

FLORIN TUDOSE

CĂTĂLINA TUDOSE

**ABORDAREA
PACIENTULUI ÎN
PSIHIATRIE**

GHID DE LUCRĂRI PRACTICE

INFO *Medica*

2002

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale

TUDOSE, FLORIN

Abordarea pacientului în psihiatrie: ghid de lucrări practice/Florin Tudose, Cătălina Tudose, - București, Infomedica, 2002

p. ; cm.

Bibliogr.

ISBN 973-9394-80-9

I. Tudose, Cătălina

616.89

©2002 - **INFOMEDICA** s.r.l.

Abordarea pacientului în psihiatrie: ghid de lucrări practice - Florin Tudose, Cătălina Tudose

ISBN: 973-9394-80-9

Toate drepturile rezervate Editurii **INFOMEDICA**.

Nici o parte din acest volum nu poate fi copiată fără permisiunea scrisă a Editurii **INFOMEDICA**.

Drepturile de distribuție în străinătate aparțin în exclusivitate editurii.

Copyright ©2002 by **INFOMEDICA** s.r.l. All rights reserved.

Apărut 2002

Prezentarea grafică a copertii aparține Irinei Crivăț.

Tehnoredactare computerizată:

Editura **INFOMEDICA**

Tipar realizat de **INFOMEDICA** s.r.l.

Editura **INFOMEDICA** București

Șos. Panduri 35, Bl. P1B, Sc. A, Ap. 33-34, sector 5

Tel./Fax: 01/410.04.10; 410.53.08; 410.61.63

Dedicăm această carte memoriei măștrilor noștri

Conf. Dr. George Constantinescu

și

Prof. Dr. Doc. Vasile Predescu

străluciți reprezentanți ai psihiatriei clinice românești.

INTRODUCERE

Lucrarea de față încearcă să prezinte noțiuni care să faciliteze înțelegerea și abordarea practică a tulburărilor psihiatrice și problemelor psihologice cu care medicul de orice specialitate se întâlnește în activitatea curentă. Ele vin să completeze cursul de psihiatrie oferind ghidul practic care să îl facă pe acesta operațional. Sunt prezentate acele date și proceduri care și-au câștigat prin validarea de către proba timpului dreptul de a constitui un bagaj de cunoștințe care să însuflească tânărului medic încrederea în capacitatea lui de acțiune profesională.

Psichiatria este ramura medicinei ale cărei obiective sunt recunoașterea, tratamentul și prevenția bolilor și tulburărilor mintale. Termenul a fost creat de medicul german J.C. REIL, la începutul secolului XIX și își află etimologia în cuvintele grecești *πσυχη*- *spirit* și *ψατρικε*- *puterea de a vindeca*.

Ramură relativ nouă în aria preocupărilor medicale, psihiatria modernă s-a impus perseverent și continuu ajungând să fie, în ultimile decenii, în multe țări ale lumii, specialitatea secundă (după medicina internă).

Tulburările mintale afectează comportamentul individual în toate dimensiunile sale, modul de reflectare a realității precum și integrarea socială a fiecărui individ. Locul pe care sănătatea mintală îl ocupă între valorile societății contemporane a devenit tot mai mare și de aceea importanța socială a psihiatriei a crescut enorm în ultimii ani.

Câmpul de acțiune al psihiatriei s-a diversificat și s-a extins apărând subspecialități, cum ar fi: psihiatria copilului și adolescentului, gerontopsihiatria, psihiatria militară, psihiatria medico-legală, etc.

Boala psihică este considerată o problemă de sănătate publică dintre cele mai importante datorită frecvenței pe care tulburările psihice le au în populație și costurilor extrem de ridicate pe care tratamentul și incapacitatea temporară de muncă le generează.

În practica curentă statisticile arată că 20-25% din pacienții medicului de familie au tulburări psihiatrice sau importante probleme psihologice.

Psichiatria modernă beneficiază de un important aport terapeutic, deoarece perioada ultimilor 50 de ani a însemnat apariția primelor medicamente cu efect clar terapeutic în ceea ce privește bolile mintale (anxiolitice, antidepressive, neuroleptice, izoleptice). La acestea se adaugă dezvoltarea fără precedent a tehnicilor și metodelor de psihoterapie, precum și a

rețelelor de suport social care permit menținerea pacienților inserați în mediul profesional și familiar la fel ca în orice altă boală somatică.

Există la ora actuală trei direcții explicative în ceea ce privește boala psihică pe care le considerăm complementare. Acestea sunt:

- modelul psihanalitic, pleacă de la coordonate antropologice și culturale care prin aportul său teoretic a reușit să găsească explicații plauzibile pentru majoritatea faptelor psihopatologice, dar care din punct de vedere terapeutic a eșuat în numeroase situații dovedindu-se complet ineficient în psihoze.
- modelul biologic, consideră că boala mintală este un fenomen biologic având diverse cauze genetice și mezologice. Acest model este cel mai apropiat de modelul medical și pare să ofere o perspectivă optimistă datorită extraordinarelor progrese făcute de biologia moleculară, genetică și neurochimie. Adepții acestui model au credința că prin cercetare neorobiologică și biochimică, cauzele bolii mintale pot fi descoperite în totalitate și, probabil eliminate într-un timp relativ scurt. Din punct de vedere explicativ, acest model pare să fie însă o replică al celui psihanalitic.
- modelul psiho – sociologic pune în valoare influența factorilor sociali atât în determinarea cât și în tratamentul bolilor. Acest model este interesat de impactul pe care boala psihică îl are nu doar asupra individului ci și asupra familiei și grupului social din care individul face parte. El insistă asupra terapiei consecințelor bolii psihice atât în planul descifrării patologiei cât și planul terapiei propriu-zise, acest model are numeroase lacune.

Modelul cu adevărat operant în psihiatrie este modelul biopsihosocial, care este un model integrativ în măsură să pună în acord cele trei orientări anterioare.

G.ENGEL a fost cel mai important susținător al modelului după care se pune accentul pe abordarea integrată, sistemică, a comportamentului uman și al bolii.

Modelul biopsihosocial este derivat din teoria generală a sistemelor. Sistemul biologic pune accentul pe substratul atomic, structural și molecular al bolii și impactul său asupra funcționării biologice a pacientului. Sistemul psihologic pune accentul pe impactul factorilor psihodinamici al motivației și personalității privind trăirea bolii și reacția la ea. Sistemul social pune accentul pe influențele culturale de mediu și familiale asupra exprimării bolii și trăirii ei.

Școala românească de psihiatrie a avut importanți susținători și reprezentanți ai acestui model, în profesorul Petre Brânzei și colectivul de la Spitalul de Psihiatrie Socola, precum și în Școala de la București.

Psihiatrul este un medic care își orientează pregătirea nu doar asupra studiului creierului uman și funcționalității sale biologice ci și asupra studiului comportamentului individual și colectiv. Cunoștințele psihiatrului despre manifestările umane, motivațiile și relațiile dintre oameni sunt unice printre medici.

Resursele unice ale psihiatriei ca disciplină în ceea ce privește stabilirea unor etiologii complexe așa cum se întâmplă în psihosomatică, posibilități de intervenție ale psihoterapiei ca și valoarea diagnosticului psihiatric corect nu sunt apreciate, în primul rând pentru că nu sunt cunoscute. Ca medic, psihiatrul poate să recunoască anumite configurații situaționale, să aprecieze interacțiunile dintre factorii biologici și psihologici și să-și aplice cunoștințele în ambele componente ale procesului diagnostic: psihosocial și medical. Psihatrii sunt pregătiți să pună întrebări despre corelația un simptom somatic și un eveniment psihologic, și despre medicația prescrisă care a precedat modificarea cognitivă emoțională sau comportamentală.

Există o suprapunere semnificativă între bolile psihice și cele "medicale". Psihatrii acordă îngrijirea primară sau principală a multor pacienți cu situații medicale coexistente. Pentru pacienți spitalizați de către psihiatru acesta, își asumă întreaga responsabilitate și pentru îngrijirea lor medicală.

Psihiatrul trebuie să decidă când un semn sau simptom care apare la un pacient în timpul tratamentului psihiatric este clinic semnificativ și dacă poate să-l trateze sau să îndrepte pacientul către alt specialist.

Psihiatrul trebuie ulterior să evalueze capacitatea pacientului de a lua decizii privind diagnosticul și tratamentul și să coopereze cu alți furnizori de îngrijiri medicale. Poate fi necesar ca psihiatrul să intervină activ în negocierea unei trimiteri, liniștind bolnavul prin îngrijirea în continuare, ajutând medicul către care trimite, în lucrul cu aspectele psihiatrice ale îngrijirii pacientului. Când pacientul este tratat la început de către un alt medic, psihiatrul trebuie să fie capabil să identifice scăpările, erorile și complicațiile iatrogene.

Psihiatrul trebuie să aibă cunoștințe clare despre manifestările psihiatrice ale bolilor somatice și tratamentelor astfel încât niciodată să nu interpreteze greșit modificările în tabloul simptomatic și să accentueze tulburările prin intervenții neadecvate, sau să treacă cu vederea efectele secundare sau efectele adverse care cer modificări în regimul terapeutic. Ori de câte ori se folosesc concomitent atât medicamente psihotrope, cât și o altă medicație este posibilă apariția interacțiunilor intermedicamentoase.

Psihoterapeutul este un specialist care are o formare terapeutică specifică derivată dintr-o concepție fundamentală de abordare a comportamentului uman. Nu orice psihiatru este psihoterapeut și nu orice psihoterapeut este neapărat psihiatru. Unii pacienți urmează psihoterapie în mod regulat cu psihiatrul lor, de aceea îl consultă mai des pe psihiatru decât pe orice alt medic și își prezintă simptomele clinice mai întâi psihiatrului, chiar dacă acestea nu au legătură cu o suferință psihică.

Psihiatrul psihoterapeut are avantajul că își poate diagnostica pacienții cu mult mai multă precizie decât orice altă categorie de psihoterapeuți.

Psihologul este un specialist care are formare în psihologie – disciplină care se ocupă cu studiul vieții mintale și a comportamentului fiind în același raport cu psihiatria, în care fiziologia se află cu medicina.

Psihologul poate face parte din echipa psihiatrică ca psiholog clinician, psihoterapeut sau asistent social.

Psihologul nu are formare medicală în ciuda numeroaselor confuzii întreținute de opinia publică și de mass-media. Pentru că psihiatrii îngrijesc cele mai severe boli ei pot fi asociați cu cel mai sever stigmat "oameni cu haine albe": să consulți un psiholog înseamnă să ai oarecare probleme psihosociale, în timp ce să consulți un psihiatru înseamnă alienație mentală.

CE TREBUIE SĂ ȘTIE UN MEDIC ÎN DOMENIUL PSIHIATRIEI
să stabilească o comunicare cu pacientul
să realizeze interviul cu pacientul
să efectueze examinarea psihiatrică
cum să recunoască boala
cum să deosebească semnele și stările clinic semnificative de cele ne semnificative
ce teste pentru diagnostic să ceară și cum să le interpreteze
cum să trateze boala la primul nivel de îngrijire
cum să deosebească o boală generală de efectele secundare ale medicației psihotrope
cum să deosebească o boală psihică de efectele secundare ale unei alte medicații
când și cum să îndrume către specialist pacientul
cum să colaboreze cu specialistul în jurul unui diagnostic care implică și tratament psihiatric sau în cazul comorbidităților
să cunoască principiile generale ale terapiei în psihiatrie
cum să își determine un pacient să primească tratamentul adecvat și corespunzător de la specialist.

CAP. 1 DIFICULTĂȚI PRIVIND IMAGINEA BOLII PSIHICE ȘI STIGMATIZAREA BOLNAVULUI

(o evaluare a convingerilor și concepțiilor studenților despre boala psihică)

Stigma – cuvânt care derivă din limba greacă și se referă la semne corporale desemnate să exprime ceva neobișnuit și nefavorabil despre statutul moral al stigmatizatului; asemenea semne erau cicatrici corporale care semnificau faptul că acela care le avea era un sclav, un criminal sau un trădător, cineva care trebuia evitat, în special în public.

În perioada creștinismului s-au adăugat alte două modificări metaforice.

- referirea la semne corporale, fizice ale spiritualității sau harului divin, incluzând erupții și răni corporale asemănătoare cu cele pe care le suferise Iisus.
- referirea la semnele corporale ale unei boli somatice grave (lepra sau ciroza alcoolică avansată).

Totuși, folosirea convențională contemporană a conceptului de stigma implică noțiunea unei caracteristici care discreditează persoana respectivă. Istoria este plină de exemple de stigmatizare în funcție de rasă, etnie, sex, statut social, naționalitate și orientare sexuală, ca și funcționarea fizică și mintală.

E. GOFFMAN (1963), analizând stigma, a subliniat faptul că persoana cu o stigmă este mult mai adesea definită ca fiind mai puțin umană și că pentru a explica și justifica stigmatizarea ființelor umane se recurge întotdeauna o ideologie particulară. Stigmatizarea suferindului psihic, de exemplu, se sprijină pe teoriile care se referă la slăbiciunea morală, pericolozitate, contaminare și culpabilitate.

Termenul a cunoscut o deosebită vogă în secolul al XIX-lea, fiind legat de teoria degenerării elaborată de MOREL care l-a introdus în limbajul psihiatric. Ideile lui reluau, de fapt, concepții mai vechi, după care corpul traduce calitățile trupului, apărute sub o formă „sublimată” în teoria frenologică a lui GALL.

MAGNAN a precizat conținutul termenului, distingând stigmatism morale (întârziere intelectuală sau afectivă, inadaptare socială) și stigmatism fizice (atrofii, hipertrofii și distrofii). El a arătat în 1895 că degenerescența se traduce prin „stigmatism permanente și esențialmente progresive, în afara regenerării intercurrente”.

LOMBROSO va relua argumentul stigmatizării pentru a-și construi celebra sa teorie (prea puțin științifică și nu mai puțin periculoasă) asupra antropologiei criminale. În lucrarea sa „*L'uomo criminale*”, el identifică pentru așa-numitul criminal înăscut, o serie de stigmat „sigure”, printre care asimetria facială, prognatismul, dispunerea și frecvența pilozității faciale, dezvoltarea exagerată a pomeților, etc. Căzută în desuetudine pentru lumea științifică, *această teorie nu a fost însă uitată de publicul larg*.

Teoria stigmatelor a putut îmbrăca aspecte profund negative în plan socio-politic, fiind folosită ca „argument științific” de unele ideologii.

Mai mult, sub o formă „elevată”, socio-biologia contemporană încearcă transpunerea „stigmatelor” la nivel genetic, pentru a dovedi inegalitatea biologică a indivizilor. În prezent, accepțiunea termenului este mult restrânsă, recunoscându-se că anumite aspecte morfologice sunt corelate cu anumite aspecte fizice în cazul unor boli genetice, endocrine, malformații craniene, etc.

Timp de secole bolnavii psihici au fost temuți și respinși de comunitățile lor. Dacă în Grecia Antică poeții scriau despre „nebunie” ca pedeapsă dată de zei, în Evul Mediu, oamenii se temeau de bolnavii psihici, pe care îi considerau posedați de demoni, motiv pentru care îi întemnițau și torturau.

Pacienții cu boli psihice au fost mult timp văzuți ca niște bestii fără sentimente umane, ținuți în lanțuri, în celule solitare, ca pe niște obiecte care stârneau curiozitatea publicului care plătea să-i observe.

Consecințele stigmatizării bolnavului psihic sunt numeroase și dramatice. Ascunderea suferinței psihice din teama de a fi ironizat, temut și respins duce la amânarea și uneori la evitarea consultului psihiatric, cu implicații severe în evoluția bolii.

Scăderea autostimei, sentimentele de jenă, eșec, ratare, anxietatea și depresia sunt doar câteva dintre stările pe care le trăiește pacientul.

Stigma reduce accesul la pacienților la resurse și diferite oportunități (cum ar fi un loc de muncă) și duce la scăderea stimei de sine, la izolare și nefericire.

În cele mai multe dintre formele sale publice stigma generează discriminare și abuz.

Cei mai mulți dintre noi capătă prejudecăți privind boala psihică din timpul miciei copilăriei și dobândesc anumite expectații; în timp ce imaginația bogată a acestei vârste dezvoltă pe baza unor informații neclare cu un conținut amenințător, conducând la anumite tipuri de expectații privind boala psihică.

Asemenea expectații și convingeri sunt de obicei reafirmate și consolidate prin interacțiunile sociale ulterioare. De altfel limbajul privitor la sănătatea mintală a fost integrat în discursul public într-o manieră care

stigmatizează explicit – folosirea unor cuvinte ca „dement”, „maniac”, „diliu”, „sisi”, „sonat” – prin acestea denigrându-i pe cei bolnavi și întregul domeniu al sănătății mintale. Abuzul politic din psihiatrie i-a determinat pe psihiatri să fie atenți la pericolul profesional de a fi folosiți ca agenți în controlul social și de a contribui la procesul stigmatizării bolnavilor psihici.

CONVINGERE	MĂSURI NECESARE
Boala psihică – falsă boală Boală simulată Acuze exagerate Evitarea responsabilităților	Bolnavii trebuie făcuți responsabili de acțiunile lor și trebuie să li se nege ipostaza de suferinzi (rolul de bolnavi)
Bolnavul psihic ○ este periculos ○ este contagios ○ dă dovadă de slăbiciune ○ este vinovat	Control, custodie, disciplină Izolare Respingere – necesită autocontrol Trebuie făcut responsabil și pedepsit

(după Anthony Clare)

Nucleul stigmatizării bolnavilor psihici și a acelor care îi îngrijesc se bazează pe câteva convingeri și prejudecăți care, la rândul lor, ar necesita anumite măsuri specifice.

Lipsa unor markeri obiectivi stabili și consecvenți pentru boala psihică este un factor care contribuie foarte mult la persistența convingerii că boala psihică nu este o boală reală, spre deosebire de boala somatică. Dintre diferitele prejudecăți, aceea că bolnavul psihic este violent este probabil cea mai tenace și contribuie în parte la virulența și persistența altor aspecte ale stigmatizării. Acest mod de a percepe boala psihică datează de foarte mult timp. O parte importantă a istoriei psihiatriei este o istorie a detenției, imaginile noastre despre nebunie derivate din istorie consolidează ideea bolii psihice ca stare incipientă, latentă de reală violență. Chiar cuvântul „balamuc” denumind primele instituții psihiatrice este definit ca fiind „un loc de haos, țipete și agitație”.

Atitudinile populației sunt în general influențate de mass-media și sunt susceptibile să se schimbe în funcție de acestea. Mass-media constituie o colecție dispartă care include nu numai televiziunea și radioul ci și cinematografia, publicitatea, ziarele, revistele. În ultima decadă s-au făcut multe cercetări privind atitudinea publicului privind boala psihică (PHILO, 1994). Pe de o parte au apărut foarte multe publicații medicale analizând starea de sănătate în general și a sănătății mintale în special. Pe de altă parte, acest interes pentru problemele de sănătate mintală se datorează și elaborării și implementării legislației de îngrijire comunitară, ca și recunoașterii nevoii de a crea un climat social mai favorabil în care solicitarea de

Dificultăți privind imaginea bolii psihice și stigmatizarea bolnavului

ajutor se poate face mai firesc, fără teama de stigmatizare și discriminare. Mai multe studii recente sugerează faptul că atitudinile populației devin favorabile, în sensul că mai multe persoane recunosc faptul că au un bolnav psihic în familie, sunt convinse de importanța și utilitatea tratamentului și acceptă să angajeze un bolnav psihic sau să locuiască în preajma lui. Au apărut de asemenea foarte multe organizații voluntare care luptă pentru apărarea drepturilor acestor pacienți – asociații naționale de sănătate mintală - ca și organizații ale pacienților suferind de o anumită tulburare și ale familiilor acestora – asociațiile pacienților schizofreni, bipolari, epileptici etc. Rolul lor este acela de a atrage atenția asupra dificultăților întâmpinate de pacienții psihici, asupra nevoii pentru servicii mai bune și mai accesibile, de a încuraja mediatizarea modelelor eficiente de asistență psihiatrică.

În timp ce profesioniștii domeniului sănătății mintale evită adesea mass-media din teama interpretărilor eronate și simplificărilor excesive, demersurile organizațiilor anterior menționate s-au dovedit a fi încununată de mult succes în folosirea mass-mediei pentru a comunica informații despre sănătatea mintală. Rolul mass-mediei în lume este însă încă controversat, în multe țări cu asistență psihiatrică de bună calitate mass-media continuând să furnizeze informații denaturate în sens negativ privind comportamentul bolnavului psihic. În România mass-media dă de cele mai multe ori dovadă de lipsă de informații, de prejudecăți și utilizează termeni cu referire la suferința psihică în sens peiorativ, în scopul atragerii atenției prin senzational.

Un mijloc de informare în masă care a manifestat o fascinație aproape pentru psihiatrie și boala psihică este cinematografia. Adesea ea a fost acuzată de accentuarea imaginii negative atât a pacienților psihici cât și a psihiatrilor. În ultimii 20 de ani însă, au crescut tendințele de a prezenta cât mai autentic și mai complet viața interioară a suferindului psihic. Multe lucrări autobiografice scrise de chiar persoanele care au trecut printr-o suferință psihică (medici, scriitori, etc.) și care își descriu atât trăirile din timpul bolii cât și efectele terapiilor, ca și atitudinea profesioniștilor și atmosfera din instituțiile psihiatrice. Toate aceste abordări diferite ale suferinței psihice (care este privită din interior) au condus la schimbări majore în organizarea serviciilor și în atitudinea față de persoanele cu probleme de sănătate mintală, pentru că de multe ori aceste scrieri au relevat faptul că și profesioniștii din domeniul sănătății mintale puteau să se comporte într-o manieră discriminatorie și stigmatizantă față de colegii cu un istoric de boală psihică.

Dacă factorii esențiali care contribuie la stigmatizare sunt ignoranța, teama și ostilitatea, atunci antidoturile sunt informarea, securizarea și o

puternică campanie antidiscriminatorie din partea liderilor de opinie, a politicienilor. Se consideră în general că pentru obținerea unui progres în destigmatizarea bolii psihice și crearea unei imagini pozitive mai corecte a bolii psihice și psihiatriei, profesioniștii din domeniul sănătății mintale, împreună cu pacienții, familiile și organizațiile nonguvernamentale de profil trebuie să lucreze în colaborare strânsă cu mass-media.

Jurnaliștii și realizatorii de emisiuni radio și TV trebuie să fie convingși că relatările incorecte, portretizările stereotipe și folosirea pentru obținerea senzaționalului a unui limbaj și a unor etichete discriminatorii nu mai pot fi acceptate.

În 1996, Asociația Mondială de Psihiatrie a convocat prima întâlnire de experți provenind din toate țările și care reprezentau grupuri de pacienți, experți în sănătate publică, sociologi, antropologi și psihiatri, care au elaborat un program internațional de amplexare antistigma, vizând în principal stigma asociată schizofreniei. Scopul acestui program este de a crește nivelul de conștientizare și nivelul de cunoștințe privind natura schizofreniei și opțiunile terapeutice, îmbunătățirea atitudinii populației față de cei care au sau au avut schizofrenie și față de familiile lor și de a genera acțiuni pentru eliminarea discriminării și prejudiciului. Au început să se desfășoare studii-pilot în Spania, Canada și Austria, România fiind și ea implicată în program; programul este conceput astfel încât să implice autoritățile locale și naționale, mass-media, grupuri de voluntari, profesioniști în sănătatea mintală și în educație și pacienți psihici.

În cadrul campaniei pentru destigmatizare „**Deschideți calea bolnavilor psihici**” 2002 Liga Română de Sănătate Mintală a sistematizat miturile care fac rău imaginii bolnavului psihic.

Miturile care fac rău – Să le confruntăm cu realitatea!

Tulburările mintale sunt doar rodul imaginației persoanei afectate?

Nu. Sunt boli reale care generează suferință și disabilitate.

- Deja pentru multe tulburări mintale au fost descrise anomalitățile de infrastructură biologică. A nega realitatea bolilor psihice este ca și cum ai nega existența cancerului, motivând că nu poți vedea celulele anormale cu ochiul liber.
- Tulburările mintale pot fi diagnosticate și tratate înainte de a fi prea târziu.

Tulburările mintale sunt determinate de slăbiciuni de caracter?

Nu. Aceste tulburări au cauze biologice, psihologice și sociale.

- S-a demonstrat că unele gene sunt implicate în schizofrenie și în boala Alzheimer;
- Se știe că depresia este asociată cu modificări ale unor substanțe chimice din creier;
- Dependența de alcool, catalogată altădată drept un viciu decurgând dintr-o slăbiciune de caracter, este legată atât de gene cât și de factori sociali;

	<ul style="list-style-type: none"> Influențele sociale pot contribui semnificativ la dezvoltarea diverselor tulburări. Indivizii reacționează diferit la stres. Pierderea unei persoane dragi poate determina depresie. Pierderea locului de muncă este asociată cu abuzul de alcool, suicid, depresie; Sărăcia extremă, războiul sunt factori care influențează apariția, durata și severitatea tulburărilor mintale. <p><i>Trebuie pur și simplu să închidem persoanele care au tulburări mintale? Nu. Persoanele cu tulburări mintale pot funcționa social și nu trebuie izolate.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Astăzi este posibil să tratăm persoanele cu tulburări mintale în diverse locuri: acasă, în clinici, în secții psihiatrice din spitalele generale, în centre de zi; Reabilitarea și reinserția socială se poate face prin grupuri de sprijin social, locuri de muncă protejate, locuințe protejate; Ca și bolile fizice, tulburările mintale variază cu severitate, putând fi tranzitorii (cum ar fi tulburarea acută de stres), periodice (cum ar fi tulburarea afectivă bipolară, caracterizată de episoade de expansivitate, alternând cu episoade depre-sive) sau cronice și progresive (cum ar fi schizofrenia); <p>Persoanele cu tulburări mintale nu suferă doar din cauza bolii lor, ci și datorită stigma-tizării sociale care împiedică adesea reintegrarea deplină în societate.</p>
1.	<p>Ați mai fost vreodată într-o instituție de îngrijire psihiatrică? Da/Nu (dacă da, precizați tipul instituției – spital, policlinică, cabinet privat, centre specializate de consiliere).</p>
2.	<p>Ați avut vreodată pe cineva apropiat (rudă, prieten) cu tulburare psihică? Da/Nu</p>
3.	<p>Ați simțit vreodată nevoia să apelați la ajutorul unui psiholog sau psihiatru, chiar dacă nu i-ați dat curs? Da/Nu</p>
4.	<p>Ați fost diagnosticat/tratat/internat pentru o suferință psihică? Da/Nu</p>
5.	<p>Credeți că boala psihică este:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) boală ca oricare alta B) suferință umiltoare comparativ cu boala somatică, punând persoana afectată într-o poziție de inferioritate și împiedicându-i integrarea socială și profesională C) o boală aparte, marcând întreaga existență a pacientului
6.	<p>Credeți că o boală psihică poate să apară:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) la orice persoană B) la persoane cu factor genetic favorizant C) la persoanele cu mulți factori de stres
7.	<p>Considerați că bolile psihice:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) se pot vindeca B) se pot remite complet, dar există posibilitatea recăderii C) se pot ameliora D) nu se vindecă niciodată
8.	<p>Credeți că bolnavii psihici sunt periculoși?</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Întotdeauna B) Adesea, în mod imprevizibil C) Rar, dacă anturajul se comportă inadecvat D) La fel de periculoși ca și ceilalți oameni

9.	<p>Comportamentul unei persoane cu tulburări psihice este:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Profund modificat, ușor de recunoscut B) Modificat față de medie, observabil (prea tăcut, prea vesel, ciudat) C) Aparent normal, imperceptibil modificat față de al celorlalți oameni
10.	<p>Îngrijirea unui pacient psihic trebuie să aibă loc:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) numai în spital, izolat și sub supraveghere pentru o perioadă lungă de timp, până la vindecare B) în spital, sub supraveghere pentru o perioadă scurtă de timp până la ameliorarea simptomelor acute, urmată de un tratament ambulator la domiciliu, în sistem ambulator (cu internare doar în situații extreme) C) la domiciliu, în sistem ambulator (cu internare doar în situații extreme)
11.	<p>Credeți că v-ați putea îndrăgosti, căsători cu o persoană care are tulburări psihice, fără să vă dați seama că este bolnavă?</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Da B) Posibil C) Nu, în nici un caz
12.	<p>Dar dacă ați ști că respectiva persoană a avut o suferință psihică în trecut sau urmează un tratament?</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Ați continua relația, acordându-i sprijin dacă este necesar B) Nu ați întrerupe brusc relația, dar situația v-ar crea un disconfort și ați adopta o atitudine neutră C) Ați întrerupe relația
13.	<p>Dacă v-ați achiziționa o locuință, aflând că în vecinătate stă o persoană care a avut internări la psihiatrie:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) ați amâna un timp decizia B) ați renunța C) ați lua mai întâi decizia de a vă cunoaște vecinii
14.	<p>Credeți că o persoană care a avut sau are la un moment dat o tulburare psihică tratată poate fi:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) persoană foarte performantă și creativă B) no persoană cu randament mediu C) persoană cu randament foarte scăzut, tolerată de colectivul de la locul de muncă D) incapabilă de a profesa aproape în orice domeniu
15.	<p>Tratamentul necesar în bolile psihice este:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Integrat, farmacologic și psihosocial B) Numai medicamentos C) Numai psihoterapie și intervenții sociale
16.	<p>Credeți că eficiența intervențiilor terapeutice în bolile psihice este:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Bună în majoritatea cazurilor B) Medie – produc doar o ameliorare C) Mică, cu o influență redusă D) Nulă
17.	<p>Credeți că neurolepticele:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Sunt dăunătoare pentru organism datorită toxicității B) Sunt dăunătoare datorită sedării excesive (transformă pacientul într-o „legumă”) C) Pot afecta modul de a gândi, scara de valori, sentimentele unei persoane („spălarea creierului”) D) Sunt utile în tratamentul halucinațiilor și ideilor delirante
18.	<p>Care dintre următoarele medicamente pot produce dependență:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Neuroleptice B) Antidepresive C) Tranchilizante

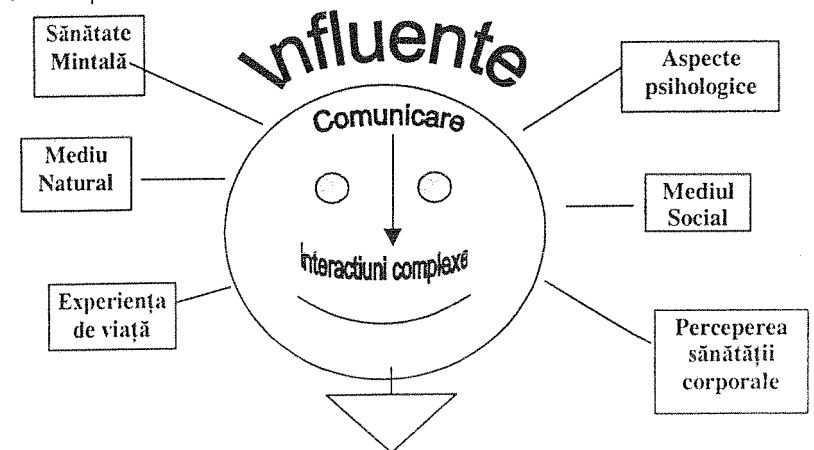
19.	<p>La individul normal, antidepresivele pot produce:</p> <p>A) O bună dispoziție B) Un efect sedativ sau anxiolitic C) Nici un efect</p>
20.	<p>Electroșocul este:</p> <p>A) O metodă violentă și periculoasă, o modalitate de a tortura și de a obține informații de la o persoană B) O terapie eficientă, cu indicații precise C) Terapie de ultimă încercare, în cazurile rezistente la alte tratamente</p>
21.	<p>În psihiatrie, structura echipei terapeutice este:</p> <p>A) Similară celorlalte specialități medicale B) Mai restrânsă C) Mult mai largită, depășind cadrul strict medical</p>
22.	<p>În opinia dvs, psihiatrul:</p> <p>A) Trebuie să aibă un anumit tip de personalitate B) Trebuie să fie o persoană calmă și echilibrată C) Trebuie să fie o persoană mai aparte, capabilă să își înțeleagă pacienții D) Are de cele mai multe ori o experiență personală sau familială de tulburare psihică</p>
23.	<p>Credeți că practicând psihiatria:</p> <p>A) Devii mai înțelept și mai înțelegător B) Îți rezolvi propriile tale probleme de natură psihologică de care nu erai conștient C) Te îmbolnăvești pe parcurs de o afecțiune psihică</p>
24.	<p>Credeți că în România, înainte de 1989, în psihiatrie s-au înregistrat abuzuri politice:</p> <p>A) Foarte multe, de ordinul miilor de persoane B) Multe, de ordinul zecilor de persoane C) Puține, câteva cazuri izolate D) Deloc</p>
25.	<p>Credeți că în prezent pot fi internați cu forța și tratați psihiatric oameni sănătoși din motive politice?</p> <p>A) Da, adesea B) Posibil C) Nu</p>

CAP. 2 COMUNICAREA CU PACIENTUL CU TULBURARI PSIHICE

Comunicarea medic-pacient este o comunicare directă, față în față, nemediată și neformalizată. Între cei doi subiecți ai transferului de informație are loc un schimb continuu de informații, care îi conduce pe fiecare din cei doi parteneri către obiectivele precise ale întrevederii: aflarea răspunsurilor în legătură cu modificarea stării de sănătate, remediile propuse pentru înlăturarea acestora, modalitățile practice de acțiune. În afara acestui fascicol de informații, să-i zicem central, are loc și o altă trecere de mesaje secundare, care permit răspunsul la o serie de probleme „periferice”. Totuși, calitatea relației și gradul de satisfacție personală privind comunicarea, sunt date de suma celor două transferuri de informații: central și periferic, precum și de angajamentul în procesul de comunicare al celor doi parteneri medic/pacient.

În procesul de diagnosticare și de instituire a tratamentului în psihiatrie comunicarea medic-pacient reprezintă nucleul central. Cabinetele medicilor de familie ar putea fi ocazii speciale de comunicare față de spitalul sau serviciile ambulatorii de psihiatrie. Atunci când un pacient recurge la serviciile medicului de familie prezintă adesea simptome somatice și pleacă de la premiza că va găsi explicații cauzele somatice pentru suferința lui. Acest lucru se întâmplă și deoarece mulți pacienți au una sau mai multe suferințe cronice, ceea ce face dificil de interpretat simptomele somatice și de separat somaticul de psihic.

Nu este doar dificil ci și inoportun să se realizeze această separare.. Deoarece majoritatea pacienților care au o suferință psihologică nu au o tulburare psihiatrică majoră; mulți vor fi destul de refractari în a accepta trimiterea la psihiatrie.



Comunicarea intermedicală adesea foarte deficitară este o altă cauză pentru care bolnavul care ar putea beneficia de servicii psihiatrice ajunge arareori la psihiatri în orice caz mult mai rar decât ar fi util. Această ineficiență comunicare costă mult iar prețul este plătit atât de medic cât mai ales de pacient. Nu uitați niciodată că simpla discuție cu psihiatrul în absența oricărei alte intervenții psihoterapeutice poate ameliora considerabil starea bolnavului.

DIFICULTĂȚILE COMUNICĂRII ȘI CUM POT FI ACESTEA DEPĂȘITE

Dintre numeroasele bariere potențiale care pot perturba comunicarea eficientă medic-pacient, cea mai importantă este chiar psihiatrul.

FACTORII INTERNI CARE POT PERTURBA COMUNICAREA:
implicarea afectivă (atât implicarea pozitivă, cât și negativă tulbură precizia comunicării, precum și felul în care ea este percepută de auditor)
frica (teama comunicatorului că, prin ceea ce comunică, ar putea intra într-o situație neplăcută sau cea a ascultătorului - că ar putea auzi lucruri neconvenabile, vor perturba mesajul)
amenințarea statutului (dacă cel ce comunică nu este sigur de faptul că ceea ce comunică nu îi amenință imaginea personală, va evita să transmită mesajul complet sau va denatura anumite părți din el)
presupuneri subiective (dacă vorbitorul crede că ascultătorul îi este ostil sau indiferent și mesajul va fi distorsionat)
preocupări ascunse (dacă unul din parteneri are o preocupare diferită decât scopul pentru care se află în relația de comunicare - pecuniară, erotică - mesajul va fi perturbat)
fantasme (dacă medicul sau pacientul au o anumită imagine, pozitivă sau negativă, despre propria persoană diferită de realitate, aceasta va influența negativ comunicarea)

Dintre factorii semantici care perturbă mai frecvent comunicarea menționăm următoarele categorii:

1. vocabularul incomplet sau prea tehnicist vor face imposibilă comunicarea
2. gramatica (greșelile gramaticale vor denatura comunicarea, scăzând relația de încredere și deprecind imaginea celui care le face, mai ales atunci când acesta este medicul)
3. sintaxa (construcțiile verbale prea complicate sau după modelele altor limbi, perturbă relația de comunicare)
4. conotațiile emoționale ale unor cuvinte (anumite cuvinte, cu semnificație deosebită pentru unul dintre partenerii comunicării, vor perturba mesajul

prin polarizarea atenției sau suprasemnificarea unor fragmente de mesaj).

Relațiile dintre doctori și pacienți implică o varietate de impresii contrarii, mergând de la idealizarea romantică până la disperare cinică. Referitor la elementele ei de bază, relația este caracterizată prin percepțiile pe care fiecare participant le are despre interesele, motivațiile, capacitatea de înțelegere a celuilalt și respectul acordat celuilalt. După modul în care fiecare participant își joacă rolul, bazat pe diferite expectații se pot crea premisele, fie pentru o relație satisfăcătoare și eficientă, fie pentru alta suspicioasă cu frustrări și dezamăgire.

Carl Rogers definea drept "calități terapeutice de substanță": respectul (sau abordarea pozitivă necondiționată), originalitatea (sau congruența); empatia.

Aceste "calități terapeutice de substanță": reprezintă legături importante între arta și știința medicinei; îmbunătățesc abilitatea intervievatorului de a obține date referitoare la antecedentele medicale și istoricul pacientei, precum și exactitatea datelor obținute; conduc la obținerea unor mai bune relații terapeutice în practica obișnuită.

Empatia este primul pas în formarea unei relații medic-pacient. Empatia este definită ca fiind capacitatea de a reflecta cu acuratețe experiența interioară a unei alte persoane dar în pofida convingerii că aceasta este importantă, de cele mai multe ori medicii nu sunt empatici.

Pentru a da dovadă de empatie, medicul trebuie să fie suficient de curajos încât să tolereze și să accepte sentimentele, secretele și temerile pacienților și să fie dornic de a-și dezvălui sentimentele și emoțiile în fața pacientului atunci când este potrivit și util. Empatia necesită răbdare. Este util să priviți empatia ca un proces de feed-back. Începi prin a asculta cu atenție ce are pacientul de spus, și din punct de vedere științific și afectiv. Când crezi că ai înțeles, reacționezi prin a îi spune pacientului ce ai înțeles. Dacă vă veți afla pe aceeași lungime de undă, pacientul se va simți înțeles și încurajat să dezvăluie cât mai multe din părerile și sentimentele sale. Chiar dacă nu ai înțeles corect, dar îți arăți interesul verificând informațiile cumulate cu pacientul, acesta se va simți încurajat în a te corecta, oferindu-ți astfel posibilitatea de a reevalua și a răspunde corect.

Empatia implică și o înțelegere corectă și comunicarea acestei înțelegeri pacientei. Arta aceasta cere să identificăm nu doar simptome, ci și sentimente, nu doar cantitate ci și calitate.

CUVINTE CARE ILUSTREAZĂ TREPTILE (ETAPELE) UNUI SENTIMENT

Intensitate	Iritare	Bucuria	Anxietatea sau teama	Depresia
Slabă	Irascibil	Mulțumit	Neliniștit	Supărat
	Supărat	Bucuros	Nesigur	Amărât
	Iritat	Fericit	Cu presimțiri rele	Abătut
Medie	Furios	Deschis	Speriat	Descurajat
	Morocânos	Vesel	Tulburat	Mâhnit
	Certăreț	Bucuros	Temător	Nenorocit
Puternic	Infuriat	Triumfător	Torturat	Îndurerat
	Plin de ură	Radios	Scos din minți	Zdrobit
	Turbat	În extaz	Îngrozit	Terminat

Trăirile medicilor – mânie, iritare, simpatie, atracție – interferă cu capacitatea lor de a fi răbdători și de a asculta ceea ce pacienții lor încearcă să exprime. Doar cultivând abilitatea de a conștientiza propriile reacții emoționale, medicii pot respecta demnitatea pacienților și pot pune respectul acesteia presus de propriile valori și nevoi. Medicii care își cunosc limitele pot face față situațiilor dificile cu flexibilitate și modestie. O atitudine pozitivă poate ajuta medicul să evite sentimentele de agresivitate, pasivitate sau deznădejde și să își mențină calmul. Fără a-și nega propriile emoții sau a reprimă contratransferul, medicul poate „recicla” sentimentele emoțiilor negative în relația medic-pacient, aceasta a avut o evoluție mai bună. Această „descărcare emoțională” este adesea percepută pozitiv de către pacienți ca fiind un semn al unei reale preocupări.

TRĂSĂTURI DE PERSONALITATE ALE MEDICULUI CARE PREDISUN LA DIFICULTĂȚI
Dorința de a rezolva problemele, sentimentul apropierii
Dorința de a ajuta
Sacrificiul de sine, stoicismul
Munca intensă
Convingerea că știința poate soluționa suferința umană
Aversiunea față de risc
Așteptarea ca pacientul să împărtășească aceste valori
Aroganța
COMPORTAMENTE ALE PACIENTULUI CARE CONTRAVIN CU VALORILE MEDICULUI
Absența de la consultații
Noncompliance
Apeluri telefonice frecvente
Solicitarea frecventă a trimiterilor la consultații de specialitate
Urmărirea obținerii de compensații pentru suferință
Disfuncționalitate demonstrativă
Igiena deficitară

Limbaj vulgar, nepolitic
Parteneri sexuali multipli
Motivație redusă
Pacienți care nu plătesc consultațiile
Exprimarea emoțiilor (mânie, ostilitate)
Interesul excesiv pentru medicamente

Cu toate că crearea și susținerea unei legături emoționale cu pacientul pe durata interviului este esențială, un interviu bun nu este neapărat individual, nondirectiv, interpretativ sau caracterizat prin tăceri profunde sau revelații.

Cealaltă extremă a interviului – utilizarea de chestionare standardizate – permite medicului să obțină răspunsuri, dar, după cum afirma M.BALINT, nimic altceva decât răspunsuri; este posibil ca tocmai cele mai semnificative informații despre pacient să nu fie dezvăluite. Stilul „foarte controlat” caracterizat prin răspunsuri simple de tip da/nu poate conduce medicul la stabilirea unui diagnostic corect dar limitat care nu are ca rezultat înțelegerea pacientului.

MODELUL PSIHODINAMIC AL LUI GEBSETTEL AL DISTANTEI		
Nivelul de apropiere	Trăirile și atitudinile bolnavului	Trăirile și atitudinile medicului
<i>Faza apelului uman</i>	Se exprimă plastic prin cuvintele: „am nevoie de dumneavoastră”	Manifestă o atitudine de înțelegere față de bolnav, satisfăcând solicitările acestuia (nu-l frustrează, deci, în așteptările sale)
<i>Faza îndepărtării sau obiectivării</i>	Bolnavul spune despre medic: „el trebuie să știe ce am și ce trebuie să îmi facă” Fază dificilă pentru bolnav, mai ales dacă examenul clinic de laborator se prelungește: își poate eventual forma impresia că nu este decât un subiect de experimentări.	„este un caz, nu o persoană oarecare” Nu mai consideră bolnavul o persoană suferindă oarecare, ci un subiect de analiză științifică, trecând relațiile afective pe un plan secund; crește astfel distanța între pacient și medic. Dacă înainte ca diagnosticul să fie stabilit și planul terapeutic pus la punct, medicul nu se apropie de bolnav și îl consideră doar un caz medical, fără să vadă în acesta o persoană bine individualizată sub raport psihologic, de care trebuie să se ocupe, sentimentul frustrării, pe care bolnavul îl încearcă în această fază, se va accentua.
<i>Faza personalizării</i>	„El mă înțelege și mă va ajuta”	„El suferă, este bolnavul meu, eu pot să-l ajut”

Dată fiind lipsa de timp, problema medicului este găsirea unui echilibru între a fi directiv și nondirectiv, între inventarierea emoțiilor și exploatarea lor.

CONDIȚII PENTRU STABILIREA ECHILIBRULUI DIRECTIV/NON-DIRECTIV	
Abordarea aspectelor comportamentului, înfățișării, vorbirii, stării emoționale, gândurilor și judecății pacientului	Atunci când se evaluează sănătatea acestuia. Indiciile nonverbale furnizează informații valoroase, astfel că medicii care mențin un mai bun contact vizual detectează în mai mare măsură distresul emoțional.
Folosirea „ferestrei de oportunitate”	Adesea, pacienții nu dezvăluie la prima întâlnire cu medicul aspectele cele mai neliniștitoare pentru ei. Adesea, medicul nu poate să prevadă care subiecte sunt pentru pacient mai dificil de discutat.
Folosirea de cuvinte pe care pacientul le utilizează pentru a-și descrie experiențele	De multe ori, pacienții nu au avut experiențe anterioare cu psihiatri și nu vor putea diferenția problemele pe care medicul le consideră somatice (de ex. oboseala) de cele psihiatrice (de ex. depresia). În descrierea dispoziției, verificați ce înțelege pacientul prin cuvinte precum „slab” sau „paranoid”
Abordarea problemei confidențialității	Obțineți informații despre diversele probleme de la pacient și discutați despre realizarea comunicării cu alți membri ai echipei care îngrijește pacientul, precum și cu membri ai familiei acestuia
Găsirea de modalități de respectare a pacientului	Aceasta poate fi dificil mai ales atunci când pacientul dezvăluie informații care încalcă propriile valori ale medicului (ex. un pacient care recunoaște molestarea unui copil). Dați-i de înțeles pacientului că este o persoană cu valoare intrinsecă și trăsături pozitive. Faptele vor spune mai multe decât cuvintele
Folosiți-vă de relația de lungă durată pe care medicului de familie o are cu pacientul și familia sa	Veți avea posibilitatea de a strânge informații din anamneză, mai ales referitoare la adaptarea anterioară la boală și nivelul bazal de funcționare. Vă vor fi asigurate astfel indicii referitoare la caracterul cronic al simptomelor, la ce se așteaptă de la tratament și la tulburările de personalitate existente

Tratamentul psihiatric anterior, spitalizările și medicația vă vor oferi indicii referitoare la gândirea diagnostică anterioară, chiar dacă pacientul nu își dă seama sau nu dorește să dezvăluie informații despre diagnosticele psihiatrice anterioare.

Capacitatea de a comunica corect cu pacientul este caracteristică oricărui medic bun, iar faptul că insistăm aici asupra ei este legat de imposibilitatea realizării examenului psihic complet fără această comunicare.

În nici o specialitate, aptitudinile de comunicare nu joacă un rol mai important decât în psihiatrie și poate și de aceea toți marii medici, indiferent de specialitatea lor, au avut o largă deschidere spre psihiatrie. Alături de empatie respectul este una din calitățile esențiale în îmbunătățirea comunicării.

CÂTEVA REGULI PENTRU A EXPRIMA RESPECTUL FAȚĂ DE PACIENT

Să te prezinți clar și să specifici motivul pentru care te afli acolo. Din moment ce pacient nu îți este prieten, a i te adresa pe numele mic sau cu excesivă familiaritate demonstrează o lipsă de respect majoră.
Să te interesezi cum resimte pacientul situația în care se află (internat, aflat în cabinetul de consultații etc.).
Să discuți stând la nivelul pacientului, într-un loc în care poți fi ușor urmărit, văzut și auzit.
Să previi pacientul înainte de a face manevre medicale dureroase, în timpul examinării fizice și atunci când în cadrul anamnezei vă veți referi la lucruri care ar putea provoca suferință morală.
Să reacționezi astfel încât pacientul să fie conștient că ai auzit ce spune.

Cum este și firesc trăsăturile de personalitate ale medicului și cele ale pacientului joacă un rol modelator în procesul de comunicare, realizând așa-numitul stil de comunicare. Fiecare comunică așa cum este. Este de aceea de înțeles că în cazul celor cu tulburări de personalitate pot să apară tulburări de comunicare fără ca acest lucru să fie obligatoriu.

Prezentăm în tabelul următor o sinteză a trăsăturilor cele mai importante ale unor personalități normale și dizarmonice, trăsături care vor da nota dominantă a stilului de comunicare (după PUTNAM SM, LIPKIN MJ și ALȚII, 1995).

TRĂSĂTURA NORMALĂ	CARACTERISTICĂ POTENȚIAL DISFUNCȚIONALĂ	TULBURARE DE PERSONALITATE
Prudent	Reținut/suspicios	Paranoid
Excentric	Ciudat/schizoid	Schizotipal
Patetic	Teatral	Histrionic
Centrat pe propria persoană	Încrezut	Narcisist
Puțin sociabil	Autoritar/agresiv	Antisocial
Hipersensibil	Timid	Evitant
De încredere	Aderent/neaajutorat	Dependent
Atent	Controlat/rigid	Obsesiv-compulsiv
Posomorât	Necooperant	Pasiv-agresiv
	Haotic	Borderline

Prezentăm după R.M.EPSTEIN, F.BORRELL și M.CATERINA (2000) câteva din situațiile dificile de comunicare din cursul consultațiilor, ca și principalele cauze ale acestora:

PACIENȚI CU DIAGNOSTICE SPECIFICE
Psihopatologie – moderată până la severă
Distres somatic fără dovezi fizice
Abuz de substanțe
Hipocondrie

Obezitate
Durere cronică
Comportament sexual – afecțiuni înrudite
Afecțiuni în care pacientul este privit ca fiind vinovat
Neoplasme și alte boli letale
O problemă complexă ambiguă
TRĂSĂTURI DE PERSONALITATE ALE PACIENTULUI CARE POT PREDISPUNE LA DIFICULTĂȚI
Dependența exagerată
Siguranță de sine exagerată
Caracterul manipulativ
Respingerea încercărilor medicului de a acorda ajutor
Comportament autodistructiv
Căutarea celui mai bun medic în domeniu
Plângerile, lamentările
Exprimarea mâniei
Solicitarea a mai mult decât este medicul dispus să ofere

Dezvoltarea fără precedent a comunicațiilor telefonice a făcut ca o serie de psihiatri să abordeze și problema modului în care medicul va comunica cu pacientul său atunci când acesta va folosi această cale de comunicare. Nu ne referim aici la sistemul telepsihiatriei dezvoltat în unele țări cu posibilități tehnologice deosebite și care impune medierea ordinatului într-o comunicare face to face dar la distanță.

O serie de autori de prestigiu europeni și americani (BORRELL SI CARRIO, 1989; KAPLAN SI COLAB., 1997; LIPKIN, 1994) au sintetizat astfel abilitățile de bază de comunicare în asistența pe care medicul de familie trebuie să le aibă:

Întâmpină pacientul și îi află numele
Se prezintă, dând dovadă de respect și interes
Identifică motivul/motivele consultației
Ascultă cu atenție, fără a întrerupe sau direcționa răspunsurile pacientului
Încurajează pacientul să își folosească propriile cuvinte în relatare
Clarifică informațiile cu conținut ambiguu
Trece de la întrebări deschise la cele închise, solicitând informații și răspunzând la reacțiile psihologice ale pacientului
Înțelege punctul de vedere al pacientului înainte de a-l explica pe al său
Structurează fluxul de informații
Oferă informații într-un mod pe care pacientul îl înțelege
Verifică gradul de înțelegere al pacientului
Recepționează semnale privind convingerile, sentimentele / reacțiile pacientului
Încurajează pacientul să își asume responsabilitatea, să aibă încredere în sine
Oferă ajutor pentru viitor și un plan de consultații periodice

CAP. 3 EXAMENUL PSIHIATRIC

Examenul psihiatric este asemănător ca scop cu examenul medical obișnuit și cuprinde următoarele cinci etape:

- ◆ recunoașterea existenței unei tulburări,
- ◆ sesizarea semnificației ei într-o scală semiologică,
- ◆ stabilirea etiologiei acestei tulburări,
- ◆ înțelegerea personalității,
- ◆ corelarea cu vârsta bolnavului.

Totuși examenul psihiatric diferă de examenul medical curent prin pronunțata nuanțare a unora din etapele curente cât și prin modul de desfășurare.

Stabilirea ariei de desfășurare a acestui examen este evident o activitate utilă dar în același timp limitativ-restrictivă, deoarece ar putea conduce spre un model mărginit, care poate genera pericolul de ignorare a unor date din afara lui.

Principalul timp al oricărui examen este și rămâne, în orice model însă, discuția cu bolnavul, care constituie sursa principală de informație.

Această discuție, de fapt un dialog, impune două rigori examenatorului: aceea de a suprapune modul de înțelegere al procesului patologic pe care medicul îl obiectivează cu trăirile subiectivității sale ca partener angajat în relația de intercomunicare cu persoana și personalitatea bolnavului și aceea de a crea energia necesară desfășurării discuției.

Psihiatrul trebuie să știe să asculte.

Trebuie să știe să asculte activ: pentru a putea să asculte, se impune cu necesitate ca partenerul de discuție să vorbească. A refuza tăcerea, a menține discursul celui alt, de fapt baza materialului faptic pe care examenatorul îl va analiza și ordona, ține de arta și tehnica examenului.

Examenul psihiatric nu este însă un interogatoriu prestabilit, oricât ni s-ar părea că suntem de competenți, nu vom putea formula toate întrebările care să constituie, prin răspunsurile lor, modelele tuturor bolilor și, în nici un caz, al tuturor existențelor bolnavilor noștri.

Adecvarea întrebărilor este o știință care se fundamentează pe calitățile spirituale și pe orizontul cunoașterii medicului. În acest sens E.RIST arată: "Nu poți niciodată aprecia mai bine experiența clinică, știința,

pătrunderea psihologică, autoritatea morală a unui medic, decât atunci când îl asculți interogând un bolnav."

Supraîncărcarea informației, modelarea simptomatologiei după concepția pe care bolnavul însuși o are despre boala sa, sunt deseori elemente de finețe de care examinatorul ține cont în stabilirea diagnosticului.

Examenul psihiatric nu este o întâlnire întâmplătoare deoarece, nu trebuie uitat nici o clipă că istoria suferinței psihice interferă strâns cu istoria esențială a subiectului, în care ea creează o breșă și că subiectivitatea simptomatologiei psihice subînțelege imensa participare afectivă și personală a subiectului.

Aceasta, cu atât mai mult cu cât, modelul socio-cultural al civilizației noastre oferă medicului, prin tradiție, spre examinare corpul și mai nou derivatele sale, dar păstrează o reticentă vădită în ceea ce privește trăirile, impulsivitatea, sexualitatea, autovalorizarea.

Din acest motiv, relația examinator-examinat în cazul psihiatriei nu se poate construi decât având la bază o deplină încredere din partea bolnavului, care să-i poată încredința medicului, în deplină siguranță, problematica sa tainică și care nu a constituit obiectul nici unei alte confesiuni.

Prelucrarea acestor încărcături emoționale implică din partea examinatorului, în afara pregătirii medicale propriu-zise și a unei elasticități remarcabile în găsirea unor răspunsuri adecvate unor situații de viață, și o disponibilitate afectivă care să îl ajute în depășirea pesimismului interrelațional al bolnavului, făcându-se simpatice acestuia. Această simpatie trebuie înțeleasă în sensul etimologic al cuvântului (suferință, simțire împreună) și o dată stabilită, stă la baza întregii relații terapeutice.

Această permanentă adecvare a dialogului va fi însoțită de o continuă dinamică a nivelului de valori și noțiuni pe care medicul le caută sau le introduce în discuție. Astfel, pentru un inginer va fi un semn de boală imposibilitatea de a folosi rigla de calcul, dar pentru un agricultor același lucru nu va însemna nimic. Examinatorul trebuie să știe nu numai ce semnificație are semnul pe care îl descoperă, ci și nivelul la care să caute eventuala abatere, să desprindă din noianul de fapte, pe acelea care au semnificație în contextul dat.

Examinatorul nu-și va nega niciodată, în timpul examinării, identitatea sa de medic, nu va adopta atitudini de complezență, de evitare a confruntării de opinii cu bolnavul, confruntare pe care, de altfel, cel mult o poate amâna sau tempera. De asemenea, nu va avea atitudine agresivă sau ostilă pacientului, indiferent de motivul pentru care acesta este examinat sau de atitudinea verbală și gestuală pe care bolnavul o are față de el.

Înainte de a fi o chestiune de tehnică, examenul psihiatric este o problemă de experiență umană, o orientare originală impusă de situație,

fiind o rezultată a îmbinării acestei experiențe cu bagajul teoretic pe care psihiatrul îl posedă. Trebuie însă subliniat că deși sunt legate, cele două componente praxiologice ale examenului nu se pot înlocui reciproc.

Mai mult decât orice altă atitudine medicală, examenul psihiatric este contextual, neavând relevanță decât într-un cadru anume precizat.

Nu trebuie ignorat nici gradul de toleranță sau intoleranță al societății și mai ales al familiei față de semnele bolii psihice, tendința la disimulare spontană a acestora motivându-le ca extravagante, hiperdotare, "crize sufletești" sau exagerare (oboseală normală, capriciile obișnuite, pasiunile) luate drept boală. Studiul și examinarea pe cât posibil și a altor membri de familie sau obținerea unor date concrete despre colectivul de muncă, pot, nu o dată, să răstoarne o primă impresie, reorientând diagnosticul.

Structurarea datelor obținute prin examinare trebuie să se facă coerent, venind pe un model care este necesar să aibă marea sau primordiala calitate de a fi complet.

Această completitudine se referă la explorarea unor zone, care nu sunt puse de la început în lumină de discursul bolnavului. Blițul diagnostic nu este apanajul psihiatrului, nu are semnificație medicală și nici terapeutică. Niciodată un bolnav nu va beneficia cu nimic din diagnosticul de maniacal, depresiv etc. pus din momentul intrării pe ușa cabinetului de către medic. De altfel, deși poate să pară paradoxal unora, totuși în esență nu problema diagnosticului este aceea pe care examenul psihiatric este chemat să o facă în primul rând. Ea este aproape întotdeauna o a doua problemă.

Culegerea de informații privind starea actuală a bolnavului, deviația lui de la axa normalității acceptate în momentul examenului, va fi completată necesar cu datele biografice. Nuanțarea "momentelor biografice" subliniate de bolnav și extragerea din această secțiune longitudinală a datelor revelatoare pentru evidențierea trăsăturilor definitorii ale personalității, a fundalului pe care se desfășoară dinamica momentului actual, va da valoare și orizont întregului demers psihiatric. Ceea ce unii consideră neclaritate, incertitudine, imprecizie este și trebuie să fie pentru un specialist, o fină și competentă nuanțare. Valoarea unei analize atente și calitatea ei se naște tocmai din capacitatea discriminatorie și nu din brutalitatea criteriologică. Personalizarea bolii are nu numai semnificație fenomenologică ci va deschide porțile aparentului labirint clinico-terapeutic.

Neuitând că examenul psihiatric este un examen medical, psihiatrul va menționa și datele patografice ale bolnavului, antecedentele personale și familiale, chiar dacă acestea par a nu avea o legătură directă cu psihiatria. În acest sens, existența unor antecedente chirurgicale legate de un ulcer gastric va pune în discuție evident, o afecțiune psihosomatică etc.

Bolile copilăriei, traumatismele cranio-cerebrale, alte afecțiuni psihice pe care subiectul le-a avut, trebuie notate și valorizate în perspectivă istorică. De asemenea, se vor nota psihotraumele majore din traiectoria existențială a subiectului, ca și atitudinea față de alte boli, de medici, de spital, medicamente.

Istoricul tulburărilor actuale va fi căutat după modelul medical obișnuit dar, desigur aici se impune o triplă obiecție:

- bolnavul își poate ignora total boala;
- starea în care se află îl pune în imposibilitatea de a formula un astfel de istoric;
- istoricul are un caracter absurd, incredibil sau lipsit de inteligibilitate.

O particularitate a examenului psihiatric este generată și de faptul că cererea de examinare este formulată mai rar de bolnav decât de alte persoane, prin aceasta deosebindu-se net de cel din medicina somatică.

Cererea de consult psihiatric poate fi formulată în afara bolnavului, de familie, anturaj, medicul generalist sau medicul de altă specialitate. Facem o paranteză arătând că există o diferență netă între consultațiile cerute de alți specialiști psihiatrilor, în raport cu cele solicitate de psihiatru altor specialiști.

Fără să detaliem asupra acestei diferențe, credem că-și are originea, pe de o parte în acceptarea cu ușurință a modelului somatic al bolii de către bolnav, iar pe de altă parte în absența existenței unui minim instrumental și operațional, în ceea ce privește boala psihică, în pregătirea celorlalți specialiști.

