

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABEȘ” TIMIȘOARA
FACULTATEA DE MEDICINĂ GENERALĂ

CAIET DE STAGIU
PENTRU PSIHIATRIE ADULȚI

ANUL VI MEDICINĂ GENERALĂ

LITOGRAFIA U.M.F. TIMIȘOARA
2003

CUPRINS:

- I. Evaluarea pacientului psihic:
 1. particularitățile beneficiarului serviciilor de sănătate mintală și psihiatrie (As. Dr. Ovidiu Sturz)
 2. particularitățile foii de observație în psihiatrie (As. Dr. Ovidiu Sturz)
 3. examinarea stării psihice a adultului
(As. Dr. Ovidiu Sturz, As. Dr. Liana Dehelean)
 4. evaluări speciale pentru pacientul psihic adult (As. Dr. Ovidiu Sturz)
- II. Principalele aspecte sindromologice și nosologice în psihiatrie:
 1. glosar de definiții operaționale (As. Dr. Liana Dehelean)
 2. principalele sindroame psihiatrice (As. Dr. Liana Dehelean)
 3. diagnosticul în psihiatrie (As. Dr. Liana Dehelean)
 4. nosologia psihiatrică (As. Dr. Liana Dehelean)
- III. Conexiuni între suferința neurologică, psihiatrică și cea indusă de alcool (As. Dr. Liana Dehelean)
- IV. Managementul pacienților psihici:
 1. strategii terapeutice medicamentoase și nemedicamentoase
(As. Dr. Liana Dehelean)
 2. programe de reabilitare psiho-socială (As. Dr. Ovidiu Sturz)
 3. auto și heteroagresiunea pacienților psihici (As. Dr. Ovidiu Sturz)
- V. Legătura psihiatriei cu alte discipline (Prof. Dr. Mircea Lăzărescu)
- VI. Sistemul de sănătate mintală și psihiatria comunitară
(As. Dr. Ovidiu Sturz)
- VII. Bibliografie

CAPITOLUL I. EVALUAREA PACIENTULUI PSIHIC

CUPRINS:

- OBIECTIVE DIDACTICE
- ACTIVITĂȚI DIDACTICE
- MATERIAL DE STUDIU
- TESTE

OBIECTIVE DIDACTICE:

1. ASIMILAREA CONCEPTELOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ, TULBURARE PSIHICĂ ȘI DIZABILITATE

2. ÎNȚELEGEREA VIZIUNII COMUNITARE ASUPRA PARTICULARITĂȚILOR BENEFICIARILOR SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ

3. ÎNSUȘIREA PROCEDURILOR DE EVALUARE A STĂRII PSIHICE A UNEI PERSOANE ADULTE

ACTIVITĂȚI DIDACTICE:

- ÎNTREBĂRI DE REFLECȚIE:

1. *Care este viziunea D-voastră asupra suferindului psihic?*

.....
.....

2. *După ce criterii vă apreciați starea de sănătate mintală?*

.....
.....

3. *Ce ați aștepta în calitate de beneficiar de la ofertanții serviciilor de sănătate mintală?*

.....
.....

- EXERCITII:

1. Notați cele mai cunoscute prejudecăți cunoscute despre “bolnavii psihici”. Comparați-le cu ale colegilor.

2. Care este primul aspect pe care-l observați (și îl consemnați) la un client care intră în cabinetul D-voastră?

3. Încercați timp de 20 minute un joc de rol cu un coleg în care să jucați rolul pacientului sau al examinatorului (la alegere).
Notați-vă impresiile și discutați-le cu ale partenerului de joc de rol.

I.1. PARTICULARITĂȚILE BENEFICIARULUI SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI PSIHIATRIE

I.1.1. CONCEPTELE DE SĂNĂTATE MINTALĂ, NORMALITATE, ANORMALITATE, BOALĂ ȘI DEFECT PSIHIC

Sănătatea în general nu se reduce – conform standardelor internaționale – doar la lipsa unei boli sau a unei infirmități, ci reprezintă de fapt “condiția unei complete bunăstări fizice, mintale și sociale”.

Sănătatea mintală se poate defini ca fiind o “stare subiectivă de bine a unui individ/colectivitate care poate fi atinsă printr-o dezvoltare personală armonioasă, respectiv printr-o viață colectivă echilibrată, în care oamenii comunică liber și împărtășesc aceleași valori”.

Din punct de vedere al definițiilor antropologice tradiționale, **persoana “normală”(adaptată)** se definește ca fiind omul care, în același timp, corespunde în cât mai mare măsură normei statistice (a frecvenței maxime) și ideale dintr-o socio-cultură dată, reușind să-și îndeplinească totodată rolul funcțional în cadrul sistemului socio-profesional din care face parte.

