

**Clinica Psihiatrică Timișoara**

**CAIET DE SEMIOLOGIE PSIHIATRICĂ  
PENTRU MEDICII REZIDENȚI**

**- pentru uz intern -**

**- după notițe de curs și bibliografie -**

**Ediția a II-a, 2008**

**Prof. Dr. Mircea Lăzărescu**

**Dr. Ramona Bărănescu, medic rezident,  
în colaborare cu medicii rezidenți:**

**Dr. Nicoleta-Mirona Cumpănaș-Filip**

**Dr. Cătălina Giurgi-Onu**

**Dr. Alexandru Petcu**

**Dr. Cristian Silvoșeanu**

**Dr. Fabiola Trancotă**



## **Cuprins**

<b>Cuvânt înainte.....</b>	<b>5</b>
<b>Sindroamele standard în formă tipic ideală.....</b>	<b>7</b>
<b>Sindromul de anxietate generalizată.....</b>	<b>10</b>
<b>Scala Hamilton de evaluare a anxietății generalizate.....</b>	<b>14</b>
<b>Sindromul atacului de panică.....</b>	<b>19</b>
<b>Sindromul fobic.....</b>	<b>22</b>
<b>Sindromul somatoform, al trăirii distorsionate a corporalității.....</b>	<b>26</b>
<b>Sindromul obsesiv-compulsiv.....</b>	<b>29</b>
<b>Sindromul stărilor conversive și disociative.....</b>	<b>32</b>
<b>Sindromul insuficienței autocontrolului instinctivo-pulsional</b>	
<b>Comportamentul impulsiv.....</b>	<b>35</b>
<b>Sindromul de dependență, adicție.....</b>	<b>39</b>
<b>Sindromul depresiei inhibate.....</b>	<b>42</b>
<b>Scala Hamilton de evaluare a depresiei.....</b>	<b>47</b>
<b>Sindromul maniacal.....</b>	<b>55</b>
<b>Scala Young de evaluare a maniei.....</b>	<b>57</b>
<b>Sindromul halucinator și al distorsiunilor perceptiv.....</b>	<b>61</b>
<b>Sindromul de depersonalizare – derealizare.....</b>	<b>64</b>
<b>Sindromul de transparență, influență și de referință.....</b>	<b>67</b>
<b>Sindromul delirant; delirul paranoid.....</b>	<b>72</b>
<b>Sindromul dezorganizării ideo-verbale și</b>	
<b>motivațional comportamentale.....</b>	<b>78</b>
<b>Sindromul apatic amotivațional.....</b>	<b>81</b>
<b>Sindromul denivelării vigilității. Delirium.....</b>	<b>84</b>
<b>Sindromul dismnestic.....</b>	<b>87</b>
<b>Sindromul demential.....</b>	<b>89</b>



## **Cuvânt înainte**

În 2007, în Clinica Psihiatrică Timișoara a fost realizat un caiet de semiologie pentru rezidenți după notițele de la cursul profesorului Mircea Lăzărescu și după bibliografie. El a fost îngrijit de rezidenta Magda Blaj și a servit învățământului. Acest caiet de semiologie, caiet centrat pe sindroamele psihopatologice a încorporat și criteriile de diagnostic după ICD-10 și DSM-IV-TR a unor tulburări psihice care aveau o trimitere directă la marile sindroame psihopatologice. De asemenea cuprinde o listă alfabetică de definiții a unor simptome.

Proiectul a fost reluat de rezidenți în 2008. Tot după cursul ținut de profesor Mircea Lăzărescu și bibliografie, ținând cont și de prima ediție și de sugestiile ulterioare, s-a realizat de către rezidenți o a doua ediție a cursului. El este centrat tot pe sindroamele standard, dar intenționează acum să fie un prim caiet din mai multe surse dedicate psihopatologiei clinice în conformitate cu tematica cursurilor susținute. El integrează și o parte de semiologie centrată pe simptome, dar prezentate pe funcții și în manieră alfabetică.

Echipa de rezidenți ce a lucrat la revizuire a fost coordonată de rezidenta Ramona Bărănescu și e constituită din: Nicoleta-Mirona Cumpănaș-Filip, Cătălina Oncu-Giurgi, Alexandru Petcu, Cristian Silvoșeanu, Fabiola Trancotă.



## **Sindroamele standard în formă tipic ideală**

Semiologia psihopatologică poate fi abordată, la fel ca în restul medicinei, din mai multe perspective.

Una este cea a funcțiilor psihice ca de exemplu perturbarea atenției, percepției, capacității de decizie, a vorbirii, etc, toate aceste funcții fiind definite și studiate în normalitate de psihologie.

O altă perspectivă este cea a sindroamelor care constau dintr-un ansamblu de funcții psihice care se întâlnesc frecvent împreună în patologie și prezintă o coerență interioară. Astfel este inhibiția psihomotorie de tip stuporos sau sindromul apatic, de indiferență. Sindroamele psihopatologice au diverse grade de complexitate. Totuși ele sunt cele ce se regăsesc la baza episoadelor psihopatologice, așa cum acestea pot fi identificate clinic, precum ar fi: episodul depresiv, episodul delirant, episodul obsesiv compulsiv.

Sindroamele importante pentru psihopatologie pot fi un punct de plecare mai firesc pentru abordarea semiologiei deoarece ele au un echivalent în normalitate astfel încât de la început cel ce studiază sau lectorul are o bază de referință în propria experiență și în observarea vieții de zi cu zi. Astfel sindromul fobic constă în variante psihopatologice a fricilor pe care omul le poate trăi singur, cel maniacal are o replică în veselia sărbătorească, cel al deficitului de autocontrol pulsional în deciziile pripite pe care orice om le poate avea uneori. Din acest punct de vedere al sindroamele psihopatologice considerate ca replică în direcția deficitară a unor trăiri normale se poate vorbi de un număr finit de sindroame standard.

Acesta poate fi evaluat ca fiind mai mare sau mai mic în funcție de complexitatea trăirilor care sunt luate în considerare dar din principiu el se cere considerat ca finit.

Când se comentează sindroamele standard ca de exemplu anxietatea, depresia, mania, delirul, denivelarea vigilității conștiente, se cere precizată atât diferența față de respectiva trăiri normală cât și intensitățile clinice ce se pot manifesta: de exemplu depresia ușoară, severă, gravă, inhibată sau ideația prevalentă (idee supraevaluată), convingere delirantă marginală, intensă și de neschimbat, etc. Așa cum trăirile normale ale omului au toate la bază și o anumită constelație a funcționării encefalului la fel și în cazul sindroamelor standard e de presupus, invocată și uneori demonstrată o disfuncție cerebrală, mai ales în ceea ce privește perturbarea neurotransmisiei cerebrale. Astfel se consideră că depresia e însoțită de o hipotransmisie la nivelul căilor aminergice

Sindroamele psihopatologice, la fel ca în restul medicinei, constau din multiple simptome. Acestea nu se întâlnesc totdeauna toate la un caz dat. În plus unele sunt mai frecvente și mai important (semnificative) pentru cazul dat decât altele. Pe de altă parte în realitatea clinică sindroamele pot avea diverse forme de manifestare. Descrierea unui sindrom nu poate fi exhaustivă și nu poate surprinde chiar toate variantele. Ea se poate realiza în variante „tipice”. Adică într-o formă cât mai caracteristică pentru sindromul respectiv; formă care reunește semnificativ aspecte ce pot fi prezente la mai multe cazuri. Deoarece nici un caz concret nu poate corespunde întru totul unei descrieri tipice, aceasta mai poate fi considerată și ca o formă ideală. Sindroamele astfel descrise ca și cazuri tipice ideale sunt construcții teoretice care se constituie ca și cadre de referință pentru cazurile concrete.



Criteriile pentru diagnosticul clinic extrag din descrierea unui sindrom standard ca și caz tipic ideal, câteva elemente esențiale sau semnificative, care dacă sunt identificate se presupune că și celelalte au mare probabilitate de a fi prezente. La fel procedează scalele de evaluare cantitative. Faptul poate fi exemplificat la diverse sindroame, de exemplu la cel depresiv.

Sindroamele standard surprind diverse incidente ale trăirilor persoanei. De aceea nici descrierea lor nu poate fi unitară. Unele sindroame ca cel anxios, depresiv, maniacal, se referă la modificari de durată a ansamblului trăirilor persoanei astfel încât pot fi comentate din cel puțin patru perspective: al trăirilor subiective, al funcționării cognitive, al manifestarilor comportamental expresive și al modificărilor corporale, de la nivelul musculaturii striate, dar și a organelor interne fapt exprimat prin simptome neurovegetative. Alte sindroame ca cel fobic sau al deficienței autocontrolului pulsional se manifestă doar în anumite împrejurări în afara cărora subiectul e practic asimptomatic. La fel denivelarea vigilității conștiente – care are ca referință oscilațiile dintre somn și veghe – are alți parametri de descriere decât trăirile delirante care se referă la convingeri de durată a persoanei. Această varietate a abordărilor în cadrul sindroamelor standard capătă un nivel de similitudine și uniformitate odată cu referința la simptomele psihopatologice.

Semiologia psihopatologică ar trebui să fie neutră față de etiopatogenie. În unele cazuri se fac totuși trimiteri, directe sau indirecte, la factori psihogeni sau organici deoarece sindromologia e mai apropiată de clinică decât psihopatologia simptomelor.

Sindroamele standard sunt cele ce stau la baza episoadelor psihopatologice. Totuși doar rareori episodul se reduce la un sindrom standard. Deseori se combină mai multe sindroame sau elemente ale

acestora. De aceea în clinica psihiatrică este necesar întotdeauna, o dată cu circumscrierea și diagnosticarea cazului să se întocmească o linie de simptome care să fie urmărită diacron.

## **Sindromul de anxietate generalizată**

Anxietatea e trăită frecvent în normalitate ca sentiment al unui pericol neprecizat (ca temă, timp și loc) și se manifestă prin hipervigilență, investigare, tensiune de, așteptare, neliniște. Sub această formă ea e prezentă și la animale. Poate fi condiționată de informații insuficiente sau greu de sintetizat, de lipsa de repere, de conștiința incapacității de-a face față unor solicitări intense și periculoase, de a controla situațiile. Are multiple corelații somatice condiționate de alerta generală în care se află organismul.

În cadrul unei anxietăți generalizate înțelese ca sindrom psihopatologic standard se întâlnesc următoarele grupaje de simptome:

Din punct de vedere subiectiv pacientul trăiește

- sentimentul continuu al unui pericol neprecizat, nelocalizat în timp și spațiu și preocuparea de a nu apărea un pericol necontrolabil;
- îngrijorare excesivă privitor la ce se poate întâmpla într-un viitor apropiat, lui sau celor apropiați sufletește, cu imaginarea unor eventualități nefavorabile și, eventual, cu sentimentul unei catastrofe iminente sau a morții sale iminente;
- sentiment de încordare, de tensiune interioară, iritabilitate, irascibilitate, nerăbdare;

- reținere față de necunoscut, de persoane necunoscute, de situații problematice;
- atenție exagerată acordată funcționării propriului corp cu interpretarea catastrofică a senzațiilor corporale ca posibili indici de boală sau a unei disfuncții fatale.

**Din punct de vedere cognitiv** pacientul trăiește:

- atenția este:
  - hipermobilă, dispersată, cu dificultăți de concentrare și persistență;
  - hiperatenție față de stimuli externi și interni (informații, senzații, percepții) care ar putea fi relevanți pentru evenimente periculoase.
- percepția
  - percepții corporale neplăcute, cenestopatii.
- memoria și imaginația pot fi crescute pentru anumite teme posibil relevante pentru un eventual pericol;
- cursul gândirii este segmentat din cauza dificultății de persistență;
- deși subiectul este hipervigil, randamentul intelectual este de obicei scăzut, din cauza dificultăților de concentrare și persistență.

În perspectiva timpului trăit subiectul se concentrează pe un prezent punctiform deschis spre un viitor problematic și periculos, nefavorabil. Trecutul nu interesează decât în măsura în care ar putea informa despre eventuale pericole. Viitorul nu poate fi abordat într-o perspectivă îndepărtată. Prezentul nu e controlat în perspectiva desfășurării activităților firești și a celor performante.

În raport cu sine, subiectul se simte nesigur, vulnerabil și neajutorat, cu nevoie de protecție din partea unor persoane puternice, nevoie de contact social. Pe alții îi împarte în persoane apropiate cărora le cere ajutorul și persoane necunoscute, posibil periculoase.

**Din punct de vedere comportamental și expresiv, se constată:**

- neliniște psihomotorie - subiectul nu poate sta într-un loc, își frământă mâinile, își roade unghiile;
- tensiune musculară (tonus muscular crescut);
- postură încordată, cu reacție de tresărire la zgomot;
- iritare;
- voce tremurată și precipitată;
- hiperreactivitate la stimuli;
- imposibilitate de relaxare;
- nevoie de contact social (dificultate de a sta singur, mai ales seara și noaptea), nevoie de protecție;
- expresia mimicii este de investigare tensionată, cu mișcări permanente ale ochilor, care exprimă frică;
- fruntea încruntată după modelul mirării, uneori încruntare;
- fața poate exprima îngrijorare.

**Din punct de vedere bio-corporal, vegetativ:**

- disomie, cu adormire dificilă (din cauza dificultății de relaxare, a nesuportării întinericului, a fricii de coșmaruri);
- tulburări de bioritm cu rău vespéral;
- tonus muscular crescut cu dureri, tresăriri și tremor mai ales al mâinilor;

- ritm cardiac crescut, uneori cu creșterea TA;
- tahipnee;
- tranzit intestinal accelerat, scaune moi și frecvente, balonări, borborisme, regurgitații, eructații, uneori greață și dureri abdominale;
- polakiurie;
- ejaculare precoce, frigiditate, amenoree, pierderea libidoului;
- transpirații (mai ales în palme și axile);
- dermatografism crescut, piloerecție, parestezii (senzații de arsură, furnicături, roșeață);
- la nivelul extremității cefalice uscarea gurii, încheșurarea vederii, roșeață și paloare a feței;
- amețeli.

Anxietatea generalizată se asociază și se însoțește cu diverse boli somatice. Ea se asociază frecvent cu atacurile de panică (împreună cu acestea și cu fobiile formează complexul clinic al tulburărilor anxioase) și cu depresia (în cadrul stărilor anxios-depresive).

Anxietatea poate fi și de intensitate majoră, psihotică, întâlnindu-se în delirul paranoid, schizofrenie și în diverse tulburări organice generale și cerebrale.

## Scala Hamilton de evaluare a anxietății generalizate

### GHID DE INTERVIU STRUCTURAT PENTRU SCALA DE ANXIETATE HAMILTON

INIȚIALE PACIENT \_\_\_\_\_ ORA ÎNCEPERII HAM-A \_\_\_\_  
OPERATOR INTERVIU \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

<b>SLAB</b>	Se manifestă neregulat și pentru perioade scurte
<b>MODERAT</b>	Se manifestă relativ constant și durează mai mult, subiectul trebuind să depună un efort considerabil pentru a-i face față
<b>SEVER</b>	Se manifestă continuu și domină viața pacientului
<b>FOARTE SEVER</b>	Se manifestă ca un handicap

**PREZENTARE GENERALĂ:** Aș vrea să vă pun câteva întrebări despre ultima săptămână. Cum v-ați simțit de (ZIUĂ DIN SĂPTĂMÂNĂ) încoace? **DACĂ ESTE AMBULATORIU:** Ați muncit? **DACĂ NU:** De ce (nu)?

