagoniștii receptorilor β-adrenergici merită mai multe studii.

b. Psihologic – tratament multimodal, ca în ADHD. Poate să includă medicație, terapie individuală sau familială, clase de parentaj, tutorizare (instruire individuală specială/suplimentară) sau plasarea într-o clasă specială (pentru tulburările cognitive sau ale conduitei). Descoperirea și întărirea oricăror interese sau talente ale copilului are importanță crucială pentru construirea rezistenței față de tentațiile infracționale. Dacă mediul este nociv sau dacă tulburarea de conduită este severă, poate să fie indicată plasarea în afara familiei.

C. Tulburarea opozițională sfidătoare

1. Diagnostic, semne și simptome. Vezi TABELUL 17.

2. Considerații generale. Tulburarea opozițională sfidătoare poate să coexiste cu multe tulburări, incluzând ADHD și tulburările anxioase. Poate să rezulte din încheștarea părinte-copil în legătură cu autonomia; în consecință, frecvența ei crește în familiile cu părinți prea rigizi și cu copii activi temperamental, cu dispoziție frecvent schimbătoare în special către dispoziții negative și „intenși“ (vehemenți).

3. Tratament

a. Farmacologic – pot să fie necesare medicamentele folosite pentru oricare dintre tulburările comorbide, dar numai după luarea atentă în considerare a beneficiilor și riscurilor respective și după eșecul altor intervenții.

b. Psihologic – intervențiile de elecție sunt intervențiile comportamentale și terapia familială. Poate să fie utilă modificarea comportamentală.

VII. Tulburările alimentare și tulburările mâncatului în copilăria mică

A. Pica. Ingestia repetată a unei substanțe nenutritive, ingestie care este nepotrivită cu nivelul de dezvoltare, timp de cel puțin o lună, de către copii care nu îndeplinesc criteriile de tulburare autistă, schizofrenie sau sindrom Kleine-Levin. Prevalența nu este clară; studiile

raportează 10–32% la copiii preșcolari. Se asociază cu RM, neglijarea și deficiențele nutriționale (de ex., de fier sau zinc). Pot să rezulte intoxicații cu plumb sau alte intoxicații. De obicei încetează în prima copilărie. Tratamentul implică testarea pentru intoxicație cu plumb și tratarea acestei intoxicații, dacă este necesar. Dat fiind faptul că pofta de a mânca pământ sau gheață poate să fie legată de deficiturile de fier și zinc, acestea trebuie excluse. Poate fi necesară ghidarea / orientarea părinților. Rareori este necesară condiționarea aversivă.

B. Tulburarea prin ruminație. Regurgitare repetată, timp de cel puțin o lună, după o perioadă de alimentare normală (în absența unei boli gastro–intestinale), care nu se datorează anorexiei nervoase sau bulimiei nervoase. Alimentele ingerate sunt readuse în gură, scoase sau remestecate, și reînghițite. Copilul nu suferă din punct de vedere subiectiv. Condiția este rară, debutând între vârstele de 3 și 12 luni. Ruminația ar putea să fie asociată cu mamele imature, care nu oferă și care rejectează copilul încă și mai mult din cauza tulburării. Despre prognostic se știe foarte puțin, dar acesta se întinde de la remisiuni spontane până la malnutriție, la stagnarea dezvoltării (*failure to thrive*) și la deces. Trebuie excluse problemele gastro–intestinale (de ex., stenoza pilorică, refluxul gastro–esofagian, hernia hiatală). Tratamentul implică ghidarea părinților și tehnici comportamentale.

C. Tulburare alimentară și a mâncatului în perioada de sugar sau în copilăria mică. Categorie destinată copiilor care mănâncă persistent în mod inadecvat timp de cel puțin o lună, în absența unei condiții medicale generale sau a unei alte condiții mintale cauzatoare, având drept rezultat încetarea creșterii în greutate și scăderea semnificativă în greutate. Debutul se produce înaintea vârstei de 6 ani. Din cauză că mulți dintre copiii cu această tulburare sunt dificili din punct de vedere temperamental sau au întârzieri în dezvoltare, iar cei care îi îngrijesc pot să nu aibă răbdare sau să îi neglijeze, adeseori consilierea îngrijitorilor este de importanță crucială. Pot să fie utile intervențiile cognitive comportamentale.

VIII. Tulburările ticurilor A. Tulburarea Tourette. (Cunoscută și ca *sindrom Gilles de la Tourette*). Prevalența este în jur de 4 la 10.000 până la 5 la 10.000; vârsta medie la debut este de 7 ani. Raportul masculin:feminin este de 3:1.

1. Diagnostic, semne și simptome. Vezi TABELUL 18. Ticurile motorii și vocale pot să fie simple sau complexe. În general, ticurile simple sunt cele care apar primele. Exemple: **Ticuri motorii simple** – clipit din ochi, tresăriri ale capului, grimase faciale. **Ticuri vocale simple** – tuse, mârâit, adulmecări („tragerea nasului“).

Ticuri motorii complexe – se lovește pe el însuși, sărituri.

Ticuri vocale complexe – coprolalie (folosirea de cuvinte vulgare), palilalie (repetarea propriilor cuvinte), ecolalie (repetarea cuvintelor altuia).

2. Considerații generale. Dovezile existente sugerează o transmitere genetică – incidență familială crescută a tulburărilor ticurilor, concordanță semnificativ mai mare la gemenii MZ decât la gemenii DZ. La mulți pacienți – dovezi de anormalități EEG și constatări CT anormale, fără specificitate de substrat. Indicii cu privire la implicarea unei anormalități dopaminice: niveluri anormale ale acidului homovanilic (metabolit al dopaminei) în SNC; stimulantele, care sunt agoniști dopaminici, pot să accentueze ticurile sau să le precipite apariția; în general, antagoniștii dopaminei fac să descrească ticurile. Tulburarea Tourette și alte tulburări ale ticurilor trebuie să fie diferențiate de o multitudine de alte tulburări și boli (de ex., diskinezii, coreea Sydenham, boala Huntington). Asocieri cu tulburarea Tourette: ADHD, problemele de învățare și simptomele obsesiv–compulsive, a căror prevalență este crescută la rudele de gradul întâi ale bolnavilor. Ostracizarea socială este frecventă. În absența tratamentului, evoluția condiției este de obicei cronică, cu perioade de descreștere și

de exacerbare a ticurilor.

3. Tratament

a. Farmacologic – Vezi TABELUL 4. (1) Haloperidol – duce la ameliorare, adesea marcată, la aproximativ 85% din bolnavi; uneori necesită doze care se deosebesc [excesiv]. (2) Pimozid (Orap) – este puternic antidopaminergic, ca și haloperidolul; posedă un anumit (mic) potențial de încetinire a conducerii intracardiace. (3) Clonidină – agonist α_2 -adrenergic; nu este atât de eficientă ca haloperidolul sau pimozidul, dar nu se asociază cu riscul de diskinezie tardivă. Nu există decât puține dovezi care să implice un mecanism noradrenergic în tulburarea Tourette. Se poate încerca guanfacina, care este mai puțin sedativă.

b. Psihologic – consilierea sau terapia sunt adesea necesare pentru copil, familie, sau ambii. Trebuie discutate natura tulburării Tourette, modul de a-i face față și ostracizarea. Terapia de grup poate să reducă izolarea socială.

B. Tulburare cronică a ticurilor motorii sau vocale. Este asemănătoare tulburării Tourette, criteriile de diagnostic fiind aceleași, cu excepția faptului că bolnavul nu are decât ticuri motorii sau vocale, unice sau multiple, de numai un singur fel (nu motorii și vocale în același timp). Prevalența condiției este mult mai mare decât cea a tulburării Tourette, dar este mai puțin severă și, în general, cauzează mai puțină afectare socială decât tulburarea Tourette. Din punct de vedere genetic, tulburarea ticurilor cronice motorii sau vocale și tulburarea Tourette apar frecvent în aceleași familii. Neurobiologia lor pare să fie aceeași iar tratamentul este identic cu acela al tulburării Tourette.

C. Tulburare tranzitorie a ticurilor. Prevalența este neclară; unele studii epidemiologice neriguroase raportează că 5–24% din copiii de vârstă școlară au un tic de un fel oarecare. Raportul masculin:feminin este de 3:1.

1. Diagnostic, semne și simptome. Vezi TABELUL 19.

2. Considerații generale. În cele mai multe cazuri, ticurile sunt psihogene, accentuându-se în cursul stresului și tinzând să se remită spontan. Într-un număr redus de cazuri, în cele din urmă apare o tulburare cronică a ticurilor motorii sau vocale sau o tulburare Tourette.

3. Tratament. În cazurile ușoare poate să nu fie nevoie de tratament. În cazurile severe, se indică tehnici comportamentale sau psihoterapie. Medicația folosită pentru celelalte tulburări ale ticurilor se încearcă numai în cazurile severe.

IX. Tulburări ale eliminării

A. Encoprezis. Prevalența este în jur de 1% la copiii în vârstă de 5 ani; encoprezisul este mai frecvent la băieți decât la fete.

1. Diagnostic, semne și simptome. Vezi TABELUL 20.

2. Considerații generale. Se exclud tulburările somatice, cum ar fi megacolonul aganglionar (boala Hirschsprung). Antrenarea sfincteriană inadecvată poate să rezulte în lupte pentru putere între părinte și copil și în encoprezis funcțional. Unii copii par să aibă contracții anormale ale sfincterului anal, care contribuie la encoprezis. Alora le este frică să folosească toaleta. Cei cu constipație și incontinență prin prea plin pot să facă impactare a fecalelor, care cauzează dureri la defecare și fisuri anale. Sunt prezente mici pierderi continue ale fecalelor. Cei fără constipație și fără incontinență prin prea plin au adesea tulburări opoziționale sfidătoare sau tulburări de conduită. Encoprezisul poate să fie precipitat de nașterea unui alt copil sau de separarea parentală. De obicei encoprezisul duce la situații stânjenitoare și la ostracizare socială. Atunci când encoprezisul este deliberat, psihopatologia asociată este de obicei gravă. În jur de 25% din pacienți au și enurezis. Enurezisul poate să dureze ani de zile, dar de obicei dispare.

3. Tratament. Copilul poate să necesite psihoterapie individuală, care să se adreseze semnificației encoprezisului precum și tuturor situațiilor stânenitoare sau de ostracizare. Adeseori sunt utile tehnicile comportamentale. Frecvent este necesară ghidarea parentală și terapia familială. Condițiile cum ar fi impactarea fecalelor și fisurile anale necesită consult pediatric.

B. Enurezis (nedatorat unei condiții medicale generale). Prevalență: la vârsta de 5 ani – 7%; la vârsta de 10 ani: 3%; la vârsta de 18 ani: 1%. Este mult mai frecvent la băieți. Subtipul diurn este cel mai puțin prevalent și este mai frecvent la fete decât la băieți.

1. Diagnostic, semne și simptome. Vezi Tabelul 20–21.

2. Considerații generale. Enurezisul tinde să aibă incidență familială crescută; concordanța este mai mare la gemenii MZ decât la cei DZ. La unii bolnavi vezica tinde să fie mică, necesitând evacuări frecvente. Enurezisul nu pare să fie legat de un stadiu specific al somnului, ca tulburările prin somnambulism sau teroare nocturnă. Mulți bolnavi nu prezintă tulburări mintale coexistente, iar afectările nu reflectă decât conflictul cu cei care îi îngrijesc, pierderea stimei de sine și ostracizarea socială, dacă există. Enurezisul coexistă destul de des cu alte tulburări și poate să fie precipitat de evenimente cum ar fi nașterea unui alt copil sau separarea parentală. Remisiunile spontane sunt frecvente la vârsta de 6–8 ani și la pubertate.

3. Tratament

a. Psihologic

(1) Abordări comportamentale – se consemnează nopțile fără enurezis într-un calendar și se recompensează printr-o stea, iar 5 până la 7 nopți normale consecutive – printr-un dar. Montarea unui sesizor cu sonerie are succes terapeutic, dar este incomodă.

(2) Psihoterapie – nu se recomandă decât dacă există psihopatologie sau alte probleme, cum ar fi stima de sine redusă. Explorarea conflictelor subiacente enurezisului a avut puțin succes. Adesea este necesară ghidarea parentală în legătură cu managementul tulburării.

b. Farmacologic – rar utilizat, datorită ratei mari a remisiunilor spontane, succesului abordărilor comportamentale și dezvoltării toleranței față de medicamente. Adeseori imipramina reduce sau chiar elimină episoadele enuretice, dar după aproximativ 6 săptămâni se poate dezvolta toleranță. Mecanismul de acțiune al imipraminei este neclar; au fost luate în considerare efecte asupra vezicii sau asupra ciclului somnului. S-au obținut unele succese cu desmopresină (DDVP).

X. Alte tulburări ale copilului mic, copilăriei sau adolescenței

A. Tulburarea prin anxietate de separare. Prevalența estimată este de 3–4% din copiii de vârstă școlară, 10% la adolescenți. Raportul masculin:feminin este de 1:1. Debutul se produce din preșcolaritate până în adolescență.

1. Diagnostic, semne și simptome. Vezi TABELUL 22.

2. Considerații generale. Tulburarea prin anxietate de separare are incidență familială crescută, dar transmiterea sa genetică nu este clară. Unele date leagă copiii afectați de părinții care au antecedente ale acestei tulburări și care suferă curent de tulburare prin panică, agorafobie sau depresie. La copiii inhibați din punct de vedere temperamental este probabil să apară tulburări anxioase și s-a demonstrat activitate crescută a sistemului nervos autonom. În cazurile severe există risc de debilitare socială.

3. Tratament

a. Farmacologic – vezi TABELUL 4.

(1) Anxiolitice – puțin studiate în tulburările anxioase ale copilăriei. Alprazolamul (Xanax) a manifestat o oarecare eficacitate.

(2) Antidepressive – se pot încerca traciclice (de ex., imipramina).

(3) **Antipsihotice** – nu sunt utile în tulburările anxioase. Riscul de efecte secundare depășește beneficiile potențiale.

(4) **Antihistaminice** – difenhidramina (Benadryl) se folosește uneori în anxietatea din copilărie. Utilitatea este limitată, iar unii copii pot avea o reacție paradoxală.

b. Psihologic – se recomandă tratament multimodal.

(1) **Psihoterapie individuală** – copiii cu tulburare prin anxietate de separare exagerează pericolele din mediu, astfel că se tem pentru securitatea lor și a părinților. Sentimentele și atitudinile lor se explorează în terapie orientată către conștientizare sau în terapie cognitiv comportamentală.

(2) **Terapie familială sau ghidare parentală** – dacă părinții promovează anxietatea de separare.

(3) **Modificare comportamentală** – poate să fie utilă pentru realizarea separării de părinți și reîntorcerea la școală.

B. Mutismul selectiv. Rar, mai frecvent la fete. Din punct de vedere diagnostic, este vorba despre un copil care vorbește și înțelege, dar care refuză să vorbească timp de cel puțin o lună (dar această perioadă nu se limitează la prima lună de școală) în situații sociale. Începe între vârstele de 4 și 8 ani, de regulă dispare într-un interval de ordinul săptămânilor sau lunilor. Se asociază cu hiperprotecția parentală, ambivalența parentală, tulburările de comunicare, timiditatea și comportamentul opozițional. Tratamentul poate să includă psihoterapie individuală și consiliere parentală. Pot să fie utili SSRI/ISRS.

C. Tulburarea reactivă a atașamentului la copilul mic sau în prima copilărie. Prevalența și raportul pe sexe sunt necunoscute. Adesea este diagnosticată și tratată pediatric.

1. Diagnostic, semne și simptome. La copilul mai mic de 5 ani, îngrijirea cu totul inadecvată (neglijarea repetată a nevoilor fizice sau emoționale ale copilului sau schimbarea frecventă a persoanei care îl îngrijește) duce la relaționare socială marcat perturbată. Tipul inhibat se caracterizează prin absența inițierii de interacțiuni sau a răspunsului la ele, însoțită de apatie, pasivitate și de absența mișcărilor de urmărire vizuală. Tipul dezinhbat se caracterizează prin sociabilitate lipsită de discriminare și superficială. Dezvoltarea este perturbată (*failure to thrive*). Tulburarea nu este secundară RM sau tulburării autiste.

2. Considerații generale. Din punct de vedere fizic, circumferința capului este, în general, normală; greutatea este foarte mică; înălțimea este relativ mică. Funcționarea hipofizară este normală. Se asociază cu statutul socio-economic scăzut și cu mame care sunt depresive și izolate și care au suferit abuzuri. Evoluție – cu cât intervenția este mai precoce, cu atât tulburarea este mai reversibilă. Se poate dezvolta caracter lipsit de afecțiune. Copilul poate să decedeze.

3. Tratament. În multe cazuri poate să fie necesară îndepărtarea copilului din mediul respectiv. Malnutriția severă și alte probleme medicale pot să necesite spitalizarea copilului. Uneori mediul (familia) în care trăiește copilul poate să devină adecvat, după instruirea părinților, punerea la dispoziție a unei persoane pentru ajutor gospodăresc sau a unui sprijin financiar, sau după tratamentul tulburărilor mintale ale membrilor familiei.

D. Tulburarea prin mișcări stereotipe. Din punct de vedere diagnostic, este vorba despre comportamente motorii repetitive, aparent fără funcționalitate, timp de cel puțin 4 săptămâni (de ex., fluturarea mâinii, legănat, lovirea capului, roaderea unghiilor, tragerea părului), care interferează marcat cu activitățile normale sau cauzează lezare fizică. Tulburarea este frecventă în RM și în cecitate. Nu se diagnostichează în cazul comportamentelor asociate cu tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburările pervazive ale dezvoltării, tulburări ale ticurilor sau cu tricotilomania. Creșterea activității dopaminei pare să se asocieze cu o creștere a

mișcărilor stereotipe. Tratamentul este variat. Dacă mișcărilor se accentuează odată cu frustrarea, plictiseala sau tensiunea, trebuie influențate aceste condiții. Comportamentul repetitiv poate să răspundă la un SSRI. Comportamentele de auto-lezare pot să necesite antipsihotice sau antagoniști ai opioidelor (care sunt în curs de cercetare în prezent) (TABELUL 4).

XI. Alte tulburări relevante pentru copii și adolescenți

A. Schizofrenia cu debut în copilărie. Câteva studii confirmă că unii copii au deliruri sau halucinații (auditive sau vizuale). Cu toate acestea, puțini copii sau adolescenți tineri au schizofrenie, iar delirurile, halucinațiile și tulburările de gândire sunt greu de diagnosticat la copii. Unii copii cu diagnostic de schizofrenie sunt rediagnosticați ca având tulburări ale dispoziției dacă sunt urmăriți până în adolescență. Se tratează cu medicație antipsihotică (deși nu există decât puține studii). Pot să fie necesare psihoterapie, terapie familială, școlarizare specială (vezi Capitolul 8).

B. Tulburări ale dispoziției. Unii copii prepuberali îndeplinesc criteriile de tulburare depresivă majoră. SSRI pot fi benefice la unii din ei. Copiii prepuberali și adolescenții cu manie, hipomanie sau simptome maniforme au fost tratați cu succes cu litium. Valproatul este benefic la unii adolescenți și poate fi încercat la copiii prepuberali. Risperidonul pare să fie util în cazul simptomelor maniforme.

C. Alte tulburări. Unii copii îndeplinesc criteriile de tulburări anxioase, incluzând tulburarea prin anxietate generalizată, fobia specifică, fobia socială, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de stres posttraumatică și tulburările prin panică (vezi Capitolul 11). Clomipramina (Anafranil) și SSRI/ISRS oferă beneficii la copiii cu tulburare obsesiv-compulsivă. Tulburarea de stres posttraumatică poate să fie rezultatul abuzului fizic sau sexual.

În copilărie și adolescență se mai pot diagnostica tulburări legate de substanțe, tulburări ale identității de gen, ale alimentării, somatoforme, ale somnului și de ajustare.

XII. Alte probleme în copilărie

A. Abuzul și neglijarea copilului. Se estimează că, în Statele Unite, sunt abuzați sau neglijăți anual un milion de copii, problemă ce rezultă în 2000 până la 4000 de decese pe an. Copiii abuzați probabil că au avut greutate mică la naștere ori s-au născut prematur (50% din copiii abuzați), sunt handicapați (de ex., RM, paralizie cerebrală) sau suferă de o tulburare oarecare (de ex., sfidătoare, hiperactivă). Părintele care comite abuzul este de obicei mama, care probabil că a fost abuzată și ea. Părinții care abuzează sunt adesea impulsivi, abuzează de substanțe, sunt depresivi, antisociali sau narcisici.

În fiecare an se raportează 150.000 până la 200.000 de cazuri noi de abuz sexual. În 2–8% din cazuri, afirmațiile respective se dovedesc false, în timp ce multe alte acuzații nu pot fi demonstrate. La 8 din 10 copii abuzați sexual, făptuitorul, de obicei bărbat, este cunoscut copilului. În 50% din cazuri este un părinte, surrogat parental sau o rudă.

B. Sinuciderea. Tentativele severe și sinuciderile realizate sunt rare la copiii mai mici de 13 ani. Ideea, amenințările și tentativele mai puțin severe sunt mult mai frecvente și precipită adesea spitalizarea. Copiii suicidari tind să fie depresivi (și uneori preocupați cu moartea); totuși, pot fi suicidari și copiii mânioși, impulsivi, precum și copiii care au suferit traume emoționale recente.

Comportamentul suicidar crește la adolescenți și, la fel ca și la copii, necesită adesea spitalizarea. Corelează cu depresia, comportamentul agresiv și abuzul de alcool. Ideea suicidară este mai frecventă la fete, iar fetele fac mai multe gesturi sau tentative de sinucidere. Tentativele severe și sinuciderile realizate corelează cu sexul masculin și cu disponibilitatea alcoolului, a drogurilor ilicite sau a medicamentelor, care descresc controlul

impulsurilor și pot să fie folosite în supradoză.

Adesea părinții nu știu despre ideile și comportamentul suicidal al copiilor lor, fiind, astfel, necesară chestionarea directă a copilului sau adolescentului în legătură cu suicidul (vezi Capitolul 20).

C. Incendierea. Se asociază cu alte distrugeri de proprietate, furt, minciuni, tendințe auto-distructive și cruzime față de animale. Raportul masculin:feminin este de 9:1.

D. Violența. Se asociază cu tulburarea de conduită, impulsivitatea și mânia. Poate să rezulte în omucidere. O proporție de 50% din copiii din clasa întâia care sunt disruptivi sau opoziționiști sunt la risc pentru delincvență în adolescență.

E. Obezitatea. Este prezentă la 5–20% din copii și adolescenți. Un mic procent prezintă un sindrom obezitate–hipoventilație similar cu sindromul Pickwick de la adult. Acești copii pot să prezinte dispnee, iar somnul lor se caracterizează prin sforăit, stridor, posibil apnee, precum și hipoxie hipoxemică. Este posibil decesul. Trebuie excluse alte condiții, cum ar fi hipotiroidia sau sindromul Prader–Willi (vezi Capitolul 17).

F. SIDA. SIDA la copil sau adolescent a confruntat psihiatrii cu o multitudine de probleme dificile. De exemplu, îngrijirea pacienților tineri din grupurile socio-economice joase, de la bun început foarte deficitară din cauza absenței resurselor adecvate, devine și mai dificilă prin bolile legate de SIDA sau prin decesul părinților și rudelor. Bolnavii psihiatrici tineri care au serologie pozitivă asimptomatică și care necesită tratament rezidențial sunt respinși din teama de transmitere a bolii. La adolescenți, SIDA a complicat și mai mult sexualitatea și problema abuzului de substanțe (vezi Capitolul 5).

Cuprins:

1. Tulburările de personalitate. Etiopatogeneza. Clasificare conform CIM 10 și DSM IV-TR. Tablou Clinic. Evoluție. Dinamică. Tratament.....	1
2. Disfuncții sexuale, parafilii și tulburări ale identității de gen.....	24
3. Tulburări de control al impulsurilor: cleptomania, jocul patologic de noroc, piromania, tricotilomania.	39
4. Tulburările alimentare și obezitatea: anorexia nervoasă și bulimia.....	44
5. Tulburări de somn: dissomniile, parasomniile.	50

1. Tulburările de personalitate. Etiopatogeneza. Clasificare conform CIM 10 și DSM IV-TR. Tablou Clinic. Evoluție. Dinamică. Tratament.

Definiție. *Personalitatea* poate fi descrisă drept configurația paternurilor răspunsurilor comportamentale vizibile în viața de zi cu zi, caracteristică unei persoane, o totalitate care este de obicei stabilă și predictibilă. Atunci când această totalitate pare să difere într-un mod care depășește domeniul de variabilitate constatat la cei mai mulți oameni, iar trăsăturile de personalitate sunt rigide și maladaptative și produc afectare funcțională și suferință subiectivă, se poate diagnostica o tulburare de personalitate.

B. Caracteristici și diagnostic

1. Trăsăturile sunt pervazive (extensive) și persistente. Diagnosticul necesită un istoric de dificultăți îndelungate în diferite domenii ale vieții (afectiv și de muncă).

2. Trăsăturile sunt ego-sintonice (acceptabile pentru ego), și nu ego-distonice sau străine egoului.

3. Trăsăturile sunt alloplastice, și nu autoplastice (pacientul caută să schimbe mediul, nu să se schimbe el însuși).

4. Trăsăturile sunt menținute cu rigiditate.

5. Protejarea ca printr-o armură împotriva impulsurilor interne și a stresului extern implică paternuri idiosincratice ale defenselor. Îndărătul armurii protectoare este anxietate. Defensele pot sau nu să stăpânească anxietatea. Mecanismele de defensă frecvente includ următoarele:

a. Fantezia. Pacienții schizoizi cu teamă de intimitate pot să pară distanți și să își creeze lumi și prieteni imaginari.

b. Disocierea. Afectele neplăcute sunt reprimare sau înlocuite cu unele plăcute. Pacienții histrionici par dramatici și superficiali din punct de vedere emoțional.

c. Izolarea. Faptele sunt reamintite fără afect. Acest lucru este caracteristic pentru pacienții obsesiv-compulsivi.

d. Proiecția. Simțămintele neacceptate sunt atribuite altora. Aceasta se întâmplă frecvent la pacienții paranoizi.

e. Scindarea (*splitting*). Alții sunt văzuți drept în totalitate buni sau în totalitate răi. Se întâlnește la pacienții borderline.

f. Întoarcerea împotriva *selfului*. Aceasta implică eșec intenționat și acte auto-distructive

deliberate. Adesea implică un comportament pasiv-agresiv față de alții.

g. Trecerea la act (*acting-out*). Dorințele sau conflictele sunt exprimate prin acțiune, fără conștientizarea reflexivă a ideii sau afectului. Cel mai frecvent se întâlnește în tulburarea de personalitate antisocială.

h. Identificarea proiectivă. Alții sunt forțați să se identifice cu un aspect proiectat al selfului, astfel încât cealaltă persoană resimte sentimente similare cu cele ale pacientului. Fenomenul este frecvent la pacienții borderline.