S-au formulat și alte criterii pentru a defini cât mai nuanțat normalitatea și sănătatea mintală, dintre acestea prezentând interes pentru omul adult următoarele:

- capacitatea de autonomie, de independență conștientă și responsabilă
- corecta autopercepție și autoapreciere, o stimă de sine echilibrată și adecvată, precum și un autocontrol cotidian
- capacitatea de bună relaționare socială, de evaluare a altora și de rezolvare a problemelor practice
- toleranță suficientă la frustrare și stres, cu o bună capacitate de a găsi strategii de conduită pentru a depăși situațiile periculoase sau dificile
- capacitate suficientă de a se bucura, de a fi generos, de a trăi vinovăția, de a învăța din experiență
- capacitate de creație, de autodepășire și de integrare a valorilor umanității.

Boala psihică poate fi considerată ca o anormalitate deficitară importantă a psihismului, care conduce la dezorganizarea funcțiilor acestuia, putând conduce la diverse defecte psihice.

În psihiatria ultimilor ani se vorbește mai rar de “boală psihică”; cu atât mai mult cu cât în clasificarea OMS (1992) apare expresia “**tulburări psihice și comportamentale**”. Privită din perspectiva elementelor comune cu bolile organice putem distinge în cazul unei tulburări psihice o evoluție prin:

- **Episoade de tulburări psihice** care se petrec o singură dată în viață și se remit (își revin complet), indiferent de intensitățile lor (“nevrotice” sau “psihotice”). Deși nosologia psihiatrică modernă nu le utilizează explicit, trebuie precizat că:

- **Tulburarea psihotică** constă într-o modificare importantă a percepției și înțelegerii lumii, având drept consecința un comportament neadecvat, ce necesită internarea pentru tratament. “Psihozele” pot fi condiționate reactiv psihogen, dar mai ales “endogen” (deci prin cumulul interior al unor cauze ce se înlănțuie în timp).

- **Tulburarea nevrotică** constă în modificări psihice care nu perturbă grav percepția și înțelegerea lumii, permițând continuarea vieții subiectului în comunitate, dar implică variate suferințe subiective intense (anxietate, frică, obsesii, tristețe, etc.), ce determină inhibiții în comportament și expresie precum și o egodistonie (= dezacord al subiectului cu sine) și deseori o dependență de alții. Tulburările nevrotice sunt condiționate predominant psihogen sau prin stressori psiho-sociali, dar aspectele clinice (simptomele) de tip nevrotic pot fi prezente și în suferințe somatice sau endogene.

- **Episoade de boală ce se remit, dar revin, fără a lăsa urme clinice** (defecte); uneori, poate rămâne o sensibilitate (= vulnerabilitate) crescută pentru noi episoade.

- **Episoade ce se repetă și determină** (de la început sau pe parcurs) **defecte** clinice și sociale inter-episodice. Acestea, uneori, se pot agrava pe parcurs.

Mai este de luat în considerare cazul în care **episoadele psihopatologice** apar **la indivizi care au o personalitate aparte**, dizarmonică

Trebuie precizat faptul că la nivel individual, starea de sănătate mintală poate fi recâștigată, după parcurgerea unei experiențe patologice sau a unei dificultăți de adaptare. Din acest motiv persoana suferindă trebuie privită în ansamblul ei, statutul ei actual-în general de “pacient internat la psihiatrie”- constituind doar un episod din ciclul de viață al ființei în cauză.

I.1.2 PARTICULARITĂȚILE BENEFICIARULUI SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI PSIHIATRIE:

În Mileniul III persoanele suferinde de diverse tulburări psihice sunt privite nu numai ca pacienți ci și ca “beneficiari”, “clienți” sau “consumatori” ai serviciilor de sănătate mintală. În acest mod este subliniată trecerea de la viziunea eminent medicală a sistemului de sănătate la viziunea comunitară a îngrijirilor de sănătate mintală. În limbajul curent, va fi evitat astfel termenul de *pacient/bolnav*, considerat ca etichetant și stigmatizant în context comunitar. În locul acestui termen, se vor utiliza interschimbabil termenul de *persoană cu probleme grave de sănătate, persoană cu dizabilități, beneficiar sau consumator de servicii de sănătate*. În acest mod, se dă întâietate calității de persoană umană, mai degrabă decât prezenței unui diagnostic sau a unei dizabilități. De exemplu, chiar atunci când se vorbește despre un diagnostic specific cum ar fi schizofrenia, preferăm termenul de *persoană cu schizofrenie* celui de *schizofrenic* sau *pacient schizofrenic*.