**În ultima săptămână, cât de îngrijorat ați fost?**

**Cât de mult v-ați gândit la tot ce poate fi mai rău sau v-ați temut de ceea ce vă așteaptă?**

**În această ultimă săptămână, ați fost mai irascibil decât de obicei?**

**1.STARE ANXIOASĂ** (îngrijorare, așteptarea a tot e poate fi mai rău, teamă de ceea ce urmează, irascibilitate):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

**DACĂ PUNCTAJUL LA ÎNTREBAREA DE MAI SUS ESTE ÎNTRE 1-4, ÎNTREBAȚI:** De când vă simțiți așa?

**În ultima săptămână, cât timp v-ați simțit obosit ?**

**În ce măsură v-au deranjat oricare dintre următoarele: tresăriți ușor, plângeți ușor, tremurați, aveți o stare de neliniște, nu vă puteți relaxa?**

PENTRU FIECARE SIMPTOM: Cât de puternic s-a manifestat această stare în ultima săptămână?

**În această ultimă săptămână, v-a fost teamă de întuneric, de persoane necunoscute, de singurătate, de animale, de trafic, sau de aglomerație? DACĂ DA: Cât de intens?**

Vă mai este teamă și de altceva anume?

**OBSERVAȚIE: INCLUDEȚI ORICE ANXIETATE IRAȚIONALĂ LA OBIECTE SAU SITUAȚII.**

<b>SLAB</b>	Se manifestă neregulat și pentru perioade scurte
<b>MODERAT</b>	Se manifestă relativ constant și durează mai mult, subiectul trebuind să depună un efort considerabil pentru a-i face față
<b>SEVER</b>	Se manifestă continuu și domină viața pacientului
<b>FOARTE SEVER</b>	Se manifestă ca un handicap

**Acum să vorbim despre somnul dumneavoastră. Înainte să apară toate acestea, care erau orele obișnuite la care mergeați la culcare și vă trezeți?**

**Când ați adormit și când v-ați trezit în ultima săptămână?**

**În ultima săptămână, ați avut somn intermitent sau neodihnit și v-ați trezit obosit? Dar vise neplăcute sau coșmaruri ați avut?**

PENTRU FIECARE SIMPTOM: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru? Cât de des s-a întâmplat în ultima săptămână?

**2.TENSIUNE** (senzație de tensiune, obosește ușor, reacție de tresărire, îi dau lacrimile ușor, tremurături, senzație de neliniște, incapacitatea de a se relaxa):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

**3.TEAMĂ** (de întuneric, de persoane necunoscute, de singurătate, de animale, de trafic sau de aglomerație):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

**4.INSOMNIE** (adoarme cu dificultate, somn intermitent, somn neodihnit și oboseală la trezire, vise, coșmaruri, spaima nocturne):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

**În ultima săptămână, v-a fost greu să vă concentrați sau să vă amintiți ceva? (Cât de greu?)**

**5.INTELECTUAL**( dificultăți de concentrare, memorie slabă):

1. absent
2. slab
3. moderat
4. sever
5. foarte sever

**În această ultimă săptămână, v-ați simțit mai bine sau mai rău într-o anumită parte a zilei – dimineața sau seara?**

**6.STARE DEPRESIVĂ** (pierderea interesului, lipsa plăcerii în exercitarea hobby-urilor, depresie, trezire devreme, oscilații diurne):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

DACĂ EXISTĂ O DIFERENȚĂ: În ce măsură vă simțiți mai rău (DIMINEAȚA SAU SEARA)?  
DACĂ NU ESTE SIGUR: Puțin mai rău sau mult mai rău?

**În ultima săptămână, ați resimțit spasme musculare, blocaje musculare sau tresăriri subite ale mușchilor?**

**7.SOMATIC (MUSCULAR)** (dureri, spasme, blocaje, tresăriri mioclonice, scrâșnete din dinți, voce tremurată, tonus muscular crescut):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

**Dar scrâșnete din dinți, voce tremurată sau mușchi încordați?**

DACĂ DA: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru? (cât de mult v-a deranjat?)

**SLAB**

Se manifestă neregulat și pentru perioade scurte

**MODERAT**

Se manifestă relativ constant și durează mai mult, subiectul trebuind să depună un efort considerabil pentru a-i face față

**SEVER**

Se manifestă continuu și domină viața pacientului

**FOARTE SEVER**

Se manifestă ca un handicap

**În ultima săptămână, ați avut țiuitori în urechi, vedere încețoșată, senzații de cald și de frig, senzație de slăbiciune sau de înțepături?**

**8.SOMATIC (SENZORIAL)** (tinnitus, vedere încețoșată, senzații de cald și de frig, senzație de slăbiciune, înțepături):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

DACĂ DA: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru?  
(Cât de mult v-a deranjat?)



**În ultima săptămână, ați avut bătaii neregulate ale inimii sau palpitații? Ați avut dureri în piept, vase de sânge palpitând sau senzații de leșin?**

PENTRU FIECARE SIMPTOM: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru în ultima săptămână?

**În ultima săptămână, ați simțit apăsare sau greutate în piept sau senzații de sufocare? Dar lipsă de aer?**

PENTRU FIECARE SIMPTOM: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru în ultima săptămână?

**În ultima săptămână, v-a fost greu să înghițiți? Ați avut dureri de stomac sau balonare, greață, vomă, arsuri sau borborisme în stomac sau constipație?**

PENTRU FIECARE SIMPTOM: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru în ultima săptămână?

**9.SIMPTOME CARDIOVASCULARE** (tahicardie, palpitații, dureri în piept, vase de sânge palpitând, senzații de leșin):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

**10.SIMPTOME RESPIRATORII**

(apăsare sau greutate în piept, senzații de sufocare, oftat, dispnee):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

**11.SIMPTOME**

**GASTROINTESTINALE** (dificultăți la înghițire, gaze dureri abdominale, senzații de arsură, balonări, greață, vomă, borborisme, diaree, pierdere în greutate, constipație ):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

**SLAB**

**MODERAT**

**SEVER**

**FOARTE SEVER**

Se manifestă neregulat și pentru perioade scurte

Se manifestă relativ constant și durează mai mult, subiectul trebuind să depună un efort considerabil pentru a-i face față

Se manifestă continuu și domină viața pacientului

Se manifestă ca un handicap

**PENTRU FEMEI:** Când sunt nervoase sau anxioase unele femei nu mai pot avea orgasm, deși au avut în trecut. Vi s-a întâmplat așa ceva de când ați început să vă simțiți rău? DACĂ DA: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru? (Când a început?)

Ați avut ciclul menstrual în ultima lună? DACĂ NU: Știți cumva de ce? DACĂ DA: Hemoragia a fost mai puternică decât de obicei?

În ultima săptămână a trebuit să urinați mai des? Ați simțit nevoia imperioasă să faceți acest lucru?

**PENTRU BĂRBAȚI:** Când sunt nervoși sau anxioși, unii bărbați încep să aibă probleme cu ejacularea precoce sau le este greu să mențină o erecție. Vi s-a întâmplat așa ceva de când ați început să vă simțiți rău? DACĂ DA: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru? (Când a început?)

În ultima săptămână a trebuit să urinați mai des? Ați simțit nevoia imperioasă să faceți acest lucru?

În ultima săptămână, vi s-a întâmplat să roșiți sau să păliți? Ați avut senzația de amețală sau ați avut dureri de cap datorate încordării sau ați simțit că vi se ridică părul pe brațe, pe ceafă sau pe cap?

PENTRU FIECARE SIMPTOM: Cât de puternic s-a manifestat acest lucru în ultima săptămână?

**PUNCTAJ BAZAT PE OBSERVAȚIILE DIN  
TIMPUL INTERVIULUI**

**ORA ÎNCHEIERII HAM-A  
PUNCTAJ TOTAL**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **12.SIMPTOME UROGENITALE**

(polakiurie, micțiuni imperioase, amenoree, menoragie, frigiditate, ejaculare precoce, pierderea libidoului, impotență):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

## **13.SIMPTOME VEGETATIVE**

(uscăciunea gurii, congestie, paloare, tendința de a transpira, vertij, cefalee datorată tensiunii musculare, piloerecție):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

## **14.COMPORTAMENTUL LA INTERVIU**

(postură încordată, neastâmpăr, neliniște, tremurături ale mâinilor, încruntare, facies încordat, oftat, polipnee, paloarea feței, înghițire în sec, eructație, ROT vii, pupile dilatate, exoftalmie):

- absent
- slab
- moderat
- sever
- foarte sever

## **Sindromul atacului de panică**

În normalitate echivalentul ar fi spaima intensă. Este o tulburare paroxistică și delimitată în timp care e însoțită de sentimentul morții iminente sau alte trăiri neplăcute precum și de intense fenomene neurovegetative. Trăirea poate apărea în anumite circumstanțe în cazul fobiei sau fără factori declanșatori și induce o anxietate de așteptare privitoare la apariția unui nou atac.

În cursul atacului, care poate dura câteva minute, rareori peste o oră, simptomele sunt:

Din punct de vedere subiectiv:

- sentimentul foarte neplăcut a ceva rău care urmează să se producă iminent, trăirea cea mai frecventă fiind cea a sentimentului de moarte iminentă, de dispariție;
- frica de a-și pierde autocontrolul, de a înnebuni;
- senzația de prăbușire, de cădere în gol;
- trăire de depersonalizare și de derealizare;
- senzația de plutire;
- senzația de sufocare, lipsa de aer; sau senzația că inima i se oprește dintr-un moment în altul, motiv pentru care stă continuu cu mâna pe puls;
- durerii în diverse zone corporale, predominant abdominal.

Subiectul e în stare de alertă psihică, hipervigil, atent la funcționarea propriului corp, nu se poate debarasa de fixarea sa pe evenimentul neplăcut

pe care îl trăiește foarte intens pentru a percepe normal și a gândi rațional; imaginează eventualități negative grave ale evoluției stării sale.

Din punct de vedere comportamental și expresiv:

- solicită ajutor solicită continuu și insistent, prezența altora (pe care îi poate ține de mână), intervenția cadrelor medicale (transportul la spital);
- poate fi siderat, neclintit sau agitat;
- este tensionat, preocupat de funcționarea propriului corp, își verifică pulsul, aspectul în oglindă;
- faciesul exprimă frică, spaimă, teroare.

Corporal biologic și neurovegetativ se constată:

- tahicardie paroxistică, cu posibile tulburări de ritm și creșterea tensiunii arteriale;
- hiperpnee; uneori senzația că e nevoie de un efort pentru a respira;
- tranzit intestinal accelerat, balonări, eructații, dureri abdominale (uneori în bară care conduc la suspectarea unei pancreatite);
- polachiurie, poliurie;
- transpirații profuze mai ales în palme și axile;
- paloare marcată;
- cefalee (uneori migrenoasă);
- vertij;
- încetșarea privirii;
- uscăciunea gurii;
- dificultate de deglutiție;
- roșeață sau paloare a feței;
- dermografism accentuat;

- piloerecție;
- ROT vii.

Atacul de panică poate fi facilitat de unele suferințe organice generale, endocrine și neurologice. El poate apărea fără alte simptome psihopatologice, în contextul anxietății generalizate (mai ales seara și noaptea), a tulburărilor fobice (la contact cu obiectul fobogen), în depresie (predominant dimineața) și în cadrul altor tulburări psihice (schizofrenie, tulburare bipolară, etc). Ridică probleme importante de diagnostic diferențial cu suferințe somatice.

După apariția unuia sau mai multor atacuri de panică subiectul trăiește o anxietate de așteptare; dacă apar circumstanțe asemănătoare cu cele în care s-a produs precedentul atac de panică el devine încordat, deosebit de atent mai ales la funcționarea propriului corp, își analizează toate senzațiile corporale ca posibili indici ai apariției atacului, fapt care favorizează în cele din urmă reapariția atacului.

## **Sindromul fobic**

Fobia este replica în psihopatologie a trăirii fricii care este un fenomen uman normal, foarte răspândit și variat. În normalitate majoritatea fricilor se învață în cursul personogenezei. Frica se bazează în mare măsură pe cunoaștere, reprezentare, imaginație. Ea este centrată de teme fobogene – obiecte, ființe, situații – care sunt cunoscute de subiect, sunt evitate sau confruntate, după ce s-au făcut asigurări (în sensul de a fi protejat, sprijinit de cineva puternic). Aproximarea de situația fobogenă este însoțită de o anxietate de așteptare, iar confruntarea conduce la o trăire neplăcută subiectiv și e însoțită de fenomene neurovegetative. Sindromul fobic nu poate fi comentat după același model ca cel depresiv sau ca anxietatea generalizată, fiind o tulburare ce se derulează în timp după schema:

Cunoașterea de către pacient a fenomenului fobic	Anxietate anticipatorie în apropierea contactului cu situația fobogenă	Conduită de evitare – asigurare	Atac de panică (sau echivalentul la contactul cu obiectul fobogen)
--	--	---------------------------------	--

Sindromul fobic este comentat în raport cu tipul fobiei.

Principalele forme de fobie sunt:

### **Fobia socială**

Fobia socială constă în teama subiectului de a se manifesta în fața unui grup relativ mic de oameni, a unui public puțin cunoscut, care l-ar putea evalua și aprecia negativ, critica. Pe măsură ce se manifestă

comportamentul apare o stare emotivă tot mai pronunțată cu fenomene neurovegetative (echivalentul unui atac de panică): tahicardie, dispnee, fenomene vasomotorii , roșeața feței, transpirații, tremurături, greață, nevoia de a urina. Desfășurarea comportamentului respectiv e perturbată, blocată, subiectul renunță. Ulterior evită situația respectivă, cu anxietatea anticipatorie, argumentată de fobia de a nu roși în public (ereutofobia) și de a atrage astfel atenția asupra sa.

Situații fobogene sunt:

- a vorbi în fața unui auditoriu,
- a prezenta un examen oral,
- a se prezenta într-un spectacol,
- a conversa cu o persoană necunoscută,
- a mânca în public,
- scrie sau a face orice acțiune sub privirile altora,
- a vorbi de la telefoane publice,
- a utiliza WC-ul public (cu inhibiția micțiunii), etc.

Subiectul cu fobie socială are o asertivitate redusă.

### **Agorafobia**

Constă în teama subiectului de a se deplasa și manifesta în afara spațiilor familiare și protejate, mai ales de a fi prezent și a acționa în aglomerațiile umane.

- forma cea mai simplă e deplasarea în afara casei, chiar în spații nepopulate;

- mai anxiozene sunt zonele populate, magazinele aglomerate, deplasarea cu mijloacele de transport în comun, mai ales dacă sunt aglomerate, deplasarea departe de locurile familiare cu trenul, avionul (deplasarea cu automobilul în prezența persoanelor familiare nu ridică probleme)
- este dificilă participarea la spectacole, în săli aglomerate, la reuniuni unde este multă lume, etc.

În toate aceste împrejurări apare o anxietate crescândă ce conduce la atac de panică. Uneori atacul de panică apare relativ brusc, neașteptată de către subiectul care până atunci nu a remarcat sensibilitatea sa față de spațiile publice, cu manifestări ce necesită o intervenție medicală de urgență. După astfel de experiență, subiectul evită situațiile fobogene (departe de spațiul protector, în zone aglomerate, închise, cu ieșire dificilă din ele). Parcurgerea unor astfel de situații poate fi uneori posibilă împreună cu o persoană de încredere (conduită de asigurare).

Agorafobia are o bază în etologie, animalele prezentând o anxietate crescută pe măsură ce se îndepărtează de cuib și de ansamblul familiei. De asemenea, în ontogeneză anxietatea de separare față de mama protectoare e un model precursor pentru agorafobie. Un model developmental se regăsește și în fobia de școală. În derularea agorafobiei pot juca un rol și unele fobii speciale cum ar fi cele de spații largi sau de spații închise.