În felul acesta se creează un paradox rațional în care psihiatrul oferă un ajutor care nu îi este cerut direct de către beneficiarul lui.

Se ridică astfel și problema sensului unei anumite cereri, indiferent de cel care o formulează, sens care trebuie corect determinat de la începutul examenului cât și pe parcursul acestuia, de către psihiatru.

În spatele cererii imediate poate exista una disimulată care impune prudență și o atitudine expectativă în examinare. Atunci când psihiatrul îl examinează pe bolnav în afara solicitării sale directe, dificultatea de relaționare crește deoarece, considerându-se sănătos (ba chiar mai mult considerându-i pe ceilalți bolnavi sau ostili), bolnavul nu vede utilitatea unui dialog cu examinatorul. Psihiatrul trebuie să evite pe cât posibil folosirea psihiatriei ca teren de dispută și a examenului ca timp de desfășurare a acesteia.

Circumstanțele de examen nu se suprapun decât uneori sau mai bine spus, decât rareori peste un model presupus teoretic. În orice caz este important de menționat că psihiatrul nu poate spune nimic despre un

bolnav pe care nu l-a văzut, el netrebuind să se lase înșelat de atmosfera dramatică din familie sau colectivitate, de părerile *competente* ale părinților, soțiilor sau vecinilor, de reprezentanții unor autorități sau chiar de cele ale colegilor de alte specialități.

Condițiile de examinare pot fi uneori excepționale sau alteori de o pericolozitate extremă și prin auto- sau heteroagresivitatea latentă sau manifestă a pacientului. Ele nu se aseamănă prin nimic cu imaginea idilică a internistului așezat înduioșător *numai pe partea dreaptă* a patului bolnavului care așteaptă *cu ochii plini de suferință și speranță*.

Situația în care se desfășoară examinarea poate fi, de asemenea, diferită atunci când pacientul este expertizat fie medico-legal, fie în vederea stabilirii capacității de muncă, când reactivitatea conjuncturală ca și unele aspecte motivaționale interferă și parazitează examinarea uneori într-o formă care face imposibilă separarea patologiei preexistente examenului.

Întregit cu examenele complementare, examenul psihiatric se finalizează în elaborarea diagnosticului și implicit în adoptarea strategiei terapeutice.

Medicul trebuie să aibă în primul rând cunoștințe, în al doilea rând să arate întotdeauna judecată. Aceste calități vor constitui cheia de boltă în realizarea strategiei demersului diagnostic-terapeutic.

Examenul psihiatric, prin funcția lui complexă de investigație, diagnostic și contact terapeutic, ca și prin interferența atitudinilor obiective și subiective din conduita medicului se delimitează ca un demers intelectual original și având o pondere deosebită în ceea ce privește creativitatea individuală a medicului.

EXAMINAREA STĂRII PSIHICE

Examinarea stării psihice este o procedură ordonată și sistematică asemănătoare cu examinarea somatică din medicină. Este făcută de rutină pentru fiecare nou pacient dar poate fi repetată, fie în întregime, fie parțial și de-a lungul unor întrevederi ulterioare.

Vom prezenta un sumar al principalelor aspecte ale stării psihice.

Fiecare dintre aceste aspecte este analizat la rândul lui, cu descrierea observațiilor care sunt de făcut și câteva teste care sunt de realizat și cu interpretarea acestor observații și relevanța lor pentru diagnostic.

Prezentarea și examinarea stării psihice în acest mod didactic este avantajoasă în special pentru medicul începător, dar totodată, în anumite limite arbitrară, deoarece diferitele funcții psihice tind să se suprapună.

Depărtându-ne de orice dogme, suntem de părere că tactica de examinare trebuie să aibă o singură mare calitate, aceea de a putea fi pusă în practică. Dialogul, examinarea va rămâne totuși sub controlul examina-

torului care îl va restrânge de la dimensiunea inițială nondirectivă, către precizarea în final a unor probleme la care ar fi fost imposibil de ajuns altfel. Nu va uita însă că formularea întrebărilor poate să sugereze unele răspunsuri "induse" care nu vor crește cu nimic nivelul posibilităților de orientare diagnostică. Nu se va insista direct asupra unor răspunsuri la întrebări care au stârnit evident jena, neliniștea bolnavului sau chiar ostilitatea acestuia.

Analizarea întregului material "faptic" obținut prin examinarea bolnavului trebuie să se facă organizat, și în nici un caz dialogul nu va avea desfășurarea unui interogatoriu, care poate să ia un aspect absurd chiar și în absența unor tulburări importante ale pacientului. Prescrierea unei durate pentru acest examen este foarte dificilă. Completarea lui prin reluarea în multe etape a conversației cu bolnavul, îl poate întregi și îl poate face mai complex.

ISTORICUL PERSONAL AL PACIENTULUI

Este bine ca inițial, istoricul personal să fie luat foarte complet și detaliat pentru că nimeni nu are capacitatea de a anticipa ce este relevant și ce nu dintr-o povestire care încă nu s-a spus.

Este nevoie de multă experiență pentru a obține date utile într-un timp limitat. Totuși, nu toate lucrurile sunt la fel de importante.

Istoricul personal va fi mult mai clar dacă va fi făcut în ordine cronologică, începând cu copilăria.

Suferința la naștere sau întârzierea în dezvoltarea psiho-motorie sunt elemente cu valoare explicativă atunci când sunt depistate.

Deseori pacienții menționează că au avut o copilărie nefericită și este important să se ceară atunci mai multe detalii. „*Ce a fost rău în copilărie? În ce fel aceste evenimente l-au afectat? Cât timp au durat evenimentele care l-au afectat? Ce soluții a găsit și cum s-a descurcat?*”

La pacienții care prezintă un amestec de simptome somatice și psihice, se va întreba întotdeauna despre starea sănătății corporale în copilărie și despre atitudinea celor care îl îngrijeau când era bolnav.

Istoricul formării profesionale

Într-un istoric personal detaliat se începe cu datele biografice din timpul școlii primare pentru a continua cu gimnaziul, liceul ș.a.m.d. Pacientul va fi întrebat despre adaptarea sa în sistemul școlar, materiile preferate, numărul de prieteni. De asemenea, va fi întrebat despre anumite ironii pe care colegii eventual le făceau la adresa lui, care erau obiectul acestor ironii, ce eventuale porecle i se dădeau și cum se înțelegea cu profesorii. Se vor nota performanțele și nivelul maxim al acestora, eșecurile și cauzele presupuse ale acestora. De asemenea, se va menționa faptul că pacientul a petrecut intervale îndelungate la cămin sau internat. Se vor nota dificultățile în procesul de învățare și felul în care pacientul a reușit să-și ia

examele. Se va insista asupra faptului că pacientul a urmat învățământul normal sau școli speciale, elemente utile în a aprecia existența unei eventuale suferințe organice sau a predispoziției spre tulburări caracteriale.

Istoricul sexualității pacientului

Acest subiect se începe întrebând pacientele de sex feminin la ce vârstă au avut primul ciclu iar apoi care a fost evoluția menstruelor, dacă acestea sunt însoțite de tulburări psihice (iritabilitate, disconfort, disforie) sau corporale. Se obțin date despre relațiile de prietenie cu băieții, despre debutul vieții sexuale, despre gradul de satisfacție pe care aceasta i-o produce. „*Are pacienta capacitatea de a avea relații intime? Există probleme de natură fizică în relațiile sexuale? „Au existat întreruperi de sarcini? Se folosesc mijloace anticoncepționale?”* Bărbații sunt întrebați „*La ce vârstă au început viața sexuală?, Dacă problemele sexuale se discutau liber în familie?, „Dacă există un libertinaj excesiv în relațiile cu celălalt sex?”* etc.

Tânărul evaluator nu trebuie să se limiteze la notarea problemelor pur fizice pe care pacientul le poate descrie, ci să încerce să evalueze capacitatea pacientului de a iubi pe cineva. Nu se vor pune întrebări despre activități homosexuale fără o informație voluntară din partea pacientului despre acest lucru și atunci când nu există motive de suspiciune. Dacă se vor discuta aceste probleme, aceasta se va face fără falsă pudoare și fără aerul că există o complicitate între investigator și pacient.

Istoricul marital

Mariajele fericite pot fi ușor și rapid observate. Dacă pacientul a mai fost căsătorit, se va obține o descriere a celorlalte căsnicii și a modului în care ele s-au sfârșit. „*La ce vârstă și-a cunoscut soțul și apoi când s-a căsătorit? Care este vârsta, starea de sănătate, ocupația partenerului? Are încredere în partenerul lui? Au fost probleme în căsnicia lor? (de exemplu separări, sau despărțiri traumatizante) Există satisfacție sexuală?*” Dacă nu au fost probleme se menționează acest lucru pe scurt, în caz contrar se face o descriere detaliată a problemei.

Se vor obține informații despre copii notându-se separat pentru fiecare copil: vârsta, sănătatea și alte probleme.

Istoricul profesional

Istoricul profesional oferă date valoroase despre personalitatea pacientului, ca și despre aptitudinile sale.

Întrebările vor fi simple și concrete: „*Care este ocupația curentă a pacientului? Dacă nu are nici una, de când nu lucrează? Câte locuri de muncă a avut, și care a fost ultima angajare de mai lungă durată? De ce apar aceste schimbări? Există un grad de satisfacție materială corespunzător activității prestate?*”

Promovările sau schimbările determinate de diferite circumstanțe nu necesită explicații, dar dacă cineva își schimbă foarte frecvent slujba, trebuie întrebate ce crede că nu este în ordine. O listă exactă cu locurile de muncă și perioadele de angajare nu este neapărat utilă, dar această parte a istoricului alături de istoricul familial oferă informații despre capacitatea pacientului de a suporta relațiile cu o autoritate sau tendința de a se da înapoi din fața dificultăților, în acest fel permițând aprecierea rezistenței și toleranței la frustrare, asumării responsabilității.

Circumstanțe sociale prezente

Această parte a istoricului se încheie încercând evaluarea circumstanțelor de viață actuale ale pacientului. *Ce rol joacă în familie? Cum se împacă cu cei cu care locuiește? Ce fel de locuință are? Ce tipuri de prieteni are?*

Istoric medico-legal

Dacă vor fi puse sau nu întrebări legate de acest subiect depinde de problema prezentată de pacient. De rutină sunt întrebați pacienții toxico-mani sau alcoolici.

Vor fi puse și întrebări în legătură cu absențe și alte probleme la școală, cu relațiile atât cu profesorii cât și cu ceilalți elevi. Trăsături anti-sociale pot fi cu ușurință identificate: *Au avut probleme cu poliția? Au apărut în instanță, fie ca minor, fie ca adult? Dacă da, pentru ce au fost acuzați? Au fost condamnați? Care a fost sentința?*

Istoric medical anterior

Trebuie menționat dacă au existat suferințe medicale, chirurgicale sau psihiatrice importante în istoricul trecut al bolnavului.

Harta vieții

Dacă apar relații între evenimentele de viață, bolile fizice și cele psihice, este util să fie toate ilustrate ca o hartă a vieții.

Harta vieții este un instrument simplu dar foarte eficient, realizarea ei fiind la îndemâna oricărui medic. Ea oferă o sinteză rapidă a evenimentelor din viața pacientului. Uneori această hartă poate fi „un adevărat roman”.

Exemplu de hartă a vieții (bolnavul XZ, 50 ani, schizofrenie paranoidă)

Vârsta	An	Evenimente de viață	Boli somatice	Boli psihice
1.	1952	Născută la 22.09.1952		
2.				
3.				
4.				
5.		Începutul școlii		
6.				

7.				
8.		Decesul tatălui Mama-depresie, dependență	Investigații pentru dureri abdominale	
9.				
10.	1962		Apendi-ectomie	
11.				
12.				
13.				
14.		Mama se recăsătorește		
15.		Intră primul la liceu		
16.	1969	Câștigă olimpiada națională de matematică		
17.	1970	Obține locul II la Olimpiada Internațională de Matematică		
18.	1971	Este student al Facultății de matematică		
19.	1972	Se logodește, rupe logodna, intrerupe serviciul, Are loc o a-2-a logodnă		Crize de anxietate
20.			Hepatitis virală	
21.	1974	Este repartizat la Institutul de Cercetări în domeniul matematicii		
22.	1975	Se înscrie la doctorat		Episod delirant. Este internat la Spitalul Obregia
23.				
24.				
25.	1978	Pleacă în Statele Unite pentru definitivarea doctoratului.		
26.	1979			Consum de alcool și droguri. Este internat 30 de zile într-o clinică de specialitate
27.	1980	Decesul mamei		
28.				Alcoolism cronic
29.				Alcoolism cronic
30.				Alcoolism cronic
31.	1984	Se repatriază fără să-și fi încheiat lucrarea de doctorat		Episod delirant acut. Este internat la Spitalul Obregia
32.	1985		Hepatitis cronică	Tratament de întreținere cu NLAP
33.				↓↓↓
34.				↓↓↓
35.	1988	Absențe repetate de la servici. Este în pericol de a fi concediat.		↓↓↓
36.				↓↓↓
37.				↓↓↓
38.	1991	Pleacă din nou în Statele Unite.		↓↓↓
39.	1992			Tratament de întreținere cu neuroleptice din clasa NOVEL
40.	1993			↓↓↓
41.				↓↓↓
42.	1994	Susține lucrarea de doctorat		↓↓↓
43.				↓↓↓
44.				↓↓↓
45.				↓↓↓
46.				↓↓↓
47.				↓↓↓
48.				↓↓↓
49.	2002			Episod delirant acut.

Personalitatea premorbidă

Personalitatea joacă un rol deosebit atât în riscul mai crescut de a face unele boli psihice cât și în coloratura pe care tablourile psihopatologice o iau la un pacient sau altul. De exemplu, persoanele cu trăsături ciclotimice au o probabilitate mai mare de a face o psihoză maniaco-depresivă.

Pot apărea două probleme majore în obținerea informației de la pacient. Se întâmplă adesea ca ei să spună ceea ce ar vrea să fie, cum ar vrea să fie, mai degrabă decât felul în care sunt de fapt. Pe de altă parte, oamenii nu pot spune lucruri pe care nu le cunosc nici ei înșiși iar dacă sunt depresivi au tendința să se vadă într-o lumină proastă. De aceea, examinatorul se va consulta pentru a fi obiectiv ori de câte ori e posibil cu rudele sau prietenii pacientului. Fără îndoială, pacientul rămâne principala sursă de informații în legătură cu problemele lui.

Istoric personal

Experiențele copilăriei	- stabilitate familială - separări/despărțiri
Școala	- durata și tipurile - educație superioară - calificări
Dezvoltarea sexuală	- informații despre educația sexuală primită - menarha - menopauza
Căsătoria/Căsătoriile	- separări (despărțiri) și alte probleme - relații sexuale și alte relații - soțul/soția - vârstă - ocupație - stare de sănătate
Copii	- numele - vârstă - stare de sănătate - probleme
Ocupație	- număr de locuri de muncă - durata la locurile de muncă - probleme - angajarea actuală
Circumstanțele sociale prezente	- locuința - membrii familiei - relații - dificultăți financiare - prieteni
Personalitate premorbidă	- interese - dispoziții - prietenii - alcool, droguri

Medico-legal	- confruntări cu poliția
	- acuzații
	- condamnări - în ordine cronologică
Antecedente patologice	- boli somatice și psihice

Se va urmări obținerea de informații din domeniile:

- intereselor și preocupărilor
- dispoziției
- prietenilor
- obiceiurilor și apetențelor – inclusiv alcool, medicamente, droguri, jocuri de noroc

Interviul cu aparținători (sau rudele)

Aceleași obiective se vor folosi atunci când examinatorul va discuta cu o rudă și va încerca să afle impresia asupra acestei persoane. Recurgerea la ajutorul familiei în furnizarea unor date va fi făcută, de la caz la caz, cu acordul explicit, tacit sau fără acesta, psihologului revenindu-i sarcina unor decizii în acest sens.

Evitarea unui transfer negativ ca și analizarea subiectivității relatărilor vor face ca aceste informații să-și păstreze interesul real și nu să sporească nelămuririle examinatorului.

Vor fi notate impresiile asupra persoanei care informează.

Va fi notată impresia generală pe care persoanele care stau de vorbă cu examinatorul o produce, de asemenea, vor fi notate reacțiile pe care starea pacientului le provoacă celor care furnizează informații despre el.

Boala actuală

Se va nota impresia pe care starea actuală o produce asupra pacientului, credințele lui despre această stare și despre posibila ei evoluție.

Antecedente psihiatrice heredo-colaterale

Se va nota dacă există un istoric psihiatric propriu sau heredo-colateral anterior sau dacă acesta este inexistent.

Istoricul psihiatric

Istoricul bolii prezente	- durata
	- apariția cronologică a simptomelor
	- suferințe asociate incapacității
	- revederea internărilor
	- tratamentul primit
Istoricul familial - părinți - frați/surori menționați în ordine	- vârsta
	- anul morții
	- ocupație
	- sănătate somatică și psihică
	- relații personale cu părinții

EXAMENUL PSIHIC

Critica bolii și capacitatea de apreciere a situației

Nu se vor folosi niciodată sentințe pentru a caracteriza prezența criticii față de boala psihică (prezentă/absentă) deoarece aceasta nu este niciodată completă și arareori total absentă. Conștiința bolii poate fi indicată la diferite nivele de-a lungul istoricului și examinării psihice.

Sunt comune formulări de felul:

N-am nevoie să văd un psihiatru/psiholog/medic. Eu nu sunt bolnav.

Familia a considerat că trebuie să vin aici.

Uneori declarațiile pacientului privind boala sa sunt în totală contradicție cu comportamentul său non-verbal (deși neagă existența unor tulburări psihice) acceptă cu ușurință internarea în spitalele de psihiatrie și își ia corect medicația.

TIPURI DE ÎNTREBĂRI RELEVANTE PENTRU CRITICA BOLII

<i>Considerați că sunteți bolnav?</i>
<i>Ce fel de suferințe credeți că aveți?</i>
<i>Credeți că suferințele dumneavoastră țin de o boală psihică?</i>
<i>Care credeți că e cauza acestei boli?</i>
<i>V-a neliniștit ceva în mod deosebit?</i>
<i>De ce fel de ajutor credeți că aveți nevoie acum?</i>

Realismul răspunsurilor pacientului precum și felul în care el resimte experiența patologică vor fi cu atenție evaluate.

REAȚIA EXAMINATORULUI FAȚĂ DE PACIENT

Este semnificativ să fie notată reacția examinatorului în raport cu întâlnirea avută cu pacientul. Va fi notată o reacție pozitivă sau stări ca tristețea, frustrarea, mânia. De asemenea, dacă a fost ușor sau dificil ca discuția să fie controlată.

Dacă pacientul este o persoană pasivă-dependentă vă va induce frustrarea în aceeași măsură ca și simpatia; o persoană agresivă, megalomană sau egocentrică care preia conducerea interviului, care vă împiedică să luați informațiile necesare și vă lasă cu sentimentul de inadecvare și de mânie sau alții, care fac frecvent declarații despre alte persoane, în special despre medici sau psihologi care i-au dezamăgit și, deci, vă induc sentimente de vinovăție.

Dacă descoperiți dificultăți în stabilirea unei relații de colaborare cu pacientul, stabiliți în ce măsură aceasta este determinată de comportamentul pacientului și dacă aceasta este ceva simptomatic pentru suferința sa psihică acută. Este importantă depistarea dificultăților de lungă durată pe care pacientul le-a avut în relațiile cu familia, cu colegii de servicii sau cu alții. Reacția dumneavoastră față de pacient este probabil asemănătoare cu a celorlalți și vă poate oferi multe indicii în legătură cu personalitatea pacientului.

Datele culese cu ocazia examenului făcut reprezintă un tezaur de informație excepțional care poate ajuta mult în stabilirea diagnosticului și conduitei terapeutice celei mai potrivite. Prezentate într-o ordine logică și într-un limbaj de specialitate, aceste date vor constitui dovada certă a nivelului de maturitate profesională a examinatorului.

ELEMENTELE EXAMENULUI PSIHIC

1. Reacția pacientului față de examinator

Examinarea stării psihice trebuie să înceapă cu o scurtă descriere a modului în care arată pacientul, astfel încât o altă persoană care ascultă relatarea să poată recunoaște pacientul într-o cameră aglomerată. La începutul examinării va fi notată reacția față de examinator a pacientului.

Pacientul poate fi: prietenos, cooperant, lamentativ, suspicios, critic, etc.

Cei aflați la începutul carierei tind să considere că sunt vinovați atunci când pacientul refuză să coopereze sau declară imediat că "pacientul e dificil". Oricum, o astfel de atitudine din partea pacientului reprezintă o parte importantă a stării psihice a persoanei și oferă indicații despre modul în care pacientul se relaționează cu ceilalți într-o anumită perioadă de timp. Trebuie să considerăm dacă un asemenea comportament:

- a) este o reacție a pacientului la un mediu nefamiliar și la o experiență stresantă
- b) e un simptom de boală sau
- c) indică o tulburare de personalitate

2. Ținuta, mimica, gestică, conduita motorie

Sunt elemente integrante ale comunicării non-verbale care ne oferă o viziune de ansamblu asupra pacientului.

Ținuta unui pacient ne arată în primul rând gradul de aderență al pacientului la regulile de conveniență socială. Când urmărim ținuta bolnavului ne interesează aspectul exterior al bolnavului în totalitatea lui: gradul de igienă, adecvarea îmbrăcăminții, modul în care se piaptănă, accesoriile vestimentare, machiajul. Se va ține cont, desigur, de diferențele firești în funcție de vârstă, sexul biologic, grupul cultural, necesitățile sociale.

Semnele unei capacități deficitare de autoîngrijire:

- igienă deficitară
- barbă nerasă
- miros de transpirație
- haine pătate
- haine prea largi datorită scăderii în greutate

Acestea apar în multe boli psihice, în special în: boli depresive, demență, schizofrenie.

Ținuta dezordonată poate apărea în întârzierea mintală, demențe, stări confuzionale, schizofrenie, manie. Pierderea aptitudinilor elementare de autoîngrijire dă pacientului un aspect particular - gatismul, care se întâlnește în demențele profunde și oligofreniile grave.

Rafinamentul vestimentar se întâlnește în: isterie, homosexualitate și într-o formă particulară - în schizofrenie.

Ținuta excentrică, cu detalii bizare se întâlnește în: schizofrenii, deliruri cronice (fiind în concordanță cu conținutul acestora), stări maniacale (satisfăcând tendințele ludice și provocator erotice ale subiectului).

Ținuta pervertită este reprezentată de două forme particulare:

- **Cisvestismul.** Este o îmbrăcăminte neadecvată vârstei sau situației în care se află pacientul și se întâlnește la structurile dizarmonice de personalitate, maniacali și schizofreni sau în demențe. Astfel, dacă o pacientă de 70 de ani se va îmbrăca într-o rochie scurtă, înflorată și eventual se va coafa cu codițe, acest aspect îl poate rapid orienta pe student către un diagnostic de sindrom deteriorativ.
- **Transvestismul** este folosirea îmbrăcăminții sexului opus, de către persoane al căror sex biologic este bine exprimat (fenotip, genotip, constelație

hormonală). Se asociază uneori cu homosexualitatea și este mai frecventă la bărbați.

Mimica este un alt tip de comunicare non verbală folosind drept suport expresia facială și modificările acesteia după coduri cu o importanță determinare socio-culturală și etnică.

Hipermimiiile se întâlnesc în multe tulburări psihice – stări maniacale, depresie, deliruri de persecuție, tulburări anxioase.

Hipomimiiile se întâlnesc în sindromul catatonie, în stuporul depresiv, în oligofrenii, în boala Parkinson, etc.

În **paramimii** limbajul și expresia mimică sunt disociate și neadecvate conținutului discuției. Sunt specifice schizofreniei, putând îmbrăca aspectul surâsului schizofren, prostrației, furtunilor mimice, incoerenței mimice, manierismelor și stereotipiilor.

Gestică este compusă din ansamblul mișcărilor voluntare sau involuntare cu funcție de expresie, simbolizare, conduite cu o anumită semnificație.

Ticurile sunt gesturi scurte, repetate involuntar, fără necesitate obiectivă. Se pot prezenta într-o nesfârșită varietate clinică de la mișcări simple (clipit, tuse, ridicări de umăr etc.) până la acte cu un grad mai mare de complexitate. Ticurile sunt amplificate de anxietate, emoții, stări conflictuale și diminuează atunci când pacientul este mai liniștit. Apar în tulburări anxioase, obsesiv-compulsive, la structurile psihastenice. O variantă particulară este *sindromul Gilles de la Tourette* (boala ticurilor), care constă în asocierea unor ticuri multiple afectând în special regiunea capului și membrele la care se adaugă ticuri vocale (plescăituri, mormăituri, etc.) și impulsivitatea irezistibilă de a rosti obscenități (coprolalie).

Manierismele sunt mișcări parazitare care accentuează inutil expresivitatea gesticii dându-i o configurație artificială.

Bizareriile gestuale reprezintă o formă exagerată a manierismelor, gestualitatea fiind încărcată de o simbolistică din ce în ce mai incomprehensibilă. Se întâlnesc în schizofrenie, isterie, personalități dizarmonice sau fac parte din tentativele pacientului simulant de a căpăta aspectul unui bolnav psihic.

Negativismul se caracterizează prin rezistența subiectului la orice solicitare exterioară, prin refuzul stabilirii comunicării. Se întâlnește în schizofrenie dar poate exista într-o formă incomplet exprimată și având o altă semnificație, în întârzierile mintale, stările confuzionale și depresie.

Stereotipiile sunt conduite repetitive, de atitudine sau gestică, cu caracter mai mult sau mai puțin simbolic. Se întâlnesc în schizofrenii, oligofrenii, demențe, afecțiuni neurologice cronice.

Perseverările se traduc prin persistența anumitor atitudini și gesturi cu caracter iterativ, nejustificate de o anumită situație sau de o comandă și se întâlnesc în tulburările demențiale, la persoanele cu retard mintal, în schizofrenie.

Dezorganizarea conduitei motorii. Circumstanțe clinice de apariție

Tipul de dezorganizare motorie	Descriere psihopatologică	Circumstanțe de apariție
Agitația	dezorganizare globală a conduitei motorii, fiind de regulă corelată cu dezorganizarea ierarhizării instanțelor psihice și concretizându-se în acte motorii neordonate care se desfășoară aleatoriu și care se diferențiază după structurile psihopatologice de care depind	stări confuzionale, tulburări de personalitate, episod maniacal, schizofrenie, epilepsie, stări reziduale
Inhibiția motorie	încetinirea până la dispariție a activității motorii însoțită de regulă de tulburări în discursivitatea gândirii și ale comunicării nonverbale	depresii de diferite intensități, schizofrenii, forma catatonică și după tratament neuroleptic stări reziduale
Catonia	dezintegrare a conduitei psihomotorii prin lipsă de inițiativă motorie, tradusă prin catalepsie, inadecvare completă a mișcărilor, reducerea lor la un nivel semi-automat și stereotip Sindromul catonic grupează o serie de fenomene psihomotorii: catalepsia, flexibilitate ceroasă, parakinezii, la care se adaugă negativismul și sugestibilitatea ca și o serie de tulburări neurovegetative	stări toxico-septice, encefalite acute și subacute, sifilis central, paralizie centrală progresivă, intoxicații, tumori cerebrale, schizofrenie, depresie majoră
Impulsivitățile	acțiuni cu declanșare bruscă, cu caracter irațional, brutal sau periculos, care apar spontan sau ca o reacție disproporționată la un stimul extern, scapă controlului volițional al subiectului se pot manifesta ca acte heteroagresive, autoagresive sau ca note comportamentale, predominant afectiv-instinctuale	tulburări organice de personalitate tulburări de personalitate schizofrenie, epilepsie
Impulsivitatea	predispoziția unui subiect de a avea impulsivități	tulburări de personalitate întârziere mintală sdr. psihoorganic deteriorativ demențe
Raptusul	manifestări paroxistice cu exprimare motorie și debut exploziv care apar după o tensiune afectivă extremă, sau în automatismul motor incoercibil. Se poate însoți de amnezie lacunară	depresie inhibată schizofrenie catatonică epilepsie alcoolism
Fugile	părăsirea bruscă a domiciliului sau a locului de muncă datorată nevoii irezistibile a subiectului de a pleca. Fuga este imprezvizibilă, irațională și limitată în timp	epilepsie reacții posttraumatice tulburări de personalitate boli toxicoinfecțioase schizofrenie deliruri sistematizate demențe senile

Conduita motorie a pacientului în timpul interviului este alt element esențial care oferă indicii valoroase în privința tipului de patologie cu care ne vom confrunta. Astfel, vom observa poziția bolnavului în timpul examinării, atitudinea lui, viteza mișcărilor sau lentoarea. Are bolnavul mișcările

rapide – tahikinezie sau lente – bradikinezie? De asemenea, este important de menționat eventuala prezență a mișcărilor involuntare.

Nu va trebui să neglijem tulburările motorii induse de neuroleptice. Este esențial să ne dăm seama că neliniștea psiho-motorie a pacientului este, de exemplu, akatisie pentru de acest lucru depinde în continuare atitudinea terapeutică care fie va presupune fie creșterea dozei de neuroleptic, fie diminuarea sau oprirea medicației.

Tulburări motorii induse de tratamentul cu neuroleptice

Distonia acută constă în mișcări lente, prelungite, contorsionate ale musculaturii axiale, feței, limbii, etc. din care rezultă atitudini motorii contorsionate sau contracțiunile unor diferite grupuri musculare. Cele mai frecvente distonii induse de neuroleptice sunt:

- Torticolis
- Protruzia limbii
- Crize oculogire cu plafonarea privirii
- Distonii cu aspect convulsiv ale brațelor
- Trismus, stridor cu cianoză periorală

Distoniile creează o stare intensă de neliniște, anxietate, cu atât mai mult cu cât spasmele pot persista de la câteva minute, la câteva ore. În general, ele apar în primele 7 zile de tratament neuroleptic, dar frecvent în primele 24-48 ore. Distoniiile pot apărea la creșterea dozei de neuroleptic sau la scăderea dozei de medicament corector. Trebuie menționat că distonia poate apărea la orice tip de neuroleptic, în special la cele cu potență antipsihotică mare.

Akatisia este definită ca o senzație subiectivă de neliniște ce asociază o componentă psihică și una motorie. Bolnavul simte în permanență nevoia de a se foi, de a-și pendula picioarele. Se balansează de pe un picior pe altul și simte nevoia imperioasă de a merge pentru a-și ameliora senzația de neliniște. Akatisia mai poate fi definită prin imposibilitatea de a rămâne în poziție șezândă din nevoia de a se mișca în permanență.

În **tasikinezie** nevoia subiectivă de mișcare este tradusă prin mobilizare efectivă. Aceste tulburări motorii apar după câteva ore la câteva zile de la inițierea tratamentului neuroleptic.

Diskineziile sunt mișcări involuntare, anormale întâlnite adesea în regiunea periorală dar care pot, de asemenea, apărea la nivelul musculaturii axiale și la extremități, și sunt atribuite medicației neuroleptice. În timp ce nu există nici o îndoială că diskineziile sunt câteodată exacerbate (dar și diminuate) de medicația neuroleptică, nu este clar stabilit dacă diskinezia persistentă întâlnită la unii pacienți cronici este neapărat cauzată de medicația neuroleptică.

Aceste stări sunt numite "diskinezie tardivă" (pentru că apar târziu și sunt ireversibile). Astfel de anomalii de mișcare au fost bine descrise la pacienți înainte de era neurolepticelor moderne și sunt, de asemenea, raportate la pacienți în zilele noastre care nu au primit niciodată o astfel de medicație. Sunt mai frecvent întâl-

nite la pacienți cu simptome negative; ele pot fi o componentă a stării defectuale din schizofrenie.

Diskinezia tardivă apare în special la nivelul musculaturii buco-maxilo-faciale și prezintă următoarele caracteristici:

- Are caracter intențional
- Dispare în somn
- Prezintă o ireversibilitate

Sindromul Parkinsonian Reprezintă cea mai frecventă manifestare extra-piramidală. Apare la câteva zile-săptămâni de tratament continuu. Simptomele cuprinse în cadrul acestui sindrom sunt: bradikinezia, bradilalia, bradipsihia, hipertonie plastică (încordarea musculaturii axiale), tremor de repaus, la care se asociază o serie de simptome neurovegetative: hipersudorație, sialoree, seborree. În prima etapă de la apariția acestui sindrom, se constată o încetinire a mișcărilor, până la dispariția atât a mișcărilor automate, cât și a celor voluntare. Pacientul este lent, îi scad inițiativele, este aparent stuporos fără să existe însă vreo modificare de conștiință. Ulterior, se instalează rigiditatea și apare tremorul, de obicei la nivelul membrelor superioare. Este un tremor fin, intențional, dispare în somn și se accentuează la emoții. Rigiditatea se evidențiază prin semnul „roții dințate”. Faciesul bolnavului are o expresie particulară; este fixat, inexpresiv, nu clipește. Discursul este cu voce monotonă și puține cuvinte. Mișcările automate prezintă lipsa de sinergie în așezarea/ridicarea de pe scaun, bolnavul nu mai poate sta picior peste picior. Bolnavul are dificultăți în a iniția și cele mai simple mișcări voluntare. Mersul este cu pași mici, târșăiți, cu brațele pe lângă corp, ceea ce îi dă aspectul de „robot” care îi sperie adesea pe membrii familiei.

3. Vorbirea

Comunicarea pacientului poate fi spontană, productivă sau acesta să răspundă laconic, doar la întrebările uneori repetate ale examinatorului. Răspunsurile pot fi date cu o latență crescută sau pacientul să nu răspundă deloc. Fie va vorbi coerent, fluent și la obiect sau, dimpotrivă, vorbirea va fi circumstanțială sau tangențială la obiectul discuției. Uneori, în timpul discursului, bolnavul se poate opri brusc (baraj verbal), corespunzând întreruperii în fluxul gândirii (barajului ideativ).

Înainte de a observa conținutul vorbirii, ne interesează să notăm debitul, ritmul și fluența verbală, tonalitatea și intensitatea vorbirii, gradul de adecvare al discursului, tulburările de formă.

Există o diferență esențială între forma și conținutul gândirii: forma este modul în care se vorbește și conținutul este ceea ce se spune. De exemplu: putem vorbi repede într-o manieră dezlănătă (formă) dar aceasta nu dă indicații dacă vorbim despre vreme sau următoarea noastră masă (conținut).

Viteza vorbirii variază mult de la o persoană la alta astfel că o vorbire moderat rapidă sau ușor mai lentă nu pot fi apreciate ca morbide.

Extremele de viteză pot fi asociate cu modificări în volumul vocii și, de asemenea, în cantitatea vorbirii. Schimbări în volumul vorbirii apar în depresie și manie, în care vocea pacientului de-abia se aude sau răsună în încăperea. O diminuare a vorbirii apare uneori în demență când pacienții vorbesc puțin; din contră pot vorbi mult, fără însă să comunice, ca mesaj, decât puțin sau deloc.

Pentru a stabili continuitatea vorbirii, se va nota dacă vorbirea este ezitantă, cu întreruperi mai lungi decât cele obișnuite pentru gândire, dacă este coerentă, dacă este relevantă pentru conversația curentă. Se va ține seama că acestea ar trebui judecate mai mult prin ceea ce este relevant pentru pacient, care poate fi preocupat de o criză din viața sa și nu în primul rând pentru ceea ce este relevant pentru dumneavoastră, pentru examinator.

Ezitatea în vorbire este o trăsătură comună pentru cei ce sunt anxioși sau depresivi, indeciși sau preocupați de necazuri. Atenție, surditatea - deseori nebănuită - poate fi un impediment comun pentru fluența conversației!

Se va nota folosirea de către pacient a unor cuvinte create de el însuși (neologisme) sau a unor construcții gramaticale stranii. Dacă observați că tulburarea de vorbire este caracteristică unei boli este indicat să dați un citat.

Pacientul poate vorbi circumstanțial sau poate trece de la un subiect la altul, aparent fără alt scop decât contactul social. Această situație trebuie diferențiată de tulburarea asociațiilor de idei în care vorbirea, aparent încearcă dar nu reușește să urmeze o secvență logică.

În tulburările de exprimare a gândirii, secvența logică a ideilor poate fi profund alterată astfel că propoziții consecutive sunt nelegate între ele sau o singură propoziție poate conține elemente complet disparate. Întrebați întotdeauna pacientul ce anume a vrut să spună, rugați-l să explice asociația dintre cele două idei dacă nu sunteți capabili să stabiliți de la început o legătură inteligibilă. Explicația fie va consta într-o și mai mare tulburare în gândirea logică, fie va avea o explicație logică care nu a părut evidentă de la început.

Forma maximă de dezorganizare a gândirii exprimată în vorbire este un amestec de cuvinte nelegate între ele și este cunoscută sub numele de „*salată de cuvinte*”

Fuga de idei descrie tulburările de vorbire ale pacientului, în general maniacial, care trece de la un subiect la altul rapid, cu asociații de idei superficiale sau întâmplătoare. Ideile sunt totuși asociate și pacientul revine, în cele din urmă, la tema inițială. Asemenea „fugă” este de obicei asociată cu presiunea vorbirii spre deosebire de tulburările de gândire din

schizofrenie în care pacientul răspunde cu latență crescută. Totuși, în practică, forma tulburărilor de gândire și vorbire din schizofrenie și manie pot fi similare încât sunt dificil de diferențiat.

Dacă pacientul se blochează brusc în timpul examinării, cel mai adesea explicația este că pacientul e anxios dar luați în considerare și barajul mintal; întrebați-l pe pacient ce s-a întâmplat în această pauză de vorbire. O altă posibilitate care să explice o întrerupere bruscă în fluxul vorbirii este existența unei crize de tip absență epileptică

Perseverarea presupune repetiția unui răspuns într-un mod inutil sau neadecvat. De exemplu: **Ce zi e azi?** Luni. (corect)

În ce zi ai venit la spital? Luni.

Care este numele spitalului? Luni.

Perseverarea verbală este adesea asociată cu perseverarea motorie și indică o tulburare organică cerebrală.

Debitul verbal comportă următoarele tipuri de tulburări:

Tulburarea de debit verbal	Conținut psihopatologic	Circumstanțe de apariție
Hiperactivitatea verbală simplă (bavardajul)	fluxul de cuvinte este crescut	Normal Personalități dizarmonice (de teama schimbului liber de idei vorbesc permanent fără a interesa opiniile celorlalți)
Logoreea	creștere marcată a fluxului cuvintelor însoțită de creșterea ritmului verbal	în stări de excitație, de agitație, în mania acută, la paranoici
Hipoactivitatea simplă	Vorbirea are un aspect ezitant și monoton	se observă la persoanele timide, psihastenice, care evită să-și expună ideile proprii și caută să nu lezeze auditoriul
Inactivitatea totală - mutismul	absența vorbirii legată de un factor afectiv mai mult sau mai puțin involuntar, fără a se datora unei leziuni a centrilor sau organelor vorbirii.	isterie, stările stuporoase reactive, catatonie, stuporul depresiv, stările confuzionale, demență, tulburarea obsesiv-compulsivă
	<i>mutismul relativ</i> expresia verbală este redusă cu păstrarea expresiei mimice, gestuale și a limbajului scris	stări confuzionale stări delirante
	o altă formă a mutismului relativ (<i>mutismul discontinuu</i> semi-mutismul),	

Inactivitatea totală - mutacismul	mutism deliberat, voluntar	manie, stările delirante, tulburarea de personalitate histrionică și schizoidă, oligofrenie, demențe, simulație
--	----------------------------	---

Ritmul verbal. Tulburările ritmului verbal sunt reprezentate de:

Tulburările ritmului verbal	Conținut psihopatologic	Circumstanțe de apariție
Tahifemia	accelerarea ritmului limbajului	în stări de insomnie, stări de agitație în psallalie unde se asociază cu iterația
Bradifemia	încetinirea ritmului limbajului	stări depresive, demențe, oligofrenie, epilepsie
Afemia	imposibilitatea de a vorbi; deși subiectul mișcă limba și buzele, își exprimă incapacitatea sa de comunicare verbală prin mimică.	
Ritmul neregulat		<i>baraj verbal</i> (discontinuitate corespunzătoare barajului ideativ), balbism, iterație

Intensitatea vorbirii. În stările de excitație, agitație, la paranoici, la hipomaniacali, se descriu vorbirea cu voce tare, exclamațiile, vorbirea cu strigăte. În depresii apare vorbirea șoptită, care în isterie poartă numele de musitație.

Coloratura vorbirii se concretizează prin vorbire monotonă (în depresie), afectată, puerilă (în schizofrenie sau isterie).

Tulburările fonetice se referă la tulburări ale articulației și pronunțării cuvintelor (dizartrii și dislalii), care sunt date de dificultate de execuție a mișcărilor coordonate sintonic ale aparatului fonator. Ele se întâlnesc în afecțiuni neurologice (ex. boala Parkinson, boala Wilson, coree) și în afecțiuni psihice (ex. isterie, tulburări anxioase, schizofrenie, demențe). Aceste tulburări sunt reprezentate de: rotacism, sigmatism, rinolalie, balbism.

Tulburările semanticii și sintaxei vorbirii

Se referă la modificările apărute la nivel de cuvânt, frază, limbaj.

Paralogismul este un cuvânt normal, dar utilizat în sens diferit de cel uzual.

Neologismul este un cuvânt nou, creat prin mecanismele obișnuite de formare a cuvintelor noi: compoziția simplă, contaminare, fuziune a unor fragmente de cuvinte.

Embololalia este inserția într-un discurs normal a unuia sau mai multor cuvinte străine frazei care revin periodic.

Agramatismul este limbajul lipsit de articole, conjuncții, prepoziții, redus la un schelet de „stil telegrafic”.

Paragramatismul constă în expresii bizare și neformații verbale, plecând de la rădăcini corecte.

Elipsa sintactică constă în suprimarea unor cuvinte sau a prepozițiilor care ar da sens frazei a cărei elemente principale rămân însă incluse în structura ei.

Onomatonomia constă în repetarea obsedantă a unui asau a mai multor cuvinte, în general grosolane.

Asintaxia este limbajul lipsit total de structură gramaticală constând într-o succesiune de cuvinte care își păstrează însă semnificația.

Stereotipiile verbale constau în repetarea uniformă de cuvinte izolate sau grupate invariabil cu un caracter ritmat, regulat, monotonic.

Ecolalia este repetarea cuvintelor interlocutorului, de obicei asociată cu reproducerea intonației.

Psitacismul este vorbirea total lipsită de sens, „de papagal”.

Glosomania cuprinde ansamblul manifestărilor verbale neformate, acumulate fără sintaxă, lipsite de semnificație proprie, acest limbaj neavând valoare de mesaj, ci doar un joc megalomanic întâlnit în manie și schizofrenie.

Verbigeratia constă în debitarea automată de cuvinte fără legătură, fragmente de fraze sau fraze întregi nelegate între ele, cu deformarea sintaxei, cu neologisme ce fac limbajul incomprehensibil.

Toate aceste tulburări izolate sau grupate întâlnesc în schizofrenie, tulburări delirante, confuzie onirică, afazii, tulburări dementiale.

Dezorganizarea maximă în semantica limbajului se întâlnește în schizofrenie.

Tulburările semantice ale limbajului în schizofrenie

Denumire	Manifestare
Schizofazie sau discordanță verbală	discurs specific în care, după un debut prin câteva fraze comprehensibile, se transformă prin gruparea cuvintelor și neologismelor intercalate cu debit rapid, într-un limbaj ermetic, căruia doar intonația îi traduce o notă afectivă inteligibilă – interogație, ură, declarație

Glosolalie	structurarea de către bolnav a unei limbi noi, care se organizează și se îmbogățește progresiv; are de obicei un conținut delirant de tip paranoid
Pseudoglosolaliile	deformări sistematice ale unor cuvinte generând un limbaj nou în aparență, puțin diferit filologic de un jargon
Schizoparalexia	Introducerea de litere parazite în cuvintele pe care le pronunță bolnavul
Schizoparafazia	reprezintă gradul extrem al discordanței verbale
Incoerența verbală	ca formă de maximă alterare, incomprehensibil, ireductibil la o analiză gramaticală

4. STAREA DE CONȘTIINȚĂ

De cele mai multe ori pacientul psihic examinat va fi lucid. Întotdeauna notați orice semn de boală și nivelul conștienței.

Este pacientul - treaz, alert, vigil

- răspunde normal la stimuli

- adormit

- de netrezit, nu răspunde la stimuli

Spre deosebire de oboseala normală – o stare de conștiență modificată este intens sugestivă pentru o suferință organică cerebrală – în particular delirium.

Inatenția apare frecvent și în bolile afective. Testele de orientare pot ajuta la diferențierea acestora. Există multiple situații psihopatologice în care conștiința va prezenta tulburări cantitative sau calitative.

Tulburările cantitative ale câmpului de conștiință

Obtuzia constă în bradipsihie cu hipoprosexie în special spontană, scăderea supleței proceselor de gândire, parafazii, lentoare în înțelegerea întrebărilor și formularea răspunsurilor.

Hebetudinea – desprindere de realitate, pe care nu o mai poate cuprinde ca ansamblu, perplexitate și indiferență.

Torpoarea se manifestă prin bradikinezie, hipobulie, scăderea participării afective, ușoară dezorientare cu stări de somnolență.

Obnubilarea reprezintă o denivelare mai importantă a vigilității, cu hipoprosexie severă și dificultăți mnezice mixte, creșterea pragurilor senzoriale și dificultăți în înțelegere și sinteză, care se desfășoară cu o greutate sporită. La stimuli intenși sau la repetarea întrebărilor, răspunsurile pot crește în precizie și claritate.

Stuporul este o tulburare severă a vigilității, însoțită de inhibiție psiho-motorie (mutism, akinezie, negativism alimentar). Bolnavul nu reacționează decât la excitații foarte puternice, nu răspunde la întrebări și nu pare a înțelege contextul în care se află. Mimica bolnavului este inexpr-

sivă sau exprimă un grad de anxietate, atitudinea este inertă, dar opune rezistență la mișcările provocate.

Soporul – stare de somnolență patologică în care contactul cu ambianța se face foarte dificil, fiind întretăiat de perioade de somn.

Suspendarea completă a conștiinței ce apare în criza epileptică, lipotimie, sincopă și comă. Se caracterizează printr-o suspendare a funcțiilor relaționale (apsihism) cu păstrarea funcțiilor vegetative, care însă, spre deosebire de somn, sunt alterate în diferite grade.

Tulburările calitative ale stării de conștiință

Starea crepusculară constă într-o modificare de aspect critic, cu debut și sfârșit brusc, a clarității câmpului conștiinței în diferite grade, asociată cu îngustarea lui, ceea ce permite menținerea unei activități automate cu acte motorii coordonate, dar neobișnuite și fără legătură cu ocupațiile anterioare față de care pacientul prezintă amnezie totală, lacunară sau parțială în funcție de profunzimea modificării gradului de vigilitate. Subiectul trăiește o stare de derealizare, pe fondul căreia pot apărea fenomene delirant-halucinatorii, precum și modificări importante ale stării afective (exaltare, angoasă, disforie) care pot modifica considerabil comportamentul bolnavului (agitație, fugi, acte agresive cu potențial criminogen). Circumstanțele etiologice majore sunt reprezentate de epilepsia temporală, beția patologică, reacții psihogene.

Un aspect particular este reprezentat de **starea crepusculară isterică** în care subiectul trăiește o experiență semiconștientă de depersonalizare și straniețate centrată în general pe ideea fixă (eveniment psihotraumatizant pe care subiectul nu și-l amintește obișnuit în stare de veghe, pe care memoria îl reprimă). O formă aparte a acestei stări este întâlnită în **sindromul Ganser** și pseudodemența isterică și reprezintă reacții psihotice isterice, în care, pe fondul modificării conștiinței de tip crepuscular pacientul prezintă o nerecunoaștere sistematică a realității prin răspunsuri și acte alături (răspunsuri mai mult absurde decât greșite, demonstrând înțelegerea întrebărilor). Ex. La întrebarea câte picioare are calul, pacientul va răspunde 8.

Onirismul traduce o stare de vis patologic, un vis trăit și în acțiune, care invadează realitatea bolnavului și față de care își modifică comportamentul. Bolnavul are halucinații vizuale, realizând viziuni haotice și discontinue și uneori, de asemenea, halucinații auditive, cenestezice și tactile.

Aceste fenomene psihosenzoriale pot avea drept punct de plecare cele mai mici stimuli din mediul ambiant.

Faptul cel mai caracteristic este adeziunea bolnavului la aceste modificări perceptuale de care încearcă să scape prin agitație (până la fugă), trăindu-le ca o agresiune extremă.

Oneiroidia este un amestec de real-vis, la care bolnavul nu participă ci asistă; înlănțuirea halucinațiilor ca și interpretarea realității prin idei de vis au o anumită coerență și în genere mai multă sistematizare decât în onirism. Nu este urmată de amnezie completă, dar nu exclude posibilitatea prezenței unor dismnezii.

Amenția (starea amenivă) desemnează o stare confuzională de intensitate psihopatologică maximă, în care domină incoerența. Bolnavul este dezorientat, agitat (agitație care nu depășește obișnuit limitele impuse de clinostatism), vorbirea este incoerentă, cu caracter paroxistic. Pot apărea inconstant stări catatonice sau stuporoase.

Delirul acut: este un sindrom confuzional de o mare gravitate, poate îmbrăca mai multe forme:

- **delirul oniric** - cu halucinații vizuale și auditive, cu scene terifiante evoluând în bufee, pe fondul unei anxietăți marcate;
- **confuzia** - variabilă de la un moment la altul, conștiința se poate clarifica pentru scurte momente;
- **stările de agitație** - intense și dezordonate, însoțite de agresivitate, excitație psihică, reacții grave: tentative de suicid sau omucid, pe fondul unei insomnii complete;
- **sitiofobia** - intensă și totală, durând mai multe zile, agravează deshidratarea și epuizarea organismului;
- semne neurologice variabile – exagerarea reflexelor tendinoase, hipertonia musculară, tremor; semne generale - deshidratare masivă, ochii înfundați în orbite, cearcăne, limbă uscată, tulburări sfincteriene, tulburări vegetative grave; febra este întotdeauna prezentă, fără să existe însă un paralelism între nivelul ei și intensitatea simptomatologiei; hiperazotemia este un semn constant și precoce.

Această clasificare a fost prezentată din considerente didactice. În practică, starea de conștiință a bolnavului poate fi modificată simultan atât în sens calitativ cât și în sens calitativ. Aceste modificări sunt cuprinse în termenul de confuzie mintală (stările confuzionale).

Stările confuzionale reprezintă o formă de slăbire și disociație intelectuală care poate fi însoțită sau nu de delir, agitație sau inerție; confuzia mintală este expresia comună a unei suferințe cerebrale acute, ce determină un grup de tulburări acute și globale al psihismului în care locul central este ocupat de modificările în planul conștiinței având caracter tranzitoriu.

Debutul brutal (ore-zile), aspectul de ruptură de comportamentul anterior al bolnavului, tulburări de percepție, diferite grade de denivelare a nivelului de conștiință, tulburări a orientării temporale, spațiale, allopsihice, bolnavul păstrându-și chiar în cele mai avansate stări de confuzie, reminiscențe ale identității. (Atenție la situațiile în care pacientul afirmă că nu-și cunoaște numele, caz în care ne aflăm probabil în fața unei stări disociativ-isterice!). Memoria este global tulburată cu predominanța celei de fixare, datele prezentului nu se constituie decât în amintiri fragmentare, iar evenimentele trecute biografice sau culturale sunt cu mare greutate evocate. Post episodice există o lacună importantă și de lungă durată în memoria bolnavului. Perplexitatea (nedumerirea anxioasă) este expresia pasivității, chiar a stuporii vieții mintale; scurtele intervale de luciditate provoacă o creștere a anxietății care poate fi cauza unor stări de agitație. Mimica pacientului este rătăcită, perplexă, privirea este pierdută, îndepărtată, absentă. Limbajul este ezitant, redus la fragmente de fraze uneori incoerente. Pacientul își caută cuvintele, parafaziile sunt rare, dar posibile, cuvintele sunt învâlmășite, rău articulate, adesea murmurate. Definierea unor cuvinte poate fi imposibilă, uneori aberantă. Gesturile sunt stângace, ezitante, lipsite de îndemănare. Grafismul este totdeauna perturbat, reproducerea unui desen geometric chiar simplu este deficientă. Activitatea și comportamentul pot îmbrăca două aspecte: lipsa inițiativei, lentoare, stângăcie, chiar stupoare, sau agitație dezordonată. Oscilațiile între acești doi poli se pot produce brusc, atrăgând posibilitatea unor grave accidente.

O situație particulară în care apar modificări ale stării de conștiință este **îngustarea câmpului de conștiință** care se caracterizează prin focalizarea conștiinței asupra unei idei, amintiri, acțiuni, de obicei psihotraumatizante, asupra căreia pacientul se fixează, fără să se poată desprinde.

Tulburările conștiinței de sine

Tulburările conștiinței corporalității (somatognozia)

Tulburări de schemă corporală - schema corporală (imaginea de sine) este concepută ca proiectarea reprezentativă integrală în conștiință a propriului nostru corp, funcție globală și nelocalizabilă. Conștiința propriului corp se constituie progresiv din date perceptivă, realizând un cadru spațial pentru percepții, reprezentări, amintiri și emoții.

Tulburări de schemă corporală de tip neurologic

- **Sindromul Gerstmann** este alcătuit dintr-o serie de agnozii: agnozia digitală, agrafia, acalculia însoțite de dezorientare spațială (dreapta/stânga). Apare în leziunile emisferului dominant, ariile 19 și 39 Brodman.

- **Sindromul Anton Babinski** este reprezenta de hemiasomatognozie însoțită de lipsa conștientizării acestei tulburări (anozognozie); se întâlnește în leziunile emisferului minor.

Tulburări de schemă corporală de natură psihică

Cenestopatiile reprezintă modificarea cenestezei, cu apariția unor senzații corporale neplăcute, în absența unor modificări organice. Se întâlnesc în nevroze, psihoze schizofrenice, depresii, ASC.

Sindromul hipocondriac este alcătuit din idei de intensitate variabilă (până la delirantă) privitoare la starea de sănătate a pacientului considerată mult mai precară decât în realitate sau vital amenințată. Aceste idei evoluează pe fondul unei anxietăți concentrice și a apariției cenestopatiilor. Se întâlnesc în tablouri psihopatologice diverse îmbrăcând aspectul acestora - asteno-hipocondriac (astenție, debutul schizofreniei, neurastenie), obsesivo-hipocondriac (reacții obsesivo-fobice, personalități psihastenice), paranoiac-hipocondriac (personalități paranoiace, paranoia).

Sindromul Cotard este reprezentat de triada de delire: de negație corporală (negarea organelor interne și a funcțiilor acestora), de enormitate și imortalitate. Este o formă particulară a sindromului hipocondriac, considerată clasic de extremă gravitate, a cărei evoluție a devenit azi mai benignă; survine în depresiile de involuție, în special în melancolie.

Desomatizarea (alterarea sentimentului de corporalitate) este reprezentată de îndoiala anxioasă de a avea corpul transformat, straniu, ireal, cu limite imprecise sau devitalizat.

Dismorfofobia reprezintă o formă „localizată” a depersonalizării somatice constând în sentimentul patologic de neplăcere și inferioritate cu care subiectul își trăiește aspectul morfoconstituțional, exagerându-i sau modificându-i datele reale.

Apare sub forma unor fenomene izolate la adolescență, de cele mai multe ori cu evoluție benignă, fiind expresia noii identități somatice pe care subiectul o capătă. Circumstanțele patologice în care apare sunt nevroza obsesivo-fobică, personalitatea psihastenică, debutul schizofreniei.

Heautoscopia constă în „perceperea” imaginii propriului corp ca o imagine în oglindă, în spațiul perceptor. Imaginea dedublată poate fi totală, cuprinzând întregul corp, sau parțială, redusă la un segment sau reprezentată uneori de imaginea unui organ (creier, cord, diverse viscere profunde).

Caracteristica acestei tulburări, pe lângă convingerea bolnavului în perceperea imaginii corporale, este sentimentul de apartenență, credința că imaginea îi este proprie.

Apariția este favorizată de diverse circumstanțe, dintre care cele mai importante sunt modificarea clarității câmpului conștiinței, perioadei hipnagogice, stări de epuizare, când au caracter de halucinoză hipnagogică; survine de asemenea în psihastenie, epilepsie temporală, schizofrenie.

Tulburările conștiinței realității obiectuale

Derealizarea este un sentiment de straniețate a lumii exterioare, pe care subiectul îl încearcă în absența unor tulburări perceptivive.

„Subiectul pierde funcția realului” (P.JANET), adică senzația de familiaritate pe care obiectele lumii reale ne-o dau în mod normal. În forma sa minoră se referă la straniețate a lucrurilor care par false artificiale, modificate în dimensiunile lor.

În forma sa extremă se manifestă ca o îndepărtare, o izolare sau o fugă din lumea realului, o detașare, o plutire „fără înălțime”.

Derealizarea se referă și la raporturile spațiale ale obiectelor și orientare. Subiectul se simte „pierdut în spațiu”. Destul de des se poate însoți de perturbări ale percepției subiective a timpului, sentimentul de a nu trăi „în ritmul lumii” Fenomene de tip „deja vu” sau falsele recunoașteri se încadrează în același cadru nosologic.

Derealizarea nu apare aproape niciodată ca un fenomen izolat.

Tulburări ale conștiinței proprii persoane

Personalitatea multiplă (alternă) este o tulburare particulară a conștiinței de sine, de tip disociativ-isteric, în care există o îngustare a conștiinței prin alterarea bruscă, temporară a normalității funcțiilor de integrare ale conștiinței, a identității de sine, având drept consecință pierderea consecvenței și legăturilor obișnuite dintre diferitele grupe de procese psihice, rezultând o aparentă independență în funcționarea uneia dintre ele.

Disociația este modificarea esențială, aflată obișnuit la baza fiecărui simptom al isteriei, dar, în stările de inducție hipnotică și la personalitățile duble sau multiple, ea atinge profunzimea maximă, mergând până la neformarea psihică a uneia sau mai multor personalități distincte, deseori chiar cu trăsături opuse, de care pacientul este dominat alternativ. Tranziția de la un tip de personalitate la altul este bruscă, deseori impresionantă, însoțită în general de amnezie, pentru existența trăsăturilor și evenimentelor trăite de personalitatea secundară.

Examinarea și diagnosticarea acestor cazuri este de obicei foarte dificilă, necesitând un consult repetat, prelungit, care să permită sesizarea

discontinuității bruște a psihismului. În general de origine psihogenă, frecvența acestor tipuri de tulburări a scăzut mult în ultima jumătate de secol.

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

SINDROMUL DE DEPERSONALIZARE:

- Alterarea sentimentului propriului Eu este resimțită ca o nesiguranță anxioasă față de propria persoană și identitate „ca și cum” acestea ar fi în pericol iminent de dispariție. Păstrând conștiința personalității lor anterioare unii bolnavi trăiesc dureros modificarea Eului, înstrăinarea față de el. Transformarea acestuia poate îmbrăca numeroase aspecte clinice dintre care notăm, sentimentul de vid interior, nesiguranța și indecizia în acțiune, hipobulia, sentimentul de inautenticitate a trăirilor, amintirilor, ideilor, devalorizarea personalității. Afectivitatea este modificată, sentimentele devenind terne și imobile, neliniștea dominând paleta afectivă, viața pare a se desfășura în gol, cu încetinitorul, bolnavul părând a fi un spectacol dramatic pentru sine însuși
- Alterarea sentimentului de corporalitate (desomatizarea)
- Derealizarea
- Analiza introspectivă constă în desprinderea de realitate, de lumea obiectuală, pe care bolnavul o face pentru a încerca să își înțeleagă propria subiectivitate. În efortul de regăsire bolnavii alunecă în subiectiv pe care caută să îl analizeze și să îl verbalizeze cât mai precis îndepărtându-l de real, ajungând până la heautoscopie

Sindrom de graniță în psihopatologie, depersonalizarea se întâlnește cu o intensitate variabilă în situații fiziologice: surmenaj, stări hipnagogice, și hipnapomice, cât și în situații patologice: reacții psihogene, neurastenii, stări depresive, bufeuri delirante, tulburarea obsesiv-fobică, tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă, debutul psihozelor.

Sindromul de automatism mintal (Kandinski-Clerambault) este focalizat pe producția spontană, involuntară „mecanică” a vieții psihice (impresii, idei, amintiri), impune conștiinței subiectului care își pierde intimitatea (transparentă psihică), simțindu-se dirijat din exterior (fenomene xenopatice).