6. Pacientul manifestă fixație în dezvoltare și imaturitate.

7. Relațiile obiectuale interne sunt perturbate. Pacientul manifestă dificultăți interpersonale în relațiile afective și de muncă și, în mod caracteristic, nu apreciază impactul pe care îl are asupra altora.

8. Pacientul nu conștientizează și nu tinde să solicite ajutor.

9. Frecvent, în situațiile medicale apar probleme iar pacienții pot să trezească răspunsuri negative intense din partea personalului de asistență.

10. Toleranța față de stres pare să fie deficitară.

C. Epidemiologie

1. Prevalența este de 6–9%, posibil chiar până la 15%.

2. Analogul precoce este o tulburare a temperamentului. De regulă, tulburarea de personalitate devine evidentă pentru prima dată spre sfârșitul adolescenței sau în perioada de adult tânăr, dar poate să fie evidentă din copilărie.

3. După însumarea tuturor tipurilor, femeile și bărbații sunt egal afectați.

4. Familia pacientului are adeseori un istoric nespecific de tulburări psihiatrice. În cele mai multe tulburări de personalitate s-a stabilit că există o anumită transmisiune genetică parțială.

D. Etiologie

1. Etiologia tulburărilor de personalitate este multifactorială.

2. Uneori sunt evidenți anumiți determinanți biologici (genetici, leziuni perinatale, encefalită, traumatisme craniene). Pentru cele mai multe tulburări de personalitate, ratele de concordanță la gemenii monoziгоți sunt ridicate. Unii pacienți manifestă caracteristici biologice ale unor alte tulburări (bolnavii cu tulburări obsesiv-compulsive au latență mai scurtă a mișcărilor oculare rapide – REM și rezultate anormale la testul de supresie cu dexametazonă).

a. Trăsăturile impulsive se asociază cu niveluri crescute ale testosteronului, 17-estradiolului și estronei. Nivelurile scăzute ale monoaminooxidazei plachetare se pot asocia cu sociabilitatea sau cu tulburarea de personalitate schizotipală. b. Mișcărilor oculare sacadice se asociază cu introversia, stima de sine scăzută, retragerea socială și cu tulburarea de personalitate schizotipală.

c. Nivelurile ridicate ale endorfinelor se pot asocia cu caracteristici flegmatice.

d. Nivelurile joase ale acidului hidroxiindolacetic (5-HIAA) se asociază cu tentativele de

sinucidere, impulsivitatea și agresivitatea. Creșterea pe cale farmacologică a nivelurilor serotoninei se poate asocia cu diminuarea sensibilității la rejecție și cu creșterea asertivității, a stimei de sine și a toleranței față de stres.

e. Activitatea de tip unde lente pe encefalogramă (EEG) se poate asocia cu unele tulburări de personalitate. Semnele neurologice *soft* („moi”) precoce se asociază cu tulburările de personalitate antisociale și borderline.

f. Disfuncția cerebrală care se asociază cu tulburările de personalitate, în special cu tulburările antisociale, este minimă.

3. Istoricul dezvoltării evidențiază adesea dificultăți interpersonale și probleme familiale, uneori severe (abuz, incest, neglijare, boală și deces parental). „Potrivirea” dintre părinte și copil este, de asemenea, importantă.

E. 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), testul Rorschach, Desenează-un-om.

F. Fiziopatologie

1. Disfuncția de lob frontal se asociază cu impulsivitate, judecată precară, abulie.

2. Leziunile sau disfuncția de lob temporal se pot asocia cu trăsături ale sindromului Klüver-Bucy, hipersexualitate, religiozitate, posibil violență.

3. Leziunile de lob parietal se asociază cu negare sau elemente euforice.

G. Psihodinamică. Aceasta diferă în funcție de tipurile de tulburări. Majoritatea tulburărilor de personalitate tind să implice problemele listate mai jos.

1. Alterare a funcționării egoului.

2. Alterare a supraeului.

3. Probleme cu imaginea de sine și stima de sine.

4. „Puneri în rol” (*enactments*) ale conflictelor psihologice interne în baza experiențelor trecute, cu alterări ale judecății.

H. Evoluție și prognostic. Variabile. Pacienții sunt de obicei stabili sau se deteriorează, dar unii bolnavi se ameliorează. S-a consemnat o tendință către dezvoltarea de tulburări de pe Axa I.

I. Tratament. De regulă bolnavii nu au motivație terapeutică. Altfel, se folosesc modalități multiple și uneori mixte: psihanaliză, psihoterapie psihanalitică, psihoterapie suportivă, terapie cognitivă, terapie de grup, terapie familială, terapie de mediu (*milieu*), spitalizare (pe termen scurt și lung), farmacoterapie.

J. Clasificare. DSM-IV-TR grupează tulburările de personalitate în trei clustere.

1. Clusterul A este clusterul ciudat, excentric și constă din tulburările de personalitate paranoidă, schizoidă și schizotipală. Aceste tulburări implică uzul fanteziei și proiecției și se asociază cu o tendință către gândirea psihotică. Pacienții pot să aibă o vulnerabilitate

biologică pentru dezorganizarea cognitivă sub stres.

2. Clusterul B este clusterul dramatic, emoțional și dezordonat/imprevizibil (*erratic*) și include tulburările de personalitate histrionică, narcisică, antisocială și borderline. Aceste tulburări implică uzul disocierii, negării, scindării și trecerii la act. Sunt frecvente tulburările dispoziției.

3. Clusterul C este clusterul anxios sau temător și include tulburările de personalitate evitantă, dependentă și obsesiv-compulsivă. Aceste tulburări implică uzul izolării, agresivității pasive și hipocondriazei.

4. Unele tulburări de personalitate sunt incluse într-o anexă a DSM-IV-TR (tulburările de personalitate depresivă și pasiv-agresivă). Este listată, de asemenea, tulburarea de personalitate nespecificată în alt mod. Atunci când un pacient îndeplinește criteriile de diagnostic pentru mai mult decât o singură tulburare de personalitate, clinicianul trebuie să pună fiecare diagnostic; această împrejurare se întâlnește destul de frecvent.

5. Clinicienii trebuie să țină seama de următoarele tulburări adiționale de pe Axa I: modificare a personalității secundară unei condiții medicale generale; tulburare legată de substanțe, nespecificată în alt mod; tulburare a identității de gen; tulburări ale controlului impulsurilor; factori psihologici care afectează condiția medicală; probleme relaționale; probleme legate de abuz sau neglijare; non-compliance la tratament; simulare; comportament antisocial al adultului; comportament antisocial al copilului sau adolescentului; problemă de identitate; problemă de aculturare; problemă de fază a vieții.

II. Clusterul ciudat și excentric

A. Tulburarea de personalitate paranoidă [paranoică]

1. Definiție. Pacienții cu tulburare de personalitate paranoidă au tendința de a atribui altora motivații răuvoitoare. Sunt suspicioși și neîncredători; adeseori ostili, iritabili sau mânioși; și frecvent bigoți, colecționari de nedreptăți, parteneri maritali geloși în mod patologic, sau procesomani (*litigious cranks*).

2. Diagnostic, semne și simptome. Vezi Tabelul 1. Acești pacienți tind să nu facă confidențe. Ei văd înțelesuri ascunse, tind să fie ranchiunoși și contraatacă rapid. Au o purtare formală și pot să manifeste o tensiune musculară considerabilă, cu incapacitatea de a se relaxa. „Scanează” mediul [căutând nereguli, amenințări etc]. Sunt adesea lipsiți de umor și serioși. Folosesc proiecția și pot să aibă idei preconcepuate profund înrădăcinate. Manifestă idei de referință, privindu-i pe alții drept disprețuitori sau amenințători. Nu cred în loialitatea sau fidelitatea altora și pot fi cât se poate de restricționați, lipsiți de căldură. Uneori sunt mândri de faptul că sunt raționali și obiectivi. Adeseori îi curtează excesiv pe cei puternici sau cu rang înalt și exprimă dispreț față de cei slabi, bolnavi sau handicapați. Pot să pară practici și eficienți, dar adesea generează la alții frică sau conflict. Unii sunt implicați în grupări extremiste.

----- TABELUL 1

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR 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 înșală;

(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.

B. Nu apare exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări a dispoziției cu elemente psihotice sau al unei alte tulburări psihotice și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.

Notă: Dacă criteriile sunt îndeplinite înainte de debutul schizofreniei, se va adăuga „premorbid“, de ex., „tulburare paranoidă a personalității (premorbid)“.

Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

3. Epidemiologie

a. Prevalența este de 0,5–2,5%.

b. Incidența este crescută în familiile probanzilor cu schizofrenie și tulburări delirante

c. Tulburarea este mai frecventă la bărbați decât la femei.

d. Prevalența este mai mare la minorități, imigranți și surzi.

4. Etiologie

a. S-a determinat o componentă genetică.

b. Adesea sunt prezente dificultăți familiale precoce. Istoricul de abuz în copilărie este frecvent.

5. Psihodinamică

a. Defensele clasice sunt proiecția, negarea și raționalizarea.

b. Rușinea este o caracteristică proeminentă.

c. Supraeul este proiectat asupra autorității.

d. Problemele de separare și autonomie nerezolvate constituie un factor.

6. Diagnostic diferențial

a. Tulburare delirantă – bolnavul are un delir stabil.

b. Schizofrenie paranoidă – pacientul are halucinații și o tulburare formală de gândire.

c. Tulburările de personalitate schizoide, borderline și antisociale – pacientul nu manifestă o implicare cu alții la fel de activă, este mai puțin stabil și are deficite ale supraeului.

7. Evoluție și prognostic. Acestea pot să varieze, în funcție de trăsăturile individuale ale egoului și de circumstanțele de viață; complicațiile posibile sunt tulburările delirante, schizofrenia, depresia, tulburările anxioase și tulburările legate de substanțe. Pacienții solicită rar tratament.

8. Tratament. Pacienții paranoizi tind să devină și mai paranoizi. Practicienii trebuie să se aștepte la acest lucru și să rămână onești, curtenitori și profesionali.

a. Rareori se pot folosi antipsihotice în doze mici (de ex., 2,5 mg de olanzapină – Zyprexa pe zi); pentru agitație și anxietate se poate prescrie un agent antianxios (de ex., 0,5 mg de clonazepam – Klonopin la nevoie).

b. De obicei se folosește psihoterapia suportivă, dând atenție deschiderii (sincerității), consistenței [constanței și coerenței terapeutului] și evitării umorului. Trebuie sprijinite porțiunile sănătoase ale egoului. Se pot oferi explicații alternative, dar fără confruntare.

B. Tulburarea de personalitate schizoidă

1. Definiție. Pacientul are un stil de viață izolat, fără o năzuință manifestă către ceilalți.

2. Diagnostic, semne și simptome. Vezi Tabelul 2. Pacienții au slujbe solitare. Nu se simt în apele lor în compania altora și pot să manifeste contact vizual deficitar. Afectul este constrictționat sau distant. Pot să fie nepotrivit de serioși și adesea sunt temători sau indiferenți în prezența altora. Umorul lor poate fi nelalocul lui. Pot să dea răspunsuri scurte, să evite vorbirea spontană și să folosească ocazional metafore ciudate. Pot să fie foarte interesați de obiecte neînsuflețite sau constructe metafizice, sau de matematică, astronomie ori mișcări filozofice. Sunt adesea rezervați și neimplicați în evenimentele și preocupările cotidiene ale celorlalți sau pot să aibă o senzație nejustificată de intimitate cu alții. Nu au, aparent, nici o nevoie sau dorință legături cu alții, dar pot să fie foarte atașați de animale. Acești pacienți pot să fie foarte pasivi și necompetitivi, cu interese solitare. Sexualitatea lor poate să implice doar fantezii. Bărbații rămân adesea burlaci, dar femeile pot să accepte pasiv căsătoria. Pot avea o incapacitate de a-și exprima mânia. Amenințările din partea altora sunt rezolvate prin fantezii de omnipotență sau prin resemnare.

----- TABELUL 2

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR 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.

B. Nu apare exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări a dispoziției cu elemente psihotice, al unei alte tulburări psihotice sau al unei tulburări pervazive a dezvoltării și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.

Notă: Dacă criteriile sunt îndeplinite înainte de debutul schizofreniei, se va adăuga „premorbid“, de ex., „tulburare paranoidă a personalității (premorbid)“.

Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

3. Epidemiologie

a. Această tulburare poate să afecteze 7,5% din populația generală.

b. Incidența este crescută la membrii de familie ai probanzilor cu schizofrenie. c. Incidența este mai mare la bărbați decât la femei, cu un posibil raport de 2:1.

4. Etiologie

a. Factori genetici sunt probabili.

b. Adesea se poate obține istoric de relații familiale precoce perturbate.

5. Psihodinamică

a. Inhibiția socială este pervazivă.

b. Nevoile sociale sunt reprimare pentru a îndepărta agresivitatea.

6. Diagnostic diferențial

a. Tulburarea paranoidă de personalitate – bolnavul este implicat cu alții.

b. Tulburarea schizotipală de personalitate – pacientul prezintă ciudățenii și excentricități ale manierelor. c. Tulburarea evitantă de personalitate – pacientul este izolat, dar dorește să fie implicat cu alții.

7. Evoluție și prognostic

a. Variabile.

b. Posibilitatea dezvoltării complicațiilor reprezentate de tulburarea delirantă, schizofrenie, alte psihoze sau depresie.

8. Tratament

a. Poate să fie utilă psihoterapia suportivă cu focalizare asupra relaționării, fricilor de apropiere și identificării emoțiilor. b. Psihoterapia de grup poate să fie utilă.

c. La unii bolnavi poate să fie utilă terapia de mediu (*milieu*).

d. Farmacoterapia – unii pacienți răspund la antidepresive, psihostimulante sau la doze mici de antipsihotice.

e. Din cauză că apropierea este amenințătoare, pacienții cu această tulburare pot să „fugă“.

C. Tulburarea de personalitate schizotipală

1. Definiție. Pacienții cu tulburare de personalitate schizotipală au multiple ciudățenii și excentricități ale caracterului, gândirii, afectelor, vorbirii, prezentării. Ei le par ciudați altora. Se angajează în gândire magică; au idei ciudate, idei de referință și iluzii; manifestă derealizare.

2. Diagnostic, semne și simptome. Vezi Tabelul 3. Acești pacienți par „ciudați“ sau „stranii“. Vorbirea lor poate să fie deosebită, idiosincronică sau ciudată. Este posibil să nu-și cunoască propriile simțăminte și să fie foarte sensibili față de un afect negativ al altora. Mulți sunt superstițioși sau cred în percepția extrasenzorială. Au o foarte activă viață imaginară (fantezie). Tind să fie izolați și pot să manifeste, sub stres, simptome psihotice tranzitorii. Pot

să fie implicați în culturi, practici religioase stranii sau ocultism. Puțini dintre ei au prieteni apropiați iar anxietatea socială este excesivă la cei mai mulți dintre acești pacienți.

TABELUL 3

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR 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 ideatie paranoidă;

(6) afect inadecvat sau constrictat;

(7) comportament sau aspect ciudat, excentric sau neobișnuit;

(8) lipsa prietenilor sau confidenților apropiați, alții decât rude de gradul întâi;

(9) anxietate socială excesivă, care nu diminuează odată cu familiarizarea și care tinde să se asocieze cu frici paranoide, și nu cu judecăți negative despre sine.

B. Nu apare exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări dispoziționale cu elemente psihotice, al unei alte tulburări psihotice sau al unei tulburări pervazive a dezvoltării.

Notă: Dacă criteriile sunt îndeplinite înainte de debutul schizofreniei, se va adăuga „premorbid”, de ex., „tulburare paranoidă a personalității (premorbid)”.

Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

3. Epidemiologie

a. Prevalența acestei tulburări este de 3%.

b. Prevalența este crescută în familiile probanzilor schizofrenici. A fost evidențiată o concordanță mai mare la gemenii monoziagoți.

c. Tulburarea se constată mai frecvent la bărbați decât la femei.

4. Etiologie. Se pot aplica modelele etiologice ale schizofreniei. Vezi Capitolul 8.

5. Teste psihologice. Este frecventă tulburarea de gândire la testul Rorschach.

6. Fiziopatologie

a. Monoaminooxidază scăzută.

b. Deteriorări ale mișcărilor oculare continue [nesacadate] de urmărire. c. Masă cerebrală diminuată, în special în lobul temporal.

7. Psihodinamică. Dinamicile gândirii magice, scindare, izolarea afectului.

8. Diagnostic diferențial

a. Tulburare paranoidă de personalitate – pacientul este suspicios și rezervat.

b. Tulburare schizoidă de personalitate – pacientul nu are excentricități particulare.

c. Tulburare borderline de personalitate – pacientul manifestă instabilitate emoțională, afecte intense, impulsivitate.

9. Evoluție și prognostic

a. Prognosticul este rezervat.

b. La unii pacienți se dezvoltă schizofrenie. c. Până la 10% dintre pacienți se sinucid.

10. Tratament. Pacienții au nevoie de egoul auxiliar reprezentat de terapeut pentru a-i ajuta în testarea realității. a. Farmacologic – pot să fie utile dozele mici de antipsihotice (de ex., 2,5 mg de olanzapină – Zyprexa pe zi) sau antidepresivele.

b. Psihoterapia suportivă este adeseori utilă.

c. Poate fi utilă psihoterapia de grup.

d. La unii pacienți poate să fie indicată psihoterapia de mediu.

III. Clusterul dramatic, emoțional și imprevizibil (*erratic*) A. Tulburarea de personalitate antisocială

1. Definiție. Această tulburare se caracterizează prin comportament maladaptativ în care pacientul nu recunoaște drepturile altora. Ea nu este strict sinonimă cu criminalitatea.

2. Diagnostic, semne și simptome. Vezi Tabelul 4.

a. Pacienții pot să aibă „elemente psihopatice”: o „mască de sanitate” (termen creat de H. Cleckley). Sunt manipulativi și par de încredere.

b. Activitățile criminale sau necistite sunt frecvente, incluzând minciunile, chiulul și fuga de acasă. Pacientul poate să aibă istoric de violență sau poate să fie la risc pentru comportament violent. Promiscuitatea și abuzul marital și infantil sunt frecvente. Pacienții sunt lipsiți de remușcări.

c. Sunt prezente discontrolul impulsurilor și lipsa planurilor.

d. În mod caracteristic, pacienții manifestă lipsă de sensibilitate pentru alții. e. Sunt frecvente iritabilitatea și agresivitatea.

f. Înșelătoriile și iresponsabilitatea constituie un mod de viață.

g. Manifestă nepăsare față de siguranța altora și cea proprie.

TABELUL 4

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR 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 (*deceitfulness*), indicată de 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, indicate de repetate bătăi sau atacuri fizice;

(5) ignorarea nesăbuită a siguranței proprii ori a altora;

(6) iresponsabilitate persistentă, indicată de incapacitatea repetată de a susține un comportament de muncă regulat sau de a-și onora obligațiile financiare;

(7) lipsă de remușcări, indicată de indiferență față de, sau de raționalizarea faptului că, a prejudiciat sau maltrat pe un altul sau a furat de la un altul.

B. Persoana este în vârstă de cel puțin 18 ani.

C. Există dovezi de tulburare de conduită cu debut înainte de vârsta de 15 ani.

D. Comportamentul antisocial nu apare exclusiv în cursul unei schizofrenii sau al unui episod maniacal.

Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

3. Epidemiologie

a. Prevalența este de 3% la bărbați (ar putea fi de 7%) și de 1% la femei. În populațiile penitenciare poate să ajungă până la 75%.

b. Incidență crescută în unele familii a tulburării antisociale de personalitate, a tulburării de somatizare și a alcoolismului. Tulburarea este de cinci ori mai frecventă la rudele de gradul întâi ale pacienților de sex masculin decât printre subiecții de control.

c. Tulburarea este mai frecventă în grupurile socio-economice mai joase.

e. Condițiile predispozante includ tulburarea prin deficit atențional/hiperactivitate (ADHD) și tulburarea de conduită.

4. Etiologie

a. Studiile de adopție demonstrează că factorii genetici sunt implicați în această tulburare.

b. O caracteristică a tulburării sunt leziunile sau disfuncțiile cerebrale, secundare unor condiții cum ar fi leziunile cerebrale perinatale, traumatismele craniene și encefalita.

c. Istoricul de abandon sau abuz parental este foarte frecvent. Se consideră că pedepsele repetate, arbitrarie sau aspre din partea părinților constituie un factor.

5. Fiziopatologie

a. Dacă este prezentă organicitate cerebrală, impulsivitatea se datorează, de obicei, leziunilor sau disfuncției de lob frontal, evidențiate de tomografia cu emisie de pozitroni.

b. Pot să predisună la violență și alte leziuni cerebrale (de ex., leziuni ale amigdalei sau, posibil, alte leziuni temporale).

c. Pot să fie prezente anormalități EEG.

d. Pot să fie prezente semne neurologice minore.

6. Psihodinamică

a. Pacienții cu această tulburare sunt dominați de impulsuri, cu deficite asociate ale egoului în ceea ce privește planificarea și judecata.

b. Sunt prezente deficite sau lacune ale superegoului; conștiința este primitivă sau prost dezvoltată.

c. Deficitele relațiilor obiectuale sunt semnificative, cu incapacitate de empatie, iubire, încredere bazală.

d. Elementele agresive sunt proeminente.

e. Elementele asociate sunt sado-masochismul, narcisismul și depresia.

7. Diagnostic diferențial

a. Comportament antisocial al adultului – pacientul nu îndeplinește toate criteriile din Tabelul 18-4.

b. Tulburări prin uz de substanțe – pacientul poate să manifeste comportament antisocial ca o consecință a abuzului și dependenței de substanțe; problemele pot să coexiste.

- c. Retardare mintală – pacientul poate să aibă comportament antisocial ca o consecință a intelectului și judecății diminuate; problemele pot să coexiste.
- d. Psihoze – pacientul se poate angaja în comportament antisocial ca o consecință a delirurilor; problemele pot să coexiste.
- e. Tulburare borderline de personalitate – pacientul încearcă adeseori să se sinucidă și manifestă dispreț față de sine și atașamente intense, ambivalente.
- f. Tulburare narcisică de personalitate – pacientul respectă legea.
- g. Modificare de personalitate secundară unei condiții medicale generale – pacientul are o personalitate premorbidă diferită sau are elemente ale unei tulburări organice.
- h. ADHD – sunt prezente dificultăți cognitive și discontrol al impulsurilor.

8. Evoluție și prognostic

- a. Prognosticul este variabil. De multe ori, condiția se ameliorează semnificativ după perioada inițială sau mijlocie a vârstei adulte.
- b. Complicațiile includ moartea violentă, abuzul de substanțe, sinuciderea, lezarea fizică, dificultățile legale sau financiare, tulburările depresive. Cu această tulburare de personalitate se asociază multe tulburări medicale.

9. Tratament

- a. Tratamentul este adeseori dificil, dacă nu imposibil.
- b. În mediul medical pacientul poate fi cuceritor la suprafață, dar manipulativ sau sfidător și poate să refuze asistența medicală.
- c. Tratamentul abuzului de substanțe poate să trateze eficient și trăsăturile antisociale.
- d. Uneori sunt eficiente spitalizările pe termen lung sau rezidența într-o comunitate terapeutică.
- d. De regulă, tratamentul eficient este cel comportamental (de ex., comportamentul poate fi modificat prin amenințarea reprezentată de sancțiunile legale sau prin frica de pedeapsă) La pacienții mai puțin gravi care au această tulburare, tratamentul tinde să includă fixarea explicită de limite.
- e. S-au raportat unele succese cu psihoterapie de grup, incluzând grupuri de auto-ajutor.
- g. Farmacoterapie.
- (1) Se pot administra stimulante (de ex., 5 până la 20 mg de metilfenidat – Ritalin de trei ori pe zi) pentru ADHD. (2) Pentru discontrolul impulsional se pot prescrie anticonvulsivante (de ex., 500 până la 1000 mg de divalproex – Depakote de două ori pe zi), stabilizatoare ale dispoziției (de ex., 300 până la 600 mg de carbonat de litu de trei ori pe zi) sau beta-blocante (de ex., 40 până la 180 mg de nadolol – Corgard pe zi).

B. Tulburarea de personalitate borderline

1. Definiție

- a. Definirea acestei tulburări atrage complexități și controverse multiple. Conceptualizările implică adesea suprapuneri cu psihoza, tulburările de dispoziție, cu alte tulburări de personalitate și cu tulburările cognitive. A fost considerată anterior ca situându-se la granița dintre nevroză și psihoză.
- b. Problemele de separare-individualizare, problemele de control afectiv și atașamentele personale intense ocupă o poziție centrală, adițional față de problemele cu imaginea de sine.

2. Diagnostic, semne și simptome. Vezi Tabelul 5.

- a. Bolnavii sunt „întotdeauna în criză”.
- b. Tind să aibă episoade micropsihotice, adeseori cu paranoie sau cu simptome disociative tranzitorii.
- c. Gesturile, amenințările sau actele auto-distructive, auto-mutilante sau suicidare sunt frecvente.
- d. Relațiile cu alții sunt adeseori tumultuoase.
- e. Bolnavii nu tolerează să fie singuri și sunt animați de foame obiectuală. Se angajează în eforturi frenetice de evitare a abandonului real sau imaginat.

- f. Se înfurie cu ușurință.
- g. Sunt adeseori manipulativi, uneori în mod evident pentru oricine.
- h. Imaginea de sine și identitatea pacienților sunt instabile.
- i. Sunt impulsivi în privința banilor și sexului și se angajează în abuz de substanțe, șofat periculos sau hiperfagie compulsivă (*binge eating*).
- j. Reactivitatea dispozițională este de obicei prezentă. Pot să aibă „furtuni de afecte”.
- k. Pananxietatea și sexualitatea haotică sunt elemente frecvente.