### **Fobiile speciale**

Acestea se referă la fobii față de diverse ființe și situații. Se menționează:

- fobia de animale (câini, cai, șerpi);
- fobii spațiale (de înălțime, spații largi, spații înguste = claustrofobie);



- fobii de elemente naturale (apă, foc, tunete, fulgere);
- fobie de sânge, medic și medicamente, boli, etc.

Fobiile speciale sunt răspândite în populația generală. Ele câștigă statut patologic doar dacă au o intensitate crescută, se întâlnesc și se agregă mai multe la aceeași persoană.

Fobiile sunt stări corelate cu atacul de panică și pot fi relaționate cu anxietatea generalizată. O formă specială o reprezintă fobiile anankaste, care sunt corelate cu fenomene obsesiv – compulsive; de exemplu fobia de obiecte ascuțite (pentru a nu fi folosite împotriva altora), fobia de microbi și murdărie (care instituie compulsia spălării pe mâini), etc.

## **Sindromul somatoform, al trăirii distorsionate a corporalității**

În mod normal omul nu-și resimte conștient corporalitatea în cea mai mare parte a timpului. Percepția propriului corp și efectuarea actelor simple, obișnuite este în afara atenției reflexive, într-un plan preconștient. În cazul oboșelii, a emoțiilor, după un efort mai mare, în cazul unei boli somatice, corpul poate fi resimțit neplăcut; iar când subiectul e privit insistent de altul el se preocupă de felul în care corporalitatea sa se exprimă în raport cu alții.

Propria corporalitate este percepută (preconștient) prin limitele sale care despart spațiul lumii exterioare de interioritatea propriului corp (ce include și intimitatea propriului psihism). Atenția exagerată acordată de subiect propriei corporalități poate face ca spontaneitatea percepției acestuia să se reducă și autopercepția corporală să devină conștientă.

Trăirea propriei corporalități este modificată patologic în sindromul anxios și în cel depresiv; în manie, corpul poate fi resimțit “ușor”, “plăcut”; convingerile delirante poate avea și o tematică ce vizează propriul corp.

În contextul cumulării unor stresuri psihosociale negative se poate manifesta un sindrom „somatoform” care se caracterizează (în afara depresiei și anxietății) prin următoarea simptomatologie:

- trăirea unor senzații corporale neplăcute (cenestopatii) localizate în anumite zone (precordial, epigastric, toracic, lombar, în membre); aceste cenestopatii pot fi resimțite constant doar în aceeași zonă, migratorii, globale; ele sunt resimțite și descrise variabil ca arsură, apăsare, furnicături, etc și deranjează subiectul. Nu au un substrat organic, cel puțin investigațiile nu identifică o suferință organică precizabilă.

- algia psihogenă se referă la o durere localizată (abdominal, lombar, toracic) care are toate caracteristicile durerii dar nu are un substrat organic; durerea ca simptom subiectiv nu poate fi evaluată cantitativ de către examinator.
- preocuparea hipocondriacă constă într-o preocupare prevalentă, centrată de o idee supraevaluată, privitor la existența unei boli, fapt ce motivează variate și repetate examinări, analize, documentări medicale, încercări terapeutice. Totul se desfășoară în absența unei boli reale. De menționat că preocupări hipocondriace se întâlnesc și în anxietate, fobie, depresie, obsesionalitate precum și în tulburarea delirantă.
- preocuparea dismorfofobă se referă la impresia subiectului că aspectul său corporal – în primul rând cel al feței – nu este armonic (firesc, echilibrat, frumos), că se modifică nefavorabil; și că acest fapt poate atrage atenția altora și comentariile lor negative. În consecință își studiază mult aspectul, practică un comportament exagerat de îngrijire sau modificare corporală prin diverse metode, inclusiv prin solicitări cosmetice și de chirurgie estetică.
- sentimentul transformării identității corporale, a limitelor și aspectului, prin iluzii de schemă corporală și sentimente de devitalizare; trăirea face parte din sindromul de depersonalizare.
- simptome, condiționate psihogen, de reducere a capacității senzitiv-senzoriale condiționate psihogen; este vorba de hipoacuzie, deficit de vedere, hipoestezie și anestezie, toate fără un determinism neuropatologic. Aceste simptome se corelează în cadrul fenomenelor

conversive cu impotențe funcționale motorii (pareze, paretezii) sau cu mișcări involuntare și crize de leșin psihogen similare epilepsiei.

## **Sindromul obsesiv-compulsiv**

În normalitate după evenimente deosebite, mai ales neplăcute, pot apărea reamintiri pe care subiectul nu le dorește dar pe care nu le poate îndepărta. La fel sunt muștrările de conștiință.

Trăirile obsesiv-compulsive sunt resimțite ca impunându-se subiectului fără dorința, voința și acceptul său și nu pot fi îndepărtate sau oprite cu toate eforturile sale. Sunt trăiri scurte, repetitive (recurente), neplăcute (supărătoare, nepotrivite, absurde) care parazitează psihismul, persistând cu tot dezacordul și lupta subiectului împotriva lor (încercări de ignorare, stopare, contracarare). Ele creează o pronunțată stare de disconfort, repliind subiectul asupra lui însuși, interferând cu activitățile zilnice și cu viața socială.

Obsesiile sunt trăiri subiective (amintiri, gânduri, rumiții, reprezentări, frici, disconfort, intenții de act) care apar spontan și deși sunt criticate nu pot fi îndepărtate. Așa sunt: sentimentul de contaminare prin microbi sau murdărie, disconfortul creat de dezordine, ideea că a cauzat un rău cuiva, intenția de a agresa pe cineva, îndoiala dacă a făcut sau nu un lucru.

Compulsiile se referă la acte simple care se repetă fără voia subiectului; mare parte din compulsii sunt corelate cu obsesiile pe care încearcă să le contracareze. Așa sunt spălatul pe mâini compulsiv, ordonarea compulsivă, verificare repetată, ritualuri “magice” pe care subiectul le efectuează pentru a contracara un eventual rău pe care l-ar fi putut sau l-ar putea face. Executarea compulsiei reduce pentru moment tensiunea și disconfortul creat de obsesii sau de starea de tensiune ce-l precedă. Se

comentează și compulsiile “ascunse” mentale de exemplu un act mental cum ar fi o rugăciune făcută pentru a contracara ideea de a blasfemia pe Dumnezeu în biserică. Există și compulsiile ce au o legătură mai laxă cu obsesiile ca de exemplu numărul compulsiv (aritmomania), colecționarismul și unele ceremonii compulsive. Compulsiile se pot corela și cu mișcările involuntare predominant neurologice cum sunt ticurile.

Patologia obsesiv-compulsivă e strâns corelată cu nehotărârea, preocuparea față de ordine și curățenie, perseverența în acțiune (încăpățănarea), perfecționismul și conștiinciozitatea (acestea fiind și trăsături de personalitate).

Obsesiile și compulsiile creează o stare de nemulțumire de sine, vinovăție, anxietate, rușine, nehotărâre. De aceea subiectul evită să le comunice altcuiva și simptomatologia e depistată cu greutate.

Simptomatologia obsesiv-compulsivă se desfășoară într-o stare de luciditate și tendință la autoanaliză, autocontrol exagerat. Obsesiile patologice nu sunt doar simple îngrijorări legate de problemele vieții. Atât obsesiile cât și compulsiile sunt resimțite ca produsul propriei minți și nu impuse din afară ca în inserția gândirii.

Simptomatologia obsesiv-compulsivă poate include unele fobii speciale (fobiile anankaste) cum ar fi: fobia de obiecte ascuțite, pentru a nu le folosi împotriva altora sau a sa. Sunt aspecte de obsesionalitate care prezintă unele caracteristici fobice, cum ar fi cazul obsesiei de contaminare cu microbi, fobia de locurile murdare, care sunt evitate și împotriva cărora se iau măsuri de asigurare. Dar în esență patologia obsesiv – compulsivă care repliază subiectul pe sine e distinctă de cea fobică care orientează subiectul spre exterior.

Poate exista comorbiditate între simptomatologia obsesiv – compulsivă și cea depresivă, anxioasă (anxietate generalizată, atacuri de panică, fobie socială), precum și cu simptomatologia schizofrenă. Mai frecvent se discută în prezent despre „spectrul tulburărilor obsesiv – compulsive” care se întinde în trei direcții: de la nehotărârea obsesivă spre certitudinea delirantă; de la compulsie spre comportament impulsiv; de la trăire obsesiv – compulsivă spre mișcări involuntare neurologice.

## **Sindromul stărilor conversive și disociative**

În normalitate emoțiile sunt trăite de orice om din mai multe perspective: subiectiv e resimțită o stare deosebită în corelație cu evenimentul declanșator; în același timp se petrece o modificare a câmpului de conștiință, care e hipervigil, în stare de alertă, pentru domeniul problematizat, dar și mult îngustat, astfel încât mare parte din realitatea prezentă nu mai e luată în considerare; corporalitatea reacționează și ea intens: musculatura striată se modifică pentru a face față evenimentului, iar sistemul nervos vegetativ și organele interne sunt mobilizate pentru randament maxim. Ansamblul trăirilor și manifestărilor este receptat de anturaj, care este impresionat.

În unele stări psihopatologice se produce o disociere a acestei complexe stări. Unele trăiri nefavorabile, preconștiente sau inconștiente, sunt convertite în manifestări corporale și expresiv comportamentale, fără a se menține trăirea subiectivă. Ele impresionează mult anturajul. Astfel de manifestări disociativ-conversive se dezvoltă predominant la persoanele cu o imaginație bogată, capabile de reprezentări pregnante, de reproduceri și relatări detaliate și colorate a evenimentelor. În general manifestările conversiv-disociative au impact deosebit asupra celor din jur.

Sindroamele conversiv-disociative pot fi împărțite în mai multe clase:

- Leșinul psihogen: în urma unor evenimente stresante minore, subiectul anunță că se simte rău, că-și va pierde cunoștința, că va leșina; apoi el cade fără să se lovească, uneori are lacrimi în ochi, suspină, eventual fenomene motorii de tip convulsiv; leșinul se petrece în public, atrăgând atenția. Lipsesc fenomenele neurologice și



corporale ca în criza epileptică majoră: mușcarea limbii, spume la gură, midriază. Pot apărea: încordare cu opistotonus, Babinski pozitiv, clonus pasager; după mai multe minute sau ore, își revine cu suspin și plâns.

- Stări de agitație și comportament pseudoneurologic disociativ; după stresuri minore apare o stare de agitație psihomotorie hiperexpresivă sau o stare însoțită de mișcări involuntare de tip coreic, atetozic sau alte mișcări bizare; vigilitatea conștientă e diminuată.
- Conversia corporală cu paralizii: apar pareze sau paralizii ale membrilor superioare sau inferioare, uneori mimând o hemipareză sau astazo-abazie; mai poate apărea afazie, care să dureze mai multe zile sau săptămâni.

Anestezii psihogene- acestea nu respectă inervația neurologică: tipică este anestezia în mână, hipoacuzia sau surditatea psihogenă, pierderea vederii afirmată de pacient.

- Alte fenomene conversive pot fi: pseudosarcini, vărsături, pseudocrize în astmul bronșic; există o tranziție spre fenomenele psiho-somatice.
- Stări crepusculare: constau din deplasarea pacientului cu un nivel de vigilitate conștientă redusă; reactivitatea față de stimuli e redusă, nu recunoaște unele persoane, dar în general se orientează spațial; durata e de câteva ore, cu amnezia episodului.
- Stări de transă: subiectul se comportă ciudat, vigilitatea e scăzută, ca în somnambulism, nu recunoaște persoanele din jur, manifestările pot

fi puerile, comportamentul se raportează la stări imaginare sau onirice; după revenire poate relata halucinații vizuale de tip oniric.

- Fuga patologică constă într-o stare crepusculară cu durată mai lungă, în care subiectul se deplasează în diverse localități, ia legătura cu diverse persoane, dar păstrează stare de vigilitate redusă; scopul drumurilor și vizitelor nu e clar, deși uneori se poate descifra o semnificație afectivă.
- Amneziile electivă: se referă la faptul că subiectul nu își amintește dintr-un eveniment trăit, decât unele aspecte, nu și altele (cu semnificație nefavorabilă).

De fenomenele disociative de conștiință au fost corelate și următoarele tulburări:

- Dubla personalitate: subiectul trăiește un timp într-un loc, cu o anumită identitate; apoi, o perioadă de timp în alt loc, cu altă identitate, alte relații, alt comportament; ritmul și modalitatea schimbării acestor personalități este variat.
- Sindromul Ganser: apare la deținuți în perioada de detenție și constă dintr-un comportament pseudodemențial, pueril, cu răspunsuri “alătura” și aparentă pierdere a celor mai elementare cunoștințe și comportament absurd.
- Deliruri transculturale cu stări de transă

Fenomenele conversive sunt descrise și la nivelul sindromului somatoform, iar cele disociative de conștiință și la nivelul deficitului vigilității conștiente.

## **Sindromul insuficienței autocontrolului instinctivo-pulsional. Comportamentul impulsiv**

Comportamentul uman normal presupune deliberare și argumentare astfel încât deciziile se iau în funcție de amploarea și semnificația problemei în cauză, mai repede sau mai lent, implicând libertatea și responsabilitatea persoanei.

Situațiile normale, în care decizia este dificilă și mult deliberată și cea în care ea este luată rapid, fără multe analize, se prelungesc în psihopatologie, în hiperdeliberarea și indecizia obsesivă și în scurtcircuitarea motivațională din comportamentul impulsiv.

Sindromul psihopatologic al impulsivității se caracterizează prin:

- decizia rapidă, cu trecere la act fără suficientă deliberare care să evalueze consecințele actelor pentru sine și pentru altul; sau cu imposibilitatea subiectului de a se opune pulsioni ce o resimte;
- decizia e luată în urma unei tensiuni, a unei pulsioni interne, cu minime solicitări externe; ambianța furnizează de obicei doar ocazia desfășurării actului; în anumite împrejurări, subiectul ce se află sub tensiune impulsivă poate să influențeze el însuși împrejurările în raport cu care, ulterior, se poate descărca;
- pulsionea spre act e resimțită ca irezistibilă; ea e însoțită de o stare de tensiune, încordare, uneori neliniște, anxietate; de multe ori subiectul își dă seama că actul pe care tinde să-l întreprindă, nu e recomandabil sau e nociv, dar lupta cu sine însuși, durează puțin, după care se angrenează în comportament:

- în timpul comportamentului impulsiv subiectul e complet absorbit de acesta, nu mai reacționează la stimuli sau argumente exterioare care l-ar putea opri; el se află într-o stare de tensiune, de excitație
- actul impulsiv are o finalitate hedonică; desfășurarea lui și mai ales rezultatul produc satisfacție de moment subiectului, îl detensionează, uneori îi produc plăcere.
- după ce comportamentul sau ciclul comportamental impulsiv s-a încheiat, subiectul realizează aspectul nefavorabil, de nedorit sau nociv al comportamentului său și trăiește sentimente de: nemulțumire, vinovăție, rușine, dezaprobare. El proiectează în viitor renunțarea la un astfel de comportament.
- după o perioadă de timp, ciclul se reia.

Patologia autocontrolului impulsurilor constă din trăiri secvențiale, relativ scurte ca durată, care se repetă la anumite intervale de timp. În acest sens ea se aseamănă până la un punct cu tulburarea obsesiv-compulsivă și cu atacurile de panică. Pe de altă parte, ea are o intersecție semnificativă, cu unele forme ale sindromului addictiv - exemplul clasic este cel al jocului patologic de noroc.

Caracterizarea de mai sus se aplică, în mare parte tuturor comportamentelor impulsive, cu particularități de la caz la caz. Caracteristica generală este cea de pierdere a autocontrolului asupra comportamentului și a libertății de acțiune.