Sindromul de automatism mintal este sintetizat de **Henri Ey** în următoarea formă:

- Senzații parazite (halucinații psihosenzoriale vizuale, tactile, gustative, cenestezice);

- Triplul automatism: motor (gesturi impuse, acte impuse), ideic (idei impuse) și ideo-verbal (cuvinte, formulări ideo-verbale spontane). În această categorie se notează alterările limbajului, mentismul, depănarea de gânduri;
- Fenomene de dedublare mecanică a gândirii (triplul ecou al gândirii, lecturii și actelor) însoțite de fenomenele conexe – enunțarea gândurilor, intențiilor, comentariul actelor;

Micul automatism mintal alcătuit din anticiparea gândurilor, depănarea de amintiri, veleități abstracte. Apare ca nucleu al psihozelor schizofrenice, în parafrenie și în unele sindroame organice (alcoolism, epilepsie, sindrom psihoorganic cronic deteriorativ).

5. Orientarea temporo-spațială auto și allopsihică

Presupune orientarea la propria persoană și în mediul înconjurător. Pacientul va fi întrebat simplu cum se numește, câți ani are, în ce zi, lună, an și în ce loc se află. Dezorientarea temporală sau spațială autopsihică sau allopsihică se întâlnește în stările confuzionale, tulburări dementiale diverse.

Întâi trebuie examinată orientarea în timp și spațiu.

Întrebați:

În ce zi a săptămânii suntem? Fără să vă uitați la ceas, cam ce oră credeți că e acum? Puteți să-mi spuneți data și anul? Care este numele acestui loc? Unde ne aflăm?

Dacă acestea nu sunt corecte, puneți alte întrebări mai detaliate.

Ce fel de (loc) instituție este aceasta unde ne aflăm? În ce oraș ne aflăm? Cum ajungeți acasă plecând de aici? Cum vă numiți? Cine sunt eu?

Dacă pacientul e incapabil să răspundă la acestea, întrebați mai departe:

Este zi sau noapte? Este o oră mai apropiată de 9 dimineața sau ne aflăm la mijlocul zilei? Ați putea spune dacă azi e luni sau marți? Este începutul sau sfârșitul lunii?

Toți pacienții ar trebui să fie capabili să răspundă corect la întrebările despre identitatea personală. Ei ar trebui, de asemenea, să știe că sunt într-un spital și în care anume. Trebuie să știe precis ziua săptămânii și să aprecieze perioada din zi cu o diferență de aproximativ o oră. Notați răspunsurile la întrebările dumneavoastră alături de răspunsul care ar fi corect (în paranteză). Notați orice alte observații care sugerează dezorientarea. De ex.: pacientul poate avea dificultăți în orientarea în spital (la salon, pat, etc.) după câteva zile de la internare sau se duce chiar în alte saloane, în alte paturi.

Dezorientarea este semnul cardinal pentru denivelarea câmpului de conștiință, care este o trăsătură a sindromului psihoorganic acut (delirium). Aceasta poate fi acompaniată de o diminuare a percepției și înțelegerii mediului înconjurător.

În aceste condiții, atenția este, de asemenea, probabil afectată.

6. Percepția

Nu este necesar să întrebați fiecare pacient, întrebări detaliate asupra tulburărilor de percepție dar este util să puneți fiecăruia câteva întrebări de evaluare și să le continuați mai insistent dacă istoricul stării psihice le indică.

Ați observat vreo schimbare la dumneavoastră sau în jurul dumneavoastră pe care să nu v-o puteți explica?

Ați auzit voci ale unor persoane pe care nu le-ați putut vedea?

Pacientul poate avea sentimentul neplăcut că, deși mediul este același, el sau corpul său s-a schimbat (depersonalizare). Invers, poate simți că deși este același, mediul înconjurător este modificat (derealizare). Derealizarea și depersonalizarea apar în mod obișnuit în stări de oboseală și de trezire bruscă, particular în asociere cu anxietatea și depresia, mai rar în schizofrenie, epilepsie și stări induse de droguri.

Iluziile nu sunt în mod necesar patologice și cele mai multe persoane sunt obișnuite cu iluziile optice sau cu zgomotul de pași când merg singure în întuneric. Stările emoționale, ca anxietatea, au drept consecință aceste false interpretări. Probabil cea mai comună cauză patologică a iluziilor este deficitul senzorial ca în orbirea sau surditatea parțială - un efect similar apare în cazul unui stimul senzorial slab. Scăderea nivelului conștiinței are efecte similare, iluziile fiind în mod particular susceptibile să apară în delirium.

Într-o asemenea stare, mișcările umbrelor sunt fals interpretate - de exemplu: mișcări ale unor animale periculoase sau mișcări ale lenjeriei pe piele pot fi considerate mișcări ale unor insecte. Nu este deloc surprinzător că pacienții care trăiesc aceste iluzii sunt pur și simplu terificați.

Pentru a afla despre prezența halucinațiilor întrebați, de exemplu, pacientul:

Ați auzit vreodată voci în situații în care nu era nimeni de față, sau dacă erau persoane, ele tăceau? În caz afirmativ, sunt voci reale, care vin din afară, sau sunt propriile dumneavoastră gânduri din interiorul capului? V-ați auzit vreodată propriile gânduri, rostite tare, în afara capului dumneavoastră?

Întrebați, de asemenea, despre conținutul vociilor:

Ce spun vocile? Dați-mi un exemplu, ce ați auzit azi, sau ieri.

Întotdeauna notați cuvânt cu cuvânt descrieri ale trăirilor pacienților, incluzând conținutul halucinațiilor.

Halucinațiile auditive pot apărea în multe boli incluzând: schizofrenia, sindroame organice cerebrale, tulburarea afectivă bipolară și conținutul lor tinde să fie legat de natura bolii. Prin urmare va trebui întotdeauna să întrebați despre circumstanțele în care apar halucinațiile:

Au apărut ziua sau noaptea? Stăteți în pat cu lumina stinsă? Erați treaz sau ațipeți?

Este dificil uneori de diferențiat o iluzie de o halucinație.

Dacă, de exemplu, un pacient spune că a auzit o voce spunând: "Ești o persoană aleasă în mod special."

Întrebați-l: **De unde venea vocea? Mai era cineva de față? Acele persoane vorbeau?**

Pseudohalucinațiile - ca și iluziile - au o mică specificitate în privința diagnosticului: le lipsește calitatea de vivacitate și realitate pe care le prezintă percepțiile normale și halucinațiile. Ele au o calitate "ca și cum" ele ar fi percepute, trăite în spațiul subiectiv interior. Astfel, o voce este auzită în "interiorul" capului, sau o viziune este văzută de un "ochi interior".

Întrebați: **Sună întocmai ca o voce reală, așa cum auziți vocea mea acum?**

Pot apărea în orice fel de boli psihice și, de asemenea, la cei care nu sunt bolnavi psihici, în special cei cu mare capacitate imaginativă sau cu intelect deficitar. Nediferențierea dintre pseudohalucinații și halucinații conduce uneori la încadrarea greșită a unui pacient în categoria psihozelor.

Tulburările cantitative ale percepției

Hiperestezia este reprezentată de o coborâre a pragului senzorial, resimțită de subiect ca o creștere neplăcută a intensității senzațiilor privind un singur analizator sau ansamblul lor - hiperestezie generală. Se întâlnește în surmenaj, neurastenii, debutul unor afecțiuni psihotice, debutul bolilor infecțioase, hipertiroidie, intoxicații.

Hipoestezia reprezintă creșterea pragului senzorial, însoțită de diminuarea intensității senzațiilor, cu scăderea numărului de excitanți receptați. Se întâlnește în stări reactive, depresie accese paroxistice isterice, oligofrenii, tulburări de conștiință mai ales cele cantitative, schizofrenie.

Sinestezia constă în perceperea simultană pe o cale senzorială diferită a unui stimul receptat la nivelul unui analizator (ex. Audiție colorată). Apare în intoxicații cu mescalină, psilocibină, LSD, cocaină.

Agnoziile reprezintă deficite psiho-senzoriale, care determină incapacitatea subiectului de a recunoaște obiectele după calitățile lor senzoriale, analizatorii (receptori periferici și cale) fiind intacti.

Tulburări calitative ale percepției

Iluzia este o percepție cu stimul real și specific, denaturată și/sau deformată. Această deformare privește mai mult calitățile senzoriale decât identificarea sau sensul elementelor percepute. Percepția este completată imaginativ; cu cât denaturarea este mai globală, semnificația patologică crește. Iluziile apar frecvent la subiecții normali, care recunosc și corectează sensul deformării perceptive. Spre deosebire de acestea, în iluziile patologice, subiectul nu încearcă să corecteze percepția deformată, considerând o imagine veridică a realității.

Pornind de la aceste considerente, iluziile au fost clasificate în: iluzii fiziologice și iluzii patologice.

Iluzii fiziologice - se produc prin modificarea condițiilor perceptive (obiective), a mediului perceptiv sau a condițiilor interne (subiective).

Iluzii prin modificarea condițiilor perceptive - stimulare sub sau supraliminară, depășirea capacității de discriminare a unui analizator, iluzii optico-geometrice datorate reflexiei optice, refracției, modificării axelor de referință.

Iluzii prin modificarea mediului perceptiv - stimulare monotonă, prelungită, deprivare senzorială.

Iluzii prin modificarea condițiilor interne (subiective):

- prin tulburări de atenție (false identificări);
- din stări afective (frică, anxietate, euforie);
- modificări fiziologice ale stării de conștiință - iluzii hipnagogice și hipnagocice;
- stări de oboseală, suprasolicitare și surmenaj.

Iluzii patologice în care se înscriu:

Falsele recunoașteri - fenomenele de tipul deja văzut, cunoscut, trăit.

Falsele nerecunoașteri - fenomenele de tip niciodată văzut, cunoscut, trăit, la care se adaugă iluzia sosisilor. În aceste iluzii rolul principal în mecanismul lor de producere revine tulburărilor mnestic.

Pareidoliile sunt iluzii caracterizate prin deosebita intensitate și vivacitate a fenomenului iluzoriu ("entitate materială", JASPERS) în care complementul imaginativ al percepției atinge gradul maxim de bogăție.

Critica variabilă și participarea afectivă intensă le conferă un caracter de tranziție către fenomenele halucinatorii (H.EY).

Alte iluzii – pot fi considerate ca patologice, dacă subiectul nu are tendința de corectare a deformării percepției. În ordinea frecvenței lor după modalitățile senzoriale, se întâlnesc iluzii vizuale (obiectele par mai mari - macropsii, mai mici – micropsii, alungite sau lărgite – dismegalopsii, deformate – metamorfopsii, distanța dintre obiecte este modificată- poropsii, obiectele sunt mai îndepărtate- teleopsii), auditive (sunetele sunt fie mai intense, fie mai slabe, mai nete sau mai șterse, mai distincte, mai vagi, mai apropiate sau mai îndepărtate decât în realitate), iluzii olfactive (parosmii) și gustative etc.

Iluziile patologice se întâlnesc în tulburări funcționale sau leziuni ale analizatorilor, în sindroame febrile și stări confuzionale cu etiologie variată. De asemenea se întâlnesc în stările onirice (intricate și cu alte tulburări perceptuale), în nevrozele obsesivo-fobice și isterice, debutul psihozelor schizofrenice, stările depresive.

Halucinațiile sunt definite clasic drept "percepții fără obiect" (BALL). Această definiție a fost completată de către HENRI EY . prin mențiunea "fără obiect de perceput", la care o adăugăm pe cea a lui Porot – "experiențe psihologice interne care determină subiectul să se comporte ca și cum ar avea o senzație sau o percepție, atunci când condițiile exterioare normale ale acestor senzații sau percepții nu se realizează", ne conduc către reliefarea unor trăsături fundamentale ale halucinațiilor.

Variabilitatea unora din parametrii perceptuali la care se adaugă și alte caracteristici precum răsunetul afectiv sau cognitiv, permite o primă clasificare descriptivă a halucinațiilor.

Caracteristici	Halucinații psiho-senzoriale	Halucinoze	Halucinații psihice
Senzorialitatea experienței	Mare	medie	nulă
Proiecția spațială	În spațiul senzorial	În spațiul senzorial	În afara spațiului senzorial
Convingerea în realitatea lor	prezentă	absentă	absolută, dar cu caracter xenopatic
Rezonanța afectivă	Anxiogenă	Nelinește legată de patogenia tulburărilor	Impunerea unor sentimente

Fenomene de tip halucinator înrudite cu halucinațiile

Fenomene de tip halucinator	Descriere fenomenologică
Senzațiile parazite	un excitant anormal acționând pe un receptor periferic, provoacă apariția unei senzații elementare, care nu corespunde acțiunii excitantului fiziologic (exemplu un curent electric, compresiunea sau inflamația pot provoca senzații luminoase, zgomote, mirosuri diverse)
Halucinațiile funcționale	percepții false apărute în paralele și simultan cu o percepție reală (exemplu: zgomotul roților de tren este însoțit de perceperea zgomotului unor avioane)
Halucinațiile eidetice	reprezentări în exterior ale imaginilor unor obiecte sau ființe percepute recent în împrejurări legate de stări afective intense
Halucinațiile fiziologice	apar în condiții care modifică starea de vigilitate – trecerea dintre veghe și somn (hipnagogice) sau somn-veghe (hipnapompice), inducția hipnotică, individuală și de masă
Halucinozele	fenomene de tip halucinator a căror esență patologică este recunoscută ca atare de către subiect și în consecință el nu va aborda un comportament legat de conținutul acestor percepții
Halucinoidele	fenomene de tip halucinator (situat de unii autori între reprezentări vii și halucinații vagi), care apar în perioadele de genază sau ștergere a halucinațiilor, se pot asimila halucinozelor, prin lipsa de convingere a bolnavului asupra existenței lor reale

Halucinațiile psiho-senzoriale sunt cele care corespund întru-totul definiției halucinației (au caracter de senzorialitate, se proiectează în spațiul perceptiv, subiectul crede în realitatea lor). Din aceste motive, ele au fost numite și halucinații adevărate, cu toate că alăturarea celor doi termeni este un paradox lingvistic.

Tipuri de halucinații psihosenzoriale

Tipul de halucinație	Subtipuri	Descriere fenomenologică	Circumstanțe de apariție
Halucinații auditive	elementare	acoasme, foneme-sunt percepute ca zgomote nedistincte (foșnete, țuitturi, pocnete)	patologia urechii, boli neurologice, stări confuzionale cu aură epileptică unele psihoze.
	Comune	sunete cărora subiectul le atribuie o sursă definită (ex. dangăt de clopot, curgerea apei, sunete muzicale, zgomotul de motor, etc.)	

	complexe (halucinații acustico-verbale)	pot fi fragmentare, când bolnavul percepe silabe, cuvinte fără semnificație, fragmente sintactice sau pot avea un conținut precis, distinct, inteligibil. când subiectul nu poate înțelege vocile pe care le aude, se vorbește de vergiberație halucinatorie.	psihozele schizofrenice, sindroamele paranoide, stările depresive, parafrenie, psihozele alcoolice cronice
Halucinații vizuale	elementare	fosfene, fotopsii, percepute ca puncte luminoase, scânteii, linii.	afecțiuni oftalmologice, neurologice (migrena oftalmică, tumori și leziuni ale lobului occipital, epilepsie, etc stări confuzionale (în special în cele alcoolice, clasic descrise sub formă de zoopsii. schizofrenii paranoide parafrenii
	complexe	care pot fi fantasmoscopii, atunci când obiectele și figurile nu sunt precis conturate, sau figurate când se referă la obiecte precise: dintre acestea, cele care reprezintă animale poartă numele de zoopsii.	
	Scenice	care pot fi panoramice (statice) sau cinematografice (mișcare).	
Halucinații olfactive și gustative	Plăcute	parfumuri, esențe, miresme	Crizele uncinate în epilepsia temporală, unele tumori și leziuni ale lobului temporal, psihoze afective fiind în concordanță cu totalitatea afectivă, delirium tremens, sindroame paranoide, unde pot fi însoțite de un comportament halucinator psihoze de involuție nevroze de tip obsesiv, fobic și isteric.
	neplăcute	mirosuri grele, respingătoare, de putrefacție, gusturi metalice, astringente	
Halucinații tactile	Interne	arsuri, dureri, mișcări ale unor insecte sau viermi subcutanat	intoxicații cu cocaină, chloral, hașiș, LSD psihoze alcoolice acute și subacute (luând adesea aspectul de halucinații zoopatică - percepția de gândaci, insecte, paraziți, viermi mergând pe piele sau în piele), psihoze de involuție - iau aspectul particular al delirului cu ectoparaziți Ekbom.
	Externe	arsuri, căldură, atingere, sărut, curent de aer, înțepătură	

Halucinații corporale (ale sensibilității generale și interne - proprioceptive și interoceptive)	Modificări ale organelor interne	arsuri interioare, modificări ale viscerelor (stomacul, plămâni, inima sunt putrezite, rupte, înlocuite cu obiecte metalice), schimbarea poziției unor organe.	deliruri hipocondriace, schizofrenii paranoide, psihoze de involuție - sindromul Cotard descris cu un secol în urmă, grupează idei delirante de negație, de enormitate și de imoralitate, asociind negarea halucinatorie a viscerelor
	Posesiunea zoopatică	localizări genitale a acestora, percepute ca violuri directe sau de la distanță, senzații de orgasm, introducerea de corpuri străine în rect	
	Metamorfozare	percepute ca existența unor ființe naturale (șerpi, lupi, etc) sau supranaturale (demoni, spirite, etc.) în interiorul corpului Transformare într-un animal	

Halucinațiile psihice (pseudohalucinațiile) sunt definite ca auto-reprezentări apercceptive, caracterizate prin incoercibilitate, automatism și exogenitate. Spre deosebire de halucinațiile psihosenzoriale, halucinațiilor psihice le lipsește obiectivitatea spațială și caracterul de senzorialitate; ele sunt localizate în gândirea proprie, în spațiul intrapsihic; neavând decât obiectivitatea psihică; datorită absenței caracterului de senzorialitate, prin contrast cu halucinațiile psiho-senzoriale ele mai sunt denumite și pseudohalucinații. Diferă de reprezentările obișnuite prin caracterul de stranietate, de exogenitate. Bolnavul nu le percepe pe căile senzoriale obișnuite, ci le trăiește ca pe niște fenomene străine, impuse din afară, care i se fac și cărora nu li se poate opune și pe care nici nu le poate controla prin propria voință.

Tipuri de halucinații psihice (pseudohalucinații)

Tipuri de halucinație	Descriere fenomenologică	Circumstanțe de apariție
Halucinațiile psihice acustico-verbale	voci interioare, ecoul gândirii sau al lecturii, murmur intrapsihic, gânduri transmise trăirile vin din afara subiectului prin intruziune, se insinuează în gândirea lui, fiind atribuite altcuiva "transmiterea gândurilor" care este interpretată ca telepatie, comunicare misterioasă, limbaj fără cuvinte, dând subiectului impresia că și-a pierdut intimitatea gândirii sale, facultatea de a se conduce după voința sa, fiind supus influenței altcuiva	în delirurile cronice, în cea mai mare parte a psihozelor, Notă: apariția lor este un indice de gravitate, stabilind intensitatea

Halucinațiile psihice vizuale	apar ca simple imagini sau sub formă de scene panoramice, în spațiul subiectiv al bolnavului, dându-i impresia că trăiește într-o lume a scenelor imaginare, a viziunilor interioare sau artificiale bolnavii le văd cu ochii interiori, cu ochii minții lor	psihotică a tulburărilor.
Halucinațiile psihice motorii	sunt legate de limbajul interior și de expresia motorie a acestuia (verbale și scrise) bolnavul are senzația că vorbește (fără să facă nici un fel de mișcare); bolnavul schițează mișcări ale limbii și buzelor; bolnavul are impulsii verbale "este făcut să vorbească" (sentimentul de automatism verbal).	

Asocieri halucinatorii – așa cum am mai arătat, clasificare pe care o facem, despărțind fenomenele halucinatorii pentru a le descrie, are o valoare pur didactică, în clinică acestea apărând grupate, intricate, modificând realitatea în ansamblul și structura ei. Ele sunt însoțite întotdeauna de un cortegiu simptomatic complex, care le ușurează diagnosticarea, întregindu-le semnificația.

Sindromul de automatism mintal Kandinski-Clerambault grupează în același sindrom halucinații psihosenzoriale și psihice alături de o serie de fenomene psihice caracterizate prin exogenitate și incoercibilitate. Sindromul de automatism mintal este reprezentat de triplul ecou (al gândirii, lecturii, actelor), triplul automatism (motor, ideic, ideo-verbal) și numeroase halucinații psihice anideice (fără temă, întâmplătoare).

7. Atenția (capacitatea prosexică)

Deficitele în domeniul atenției și concentrării sunt de obicei evidențiable ușor în timpul istoricului. Uneori e dificil să atragi atenția pacientului sau, odată captată, să fie dificil de susținut. Pacientul poate fi distras de evenimente din mediu, care în mod obișnuit sunt ignorate în timpul unei consultații medicale ca, de exemplu, păsările care cântă afară sau o carte de pe masă. Atenția poate fi rapid distrasă de la un obiect la altul. De asemenea, atenția poate fi distrasă de trăiri psihotice ca, de exemplu, voci pe care pacientul le ascultă.

Testele specifice de atenție se bazează pe capacitatea de a urmări secvențele unui material care este familiar pacientului și care, deci, nu necesită o nouă învățare.

Urmăriți pacientul atât timp cât are el nevoie pentru a completa fiecare test, dar notați (fără să se observe) cât timp îi ia.

Spuneți-mi zilele săptămânii în ordine inversă, începând cu sâmbătă.

Spuneți-mi lunile anului, în ordine inversă, începând cu decembrie.

Notați exact răspunsul pacientului, durata necesară pentru fiecare răspuns. Persoanele fără tulburări psihice fac acest test rapid și fără greșeli.

Începeți cu 100, scădeți 7, și apoi continuați să scădeți 7 până când puteți.

Dacă pacientul nu înțelege ce îi cereți, întrebați:

Cât fac 100-7? Și 93-7?

Continuați până prinde ideea.

Dacă pacientul tot nu înțelege sau spune că e prea dificil, cereți-i să scadă 3 din 20. Performanțele sunt mai dependente de nivelul educațional și intelectual decât testele anterioare și, deci, rezultatele trebuie să fie interpretate în lumina istoricului - școlarizării și ocupației.

Vom urmări atenția spontană și voluntară a pacientului, capacitatea lui de a se concentra și durata de timp în care reușește să-și mențină concentrarea.

Tulburările de atenție se numesc **disprosexii**:

Hiperprosexia semnifică creșterea atenției și este un simptom frecvent în psihopatologie. Polarizarea hiperprosexică către un anumit domeniu se asociază cu hipoprosexia pentru restul domeniilor. Ar fi vorba de fapt mai mult de o scădere a comutativității atenției cu creșterea concentrării decât de o hiperprosexie în ansamblu. Se întâlnește atât în condiții normale cât și în condiții patologice - în mod normal, în situații de creștere a interesului sau de risc vital, în stările de excitație și în intoxicațiile ușoare cu alcool sau cafeină, - în condiții patologice ca tulburarea fobică, tulburările delirante hipocondriace, episoade maniacale și întârziere mintală.

Hipoprosexia constă în diminuarea atenției, în special a orientării selective a proceselor psiho-comportamentale. Se întâlnește - în mod normal în condiții de oboseală, surmenaj, situații anxiogene și în condiții patologice, tulburare anxioasă, depresie, în schizofrenie în episodul maniacal. Aproxia semnifică abolirea atenției și se întâlnește în stări confuzionale, sindromul catatonie, demențe și întârziere mintală, prin scăderea globală a performanțelor intelectuale.

8. Memoria (capacitatea mnezică)

Înregistrarea și memoria de scurtă durată

Enumerarea a patru numere este un test de memorare și reamintire imediată. Începeți prin a explica pacientului: **Vă voi spune câteva numere ca să le țineți minte. Când mă opresc, doresc să le repetați. De exemplu, dacă eu spun 247 dumneavoastră repetați 247.**

Spuneți o serie de trei cifre cu o viteză egală de 1 cifră/sec. și evitând să accentuați asupra uneia sau alteia. Cereți pacientului să le

repete imediat. Dacă răspunsul e corect, spuneți 4 cifre folosind o nouă secvență, apoi 5 și așa mai departe până când începe să greșească, să spunem la 7 cifre. Notați în final numărul maxim de cifre care pot fi corect repetate în secvență. Cei mai mulți adulți cu un intelect mediu se pot descurca cu 7 cifre. Doar 5 cifre memorate sau mai puțin sugerează o tulburare mnezică.

Folosiți testul următor pentru a verifica memoria de scurtă durată

Numele este: Domnul Grigore Florescu

Apusului 43, ap.2

Bacău

Floarea preferată Zambila

Vă rog să repetați după mine

Notați atât numele și adresa dată, cât și răspunsul imediat. Notați că sunt 9 itemi de reamintit. Dacă pacientul greșește, recitiți același nume și adresă ca înainte și rugați-l să le repete. Continuați până când relatarea e corectă, notând numărul de încercări făcute. Când răspunsul este în totalitate corect, spuneți: ***Încercați să țineți minte acel nume și aceea adresă, iar eu vă voi întreba din nou mai târziu.***

Apoi continuați cu alte întrebări, de exemplu pentru memoria mai îndepărtată. După 2 minute întrebați pacientul din nou numele și adresa. De data aceasta nu faceți corecția greșelilor. După încă 3 minute cereți din nou să repete. Înregistrați de fiecare dată răspunsurile. Notați care sunt semnele unei memorări deficitare. Notați dacă materialul odată memorat corect, este apoi redat corect la fiecare solicitare. Dacă apar greșeli, ele sunt aceleași de fiecare dată, sau performanța se înrăutățește progresiv - la 5 minute față de 2 minute? Dacă acest test este folosit în ocazii ulterioare, utilizați nume și adrese diferite de fiecare dată, de lungime similară și de complexitate similară exemplului dat. Cei mai mulți oameni sunt capabili să repete numele și adresa imediat și după 5 minute.

Trei greșeli sau mai multe - la 5 minute - sunt sugestive pentru un deficit mnezic semnificativ.

Memoria recentă

Memoria recentă poate fi testată întrebând pacientul despre experiențele personale din ultimele zile; pe cât posibil puneți întrebări a căror corectitudine să poată fi verificată. De exemplu: ***De când sunteți în spital?; Cine v-a adus?; Puteți să-mi povestiți ceva despre programul TV din ultima seară (ieri)?; Ce ziar ați citit de dimineață?***

Memoria de lungă durată

Verificați memoria îndepărtată întrebând despre experiențe personale, de ex.: ***Puteți să-mi spuneți numele ultimei școli urmate? Cum se numea profesorul diriginte/directorul? Care este data căsătoriei?***

Evenimentele generale din trecut, de exemplu datele celui de-al doilea război mondial sau numele ultimilor 5 prim miniștrii se referă la cunoștințele generale mai mult decât la memoria de lungă durată, iar răspunsurile depind de inteligență și de educație aproximativ în aceeași măsură ca și memoria. În concluzie, o performanță redusă se poate datora unei educații precare tot atât de bine ca și unui intelect scăzut sau unei boli cerebrale organice.

Puteți să-mi spuneți numele a 5 orașe din România?

Puteți să-mi spuneți 5 feluri de fructe?

Care e numele Primului Ministru?

Și al celui de dinainte?

Dovada prezenței unor dificultăți în memoria de lungă durată se înregistrează și în timpul obținerii istoricului personal. De exemplu, un pacient poate relata date foarte contradictorii privind: vârsta proprie, vârsta pensionării, data decesului soției.

Memoria (funcția mnezică) este definită ca ansamblul proceselor de întipărire (memorare), conservare (păstrare) și reactualizare prin recunoaștere și reproducere a experienței anterioare a omului sau procesul psihic de stocare/redare a informației, de acumulare și utilizare a experienței cognitive.

Tulburările funcției mnezice (**dismnezii**) se clasifică în tulburări cantitative și tulburări calitative. Desigur, această delimitare apare artificială în primul rând deoarece pentru a fi perturbată calitativ, memoria presupune să fi suferit deja tulburări cantitative, iar în practica curentă, formele sunt în majoritatea cazurilor intricate.

Dismnezii cantitative

Hipermneziiile

Sunt tulburări cantitative ale funcției mnezice constând în evocări involuntare rapide și ușoare, tumultoase și multiple, realizând o îndepărtare (circumscrișă) a subiectului de prezent.

Se pot întâlni atât în condiții normale cât și patologice:

- la normali: evocările fiind legate de evenimente deosebite, cu caracter plăcut sau neplăcut din viața subiectului, dar trăite intens (succes sau insucces deosebit, cataclism, evenimente deosebite);
- în afecțiunile psihice: în genere atunci când se realizează o îngustare a câmpului preocupărilor prin focalizarea funcțiilor psihice: tulburarea de perso-

nalitate paranoidă și paranoia, unele oligofrenii („idiotii-savanți”), tulburări anxioase fobice, obsesiv-compulsive, tulburările disociative din isterie („memoria hiperestezică”), în condiții speciale (detenții, prizonierat), sindromul de stres posttraumatic, stările post-febrile, intoxicației ușoare cu eter, cloroform, barbiturice, în toxicomanii, epilepsie (ca aură sau ca echivalentă);

Forme particulare:

Mentismul reprezintă o derulare involuntară caleidoscopică a unor amintiri și idei.

Viziunea retrospectivă - formă supremă a hiperamneziei, subiectul retrăind în câteva momente principalele evenimente din întreaga sa viață. Se întâlnește în: situații de pericol existențial iminent, în paroxisme anxioase de mare intensitate, în stări confuzionale halucinatorii, în crize de epilepsie temporală.

Hipomneziile

Sunt tulburări cantitative ale funcției mnezice constând în evocări lente și dificile, sărace și trunchiate cu tot efortul făcut, realizând o situație jenantă pentru subiect în momentul respectiv. Deși negate de unii autori, care le introduc în grupul amneziilor se pare că ocupă totuși o poziție distinctă, fiind mai mult legate de deficitul prosexic decât de deteriorarea funcției mnezice.

Se pot întâlni atât în condiții normale cât și patologice:

- la normali: în activitatea curentă legată fiind de evenimente insuficient fixate sau neglijate, preluate în stări de oboseală sau surmenaj;
- în afecțiuni psihice: în nevroze prin deficit prosexic, în oligofrenie, prin insuficienta dezvoltare cognitivă, în stări predemențiale;

Forme particulare:

Lapsusul: dificultate de evocare, pasageră, cu aspect lacunar de element al frazei.

Anecforia: constă într-o ușoară stare de tulburare a funcției mnezice, în care subiectul evocă cu ajutorul anturajului, anumite evenimente care păreau uitate. Clasificarea în cadrul allomneziilor nu este întru totul justificată; anecforia pare mai mult o disamnezie cantitativă.

Amneziile

Sunt tulburări cantitative ale funcției mnezice constând în: prăbușirea funcției mnezice cu imposibilitatea evocării sau fixării realizând o situație particulară, care obligă subiectul la găsirea unor soluții de conjunctură. În funcție de debutul evenimentului, RAUSCHBURG (1921) prin sistematizarea sa în funcție de sens, le-a grupat în: anterograde (de fixare) și retrograde (de evocare).

Amneziile anterograde (de fixare): tulburare mnezică caracterizată prin: imposibilitatea fixării imaginilor și evenimentelor după agresiunea factorială, dar cu conservarea evocărilor anterioare agresiunii factoriale.

Deficiența apare din cauza unei imposibilități de fixare, stocajul fiind relativ nealterat, putându-se considera o perturbare a memoriei imediate, în timp ce memoria evenimentelor îndepărtate este conservată, fapt care ar putea permite considerarea amneziei anterograde drept o disociere între memoria imediată (a prezentului) și memoria evenimentelor îndepărtate (a trecutului) având ca element de referință momentul agresiunii factoriale. Se pot întâlni în: tulburări depresive și anxioase, sindromul Korsakov (alcoolice, traumatic, infecțios), stări de confuzie mintală, tulburarea afectivă bipolară.

Amneziile retrograde (de evocare): tulburare mnezică caracterizată prin: imposibilitatea evocării imaginilor și evenimentelor situate anterior agresiunii factoriale, dar cu conservarea posibilității de fixare pentru evenimentele situate posterior agresiunii factoriale.

Deficiența se datorează unei evocări defectuoase; stocajul este alterat, fixarea este relativ nealterată, putându-se considera o perturbare a memoriei evenimentelor îndepărtate, în timp ce fixarea memoriei evenimentelor recente este conservată, fapt care permite considerarea amneziei retrograde drept o disociere între memoria imediată (a prezentului) păstrată și memoria evenimentelor îndepărtate (a trecutului) alterată, având ca element de referință, momentul agresiunii factoriale.

Luând drept element de referință - momentul agresiunii factoriale și structurând memoria în memorie a evenimentelor imediate (a prezentului - fixare) și a evenimentelor îndepărtate (a trecutului - evocare) se pot obține următoarele relații:

Tipul amneziei	Memoria prezentului fixarea	Memoria trecutului evocarea	Tipul disocierii	Subtipuri	Circumstanțe de apariție
Anterogradă	(-) alterată	(+) conservată	alterarea fixării conservarea evocării		- afazia Wernicke - sindromul Korsakov; - epilepsie,
Retrogradă	(+) - conservată	(-) alterată	conservarea fixării alterarea evocării	Lacunare Elective Progresive	- posttraumatism craniocerebral, - Amnezia disociativă - sindroame psihoorganice

Amnezii retrograde localizate (lacunare) pot fi considerate drept rezultat a absenței sau superficialei fixări pentru un moment, eveniment/ etapă, ceea ce va face ulterior imposibilă evocarea, o adevărată „pauză de fixare”.

Amneziile retrograde elective sunt totdeauna psihogene, cu încălțură afectivă; unele amintiri înregistrate sunt „uite” inconștient pentru că sunt de obicei dezagreabile, uitare ce este reversibilă, la fel de rapid ca și instalarea ei.

Amnezii retrograde progresive (retro-anterograde) pot fi considerate ca o alterare generală a funcției mnezice care interesează atât evocarea (memoria trecutului), cât și fixarea (memoria prezentului), o adevărată lacună care se extinde fără a mai fi zăgăzuită de momentul de referință.

Dismnezii calitative (Paramnezii)

Paramneziile se caracterizează prin: evocări deteriorate ale evenimentelor produse recent sau îndepărtat, fără o legătură cu realitatea obiectivă trăită de subiect, fie sub aspect cronologic, fie sub aspectul realității. Deteriorarea evocărilor va fi suplinită de subiect prin contribuția sa. Paramneziile se grupează în:

- tulburări ale sintezei mnezice imediate (iluzii mnezice)
- tulburări ale rememorării trecutului (allomnezii)

Tulburări ale sintezei mnezice imediate (iluzii mnezice)

Cuprind evocări eronate ale trăirilor subiectului, neîncadrate corect în timp și spațiu, sau, deși trăite nu sunt recunoscute de subiect ca proprii.

Criptomnezia reprezintă o iluzie mnezică în care o idee, un material, o lucrare, de care evident nu este străin (a auzit-o, a văzut-o) subiectul o consideră drept a sa (nu este un plagiat-afirmația se face inconștient de beneficiile pe care i le-ar putea aduce). Se întâlnește în: schizofrenie, deliruri sistematizate (paranoice sau parafrenice), demențe traumatice și în stadiile evolutive ale demențelor senile și vasculare.

Falsa recunoaștere este o iluzie mnezică în care o persoană necunoscută anterior de subiect este considerată drept cunoscută. Falsa recunoaștere poate fi difuză sau generală creând impresia de „dăjà vu”, „deja entendu”, „deja raconte”, și în final de „deja vecu” (deja văzut, deja auzit, deja istorisit și în final deja trăit sau deja resimțit). Sentimentul poate fi limitat la o singură persoană, obiect sau stare a conștiinței.

„Iluzia sosisilor” (descrisă de CAPGRAS, 1924) este o falsă recunoaștere constând în faptul că bolnavul consideră ca sosie o persoană pe care o cunoaște în mod sigur. Este întâlnită în surmenaj, obnubilare, faza maniacală a PMD, stări maniacale în preinvolutiv și involutiv, schizofrenii, deliruri cronice, sindromul Korsakov.

Falsa nerecunoaștere este iluzia mnezică în care o persoană cunoscută anterior de subiect este considerată drept necunoscută. Opusă precedentei, este mai puțin frecvent întâlnită, prezentă în psihastenii.

Paramneziile de reduplicare (Pick): iluzia mnezică în care o persoană sau o situație nouă este identică cu o altă persoană sau situație trăită anterior. Este destul de rară și întâlnită în tulburările demențiale.

Tulburări ale rememorării trecutului (allomnezii)

Cuprind falsificări mnezice, fie sub aspectul situației în cronologie, fie sub aspectul situației în real.

Pseudoreminiscențele reprezintă falsificarea mnezică sub aspectul situației în cronologie, în care subiectul trăiește în prezent evenimentele reale din trecut. Se întâlnește în sindromul Korsakov.

Ecmnezia reprezintă falsificarea mnezică sub aspectul situației în cronologie, inversă precedentei, în care subiectul se întoarce în trecut și retrăiește activ evenimentele reale dar situate în trecut. Ecmneziile sunt tulburări ale memoriei în care episoade întregi ale trecutului pot fi retrăite ca și cum ar fi în prezent; au caracter tranzitor. Au fost descrise pentru prima dată de Pitters în isterie: „pacientele par să piardă noțiunea personalității prezente și să o reia pe cea pe care o aveau atunci când se desfășura episodul de viață pe care îl retrăiesc, cu comportamentul corespunzător”.

Viziunile panoramice ale trecutului sunt asemănătoare ecmneziilor: memoria unui subiect în criză uncinată, sau într-un pericol vital, este invadată de amintiri care îi dau iluzia că retrăiește instantaneu întreaga existență.

Confabulațiile sunt falsificări mnezice sub aspectul situației în real, constând în reproducerea de către pacient a unor evenimente imaginare, încredințat fiind că evocă trecutul trăit; act făcut fără alt scop decât de a suplini deteriorarea mnezică (lacunele).

Subiectul în aceste situații, cu ultimile resurse ale criticii sale și cu conștiința parțială a perturbărilor funcției mnezice face eforturi de a-și suplini lacunele, confabulațiile intercalându-se printre evenimentele reale cât de cât subordonate cronologic.

În funcție de gradul de deteriorare sau nedezvoltare a personalității, confabulațiile pot fi ierarhizate în: confabulații de perplexitate, de jenă, de încurcătură, mnezice, fantastice, onirice. Trebuie deosebite de „micile schimbări de ordine cronologică” sau de „micile adaosuri sau omisiuni” ale copilului sau adultului normal în situații când dorește să altereze adevărul, prin caracterul net intențional și absența deficitului mnezic.

Sunt întâlnite în: sindromul Korsakov, confuzia mintală, retardul mintal și în episodul maniacal (confabulații cu caracter ludic).

9. Inteligența și capacitatea de abstractizare

Vă puteți face o impresie privind nivelul de inteligență al pacientului în timpul obținerii istoricului din: volumul vocabularului folosit, complexitatea conceptelor folosite. Dacă acestea par corespunzătoare cu istoricul educațional și profesional, și dacă nu există modificări ale testelor de memorie atunci testele următoare de inteligență sunt probabil puțin folositoare.

O posibilă întârziere mintală poate fi evaluată prin întrebări simple ca: **Cât fac 3x9?; cât fac 16:4? Care este diferența dintre un gard și un perete? Dacă un steag flutură spre vest, din ce direcție bate vântul?**

Analfabetismul poate fi un handicap pe care pacienții deseori se feresc să-l menționeze sau putem să nu ne așteptăm la acest lucru. Dacă există vreun dubiu, întrebați: **Ați învățat să scrieți și să citiți în școală? Ați dori să-mi citiți din acest ziar?**

Testele de abstractizare pot fi folositoare în elucidarea tulburărilor de gândire și se pot aplica numai dacă suspectăm prezența acestora. Rugați-l pe pacient să vă spună înțelesul a unul sau două proverbe începând prin a da dumneavoastră un exemplu. De exemplu: **Copilul cu multe moașe rămâne cu buricul netăiat** și i se explică pacientului că semnificația este dacă prea multe persoane fac același lucru e probabil ca acesta să meargă foarte prost. Ulterior va fi întrebat: **Ați auzit persoane spunând ziua bună se cunoaște de dimineață? Dacă da, ce credeți că înseamnă?** Dacă răspunsul este pozitiv, se întreabă despre un proverb mai dificil de interpretat. De exemplu, „să nu vinzi pielea ursului din pădure”.

Se ia în considerare măsura în care răspunsul pacientului sugerează o tulburare de gândire (indicând schizofrenia) iar pe de altă parte o incapacitate de abstractizare sugestivă pentru un sindrom psiho-organic deteriorativ sau întârziere mintală.

10. Gândirea

Tulburările de conținut ale gândirii unui pacient se observă în primul rând din modul în care acesta vorbește, dar și din aspectele comportamentale. În această privință acțiunile vorbesc mai mult decât cuvintele. De exemplu, pacientul poate nega faptul că este suspicios, dar deschide ușa cabinetului pentru a vedea dacă ascultă cineva de afară.

Preocupări dominante

Temele dominante din conținutul gândirii pacientului sunt dezvăluite în vorbirea spontană. Notați orice tematică la care pacientul se poate

întoarce repetat în timpul interviului, ca și dificultatea pe care o întâmpinați în încercarea de a-l rupe de aceste subiecte pentru a-l orienta către alte aspecte ale istoricului și examinării stării mintale.

Dacă preocupările nu sunt evidente, întrebați: **Care sunt grijile dumneavoastră principale? Aveți unele gânduri pe care nu sunteți în stare să vi le alungați din minte?**

Mulți oameni au preocupări dominante, dar acestea sunt adecvate circumstanțelor. De exemplu, este adecvat pentru un pacient care va trebui să suporte o intervenție chirurgicală majoră să fie preocupat de posibilele riscuri, rezultatul potrivit, etc. Totuși, unele preocupări sunt morbide și conținutul lor poate fi important în înțelegerea diagnosticului bolii.

Ruminațiile sunt idei și teme repetitive având în mod obișnuit un conținut neplăcut, asupra cărora pacientul se poate opri pentru perioade îndelungate. Apar în mod obișnuit în stări anxioase și boli depresive, conținutul lor reflectând starea afectivă, de exemplu, ele pot cuprinde idei de violență, autostimă scăzută sau preocupări hipocondriace. Ruminațiile apar de asemenea în stările obsesionale, caz în care ele reflectă starea de indecizie a pacientului.

Idei patologice

Ideile pe care le împărtășesc mulți oameni dintr-un anumit grup cultural sau etnic pot părea stranii pentru alții; de exemplu credințele și practicile religioase ale unor secte. Indivizii pot avea, de asemenea, idei ce pot părea idiosincrazice sau excentrice, dar nu sunt în mod necesar simptomatice pentru o boală psihică.

Ideile dominante sunt convingeri cu susținere puternică din domeniul de interes și preocupare specială pentru subiect. Nu sunt idei delirante, deoarece le lipsește calitatea de convingere de nestrămutat. Ideile dominante nu sunt în mod obligatoriu indicatoare de boală.

Posibila prezență a ideilor delirante devine, de obicei, evidentă în timpul istoricului. De exemplu, pacientul cu idei delirante de persecuție vă poate povesti despre modul în care ceilalți acționează împotriva lui, eforturile lui de a se apăra, plângându-se poliției sau avocaților, sau poate deveni suspicios în timpul interviului.

Nu întrebați în mod obișnuit despre existența unor idei delirante, ci numai dacă alte aspecte din istoric indică faptul că ar fi prezente.

În acest caz întrebați: **Credeți că ceilalți încearcă să vă facă rău? V-ați simțit vreodată vinovat sau criticat? Credeți cumva că corpul dumneavoastră s-a schimbat în vreun fel? Credeți că dumneavoastră ați fost în mod special ales, sau că aveți puteri speciale?**

Dacă pacientul este de acord cu vreuna din ideile de mai sus, vor fi necesare întrebări detaliate pentru a vedea dacă aceste idei, dacă sunt prezente, satisfac criteriile de idei delirante. Există dovezi care susțin părerea pacientului? Împărtășesc și alții ideile lui și îl încurajează în direcția lor? Sunt aceste convingeri posibil de modificat?

Ideile delirante pot apărea în diferite boli mintale și de fapt toate aceste boli poartă eticheta comună de psihoze.

Gândirea reprezintă funcția cea mai organizată a psihismului, prin care se integrează și se prelucurează informația privitoare la realitatea exterioară și cea interioară, cu trecerea la un nivel calitativ superior al cunoașterii, de la fenomenal, aleatoriu, particular, la esențial, cauzal, general.

Această prelucrare conduce la cunoașterea indirectă și la posibilitatea construirii unor atitudini anticipative și prospective, în mecanismele gândirii integrându-se în permanență afectivitatea, atitudinile emoționale, datele mnezicē ca și experiența anterioară.

Ca reflecție directă a gândirii, conduita umană se desfășoară rațional și anticipativ, orice acțiune fiind precedată de execuția ei mentală, de secvențializarea etapelor, aprecierea urmărilor desfășurării ei. Ansamblul acțiunilor și procedeele, prin care, în vederea rezolvării unor probleme sau a creșterii nivelului de cunoaștere, informația este transformată în cadrul schemelor și noțiunilor printr-un sistem de acțiuni organizate, alcătuiește componenta operațională a gândirii.

Tulburări în discursivitatea gândirii

Tulburări în ritmul gândirii

Accelerarea ritmului gândirii reprezintă o înlănțuire cu o extremă rapiditate a ideilor în care numărul asociațiilor se multiplică, dar pierd în profunzime, evocările sunt exacerbate fiind însă minimalizate de numeroasele digresiuni, care întrerup firul principal al discursului, iar tulburările de atenție fac subiectul incapabil de a se concentra asupra unei teme precise.

Lentoarea ideativă este reprezentată de o scădere a numărului ideilor, a posibilităților lor de asociere, evocări dificile, scădere a forței de reprezentare și a imaginației.

Tulburări în fluența gândirii

Fadingul mintal descris ca o scădere progresivă a gândirii de către Guiraud, se manifestă printr-o încetinire a ritmului verbal, ca și cum bolnavul ar fi detașat, un scurt interval, de ceea ce spune.

Barajul ideativ (KRAEPELIN), descris inițial pentru a desemna doar oprirea actelor voluntare, termenul de baraj se referă în prezent la oprirea ritmului ideativ.

Tulburări în ansamblul gândirii

Sunt tulburări în valorizarea judecăților și raționamentelor gândirii.

Ideile dominante sunt idei care se detașează din contextul celorlalte idei, impunându-se într-un moment dat gândirii și sunt legate de anumite particularități ale personalității subiectului de care se leagă însăși hipervalorizarea lor, fie că subiectul este sau nu conștient de aceasta.

Ideile prevalente, denumite ca atare de Wernicke, sunt idei care se impun gândirii ca nucleu al unui sistem delirant.

Ideile obsesive sunt idei care se impun gândirii, o asediază și o invadează, recunoscute de subiect ca un fenomen parazit, fiind străine și contradictorii cu personalitatea individului.

Ideile delirante sunt idei în dezacord evident cu realitatea, dar în a căror realitate bolnavul crede, impenetrabil la argumentele logicii formale și care-i modifică concepția despre lume, comportamentul și trăirile.

Tipul de idee delirantă	Conținut psihopatologic
Idei de persecuție	convingerea bolnavului că suferă prejudicii morale, materiale sau fizice, simțind lumea ca fiindu-i ostilă
Idei cu conținut depresiv - de vinovăție, autoacuzare, de ruină	raportarea imaginară a unor situații nefavorabile reale la acțiunile sau trăirile bolnavului, negarea capacităților intelectuale și fizice, a posibilităților materiale.
Idei hipocondriace	convingeri privind existența unei boli incurabile, cu gravitate deosebită, de care subiectul ar suferi, în dezacord cu starea de sănătate foarte bună sau puțin modificată a subiectului.
Sindromul hipocondriac	centrat în jurul ideilor hipocondriace cărora li se adaugă anxietatea și cenesstopatiile.
Idei de gelozie și erotomanice	legate de infidelitate, a cărei victimă ar fi subiectul (Bleuler le-a apropiat de ideile de persecuție).
Idei de filiație	convingerea bolnavului că nu aparține familiei sale, ci ar descinde dintr-o familie mult superioară sau chiar ar avea descendență divină.

Idei de invenție, de reformă, mistice	idei legate de capacitatea subiectului, de omnipotența lui creatoare, în domeniul științific, socio-politic sau religios
Ideile de grandoare	idei legate de calitățile deosebite fizice și spirituale pe care subiectul le-ar avea sau de bunurile materiale și situația socială pe care acesta ar poseda-o.
Ideile de relație	convingerea subiectului că anturajul și-a schimbat atitudinea față de el, că exercită asupra sa o influență defavorabilă, face aprecieri negative asupra calităților sale.
Ideile de influență	credința subiectului ca se află sub influența acțiunii unor forte xenopatiche.
Idei metafizice și cosmogonice	preocuparea subiectului de a elucida probleme ca metempsihoza, cosmogonia, biogeneza, etc

Structurarea delirantă. Ideile delirante nu apar în mod natural "clasificate" sau monotematice; ele au tendința de a se articula și sistematiza, restructurând gândirea către un mod de gândire particular

Deliruri sistematizate sunt sisteme de idei delirante construind judecăți și raționamente, cu aparență logică, dar pomind de la "postulate false" (Clerambault).

Tipul de delir sistematizat	Conținut psihopatologic
Delirurile pasionale și de revendicare	caracterizate prin subordonarea întregii gândiri unei idei prevalente, însoțită de o creștere a tonusului afectiv, care va constitui elementul energo-dinamic în dezvoltarea acestui sistem de delir
Delirul senzitiv de relație (Kretschmer)	trăirea unei experiențe conflictuale a individului față de grup, apărând pe fondul unei personalități slabe, în discrepanță cu aspirațiile și scopurile propuse, vulnerabilă și timidă, încurcându-se în aspirații biografice chinuitoare
Delirul de interpretare (Sérieux și Capgras)	se constituie dintr-o masa de simptome, interpretări, intuiții, supoziții, pseudoraționamente, care se vor organiza conform unui postulat inițial

Delirurile nesistematizate sunt deliruri în care structurarea ideilor delirante este mult mai redusă, nemaipăstrând o aparență logică și pentru care subiectul nu caută o argumentație rațională.

Tipul de delir nesistematizat	Conținut psihopatologic
Delirurile fantastice sau de imaginație (parafrenice)	caracterizate de fantasticul tematicii, bogăția imaginativă, coexistența lumii delirante fantastice în paralel cu cea reală, căreia subiectul continuă să i se adapteze

Stările delirant-halucinatorii, bufeele delirante (sindroamele paranoide)	deliruri nesistematizate, însoțite de tulburări perceptuale de tip halucinator
Delirul indus ("folie à deux")	aderența într-un cuplu, a unuia din membrii la delirul celuilalt există forme de delir în trei, în patru, multiplu psihozele de masă respectă același model psihopatologic

Tulburări operaționale ale gândirii

Pot fi pasagere și reversibile - se referă la scăderea, în grade variabile a randamentului și eficacității operaționale a gândirii, a capacității de creație și se întâlnesc în stări reactive, surmenaj, posttraumatic, în infecții și intoxicații sau permanente. Dintre tulburările permanente menționăm:

Staționare (nedezvoltarea gândirii) se referă la incapacitatea gândirii subiectului de a atinge anumite nivele operaționale, de la cele mai complexe (abstractizare și generalizare) până la cele elementare (limbajul articulat, capacitatea de autoîngrijire)

Progresive (demențele) sunt reprezentate de scăderi progresive și globale ale întregii vieți psihice, afectând în primul rând gândirea, iar în cadrul acesteia capacitatea de generalizare și de abstractizare.

Sindromul demențial are drept caracteristici următoarele:

- scăderea capacităților intelectuale care perturba integrarea socio-profesională;
- tulburări evidente de memorie și gândire;
- modificarea trăsăturilor personalității premorbide;
- absența tulburărilor de vigilitate.

11. Critica bolii și capacitatea de apreciere a situației

Nu se vor folosi niciodată sentințe pentru a caracteriza prezența criticii față de boala psihică (prezentă/absentă) deoarece aceasta nu este niciodată completă și arareori total absentă. Conștiința bolii poate fi indicată la diferite nivele de-a lungul istoricului și examinării psihice.

Sunt comune formulări de felul: **N-am nevoie să văd un psihiatru. Eu nu sunt bolnav. Familia a considerat că trebuie să vin aici.**

Uneori declarațiile pacientului privind boala sa sunt în totală contradicție cu comportamentul său non-verbal (deși neagă existența unor tulburări psihice) acceptă cu ușurință internarea în spitalele de psihiatrie și își ia corect medicația.

Tipuri de întrebări relevante pentru aprecierea criticii bolii

- *Considerați că sunteți bolnav?*
- *Ce fel de suferințe credeți că aveți?*
- *Credeți că suferințele dumneavoastră țin de o boală psihică?*
- *Care credeți că e cauza acestei boli?*
- *V-a neliniștit ceva în mod deosebit?*
- *De ce fel de ajutor credeți că aveți nevoie acum?*

Realismul răspunsurilor pacientului precum și felul în care el resimte experiența patologică vor fi cu atenție evaluate.

12. Afectivitatea și dispoziția

Starea afectivă a pacientului poate fi constantă în timpul interviului (ex. deprimată, fără exprimarea emoțiilor, sau exaltată), sau starea emoțională a pacientului poate varia. Atunci când se face o descriere a afectivității, parametrii folosiți sunt: paleta afectivă, intensitatea acesteia, labilitatea și adecvarea anumitor stări afective.

Paleta afectivă poate fi completă (pacientul demonstrează o gamă largă de stări emoționale în timpul interviului), sau afectivitatea poate fi limitată la un ton afectiv particular.

Intensitatea afectivității poate varia foarte mult, de la furia extremă a unui pacient cu borderline, până la expresia plată sau lipsită de expresie a unui pacient cu sindrom Parkinson.

Labilitatea afectivă indică faptul că pacientul trece rapid de la o stare afectivă la alta; de obicei aceasta este asociată cu afectarea cerebrală.

Adecvarea afectivității

Afectivitatea este descrisă ca fiind adecvată sau nu în raport cu subiectul discuției. De exemplu, un pacient care descrie moartea recentă a cuiva apropiat, ar trebui să fie trist (exprimare corespunzătoare a afectivității); în același timp, un alt pacient poate să apară exaltat și vesel în timpul unei discuții asemănătoare (exprimare neadecvată a afectivității).

Tulburările dispoziției

Examinarea dispoziției are patru componente importante:

- dispoziția subiectivă
- observația obiectivă
- reactivitatea neuro-vegetativă
- conținutul gândirii

Dispoziția subiectivă

Întrebați în primul rând pacientul despre aprecierea subiectivă a dispoziției formulând o întrebare cu răspuns deschis: *Cum v-ați simțit în ultima vreme? Ce dispoziție ați avut în ultima vreme?*

Dacă răspunsul nu e concludent, continuați cu: *V-ați simțit mai mult vesel sau mai mult abătut?*

Dacă răspunsul indică tristețe, atunci întrebați: *Cât de trist? Cum ieșiți din starea asta? Cum vă descărcați?*

Dacă pacientul descrie o dispoziție depresivă nu uitați să întrebați: *Ce gândiți despre dumneavoastră când vă simțiți astfel? Ce simțiți pentru viitor? V-ați simțit vreodată lipsit de speranță?*

Dacă răspunsul este da, sau dacă pacientul are idei suicidare există un foarte important risc pentru viața pacientului.

Un pacient care vă spune că viața nu are rost să fie trăită trebuie întrebat: *V-ați gândit vreodată să terminați cu viața? Ați făcut vreodată planuri cum să procedați? Intenționați să le îndepliniți? Să le duceți până la capăt?*

În mod surprinzător, majoritatea pacienților răspund sincer la asemenea întrebări; dar trebuie să fim în mod deosebit atenți la cei ce evită să răspundă. Deși cel mai frecvent sunt întâlnite în bolile depresive, ideile suicidare nu sunt limitate la această boală.

Întrucât asocierea suicidului cu depresia este cea mai frecvent întâlnită în psihopatologie, prezentăm bilanțul evaluării riscului suicidar **la un pacient cu depresie.**

GRADUL DE ANGAJAMENT ÎNTR-O CRIZĂ SUICIDARĂ
(în ordine crescătoare a gravității)

- Idei suicidare
 - Gândul la moarte
 - Preferința de a fi mort
 - Gândul la suicid
 - Gândul de a putea comite suicid
- Planificarea unui gest
 - Proiectarea unei modalități de suicid
 - Alegerea unei modalități de suicid
 - Pregătirea suicidului
 - Dispoziții legale (testament sau scrisori)
 - Disponibilitatea de mijloc suicidar (stoc de medicamente, arme în casă)
 - Procurarea unei arme
- Calitatea relației medic-bolnav și capacitatea pacientului de a se putea confesa

Simptomatologia actuală

- Durere morală și suferință
- Idei de deprecieri, lipsă de demnitate, de culpabilitate
- Pesimism, disperare
- Insomnie persistentă
- Tendință la retragere
- Agitație, confuzie
- Anxietate
- Agresivitate și ostilitate
- Idei delirante și halucinații
- Alterarea capacităților de adaptare
- Efectul tratamentului asupra simptomatologiei (dezinhibiție)
- Comorbiditate

Antecedente personale

- Conduite suicidare
 - Ideeații suicidare
 - Tentative de suicid anterioare
- Maladie depresivă
 - Diagnostic
 - Bipolaritate (succesiune a episoadelor depresive și maniacale)
 - Stări mixte
 - Episoade cu simptome psihotice
 - Răspuns slab la tratament sau complianță nesatisfăcătoare
- Comorbiditate
 - Alcoolism, toxicomanii
 - Probleme anxioase
 - Probleme de conduită (în mod special la adolescent)
 - Alterarea funcțiilor superioare
- Comportamente violente și impulsive
 - Temperament violent
 - Antecedente de agresiune fizică
 - Relații interpersonale haotice și conflictuale
 - Antecedente medico-legale
 - Conduite antisociale

Context psihosocial

- Evenimente de viață defavorabile, mai ales dacă sunt tratați umilitor
- Rupturi recente ale relațiilor, divorț, eșec sentimental
- Șomaj, schimbări sau conflict profesional
- Pierderea unei persoane apropiate
- Afecțiuni somatice cronice
- Abuz de alcool
- Izolare socială

Personalitate

- Impulsivitate
- Agresivitate, ostilitate
- Disperare, pesimism
- Stil cognitiv rigid
- Considerație redusă despre sine
- Personalitate borderline

Antecedente familiale

- Conduite suicidare
- Probleme psihiatrice (depresii, tulburări bipolare)
- Alcoolism
- Violențe

Evaluarea gravității unei tentative suicidare

- Caracteristicile evenimentului precipitant
- Motivații (în ordinea crescătoare a gravității):
 - A muri (măsurarea gradului de ambivalență și de determinare)
 - Acțiunea asupra anturajului (sensibilizare, pedepsire)
 - Voința de a scăpa de o situație, de o stare, de un sentiment intern insuportabil
- Premeditarea
 - Gest planificat
 - Achiziție specifică mijlocului utilizat
 - Punerea „afacerilor” în ordine
 - Scrisoare lăsată anturajului
- Letabilitatea și violența mijlocului întrebuițat, gradul de informare asupra letalității toxicului
- Precauții luate pentru a nu fi descoperit

Observația obiectivă a dispoziției

Tristețea, anxietatea sau bucuria „sunt transmise” prin expresia facială, postura, mișcările pacientului. Dispoziția “normală” variază (se modulează) frecvent, în funcție de gândurile și experiențele trăite de individ.

Sunt două aspecte diferite de notat: **Care este dispoziția dominantă din timpul examinării? În ce măsură fluctuează dispoziția dacă aceste fluctuații sunt adecvate și în ce direcție sunt acestea îndreptate?**

Uneori pacienții neagă stări dispoziționale neplăcute, ca depresia, perplexitatea sau suspiciunea, deși există indicii contrare care demonstrează că acestea sunt prezente.

Pot exista încercări deliberate de a disimula depresia prin refuzul de a răspunde la întrebări și acest lucru trebuie să avertizeze examinatorul asupra riscului suicidar. Tristețea este o trăsătură caracteristică a dispo-

ziției depresive, dar ea singură, în sine, nu e un indicator de boală psihică. Plânsul este în mod obișnuit asociat cu tristețea, deși poate fi numai o modalitate de descărcare a tensiunii. În stările depresive mai puțin severe dispoziția se poate îmbunătăți când pacientul este distras de incidente amuzante, ceea ce (în această situație) înseamnă că dispoziția reacționează la circumstanțe. În stările depresive mai severe, plânsul e mai puțin comun și există o dispoziție melancolică mai constantă, lipsind modulația normală care poate fi ușor confundată cu aplatizarea afectivă. Pacientul poate descrie această stare ca incapacitatea de a avea sentimente față de ceilalți ca de exemplu: membrii familiei sau prietenii. Zâmbetele și râsul sunt asociate cu veselie și euforia, situații în care au caracter "contagios". Totuși, ele pot apărea și în situații de nefericire, ca un indicator al ironiei sau al expectației sociale, când însă le lipsește calitatea de a transmite o reală bucurie. Pacientul maniaco-depresiv nu este întotdeauna vesel; deseori el manifestă iritabilitate și nervozitate dacă e frustrat de cei care limitează activitățile. Irabilitatea este în mod obișnuit observată în toate bolile afective.