TABELUL 5

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU 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 frenetice de evitare a abandonării reale sau imaginate.

Notă: Nu se vor include comportamentele suicidare sau de auto- mutilare prevăzute la criteriul 5;

(2) patern de relații interpersonale instabile și intense, 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 dăunătoare pentru sine (de ex., cheltuirea banilor, abuzul de substanțe, șofatul periculos, consumul compulsiv de alimente – *binge eating*).

Notă: Nu se vor include comportamentele suicidare sau de auto- mutilare, prevăzute la criteriul 5;

(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 (*emptiness*);

(8) mânie neadekvată, intensă, sau incapacitatea de a-și controla mânia (de ex., manifestări frecvente de nervozitate, mânie constantă, lupte fizice repetate);

(9) tranzitoriu, în legătură cu stresul, idee paranoidă sau simptome disociative severe.

Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

3. Epidemiologie

a. Prevalența tulburării de personalitate borderline este de în jur de 2% din populația generală.

b. Este mai frecventă la femei decât la bărbați.

- c. Dintre acești bolnavi, 90% au încă un diagnostic psihiatric, iar 40% au încă două diagnostice psihiatrice, pe lângă cel de tulburare de personalitate borderline.
- d. Prevalența familială a tulburărilor dispoziției și a tulburărilor legate de substanțe este crescută.
- e. Prevalența tulburării de personalitate borderline este crescută la mamele pacienților borderline.

4. Etiologie

- a. Poate să fie prezentă organicitate cerebrală, reprezentată de leziuni cerebrale perinatale, encefalită, traumatisme cerebrale și alte tulburări cerebrale.
- b. Istoricul de abuz fizic și sexual, de abandon sau supraîmplicare parentală constituie regula.

5. Teste psihologice. Testele proiective evidențiază alterarea testării realității.

6. Fiziopatologie

- a. Leziunile frontale pot să altereze judecata și controlul afectiv.
- b. Leziunile temporale pot să producă trăsături Klüver–Bucy.

7. Psihodinamică

- a. Scindare (*splitting*) – pacientul manifestă furie fără conștiința emoțiilor ambivalente sau pozitive față de cineva. De regulă, scindarea este tranzitorie. Un element asociat este abilitatea de a împărți [eronat] oamenii în aceia care îl plac și aceia care îl urăsc pe pacient, precum și în aceia care sunt total „buni” și cei care sunt total „răi”. Toate acestea pot să devină o problemă pentru echipa de tratament care se ocupă de pacient.
- b. Idealizare primitivă.
- c. Identificare proiectivă – pacientul atribuie altuia trăsături idealizate pozitive sau negative, apoi caută să îl angajeze în diferite interacțiuni care confirmă părerea pacientului. Pacientul încearcă, în mod inconștient, să îl facă pe terapeut să joace rolul proiectat.
- d. Pacientul are atât nevoi agresive intense cât și foame intensă de obiect, adesea alternativ.
- e. Pacientului îi este frică de abandon.
- f. Subfaza de apropiere a procesului de separare-individualizare (teoria lui M. Mahler) este nerezolvată; constanța obiectuală este afectată. Aceasta duce la eșecul structuralizării și controlului intern.
- g. Este proeminentă întoarcerea împotriva propriului self – ură de sine, dispreț față de sine.
- h. Disfuncția generalizată a egoului rezultă în perturbarea identității.

8. Diagnostic diferențial

- a. Tulburare psihotică – alterarea testării realității este persistentă.
- b. Tulburări ale dispoziției – tulburarea dispoziției nu este, de obicei, reactivă. Tulburarea depresivă majoră cu elemente atipice constituie adeseori un diagnostic diferențial dificil. Uneori diagnosticul nu este decis decât de un trial terapeutic. Totuși, pacienții atipici au frecvent episoade depresive prelungite.
- c. Modificare a personalității datorată unei condiții medicale generale – rezultatele investigațiilor pentru boală medicală sunt pozitive.
- d. Tulburare de personalitate schizotipală – elementele afective sunt mai puțin severe.
- e. Tulburare de personalitate antisocială – defectele conștiinței și ale abilității de atașament sunt mult mai grave.
- f. Tulburare de personalitate histrionică – sinuciderea și auto-mutilarea sunt mai puțin frecvente. Pacientul tinde să aibă relații interpersonale mai stabile.
- g. Tulburare de personalitate narcisică – formarea identității este mai stabilă.
- h. Tulburare de personalitate dependentă – atașamentele sunt stabile.
- i. Tulburare de personalitate paranoidă – suspiciozitate este mai intensă și mai constantă.

9. Evoluție și prognostic

- a. Sunt variabile; către sfârșitul vieții poate să survină o anumită ameliorare.
- b. Complicațiile posibile includ sinuciderea, auto-lezarea, tulburările dispoziției, tulburările somatoforme, psihozele, abuzul de substanțe și tulburările sexuale.

10. Tratament. Pacientul cu tulburare de personalitate borderline poate să constituie o

problemă. Bolnavul poate să aibă „furtuni de afecte” și necesită o atenție considerabilă.

a. Tratamentul implică de obicei psihoterapie mixtă, suportivă și exploratorie. Managementul psihozei de transfer, al contratransferului, al trecerilor la act și al amenințărilor și dorințelor de sinucidere ridică probleme. Terapeutul funcționează ca ego auxiliar, fixează limite și oferă structură.

b. Terapia comportamentală poate să fie utilă pentru controlul impulsurilor și al izbucnirilor de mânie și pentru reducerea sensibilității la critică și rejecție; se folosește și antrenarea abilităților sociale. O inovație recentă este terapia comportamentală dialectică.

c. Psihofarmacologie – unele medicații pot să fie utile pentru stabilizarea dispoziției și controlul impulsurilor. Acestea includ antidepresivele (de ex., 50 până la 200 mg de sertralina – Zoloft pe zi, 300 până la 600 mg de carbonat de litiu de două sau trei ori pe zi, 200 până la 400 mg de carbamazepină – Tegretol de trei ori pe zi, divalproex la niveluri plasmatice terapeutice). Dozele mici de antipsihotice (de ex., haloperidol 2 mg pe zi) pot să fie utile pentru perioade limitate.

d. Spitalizările pentru crize sunt de regulă scurte, dar unii pacienți necesită spitalizare pe termen lung, pentru modificare structurală.

e. Terapeutul trebuie să monitorizeze contratransferul și, adeseori, să solicite consult cu un alt coleg.

f. În mod inconștient, pacientul poate să scindeze personalul. Pacientul se angajează relațional cu personalul în așa fel, încât membrii personalului se împart în două tabere opuse. Acest lucru se rezolvă prin educarea personalului și trebuie să fie anticipat.

C. Tulburarea de personalitate histrionică

1. Definiție. Pacienții cu tulburare de personalitate histrionică au un stil dramatic, emoțional, impresionant.

2. Diagnostic, semne și simptome. Vezi Tabelul 6.

a. Adesea sunt cooperanți și dornici de a fi ajutați.

b. Tind să fie plini de culoare, posibil flamboianți, căutând atenția și seducători. c. Manifestă comportament dependent.

d. Din punct de vedere emoțional pot să fie superficiali sau nesinceri

e. Vorbirea poate să fie dramatică.

f. Adesea sunt sugestionabili.

g. Simpatice (plăcuți superficial), chiar sociabili (gregari) [„de societate”].

----- TABELUL 6

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE HISTRIONICĂ

Patern pervaziv de excesivă emoționalitate și de căutare a atenției, început în perioada de adult tânăr și prezent în contexte diverse, indicat de cinci (sau mai multe) din următoarele:

(1) se simte inconfortabil în situații în care nu este în centrul atenției;

(2) interacțiunea cu alții se caracterizează adesea prin comportament nepotrivit de seductiv sau de provocator din punct de vedere sexual;

(3) manifestă expresii emoționale rapid schimbătoare și superficiale;

(4) se folosește constant de aspectul fizic pentru a atrage atenția asupra sa;

(5) are un stil de a vorbi care este excesiv de impresionist și de lipsit de amănunte;

(6) manifestă dramatizare de sine, teatralitate și expresie exagerată a emoțiilor;

(7) este sugestionabil, cu alte cuvinte – ușor influențat de alții sau de circumstanțe;

(8) consideră relațiile pe care le are drept mult mai intime decât sunt.

Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

3. Epidemiologie

- a. Prevalența tulburării de personalitate histrionice este de 2–3%. Dintre pacienții care sunt în tratament, se raportează că 10–15% au această tulburare.
- b. Prevalența este mai mare la femei decât la bărbați, dar tulburarea probabil că este subdiagnosticată la bărbați.
- c. Se asociază cu tulburarea de somatizare, cu tulburările dispoziției și cu uzul de alcool.

4. Etiologie

- a. Este posibil ca dificultățile interpersonale precoce să fi fost rezolvate prin comportament dramatic.
- b. Ar putea exista un patern constituit din tată distant sau sever¹ și mamă seducătoare.

5. Psihodinamică

- a. Este tipică fantezia de „jucare a unui rol”, cu emoționalitate și stil dramatic.
- b. Defensele frecvente includ represiunea, regresivitatea, identificarea, somatizarea, conversivitatea, disocierea, negarea și externalizarea.
- c. Adeseori se constată identificarea eronată cu părintele de același sex și relația ambivalentă și seductivă cu părintele de sex opus.
- d. Fixație la un nivel genital inițial.
- e. Trăsături orale marcate.
- f. Frică de sexualitate, în pofida seductivității.

6. Diagnostic diferențial

- a. Tulburare de personalitate borderline – elemente de disperare, sinucidere și auto-mutilare mai manifeste; tulburările pot să coexiste.
- b. Tulburare de somatizare – predomină acuzele somatice.
- c. Tulburare de conversivitate – sunt prezente presupuse deficite somatice.
- d. Tulburare de personalitate dependentă – stilul emoțional histrionic lipsește.

7. Evoluție și prognostic

- a. Evoluția este variabilă.
- b. Complicațiile posibile sunt tulburările de somatizare, tulburările conversive, tulburările disociative, tulburările sexuale, tulburările dispoziției și abuzul de substanțe.

8. Tratament. Pacientul este adesea foarte emoțional și poate să caute atenția în mod excesiv.

a. Tratamentul este de obicei psihoterapia individuală, psihoterapia orientată spre conștientizare sau psihoterapia suportivă, în funcție de tăria egoului. Focalizarea terapiei se face asupra sentimentelor mai profunde ale pacientului și asupra utilizării dramei superficiale ca defensă împotriva acestor sentimente.

b. Pentru anumiți pacienți este potrivită psihanaliza.

c. Poate să fie utilă terapia de grup.

d. Poate să fie utilă utilizarea adjuvantă a medicamentelor, de obicei un anxiolitic (de ex., 0,5 până la 1,0 mg de clonazepam pe zi), pentru stările emoționale tranzitorii.

D. Tulburare de personalitate narcisică

1. Definiție. Patern pervaziv de grandiozitate și hiperpreocupare cu chestiuni de stimă de

sine.

2. Diagnostic, semne și simptome. Vezi Tabelul 7.

- a. Pacienții cu tulburare de personalitate narcisică au un sentiment grandios al importanței de sine.
- b. Se asociază senzația de a fi special și de a i se cuveni [*entitlement*, a fi intitulat, a avea dreptul].
- c. Pacientul recepționează critica sau înfrângerea cu furie sau cu depresie; este evidentă o stimă de sine fragilă.
- d. Bolnavul poate să fie exploativ, fiind lipsit de empatie.
- e. Este prezentă preocuparea excesivă cu aparența, și nu cu substanța, pacientul solicită uneori admirație excesivă.

TABELUL 7

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURAREA DE PERSONALITATE NARCISICĂ

A. 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, 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 de intitudine [*entitlement* – de a i se cuveni], cu alte cuvinte – are expectații nerezonabile de tratament deosebit de favorabil sau de complianță automată cu propriile sale așteptări;

(6) este exploativ din punct de vedere interpersonal, cu alte cuvinte – 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.

Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

3. Epidemiologie

a. Prevalența constatată este de sub 1% din populația generală, dar se consideră că tulburarea este semnificativ mai frecventă decât arată această cifră și este posibil ca numărul de persoane afectate să fie în creștere.

b. În populația clinică prevalența este de 2–16%.

c. Este suspectată o transmitere familială.

4. Etiologie. Un factor frecvent citat este absența empatiei materne, cu rejecție sau pierdere precoce.

5. Psihodinamică. Trăsăturile narcisice sunt opriri ale dezvoltării sau sunt defense? Aceasta este o chestiune controversată. Unul din punctele de vedere subliniază că grandiozitatea și lipsa de empatie apără împotriva agresivității primitive. Grandoarea este privită frecvent ca o compensare a unui simțământ de inferioritate.

6. Diagnostic diferențial

a. Tulburare de personalitate antisocială – pacientul desconsideră fățiș legea și drepturile celorlalți.

b. Schizofrenie paranoidă – pacientul are deliruri manifeste.

d. Tulburare de personalitate borderline – pacientul manifestă mai multă emoționalitate, instabilitate mai mare. e. Tulburare de personalitate histrionică – pacientul prezintă mai multă expresie emoțională.

7. Evoluție și prognostic. Tulburarea este cronică și greu tratabilă.

a. Îmbătrânirii i se face față prost, pentru că ea constituie o rănire narcisică.

b. Complicațiile posibile includ tulburările dispoziției, psihozele tranzitorii, tulburările somatoforme și tulburările prin uz de substanțe.

c. Prognosticul general este rezervat, cu toate că preocupările narcisice ale unora dintre bolnavi pot să fie mult mai mari la începutul perioadei adulte.

8. Tratament

a. Psihoterapie individuală, suportivă sau orientată spre conștientizare, în funcție de tăria egoului.

b. Terapia de mediu este utilă pentru pacienții cu tulburări severe.

c. Dificultatea tratamentului constă adesea din preservarea stimei de sine a pacientului, amenințată de intervențiile psihiatrice care sunt trăite drept critici.

d. Poate să fie utilă psihoterapia de grup.

e. În cadrul [mediul] medical.

(1) Boala [somatică] poate să fie percepută ca o amenințare la adresa imaginii de sine grandioase.

(2) Medicul poate să fie idealizat sau devalorizat, dat fiind că pacienții se măsoară pe ei înșiși în funcție de aceia cu care se însoțesc.

(3) Bonavii de acest fel se așteaptă la tratament special.

IV. Clusterul anxios sau temător

A. Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă

1. Definiție. Tind să predomine perfecționismul, ordinea și lipsa de flexibilitate.

2. Diagnostic, semne și simptome. Vezi Tabelul 8.

a. Preocupare excesivă cu ordinea, incluzând reguli, reglementări și sistematizări. b. Un element frecvent este perseverența, care atinge adesea nivelul încăpățănării. c. Atunci când deciziile trebuie luate intuitiv, indecizia devine o problemă.

d. Este frecventă constricția emoțională.

----- TABELUL 8

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE OBSESIV- COMPULSIVĂ

Patern pervaziv de preocupare cu ordinea, perfecționismul și controlul mintal și interpersonal, în detrimentul flexibilității, deschiderii și eficienței, patern care începe în

perioada de adult tânăr și care este prezent în contexte diverse, indicat de patru (sau mai multe) din următoarele:

(1) este preocupat de detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau programe, într-un asemenea grad încât scopul major al activității se pierde;

(2) manifestă perfecționism care interferează cu îndeplinirea sarcinii (de ex., nu poate să termine un proiect pentru că propriile sale standarde excesiv de stricte nu sunt îndeplinite);

(3) este excesiv de devotat muncii și productivității, până la excluderea activităților de timp liber și a prietenilor (inexplicabil prin necesități economice evidente);

(4) este hiperconștiincios, scrupulos și inflexibil în chestiuni de morală, etică sau valori (inexplicabil prin identificare culturală sau religioasă);

(5) este incapabil să arunce obiecte uzate sau lipsite de valoare, chiar și atunci când acestea nu au o valoare sentimentală;

(6) ezită să delege sarcini sau să lucreze cu alții dacă aceștia nu se supun exact modului său de a face lucrurile;

(7) adoptă un stil avar de a cheltui, atât față de sine și față de alții; banii sunt priviți drept ceva ce trebuie strâns în eventualitatea unor catastrofe viitoare;

(8) manifestă rigiditate și încăpățănare.

Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

e. Perfecționismul este frecvent.

f. Pacienții caută să dețină controlul asupra lor și asupra situațiilor în care se găsesc.

g. Pot să aibă o prezentare rigidă, formală și tind să fie [prea] serioși, lipsindu-le spontaneitatea.

h. Pot să fie circumstanțiali, sclavi ai amănuntelor, preferând rutina sau ritualul în detrimentul noutății. i. Pot să fie lipsiți de abilități interpersonale, de umor, căldură sau de capacitatea de a face compromisuri. j. Pot să aibă o manieră autoritară, cu devotament excesiv față de muncă și productivitate.

k. Pacienții pot să adune [să „strângă”] obiecte și adeseori sunt zgârciți [sau lacomi].

3. Epidemiologie

a. Prevalența este mai mare la bărbați decât la femei.

b. Este probabilă transmiterea familială.

c. Concordanța este crescută la gemenii monoziagoți

d. Tulburarea se diagnostichează mai frecvent la copiii mai mari din familie.

4. Etiologie. Bolnavii pot să aibă antecedente caracterizate prin disciplină aspră. **5. Psihodinamică**

a. Defensele clasice sunt izolarea, formarea de reacție, des-facerea, intelectualizarea și raționalizarea. b. Neîncredere în emoții.

c. Problemele de sfidare (*defiance*) și submisiune sunt importante psihologic.

d. Fixație în perioada anală.

6. Diagnostic diferențial. Pacientul cu tulburare obsesiv-compulsivă (OCD) are obsesii sau compulsiuni adevărate, în timp ce la pacientul cu tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă acestea lipsesc.

7. Evoluție și prognostic

- a. Pacientul poate să se simtă foarte bine în circumstanțe în care se cere o muncă metodică sau meticuloasă/migăloasă.
- b. Este probabil ca viața personală a pacientului să rămână stearpă, dezolantă.
- c. Pot să apară complicații reprezentate de tulburări anxioase, tulburări depresive și tulburări somatoforme.

8. Tratament

- a. Psihoterapie individuală, suportivă sau orientată spre conștientizare, în funcție de tăria egoului.
- b. Terapia de grup poate să fie benefică.
- c. Problemele terapeutice includ controlul, submisiunea și intelectualizarea.
- d. Farmacoterapia poate să fie utilă (de ex., 0,5 mg de clonazepam – Klonopin de două ori pe zi pentru anxietate, 75 până la 225 mg de clomipramină – Anafranil seara la culcare sau 20 până la 200 mg pe zi dintr-un inhibitor selectiv al recaptării serotoninei – SSRI, cum ar fi sertralina, pentru caracteristicile obsesive sau depresive).
- e. Cadrul medical – boala [somatică] și tratamentul ei pot să fie resimțite ca o amenințare la adresa controlului sau ca o pedeapsă. Pacienții reacționează adesea prin intensificarea eforturilor de a recâștiga controlul (de ex., tabele sau grafice, calcule, monitorizare).

B. Tulburarea de personalitate evitantă

1. Definiție. Pacientul are o personalitate rușinoasă sau timidă, denumită, de asemenea, *fobică*.

2. Diagnostic, semne și simptome. Vezi Tabelul 9.

- a. Bolnavii sunt ușor de rănit/jignit și sunt senzitivi la rejecție.
- b. Sunt retrași social, necesitând acceptare necritică din partea altora.
- c. Sunt dornici de implicare socială.
- d. Adesea este prezent un „complex de inferioritate”: pacientul nu are încredere în sine și este [excesiv de] modest. Pacientul poate să interpreteze eronat comentariile altora ca fiind disprețuitoare sau negative și poate să se considere inadecvat și lipsit(ă) de atractivitate.

Tabelul 9

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR 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 plăcut [agreat] 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 inept/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 [„penibilă”].
Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*,
text revision, 4th ed.
Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

3. Epidemiologie

- a. Prevalența este de 0,05–1% din populația generală. S-au raportat și cifre de mult mai ridicate, de 10%.
- b. Posibili factori predispozanți includ tulburarea evitantă din copilărie sau adolescență sau o boală fizică (somatică) deformată.

4. Etiologie. Factorii etiologici posibili sunt deprecierea/dezaprobară parentală manifestă, hiperprotecția sau elementele fobice ale părinților înșiși.

5. Psihodinamică

- a. Evitarea și inhibiția au caracter defensiv.
- b. Frica manifestă de rejecție acoperă agresivitatea subiacentă, fie oedipală, fie pre-oedipală.

6. Diagnostic diferențial

- a. Tulburare schizoidă de personalitate – pacientului îi lipsește dorința manifestă de implicare cu ceilalți.
- b. Fobie socială – sunt evitate situații sociale specifice, și nu relațiile personale. Tulburările pot să coexiste. Cu toate acestea, fobia socială generalizată este, fenomenologic, același lucru cu tulburarea de personalitate evitantă.
- c. Tulburare de personalitate dependentă – pacientul nu evită atașamentele și are o mai mare teamă de abandonare.

7. Evoluție și prognostic

- a. Pacientul funcționează cel mai bine într-un mediu protejat, cu toate că aspiră la mai mult.
- b. Complicațiile posibile sunt fobia socială și tulburările dispoziției.

8. Tratament. Pacientul poate să fie nepretențios / nesolicitant și cooperant, dar este sensibil la afirmațiile ambigue, ca posibil umilitoare.

- a. Psihoterapie individuală, suportivă sau orientată spre conștientizare, în funcție de tăria egoului.
- b. Terapia de grup este adesea utilă.
- c. Poate să fie benefică antrenarea abilităților sociale și a asertivității.
- d. Farmacoterapie pentru anxietate sau depresie, atunci când sunt prezente. Exemplele includ beta-blocantele (de ex., 20 până la 80 mg de propranolol – Inderal de trei ori pe zi), benzodiazepinele (de ex., 0,5 mg de clonazepam de două ori pe zi) și SSRI/ISRS (de ex., 50 până la 100 mg de sertralină seara la culcare).

C. Tulburarea de personalitate dependentă

1. Definiție. Pacientul este predominant dependent și submisiv.

2. Diagnostic, semne și simptome. Vezi Tabelul 10.

- a. Pacientul își subordonează propriile nevoi și responsabilități nevoilor și responsabilităților altora și delegă altora deciziile. Bolnavii pot să tolereze relații abuzive.
- b. Sunt lipsiți de încredere în sine și necesită sfaturi și reasigurare.
- c. Nu tolerează să fie singuri și tind să necesite supervizare excesivă în timpul lucrului.
- d. Sunt pasivi și au dificultăți în a-și exprima dezacordul.

TABELUL 10

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR 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.

Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

3. Epidemiologie

- a. Tulburarea este mai prevalentă la femei decât la bărbați.
- b. Tulburarea este frecventă, constituind, poate, 2,5% din totalul tulburărilor de personalitate.

4. Etiologie. Factorii predispozanți pot să fie reprezentați de boala fizică cronică, de anxietatea de separare sau de pierderea parentală în copilărie.

5. Psihodinamică

- a. Sunt prezente probleme de separare nerezolvate.
- b. Poziția dependentă este o defensă împotriva agresiunii.

6. Diagnostic diferențial.

- a. Agorafobie – pacientului îi este frică să părăsească locuința sau să fie departe de casă.
- b. În afară de tulburarea de personalitate dependentă, elementele dependente sunt frecvente și în alte tulburări de personalitate.

7. Evoluție și prognostic.

- a. Evoluția este variabilă.
- b. Sunt posibile complicații depresive, dacă relația este pierdută. În cazurile tratate, prognosticul poate fi favorabil.
- c. Pacientul poate să nu fie capabil să tolereze pasul „sănătos“

de a părăsi relația abuzivă.

8. Tratament. Pacienții au tendința de a regresa, cu frică de abandon.

a. Psihoterapie orientată spre conștientizare sau psihoterapie suportivă, în funcție de tăria egoului.

b. Sunt, de asemenea, utile terapia comportamentală, antrenarea asertivității, terapia familială și terapia de grup.

c. Farmacoterapia este utilă pentru tratamentul unor simptome specifice (de ex., 0,5 mg de clonazepam de două ori pe zi pentru anxietate și 50 până la 100 mg de sertralina seara la culcare pentru anxietate și depresie).

V. Alte tulburări de personalitate

A. Tulburarea de personalitate pasiv-agresivă

1. Definiție. Pacientul manifestă obstrucționism, tăgădnare, încăpățănare și ineficiență.

2. Diagnostic, semne și simptome. Vezi Tabelul 11.

a. Pacientul rezistă cererilor de a performa adecvat.

b. Găsește scuze pentru întârzieri/amânări și dă vina pe alții (găsindu-le cusururi acestora). c. Este lipsit de asertivitate.

TABELUL 11

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE PASIV-AGRESIVĂ

A. Patern pervaziv de atitudini negativiste și rezistență pasivă în fața cererilor de a performa adecvat, patern care a început în perioada de adult tânăr și care este prezent în contexte diverse, indicat de patru (sau mai multe) din următoarele:

(1) rezistă pasiv îndeplinirii sarcinilor sociale și ocupaționale de rutină;

(2) se plânge că este rău înțeles și neapreciat de alții;

(3) este îmbufnat și certăreț;

(4) în mod nerezonabil, critică și observă/veghează cu atenție autoritatea;

(5) exprimă invidie și resentimente la adresa celor aparent mai norocoși;

(6) verbalizează acuze exagerate și persistente de ghinion personal [circumstanțe nefavorabile];

(7) alternează între sfidarea ostilă și remușcări.

B. Nu apare exclusiv în cursul episoadelor depresive majore și nu este explicată mai bine de tulburarea distimică.

Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

contrition

3. Epidemiologie. Necunoscută.

4. Etiologie

a. Poate să implice comportament învățat și modelare parentală.

b. Dificultățile precoce cu autoritatea sunt frecvente.

5. Psihodinamică

- a. Conflicte privind autoritatea, autonomia și dependența.
- b. Submisivitate, sfidare și agresivitate.

6. Diagnostic diferențial

- a. Tulburări de personalitate histrionice și borderline – comportamentul bolnavului este mai flamboiant, mai dramatic și mai fățiș agresiv decât în personalitatea pasiv-agresivă.
- b. Tulburare de personalitate antisocială – sfidarea din partea pacientului este manifestă.
- c. Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă – pacientul este manifest perfecționist și submisiv.