Comportamentele impulsive sunt foarte variate. Ele pot fi împărțite în mai multe clase, în funcție de diverse criterii, cum ar fi: complexitatea, obiectul de raportare (la sine, la alte persoane, la lumea fizică), dorința desfășurării, etc.

Câteva clase clasice sunt:

- comportamentul impulsiv simplu al tricotilomaniei (smulgerea firelor de păr) intră în aceeași clasă din care face parte zdrobirea coșurilor, gratajul patologic, roaderea unghiilor. Bulimia se referă la consumul irezistibil al unei mari cantități de alimente în interval scurt de timp. Masturbarea patologică se apropie de această clasă, fenomenul fiind diferit, în parte impulsiv în parte compulsiv în sensul declanșării printr-o tensiune obsesivă și în urma unei perioade de luptă interioară. Alte comportamente sexuale aberante se pot desfășura după același model;
- cleptomania constă din însușirea impulsivă a unor bunuri de care pacientul nu are nevoie și nu le utilizează;
- piromania se referă la incendierea impulsivă lipsită de un obiectiv pragmatic;
- dipsomania definește consumul periodic impulsiv de băuturi alcoolizate, care odată declanșat (uneori după o scurtă luptă interioară) durează câteva zile, urmat de o perioadă de abțință;
- jocul impulsiv de noroc se desfășoară după toate regulile unui comportament impulsiv; el poate avea aspecte variate și se poate repeta după anumite intervale. În unele cazuri este interpretabil și ca o adicție comportamentală. Cumpăraturile impulsiv se plasează în aceeași subclasă. Se cere exclusă o stare hipomaniacală;
- comportamentul exploziv sau impulsivitatea heteroagresivă este de obicei declanșată de evenimente ce sunt interpretate deformat de subiect. În unele cazuri se decelează perioade de viață în care heteroagresivitatea puțin motivată este frecventă și manifestată în

raport cu diverse persoane și în variate circumstanțe. În aceste cazuri se cere exclusă o perioadă de interpretare paranoidă subclinică.

Comportamentul interpersonal impulsiv cu diverse modele de raportare se întâlnește la persoanele disarmonice de tip borderline (cu treceri frecvente de la heteroagresivitate la submisiune și autoagresivitate).

Comportamentul heterosexual impulsiv de tip viol e mai frecvent la persoane disarmonice de tip antisocial (psihopate).

Comportamentul parasuicidar sau suicidar impulsiv, la fel ca heteroagresivitatea impulsivă, este declanșată de evenimente minime la persoane disarmonice sau/și care se află într-o perioadă de viață specială.

## **Sindromul de dependență, adicție**

Viața și sănătatea omului depinde de multe aporturi exterioare și comportamente proprii fără de care nu ar fii posibilă. Astfel e aportul de alimente și medicamente sau comportamentul de autoîngrijire și muncă.

În stări psihopatologice subiectul ajunge să depindă de unele aporturi de substanțe și modele comportamentale care nu sunt adaptative și sanogenetice ci nocive pe termen scurt și/sau lung. Dependența nu poate fi controlată și combătută fără sprijin. Se ajunge astfel la sindromul de dependență și adicție.

Addicția ca stare (sindrom) psihopatologic e comentată în primul rând în legătură cu consumul de alcool și alte substanțe psihoactive mai mult sau mai puțin licite. Aceasta se caracterizează prin:

- consum continuu care tinde să devină zilnic, în cantități nocive;
- consum neadecvat – ca loc, moment, stil – subiectul pierzând autocontrolul consumului atât în ceea ce privește cantitățile cât și stilul;
- tendința la creștere a dozelor, prin scăderea toleranței, cu nevoia unei doze mai mari pentru a obține acelaș efect;
- consumul este nociv pe termen scurt și/sau lung prin efectele biologice și/sau prin cele psihice și sociale;
- consumul răspunde unei nevoi psihologice – tensiune, anxietate, iritare, depresie – putându-se ajunge la „nevoie irezistibilă de consum imediat” și în cantități patologice;
- consumul modifică starea biologică și psihică, reducând starea neplăcută inițială, conducând de obicei la satisfacție și plăcere de

- moment; dar în absența substanței starea subiectivă de rău reapare, accentuat;
- starea psihică modificată prin consum nu e adaptativă; apar modificări ale funcțiilor psihice – cognitive, instinctive, afective, comportamentale – perturbări în comportamentul interpersonal care sunt dezadaptative. De obicei se instalează și o detașare de ambianță, de realitate, cu trăire într-o lume proprie;
  - în cursul consumului pot apărea stări psihopatologice descrise în sindroamele standard: delirium, anxietate, delir, halucinații, etc;
  - oprirea consumului induce o stare de sevraj caracterizată prin:
    - stare subiectivă neplăcută cu anxietate, depresie, iritare, tensiune, neliniște, agitație, insomnie, nevoie irezistibilă de consum;
    - uneori pot apărea în sevraj și tulburări psihice grave, psihotice ca: delirium, halucinații, delir, agitație;
    - stări biologice alterate cu disfuncții cardio-circulatorii, respiratorii, deshidratare, tremur, fenomene neurologice (crize comițiale, etc).
  - după starea de sevraj, dacă aceasta e depășită, subiectul poate rămâne mult timp, cu o vulnerabilitate crescută, astfel încât se poate ajunge din nou ușor la consum și dependență cu ocazia unor mici stresuri sau după consum incidental.

Dependența de alcool și substanțe psihoactive poate conduce la multe complicații somatice ca urmare a modalității neadecvate de administrare (injecții în cazul drogurilor), a efectului nociv direct al substanțelor asupra organismului și stilului de viață (subalimentație,



promiscuitate, etc). Pot coexista variate comorbidități psihopatologice atât precedând adicția cât și ca o consecință a ei.

Addicția comportamentală este cercetată mai intens în ultima perioadă, dar este cunoscută de mult timp. În acest sens se comentează: adicția de muncă, fenomen descris inițial în Japonia; adicția de privit la TV și mai recent de preocupare față de internet cu consecințe nefavorabile asupra dezvoltării psihice și integrării în societate. În ultimul timp se comentează în termeni de adicție mare parte din comportamentele ce devin prea frecvente, intense și sunt disfuncționale (ex: adicția de jogging). La acest nivel se cere analizată tranziția dinspre „pasiunile” și „hobby-urile” obișnuite ale oamenilor și adicție.

Un fenomen clasic este adicția de jocuri de noroc fenomen care este și un comportament impulsiv. În același sens se comentează comportamentul cumpărăturilor psihologice. Interrelația între comportamentul impulsiv în general și adicția favorizată de acest comportament se cere analizată la fiecare tip de patologie și la fiecare caz.

Un aspect psihopatologic care se corelează strâns cu problematica adicției este cel al tulburării de personalitate dependentă. Acestea persoane sunt dependente (addictive) de o persoană mai autoritară, asertivă și puternică care decid în locul lor, le dirijează opiniile și opțiunile. Câtă vreme subiectul se află în apropierea unei astfel de persoane el este aparent compensat. Când nu are un astfel de sprijin, se decompensează psihopatologic – anxietate, depresie, etc – la fel ca în cazul altor adicții. Adicția de substanțe și cea comportamentală se întâlnește frecvent la persoane cu dependență anormală.

## **Sindromul depresiei inhibitate**

Depresia patologică are ca echivalent în normalitate tristețea ce apare ca urmare a oricărei pierderi. În psihopatologie depresia se diferențiază de tristețe nu doar prin împrejurările de apariție și prin intensitate ci și prin unele calități ale trăirii și manifestării.

Depresia psihopatologică e caracterizată prin dispoziție tristă, anergie, lipsă de speranță, autodeprecieri, inhibiție și bradipsihie generalizată. Neurofiziologic există un deficit în trasmisia pe căile aminergice.

Din punct de vedere subiectiv se întâlnește:

- dispoziție depresivă, tristă, uneori cu o calitate deosebită față de tristețea normală, cu dificultate sau incapacitate de a plânge;
- lipsă de energie (astenie), sentiment de incapacitate, oboseală ce nu se corectează prin repaus;
- anhedonie (lipsa capacității de a se bucura);
- dezinteres față de ambianță, evenimente, persoane;
- reducerea intereselor;
- lipsa sensului vieții, pe care subiectul o resimte ca pe o povară;
- suferință sufletească insuportabilă;
- neliniște, tensiune, durere morală;
- trăiri de tipul depersonalizare derealizare;
- în perspectiva timpului trăit subiectul nu mai are încredere în viitor, este pesimist, lipsit de speranță; prezentul nu-l mai interesează, e detașat de el, de oameni și evenimente; se repliază pe trecut din care selecționează

evenimente negative; de care se preocupă monotematic; are sentimentul scurgerii lente a timpului;

- față de sine manifestă neîncredere, autodeprecieri, se simte incapabil, inutil, fără valoare, are o stimă de sine scăzută, consideră că e o povară față de alții, se consideră vinovat din motive minore sau fără motiv.

Sentimentul de vină poate să-l conducă la concluzia că nu merită să mai trăiască; apar idei suicidare, planuri și tentative de sinucidere . Pot fi prezente preocupări hipocondriace; ceneștopatii, algii; idei de negație, ruină;

- de obicei nu e atent la alte persoane, nu le ia în considerare dar poate considera că acestea au dreptul să-l judece, să-l disprețuiască, să-l condamne.

Din punct de vedere cognitiv se întâlnește:

- atenția e deficitară ca și concentrare, persistență, mobilitate, volum;
- percepția e diminuată;
- hipomnezie de fixare și concentrare;
- ideatie redusă cantitativ, lentoare a cursului ideativ, gândire ineficientă, stereotipă cu revenirea la aceleași teme;
- decizie dificilă;
- rezolvarea de probleme e înceată și ineficientă.

Din punct de vedere comportamental și expresiv:

- mișcările sunt lente și reduse cantitativ; se poate ajunge la inhibiție motorie cu nemișcare și opozitivitate (stupor);
- reducere globală a activității și performanțelor;
- reducerea proiectelor de acțiune, a planurilor de viitor;

- reducere a contactelor sociale, retragere socială, comunicări interpersonal sociale reduse;
- vorbire redusă cantitativ, scurtă, lentă, cu intensitate scăzută, se poate ajunge la mutism;
- reacționează încet, tardiv și scurt la solicitări de orice fel;
- decizie dificilă, trecere la act e lentă se realizează cu dificultate, abulie;
- reducerea și neglijarea activităților de autoîngrijire, de gospodărire, cu neglijarea de sine, a obligațiilor familiale;
- expresivitate specifică cu repliere corporală (mers aplecat, capul în piept), privire în jos, comisurile gurii căzute, fruntea încrețită ca “omega”, mâinile în piept;
- comportament suicidar.

Din punct de vedere bio-instinctiv și corporal:

- reducerea somnului cu insomnie predominant matinală (numărul de ore cu care se trezește mai devreme poate fi un indicator de gravitate);
- modificare de bioritm cu rău matinal;
- inapetență cu scădere în greutate progresivă și marcată, aceasta poate fi de asemenea un indicator de gravitate; se poate ajunge la refuz alimentar;
- spasme pe organele cavitare: constipație, crize biliare, favorizarea migrenelor și crizelor de astm bronșic;
- cene-stopatii, algii (scăderea pragului de sensibilitate la durere, durerea subclinică devine clinică);
- scăderea imunității;
- scăderea ritmului de refacere biologică.

În unele forme particulare de depresie insomnia e înlocuită de hipersomnie, iar inapetența de hiperfagie cu îngrășare.

Simptomatologia depresivă poate fi modificată de comorbiditate. Asocierea cea mai frecventă este cu anxietatea. În depresia anxioasă tabloul e parțial diferit de cel configurat mai sus atât din punct de vedere subiectiv (tensiune interioară, neliniște, nesiguranță, etc) cât și comportamental (comportament neliniștit, cu mișcări permanente) și disvegetozic (cu alte manifestări de disfuncție corporală). Tristețea depresivă se poate asocia și cu iritabilitatea.

Componentele cognitive ale sindromului depresiv se cer diferențiate, mai ales la vârsta a treia, de deteriorările cognitive organice.

Sindromul depresiv poate apare în combinație cu orice alte sindroame psihopatologice fiind cel mai răspândit sindrom din psihopatologie. El poate avea diverse intensități, durate și condiționări. Formele ușoare, subclinice pot fi deseori mascate de simptomele somatice sau de adicția de substanțe (“depresie mascată”).

Datorită retragerii, lentorii, inhibiției la nivel ideoverbal, informațiile sunt greu de obținut de la pacient. Se mai ridică probleme lingvistice semantice în ceea ce privesc termenii în care subiectul știe și poate să-și formuleze trăirile.

Sindromul depresiv poate fi luat ca exemplu pentru felul în care sunt construite criteriile de diagnostic și scalele de evaluare. Acestea sunt mult mai reduse decât multitudinea de simptome menționate mai sus așa cum rezultă din exemplele ce vor urma.

**Criteriile de diagnostic DSM-IV TR pentru depresie:**

1. dispoziție depresivă, indicată subiectiv sau obiectiv (sau dispoziție iritabilă)
2. o pronunțată diminuare a interesului sau a plăcerii în ceea ce privește toate sau aproape toate activitățile
3. o semnificativă scădere în greutate în lipsa unei cure de slăbire (mai mult de 5% din greutatea corporală / lună) sau scădere/creștere a apetitului
4. insomnii/ hipersomnie
5. agitație psihomotorie sau lentoare psihomotorie (observate și de către alții, nu doar senzația subiectivă)
6. fatigabilitate, energie vitală scăzută
7. idei de inutilitate sau vinovăție (până la delir)
8. dificultatea de a gândi sau concentrarea atenției, indecizie (subiective, obiective)
9. gânduri recurente despre moarte (nu doar frica de a muri), idei recurente suicidare fără un plan specific.

GHIDUL DE INTERVIU STRUCTURAT PENTRU SCALA HAMILTON DE  
EVALUARE A DEPRESIEI

---

**SIGH – D**

---

STRUCTURED INTERVIEW GUIDE FOR THE HAMILTON  
DEPRESSION RATING SCALE

**Janet B. W. Williams (1988)**  
Biometrics Research Department  
New York State Psychiatric Institute  
New York.

## SIGH – D

### INTERVIEWATOR:

Prima întrebare a fiecărui item trebuie să fie pusă exact cum este scrisă. Adesea această întrebare va extrage suficientă informație despre severitatea și frecvența simptomului pe care vreți să-l evaluați cu siguranță. Urmați apoi întrebările așa cum ele sunt puse când este nevoie de clarificări sau explorări adiționale. Întrebările specificate trebuiesc puse până când aveți suficiente informații pentru a evalua adecvat itemul. În unele cazuri va trebui să adăugați propriile voastre întrebări pentru a obține informația necesară.

### NOTĂ:

Perioada de timp. Deși întrebările interviului se referă la condiția pacientului în ultima săptămână, unii investigatori folosesc acest instrument ca o măsură a schimbării când se dorește să se evalueze starea clinică din ultimele 2 – 3 zile. În acest caz fiecare întrebare trebuie să fie precedată de : “În ultimele două – trei zile ...”

Itemul slăbirea în greutate. Este recomandat ca acest item să fie evaluat pozitiv oricând pacientul a pierdut din greutatea de bază (de ex. înainte de episodul depresiv curent). Chiar dacă pacientul a început să ia în greutate dar ea este sub greutatea de bază, itemul se cotează pozitiv.

Condiția “uzuală” sau “normală” a subiectului. Mai multe întrebări se referă la funcționarea normală sau uzuală a pacientului. În unele cazuri, precum când pacientul prezintă distimie sau tulburarea afectivă sezonieră, trebuie să ne referim la ultima oară când pacientul s-a simțit bine (de ex. nu depresiv sau vesel) pentru mai mult de două săptămâni.