În practica curentă trebuie făcută diferențierea între individul suferind de o tulburare psihică- care necesită îngrijiri medicale- și afectarea funcționării, limitarea activităților și restrângerea participării subiectului respectiv-care poate beneficia de servicii de reabilitare psiho-socială pentru reintegrarea în comunitate.
--

Privit din perspectiva funcționalității individul cu probleme de sănătate mintală poate prezenta o *limitare substanțială în activitățile cotidiene specific umane* sau o **dizabilitate**.

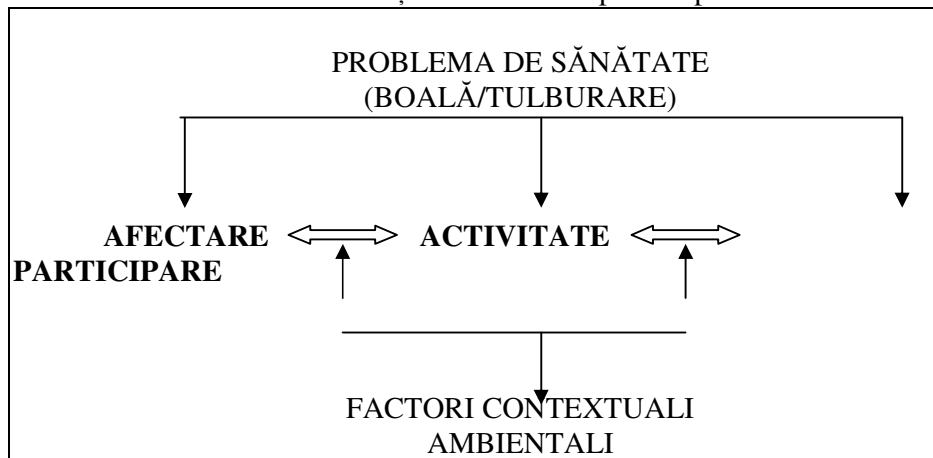
Clasificarea Internațională a Afectărilor, Activităților și Participării (C.I.A.D.H.-2)- a O.M.S. circumscrie activități diverse, de la cele simple spre cele complexe. Astfel, clasificarea activităților (care pot fi limitate) cuprinde și:

- învățatul și aplicarea cunoștințelor, rezolvarea problemelor, executarea sarcinilor, managementul performanțelor;
- activitățile de comunicare: înțelegerea, producerea și comunicarea mesajelor verbale și non-verbale;
- activitățile legate de mișcarea și deplasarea individului;
- activitățile vieții cotidiene: igiena personală, aspectul fizic, grija față de propria sănătate și bunăstare;
- activitățile domestice și grija față de necesitățile gospodărești;
- comportamentul interpersonal: deprinderi sociale generale, stăpânirea comportamentului propriu, întreținerea relațiilor în familie și cu prietenii sau colegii;
- răspunsul și tratarea situațiilor particulare (medii toxice, poluate sau periculoase), precum și comportamentele legate de muncă sau școală.

Dacă limitarea în activitate se referă la persoană (aspect definit și ca *dizabilitate*), problemele legate de implicarea în situații și relațiile cu societatea pun problema unei *restrângeri în participare* (aspect definit și ca *handicap*).

Dizabilitatea este văzută ca o relație complexă/interactivă dintre problema de sănătate și factorii contextuali (ambientali și personali).

Conform O.M.S. interacțiunile dinamice pot fi reprezentate astfel:



Dacă bolile somatice și consecințele acestora nu ridică de obicei probleme deosebite de circumscriere, în cazul tulburărilor psihiatrice, relația afectare-dizabilitate este mai puțin clară. O serie de afectări în variate domenii (gândire, memorie, comportament, afecte etc.), identificabile în cadrul tulburărilor psihiatrice, nu au neapărat o legătură directă cu sindromologia și nici cu dizabilitatea.

Din perspectiva îngrijirilor comunitare, evaluarea competențelor de funcționare socială și a dizabilității beneficiarilor se pot dovedi mai importante în evaluarea sănătății mintale decât însăși simptomatologia.

Sarcina medicului este de a îmbunătăți calitatea vieții indivizilor cu dizabilități prin asistarea acestora în asumarea responsabilității proprii lor vieți și a funcționării, în măsura posibilităților, activ și independent în societate.