7. Evoluție și prognostic. Posibilele complicații sunt tulburările depresive și abuzul de alcool.

8. Tratament

- a. Dificultatea majoră rezidă în opoziția mascată a pacientului față de intervențiile din partea psihiatrului. Scopul terapeutic este de a face ca pacientul să devină conștient de opoziționismul său.
- b. Psihoterapia suportivă poate să fie utilă, dacă pacientul o acceptă și dacă este capabil să fie compliant.
- c. Poate să fie utilă antrenarea asertivității.

B. Tulburare depresivă de personalitate

1. Definiție. Pacienții sunt pesimiști, anhedonici, devotați datoriei, cu îndoieli de sine și cronic nefericiți.

2. Diagnostic, semne și simptome. Vezi Tabelul 12.

- a. Pacientul este adesea liniștit/reținut, introvertit și pasiv.
- b. Pesimist, critic față de alții și căzând adesea pradă rumațiilor mintale pe teme negative (*brooding*).

TABELUL 12

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE DEPRESIVĂ

A. Patern pervaziv de cogniții și comportamente depresive, patern care începe în perioada de adult tânăr și care este prezent în contexte diverse, indicat de cinci (sau mai multe) din următoarele:

- (1) dispoziția obișnuită este dominată de amărăciune, posomorâre, lipsă de veselie, lipsă de bucurie, nefericire;
- (2) conceptul de sine se centrează pe convingerile de inadecvare, lipsă de valoare și stimă de sine scăzută;
- (3) este critic, acuzator și disprețuitor față de sine;
- (4) ruminează și este predispus la îngrijorare;
- (5) este negativist, critic și sentențios [judgmental] în legătură cu alții;
- (6) este pesimist;
- (7) este predispus să se simtă vinovat sau să aibă remușcări.

B. Nu apare exclusiv în cursul episoadelor depresive majore și nu este explicată mai bine de tulburarea distimică.

Din: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

3. Epidemiologie

- a. Se consideră că tulburarea este frecventă, dar nu există date certe.
- b. Apare, probabil, în mod egal la bărbați și femei.

c. Apare probabil în familiile cu depresie.

4. Etiologie. Cauza poate să implice pierderi precoce sau parentaj deficitar.

5. Psihodinamică

a. Stimă de sine scăzută. Vinovăție.

b. Auto-pedepsire.

c. Pierdere precoce a obiectului iubirii.

6. Diagnostic diferențial

a. Tulburare distimică – fluctuațiile dispoziției sunt mai mari decât în tulburarea de personalitate depresivă.

b. Tulburare de personalitate evitantă – pacientul tinde să fie mai mult anxios decât depresiv.

7. Evoluție și prognostic. Se consideră că este probabil un risc de tulburare distimică și de tulburare depresivă majoră.

8. Tratament

a. Psihoterapie orientată către conștientizare sau psihoterapie suportivă, în funcție de tăria egoului.

b. Sunt utile terapia cognitivă, terapia de grup și terapia interpersonală.

c. Farmacoterapie – pot să ajute SSRI/ISRS (de ex., 100 mg de sertralină pe zi) sau simpatomimeticele (de ex., 5 până la 15 mg de metilfenidat pe zi).

C. Tulburare de personalitate sadică. Relațiile acestor pacienți sunt dominate de comportamentul crud sau înjositor. Tulburarea este rară din punct de vedere clinic; este, poate, mai frecventă în contexte forensice. Adeseori este legată de abuzul parental.

D. Tulburare de personalitate a înfrângerii de sine (*self-defeating*). Pacienții își direcționează viețile către deznodăminte sau rezultate nefavorabile; resping ajutorul sau rezultatele bune [succesele] și au răspunsuri disforice la rezultatele bune. Aceste elemente apar frecvent în alte tulburări de personalitate, dar manifestarea ca atare a acestei tulburări ar putea să fie rară.

E. Tulburare de personalitate nespecificată în alt mod. Acest diagnostic se pune dacă pacientul are o tulburare de personalitate cu caracteristici mixte ale altor tulburări de personalitate.

2. Disfuncții sexuale, parafilii și tulburări ale identității de gen.

A. Definiție. Funcția sexuală este afectată de factori biologici, psihologici și sociologici. Expresia sexualității poate fi afectată de organele genitale interne și externe, hormoni și neurohormoni, dinamica intrapsihice, relațiile interpersonale, statutul socio-economic și moravurile culturale prevalente. Perturbarea uneia sau mai multora dintre aceste arii poate să rezulte în disfuncție sexuală. Câteva episoade de disfuncție sexuală crează anxietate legată de performanța sexuală, iar anxietatea agravează disfuncția și tinde să o perpetueze. Disfuncțiile pot fi de **tip primar (cronic, lifelong)** [tulburările „înnăscute” sau „constituționale”] sau de **tip dobândit** (adică, apărute după o perioadă de funcționare normală), de **tip generalizat** sau de **tip situațional** (limitate la anumiți parteneri / anumite partenere sau la o situație/situații specifice) și pot fi consecința unor **factori fiziologici**, **factori psihologici** sau a unor **factori combinați**. Cele șapte categorii majore de disfuncții sexuale incluse în DSM-IV-TR sunt (1) tulburările dorinței sexuale, (2) tulburările excitației sexuale, (3) tulburările orgasmice, (4) tulburările prin durere sexuală, (5) disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale, (6) disfuncția sexuală indusă de substanțe și (7) disfuncția sexuală nespecificată în alt mod (NAM).

B. Tulburări ale dorinței sexuale. Tulburările dorinței sexuale se împart în două clase:

tulburarea prin dorință sexuală hipoactivă, caracterizată prin deficiența sau absența fanteziilor sexuale și a dorinței de activitate sexuală, și tulburarea prin aversiune sexuală, caracterizată prin aversiune și evitare față de contactul sexual genital cu un partener sexual.

Pacienții cu probleme de dorință pot să folosească inhibiția dorinței drept defensă, pentru a se proteja de frici inconștiente legate de sex. Lipsa dorinței poate, de asemenea, să însoțească tulburările anxioase sau depresive cronice sau folosirea diferitelor medicamente psihotrope ori a altor medicamente care deprimă sistemul nervos central. În rândul populației care se adresează clinicilor de terapie sexuală, lipsa dorinței este una dintre cele mai frecvente acuze în cuplurile căsătorite, femeile fiind mai frecvent afectate decât bărbații.

C. Tulburări ale excitației sexuale. Aceste tulburări includ tulburarea erectilă masculină și tulburarea excitației feminine. Diagnosticul acestora ia în considerare focalizarea, intensitatea și durata activității sexuale a pacientului / pacientei. Dacă stimularea sexuală este inadecvată ca focalizare, intensitate sau durată, diagnosticul nu trebuie pus.

1. La femei. Vezi Tabelul 2. Prevalența tulburării excitației sexuale feminine este, în general, subestimată. Într-un studiu al cuplurilor cu mariaj fericit din punct de vedere subiectiv, 33% din femei au descris probleme de excitație. Dificultatea menținerii excitației poate să reflecte conflicte psihologice (de ex., anxietate, vinovăție și frică) sau modificări fiziologice. În tulburările excitației au fost implicate modificări ale nivelurilor testosteronului, estrogenilor, prolactinei și tiroxinei, la fel ca și medicațiile antihistaminice.

2. La bărbați. Vezi Tabelul 3. Prevalența disfuncției erectile, sau a impotenței, la bărbații tineri este apreciată la 8%. Totuși, această tulburare poate să apară pentru prima dată și mai târziu în cursul vieții. Pentru diferențierea impotențelor cauzate organic (medical) de cele funcționale (impotența psihologică) se folosesc o serie de proceduri, de la cele benigne la cele invazive. Procedura cea mai frecvent folosită este monitorizarea tumescenței peniene nocturne (erecțiile care apar în cursul somnului), fenomen care se asociază în mod normal cu mișcările oculare rapide (somnul REM).

Anamneza bună este de neprețuit în stabilirea cauzei tulburării. Istoricul de erecții spontane, erecții matinale sau erecții corespunzătoare în cursul masturbației sau cu alte partenerere decât cea obișnuită indică impotență funcțională. Cauzele psihologice ale impotenței includ conflictele oedipale sau pre-oedipale nerezolvate (care rezultă într-un superego punitiv), incapacitatea de a avea încredere sau simțăminte de inadecvare. Disfuncția erectilă poate, de asemenea, să reflecte dificultăți relaționale între parteneri.

D. Tulburări orgasmice

1. La femei. Vezi Tabelul 4. Tulburarea orgasmică feminină (anorgasmia) este întârzierea sau absența recurentă sau persistentă a orgasmului, după o fază normală de excitație sexuală. Proporția estimativă a femeilor căsătorite în vârstă de peste 35 de ani care nu au atins niciodată orgasmul este de 5%. Proporția este mai mare la femeile necăsătorite și la femeile mai tinere. Prevalența generală a inhibiției orgasmului feminin este de 30%. Factorii psihologici care se asociază cu orgasmul inhibat includ teama de sarcină sau de rejecție din partea partenerului sexual, ostilitatea față de bărbați, sentimentele de vinovăție în legătură cu impulsurile sexuale sau conflictele maritale.

2. La bărbați. În tulburarea orgasmică masculină (orgasmul masculin inhibat), bărbatul realizează cu mare greutate sau deloc ejacularea în cursul coitului. Orgasmul masculin inhibat de pe parcursul întregii vieți indică, de regulă, psihopatologie mai severă. Inhibiția ejaculatorie dobândită reflectă frecvent dificultăți interpersonale.

3. Ejacularea prematură. Ejacularea prematură este acuza principală a 35–40% din bărbații tratați pentru tulburări sexuale. Persistent sau recurent, subiectul ajunge la orgasm și ejaculare înainte de a dori acest lucru. Tulburarea este mai prevalentă la bărbații tineri, la

bărbații cu o parteneră nouă și la cei cu educație superioară (facultate) în comparație cu cei cu educație mai joasă; se consideră că este legată de preocuparea față de satisfacția partenerei.

TABELUL 4

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE ORGASMICĂ FEMININĂ

A. Întârziere sau absență persistentă sau recurentă a orgasmului, după o fază normală de excitație sexuală. Femeile manifestă o mare variabilitate a tipului sau intensității stimulărilor care declanșează orgasmul. Diagnosticul de tulburare orgasmică feminină trebuie să se bazeze pe aprecierea clinicianului că femeia în cauză are o capacitate orgasmică mai redusă decât ar fi rezonabil să se presupună ținând seama de vârsta femeii, de experiența ei sexuală și de gradul de adecvare al stimulării sexuale primite.

B. Tulburarea cauzează suferință marcată sau dificultăți interpersonale.

C. Disfuncția orgasmică nu este explicată mai bine de o altă tulburare de pe Axa I (cu excepția unei alte disfuncții sexuale) și nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiții medicale generale.

Specificați tipul:

Tip înăscut („constituțional”) (lifelong)

Tip dobândit

Specificați tipul: **Tip generalizat Tip situațional**

Specificați tipul:

Datorată factorilor psihologici Datorată unei asocieri de factori.

Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

Ejacularea prematură poate să fie asociată cu frici inconștiente legate de vagin. Ea poate să fie, de asemenea, rezultatul condiționării, dacă experiențele sexuale inițiale ale bărbatului au avut loc în situații în care surprinderea de către alții ar fi fost stânjenitoare. Mariajul stresant exacerbează tulburarea.

Această disfuncție este cea mai susceptibilă de vindecare dacă în tratament se folosesc tehnici comportamentale. Cu toate acestea, un subgrup de ejaculatori prematuri ar putea fi predispuși biologic pentru această tulburare; ei sunt mai vulnerabili față de stimularea simpatică sau au un timp de latență mai scurt al reflexului nervos bulbo-cavernos, fiind necesar să fie tratați farmacologic.

E. Tulburările prin durere sexuală

1. Vaginismul. Este o contractură musculară involuntară a treimii externe a vaginului, care interferează cu intromisiunea peniană și actul sexual. Această disfuncție afectează cel mai frecvent femeile din grupurile socio-economice superioare. Cauza ei poate să fie o traumă sexuală, cum ar fi violul sau abuzul sexual în copilărie. Femeile cu conflicte psihosexuale pot să perceapă penisul ca pe o armă. În cazurile de acest fel se pot constata, de asemenea, creșterea într-un spirit religios strict, care asociază sexul cu păcatul, sau problemele în relația diadică.

2. Dispareunia. Dispareunia este durerea genitală recurentă sau persistentă care se manifestă înaintea, în cursul sau după actul sexual. În cazul acestei acuze trebuie excluse etiologiile organice (endometrioza, vaginită, cervicită și alte tulburări pelvine).

Durerea pelvină cronică este o acuză frecventă a femeilor cu istoric de viol sau abuz sexual în copilărie. Coitul dureros poate să fie rezultatul tensiunii și anxietății. Dispareunia este rară la bărbați, la care se asociază, de obicei, cu o condiție organică.

F. Disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale

1. Tulburare erectilă masculină. Statisticile arată că tulburarea erectilă are o bază medicală [organică] la 50% din bărbații afectați. Cauzele organice ale tulburării erectile masculine sunt listate în Tabelul 5.

2. Dispareunia. La 30% până la 40% dintre femeile cu această acuză care sunt examinate în clinicile de terapie sexuală se constată patologie pelvină. Se estimează că 30% din procedurile chirurgicale în zona pelvină sau genitală la femei rezultă în dispareunie temporară. Totuși, în cele mai multe cazuri se consideră că factorii cauzatori sunt cei dinamici.

Condițiile medicale care conduc la dispareunie includ vestigiile himenale iritate sau infectate, cicatricile post epiziotomie, infecțiile glandei Bartholin, diferite forme de vaginite și cervicite, endometrioza, atrofia vaginală post- menopauză și maladia Peyronie.

Tabelul 5

Boli și alte condiții medicale implicate în Tulburarea Erectilă Masculină

Boli infecțioase și parazitare

Elefantiazis

Oreion

Boli cardio-vasculare

Boala aterosclerotică Anevrism aortic

Sindrom Leriche Insuficiență cardiacă

Tulburări renale și urologice

Boală Peyronie Insuficiență renală cronică

Varicocel și hidrocel

Tulburări hepatice

Ciroză (asociată, de regulă, cu dependența de alcool)

Tulburări respiratorii

Insuficiență respiratorie

Condiții genetice

Sindrom Klinefelter

Anomalii congenitale vasculare și structurale ale penisului

Tulburări de nutriție

Malnutriție

Deficiențe de vitamine

Tulburări endocrine

Diabet zaharat

Disfuncții ale axului hipofizar-suprarenal-testicular Acromegalie

Boala Addison

Adenom cromofob

Neoplazie a suprarenalelor

Mixedem

Hipertiroidism

Tulburări neurologice

Scleroză multiplă

Mielită transversă

Boala Parkinson

Epilepsie temporală

Boli traumatice și neoplazice ale măduvei

spinării^a Tumori ale sistemului nervos central

Scleroză laterală amiotrofică Neuropatie periferică Paralizie generală progresivă

Tabes dorsal

Contributori farmacologici

Alcool și alte substanțe care induc dependență (heroină, metadonă, morfină, cocaină, amfetamine și barbiturice)

Medicamente de prescripție (medicamente psihotrope, medicamente antihipertensive, estrogeni și antiandrogeni)

Intoxicații

Plumb (saturnism)

Ierbicide

Proceduri chirurgicale

Prostatectomie perineală

Rezecție de colon abdomino-perineală

Simpatectomie (interferează frecvent cu ejacularea) Intervenții aorto-iliace

Cistectomie radicală

Limfadenectomie retroperitoneală

Diverse

Radioterapie

Fracturi pelvine

Orice boală sistemică gravă sau condiție debilitantă

3. Tulburarea prin dorință sexuală hipoactivă. Dorința descrește frecvent în urma unor boli majore sau a unor intervenții chirurgicale majore. Medicamentele care deprimă SNC, care descreșc producția de testosteron sau concentrațiile dopaminei sau care cresc concentrațiile serotoninei sau prolactinei pot, de asemenea, să reducă dorința.

4. Alte disfuncții sexuale masculine. Tulburarea orgasmică masculină poate să aibe cauze fiziologice și poate să apară în urma intervențiilor chirurgicale la nivelul tractului genito-urinar. Ea se poate asocia, de asemenea, cu boala Parkinson și cu alte tulburări neurologice care implică secțiunea lombară sau sacrată a măduvei spinării. Unele medicamente (de ex., guanetidina monosulfat – Ismelin) au fost implicate în ejacularea întârziată

TABELUL 6

AGENȚI FARMACOLOGICI IMPLICAȚI ÎN DISFUNCȚIILE SEXUALE MASCULINE

Medicamentul	Afectează erecția	Afectează ejacularea
Medicamente psihiatrice		
Inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei		
Citalopram (Celexa)	–	+
Fluoxetină (Prozac)	–	+
Paroxetină (Paxil)	–	+
Sertralină (Zoloft)	–	+
Medicamente ciclice		
Imipramină (Tofranil)		
Protriptilină (Vivactil)	+	+
Desipramină (Pertofrane)	+	+
Clomipramină (Anafranil)	+	+
Amitriptilină (Elavil)	+	+
Inhibitori ai monoaminooxidazei	+	+
Tranilcipromină (Parnate)		
Fenelzină (Nardil)	+	+
Pargilină (Eutonyl)	+	+
Izocarboxazid (Marplan)	–	+
	–	+
Alte medicamente timoactive		
Litiu (Eskalith) +		
Amfetamine + + Trazodon (Desyrel)b – –		
Venlafaxină (Effexor) – +		
Antipsihotice		
Flufenazină (Prolixin) +		
Tioridazin (Mellaril) + +		
Clorprotixen (Taractan) – +		
Mesoridazin (Serentil) – +		
Perfenazină (Trilafon) – +		

Trifluoperazină (Stelazine) – + Rezerpină (Serpasil) + + Haloperidol (Haldol) – + Agent antianxios Clordiazepoxid (Librium) – + Medicamente antihipertensive Clonidină (Catapres) + Metildopa (Aldomet) + + Spironolactonă (Aldactone) + – Hidroclorotiazidă (Hydrodiuril) + – Guanetidină (Ismelin) + + Substanțe de abuz frecvente Alcool + + Barbiturice + + Canabis + – Cocaină + + Heroină + + Metadonă + – Morfină + + Medicamente diverse Agenți antiparkinsonieni + + Clofibrat (Atromid-S) + – Digoxină (Lanoxin) + – Glutetimidă (Doriden) + + Indometacină (Indocin) + – Fentolamină (Regitine) – + Propranolol (Inderal) + –		
--	--	--

(Tabelul 6).

5. Alte disfuncții sexuale feminine. Unele condiții medicale, și anume – bolile endocrine, cum ar fi hipotiroidismul, diabetul zaharat și hiperprolactinemia primară – pot să afecteze capacitatea femeii de a avea orgasme.

G. Disfuncția sexuală indusă de substanțe. În general, funcția sexuală este afectată negativ de agenții serotonergici, antagoniștii dopaminei, medicamentele care cresc prolactina și medicamentele care afectează sistemul nervos autonom. În cazul substanțelor de abuz de largă răspândire, disfuncția se instalează după în jur de o lună de intoxicație sau sevraj semnificativ cu substanța respectivă. În doze mici, multe substanțe accentuează performanța sexuală, dar utilizarea în continuare afectează capacitățile erectile, orgasmice și ejaculatorii. Relația dintre disfuncția sexuală feminină și agenții farmacologici a fost evaluată mai puțin extensiv decât în cazul bărbaților. La unele femei s-a raportat descreșterea libidoului de către anticoncepționalele orale, iar unele medicamente cu efecte secundare anticolinergice pot să modifice atât excitația cât și orgasmul. S-a raportat că benzodiazepinele descreșc libidoul, dar la unele paciente diminuarea anxietății produsă de aceste medicamente poate să îmbunătățească funcționarea sexuală. În legătură cu agenții psihoactivi s-au raportat atât creșteri cât și scăderi ale libidoului. Efectele care țin de condiția subiacentă sau de

ameliorarea acestora sunt greu de separat de cele care constituie efecte secundare ale medicamentelor. Disfuncțiile sexuale asociate cu utilizarea unui medicament dispar odată cu întreruperea acestuia. Tabelul 7 listează medicațiile psihiatrice care pot să inhibe orgasmul feminin.

TABELUL 7

UNELE MEDICAMENTE PSIHIATRICE IMPLICATE ÎN INHIBAREA ORGASMULUI FEMININ

Antidepresive triciclice

Imipramină (Tofranil) Clomipramină (Anafranil) Nortriptilină (Aventyl)

Inhibitori de monoaminooxidază

Tranilcipromină (Parnate) Fenelzină (Nardil) Izocarboxazid (Marplan)

Antagoniști ai receptorilor dopaminici

Tioridazin (Mellaril)

Trifluoperazină (Stelazine)

Inhibitori specifici ai recaptării serotoninei (SSRI)

Fluoxetină (Prozac) Paroxetină (Paxil) Sertralină (Zoloft) Fluvoxamină (Luvox) Citalopram (Celexa).

H. Disfuncție sexuală nespecificată în alt mod. Include disfuncțiile sexuale care nu îndeplinesc criteriile pentru nici una din disfuncțiile specifice. Exemplele includ anhedonia orgasmică și comportamentul sexual compulsiv.

I. Tratament. Metodele care s-au dovedit eficiente, singure sau în asociere, includ (1) pregătirea (*training*-ul) în domeniul abilităților comportamental-sexuale (2) desensitizarea sistematică, (3) terapia maritală directivă, (4) abordările psihodinamice, (5) terapia de grup, (6) farmacoterapia, (7) intervențiile chirurgicale și (8) terapia prin hipnoză. Evaluarea și tratamentul trebuie să se adreseze asocierii posibile a unor tulburări de personalitate sau condiții fizice (somatice).

1. Terapie sexuală orientată analitic. Una din modalitățile terapeutice cele mai eficiente este integrarea terapiei sexuale propriu-zise (antrenare în abilitățile comportamental-sexuale) cu psihoterapia psihodinamică sau cu cea orientată psihanalitic. Adăugarea conceptualizărilor psihodinamice la tehnicile comportamentale permite tratamentul bolnavilor cu tulburări sexuale asociate cu altă psihopatologie.

2. Tehnici comportamentale. Ținta acestor tehnici este stabilirea sau restabilirea comunicării verbale și sexuale dintre parteneri. Se prescriu exerciții specifice pentru a ajuta persoana sau cuplul în privința problemei lor particulare.

Exercițiile de început se concentrează asupra interacțiunilor verbale și, apoi, asupra creșterii conștientizării (deschiderii/receptivității) senzoriale vizuale, tactile și olfactive. Inițial contactul sexual este interzis iar partenerii se dezmiardă unul pe celălalt, excluzând stimularea organelor genitale. Anxietatea de performanță¹ se reduce, din cauză că răspunsurile de excitație genitală și de orgasm nu sunt necesare pentru ducerea la bun sfârșit a exercițiilor inițiale.

Pe parcursul acestor exerciții de **focalizare asupra senzorialului** [sau focalizare pe ceea ce simți, *sensate focus*], pacienții sunt încurajați și reîntăriți să își reducă anxietatea. Ei sunt

îndemnați să folosească fantezii care să îi distragă de la preocupările obsesive (spectatorizare²) legate de modul în care performează. Este încurajată exprimarea mutuală a propriilor nevoi. Rezistențele, cum ar fi afirmațiile de oboseală sau de insuficiență a timpului pentru efectuarea exercițiilor, sunt frecvente și este necesar să fie abordate și lămurite de către terapeut. Mai târziu, stimulării generale a corpului i se adaugă stimularea genitală. În cele din urmă, se permite intromisiunea și actul sexual propriu-zis. Sesiunile terapeutice au loc după fiecare nouă perioadă de exerciții și iau în discuție problemele și insatisfacțiile, atât cele sexuale cât și cele legate de alte domenii ale vieții pacienților.

a. Tehnici și exerciții cu specificitate de disfuncție. Pentru diferitele disfuncții specifice se folosesc tehnici specifice.

(1) Vaginizm – femeia este sfătuită să își dilateze orificiul vaginal cu ajutorul degetelor sau cu dilatatoare.

(2) Ejaculare prematură – pentru creșterea pragului excitabilității peniene se folosește tehnica de constricție (*squeeze technique*). Pacientul sau partenera sa strâng puternic marginea coroanei glandului penian, la prima senzație de ejaculare iminentă. Ereția se reduce iar ejacularea este inhibată. O altă variantă este tehnica stop-start. La creșterea excitației se încetează stimularea, dar fără să se folosească nici o constricție.

(3) Tulburare erectilă masculină – uneori, bărbatul i se spune să se masturbeze, pentru a [își] demonstra că erecția completă și ejacularea sunt posibile.

(4) Tulburare orgasmică feminină (anorgasmie primară) – femeia este instruită să se masturbeze, uneori folosind un vibrator. Este încurajat apelul la fantezie.

(5) Ejacularea întârziată – se tratează inițial prin ejaculare extravaginală și, ulterior, prin penetrație vaginală gradată, după stimularea până în punctul premergător ejaculării.

b. Tehnici comportamentale. S-a raportat că au succes în 40–85% din aplicări. În 10% din cazurile refractare este necesară psihoterapie individuală. Aproximativ o treime din cuplurile disfuncționale refractare la tehnicile comportamentale necesită o anumită asociere între terapia maritală și cea sexuală.

3. Biologice

a. Farmacoterapie. Majoritatea tratamentelor psihofarmacologice implică disfuncțiile sexuale masculine. Sunt în curs de desfășurare studii care testează utilizarea medicației pentru tramentul femeilor. Farmacoterapia se poate utiliza în tratamentul tulburărilor sexuale de cauză fiziologică, psihologică sau mixtă. În ultimele două cazuri, tratamentul farmacologic este folosit, de regulă, adițional față de o formă de psihoterapie.

(1) Tramentul tulburării erectile și al ejaculării premature. Sildenafilul (Viagra), care accentuează acțiunea oxidului nitric, facilitează afluxul sanguin penian, necesar pentru realizarea erecției. Medicamentul nu acționează în absența stimulării sexuale. Utilizarea sa este contraindicată la persoanele care iau nitrați.

Alte medicații acționează ca vasodilatatoare peniene. Acestea includ prostaglandina orală (Vasomax), alprostadilul (Caverject), care este o fentolamină injectabilă, și alprostadilul condiționat ca supozitor uretral³ (MUSE).