NUMELE PACIENTULUI \_\_\_\_\_

Număr de identitate \_\_\_\_\_

Intervievator \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



Vă rog să răspundeți la unele întrebări despre cele petrecute în ultima săptămână.  
Cum v-ați simțit ? (DACĂ LUCREAZĂ) Ați fost la lucru ? DACĂ NU : De ce ?

Care a fost dispoziția dvs în ultima săptămână ?

V-ați simțit abătut sau trist ?

Depresiv ? Neajutorat ?

În ultima săptămână cât de des v-ați simțit așa (PUNE CE SE POTRIVEȘTE)  
În fiecare zi ? În toate zilele ?

V-ați plâns tot timpul ?

### **1.DISPOZIȚIE DEPRESIVĂ**

(tristețe, lipsă, neajutorare, fără valoare)

- absent
- indică numai dacă este chestionat
- spontan raportează verbal
- exprimă nonverbal (de ex. expresia facială, postura, vocea, etc.)
- tot interviul exprimă spontan verbal și nonverbal aceste sentimente aproape tot interviul

DACĂ SCORUL A FOST 1 – 4 ÎNTREABĂ: De cât timp vă simțiți așa ?

În ultima săptămână v-ați învinovățit cu ceva simțind că ați făcut ceva rău sau i-ați decepționat pe alții ? DACĂ DA: Ce ați gândit? V-ați simțit vinovat de ceva ce ați făcut sau nu ați făcut?

V-ați gândit că în anume fel v-ați cauzat singur această boală (DEPRESIE)?

Ați simțit că ați fost pedepsit prin faptul că v-ați îmbolnăvit?

### **2.SENTIMENTE DE VINOVAȚIE**

- absente
- auto – reproșuri simțind că ați decepționat pe alții
- idei de vinovație sau rumații despre greșeli sau păcate trecute
- Boala actuală este o pedeapsă, delir de vinovație
- Bolnavul aude voci care îl acuză sau îl denunță, are halucinații vizuale amenințătoare

### **3.SUICID**

- absent
- gânduri că viața nu merită trăită
- dorește să fi fost mort sau ceva gânduri să-și provoace moartea
- idei sau gesturi suicidare
- tentative de suicid

Ați avut în ultima săptămână vreun gând că viața nu merită să fie trăită ori că mai bine ar fi să muriți ? Ați avut gânduri să vă omorâți singur ?

DACĂ DA : Ce ați gândit ? Într-adevăr v-ați provoca moartea ?

Cum ați dormit în ultima săptămână?

Ați avut vreo problemă să adormiți?  
(După ce vă băgați în pat cât timp vă trebuie să adormiți ?)

În timpul ultimei săptămâni s-a întâmplat să vă treziți în timpul nopții?

DACĂ DA : V-ați sculat din pat? Ce ați făcut? (Ați mers numai la toaletă?)

Când mergeți înapoi în pat puteți să adormiți?

Ați simțit că somnul Dvs a fost neliniștit sau perturbat în unele nopți?

La ce oră vă treziți dimineața în ultimul timp în ultima săptămână ?

DACĂ DEVREME : Vă trezește ceasul sau vă treziți singur ?

La ce oră vă trezeți de obicei ?  
(înainte de a fi Depresiv)

Cum v-ați petrecut timpul când nu ați fost la lucru ?

V-a plăcut să faceți aceste lucruri sau a trebuit să vă forțați să le faceți ?

Nu mai faceți ceea ce obișnuiți să faceți ? DACĂ DA : De ce ?

Există ceva care așteptați cu plăcere?

(URMEAZĂ: V-ar plăcea să reveniți la normal ?)

#### **4.INSOMNIA DE ADORMIRE**

- nici o dificultate în a adormi
- plângeri ocazionale, nu mai mult de ½ de oră până la adormire dar mai mult de ¼ de oră
- plângeri de mari dificultăți de adormire noapte de noapte

#### **5.INSOMNIA DIN MIJLOCUL NOPTII**

- nici o dificultate
- plângeri de a fi neliniștit și perturbat în timpul nopții
- se plimbă în timpul nopții – se scoală din pat (excepție când trebuie să meargă la baie pentru necesitățile fiziologice)

#### **6.INSOMNIA DE TREZIRE**

- nici o dificultate
- se trezește devreme dar adoarme la loc
- incapabil de a mai adormi dacă se trezește devreme

#### **7.MUNCA ȘI ACTIVITATE**

- nici o dificultate
- gânduri și sentimente de incapacitate, oboseală sau delăsare față de activități, muncă sau hobiuri.
- pierderea intereselor în activitate muncă sau hobiuri prin spusele directe ale pacientului sau indirect prin nepăsare, indecizie sau ezitare (simte că trebuie să se forțeze la muncă sau activitate)
- reducerea timpului consacrat activității sau diminuarea productivității. La spital se alege rubrica 3 dacă bolnavul nu consacră cel puțin 3 ore pe zi unei activități de spital

EVALUARE BAZATĂ PE  
OBSERVAREA DIN TIMPUL  
INTERVIULUI

EVALUARE BAZATĂ PE  
OBSERVAREA DIN TIMPUL  
INTERVIULUI

În ultima săptămână ați avut vreunul  
din aceste simptome fizice  
(CITEȘTE RAR LISTA)

Cât de tare v-au deranjat aceste  
simptome în ultima săptămână ? (Cât  
de intense sau dese le-ați avut?)

NOTA: NU SE EVALUEAZĂ  
DACĂ SUNT DIN CAUZA  
VREUNEI MEDICAȚII

- oprirea muncii ca urmare a bolii  
actuale. În spital nu are nici o  
activitate decât cea obișnuită.

**8.LENTOARE** (Încetinirea gândirii  
și a vorbirii; afectarea abilității de a  
se concentra; scăderea activității  
motorii)

- vorbire și ideeație normală
- ușoară lentoare în interviu
- lentoare evidentă în interviu
- interviu dificil
- stupor complet

**9.AGITAȚIE**

- deloc
- „se joacă” cu mâinile, părul, etc.
- se mișcă mereu, nu poate sta  
locului, își freacă mâinile, își mușcă  
unghiile, se trage de păr, își mușcă  
buzele, etc.

În ultima săptămână v-ați simțit  
tensionat și iritabil ?

Ați fost îngrijorat mult de lucruri  
mici, de care nu ar trebui să vă  
îngrijorați ?

Cum a fost pofta de mâncare în  
ultima săptămână ? (Cum este  
comparativ cu ultima săptămână ?)

V-ați forțat ca să mâncați ?

Alți oameni trebuie să vă îndemne ca  
să mâncați ?

Ați avut energie în ultima  
săptămână?

Ați fost obosit tot timpul ?

Ați avut în ultima săptămână dureri  
de spate, de cap sau de mușchi ?

Ați simțit greutate în picioare, spate  
sau cap ?

### **10.ANXIETATE PSIHICĂ**

- nici o dificultate
- tensiune și iritabilitate subiectivă
- griji față de lucruri mărunte
- atitudine temătoare ce se vede pe față sau în vorbire
- exprimă teamă fără să fie întrebat

### **11.ANXIETATE SOMATICĂ**

(concomitențele somatice ale anxietății precum gură uscată, meteorism, indigestie, diaree, crampe, vărsături, palpitații, dureri de cap, gâfâieli, oftaturi, transpirații sau urinări frecvente)

- absente
- ușor
- moderat
- sever
- împiedică orice activitate

### **12.SIMPTOME GASTROINTESTINALE**

- nimic
- scăderea apetitului dar mănâncă fără să fie încurajat de personal. Senzație de greutate în abdomen
- mâncat dificil fără îndemnul personalului. Cere sau necesită laxative sau medicație pentru intestine sau medicație pentru simptome GI

### **13.SIMPTOME GENERALE SOMATICE**

- deloc
- greutate în picioare, spate, cap, dureri de cap, dureri musculare, de spate, pierderea energiei și oboseală
- orice alt simptom bine definit

Ați fost interesat de sex în ultima săptămână ? (Nu vă întreb despre performanță ci despre interesul sexual, cât de mult vă gândiți la această problemă )

Au existat schimbări în interesul Dvs sexual față de când nu erați depresiv?

Uneori v-ați gândit mult la aceasta? **DACĂ NU** : Este aceasta neobișnuit pentru Dvs ?

În ultima săptămână v-ați gândit mai mult la sănătatea Dvs sau la cum funcționează corpul (comparativ cu modul obișnuit)

Aveți multe plângeri de cum vă simțiți fizic ?

Ați constatat că cereți ajutor pentru probleme de sănătate pe care le-ați putea rezolva singur ?

**DACĂ DA** : Dați un exemplu ? Cât de des se întâmplă ?

Ați slăbit de când sunteți depresiv ?

**DACĂ DA** : Cât de mult ?

**DACĂ NU E SIGUR** : Credeți că hainele v-au devenit largi ?

**URMEAZĂ** : Ați luat ceva în greutate înapoi ?

#### **14.SIMPTOME GENITALE**

(precum pierderea libidoului, tulburări menstruale)

- absent
- ușor
- sever

#### **15.HIPOCONDRIE**

- absent
- se gândește ocazional, doar se autopreocupă
- preocupări cu sănătatea
- frecvente plângeri, solicitări de ajutor
- deliruri hipocondriace

#### **16.PIERDERE ÎN GREUTATE**

(evaluează fie A fie B)

- Când evaluați în trecut
  - nici o pierdere în greutate
  - pierdere probabilă în greutate asociată cu tulburarea prezentă
  - pierdere sigură în greutate
- La examenul psihiatric săptămânal, când se măsoară schimbările actuale în greutate

- pierdere în greutate inferioară a 500 gr. într-o săptămână
- pierdere în greutate superioară a 500 gr. într-o săptămână
- pierdere în greutate superioară a 1 kg. într-o săptămână

#### **EVALUARE BAZATĂ PE OBSERVAȚIE**

#### **17.CONȘTIINȚA BOLII**

- recunoaște că este depresiv sau că nu mai este în prezent
- recunoaște boala dar o atribuie unei alte cauze : proastă alimentație, climat, suprasolicitare, virus, lipsă de odihnă
- neagă boala cu totul

SCORUL TOTAL AL SCALEI HAMILTON 17 ITEMI : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

---

**SCALA HAMILTON CU 21 ITEMI** (se chestionează în plus și întrebările de mai jos)

În această ultimă săptămână v-ați simțit mai bine sau mai rău dimineața sau seara ?

DACĂ EXISTĂ VARIAȚIE : Cât de rău vă simțiți (DIMINEAȚA SAU SEARA)

#### **18.VARIAȚIA DIURNĂ**

- Notează dacă simptomele sunt mai rele dimineața sau seara. DACĂ NU - nu există variație pune 0.
- 0 nici o variație sau depresie  
1 mai rău dimineața  
2 mai rău după-amiaza

- Când este prezentă  
marchează severitatea  
variației :
- nici o variație
- ușoară
- severă

În ultima săptămâna ați simțit  
vreodată brusc că totul devine ireal  
sau ca în vis sau străin ?

DACĂ DA : Cât de rău a fost ? Cât  
de des s-a întâmplat ?

În săptămâna trecută ați simțit că toți  
vor să vă rănească sau să vă facă rău  
?

DACĂ NU : Lumea vă bârfește pe la  
spate ?

DACĂ DA : Spuneți-mi despre ce?

În ultima săptămână au existat  
lucruri pe care a trebuit să le faceți  
mereu, mereu, precum să verificați  
dacă ați închis ușa de mai multe ori?

DACĂ DA : Puteți să dați un  
exemplu ?

Ați avut gânduri care nu aveau nici  
un sens

## **21.SIMPTOME OBSESIONALE ȘI COMPULSII**

SCORUL TOTAL LA SCALA HAMILTON 21 ITEMI \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## **19.DEPERSONALIZARE – DEREALIZARE** (precum sentimente de irealitate sau nihilistice)

- absent
- ușor
- moderat
- sever
- incapacitant

## **20.SIMPTOME PARANOIDE**

- nici una
- suspicios
- idei de referință
- deliruri de referință și persecuție
- iluzii de relație și persecuție

- absent
- ușor
- sever

## **INTERPRETAREA SCALEI HAMILTON**

- 0 – 7 **Absența depresiei**
- 8 – 15 **Depresie minoră**
- ≥ 16 **Depresie majoră**

## **Sindromul maniacal**

În normalitate mania patologică are corespondent în euforia sărbătorească, mai ales cea consecutivă unui succes, în cadrul căreia subiectul e hipersociabil, expansiv și euforic, centrat pe prezent cu deschidere optimistă spre viitor. În ansamblu se caracterizează prin: tahipsihie; dezinhibiție generalizată; dispoziție afectivă pozitivă; energie crescută; optimism; buna încredere în sine și în viitor; lipsa reticenței.

Simptomalogia sindromului maniacal poate fi împărțită, la fel ca în cazul sindromului de anxietate generalizată și a sindromului depresiei inhibitate în câteva clase:

Din punct de vedere subiectiv se constată:

- dispoziție euforică cu veselie;
- euforie;
- buna dispoziție;
- stare subiectivă de bine (se simte “foarte bine”), ce se transmite celor din jur și pe care nimic nu o poate schimba;
- uneori afirmă fericire;
- optimism și încredere în sine și în viitor.

În perspectiva timpului trăit subiectul trăiește într-un prezent deschis, spre un viitor optimist, în care se poate împlini aproape orice: are multe proiecte, planuri, fiind convins că toate se pot realiza, că se poate împlini aproape orice; trecutul nu-l interesează; trăiește sentimentul scurgerii rapide a timpului; părerea despre sine este bună; simte că are energie, forță; sentimentul de capacitate și abilitate crescută, nu e obosit deși doarme puțin;

încredere în sine, în propriile capacități; stimă de sine crescută; grandiozitate.

Celelalte persoane îl interesează puțin, este convins că le este superior, că alții ar trebui să-l admire (și e posibil să îl invidieze).

Din punct de vedere cognitiv se întâlnește:

- vigilitate crescută;
- atenție hipermobilă, cu mari dificultăți de concentrare și persistență;
- percepție intensificată: percepe cu multe detalii, imaginile sunt colorate;
- memoria e bună, dar nefuncțională din cauza derulării rapide a cursului ideativ;
- presiune a gândirii;
- ideație rapidă cu schimbare bruscă a ideilor și cursului gândirii;
- fuga de idei (asociații ideative superficiale, prin asonață); sau de la o idee la alta. Conținutul ideatic e consonantat în buna părere despre sine și cu optimismul pacientului.

Din punct de vedere comportamental și expresiv, maniacalul este dezinhibat psihomotor:

- se mișcă mult și cu o viteză crescută;
- vorbește mult și repede;
- este sociabil;
- realizează ușor, spontan, rapid, contacte interpersonale;
- transmite altora bună dispoziție (îi contaminează cu veselie),
- este lipsit de reticențe, ce gândește spune imediat fără a fi inhibat de norme și reguli sociale.



Decizia este rapidă cu scurtcircuitarea motivației, subiectul trece repede la act fără deliberare; nu persistă în acțiune schimbându-și frecvent obiectivele. Este dezinhibat. Se angajează în mai multe activități, chiar dacă acestea sunt dificil de realizat, cu convingerea că le va putea duce la bun sfârșit.

- În faza incipientă, (a stării hipomaniacale) subiectul poate avea inițial un randament crescut; dar ulterior nu mai perseverează în cele începute. Se poate angaja în acțiuni riscante, uneori iresponsabile, pentru sine și pentru alții. Are predispoziția pentru a cheltui necontrolat mulți bani pentru cumpărături, jocuri de noroc, etc.
- Expresiv, este adesea extravagant, strident în ținută, îmbrăcăminte, podoabe. Faciesul exprimă buna dispoziție, cu privirea ancorată în realitatea imediată, pe care o observă cu acuitate (uneori făcând observații surprinzătoare). Vorbește repede, mult, deseori necenzurat, fără rușine, coprolalic; poate recita poezii, cânta, improvizează cu ușurință. Gestică expansivă cu mișcări largi. Se poate angaja în dans sau comportamente extravagante; râde ușor și mult.