Pacientul poate manifesta o dispoziție labilă și are puțin control asupra propriilor emoții. Mai puțin obișnuit se întâlnesc afecte inadecvate sau incongruente sau pacientul poate manifesta așa-numita "**tocire afectivă**" în care capacitatea de a trăi emoții pare să se fi pierdut.

Reactivitatea neuro-vegetativă

Modificările afective sunt însoțite de fluctuații în reactivitatea neuro-vegetativă.

Puteți observa dacă palmele pacientului sunt reci și transpirate atunci când dați mâna cu el. Hiperexcitabilitatea este caracterizată prin: transpirații, palpitații, gură uscată, hiperventilație, micțiuni frecvente care pot fi evidente și în timpul examinării.

Distonia neuro-vegetativă apare în mod obișnuit în bolile psihice asociate cu anxietate, incluzând aici stări anxioase, boli depresive, schizofrenia acută și cronică.

O SCALĂ DE EVALUARE RAPIDĂ A DISPOZIȚIEI

Anxietatea

1. V-ați simțit "încordat" și "pe muchie" (la "ananghie")?
2. V-ați necăjit, enervat, supărat (făcut griji) mai mult?
3. Ați fost (sunteți) iritabil?
4. Aveți dificultăți în a vă odihni (relaxa), destinde?

Dacă răspunsul este Da la oricare dintre întrebările de mai sus continuați.

5. Dormiți prost?
6. Aveți cefalee sau o stare de „încordare-tensiune” în cap?
7. Amețeală, tremor, transpirații, diaree frecvent; parestezii, țuțuri, palpitații etc. (anxietate autonomă)
8. Vă faceți griji în privința sănătății?
9. Aveți dificultăți în adormire?

D. Depresia

1. Aveți o energie scăzută?
2. V-ați pierdut interesul pentru lucrurile care vă făceau plăcere?
3. V-ați pierdut încrederea în dumneavoastră?
4. Vă simțiți neajutorat?

Dacă răspunsul este Da la oricare din întrebările de mai sus – continuați.

5. Sunteți incapabil să vă concentrați?
6. Ați pierdut în greutate (datorită scăderii apetitului)?
7. Vă sculați devreme (față de ora obișnuită)?
8. Vă simțiți inactiv, greoi, lent?
9. Vă simțiți mai rău în cursul dimineții?

Se notează cu 1 punct fiecare răspuns pozitiv

Adunați scorul A.

Adunați scorul D.

Stările de anxietate obțin cel puțin un scor de 5 pentru A.

Stările depresive obțin cel puțin un scor de 3 pentru D.

Afectivitatea reprezintă ansamblul însușirilor psihice, care asigură reflectarea subiectivă a concordanței dintre realitatea interioară și cea externă, ca proces dinamic și continuu. Sunt puse astfel în rezonanță două modalități: cea a subiectului și cea a ambianței pentru a crea un nuanțat ansamblu de trăiri unice și irepetabil tocmai prin această dinamică personală specifică. Trebuie notate două nivele ale afectivității sub raportul complexității și motivației care le generează:

- **afectivitatea bazală (holotimică)** căreia i-ar corespunde emoțiile primare și dispoziția. Generarea acestora pornește de la motivații innăscute, apropiate de viața instinctivă. Ele trec sub control voluntar, dar declanșarea lor necesită participarea instanțelor conștiinței. Baza neurofiziologică este legată de formațiunile subcorticale, iar cea biochimică ar fi reprezentată de funcționarea neurotransmițătorilor (noradrenalina, serotonina, dopamina).

Afectivitatea elaborată (catatimică) căreia i-ar corespunde emoțiile secundare (pasiuni, sentimente). Acestea se formează în cadrul sistemului de condiționare-învățare, prin opțiuni axiologice, culturale și sociale (estetice, etico-morale, filosofice, politice). Ele apar în strânsă legătură cu procesele gândirii (interpretare, evaluare, comparare, alegere) și memoriei. Sentimentele și pasiunile vin să se constituie astfel ca rezultantă complexă a unei serii de judecăți valorice, de analize și interpretări ale lumii. Nu mai este necesar să subliniem că baza neurofiziologică a acestora este nivelul cortical.

Cele două nivele – afectivitatea bazală și cea elaborată – nu acționează însă independent, organizarea afectivă globală rezultând din corelarea celor două componente, care nu reprezintă un proces liniar sau de sincronizare mecanică.

Stările de afect sunt manifestări explozive și cu efect dezorganizator asupra comportamentului, însoțite de modificări mimico-pantomimice și tulburări vegetative de tip simpatic, polarizând câmpul conștiinței în jurul evenimentului conflictual și caracterizate prin inadecvarea răspunsului și a activității psihomotorii. Menționăm printre acestea furia și frica.

Tulburările dispoziției

Dispoziția este acel tonus afectiv fundamental, bogat în toate instanțele emoționale și instinctive, care dă fiecăreia din stările noastre sufletești o tonalitate agreabilă sau dezagreabilă, oscilând între cei doi poli extremi ai plăcerii și ai durerii (J.DELAY). Deci dispoziția reprezintă polaritatea stărilor afectivității bazale într-un moment dat modificarea ei în sens patologic poartă numele de distimie.

Hipotimiile

Reprezintă scăderi în grade diferite ale tensiunii afective, traduse prin expresivitate, mimică redusă, răspuns comportamental sărac, rezonanță afectivă ștearsă.

Indiferența se traduce prin dezinteres pentru lumea exterioară și slabă modulare a paletelor emoționale.

Apatia este caracterizată prin lipsa de tonalitate afectivă și dezinteres auto și allopsihic.

Atimia se caracterizează printr-o accentuată scădere de tonus și o rezonanță afectivă aproape nulă la evenimentele exterioare, care par a rămâne în mare măsură străine subiectului. Inexpresivitatea mimico-pantomimică este caracteristică.

Hipertimiile

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

Anxietatea - a fost definită de P.JANET ca teamă fără obiect, manifestată prin neliniște psihomotorie, modificări vegetative și disfuncții comportamentale. Anxietatea are caracter de potențialitate, deformând trăirea prezentă în raport cu viitorul presimțit ca ostil și predeterminat ca atare.

Anxietatea este atât de întâinită de-a lungul vieții, contribuie la activarea mecanismelor de alertă ale organismului și la pregătirea pentru acțiune. Astfel, în fața unei situații nou apărute, anxietatea îl ajută pe om să se adapteze mai bine.

Anxietatea, teama și instinctul de a fugi, sunt mecanisme de apărare împotriva unui pericol. Temerile nu mai sunt considerate normale când ele devin cvasipermanente și împietesc asupra vieții cotidiene. Anxietatea patologică este distinctă față de neliniștea sau teama obișnuită, resimțită de orice subiect în fața unei situații noi sau cu un grad de dificultate sporit, al cărui răsunet asupra activității este pozitiv (concentrare, mobilizare a forțelor).

Anxietatea prezintă următoarele caracteristici:

- este nemotivată;
- se referă la un pericol iminent și nedeterminat, față de care apare o atitudine de așteptare (stare de alertă);
- este însoțită de convingerea neputinței și dezorganizării în fața pericolului;
- asocierea unei simptomatologii vegetative generatoare de disconfort somatic; se declanșează astfel un cerc vicios prin care anxietatea se autoîntreține.

Anxietatea se întâlnește în următoarele circumstanțe patologice: în reacții de intensitate nevrotică și psihotică, în neurastenii, în alte nevroze, în stări depresive, în psihoze, în sindromul de abținere la toxicomani, în debutul psihozelor presenile și dementelor.

Anxietatea nevrotică – toate stările nevrotice au ca element comun prezența anxietății, care ocupă de obicei un loc important în tabloul simptomatologic.

Anxietatea psihotică - apare fie ca însoțitor al depresiei sau independentă de aceasta ca în schizofrenie și psihozele organice. Ea determină perturbări vegetative majore, ale instinctului alimentar și ritmului hipnic.

Raptusul anxios - poate apare în reacții acute de șoc sau psihoze, ca o izbucnire impulsivă, manifestată printr-o bruscă și intensă accentuare

a stării anxioase, bolnavul putând face tentative suicidare sau mai rar acte heteroagresive.

Echivalențe somatice ale anxietății – recunoașterea acestor semne facilitează evidențierea anxietății, mai ales atunci când participarea bolnavului, dintr-un motiv sau altul, este redusă. Aceste semne sunt legate de excitarea sistemului nervos simpatic: paloarea feței, mimică tensionată, midriază, uscăciunea gurii, valuri de transpirație, tremor fin al extremităților, tahicardie, extrasistole, jenă precordială, anorexie, crampe abdominale, diaree, tahipnee, senzație de constricție toracică, micțiuni imperioase și frecvente, insomniile de adormire, creșteri tensionale, hiperglicemie și hiperlipemie.

Tipul simptomului	Manifestări clinice		
PSIHICE	iritabilitate		
	anxietate anticipatorie		
	concentrare insuficientă		
SOMATICE	gastro-intestinale	gură uscată dificultate de deglutiție	
	respiratorii	inspir dificil senzație de constricție toracică	
	cardiovasculare	palpitații	
	genito-urinare	insuficiența erectiei disconfort menstrual	
	neuro-musculare	tremurături dureri musculare	
	TULB. DE SOMN	insomnie	
	ALTELE	depresie	
		idei obsesive	

Depresia – definiția de cea mai largă generalitate consideră depresia ca o prăbușire a dispoziției bazale, cu actualizarea trăirilor neplăcute, triste și amenințătoare. Putemica participare afectivă, trăirea profundă a acestei stări, antrenarea comportamentală consensuală sunt tot atâtea argumente pentru a considera depresia o hipertimie negativă.

Așa cum a fost definită anterior, depresia se referă la "depresia-simptom" și definiția nu este decât scolastică, deoarece în realitatea practică, depresia apare ca sindrom sau entitate nosologică. În cele ce urmează, ne vom referi la acest al doilea aspect (sindrom), pe care-l vom defini, așa cum fac și alți autori, operațional, componentele sale fiind răsunetul ideativ, comportamental și somatic al tulburării afective.

Sindromul depresiv are drept componente definitorii dispoziția depresivă, încetinirea proceselor gândirii și lentoare psihomotorie, la care se adaugă o serie de simptome auxiliare de expresie somatică. Dispoziția

depresivă este trăită ca "tristețe vitală", pierderea sentimentelor, golire și neliniște interioară, conținut perceptual cenușiu.

Încetinirea proceselor gândirii este exprimată de mono-ideism, incapacitate decizională, conținut depresiv, ruminatii. Ideeația poate lua forma ideilor delirante cu caracter de autocazare, vinovăție, inutilitate, ruină etc. depresivul trăiește o stagnare a timpului intim imanent, care se desincronizează de timpul real; această oprire a timpului trăit marchează ansamblul tulburărilor depresive, bolnavul prezentând o incapacitate de acțiune autentică.

Lentoarea psihomotorie este caracterizată de încetinirea mișcărilor, scăderea expresiei și mobilității mimice (hipo sau amimie), dificultate de verbalizare, tendința de a se complăce în activități fără scop (inerție psihomotorie).

Simptome auxiliare de expresie somatică se traduc printr-o tulburare a sentimentelor vitale (a vitalității) - astenie, lipsă de vigoare fizică, insomnii, anorexie și scădere în greutate, tulburări ale dinamicii sexuale. Tulburările somatice sunt legate de hiperactivitatea simpatică dublată de inhibiția parasimpatică: hiposalivație, dureri epigastrice, meteorism, constipație sau diaree, greutate în respirație, disconfort precordial, tulburări de ritm cardiac, extrasistole, amețeli, cefalee, dureri difuze în regiunea tractului urogenital.

Depresia este cel mai frecvent întâlnit fenomen psihopatologic în practica psihiatrică și NU NUMAI ÎN ACEASTA.

KIELHOLZ stabilește o clasificare în care îmbină criteriul nosologic cu cel etiologic. Se descriu astfel:

- depresii somatogene**: organice, simptomatice;
- depresii endogene**: schizoafective, bipolare, unipolare, involuționale;
- depresii psihogene**: nevrotice, depresia de epuizare, reactive.

După gradul de intensitate a depresiei, se poate descrie o depresie nevrotică și o depresie psihotică.

Depresia de intensitate nevrotică este declanșată psihogen și se manifestă sub aspectul unor stări de tristețe prelungită, lipsă de inițiativă, intoleranță la frustrare, scăderea apetitului alimentar, insomnii, tulburări de dinamică sexuală, iritabilitate, la care se adaugă anxietatea. Depresia nevrotică apare în reacțiile de intensitate nevrotică, neurastenii, nevroza depresivă, în decompensările personalităților psihastene, isterice, afective, în stări de epuizare și depresiile simptomatice.

Depresia de intensitate psihotică – în depresia psihotică, fiecare din elementele constitutive ale sindromului depresiv ating intensitatea maximă, modificând personalitatea și comportamentul în sens psihotic.

Dispoziția depresivă este trăită ca un vid, ca o lipsă totală a contactului și rezonanței afective cu lumea, pe care subiectul o resimte dureros: această "anestezie afectivă", se manifestă ca un veritabil baraj în fața exprimării sau perceperii sentimentelor proprii, care-l duce la pierderea intersului pentru lucruri și oameni. Încetinirea proceselor gândirii se manifestă prin bradipsie și sărăcirea conținutului ideativ, incapacitate de evocare și sinteză, hipoprosexie; asociațiile sunt dificile, imaginația redusă, hipermnzie selectivă însoțită de ruminatii. Producția verbală traduce în mare măsură inhibiția intelectuală, fiind încetinită, ajungând uneori până la mutism. Scăderea performanțelor intelectuale, prezența anesteziei psihice generează depresivului sentimente de auto depreciere și durere morală. Acestea vor genera, la rândul lor, idei de autoacuzare, inutilitate, deschid calea către ideile suicidare și trecerea la act. Nemaiputându-și imagina viitorul, pacientul pierde orice dimensiune a realității, are stări de derealizare și depersonalizare. Pe plan psihomotor pacientul poate prezenta o inhibiție profundă, mergând până la imposibilitatea de a se deplasa; activitatea spontană este redusă la minimum. Atunci când depresia se însoțește de anxietate, tensiunea psihică insuportabilă se poate manifesta printr-o neliniște motorie, agitație, atingând paroxismul în raptusul depresiv, care se însoțește de acte impulsive, auto- și mai rar heteroagresive. Complicația cea mai de temut a depresiei este suicidul domeniu căruia îi vom dedica o atenție deosebită (vezi suicidul).

Depresia mascată - termenul se folosește de la sfârșitul anilor '20 fiind aplicat de LANGE depresiilor endogene, cu dominantă coplesitoare a simptomelor fizice. Observațiile ulterioare au stabilit existența lui și în depresiile psihogene. În 1973 depresia mascată a fost definită ca "o boală depresivă în care simptomele somatice ocupă primul plan sau în care simptomele psihice sunt în planul secund (ca substrat)"

Depresia în bolile somatice

- Simptome depresive semnificative clinic sunt decelabile la aproximativ 12 până la 36% dintre pacienții cu alte afecțiuni nonpsihiatrice. Pe de altă parte cei mai mulți pacienți cu o suferință somatică nu au depresie.
- Dacă este prezentă o tulburare depresivă atunci aceasta trebuie tratată ca o condiție independentă (posibil precipitată de vulnerabilitatea biologică sau psihologică a individului) care trebuie separat tratată.
- Nu este corectă atitudinea unor medici care consideră că este bine să trateze în primul rând și/sau numai tulburarea somatică și, apoi "după rezolvarea acesteia" să orienteze bolnavul către un psihiatru.
Depresia trebuie și ea căutată și investigată; astfel că nu se recomandă realizarea unui diagnostic prin excludere.

- Atunci când o tulburare depresivă apare împreună cu o suferință somatică, sunt câteva explicații posibile:
 - Suferința medicală generală provoacă în mod biologic depresie, de exemplu hipotiroidia determină depresie;
 - Suferința somatică declanșează depresia la persoane vulnerabile genetic pentru depresie; exemplu boala Cushing poate precipita un episod depresiv major;
 - Suferința somatică produce psihologic depresia; de exemplu un pacient cu cancer devine depresiv în mod reactiv, ca o reacție la prognostic, la durere și invaliditate;
 - Suferința somatică și depresia nu sunt corelate, sunt independente.

Disforiile sunt stări dispoziționale de tip depresiv asociate cu disconfort somatic și excitabilitate crescută. Agresivitatea și impulsivitatea subiectului este crescută, determinând uneori un comportament coleros; la acestea se adaugă deseori logoreea și anxietatea. Se întâlnește în stările psihopatoide (posttraumatice, postencefalitice, toxice), comițialitate, stările mixte din psihozele afective.

Euforia - este reprezentată de o creștere a dispoziției având o tonalitate afectivă pozitivă, expansivă (hipertimie pozitivă). Ca și în cazul depresiei trebuie operată o distincție între euforia (veselia) normală, și cea simptomatologică.

Ca și depresia, cea de a doua nu apare izolată, ci în cadrul unui sindrom a cărui bază psihodinamică este sindromul maniaco-depresiv.

Sindromul maniaco-depresiv are drept componente definitorii dispoziția euforică, accelerarea proceselor gândirii, excitație psihomotorie, la care se adaugă o serie de simptome de expresie somatică.

Dispoziția euforică este caracterizată prin bucuria de a trăi, optimism debordant, sentimente de omnipotență și încredere nelimitată în forțele proprii. Toate acestea se însoțesc aproape întotdeauna de o vie *excitație erotică*, contrastând uneori cu comportamentul anterior al subiectului, cu vârsta, cu date biologice obiective.

Dispoziția euforică are o mare labilitate spre deosebire de cea depresivă, bolnavul trecând rapid de la bucurie la stări de plâns, furie și chiar agresivitate.

Accelerarea proceselor gândirii se manifestă prin accelerarea ritmului gândirii (tahipsihie), accelerarea reprezentărilor mentale, fugă de idei, cu asociații de idei superficiale, făcute într-un mod elementar (asonanță, rime, jocuri de cuvinte), hipoprosexie cu aparentă hiperprosexie spontană. Exaltarea imaginativă dă naștere unor adevărate producții pseudodelirante - *idei de invenție, de grandoare, mistice*, în care însă bolnavul nu crede cu

seriozitate. *Limbajul reflectă dezorganizarea gândirii maniacale*, bolnavul are *logoree*, abundă în jocuri de cuvinte, onomatopoeie, ironii, înlănțuite la întâmplare într-un flux continuu.

Sindromul hipomaniacal este o formă atenuată, benignă a sindromului maniacal. A fost uneori descris ca unul din poliile personalităților afective.

Tulburări ale dinamicii dispoziționale

Sunt fluctuațiile pe care le suferă dispoziția, schimbările de tonalitate, de la un interval de timp la altul, sunt după unii autori, date genetice care se înscriu ca specifice în nota personală, individuală. Stabilitatea emoțională, scăzută la copil, se desăvârșește pe măsura maturizării atingând nivelul optim al adultului.

Rigiditatea afectivă este reprezentată de conservarea în timp, contradictorie cu schimbările obiective, situaționale, a unei structuri afective. Aceasta se traduce în principal printr-o disfuncție majoră a personalității, antrenând o "rigidificare" a sistemului de credințe și valori, motivații, etc. care duc la o echilibrare neadecvată la solicitările externe. Se întâlnește la unele personalități dizarmonice.

Labilitatea emoțională se caracterizează prin variații dispoziționale frecvente, lipsite de contextualitate, sau dimpotrivă fiind legate doar de starea afectivă a celor din jur (poikilotimie). Se întâlnește în stările maniacale, oligofrenii, hipertiroidii, debutul unor demențe, la unele personalități dizarmonice (isterice, afective).

Tulburări ale emoțiilor elaborate

Paratimiile - modificări predominant calitative ale emoțiilor elaborate, caracterizate prin neadecvarea extremă în raport cu contextul situațional al dispozițiilor, sentimentelor, trăirilor afective. Se întâlnesc în stări reactive, psihoze schizofrenice, tulburări de involuție, parafrenie.

Inversiunea afectivă se manifestă ca o schimbare a sentimentelor, pozitive, firești, avute de subiect anterior îmbolnăvirii, față de persoane apropiate din familie. Se întâlnește în schizofrenii, parafrenii, delirul de gelozie și rar în paranoia.

Ambivalența afectivă constă în trăirea simultană a două sentimente antagoniste (dragoste-ură, dorință-teamă) într-un amestec indestructibil. Se întâlnește în schizofrenie și uneori în tulburările involutive.

Fobia este definită ca o reacție somatică și psihologică față de obiecte/situații ce provoacă frica, mai degrabă decât de obiectul însuși. Frica specifică, intensă declanșată de un obiect sau o situație, care nu are prin ele însele un caracter periculos, fobia are un caracter irațional recunoscut ca atare și care nu poate fi controlat volitiv. Proiecții ale anxietății, fobiile pot invada oricare din obiectele și situațiile realității de care experiența individuală se leagă într-un mod oarecare.

Extazul este o stare paroxistică de bucurie intensă, în timpul căreia subiectul rupe comunicarea cu mediul, însoțită de o pantomimică exprimând această trăire inaccesibilă celorlalți. Se întâlnește în isterie, oligofrenie, deliruri cronice cu tematică mistică, schizofrenie, epilepsie. Este necesar a nu fi etichetat gresit extazul psihogen-reacția de bucurie la o mare reușită care de asemenea rupe comunicarea cu mediul întocmai ca o secusă.

13. Voința

Voința este funcția psihismului prin care se produce actualizarea și realizarea intențiilor, prin organizare operațională a acțiunilor și structurare decizională. Este strâns legată de sistemul motivațional, conceput ca ansamblul pulsionilor interne, cu nivel energetic și tensional specific, modelat socio-cultural, ca declanșator al acțiunii.

Tipologia tulburărilor de voință

Tipul de tulburare	Suport motivațional	Manifestări psihopatologice	Circumstanțe patologice
Hiperbulia	Precis	creșterea forței voliționale, având caracter global și fiziologic	la anumite tipuri de personalități sectorizată în patologie
Hiperbulia delirantă	Precis	nivel foarte ridicat	afecțiuni psihotice
Hiperbulia electivă	Precis	se desfășoară sectorizat	toxicomanii nevroză obsesivo-fobică
Hipobulia cu caracter global	Pierdut	diminuarea forței voliționale cu scăderea capacității de acțiune, legate de un sistem motivațional mai slab conturat sau chiar absent, deși conștiința nu e modificată și operațiile gândirii sunt intacte	afecțiuni de intensitate nevrotică, cerebrale posttraumatice, toxicomanii, întâzieri în dezvoltarea psihică (oligofrenii), sindroame psihoorganice, cronice, demențe. În stările maniacale, hipobulia este secundară incapacității de

			concentrare a atenției, excitației psihice și agitației psihomotorii
Hipobulia cu caracter electiv	Pierdut	incapacitatea de a face față situațiilor fobogene sau obsesiilor ideative	nevroza obsesivo-fobică
Abulia	Pierdut	nivel maxim de scădere a forței voliționale și pierderea aproape totală a inițiativei și capacității de acțiune	depresii psihotice, schizofrenii, oligofrenii severe, stări dementiale avansate
Impulsivitatea	Pierdut	un sistem motivațional modificat prin pulsuni interioare imperioase, presante, care se impun conștiinței și determină trecerea la act, în condițiile unei capacități voliționale scăzute	constituțională la structurile dizarmonice de personalitate de tip impulsiv, sau poate apare în afecțiuni nevrotice, reacții și psihoze, când îmbracă aspectul de raptus
Parabulia	destructurat	scăderea forței voliționale determinată în principal de dezorganizarea sistemului volițional prin sentimente, dorințe ambivalente, bizare, consecințe ale disocierii ideo-afective	schizofrenie sau generată de acțiuni simultane, parazite, din nevrozile motorii

14. Viața instinctuală

Pacientul va fi întrebat despre prezența sau absența apetitului alimentar din ultimul timp și eventualele diferențe de comportament alimentar. Prezența sau absența libidoului și tulburările de apetit și dinamică sexuală vor fi, de asemenea, notate.

Întrebările vor fi formulate simplu, firesc, fără ca examinatorul să-i creeze pacientului senzația de complicitate și fără să-l agreseze prin intruzivitate: **Aveți aceeași poftă de mâncare ca înainte? Sunteți mulțumiți de viața dumneavoastră sexuală/intimă? Puteți să îmi spuneți ce anume vă nemulțumește mai exact? În ce măsură considerați că vă afectează acest lucru?**

15. Ritmul nictemeral

Tulburările de somn sunt frecvente în aproape toate bolile psihice.

Ne vom interesa inițial dacă pacientul este mulțumit de cantitatea și calitatea somnului său. **Reușiți să vă odihniți bine?** Nu trebuie să uităm că un pacient maniacoal are o nevoie scăzută de somn și, în virtutea dispoziției sale expansive, probabil va afirma că se simte excelent deși doarme

de mai multe săptămâni doar 3 ore/noapte. Este bine deci să ne asigurăm, întrebând: **Câte ore reușiți să dormiți? Vă este de ajuns?**

Sunt coșmarurile cauza pentru care nu se odihnește pacientul? Trebuie avut în vedere că există tulburări anxioase (sindromul de stres posttraumatic) în care visurile terifiante fac parte chiar din criteriile de diagnostic. **Este tema visului legată de un eveniment traumatizant particular?**

Dintre tulburările de somn, insomnia este cel mai frecvent element psihopatologic întâlnit în psihiatrie. Reprezintă o scădere a timpului total de somn, acuzat ca atare. Se întâlnește în: stări de surmenaj, neurastenii, tulburări anxioase, tulburări afective, alcoolism, tulburări dementiale, etc. În mod clasic se descrie insomnia de adormire a nevroticului și cea de trezire din depresiile endogene.

Hipersomniile sunt prelungiri ale perioadei de somn care pot surveni continuu sau paroxistic și au foarte rar o cauză psihogenă (tulburările conversive; clasic se descria pseudo-hipersomnia isterică – "un acces de somn" cu durată variabilă în care bolnavul rămâne inert, fără reacții la excitații externe, aspectul EEG rămânând normal).

Se întâlnește în convalescența bolilor infecțioase, encefalite, sindromul Korsakov, sindromul de hipertensiune intracraniană, insuficiență hepatică, renală, mixedem, etc.

Examinatorul va stabili dacă pacientul are insomnii și de ce fel sunt acestea (de adormire, de trezire, mixte). **Adormiți cu dificultate? Vă treziți prea devreme din somn? Este un somn întrerupt? De câte ori vă treziți peste noapte? Ce soluții adoptați pentru a putea dormi? Somnul este reglat medicamentos? Ce medicamente și în ce doze obișnuiți să luați?** De asemenea, pacientul va fi întrebat dacă respectă sau neglijează regulile de igienă ale somnului.

Dimpotrivă, pacientul poate să vă spună că doarme prea mult, că este în permanență somnolent. Se va nota în acest caz eventuala prezență a hipersomniei.

Ritmul nictemeral este deseori inversat la pacienții vârstnici cu sindrom organic deteriorativ. Aceștia dorm pe perioada zilei și devin neliniștiți pe parcursul nopții. La această categorie de vârstă, insomnia poate fi un semn precoce al aterosclerozei. Familia poate completa datele cu privire la acest lucru.

ICD 10 clasifică tulburările de somn non-organice în:

Dissomnii: stări primar psihogene, în care tulburările predominante afectează cantitatea, calitatea sau durata somnului, datorate cauzelor emoționale, de exemplu: **insomnia, hipersomnia și tulburarea ritmului somn-veghe.**

Parasomniile: evenimente episodice anormale ce apar în timpul somnului, care în copilărie sunt în principal corelate cu dezvoltarea copilului, în vreme ce la adult ele sunt predominant psihogene, de exemplu: **somnambulismul, pavorul nocturn, coșmarurile.**

Tulburările de somn cu o cauză organică sunt clasificate separat și cuprind: narcolepsia, miocloniile nocturne, sindromul apneic nocturn, sindromul Klein-Levin, etc

16. Elanul vital și randamentul util

Sunt elemente ale examenului psihic care arată, pe de o parte resursele "de luptă" ale pacientului cu boala sa și consecințele ei oferind indicii asupra pârgurilor motivaționale pe care psihiatrul le poate folosi în actul terapeutic și, pe de altă parte, gradul de funcționare al pacientului, randamentul său în domeniul ocupațional, casnic, social. Elanul vital și randamentul util desfășurării unor acțiuni pot fi mult diminuat, în special în tulburările afective depresive sau nule în schizofreniile reziduale, demențe. Pacientul va fi întrebat: **Care sunt activitățile pe care le puteți încă desfășura? Cât de dificil vă este să continuați să vă îndepliniți îndatoririle familiale/profesionale? La ce lucruri ați renunțat de când v-ați îmbolnăvit? Cum apreciază cunoștii dumneavoastră capacitatea dumneavoastră de a lucra? Vă simțiți schimbat față de cum erați?, etc**

Un randament util marcat diminuat, pe o durată lungă de timp poate orienta psihiatrul atunci când face managementul de caz către recomandarea unei reorientări profesionale sau o eventuală pensionare.

17. Reacția examinatorului față de pacient

Dacă la începutul examenului psihic am notat reacția pacientului față de examinator, este semnificativ ca la sfârșitul lui să fie notată reacția examinatorului în raport cu întâlnirea avută cu pacientul. Va fi notată o reacție pozitivă sau stări ca tristețea, frustrarea, mânia. De asemenea, dacă a fost ușor sau dificil ca discuția să fie controlată.

Dacă pacientul este o persoană pasivă, dependentă vă va induce frustrarea în aceeași măsură ca și simpatia; o persoană agresivă, megalomană sau egocentrică care preia conducerea interviului, care vă împiedică să luați informațiile necesare și vă lasă cu sentimentul de inadecvare și de mânie sau alții, care fac frecvent declarații despre alte persoane, în special despre medici sau psihologi care i-au dezamăgit și, deci, vă induc sentimente de vinovăție.

Dacă descoperiți dificultăți în stabilirea unei relații de colaborare cu pacientul, stabiliți în ce măsură aceasta este determinată de comportamentul pacientului și dacă aceasta este ceva simptomatic pentru suferința sa

psihică acută. Este importantă depistarea dificultăților de lungă durată pe care pacientul le-a avut în relațiile cu familia, cu colegii de servici sau cu alții. Reacția dumneavoastră față de pacient este probabil asemănătoare cu a celorlalți și vă poate oferi multe indicii în legătură cu personalitatea pacientului.

Datele culese cu ocazia examenului psihic reprezintă un tezaur de informație excepțional care poate ajuta mult în stabilirea diagnosticului și conduitei terapeutice celei mai potrivite. Prezentate într-o ordine logică și într-un limbaj de specialitate, aceste date vor constitui dovada certă a nivelului de maturitate profesională a examinatorului. Examenul psihic este o adevărată probă de măiestrie pe care doar cei cu adevărat competenți sunt capabili să o treacă. Satisfacția unei examinări bine făcute rămâne însă inegalabilă.

CAP. 4 EXAMENUL NEUROLOGIC IN PSIHIATRIE

Se realizează de obicei paralel cu examenul psihic, și trebuie să fie efectuat cu răbdare, sistematic și cu competență, dar mai ales complet, fără a ne mărgini de a da răspuns unei singure întrebări: ne aflăm în fața unui bolnav neurologic cu tulburări psihice sau în fața unui bolnav psihic cu tulburări neurologice, ci urmărind a evidenția toate semnele neurologice cu implicații psihiatrice.

În acest sens propunem următoarea schemă de examinare:

ATITUDINEA ȘI TONUSUL	
MOTILITATEA:	motilitatea elementară - reflexele motilitatea involuntară - automată motilitatea voluntară și deficitale
SENSIBILITATEA	sensibilitatea subiectivă sensibilitatea obiectivă modificările sensibilității
AFAZIILE:	afazia motorie - de expresie afazia senzorială - de recepție afazia mixtă (Broca)
APRAXIILE:	apraxia ideatoare apraxia motorie apraxia constructivă
AGNOZIILE	
NERVII CRANIENI	

1. ATITUDINEA ȘI TONUSUL

1.1. Atitudinea: depinde de gradul de conștientă, prezența paralizilor sau atrofiilor, poziții antalgice, contracturi, medicația administrată sau de gradul de "cointeresare" al subiectului.

În patologia neurologică există numeroase afecțiuni care prezintă atitudini particulare care pot interesa în ansamblu: "cocoș de pușcă" pe cât de clasică, pe atât de rară azi (meningite), rigiditatea și inexpressivitatea parkinsonianului, flexia mușchiului superior și extensia mușchiului inferior caracteristică hemiparazei spastice; sau pot interesa segmentar: "mâna simiană" și "mâna scheletală" (amiotrofii), mâna "în gât de lebădă" (paralizie radială), mâna "în ghiară" (paralizie cubitală).

Atitudini particulare pot fi întâlnite și în practica psihiatrică în 3 ipostaze:

- la bolnavi neurologici cu atitudini particulare ce aparțin bolii organice, care prezintă concomitent și tulburări psihice;
- în sindromul de impregnare neuroleptică;
- în isterie unde aspectul este exagerat și caricatural în încercarea de imitare a sindromului organic.

Expresia feței poate fi modificată atât în tulburări neurologice (paralizii de nervi cranieni, boala Parkinson) cât și în tulburări psihice (catatonie, depresie, toxicomanii, sindrom de impregnare neuroleptică).

1.2. Tonusul muscular comportă atât examenul mușchilui în repaus (tonusul de repaus) cât și în cursul mișcărilor voluntare sau în timpul menținerii unei poziții (tonusul postural). Elementul patologic poate fi reprezentat de o scădere a tonusului (hipotonia) sau de o exagerare a tonusului (hipertonie).

- hipotonia: caracterizată prin flacciditate și amplexare exagerată a mișcărilor pasive - prezentă în clinica neurologică, dar absentă în psihiatrie (se încearcă "mimarea" ei - dar nu reușește);
- hipertonia: caracterizată prin rigiditate și amplexare redusă a mișcărilor pasive - prezentă atât în leziunile piramidale și cele extrapiramidale cât și în sindromul de impregnare neuroleptică.

Vom încerca să prezintăm sintetic caracteristicile hipertonei piramidale și ale celei extrapiramidale în scopul diferențierii lor:

HIPERTONII:	PIRAMIDALE	EXTRAPIRAMIDALE
Localizare	Limitată - gr. musculare	Generalizată
Durata	Mică - însoțește numai începutul mișcării	Mare - însoțește toată mișcarea
Morfologie	Elastică - revine la poziția inițială	Plastică - păstrează poziția imprimată
Fenomene asociate	- semnul Babinski - clonus	- semnul blocajului - semnul rotii dințate

2. MOTILITATEA

2.1. Motilitatea elementară - reflexele: considerate drept actele nervoase cele mai simple, pot fi definite drept răspuns (motor, vasomotor sau secretor) care apar consecutiv unui stimul. În examinarea bolnavului studiem reflexele necondiționate pe care le putem clasifica în: osteo-

tendinoase (miostatice sau profunde), cutaneo-mucoase (superficiale) statice (postură) și vasculare.

2.1.1. Examinarea reflexelor osteotendinoase - se realizează prin percuția unor tendoane sau suprafețe osoase și au drept rezultat o contracție promptă a unui mușchi sau grup muscular.

În cazul examinării unor bolnavi psihici sau a unor persoane suspecte de simulație este indicat să se utilizeze metode de distragere a atenției.

Răspunsul obținut trebuie să asigure singur contracție scurtă după o perioadă mică de latență și simetric pentru ambele membre. Se consideră abateri: diminuarea-abolirea, accentuarea-exagerarea, inversarea cât și pendularea (în cazul reflexului rotulian).

Principalele reflexe osteo-tendinoase

	DENUMIREA REFLEXULUI	ORIGINEA	LOCUL DE APLICARE AL PERCUȚIEI	REAȚIA DETERMINATĂ
CAP	Reflexul maseterin	V - VII	degetu examinatorului aplicat pe regiunea mentonieră	ridicarea mandibulei
MEMBRUL SUPERIOR	Reflexul bicipital	C ₅ - C ₆	tendonul bicepsului	flexia antebrat pe brat
	Reflexul stilo-radial	C ₅ - C ₆	apofiza stiloidă radială	flexia antebrat pe brat
	Reflexul tricipital	C ₇ - C ₈	tendonul tricepsului	extensia antebrat + contracție triceps
	Reflexul cubitopronator	C ₈ - C ₈ C ₄ - T ₁	apofiza stiloidă ulnară acromionul	flexia și pronția antebratului
	Reflexul acromial	C ₅ - C ₆	tendonul deltoidului	abducția brațului
	Reflexul deltoidian	C ₅ - T ₁	tendonul marelui pectoral	abducția inferioară abducția inferioară a brațului
	Reflexul marelui pectoral	C ₆ - T ₅	pectoral mijlocul sternului	abducția inferioară a brațului
	Reflexul mediosternal			contracția mușchilor pectoralii + abdominali
MEMBRUL INFERIOR	Reflexul rotulian	L ₂ - L ₄	tendonul rotulian	extensia gambei
	Reflexul achilian	S ₁ - S ₂	tendonul lui Achile	flexia plantară a piciorului
	Reflexul mediopubian	L ₁ - L ₂	simfiza pubiană	contracția adductorilor
	Reflexul adductorilor	L ₂ - L ₃	condilul femural	coapsei
	Reflexul cuboidian	L ₃ - L ₅	fața sup. picior în dreptul cuboidului	contracția adductorului coapsei extensia ultimei 4 degete

- **Diminuarea și abolirea reflexelor osteo – tendinoase.** Răspunsul lent sau absent unilateral sau bilateral care contrastează intens cu restul reflexelor este considerat patologic.
Există numeroase cauze etiologice care o pot conduce la diminuarea sau abolirea reflexelor - în principal leziunile componentelor arcului reflex cât și starea de extenuare fizică sau psihică, intoxicații severe cu: alcool, barbiturice, opiacee, sindrom de hipertensiune intracraniană, comele de orice natură mai puțin cea "isterică", vârsta avansată unde diminuarea sau dispariția reflexului achilian și stilo-radial nu are valoare patologică.
- **Accentuarea și exagerarea reflexelor** - Este considerat patologic răspunsul mai rapid, cu mișcare mai amplă, cu excitant minim (uneori aplicat chiar în zone vecine) sau cu răspuns și la mușchi vecini ce nu se contractă în mod normal. Etiologic cauzele sunt mai puțin numeroase și pot evidenția leziunea căii piramidale sau se pot întâlni în: nevroze și personalități dizarmonice (isterici, excitabili), hipertirozii, hipocalcemii, hipoglicemii, intoxicații cu stricnină.
- **Inversarea reflexelor osteotendinoase** - Este considerat patologic răspunsul mușchilor antagoniști sau centrului vecin cu cel al mușchilor atât în neurologie cât și în psihiatrie, descris în paralizia generală progresivă, stadii avansate.
- **Pendularea reflexului rotulian** este întâlnită în clinica neurologică în hipotonia existentă la cerebeloși, dar poate fi găsită în clinica psihiatrică la unii schizofreni și în demențe presenile.

2.1.2. Reflexele cutaneo-mucoase (R.C.M.): se realizează prin excitarea unor zone tegumentare sau mucoase și au drept rezultat contracția mușchilor segmentari corespunzători.

Răspunsul obținut trebuie să asigure o singură contracție scurtă după o perioadă mică de latență și simetric pentru zone ale corpului. Se consideră abateri: diminuarea-abolirea, accentuarea-exagerarea și inversarea răspunsului.

- **Diminuarea și abolirea (R.C.M.):** au valoare semiologică atât în clinica neurologică cât și în cea psihiatrică unde diminuarea lor se întâlnește în cadrul aceluiași afecțiuni în care există și diminuarea R.O.T.
- **Accentuarea și exagerarea (R.C.M.)** au aceeași valoare semiologică și se întâlnesc în aceleași afecțiuni psihice în care sunt accentuate și R.O.T.
- Un loc aparte îl ocupă reflexul palmomentonier Marinescu-Radovici exagerat după unii autori în demența vasculară și mixtă.

- **Inversarea reflexelor cutaneo-mucoase** - este o situație particulară dar grupează o întreagă patologie - cea a neuronului motor central fiindu-ne cunoscut drept semnul Babinski. Dar el poate fi prezent nu numai în patologia neuronului motor central ci și în: - postcriza epileptică, coma insulinică (accident de terapie), post electroșoc, p.g.p., demențe.

Redăm în tabelul următor principalele reflexe cutaneo-mucoase:

Principalele reflexe cutaneo-mucoase

REFLEXUL	LOCUL DE APLICARE AL EXCITANTULUI	REAȚIA DETERMINATĂ
R. cornean	excitarea corneei	contractia orbicularului piezoapei
R. corneo-mandibular	excitarea corneei	proiecția și lateralizarea
R. palmomentonier Marinescu-Radovici	excitarea hipotenară sau tenară	contractie mentonieră
R. palmomentonier Braka	excitarea marginii externe a policelui	contractie mentonieră
R. cutanate abdominale	excitarea verticală, la diferite nivele a marginii externe a mușchilor drepti abdominali	contractia mușchilor abdominalului cu deplasarea ombilicului
R. cremasteria	excitarea feței interne a coapsei	ridicarea testiculului
R. cutanat plantar	excitarea marginii externe a plantei de la călcâi spre degete	fixa degetelor

2.1.3. Reflexele statice sau de postură - se realizează prin apropierea pasivă a capetelor unui mușchi, obținându-se la sfârșitul acestei manevre o contracție tonică. Sunt prezente la orice mușchi, dar mai evidente pe mușchi lungi care traversează o articulație, de aceea, de obicei bicepsul brahial sau gambierul anterior fac obiectul examinării în practică. Abolirea reflexului nu este cunoscută în clinica psihiatrică-presupunând leziunea arcului reflex. Exagerarea reflexului tradusă prin decontracturarea sacadată realizând semnul "roții dintare" este prezentă în impregnarea neuroleptică.

2.2. Motilitatea involuntară-automată necesită nu numai o examinare atentă, dar și o urmărire în timp atât în stare de veghe cât și somn.

Există numeroase mișcări involuntare cu semnificație patologică:

TIPUL MIȘCĂRII	DESCRIERE CLINICĂ	CIRCUMSTANȚE DE APARIȚIE
Tremurăturile	deplasarea unui segment în jurul axelor articulației	în condiții fiziologice: emoții, oboseală, scăderea temperaturii când se asociază cu tulburări vasomotorii cât și în condiții patologice-în psihiatrie în: nevroze, alcoolism, p.g.p. *dispar spontan odată cu cauza;
Mișcările coreice	mișcări involuntare, bruște, dezordonate, rapide, fără scop, asimetrice, succesive	în coreea Huntington, coreea Sydenham, coreea isterică, coree vasculară *dispar în somn, sunt accentuate în mișcări voluntare, emoții, stress, concentrare.
Mișcări atetozice	mișcări involuntare lente, neregulate, aritmice, de amplitudine mică care apar la nivelul membrelor superioare	sunt exagerate de emoții, *pot fi oprite voluntar, diminuează în repaus, dispar în somn.
Mioclonii	contracții musculare bruște, scurte, violente, involuntare, schițând deplasarea unui segment, limitate la o fracțiune de mușchi, un mușchi sau un grup muscular	aritmice: în epilepsia mioclonică, epilepsia parțială, intoxicații cu bromuri de metale ritmice: 100-300 cicli/ sec., ritm constant care nu se modifică sub influența repausului, somnului, medicației
Alte mișcări:		
- convulsii	mișcări sacadate ale întregului corp	epilepsie
- fibrilațiile musculare	contracții fasciculare fără deplasarea segmentului	spasmodie
- ticurile	mișcări involuntare pseudogestuale, stereotipe	Nevroze, boala Gilles de la Tourette
- spasme de torsione	contracții lente, tonice, involuntare	în schizofrenie
- crampa funcțională (a scriitorului, a violonistului)	contracții localizate la grupe musculare cu funcționalitate într-o mișcare precisă într-un act motor scris	întâlnite în nevroze

2.3 Motilitatea voluntară și fenomene de deficit motor

2.3.1. Motilitatea voluntară -se studiază prin mișcări voluntare ale tuturor segmentelor corpului apreciind amplitudinea și viteza mișcării. Se solicită subiectului efectuarea unor mișcări atât focalizate asupra segmentului în care există "cauzele" dar și la nivelul altor segmente pe care acesta le consideră "sănătoase".

2.3.2. Pareze și paralizii: realizează clinic tablouri alarmante prin anularea uneia din caracteristicile majore - mișcarea - poate fi întâlnit atât în neurologie cât și în psihiatrie (catatonii, diskinezii, epilepsie, isterie).

Este important pentru psihiatru dar și pentru orice medic, să poată distinge o parază sau o paralizie de tip organic de o manifestare de tip funcțional (așa-zisele "paralizii psihice").

În ciuda aparențelor aceasta nu este o problemă atât de dificilă cum ar părea la prima vedere dacă se ține seama următorii parametrii:

- sediul topografic al leziunii care a determinat manifestarea
- topografia manifestării: parezei sau paraliziei
- imposibilitatea existenței concomitente de simptome ce aparțin ambelor sindroame de neuron motor (periferic și central) la același subiect.

Diferențiere între paralizia prin sindrom de neuron motor periferic și "paralizia funcțională" se realizează cu multă ușurință dacă ține cont că în "paralizia funcțională" este imposibilă prezența următoarelor 5 semne:

1. topografia manifestării este strict anatomică;
2. hiporeflexivitatea până la abolire a reflexelor osteo-tendonice;
3. hipotonie musculară;
4. atrofie musculară;
5. electromiogramă caracteristică sindromului de neuron motor periferic.

Diferențiere între paralizia prin sindrom de neuron motor central și "paralizia funcțională" (deși mult mai greu de realizat funcțional - deci diferențierea se face cu și mai mare ușurință) se realizează dacă se are în vedere imposibilitatea prezenței în paralizia funcțională a următoarelor 5 semne:

1. topografia manifestării întinsă (tip hemi sau paraplegic);
2. disociația reflexelor: hiperreflectivitate osteo-tendoniceasă /hiporefectivitate cutanată;
3. hipertonie-spasticitate;
4. semnul Babinski pozitiv-clonusul picior și rotulă;
5. electromiogramă caracteristică sindromului de neuron motor central.

Am considerat că prezentarea modalităților de diferențiere a celor două circumstanțe organice în care există deficit motor de paralizie funcțională

este un memento util în activitatea practică, ori de câte ori medicul va avea bănuiala că paralizia este psihogenă.

3. SENSIBILITATEA

3.1. Sensibilitatea subiectivă. Reprezintă senzațiile pe care le realizează bolnavul înglobând durerile și paresteziile cu gamă infinită de manifestare atât ca localizare cât și ca intensitate (amorțeli, furnicături, frecături, senzație de rece - de cald, alternanțe, dureri spontane etc.) cu apariția: diurnă, nocturnă, periodică, neregulată, la efort, în repaus, înainte de adormire etc., post medicație, post efort intelectual, sexual sau fără nici o cauză, prezente în majoritatea nevrozelor și a decompensărilor de intensitate nevrotică a personalităților dizarmonice.

3.2. Sensibilitatea obiectivă. Necesită un examen atent și sistematic vizând tulburările sensibilității superficiale (exteroceptive), profunde (interoceptive) și a sensibilității epicritice.

3.2.1. Sensibilitatea superficială: cea tactilă (examinare cu vată sau pensulă), cea termică (examinare cu eprubete apă caldă/rece), cea dureroasă (examinare cu acul); în toate cazurile se evidențiază eventualul deficit prin atingeri succesive.

3.2.2. Sensibilitatea profundă (interoactivă): vibratorie (examinare cu diapazon) și mioartrochinetică (prin imprimarea poziției unui segment articular pe care bolnavul cu ochii închiși trebuie să-l recunoască și să o imite le membrul celălalt).

3.2.3. Sensibilitatea epicritică: constă în posibilitatea sintezei diferențiate a senzațiilor elementare și este de mai multe tipuri:

- topognoziază: localizarea senzației;
- dermolexia: recunoașterea semnelor "desenate" pe tegumente;
- discriminarea tactilă: distingerea separată a două senzații tactile;
- adaptarea senzitivă: diminuarea senzației la același excitant;
- stereognoziază: recunoașterea obiectelor prin palpate (simțul formelor);
- stomatognoziază: recunoașterea poziției diferitelor segmente corporale.

Evident examinarea se efectuează punând subiectul să stea cu ochii închiși.

3.2.4. Modificări ale sensibilității în psihiatrie: din cele 5 tipuri majore de modificări ale sensibilității: tip hemiplegic, tip paraplegic, tip radicular, tip periferic, tip polinevritic și tip isteric, numai pentru tipul radicular nu este nevoie de diagnostic diferențial în clinica de psihiatrie,

deoarece nu se pune problema simulării acestuia. Pentru celelalte diagnosticul diferențial se face astfel:

- tip hemiplegic - rar (paralizii funcționale/SNMC)
- tip paraplegic - extrem de rar (paralizii funcționale/SNMC);
- tip periferic - frecvent în toate manifestările subiective;
- tip isteric - limitele nete ale segmentului/cot, gambă, picior - clasică șosetă) și nu cea neuromerică, poate fi în fond considerată drept "mimarea caricaturală" a celei de tip radicular.

4. AFAZIILE

Afazia este considerată ca o tulburare de limbaj, făcând imposibilă utilizarea experienței anterioare în înțelegerea și utilizarea semnelor de cod verbal sau scris cu implicații asupra proceselor de elaborare conceptuală a gândirii.

Limbajul realizând o funcție relativ recentă în evoluție este mult mai vulnerabil decât restul funcțiilor (motorie, senzitivă), de altfel chiar în cadrul aceleiași funcții ultimele elemente adăugate au cel mai mult de suferit (la poligloți, limba învățată ultima dispăre prima).

Afaziile sunt de 3 feluri: motorii, senzoriale și mixte.

4.1. Afazia motorie de expresie sau expresivă.

Capacitatea de înțelegere a cuvântului este păstrată, subiectul poate executa dispozițiile ce i se dau dar nu poate vorbi, scrisul este păstrat.

Mimica exprimă o stare de revoltă și enervare, subiectul este ușor agitat, iritarea se datorește imposibilității de exprimare în condiții în care percepția și gândirea nu sunt alterate.

Este o formă clinică rar întâlnită izolat, nu este unanim acceptată drept afazie, Pierre Marie o consideră o anartrie (afemie).

4.2. Afazia senzorială de recepție sau receptivă (Wernicke)

Tulburări ale vorbirii, înțelegerii cuvântului vorbit și/sau scris și tulburări de calcul; deși bolnavul poate articula corect, utilizarea sensului cuvântului nu este logică.

Se manifestă sub următoarele aspecte:

- Vorbirea spontană - articularea corectă dar utilizarea necorespunzătoare, utilizând un cuvânt pentru altul (cuțit/foarfecă) realizează parafazia verbală - articularea trunchiată a cuvântului bine ales (cui/cuier) realizează parafazia literală - articularea asociată a 2 sau mai multe cuvinte realizând cuvinte noi formează jargon afazia.

- Vorbirea repetată - deficitară, subiectul nu poate repeta nici propozițiuni scurte.
 - Înțelegerea cuvântului vorbit deficitară până la abolire realizând cecitatea verbală (alexia).
 - Dificultăți ale scrisului până la agrafie.
 - Dificultăți ale calculului scris au vorbit până la acalculie.
 - Uitarea cuvintelor realizând o adevărată afazie amnezică.
- Evident, activitatea intelectuală globală se prăbușește, subiectul neputând nici urmări și nici întreține o conversație.

4.3. Afazia mixtă (Broca)

Combinatie în grade diferite a afaziei motorii cu cele senzitive în care tulburarea principală o reprezintă afazia motorie căreia i se adaugă elemente ale afaziei senzoriale.

Poate fi considerată și ca o afazie senzorială moderată la care se adaugă agitația caracteristică afaziei motorii prin imposibilitatea exprimării de către bolnav a ceea ce ar mai putea exprima. Este forma cea mai frecvent întâlnită în clinică.

O formă clinică aparte o realizează "marea afazie Broca" sau afazia totală care constă în combinarea integrală a afaziei motorii cu cea senzitivă.

Pentru psihiatru cunoașterea tablourilor clinice afazice reprezintă o necesitate nu numai în cazul Bolii Pick, Bolii Alzheimer și în demențe unde necesită diferențieri de afazia senzorială și mixtă, dar și în: stupoarea melancolică și catatonică care trebuie diferențiată de afazia motorie, nu numai prin simptomele de însoțire, dar și prin absența "interesului și revoltei mimice" a afazicului motor, cât și în mutismul isteric cu mimică normală și orice semn obiectiv absent. În fine, probleme ridică și dizartria din paralizia generală progresivă, ca și cea din etilism unde, de asemenea, simptomele de însoțire o diferențiază de afazia motorie.

Aprecierea afaziei.

Tipul	Vorbirea	Înțelegerea	Repetarea	Numirea	Scrisura	Citirea	Deficite asociate	Reacția emoțională
Broca	Nonfluentă	Intactă	Afectată	Afectată	Afectată	Afectată	Hemipareză dreaptă	Disperare
*Pacientul nu poate articula și este frustrat; vorbirea este rară (sau absentă) și telegrafică.								
Wernicke	Fluentă	Afectată	Afectată	Afectată	Afectată	Afectată	Hemianopsie ± lipsă hemisenzorială	Candid
*Pacientul articulează bine dar vorbește fără sens și nu înțelege.								

Conducere	Fluentă	Afectată	Afectată	Afectată	± Afectată	Intactă	± lipsă hemisenzorială	Frustrare
(Seamănă cu afazia Wernicke, dar pacientul poate înțelege și este conștient de deficit).								
Anomic	Fluentă	Intactă	Intactă	Afectată	± Afectată	Intactă	Variază	± Conștient
(Pacientul nu poate numi obiecte, dar descrie la ce folosesc; are scuze neconvingătoare pentru deficit).								
Global	Nonfluent	Afectată	Afectată	Afectată	Afectată	Afectată	Hemipareză dreaptă, lipsă hemisenzorială, hemianopsie	Candid
(Leziune foarte mare, invalidare marcată).								

5. APRAXIILE

Praxiile sunt mișcări complexe realizate prin funcția de integrare corticală. Clasic se împart în motorii (cele ce cuprind gesturi simple - mișcări de imitare) și ideomotorii (cele ce cuprind acte motorii mai complexe, în suită).

Imposibilitatea executării actelor motorii simple sau complexe, în vederea atingerii unui scop, în absența deficitului motor sau senzorial cât și a actelor involuntare care să paraziteze mișcarea, realizează apraxia.

Se poate pierde în totalitate execuția unui act complex sau numai unele segmente ale acestuia însă totul poate fi o bună perioadă mascat datorită automatismelor. Examenul clinic caută să obiectiveze imposibilitatea efectuării unui act motor și este mai laborios decât pare la prima vedere.

Apraxiile pot fi clasificate în următoarele categorii:

Apraxia ideatorie

Apraxia motorie

apraxia ideo-motorie;

apraxia melochinetică.

Apraxia constructivă

Alte apraxii:

apraxia îmbrăcatului;

apraxia mersului;

apraxia scrisului;

apraxia expresiei muzicale.

Afaziile pot fi întâlnite în psihiatrie atât în ateroscleroza cerebrală cât și în Boala Pick și Boala Alzheimer și au valoare în asociere cu alte elemente.

6. AGNOZIILE

Defecte de percepție, făcând imposibilă utilizarea experienței anterioare în recunoaștere, în condițiile în care:

- nu există leziuni ale etajului de recepție;
- nu există deteriorare globală a stării de conștiință.

În aceste condiții, evident, se pot descrie agnozii ale fiecărui analizator, cele mai frecvent descrise fiind agnozia vizuală, auditivă, senzitivă și corporală.

Agnoziile sunt considerate probleme de graniță între neurologie și psihiatrie, fiind în esență mai complexe decât par la prima vedere, implicând pe lângă aparatul senzorial, atât procesele de cunoaștere cât și experiența.

Există numeroase încercări de clasificare a agnoziilor; propunem următoarea variantă sintetică:

Agnozii tactile (astereognoziile)

primare: ahilognozia și amorfognozia

secundare: asimbolia tactilă

Agnozii auditive: globale, muzicale, ale zgomottelor

Agnozii vizuale

agnozia obiectelor și imaginilor

agnozia fizionomiilor

agnozia culorilor

Agnozii spațiale

agnozii vizuo-spațiale

agnozii audio-spațiale

Agnozii de schemă corporală (somatognoziile)

Prezentăm pe scurt câteva din agnoziile de schemă corporală (somatognoziile), deoarece în psihiatrie ele pot fi expresia unor alte circumstanțe decât cele organice, denumirea lor tentând psihiatrul la o extensie semnificativă.

SOMATOGNOZIILE	
Anozodiaforie	indiferența față de boală;
Anosomie	negarea existenței unui segment bolnav;
Anozognozie	nerecunoașterea bolii;
Somatoparafrenie:	confabulații legate de un segment bolnav;
Autotopoagnozie	imposibilitatea localizării segmentului corpului.

Prezente în psihiatrie, fie izolat, fie asociat cu apraxiile și afaziile, au valoare de diagnostic în demențele presenile în asociere cu alte elemente (vezi B.Pick și B.Alzheimer).

După STENVERS, agnoziile auditive se manifestă ca fenomen tranzitoriu în cursul halucinațiilor auditive.

7. NERVII CRANIENI

Examinarea nervilor cranieni în psihiatrie oferă mai rar elemente de certitudine în diagnosticul pozitiv sau diferențial al unor afecțiuni, deoarece interesarea lor este mai puțin frecventă în bolile psihice.

În genere sunt afectați în suferințele de la granița comună a neurologiei cu psihiatria. Un interes mai ridicat în diagnosticul psihiatric îl reprezintă investigarea următorilor doi nervi cranieni.

Nervul olfactiv (I) - nervul senzitiv investigat pentru cercetarea mirosului. Deși în majoritatea cazurilor perturbarea simțului olfactiv are cauze traumatiche, tumorale, inflamatorii, o întâlnim și în psihiatrie; hiposmia poate fi prezentă la nevrotici, ca de altfel și hiperosmia, uneori cacosmia la schizofreni; valoarea semiologică a acestor semne în psihiatrie este minoră, probleme de diagnostic diferențial nu pune decât anosmia isterică, care poate fi diferențiată de cea organică prin proba cu amoniac: bolnavul deși prezintă reflexul naso-lacrimonal (prin stimularea trigemenului) nu recunoaște iritația deși este evidentă examinătorului prin lăcrimarea produsă.

Nervul acustico-vestibular (VIII) — investigarea se face pentru funcția auditivă și vestibulară, funcții care necesită prezentarea lor separată.

Examenul funcției auditive se referă atât la semnele de iritație cât și la cele de deficit.

Semne de iritație sunt considerate: acufenele, hiperacuzia și, clasic în tratatele de neurologie, sunt cuprinse și halucinațiile auditive, elementare și comune, element cu care nu putem fi de acord atât timp cât halucinațiile sunt prezente și în surditate, care, după aceeași sursă sunt elemente de deficit și nu de iritație.

Acufenele - zgomote elementare și anormale în una sau ambele urechi cu caracter permanent sau periodic pot reprezenta semne de însoțire a unei suferințe organice (neurologice, ORL sau HTA), dar în același timp pot însoți o bună parte din patologia nevrotică sau psihotică; important pentru psihiatru este de a nu exclude organicul atunci când le întâlnește.

Hiperacuzia întâlnită mai puțin frecvent în neurologie (pareze faciale periferice) este mai frecventă în psihiatrie: unele nevroze în care este

prezentă migrena, aurele epileptice, elemente pasagere în evoluția unor psihoze.

Semnele de deficit reprezentate de surditate și percepție diminuată de intensități variate, nu reprezintă elemente semiologice în psihiatrie decât pentru unele cazuri de isterie.

Tulburările funcției auditive se pun în evidență prin probe specifice: audiometria fonică și instrumentală, proba Weber, proba Rinne, proba Schwabach.

Examenul funcției vestibulare se referă atât la semnele subiective cât și la cele obiective.

Semnul subiectiv major este reprezentat de vertij, care poate fi orizontal, rotativ, vertical și de balansare cu caracter tranzitoriu sau permanent, prezent în psihiatrie în tablourile nevrotice și în tulburările factice în care este acuzat cu obstinație.