I.2. PARTICULARITĂȚILE FOII DE OBSERVAȚIE ÎN PSIHIATRIE

Foia de observație constituie unul din principalele documente utilizate în sistemul de îngrijiri de sănătate, ea având și o valoare medico-legală. În psihiatrie foia de observație are o serie de particularități, ea permițând descrierea specificului persoanei cu probleme de sănătate mintală în contextul microbiografiei sale și în cadrul propriei nișe socio-familiale.

Medicul este responsabil de notarea exactă (și lizibilă) a:

- **datelor pașaportale** ale persoanei examinate (numele și prenumele pacientului, data nașterii, domiciliul complet al persoanei-inclusiv cu numărul telefonului acestuia -, documentele de identitate: carte/buletin de identitate, pașaport, etc.; ocupația, locul de muncă; după caz talonul de pensii și tipul pensionării-de vârstă sau de boală -, etc.).
- **modalității de internare:** de urgență(DA/NU)
- **diagnosticului de trimitere**-inclusiv numele persoanei de referință
- **diagnosticului la internare și la 72 ore**
- **diagnosticului la externare***

**toate diagnosticele se vor cuantifica în sistemul european conform I.C.D. 10*

Motivele internării vor sintetiza observațiile din momentul primei evaluări a pacientului, precum și informații primite de la diverse persoane-cheie identificate(însoțitori, aparținători, personal calificat, etc.).

Anamneza va cuprinde:

- **antecedentele heredo-colaterale patologice**(în special tulburări psihice, tentative sau suicid în familia pacientului, consum de substanțe psiho-active, etc.-cu precizarea gradului de rudenie cu subiectul)
- **antecedente personale: fiziologice**(naștere, dezvoltare psiho-motorie, parcurgerea perioadelor de criză bio-psihologică, menarha, ciclu, S/N/A) și **patologice** (tulburări de dezvoltare, boli somatice, T.C.C., etc.)
- **familia de origine:** rang în fratrie, vârsta părinților la nașterea clientului, structura familială, interrelații, eventuale probleme(violență, abuz, etc.)
- **ciclul instructiv-profesional:** școli urmate, randament școlar, calificare, motivații, profesii exercitate, poziția profesională actuală, relații și responsabilități asumate la locul de muncă, eventuale probleme de adaptare, stagiul militar (satisfăcut/nesatisfăcut, dificultăți raportate, etc.)

- **familia proprie:** experiențe erotice, trăiri afective, starea civilă, număr de copii (biologici/adoptivi), structura și inter-relațiile familiale, condiții de habitat, venituri lunare ale gospodăriei, etc.
- **religia** actuală/angajamentul ideologic
- **Evenimente stressante de viață**(E.S.V.) și eventualele condiții care au favorizat afecțiunea actuală
- **Rețeaua de suport social**(R.S.S) - gradul și tipul de suport
- **Caracteristici temperamentale de fond/personalitatea premorbidă**
- **Comportarea față de mediu și eventualul consum de alcool sau droguri**

Istoria tulburării psihice actuale:

- primul episod (clinic/subclinic): debut, evoluție
- episoadele anterioare: condiționare, debut, tablou clinic(listă de simptome - cu durata și intensitatea acestora), internări, respondență și aderență terapeutică
- intervale între episoade - inclusiv tratamente de întreținere, eventuale dizabilități sau restricții în participarea socială
- episodul actual: debut, evoluția până în momentul examinării-cu elaborarea unei **liste de simptome** (cu precizarea intensității acestora în dinamică)

Examenul clinic general

Investigații paraclinice

<i>Examenul stării psihice actuale</i>
--

Diagnostic de etapă

Plan de investigații

Strategie terapeutică

Program individualizat de reinsertie socio-profesională
--

Epicriza - cu precizarea <u>managerului de caz</u> ¹ și a <u>dispensarizării în ambulator</u>

Pentru întocmirea cât mai exactă a unei foi de observații este necesară și preluarea informațiilor de la însoțitori, aparținători, profesioniști, etc.).

¹ managerii de caz sunt acele persoane din sistemul de sănătate mintală care își asumă responsabilitatea pentru a asigura ca pacienții să beneficieze de îngrijiri adecvate

I.3. EXAMINAREA STĂRII PSIHICE A ADULTULUI

Pentru elaborarea unui diagnostic psihiatric și a unei strategii terapeutice adecvate este necesar să se obțină și să se înregistreze o serie de informații despre pacient. În acest scop este necesară cunoașterea procedurilor de examinare directă a stării psihice de la un moment dat sau dintr-o perioadă anume din viața subiectului. Acest demers pe care-l întreprinde medicul de specialitate este deseori completat prin informații ale unor persoane de referință și prin diverse examinări speciale.