În tratamentul tulburării erectile se mai folosesc și agenții α -adrenergici, cum ar fi metilfenidatul (Ritalin), dextroamfetamina (Dexedrine) și yohimbina (Yocon).

Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (SSRI) și antidepresivele heterociclice ameliorează ejacularea prematură din cauza efectului lor secundar de inhibare a orgasmului.

(2) Tramentul tulburării prin aversiune sexuală. Dacă se consideră că persoanele cu această disfuncție au o fobie față de organele genitale, se folosesc antidepresivele ciclice și SSRI.

b. Trament chirurgical. Implanturi peniene, revascularizare.

II. Tulburări ale identității de gen

A. Definiție. Grup de tulburări care au ca simptom principal o preferință persistentă pentru rolul sexului opus și simțământul că persoana respectivă s-a născut de sexul greșit. Senzația de nemulțumire față de propriul sex biologic se numește *disforie de gen* (*gender dysphoria*).

Persoanele cu identitate de gen tulburată încearcă să trăiască sau să treacă drept membri ai sexului opus. *Transsexualii* doresc tratament biologic (intervenții chirurgicale, hormoni), pentru modificarea sexului lor biologic și pentru dobândirea caracteristicilor anatomice ale sexului opus. Tulburările pot să coexiste cu altă patologie sau pot să fie circumscrise, pacienții funcționând competent în multe domenii ale vieții lor.⁴

¹ Anxietatea legată de efectuarea (performarea) unei anumite acțiuni.

² Anterior pacientul a adoptat poziția unui fel de spectator (critic) al propriului său comportament în situația sexuală.

³ Denumirea farmaceutică a „supozitoarelor uretrale” este bujie (de la „lumânare” în lb. franceză).

⁴ Ediția anterioară (din 1996) a acestei cărți includea aici o serie de definiții a căror reluare, chiar dacă ele nu mai figurează în ediția actuală, pare utilă: **Identitatea de gen** este o stare psihologică ce reflectă simțirea de sine interioară de a fi bărbat sau femeie. **Rolul de gen** este paternul comportamental extern ce reflectă sentimentul intern de identitate de gen al persoanei. **Sexul** (biologic) se referă strict la caracteristicile anatomice și fiziologice care indică dacă o persoană este mascul sau femelă, de ex., penisul sau vaginul. **Orientarea sexuală** este direcția răspunsului erotic al persoanei (bărbat sau femeie), de ex.,

B. Diagnostic, semne și simptome. Vezi Tabelul 8.

TABELUL 8

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE A IDENTITĂȚII DE GEN

A. Identificare trans-gen intensă și persistentă (nu doar o dorință pentru vreunul/vreunele din avantajele culturale percepute al faptului de a fi de celălalt sex).

La copii tulburarea se manifestă prin patru (sau mai multe) din următoarele:

(1) afirmarea repetată a dorinței de a fi, sau insistența că este, de celălalt sex;

(2) la băieți, preferință pentru îmbrăcare cu hainele celuilalt sex sau simularea vestimentației feminine; la fete, insistența de a purta numai îmbrăcăminte stereotipic masculină;

(3) preferințe intense și persistente pentru roluri ale celuilalt sex în jocurile „de-a ceva”¹ (*make-believe*) sau fantezii persistente de a fi de celălalt sex;

(4) dorința intensă de a participa la jocuri și loisir-uri asociate stereotipic cu celălalt sex;

(5) preferință intensă pentru tovarăși de joacă de celălalt sex.

La adolescenți și adulți tulburarea se manifestă prin simptome cum ar fi dorința afirmată de a fi de celălalt sex, prin faptul subiectul că este luat adesea drept de celălalt sex, prin dorința de a trăi și de a fi tratat ca fiind de celălalt sex sau prin convingerea că are sentimentele și reacțiile tipice ale celuilalt sex.

B. Disconfort persistent cu propriul sex sau senzația de inadecvare în rolul de gen al propriului sex.

La copii tulburarea se manifestă prin oricare din următoarele: la băieți, afirmația că penisul sau testiculele sale sunt dezgustătoare sau că vor dispărea sau afirmația că ar fi mai bine să nu aibă penis, sau aversiune pentru jocurile brutale (*rough-and-tumble*²) și rejecția jucăriilor, jocurilor sau activităților stereotipic masculine; la fete, rejecția urinării din poziție șezândă, afirmația că are sau că îi va crește un penis sau afirmația că nu dorește să-i crească sânii sau să aibă menstruație, sau aversiune marcată față de vestimentația normativă feminină.

La adolescenți și adulți tulburarea se manifestă prin simptome cum ar fi preocuparea cu descotorosirea de caracterele sexuale primare și secundare (de ex., solicitări de hormoni, de intervenții chirurgicale sau de alte proceduri de modificare fizică a caracterelor sexuale, pentru a simula celălalt sex) sau prin convingerea s-a născut de sex greșit.

C. Tulburarea nu se însoțește de o condiție intersexuală fizică (somatică).

D. Tulburarea cauzează suferință semnificativă clinic sau alterări sociale, ocupaționale sau ale altor domenii importante ale funcționării. *Codificați în funcție de vârsta curentă:*

Tulburare a identității de gen la copii

Tulburare a identității de gen la adolescenți sau adulți

Specificați (la persoanele mature din punct de vedere sexual): **Atracție sexuală pentru bărbați**

Atracție sexuală pentru femei

Atracție sexuală pentru ambele sexe

Atracție sexuală pentru nici un sex.

Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

C. Epidemiologie

1. Necunoscută, dar este vorba despre o tulburare rară.

2. Raportul bărbați:femei este de 4:1.

a. Aproape toate femeile cu tulburări de gen au o orientare homosexuală.

b. Dintre bărbații cu tulburări de gen, 50% au orientare homosexuală iar 50% au orientare heterosexuală, bisexuală sau asexuală.

3. Rata prevalenței transsexualismului este de 1 la 10.000 de bărbați și 1 la 30.000 de femei¹.

D. Etiologie

1. **Factori biologici.** Testosteronul afectează neuronii cerebrali care contribuie la masculinizarea creierului, din arii cum ar fi hipotalamusul. Rămâne controversată măsura în care testosteronul contribuie la așa-numitele paternuri comportamentale masculine sau feminine din tulburările de identitate de gen. Steroizii sexuali influențează expresia comportamentului sexual la bărbații și femeile de vârstă matură (în sensul că testosteronul poate să crească libidoul și agresivitatea la femei iar estrogenii pot să descrească libidoul și agresivitatea la bărbați).

2. **Factori psihosociali.** Absența modelelor de rol de același sex și încurajarea implicită sau explicită a copilului, de către cei care îl îngrijesc, să se comporte ca și celălalt sex contribuie la tulburarea identității de gen în copilărie. Mamele pot să fie deprimare sau retrase. Trăsăturile temperamentale înnăscute au, uneori, drept rezultat băieți sensibili, delicați, și fete energice, agresive. Abuzul fizic și sexual poate să fie predispozant.

E. Diagnostic diferențial

1. **Fetişism transvestic.** Poate să coexiste îmbrăcarea în hainele celuilalt sex, în scopul

excitației sexuale (dublu diagnostic).

2. Condiții intersexuale. Vezi Tabelul 9.

TABELUL 9

CLASIFICAREA TULBURĂRILOR INTERSEXUALE

Sindromul	Descrierea
Hiperplazie suprarenală virilizantă (sindromul adreno-genital)	Apare în urma excesului de androgeni la un făt cu genotip XX; cea mai frecventă tulburare intersexuală feminină; se asociază cu hipertrofie clitoridiană, fuziunea labiilor, hirsutism în adolescență.
Sindrom Turner	Apare în urma absenței celui de-al doilea cromozom sexual feminin (XO); se asociază cu plică (aripă) cervicală, nanism, cubitus valgus; nu există producție de hormoni sexuali; infertilitate; de obicei sexul asignat este cel feminin, din cauza organelor genitale externe cu aspect aparent feminin.
Sindrom Klinefelter	Genotipul este XXY; habitus masculin, cu penis mic și testicule rudimentare din cauza producției scăzute de androgeni; libido slab; de obicei sexul asignat este cel masculin.
Sindrom de insensibilitate la androgeni (sindromul testiculului feminizant)	Tulburare congenitală recesivă X-linkată care conduce la incapacitatea țesuturilor de a răspunde la androgeni; organele genitale externe au aspect feminin, fiind prezente testicule criptorhice; sunt asignați ca femei, cu toate că posedă genotip XY; în forma extremă pacientul are sâni, organe genitale externe normale, vagin scurt în fund de sac, iar pilozitatea pubică și axilară lipsește.
Defecte enzimatice ale genotipului XY (de ex., deficitul de 5- α - reductază, deficitul de 17-hidroxisteroizi)	Încetare congenitală a producției de testosteron, conducând la organe genitale ambigue și habitus feminin; de obicei sexul asignat este cel feminin, din cauza aspectului feminin al organelor genitale externe.
Hermafroditismul	Hermafroditismul adevărat este rar și se caracterizează prin prezența atât a testiculelor cât și a ovarelor, la aceeași persoană (genotipul poate fi 46 XX sau 46
Pseudohermafroditismul	

	XY). Este, de regulă, rezultatul unui defect endocrin sau enzimatic (de ex., hiperplazie suprarenală) la persoane cu cromozomi normali; pseudohermafrodiții feminini au organe genitale externe de aspect masculin, dar genotip XX; pseudohermafrodiții masculini au testicule și organe genitale externe rudimentare și genotip XY; sexul asignat este cel masculin sau cel feminin, în funcție de morfologia organelor genitale externe.
--	--

a Tulburările intersexuale includ o serie de diferite sindroame care conduc la persoane cu aspecte anatomice sau fiziologice majore ale celuilalt sex.

3. Schizofrenie. Rareori, se întâlnesc deliruri adevărate de a fi de celălalt sex.

F. Evoluție și prognostic

1. La copii. Evoluția este variabilă. Simptomele pot să diminueze spontan sau sub tratament. Prognosticul depinde de vârsta la debut și de intensitatea simptomelor. Tulburarea începe la băieți înaintea vârstei de 4 ani, iar conflictele cu cei de aceeași vârstă încep să apară în jurul vârstei de 7 sau 8 ani. Fetele „băiețoase” (*tomboys*) sunt, în general, mai bine tolerate. Vârsta de debut este, de asemenea, mai mică la fete, dar majoritatea abandonează comportamentul masculin până în adolescență. Mai puțin de 10% din cazurile de la copii merg mai departe, către transsexualism.

2. La adulți. Evoluția tinde să fie cronică.

Transsexualism – după pubertate există suferință legată de propriul sex biologic și de dorința de a elimina propriile caractere sexuale primare și secundare și de a le dobândi pe acelea ale celuilalt sex. Majoritatea transsexualilor au avut tulburare a identității de gen în copilărie; îmbrăcarea în hainele celuilalt sex este frecventă; tulburările mintale asociate sunt frecvente, în special tulburarea de personalitate borderline sau tulburarea depresivă; sinuciderea constituie un risc dar, pe lângă aceasta, persoanele respective își pot mutila organele sexuale pentru a-i forța pe chirurghi să le facă operații de reassignare [schimbare] a sexului.

G. Tratament

1. Copii. Se vor îmbunătăți modelele de rol existente sau, în absența acestora, se va oferi un astfel de model, din familie sau din altă parte (de ex., fratele sau sora mai mare). Cei care îngrijesc copilul vor fi ajutați să încurajeze comportamentul și atitudinile corespunzătoare sexului. Se va trata orice tulburare mintală asociată.

2. Adolescenți. Sunt dificil de tratat, din cauza coexistenței crizelor normale de identitate și a confuziei normale asupra identității de gen. *Acting-out*-urile (trecherile la act) sunt frecvente, iar adolescenții nu au decât rareori o motivație puternică de a-și schimba rolurile lor trans-

gen stereotipe.

3. Adulți

a. Psihoterapie – se stabilește ca scop ajutarea pacienților să se simtă confortabil cu identitatea de gen pe care o doresc; scopul terapiei nu este acela de a crea o persoană cu identitate sexuală convențională. Terapia explorează, de asemenea, intervenția chirurgicală de schimbare a sexului și indicațiile și contraindicațiile procedurilor de acest fel, proceduri pe care pacienții, în suferință și anxietate intense, se decid adeseori în mod impulsiv să le accepte.

b. Intervențiile chirurgicale de reassignare (schimbare) a sexului – sunt definitive și ireversibile. Pacienții trebuie să parcurgă un trial de 3 până la 12 luni de purtare a hainelor celuilalt sex și să primească tratament hormonal. Un procent de 70 până la 80% din bolnavi sunt satisfăcuți de rezultate. Dissatisfacția corelează cu severitatea psihopatologiei preexistente. Se raportează că 2% se sinucid [după reassignarea sexului].

c. Tratamente hormonale – mulți pacienți sunt tratați cu hormoni în loc de intervenție chirurgicală.

III. Parafilii

homosexual, heterosexual, bisexual, care țin seama de alegerea obiectuală și de fanteziile (viața imaginară) ale persoanei respective.

¹ Cifrele respective din ed. 1996 sunt: raport bărbați:femei de la 30:1 până la 6:1; solicită intervenții chirurgicale 1:30.000 bărbați și 1:100.000 femei.

Acestea sunt tulburări care se caracterizează prin impulsuri, fantezii sau practici sexuale care sunt neobișnuite, deviante sau bizare. Sunt mai frecvente la bărbați decât la femei. Cauza este necunoscută. O predispoziție biologică (electroencefalogramă anormală, niveluri hormonale anormale) poate să fie reîntărită de factori psihologici, cum ar fi abuzul în copilărie. Teoria psihanalitică susține că parafilia rezultă dintr-o fixație într-una din fazele psihosexuale ale dezvoltării sau că este un efort de îndepărtare a anxietății de castrare. Teoria învățării susține că actul [parafilic] s-a asociat cu excitația sexuală în copilărie și a dus la învățare condiționată. Activitatea parafilică este adeseori compulsivă. Pacienții se angajează repetat în comportamentul deviant și sunt incapabili să își controleze impulsul respectiv. Atunci când este stresat, anxios, sau depresiv, pacientul are o probabilitate mai mare de a se angaja în comportamentul deviant. Bolnavul poate să se hotărască în repetate rânduri să înceteze comportamentul dar, în general, nu poate să se abțină pentru mult timp, iar trecerea la act (*acting out*-ul) este urmată de intense sentimente de vinovăție [la persoanele cu parafilii compulsivă]. Tehnicile de tratament nu au decât rate moderate de succes și includ psihoterapia orientată către conștientizare, terapia comportamentală și farmacoterapia – singură sau în asociere. Tabelul 10 listează parafiliile frecvente.

TABELUL 10 PARAFILIILE

Tulburarea	Definiție	Considerații generale	Tratament
Exhibiționism	Expunerea organelor genitale în public; este rar la femei.	Persoana vrea să șocheze femeile – reacția acestora este o confirmare pentru pacient că penisul său este intact.	Psihoterapie orientată către conștientizare; condiționare aversivă. Femeile trebuie să încerce să-

			l ignoreze pe bărbatul exhibiționist, care este indecent, dar nepericulos, sau să cheme Poliția.
Fetișism	Excitație sexuală prin obiecte neînsuflețite (de ex., pantofi, păr, articole de îmbrăcăminte).	Aproape întotdeauna la bărbați. Comportamentul este urmat adesea de vinovăție.	Psihoterapie orientată spre conștientizare; condiționare aversivă; implozie (masturbarea cu fetișul până când acesta își pierde efectul excitator – sațiere masturbatorie).
Frotteurism	Frecarea organelor genitale de corpul unei femei pt. realizarea excitației și orgasmului.	Se produce în locuri aglomerate, cum ar fi metroul, de regulă bărbații respectivi sunt persoane pasive, neasertive.	Psihoterapie orientată spre conștientizare; condiționare aversivă; terapie de grup; medicație anti-androgenică.
Pedofilie	Activitate sexuală cu copii sub 13 ani; cea mai frecventă parafilie.	În 95% din cazuri heterosexuală, în 5% homosexuală. Risc ridicat de repetare a comportamentului. Teamă a pacientului față de sexualitatea adultă; stimă de sine scăzută; până la vârsta de 18 ani sunt molestați 10–20% din copii.	Se plasează bolnavul într-o unitate de tratament; terapie de grup; psihoterapie orientată către conștientizare; medicație anti-androgenică, pentru diminuarea pulsionii sexuale.
Masochism sexual	Plăcere sexuală derivată din faptul de a fi abuzat(ă) fizic sau mintal sau de a fi umilit(ă) (masochismul moral).	Defensă împotriva sentimentelor de vinovăție legate de sex – pedeapsă întoarsă spre interior.	Psihoterapie orientată spre conștientizare; condiționare aversivă.
Sadism sexual	Plăcere sexuală ce rezultă din cauzarea de suferințe mintale sau fizice unei alte persoane.	Se întâlnește în special la bărbați. Denumită după marchizul de Sade. Poate să progreseze	Psihoterapie orientată spre conștientizare.

		până la viol ² în unele cazuri.	
Fetișism transvestic	Îmbrăcarea în hainele sexului opus.	Folosit de cele mai multe ori în excitarea heterosexuală. Cel mai frecvent este transvestismul bărbaților în haine de femeie. A nu se confunda cu transsexualismul – dorința de a fi de sex opus.	Psihoterapie orientată spre conștientizare; condiționare aversivă.
Voyeurism	Excitație sexuală prin privirea unor acte sexuale (de ex., còit sau o persoană dezbrăcată). Poate să apară la femei, dar este mai frecvent la bărbați. O variantă este ascultarea de conversații erotice, de ex., sexul telefonic ¹ .	De obicei, în cursul activității voyeuriste bolnavul se masturbează. De obicei sunt reținuți pentru că umblă prin locuri în care nu ar avea ce să caute (<i>loitering</i>) sau pentru „tras cu ochiul” (<i>peeping-tomism</i> , plaje de nudiști etc).	Psihoterapie orientată spre conștientizare; condiționare aversivă.
Alte parafilii			
Parafilii excretorii	Defecarea (coprofilie) sau urinarea (urofilie) pe partener sau invers.	Fixare în stadiul anal de dezvoltare; de asemenea, klismafilie.	Modificare comportamentală; psihoterapie orientată spre conștientizare.
Zoofilie	Sex cu animale.	Mai frecventă în zonele rurale; poate fi oportunistică.	Modificare comportamentală; psihoterapie orientată către conștientizare ³ .

¹ De asemenea, scatofilia telefonică este adresarea de telefoane obscene unor persoane de sex feminin, la întâmplare sau cu țintă bine determinată (adesea și în scop de hărțuire). În principiu, scatofilia telefonică nu are statut de tulburare psihiatrică decât atunci când se datorează unui mecanism de tulburare a controlului impulsurilor.

² Sau crimă.

³ În măsura în care pacientul este apt de o astfel de psihoterapie.

3. Tulburări de control al impulsurilor: cleptomania, jocul patologic de noroc, piromania, tricotilomania.

I. Tulburări de control al impulsurilor

A. Definiție. Pacienții cu tulburări ale controlului impulsurilor nu rezistă impulsurilor, pulsuniilor sau ademenirilor (*enticements*) de a face ceva dăunător pentru ei sau alții. Bolnavii pot sau nu să încerce să reziste conștient impulsurilor și pot sau nu să își plănuiască comportamentele respective. Înaintea actului pacienții simt tensiune sau excitație crescândă; după act trăiesc simțăminte de plăcere, satisfacție sau libertate și pot sau nu să simtă remușcări, vinovăție sau reproșuri față de sine, sincere. Cele șase categorii DSM-IV-TR sunt următoarele:

1. Tulburare explozivă intermitentă – episoade de agresivitate care rezultă în răul altora.

2. Cleptomania – repetate *shoplifting*-uri¹ sau furturi.

3. Jocul patologic de noroc – episoade repetate de joc de noroc care rezultă în disrupție economică, îndatorare și activități ilegale.

4. Piromania – incendierea deliberată.

5. Tricotilomania – zmulgerea compulsivă a firelor de păr, care produce zone depilate (alopecia areata).

6. Tulburare de control al impulsurilor nespecificată în alt mod (NAM) – categorie reziduală. Exemple: cumpărăturile compulsive, adicția la Internet, comportamentul sexual compulsiv.

B. Diagnostic, semne și simptome. Vezi Tabelele de la 17-1 până la 17-5. **C. Epidemiologie**

1. În cadrul tulburării explozive intermitente, jocului patologic de noroc și piromaniei, numărul bărbaților afectați îl depășește pe cel al femeilor.

2. În kleptomanie și tricotilomanie, femeile sunt afectate mai frecvent decât bărbații.

3. Jocul patologic de noroc afectează 1-3% din populația adultă a Statelor Unite ale Americii.

D. Etiologie. De regulă este necunoscută. Unele tulburări (de ex., tulburarea explozivă intermitentă) pot să se însoțească de rezultate EEG anormale, dominanță cerebrală mixtă sau semne neurologice soft (minore). Alcoolul reduce capacitatea bolnavului de a-și controla impulsurile (dezinhibiție).

E. Psihodinamică. Trecerea la act față de impuls, legată de nevoia de exprimare a pulsuniilor sexuale sau agresive. Jocul de noroc se asociază frecvent cu depresie subiacentă și reprezintă nevoia inconștientă de a pierde și de a resimți pedeapsă.

F. Diagnostic diferențial. Vezi Tabelul 17-6.

1. Epilepsia temporală. Prezența unor focare de anomalii EEG caracteristice în lobul temporal explică izbucnirile agresive, kleptomania sau piromania.

2. Traumatismele craniene. Tehnicile de imagistică cerebrală evidențiază semnele reziduale (sechelele) posttraumatice.

3. Tulburare bipolară I. Jocul de noroc poate să constituie un element asociat în episoadele maniacale.

4. Tulburare legată de substanțe. Istoricul de uz de droguri sau alcool ori rezultatul pozitiv la un screen pentru droguri pot să sugereze legătura cu drogurile sau alcoolul a comportamentului respectiv.

5. Condiție medicală. Se exclud tulburările organice, tumorile cerebrale, bolile degenerative și tulburările endocrine, pe baza constatărilor caracteristice pentru fiecare dintre acestea.

6. Schizofrenie. Există deliruri și halucinații care explică *acting out*-ul impulsurilor.

TABELUL 17-1

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU TULBURARE EXPLOZIVĂ INTERMITENTĂ

A. Câteva episoade distincte de incapacitate de a rezista impulsurilor agresive, rezultând în acte agresive serioase sau în distrugere de proprietate [bunuri].

B. Gradul de agresivitate exprimat în cursul episoadelor este mult disproporționat față de orice stresori psihosociali precipitanți.

C. Episoadele agresive nu pot fi explicate mai bine de o altă tulburare mintală (de ex., tulburare de personalitate antisocială, tulburare de personalitate borderline, tulburare psihotică, episod maniacal, tulburare de conduită sau tulburare prin deficit atențional/hiperactivitate) și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiții medicale generale (de ex., traumatism cerebral, boală Alzheimer).

Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

TABELUL 17-2

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU CLEPTOMANIE

A. Incapacitate recurentă de a rezista impulsurilor de a fura obiecte care nu sunt necesare pentru uzul personal sau pentru valoarea lor bănească.

B. Senzație crescândă de tensiune imediat înainte de comiterea furtului.

C. Plăcere, gratificare sau ușurare la comiterea furtului.

D. Furtul nu este comis pentru a exprima mânie sau răzbunare și nu este un răspuns la un delir sau o halucinație.

E. Furtul nu este explicat mai bine de o tulburare de conduită, un episod maniacal sau tulburarea de personalitate antisocială. Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

¹ Furturi din magazine (cu autoservire sau în care mărfurile sunt expuse la îndemâna cumpărătorilor).

TABELUL 17-3

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU PIROMANIE

A. Punerea de foc deliberată și intenționată, în mai mult de o singură ocazie.

B. Tensiune sau hiperactivare (*arousal*) afectivă înaintea actului.

C. Fascinație cu, interes în, curiozitate despre, sau atracție față de foc și de contextele situaționale ale focului (de ex., accesorii, utilizări, consecințe).

D. Plăcere, gratificare sau ușurare la punerea focurilor sau la asistarea sau participarea la urmări.

E. Punerea focului nu este făcută pentru câștig bănesc, ca o expresie a ideologiei social-politice, pentru a ascunde activitate criminală, pentru a exprima mânie sau răzbunare, pentru a-și îmbunătăți condițiile de locuit, ca răspuns la un delir sau halucinație sau ca rezultat al judecății alterate (de ex., în demență, retardarea mintală, intoxicația cu substanțe).

F. Punerea focului nu este explicată mai bine de o tulburare de conduită, de un episod maniacal sau de tulburarea de personalitate antisocială.

Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

G. Evoluție și prognostic. Vezi Tabelul 16-6. De obicei evoluția este cronică pentru toate tulburările de control al impulsurilor.

H. Tratament

1. Tulburarea explozivă intermitentă. Asociere de farmacoterapie și psihoterapie. Înainte de obținerea rezultatului poate fi necesară încercarea de diferite medicații (de ex., antagoniști ai receptorilor β-adrenergici, anticonvulsivante (carbamazepină – Tegretol, litium – Eskalith). Pot să fie utile medicamentele serotonergice, cum ar fi buspironul (BuSpar), trazodonul (Desyrel) și SSRI (de ex., fluoxetina – Prozac). Benzodiazepinele pot să agraveze această condiție prin dezinhibiție. Alte măsuri includ psihoterapia suportivă, fixarea de limite și terapia familială dacă pacientul este un copil sau adolescent. Terapia de grup trebuie folosită cu prudență dacă bolnavul ar putea ataca alți membri ai grupului.

2. Kleptomania. Psihoterapie orientată către conștientizare pentru a înțelege motivația (de ex., vinovăție, nevoia de a fi pedepsit) și pentru a controla impulsurile. Terapie

comportamentală pentru a învăța paternuri noi de comportament. SSRI, traciclicele, trazodonul, litiul și valproatul (Depacon) pot fi eficiente la unii pacienți.

3. Jocul patologic de noroc. Psihoterapie orientată către conștientizare asociată cu grupuri de suport formate din pacienți, în special Jucătorii Anonimi (GA, *Gamblers Anonymous*). Scopul trebuie să fie abținerea totală. Se tratează asocierile – depresie, manie, abuz de substanțe sau disfuncție sexuală. Poate să fie utilă terapia familială.