Din punct de vedere biologic, corporal se constată:

- somn redus, dar fără oboseală și cu energie fizică crescută;
- creșterea performanțelor fizice;
- creșterea libidoului cu pierderea pudorii (până la exhibiționism);
- alimentarea poate fi normală sau crescută, fără creștere în greutate datorită catabolismului crescut;
- agresivitate crescută, predominant verbală.

Sindromul maniactal poate avea diverse intensități:

**Forma incipientă hipomaniacală:** subiectul poate avea anumite performanțe crescute și o prezență socială plăcută pentru ca apoi să apară comportamentele deviante (cheltuirea de bani, infidelitate sexuală, comportamente riscante) și în sfârșit **forma clinică**. În tabloul clinic euforia poate fi dublată sau înlocuită de iritabilitate (disforie). Formele accentuate se însoțesc de agitație, confuzie, delir halucinator.

În clinica psihiatrică sindromul maniactal e caracteristic pentru tulburarea bipolară și ciclotimie. Ca și comorbiditate se poate combina cu alte sindroame.

Nume \_\_\_\_\_

Investigator/Instituție \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

SCALA YOUNG DE EVALUARE A MANIEI

NU S-AU OBȚINUT INFORMAȚII

**Marcați una din căsuțele de mai jos.** Scopul fiecărui item este de a evalua severitatea anormalității prezentă la pacient. În cazul în care se dau mai multe opțiuni pentru un anumit grad de severitate, este necesară doar prezența uneia pentru a valida evaluarea. Opțiunile prezentate au doar rolul de a ghida, sugera. Ele pot fi ignorate dacă acest lucru este necesar pentru a indica severitatea, cu toate că aceasta ar trebui să fie mai curând o excepție decât regula obișnuită.

- BUNA DISPOZITIE EXAGERATA (DISPOZITIE ELEVATA):

0 Absentă

1 Slabă, sau posibil crescută în timpul interviului

2 Elevare subiectivă clară; optimist, sigur de sine; vesel; încadrat în context.

3 Elevat, deplasat; umoristic.

foric, râs deplasat; cântă.

- ACTIVITATE MOTORIE-ENERGIE CRESCUTA.

0 Absentă

1 Percepută subiectiv ca crescută

2 Animată; gestică crescută

- 3 Energie excesivă; hiperactiv uneori; agitat (poate fi calmat).
- 4 Agitație motorie; hiperactivitate continuă (nu poate fi calmat).

3. INTERES SEXUAL

- 0 Normal; nu este crescut.
- 1 Ușor crescut, sau există această posibilitate
- 2 O creștere subiectivă certă raportată în timpul interviului.
- 3 Conținut sexual spontan; elaborează pe tema sexului; hipersexual (auto-raportare)
- 4 Avansuri sexuale deschise (față de pacienți, personalul medical sau interviator).

4. SOMNUL

- 0 Nu raportează reducerea somnului.
- 1 Doarme mai puțin decât e normal cu până la o oră.
- 2 Doarme mai puțin decât e normal cu peste o oră.
- 3 Raportează o reducere a nevoii de a dormi.
- 4 Neagă nevoia de somn.

5. IRITABILITATE

- 0 Absentă.
- 1 Crescută subiectiv.
- 2 Iritabil uneori în cursul interviului; episoade recente de furie au enervare în timpul internării
- 3 Frecvent iritabil în cursul interviului; lapidar, repezit.
- 4 Ostil, necooperativ; desfășurarea interviului e imposibilă.

6. VORBIREA (RITM SI VOLUM)

- 0 Nu sunt crescute.
- 1 Vorbăreț.
- 2 Ritm sau volum crescut uneori; câteodată repetitiv.
- 3 Precipitat; ritm și volum marcat crescute; greu de întrerupt.
- 4 Presant; nu poate fi întrerupt, discurs continuu.

7. DEZORDINE A GANDIRII-LIMBAJULUI

- 0 Absentă.
- 1 Circumstanțial; distractibilitate redusă; gânduri rapide.
- 2 Ușor de distras; pierde șirul gândirii; schimbă frecvent subiectul; fuga gândirii;
- 3 Zborul gândirii; tangențialitate; greu de urmărit; vorbește în rime; echolalie.
- 4 Incoerent; comunicarea e imposibilă.

8. CONTINUT

- 0 Normal.
- 1 Planuri îndoielnice, interese noi.
- 2 Proiecte speciale; hiperreligios.
- 3 Idei grandioase sau paranoide; idei de referință.
- 4 Delir; halucinații.

9. COMPORTAMENT DISRUPTIV-AGRESIV

- 0 Absent, cooperativ.
- 1 Sarcastic; uneori vorbește tare, încordat.
- 2 Certăreț; face amenințări în cursul internării.
- 3 Amenință interviatorul; strigă; interviul e dificil.
- 4 Atacă; distructiv; interviul e imposibil.

10. INFATISAREA

- 0 Imbrăcat și aranjat corespunzător.
- 1 Ușor neglijent.
- 2 Curățenie corporală minimă; moderat neglijent; supraîmbrăcat
- 3 Murdar; îmbrăcat parțial; machiaj ostentativ.
- 4 Complet neîngrijit;decorat; accesorii vestimentare bizare.

11. CONSTIENTIZAREA DE SINE (INSIGHT)

- 0 Prezentă; admite prezența bolii; e de acord cu necesitatea tratamentului.
- 1 Admite posibilitatea bolii.
- 2 Recunoaște schimbările de comportament, dar neagă existența bolii.
- 3 Admite posibilitatea schimbărilor de comportament, dar neagă boala.
- 4 Neagă existența oricăror schimbări de comportament.  
interviului:

Inițialele

## **Sindromul halucinator și al distorsiunilor perceptiv**

Percepția poate fi circumscrisă ca reflectarea psihică sintetică, structurată ca formă și semnificație a informațiilor actuale. Ea presupune orientarea atenției, selectarea și ierarhizarea informației, compararea cu datele mnestice, imaginația.

Percepția e integrată în cunoașterea ce servește acțiunii. Există o percepție continuă a propriului corp și a propriei persoane și o percepere variabilă a ambianței și altora. Percepția se poate referi la informația imediată sau la o perioadă mai îndelungată de timp, caz în care se realizează o sinteză a informației diacronice. În normalitate percepția poate fi mai clară sau mai vagă, mai mult sau mai puțin exactă. Așteptările, emoțiile și imaginarul modelează semnificația percepțiilor. Visul este o trăire de tip perceptiv ce se desfășoară în contextul reducerii vigilității conștiente.

În psihopatologie, percepția corectă formal poate fi intensificată (în manie) sau estompată (în depresie). Ea poate fi trăită cu semnificații speciale ca în derealizare, dispoziția delirantă, trăirile relaționale și simptomele de referință.

Iluziile formale se referă la percepții deformate. Obiectele pot apărea mai mari sau mai mici decât în realitate, cu contururi modificate, cu modificarea relației dintre formă și fond. Pot apărea iluzii de schemă corporal care sunt de obicei incoercibil în sindromul de depersonalizare. Iluzia perceptivă poate conduce la false identificări. Iluziile pot sta la baza unor interpretări deformate, exagerate, uneori susținând ideile supraevaluate sau delirul.

Halucinația constă dintr-o percepție care nu are echivalent într-o informație actuală (percepție fără obiect). Se poate desfășura în toate ariile senzoriale, fiind mai diferențiată în domeniul analizatorilor auditiv și vizual. Trăirile halucinatorii sunt plasate în spațiul exterior corpului ca orice percepție. Halucinația funcțională constă dintr-o percepție nereală, clară, care se bazează totuși pe perceperea unei informații brute, neclare: de ex. când trece un tramvai pacientul aude clar voci care vorbesc despre el. În domeniul vizual pot apărea paraeidolii, în sensul unor percepții clare ce apar pe fundalul unor informații vagi (nori, mușegai, pete de cafea). În unele arii senzoriale (olfactive, gustative, cutanate) diferențierea dintre halucinația propriuzisă și cea funcțională este deseori deficilă.

S-au descris halucinații psihice (pseudohalucinații) care sunt resimțite în interiorul propriului corp, de exemplu pacientul afirmă că aude voci în interiorul capului.

Tradițional se vorbește de "halucinoză" ca de o halucinație criticată, cum ar fi în cazul unor boli neurologice care comprimă nervul optic. În psihiatrie, deseori subiectul nu e în întregime convins de realitatea halucinațiilor. În plus, critica halucinațiilor se petrece destul de des în urma programelor de psihopedagogie.

Halucinațiile sunt comentate în funcție de organele de simț. Halucinațiile auditive pot fi simple constând în auzirea unor sunete, zgomote, muzică. Mai diferențiate sunt cele audio - verbale ce constau din auzirea unor voci umane. Se analizează: direcția din care vin vocile, distanța, intensitatea, timbrul vocii (bărbat, copil, femeie), numărul vocilor ce se adresează sau comentează, conținutul acestora. Mai importante sunt: halucinațiile apelative care cheamă pe nume pacientul, halucinațiile imperative care ordonă să se facă anumite lucruri și halucinațiile

comentative: două sau mai multe voci discută între ele despre pacient, comentează comportamentul său, îl critică, îl laudă; sau, vocile comentează gândurile și acțiunile subiectului în timp ce acestea se desfășoară.

Halucinațiile auditive pot fi auzite într-o singură ureche sau în ambele cu conținut identic sau diferit.

Halucinațiile vizuale pot fi simple (scânteii, culori), pot consta în perceperea unor obiecte, animale, oameni, ființe supranaturale; cele complexe constau în scene panoramice în desfășurare (ca la cinematograful) la care pacientul participă mai mult sau mai puțin, cu implicare afectivă și comportamentală.

Halucinațiile mai pot fi: olfactive (mirosuri variate, senzația că propriul corp emană un miros pe care alții îl percep), gustative (gust modificat al alimentelor, metalic, neplăcut), cutanate (senzație de arsuri, căldură sau că se mișcă ceva pe piele), kinestezice (senzația că este împins, tras), interne (senzații deosebite în zona organelor interne), sexuale (senzația de orgasm). Deseori pacientul participă comportamental la conținutul halucinațiilor, mai ales în cazul celor vizuale și auditive.

Halucinațiile se combină ce mai des și mai intens cu delirul.

## **Sindromul de depersonalizare – derealizare**

Persoana umană resimte în normalitate o continuă identitate cu sine, în diverse situații și raportări interpersonale, de-a lungul timpului. Identitatea personală se bazează pe identitatea corporală (a corpului fizic obiectiv și a celui resimțit subiectiv), pe cea psihică care diferențiază subiectul de altul, pe biografie, tipologie caracterială, pe statutul și rolul social, pe identitatea socială a numelui și a actelor de identitate, pe biografia proprie cunoscută și relatată de alții.

Sindromul de depersonalizare se referă în primă instanță la sentimentul pierderii identității corporale și psihice. Se menționează următoarele simptome:

- impresia modificării formei corporale;
- iluzii de schemă corporală: unele părți ale corpului sau corpul în totalitate e resimțit mai mic sau mai mare ca în realitate sau deformat;
- sentimentul pierderii limitelor corporale, a vulnerabilității pentru elemente exterioare, indistinția dintre interior și exterior;
- nerecunoașterea propriului corp, a propriei fețe în oglindă;
- subiectul se percepe pe sine ca fiind nereal, ca jucând un rol, în loc de a fi spontan și natural (“o umbră a unei adevărate persoane”)
- subiectul se simte detașat de propriile trăiri ca și cum le-ar vedea de departe (de la capătul unui telescop)
- în forme mai grave subiectul poate resimți că este mort sau că trăiește într-o “lume paralelă” și nu poate să interacționeze cu lumea noastră



- sentimentul pierderii identității psihice (“eu nu mai sunt eu”) și/sau a transformării psihice (“eu mă transform”).

Aceste trăiri nu depășesc faza sentimentului de neidentitate și transformare căci acesta conduce la convingeri delirante. Derealizarea constă în perceperea modificată a realității înconjurătoare care pare schimbată: ciudată, stranie, ideală, neobișnuită, “ca în vis”, “parcă lucrurile se petrec nefiresc” ca într-o scenă de teatru. Totul pare lipsit de culoare, mort. Privitor la alte persoane derealizarea face ca aceștia să fie percepuți ca un fel de actori mai degrabă decât oameni obișnuiți; ei pot apare ca “păpuși, marionete pe sfori, fără o viață proprie”.

Depersonalizarea și derealizarea în sensul de mai sus pot preceda organizarea delirantă. În delir subiectul resimte și e convins că deja s-a schimbat, că “are o altă identitate” în unul sau mai multe din aspectele ce constituie identitatea sa. Pot apărea teme delirante centrate pe:

- transformarea corporală (“m-am transformat într-un animal, în diavol”);
- transformarea identității sociale (alt nume, altă genealogie);  
Într-un sens mai larg în cadrul sindromului de depersonalizare se mai pot încadra:
- sentimentul dedublării interioare (eu sunt o persoană dublă, cu decizie contradictorie care uneori se opune celei conștiente);
- pornind de la acest nivel se poate ajunge la delir de posesiune (demoniacă, de către o altă persoană);
- heautoscopia, simptom ce constă în faptul că subiectul se vede pe sine în afara sa (din față, din spate); de la această situație se poate

ajunge de asemenea la un delir de dedublare, cu existența unei dubluri a persoanei, în afara ei;

- dubla personalitate, aceasta se corelează cu simptomatologia stărilor disociative de conștiință.

## **Sindromul de transparență, influență și de referință**

În mod normal orice om resimte și trăiește un control propriu asupra intimității sale psihice, a ceea ce păstrează ca secret personal și a sursei ultime a deciziilor sale. Deși oamenii sunt în permanență controlați de către alții în diverse împrejurări și cu diverse tehnici și deși ei sunt continuu influențați în decizii, opinii și gânduri de către alții, se menține sentimentul apartenenței de sine, a deciziei ultime, a controlului personal asupra propriei intimități, asupra gândurilor proprii.

Modificarea stării naturale menționate mai sus conduce la sindromul de transparență influență, care mai este denumit de „pasivitate” sau de control extern (xenopatic). În cadrul acestuia subiectul resimte că alții au acces la intimitatea sa, cunoscând-o și intervenind în deciziile sale cele mai intime, în apariția gândurilor sale.

Simptome se împart în următoarele clase:

### **Simptome de transparență**

Acestea se articulează cu simptomatologia sentimentului de „punere sub supraveghere” care însoțește o parte din trăirile paranoide specifice schizofreniei plasându-se în continuitatea acestora. Principalele simptome sunt:

- Cunoașterea propriilor gânduri intime prin „citirea” sau „ghicirea” lor de către alții;

- Înregistrarea gândirii de către alții în urma răspândirii ei; fenomenul e trăit pasiv, subiectul resimte cum propriile gânduri se răspândesc fără voia lui și alții le captează;
- Comentarea gândirii de către alte gânduri intruse; subiectul resimte că în mintea sa sunt mai multe cursuri ale gândirii dintre care, unul, străin, supraveghează și comentează propriile gânduri. În acest caz fenomenul nu e resimțit ca halucinator;
- Sonorizarea gândirii: subiectul își aude gândurile, dar în propriul cap; nu e fenomen halucinator. Totuși subiectul crede că cineva care stă aproape poate să le audă;
- Ecoul gândirii: pacientul are sentimentul că propriul gând se repetă ca un ecou, dar nu sonor;
- Facerea publică a propriilor gânduri: subiectul constată că propriile gânduri sunt utilizate de alții, apar la radio sau televizor, în presă, astfel încât ajunge la concluzia că propriile gânduri au fost furate; fenomenul se poate corela cu delirul de referință.