Semnul obiectiv major este reprezentat de nistagmus care poate fi orizontal, vertical, pendular sau mixt, cu caracter rapid sau lent.

Tulburările funcției vestibulare se pun în evidență prin: proba Romberg, proba brațelor întinse, proba indicației, mersul în stea.

CAP. 5 EXAMINAREA PACIENȚILOR CU DIFERITE BOLI

Examinarea bolnavului cu schizofrenie

Aproape întotdeauna, pacientul cu schizofrenie surprinde de la primul contact prin bizareriile sale comportamentale.

Ținuta este adesea neîngrijită sau cu elemente vestimentare neobișnuite adăugate într-un mod complet necorespunzător: decorații sau ordine vechi, medalii sportive, gablonzuri uzate sau rupte, îmbrăcăminte neadecvată temperaturii sau anotimpului în care se desfășoară examinarea. Uneori îmbrăcămintea îmbină în mod șocant elemente de lenjerie intimă aparținând sexului opus sau echipamente de protecție pentru activități speciale de care pacientul refuză să se despartă.

Pacientul evită contactul vizual direct, nu răspunde la salut, și cel mai adesea la întinderea mâinii. Uneori ține ochii închiși, sau refuză să răspundă strângându-și buzele. Alteori își acoperă urechile cu mâinile, sugerând prin aceasta refuzul oricărei comunicări.

Mimica pacientului este rareori adecvată situației sau discuției care se desfășoară, uneori faciesul pacientului pare împietrit, hipomimia putând fi accentuată și de tratamentele neuroleptice pe care pacientul le-a urmat anterior examinării. Pacientul poate zâmbi fără nici un motiv sau întreaga mimică poate să pară a avea un aer ironic. Întrebat despre aceasta, pacientul neagă uneori faptul că ar vrea să-și exprime ironia sau superioritatea față de examinator.

Atitudinea pacientului poate fi de superioritate afișată față de familie, examinatori, însoțitori. Pacientul poate sta inert în fața examinatorului, părând să nu ia cunoștință de prezența acestuia sau se poate agita schimbându-și mereu locul, poziția, adoptând uneori poziții bizare.

Răspunsurile la întrebările examinatorului sunt uneori monosilabice sau par să nu aibă o legătură directă cu întrebările acestuia. Oricând, dialogul cu pacientul poate fi marcat de întreruperi sau pierderea șirului ideilor, ca și de explozii de violență sau afective, de gesturi violente, hetero sau auto-agresive. De asemenea, pacientul poate manifesta o extremă ostilitate față de membrii apropiați ai familiei, cerând evacuarea acestora, dar se poate răzgândi imediat, refuzând orice dialog dacă părinții nu revin. În ceea ce privește stabilirea istoricului și anamnezei, datele obținute de la pacient, vor fi luate cu mare circumspecție, deoarece pot conține multe pasaje imaginare, sau relatări al căror grad de subiectivitate și simbolism să le

pună în discrepanță vădită cu realitatea. În special la prima examinare, medicul va căuta să obțină cât mai multe date de la aparținători și va avea răbdarea să selecteze între acestea pe cele care corespund cel mai mult realității. Examinatorul va încerca să pună în evidență eventualele halucinații auditive fie prin întrebări directe, fie de exemplu oferind receptorul telefonic sau telefonul mobil pacientului care se poate astfel „demasca”.

Examinarea pacientului cu schizofrenie este întotdeauna un tur de forță și necesită răbdare, imaginație, cunoștințe și multă experiență.

Prezentare de caz – schizofrenie

I PAUL

Bărbat, 47 de ani, pensionar, din B.

APP - fără importanță (apendicectomie, hernie inghinală operată).

AHC - un frate internat la neurospihatrie infantilă, actualmente în evidență și tratament pentru schizofrenie.

Provine dintr-o familie organizată, din București, mai are un frate și o soră; tatăl îl descrie ca “fiind întotdeauna o fire mai retrasă, mai emotivă”; necăsătorit, locuiește cu părinții.

A satisfăcut stagiul militar (1974 -1975).

Pregătire: 8 clase, 5 ani liceul seral de istorie filozofie (?), 3 ani școală profesională – sculer matrițer.

În evidența spitalelor de psihiatrie de la vârsta de 27 ani (februarie 1980) când are prima spitalizare pentru simptomatologie delirant – halucinatorie de tip paranoid, formă clinică ce se menține pe întreg parcursul evoluției cu caracter episodic pe care o va avea ulterior

Ideația delirantă bogată a reprezentat nucleul central al simptomatologiei sale discordante:

Inițial a fost adus de tatăl său pentru modificarea evidentă a comportamentului, “*înteruperea nejustificată a întregii activități (serviciul și liceul seral), izolarea în casă, atitudini bizare*”- “*izbucniri în râs sau plâns fără nici o legătură cu nimic*”. Tatăl declara la prima internare: “*am observat de mai mult timp cum băiatul meu are aceleași mișcări, bizare, de atingere a pervazului ușii cu mâna; îl surprind de multe ori uitându-se în oglindă, când stă la masă se așează în genunchi pe scaun; se retrăgea în camera lui, unde se izola și de cele mai multe ori îl găseam în aceiași poziție, ghemuit în pat așa cum îl lăsasem cu ore înainte. Nu ne mai primește în camera lui, stă foarte mult timp încuiat în baie, iar de o lună de zile ne adresează cuvinte rușinoase, râde fără rost, fluieră, mai încet în ultimul timp, dar fluieră tot timpul. De 2 săptămâni nu a mai mers la servicii și nici la cursul*

seral; are plecări nejustificate de acasă – în data de 1.02.1980 am fost anunțați de un milițian al Secției 9 că se află la sediul lor, fiind ridicat de ei de pe stradă datorită comportamentului bizar.”

Examenul psihic în 1980 releva un ritm ideativ încetinit, lipsa de spontaneitate, tocire afectivă, apatie.

Ideația delirantă – de influență – “*prietenii știu ce mi se va întâmpla mie, pentru că mi-au scos din creier anumite date, dar nu mă interesează prin ce mijloc, mă lasă indiferent...*” “*Această influență mă schimbă cu totul, nu mai sunt eu... au influență asupra mea ca să am un comportament retras și controlat...*”

De asemenea ideile de filiație au apărut de la debut: “*părinții care m-au crescut nu sunt părinții mei, nici frații nu sunt frații mei buni; am aflat că nu m-am născut în 1959 ci în 1954; părinții mei buni care știu de mine și mă îndrumă sunt mama în Franța și tatăl pictor în RFG. Am și văzut recent o expoziție cu picturi ale tatălui meu...*”

În cursul spitalizării “*azi am făcut EEG și acolo am auzit că de 22 de ani sunt supus unor cercetări, au fost introduse în mine niște aparate, s-au făcut mari investiții electronice... și prin aceste aparate vor să-mi extragă din creier anumite informații și... tot din cauza lor sunt și urmărit permanent*”.

“*Părinții mei buni comunică cu mine prin radio, TV, cinematograful chiar și persoane necunoscute de pe stradă par să aibă gesturi semnificative pentru mine...uneori..*”

“*Uitați – degetul meu arătător drept este strâmb acum, pe față am numai tăieturi (uitându-se în oglindă), am fost operat de apendicită și mi-au pus un dispozitiv în mușchi ca să mă repereze permanent....*”

Sub tratament cu neuroleptice clasice simptomatologia s-a remis relativ bine permițând continuarea studiilor liceale și a serviciului ca sculer matrițer.

În perioada 1980 – 2002 a avut 5 spitalizări. În cadrul simptomatologiei la una din internările din această perioadă menționăm – idei de influență, se simte “*teleghidat*”, cei din jur îi sunt ostili; adus din nou de tată care menționează revenirea bolii prin neliniște psihomotorie, insomniile, chiar incoerență, absența criticii față de boală, întreruperea bruscă a cursului vorbirii...

Cu ocazia altei spitalizări tulburările de gândire erau mai estompate, predominând simptomele negative: pacientul relata că în urmă cu mai mulți ani, a avut impresia că 2 fete, în tramvai “*discutau despre mine, gândeau despre mine*” “*îmi place să mă plimb prin parc*” “*îmi plac copiii*” “*îmi place să fiu singur*”.

Internarea actuală, în condițiile pierderii locului de muncă (actualmente în șomaj) și întreruperii tratamentului de aproximativ 5 ani, se efectuează în condiții de urgență pentru simptomatologie delirantă bogată și comportament modificat psihotic. Motivul internării în spital une se prezintă singur este acela de "a fi tratat de sterilitate pentru a se putea căsători". Consideră că a fost supus unor cercetări timp îndelungat care i-au produs sterilitate. Pe de altă parte crede că are mulți bani în cont în Australia.

Delir de filiație – se consideră descendent "al lui Ștefan cel Mare și al Domnului Brâncoveanu".

Idei de influență – "am în cap gânduri de la ruși și gânduri de la americani" „pe Magheru îmi transmit americanii” „pe Victoriei îmi transmit rușii” „primesc multe mesaje prin radio, TV, și ...la rândul meu desigur că pot infuența gândurile persoanelor din jurul meu".

"Anumiți oameni îmi transmit mesaje prin gesturile lor"

"Uneori am fost înlocuit cu altcineva – am simțit odată când eram urmărit, cum a ieșit sufletul din mine" "alteori am fost mort".

Deși răspunsul terapeutic la Risperidonă este relativ bun persistența ideilor de influență chiar atenuate, în condițiile pierderii locului de muncă impun în prezent pensionarea pacientului.

Memento SCHIZOFRENIA

Definiție: "Tulburare mintală care durează cel puțin șase luni și presupune pentru cel puțin o lună existența unei faze active de boală (adică existența a două sau mai multe simptome dintre următoarele: idei delirante, halucinații, dezorganizarea vorbirii, comportament profund dezorganizat sau catatonie, simptome negative)". DSM IV.

Esența schizofreniei

- Inițial denumită "demența precoce" (Kraepelin)
- Produce incapacitate severă-demență
- În mod tipic începe în adolescența-precoce
- Distruge coeziunea internă a personalității, distruge unitatea conștiinței și personalității
- Pierde contactul vital cu realitatea (Minkowski)

Tragedia schizofreniei

- O boală catastrofică
- Are o mare probabilitate să rămână cronică
- 10% rată de suicid
- Frecvență importantă - 0.5-1% din populație
- "Cancerul bolilor mintale"

Concepte istorice

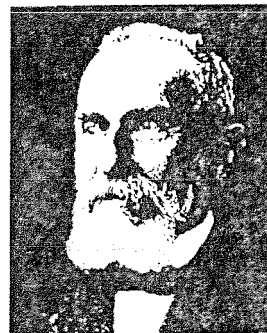


KRAEPELIN
1856-1926

KRAEPELIN: EVOLUȚIE ȘI PROGNOSTIC

- A separat "DEMENTIA PRAECOX" de boala maniaco-depresivă unde există *restitutio ad integro*
- Debut timpuriu
- Deteriorare marcată
- Evoluție cronică
- Diversitatea semnelor și a simptomelor
- Importanța voliției și a afectului

EMIL



EUGEN BLEULER
1857-1939

BLEULER: SIMPTOME FUNDAMENTALE

- A renumit boala SCHIZOFRENIE
- A căutat simptomele caracteristice
- A subliniat fragmentarea gândirii
- Posibila revenire parțială
- Inexistența "restitutio ad integrum"
- Un concept mai largit
- Heterogenitate: grupul schizofreniilor

Simptomele fundamentale ale lui Bleuler

- Asociații patologice
- Afectivitate tocită
- Abulie
- Autism
- Ambivalență
- Atenție tulburată



KURT SCHNEIDER
(1887-1967)

SCHNEIDER: Experiența psihotică

- Interesat în simptomele patognomonice
- "Simptome de primul rang" (ex. voci comentative, voci care se ceartă, influența asupra gândirii) Implică o pierdere a autonomiei EU-lui (*self-ului*) –se pierd "granițele Eu-lui"
- Importanța fenomenelor discrete - clar patologice sau "bizare"
- Discontinuitate față de normalitate

Criteriile lui Kurt Schneider	
A) Simptome de prim rang	B) Simptome de rangul al doilea
a) Sonorizarea propriilor gânduri	a) tulburări de asociație: idei, judecăți, raționamente
b) Halucinații auditive, ambivalente, contradictorii, imperative	b) tocire și aplatizare afectivă
c) Halucinații auditive cu caracter comentativ	c) alte tipuri de delir și halucinații dacă sunt suficient de bine exprimate clinic și dacă sunt constante
d) Halucinații somatice interoceptive	
e) Acțiune de influență asupra gândurilor	
f) Influența asupra sentimentelor și trăirilor emoționale	
g) Acțiune de influență asupra impulsurilor și motivațiilor	
h) Influența asupra acțiunilor și atitudinilor	
i) Descoperirea gândurilor cu fenomene de ghicire sau citire ale acestora	
j) Întreruperea fluxului ideativ (baraj mental)	
k) Delir senzitiv de relație și percepția delirantă (percepțiile par bolnavului "a fi făcute" și au semnificații speciale)	

Epidemiologie

- *Prevalența* = 0,2 - 2% (nr. de persoane bolnave la un moment dat într-o populație). Nu diferă în raport cu zona geografică cu excepția țărilor nordice
- *Prevalența pe viață* = 0,5 - 1% (o persoană dintr-o sută poate face schizofrenie la un moment dat)
- *Incidența* = 1/10 000 (nr. de îmbolnăviri noi pe an)
- *Debutul majoritar* între 20-35 de ani. Vârsta de debut mai mică la bărbați
- *Raportul bărbați / femei* = 1
Femeile dezvoltă mai mult simptomatologie afectivă, halucinații auditive și mult mai rar simptome negative
- *Prevalența la populații specifice:*
 - generală 1%
 - frați ne-gemeni ai unui pacient schizofrenic 8%
 - copil cu un părinte schizofrenic 12%
 - gemeni dizigoți ai unui pacient schizofrenic 12%
 - copil cu doi părinși schizofrenici 40%
 - gemeni monoziigoți ai unui pacient schizofrenic 47%

Etiopatogenie

- Mecanismele de producere a bolii rămân necunoscute
- Posibil o heterogenitate etiologică
- Multiple ipoteze:
 - teorii biologice
 - neuropatologie:
 - ariile majore implicate – sistemul limbic, lobii frontali, ganglionii bazali
 - scăderea volumului cerebral, reducerea densității axonilor, dendritelor și sinapselor care mediază funcțiile asociative (dovezi imagistice, disfuncția mișcărilor oculare)
 - ipoteza neurotransmițătorilor, dopaminei: activitatea dopaminergică considerată mult crescută dovedită de eficiența neurolepticilor care sunt antagoniști dopaminergici D2.
 - teoria psiho-neuroimunologică
 - teoria neuro-endocrinologică
 - teorii psihosociale:
 - teorii psihanalitice – simptomelă au un înțeles simbolic pentru pacienți
 - teorii psihodinamice – importanța factorilor de mediu și a factorilor psihologici în dezvoltare
 - teorii familiale
 - teorii sociale
 - factori genetici

Genetica

- Date recente despre riscul de morbiditate:
 - 4%- 8% din rudele de gradul I vs. 1% în populația generală
- Studiul schizofreniei pe gemeni
 - Concordanța ratei schizofreniei la gemenii monoziigoți nu este 100%
 - Acest lucru indică faptul că factorii de mediu joacă un rol crucial
- Studii de adopție la schizofrenie
 - Copiii cu părinți schizofrenici au risc crescut de schizofrenie atunci când sunt crescuți de părinți adoptivi neschizofrenici
 - Copiii biologici ai părinților neschizofrenici nu au risc crescut de schizofrenie atunci când sunt crescuți de părinți adoptivi schizofrenici
 - Stadiul actual

- Modul de transmisie în schizofrenie nu este cunoscut - un model multifactorial sau un model mixt, heterogen pot fi posibile, dar fac foarte dificile cercetările mecanismelor genetice
 - Rezultate contradictorii (implicarea cromozomilor 6, 11, 21, X, gene pentru receptorii de D2, D3, D4), eșecul în detectarea lincajului probabil datorită mostrelor mici
 - Limitele expresiei fenotipice reprezintă de asemenea o problemă
 - Heterogenitatea fenotipică face dificilă elucidarea mecanismelor genetice

Simptomatologia schizofreniei

Complexitatea schizofreniei

- Nu are o singură trăsătură definitorie
- Simptome caracteristice multiple
- Simptome din domenii multiple: emoție, personalitate, cogniție, activitate motorie
- Probabil o boală multisistem

Simplificarea complexității schizofreniei

- Diviziunea simptomelor în grupuri largi
- Pozitive: distorsiuni sau exagerări ale funcțiilor normale
- 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 pulsivitate
comportament bizar	comportament	anhedonie	capacitate hedonică

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

Tipuri de halucinații	Tipuri de idei delirante
▪ auditive	▪ de persecuție
• vizuale	• de grandoare
• tactile	• mistice
• olfactive	• de gelozie
• kinestezice	• 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.

Deteriorează capacitatea de a funcționa zilnic: să ai un serviciu, să frecventezi școala, să-ți formezi prietenii, să ai relații intime familiale Psihismul pacientului pare rupt-frânt, DISOCIAT.

Disociere între: ins și ambianță, pacientul este cufundat în lumea propriilor gânduri se rupe de realitate- disociere intrapsihică - între principalele funcții și procese psihice. Psihismul își pierde unitatea iar diferitele aspecte ale psihismului reflectă în mod individual aspectele realității "Un suflet frânt care reflectă realitatea ca o oglindă spartă, fiecare fragment arată alt aspect al realității".

Forme clinice (subtipuri) în schizofrenie

Subtipuri tradiționale:

- Divid pacienții bazându-se pe simptomele prezente proeminente
- Folositoare pentru predicția prognosticului funcționalității sociale și ocupaționale și a răspunsului la tratament

Fiecare subtip (forma clinică) prezintă simptomele tipice ale schizofreniei la care se adaugă mai ales:

Tipul schizofreniei	Principalele caracteristici
Dezorganizat	- dezorganizare ideativă masivă - dezorganizare comportamentală - dispoziție detașată, acontextuală, amuzată - neologisme active și pasive

Catatonic	- stereotipii - negativisme active - negativisme pasive - sugestibilitate
Paranoid	- ideea delirantă - manifestări psihosenzoriale psihotice - aplatizare și inversiune afectivă - scăderea inițiativei și apragmatismul
Nediferențiat	- scăderea capacității voliționale - scăderea rezonanței afective - scăderea inițiativelor - scăderea activității generale - detașare, însingurare, izolare
Rezidual	- încetinire psihomotorie - aplatizare afectivă - pasivitate și lipsa inițiativei - sărăcirea limbajului - slabă comunicare non-verbală

Criteriile DSM -IV pentru schizofrenie

<ul style="list-style-type: none"> • Simptome caracteristice pentru o lună • Disfuncție socială/ocupațională • Durata totală > 6 luni • Neatribuibile unei tulburări de afect • Neatribuibile consumului unei substanțe sau unei condiții somatice <p><u>Criteriile A: Simptome caracteristice</u> Cel puțin două din următoarele, fiecare fiind prezentă pentru o durată semnificativă de timp pe durata unei luni (sau mai puțin dacă este tratată cu succes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • idei delirante • halucinații • vorbire dezorganizată (frecvent delirantă sau incoerentă) • comportament puternic dezorganizat sau catatonic • simptome negative cum ar fi: aplatizare afectivă, alogie sau abulie <p><u>Criteriile B: Disfuncționalitate socială/ocupațională</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pentru o perioadă semnificativă de la debut una din ariile majore de funcționalitate cum ar fi munca, relațiile interpersonale sau autoîngrijirea sunt important reduse față de nivelul premorbid SAU când debutul este în copilărie sau adolescență, incapacitatea de a atinge rezultatele

<p>așteptate în funcționarea școlară sau ocupațională sau în ceea ce privește relațiile interpersonale.</p> <p><u>Criteriile C: Durata totală</u> Semne continue de tulburare persistă pentru cel puțin 6 luni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perioada de 6 luni trebuie să includă cel puțin o lună de simptome care îndeplinesc criteriile A și poate include perioade de simptome reziduale sau prodromale. În timpul acestor perioade prodromale sau reziduale, tulburările se pot manifesta doar prin simptome negative sau prin două sau mai multe simptome cuprinse în criteriul A, dar prezente într-o formă atenuată. <p><u>Criteriile D: Se exclude tulburarea schizoafectivă și tulburările de dispoziție:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • nici un EDM sau episod maniaco-depresiv nu au apărut în timpul fazei active; sau dacă aceste episoade au apărut în timpul fazei active a simptomelor, durata lor totală a fost scurtă relativ la durata perioadelor active. <p><u>Criteriile E: Excluderea condițiilor somatice și a celor generate de substanțe</u></p> <p>Tulburarea nu se datorează efectelor directe ale consumului unei substanțe (ex. droguri, medicamente) sau unei condiții medicale generale</p>
--

Schizofrenia paranoidă

- Se caracterizează prin simptomatologia obișnuită a schizofreniei, din care se desprinde **ideea delirantă** ca element clinic central și caracteristic;
- **idei delirante:**
 - slab sistematizate, uneori nesistematizate
 - inconsistent argumentate
 - după tematică pot fi:
 - idei delirante plauzibile (non bizare)
 - idei implauzibile (bizare)
- Manifestări senzoriale psihotice = **halucinații și pseudohalucinații** care pot întreține ideea delirantă și uneori o pot chiar determina
- **aplatizare afectivă și inversiune afectivă**
- **scăderea inițiativei până la anulare**
- **apragmatism**

Schizofrenia dezorganizată

- apare la adolescență/la oamenii foarte tineri
- este mai frecventă la bărbați
- debutul în general brusc/relativ brusc – printr-o schimbare frapantă a comportamentului, care devine dezorganizat
- **dezorganizare ideativă masivă** - manifestată prin incoerență (pacientul trece brusc de la o idee la alta, nu se înțelege ce vrea să spună; uneori incoerența nu este doar între idei ci și între cuvinte, care par spuse la întâmplare, fără nici o legătură).
- **dezorganizare a comportamentului** (pacientul se află într-o continuă mișcare, cu gesturi incoerente, ca și cum ar căuta permanent ceva)
- **dispoziție detașată, inadecvată aplatizată sau amuzată** (adesea pacientul are o bună dispoziție suprinzătoare, acontextuală, clasicii o denumeau "euforie natângă").
- **vorbire dezorganizată** – neologisme active și neologisme pasive.

Schizofrenia catatonică

- **Tulburări psihomotorii**
 - Imobilitate motorie prin **catalepsie** (incluzând **flexibilitatea ceroasă**)
 - **Stereotipiile**
 - Stereotipii motorii
 - Stereotipii de poziție
 - Stereotipii verbale
 - **Negativismul**
 - Este un fenomen incomprehensibil, ca halucinațiile/delirul
 - Depășește disponibilitatea volițională a persoanei; pacientul nu poate da curs solicitărilor interlocutorului (nu se opune); nici un mijloc de convingere/constrângere, nu poate da rezultate.
 - Negativism activ/pasiv
 - Negativism verbal, alimentar, intern
 - **Sugestibilitatea**
 - Semnul Kraepelin a demonstrat incapacitatea pacientului de a se opune comenzii primite
 - Ecolalie

- Ecomimie
- Ecopraxie

*Conștiința poate să fie clară sau stupor

*Pericol vital prin negativismul alimentar

Schizofrenia nediferențiată

- Se întrunesc criteriile generale pentru schizofrenie (criteriul A)
- Nu se întrunesc criteriile pentru forma paranoidă, dezorganizată sau catatonică.
- **Forma reziduală**

A. Criteriile generale (A) pentru schizofrenie au fost întrunite în trecut dar nu mai sunt prezente – (faza acută) nu mai există

B. Se evidențiază evoluția continuă a bolii indicată de simptome negative

- încetinire psihomotorie
- apaltizare afectivă
- pasivitate și lipsa inițiativei
- sărăcirea limbajului
- slabă comunicare non-verbală
- relații sociale reduse și îngrijire de sine deficitară
 - sau două sau mai multe simptome din grupul A, manifestate într-o formă atenuată:
 - convingeri ciudate
 - experiențe perceptuale neobișnuite

SCHIZOFRENIA SIMPLĂ

- Descrisă de Kraepelin și Bleuler
- Prezentă în clasificarea ICD-10
- A. Evoluția lentă dar progresivă pentru o perioadă de cel puțin un an a 3 din următoarele simptome:
 1. o modificare semnificativă și stabilă a comportamentului global al persoanei și a calității vieții sale, manifestată prin scăderea interesului și motivațiilor, inactivitate, preocupare crescută pentru sine și izolare socială
 2. apariția treptată și cu intensitate crescândă a simptomelor negative cum ar fi: apatie marcată, sărăcirea vorbirii, inactivitate, tocire afectivă, pasivitate și lipsa inițiativei și comunicare non verbală săracă (prin mimică, privire, modularea vocii, aspect general și atitudine)
 3. declin semnificativ în ceea ce privește performanțele sociale, școlare sau ocupaționale

- B. Pe toată perioada bolii nu apar simptome caracteristice fazei acute de boală, nici halucinații nici idei delirante; nu se întrunesc criteriile pentru nici un alt tip de schizofrenie sau pentru orice altă tulburare psihotică
- C. Nu se evidențiază alte tulburări psihice organice sau dementă

Alte clasificări ale schizofreniei	
• SCHIZOFRENIA DE TIP I	
– Simptome pozitive	
– Structuri cerebrale normale (CT)	
– Răspuns relativ bun la tratament	
• SCHIZOFRENIA DE TIP II	
– Domină simptomele negative	
– Anomalii structurale cerebrale	
– Răspuns slab la tratament	
• SCHIZOFRENIA DEZORGANIZATĂ	
– Dezorganizarea vorbirii (și a gândirii)	
– Comportament dezorganizat	
– Tulburări cognitive	
– Tulburări de atenție	

Evoluție

- **episodică**
 - cu simptome reziduale interepisodice: (defect progresiv) (de specificat dacă simptomele interepisodice sunt de tip negativ)
 - cu simptome persistente dar neprogresive (defect stabil)
 - cu remisiuni aproape complete
 - **continuă** – cu fenomene psihotice proeminente (de specificat dacă sunt simptome de tip negativ)
 - **un singur episod** – cu remisiune parțială (de specificat simptomele de tip negativ)
 - cu remisiune aparent completă (defect pur)

Criterii de prognostic

Pozitiv vs. negativ

	POZITIVE	NEGATIVE
Personalitate	adaptată	izolată
Factori precipitanți	prezenți	absenți
Ereditate	cu boli afective	cu alte psihoze
Debut	debut brusc	debut insidios și/sau la vârstă tânără
Simptomatologie	simptome pozitive dominante	simptome negative

Subtip	catatonice, paranoid	dezorganizată, nediferențiată
Cogniția	cogniție intactă	cogniție deteriorată
Afectivitate	prezența depresiei	afectivitate aplatizată
Tratament	răspuns bun la tratament	răspuns slab la tratament
Strategie terapeutică	completă, integrată, graduală	întârziată, discontinuă, punctuală
Atitudinea familiei	cooperantă	indiferentă sau hiperprotectoare

“SCHIZOFRENIA CU PROGNOSTIC BUN”

- Predomină simptomele afective
- Debut brusc
- Istoric familial de boală afectivă
- Funcționalitate premorbidă bună
- Prezența criticii bolii

Strategii terapeutice

Sinteza privind terapia biologică

- Neurolepticele reprezintă principalul tratament al schizofreniei
- Efectele sunt mai degrabă antipsihotice decât antischizofrenice
- Majoritatea pacienților ar trebui să primească cea mai mică doză posibilă
- Eficacitatea dozei este în mod tipic stabilită empiric
- Majoritatea pacienților vor beneficia de medicație continuă

În ultimul deceniu o nouă clasă de antipsihotice “atipice” (neurolepticele NOVEL) au adus o rază de speranță prin calitățile lor: puterea antipsihotică, mai puține efecte secundare fără efecte extrapiramidale, active în cazurile refractare și cu simptomatologie negativă (Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina).

Tratamentul cu neuroleptice clasice

SCALA P.LAMBERT – P.RÉVOL

- Această scală este didactică și orientativă în prezentarea activității neurolepticelor.
- Înscrierea neurolepticelor pe această scală se face conform principiilor:
 - o stânga – dreapta = în ordinea incisivității lor, a acțiunii antipsihotice
 - o stânga – dreapta = în ordinea efectelor extrapiramidale,
 - o dreapta – stânga = în ordinea acțiunii lor sedative;
 - o dreapta – stânga = în ordinea acțiunii lor hipnotice

LEVOMEPRMAZINA
TIORIDAZINA
CLORPROMAZINA (CLORDELAZIN)
PROPERICIAZINA
FLUFENAZINA
TRIFLUOPERAZINA
HALOPERIDOL
TIOXANTENE

Cura neuroleptică

- Se instituie treptat, pornindu-se cu doze mai mici, ajungându-se la o doză optimă cu care se continuă pe tot parcursul manifestărilor clinice
- Doza neuroleptică de atac este întrucâtva concordantă cu amplasarea simptomatologiei clinice, iar dozele se scad treptat pe măsura ameliorării simptomelor
- Durata curei
 - variabilă de la un pacient la altul;
 - unii pacienți cu foarte bună responsivitate la tratamentul neuroleptic, înregistrează foarte bune remisiuni chiar după scurt timp
 - alții au o mai slabă responsivitate;
 - unii (puțini) sunt rezistenți la tratament (se atrage atenția asupra acestui fapt în sensul că așa-zisa rezistență la tratament evocă adesea o neinspirată alegere a neurolepticului. Uneori dacă se schimbă neurolepticul, se constată că și acești pacienți răspund bine la tratament)

Tratament de întreținere

- Necesitatea tratamentului de întreținere are actualmente o valoare axiomatică, indiscutabilă.
- Dozele se apreciază la aproximativ 1/3 din doza administrată în timpul tratamentului propriu-zis.
- Preparate depot injectabile:
Flupentixol –Fluanxol Depot
Flufenazina –Modecat, Moditene
Haldol depot
- Preparate depot orale: Orap, Semap

STRATEGII DE TRATAMENT PSIHOSOCIAL

- Detectie timpurie și intervenție
- Facilitarea farmacoterapiei
- Intervenții cognitiv-comportamentale
- Tehnici educaționale și terapie familială
- Managementul stresului îngrijitorului
- Învățarea aptitudinilor traiului zilnic
- Managementul cazurilor sociale
- Terapie individuală și de grup
- Tehnici de reinsertie într-un grup profesional

MANAGEMENTUL SCHIZOFRENIEI

A. Tratamentul episodului acut, inclusiv al recutizărilor (recăderilor):

Reducerea rapidă a simptomatologiei pozitive
Tratamentul specific și "limitarea" simptomelor negative
Profilaxia lezionalității (modificărilor neurobiologice) induse de terapia neuroleptică

B. Prevenirea recăderilor și scăderea semnificativă a recutizărilor

Menținerea terapiei neuroleptice în manieră flexibilă (adecvantă terapeutică)

Combaterea stresului social și familial – expresia emoțională ridicată:

- comentarii critice
- ostilitate și resentimente
- respingere
- anxietate excesivă
- supraimplicare

C. Reabilitarea și creșterea calității vieții bolnavilor

după MARINESCU D., UDRISTOIU T., CHIRITA V. (2001)

Examinarea bolnavului cu depresie

Ceea ce frapază examinatorul bolnavului cu depresie este senzația de tristețe și lipsă de energie pe care acesta o degajă. Privirea este stinsă, lipsită de strălucire, mimica ștearsă, expresia feței trădează tristețe, îndurerare, pacientul poate chiar lăcrima spontan în timpul examinării. Mai rar poate afișa un surâs trist în încercarea de disimulare a bolii.



Omega melancolic

Există chiar o descriere semiologică clasică a așa numitului *omega* melancolic încruntare intersprâncenoasă asemănătoare cu litera omega din limba greacă (Ω). De asemenea, pacientul poate să aibă buzele arse și tegumentele uscate din cauza deshidratării. Pacientul poate să fie nepieptănat, cu părul capului nespălat, sau neîngrijit. În cazul bărbaților pacientul poate fi neras, sau cu barba și mustățile în dezordine. Vestimentația poate fi în dezordine, murdară sau necălcată și întotdeauna în culori închise, sumbre. Podoabele vestimentare lipsesc de regulă.

Atitudinea pacientului este una retractilă, pacientul pare apăsător de o povară insuportabilă, își frânge mâinile sau își sprijină fruntea cu mâinile. Stabilește cu dificultate un contact verbal, vorbește monoton cu voce stinsă, răspunde monosilabic. Discuția poate fi întreruptă de pacient, care întreabă la ce bun toate astea sau afirmă pur și simplu că nu merită nici măcar să fie ascultat. Atenția este redusă, se concentrează cu greu și pare să aibă dificultăți mnemice. Impresia cea mai pregnantă pe care examinatorul o resimte este lentoarea (gesturi, expresie, vorbire). Contactul vizual nu este evitat dar pacientul poate ține privirea ațintită spre podea. Dacă este la primul episod depresiv, pacientul acceptă cu greu că este vorba despre boală și că ideile de autodevalorizare, incurabilitate sau vinovăție pe care le exprimă nu au legătură cu realitatea, ci sunt rezultatul bolii. În istoricul bolii examinatorul trebuie să insiste asupra eventualelor episoade afective: manie, depresie (ale rudelor) sau asupra existenței unor alte afecțiuni cu caracter ciclic și asupra existenței în antecedentele personale și familiale ale pacientului, ale unor episoade de alcoolism sau toxicomanie. Vor fi notate tentativele de sinucidere din antecedente și se va insista pentru evidențierea unor idei suicidare. De asemenea, pacientul va fi întrebat asupra modificării în comportamentul alimentar – inapetență,

mâncat noaptea, scădere sau creștere ponderală și a comportamentului sexual – dispariția libidoului, orgasmului, impotență. Tulburările de somn sunt importante în depresie ca și visele cu conținut depresiv (atenție la fantezmele suicidare).

Prezentare de caz – depresie

DENE

Pacient de 53 de ani, de profesie lăcătuș, cu domiciliu în mediul rural comuna M.

APP – fără importanță

AHC – fără importanță

Căsătorit de 30 de ani, cu 2 copii: un băiat de 28 ani și o fată de 30 de ani

Locuiește cu soția, socrul, fiul și nora

Fără antecedente de natură psihiatrică

Este adus la internare de familie pentru tentativă de suicid. La camera de gardă prezintă severă inhibiție psihomotorie, cu extremă lantentă în răspunsuri, în marea lor majoritate monosilabice, privire foarte anxioasă, evitând privirea interlocutorului, mimică depresivă, omega melancolic.

Stare avansată de deshidratare, constipație cronică, scădere ponderală de aproximativ 17-18 kg în ultimile 2 luni, inapetență, insomnii totale în ultimile 10-14 zile.

Soția relatează că primele modificări comportamentale pe care le-a observat au fost - neliniște crescândă instalată cu aproximativ 4 luni în urmă, dar comprehensibil legată de pregătirile pentru nunta fiului lor. „Era foarte preocupat de pregătirile pentru nuntă, iar nunta unui băiat înseamnă foarte mult la noi... „la un moment dat parcă a început să mi se pară că își făcea prea multe griji...” „el a fost întotdeauna un om mândru, harnic și grijuliu” și „totuși unele din temerile lui mi s-au părut nejustificate” „se temea că ne vom face de râs în tot satul” „că nu vom avea destulă țuică” „că nu ne vor ajuta banii” „că ne vom face fiul de răs”.... „Nunta a ieșit foarte bine, nici una din temerile lui nu s-a adevăritcu toate acestea în timpul nunții a fost tot timpul încordat, nu s-a bucurat deloc, nu a zâmbit ...” „nici unul din noi nu am avut timp de el atunci... dar abia acum când mă uit în pozele de la nuntă îmi pot da seama că el era deja grav bolnav...” În tot acest interval de timp nu mai dormea bine și nu se mai alimenta ca înainte.

„Nici după nuntă (care a avut loc cu 3 săptămâni în urmă) el nu s-a relaxat deloc, era foarte tăcut, nu spunea ce are, ce vrea, care este cauza pentru care se comportă astfel, nu mai dormea aproape deloc, se plimba toată noaptea prin curte și șoptea ceva de neînțeles... am început să ne

neliniștim și noi pentru că acum nimeni nu înțelegea de ce este atât de tensionat". „Soțul meu a fost un om destoinic, pe care oricine din sat s-a putut baza la greu...” „nu puteam crede că are o boală psihică” „nici măcar medicul din sat nu a crezut acest lucru la început.”

„În urmă cu aproximativ o săptămână nu a mai vorbit deloc cu noi, iar medicul nostru ne-a dat o trimitere la spitalul de psihiatrie, explicându-ne că e singura soluție pentru soțul meu... am ezitat totuși, numai că acum 2 zile tatăl meu l-a surprins furișându-se noaptea în pod unde avea deja totul pregătit pentru ca să se spânzure”. „L-am luat toți cu blîndețe, eram șocați... și el plîngea, era tare chinuit... și bolborosea ceva ce nu puteam înțelege... își cerea iertare... l-am păzit toată noaptea fără să înțeleg ce i s-a putut întâmpla omului meu...” „Am crezut totuși că a fost așa...ceva ...care l-a derutat pe moment și speram să-i treacă. A doua zi de dimineață, ca de obicei găteam în bucătărie când am auzit un zgomot foarte ciudat din curte și destul de intens, dar am crezut că bărbații lucrează în grădină ...și mi-am continuat treaba.

„După câteva minute am aflat că soțul meu se aruncase în fântână; fiul meu împreună cu vecinii au reușit să-l salveze... și am venit direct aici...”

Evoluție excepțională cu amitriptilin, haldol și trifluoperazin, remisiune ad integrum

Inițial s-a pus și problema rezolvării deshidratării ca și a consultului chirurgical pentru constipația cronică.

Memento

DEPRESIA

Sindromul depresiv are drept componente definitorii

- dispoziția depresivă,
- încetinirea proceselor gândirii
- lentoare psihomotorie,
- serie de simptome auxiliare de expresie somatică.

Tulburările somatice sunt legate de hiperactivitatea simpatică dublată de inhibiția parasimpatică: hiposalivație, dureri epigastrice, meteorism, constipație sau diaree, greutate în respirație, disconfort precordial, tulburări de ritm cardiac, extrasistole, amețeli, cefalee, dureri difuze în regiunea tractului uro-genital.

SIMPTOMELE FAZEI DEPRESIVE
sentimente de inutilitate, de lipsă de speranță, de neajutorare
indiferență față de orice
sentimentul de vină nejustificată
tristețe prelungită, accese inexplicabile de plîns, irascibilitate sau iritabilitate;
activitățile agreabile, contactele sociale, munca sau sexul care altă dată îi făceau plăcere, nu-i mai trezesc interesul
imposibilitatea de a se concentra sau de a-și aminti detalii
gânduri de moarte, încercări de suicid
pierderea apetitului sau apetit exagerat
fatigabilitate persistentă, letargie
insomnie sau nevoie crescută de somn
dureri, constipație sau alte afecțiuni somatice cărora nu li se poate determina o cauză obiectivă

Se poate descrie o depresie nevrotică și o depresie psihotică.

DEPRESIA DE INTENSITATE NEVROTICĂ

SIMPTOME	CIRCUMSTANȚE DE APARIȚIE
stări de tristețe prelungită, lipsă de inițiativă, intoleranță la frustrare, scăderea apetitului alimentar, insomnii, tulburări de dinamică sexuală, iritabilitate, anxietatea	reacțiile de intensitate nevrotică, neurastenie, nevroza depresivă, decompensările personalităților psihastenice, isterice, afective, stări de epuizare
există pericolul sinuciderii	depresiile simptomatice

DEPRESIA DE INTENSITATE PSIHOTICĂ

SIMPTOME	CIRCUMSTANȚE DE APARIȚIE
elementele constitutive ale sindromului depresiv ating intensitatea maximă, modificând personalitatea și comportamentul în sens psihotic; dispoziția depresivă este trăită ca un vid, ca o lipsă totală a contactului și rezonanței afective cu lumea, "anestezie afectivă"; bradipsihie și sărăcirea conținutului ideativ, incapacitate de evocare și sinteză, hipoprosexie; asociațiile sunt dificile, imaginația redusă, hipermeznie selectivă însoțită de ruminatii;	PMD Alte psihoze afective Debutul demențelor Schizofrenia afectivă Reacții psihotice

producția verbală încetinită, ajungând uneori până la mutism; scăderea performanțelor intelectuale, sentimente de autodeprecieri și durere morală; idei de autoacuzare, inutilitate; idei suicidare și trecerea la act; stări de derealizare și depersonalizare inhibiție profundă, mergând până la imposibilitatea de a se deplasa; activitatea spontană este redusă la minimum; când depresia se însoțește de anxietate, tensiunea psihică insuportabilă se poate manifesta printr-o neliniște motorie, agitație, atingând paroxismul în raptusul depresiv, care se însoțește de acte impulsive, auto- și mai rar heteroagresive	
--	--

Tentativa de sinucidere și suicidul

Depresia de intensitate psihotică este una din cauzele cele mai frecvente ale comportamentului suicidar. Ea apare fie ca o descărcare a tensiunii psihice insuportabile, fie ca o soluție univocă în fața eșecului existențial aparent, generat de trăirea ideilor delirante depresive. Deseori disimulată, pregătită minuțios, trecerea la act este hotărâtă, violentă, solitară, demonstrând autenticitatea dorinței de autodistrugere (defenestrare, spăzurare, înec).

Suicidul (de la sui = de sine și cidium = omorător) semnifică „orice caz în care moartea rezultă direct sau indirect dintr-un act pozitiv sau negativ, făcut de victima însăși, care știe că trebuie să producă acest rezultat” (DURKHEIM E).

Noțiunea de suicid tinde să fie înlocuită cu cea de conduită suicidară, care înglobează suicidul reușit, tentativele suicidare, ideile de sinucidere, sindromul presuicidar.

Substituirea probabilului și posibilului cu neantul, cu nonsemnificativul, demonstrează că sinuciderea nu este o opțiune, ci mai degrabă negarea totală a posibilității de a alege.

Tentativele suicidare sunt aparent sinucideri ratate din motive tehnice (mijloace de sinucidere inadecvate sau fortuite, intervenția unor persoane străine). Datele statistice arată însă că există diferențe semnificative în ceea ce privește vârsta și sexul celor care nu reușesc.

Tentativa suicidară pare a avea cel mai adesea semnificația unei nevoi crescute de afecțiune și atenție din partea anturajului, față de care subiectul se simte izolat, subestimat, respins. Tentativa de sinucidere poate fi repetată.

Sindromul presuicidar a fost descris de RINGEL ca fiind caracterizat prin restrângerea câmpului de conștiință și afectivității și înclinația către fantasmele suicidului. Mulți autori susțin dificultatea punerii în evidență a

sindromului presuicidar, unii atribuindu-l unei predispoziții de ordin caracterial.

Contextul psihosocial poate juca un rol predictiv în suicid. Principalele coordonate care anunță precipitarea suicidului ar fi:

- Evenimente de viață defavorabile, mai ales dacă sunt tratați umilitor
- Rupturi recente, divorț, eșec sentimental
- Șomaj, schimbări sau conflict profesional
- Pierderea unei persoane apropiate
- Afecțiuni somatice cronice
- Abuz de alcool
- Izolare socială

MITURI SI FALSE PARERI DESPRE SUICID

MIT	REALITATE
Oamenii care vorbesc despre suicid nu comit suicid	Între 60% și 80% dintre persoanele care au comis suicid au comunicat intenția lor din timp.
Suicidul și tentativa de suicid sunt în aceeași clasă de comportament	Unii oameni încearcă să se sinucidă, în timp ce ceilalți pot face gesturi suicidare care sunt chemări în ajutor, sau încercări de a comunica cât de adâncă (mare) este disperarea lor. Pot fi diferite motivații, dar comportamentul care sugerează suicidul real trebuie privit serios.
Numai persoanele foarte deprimare comit suicid	Mulți oameni care comit suicid sunt depresivi, dar foarte mulți depresivi nu au suficientă energie să comită suicidul și îl comit când se simt mai bine. Deși multitudinea deciziilor de comitere a suicidului poate releva stresul sau depresia, mulți oameni, înainte de a comite actul suicidal par mai puțin depresivi.
Celelalte religii sunt mai predispuse să comită suicidul decât catolicii	Evidența care privește această afirmație este mixtă, dar nu apare a fi o diferență a ratei în aceste grupuri religioase.
Rata suicidului este mai mare în lunile ploioase decât în cele însorite	Totuși este evident că rata suicidului poate crește când vine primăvara.
Tentativa de suicid este un comportament familial	Factorul de suicid "aleargă" în familie, este probabil un factor dual el având ca bază un factor genetic de depresie și depresia este cauzatoare de suicid.

Diagnosticul episodului depresiv major se poate face dacă există următoarele simptome având o intensitate clinică particulară, după cum urmează:

1) **Dispoziție depresivă** cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, indicată fie prin relatare subiectivă, ori prin observație făcută de alții

Notă: La copii și adolescenți, dispoziția poate fi iritabilă, și la adult accese inexplicabile de plâns, irascibilitate sau iritabilitate, diminuarea marcată a interesului sau plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile; simptomele persistă mai mult de 2 luni sunt prezente în cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi (după cum este indicat, fie prin relatarea subiectului, fie prin observații făcute de alții);

2) Pierderea interesului (mai puțin considerată de clasici cel mai important, frecvent, e constant; nu mai are interes:

- pentru studiu, cunoaștere, informare, călătorii;
- sub toate aspectele existenței;
- estetic, erotic.

2") Pierderea plăcerii – corelate cu 1

- nu mai are interes:

- de a aprecia din punct de vedere gustativ – alimente, băuturi
- pentru activitatea sexuală
- de a călători, de a cunoaște, nu îl mai bucură nimic,
- este indiferent față de orice,
- hobby-urile anterioare nu îi mai fac plăcere, nu îi mai trezesc interesul

3) Inapetență corelată cu pierderea plăcerii, pierdere semnificativă în greutate, deși nu ține dietă, ori câștig ponderal (pot exista și situații atipice cu apetit exagerat și creștere ponderală)

4) Insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi; superficializarea somnului (pacienții depresivi au un somn redus și superficial, iar această superficialitate le conferă impresia că nu au dormit)

5) Lentoare psihomotorie (mai rar agitație psihomotorie) = bradikinezie, scădere a ritmului, amplitudinii, supleței mișcărilor motorii, creștere a latenței răspunsurilor și reacțiilor motorii aproape în fiecare zi (observabilă de către alții, nu numai senzațiile subiective de neliniște sau de lentoare):

6) Fatigabilitate sau lipsă de energie aproape în fiecare zi:

7) Bradipsihie – scăderea ritmului și fluxului ideativ, scăderea forței de prezentare și a capacităților imaginative – diminuarea capacității de a se concentra, de a-și aminti detalii sau indecizie aproape în fiecare zi (fie prin relatarea subiectului, fie observată de alții);

8) Scăderea elanului vital

9) Sentimente de inutilitate, incapacitate, autodeprecieri cu lipsă de speranță, trăiri de neajutorare care aparțin spectrului depresiv

10) Idei delirante de vinovăție excesivă ori inadecvată (nu numai autoreproș sau culpabilitate în legătură cu faptul de a fi suferind);

11) Gânduri recurente de moarte (nu doar teama de moarte), ideateie suicidară recurentă fără un plan anume, ori o tentativă de suicid sau elaborarea un plan anume pentru comiterea suicidului.

Tulburări asociate:

Anxietate

Tulburări fobice

Expresivitate panto-mimică caracteristică

Somatic: constipație, acuze somatice multiple

Ideateie delirantă mai amplă – de sărăcie, de ruină, negare, pierdere

Simptomele determină o deteriorare semnificativă clinic cu consecințe în activitatea socială, profesională sau în alte domenii importante de funcționare;

Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., abuz de drog sau medicament) ori al unei condiții generale medicale (de ex. hipotiroidism);

Simptomele nu sunt explicate mai bine de doliu, adică patologie determinată de pierderea unei ființe iubite.

COMPARAȚIE ÎNTRE CRITERIILE DSM IV ȘI ICD 10

	Simptomele depresiei	DSM-IV	ICD-10
1	Stare depresivă în majoritatea zilei, aproape în fiecare zi	+	+
2	Interes puternic diminuat și lipsa plăcerii în toate sau aproape toate activitățile în majoritatea zilei, aproape în fiecare zi	+	+
3	Pierderea energiei sau oboseală aproape în fiecare zi	+	+
4	Lipsă de încredere și autostimă scăzută	+	+
5	Autoreproș sau sentimente de vină inadecvată sau excesivă aproape în fiecare zi	+	+
6	Gânduri recurente de moarte sau suicid sau orice tip de comportament suicidar	+	+
7	Diminuarea capacității de concentrare sau indecizie aproape în fiecare zi	+	+
8	Agitație sau lentoare psihomotorie aproape în fiecare zi	+	+
9	Insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi	+	+
10	Modificări de apetit (creștere sau descreștere) corelate cu modificări ale greutății	+	+

+ indică existența simptomului (după PER BECH, 2000)

Atât recunoașterea cât și diagnosticarea depresiei presupune cunoașterea și sesizarea factorilor de risc ca și cunoașterea semnelor cheie, simptomelor, a istoricului suferinței.

GHID DE DEPISTARE A DEPRESIEI

Factorii primari de risc pentru depresie:

Evidențierea unora din criterii trebuie să atragă atenția practicianului pentru probabilitatea existenței unei tulburări de dispoziție episoade anterioare de depresie

- istoric familial de boală depresivă
- tentative anterioare de suicid
- sexul feminin
- vârstă de debut sub 40 de ani
- perioadă postpartum
- comorbiditate medicală
- lipsa suportului social
- evenimente stresante de viață
- consum obișnuit de alcool, medicamente

Importanța istoricului de depresie

- Istoricul cu episoade depresive crește riscul pentru episoade depresive ulterioare:
 - un episod - probabilitate 50% de repetare
 - două episoade probabilitate 70%
 - trei episoade sau mai multe- probabilitate 90%
- Istoricul familial la rudele de gradul I crește probabilitatea de dezvoltare a depresiei.
- Există o vulnerabilitate genetică crescută pentru tulburările afective bipolare. Rudele de gradul I ale bipolarilor au risc crescut (aprox.12%) de a face episoade depresive majore sau tulburare bipolară (12%).
- Pentru cei cu episoade depresive majore recurente, factorii genetici joacă de asemenea un rol important.
- În cazul celor care nu au episoade depresive cu caracter clar recurent, rolul factorilor genetici nu este clar.

Totuși se știe că pacienții care dezvoltă tulburări depresive majore sub 20 de ani au o mai mare morbiditate familială pentru depresie (GOODWIN și JAMISON, 1990). Istoricul de tentative suicidare - trebuie să atragă în mod deosebit atenția asupra tulburărilor depresive.

Tentativele de suicid sunt frecvent asociate tulburărilor de dispoziție.

În plus, un istoric de ideeție suicidară și/sau tentative cresc riscul pacienților pentru depresii și tentative ulterioare.

Diagnostic pozitiv de depresie

- Semnele și simptomele se pot deduce din interviu sau din informații obținute de la aparținători și prieteni.
- Diagnosticul se pune pe baza elementelor pozitive și nu prin excludere.
- Evenimentele stresante de viață pot preceda instalarea unui episod major depresiv.
- Aceasta nu înseamnă să se folosească aceste evenimente pentru a explica episodul depresiv major.

Interviul clinic este cea mai eficientă metodă de diagnostic

- Acesta trebuie să evidențieze semnele clinice ale depresiei ca și caracteristicile evolutive.
- În mod similar se identifică simptomele și caracteristicile evolutive pentru stabilirea diagnosticelor de tulburare bipolară, distimie, și alte tipuri de tulburări de dispoziție.
- Se pun întrebări specifice pentru investigarea simptomelor clinice.
- Primele elemente căutate sunt: - dispoziție depresivă, pesimism sau pierderea plăcerii și interesului.
- În momentul în care există suspiciunea de stare depresivă, medicul va trebui să efectueze o examinare psihiatrică care să aibă ca principale obiective:
 - evidențierea ideeției/intențiilor suicidare
 - dacă pacientul este orientat, vigیل, cooperant și comunicativ
 - dacă manifestă un nivel normal de activitate motorie
 - dacă sunt tulburări psihotice
- Unii pacienți neagă tulburările de dispoziție, dar se pot evidenția simptome somatice semnificative: insomnii, modificări ale apetitului alimentar, modificări în greutate).
- Medicul trebuie să insite în aceste cazuri asupra dispoziției și intereselor bolnavului. Aceștia se pot plânge inițial de insomnii, scăderea apetitului, a energiei, a capacității de concentrare, a scăderii libido-ului sau acuză dureri intermitente sau anxietate. Într-o asemenea situație practicianul trebuie să fie sensibilizat asupra diagnosticului de depresie.

Dacă simptomele sunt prezente este important să se stabilească cum s-au instalat ele în timp:

- de cât timp este depresiv
- au mai existat episoade anterioare
- cât de bună a fost remisiunea inter episoade
- cât de severe sunt actualele simptome

Concomitent va trebui să se stabilească

- dacă mai există o altă boală somatică asociată și dacă aceasta poate fi cauza depresiei
- dacă există consum de alcool sau alte droguri
- dacă există altă tulburare psihică diferită (nu de dispoziție) asociată sau cauzală

Depistarea unei stări depresive necesită instituirea tratamentului anti-depresiv (vezi antidepresive). Cu cât depresia este mai severă, cu ideeție suicidară, cu multiple simptome neurovegetative și importantă dezorganizare în funcționare, cu atât se impune intervenția medicamentoasă. În depresiile majore, strategiile terapeutice vor viza o durată lungă.

CÂTEVA ARGUMENTE ÎN FAVOAREA TRATAMENTULUI DE LUNGĂ DURATĂ SUNT
Rata înaltă a recurenței depresiilor în boala afectivă
Creșterea riscului pentru un episod viitor direct proporțională cu numărul episoadelor anterioare
Diminuarea progresivă a duratei intervalelor libere interepisodice
Scăderea calității vieții și accentuarea dizabilităților după fiecare episod
Creșterea costului îngrijirilor în caz de recădere sau recurență

În alegerea antidepresivelor medicii vor folosi întotdeauna criteriile de selecție ca adecvanța terapeutică, particularitățile cazului, toleranță și factori de complianță, criteriile economice. După UDRIȘTOIU T., MARINESCU D. și BOIȘTEANU P. (2001), criteriile de selecție pentru antidepresive diferă în administrarea de scurtă sau lungă durată. Pentru scurtă durată, criteriile sunt rezoluția simptomelor acute, instalarea rapidă a acțiunii, buna toleranță și siguranță în administrare. Pentru administrarea prelungită, criteriile ar fi tolerabilitatea, titrarea facilă, prevenția simptomelor apărute la întreruperea tratamentului, însănătoșirea cât mai completă.

ANTIDEPRESIVUL IDEAL

- * Eficace în toate formele de depresie
- * Rapid
- * Are toate formele de administrare
- * Fără efecte adverse
- * Doză unică
- * Ieftin
- * Monoterapie
- * Nu dă toleranță
- * Raportul doză eficientă/doză periculoasă foarte mic
- * Fără efecte teratogene
- * Fără interferențe
- * Poate fi administrat la fel de bine în ambulator și în spital

Examinarea bolnavului cu episod maniacal

Cel mai caracteristic în cazul acestui pacient este tendința sa ludică. Totul se transformă în joc, medicul devine un partener pentru cele mai neașteptate idei sau gesturi ale pacientului care este complet dezinhibat și pare să nu mai țină seama de nici o regulă sau logică.

Aspectul bolnavului este extravagant, ținuta viu colorată, este în total dezacord cu ora din zi, cu locul în care se desfășoară examinarea, cu poziția socială a pacientului. Există un exces de accesorii, bijuterii de tot felul într-un amestec complet nepotrivit, pălării viu colorate, șaluri, cordoane, catarama, papioane etc.

Pieptănătura pacienților, în special a celor de sex feminin are același aspect extravagant: culori neobișnuite, agrafe, funde, paiete. La fel de neobișnuit este și machiajul în culori stridente, marcând neîngrijit sprâncenele, genele, pleoapele. Mimica este foarte mobilă, expresivă, bolnavul vorbește neîncetat, atingând deseori un familiarism jenant. Pacientul vorbește cu voce tare, chiar cântă în timpul examinării sau dansează. Răspunde la întrebări cu calambururi, rime sau ecolalic (fără ca aceasta să aibă semnificație neurologică, ci de joacă). Atenția este mobilă și distributivă. Bolnavul înregistrează amănunte uimitoare, cu toate că per global de fapt scapă amănunte importante.

Dezinhibiția erotică este tipică și pacientul nu se jenează să facă propuneri directe examinatorului sau să facă aluzii străvezii. De asemenea își poate expune părțile intime, se laudă cu lenjeria sau cu lipsa ei, cere aprecierea unor persoane complet necunoscute despre calitățile sale erotice sau cere să fie lăudat pentru aspectul său deosebit.

Bolnavul se mișcă neîncetat, face gesturi ample, teatrale, își schimbă continuu preocupările. Dispoziția pacientului este exaltată, expansivă, optimistă, entuziastă și, la început, contagioasă. Totuși, examinatorul poate deveni ținta unor glume și remarci ironice dintre cele mai acide.

Nu rareori euforia se poate transforma în agresivitate de care examinatorul fără experiență poate fi extrem de surprins.

Caz clinic – manie**P. MARIANA**

Femeie, 57 de ani

Pensionară de vârstă

AHC: un bunic, pe linie maternă care s-a sinucis prin spânzurare.

APP: ne semnificative

Este căsătorită de 27 de ani, are doi băieți absolvenți de facultate. Locuiește cu soțul într-o casă cu 4 camere. A lucrat ca laborantă până la pensionare. Este o femeie energică, hipertimă, eficientă și inteligentă.

Particular pentru acest caz, este debutul brusc, în urmă cu doar aproximativ 5 ani, când, în timpul unei petreceri de familie, a început să-și facă soțul de râs, afirmând că „este impotent”, că prezintă hipogonadism și că, după părerea ei, „este cu siguranță homosexual”. Interesant este modul în care s-a prezentat la medicul psihiatru pentru prima oară. Pacienta a venit la spital din proprie inițiativă, cu o trimitere de la un medic internist, solicitând o consultație pentru a afla modalitatea prin care îl poate interna pe soțul ei despre care afirma: „mă maitratează, vrea să scape de mine, să mă distrugă. A început să mă supună la tot felul de perversiuni sexuale”. Pacienta prezenta urme de lovituri pe brațe, părea foarte convingătoare când făcea aceste acuzații, vorbea cu elocință dar era logoreică și trecea cu superficialitate de la o idee la alta. Discuțiile cu membrii de familie au relevat faptul că, deși era adevărat că soțul, iritat de modul în care era umilit față de prieteni și rude, devenise agresiv fizic, acuzele pacientei în privința violenței lui erau extrem de exagerate și, în nici un caz adevărate sub celelalte aspecte. Starea de dispoziție a pacientei s-a alterat în decursul lunii și în cele din urmă a fost convinsă să se interneze pentru „a se proteja de stresul provocat de soț”. După mai multe discuții, pacienta a afirmat că se afla într-o relație intimă cu un alt bărbat „unul singur, dar, credeți-mă când vă spun că îmi fac curte o mulțime de tineri.” Se consideră extrem de frumoasă și atrăgătoare și vede în aproape orice gest sau afirmație făcute de un bărbat, semne de atracție sexuală cărora le răspunde într-un fel sau altul. În tinerețe, a început facultatea de medicină, pe care însă a abandonat-o după un an de zile. Acum afirma că „am fost cea mai bună studentă a facultății, operam cu cel mai mare chirurg și devenisem indispensabilă medicilor din spitalul de urgență”. O scurtă perioadă în care a lucrat ca responsabilă cu igienizarea aeroportului Otopeni, o descrie ca fiind vremurile când ținea „sub control toată securitatea biologică a spațiului terestru din perimetrul aeroportului”. Dincolo de ideile de grandoare și dezinhibiția sexuală, pacienta prezintă o dispoziție alternând între momente de maximă expansivitate când cântă și dansează și iritabilitate, când amenință și înjură personalul medical. Familia nu i-a mai lăsat bani deoarece, indiferent de suma pe care o are asupra ei, o cheltuie pentru cadouri pe care le face întâmplător pacienților din secție, fără selectivitate. Nevoia de somn este mult scăzută, dar chiar după trei ore de somn, pacienta afirmă că este doar foarte puțin obosită. Sub tratament cu neuroleptice și

stabilizatori de dispoziție, starea de expansivitate scade, apare critica asupra simptomelor prezentate. Prezintă sentimente de jenă și culpabilitate. La scurt timp după acest episod, pacienta a intrat într-un episod depresiv.

Episodul maniacal

Pacienții care se află în faza maniacală simt mai curând un atac brusc de exaltare, de euforie sau iritabilitate extremă care se dezvoltă în decurs de câteva zile până la o deteriorare gravă.