4. Piromania. Terapie orientată spre conștientizare, terapie comportamentală. Pacienții necesită supervizare atentă din cauza comportamentului repetitiv de incendiere și a pericolului consecutiv pentru alții. Poate să fie necesară o unitate cu paturi, un spital de noapte sau un alt cadru terapeutic structurat.

5. Tricotilomania. Psihoterapia suportivă sau cea orientată către conștientizare sunt utile, dar poate să fie necesară, de asemenea, și medicație: benzodiazepine pentru bolnavii cu nivel ridicat al anxietății; medicamente antidepresive, în special agenți serotoninergici (de ex., SSRI, clomipramină – Anafranil), pentru bolnavii cu sau fără dispoziție depresivă. În unele cazuri, se vor lua în considerare hipnoza și biofeedback-ul.

TABELUL 17-4

CRITERIILE DE DAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU JOC PATOLOGIC DE NOROC

A. Joc de noroc maladaptativ persistent și recurent, indicat de cinci (sau mai multe) din următoarele:

(1) este preocupat cu jocurile de noroc (de ex., preocupat cu retrăirea experiențelor trecute de joc, scheme de handicapuri sau plănuirea următoarei „sesiuni“, sau se gândește la modurile de a obține bani pentru a juca);

(2) trebuie să joace sume de bani din ce în ce mai mari pentru a realiza excitația dorită;

(3) a făcut repetat eforturi lipsite de succes de a controla, reduce sau înceta să mai joace;

(4) este neliniștit sau iritabil atunci când încearcă să reducă sau să înceteze să mai joace;

(5) jocul este un mod de a se îndepărta de probleme sau de a înlătura o dispoziție disforică (de ex., simțăminte de neajutorare, vinovăție, anxietate, depresie);

(6) după ce pierde bani la joc, adeseori se întoarce a doua zi ca să își ia revanșa (își „hăituiește” pierderile);

(7) îi minte pe membrii de familie, terapeut, pe alții pentru a ascunde gradul de implicare cu jocurile de noroc;

(8) a comis acte ilegale, cum ar fi falsuri, fraude, furt sau delapidare, pentru a avea bani de joc;

(9) a periclitat sau pierdut o relație semnificativă, slujbă, sau oportunitate educațională sau din carieră din cauza jocurilor de noroc;

(10) se bazează pe alții care să-i dea banii cu care să iasă dintr-o situație financiară disperată cauzată de joc.

B. Comportamentul de joc nu este explicat mai bine de un episod maniacal.

Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu

permisiune.

¹ Ca un vânător; s-ar mai putea spune „nu lasă pierderea să se răcească“.

TABELUL 17-6

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL, EVOLUȚIA ȘI PROGNOSTICUL TULBURĂRILOR DE CONTROL AL IMPULSURILOR

Tulburarea	Diagnosticul diferențial	Evoluție și prognostic
Tulburare explozivă intermitentă	Delirium, demență Modificare a personalității datorată unei condiții medicale generale, tip agresiv Intoxicație sau sevraj cu substanță Tulburare opozițională sfidătoare, tulburare de conduită, tulburare antisocială, episod maniacal, schizofrenie Comportament intenționat; simulare Epilepsie de lob temporal	Poate crește ca severitate cu timpul.
Kleptomanie	Furt obișnuit Simulare Tulburare antisocială de personalitate, tulburare de conduită Episod maniacal Deliruri, halucinații (de ex., schizofrenie) Demență Epilepsie temporală	Frecvente arestări pentru furt din magazine
Piromanie	Incendierea intenționată: profit, sabotaj, răzbunare, mesaj politic Experimentări în copilărie Tulburare de conduită Episod maniacal Tulburare de personalitate antisocială Deliruri, halucinații (de ex., schizofrenie) Demență Retardare mintală Intoxicație cu substanță Epilepsie temporală	Adesea produce cu timpul focuri din ce în ce mai mari.
Joc patologic de noroc	Joc de noroc social sau profesionist Episod maniacal Tulburare antisocială de	Progresivă, cu pierderi financiare crescânde; emite cecuri fără acoperire;

	personalitate	deteriorare totală.
Tricotilomanie	Alopecia areata, chelia cu patern masculin, lupusul eritematos cronic discoid, lichenul planopilar sau alte cauze de alopecie Tulburare obsesiv-compulsivă Tulburare a mișcărilor stereotipe Delir, halucinație Tulburare factice	Remisiuni și exacerbări.

4. Tulburările alimentare și obezitatea: anorexia nervoasă și bulimia.

Tulburările alimentare și obezitatea

I. Introducere generală

Tulburări caracterizate prin perturbarea marcată a comportamentului alimentar. Cele două tulburări majore ale alimentației [ale „mâncatului” – *eating*] sunt anorexia nervoasă și bulimia nervoasă. În acest capitol este inclusă și obezitatea, dar aceasta nu constituie o categorie diagnostică DSM-IV-TR.

II. Anorexia nervoasă

A. Definiție. Condiție severă și potențial letală, caracterizată prin imagine corporală perturbată și limitări dietetice drastice, auto-impuse, care duc de regulă la malnutriție severă. Mortalitatea este de 5–18% din pacienți.

B. Diagnostic, semne și simptome. Există două tipuri: tipul restrictiv (fără accese hiperfagice compulsive – *binge eating*) și tipul cu accese hiperfagice compulsive și/sau purgație (Tabelul 15-1).

C. Epidemiologie

1. Prevalența pe viață la femei este de 0,5–3,7%.

2. Debut are loc de obicei între vârstele de 10 și 30 ani; se asociază adesea cu un eveniment de viață stresant.

3. Raportul bărbați:femei este de 1:10 până la 1:20.

4. Apare cel mai frecvent la categoriile de persoane cu ocupații care necesită o siluetă zveltă (de ex., prezentare de modă, balet) și în țările dezvoltate.

D. Etiologie

1. Biologică. Rate de concordanță mai mari la gemenii monoziagoți (MZ) decât la dizigoți (DZ). S-a constatat incidență familială crescută a depresiei, dependenței de alcool sau tulburărilor alimentare. Există unele dovezi de frecvență crescută a anorexiei nervoase la surori și rată de concordanță mai mare la gemenii MZ decât la DZ. Din punct de vedere neurobiologic, reducere a 3-metoxi-4-hidroxifenilglicolului (MHPG) în urină și în LCR, sugerând reducerea turnover-ului și activității noradrenalinei. Activitatea opioizilor endogeni este scăzută, ca o consecință a inaniției. Într-un studiu prin tomografie cu emisie de pozitroni (PET), metabolismul în nucleul caudat a fost mai ridicat în starea anorectică decât după câștigul în greutate. Rezonanța magnetică nucleară (RMN) poate să evidențieze deficite volumice ale substanței cenușii în cursul bolii, care pot să persiste după recuperare. Predispoziția genetică poate să constituie un factor.

2. Psihologică. Pare să fie o reacție față de exigențele de independență și de funcționare socială sau sexuală din adolescență.

3. Socială. Accentul pe care îl pune societatea pe „subțirime” [*thinness*, „siluetă”, faptul de a nu fi gras], pe exercițiile fizice. Pacienta poate să aibă o relație strânsă, dar perturbată, cu părinții.

E. Psihodinamică

1. Pacientele sunt incapabile să se separe psihologic de mamele lor. **2.** Frică de sarcină.

3. Pulsioni sexuale sau agresive reprimite.

F. Diagnostic diferențial

1. Condiții medicale și tulburări prin uz de substanțe. Pierderea în greutate poate fi explicată prin boli medicale (de ex., cancer, tumoare cerebrală, tulburări gastro-intestinale, abuz de droguri).

2. Tulburare depresivă. Bolnavul are apetit scăzut; pacienta cu anorexie nervoasă afirmă că are apetit normal și că se simte flămândă (pierderea apetitului nu apare decât târziu pe parcursul bolii). În depresie nu există preocupare cu conținutul caloric al hranei, nu există teamă intensă de obezitate și nici perturbare a imaginii corporale. Comorbiditatea cu depresia majoră sau distimia s-a constatat la 50% din pacientele cu anorexie nervoasă.

3. Tulburare de somatizare. Pierderea în greutate nu este atât de severă; nu există frica patologică de a deveni supraponderală; amenoreea este neobișnuită.

4. Bulimia nervoasă. Pierderea în greutate a pacientei este rareori mai mare de 15%. Bulimia nervoasă apare la 30–50% din pacientele cu anorexie nervoasă în decurs de doi ani după debutul anorexiei.

G. Evoluție și prognostic. Din totalul pacientelor, 40% recuperează, 30% se ameliorează, restul de 30% sunt cazuri cronice. **H. Tratament.** Se poate desfășura ambulator sau într-o unitate pediatrică, medicală sau psihiatrică cu paturi, în funcție de gradul de pierdere în greutate și de starea somatică. Unitatea psihiatrică este indicată, dacă starea somatică permite, în cazurile cu depresie, cu risc crescut de sinucidere sau cu criză familială. Tratamentul intraspitalicesc al înfometării permite (1) asigurarea câștigului în greutate și (2) monitorizarea și tratamentul efectelor cu potențial vital ale înfometării (și tratamentul complicațiilor metabolice ale bulimiei nervoase, dacă aceasta este prezentă). Se stabilește o greutate dorită și se alcătuiește o strategie de atingere a acesteia, incluzând mese supravegheate, suplimente alimentare și alimentarea pe sondă nazo-gastrică pentru pacientele necooperante.

1. Farmacologic. Pacientele cu anorexie nervoasă se opun adesea medicației și nici un medicament nu are eficacitate dovedită. Antidepresivele se pot încearca dacă există o tulburare depresivă majoră coexistentă. Pot să fie utili agenții serotoninergici (de ex., 40 mg de fluoxetină – Prozac pe zi). Pe lângă acestea, creșterea în greutate este un efect secundar al ciproheptadinei (Periactin).

2. Psihologic. Tratamentul psihosocial și terapia de grup au rol educațional, suportiv și inspirațional. Psihoterapia psihodinamică individuală este, în general, ineficientă. Are valoare terapia cognitiv-comportamentală care încearcă să schimbe atitudinile și habiturile cu privire la alimente, la alimentare și la imaginea corporală. Terapia familială este utilă pentru problemele relaționale și poate să ajute la reducerea simptomelor.

III. Bulimia nervoasă

A. Definiție. Ingerarea episodică, necontrolată, compulsivă și rapidă a unor mari cantități de alimente într-o perioadă scurtă de timp (*binge* alimentar), urmată de vărsături auto-induse, laxative sau diuretice, de perioade de încetarea a alimentării (*fasting*) sau de exerciții fizice intense, pentru a preîntâmpina creșterea în greutate (*binge and purge*, aprox. „îndopare și golire”).

B. Diagnostic, semne și simptome. Vezi Tabelul 15-2.

C. Epidemiologie

1. Prevalența pe întreaga durată a vieții la femei este de 1–4%. **2.** Vârsta la debut este de

obicei de la 16 până la 18 ani.

3. Raport bărbați:femei 1:10.

D. Etiologie

1. Biologică. Studiile metabolice indică activitate și turnover reduse ale noradrenalinei și serotoninei. Nivelurile plasmatiche ale endorfinelor sunt crescute la unele paciente cu bulimie nervoasă care practică vărsăturile, fapt care poate să reîntărească acest comportament. Multe bolnave sunt depresive; frecvență crescută a istoricului familial de depresie și obezitate.

2. Socială. Reflectă valoarea pe care societate o conferă faptului de a fi „zveltă”. Paciente tend să fie perfecționiste și orientate către realizare. Discordia, rejecția și neglijarea familială sunt mai frecvente ca în anorexia nervoasă. Multe paciente sunt depresive; există o frecvență mai mare a istoricului familial de depresie și obezitate.

3. Psihologică. Bolnavele au dificultăți cu exigențele adolescenței, dar bolnavele cu bulimie nervoasă sunt mai extroverte, mânioase și impulsive decât cele cu anorexie nervoasă. Pot să se teamă de părăsirea familiei (la terminarea școlarizării). Simptomele anxioase și depresive sunt frecvente; există risc de sinucidere. Poate să existe abuz de alcool și aproximativ o treime din bolnave fură alimente din magazine (*shoplifting*).

E. Psihodinamică

1. Lupta pentru separarea de figura maternă este „jucată” în planul ambivalenței față de alimente. **2.** Fanteziile sexuale și agresive sunt inacceptabile și sunt „exgurgitate” simbolic.

TABELUL 15-1

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU ANOREXIE NERVOASĂ

A. Refuzul de a păstra greutatea corporală la sau deasupra unui nivel minim normal pentru vârstă și înălțime (de ex., pierdere în greutate care duce la menținerea unei greutăți mai mici de 85% din cea expectată; sau nerealizarea câștigului în greutate expectat în perioada de creștere, ducând la o greutate a corpului mai mică de 85% din cea expectată).

B. Frică intensă de câștigul în greutate sau de a deveni gras(ă), deși este subponderal(ă).

C. Perturbare a modului în care este percepută greutatea sau forma (silueta) corpului, influență exagerată a greutății sau siluetei corpului asupra auto-evaluării, sau negarea gravității greutății curente scăzute.

D. La femeile post-menarhă, amenoree – absența a cel puțin trei cicluri menstruale consecutive. Se consideră că o femeie are amenoree și dacă ciclurile ei nu au loc decât după administrarea de hormoni, de ex., un estrogen.

Specificați tipul:

Tip restrictiv: pe parcursul episodului curent de anorexie nervoasă persoana nu s-a angajat regulat în comportament *binge* sau de evacuare forțată (vărsături auto-induse sau automedicație cu laxative sau diuretice, clisme).

Tip binge/evacuare forțată: pe parcursul episodului curent de anorexie nervoasă persoana s-a angajat regulat în comportament *binge* sau de evacuare forțată (vărsături auto-induse sau automedicație cu laxative sau diuretice, clisme).

Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

TABELUL 15-2

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-IV-TR PENTRU BULIMIE NERVOASĂ

A. Episoade recurente de alimentare în *binge*. Un episod de *binge* se caracterizează prin ambele din următoarele:

(1) consumarea, într-o perioadă definită de timp (de ex., într-o perioadă de 2 ore) a unei cantități de alimente care este clar mai mare decât ceea ce ar mânca majoritatea oamenilor într-o perioadă de timp asemănătoare și în circumstanțe similare.

(2) senzația de lipsă de control asupra mâncatului în cursul episodului (de ex., simțământul că nu se poate opri din mâncat sau că nu poate controla ce sau cât mănâncă).

B. Comportament compensator recurent inadecvat, pentru a preîntâmpina creșterea în greutate, cum ar fi vărsăturile auto-induse; abuzul de laxative, diuretice sau alte medicamente, clisme; încetarea alimentării („post”); sau exercițiu fizic excesiv.

C. Alimentarea în *binge* și comportamentul compensator inadecvat se manifestă, ambele, în medie de cel puțin 2 ori pe săptămână, timp de 3 luni.

D. Evaluarea de sine este excesiv influențată de forma (aspectul) și greutatea corpului. E. Tulburarea nu apare doar în cursul episoadelor de anorexie nervoasă.

Specificați tipul:

Tip evacuator (*purging*): în cursul episodului curent de bulimie nervoasă persoana s-a angajat cu regularitate în auto-inducerea de vărsături sau în abuzul de laxative, diuretice sau clisme.

Tip neevacuator: În cursul episodului curent de bulimie nervoasă persoana a folosit alte comportamente compensatorii inadecvate, cum ar fi postul (nealimentarea) sau exercițiul fizic excesiv, dar nu s-a angajat regulat în auto-inducerea de vărsături sau în abuzul de laxative, diuretice sau clisme.

Din: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, Copyright 2000, cu permisiune.

F. Diagnostic diferențial

1. Boală neurologică. Echivalențe epileptice, tumori ale sistemului nervos central, sindrom Klüver-Bucy, sindrom Kleine-Levin.

2. Tulburare de personalitate borderline. Pacienții pot, uneori, să mănânce în *binge*, dar mâncatul de acest fel se asociază și cu alte semne ale tulburării [de presonalitate].

3. Tulburare depresivă majoră. Rareori, bolnavii pot să aibă atitudini ciudate sau practici idiosincratice legate de alimente.

G. Evoluție și prognostic. Evoluția este, de regulă, cronică, dar nu debilitantă, dacă nu se complică cu dezechilibru hidroelectrolitic și alcaloză metabolică. Recuperarea sub tratament este de 60%; totuși, rata recăderilor poate să se apropie de 50% într-o perioadă de 5 ani.

H. Tratament

1. Spitalizarea. Dezechilibrul electrolitic, alcaloza metabolică și riscul de sinucidere pot să necesite spitalizare. Trebuie acordată mare atenție complicațiilor somatice ale bulimiei, care pot să pună viața în pericol.

2. Farmacologic. Antidepresivele par mai benefice decât în anorexia nervoasă. Imipramina (Tofranil), desipramina (Norpramin), trazodonul (Desyrel) și inhibitorii de monoaminooxidază (IMAO) (de ex., fenelzina – Nardil) au redus simptomele în cursul studiilor. Potrivit raportărilor, fluoxetina (Prozac) este, de asemenea, benefică în privința descreșterii mâncatului în *binge* și a episoadelor ulterioare de evacuare forțată.

3. Psihologic. Lipsa de control asupra mâncatului motivează, de regulă, dorința de tratament; terapia poate să includă psihoterapie individuală, terapie cognitiv-comportamentală și psihoterapie de grup. Terapia trebuie să se adreseze normalizării obiceiurilor alimentare, a atitudinilor față de alimente și atingerii unei greutate corporale ideale.

IV. Obezitatea

A. Definiție. Obezitatea este o condiție caracterizată prin acumularea excesivă de grăsime în corp.

B. Diagnostic. Prin convenție, se spune că obezitatea este prezentă atunci când greutatea corpului depășește cu 20% greutatea standard din tabelele uzuale ale valorilor greutății în funcție de înălțime.

O altă măsură, mai precisă, a obezității este cantitatea de grăsime din corp sau indexul masei corpului (*body mass index*, BMI). În general, un BMI sănătos se situează între 20 și 25.

C. Epidemiologie

1. Peste o jumătate din locuitorii Statelor Unite sunt obezi.

2. Obezitatea este de șase ori mai frecventă la femeile cu statut socio-economic mai scăzut decât la femeile cu statut socio-economic mai ridicat.

D. Etiologie

1. Biologică. Una din teorii este că, după consumul de alimente, ar putea exista o perturbare a semnalului metabolic către receptorii din hipotalamus, astfel că senzația de foame persistă iar persoana continuă să mănânce.

O altă teorie este că leptinul, un hormon produs de celulele lipidice, acționează ca un termostat al grăsimii. Atunci când nivelul sanguin al leptinului este scăzut, se consumă mai multă grăsime; atunci când nivelul este ridicat, se consumă mai puțină grăsime. Sunt necesare cercetări în continuare. Dovezile existente sugerează că SNC, în special ariile hipotalamice laterale și ventro-mediale, ajustează aportul de alimente ca răspuns la modificarea nevoilor de energie, astfel încât să mențină depozitele de grăsime la un nivel de bază, determinat de o anumită valoare specifică predeterminată. Această valoare diferă de la o persoană la alta și depinde de înălțime și de conformația corpului.

2. Genetică. În jur de 80% din pacienții care sunt obezi au istoric familial de obezitate. Gemenii identici crescuți separat sunt, ambii, obezi, observație care sugerează un rol al eredității. Până în prezent nu a fost identificat un marker genetic specific al obezității.

3. Psihologică. Nici o boală mintală specifică nu se asociază cu obezitatea. În general, stresul produce hiperfagie. Persoanele obeze trebuie să facă față prejudiciilor îndreptate împotriva lor într-o societate care supralăude tinerețea și

silueta zveltă¹.

E. Psihodinamică. Nevoile intense de dependență induc mâncatul exagerat, ca o compensare. Pentru unele persoane care nu au fost ocrotite ca și copii, alimentul este egal cu afecțiunea și gratifică nevoile generale. Unele persoane evită stimulii sexuali exteriori devenind obeze și mai puțin atrăgătoare sexual pentru alții.

F. Diagnostic diferențial. Obezitatea se asociază cu o serie de diferite tulburări clinice. Boala Cushing se asociază cu o distribuție caracteristică a îngrășării (trunculară²). Mixedemul se asociază cu creștere în greutate, dar nu constant. Alte tulburări neuroendocrine cu obezitate includ sindromul adipozo-genital (sindromul Fröhlich), care se caracterizează prin obezitate și anormalități sexuale și ale scheletului. Utilizarea prelungită a agonistilor serotoninergici în tratamentul depresiei se poate asocia cu creștere în greutate. Unele antipsihotice (în special medicamentele atipice) sunt cunoscute pentru faptul că produc obezitate.

G. Evoluție și prognostic. Obezitatea are efecte adverse asupra sănătății și se asociază cu o gamă largă de boli (Tabelul 15- 3). Indiferent dacă sunt sau nu fumători, bărbații obezi au rate de mortalitate mai ridicate decât bărbații cu greutate normală pentru cancerul de colon, rectal și de prostată. În comparație cu femeile cu greutate normală, femeile obeze au rate mai mari ale mortalității prin cancer de vezică biliară, căi biliare, sân (post-menopauză), uter (incluzând colul uterin și endometrul) și ovar.

Obezitatea se asociază cu mortalitate generală mai precoce.

Prognosticul reducerii greutății este nefavorabil, iar evoluția obezității tinde către progrese inexorabile. Dintre bolnavii care își scad semnificativ greutatea, 90% revin la greutatea inițială excesivă.

H. Tratament

1. Dieta. În general, cea mai bună metodă de scădere a greutății este o dietă echilibrată, cu 1.100 până la 1.200 de calorii. O astfel de dietă poate fi urmată pe perioade de timp îndelungate, dar ea trebuie suplimentată cu vitamine, în special cu fier, acid folic, zinc și vitamina B6. Postul total se folosește pentru scăderea în greutate într-un timp scurt, dar morbiditatea asociată include hipotensiune ortostatică, natriureză și perturbarea balanței azotului.

2. Exercițiul fizic. La persoanele anterior sedentare, creșterea activității fizice poate să

producă descreșterea aportului alimentar. Asocierea dintre cheltuirea crescută a caloriilor și aportul scăzut de alimente face ca activitatea fizică să constituie o componentă foarte eficientă a oricărui program de reducere a greutateii. Exercițiile fizice ajută și la menținerea scăderii în greutate.

3. Farmacoterapia. În tratamentul obezității se folosesc diferite medicamente, unele fiind mai eficiente decât celelalte. Tabelul 15–4 listează medicamentele disponibile curent. Se poate folosi o perioadă inițială de trial, de 4 săptămâni, cu un anumit medicament specific; dacă pacientul răspunde printr-o scădere a greutateii, medicamentul se poate continua, pentru a se vedea dacă apare toleranță. Dacă medicamentul rămâne eficient, se continuă prescrierea lui până la atingerea greutateii dorite. Unele medicamente (de ex., sibutramina – Meridia, orlistatul – Xenical) se folosesc și pentru menținerea unei greutatei sănătoase.

4. Intervențiile chirurgicale. *Bypass*-ul gastric este o procedură de reducere a dimensiunilor stomacului prin secționarea sau sutura uneia din curburi. În *gastroplastie* se reduce mărimea stomei gastrice, astfel încât pasajul alimentelor să se încetinească. Rezultatele sunt bune, cu toate că pot să apară vărsături, dezechilibre hidro–electrolitice și obstruări.

5. Psihoterapia. Modificarea comportamentală este metoda psihoterapeutică cu cele mai bune rezultate. Pacienții sunt învățați să recunoască elementele (*cues*) care îi fac să mănânce și să-și dezvolte alte paternuri de comportament alimentar.

Terapia de grup ajută la menținerea motivației, promovează identificarea în rândul membrilor care au scăzut în greutate și educă în legătură cu nutriția. În general, psihoterapia orientată către conștientizare nu s-a dovedit utilă.

TABELUL 15–3

TULBURĂRI ALE SĂNĂTĂȚII CAUZATE SAU AGRAVATE DE OBEZITATE

Cord

Cardiopatie ischemică prematură Hipertrofia ventriculului stâng Angor pectoris

Moartea subită (aritmie ventriculară) Insuficiență cardiacă congestivă

Sistem vascular

Hipertensiune arterială

Tulburare cerebro–vasculară (infarct sau hemoragie cerebrală)

Stază venoasă (cu edem al membrelor inferioare, varicozități venoase)

Sistem respirator

Apnee hipnică obstructivă

¹ În limba engleză, termenii uzuali legați de modificările greutateii sunt „câștig” și „pierdere”; termenii neutri – „creștere” și „scădere” – nu se folosesc.

² „Portocală pe scobitori”; în engleza americană: „adipozitate de bizon”.

Sindrom Pickwick (hipoventilație alveolară)

Policitemie secundară

Hipertrofia ventriculului drept (conducând uneori la insuficiență)

Sistem hepato–biliar

Litiază biliară și colecistită

Steatoză hepatică

Funcții hormonale și metabolice

Diabet zaharat (insulino–independent)

Gută (hiperuricemie)

Hiperlipidemii (hipertrigliceridemie și hipercolesterolemie)

Rinichi

Proteinurie și, în obezitatea foarte gravă, nefroză

Tromboză a venei renale

Articulații, mușchi și țesut conjunctiv

Osteoartrită a genunchilor

Pinteni osoși calcaneeni

Osteoartroză a coloanei vertebrale (la femei) Agravarea viciilor posturale preexistente

Neoplazii

La femei: risc crescut de cancer al endometrului, sânului, cervixului, ovarului, vezicii biliare și căilor biliare

La bărbați: risc crescut de cancer al colonului, rectului și prostatei.

Din Van Itallie TB. Obesity: adverse effects on health and longevity. *Am J Clin Nutr* 1979; 32:2723, cu permisiune.

5. Tulburări de somn: disomniile, parasomniile.

I. Introducere generală

În jur de o treime din adulții din Statele Unite au o tulburare de somn pe parcursul vieții. Mai mult de jumătate nu solicită tratament pentru problemele cu somnul. Insomnia este cea mai frecventă din numeroasele tipuri de tulburări ale somnului. Perturbarea somnului poate să fie o componentă a altor tulburări medicale sau psihiatrice sau poate să fie un diagnostic primar de sine stătător. Diagnosticul atent și tratamentul specific sunt esențiale. Tulburările de somn pot să aibă consecințe grave, incluzând accidente letale datorate somnolenței. Sexul feminin, vârsta înaintată, tulburările medicale și mintale și abuzul de substanțe se asociază cu prevalența crescută a tulburărilor de somn.