În acest fel se va contura nu numai tabloul istoriei de viață a subiectului dar și istoria afecțiunii psihiatrice a acestuia (care comportă uneori episoade anterioare) și istoricul bolilor somatice asociate.

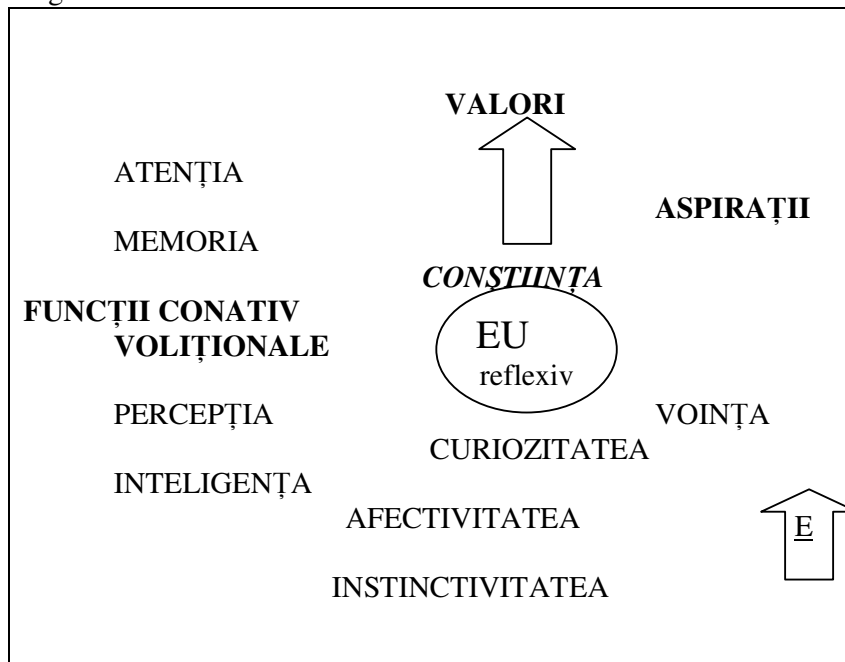
Examinarea sincronă a stării psihice presupune observarea aspectului general al pacientului - de la postură, igienă și îmbrăcăminte la expresia mimico-gestuală și privirea subiectului.

Descrierea atitudinii, a comportamentului în situație, a modalității de relaționare precum și a felului în care se derulează dialogul medic-pacient constituie de asemenea elemente fundamentale necesare evaluării corecte a beneficiarului serviciilor de sănătate mintală.

Deși psihiatria este o disciplină medicală, în evaluarea suferindului psihic profesionistul din domeniul sănătății mintale trebuie să depășească modelul clasic, biologic și să cuprindă dimensiunile profund umane ale persoanei aflată într-un episod maladiv.

Evaluarea va include nu numai funcțiile dinamizante, intelective și realizatoare ale persoanei ci și profunzimea "EU-lui" reflexiv al acestuia, personalitatea precum și dimensiunea axiologică a ființei umane respective.

Fig.



Reamintim faptul că orice examinare a pacientului (chiar și a celui suferind de o tulburare psihică) începe cu o atentă **investigare a stării somatice generale a persoanei** în cauza. Datorită conexiunilor cu sistemul nervos **examinarea neurologică** atentă constituie un element fundamental în decelarea/diferențierea problemelor neurologice care pot condiționa tulburarea psihică. Prezența simptomelor psihice poate fi legată și de **consumul de substanțe psiho-active** (L.S.D., cocaină, amfetamină sau alți inhibitori ai apetitului alimentar, etc.) sau de expunerea subiectului la un **toxic** (de exemplu hidrocarburi - mai ales cele tratate cu T.E.B., etc.). Din acest motiv interviul și investigațiile speciale ulterioare trebuie să clarifice și tulburările legate de consumul de substanțe (inclusiv de alcool).

Simularea/disimularea simptomelor psihice- întâlnită la anumite categorii de pacienți(de ex. persoane cu tulburări de personalitate) ridică probleme de diferențiere, în special pentru evaluatorul neexperimentat. Este necesară din acest motiv corelarea informațiilor asupra comportamentului subiectului primite de la diverse persoane (aparținători, colegi, vecini, alți profesioniști, etc.).

Simularea constituie o manifestare comportamentală falsă, utilizată în scopul obținerii unui beneficiu.

Prin disimulare se înțelege acțiunea de ascundere sau mascare a stărilor sufletești, a afecțiunilor psihice sau somatice.