SIMPTOMELE FAZEI MANIACALE

Un mod de a se simți excesiv de bun, euforic, expansiv sau iritabil; nimic (vești rele, tragedii) nu poate schimba această stare de fericire.

Euforia se poate schimba rapid în iritare sau furie.

Exprimă numai optimism nejustificat și o lipsă de discernământ.

Încrederea în sine crește până la delir de grandoare în care persoana consideră că are legături speciale cu Dumnezeu, celebrități, conducători politici.

Hiperactivitate și planuri excesive, participare în numeroase activități care pot conduce la rezultate nedorite.

Un comportament sexual anormal (libidou crescut, dezinhibiție sexuală)

Fuga de idei. Pacienții prezintă o multitudine de idei care se succed rapid, în mod necontrolat.

Necesitatea redusă de somn, insomnii.

Lipsa puterii de concentrare: atenția pacientului este cu ușurință deviată către detalii neimportante.

Iritabilitate bruscă, furie sau paranoia se declanșează când planurile grandioase ale pacientului se năruie sau când sociabilitatea lui excesivă este refuzată.

Diagnosticul episodului maniacal se poate face dacă există următoarele simptome, având o evoluție clinică particulară, după cum urmează:

- A. O perioadă distinctă de dispoziție crescută, euforică, expansivă = bună dispoziție, veselie sau iritabilă – sarcasm, comentarii sentențioase, anormală și persistentă, durând cel puțin o săptămână
- B. În timpul perioadei de perturbare a dispoziției, ex. trei (sau mai multe) din următoarele simptome au persistat (patru, dacă dispoziția este numai iritabilă) și au fost prezente într-un grad semnificativ:
 - o stimă de sine exagerată sau grandoare;

- o scăderea nevoii de somn (de ex., se simte refăcut după numai trei ore de somn);
- o logoree (mai locvace decât în mod uzual) sau presiunea vorbirii (se simte presat să vorbească continuu); vorbește tare, cu voce sigură, discurs greu de întrerupt, alert; poate păstra coerența, dar are tendință la jocuri de cuvinte, calambururi, onomatopee, asociații prin asonanță, rimă; se poate ajunge și la un limbaj destructurat fonetic și semantic.
- o Lingvistic – nu se evidențiază dezorganizări severe de tip structural, lexical = stil telegrafic, numai prenume și verbe, în faze severe stil ludic.
- o fugă de idei sau experiența subiectivă că gândurile sunt accelerate;
- o distractibilitate (adică, atenția este atrasă prea ușor de stimuli externi fără importanță sau irelevanți, îi distrage orice stimuli);
- o capacitatea de judecată – superficială, formală, situațională, non-cauzală; consideră că știe totul, cunoaște totul, se angajează în consecință în diverse acțiuni;
- o imaginația și capacitatea creativă este scăzută și deturnată;
- o creșterea activității, care devine multiplă, dezordonată, inițiativă și incoerentă = polipragmazie, (la serviciu sau la școală, ori din punct de vedere sexual) ori agitație psihomotorie;
- o implicare excesivă în activități plăcute care au un înalt potențial de consecințe nedorite (de ex. angajarea în cumpărături excesive, indiscreții sexuale ori investiții în afaceri nesăbuite);
- o sistem pulsional dezinhibat – plan erotic, sexual, alimentar;
- o sociofilie, spirit gregar, disponibilitate de relaționare- intruziv, solicitant, indecent; prietenos, stabilește imediat relații, gratifică partenerul de discuție;
- o trăirea timpului, pacientul "devoră" prezentul, trăiește numai prezentul, boală a prezentului;
- o psihomotricitate exacerbată, de la excitație motorie moderată până la hiperkinezie nestăpânită (furor maniacal, dezlănțuire motorie), manifestări clactice și agresive (comutare a polarității), deci manie cole-roasă și violentă.

Elemente facultative

- o idei delirante concordante cu dispoziția
 - de supraestimare, supraevaluare
 - de grandoare, putere, relație, filiație
- o idei delirante incongruente – idei de persecuție, urmărire, prejudiciu

- o manifestări halucinatorii
- o manifestări catatonice
- o sentimente de derealizare și depersonalizare

Acestea trebuie să aibă o durată sub 2 săptămâni în absența tulburărilor afective predominante.

Perturbarea de dispoziție este suficient de severă pentru a determina o deteriorare semnificativă în funcționarea profesională sau în activitățile sociale uzuale ori în relațiile cu alții, ori să necesite spitalizare pentru a preveni vătămarea sa sau a altora sau dacă există elemente psihotice.

C. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex. abuz de drog, sau de un medicament sau un alt tratament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex. hipertiroidismul).

Notă: Episoadele asemănătoare celor maniacale și care sunt clar cauzate de tratamentul antidepresiv somatic (de ex. de medicamente antidepresive triciclice, terapie electroconvulsivantă, fototerapie) nu trebuie să conteze pentru un diagnostic de tulburare bipoară I)

Mania este o stare de euforie, sentimente de omnipotență și încredere nelimitată în forțele proprii, descrisă doar de o minoritate de pacienți. Majoritatea pacienților cu manie au iritabilitate (80%), dispoziție expansivă (72%) și labilitate dispozițională (69%). Simptomele cele mai frecvente sunt vorbirea precipitată (98%), logoreea (89%), agitația psihomotorie (87%), nevoia scăzută de somn (81%), hipersexualitatea (57%), comportamentul extravagant (55%).

Mai puțin întâlnite sunt violența (49%), religiozitatea (39%), regresia pronunțată (28%) și catatonie (22%).

Tulburări cognitive nonpsihotice frecvente în manie sunt: grandoarea (78%), fuga de idei (71%) și distractibilitatea (68%). Inatenția, indecizia și retardul psihomotor apar mai ales în tulburarea bipolară.

Tulburările de percepție apar de regulă în cursul episoadelor maniacale. Cel puțin 2/3 din pacienți prezintă simptome psihotice în cursul unui episod afectiv.

Netratată, faza maniacală poate avea o durată de până la 3 luni.

COMPARAȚIE ÎNTRE CRITERIILE DSM IV ȘI ICD 10

	Simptome	DSM-IV	ICD-10
1A	Dispoziție euforică	+	+
1B	Dispoziție iritabilă	+	+
2	Supra-estimare și idei de grandoare	+	+
3	Nevoie scăzută de somn	+	+
4	Logoree	+	+

5	Fugă de idei	+	+
6	Distractibilitate	+	+
7A	Creșterea activităților sociale sau a contactelor	+	+
7B	Agitație psiho-motorie	+	+
8	Comportament de risc	+	+
9	Creșterea comportamentului sexual		+

+ indică existența simptomului (după PER BECH, 2000)

Netratată, faza maniacală poate avea o durată de până la 3 luni.

Terapia vizează remisiunea rapidă și buna complianță la tratament și siguranța pacientului și a anturajului său față de posibilele urmări materiale sau morale ale acțiunilor pacientului. Conform Ghidului terapeutic în tulburarea bipolară al Asociației Psihiatrice Române (2001) măsurile terapeutice în episodul maniacal acut sunt următoarele:

Linia I	<p>Inițierea tratamentului și menținerea ameiilorării</p> <p>Acid valproic/valproat Carbamazepina Săruri de litiu</p> <p>Evaluare la 1-4 săptămâni Persistența simptomatologiei</p>
Linia a II-a	<p>Introducerea medicației antipsihotice Antipsihotice tipice/atipice</p> <p>Clopixol Olanzapină Haloperidol Quetiapină, Risperidonă Antipsihotice sedative</p>
Linia a III-a	<p>Introducerea de benzodiazepine sedative Lorazepam, Clonazepam</p>
Linia a IV-a	<p>Introducerea de agenți Antimaniacali potențiali Lamotrigină, Gabapentin, Topiramet</p>
	<p>COMBINAȚII EROICE Litiu+Carbamazepină+Valproat Clozapină+Linia I sau III</p>

Examinarea bolnavului cu demență

Examinarea pacientului cu demență în faze avansate nu este o problemă deoarece diagnosticul este evident, pacientul este dezorientat spațio-temporal, auto- și allopsihiic, nu urmărește dialogul cu examinatorul, pare perplex sau preocupat de cu totul alte lucruri dacă mai are capacitatea de a vorbi, răspunde la întâmplare sau se intoxică cu cuvintele. Pacientul, dacă este adus de pe stradă, poate fi extrem de murdar, cu hainele rupte sau sumar îmbrăcat, frapează inatenția sau relatări despre locuri și persoane, despre evenimente care s-au desfășurat cu mult timp în urmă.

Examinarea pacientului în fazele incipiente ale bolii cere însă abilitate din partea examinătorului și, mai ales, vigilența acestuia în legătură cu posibilul diagnostic de demență. De obicei, pacientul nu solicită singur ajutorul medical, rudele sau prietenii sunt cei care observă tulburările de memorie, modificările de personalitate sau dificultățile de adaptare apărute în ultima vreme la pacient. Aspectul general este normal dar poate exista o ușoară lentoare în reacții. De altfel, de la început, însoțitorii sau pacientul afirmă că „în afara memoriei în rest e perfect sănătos”. Caracteristic poate să fie semnul „capului întors” adică tendința pacientului de a-și îndrepta privirea spre persoana care îl însoțește solicitându-i ajutorul sau aprobarea atunci când i se pun întrebări. Surprind dificultățile în reamintirea evenimentelor recente, datelor actuale, în raport cu acuratețea cu care relatează evenimente petrecute cu mult timp în urmă. Limbajul poate fi ezitant, pacientul își găsește cu greu cuvintele, ceea ce îi poate genera anxietate. Are tendința de a-și minimaliza sau raționaliza erorile găsind explicații pentru acestea. Există un grad de fatigabilitate al pacientului pe care îl poate acuza în timpul examinării. Diagnosticul nu va putea fi totuși pus decât cu ajutorul testărilor neuropsihologice privind memoria recentă, afazia, apraxia constructivă și dificultățile în orientarea vizuo-spațială. Toate acestea se realizează prin testarea psihologică. Pe scala MMSE pacientul are de obicei în faza incipientă scoruri între 20 și 27 iar pe scala de ischemie sub 4.

Examinatorul va cere relații despre performanțele profesionale anterioare ale subiectului, despre eventuale tulburări de comportament, accidente, traumatisme crano-cerebrale, boli sau infecții care ar fi putut afecta creierul. Vor fi explorate și antecedentele legate de sistemul neuroendocrin, în special de funcția tiroidiană. Nivelul de școlarizare al subiectului va fi evaluat de la început atunci când pacientul nu are documente de identitate sau este adus de pe stradă fără aparținători. Uneori diferența dintre nivelul pregătirii și actualele performanțe este suficientă pentru a face diagnosticul de certitudine. Examinatorul nu va ignora tratamentele pe care pacientul le

urmează și eventualul lor potențial confuziv sau perturbator al funcției mnemice. (atenție la medicația anxiolitică, sedativă, etc.)

O problemă deosebit de dificilă este diferențierea demenței în stadiul incipient și chiar mediu, de depresia cu tulburări cognitive – circumstanță frecventă la vârsta a treia.

Tabel: Diagnostic diferențial de pseudodemență și demență

Depresia cu deficit cognitiv	Demență
Istoric clinic	
Familia este întotdeauna conștientă de tulburări și de gravitatea lor	Familia nu este întotdeauna conștientă de tulburări și de gravitatea lor
Debutul poate fi datat cu precizie	Debutul este deseori neprecizat
Tulburările există de puțin timp	Tulburările există de mult
Agravarea este rapidă	Evoluția este lentă
Un trecut psihiatric este frecvent	Un istoric psihiatric este neobișnuit
Acuze și modificări de comportament	
Pacienții se plâng mult de deficitul lor intelectual	Pacienții se plâng puțin de deficitul lor intelectual
Simptomele sunt detaliate	Simptomele sunt vagi
Pacienții își "exagerează" incapacitățile	Pacienții își "minimalizează" incapacitățile
Pacienții își "exagerează" eșecurile	Pacienții își "minimalizează" eșecurile
Pacienții fac puține eforturi pentru a efectua teste eventual simple	Pacienții fac multe eforturi pentru a efectua teste eventual simple
Pacienții comunică o intensă suferință	Pacienții apar adesea ca nefiind în cauză
Schimbarea de afectivitate este deseori copleșitoare	Afectivitatea este labilă și superficială
Pierderea abilităților sociale este adesea precoce și predominantă	Abilitățile sociale sunt adesea păstrate
Comportamentul nu este deseori în raport cu severitatea tulburărilor cognitive	Comportamentul este de obicei în raport cu severitatea tulburărilor cognitive
Accentuarea nocturnă a tulburărilor este neobișnuită	Accentuarea nocturnă a tulburărilor este obișnuită
Tulburări ale memoriei și ale funcțiilor superioare	
Atenția și concentrarea deseori prezervate	Atenția și concentrarea de obicei defectuoase
Răspunsurile "nu știu" sunt tipice	Răspunsurile "alături" sunt frecvente
La testele de orientare, pacienții răspund adesea "nu știu"	La testele de orientare, pacienții au adesea răspunsuri neobișnuite

Tulburările memoriei implică evenimente recente și vechi	Tulburarea memoriei se referă cu precădere la fapte recente decât la fapte vechi
Lacunele mnemice asupra unor perioade ori asupra unor fapte specifice sunt obișnuite	Lacunele mnemice pe perioade specifice sunt neobișnuite
Variabilitate a performanțelor la teste de dificultate egală	Constanța performanțelor slabe la teste de dificultate egală

Prezentare de caz – demență

O. ION

Bărbat, 50 de ani
de profesie subinginer (TCM)
APP – fără importanță – hernie inghinală dreaptă operată, pneumotorax spontan probabil postpneumonie
AHC – mama – demență decedată

- un frate decedat prin tentativă de suicid, în contextul consumului cronic de etanol

Căsătorit de 20 de ani, soția - 50 de ani, profesor, fără suferințe psihice; au 2 fete: 15 ani (clasa a IX-a) și 18 ani (clasa a XII-a)
A lucrat, ca subinginer, timp de 20 de ani la o fabrică de utilaj chimic din localitatea în care locuiește și de unde a fost disponibilizat în urmă cu 4 ani.
A intrat în șomaj pentru ca apoi, ajutat de soție, care este de altfel persoana cu rol dominant în familie, să se angajeze ca profesor suplinitor la o școală generală, unde a predat Educație Tehnologică. „Nu-i plăcea meseria de profesor și nici materia pe care o predă nu prea interesa copiii”, ne-a declarat soția.

Din declarațiile membrilor familiei nu au fost observate nici un fel de tulburări psihice până în urmă cu aproximativ 20-30 de zile, declanșate brusc în ziua în care au primit acasă înștiințarea că postul de profesor pe care îl ocupa a fost restructurat. Soția ne-a spus că „această veste nu a fost un șoc, de aproximativ 3 luni știam că școala va renunța complet la disciplina pe care o predă el, așa că va fi obligat să intre în șomaj”.

Familia a fost surprinsă de comportamentul modificat al pacientului, practic „transportat în timp” în urmă cu 4 ani... a doua zi de la primirea scrisorii, s-a sculat de dimineață pregătindu-se să meargă... la fabrică... (unde lucrase anterior), susținând că acolo „a lucrat dintotdeauna”, li se adresa celor două fete cu diminutive, așa cum obișnuia să le alinte când erau mai mici, susținea că fetele au 14 și respectiv 11 ani, că nu au intrat încă la liceu... de asemenea considera că mama sa este încă în viață... că nu a murit...

ceea ce se întâmplase în 2000. Nu-și amintea nici un eveniment care avusese loc în acești 4 ani... și de altfel aprecia că suntem în anul 1998 și nu 2002.

Deși debutul brusc, aparent reactiv, ca și aprecierile familiei care susțineau că pacientul nu a avut nici un fel de tulburări de memorie anterioare acestei date, conduceau spre o stare reactivă cu fenomene disociative, cazul impunea investigații profunde.

CT și RMN au evidențiat atrofie corticală globală și masivă, iar examenul neuropsihologic a decelat tulburări cognitive severe: tulburări accentuate ale memoriei imediate, hipoprosexie, tulburări de orientare temporală și spațială.

Desigur că toate aceste tulburări s-au instalat cu cel puțin 4-5 ani în urmă, probabil însă că solicitarea la locul de muncă era minimă iar calitatea comunicării în familie era foarte deficitară.

Memento

DEMENȚA

Demența este un sindrom caracterizat de o afectare (tulburare) permanentă a funcției intelectuale instalată progresiv. Pentru a pune diagnosticul de demență trebuie ca mai multe sfere ale activității mintale să fie afectate: memoria, limbajul, orientarea spațială, emoțiile sau personalitatea și cogniția (CUMMINGS ET AL., 1980). Spunând că este tulburare dobândită, diferențiem demența de întârzierea mintală; tulburarea persistentă deosebește demența de delir; afectarea mai multor sfere separă demența de bolile cu afectare doar a unei sfere cum sunt amnezia și afazia. Deși unele demențe sunt cronice, ireversibile și progresive, termenul de demență nu implică automat și ireversibilitate (o treime dintre pacienții veniți pentru o evaluarea inițială au sindroame demențiale parțial reversibile (RABINS, 1983). Deteriorarea din demență trebuie să fie suficient de severă pentru a compromite autonomia bolnavului în viața sa socială sau profesională precum și a faptului că această alterare este progresivă în timp.

Demența presupune:

- Un declin al memoriei într-o proporție care interferă cu activitățile vieții zilnice, sau face ca viața independentă de alții să fie dificilă sau imposibilă.
- Un declin al gândirii, planificării și organizării lucrurilor de zi cu zi, pe măsura extinderii.
- Un declin în controlul emoțional sau în motivație, sau schimbare în comportamentul social, așa cum apare în

continuare: labilitate emoțională, iritabilitate, apatie sau neadekvarea comportamentului social, incapacitatea de a mânca, a se îmbrăca și a interacționa cu ceilalți.

Clasificarea etiologică a principalelor sindroame demențiale

Considerăm că abordarea etiologică, deși nu este riguroasă, deoarece mai ales în ceea ce privește demențele degenerative există încă neclarități, are cel puțin avantajul de a fi pragmatică.

Circumstanțe patologice care pot produce demența

Boala Alzheimer		50 - 60%
Demența vasculară	- cu multiple infarcte	10 - 20%
	- lacunară	
	- boala Binswanger	
	- microinfarcte corticale	
Droguri și substanțe toxice	- demența alcoolică	1 - 5%
Procese expansive intracraniene	- tumori	1 - 5%
	- accese cerebrale	
	- mase subdurale	
Anoxia		
Traumatisme	- lovituri ale capului	1 - 5%
	- demența boxeurilor	
Hidrocefalia cu presiune normală		
Boli neurodegenerative	- boala Parkinson	1%
	- boala Huntington	1%
	- boala Pick	1%
	- degenerescența supranucleară progresivă	1%
	- scleroza laterală amiotrofică	
	- degenerarea spinocerebeloasă	
	- leucodistrofia metacromatică	
	- boala Wilson	
- boala Hallervorden-Spatz		
Infecții	- boala Jacob-Creutzfeld	
	- SIDA	1%
	- encefalite virale	
	- leucoencefalopatii multifocale progresive	
	- neurosifilisul	
	- meningita bacterială cronică	
- alte meningite fungice		

Tulburări nutriționale	- sindromul Wernicke-Korsakov	1 - 5%
	- deficiența de vitamina B12	
	- deficiența de foliați	
	- boala Marchiafava-Bignami	
Tulburări metabolice	- leucodistrofia metacromatică	
	- leucodistrofia adrenală	
	- demența de dializă	
	- hipotiroidismul	
	- hipertirodismul	
	- insuficiența renală severă	
	- sindromul Cushing	
Boli inflamatorii cronice	- LES și alte boli de colagen cu vasculită intracerebrală	1%
	- scleroza multiplă și boala Whipple	

după Bosser M. - 1992

Așa cum ușor se poate constata din tabelul anterior mai mult de 75% din cazurile de demență aparțin demenței Alzheimer și demențelor vasculare.

CRITERIILE DSM IV PENTRU DEMENȚELE DE TIP ALZHEIMER

A - Dezvoltarea de deficite cognitive multiple manifestate prin:

- ① - tulburări de memorie (imposibilitatea de a învăța noi informații și de a-și reaminti informații anterior învățate) și
- ② - cel puțin una din următoarele tulburări cognitive:
 - a) afazie (tulburări de limbaj)
 - b) apraxie (incapacitatea efectuării activităților motorii în ciuda funcției motorii intacte)
 - c) agnozie (imposibilitatea de a recunoaște sau identifica obiecte în ciuda funcțiilor senzoriale intacte)
 - d) tulburări ale funcțiilor executive (planificare, organizare, abstractizare)

B - Evoluția se caracterizează prin debut gradat și declin progresiv al funcțiilor cognitive

C - Deficitele cognitive determină tulburări semnificative ocupaționale sau în viața socială și reprezintă un declin semnificativ față de un nivel anterior.

D - Deficitele cognitive de la punctul A nu se datorează:

- bolilor de sistem nervos central care determină deficite progresive ale memoriei și funcțiilor cognitive (boală cerebrovasculară, boala Parkinson, boala Huntington, hematom subdural, hidrocefalie cu presiune normală)

- condiții sistemice care sunt cauze cunoscute de demență (hipotiroidism, deficit de vitamină B12 sau acid folic, deficit de niacină, hipercalcemie, neurosifilis, infecție HIV)
- condiții determinate de diferite substanțe

E - Deficitele nu apar în mod exclusiv în evoluția delirului

F - Nu se justifică mai bine o altă tulburare de ax I (tulburări depresive majore, schizofrenie).

SCURTĂ PREZENTARE CLINICĂ

SIMPTOME ALE TULBURĂRILOR CEREBRALE ORGANICE	SEMNE PSIHIATRICE SAU TULBURĂRI COMPORTAMENTALE	PIERDEREA CAPACITĂȚII DE A-ȘI DESFĂȘURA ACTIVITĂȚILE ZILNICE
Tulburări de memorie	Halucinații	Îngrijirea personală (dus, îmbrăcare, alimentație)
Tulburări de vorbire (capacitate de conversație săracă, probleme în a găsi cuvintele, neînțelegere, repetiție)	Depresie	Mobilitate
Tulburări la scris, citit, calcul matematic	Anxietate	Cumpărături
Tulburări ale atenției	Agresiune	Finanțe
Apraxie, agnozie	Tulburări de somn	Călătorii
Judecată greoaie	Vagabondaj	Conducere auto

Alături de schemele clasice de diagnostic centrate pe tulburările cognitive a fost subliniată în ultima perioadă importanța semnelor și simptomelor comportamentale și psihologice ale demenței.

Acestea au fost definite ca tulburări de percepție, de gândire afective și comportamentale care apar frecvent la pacienții cu demență. Ele par să fie elemente integrale ale procesului patologic, creează probleme severe celor care vin în contact cu acești pacienți ca și pacienților însuși și de regulă, pot beneficia de un tratament adecvat.

Îngrijitorii, membrii familiei și pacienții confundă deseori aceste simptome ale demenței cu schimbările normale ale îmbătrânirii.

Examinarea psihiatrică va căuta să evedențieze tulburări în aceste toarele domenii:

Modificări de mers	Semnificație
Dificultăți la ridicarea de pe scaun	Dispraxie Tulburări extrapiramidale
Mersul cu pași mici (dar cu mișcarea normală a brațelor)	Tumoare de lob frontal sau degenerescență frontală Demență vasculară prin afectarea vaselor mici
Mers împleticit cu dificultăți de întoarcere sau pornire	Hidrocefalie
Mers cu bază lărgită, ataxic	Boala Jacob Creutzfeld Demență alcoolică
Mișcări coreiforme	Boala Huntington

Domeniul afectat	Simptome
Schimbări ale personalității	Detășare, apatie, dezinhibiție
Idei delirante	Furt, persecuție și urmărire, infidelitate, abandonare, delir cu ectoparaziți
Halucinații și iluzii patologice	Sindromul Capgras (iluzia soțiilor) Sindromul de Clerambault (falsa recunoaștere) Semnul fotografiei Halucinații vizuale, auditive, olfactive, tactile
Tulburări ale dispoziției	Depresie, hipomanie, disforie
Modificări neurovegetative	Tulburări de somn, tulburări alimentare, schimbări ale comportamentului sexual
Comportamente neadevrate	Neliniste, psihometrie (hoinăreală sau lentoare psihomotorie) comportamente stereotipe, agresiune verbală și/sau fizică

- Schimbările de personalitate reprezintă subtile modificări în relațiile pacientului cu ceilalți iar în demență fronto-temporală pot fi cel mai precoce semn precedând cu câțiva ani modificările cognitive.
- Apatia și indiferența sunt comune în boala Alzheimer și demența vasculară, dezinhibiția este comună în demență fronto-temporală.

- Halucinațiile sunt o trăsătură particulară a demenței cu corpi Lewy și se intensifică atunci când pacientul se trezește în timpul fazei REM a somnului.
- Tulburările de somn sunt foarte diverse, creșterea sau descreșterea nevoii de somn, întreruperea somnului, inversarea ritmului somn-veghe, cu treziri nocturne și coșmaruri.
- În demența fronto-temporală se observă o preferință aproape exclusivă pentru alimente dulci. Tot în categoria tulburărilor alimentare se încadrează și *pica* - ingestia unor substanțe nealimentare sau a unor alimente substanțe nepreparate cum ar fi hrana pentru animale sau carne crudă.
- Dintre modificările comportamentului sexual trebuie notată creșterea, descreșterea sau dispariția libidoului, schimbări în orientarea sexuală.

S-au înregistrat următoarele semne în ordine descrescătoare:

- Agitație – mai mult de 75%
- Rătăcire – mai mult de 60%
- Depresie – mai mult de 50%
- Tulburări psihotice – mai mult de 30%
- Țipete – mai mult de 25%
- Violența – mai mult de 20%
- Tulburări de comportament sexual – mai mult de 10%

EXAMINARE OBIECTIVĂ
SOMATICĂ, NEUROLOGICĂ
ȘI NEUROPSIHOLOGICĂ

ISTORIC FAMILIAL

ISTORIC TOXICOLOGIC NUTRIȚIONAL ȘI
MEDICAMENTOS

ISTORIC PSIHIATRIC

ISTORICUL TULBURĂRILOR PSIHOORGANICE

ISTORICUL GENERAL NEUROLOGIC

ISTORICUL MEDICAL GENERAL

ETAPELE DIAGNOSTICULUI DE DEMENȚĂ

I	UN POSIBIL ISTORIC DE DEMENȚĂ	Analizarea statusului fizic, funcțional, cognitiv și comportamental Evidențierea antecedentelor de posibilă prezență a demenței Evaluarea medicației curente care ar putea să aibă efecte comportamentale sau cognitive Sublinierea simptomelor sau deficitelor specifice unei tulburări demențiale
II	EVALUAREA UNOR SEMNE ȘI SIMPTOME DE DEMENȚĂ PRIN TESTE NEURO-PSIHOLOGICE	Folosirea unor teste specifice privind funcționarea zilnică a pacienților (ADL, FAQ) Folosirea unor teste care să evidențieze tulburările cognitive (MMSE, Testul Ceasului, Testul concentrării)
III	CONFIRMAREA PREZENȚEI DEMENȚEI	Dacă evaluarea făcută până în acest moment sugerează posibilitatea unei demențe, o evaluare detaliată este indicată. Abordarea neurologică, psihologică și psihiatrică poate ajuta la definirea căilor de urmat în evaluarea demenței. Continuarea procesului diagnostic prin evaluări paraclinice (<i>Acestea nu se vor face decât dacă există un posibil beneficiu pentru pacient sau dacă rezultatele lor ar implica o schimbare a conduitei terapeutice</i>)
IV	VERIFICĂȚI DACĂ PACIENTUL ÎNTRUNEȘTE CRITERIILE PENTRU DEMENȚĂ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnosticul de demență este cel mai probabil ▪ Folosiți mai multe categorii de diagnostic ▪ Definiți eventualul risc de a dezvolta o demență
V	DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL	Determinarea tipului de demență poate ajuta la prevenirea deteriorării sau la stabilirea unui prognostic corect
VI	IDENTIFICAȚI POTENȚIALUL RESTANT ȘI GRADUL DE DETERIORARE AL PACIENTULUI	Treceți în revistă medicația pe care pacientul o ia pentru alte afecțiuni și care ar putea crea tulburări de conștiință, confuzie, tulburări comportamentale
VII	STABILIȚI SEMNIFICAȚIA ȘI GRADUL FIECĂREI DETERIORĂRI (DIAGNOSTIC FUNCȚIONAL)	
VIII	IDENTIFICAȚI POSIBILELE CIRCUMSTANȚE CARE AR CONDUCE LA TULBURĂRI IMPORTANTE DE COMPORTAMENT	

adaptat după American Medical Directors Association, AMDA, 1998

ETAPE ÎN INVESTIGAREA DEMENȚEI

Anamneza trebuie să se concentreze pe stabilirea prezenței sau absenței simptomelor unei boli cerebrale organice, descrierea comportamentului și capacității funcționale premorbide a individului, starea generală medicală și tratamentele prezente și trecute.

Este important să se excludă o stare acută confuzională sau o boală psihiatrică funcțională primară.

Informațiile se vor obține atât de la pacient, cât și de la anturaj, de obicei o rudă apropiată sau un prieten; fiecare va povesti medicului propria versiune separat (astfel încât unul să nu audă versiunea celuilalt).

Ordinea în care materialul este colectat trebuie să fie flexibilă și adaptabilă. Un sistem rigid ar putea inhiba pacientul care l-ar putea simți pe interviuator ca nefiind un bun ascultător față de ceea ce el ar dori să spună. Dacă pacientul simte că stăpânește situația, va fi mai puțin defensiv și mai dornic "să divulge" informațiile revelatoare.

Interviului i se va acorda timpul necesar. Este necesară multă răbdare mai ales dacă informațiile revelatoare trebuie discutate adecvat.

Investigatorul trebuie să-și răspundă unei serii de întrebări ale căror răspunsuri devin în același timp elemente de anamneză: Există în cabinet surse de stimulare care ar putea distra atenția pacientului? Auzul și văzul pacientului sunt bune? Stă confortabil?

Se va acorda atenție comunicării non-verbale a pacientului. *Privește el unde trebuie? Comportarea lui sugerează depresie sau anxietate? Este el îmbrăcat și aranjat corespunzător?*

De asemenea, se va acorda atenție stării emoționale și fizice a persoanelor apropiate afectiv de bolnav, întrebările ale căror răspunsuri sunt căutate de la aceștia fiind: *Câtă grijă și ce fel de supraveghere își asumă aceștia? Cât înțeleg despre natura condiției pacientului? Care sunt nevoile și speranțele lor pentru viitor? Ce efort depun pentru pacient?*

Analiza **antecedentelor patologice** ale pacientului trebuie făcută sistematic în următoarele direcții:

- trasarea unui arbore genealogic, notând vârsta fiecărui membru, cauzele deceselor și stările de sănătate ale fiecăruia.
- Se vor nota separat:
 - Boala Parkinson
 - Sindromul Down
 - Boli cardio-vasculare/ cerebrovasculare, hipertensiune
 - Depresia, demența, senilitatea, și alte boli psihiatrice
 - Internările psihiatrice.

Pentru fiecare din simptomele prezente, anamneza va încerca să evidențieze felul în care acestea au apărut (acut sau progresiv), remisiunile sau exacerbările acestor simptome, modul de evoluție al acestora.

Examinarea somatică generală va respecta regulile generale punând un accent special pe modificările funcționării aparatului cardiovascular.

Examinarea medicală va căuta o serie de semne și simptome care ar putea să fie relevante pentru diagnosticul de demență. Va fi urmărită cu atenție întreaga istorie medicală a pacientului notându-se existența oricăror semne privind:

Stare medicală prezentă și trecută

- Boli sistemice sau neurologice
- Traumatisme craniene
- Depresii în antecedente sau boli psihiatrice

Medicație curentă

- Ce i s-a prescris?
- Ce ia pacientul în momentul de față?
- Ce efecte (bune sau rele) are terapia curentă?

Probleme educaționale și ocupaționale

- Vârsta la care a părăsit școala
- Studii medii sau superioare
- Natura meseriei
- Probleme la locul de muncă
- Împrejurările pensionării

Mediul social

- Structura familială
- Contactele sociale curente
- Cererile emoționale și fizice ale persoanelor apropiate din punct de vedere afectiv
- Implicare în convențiile vieții sociale
- Împrejurările financiare

Personalitate anterioară (și schimbările de dată recentă)

- Puncte de interes și hobbies
- Canalizarea energiei în anumite direcții
- Grija pentru alții
- Relațiile cu prietenii și familia

Consumul de alcool

ALMKVIST O. (2000) reamintește că în ciuda identificării în ultimii ani a unui număr de potențiali markeri biologici pentru tulburările demențiale, diagnosticul se bazează încă pe observația cu acuratețe a comportamentului.

DATE PRIVIND EPIDEMIOLOGIA DEMENTELOR:

Numărul absolut și relativ al persoanelor vârstnice este într-o creștere dramatică. Demența este o problemă majoră de sănătate publică nu doar pentru clinicieni, ci pentru întreaga societate.

Estimările actuale sugerează faptul că, până la sfârșitul secolului, Europa va avea circa 8-10 milioane de persoane lovite de demență și, probabil, până la 30 de milioane de membrii de familie și alte persoane răspunzătoare de îngrijirea celor afectați, cu o oarecare responsabilitate și implicare personală față de cei în suferință.

Estimările sugerează că până la 4 milioane de americani au demență severă și încă alți 1-5 milioane pacienți au demență ușoară-moderată. Mai mult chiar, întrucât numărul persoanelor în vârstă crește, numărul americanilor cu demență severă se proiectează a crește cu 60% până în anul 2000 și 100% până în 2020 dacă tendințele actuale se vor menține. (**U.S.Congres Office of Technology Assessment 1987**).

- Prevalența generală a demenței Alzheimer după vârsta de 65 de ani este de circa 5-10%, iar incidența anuală este 1-2%.
- După vârsta de 75 de ani prevalența este de 15-20% și incidența de circa 2-4%.
- Ambele rate cresc exponențial cu vârsta, cu o dublare la fiecare 5 ani peste vârsta de 60 de ani și o slabă nivelare la cei foarte vârstnici.
- În cursul vieții riscul de a deveni dement este astfel circa 1:4.
- Nu există dovezi actuale care să sugereze că incidențele se modifică sau că există diferențe semnificative între variatele culturi sau arii geografice.

Toate demențele sunt tulburări progresive, dar pot fi foarte variate ca evoluție. Dintr-o perspectivă socială și a sănătății publice, faptul cel mai semnificativ este că persoanele cu demență supraviețuiesc mai mult decât la începutul secolului XX.

În demența vasculară, o persoană poate prezenta tulburări ale memoriei și comportamentului, dar poate să nu evolueze negativ în lipsa unui alt episod ischemic, când aportul de sânge este mult redus. Pe de altă parte, în demența Alzheimer, unii pot evolua rapid în mod negativ timp de

2-3 ani, în timp ce alții pot avea o evoluție mult mai lentă de 10 ani sau mai mult.

Deși bolile care produc demență nu sunt de obicei notate în certificatele de deces ca fiind cauzatoare de moarte, ele reduc în mod clar speranța de viață a unei persoane. Studiile publicate arată în mod consecvent o reducere a duratei de viață. Persoanele cu demență au o supraviețuire mai mică comparativ cu cei de aceeași vârstă și sex.

Studii comparative recente care compară supraviețuirea în demență Alzheimer și demența vasculară indică o supraviețuire mai mică în ultimul grup. La persoanele cu demență Alzheimer, supraviețuirea este mai scurtă pentru cazurile de vârstnici față de cele de tineri, așa cum s-ar putea aștepta, dar reducerea speranței de viață este mult mai mare la cei cu debut precoce.

FACTORI ETIOPATOGENICI IMPLICAȚI ÎN APARIȚIA TULBURĂRILOR DEMENTIALE

Cea mai comună demență este **boala Alzheimer**, care este prezentă la aproximativ 50% dintre pacienții evaluați pentru declin cognitiv progresiv. Probabil încă 15-20% prezintă o combinație de boală Alzheimer și patologie vasculară la autopsie.

A doua cauză de demență este **demența vasculară**. Ea apare la 17-29% dintre pacienții cu demență, și încă 10-23% dintre pacienți prezintă demență vasculară plus boala Alzheimer. Demența Alzheimer și demența vasculară, împreună, afectează 70-90% dintre pacienții cu demență, în vreme ce celelalte sindroame sunt răspunzătoare pentru restul de 10-30%.

Și alte cauze de demență merită a fi menționate. **Demența cu corpi Lewy** este recunoscută mai frecvent acum și s-ar putea să se demonstreze că este a doua cauză (ca frecvență) a demenței la bătrâni. În unele studii **degenerarea lobului frontal**, care este mai frecventă decât se estimase anterior, este responsabilă pentru 13%-16% dintre demențe.

Demența alcoolică evidențiată clinic apare la 3% dintre pacienții alcoolici și într-un studiu s-au diagnosticat cu acest tip de demență 7% dintre pacienții internați pentru evaluarea tulburării cognitive.

Deficite neuropsihologice semnificative apar la cel puțin 60% dintre pacienții cu **boala Parkinson**, deși studiile care au aplicat criteriile riguroase de diagnostic au găsit o prevalență de 10-20% B.P. (evidențiată clinic) (Gibb, 1989).

Boala HIV este acum epidemică și s-a estimat că 1,5-2 milioane americani sunt infectați cu HIV-1 (American Academy of Neurology AIDS

Task Force 1991). Un mare număr dintre acești pacienți vor dezvolta demență de cauză HIV sau **secundară** infecțiilor oportuniste cerebrate.

Traumatismele craniene fac ca 400000-500000 pacienți să fie spitalizați în fiecare an în SUA și sunt o cauză importantă de afectare cognitivă printre indivizii mai tineri (Kraus și Sorenson, 1994).

- Valorile prevalenței legate de vârstă pentru boala Alzheimer sunt mai ridicate pentru femei decât pentru bărbați, în timp ce pentru demența vasculară contrariul e posibil adevărat.
- Toate studiile arată predominanța bolii Alzheimer față de demența vasculară (raport 2:1), cu excepția Rusiei, Japoniei și Chinei unde raportul e inversat (raport 1:2).

INVESTIGAȚII PSIHLOGICE SPECIFICE

Examinarea neuropsihologică este în opinia multor autori prima cale de investigare a demenței deoarece oferă posibilitatea evaluării unor variate domenii ale funcției cognitive. Ea implică observarea comportamentului unui individ legată de stimulii aplicați, selecționați după probabilitatea provocării unui răspuns anormal în cazul unor leziuni ale unor structuri neuroanatomice specifice.

Câteodată, în demențele aflate în faze incipiente, este dificil de evaluat deteriorarea cognitivă. De aceea, evaluarea neuropsihologică este esențială în stabilirea prezenței unui declin cognitiv incipient ușor (în special pentru că permite estimarea funcției premorbide prin tehnici standardizate), în determinarea ariilor cerebrale specifice disfuncțiilor existente și în excluderea depresiei.

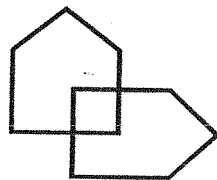
Există o gamă largă de teste neuropsihologice care investighează toate funcțiile psihice. Am considerat important să exemplificăm în acest capitol cu unele dintre cele mai importante teste folosite în diagnosticarea și evaluarea demențelor. Cel mai cunoscut instrument de acest tip este **MMSE (Mini Mental State Examination)** care practic ar trebui să fie un instrument la îndemâna oricărui medic.

Examinarea statusului mintal minim (MMSE)

1. Ce zi a săptămânii este?
2. Ce dată este azi?
3. Ce lună este?
4. Ce anotimp este?
5. În ce an suntem?
6. Unde ne aflăm acum?



7. La ce etaj suntem?
 8. În ce oraș suntem?
 9. În ce județ suntem?
 10. În ce țară suntem?
 11. Repetă cuvintele: "lămâie, cheie, balon"
 12. Examinatorul va pronunța cuvintele cu o rată de unul/secundă
 13. În caz de dificultăți, repeta de 5 ori cuvintele.
 14.
 15. Scade 7 din 100 și fă cinci scăderi
 16.
 17. Orice scădere corectă = o bifare
 18.
 19.
 20. Îți reamintești cele trei cuvinte pe care le-ai spus?
 21. "Lămâie, cheie, balon"
 22. Ce este acesta? (arată un creion)
 23. Ce este acesta? (arată un ceas)
 24. Repetă următoarele: "nici un dacă, și sau dar"
 25. Urmează o comandă din 3 stadii: la această bucată de hârtie,
 26. Împătorește-o în două și pune-o jos"
 - (maxim 3 puncte)
 28. Citește ce este scris pe aceasta hârtie și
 - supune-te comenzii scrise ("începe ochii")
 29. Scrie o propoziție (pe care o dorești) pe această hârtie
 30. Copiază acest desen pe o foaie hârtie (2 pentagoane care
 - formează un unghi între ele, câte un colț din fiecare intersectându-se
 - pentru a forma un model de diamant).
- Total (0-30)



Se acordă 1 punct pentru fiecare răspuns exact.

Semnificația scorurilor obținute la MMSE

STADIU	MMSE	TRĂSĂTURI SPECIFICE
Niciunul	30	Nici un simptom
Tulburări cognitive ușoare	24 – 30	Simpptome mnemice
Ușoară	21 – 23	Deficite în memorie și cogniție
Marcată	18 – 20	Deficite cognitive clare; coping compensator
Moderată	15 – 17	Necesar un grad de asistență; simptome psihiatrice
Severă	12 – 16	Necesar ajutor pt. ADL; simptome psihotice; agresivitate
Gravă	0 - 11	Necesară îngrijire instituționalizată

INTERVENȚII TERAPEUTICE ÎN DEMENTE

Intervenția terapeutică în demențe este diferită în așa-numitele demențe secundare în care are loc o abordare etiologică care vizează înlăturarea cauzei față de demențele de tip degenerativ și vascular.

În demența Alzheimer o serie de noi produse anticolinergice de tipul Rivastigminei și Donepezilului (Exelon și Aricept) și-au dovedit cel puțin în fazele incipiente eficiența dacă nu în vindecarea bolii, cel puțin în încetinirea evoluției acesteia.

Recomandările clinice privind utilizarea de inhibitori ai colinesterazei sunt următoarele:

- așteptări realiste legate de îmbunătățirea stării
- instrucțiuni clare
- legătura cu medicul de familie
- educație în legătură cu boala
- plan comprehensibil de concepție și conducere a tratamentului
- urmărirea răspunsului la medicație (TUDOSE, C; GAUTHIER, S, 2000)

Un rol important în prevenirea demențelor de tip Alzheimer se atribuie medicației estrogenice de tip substitutiv la femei. Produsele vitaminice, nootrope și tratamentele naturiste au rezultate foarte apropiate de medicația placebo.

Examinarea pacientului cu toxicomanie

Esențial în abordarea pacientului toxicoman, este să vă controlați contratransferul și să nu plecați de la premise de genul „Am în față un om care s-a ratat, fără valoare, slab, etc”. O atitudine arogantă, de superioritate sau întrebări tendențioase sau culpabilizatoare vor împiedica stabilirea unei viitoare alianțe terapeutice. De asemenea, feriți-vă de tentația de a crea o atmosferă de complicitate cu pacientul. Mulți dintre cei cu probleme de dependență își minimalizează problemele și, în încercarea de a compensa o autostimă scăzută, apelează la mecanisme de apărare ca atribuirea (ceilalți oameni și diferitele situații sunt cauza problemelor lor). Mai mult, unii dintre pacienți vor încerca să se prezinte într-o lumină mult mai bună decât se află în realitate, să vă câștige simpatia sau, dimpotrivă, vor fi iritabili, de multe ori chiar obraznici. Nu vă lasați manipulați și încercați să vă păstrați neutralitatea, punând întrebări pertinente, la obiect și stabilind limite și obiective precise.

Când întrebați despre antecedentele heredo-colaterale, nu uitați să întrebați despre dacă în familia sa au existat cazuri de alcoolism sau consum abuziv de alcool. În caz afirmativ, care au fost consecințele? Există alte boli somatice sau psihice ale părinților? Informațiile primite pot fi relevante nu doar din punctul de vedere al încărcăturii genetice, ci și pentru a înțelege modul în care dinamica relațiilor intrafamiliale este modificată de boală.

Istoricul antecedentelor patologice personale este bine să fie făcut cât mai amănunțit, ținând cont de faptul că administrarea pe cale injectabilă a drogurilor se soldează cu multiple complicații, dintre care cele infecțioase locale sau generale sunt cele mai frecvente.

Au mai existat internări pentru simptome de sevraj sau alte probleme? Care a fost durata lor? Cine a solicitat internarea? După externare au existat perioade de abinență? Dacă da, care a fost perioada cea mai lungă?

Nu fiți reticenți în a-l întreba pe pacient dacă au existat stări depresive marcate sau tentative suicidare.

Examenul psihic va dura și în funcție de starea pacientului în momentul în care este făcut. Desigur, nu veți insista să-l întrebați pe pacient care sunt gândurile sau cum este apetitul său, în timp ce acesta acuză distresul dat de toate sau de o mare parte din simptomele sevrajului. Încercați să vă adaptați cu flexibilitate întrebările accentuând latura lor medicală sau psihologică în funcție de starea clinică a bolnavului.

La primul contact, pacientul poate fi extrem de revendicativ, solicitând de urgență medicație împotriva sevrajului. Dincolo de disconfortul

subiectiv, există semne obiective ale acestuia? Are pacientul midnază, tahicardie sau o creștere a tensiunii arteriale? Cască des, are rinoree sau lăcrimează, transpiră abundent?

În general, pacientul toxicoman examinat este un tânăr cu o ținută vestimentară corespunzătoare, adecvată vârstei și grupului cultural din care face parte. În eventualitatea unei inadecvări sau bizării în aspectul acestuia, va trebui să luați în considerare posibilitatea existenței unei comorbidități cu o altă tulburare psihică (tot la vârstele tinere apar cele mai multe debuturi de schizofrenie!)

Veți observa existența urmelor de injecții pe brațe, gât, mâini, semnele unei infecții locale. În acest moment al examinării îl puteți întreba care este frecvența cu care se injectează și dacă a folosit mereu ace de unică folosință. Este tatuat pacientul? Există cicatrici sau alte semne de automutilare pe brațe? Fără a reprezenta elemente specifice tulburării, mimica și gestică pacientului toxicoman oferă informații cu privire la dispoziția bolnavului.

Vorbirea poate fi dizartrică – a utilizat bolnavul sedative? Nu uitați că drogurile sunt folosite deseori în combinație cu alcoolul, efectele lor potențându-se reciproc. Sesizați latența în răspunsuri, tangențialitatea sau circumstanțialitatea cu care răspunde la întrebările dumneavoastră.

În majoritatea cazurilor, pacientul toxicoman este orientat temporo-spațial. Tulburările prosexice spontane sunt frecvente dar nu se constată tulburări mnezice importante. Răspunsuri ca *nu mai știu* sau *nu îmi mai amintesc* sunt de multe ori doar expresia reticenței bolnavului de a comunica.

În diagnosticul de intoxicație sau sevraj la droguri se menționează dacă există tulburări de percepție; întrebați direct pacientul dacă are sau a avut halucinații sau iluzii auditive, vizuale sau tactile. A trăit sentimentul de depersonalizare sau derealizare? Nu uitați să formulați întrebarea astfel încât pacientul să înțeleagă la ce vă referiți.

Gradul de conștientizare a problemelor legate de consumul de drog, încercările de a se angaja în comportamente de schimbare, ne orientează asupra nivelului de motivație. Consumul poate fi accidental, imitativ, însoțit sau urmat de sentimente de culpabilitate sau, dimpotrivă, lipsit de orice sentimente de vinovăție, ca expresie a unei pulsiiuni de a-și satisface imediat nevoile, fără nici un fel de constrângere de ordin moral. Tipul de consum ne va oferi, așadar, indicații atât asupra trăsăturilor de personalitate ale bolnavului, cât și asupra prognosticului. Întrebați pacientul care a fost contextul în care a început să consume droguri, cum rezolvă procurarea lor, locurile în care își satisface nevoia de drog, anturajul și sentimentele care însoțesc sau urmează după ce a consumat drogul. Există și

alte comportamente de tip adictiv? (Puteți include aici și dependența de internet sau jocuri pe calculator).

Nu vă limitați să puneți întrebări legate doar de consumul de drog. Întrebați pacientul despre interesele, relațiile, dorințele, gândurile și planurile sale de viitor. Consideră că există lucruri pe care le pierde, angajându-se în comportamentul adictiv? La ce lucruri a fost nevoit să renunțe de când este dependent de drog? Mulți dintre toxicomani trăiesc cu sentimentul de „aici și acum”. Are pacientul un model, o persoană în care să aibă încredere, cu care să dorească să semene? Își fac planuri de viitor? Nu încercați să-i țineți pacientului lecții moralizatoare și evitați să vă arătați dezaprobarea. Uneori, pacientul va afișa un optimism exagerat spunându-vă ceea ce crede el că v-ar plăcea să auziți sau chiar își va exprima propriile fantasme ca fiind niște lucruri reale, în desfășurare. Analizați realismul expectațiilor sale. Nu uitați faptul că de multe ori, afirmațiile pacientului toxicoman sunt false sau exagerate. Chiar dacă abordează un mod de comunicare plin de teribilisme, de cele mai multe ori stima de sine a pacientului toxicoman este scăzută. Ascultați-l cu atenție, acordându-i timpul și respectul cuvenit.

Gama afectivă a pacientului poate fi extrem de diferită. De la depresie sau anxietate, la iritabilitate și agresivitate, vă puteți întâlni cu orice tip de dispoziție și afecte. Sesizați labilitatea emoțională, schimbarea tonalității afective în funcție de subiectul abordat. Păstrați un ton constant și o atitudine empatică dar rezervată, amânând, dacă este cazul, adunarea unor informații pentru un alt moment al zilei.

Întrebați despre modificările de apetit și regimul alimentar. De asemenea, nu ezitați să-l întrebați dacă au survenit tulburări de dinamică sexuală sau libidou. Care este gradul de igienă păstrat în relațiile intime?

Există modificări în orarul de somn? Are un somn odihnitor? Are insomnii sau visuri terifiante? Ce activități reușește să desfășoare? Ce randament are? Este la fel de eficient ca înainte?

M. OCTAVIAN

Bărbat, 26 de ani

Fără ocupație

AHC – fără importanță

APP – endocardită bacteriană, operație pe cord la spitalul Fundeni pentru montarea unei valve mitrale, în urmă cu 2 ani, hepatită C. A mai avut două internări pentru sevraj la heroină. Nici o internare nu a durat mai mult de 1 săptămână. După externări, cea mai lungă perioadă de abținere nu a depășit 20 de zile. „Am reușit să mă las aproape o lună. M-am dus la Brănești și am lucrat în agricultură, dar nu era de mine.”

A terminat 10 clase și o școală profesională. Stagiul militar satisfăcut. A lucrat ca infirmier și agent de pază. De 3 ani nu mai are nici un loc de muncă. Afirmă că nu are condamnări penale dar a petrecut mai multe nopți în arestul poliției. Afirmă că nu consumă alcool. Fumează două pachete de țigări/zi.

Este necăsătorit. Nu este angajat în nici o relație intimă stabilă. Părinții i-au interzis să mai treacă pe la ei. „După ce m-am luat iar de drog – asta după ce mi-au plătit operația de inimă, au zis că ei nu mă mai cunosc. Mama plânge dar a convins-o tata să nu îmi mai dea bani. E foarte dur, că doar a fost militar. Bine, e drept că le-am luat și lucruri din casă când n-aveam de drog. Au schimbat ușa cu totul, nu numai yala!” Locuiește în prezent într-un cămin de nefamilisti, „la un băiat de încredere”. A avut o garsonieră confort I pe care a vândut-o cu 6000 USD, în regim „de urgență”, pentru a-și plăti o serie de datorii făcute la jocurile de noroc și din procurarea de droguri.

Consumul de droguri a început în urmă cu 4 ani, cu țigări de heroină, urmat la scurt timp de folosirea căii injectabile de administrare. A renunțat aproape de la început la utilizarea seringilor de unică folosință. Se injecta folosind aceeași seringă la petreceri făcute în casele „amicilor lui – țigani din Rahova care se ocupă și de afaceri cu fete”.

Se află la spital, din proprie inițiativă pentru o simptomatologie specifică stării de sevraj la heroină (prezintă dureri musculare, transpirații, rinoree, diaree, temperatură, insomnii, anxietate și neliniște psiho-motorie). Apetitul este diminuat. Somnul este reglat medicamentos. Prezintă scăderea libidoului și tulburări de dinamică sexuală.

Afirmă „de data asta mă las, că nu mai am ce face”. Planurile de viitor sunt de dată recentă și constau în ideea de a strânge bani să plece în străinătate „mă refac și mă duc la muncă în Italia sau Spania. Dacă strâng niște bani, poate îmi iau o casă. Altfel, o să mor”. Octavian are o dispoziție depresivă, autostimă scăzută și prezintă idei de inutilitate și ideea de suicidară, dar fără un plan suicidar bine conturat. „Dacă mă omor, nu pierd nimeni nimic. Dacă nu reușesc acum, la ce să mai trăiesc?” „Văd eu cum fac, și termin cu toate astea. Nu m-am gândit cum dar asta nu e o problemă, se găsesc mijloace câte vrei”.

Memento

TOXICOMANIILE

Toxicomania este un consum patologic, cronic sau periodic, impulsiv, de substanțe care modifică starea afectivă sau de conștiință.

Toxicomania este rezultatul acțiunii unor factori externi și interni, al unor interacțiuni patogene din copilărie. Conflictuale existente în copilărie în

cadrul familiilor dezechilibrate și reactualizarea acestora în adolescență, joacă un rol important în geneza toxicomaniilor.

Dependența: se caracterizează prin tendința de creștere progresivă a dozelor de drog și prin imposibilitatea de a opri, chiar și pentru câteva zile, consumul fără ca acest lucru să nu determine apariția sevrajului.

Criteria de diagnostic pentru intoxicația cu o substanță după DSM-IV

- Apariția unui sindrom reversibil specific substanței datorat ingestiei unei substanțe (sau expunerii la o substanță) notă: substanțe diferite pot produce sindroame similare sau identice.
- Modificările psihologice sau comportamentale dezadaptative semnificative clinic sunt datorate efectului substanței asupra sistemului nervos central (de ex., beligeranță, labilitate afectivă, deteriorare cognitivă, deteriorarea judecării, deteriorarea funcțională, socială sau profesională) și apar în cursul consumului de substanță sau la scurt timp după aceea.
- Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de o altă tulburare mintală.

Sevrajul – stare de rău subiectiv, intens, în care pacientul caută să obțină prin orice mijloace drogul, însoțită de o perturbare biologică neurovegetativă și dismetabolică de amploare, iar uneori de moarte.

Criteria de diagnostic pentru sevraj

- Dezvoltarea unui sindrom specific unei substanțe, datorat încetării (sau reducerii) consumului de substanță care a fost excesiv și prelungit.
- Sindromul specific substanței determină suferință sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.
- Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mintală

Craving sau apetența

- Este o nevoie imperioasă de o substanță cu efect psihotrop și căutarea compulsivă a acesteia. Acest fenomen joacă un rol important în apariția dependenței.
- *Crave (engl)* = a dori ceva cu ardoare implicând solicitare insistentă - "sete" de drog.
- Definiția OMS = dorința de a experimenta din nou efectele unei substanțe consumate anterior. Comportamentul devine expresia acestei trăiri, condensându-se – în pofida oricăror riscuri și neajunsuri spre procurarea drogului.

Dependența reprezintă tulburarea comportamentală definită prin:

- dorința puternică, compulsivă de a utiliza o substanță psihoactivă
- dificultate de a opri consumul
- comportament de căutare al drogurilor cu invadarea progresivă în întreaga existență.

Dependența fizică, caracterizată prin apariția sevrajului include:

- Efectele somatice ale utilizării repetate a substanțelor respective
- În acest context intervin alți doi termeni: toleranța și sevrajul

Dependența psihică = craving și căutarea compulsivă a substanței = nevoia de a menține și regăsi senzația de plăcere, de bine, satisfacția, stimularea pe care o aduce consumatorilor dar și de a evita senzația de rău psihic care apare în lipsa consumului

CRITERIILE DSM-IV PENTRU DEPENDENȚA DE O SUBSTANȚĂ

Un pattern dezadaptativ de consum al unei substanțe ducând la o deteriorare sau suferință semnificativă clinic care poate surveni oricând într-o perioadă de 1 an, manifestată prin trei (sau mai multe) din următoarele simptome:

- 1) Toleranță, definită prin oricare din următoarele:
 - a) Necesitatea creșterii considerabile a cantităților de substanță pentru a ajunge la intoxicație sau la efectul dorit;
 - b) Diminuarea semnificativă a efectului la consumul continuu al aceleiași cantități de substanță;
- 2) Sevraj, manifestat prin oricare din următoarele:
 - a) Sindromul de abinență caracteristic pentru substanță (se referă la criteriile a și b ale seturilor de criterii pentru abinență la substanțe specifice);
 - b) Aceeași substanță (sau strâns înrudită) este consumată pentru a ușura sau evita simptomele de abinență
- 3) Substanța este luată adesea în cantități mai mari sau în decursul unei perioade mai lungi decât se intenționa;

- 4) Există o dorință persistentă sau eforturi infructuoase de a înceta sau de a controla consumul de substanță;
- 5) Foarte mult timp este pierdut în activități necesare obținerii substanței (de ex., consultarea a numeroși doctori sau parcurgerea unor lungi distanțe pentru a procura drogul), consumului substanței (de ex., fumatul în lanț) sau recuperării din efectele acesteia;
- 6) Activități sociale, profesionale sau recreaționale importante sunt abandonate sau reduse din cauza consumului de substanță;
- 7) Substanța este consumată în continuare în ciuda faptului că pacientul știe că are o problemă somatică sau psihologică persistentă sau intermitentă care probabil a fost cauzată sau exacerbată de substanță (de ex., consum curent de cocaină, în ciuda recunoașterii depresiei induse de cocaină sau băut continuu, în ciuda recunoașterii faptului că un ulcer a fost agravat de consumul de alcool).
De specificat:
 - Cu dependență fiziologică: proba de toleranță sau abinență adică, este prezent, fie itemul 1, fie itemul 2),
 - Fără dependență fiziologică: nici o probă de toleranță sau de abinență (adică, nici itemul 1, nici itemul 2 nu e prezent).
 Specificați tipul de evoluție
 - Remisiune completă precoce
 - Remisiune parțială completă
 - Remisiune completă prelungită
 - Remisiune parțială prelungită
 - Sub terapie agonistă
 - Într-un mediu controlat

PRINCIPALELE DROGURI:

derivatii de opiu (morfină, heroină)
cocaina
cannabis (hașis, marihuana)
tranchilizante (barbiturice, meprobamat, benzodiazepine)
psihodisleptice = halucinogene (mescalina, psilocibina, LSD, ecstasy)
amfetamine
inhalanți

FACTORI IMPLICAȚI ÎN CONSUMUL DE DROGURI	
Dizarmonii ale structurii personalității - pasiv – dependentă - borderline - disocială	
Insuficiența controlului vieții pulsionale	
Lipsa capacității volitive - abulie	
Stări afective particulare	- anxietate - depresie - hiperemotivitate - timiditate
Stările de decepție și nemulțumire	- monotonia vieții - lipsa scării valorice
Obșnuința socială	
Influența grupului de prieteni	
Influențe sociale nocive (modele culturale)	
Vagabondajul	
Incapacitatea de inserție în grup	
Inserția în grupuri anomice	

Tulburările psihice produse de consumul de droguri

Intoxicații și sevraj
Delirium
Tulburări psihotice
Tulburări de dispoziție
Tulburări anxioase
Sindrom amnestic
Tulburare dementială
Disfuncții sexuale
Tulburări de somn

Derivații de opiu

- În categoria derivaților de opiu (așa numitele opiacee) se înscriu opiaceele „naturale” – morfină, heroină, codeină și cele sintetice – petidină și metadonă.
- Morfina este o substanță care se folosește în clinica medicală ca analgezic major.

- Cel mai cunoscut opiaceu este heroina, substanță administrată pentru efectul său euforizant. Dintre căile de administrare, cel mai frecvent este preferată de către toxicomani calea intravenoasă.

Administrarea acestei substanțe produce o serie de efecte având următoarea succesiune:

Inițial: - senzație de căldură, emoție, înfiorare, asemănătoare sau superioară senzației de orgasm, ceea ce constituie de altfel motivația inițială a consumului.

Dependență apare rapid – pe măsură ce se instalează toleranța.