În DSM-IV-TR tulburările de somn se clasifică în funcție de criterii diagnostice clinice și în funcție de etiologia presupusă. Cele trei categorii majore sunt (1) tulburările de somn primare, (2) tulburările de somn legate de o altă tulburare mintală și (3) alte tulburări de somn (datorate unei condiții medicale generale și induse de substanțe).

A. Stadiile somnului. Somnul se investighează cu ajutorul polisomnografului, care măsoară simultan activitatea cerebrală (electroencefalograma – EEG), mișcările oculare (electrooculograma) și tonusul muscular (electromiograma). În cursul somnului se pot aplica și alte teste fiziologice, care se măsoară în paralel cu cele de mai sus. Datele EEG se folosesc pentru a descrie stadiile somnului.

O persoană obișnuită are nevoie de 15–20 de minute pentru a adormi. În cursul următoarelor 45 de minute, ea coboară în stadiile de somn III și IV (somnul cel mai profund, stimulul cel mai intens necesar pentru trezire). La aproximativ 45 de minute după stadiul IV se atinge prima perioadă de mișcări oculare rapide (REM) (latența medie a somnului REM este de 90 de minute). Pe măsura trecerii nopții, fiecare perioadă REM devine mai lungă iar stadiile III și IV dispar. Cu cât se apropie sfârșitul nopții, cu atât persoana doarme mai puțin profund și visează (somn REM).

B. Caracteristicile somnului REM

1. Inhibiție tonică a tonusului mușchilor scheletali.
2. Reducerea conducerii în funcție de hipercapnie a respirației.
3. Relativă poikilotermie (capacitate mai redusă de menținere a temperaturii constante a corpului).
4. Tumescență peniană sau lubrifiere vaginală.

C. Somnul și înaintarea în vârstă

1. Rapoartele subiective ale vârstnicilor
 - a. Timpul de ședere în pat crește.
 - b. Numărul de treziri nocturne crește.
 - c. Timpul total de somn nocturn descrește.
 - d. Timpul necesar pentru a adormi crește.
 - e. Insatisfacție cu somnul.
 - f. Oboseală și somnolență în cursul zilei.
 - g. Somn diurn¹ mai frecvent.
2. Dovezi obiective de modificare cu vârsta a ciclului de somn
 - a. Reducerea totalului somnului

REM.

b. Reducerea stadiilor III și IV.

c. Treziri frecvente.

d. Reducerea duratei somnului nocturn.

e. Nevoia de scurte perioade de somn diurne. f. Tendința la avansul fazei hipnice.

3. Unele tulburări de somn sunt mai frecvente la vârstnici

a. Mioclonus nocturn.

b. Sindromul picioarelor neliniștite.

c. Perturbare a comportamentului în cursul somnului REM. d. Apnee hipnică.

e. *Sundowning* (confuzie vesperală datorată sedării).

4. Medicația și tulburările medicale contribuie și ele la problemele de somn de la vârsta înaintată.

II. Tulburări de somn primare

Tulburările de somn cauzate de un mecanism somn-veghe anormal și, adesea, prin condiționare. Tulburările de somn primare nu sunt cauzate de o altă tulburare mintală, de o condiție somatică sau de o substanță. Tulburările primare de somn se împart în dissomnii și parasomnii.

A. Dissomniile. Se caracterizează prin anormalități ale calității, cantității sau momentului somnului.

1. Insomnia primară. Se diagnostichează atunci când acuza primară este somnul neodihnitor („nerestaurativ”) sau dificultatea inițierii sau menținerii somnului, care continuă timp de cel puțin o lună.

a. Tratamentul poate să includă tehnici de decon condiționare, meditație transcenden tală, casete audio cu exerciții de relaxare sau medicamente sedative-hipnotice.

b. Măsurile nespecifice (igiena somnului) sunt prezentate în Tabelul 16-3.

2. Hipersomnia primară. Diagnosticul se pune atunci când nu poate fi găsită o altă cauză a somnolenței excesive care persistă timp de cel puțin o lună. Tratamentul constă din medicamente stimulante (cum ar fi amfetaminele), administrate dimineața sau la începutul serii.

3. Narcolepsia

a. Se caracterizează printr-o tetradă simptomatologică – (1) somnolență diurnă excesivă, (2) cataplexie, (3) paralizie hipnică și (4) halucinații hipnagogice. Narcolepsia constituie o anormalitate a mecanismelor care inhibă somnul REM (atacuri de somn).

(1) Somnolența diurnă excesivă.

(a) Este considerată simptomul primar al narcolepsiei; celelalte sunt auxiliare.

(b) Se diferențiază de oboseală prin atacurile irezistibile de somn de scurtă durată – sub 15 minute. (c) Atacurile de somn pot fi precipitate de activitatea monotonă sau sedentară.

(d) Ațipirile (*naps*) sunt foarte odihnitoare – efectele lor durează 30 până la 120 de minute.

(2) Cataplexia.

(a) Este raportată de 70-80% din persoanele cu narcolepsie.

(b) Episoade scurte (secunde până la minute) de slăbiciune sau paralizie musculară. (c) Fără pierdere a conștienței dacă episodul este scurt.

(d) După trecerea atacului pacientul este complet normal.

(e) Declanșată adesea de:

(i) Râs (frecvent). (ii) Mânie (frecvent).

(iii) Activități fizice (intense). (iv) Excitație sau euforie.

(v) Actul sexual. (vi) Frică.

(vii) Stânjenire.

(f) Unii bolnavi dezvoltă aplatizare afectivă sau lipsă de expresivitate, în încercarea de a-și controla emoțiile.

(g) Se poate manifesta ca pierdere parțială a tonusului muscular (slăbiciune, vorbire ebrioasă,

- „tăierea picioarelor“,
căderea mandibulei). (3) Paralizia hipnică.
- (a) Raportată de 25–50% din populația generală.
(b) Paralizie temporară parțială sau completă la tranzițiile somn-veghe (sau invers). (c) Cel mai frecvent apare la trezire.
(d) Persoana este conștientă, dar incapabilă să se miște.
(e) În general, durează sub un minut.
- (4) Halucinațiile hipnagogice.
- (a) Trăiri asemănătoare visului, la trecerea de la veghe la somn.
(b) Pacientul este conștient de ceea ce îl înconjoară.
(c) Halucinații sau iluzii auditive sau vizuale vii.
(d) Apar la câțiva ani după debutul atacurilor de somn din cadrul narcolepsiei.
- b. Perioadele REM de la debutul somnului (SOREMP) (*Sleep-Onset REM Periods*).
- (1) Narcolepsia se poate diferenția de alte tulburări cu somnolență diurnă excesivă prin existența SOREMP.
(2) Se definesc drept apariția REM în decurs de 10–15 minute după instalarea somnului.
(3) Testul Multiplu al Latenței Somnului (MSLT, *Multiple Sleep Latency Test*) măsoară somnolența excesivă – câteva ațipiri consemnate în intervale de câte 2 ore. Se consideră că mai mult decât o SOREMP indică diagnosticul de narcolepsie. (Se constată la 70% din bolnavii de narcolepsie și la mai puțin de 10% din bolnavii cu alte hipersomnii).
- c. Incidența crescută a altor constatări clinice în narcolepsie. (1) Mișcări periodice ale picioarelor.
(2) Apnee hipnică – predominant centrală.
(3) Latență scurtă a somnului.
(4) Probleme de memorie.
(5) Simptome oculare – vedere neclară, diplopie, pâlpâiri. (6) Depresie.
- d. Debut și evoluție clinică.
- (1) Debut insidios, înaintea vârstei de 15 ani. Odată instalată, tulburarea este cronică, fără remisiuni majore.
(2) Tipic, sindromul complet se constituie spre sfârșitul adolescenței și în prima parte a perioadei de vârstă 20–29 ani. (3) Poate să existe un interval lung între primele simptome (somnolența excesivă) și apariția tardivă a cataplexiei.
- e. Antigenul leucocitar uman (HLA)–DR2 și narcolepsia.
- (1) Asocieră strânsă între narcolepsie și antigenul HLA–DR2, unul din tipurile de antigeni limfocitari ai omului. (2) Unii specialiști susțin că pentru diagnosticul de narcolepsie idiopatică este necesară prezența antigenului HLA– DR2.
- f. Tratament.
- (1) Oră regulată de culcare.
(2) Somn în cursul zilei.
(3) Măsuri de siguranță, cum ar fi prudența în conducerea automobilului sau evitarea posedării de mobile cu colțuri/muchii ascuțiți.
(4) Stimulante (de ex., modafinil – Provigil) pentru somnolența din cursul zilei. Poate fi eficient și propranololul (Inderal) în doze mari.
(5) Triciclice și inhibitori ai monoaminoxidazei (IMAO) pentru simptomele legate de somnul REM, în special pentru cataplexie.

TABELUL 16–4

MEDICAMENTE DISPONIBILE CURENT PENTRU TRATAMENTUL NARCOLEPSIEI

Toate medicamentele se administrează / Medicamentul oral

Tratamentul somnolenței diurne excesive (SDU)

Stimulante

Metilfenidat ≤ 60

Pemolin ≤ 150

Modafinil ≤ 400

Amfetamină–dextroamfetamină ≤ 60

Dextroamfetamină ≤ 60

Medicamente cu efecte auxiliare (de ex., ameliorează SDE în asociere cu un stimulant) ≤ 10

Protriptilină

Tratamentul cataplexiei, paraliziei hipnice și halucinațiilor hipnagogice

Antidepresive triciclice (cu efecte secundare atropinice) ≤ 20

Protriptilină ≤ 200

Imipramină ≤ 200

Clomipramină ≤ 200

Desipramină

Antidepresive (fără efecte secundare atropinice majore) ≤ 300

Bupropion

Adaptat după Guilleminault C. Narcolepsy syndrome. În: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. Philadelphia: Saunders, 1989:344, cu permisiune.

4. Tulburare de somn legată de respirație. Se caracterizează printr-o perturbare a somnului care duce la somnolență excesivă sau insomnie și care este cauzată de o tulburare respiratorie legată de somn. Cele trei tipuri de apnee hipnică sunt (1) obstructivă, (2) centrală și (3) mixtă.

a. Apneea hipnică obstructivă

- (1) Apare tipic la bărbați vârstnici sau de vârstă medie, hiperponderali.
- (2) Simptomul principal este sforăitul zgomotos întrerupt de intervale de apnee.
- (3) Somnolență diurnă extremă, cu atacuri diurne de somn îndelungat și neodihnitor.
- (4) Pacienții nu știu despre episoadele de apnee pe care le au.
- (5) Alte simptome includ cefaleea matinală intensă, confuzia matinală, depresia și anxietatea.
- (6) Constatările obiective includ hipertensiune, aritmii, insuficiență cardiacă dreaptă și edeme periferice; fără tratament starea se înrăutățește progresiv.

(7) Evaluarea în laboratorul de somn evidențiază întreruperea circulației aerului în prezența continuării mișcărilor respiratorii toracice.

(8) În cazurile severe, persoana poate să aibă peste 500 de episoade de apnee pe noapte.

(9) Fiecare episod apneic durează 10 până la 20 de secunde.

(10) Tratamentul constă din presiune pozitivă continuă pe căile respiratorii (CPAP) nazale, uvulo-faringo-palato-

plastie, reducerea greutateii sau medicamente triciclice, care reduc perioadele REM, stadiul în care apneea hipnică apare cel mai frecvent. Dacă se depistează o anormalitate specifică a căilor respiratorii superioare, este indicată intervenția chirurgicală corectoare.

b. Apneea hipnică centrală

(1) Este rară.

(2) Constă din întreruperea fluxului aerian, secundară absenței efortului respirator. (3) Tratamentul constă din ventilarea mecanică sau CPAP nazală.

c. Tipul mixt. Elemente atât ale apneei hipnice obstructive, cât și ale celei centrale. **d. Hipoventilația alveolară centrală.** Apnee centrală urmată de o fază obstructivă.

(1) Ventilație diminuată în care anomalia respiratorie apare sau se înrăutățește marcat numai în timpul somnului și în care lipsesc episoadele apneice semnificative.

(2) Disfuncția ventilatorie se caracterizează, în cursul somnului, prin volum respirator util inadecvat sau rată respiratorie inadecvată.

(3) Bolnavul poate să decedeze în cursul somnului („blestemul Ondinei“).

(4) Hipoventilația alveolară centrală se tratează printr-o formă oarecare de ventilație mecanică (de ex., ventilație nazală).

5. Tulburare de somn prin ritmul circadian. Include o gamă largă de condiții ce implică dezalinieră între perioadele de somn dorite și cele reale (efective).

a. Tulburări tranzitorii asociate cu decalajul prin zbor cu avionul (*jet lag*) și modificările schimbului de lucru. (1) Sunt auto-limitate. Se rezolvă pe măsură ce organismul se readaptează la noul program somn-veghe. (2) Adaptarea la culcarea mai devreme este mai dificilă decât adaptarea la culcarea mai târziu (Zborurile cu avionul peste mai multe fuse orare către vest sunt tolerate mai ușor decât cele către est; *jet lag*-ul poate uneori să aibă importanță practică semnificativă (sportivi, decizii de afaceri, politice etc).)

b. Tulburările includ (1) tipul de fază de somn amânată, (2) tipul *jet lag*, (3) tipul prin muncă în schimburi și (4) tipul nespecificat, de ex., anticiparea fazei de somn, paternurile somn-veghe diferite de 24 de ore și cele neregulate sau dezorganizate.

(1) Calitatea somnului este, de fapt, normală, dar timpul când somnul este posibil nu este cel potrivit.

(2) Pacientul [persoana] se poate adapta prin modificarea treptată a orei de culcare, până la atingerea noului orar de somn.

c. Tratamentul cel mai eficient al tulburărilor programului somn-veghe este un orar regulat de terapie prin lumină intensă, care să aducă cu sine noul ciclu de somn. Este mai folositor în tulburările tranzitorii decât în cele cronice. Melatonina, un hormon natural produs de hipofiză și care induce somnul, a fost folosit pe cale orală pentru modificarea ciclurilor somn-veghe, dar efectul său este incert.

6. Disomnie nespecificată în alt mod (NAM)

a. Tulburarea prin mișcarea periodică a picioarelor (denumită anterior *mioclonus nocturn*).

(1) Mișcări stereotipe, periodice ale picioarelor (la fiecare 30 de secunde). (2) Fără activitate convulsivantă (comițială).

(3) Prevalență maximă la pacienții în vârstă de peste 55 de ani.

(4) Treziri frecvente.

- (5) Somn neodihnitor.
- (6) Somnolența diurnă este un simptom major.
- (7) Pacientul nu este conștient de fenomenele mioclonice.
- (8) S-a raportat utilitatea diferitor medicamente. Acestea includ clonazepamul (Klonopin), opioidele și levodopa (Larodopa).

b. Sindromul picioarelor neliniștite

- (1) Senzații neplăcute în picioare, în timpul repaosului.
- (2) Nu se limitează la starea de somn, dar pot să interfereze cu adormirea.
- (3) Senzațiile dispar prin mișcarea picioarelor.
- (4) Pacientul poate să aibă și mioclonus legat de somn.
- (5) Benzodiazepinele (de ex., clonazepam) reprezintă tratamentul de elecție. În cazurile severe se pot folosi levodopa sau opiaceele.

c. Sindromul Kleine-Levin

- (1) Tulburare constând din hipersomnolență periodică.
- (2) Afectează de regulă bărbați tineri, care dorm excesiv timp de câteva săptămâni. (3) Pacientul se trezește numai ca să mănânce (vorace).
- (4) Se asociază cu hipersexualitate și cu ostilitate extremă.
- (5) Atacurile sunt urmate de amnezie.
- (6) Poate să dispară spontan, după câțiva ani.
- (7) Pacienții sunt normali interepisodic.
- (8) Tratamentul constă din stimulante (amfetamine, metilfenidat – Ritalin și pemolin – Cylert) pentru hipersomnie și măsuri preventive pentru celelalte simptome. De asemenea, s-a folosit cu succes litiul.

d. Sindromul asociat cu menstruația. Unele femei resimt intermitent, la debutul sau la scurt timp după debutul menstruației, hipersomnie marcată, paternuri comportamentale modificate și consum vorace de alimente.

e. Somnul insuficient. Se caracterizează prin acuze de somnolență diurnă, iritabilitate, incapacitate de concentrare și alterarea judecății, la o persoană care, persistent, nu doarme suficient de mult pentru a putea susține o stare de veghe alertă.

f. Beția hipnică¹

- (1) Incapacitatea de a deveni pe deplin alert în timpul unei perioade îndelungate după trezirea din somn. (2) Se întâlnește cel mai frecvent la persoanele cu apnee hipnică sau după deprivarea prelungită de somn. (3) Poate să se manifeste ca tulburare izolată.
- (4) Nu există tratament specific. Stimulantele pot fi de valoare limitată.

g. Insomnia de altitudine

- (1) Insomnie secundară modificării punctului ventilator al instalării somnului și problemelor respiratorii rezultante. (2) Mai severă la altitudini mai mari, pe măsură ce descrește nivelul oxigenului.
- (3) Pacienții pot să se trezească din somn în apnee.
- (4) Acetazolamida (Diamox) poate să stimuleze traviul ventilator și să descrească hipoxemia.

B. Parasomniile

1. Tulburarea prin coșmaruri

- a. Coșmarurile apar aproape întotdeauna în timpul somnului REM.
- b. Pot să apară în orice moment al nopții².
- c. Evocare bună (foarte amănunțită).
- d. Vis lung, înspăimântător, din care persoana se trezește speriată.
- e. Anxietate, vocalizare, motilitate și descărcare autonomă mai reduse decât în teroriile nocturne. f. Nu există un tratament specific; pot să fie utile benzodiazepinele.

2. Tulburarea prin teroare nocturnă [Pavorul nocturn] a. Deosebit de frecventă la copii.

- b. Trezire bruscă, cu anxietate intensă.

- c. Hiperstimulare autonomă.
- d. Mișcări.
- e. Plâns.
- f. Pacientul nu își amintește evenimentul.
- g. Apare în cursul somnului profund, non-REM.
- h. Apare adesea în cursul primelor una sau două ore de somn.
- i. În copilărie tratamentul este rareori necesar.
- j. Trezirea copilului, timp de câteva zile, înainte de survenirea unei terori nocturne regulate poate să elimine terorile pentru perioade extinse de timp.

3. Tulburarea hipnică deambulatorie (*Sleepwalking Disorder*) [Somnambulismul]

- a. Se întâlnește cel mai frecvent la copii; în general, dispare spontan odată cu înaintarea în vârstă.
- b. Bolnavii au frecvent istoric familial pozitiv pentru alte parasomnii.
- c. Activitate complexă – părăsirea patului și mers fără conștiință completă.
- d. Episoadele sunt scurte.
- e. Amnezia evenimentului – bolnavul nu își amintește episodul.
- f. Apare în cursul somnului profund, non-REM.
- g. Începe în prima treime a nopții.
- h. La adulți sau vârstnici poate să reflecte psihopatologie – se va exclude patologia organică a sistemului nervos central.
- i. Uneori poate fi inițiată prin așezarea în ortostatism a unui copil care se găsește în stadiul IV de somn.
- j. Potențial primejdios.
- k. Medicamentele care suprimă stadiul IV de somn, cum ar fi benzodiazepinele, pot fi folosite în tratamentul somnambulismului.
- l. Precauțiunile includ îngrădirea ferestrelor și alte măsuri de prevenire a lezărilor.

4. Parasomnie NAM a. Bruxismul³ hipnic

- (1) Apare în primul rând în stadiile de somn I și II sau în cursul trezirilor parțiale sau tranzițiilor.
- (2) EEG fără anomalii (fără activitate comițială).
- (3) Tratamentul consistă din dentiere care să preîntâmpine leziunile dentare.

b. Tulburarea comportamentală de somn REM

- (1) Tulburare cronică și progresivă, în primul rând la bărbați vârstnici.
- (2) Disparația atoniei din cursul somnului REM, cu emergența unor comportamente complexe și violente.
- (3) Potențial de lezare severă.
- (4) Cauză neurologică în multe cazuri.
- (5) Poate să survină ca rebound (hipercompensare) după deprivarea de somn.
- (6) Se tratează cu clonazepam 0,5 până la 2,0 mg pe zi sau cu carbamazepină (Tegretol), 100 mg de 3 ori pe zi.

c. Vorbirea în somn (somnilocvia)

- (1) Uneori însoțește terorile nocturne și somnambulismul.
- (2) Nu necesită tratament.

d. Lovirea capului (*jactatio capitis nocturna*)

- (1) Legănare ritmică a capului sau capului, imediat înainte somnului; continuă în somnul superficial.
- (2) De regulă, se limitează la copilărie.
- (3) Se observă, de obicei, în perioada imediat premergătoare somnului; persistă în cursul somnului superficial.
- (4) La cei mai mulți copii foarte mici și mici nu este necesar tratament. Se pot folosi capitonarea leagănului sau căștile¹. Pot să fie eficiente modificarea comportamentală, benzodiazepinele și medicamentele triciclice.

e. Paralizia hipnică familială

- (1) Simptome izolate.
- (2) Nu are legătură cu narcolepsia.
- (3) Episodul încetează la atingere sau zgomot (la un stimul extern) sau la mișcările voluntare repetitive ale ochilor.

III. Tulburări de somn legate de altă tulburare mintală

A. Insomnie care este legată de o tulburare mintală (de ex., tulburarea depresivă majoră, tulburarea prin panică, schizofrenia) și care durează timp de cel puțin o lună. La 35% dintre pacienții care se prezintă la centrele pentru tulburări de somn cu o acuza de insomnie, cauza subiacentă este o tulburare psihiatrică. O jumătate dintre acești bolnavi au depresie majoră.

B. Hipersomnie legată de o altă tulburare mintală se constată de obicei în condiții foarte diferite (de ex., stadiile inițiale ale tulburării depresive ușoare, doliul, tulburările de personalitate, tulburările disociative și tulburările somatoforme).

IV. Alte tulburări de somn

A. Tulburare de somn ce rezultă dintr-o condiție medicală generală.

1. Insomnia, hipersomnia, parasomnia sau o asociere a acestora pot fi cauzate de o condiție medicală generală.
 - a. Convulsii epileptice legate de somn² – crizele epileptice survin aproape exclusiv în cursul somnului.
 - b. Cefaleea în ciorchine (*cluster headache*) și hemicrania paroxistică cronică, legate de somn
 - (1) Durerile de cap „în ciorchine” legate de somn sunt severe, unilaterale, apar adeseori în cursul somnului și se caracterizează printr-un patern intermitent (da/nu) al atacurilor³.
 - (2) Hemicrania paroxistică cronică este o cefalee unilaterală, care apare frecvent și are debut brusc.
 - c. Astmul legat de somn – astm care este exacerbat de somn; la unii oameni poate să ducă la tulburări de somn semnificative.
 - d. Simptomele cardio-vasculare legate de somn – asociate cu tulburări ale ritmului cardiac, incompetență miocardică, insuficiență arterială coronariană și variabilitate a tensiunii arteriale, care pot să fie induse sau exacerbate de alterările legate de somn ale fiziologiei cardio-vasculare.
 - e. Refluxul gastro-esofagian legat de somn – Bolnavul se trezește din somn cu durere substernală arzătoare, senzație de constricție sau durere toracică sau gust acru în gură. Se asociază frecvent cu hernia hiatală.
 - f. Hemoliza legată de somn (hemoglobinuria paroxistică nocturnă) – anemie hemolitică cronică rară, dobândită. Hemoliza și hemoglobinuria consecutivă acesteia sunt accelerate în cursul somnului, astfel încât urina de dimineață este colorată în roșu maroniu/brun.
2. Tratamentul, ori de câte ori este posibil, trebuie să se adreseze condiției medicale subiacente.

B. Tulburare de somn indusă de substanțe. Insomnie, hipersomnie, parasomnie sau o combinație a acestora, cauzate de un medicament, intoxicație sau de sevrajul după un drog de abuz.

1. Somnolența poate să fie legată de toleranța sau sevrajul stimulamentelor SNC sau de utilizarea îndelungată a deprimantelor SNC.
2. Insomnia se asociază cu toleranța sau sevrajul medicamentelor sedative-hipnotice și stimulamentelor SNC și cu consumul îndelungat de alcool.
3. Problemele de somn pot să apară ca efect secundar al multor medicamente (de ex., antimetaboliți, preparate de tiroidă, agenți anticonvulsivi, antidepressivi).

Definiția: Exogenia (provine de la cuvântul grecesc exo - exterior, genea – naștere) presupune provenirea tulburărilor neuro-psihiice legate de factori exteriori.

Dintre tulburările exogene deosebim:

- psihozele simptomatice,
- etilismul,
- narcomaniile
- toxicomaniile.

Adicția- termenul în ICD-X, care este folosit pentru nozologii ca «narcomanie, toxicomanie, alcoolism»

Substanțele psihoactive (SP) – substanță chimică, care folosită o singură dată provoacă trăiri psihice plăcute ori alte trăiri dorite de consumător, dar la folosirea sistematică aduce la dependență fizică și psihică, schimbarea toleranței.

Clasificarea SP (substanțelor psihoactive):

Alcool

Stupefiante (droguri)

Substanțe toxice – substanțe SP, care nu se încadrează în lista stupefiantelor

Dupa tipul de acțiune:

Cu acțiune sedativă (alcool, opiacee, barbiturice, benzodiazepine)

Cu acțiune stimulanta (cocaina, cofeina, amfetamina, efedrina)

Cu acțiune psihedelică (LSD, canabis, droguri volatile)

SP din grupul medicamentelor:

- benzodiazepinele
- barbiturice
- analeptice

Trasatura comuna a tuturor toxicomaniilor se manifesta prin prezența în tabloul lor clinic a trei sindroame narcomanice majore:

- 1. Dependență psihică,
- 2. Dependență fizică
- 3. Schimbarea reactivității organismului la substanța folosită
- 4. Modificarea personalității (pentru unele dependențe)

Etapele formării dependenței:

- **Consum de SP care se încadrează în noțiunea de sănătate – folosirea epizodică SP social permise în cantități fiziologice (ex. alcool)**
- **Abuz** (utilizare dăunătoare, beție habituală) – folosirea SP fără prezența sindroamelor de dependență: Componentele abuzului:

- Consum SP interzise,
- Consum SP are consecințe dăunătoare pentru sănătatea psihică și fizică (conflicte în familie, în societate, la servicii)
- Consumul devine de regulat
- Consum doze crescute SP
 - Abuzul – prezintă un risc înalt pentru următoarea etapă în formarea dependenței.
 - **Etapă 1, 2,3**

Prima etapă se caracterizează prin:

1.1. Sindromul reactivității schimbate:

- Folosirea permanentă a drogurilor
- Creșterea toleranței
- Diminuarea răspunsului la consum SP
- Diminuarea efectului drogului asupra consumatorului

1.2. Aparitia dependenței psihice

- Formarea atracției psihice (**obsesive**) pentru starea de ebrietate
- Confort psihic doar în perioada intoxicației

1.3. Dependență fizică minimă (nu este prezenta ca atare)

În tabloul clinic la prima etapă predomina:

- tulburări astenice cu accentuarea trăsăturilor caracteriale,
- labilitate emoțională,
- irascibilitate,
- tulburări de somn,
- atenție distrată
- scăderea memoriei (retenției),
- aceste simptome dispar în timpul intoxicației cu SP
- efect hedonic,
- confort psihosomatic în timpul intoxicației toxicomanice.