Pentru evidențierea unor simptome este necesară cunoașterea unor definiții operaționale(vezi subcapitolul *Glosar de definiții operaționale*) și stăpânirea unor tehnici de interviu specifice. Întrebările se pun de obicei într-o anumită ordine, investigându-se prezența unor arii sindromatice. În cazul în care există indicii că într-o anumită direcție există o problemă(tulburare), atunci întrebările se vor diversifica, investigându-se detaliile privitoare la prezența sindromelor dintr-o anumită clasă.

Există în prezent sisteme standardizate de chestionare psihopatologice generale, fie de tip structurat (pentru un simptom se pune o întrebare precisă cum ar fi modelul din Instrumentul Internațional Compozit de Diagnostic-*Composite International Diagnostic Instrument - C.I.D.I.*), fie semistructurate (sunt puse mai multe întrebări pentru fiecare simptom, ele putând fi completate de către un examinator experimentat, acesta solicitând deseori precizări și exemplificări - cum este cazul în Scala de Evaluare Clinică în Neuropsihiatric-*Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry - S.C.A.N.*).

Examinatorul unui pacient cu probleme psihice trebuie să aibă în minte(sau în notes) o listă de posibile simptome și sindroame pe care le va căuta prin mijloace specifice. Deoarece în multe cazuri pacienții nu relatează spontan trăirile psihice patologice este nevoie de perseverență, suficientă practică și multă răbdare pentru dezvăluirea acestora.

Pentru evitarea unor “scăpări”(în fond inevitabile în cazul emoțiilor unui interviu insuficient pregătit) sugerăm parcurgerea pas cu pas a unei scheme de evaluare pe nivele funcționale(vezi schema de mai jos).

În medie examinarea stării mintale a unui pacient efectuată de către viitorul licențiat în medicină generală durează aproximativ 30-40 minute.

<p>ASPECTUL PACIENTULUI</p> <p>Ținuta vestimentară</p> <p>Igiena corporală</p> <p>neglijate:</p> <ul style="list-style-type: none"> schizofrenie simplă demență alcoolism depresie (uneori) <p>ținută vestimentară bizară:</p> <ul style="list-style-type: none"> schizofrenie dezorganizantă personalitate schizoidă <p>ținută vestimentară sobră, închisă</p> <ul style="list-style-type: none"> depresie <p>ținută vestimentară extravagantă, în culori vii, împodobire, fardare excesivă: manie</p>	<p>CUM SE STABILEȘTE CONTACTUL PSIHIK</p> <p>Atitudinea pacientului față de <u>medic</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> cooperantă evazivă (evită răspunsurile clare) ostilă, agresivă revendicativă <p><u>boala psihică</u> (conștiința bolii) are conștiința bolii (nevroze) sau nu are conștiința bolii (psihoze) deși admite că suferă (din cauza halucinațiilor auditive injurioase, comentativ - ironice, imperative sau datorită delirului paranoid) dar nu pune simptomele pe seama unei boli psihice sau a SNC</p>
<p>POSTURA ADOPTATĂ</p> <p><u>Postura depresivă</u>: capul flecat, privirea în jos, mâinile în poale, facies cu comisurile în jos</p> <p><u>Postura anxioasă</u>: postură încordată, facies crispat</p> <p><u>Cataplexia</u> din stuporul cataton: flexibilitatea ceroasă cu menținerea capului sau mâinii timp îndelungat într-o poziție imprimată chiar și incomodă</p> <p><u>Distonia acută</u>: contracturi musculare susținute de tipul: opistotonus, trismus, torticolis, crize oculogire</p>	<p>EXPRESIVITATEA MIMICO – GESTUALĂ</p> <p><u>Neliniște psihomotorie</u>: anxietate, manie, delirium, agitație catatonă</p> <p><u>Inhibiție psihomotorie</u>: depresie, stupor cataton</p> <p><u>Stereotipii, perseverări</u></p> <p><u>Echo -mimie, -praxie, -lalie</u></p> <p>schizofrenie catatonă</p> <p><u>Manierisme</u></p> <p>schizofrenie dezorganizantă</p> <p>Reacții extrapiramidale la neurolepticele incisive: <u>tremor, akatizie, diskinezie tardivă</u></p>