Odată cu fenomenele de transparență supravegherea și controlul pătrund în însăși intimitatea psihismului subiectiv.

### **Fenomenele de influență (dirijare)**

În cadrul simptomelor din acest grup sentimentul de pasivitate este mai accentuat. Pentru ele se mai folosește expresia de „înlocuire a voinței”. Cele mai pregnante sunt simptomele de influență asupra comportamentului și gândirii.

- Înlocuirea voinței de forțe externe; aceasta poate fi trăită în mod global, subiectul simțindu-se ca un „automat dirijat din exterior”. În acest sens de Clérambault a folosit eticheta de „automatism mental”.

Fenomenul poate fi resimțit și sectorial ca:

- Înlocuirea controlului vocii: pacientul resimte că vocea sa e sub controlul altora din exterior;
- Înlocuirea controlului mâinii care scrie: subiectul afirmă că ceea ce scrie este controlat și condus din exterior;
- Înlocuirea controlului altor acțiuni, ca mersul și actele obișnuite ale vieții de zi cu zi;
- Înlocuirea controlului gândirii: pacientul resimte pierderea sensului posesiunii asupra întregului proces de gândire astfel încât niciun gând nu mai e resimțit ca inițiat de sine;
- Inserția gândirii: subiectul resimte cum unele gânduri ce le are nu sunt ale sale, nu sunt inițiate de el însuși ci de alții, care le-au introdus în capul (mintea) sa; uneori chiar identifică al cui e gândul respectiv ce i-a fost inserat, cine este autorul și deci posesorul său de drept; Gândurile pot fi introduse și de diavol sau de Dumnezeu. Subiectul își poate explica faptul că alte persoane îi inseră gânduri prin telepatie, hipnoză etc;
- Blocarea gândirii: gândirea se oprește brusc și apare un gol mental, iar pacientul poate interpreta că acest fenomen se produce sub influența altora;
- Retragerea gândirii: pacientul are impresia că i-au fost retrase, scoase din minte, de către alții, o serie de gânduri astfel încât a rămas cu mai puține. Uneori își simte mintea complet golită, ca un vid mental, și

interpretează acest fapt ca datorat retragerii gândurilor sale de către alții;

- Alte tulburări subiective ale gândirii: subiectul poate resimți cum gândurile sale se mută din stânga în dreapta, că el nu mai poate ști care sunt propriile sale gânduri, că gândurile ies din corpul său etc.
- Alte tipuri de înlocuire a controlului decât cel asupra acțiunii și gândurilor. Subiectul poate resimți că îi sunt influențate și impuse anumite sentimente, emoții, expresii (de ex. râsul sau plânsul), senzații sexuale sau senzații corporale neplăcute, ceneștopatii, dureri, că îi sunt modificate părți ale corpului, că prin toate acestea el este dirijat și manipulat din exterior.

Fenomenele de influență și dirijare exterioară, xenopatică din această clasă sunt diferite de halucinațiile imperative.

### **Fenomenele psihotice de referință**

Această clasă cuprinde simptome ce exprimă sentimentul unei relații speciale, directe și nemijlocite cu lumea exterioară, cu alții, relație de obicei neclară dar care are o semnificație deosebită, importantă. Principalele simptome sunt:

- Dispoziția delirantă este o formă mai vagă și incipientă a ideatei de referință: subiectul resimte că lumea din jur e neobișnuită, nefamiliară, că „se întâmplă ceva” neprecizat, dar care are o semnificație deosebită, deși neclară, pentru pacient; uneori totul pare a se schimba rapid, nimic nu e stabil, e prezentă „o atmosferă stranie”, uneori amenințătoare, iar subiectul e deseori anxios;

- Delirul de referință. Pacientul are impresia că comportamentul celor din jur are semnificații speciale, un dublu înțeles: unii fac gesturi ce ar putea fi un mesaj special, vorbirea lor e încărcată de aluzii și înțelesuri speciale, ascunse, i se transmit mesaje la televizor, în ziare, peste tot e vorba despre el;
- Delirul de interpretare distorsionată este o extindere a delirului de referință la lumea extrapersonală. Aranjarea obiectelor poate avea o semnificație specială, la fel semnele de circulație, culorile, cifrele parcă transmit mesaje;

Fenomenele psihotice de referință pot preceda apariția „delirului primar” în sensul instalării bruște a unor convingeri delirante ciudate prin „percepție delirantă” sau intuiție, rememorare delirantă. Acestea sunt trăiri aparent normale, obișnuite – de ex. percepția este una reală și banală – dar ocazionează instalarea bruscă a delirului.

Fenomenele psihotice de referință se pot articula și cu cele de transparență-influență și cu cele de dezorganizare ideo-verbală.

## **Sindromul delirant; delirul paranoid**

În normalitate fiecare om are o serie de convingeri care centrează personalitatea și existența sa. Acestea se referă la credința în adevărul realității, a datelor lumii în care subiectul trăiește; dar și la convingeri politice, religioase, la puncte de vedere estetice, etc. Subiectul are o serie de opinii și credințe în ceea ce îl privește, în felul de a se considera pe sine, starea sa, capacitatea și valoarea sa. La fel, el are opinii și credințe referitor la felul în care sunt alții, cei apropiați pe care-i cunoaște, inclusiv în ceea ce privește felul în care alții se raportează la sine. În patologie, toate aceste convingeri și credințe pot fi exagerate sau aberante. Totuși, o parte din credințele fanatice în plan social și valoric nu sunt etichetate patologic.

Prin delir se înțelege de obicei o convingere patologică intensă și de neschimbat cu argumente privitor la o idee (temă) neadevărată, deseori imposibilă sau absurdă, fantastică. Această convingere se însoțește de o simplificare a vieții psihice a subiectului, ea centrează existența acestuia, condiționând un comportament aberant.

Importantă pentru delir este “tema” delirantă, care exprimă ideea în care el crede patologic. Aceasta poate fi formulată ca o situație sau ca un scenariu ce cuprinde convingerea subiectului privitoare la el însuși, la starea sa și, uneori, valoarea sa. Dar și convingerea sa privitoare la raportul său cu lumea, cu alții, la cum sunt alții în raport cu el, atitudinea altora în raport cu sine. În cadrul diverselor teme delirante aceste aspecte sunt mai mult sau mai puțin reprezentate.



Comentariul psihopatologic al delirului presupune:

- identificarea temei delirante în care subiectul crede, cu mai multă sau mai puțină convingere;
- contextul și modalitățile prin care tema delirantă se instituie;
- structura delirului și conjugerea sa cu alte sindroame psihopatologice.

Delirul rareori apare izolat; de obicei se însoțește de alte fenomene psihopatologice ca: halucinații, tulburări afective (anxioase, euforice, depresive, de iritare-agitație), fenomene de transparență-influență, de punere sub supraveghere, confuzive, etc.

Între convingerile normale și cele delirante se plasează tulburarea prevalențială sau comportamentul deviant condiționat de o idee supraevaluată. Această stare e centrată de o convingere anormală într-o temă aflată în marginea realității, neadevărată, dar plauzibilă, în care subiectul crede, având o anumită argumentare, cu o trăire afectivă adecvată conținutului temei care centrează preocupările și comportamentul subiectului o perioadă mai lungă de timp. Persoana nu e ruptă de realitatea sa umană, dar comportamentul său e parțial deviant. Comportamentul prevalent se organizează mai frecvent în jurul temelor de: hipocondrie, dismorfofobie, gelozie, erotomanie, dar și în jurul altora.

Tematica delirantă poate exprima toate modalitățile subiectului de raportare la sine, la alții și la lume, în general.

Ca raportare predominantă la sine, incluzând propriul corp se întâlnesc următoarele teme: hipocondriacă, dermatozică, de posesiune (zoopatică, demoniacă, prin alte persoane), de modificare și transformare corporală (de ex. a sexului), de nouă identitate, de descendență ilustră, de autodeprecieri, incapacitate, vinovăție, capacități și abilități crescute,

speciale, de invenție, de bogăție, de misiune supranaturală (eventual prin relați speciale sau identificare cu forțele supranaturale) etc.

În tematica dismorfofobică subiectul e preocupat de defectul sau urâtenia sa corporală, dar și de felul în care e apreciat de alții.

În perspectiva raportării interpersonale se întâlnește tematica de gelozie, erotomană și mai ales cea paranoidă, care se referă la atitudinea nefavorabilă, ostilă, a celorlalți. Aceasta se însoțește deseori de convingerea unei atenții deosebite sau a unei supravegheri speciale din partea celorlalți.

În perspectiva raportării generale față de lume se întâlnesc tematici fantastice, istorice, mistice, cosmice.

Modalitățile psihopatologice care încadrează delirul participă la constituirea sa și/ sau îl susțin, sunt: intuiția delirantă, percepția și interpretarea delirantă (acestea de obicei precipită starea de dispoziție delirantă spre un alt delir primar), depersonalizarea și derealizarea, dispoziția delirantă și trăirile de referință, halucinațiile, fenomenele de transparență-influență, dispoziția anxioasă, depresivă, euforic-maniacală, starea confuzivă (de delirium).

### **Delirul monotematic sistematizat**

În această formă delirul se manifestă într-o formă aproape pură. El se constituie lent progresiv, de obicei prin interpretări delirante la persoane disarmonice. Poate fi precedat de o perioadă de ideatie supraevaluată.

Subiectul ajunge să fie convins de o idee care-i centreează preocupările și comportamentul și care nu poate fi modificată prin argumente. Deseori se păstrează o bună capacitate de raționament, delirul fiind elaborat „qvasilogic,” sau „hiperlogic,” fiind sistematizat. De obicei e prezentă o unică temă delirantă care ar putea fi: de posesiune zoopatică sau demonică,

hipocondriacă, dermatozică (convingerea că anumiți paraziți se mișcă sub piele) dismorfic corporal, de gelozie, erotoman, de invenție, de descendență ilustră, de persecuție, mistic. Delirul de persecuție sistematizat ce apare pe fondul unei personalități dizarmonice paranoide poate să creeze multe probleme sociale mai ales când ia forme politice. De asemenea unele deliruri mistice, de misiune profetică, pot să creeze probleme sociale.

### **Delirul paranoid**

Una din tematicile delirante cele mai frecvente este cea de atitudine ostilă, ideea că alții intenționează să-i facă rău subiectului. Aceasta se întâlnește în delirul paranoid. Delirul paranoid are de obicei o complexitate crescută fiind însoțit de alte teme delirante; dar mai ales de convingeri de supraveghere din partea altora. Deasemenea mai pot fi prezente halucinații predominant auditive, anxietate, depresie precum și fenomene ale sindromului de transparență, influență și referință.

Tematica de atitudine ostilă în delirul paranoid poate fi de: dușmănie, persecuție, prejudiciu, amenințare vătămare morală și fizică, privare de libertate, atentat la viață (prin otrăvire etc.)

- Tematica de supraveghere poate consta în:
  - convingeri de a fi privit în mod special de oameni (care s-au înțeles între ei, care-l comentează în mod negativ, care-și bat joc de pacient = delir de referință sau senzitiv relațional);
  - de urmărire (de una sau mai multe persoane, pe stradă sau diverse locuri, de organizații anume);
  - de urmărire prin instrumente, tehnici speciale: înregistrări ale convorbirilor telefonice, prin microfoane, înregistrări video, fotografiari,

filmări, prin aparate optice de la distanță, din avioane, din satelit, prin radio, televizor, internet, laser, unde electromagnetice;

- supraveghere prin substituire de persoane (sindrom Capgras = o persoană cunoscută e înlocuită de urmăritori; sindrom Fregoli = un urmăritor ia diverse înfățișări pentru a-l urmări pe subiect.

Cei ce sunt presupuși agresori pot fi: persoane cunoscute din apropiere, grupuri de persoane din intimitate și organizații naționale sau internaționale, forțe supranaturale, agresori în general, fără specificație.

În cadrul delirului paranoid pot fi diferențiate mai multe nivele:

- un nivel în care delirul – instituit de anxietate, depresie, și unele halucinații auditive – este centrat pe persoane concrete din ambianță, tematica e concretă și concentrică: sunt prezente convingeri de urmărire, persecuție, prejudiciu din partea altora, eventual intenții de otrăvire, vrăjire (în funcție de nivelul intelectual).

- un nivel în care atitudinea ostilă este atribuită unor persoane necunoscute sau îndepărtate, unor instituții sau organizații (mafia, SRI), unor ființe supranaturale (duhuri, extraterestrii, spirite sau neprecizată), supravegherea este realizată cu mijloace tehnice speciale, sau prin fenomene parapsihologice sau supranaturale și vizează intimitatea vieții pacientului; se poate observa acțiunea unor persoane substituite (sindromul Capgras, Fregoli).

- un nivel în care intervin simptome de referință, de transparență, de influență și halucinații comentative.

- un nivel care interferează cu fenomene de dezorganizare ideo – verbală sau cu confabulările și cu multe alte deliruri, halucinații și simptome psihopatologice.

### **Alte variante de delir**

*Delirul parafrren* este unul fantastic, expansiv, conștient, confabulator. De obicei el evoluează „încapsulat”, adică în pararel cu o bună adaptare la realitate. Subiectul are o „dublă contabilitate”: o parte a persoanei sale e bine adaptată la realitate iar o parte e delirantă; între aceste două părți poate fi o redusă comunicare.

*Delirul din cadrul stării de delirium* se desfășoară pe fondul unei denivelări a vigilității conștiente și a dezorientării temporo –spațiale auto și allopsihice, este de obicei secundar halucinațiilor (predominant vizuale) iar subiectul participă intens afectiv și comportamental la conținutul trăirilor halucinatorii.

## **Sindromul dezorganizării ideo-verbale și motivațional comportamentale**

În mod normal omul trăiește în mod unitar, coerent și sintetic atât percepția și reprezentarea de sine cât și manifestările sale. Gândirea și vorbirea, expresivitatea, comunicarea sunt astfel organizate ca să transmită informații sintetice, coerente și cu semnificație comprehensibilă. La fel comportamentul are o motivație coerentă și comprehensibilă, o unitate de desfășurare și de sens.

În patologie se pierde această coerență sintetică, gândirea, vorbirea și comportamentul ajungând să fie dezorganizate (dezordonate), lipsite de semnificație și sens, ciudate, bizare, incomprehensibile.

**În plan ideo-verbal** apar simptome care atestă modificarea cursului gândirii și vorbirii. Acestea deviază de la finalitatea lor de a exprima și comunica către alții informațiile sintetice și semnificative. Apar astfel tulburările formale de gândire și vorbire. Ca simptome se notează:

- barajul mental – cursul gândirii se oprește brusc, și se reia în altă direcție;
- mentismul – apariția bruscă a unui ansamblu de gânduri amestecate ce nu pot fi bine distinse și controlate;
- gândirea și vorbirea hiperconcretă, lipsite de context și profunzime;
- gândirea și vorbirea eliptică – scurtcircuitarea expresiilor uzuale ale textului comunicat cu păstrarea doar a unor repere de referință;
- gândirea și vorbirea tangențială – este vagă, aluzivă, alunecă de la sensul de comunicare inițial;
- gândirea și vorbirea digresivă – discursul se depărtează progresiv de tema principală, prin paranteze și asociații circumstanțiale, fără a mai reveni;

- gândire și vorbire incoerentă – lipsa de legătură între expresii se produce în interiorul propoziției, astfel încât vorbirea nu mai e comprehensibilă;
- tulburări logice și gramaticale în gândire și vorbire;
- gândire, vorbire și sens marcate de dezordine, incoerență;
- gândire și expresii simetrizante;
- gândire și vorbire circumstanțială – evoluează din aproape în aproape, cu paranteze inutile; ea revine mereu la direcția inițială dar ajunge greu la concluzie;
- gândire și vorbire manieristă, care nu comunică decât puțină informație deși se exprimă mult cantitativ; se folosesc multe expresii de introducere, legătură, politețe;
- gândire și vorbire stereotipă – anumite expresii sau cuvinte se repetă identic;

### **Tulburări semantice**

- semnificația unor expresii este utilizată neobișnuit, nepotrivit cu contextul (expresia poate fi un cuvânt, o locuțiune, o metaforă, un fragment de text);
- acordarea unor semnificații speciale unor fragmente de discurs detașate artificial de context;
- semnificații misterioase, idei idiosincrazice;
- neologisme, noi simboluri, înțelese doar de pacient, un nou cod lingvistic

Tulburările formale de gândire și vorbire exprimă tendința spre abstractizare și simboluri. Comunicarea este ciudată, stranie, bizară, incomprehensibilă. Ea se poate asocia cu convingeri delirante.