La scurt timp apar:

1) Disforie

2) Efecte somatice

- ◆ deprimare respiratorie
- ◆ constipație severă;
- ◆ scăderea apetitului;
- ◆ treptat - scăderea libidoului, tulburări de dinamică sexuală ceea ce conduce la creșterea dozelor

CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU INTOXICATIA CU OPIACEE (DSM-IV)

- A. Consum al unui derivat de opiu.
- B. Modificări psihologice și comportamentale dezadaptative semnificative clinic (de ex. euforie inițială urmată de apatie, disforie, agitație sau lentoare psihomotorie, deteriorarea judecății sau deteriorarea funcționării sociale sau profesionale), care apar în cursul sau la scurt timp după consum.
- C. Constricție pupilară (sau dilatație pupilară datorată anoxiei prin supradoză) și unul (sau mai multe) din următoarele semne, apărând în cursul sau la scurt timp după abuzul de opiacee:
 - 1) Torpoare sau comă;
 - 2) Dizartrie;
 - 3) Deteriorarea atenției sau memoriei.
- D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mintală.

De specificat:

Cu tulburări de percepție

Sevrăjul la opiacee

Lipsa drogului determină apariția fenomenelor de sevrăj:

- La 6-8-10 ore de la ultima doză:
 - Neliniște
 - Insomnie
 - Dureri musculare și articulare
 - Rinoree, lăcrimare, transpirații, căscat
 - Greață, vărsături, diaree, crampe abdominale
- După 36 ore:
 - Piloerecție („piele de găină”)
 - Midriaza (mărire pupilară)
 - Tahicardie (accelerarea pulsului)
 - Hipertensiune arterială
 - Dereglarea homeostaziei termice, tegumente hiperemice
 - Mișcări involuntare

Mortalitatea este crescută în rândul consumatorilor, fiind de 15 ori mai mare decât în populația generală.

De asemenea, morbiditatea (numărul de alte afecțiuni) este crescută:

- De la injecții - infecții, hepatite, endocardite, TBC, SIDA
- Supradozaj - insuficiență respiratorie
- Depresie - suicid frecvent

Cocaina

Este un drog a cărui administrare se face frecvent prin aspirație nazală (prizare), motiv pentru care apariția intoxicației este rapidă (minute) conducând la dependență puternică.

Consumul produce:

- ◆ fenomene euforice - de diferențiat de manie
- ◆ fenomene confuzionale – de diferențiat de tulburările psihotice
- ◆ stări asemănătoare atacului de panică, atunci când există în plus palpitații și hiperventilație

Fenomenele de sevrăj mai importante sunt: midriaza, tremor, senzație de reptăție.

Într-o fază tardivă acestora li se adaugă: amețeli, convulsii, aritmii – fibrilație ventriculară – stop cardiac.

Criterii de diagnostic pentru intoxicația cu cocaină (DSM-IV)

- A. Consum recent de cocaină.
- B. Modificări comportamentale sau psihologice dezaptative semnificative clinic (de ex., eforie sau aplatizare afectivă, modificări ale gradului de sociabilitate, hipervigilantă, susceptibilitate interpersonală, anxietate, tensiune sau stare coleroasă, comportamente stereotipe, deteriorarea judecării sau deteriorare în funcționarea socială sau profesională) care apar în cursul sau la scurt timp după consumul de cocaină.
- C. Două (sau mai multe) din următoarele simptome apărând în cursul sau la scurt timp după consumul de cocaină:
 - 1) Tahicardie sau bradicardie;
 - 2) Dilatație pupilară;
 - 3) Presiune sanguină crescută sau scăzută;
 - 4) Transpirație sau senzație de frig;
 - 5) Greață sau vomă;
 - 6) Proba pierderii în greutate;
 - 7) Agitație sau lentoare psihomotorie;
 - 8) Scăderea forței musculare, depresie respiratorie, dureri precordiale sau aritmii cardiace;
 - 9) Confuzii, crize epileptice, diskinezii, distonii sau comă.
- D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

De specificat: cu tulburări de percepție.

Halucinogene

Consumul acestor substanțe produce halucinații, iluzii, stări emoționale secundare intense. Consumul de fenciclidina mai ales – conduce la comportament violent, mioclonii, ataxie.

Dintre substanțele halucinogene cele mai cunoscute sunt:

- ◆ LSD – dietilamina acidului lisergic
- ◆ Psihocibina
- ◆ Fenciclidina
- ◆ Mescalina
- ◆ MDMA „ecstasy”/metilen-dioxi-metamfetamina

Criteriile de diagnostic pentru tulburarea de percepție persistentă halucinogenă (flashbacks)

- A. Reexperimentarea, după încetarea consumului unui halucinogen, a unui sau a mai multora dintre simptomele perceptuale care au fost experimentate în timp ce era intoxicat cu halucinogenul (de ex. halucinații geometrice, false percepții de mișcare în câmpurile vizuale periferice, flash-uri de culoare, culori intensificate, trenuri de imagini ale obiectelor în mișcare, postimagini pozitive, halouri în jurul obiectelor, macroscopie și microscopie).
- B. Simptomele de la criteriul A cauzează o suferință sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de activitate.
- C. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale (de ex. leziuni anatomice și infecții ale creierului, epilepsii vizuale) și nu sunt explicate mai bine de alte tulburări mintale (de ex. de delirium, demență, schizofrenie) ori de halucinații hipnapompice.

Derivații de canabis (hașiș, marihuana)

Consumul acestor substanțe poate produce senzații de bine, relaxare, liniște.

Aceste substanțe sunt derivați de cânepă indiană și au reputația cel puțin în Statele Unite de a fi droguri sociale, fiind extrem de răspândite în populația studentescă. De asemenea în unele țări asiatice există un consum endemic de derivați canabici. Substanțele care intră în această categorie sunt hașișul și marihuana.

Intoxicația cu canabis produce inițial fenomene de excitație euforică – (greu de diferențiat de manie), urmate de stare confuzională cu apatie, stări depresive sau disforice, care se pot agrava.

Barbiturice

Consumul îndelungat conduce la instalarea unui sindrom toxicomanic complet ceea ce a condus în multe țări la renunțarea folosirii acestei categorii de substanțe în practica medicală.

Intoxicația cu barbiturice produce următoarele:

Simptome somatice:

- 1) Inapetență;
- 2) Scădere ponderală;
- 3) Paloare;
- 4) Dermatoze (prurit, exanteme rubeoliforme, scarlatiniforme)

- 5) Alergii de aspect reumatoid;
- 6) Insuficiență hepatică

Simptome psihice:

- 1) Iritabilitate, irascibilitate, labilitate afectivă
- 2) Scăderea capacității adaptative
- 3) Scăderea randamentului profesional
- 4) Modificări caracteriale

Manifestări comportamentale:

1. Slăbirea cenzurii morale
2. Slăbirea simțului estetic
3. Scăderea responsabilității

Pe acest fond pot apărea tulburări psihotice:

- a) Excitație
- b) Fenomene confuzionale
- c) Fenomene halucinatorii

Diagnosticul diferențial al intoxicației cu barbiturice se face cu:

- beția alcoolică
- stări confuzionale

Tranchilizante

Cele mai frecvente produse medicamentoase din această categorie care conduc la instalarea unui sindrom toxicomanic sunt: meprobamatul și benzodiazepinele. De aceea aceste medicamente nu trebuie administrate o perioadă mai mare de 3 luni. Dacă este necesară menținerea tratamentului anxiolitic preparatul va fi înlocuit.

Abstinența la anxiolitice se manifestă prin:

- amețeli;
- tremurături;
- slăbiciune;
- insomnie;
- hiperestezie;
- iritabilitate.

Criterii de diagnostic pentru intoxicația cu sedative, hipnotice sau anxiolitice

- A. Consum recent de un sedativ, hipnotic sau anxiolitic.
- B. Modificări comportamentale sau psihologice dezadaptive, semnificative clinic (de ex. comportament sexual neadecvat sau agresiv, labilitatea dispoziției, deteriorarea judecății, deteriorarea funcționării sociale sau

profesionale) care apar în cursul sau la scurt timp după consumul de sedative, hipnotice sau anxiolitice.

C. Unul (sau mai multe) din următoarele semne care apar în cursul sau la scurt timp după consumul de sedative, hipnotice sau anxiolitice:

- 1) Dizartrie;
- 2) Incoordonare;
- 3) Mers nesigur;
- 4) Nistagmus;
- 5) Deteriorarea atenției sau memoriei;
- 6) Stupor sau comă.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mintală.

De specificat: cu tulburări de percepție

PROBLEME ÎN CONSULTAREA PACIENȚILOR CU ABUZ DE MEDICAMENTE SAU DROGURI.
În suspiciunea pentru abuzul de droguri, de câte ori este posibil, este recomandată obținerea nivelurilor toxice urinare
Cunoașterea principiilor generale de detoxifiere
Ajustarea procesului de dezintoxicație la pacienții cu boli somatice
În tratamentul polidependentei, prima detoxifiere este față de sedative
Recunoașterea interacțiunilor medicamentoase
Recunoaștere unei psihopatologii majore, a bolilor metabolice și neurologice, precum și a intoxicației vs. sevraj

STRATEGII TERAPEUTICE ÎN TOXICOMANII

Principiile esențiale ale îngrijirii toxicomanilor sunt comparabile celor pentru alcoolism. Precura, cura, post-cura, fac apel, ca și pentru alcoolism, la un avantaj de metode chimioterapice (tratamentul sindromului de sevraj al complicațiilor psihiatrice eventuale ale toxicomanilor), psihoterapice (susținere individuală, terapii instituționale în centrele de sejur și de primire, centre de post-cura și readaptare, intervenții aproape de familie) și sociale. Aceste strategii, ca și pentru alcoolism, sunt complementare, simultan dezvoltate și combinate într-un proiect terapeutic adaptat specificului fiecărui pacient.

TRATAMENTUL ÎN TOXICOMANIA CU HEROINĂ STRATEGII TERAPEUTICE	
Primul contact – strategia relațională	
<ul style="list-style-type: none"> • Bilanț • Relație de încredere • Analiza cererii 	
Cura de sevraj	
<ul style="list-style-type: none"> • Medii spitalicesc specializat • Contract • Tratamentul sindromului de abstenență: <ul style="list-style-type: none"> - programe metadonă - clonidină - benzodiazepine - antalgice - neuroleptice - agoniști gabaergici 	
Îngrijirea pe termen lung	
<ul style="list-style-type: none"> • Diversitatea locurilor și mijloacelor <ul style="list-style-type: none"> * centre de primire * instituții de sejur * comunități terapeutice • Utilizarea simultană a metodelor multiple <ul style="list-style-type: none"> * chimioterapie * tratament instituționalizat * psihoterapie * intervenția socială * intervenția familială 	

CAP. 6 NOȚIUNI DE TERAPIE PSIHOFarmacologică

NEUROLEPTICE (*Antipsihotice*)

- Neurolepticele reprezintă principalul tratament al schizofreniei;
- **Efectele lor sunt mai degrabă antipsihotice decât antischizofrenice;**
- **Efectul antipsihotic al neurolepticelor se referă la capacitatea acestor medicamente de a modifica "simptomele țintă" ale stărilor psihotice, care cuprind halucinații, iluzii și tulburările de gândire de tipul ideilor delirante;**
- Produc sedare, pot induce sindromul neuroleptic, liniștire psihomotorie, liniștire emoțională, indiferență afectivă;
- Majoritatea pacienților ar trebui să primească cea mai mică doză posibilă;
- Eficacitatea dozei este în mod tipic stabilită empiric;
- Majoritatea pacienților vor beneficia de medicație continuă.

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

- antipsihotice din prima generație - „neurolepticele clasice”
- antipsihotice atipice - agenți antipsihotici din a doua generație

Tipul de neuroleptic	Definiție	Efecte
antipsihotice din prima generație - „neurolepticele clasice”	blocarea receptorilor D ₂ predominant subcortical, și a receptorilor α ₂ NA	reducerea tulburărilor psihotice, predominant a simptomatologiei pozitive;
		producerea sindromului extrapiramidal și a unor manifestări neurovegetative;
		crearea „stării de indiferență psihomotorie”; diminuarea excitației și agitației motorii.
“antipsihotice atipice” - agenți antipsihotici din a doua generație	antagoniste ale receptorilor dopaminergici variați (D ₂ , D ₃ , D ₄ , D ₁ , D ₅ serotonergici 5-HT ₂ , nicotini, muscarinici și histaminici; această „acțiune polivalentă” este exprimată	efect antipsihotic, acțiune asupra simptomatologiei pozitive și negative foarte rar fenomene extrapiramidale sau diskinezii tardive.

	la nivel mezencefalic, hipocampic și cortical	efect cataleptigen puțin exprimat
		tendințe de modificare a formulei sanguine
După Marinescu D, Chiriță A, 2001		

Clasificarea neurolepticelor

Clasificarea clinică

Clasificarea clasică (scala Lambert-Revol) presupunea situarea neurolepticelor pe o axă cu doi poli: un pol incisiv, antipsihotic, care cuprinde haloperidolul (Haldol) și tioproperazina (Majeptil) și un pol sedativ din care face parte Levomepromazina. La mijlocul acestei axe s-ar afla clorpromazina. Pe măsură ce ne îndreptăm către polul sedativ, cresc efectele secundare de tip neurovegetativ pentru ca, spre polul incisiv, să întâlnim efecte adverse de tip neurologic.

Această scală are dezavantajul de a nu aminti de neurolepticele cu efect dezinhibitor.

În prezent, ne putem totuși raporta la această scală, completând criteriile inițiale de clasificare.

NEUROLEPTICE INCISIVE (Agenți antipsihotici cu potență înaltă)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ spectru de acțiune psihofarmacologică foarte îngust ▪ blocada receptorilor D₂ predominant nigrostriatali ▪ efecte antipsihotice puternice ▪ simptome extrapiramidale bine exprimate

NEUROLEPTICELE SEDATIVE (Agenți antipsihotici cu potență medie sau joasă)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ spectru mai larg de acțiune psihofarmacologică ▪ blocare parțială a receptorilor D₂ ▪ blocarea receptorilor α₂NA ▪ puternic efect sedativ, anxiolitic ▪ efect antipsihotic mai puțin exprimat ▪ efecte neurovegetative și hipotensiunea ortostatică.

Clasificarea neurolepticelor în funcție de structura chimică și efectul terapeutic

CLASA	SEDATIV	INCISIV	DEZINHIBITORII
A. Fenotiazine	Levomepromazina Clorpromazina Tioridazina Properciazina	Majeptil Trifluoperazina	Trifluoperazina
Tioxantene	Clorprotixen (Truxal)		Flupentixol (Fluanxol)
Butirofenone	Haloperidol Droperidol	Haloperidol Pipamperona (Dipiperon)	Pipamperona (Dipiperon) Pimozid (Orap)

Benzamide	Sulpirid	Sulpirid	Sulpirid Amosulpirid
Dibenzodiazepine	Clozapina		
Biciclice	Risperidona, Ziprasidona		
Triciclice	Olanzapina, Quetiapina, Carpipramina		

Proprietăți farmacocinetice

- Proprietățile farmacocinetice variază de la un neuroleptic la altul, în funcție de formula chimică și modul de administrare
- Neurolepticele orale se absorb pe cale digestivă
- Primul pasaj hepatic
- Legare de proteinele plasmaticice
- Distribuție în toate țesuturile, concentrație mult superioară la nivel cerebral
- Traversează cu ușurință bariera hematoplacentară, determinând risc fetal
- Eliminare renală, diminuând cu vârsta.

Principalele caracteristici comune modului de metabolizare al neurolepticelor sunt:

- nivelul plasmatic este proporțional cu doza administrată;
- vârful concentrației plasmaticice este mai rapid și mai ridicat la administrarea intramusculară iar în cazul administrării per os, mai ridicat în soluții decât în comprimate;
- un nivel plasmatic eficient este asigurat de 1-2 doze/zi;
- o concentrație plasmatică constantă se instalează în medie între 8 și 15 zile;
- în tratamentul de lungă durată, nivelurile plasmaticice diminuează cu timpul;
- metabolismul anumitor antipsihotice suferă modificări odată cu vârsta, implicând scăderea toleranței la pacienții vârstnici.

Clasificarea neurolepticelor după activitatea psihofarmacologică

ACȚIUNE	ACȚIUNE TERAPEUTICĂ	EFECTE ADVERSE	EXEMPLE
Antidopaminergică + Antinoradrenergică	Puternic sedativă, combate: agitația psihomotorie anxietatea psihică excitația psihomotorie	somnolență hipotensiune sindrom neuroleptic malign (SNM)	Levomepromazina Clorpromazina Loxapina Properciazina Tioridazina

ACȚIUNE	ACȚIUNE TERAPEUTICĂ	EFECTE ADVERSE	EXEMPLE
Antidopaminergice selective	Antipsihotică: deliriolică halucinatorie antimanicală sedativă	Extrapiramidale: akatisie diskinezie tardivă Sindrom neuroleptic malign	Majeptil Haloperidol Flufenazina Flupentixol
Antidopaminergice moderate	Antipsihotică moderată: dezinhibitorie combat simptomele negative din schizofrenie antidepresivă	Extrapiramidale	Trifluoperazin Sulpirid Amisulpirid Pipotiazina Pimozid Flupentixol Tioridazina

Efectele terapeutice ale neurolepticilor

1. Efectul sedativ manifestat prin acțiunea psiholeptică cu sau fără acțiune hipnotică, constă în inhibiția și reducerea evidentă a stării de excitație psihomotorie, a agitației și agresivității.

2. Efectul antianxios combate anxietatea psihotică „angoasa de neantizare” sau „angoasa de destrucție, depersonalizare”.

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

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

- acțiune antidelirantă (deliriolică);
- acțiune antihalucinatorie (halucinatorie).

Aceste efecte sunt obținute rapid în comparație cu influențarea altor mecanisme psihopatologice, cum ar fi: intuiția delirantă, interpretările delirante și prelucrările delirante secundare (munca delirantă).

4. Efectul antiautistic și/sau dezinhibitor

Acțiunea terapeutică este dominată de combaterea simptomelor negative primare din schizofrenie (autismul, ambivalența, incoerența, aplatizarea afectivă, disocierea și depresia) sau a celor secundare din stările defectuale post-procesuale dominate de simptome negative. În cadrul acestor efecte se situează și efectul antidepressiv produs de unele neuroleptice tipice sau atipice (flupentixol, tioridazin, sulpirid, leponex etc).

5. Alte efecte

Constau în acțiune antimaniacală, acțiune anticonfuzională (așa-numita capacitate de restaurare a procesului de luciditate, cu ajutorul căreia se pot controla stările confuzo-onirice).

Acționează eficient în tulburările psihotice acute diverse. Au eficiență în combaterea efectului indus de substanțe halucinogene.

TRATAMENTUL CU NEUROLEPTICE ÎN PSIHOZE – CURA NEUROLEPTICĂ

Neurolepticele se administrează pentru perioade lungi de timp, de aceea tratamentul a primit denumirea de cură neuroleptică (tratament continuu, susținut, de obicei de lungă durată). Se descriu 4 faze:

FAZA I: durează 3-8 zile, poate consta într-o neuroleptizare rapidă atunci când se începe cu doze mari (faza de atac) sau poate consta într-o neuroleptizare treptată, dozele crescându-se la fiecare 3-4 zile. Toleranța este mai dificilă în primele zile ale tratamentului când, din cauza efectului simpatolitic al neurolepticilor, pacientul poate prezenta puternice reacții neurovegetative (labilitate tensională, tahicardie, amețeli, transpirații profuze, hipo/hipertermie, senzație de uscăciune a mucoaselor, constipație). Este important să aflăm dacă pacientul a mai făcut tratament cu alte neuroleptice în trecut și dacă a avut un răspuns favorabil (dacă da, acesta trebuie reluat). Un răspuns favorabil la un neuroleptic este important pentru că are un caracter constant în timp și se poate extinde și la alți membrii biologici ai familiei.

FAZA II: este faza de menținere în platou cu o durată de 6-8 zile care are ca scop stabilizarea efectelor terapeutice obținute în prima fază, asigurând ameliorarea în continuare a stării psihice a pacientului. Toleranța – se caracterizează prin fenomene adaptativ-compensatorii, respectiv prin trecerea bolnavului de la inhibiția inițială la o dinamogeneză mai intensă, apariția unor reacții simpatotone mai exagerate, diminuarea efectului hipnoinductor cu reducerea somnului, scăderea efectelor de potențare a altor psihotrope. Pot apărea stări de neliniște, necesitând asocierea cu neuroleptice sedative sau tranchilizante și intensificarea efectelor extrapiramidale, necesitând asocierea cu antiparkinsoniene.

FAZA III: este faza terapeutică (după 12-16 zile de la începerea tratamentului) cu durată de 15-45 de zile în care se stabilesc dozele minime necesare pentru menținerea efectului terapeutic dorit. În contrast cu primele faze, scade efectul sedativ excesiv, starea de disconfort și de oboseală, precum și intensitatea reacțiilor vegetative simpatolitice. În consecință bolnavul părăsește patul, devine activ, poate participa la psihoterapiile individuale și de grup. Devin însă manifeste alte fenomene secundare ca: retenție hidrică (edeme), amenoree sau galactoree, scăderea

potenței sexuale și diminuarea libidoului. Efectele secundare neurologice constau în fenomene extrapiramidale manifestate fie printr-un sindrom parkinsonian fie prin tulburări coreiforme. Pe plan psihic se constată o maximă frecvență a depresiei postpsihotice. Către sfârșitul acestei faze se stabilește prin tatonare doza optimă de întreținere care să asigure un bun potențial de recuperare, să anuleze sau mențină la minimum posibil manifestările psihotice floride sau efectele secundare care ar putea îngreuna reluarea activității obișnuite de către bolnav.

FAZA IV: este faza tratamentului de întreținere care durează ani de zile; este demonstrată evoluția calitativ superioară la majoritatea bolnavilor cu psihoze cronice sub tratament neuroleptic de lungă durată. Totuși, nu se poate spune că se împiedică complet recidivele care, atunci când apar, se datorează de cele mai multe ori caracterului inadecvat al tratamentului, de aceea schema terapeutică trebuie modificată prompt (atât dozele cât și asocierile în funcție de starea clinică). După cel puțin 2-3 ani de tratament de întreținere bine condus, în condițiile persistenței unei bune remisiuni, se poate încerca scăderea treptată și lentă a dozelor de întreținere iar, dacă starea psihică se menține bună în continuare, se poate încerca întreruperea de probă a neurolepticului. În această fază se aplică eficient tratamentul cu neuroleptice depôt. Toleranța – pot apărea cu frecvență mai crescută fenomene de tip diskinezie tardivă.

Etapizarea efectelor neurolepticelor (SEEMAN, 1981)	
primele 5 zile	sedare, scăderea concomitentă a ostilității, a suspiciunii, a manierismelor, cu îmbunătățirea contactului
după aproximativ 2 săptămâni	scăderea tulburărilor de percepție dar nu și a convingerilor legate de halucinații
după aproximativ 2 luni	dispariția tulburărilor de gândire, îmbunătățirea răspunsurilor emoționale.
Ameliorarea clinică continuă lent aproximativ încă 6 luni	

Reprezentanți ai antipsihoticelor folosiți frecvent în practica psihiatrică

LEVOMEPRMAZIN comp. 2 mg; comp. 25 mg; fiole 25 mg

Efect principal sedativ și anxiolitic - indicat în stări psihotice cu agitație psiho-motorie

- schizofrenii
- sindroame pseudoneurasteniforme din afecțiuni somatice
- tulburări obsesivo-fobice
- tulburări comportamentale la copii

Doze medii în psihoze 150-200 mg/zi

Doze: 6-12 mg/zi indicate în - stări nevrotice

TIORIDAZIN comp. 5 mg; comp. 50 mg

Indicații:

- stări nevrotice
- tratament de întreținere în psihoze
- faza acută a psihozelor cu intoleranță la alte neuroleptice

Doze

- tulburări pseudoneurasteniforme 75-150 mg
- vârstnici 25-50 mg

Doze medii în psihoze: 150-400mg/ 600-800 mg/zi

CLORPROMAZINA comp. 25 mg; fiole 25 mg

Indicații:

- stări de agitație psiho-motorie din tulburări afective bipolare
- schizofrenii
- stări confuzionale
- stări nevrotice
- decompensări ale tulburărilor de personalitate

Doze 15-450mg până la 500-600 mg/zi

HALOPERIDOL fiole 5 mg; soluție 1 mg în 10 picături

Indicații:

Are un efect halucinolitic important - medicament de elecție în:

- sindroamele paranoide din schizofrenii
- alte tulburări delirante paranoide
- stări de agitație psiho-motorie de diferite etiologii
- stări nevrotice cu ceneștopatii
- tulburări de intensitate nevrotică și psihotică din boli somatice

Doze: psihoze: oral:7,5 -15 mg/zi, maxim 50-50 mg/zi

i.m. 4-6 f (20-30 mg/zi)

nevroze: 10-30 pic/zi (1-3 mg)

PROPERICIAZINA - NEULEPTIL capsule 10 mg; sol 4% 1 pic - 1 mg

Indicații:

- tulburări comportamentale la - tulburări de personalitate
- tulburări organice de personalitate
- epilepsii
- oligofrenii

- tulburări dementiale
- la copii și adolescenți cu - labilitate emoțională
 - instabilitate psihomotorie
 - iritabilitate, irascibilitate
 - tulburări de somn
- episoade expansive

Doze medii 20-40-60 mg/zi

Ca urmare a dezvoltării psihofarmacologiei clinice a apărut clasa neurolepticelor depôt. Indicația lor majoră este în tratamentul de întreținere din schizofrenie, tulburări psihotice cronice, tulburări afective bipolare, episoade acute delirante survenite pe fundalul tulburărilor de personalitate etc.

Antipsihotice depôt

D.C.I.	Preparat	Observații
Flupentixol decanoat	Fluanxol	Exaltarea dispoziției
Flufenazina decanoat	Modecate	Efecte extrapiramidale (EPS) puternice Accentuează depresia
Haloperidol decanoat	Haldol	EPS accentuat Slabă sedare
Pipotiazină palmitat	Piportil	EPS rare
Zuclopentixol decanoat	Clopixol	Util și în controlul agitației cu agresivitate

(după TAYLOR D, 1999)

Avantajele folosirii neurolepticelor depôt:

- certitudinea și simplificarea administrării;
- cost terapeutic mai scăzut;
- urmărirea mai bună a bolnavului și îmbunătățirea relației medic-pacient;
- frecvența mult mai redusă a incidentelor și accidentelor terapeutice
- scade rata recăderilor
- facilitează complianța la tratament
- asigură nivelele plasmatice mai stabile prin evitarea variațiilor de absorbție și metabolizare
- dacă pacientul nu își face injecția la intervalul de timp stabilit (de obicei 2 sau 4 săptămâni) nu apar fenomene de sevraj sau recăderi rapide

Dezavantaje folosirii neurolepticelor depôt:

- reticență față de tratamentul injectabil
- sentimentul de supracontrol

- teamă pentru faptul că efectele adverse nu pot fi controlate eficient deoarece concentrația plasmatică scade gradat
- reacții locale - edem, eritem

În ultimul deceniu o nouă clasă de antipsihotice "atipice" (neurolepticele NOVEL) au adus o rază de speranță prin calitățile lor: puterea antipsihotică, mai puține efecte secundare fără efecte extrapiramidale, active în cazurile refractare și cu simptomatologie negativă (Clozapina, Risperidona, Olanzapina).

Antipsihotice atipice (agenți antipsihotici atipici)

D.C.I.	D.C.	PREZENTARE	DOZA (mg / zi)	ACȚIUNE
RIMCAZOL	BW 234 U	Cp. 100 mg	100 - 300	Sigma blocant
ZOTEPINA	LODOPIN NIPOLEPT	Tb. 25, 50, 100 mg	150 - 300	D2 / 5HT antagonist; efect pe 5-HT7
OLANZAPINA	ZYPREXA LANZAC	Cp. 5, 10 mg	10 - 20	D1 / D2 / D4 / 5-HT2C antagonist; M3, M4 anticolinergic și anxiolitic
QUETIAPINA FUMARAT	SEROQUEL	Tb. 25, 100, 200 mg	75 - 375	D2 / 5-HT2 moderat □2 antagonist
CLOZAPINA	LEPONEX	Tb. 25, 100 mg f. 2 ml a 50 mg	200 - 600	D1 / D4 antagonist D2, 5-HT2, 5-HT7, 5-HT4, 5-HT1 și M4
ZIPRASIDONA	CP - 88059	Tb. 40 mg	40 - 80	5-HT2 / D2 antagonist
RISPERIDONA	RISPERDAL RISPOLEPT	Tb. 1, 2, 3, 4 mg	3 - 6	5-HT2 / D2 (parțial) puternic antagonist
SERTINDOL	SERDOLECT	Tb. 4, 12, 16, 20 mg	12 - 20	5-HT2 / □2 / D2
LOXAPINA	LOXOPAC	Caps. 5, 10, 25, 50 mg f. 50 mg / ml	50 - 150	D3 / 5-HT2 antagonist

Efecte secundare

Problema efectelor secundare ale neurolepticelor este importantă deoarece afectează 3/4 dintre pacienții tratați. Aceste efecte nedorite, dar în același timp inevitabile prin frecvența și amplitudinea lor, constituie o componentă importantă a terapiei antipsihotice, ceea ce scade semnificativ complianța terapeutică. Depistarea și contracararea lor depind în egală

măsură de cooperarea dintre medicul terapeut și pacient, împreună cu anturajul său, cât și de monitorizarea acestor fenomene și de o corectă informare.

Dintre efectele adverse ale neurolepticelor, efectele extrapiramidale sunt cele mai supărătoare pentru pacient și pot fi cu ușurință confundate de cel nefamiliarizat cu ele, cu simptome ale bolii. De aceea, am dori să le prezentăm mai pe larg în acest capitol.

Efectele neurolepticelor pe sistemul extrapiramidal se împart în 4 grupe:

1. Distonia acută constă în mișcări lente, prelungite, contorsionate ale musculaturii axiale, feței, limbii, etc. din care rezultă atitudini motorii contorsionate sau contracturile unor diferite grupuri musculare. Cele mai frecvente distonii induse de neuroleptice sunt:

- Torticolis
- Protruzia limbii
- Crize oculogire cu plafonarea privirii
- Distonii cu aspect convulsiv ale brațelor
- Trismus, stridor cu cianoză periorală

Distoniile creează o stare intensă de neliniște, anxietate, cu atât mai mult cu cât spasmele pot persista de la câteva minute, la câteva ore. În general, ele apar în primele 7 zile de tratament neuroleptic, dar frecvent în primele 24-48 ore. Distoniile pot apărea la creșterea dozei de neuroleptic sau la scăderea dozei de medicament corector. Trebuie menționat că distonia poate apărea la orice tip de neuroleptic, în special la cele cu potență anti-psihotică mare.

Din fericire, distoniile se remit rapid la administrarea unor medicamente anticolinergice sau Diazepam.

2. Akatisia este definită ca o senzație subiectivă de neliniște ce asociază o componentă psihică și una motorie. A fost descrisă de **Picard** în 1924 și aparține kineziilor paradoxale din cadrul sindroamelor paradoxale. Bolnavul simte în permanență nevoia de a se foi, de a-și pendula picioarele. Se balansează de pe un picior pe altul și simte nevoia imperioasă de a merge pentru a-și ameliora senzația de neliniște. Akatisia mai poate fi definită prin imposibilitatea de a rămâne în poziție șezândă din nevoia de a se mișca în permanență. **Clovic** descrie și termenul de **tasikinezie** în care nevoia subiectivă de mișcare este tradusă prin mobilizare efectivă.

Aceste tulburări motorii apar într-un interval cuprins între câteva ore și câteva zile de la inițierea tratamentului neuroleptic. Ca și celelalte simptome

extrapiramidale, akatisia se combate prin administrarea concomitentă a unui medicament antiparkinsonian împreună cu neurolepticul.

EFECTE ADVERSE ALE NEUROLEPTICELOR		
Efect advers	Manifestări	Mecanism de apariție
Efecte anticolinergice	disfuncții cognitive, uscăciunea mucoaselor, vedere încețoșată, constipație, retenție urinară, sindromul anticolinergic : dezorientare, confuzie, ameție, febră, tahicardie etc.	Antagonismul cu receptorii muscarinici Se amplifică prin asociere cu alți agenți anticolinergici
Efecte cognitive	sedare, confuzie, dificultăți de concentrare a atenției, dezorientare, tulburări de memorie	Antagonismul cu receptorii histaminici H ₁
Efecte neurologice	reacții extrapiramidale : distonii, akatisie, tasikinezie, pseudoparkinsonism, sindromul Pisa, sindromul buzei de iepure, disfagie, incontinență urinară; diskinezie tardivă (numită și hipertonia tardivă), constând în retroflexia gâtului, disartrie etc; sindromul Gilles de la Tourette tardiv; voma tardivă - în special la fumători.	
Sindromul neuroleptic malign	rigiditate musculară, tahicardie, hipertermie, tulburări ale conștiinței, alterări ale funcțiilor vitale și creșterea CPK. Poate apărea la administrarea oricărui neuroleptic, în orice doză și în orice moment.	
Efecte cardiovasculare	hipotensiune arterială, tahicardie, amețeli, lipotimii, modificări EEG nespecifice, aritmii, moarte subită – probabil în timpul unei aritmii (foarte rară).	Antagonism cu receptorii α ₁ adrenergici și muscarinici.
Efecte gastrointestinale	anorexie, dispepsie, disfagie, constipație / diaree, modificarea gustului, glosite, senzație de vomă (în special la fumători).	
Efecte sexuale secundare	scăderea libidoului, dificultăți de erecție, inhibarea ejaculării, ejaculare tardivă, anorgasmie, priapism.	disfuncția dopaminergică (D ₂), blocada anticolinergică și α ₁ adrenergică;
Efecte endocrine	(la femei) creșterea prolactinei, mărirea sânilor, hiperlactație, amenoree, tulburări menstruale, modificări de libidou, rezultate fals pozitive de sarcină. (la bărbați) scăderea libidoului, ginecomastie, rar galactoree. (la ambele sexe) creșterea apetitului, creștere în greutate, hipo- / hiperglicemie, glicozurie și creșterea toleranței la glucoză; sindromul hipotalamic tardiv (polidipsie și poliurie).	
Tulburări oculare	pigmentarea lenticulară retinopatia pigmentară - reducerea acuității vizuale	utilizarea cronică de tioridazină și clorpromazină.

Reacții de hipersensibilitate	Fotosensibilitate, reacții fotoalergice, inclusiv erupții eritematoase asemănătoare arsurilor, însoțite de vezicule; rash-uri, anomalii de pigmentare a pielii; icter colestatic; agranulocitoza (1-2 % din pacienții tratați cu clozapină), eozinofilie astm, edem laringian, angioneurotic sau periferic, sau reacții anafilactice – rar întâlnite	
Efecte asupra termoreglării	alterarea capacității organismului de autoreglare la temperatură și umiditate; sindromul hipotalamic tardiv; creșterea tranzitorie a temperaturii	(observată la peste 50% din pacienții tratați cu clozapină în primele trei săptămâni de administrare).

3. Diskineziile sunt mișcări involuntare, anormale întâlnite adesea în regiunea periorală dar care pot apărea și la nivelul musculaturii axiale și la extremități, și sunt atribuite medicației neuroleptice. În timp ce nu există nici o îndoială că diskineziile sunt câteodată exacerbate (dar și diminuate) de medicația neuroleptică, nu este clar stabilit dacă diskinezia persistentă întâlnită la unii pacienți cronici este neapărat cauzată de medicația neuroleptică. Aceste stări sunt numite "diskinezie tardivă" (pentru că apar târziu și sunt ireversibile). Astfel de anomalii de mișcare au fost bine descrise la pacienți înainte de era neurolepticilor moderne și sunt, de asemenea, raportate la pacienți în zilele noastre care nu au primit niciodată o astfel de medicație. Sunt mai frecvent întâlnite la pacienți cu simptome negative; ele pot fi o componentă a status-ului defectual din schizofrenie.

Diskinezia tardivă apare în special la nivelul musculaturii buco-maxilo-faciale și prezintă următoarele caracteristici:

- Are caracter intențional
- Dispare în somn
- Prezintă o ireversibilitate

Nu toți pacienții care fac tratament neuroleptic îndelungat fac diskinezie tardivă. Dintre **factorii de risc** pentru apariția acestei tulburări motorii menționăm:

- Alte fenomene extrapiramidale apărute în fazele precoce de tratament – în special distonia acută
- Sexul feminin (crește riscul la instalarea menopauzei)
- Vârșnici
- Diabet zaharat tip II
- Tratament îndelungat cu neuroleptice incisive sau depôt, în doze mari sau, dimpotrivă,
- Sistarea bruscă a neurolepticilor după un consum îndelungat

4. Sindromul Parkinsonian

Reprezintă cea mai frecventă manifestare extrapiramidală. Apare la câteva zile-săptămâni de tratament continuu. Simptomele cuprinse în cadrul acestui sindrom sunt: bradikinezia, bradilalia, bradipsihia, hipertonie plastică (încordarea musculaturii axiale), tremor de repaus, la care se asociază o serie de simptome neurovegetative: hipersudorație, sialoree, seboree. În prima etapă de la apariția acestui sindrom, se constată o încetinire a mișcărilor, până la dispariția atât a mișcărilor automate, cât și a celor voluntare. Pacientul este lent, îi scad inițiativele, este aparent stuporos fără să existe însă vreo modificare de conștiință. Ulterior, se instalează rigiditatea și apare tremorul, de obicei la nivelul membrelor superioare. Este un tremor fin, intențional, dispare în somn și se accentuează la emoții. Rigiditatea se evidențiază prin semnul „roții dințate”. Faciesul bolnavului are o expresie particulară; este fijat, inexpressiv, nu clipește. Discursul este cu voce monotonă și puține cuvinte. Mișcărilor automate prezintă lipsa de sinergie în așezarea/ridicarea de pe scaun, bolnavul nu mai poate sta picior peste picior. Bolnavul are dificultăți în a iniția și cele mai simple mișcări voluntare. Mersul este cu pași mici, târșâiți, cu brațele pe lângă corp, ceea ce îi dă aspectul de „robot” care îi sperie adesea pe membrii familiei. Tratamentul constă în scăderea dozei de neuroleptic și asocierea unui medicament anti-colinergic.

CONTRAINDICAȚIILE TRATAMENTULUI CU NEUROLEPTICE	
Absolute	Relative
intoxicații acute (exemplu: cu barbiturice, alcool)	afecțiuni cardio-vasculare (insuficiență cardiacă, infarct miocardic acut, tromboze)
sarcină (în special în primul trimestru)	insuficiență hepatică sau renală
adenom de prostată	hipotensiune arterială
glaucom cu unghi închis (cresc tensiunea intraoculară)	sindroame extrapiramidale
	concomitența tratamentului electroconvulsivant
	boli ce cresc presiunea intracraniană, hemoragii craniene recente, anevrisme
	discrazii sanguine.

Reducerea fenomenelor extrapiramidale și akatisiei pe care neurolepticele (în special cele tipice) o induc necesită folosirea unor substanțe în special de tip antiparkinsonian. Menționăm că aceste substanțe nu au nici

un efect antipsihotic și nu sunt absolut obligatorii în absența unor fenomene de tipul celor menționate anterior.

Un instrument util pentru studenții care vor să învețe să depisteze problemele pacientului pe medicație neuroleptică, îl reprezintă **ASC-C** (Chestionarul de abordare a comunicării în schizofrenie, dezvoltat în 1997 de către un grup de psihiatrii americani și canadieni). Întrebările din acest chestionar sunt formulate simplu, evitând termenii medicali sau cuvintele prea complicate.

Tipul efectului secundar – Ce problemă aveți?

1. Pierderea interesului și energiei:

Ați avut dificultăți în a vă mișca, iniția activități? Vă simțiți mai lent?

2. Sentimente de amorțeală și lipsă de motivație:

Vă vine greu să vă motivați sau să doriți să faceți lucrurile pe care le făceați de obicei? Unii oameni descriu această stare ca „a se simți ca un zombi/mumie”

3. Sedare în timpul zilei sau amorțeală:

Sunteți oboseit sau somnoros în timpul zilei? Oboseala poate fi un sentiment pe care îl simțiți în tot timpul zilei sau numai în anumite momente?

4. Dormit îndelungat:

Dormiți prea mult? Aveți dificultăți în a vă scula din pat dimineața sau simțiți nevoia să reveniți în pat pentru o mare parte din timpul zilei?

5. Mușchii sunt prea încordați sau prea rigizi:

Vă simțiți mușchii prea înțepeniți, încordați, rigizi? Unele persoane descriu crampe sau dureri musculare în brațe, membrele inferioare sau gât. Ați avut și dumneavoastră această problemă?

6. Tremor sau fasciculații ale mușchilor:

Vi s-a întâmplat să vă tremure sau să vi se scuture mușchii?

7. Sentimente de neliniște fizică și nervozitate:

Ați avut sentimente de neliniște? Există o neliniște interioară pe care persoanele o descriu ca „dorința de a își ieși din piele” Ați avut acest sentiment?

8. Nevoia de mișcare și mers:

Trebuie să vă ridicați și să mergeți? Vă vine greu să stați așezat? Vă legănați de pe un picior pe un altul?

9. Vă vine greu să adormiți sau să vă continuați somnul? (insomnie)

Vă vine greu să adormiți atunci când doriți? Vă treziți noaptea sau vă treziți prea devreme dimineața?

10. Vedere încețoșată:

Aveți vederea încețoșată? Persoanele cu vederea tulbură pot avea probleme cu cititul. Aveți asemenea probleme?

11. Gura uscată:

Aveți gura prea uscată? Simțiți că vi se lipește limba în gură?

12. Salivație excesivă:

Aveți prea multă salivă? Unele persoane au probleme pentru că li se scurge saliva sau se trezesc dimineața cu perna udă de salivă.

13. Constipație:

Aveți probleme cu constipația?

14. Schimbare în greutate:

Ați avut modificări în greutate? Simțiți că v-ați îngrășat prea mult? Ați câștigat în greutate rapid sau nu puteți ține dietă? Devin hainele prea mici sau mari pentru dvs.?

15. Memorie și concentrare:

Aveți probleme de memorie? Uitați mai mult decât de obicei? Vă este greu să vă concentrați? Vă vine greu să aveți o conversație sau să urmăriți o emisiune la televizor?

16. Schimbări în funcționarea sexuală:

Aveți probleme sau dificultăți sexuale? Unele persoane afirmă că au un apetit sexual mai scăzut. Unii bărbați afirmă că au probleme erectile sau de ejaculare iar unele femei afirmă că le este greu să ajungă la orgasm.

17. Probleme menstruale:

Dacă în mod normal aveți o menstruație regulată, ați avut probleme menstruale în ultimul timp? Unora femeii li se oprește menstruația sau devine neregulată. Ați avut astfel de probleme recent?

RĂSPUNSURI:

Nu- Nu reprezintă o problemă/Da- Este prezentă această problemă

Comentarii La întrebările 16 și 17 sunt posibile variantele: Aș prefera să nu răspund.

SCALA BARNES DE COTARE A AKATISIEI

Pacienții trebuie să fie observați în timp ce sunt așezați și apoi în picioare în timp ce sunt implicați în conversații neutre (pentru minimum 2 minute în fiecare poziție). Simptomele observate în alte situații, de exemplu, în timp ce sunt implicați în activități din secție, pot fi, de asemenea, cotate. Fenomenele subiective ar trebui solicitate prin întrebări directe.

	OBIECTIV	SUBIECTIV Conștientizarea stării de neliniște <i>Distres</i>	EVALUAREA GLOBALĂ CLINICĂ A AKATISIEI
0	Normal, mișcări ocazionale ale membrilor care trădează nervozitatea, neliniștea	Absența unei neliniști interioare <i>Nici un fel de distres</i>	Absență Nici un fel de semn de conștientizare a neliniștii. Observarea mișcărilor caracteristice de akatisie în absența unei raportări a neliniștii interioare sau a dorinței compulsive de a mișca piciorul trebuie clasificate ca pseudoakatisie.

1.	Prezența unor mișcări caracteristice în stări de neliniște: mișcări de târâre a picioarelor sau călcat greoi sau legănatul de pe un picior pe altul, legănatul unui picior sau "mersul pe loc", dar mișcărilor să fie prezente în mai puțin de jumătate din timpul de observare	Un sentiment nespecific de neliniște interioară <i>Distres ușor</i>	Neclară Tensiune interioară nespecifică și mișcări care trădează starea de neliniște
2.	Fenomenele observate descrise mai sus dar care sunt prezente pentru cel puțin jumătate din perioada de observare	Pacientul este conștient de incapacitatea de a-și ține picioarele nemișcate sau de dorința de a-și mișca picioarele sau se plânge de neliniștea care se agravează atunci când i se cere să stea nemișcat. <i>Distres moderat</i>	Akatisie ușoară Conștientizarea neliniștii din picioare și/sau tensiune interioară care se agravează când i se cere să stea nemișcat. Mișcări care trădează neliniștea sunt prezente dar nu este necesar să se observe mișcărilor caracteristice akatisiei. Această stare nu crează nici un fel de sau puțin distres.
3.	Pacientul este constant implicat în mișcări caracteristice stărilor de neliniște sau/și e în imposibilitate de a rămâne așezat sau să stea în picioare fără să se plimbe sau să pășească	Conștiința unei compulsiilor intense de a se mișca în majoritatea timpului sau afirmarea unei nevoi puternice de a se plimba sau doar pași în majoritatea timpului <i>Distres sever</i>	Akatisie moderată Conștientizarea neliniștii așa cum a fost descrisă la akatisia ușoară, combinată cu mișcări caracteristice de neliniște precum balansul de pe un picior pe altul. Pacientul consideră afecțiunea ca fiind supărătoare.
4.			Akatisie marcată Trăirea subiectivă a neliniștii include dorința intensă de a se plimba sau pași. Totuși, pacientul este capabil să rămână așezat pentru cel puțin 5 minute. Starea este în mod evident supărătoare
5.			Akatisie severă Pacientul raportează o compulsiie puternică de a se mișca în majoritatea timpului. Incapabil să stea așezat pentru mai mult de câteva minute. Neliniștea constantă se asociază cu distres intens și insomnie.

ANXIOLITICELE (Tranchilizante)

Tranchilizantele cuprind la ora actuală un grup heterogen de substanțe cu acțiuni farmacologice diferite, al căror principal efect terapeutic

este reducerea anxietății, motiv pentru care majoritatea clasificărilor actuale preferă denumirea de medicamente anxiolitice.

Substanțele anxiolitice clasice erau considerate alcoolul, substanțele opioide și barbituricele. Deși, din cele mai vechi timpuri, substanțe ca alcoolul și o serie de plante (passiflora, valeriana) au fost folosite pentru proprietățile lor sedative, prima substanță tranchilizantă folosită pe scară largă a fost meprobamatul - 1954. În ultimii 40 de ani, cele mai folosite sunt benzodiazepinele (ex. diazepam, nitrazepam) datorită faptului că sunt mai puțin toxice față de barbiturice în caz de supradozare.

Dezvoltarea psihofarmacologiei a modificat în ultimul deceniu clasificarea inițială, multe din substanțele tranchilizante dovedindu-și utilitatea și în afecțiuni psihotice, iar descifrarea mecanismelor neurobiologice pentru tulburările anxioase și obsesivo-compulsive a diversificat clasele de medicamente anxiolitice în perspectiva utilizării lor clinice.

Anxioliticele prezintă variații marcate în privința eficienței clinice, toxicității, riscului de abuz.

Mecanism de acțiune și farmacocinetică

- Acționează în principal la nivelul măduvei și trunchiului cerebral, cerebelului, ariilor limbice și corticale implicate în organizarea experiențelor emoționale și comportamentului.
- Potențează transmiterea neurotransmițătorului inhibitor GABA (acidul γ -aminobutiric), acționând asupra unor receptori proprii, și nu direct, asupra receptorilor GABA.
- Modifică turn-overul noradrenalinei și 5-hidroxitriptaminei.
- Durata lor de acțiune depinde de modul de administrare și timpul de penetrare în creier.
- Majoritatea BZD se leagă de proteinele plasmatiche.
- Au o absorbție rapidă la nivelul tractului gastro-intestinal.
- Sunt metabolizați în ficat prin hidroxialare sau oxidare
- Trec bariera placentară; se excretă și în lapte

Clasificarea anxioliticelor

BENZO-DIAZEPINE	Compuși cu metaboliți activi	
		Clordiazepoxid
		Clorazepat
		Diazepam
		Flurazepam
		Halazepam
		Prazepam
		Quazepam

Compuși cu activitate pe termen scurt sau metaboliți inactivi	
	Alprazolam
	Clonazepam
	Estazolam
	Lorazepam
	Oxazepam
	Temazepam
	Triazolam
BARBI TURIC	Fenobarbital
	Amobarbital
	Pentobarbital
	Secobarbital

Alte medicamente cu efect anxiolitic	
BZD agonști parțiali de receptor GABA	Alpidem (retras), Abecarnil
Agoniști parțiali de 5-HT _{1A}	Buspironă
Antipsihotice	Fenotiazine (clorpromazină, trifluoperazină, tioridazin)
Antidepresive	Amitriptilină, Doxepină
	SSRI
	IMAO
	Bupropiona
	Trazodonă
Antagoniști β-adrenoreceptori	Propranolol
Antihistaminice	Hidroxizin

Efectele terapeutice ale anxioliticele sunt:

- diminuarea anxietății,
- reducerea stării de tensiune psihică,
- acțiune asupra stărilor de excitație – agitație psihomotorie,
- inducerea și menținerea somnului
- echilibrarea reacțiilor emoționale,
- eficiente în sevrul alcoolic
- proprietăți anticonvulsivante
- relaxare musculară
- reducerea manifestărilor somatice ce constituie expresia anxietății sau depresiei mascate.

PRINCIPALELE ANXIOLITICE FOLOSITE ÎN PRACTICA MEDICALĂ

Denumire internațională	D.C.I.
Procalmadiol	Meprobamat
Hidroxizin	Atarax
Propranolol	
Clordiazepoxid	Napoton
Diazepam	Seduxen
Oxazepam	Serax
Medazepam	Rudotel
Clonazepam	Rivotril
Flunitrazepam	Dormicum

Cele mai folosite anxiolitice sunt clasa benzodiazepinelor (BZD), sintetizate pentru prima oară în anii 1950. Prototipul acestei clase este clordiazepoxidul (Librium), sintetizat în 1959.

După durata de acțiune aceste anxiolitice se împart în benzodiazepine cu acțiune ultrascurtă, scurtă, intermediară și lungă. Această clasificare ne interesează din două motive: tendința de acumulare la BZD cu acțiune lungă și intermediară, favorizează apariția efectelor secundare ce scad complianța la tratament; în cazul intoxicațiilor voluntare cu aceste substanțe se poate anticipa riscul vital.

Clasificarea Benzodiazepinelor după durata de acțiune

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

(după MARINESCU D, CHIRITA A)

Administrarea repetată și prelungită a benzodiazepinelor poate conduce fenomenul de dependență. Medicul și psihologul trebuie să cunoască potențialul toxicomanic al benzodiazepinelor.

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

- Anxiolitice: medazepam, clordiazepoxid
- Hipnoinductoare: nitrazepam, flunitrazepam
- Anticonvulsivante: diazepam, nitrazepam, clonazepam
- Antidepresive: alprazolam (Xanax)
- Sedative: clorazepat dipotasic (Tranxene), lorazepam (Temesta)
- Timoreglatoare: clonazepam (Rivotril), medicament ce pare a avea și acțiune antimaniacală
- Medicamentele beta-blocante au ca principal efect diminuarea anxietății însoțite de tulburări somatice, ca și în combaterea efectelor psiho-somatice induse de stres. Principalul reprezentant al acestei clase este propranololul, cu utilizare limitată în clinica psihiatrică datorită riscurilor cardio-vasculare.

Efecte secundare

De obicei, efectele adverse ale tranchilizantelor dispar la ajustarea dozelor.

Principalele efecte adverse:

- fatigabilitate, slăbiciune;
- „suprasedarea” – constă în oboseală, amețelă, torpoare;
- tulburări de concentrare, deficit mnezic;
- incoordonare;
- oboseală musculară;
- excitație paradoxală, cu accentuarea anxietății, insomniei, agresivității (clordiazepoxid);
- risc teratogen;
- agravarea insuficienței respiratorii;

Efecte secundare rare:

- tulburări de deglutiție,
- creștere în greutate,
- afectare hepatică,
- disfuncții sexuale,
- discrazii sangvine,
- manifestări cutanate.

B. Supradozarea

Deși este un fenomen frecvent în cazul benzodiazepinelor, moartea prin supradoză este extrem de rară. Simptomele care apar în astfel de cazuri sunt torpoare, dizartrie, rigiditate sau mișcări clonice ale membrelor, erupție buloasă. Pot apărea accidente mortale în special în cazul în care benzodiazepinele sunt luate în combinație cu alcoolul, al cărui efect depriment asupra sistemului nervos central îl potențează.

C. Toleranță și sevraj

Apare la utilizarea unor doze mari de benzodiazepine pentru o perioadă prelungită de timp. Sevrajul apare la discontinuarea tratamentului. În cazul produselor cu durată lungă de acțiune, primele simptome ale sevrajului nu apar decât după 5-10 zile de la sistarea tratamentului.

În funcție de frecvența apariției simptomelor de sevraj, acestea sunt:

Simptome de sevraj la benzodiazepine		
Frecvente	Rare	Foarte rare
Anxietate, stare de tensiune	Anxietate somatică	Reacții paranoide
Hiperosmie, gust metalic	Hiperacuzie	Depresie
Tulburări de somn	Hiperestezie cutanată, parestezii	Depersonalizare-derealizare
Neliniște, agitație	Tulburări de atenție și memorie	Transpirații
Vedere încețoșată, dureri oculare, fotofobie	Iritabilitate	
Cefalee	Lipsă de energie	
Vertij, incoordonare	Pierderea apetitului	
Tremor	Dureri musculare	

după LADER M, 2000

ANTIDEPRESIVELE (Ortotimizante, Timoleptice)

Antidepresivele (timolepticele) reprezintă un grup de substanțe cu structură chimică diferită având ca proprietate biochimică comună acțiunea în metabolismul aminelor cerebrale și normalizarea prin aceasta a dispoziției depresive.

Era terapiei timoleptice moderne a fost deschisă în 1957, de introducerea imipraminei de către R.KUHN, ca terapie eficientă a depresiei. Cu trei ani înainte, au fost semnalate efectele antidepresive ale unui inhibitor de monoaminooxidază (MAO), *iproniazida* care era folosită în tratamentul tuberculozei pulmonare, care a fost introdusă ca antidepresiv sub numele de *marsilid*.

Pe parcursul următorilor ani, acestea au fost urmate de multe preparate similare și mai târziu de tetraciclice și alte substanțe diferite chimic. Prima generație de inhibitori MAO a fost urmată de așa numiții inhibitori reversibili de MAO. Prin inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei s-a obținut o reducere considerabilă a efectelor indesezirabile anticolinergice. În prezent se folosesc peste 40 de antidepresive din cele mai diferite clase.

Noile progresele în cercetarea psihofarmacologică a antidepresivelor sunt caracterizate în special de îmbunătățirea toleranței și lărgirea spectrului asupra unui cât mai mare număr de tulburări depresive. Elementul pivot al mecanismului de acțiune al antidepresivelor, pare să fie sistemul central serotoninergic, care are un rol semnificativ în controlul vigilității, stabilității emoționale, analizei și controlului impulsivității și comportamentului social.

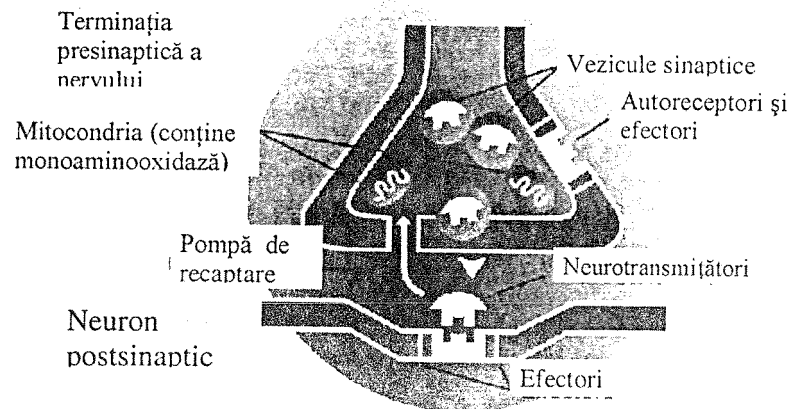
Noile cunoștințe asupra modului în care funcționează creierul au permis cercetătorilor din domeniul psihiatriei să producă medicamente capabile să modifice modul în care creierul produce, stochează și eliberează acești neurotransmițători, ameliorând simptomele depresiei

Mecanismele de acțiune ale antidepresivelor

Tratamentul psihofarmacologic are la bază principiul restaurării unor niveluri normale de neurotransmițători. Acest lucru se realizează prin:

- blocarea recaptării neurotransmițătorului în terminația nervoasă
- inhibiția degradării neurotransmițătorului
- reducerea stimulării la nivelul receptorului

Componentele sinapsei



Modele psihofarmacologice în depresie

LOC DE DESFĂȘURARE	MECANISME	CORECTARE	EFECTELE MEDICAȚIEI
Presinaptic	Deficit de sinteză	Îmbunătățirea aportului de precursori și a sintezei de neuromediatorii	TIMOLEPTIC
	Defect de eliberare Exces de recaptare	Inhibiția recaptării	
Intrasinaptic	Exces al activității MAO-A / MAO-B	Inhibiția enzimei MAO	TIMOANALEPTIC
Postsinaptic	Anomalii ale receptorilor: număr, sensibilitate, alterări structurale	Creșterea sensibilității receptorilor	TIMOLEPTIC
	Anomalii de membrană	Stabilizatori de membrane	
	Aletrarea efectorului sau a căilor de transmitere a semnalului	Corectarea mesagerilor secuzi	

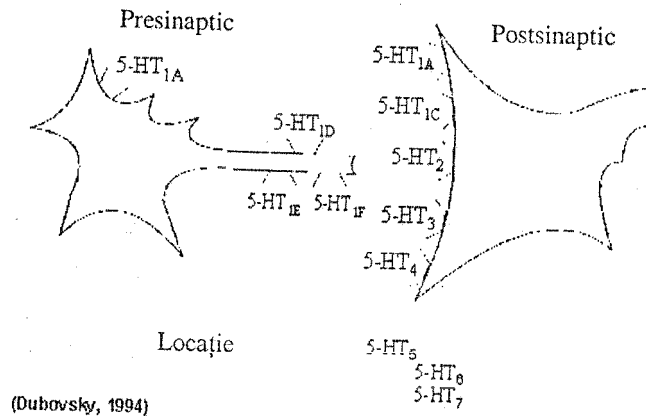
Antidepresivele sunt frecvent clasificate ca medicamente de prima sau a doua generație. Clasificarea se bazează în parte pe data introducerii lor în utilizarea clinică și, în parte, pe structura lor clinică și mecanisme de acțiune.

Astfel, prima generație de medicamente include cele mai multe dintre antidepresivele triciclice (ex.: amitriptilina) respectiv cele cu structură chimică apropiată imipraminei și inhibitorii neselectivi ai monoaminoxidazei (MAO) cu modificări structurale ale ipromiazidului.

A doua generație de antidepresive a fost larg dezvoltată în ultimii 15 ani și cunoaște un înalt grad de selectivitate pentru noradrenalină, serotonină sau dopamină.

În plus, alte noi medicamente cu proprietăți antidepresive au fost dezvoltate, medicamente ce au selectivitate pantru sistemul GABA-ergic sau care acționează prin modularea activității unuia din subtipurile de receptori ai serotoninei.

Localizarea receptorilor



Cea mai recentă descoperire este dezvoltarea antidepresivelor ce combină eficacitatea terapeutică a vechilor triciclice cu reducerea efectelor secundare și scăderea cardiotoxicității. Aceasta a dus la dezvoltarea inhibitorilor neselectivi ai receptorilor serotonin-noradrenalinei și o nouă abordare, implicând creșterea noradrenalinei eliberată de inhibitorii selectivi ai receptorilor presinaptici α_2 adrenergici, cuplată cu creșterea stimulării receptorilor 5HT₁.

Inhibitorii reversibili ai MAO ce prezintă selectivitate pentru forma A a enzimei au fost în centrul atenției în ultima decadă. Aceasta arată că aceste grupe de antidepresive, diferite prin structura chimică și farmacologia lor, au două proprietăți în comun:

- prezintă aproape aceeași eficacitate terapeutică, având nevoie de câteva săptămâni pentru a produce efectul optim antidepresiv,
- toate modulează un anumit număr de receptori postsinaptici după utilizarea în tratament cronic.

De aici, o scădere a răspunsului receptorilor postsinaptici 5HT_{1A}, o creștere a răspunsului receptorilor 5HT₂ și o diminuare a răspunsului receptorilor β adrenergici pot reprezenta un viitor comun al efectelor terapeutice al tuturor antidepresivelor.