EXAMENUL PSIHIK PE NIVELE FUNCȚIONALE

Nivel	Funcții investigate	Simptome
Câmpul actual de conștiință	Gradul de vigilitate Conștiința de sine și mediu	Insomnii, obnubilare, coșmaruri Orientarea temporo-spațială- auto- și allopsihică
Nivelul instinctual	Instinct alimentar Instinct sexual Instinct vital Instinct gregar Instinct matern	Anorexie/hiperfagie/bulimie Disfuncții sexuale, parafilii Tentativă de suicid Izolare socială/sociabilitate Abandon/pruncucidere
Nivelul afectiv	Dispoziția afectivă de fond Reacțiile afective	Depresie, manie, anxietate, fobii, iritabilitate, Hiper/hipoexpresivitate afectivă Labilitate afectivă, Incongruență afectivă Ambivalență afectivă Inversiune afectivă
Nivelul cognitiv-intelectiv	Atenția Percepția Memoria Gândirea Inteligența	Hipo/hiperprosexie Iluzii, halucinații Hipo/hipermnezie de fixare sau de evocare Coerență (disociație), fluență (baraj mental), volum (presiunea gândirii, mentism), viteză (tahi/bradipsihie), grad de abstractizare, conținut (delir, obsesii, stereotipii) Vocabular, nivel de instruire
Nivelul volițional	Deliberare, decizie, trecere la act și persistență în act	Incapacitate de a lua decizii Impulsivitate (lipsa deliberării) Abulie (lipsa voinței)
Nivelul spiritual-valoric	Norme morale, de conduită socială, creativitate	Absența conștiinței morale Stima de sine (culpabilitate sau megalomanie)

Deoarece în practica curentă decelarea **simptomelor psihotice** întâmpină anumite dificultăți se va prezenta mai jos o modalitate de depistare a acestora.

Halucinațiile psiho-senzoriale pot fi depistate dacă se chestionează subiectul în legătură cu:

- zgomotele sau vocile pe care le aude, specificându-se și caracteristicile acestora (de exemplu halucinațiile auditive comentative la persoana a III-a sunt caracteristice schizofreniei). Halucinațiile imperative (de genul vocilor care-i comandă să fie agresiv față de alte persoane sau față de sine însuși) sunt foarte periculoase!
- „vedeniile”, imaginile care sunt percepute de subiect dar nu sunt văzute și de alții din jur. Experiența arată că prezența fenomenelor halucinatorii vizuale este, în mod special, dificil de evaluat în cadrul psihopatologiei standard. Halucinațiile vizuale trebuiesc diferențiate de iluzii (percepția deformată a unui obiect „real”) și de fenomenele provocate de sugestibilitate (în special în cazul personalităților histrionice sau a diverselor experiențe mistice).
- Gusturile, mirosurile (resimțite în general ca neplăcute). În general caracterul bizar al acestora poate sugera o tulburare schizofrenă, dar suspiciunea diagnostică trebuie să se îndrepte primordial spre o patologie a lobului temporal.

Deoarece unii pacienți s-ar putea simți ofensați sau bruscați de întrebările puse prea direct este recomandabil ca ele să fie „pregătite” de elemente introductive care să justifice eventualele experiențe neobișnuite:

- „Unii oameni spun că...”
- „Nu este neobișnuit ca cineva să aibă percepții ciudate...”, etc.

Este extrem de utilă notarea (în paranteză) a afirmațiilor subiectului precum și verificarea experienței exacte a acestuia (solicitând informații de la diverse persoane de referință).

Medicul curant trebuie să încerce pe cât posibil să afle și să înțeleagă gândurile pacientului. Ideea delirantă reprezintă un simptom pentru care nu se pot formula întrebări directe, deoarece pacientul nu o recunoaște ca fiind diferită de alte credințe. Autorii anglo-saxoni accentuează faptul că nu falsitatea este ceea ce hotărăște dacă o credință este delirantă, ci natura proceselor mintale prin care ea s-a format.

Deoarece definiția clasică a delirului (vezi subcapitolul *Glosar de definiții operaționale*) nu cuantifică și influențele culturale există riscul ca examinatorul să considere ca idee delirantă experiențe acceptate într-un alt context cultural. Dacă pacientul descrie convingeri bizare pentru mediul său sau dacă prezintă un comportament social inadecvat, atunci este foarte probabil ca acestea să reprezinte semnele unei tulburări psihice. Cu toate că

mulți pacienți își ascund ideile delirante, experiența arată că odată dezvăluită tematica delirantă se poate pătrunde apoi relativ ușor în profunzimea acestuia.

Notarea fidelă a ideilor delirante permite abordarea ulterioară în sensul cotării exacte a caracterului primar sau secundar a delirului, a dinamismului, gradului de sistematizare și verosimilitate a delirului, a raportului acestuia cu dispoziția afectivă (congruent/incongruent) precum și încadrarea într-o temă delirantă.