Dezorganizarea **în plan motivațional comportamental** se manifestă prin:

- expresii mimico-gestuale care sunt neadecvate situației sau în discordanță cu trăirea afectivă și cu motivația afirmată;
- expresivitatea corporală și vestimentară este ciudată, neadecvată și neconformă convențiilor sociale;
- comportamentul social e neadecvat, nelogic, neconform cu uzanțele, neobișnuit, ciudat;
- manifestări corporale parazitare de stereotipii, manierisme, ritualuri; poziție ciudată, manifestări ale sindromului cataton.

Simptomatologia dezorganizantă condiționează deficite de comunicare cu alții. Corelat cu simptomatologia dezorganizantă mai apar următoarele simptome psihopatologice:

- dificultatea filtrării informațiilor cu distincția între esențial și neesențial;
- deficiența percepției de sine a subiectului ca ființă unitară în toate planurile;
- deficiența percepției altora și a situațiilor ca realități unitare și semnificative.



## **Sindromul apatic amotivațional**

În normalitate omul se raportează activ, intențional față de realitatea din jur și față de ceilalți oameni atașându-se de aceștia și rezonând afectiv în ritm cu semnificațiile realității și stările celor apropiați.

Sindromul apatic-amotivațional se caracterizează prin: indiferență globală, anafectivitate; deficit de spontaneitate, interese și activitate; relaționarea interpersonal socială redusă, ambivalență în toate planurile vieții psihice.

Simptomele ce caracterizează sindromul din punct de vedere afectiv:

- atitudine indiferentă față de toate aspectele realității (diferită de atitudinea euforică, depresivă, anxioasă, iritabil ostilă suspicioasă);
- deficit de emotivitate, reacții față de toate evenimentele semnificante și în relațiile interpersonale; faptul comportă indiferență față de succes sau eșec, laudă sau blam;
- deficit al afectivității interpersonale (în sens de afecțiune, atașament, rezonanță afectivă, dragoste, ură) cu atitudine neutră distantă. Global se vorbește de răceală afectivă, sărăcie afectivă, pustiire afectivă, tocire afectivă
- ambivalența afectivă: subiectul are față de aceeași persoană sentimente și atitudini contradictorii
- anhedonie globală (lipsa capacității de a se bucura).

Din punct de vedere cognitiv motivațional:

- deficit de spontaneitate, de inițiativă în toate ariile vieții psihice;
- deficit de curiozitate, căutare, investigare, imaginare în a provoca realitatea, a se proiecta în viitor, cu tendința de a recepta pasiv informațiile;
- deficit de interese, proiecte de acțiune și motivație în general, cu pronunțată indecizie și dificultăți mari de a trece la act, a acționa; rezultă inactivitate și apragmatism (avoliție, abulic); poate fi prezentă o ambitendendență
- indiferența față de sine, față de propria persoană corporale până la lipsă de îngrijire personală. Subiectul poate petrece mult timp fără să facă nimic sau în situație pasivă, de receptare (mai poate petrece timpul cu preocupări abstracte care îl detașează de ambianță).

Din punct de vedere al relaționării interpersonale:

- contact interpersonal dificil în relația directă față în față; e dificilă coexistența firească cu altul;
- deficit de comunicare interpersonală, mimică, gestică și de limbaj, deficit de a comunica, a colabora;
- deficit de asertivitate în raport cu alții, retragere socială, subiectul prefera izolarea, activitățile solitare (deficitul de relaționare e în mare măsură condiționat de deficitul de sinteză, de percepția celorlalți ca realități unitare).

Din punct de vedere cognitiv:

- tabloul apatic amotivațional se poate însoți (în schizofrenie) de o sărăcire a gândirii, gândire săracă, concretă;
- sindromul apato-abulic se mai poate însoți de tulburări particulare ale atenției (filtrului atențional) sau hiperreflexie.
- ambivalența se poate manifesta și în plan cognitiv prin apariția de idei opuse, contrarii, simetrice, care sunt cotate cu o valoare egală.

Sindromul apato-amotivațional-abulic e caracteristic pentru schizofrenie și spectrul acesteia (schizofrenie, tulburare schizotipală). El se distinge de depresie prin lipsa stării afective triste și de autodeprecieri cu inhibiție și lentoare. Inactivitatea nu e din cauza inhibiției, ci a indiferenței. Retragerea socială de asemenea e datorată deficitului de intenționalitate și motivație și nu inhibiției sau suspiciozității care condiționează o retragere activă.

## **Sindromul denivelării vigilității. Delirium**

În mod normal viața omului oscilează între somn și veghe, la fel ca cea a vertebratelor. În stare de veghe există diverse grade de luciditate conștientă, mai mare în cazul emoției, a concentrării voluntare, a consumului de vigilizante (cafea), mai redusă în oboseală, relaxare, perioada de dinaintea adormirii. Starea de veghe conștientă permite o raportare clară și performantă la ambianță, o bună funcționare cognitivă (din punct de vedere al atenției, percepției, memoriei, gândirii, discernământului) un control instinctiv, afectiv și decizional adecvat, un comportament cu scop și sens adaptativ. Există de asemenea o bună reflexivitate conștientă în sens de înțelegere și raportare la sine, în autopercepție și articulare la memoria biografică, o bună orientare temporo-spațială auto și allopsihiacă. Responsivitatea la stimuli este adecvată și performantă. Toate aceste aspecte sunt modificate în psihopatologie în variate modalități.

În psihopatologie întâlnim:

- obnubilarea: pacientul este imobil, fără mișcări și activitate spontană, răspunde dificil la stimuli, doar la cei intenși și repetați; procesele cognitive sunt diminuate: răspunde greu la stimuli, doar la cei intenși și repetați; procesele cognitive sunt diminuate (atenția, percepția); lentoare în derularea proceselor cognitive; colaborarea cu ceilalți e dificilă;
- somorul este o stare de denivelare a vigilității de tipul obnubilării, mai accentuată, cu somnolență și adormire intermitentă;

- coma constă în suspendarea vigilității conștiente; ea poate avea diverse grade de profunzime care se măsoară prin reflexele care se păstrează;
- stuporul constă din: Stare de nemișcare în diverse poziții cu areactivitate și negativism; Pacientul deși nu doarme, nu răspunde la stimuli verbali și e hiporeactiv la alți stimuli. Nu se mișcă și nu vorbește spontan. Nu răspunde la întrebări și nu execută comenzile. Uneori se poate opune la mobilizarea pasiva, mai ales a gurii, pentru alimentare. Poate prezenta hipertonie sau hipotonie musculară;
- starea crepusculară sau disociativă de conștiență constă dintr-o diminuare a vigilității cu deplasare; subiectul are o reducere a vigilității în sensul că scade reflexivitatea (conștiența de sine în cursul desfășurării evenimentelor); percepția e redusă dar suficientă pentru deplasare, fără dificultăți, greșeli sau accidente (pacientul nu identifică persoanele cunoscute, nu răspunde la salut sau întrebări). Tulburarea se desfășoară paroxistic cu debut și remisiune bruscă, durată delimitată în timp. Privitor la episod, subiectul are amnezie sau hipomnezie. În timpul episodului subiectul poate avea și comportament agresiv, uneori reactiv.

Starea disociativă de conștiență poate avea diverse durate. Când durează mai multe zile se vorbește de dromomanie; nivelul vigilității poate fi fluctuant dar fără remisie completă.

Există o corelație (în continuitate) între aceste tulburări și personalitatea multiplă, în care caz nu este prezentă o modificare a vigilității conștiente.

- deliriumul constă dintr-o denivelare de diverse grade a vigilității conștiente însoțită de dezorientare temporo-spațială și neliniște sau

agitație psiho-motorie. Vigilitatea poate fi doar parțial modificată, disimulată sau grav afectată. Funcțiile cognitive sunt diminuate și la fel reactivitatea la stimuli. E caracteristică dezorientarea în timp și spațiu, în raport cu evenimentele, cu propria persoana și cu alții; apar frecvent false identificări de persoane. Pacientul nu e imobil ca în obnubilare ci neliniștit sau agitat. Agitația se poate însoți de heteroagresivitate, chiar cu “stare clastică” (pacientul distruge nediferențiat tot ce întâlnește în jur); agitația poate fi și în spațiu redus în limitele patului (stare “amentivă”). Vorbirea este deseori incoerentă, starea afectivă e deseori anxioasă dar poate fi și euforică.

Pe acest fundal pot apărea stări halucinatorii de tipul visului, “oneiroide”; halucinațiile sunt predominant vizuale, simple sau mai ales scenice, uneori panoramice: subiectul percepe scene, la care participă intens afectiv și comportamental; pot apare și halucinații auditive, olfactive, gustative tactile sau altele. De asemenea pot apare convingeri delirante, de obicei consecutive halucinațiilor.

Deliriumul e o tulburare delimitată în timp ce durează de obicei câteva zile (în relație cu etiologia) mai rar câteva săptămâni. Dacă se prelungește se ridică problema tranziției spre demența ireversibilă.

## **Sindromul dismnestic**

Memoria persoanei poate avea o funcționare variabilă în corelație cu alte funcții mnezice, cu stările afective și cu diverse împrejurări.

În psihopatologie întâlnim deficiențe predominant mnesticale ale disfuncționalității psihice, de durată variabilă; uneori acestea sunt preludiul deteriorării cognitive de tip demential.

Ca și configurație simptomatică se notează:

- Amnezia anterogradă: subiectul nu reține datele recente, nu le asimilează pentru a le transforma în date mnesticale. Deficitul este resimțit ca disfuncție imediată (nu reține datele utile desfășurării unei acțiuni) sau ca disfuncție pe termen mediu (nu-și amintește unde a pus lucrurile, nu poate utiliza informațiile ce i-au fost furnizate). Neasimilarea informativă condiționează neînregistrarea evenimentelor trăite care în consecință nu pot fi relatate sau utilizate ca experiență;
- Amnezia retrogradă se referă la pierderea cunoștințelor asimilate; deci la fondul mneștic ce a fost înregistrat și utilizat; pierderea are loc de la prezent înapoi, retrograd; ea se poate extinde pe câteva ore, zile, săptămâni, luni, ani în urmă. În unele cazuri pe măsura trecerii timpului amnezia retrogradă se accentuează, progresând înapoi tot mai mult;
- Deficitul perceptiv și mneștic e prezent în toate cazurile de diminuare sau suspendare a vigilității conștiente, cum ar fi coma, deliriumul, obnubilarea. Perioada în care subiectul nu a înregistrat evenimente, informații, nu poate fi reamintită. În măsura în care subiectul își revine din starea de deficit el are pentru perioada respectivă o „amnezie lacunară”; adică nu-și amintește nimic din perioada respectivă de comă,

delirium, stare crepusculară (stare disociativă de conștiență); sau/și din perioada de amnezie anterogradă, la care se adaugă cea de amnezie retrogradă. Durata „lacunei mnestică” este variabilă și poate fi compusă din diverse tipuri de amnezie;

- Sindromul Korsakov constă din: amnezie anterogradă care nu este receptată (înțeleasă, percepută, conștientizată) ca atare de subiect; deficitul mnestic este compensat confabulator; pacientul este anosognozic, uneori euforic, nedându-și seama de deficitul său. Pot coexista unele deficite în ceea ce privește memoria biografică mai ales în sensul ordonării în timp a episoadelor de viață;
- Amnezia selectivă constă din faptul că subiectul nu-și reamintește dintr-un episod trăit decât unele aspecte și nu altele (de obicei cele de care nu-și amintește au o semnificație neplăcută).

Tulburările mnestic cuprind și alte simptome cum ar fi: sentimentul de deja vu (vecu) și jamais vu (vecu). Memoria este strâns corelată cu toate funcțiile cognitive dar mai ales cu imaginația. Ca patologie a acesteia se menționează mai ales:

- Confabulația, aceasta se referă la sinteza imaginativă prin care subiectul relatează date și fapte ce nu sunt reale, nu au avut loc, cu convingere în realitatea lor;
- Mitomania se referă la deformarea imaginativă a unor evenimente trăite de obicei în așa manieră încât subiectul apare într-o lumină favorabilă.

Tulburările memoriei (și ale imaginației) se întâlnesc în diverse contexte clinice. Dismnezia, sau deficitul mnestic mediu, constituie preludiul unui proces deteriorativ cognitiv.



## **Sindromul demential**

Procesul dezvoltării psihice a individului care implică achiziția progresivă de noi capacități individuale și pragmatice, de noi cunoștințe și de o tot mai bogată identitate odată cu practicarea unor roluri sociale tot mai complexe, este contrabalansat de pierderea acestora, mai lentă sau mai rapidă, globală sau sectorială.

Sindromul demential se referă la pierderea, progresivă și ireversibilă a unor funcții psihice, centrate de cele cognitive și care conduce la deteriorarea funcționării sociale și reducerea fondului de cunoștințe, a nivelelor de interese și competențe sociale, la declinul identității și dimensiunii valorice a persoanei.

Deteriorarea dementială, condiționată totdeauna organic cerebral dar în variate modalități este în primul rând vizibilă în planul funcțiilor cognitive și executive.

Simptomele importante sunt:

- Deficiențe cognitive centrate pe disfuncția memoriei. Odată cu reducerea atenției și percepției se instalează o amnezie antero-retrogradă cu consecințe pragmatice. Subiectul uită să execute corect și finalizat o serie de acte ale vieții obișnuite (închiderea robinetelor, a luminii, a ușii). Amnezia retrogradă determină uitarea unor perioade de viață care pot evolua pe ani de zile. Amnezia condiționează pierderea reperelor pentru orientarea spațială, orientarea temporală, biografică (autopsihică) și în raport cu alte persoane (alopsihică);

- Funcțiile executive sunt deteriorate în sensul efectuării eficiente a unei acțiuni cu scop și sens. Se deteriorează discernământul (evaluarea consecințelor propriilor acte pentru sine și pentru alții). Nu mai sunt executate eficient și adecvat actele ce compun derularea vieții curente, de zi cu zi;
- Scade sfera de interese și preocupări, care devin tot mai egocentrice;
- Progresiv se reduce capacitatea de autoadministrare și în final de autoîngrijire;
- Subiectul își poate pierde reperele care-i definesc propria identitate;
- Procesul demential se însoțește de variate tulburări neurologice care depind de tipul de boală ce afectează encefalul. Poate fi vorba de disfuncții instrumentale (afazie, agnozie, apraxie), de tulburări piramidale, extrapiramidale, tablou de tip pseudo bulbar, etc.

Sindromul demential poate fi accentuat temporar de episoade confuzive (de delirium) și poate fi marcat de simptome psihotice (delirant halucinatorii).