La etapa a doua “sindroamele narcomanice” ajung la intensitate maximă:

2.1. Sindromul reactivității modificate :

- Schimbarea modalității de consum a SP
- Toleranța este maximă
- Lipsesc reacțiile de răspuns la intoxicare cu SP
- Forme modificate de ebrietate

2.2. Sindromul dependenței psihice:

- Atracție psihică (**compulsivă**) pentru obținerea stării de ebrietate
- Confort psihic numai în perioada de intoxicație

2.3. Sindromul dependenței fizice:

- Atracție fizică (**impulsivă**, necontrolabilă) pentru ebrietate

Tabloul clinic la etapa a doua:

1. Atracție **compulsivă** către SP.
2. Sindromul de sevraj (dependență) pronunțat .
3. Toleranță înaltă.
4. Consumul de SP deja este unul permanent, excesele toxicomanice sunt mai frecvente.
5. Schimbarea tabloului clinic al intoxicației cu SP: euforia și alte trăiri plăcute scad semnificativ .
6. Scopul principal al consumului SP este obținerea confortului psihosomatic
7. Astenie progresivă în afara consumului.
8. Apar tulburări afective pronunțate și modificarea personalității.
9. Apariția bolilor somatice cauzate asociată de consumul SP.

Etapa a treia se caracterizează prin :

- Reactivitatea la consum SP este schimbată din cauza epuizării pacientului
- Scăderea toleranței
- SP joacă rol de substanță activizantă

3.2. Sindromul dependenței psihice:

- Atracție obsesivă pronunțată pentru starea de ebrietate

3.3. Sindromul dependenței fizice:

- Atracție fizică compulsivă pentru starea de ebrietate
- Stare confortabilă doar în timpul intoxicației
- Sindrom de sevraj

Tabloul clinic etapa a treia:

- 1. Scăderea toleranței,
- 2. Tulburări psihice și somatice grave și ireversibile.
- 3. Tulburări intelectuale, inclusiv mnestice pronunțate.
- 4. Pacienții sunt foarte astenizați, prezintă labilitate emoțională inclusiv incontinență afectivă.
- 5. Folosirea SP nu mai provoacă confort psihocomatic.

1. Derivatele de canabis- canabinoide (canepă, «plan», hașiș, marijuana)

În doze mici marijuana provoacă senzații plăcute:

- Relaxare,
- Satisfacție,
- Senzație de ebrietate ușoară .
- Efecte adverse paralele:
- Tulburări de coordonare motorie
- Senzația de foame
- Tulburări de memorie.

Tulburări psihice acute:

1. Moria sau euforia,
2. Tulburări de percepție a anturajului (culori vii, sunete percepute mai pronunțate și accelerarea senzației de timp)
3. Pierderea senzației de autenticitate a propriei persoane (depersonalizare) și sentimentului de irealitate a ceea ce se întâmplă în anturaj (derealizare)
4. Periodic halucinații vizuale și auditive
5. **Răs nemotivat**
6. Senzație de pierdere a greutateii propriului corp

Intoxicație acută (supradozare):

1. Sopor sau coma
2. Dezvoltarea encefalopatiei și polineuropatiei (confuzie, halucinoză, tulburări de schema corporală, dizartria, astazia-abazia, apraxia, anestezii, pareze, etc – miros dulce de la vestimentație).

În intoxicație cronică frecvent se dezvoltă “sindromul de motivatie absentă”

1. Apatie,
2. Autism,
3. Pasivitate,
4. Lentoare ideomotorie,
5. Scăderea memoriei și a intelectului în general,
6. Sindromul de derealizare-depersonalizare.

Toleranța - mică, depinde de particularitățile individuale ale consumatorului de SP.

Dependență psihică moderată sau pronunțată.

Sindromul de sevraj se manifestă prin:

- tulburări pasagere de somn,
- iritabilitate sporită,
- tahicardie
- senzații neplăcute în regiunea cordului,
- inapetență,
- transpirație , etc.

2. Opiacee (macul opiaceic, morfină, codeină, heroină, promedol, metadon)

Intoxicația acută

- euforia în 2 faze
- prurit pielii feței și părții superioare a corpului
- senzație de relaxare
- trăiri iluzorii
- accelerarea asociațiilor
- vorbire accelerată

Deasemeni este tipic :

- somn profund sau comă,
 - depresie respiratorie,
 - mioză
 - bradicardie,
 - hipotonie arterială.
 - paliditatea și uscaciunea pielii
 - creșterea reflexelor osteo-tendinoase
- în cazuri grave – asociat cu hipotonie și bradicardie poate fi midriază

Consecințele intoxicației cronice:

- accentuarea trăsăturilor de caracter,
 - schimbări emoționale și volitive.
 - persoanele care suferă de narcomanie prezintă trăsături caracteriale specifice (brutalitate, pseudologie, egoism).
 - în lipsa SP pacienții sunt deprimati și excitabili.
 - în timpul administrării SP (injectabil, intranasal) se constată stare euforică, comunicabilitate, efect energizant
 - în perioada tardivă a consumului cronic se constată sindrom astenic pronunțat.
- sunt specifice tulburări mnestice.

Toleranța - înaltă.

Dependența psihică și fizică pronunțate. Dependența se dezvoltă rapid și poate fi provocată de doze terapeutice. La multe persoane cu narcomanie după prima sau primele administrări apare sindromul de dependență

Sindromul de sevraj apare peste 8 - 16 ore după ultima doză, atinge o intensitate maximă la 48-72, apoi încet descrește. Simptomele grave se pot menține până la 10 zile, dar consecințele reziduale rămân timp îndelungat.

Sindromul de sevraj include următoarele simptome:

- neliniște,
- irascibilitate
- dureri în tot corpul,
- insomnie,
- rinită,
- transpirație abundentă,
- hiperemia facială,
- grețuri,
- vomă,
- diaree,
- akatizie,
- hipertermie,

- crampe intestinale ,
- deshidratare corporală.
- întrerupere bruscă a consumului SP (îndeosebi la persoane cu boli somatice) poate provoca decesul pacientului

3. Derivati de efedrina (pervitin, ”vint, djef, sirca, marțefali”.

Intoxicația narcomanică se manifestă prin:

- euforie pronunțată,
- excitație,
- dezinhibiție verbală, motorie, sexuală.
- în cazul întreruperii consumului deseori se constata psihoze de tip delirium sau paranoid acut.

Intoxicații acute:

- două etape de euforie
- excitație psihomotorie,
- senzație de imponderabilitate
- hipertensiune arterială
- tahicardie paroxismală
- senzație de mișcare a părului capului
- logoree
- hiperosmie specifica (miros de toporași, mere)
- pe fundal de insuficiența cardio-vasculară se poate instala starea de comă și deces (ictus cerebral sau infarct miocardic).
- în cazurile de abuz sau intoxicare cu derivati de efedrina sunt posibile reacții hemolitice fiindcă la pregătirea acestor SP se folosește acidul acetic.

Intoxicația cronică predispune la apariția sindromului astenic permanent cu tulburări schizofreniforme și degradare intelectuală

Toleranță înaltă.

Dependența psihică pronunțată. Dependența fizică slab dezvoltată

Pentru sindromul de sevraj este caracteristic:

- stări depresive cu disforii
- tulburări vegetative
- posibile stări psihotice

4. Amfetamina

Folosirea aleatoare și sporadică de doze minime formează senzația:

- de reducere a oboselei,
- de claritate sporită a conștiinței și vivacitate

Folosire dozelor mari (îndeosebi intravenos) provoacă:

- euforie în două etape,
- excitație psihomotorie
- tulburări de percepție

Supradozajul amfetaminei este asemănător cu intoxicația acută a derivatilor efedrinei și se manifesta cu reacții paranoide acute.

Intoxicația cronică provoacă tulburări psihice semnificative de aspect psihotic:

- psihoze prolongate pseudoschizofrene
- sindrom astenic stabil cu simptome depresive și apato-abulice asociate

Toleranță înaltă. Doza folosită poate depăși dozele inițiale de zeci de ori.

Dependență psihică pronunțată. La întreruperea consumului se constată un sindrom depresiv.

În sevrăj apare:

- lentoare ideomotorie,
- adinamie,
- slăbiciune generală,
- somnolență.
- simptome vegetative

5. Cocaina

Intoxicația acută:

1. Stări psihotice cu simptome delirante
2. Excitație psihomotorie
3. Comportament agresiv
4. Halucinații tactile și vizuale

Tabloul clinic a intoxicației acute este asemănător cu cel al amfetaminei

Intoxicația cronică cauzează formarea rapidă a sindromului psihoorganic.

Toleranță înaltă.

Dependență psihică pronunțată

Sindromul de sevrăj include:

- anxietate severă
- depresie majoră

6. Barbiturice:

Intoxicația cu barbiturice este asemănătoare cu ebrietatea alcoolică:

- etapa euforică și excitația de scurtă durată
- somnolență, obnubilare, confuzie, somn
- tulburări psihomotorii și de vorbire
- labilitate afectivă
- comportament agresiv.

Intoxicație cronică: Tablou clinic de sindrom psihoorganic și anume:

- Ataxie
- Dizartrie
- Lentoare ideomotorie
- Scăderea facultății intelectuale
- Labilitate afectivă

Toleranță relativ joasă. Doza folosită poate fi de 5-10 ori mai mare comparativ cu cea inițială. La întreruperea consumului toleranța scade brusc fapt care poate provoca intoxicații acute după revenirea în timp la dozele anterioare.

Dependență psihică pronunțată.

Sindromul de sevrăj se dezvoltă în primele 24 de ore după întreruperea consumului și atinge intensitate maximă în 48-72 de ore, apoi lent dispare.

Sindromul de sevrăj la barbiturice:

- neliniște,
- tremor,
- slăbiciune progresivă,
- vertij,
- tulburări de percepții vizuale,
- grețuri,

- vomă,
- insomnie,
- hipotonie bruscă,
- convulsii,
- tulburări psihice de tip paranoic cu halucinații, stupor, fobii
- întreruperea bruscă a consumului poate provoca deces .

7. Solvenți volatili:

Intoxicația acută :

- euforie cu tulburări de orientare în spațiu
- iluzia performanțelor crescute, halucinații
- tulburări de comportament, inclusiv comportament agresiv
- la creșterea dozei – convulsii, comă, deces .

Intoxicația cronică (benzină, benzol, tetraclorură de carbon) :

- schimbări patologice în plămâni, ficat, rinichi, formula sângelui.
- tulburări psihice profunde de tip psihoorganic.

Toleranța nesemnificativă cu excepție la toluol

Dependența psihică mai puțin pronunțată comparativ cu alte tipuri de toxicomanii.

Dependența fizică minimă. Întreruperea bruscă a consumului provoacă somnolență, irascibilitate, inhibiție motorie.

8. Psihomimetice:

Intoxicația acută incipientă:

- slăbiciune totală ,
- vertij,
- grețuri,
- senzații de căldură sau frig
- midriază,
- transpirație,
- salivă,
- vomă,
- tahicardie.

Tulburări psihotice ulterioare:

- Tulburări de percepție (hiperestezii, iluzii, halucinații auditive și vizuale vii și caleidoscopice)
- Ca regulă euforie, posibil anxietate, inhibiție, atitudini ostile către anturaj
- Derealizare și depersonalizare

Intoxicatie cronica:

- *Simptome astenice*
- *Simptome apato-abulice*
- *Simptome pseudoschizofrenice (schizofrenia simplex)*

Dependența psihică și fizică slab pronunțate.

Toleranța scăzută

9. Toxicomania cauzată de tranchilizante și antidepresive

Este tipică dependența psihică. Dependența fizică slab pronunțată.

Simptomul de sevraj slab pronunțat și predomină simptomele disvegetative. Totuși **uneori se constată:**

- Iritabilitate
- Anxietate
- Neliniște psihomotorie

- Insomnie, convulsii extremitati, algii articulare

Intoxicatie acuta:

- Tulburari constiinta cu somn, coma, hipotonie musculara
- In intoxicatii pronuntate se dezvoltă encefalopatia cu sindrom astenic

10. Anticolinergice

(belladonna, atropina, astmatol, dimedrol, etc.)

Intoxicatia usoara:

- tulburari de memorie (retentie)
- hipoprosexie
- midriaza
- uscaciunea pielii
- tahicardie
- constipatie
- hipertermie

Intoxicatie pronuntata cu anticolinergice:

- Anxietate
- Agitatie psihomotorie
- Dezorientare auto- si allopsihica
- Stari de delirium
- Vorbire neclara
- Somn, coma cu tulburari cardiace (crestere QT interval)
- Tulburari mnestic si astenice
- Nu se constata dependenta pentru anticolinergice

11. Nicotina

Intoxicatie usoara:

1. Senzatie de relaxare, cresterea capacitatii de concentrare
2. Nicotina are actiune asemanatoare acetilcolinei asupra creierului
3. Dependenta de nicotina poate fi similara cu dependenta de heroina
4. Are loc cresterea tolerantei
5. Starea de sevraj este depasita prin consumul repetat a tigaretei. In sevraj se constata si starea de neliniste

Simptome de sevraj nicotinic:

- Iritabilitate
- Neliniste
- Insomnie
- Depresie
- Hipoprosexie

Tratament:

1. Tratamentul sevrajului, dezintoxicare
2. Restabilirea tulburarilor metabolice, somnului, tulburarilor psihice
3. Tratament antirecidivant

Tratament sevraj opiaceic:

1. Agonisti receptori alfa (clonidina)
2. Neuroleptice atipice

3. Analgetice: tramadol,
4. Antagonisti și agonisti receptori opiaceici: naloxone, naltrexone, methadone, etc.
5. Dezintoxicare
6. Diuretice
7. Restabilire Ph,

Alcoolism:

Definiție – Tulburare psihică cronică cauzată de intoxicația cronică cu alcool care are ca consecință instalarea sindromului de dependență, manifestări psihice, fizice și neurologice. La anumite etape se dezvoltă tulburări psihotice. La etapa finală se instalează starea de demență

Tulburări psihice și comportamentale datorate consumului de alcool (ICD-10)

- Alcoolul – este cea mai des utilizată substanță psihoactivă care provoacă starea de intoxicație (ebrietate)
- Influențează memoria, facultățile motorii, orientarea în spațiu, termoreglarea, respirația, apetitul, sistemul vegetativ, cardiac, sexual

Se definește:

1. Intoxicația acută (starea de ebrietate)

- Starea de ebrietate simplă (habituală)
- Stări de ebrietate modificate

2. Ebrietatea patologică

3. Intoxicație cronică (alcoolism)

4. Psihoze etilice

Influența alcoolului asupra sistemului de neurotransmitatori:

- Dopamina
- Serotonina
- Endorfine
- Acidul gamaaminobutiric
- Glutamat

Tulburări psihice și de comportament cauzate de consum de alcool (ICD-10)

F 10 – Tulburări mentale și comportamentale datorită utilizării alcoolului:

- F 10.0 – Intoxicație acută
- F 10.07 – Intoxicația patologică
- F 10.1. – Utilizare nocivă
- F 10.2. – Sindrom de dependență
- F 10.3. – Sindrom de sevrăj
- F 10.4. – Sindrom de sevrăj cu delirium
- F 10.5. – Tulburări psihotice
- F 10.6. – Sindromul Amnestic

Sindromul de dependență cauzat de alcool

1. Dorința de a consuma alcool
2. Control scăzut asupra consumului de alcool
3. Tendința de a consuma alcool zilnic
4. Abolirea altor activități care provocau anterior satisfacție
5. Consum alcool în pofida unor consecințe sociale sau maladii fizice
6. Sindrom de sevrăj

7. Mahmureala
8. Crestere toleranta
9. Conform ICD-10 sunt suficiente 3 simptome pentru stabilirea dependentei de alcool (alcoholism)

Ebrietate patologica :

Se constata in context de fatigabilitate, psihogenii, patologii somatice sau neurologice asociate si consum alcool nepurificat

Se deosebesc urmatoarele tipuri:

1. Tip maniacal
2. Psihopatoid
3. Disforic
4. Histrionic
5. Epileptoid
6. Paranoid

Debutul starii de ebrietate patologica:

- Anxietate acuta
- Perplexitate
- Detasare de realitate
- Percepere ostila a anturajului
- Stari posibile de halucinoza auditiva, vizuala
- Comportament aparent coordonat si complex dar cu contact verbal sarac
- Durata scurta (minute-ore)
- Apare la consum diferit de alcool (frecvent doze minime)
- Sfarsit brusc cu stare de somn profund
- Amnezie totala

Se clasifica:

1. Dipsomanie
2. Pseudodipsomanie

Dipsomania

- Apare in stadiul 3 al alcoolismului
- Este precedata de dorinta spontana de a consuma alcool
- Dispare din cauza incapacitatii fizice de a mai consuma alcool si intoleranta aparuta
- Se alterneaza cu stari de luciditate totala sau aproape totalasi reducerea sau disparitia nevoii de a consuma alcool

Simptome care anticipeaza dipsomania:

- Nevoia crescuta de a consuma alcool
 - Indispozitie
 - Crestere anxietate
 - Disforii
 - Insomnii
- Periodicitatea simptomelor constituie o trasatura esentiala a dipsomaniei .

Pseudodipsomania

- Apare in stadiul 2 de alcoolism
- Debutul si sfarsitul consumului este cauzat de factori externi situationali (salariu si respectiv lipsa de bani, zile de odihna, sarbatori, etc.)

- De obicei apare pe fundal de consum sistematic de alcool
- Posibile stări de ebrietate modificată, atipică când se asociază cu psihogenii

Tabloul clinic alcoolism stadiul I

- Dorința de a consuma alcool apare în a doua jumătate a zilei din motive etice și sociale se evita consumul de dimineață
- Consumul este perceput ca remediu calmant și relaxant (ataractic) de consumator
- Nu sunt tipice tulburări mnestice în starea de ebrietate
- Consumul de alcool devine repetitiv și regulat
- Apar pseudodipsomanii
- Creștere toleranță la consum alcool
- Nu sunt tipice stări dipsomanice
- Nu este perturbată ca regulă activitatea socială

Sindroame tipice pentru alcoolism stadiul I

1.1. Sindrom reactivitate modificată :

- Creștere toleranță de 4-5 ori
- Dispariția reflexului de vomă
- Lipsa repulsiei pentru alcool după intoxicația acută
- Forme de ebrietate modificată (palimpseste)
- Acutizarea trăsăturilor caracteriale
Instalarea consumului sistematic de alcool

1.2. Sindrom de dependență psihică

- Atracție psihică (idei obsesive neconstientizate referitor la consumul de alcool)
- Necesitatea de confort psihic
- Anhedonie în lipsa consumului de alcool

1.3. Sindrom de dependență fizică :

- Comportament compulsiv absent
- Lipsa disconfort fizic
Lipsa sindrom de sevraj

Stadiul 2 alcoolism cronic:

- Manifestare maximă a sindromului narcomanic
- Comportament compulsiv pentru consum alcool
- Lipsa control alcool consumat în stare de intoxicație
- Apariția stărilor de dipsomanii
- Acutizarea trăsăturilor caracteriale și comportament pseudopsihopatic
- Sindrom de sevraj cu simptome vegetative, psihice și neurologice
- Dorința de consum alcool apare dimineață și se menține pe parcursul zilei
- Sindromul de sevraj apare după fiecare episod de consum alcool
- Simptome tipice: indispoziție cu anxietate, tensionare, la personalități de tip exploziv în starea de sevraj se constată stări disforice
- Ideatie autolitică posibilă
- Insomnie rebelă cu vise terifiante și treziri nocturne
- Simptome vegetative cu transpirații, tahicardie, creștere TA, tremor amplitudă înaltă extremități, limba sau generalizat
- În primele zile de sevraj pot avea loc crize convulsive generalizate sau parțiale
- Reducerea simptomelor vegetative și afective către ziua 5-6 și apariția sindromului astenic
- Timp de până la 6 luni pot fi prezente tulburări afective, insomnia, fatigabilitate, simptome vegetative
- Debutează boli somatice – hepatoză, pancreatită, miocardiodistrofia
Apar probleme sociale și de adaptare, degradare socială

Stadiul 2 alcoolism:

2.1. Sindrom reactivitate modificata

- Disparitia reflexelor de voma
- Amnezii
- Schimbari caracteriale
- Cresterea tolerantei de 5-8 ori

2.2. Sindrom de dependenta psihica

- Atractie psihica obsesiva
- Confort psihic prezent doar in starea de intoxicatie alcoolica

2.3. Sindrom de dependenta fizica

- Comportament compulsiv
- Confort fizic doar in timpul intoxicatie cu alcool
- Sindromul de sevraj prezent

Alcoolism cronic stadiul III:

- Scade toleranta la alcool
- Agravarea sindromului de sevraj
- Degradare intelectuala (mnestica) inclusiv starea de dementa (inclusiv sindrom Korsakov)
- Aparitia ideilor paranoide in cadrul sindromului de sevraj (inclusiv gelozia etilica)
- Tulburari de perceptie elementare
- Anxietate nemotivata
- Idei de supravaluare de relatie, persecutie,
- Simptome psihoorganice: torpoare-sopor, vertij, ataxie,tremor generalizat,convulsii,dizartrie,anizoreflexie,nistagmus, simptome piramidale
- Boli somatice agravate
- Aspect general grav
- Degradare sociala

3.1.Sindrom reactivitate modificata

- Disparitia reflexelor de voma, diminuarea reflexelor neurologice
- Forme de consum dipsomanic sau consum permanent cu toleranta scazuta la alcool
- Forme de ebrietate modificata
- Amnezie permanenta
- Reactii patologice caracteriale

Sindrom de sevraj etilic:

- **Simptome somatice**
- Tahicardie, crestere tensiune arteriala, hipertermie, sete, agravare boli gastrointestinale.
- **Neurologice**
- Tremor, cefalee, crize convulsive
- **Psihopatologice**
Astenie, anxietate, agitatie psihomotorie, insomnie, vise terifiante, dorinta impulsiva de consum alcool- simptom de baza

In stadiul II si III se constata stari psihotice:

- Apar in starea de sevraj
- Se dezvoltă seara si continue noaptea
- Apar frecvent dupa un episod dipsomanic
- Apar dupa consum de alcool nepurificat
- Apar pe fundal de agravare somatica
- Apar la consumatori cu patologie organica SNC
- Polimorfism clinic

Psihoze etilice

Se disting :

1. Acute,
2. Prolongate
3. Cronice

Dupa tabloul clinic se disting:

- Tip delirium
- Cu simptome halucinatorii
- Cu simptome paranoide
- Cu simptome delirante

Tipuri psihoze etilice: (clasificare psihopatologica)

1. Delirium etilic:

- Abortiv
- Clasic
- Musitant
- Atipic:
 - sistematizat cu pseudohalucinoza verbala,
 - cu simptome oneiroide,
 - cu automatisme psihice

Tipuri psihoze etilice:

(clasificare psihopatologica)- continuare

2. Halucinoza etilica

- Halucinoza verbala
- Halucinoza cu delir senzitiv
- Halucinoza cu automatisme psihice

3. Psihoze etilice delirante

- Paranoicul etilic
- Delirul etilic de gelozie

Psihozele acute – dureaza pana la o luna

Psihoze prolongate – dureaza pana 6 luni

Psihoze cronice – dureaza peste 6 luni

Tipuri psihoze etilice:

(clasificare psihopatologica)

4. Encefalopatii etilice

- Encefalopatia acuta Gayet-Wernicke
- Encefalopatia cronica
- Pseudoparalizia etilica

Tablou clinic delirium tremens

- Durata pe fundal de tratament pana in 10 zile
- Posibila evolutia in stare de halucinoza sau paranoida
- Halucinatii predominante vizuale
- Reducerea halucinatiilor odata cu reducerea tulburarilor de constiinta
- Tulburari de constiinta ondulatorii
- Continut terifiant al halucinatiilor
- Dezorientare in timp, spatiu, dar se pastreaza orientarea referitor la propria persoana

- Continut profesionist sau habitual al traiurilor pacientului
- Odata cu cresterea tulburarilor de constiinta scade agitatie motorie si verbala
- Hipertermie
- Scadere diureza
- Scadere tensiune arteriala

Halucinoza alcoolica

- Este o stare psihotica cu predominanta halucinatiilor auditive cu constiinta clara.
- Debuteaza cu acoasme si insomnie.
- Poate disparea brusc dupa o perioada de somn
- In caz de evolutie poate aparea delirul de relatie, influenta, persecutie
- Pot avea loc crize de anxietate

Sindromul paranoid etilic

- Se manifesta cu delir senzitiv
- Fundal afectiv depresiv-anxios
- Atitudini delirante
- Percepere iluzorie apoi deliranta a anturajului
- Pacientii declara voci ostile , anxietate trenanta
- Posibil comportament agresiv fata de “persecutori”
- Delir rezidual dupa disparitia(reducerea) simptomelor de baza

Delirul de gelozie etilic (paranoia etilica)

- Este o stare psihotica cu evolutie trenanta sau cronica
- Cu predominanta delirului sistematic
- Se constata cu preponderenta la barbati cu trasaturi caracteriale paranoiale
- Este un delir monotematic
- Debuteaza lent
- Uneori este precedat de evenimente negative familiale
- Debuteaza cu idei de supravaloare
- Initial se manifesta doar in timpul starii de ebrietate
- In timp apare interpretarea deliranta a situatiei
- Posibil comportament agresiv sau autoagresiv
- Poate fi dissimulat de pacient
- In context de tratament se substituie cu delir rezidual trenant