- Aproape toate antidepresivele acționează în unele zone ale sistemelor serotoninice și /sau norepinefrinice,
- În general, antidepresivele au o eficacitate similară dar se disting prin siguranța lor și profilul efectelor adverse,
- Multe dintre efectele adverse ale antidepresivelor pot fi legate de acțiunea variatelor sisteme de neurotransmițători.

4. Clasificarea antidepresivelor

O clasificare a antidepresivelor care combină criteriile chimice și psihofarmacologice este cea a lui POLDINGER (1990).

TIPUL	SUBCLASA	MEDICAMENTUL
ANTIDEPRESIVE CLICLICE	Triciclice	Derivați iminodibenznici (imipamină, clomipramină, trimipramină)
		Derivați iminostilbenzenici (opipramol)
		Derivați bidenzocicloheptadienici (amipriptilină, nortriptilină)
		Derivați bidenzocicloheptatrienici (protriptilină)
		Derivați antracenicici (melitracen)
		Derivați dibenzodiazepini (dibenzepina)
		Derivați dibenzotiazepinici (dosulepină și doxepină)
		Tetraciclice
	Ciclice atipice mono sau biciclice	Dibenzohazepina
		Buspirona
		Vilohazina
		Trazodona
Ciclice atipice cu acțiune dopaminergică	Modofoxamina	
	Nomifensina	
	Amineptina	
	Iproniazida	
INHIBITORI AI MONOAMINOOXIDAZE LOR	Clasice	Nialamida
		Tranilcipromina
	Selective IMAO - A	Toloxalona Clorgilina
	Selective IMAO - B	Deprenil
	Inhibitori selectivi și reversibili ai IMAO-A	Moclobenid
CLICLICE ATIPICE. INHIBITORI SELECTIVI AI RECAPTĂRII	Serotoninei (SSRI)	Fluvoxamina
		Fluoxetina
		Citalopramul
		Sertralina
		Paroxetina
	Noradrenalinei (NARI)	Reboxetina
	Noradrenalinei și serotoninei (NaSSA)	Mirtazapina Venlafaxina

	Antagoniști ai receptorilor 5-HT2 și blocați ai recaptării NA	Nefazodona
	Inhibitor dual al recaptării NA și DA	Bupropiona
NONCONVENȚIONALE	Neuroleptice	Flupentixol Sulpirid
	Benzodiazepine	Alprozalam
	Amfetamine	
	Stimulante ale secreției dopa	Bromcriptina
	Precursori ai triptofanului	L-triptofan
	Blocați ai canalelor ionice	Verapamil
TIMO-REGLAȚII	Săruri de litiu	
	Carbamazepina	
	Cionazepamul	
	Derivați de acid valproic	
	Lamotrigina	

5. Indicațiile tratamentului cu antidepresive

Antidepresivele sunt indicate în primul rând pentru tratamentul simptomelor depresive din cele mai diverse circumstanțe, dar există o serie de extensii în tratamentul unor tulburări comportamentale și somatice.

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

- Diagnosticul de depresie este corect
- Pacientul tolerează medicamentul
- Sunt folosite doze și durate de administrare adecvate.

FOLOSIREA ANTIDEPRESIVELOR	
TULBURARE SAU BOALA	CIRCUMSTANȚE SPECIFICE
Tulburarea afectivă	Depresie
	Depresie majoră
	Depresie psihotică
	Depresie bipolară
	Depresie secundară
	Depresie atipică
	Depresie sezonieră
	Depresia postpartum
	Distimie
	Melancolie
	Pseudodemneță
	Prevenția recăderilor depresive
	Tulburări de panică
	Tulburări obsesivo-compulsive
Fobia socială	
Tulburări anxioase	Tulburare de anxietate generalizată
	Tulburare de stres posttraumatic (PTSD)
	Bulimia nervoasă
	Obezitatea
Tulburări alimentare	Greața din chimioterapie

Tulburări de somn	Insomnia
	Narcolepsia
	Apneea din somn
Durerea	Migrena
	Dureri faciale atipice
	Durerea cronică
	Neuropatia diabetică
	Toxicomanii
Diverse	Alcoolism
	Renunțarea la fumat
	Personalitatea borderline
	Boli neurologice
	Enurezis
	Deficitul de atenție
	Sindromul premenstrual disforic
	Ulcerul peptic
	Pruritul (urticaria)
	Ejacularea prematură

După Heninger G. R. 2000

Abandonarea tratamentului datorită lipsei de complianță și efectelor adverse este frecventă.

Farmacocinetica antidepresivelor. Antidepresivele triciclice, heterociclice și noile antidepresive de a doua generație sunt bine absorbite în tractul intestinal și sunt de obicei administrate oral. Compușii antidepresivelor sunt metabolizați în ficat, unii dintre metaboliți având la rândul lor efecte antidepresive. De exemplu, desipramina este un metabolit al imipraminei, iar nortriptilina este un metabolit al amitriptilinei.

Vârful concentrației plasmatice se atinge de obicei în 3-4 ore. Antidepresivele sunt substanțe solubile în apă și se leagă de proteinele plasmatice, efectul lor terapeutic fiind determinat de o mică fracțiune liberă.

Indivizii cu insuficiență hepatică, proteine plasmatice scăzute sau un nivel scăzut al apei corporale totale, au un risc ridicat de a atinge niveluri serice crescute. Eliminarea se face pe cale renală, în mod similar antipsihoticelor.

Efectele adverse ale antidepresivelor

Efectele anticolinergice

Cele mai întâlnite efecte adverse ale antidepresivelor triciclice sunt cele ce rezultă din activitatea anticolinergică. Acestea includ: uscarea mucoaselor (asociate ocazional cu adenite sublinguale), tulburarea vederii ca rezultat al midriazei și cicloplegiei, creșterea tensiunii intraoculare, hipertermie, constipație, ocluzie intestinală adinamică, retenție urinară și dilatație a tractului urinar.

S-a observat că substanțele au redus tonusul sfincterului esofagogastric și au provocat hernie hiatală la indivizii susceptibili sau au exacerbato la indivizii cu hernie hiatală existentă. Antidepresivele triciclice trebuie scoase din schema terapeutică dacă se dezvoltă simptome de reflux esofagian. Dacă se impune terapia antidepresivă, atunci se poate administra cu atenție un agent colinergic cum ar fi betanecol, folosit simultan cu un antidepresiv. Anticolinergice devin mult mai frecvente la pacienții în vârstă.

Efecte asupra sistemului nervos

Efectele neuromusculare și reacțiile adverse ale SNC apar în mod frecvent. Somnolența este cea mai frecventă reacție adversă la antidepresivele triciclice. De asemenea, apar letargia, oboseala și starea de slăbiciune. S-au observat și stări precum agitație, anxietate, ruminații obsesive, îngrijorare, insomnie. La pacienții vârstnici cele mai întâlnite stări sunt confuzia, tulburare a concentrării, dezorientarea, iluziile, halucinațiile. Copiii cărora li s-au administrat antidepresive triciclice pentru enurezisul funcțional pot dezvolta stări precum somnolență, anxietate, instabilitate emoțională, nervozitate și tulburări de ritm de somn. Chiar dacă efectele diferă de la un pacient la altul, efectele sedative sunt de obicei accentuate cu amitriptilină sau doxepin și cel mai puțin cu maprotilină.

La pacienții aflați sub antidepresive triciclice poate apărea o exacerbare a depresiei, hipomanie, panică, ostilitate supărătoare, anxietate sau euforie. Exacerbarea psihozelor a apărut la pacienți cu schizofrenie sau cu simptome paranoide tratați cu aceste substanțe. Pacienții cu tulburare bipolară pot vira spre faza maniacală. Astfel de manifestări psihotice pot fi tratate prin diminuarea dozei de antidepresive triciclice sau prin administrarea unei medicații antipsihotice cum ar fi fenotiazina ca antidepresiv. Se pot înregistra dereglări ale ritmurilor EEG și în mod ocazional înregistrări de atacuri epileptice. Crizele epileptice sunt mult mai frecvente la copii decât la adulți. Simptomele extrapiramidale pot apărea la pacienții ce au primit antidepresive triciclice. La pacienții tineri cât și la cei vârstnici poate persista un tremor aproape insesizabil, iar sindromul parkinsonian este foarte întâlnit la pacienții vârstnici cărora li s-au administrat doze ridicate. Alte efecte extrapiramidale ce pot apărea, sunt: rigiditatea, akatisia, distonia, crizele oculogire, opistotonusul, dizartria și disfagia. Diskinezia tardivă asociată terapiei cu amoxapină, a fost rareori înregistrată. Asemenea agenților antipsihotici, amoxapina a fost asociată sindromului neuroleptic malign (SNM), un sindrom potențial fatal ce impune o întrerupere imediată a medicației și un tratament simptomatic intensiv.

La pacienții aflați sub antidepresive triciclice au fost înregistrate de asemenea neuropatie periferică, vertij, tinitus, dizartrie, parestezii, incoordonare motorie, ataxie.

Efecte cardiovasculare

În cursul terapiei cu antidepresive triciclice poate surveni hipotensiunea posturală. Alte efecte cardiovasculare induse de medicație se referă la unde T anormale (aplatizare a unde T) și la alterarea altor semne ECG, propagarea blocurilor atrioventriculare și de ram, diferite aritmii (tahicardie ventriculară), bradicardie, fibrilație ventriculară, complexe ventriculare premature și extrasistole ventriculare, sincopă, colaps, exitus subit, hipertensiune, tromboze și tromboflebite, astm ischemic cerebral, insuficiență cardiacă congestivă. Literatura se referă la un pacient, un băiețel de 8 ani ce a primit antidepresive timp de 2 ani pentru ADHD și la care a apărut colapsul și decesul subit. Pacienții cu o boli cardiovasculare preexistente sunt deosebit de sensibili la cardiotoxicitatea medicației. În timpul intervențiilor chirurgicale asupra pacienților cărora li s-au administrat antidepresive triciclice, au apărut episoade hipertensive. Astfel că se impune întreruperea medicației cu câteva zile înainte de intervenția programată. La pacienții cardiaci aflați sub terapie antidepresivă triciclică, s-a observat că medicația induce o accentuare a incidenței morții subite. Chiar dacă infarctul de miocard a fost atribuit terapiei cu antidepresive triciclice, nu a fost totuși stabilită o relație cauzală.

Efecte hematologice

Arareori s-au înregistrat agranulocitoze, trombocitopenie, eozinopenie, leucopenie și purpură. La toți pacienții care dezvoltă simptome de discrazie sanguină cum ar fi febră și dureri de gât, trebuie analizată formula leucocitară diferențiată. Medicația antidepresivă triciclică trebuie întreruptă dacă apare neutropenia.

Efecte hepatice

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

Reacții de sensibilitate

Manifestările alergice au inclus erupțiile și eritemul, urticaria, pruritul, eozinofilia, edemul (generalizat sau doar facial sau lingual); febra medicamentoasă și fotosensibilitatea. Pacienții care manifestă fotosensibilitate trebuie să evite expunerea la soare.

Alte efecte adverse

La pacienții aflați sub medicație antidepresivă triciclică au fost înregistrate efecte adverse gastrointestinale cum ar fi anorexia, greața și vomiturile, diareea, crampele abdominale, creșterea enzimelor pancreatice, dureri epigastrice, stomatitele, gustul caracteristic și colorarea neagră a limbii. Efectele de ordin endocrin ce au apărut la pacienții cărora li s-au administrat antidepresive triciclice includ accentuarea sau diminuarea libidoului, impotență, inflamarea testiculară, ejaculare dureroasă, ginecomastie la bărbați, galactoreea la femei, sindromul de secreție inadecvată a hormonului antidiuretic și creșterea/scăderea concentrației la glucoză în sânge. În mod paradoxal, au fost înregistrate congestie nazală, urinare frecventă și somnambulism. Mai mult, unii pacienți au manifestat durere de cap, alopecie, frisoane, diaforeză, inflamarea parotidei, accentuarea apetitului și aport sau pierdere de greutate.

TIMOLEPTIC	EFECTE ADVERSE						
	*ANTI-COLINERGIC	SISTEMUL NERVOȘ CENTRAL		CARDIOVASCULAR		ALTELE	
		Somnolență	Insomnie Agitație	Hipotensiune ortostatică	Aritmie cardiacă	Tulb. gastro-intestinale	Creșteri în Greutate (+5kg)
Amitriptilină	↑↑↑↑	↑↑↑↑	⊙	↑↑↑↑	↑↑↑	⊙	↑↑↑↑
Desipramină	↑	↑	↑	↑↑	↑↑	⊙	↑
Doxepină	↑↑↑	↑↑↑↑	⊙	↑↑	↑↑	⊙	↑↑↑
Imipramină	↑↑↑	↑↑↑	↑	↑↑↑↑	↑↑↑	↑	↑↑↑
Nortriptilină	↑	↑	⊙	↑↑	↑↑	⊙	↑
Protriptilină	↑↑	↑	↑	↑↑	↑↑	⊙	⊙
Trimipramină	↑	↑↑↑↑	⊙	↑↑	↑↑	⊙	↑↑↑
Amoxapină	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑↑	⊙	↑
Maprotilină	↑↑	↑↑↑↑	⊙	⊙	↑	⊙	↑↑
Trazodon	⊙	↑↑↑↑	⊙	↑	↑	↑	↑
Bupropion	⊙	⊙	↑↑	⊙	↑	↑	⊙
Fluoxetină	⊙	⊙	↑↑	⊙	⊙	↑↑↑	⊙
Paroxetină	⊙	⊙	↑↑	⊙	⊙	↑↑↑	⊙
Sertralina	⊙	⊙	↑↑	⊙	⊙	↑↑↑	⊙
IMAO	↑	↑	↑↑	↑↑	⊙	↑	↑↑

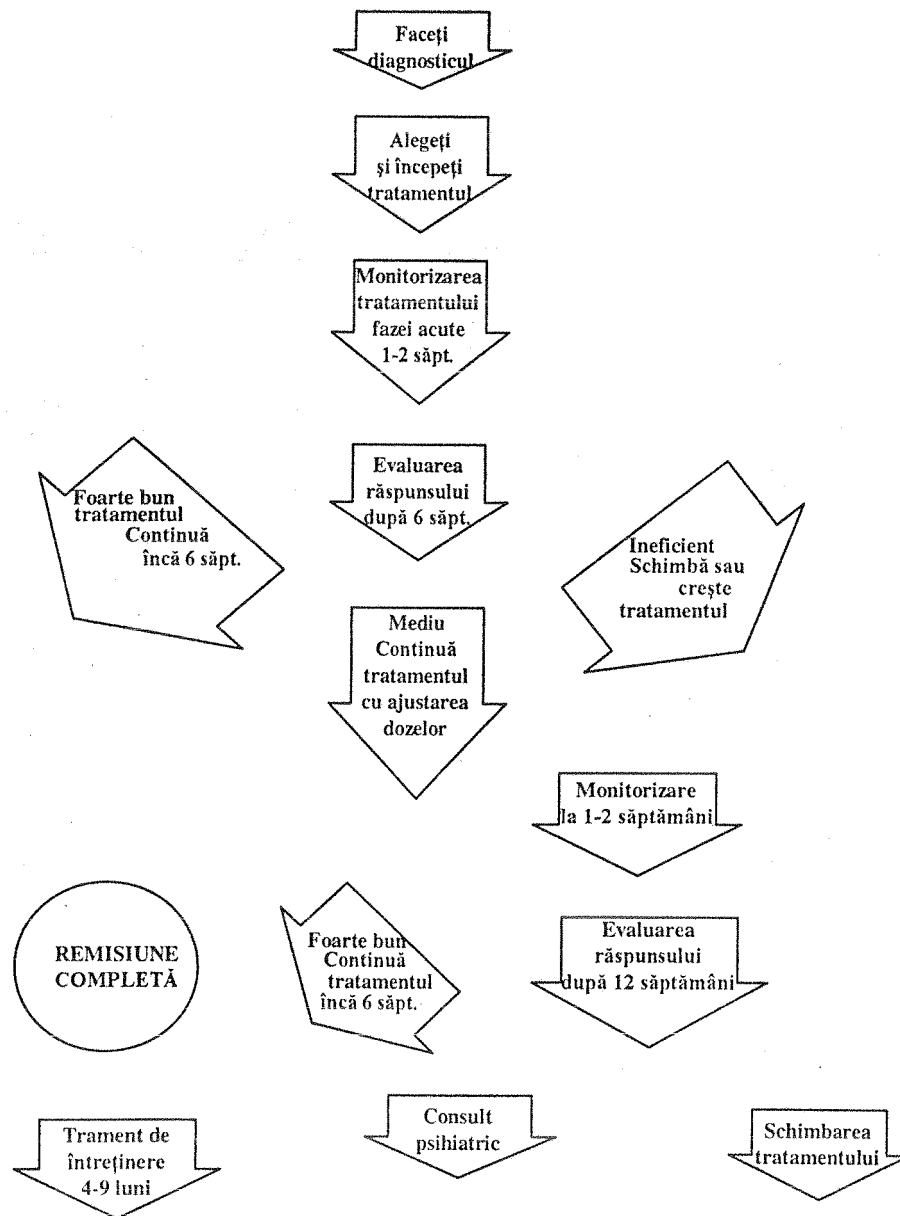
↑ = absent sau rar, ↑↑↑↑ = relativ comun *Uscăciunea gurii, tulburări de vedere, tulburări urinare, constipație.

Efectele adverse ale antidepresivelor asociate interacțiunii cu receptori specifici

EFECT	CAUZĂ
Gură uscată	anticolinergici (muscarinici)
Tulburări de vedere	anticolinergici (muscarinici)
Tulburări urinare	anticolinergici (muscarinici)
Tahicardie	anticolinergici (muscarinici)
Confuzie	anticolinergici (muscarinici)
Sedare	adrenergic (α ₁) și histaminergic (H ₁)
Hipotensiune posturală	adrenergic (α ₁)
Modificări EKG	Potențarea efectelor periferice noradrenergice și chinidinice
Simptome extrapiramidale	Dopaminergic (D ₂)

MEDICAȚIA DEPRESOGENĂ			
CARDIOVASCULARĂ	HORMONI	PSIHOTROPE	ANTIINFLAMATORII
alfa-metil dopa(+/-)	contraceptive	benzodiazepine	baclifen
reserpina(++)	ACTH	neuroleptice	antiinflamatorii nonsteroidice
propranolol	anabolizante	amfetamine	
guanetidina	glucocorticoizi	metoclopramida	
clonidina		cocaína	
tiazide			
digitala			

PAȘI ÎN TRATAMENTUL DEPRESIEI



TIMOSTABILIZATOARELE (PSIHOIZOLEPTICE)

Sunt substanțe care previn oscilațiile chimice, stabilizând dispoziția și evitând producerea acceselor maniacoale sau depresive. Efectul acestor substanțe se exercită asupra întregului sistem psihic și nu doar asupra timiei prin mecanisme complexe de acțiune (stabilizare de membrană, blocarea canalelor de sodiu, antagonism GABA)

Substanțe cu efect timostabilizator

SUBSTANȚĂ	MANIE	DEPRESIE	PROFILAXIE
Litiu	++	±	++
Carbamazepină	++	+	++
Clonazepam	+	±	±
Valproat	++	+	++
Lamotrigină	-	++	+
L-Triptofan	+	+	++
Topiramet	++	±	++

Litiu

Este un produs care nu are efecte psihotrope la persoana normală. Totuși are eficiență remarcabilă în psihozele maniaco-depresive, respectiv efect acut antimaniacal și efect de stabilizare a dispoziției ca tratament de întreținere.

Litiul este un cation monovalent disponibil pentru utilizarea clinică sub formă de săruri de carbonat sau citrat.

Cele mai importante efecte celulare sunt:

- competiția cu ionii de Na⁺ pentru pompa de Na⁺;
- interferă în menținerea potențialului membranei și în generarea potențialului de acțiune la nivel neuronal;
- crește captarea catecolaminelor în nervii periferici;
- reduce eficiența activării receptorilor centrali α₁ adrenergici și muscarinici;
- inhibă activarea adenilatciclazei de către ADH la nivelul tubilor renali și TSH în glanda tiroidă.

Primele trei efecte au fost legate de proprietățile antimaniacale și stabilizatoare ale dispoziției, în timp ce efectul de activare al adenilatciclazei ar fi baza unora din efectele secundare, respectiv diabetul insipid nefrogen și hipotiroidie.

Eliminarea Li din organism se face aproape în întregime pe cale renală. În situații normale concentrația serică de Li este determinată de ra-

portul dintre aportul zilnic de Li și clearance-ul renal al Li. *Clearance*-ul renal al Li este rezultatul excreției fracționale tubulare și al ratei filtrării glomerulare. Eliminarea Li pe cale renală va fi împiedicată dacă oricare din aceste componente este redusă: excreția fracțională tubulară a Li va fi redusă dacă scade concentrația serică a Na⁺ (ca rezultat al administrării diureticelor tiazidice sau în boala Adison); rata filtrării glomerulare poate fi redusă ca rezultat al deshidratării, al insuficienței cardiace sau bolilor renale.

Indicații:

Li poate fi folosit în clinică atât în episoadele afective acute cât și ca tratament profilactic; cea mai veche utilizare a Li este în tratamentul maniei.

Efectul terapeutic antimaniacal al Li nu apare timp de aproximativ o săptămână, de aceea adăugarea neurolepticelor este necesară.

Concentrația plasmatică necesară (0,6-1,2 mEq/l) este mai mare comparativ cu cea din tratamentul de întreținere. Deci există un risc crescut de toxicitate al Li, de aceea în general un neuroleptic este considerat mai eficient și mai sigur pentru tratamentul maniei;

Există dovezi clare că Li are și un efect antidepresiv și de aceea se recomandă folosirea lui în tratamentul stărilor depresive rezistente la anti-depresivele triciclice.

Cea mai importantă utilizare a lui este în tratamentul profilactic din psihoza maniaco-depresivă. Pacienții cu episoadele bipolare (maniacele și depresive) cât și unipolare (numai depresive) pot răspunde la tratamentul de întreținere; recăderile pot fi complet prevenite sau frecvența și/sau intensitatea lor pot fi reduse.

O serie de alte afecțiuni psihice sau somatice au fost înscrise pe lista de posibile indicații pentru terapia cu litiu:

- tulburarea schizo-afectivă în care eficacitatea litiului ar fi proporțională cu importanța tulburărilor afective din tabloul clinic
- episodul delirant acut cu note afective
- alcoolismul de tip dipsomanic
- sindromul premenstrual cu manifestări de tip depresiv-anxios
- psihopatii explozive și impulsive
- nevroza obsesivo-fobică
- boala Gilles de la Tourette
- sindromul Meniere

Pacienții care fac tratament de întreținere cu Li trebuie să fie urmăriți în mod special dozarea concentrației plasmatică a Li fiind obligatorie, ca și monitorizarea efectelor secundare. Acest lucru se face lunar până când se obține un nivel stabil, apoi se face trimestrial. Se recomandă un nivel plasmatic de 0,4-0,8 mEq/l pentru tratamentul de întreținere.

Contraindicații: Insuficiența renală, insuficiența cardiacă, boala Adison, hipotiroidism, sarcină.

În mod obișnuit se recomandă dozarea ureei sanguine înaintea începerii tratamentului cu Li, acesta având un index terapeutic scăzut, toxicitatea apărând repede dacă concentrația plasmatică crește peste 1,2 mEq/l. Efecte secundare pot apărea chiar la nivele plasmatiche terapeutice:

TULBURĂRI	SEMNE ȘI SIMPTOME
GASTROINTESTINALE	greață
	vomă
	indigestie
	gust metalic
	diaree
NEUROLOGICE	tremorul static fin
	ataxii (intoxicație)
	fasciculații (intoxicație)
METABOLICE	diabet insipid nefrogenic
	hipotiroidie
	creștere în greutate
ALTELE	căderea părului,
	acnee
	retenție urinară

Interacțiunile medicamentoase:

- diureticile tiazidice duc la pierderea de Na⁺ și în consecință cresc toxicitatea Li;
- neurolepticele pot crește neurotoxicitatea litiului.

ALTE TIMOSTABILIZATOARE

Carbamazepina este o substanță cu efect antiepileptic care are efect analog profilactic cu cel al sărurilor de litiu. Indicațiile carbamazepinei sunt:

- profilaxia episoadelor maniacele
- profilaxia în boala afectivă, în special la pacienții cu cicluri rapide
- sevrajul la hipnotice sau alcool
- nevralgia de trigemen
- boala afectivă la pacienții litio-rezistenți.

Valproatul de sodiu și acidul valproic sunt substanțe cu efect anticonvulsivant care pot fi folosite în terapia și profilaxia episoadelor maniacele și profilaxia depresiei în asociere cu neurolepticele și litiul.

L-triptofanul are acțiuni timoreglatoare și antiagresivă, potențează efectele litiului și ale neurolepticelor în episodul maniacal acut. De asemenea, potențează efectul antidepressiv al unor antidepressive triciclice.

Alte substanțe timostabilizatoare:

În mania acută mai sunt folosite topiramatul, lorazepamul și oxcarbazepina. În tulburarea depresivă bipolară mai sunt folosite singure sau în asociere cu alte tratamente: lamotriginul, topiramatul, și acizii grași omega 3.

CAP. 7 ELECTROTHERAPIA – ELECTROȘOCUL – CONVULSIOTERAPIA

Definiție: electroterapia reprezintă o metodă terapeutică ce constă în producerea de crize convulsivante de tip epileptic declanșate de trecerea unui curent electric transcerebral.

Introdusă de CERLETTI și BINI (1937), electroterapia s-a impus în scurt timp, polarizând atenția medicală.

Terapia electroconvulsivantă a constituit dintotdeauna un subiect foarte controversat, atât în psihiatrie, cât și în mass-media. Acest lucru se datorează parțial unei folosiri abuzive a acestei terapii, în special în era pre-neuroleptică, și în afara situațiilor în care ar fi fost cu siguranță utilă, dar și deoarece cercetarea rezultatelor sale era dificil de făcut cu acuratețea necesară studiului comparativ.

Metoda s-a menținut însă în arsenalul terapeutic al psihiatriei, prin perfecționarea tehnicii de aplicare, prin studii care au arătat rezultate de excepție și prin stabilirea de indicații judicioase.

Mecanismul de acțiune este încă neelucidat pe deplin, există peste 50 de teorii, în general centrate în jurul celor două curente tradiționale conceptuale ale bolii psihice – organo-genetice și psihogenetice. Autorii francezi sunt în general adepți ai teoriei disoluției – reconstrucției (DELMAS-MARSALET), care interpretează toate tehnicile comatogene ca procedee care realizează disoluția completă a psihismului patologic, urmată de reconstrucția posibilă la nivel normal, și teoria diencefalică (DELAY) care concepe electroșocul ca regulator al dispoziției și conștiinței prin intermediul diencefalului, și etajelor neuropsihoendocrine subiacente.

Autorii germani și americani acordă o importanță mai mare efectelor „organice” globale.

ECT potențează comportamentul mediat de serotonină (5HT) și există dovezi neurochimice obținute din experimentele pe animale că această efect se datorează unei creșteri a numărului de receptori postsinaptici 5HT triptaminici. Comportamentele mediate de dopamină sunt, de asemenea, întărite de ECT și există, influențe asupra funcțiilor noradrenergice similare aceluia descise în cazul medicației antidepressive. În particular s-a demonstrat că ECT are efect în reglarea la nivel scăzut a beta receptorilor. Efectele neurochimice și comportamentale ale ECT sunt paralele cu acțiunile antidepressivelor deoarece modificările apar după mai multe ședințe de tratament, iar administrarea de electricitate sub nivelul necesar pentru producerea crizei este inefficientă.

Tipuri de electroșoc:

- **Electroșocul simplu (clasic):** realizează o serie de crize convulsivante de tip epileptic care se desfășoară în următoarea suită:
 - **faza preconvulsivantă:** începe și durează atîta timp cît organismul este supus acțiunii directe a curentului electric și se manifestă prin: pierderea instantanee a conștiinței, apnee, contracția spasmodică a întregii musculaturii striate (trunchiul se încordează în spasme generalizate, membrele se ridică), fenomene neurovegetative (roșeața apoi paloarea feței, midriază, lăcrimare, hipersalivație).
 - **faza de latență:** câteva secunde până la un minut de la oprirea curentului, corpul revine la nivelul patului și rămâne relaxat pînă la începerea convulsiilor;
 - **faza convulsivă:** asemănătoare crizei epileptice de tip Grand Mal se desfășoară în suita: faza tonică, faza clonică, faza comatoasă – apnee postconvulsivă, ce antrenează un grad de cianoză, apoi respirația se reia cu stertor;
 - **postcriza:** o activitate automată foarte scurtă, o fază de descărcare de afecte negative, apoi o fază cu caracter confuzional și/sau dismezic korsakoviană.

Trezirea spontană se instalează după o perioadă variabilă de la câteva minute pînă la ½ oră; uneori este precedată de o fază crepusculară, cu agitație intensă (rar). Pot apărea vertij, cefalee, vărsături, care necesită tratament simptomatic. De aceea, bolnavii vor fi supravegheați atent timp de o oră de la efectuarea tratamentului.

La ora actuală se folosește cel mai frecvent electroșocul protejat: introdus în scopul eliminării fenomenelor convulsive și deci a complicațiilor mecanice (fracturi, luxații) din electroșocul clasic, precum și pentru reducerea angoasei bolnavului pentru acest tip de tratament.

Relaxarea musculară se obține prin curarizare – se folosesc preparate pe bază de succinil-colină, injectate i.v., cu efect rapid (30 sec.) precedate de o subnarcoză sau de o narcoză scurtă pentru evitarea efectului supresor asupra respirației (exercitat de curară).

În acest scop se folosesc preparate barbiturice cu acțiune rapidă injectate i.v. lent. Deoarece apneea sub narcoză este severă, se recomandă injectarea în prealabil sau în amestec cu barbituricul a ½ mg antropină (subcutanat, respectiv i.v.).

După obținerea relaxării musculare complete se efectuează electroșocul, aplicându-se o cantitate de electricitate mai mare decît la cel clasic, datorită paragului convulsivant crescut de administrare a barbituricului.

Electrozii umeziți pentru a asigura un bun contact cu pielea sunt plasați unul în regiunea temporală și celălalt aproape de vertex de partea

emisferei nondominante în cazul electroterapiei unilaterale. Pentru electroterapia bilaterală, electrozii sunt plasați fiecare în regiunea temporală de o parte și de alta.

Se recomandă tehnica glissando- caracterizată prin atingerea pragului convulsivant prin creșterea progresivă a intensității curentului; astfel demarajul convulsiilor este lent, protejându-se în plus musculatura și aparatul osteo-articular.

Apneea poate fi importantă, necesitând oxigenoterapie și tehnici de reanimare.

Șocul sub curarizare este foarte atenuat, faza clonică fiind manifestată doar din mișcări la nivelul feței și extremităților, sau numai de pilo-erectie.

Alte tipuri. O tehnică vizînd reducerea sau eliminarea tulburărilor de memorie și a celor confuzionale – electroșocul bipolar unilateral pe emisfera nedominant, permite realizarea unei hemicrize electrice declanșate la un prag convulsivant în general inferior. ECT unilateral pe emisfera nondominantă generează o criză bilaterală cu mult mai puțină confuzie și cel mult o eficacitate puțin mai redusă.

Durata tratamentului. În mod obișnuit cura cuprinde 6-8 ședințe, pînă la 12, în funcție de rezultate, o ședință la 2 zile; uneori se aplică serii lungii, pînă la 24-30 de ședințe.

Indicațiile vor fi prezentate în ordinea priorității:

Depresia de intensitate psihotică reprezintă indicația de elecție, electroterapia dovedindu-se superioară medicației antidepressive. Caracteristicile depresiei care ne fac să putem prevedea un răspuns eficient la electroșocuri sunt următoarele:

- scădere ponderală severă,
- trezire precoce matinală,
- lentoare psihomotorie,
- trăsături psihotice – idei delirante depressive.

În practica clinică terapia electroconvulsivantă este folosită în depresii:

- o când o boală depresivă cu trăsături descrise mai sus nu răspunde la tratament antidepressiv
- o în depresia psihotică când suferința este severă, în special atunci când sunt prezente idei delirante
- o în stuporul depresiv

Alte circumstanțe în care terapia electroconvulsivantă este indicată

- o stuporea catatonică
- o psihozele puerperale, în special în cele cu tulburări de conștiință, perplexitate și trăsături afective marcate
- o schizofrenia acută cu stări confuzionale și perplexitate

- o delirium
- o psihoze atipice
- o în schizofrenia cu trasături depresive accentuate
- o sindromul neuroleptic malign
- o în manie, când neurolepticele și litiul nu au putut controla hiperactivitatea.
- o anorexia mintală – ca ultimă eventualitate de tratament.

CIRCUMSTANȚELE ÎN CARE ELECTROȘOCUL NU ARE INDICAȚII
Demențe și sindroame amnestice
Dependența de 3 droguri
Anxietatea și tulburările somatoforme
Tulburările factice
Tulburările dissociative
Tulburările de somn
Tulburările de adaptare
Tulburările de personalitate
Disfuncțiile sexuale

După Fink M (1999)

Contraindicații absolute și relative:

Absolute: - sindrom de hipertensiune intracraniană, tumori cerebrale, anevrism cerebral, anevrism aortic, insuficiență coronariană severă (contraindicație mai ales pentru electroșocul protejat prin anestezie), flebite recente și tratament anticoagulant al acestora, contraindicațiile generale ale oricărei anestezii.

Relative: - în care electroterapia se poate aplica, cu atenție sporită însă, pentru afecțiunea somatică asociată, care se tratează concomitent: hipertensiune și hipotensiune arterială, alte afecțiuni cardiace, stare de deshidratare severă, hepatită în antecedente, fragilități osoase, leziuni musculare – caz în care se aplică electroșocul protejat, stări febrile, TBC evoluțiv în tratament, pneumotorax, pneumectomie, astm, hemiplegii de origine vasculară, cronice, paralizie generală, encefalite infecțioase; sarcină- nu mai prezintă o contraindicație absolută, electroșocul se poate aplica atât la copil cât și la persoane de 80-90 ani.

Efecte nedorite:

Terapia electroconvulsivantă este un tratament sigur, rata mortalității fiind similară cu cea a anesteziilor de scurtă durată folosite în stomatologie.

Riscul mortal – este foarte redus și după unii autori, printre care și Kaplan, este inferior celui determinat de aplicarea neurolepticilor și anti-depresivelor.

În cele mai extinse studii s-a înregistrat un deces la 20.000 de ședințe.

Efectele somatice care apar după ECT sunt rare, totuși cele consecutive anesteziului pot include:

- infarct miocardic,
- aritmii cardiace,
- embolism pulmonar,
- pneumonie.

Dacă miorelaxantul nu a fost administrat adecvat pot apărea dislocări și fracturi.

Hipertensiunea care poate apărea în timpul crizei poate determina hemoragie cerebrală și sângerare într-un ulcer peptic.

Sechele psihologice:

- Mania este precipitată de ECT în aproximativ 5% din cazuri. Acest procent este similar cu cel după tratamentul cu antidepressive tricyclice și apare la acei pacienți cunoscuți ca având sau predispuși să aibă o tulburare afectivă bipolară.
- Stare confuzională poate să dureze în mod obișnuit aproximativ jumătate de oră.
- Cefalea poate, de asemenea, să apară dar este de scurtă durată.
- Tulburările de memorie sunt cele mai importante efecte secundare. Există o amnezie de scurtă durată și rapid tranzitorie pentru evenimentele care preced fiecare electroșoc (amnezie retrogradă) și o amnezie de mai lungă durată post electroșoc (amnezie anterogradă). Pacienții, de asemenea, pot acuza dificultate în reamintirea unor cunoștințe anterior bine învățate cum ar fi numere de telefon sau adrese. Acest tip de acuze sunt de obicei greu de demonstrat cu teste obiective de memorie. Tulburările de memorie post terapie electroconvulsivantă se pot reduce prin:
 - o șoc unilateral pe emisfera nondominantă
 - o evitarea administrării de prea multe ședințe
 - o evitarea administrării unor tratamente prea frecvente
 - o oxigenarea intensă a pacientului înainte de ECT
 - o evitarea folosirii unei cantități inutile sau prea mari de electricitate.
- Crize epileptice – descrise de unii autori, după serii foarte lungi de cure; nu sunt însă unanim acceptate de toți autorii. PETER a descris „sindromul subiectiv al electroșocurilor”, în care bolnavii prezintă tulburări de atenție, dismnezie, astenie.

CAP. 8 REGULI DEONTOLOGICE SPECIALE ÎN PSIHIATRIE

Prezentăm în cele ce urmează regulile pentru anumite moduri de exercitare sau situații particulare ale actului medical din codul deontologic al Colegiului Medicilor din România – secțiunea Psihiatrie.

Secțiunea F

Particularități ale exercițiului specialității de psihiatrie

Art. 137: Diagnosticul unei tulburări psihice va fi pus de psihiatri în conformitate cu Clasificarea Internațională a Maladiilor – OMS (CIM-10) și în acord cu standardele medicale acceptate internațional (Dicționarul American de Statistică Medicală – DSM-IV etc.). Dezacordul unei persoane față de opiniile politice sau religioase majoritare, sau față de valorile morale și culturale ale societății, nu reprezintă criterii de diagnostic pentru o boală psihică.

Art. 138: Psihiatrul nu trebuie să accepte să consulte o persoană, cu sau fără tulburări psihice, dacă aceasta nu este informată despre calitatea sa de psihiatru și de scopul profesional al vizitei sale și nu trebuie să accepte să consulte o persoană, cu sau fără tulburări psihice, în locuri care nu asigură prestarea actului medical respectiv (mijloace de transport în comun, restaurant etc.).

Art. 139: Psihiatrii trebuie să informeze persoanele cu tulburări psihice, pe membrii familiei (sau, în lipsa acestora, persoanele apropiate ori desemnate legal) despre procedurile terapeutice, măsurile de reabilitare și despre alternativele posibile).

Art. 140: Psihiatrii, ca de altfel toți membrii societății, trebuie să înțeleagă și să accepte că persoanele cu tulburări psihice au aceleași drepturi și libertăți fundamentale ca toți ceilalți membri ai societății în care trăiesc.

Art. 141: Psihiatrii, alături de ceilalți membri ai societății, trebuie să participe activ la protejarea persoanelor cu tulburări psihice împotriva exploatării, abuzurilor fizice sau de alt gen și împotriva tratamentului degradant.

Art. 142: Psihiatrii trebuie să refuze cooperarea cu un pacient sau cu o terță persoană care solicită o acțiune contrară cunoștințelor științifice sau principiilor etice.

Art. 143: Psihiatrii nu trebuie să acorde tratament psihiatric și nici să utilizeze profesia ca sursă de profit față de o persoană la care s-a stabilit absența unei tulburări psihice.

Art. 144: Psihiatrii nu trebuie să folosească informațiile furnizate de pacient și nici ascendentul pe care îl conferă poziția lor psihoterapeutică, în scopul influențării deciziilor pe care pacientul le ia în afara sferei de obiective ale terapiei.

Art. 145: Psihiatrii nu trebuie niciodată să-și folosească posibilitățile profesionale pentru a viola drepturile omului sau demnitatea unei persoane cu sau fără tulburări psihice, indiferent de prejudecățile, dorințele, sentimentele și credințele personale.

Art. 146: Psihiatrii trebuie să păstreze independența deciziilor profesionale față de autoritatea de stat, de interesele politice, economice sau de alt gen, în luarea unei decizii față de o persoană cu tulburări psihice sau față de o persoană la care s-a stabilit absența unei tulburări psihice și care ar putea viola demnitatea sau drepturile omului.

Art. 147: Psihiatrii trebuie să asigure toate măsurile pentru a păstra demnitatea și anonimatul persoanelor cu tulburări psihice, fiind interzis accesul unor terțe persoane (cu excepția celor abilitate prin lege) la documentele medicale, cât și formularea în public și publicații, de concluzii de specialitate cu nominalizarea persoanelor cu tulburări psihice. Confidențialitatea informațiilor se păstrează și după decesul pacienților.

Art. 148: Psihiatrii trebuie să stabilească intervențiile terapeutice care sunt cel mai puțin restrictive pentru libertatea persoanelor cu tulburări psihice. Tratamentul voluntar trebuie încurajat când este posibil și pe cât este posibil, în comunitatea în care trăiește persoana cu o tulburare psihică. În absența oricăror mijloace de a acorda tratamentul potrivit (tratamentul care se impune ca o necesitate), o persoană cu tulburări psihice poate fi internată într-un spital de psihiatrie fără consimțământul său și se pot lua măsuri obligatorii de tratament numai când, din cauza tulburării sale psihice, reprezintă un pericol grav și iminent pentru el însuși sau/și pentru alte persoane, sau pune în pericol importante valori materiale sau culturale private sau publice. Măsurile de tratament obligatoriu se pot lua și în ambulatoriu.

Art. 149: Sterilizarea prin orice mijloace nu trebuie niciodată aplicată ca mijloc de tratament al unei tulburări psihice.

Art. 150: În cadrul procesului de cercetare, participarea persoanelor cu tulburări psihice se face atât cu consimțământul lor cât și cu consimțământul familiei (ori, în lipsa familiei, a reprezentanților lor legali). Informațiile confidențiale pot fi folosite pentru cercetare și publicate numai în condițiile păstrării anonimatului pacienților participanți la programul de cercetare (cu excepția cazurilor când este menționat în scris acordul pacienților și al familiei sau al reprezentanților săi legali). Pacienții spitalizați fără consimțământul lor nu pot fi folosiți ca subiecți de cercetare.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. *** **Toward an Integrated Medicine - Classics From Psychosomatic Medicine, 1959-1979.** Ed. American Psychiatric Press, Inc., Washington DC, 1995.
2. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
3. **American Psychiatric Association.** Practice Guidelines. Ed. Washington DC, American Psychiatric Association, 1996.
4. **Andreasen, NC.** Posttraumatic Stress Disorder, in Comprehensive Textbook of Psychiatry. Edited by Kaplan HI, Freedman AM, Sadok BJ Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1980, pp1517-1525.
5. **Bailly, D; Parquet J.** Une conduite addictive: la tentative de suicide; en Les nouvelles adictions, Ed. Masson, Paris, 1991.
6. **Bergeret, J.** La depression et les etats-limites. Ed. Payot, Paris, 1974.
7. **Bergeret, J.** Psychologie pathologique, theorique et clinique, 8e edition. Ed. Masson, Paris, 2000.
8. **Bernard, P; Trouve, S.** Semiologie psychiatrique. Ed. Masson, Paris, 1977.
9. **Bloch, S; Chodoff.** Etică psihiatrică, ediția a 2-a. Ed. APLR și GIP, București, 2000.
10. **Bostwich, MD; Rundell, JR.** Suicidality, pp138-162, in Text book of Consultation-Liaison Psychiatry, Inc. Washington DC, 1997.
11. **Brânzei, P.** Itinerar psihiatric. Ed. Junimea, Iași, 1975.
12. **Briley, M; Montgomery, S.** Antidepressant therapy, Ed. Martin Dunitz, London, 1999.
13. **Caïn, J.** Le champ psychosomatique. Ed. Presses Universitaires de France, Paris, 1990.
14. **Caïn, J.** Psihanaliză și psihosomatică. Ed. Trei, Iași, 1998.
15. **Cathebras, P; Bouchou, K; Charmion, S; Rousset, H.** *Le syndrome de fatigue chronique: une revue critique.* Rev Med Interne, Apr 1993, 14 (4) pp233-42.
16. **Chambers, R.** *Avoiding burnout in general practice.* Br-J-Gen-Pract, Nov 1993.
17. **Cheng, TO.** Munchausen syndrome. *J Intern Med* 1999 May;245(5):544-5.
18. **Chelcea, S.** Experimentul în psihologie, Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1982.
19. **Chiriță, V; Chiriță, R.** Etică și psihiatrie, Ed. Symposion, Iași, 1994.
20. **Cloninger, RC.** Somatoform Disorders and Personality in the General Population and in Psychiatric Outpatients. 8-th ECNP Congress, Veneția, 1995.
21. **Cloninger, C; Guze, MR, et al.,** Diagnosis and prognosis in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 1985;42:15-25.
22. **Coleman, JC; Broen, WE.Jr.** Abnormal Psychology and Modern Life – fourth edition, London, 1979.

23. **Cornuțiu, G.** Bazele psihologice ale practicii medicale. Ed. Imprimeriei de Vest, Oradea, 1998.
24. **Cosman, D.** Sinuciderea – studiu în perspectivă biopsihosocială. Ed. Risoprint, Cluj-Napoca, 1999.
25. **Debray, Q; Granger, B; Azais, F.** Psychopathologie de l'adulte. Ed. Masson, Paris, 2000.
26. **Eckhardt-Henn, A.** [Factitious disorders and Munchausens's syndrome. The state of research]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1999 Mar-Apr;49(3-4):75-89.
27. **Enăchescu, C.** Tratat de psihopatologie, ediția a 2-a revăzută și adăugită. Ed. Tehnică, București, 2001.
28. **Enătescu, V.** Dialogul medic-bolnav, Ed. Dacia, Cluj, 1981.
29. **Engel, G.** Delirium, in *The Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Edited by Freedman MA, Kaplan HI. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1967, pp711-716.
30. **Ey, H.** Défense et illustration de la psychiatrie, la réalité de la maladie mentale. Ed. Masson, Paris, 1978.
31. **Ey, H.** Etudes psychiatriques vol.III Etude-n°17; pp453-483, Hypochondrie, Edition Desclee De Brouwer&Cie, Paris, 1954.
32. **Ey, H.** Traite des hallucinations. Ed. Masson et C^{ie}, Paris, 1973.
33. **Ey, H; Bernard, P; Brisset, CH.** Manuel de psychiatrie. Ed. Masson, Paris, 1978.
34. **Ferreol, G.** Adolescenții și toxicomania. Ed. Polirom, 2000.
35. **Fisher, E.** Schizophrenia, Part I: Etiology and Pathophysiology, An educational programme, CME 2001.
36. **Finkelstein, BA.** *Dysmorphophobia*. *Dis Nerv Syst*, 24:365-370, 1963.
37. **Garrabe, J; Pascal, C; Kipman, SD; Jouselin, D.** Images de la psychiatrie, Ed. Frison-Roche, Paris, 1996.
38. **Gelder, M; Lopez-Ibor, J; Andreasen, N.** *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Ed. Oxford University Press, New York, 2000.
39. **Goldberg, D.** Ghid de psihiatrie practică. Ed. Fundației PRO, București, 1999.
40. **Goldberg D; Benjamin, S; Creed, F.** *Psychiatry in medical practice*. Ed. Richard Clay Ltd., Bungay, Suffolk, 1987.
41. **Goldberg, RJ.** *Practical Guide to the Care of the Psychiatric Patient*, Mosby, Missouri, 1995.
42. **Gorgos, C; Tudose, F și alții.** Dicționar enciclopedic de psihiatrie vol.I-IV. Ed. Medicală, București, 1986-1990.
43. **Gorgos, C; Tudose, F.** *Depresia mascată*. *Revista Infomedica*, vol.I, nr.1, iulie 1993, pp8-9.
44. **Gorgos, C; Tudose, C; Tudose, F; Botezat Antonescu, I; Botezat Antonescu, L.** *Vademecum în psihiatrie*. Ed. Medicală, București, 1985.
45. **Gori, RC; Poinso, Y.** *Dictionnaire pratique de psychopathologie*. Ed Universitaires, Paris, 1972.
46. **Greco, G; Greco-Gaboș, I; Greco-Gaboș, M.** *Depresia: aspecte istorice, etiopatogenice, clinice și terapeuticoprofilactice*. Ed. Ardealul, Tg.Mureș, 2000.
47. **Hamilton, M.** *Psychopathology of depressions: quantitative aspects, section of clinical psychopathology*. Ed.WPA Symposium, 1979.
48. **Hanninen, T; Reinikainen, KJ; Helkala, EL; Koivisto, K; Mykkanen, L; Laakso, M; Pyorala, K.** *Subjective memory complaints and personality traits in normal elderly subjects*. *J Am Geriatr Soc*, Jan 1994, 42 (1) pp1-4.
49. **Holmes, D.** *Abnormal Psychology*. Ed. Harper Collins Publishers, New York, 1991.
50. **Huber, W.** *L'homme psychopathologique et la psychologie clinique*. Presses Universitaires de France, Paris, 1993.
51. **Huber, W.** *Psihoterapiile-Terapia potrivită fiecărui pacient*. Ed. Știință și Tehnică, București, 1997.
52. **Hyman, SE; Jenike, MA.** *Manual of Clinical Problems in Psychiatry*. Little, Brown, and company, Boston, 1990.
53. **ICD10.** *Clasificarea tulburărilor mintale și de comportament*. Ed. All. București, 1998.
54. **Ionescu, A.** *Actualități în chimioterapia psihiatrică*, Ed. MAD Linotype, Buzău, 1996.
55. **Ionescu, G.** *Tulburările personalității*. Ed. Asklepios, București, 1997.
56. **Ionescu, G.** *Psihiatrie clinică standardizată și codificată*. Ed. Univers Enciclopedic, București, 2000.
57. **Ionescu, Ș.** *Quatorze approches de la psychopathologie*, 2-e edition, Paris, Nathan-Universite, 1995.
58. **James, RR; Wise, MG.** *Textbook of consultation - liaison psychiatry*. American psychiatry Press Inc., N.W., Washington DC, 1996.
59. **Jaspers, K.** *Psychopathologie generale*. Ed. Felix Alcan, Paris, 1933.
60. **Jeddi, E** (sub direcția). *Le corps en psychiatrie*. Ed. Masson, 1982.
61. **Kaplan, HI; Sadock, BJ.** *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*, Editia a-VIII-a, Williams and Wilkins, Baltimore, 1997.
62. **Katschnig, H; Freeman, H; Sartorius, N.** *Quality of life in mental disorders*. Ed. John Wiley & Sons, London, 1998.
63. **Keiser, L.** *The Traumatic Neurosis*. JB Lippincott, Philadelphia, PA, 1996.
64. **Larousse.** *Dicționar de psihiatrie și psihopatologie clinică*. Ed. Univers Enciclopedic, București, 1998.
65. **Lauderdale, M.** *Burnout*. Ed. Saunders, Montreal, 1982.
66. **Lăzărescu, M; Mircea, T.** *Curs și îndreptar de psihiatrie*. Ed. Lito-i.m.t., 1986.
67. **Lăzărescu, M.** *Calitatea vieții în psihiatrie*. Ed. Infomedica, București, 1999.
68. **Lăzărescu, M.** *Psihopatologie clinică*. Ed. Helicon, Timișoara, 1994.
69. **Lăzărescu, M.** *Introducere în psihopatologie antropologică*. Ed. Facla, Timișoara, 1989.
70. **Lăzărescu, M; Ogorescu, D.** *Îndreptar de psihiatrie*. Ed. Helicon, Timișoara, 1993.
71. **Lemperiere, Th** (sous la direction). *Aspects evolutifs de la depression. Programme de Recherche et d'Information sur la Depression*. Ed. Masson, Paris, 1996.
72. **Lemperiere, Th.** (sous la direction). *Les depressions reactionnelles*. Ed. Masson, 1997.
73. **Lickey, ME, Gordon, B.** *Medicine and mental illness*. Ed.WH Freeman & Company, New York, 1991.
74. **Lishman, WA.** *Organic psychiatry: the psychological consequences of cerebral disorder*, second edition. London: Blackwell Scient.Pub., 1987.

75. **Macdonald, A; Box, O; Klemperer, F.** Glossary of descriptive psychopathology and neuropsychiatry. Ed. Martin Dunitz, Londra, 2000.
76. **Mace, N.** Dementia Care. Patient family and community. Ed. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1990.
77. **Maj, M; Sartorius, N.** Dementia. Ed. John Wiley & Sons, Ltd, Londra, 2000.
78. **Marinescu, D; Udriștoiu, T; Chiriță, V.** Ghid terapeutic – schizofrenie. Ed. Medicală Universitară, Craiova, 2001.
79. **Marinescu, D.** Tratatul modern al schizofreniei și al psihozelor afective. Ed. Aius, Craiova, 1997.
80. **Marinescu, Gh.** Etică și sociologie contemporană. Relația medic-farmacist-bolnav, Institutul de Medicină și Farmacie, Iași, 1983.
81. **Mincowski, E.** Traité de psychopathologie, vol. I, II, Presses Universitaires de France, Paris, 1966.
82. **Nireștean, A** (sub redacția). Personalitatea normală și patologică. Tulburări anxioase și de dispoziție. Ed. Prisma, Tg. Mureș, 2001.
83. **Pasqualone, GA; Fitzgerald, SM.** Munchausen by proxy syndrome: the forensic challenge of recognition, diagnosis, and reporting. *Crit Care Nurs Q* 1999 May;22(1):52-64; quiz 90-1.
84. **Pelicier, Y.** *Les concepts d'asthenie et de fatigue.* Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp541-4.
85. **Phillips, KA.** *Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment of imagined ugliness.* J-Clin-Psychiatry, 1996, 57 Suppl 8: 61-4; discussion 65.
86. **Pieron, H.** Vocabularul psihologiei, Ed. Univers Enciclopedic, București, 2001.
87. **Porot, A; Porot, M.** Toxicomaniile. Ed. Științifică, București, 1999.
88. **Postel, J.** Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. References Larousse, Paris, 1993.
89. **Predescu, V** (sub redacția). Psihiatrie vol.1. Ed. Medicală, București, 1989.
90. **Predescu, V** (sub redacția). Psihiatrie vol.2. Ed. Medicală, București, 1997.
91. **Predescu, V; Alexandru, S; Prelipceanu, D; Ionescu, R; Tudose, C, Tudose, F.** *Aspecte psihopatologice și etiopatogenice ale nosologiei psihiatrice la adolescent și adultul tânăr.* Revista de Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie nr.3, Iul-Sep 1984.
92. **Predescu, V; Prelipceanu, D; Alexandrescu, L; Tudose C.** *Limite și perspective în patologia nevrotică (referat general),* prezentat la a XIII^a Confătuire Națională de Psihiatrie; București, 11-14 Mai 1988.
93. **Prelipceanu, D; Mihailescu, R; Teodorescu, R.** Tratat de sănătate mintală vol I. Ed. Enciclopedică, București, 2000.
94. **Prelipceanu, D și colab.** Ghid de tratament în abuzul de substanțe psihoactive. Ed. Infomedica, București, 2001.
95. **Rășcanu, R.** Neuropsihofiziologia devianței la adolescenți și tineri. Ed. Actami, București, 1999.
96. **Restani, A.** Patologie Informațională, Ed. Academiei Române, 1997, București.
97. **Sadock, B; Sadock, V.** Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ediția a 7-a. Ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000.

98. **Salloum, IM; Daley, DC; Thase, ME.** Male Depression, Alcoholism and Violence, Ed. Martin Dunitz Ltd., Londra, 2000.
99. **Schnieden, V.** Synthesis of Psychiatric Cases, Ed. Vivienne Schnieden Greenwich Medical Media, Londra, 2000.
100. **Schukit, M.** Drug and Alcohol Abuse – a clinical guide to diagnosis and treatment, fourth edition. Ed. Plenum Medical Book Company, New York, 1995.
101. **Sharpe, M.** *Non-pharmacological approaches to treatment.* Ciba Found Symp, 1993, 173 pp298-308; discussion 308-17.
102. **Shorter, E.** *Chronic fatigue in historical perspective.* Ciba Found Symp, 1993, 173 pp6-16, discussion 16-22.
103. **Shorter, E.** *Somatization and chronic pain in historic perspective.* Clin-orthop, Mar 1997 (336):52-60.
104. **Simpson, M; Bennett, A; Holland, P.** *Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis as a twentieth-century disease: analytic challenges.* J Anal Psychol, Apr 1997, 42 (2) pp191-9.
105. **Sims, A.** Symptoms in the Mind. An Introduction to Descriptive Psychopathology, Saunders Company Ltd., Norfolk, 1995.
106. **Stahl, S.** Psychopharmacology of Antipsychotics. Ed. Martin Dunitz, Londra, 1999.
107. **Stein, DJ; Hollander, E.** Anxiety Disorders Comorbid with Depression: Social anxiety disorder, post-traumatic stress disorder, generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder, Ed. Martin Dunitz Ltd., Londra, 2002.
108. **Stoudemire, A; Fogel, S(ed.)**. Îngrijirea psihiatrică a pacientului de medicină internă, New York, NY, Oxford University Press, 1993.
109. **Strain, JJ; Strain, JW.** Liaison psychiatry, in Modern Perspectives in Clinical Psychiatry. Edited by Howells JG. New York, Brunner/Mazel, 1988, pp76-101.
110. **Sugiyama, T.** Coping with Senile Dementia. Ed. Kawasaki Saiwai Hospital, Miyakocho, Kyoto, 1996.
111. **Tatossian, A.** Phenomenologie des psychoses, Ed. Masson, Paris, 1979.
112. **Teodorescu, R., (sub redacția).** Actualități în tulburările anxioase. Ed. CRIS CAD, București, 1999.
113. **Truchon, M; Lemyre, L.** *Les evenements anticipés comme stressseurs.* Sante Mentale au Quebec, XX, 1995.
114. **Tudose, C; Tudose, F; Voicilă, C.** *Diagnosticul precoce al demenței Alzheimer,* Infomedica nr.3(18-21), anul V, 1997.
115. **Tudose, C; Tudose, F.** *Neurastenia la 130 de ani,* Infomedica, nr.9(67), anul VII, 1999.
116. **Tudose, C.** De la cercetare și standardele de calitate în gerontopsihiatrie la îngrijirile reale în boala Alzheimer: *Revista română de psihiatrie, 2000, seria a III-a vol II, nr.2-3: 71-76.*
117. **Tudose, C.** Demențele-o provocare pentru medicul de familie. Ed. Infomedica, București, 2001.
118. **Tudose, F; Prelipceanu, D.** *Depresia sau tentația modelului,* comunicată la Confătuirea USSM Secția Psihiatrie, cu tema "Depresiile", Târgu-Mureș, 10-11 Oct 1986, publicată în volumul Depresiile, 1987, pp480-481.

Bibliografie

119. **Tudose, F; Radu E.** *Addictive-Type Behaviour in Teenagers and Young People as a Result of Major Social Disruption*, prezentată la al 14-lea Congres Internațional de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului (I.A.C.A.P.A.P.). Stockholm, 2-6 August 1998, Suedia.
120. **Tudose, C.** *Psihiatria românească în reformă*, Revista Colegiul, nr.8(11), vol. II, anul 2, 1998.
121. **Tudose, F.** O abordare modernă a psihologie medicale. Ed. Infomedica, București, 2000.
122. **Tudose, F.** *Coaxil o soluție între depresia somatizată și tulburările somatoforme*, Simpozion „Progrese în diagnosticul și tratamentul depresiei”, București, 2000.
123. **Tudose, F; Dobranici, L; Niculăiță, A.** *Sindromul Münchhausen revine pe internet*, Revista Medicala Română, vol XLVII nr.3-4/2000, 154-161.
124. **Tudose, F.** *Trinormul depresie-anxietate-tulburări somatoforme și iluzia nosologiei*, lucrare prezentată la Conferința „Actualități în terapia depresiei”, Iași, 2000.
125. **Tudose, F.** *Impactul economic și social al depresiei*, Simpozionul „Noi antidepresive”, București, 2000.
126. **Tudose, F.** *Tulburarea mixtă depresie-anxietate fundal al tulburărilor somatoforme un impas terapeutic?* lucrare prezentată la Simpozionul „Actualitatea depresiei”, București, 2001.
127. **Tudose, F; Tudose, C; Dobranici, L.** *Psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi*. Ed. Infomedica, București, 2002.
128. **Tusques, J.** *Initiation à la psychologie medicale*, Librairie Maloine, Paris, 1976.
129. **Udriștoiu, T; Marinescu, D; Boișteanu, P.** *Ghid terapeutic-depresie majoră*. Ed. Medicală Universitaria, Craiova, 2001.
130. **Usten, TB; Bertelsen, A., Dilling, H et al.** *ICD-10 Casebook - The Many Faces of Mental Disorders*, American Psychiatric Press, Inc., 1996.
131. **Venisse, JL** (sous la direction). *Les nouvelles addictions*. Ed.Masson, 1991.
132. **Villey, G.** *La psychiatrie et les sciences de l'homme*. Ed.Felix Alcan, Paris, 1933.
133. **Vrasti, R; Eisenmann, M.** *Depresii – noi perspective*. Ed. All, București, 1996.
134. **Westenberg, HGM; den Boer J.A.** *Social Anxiety Disorder*. Ed.SynThesis Pub. Amsterdam, 1999.
135. **Widlocher, D.** *Les Logiques de la depression*. Paris , Fayard, 1983.
136. **World Health Organization.** *Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms*, 2nd Edition.Geneva, World Health Organization, 1994.
137. **World Health Organization.** *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*, World Health Organization, Geneva, 1993.