Delirul de control (de influență xenopată a gândurilor, senzațiilor, stărilor afective, comportamentului etc.) este propriu schizofreniei (în special a celei paranoide) și tulburărilor delirante persistente de tip parafren. În acest sens este întrebă pacientul asupra credinței că e controlat, condus de forțe exterioare (paranormale, etc.).

Abordarea ideilor delirante trebuie să se facă păstrând clasică atitudine de neutralitate binevoitoare față de problemele pacientului, fără a cădea în capcana polemicilor nedorite cu subiectul dar și fără a întări delirul acestuia prin avizarea (sau acordul) ideilor delirante.

Existența ideii delirante poate fi sugerată (ca și halucinația de altfel) de comportamentul neobișnuit al subiectului sau din informațiile furnizate de aparținători.

Aspectul particular (neîngrijit sau neobișnuit de exemplu) al individului alături de comportamentul bizar al acestuia constituie alte indicii pentru existența unor simptome psihotice. Limbajul ciudat, încâlcit, lipsit de logică (în ciuda întrebărilor ajutătoare) reflectă disociația ideo-verbală caracteristică schizofreniei.

I.4. INVESTIGAȚII SPECIALE PENTRU PACIENTUL PSIHIC ADULT

Pentru întregirea tabloului clinic - în vederea stabilirii unui diagnostic de certitudine –în cazul unui pacient psihic adult pe lângă metodele interviului și de observare medicală clasice este necesară aplicarea unor evaluări specifice.

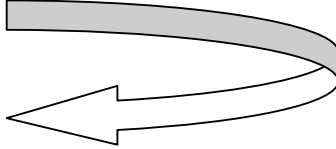
În această categorie se situează în special testele psihologice și unele investigații speciale (de ex. tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară, etc.). Ele se adaugă bateriei de investigații paraclinice necesare încadrării nosologice.

Probele psihologice permit măsurarea și descrierea aspectelor comportamentale ale subiectului. Utilizarea testelor psihologice presupune parcurgerea obligatorie a unui instructaj, standardizarea situațiilor de evaluare (ordine, durată, etc.), observarea subiectului, înregistrarea obiectivă a răspunsurilor, o evaluare statistică a comportamentului precum și o clasare funcție de grupul de referință.

Gradul conștiinței bolii psihice poate fi evaluată în 4 trepte :

1. *Este pacientul conștient de fenomenele pe care ceilalți oameni le observă la el?*
2. *Recunoaște (în eventualitatea că sunt conștientizate) că aceste fenomene sunt anormale?*
3. *Clientul crede că ele sunt efectele unei afecțiuni psihice?*
4. *Acceptă pacientul tratamentul?*

COMPLIANȚA/ADERENȚA
PACIENTULUI LA MIJLOACELE
TERAPEUTICE ȘI LA MODALITĂȚILE DE CONTROL



Principalele probe psihologice utilizate în serviciile psihiatrice:

PROBA PSIHOLÓGICĂ:	EXEMPLE:
CHESTIONARE DE PERSONALITATE	INVENTARUL MINNESOTA (MMPI)
TESTE PROIECTIVE	TESTUL RORSCHACH, SZONDI
TESTE DE FUNCȚIONARE COGNITIVĂ	TESTUL REY(memorie), WECHSLER MATRICELE RAVEN(inteligență)

În afara acestor teste sunt utilizate diverse instrumente (scale, checklist-uri) clinice

- de psihopatologie generală, de exemplu: Scala Scurtă de Evaluare Psihiatrică - *Brief Psychiatric Rating Scale*-B.P.R.S., etc.),
- specifice(Beck Depression Inventory, Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton Anxiety Scale, etc.) sau mixte(ex. Scala de Evaluare a Simptomelor Pozitive și Negative din schizofrenie-P.A.N.S.S.).

Pentru evaluarea personalității premorbide a clientului se vor corela informații sigure asupra comportamentului anterior internării al subiectului.

Pentru clarificarea cazului se poate apela și la realizarea unei anchete pe teren făcute de către asistentul social.

CAPITOLUL II PRINCIPALELE ASPECTE SINDROMOLOGICE ȘI NOSOLOGICE ÎN PSIHIATRIE

CUPRINS:

- GLOSAR DE DEFINIȚII OPERAȚIONALE
- PRINCIPALELE SINDROAME PSIHIATRICE
- DIAGNOSTICUL ÎN PSIHIATRIE
- NOSOLOGIA PSIHIATRICĂ

II.1. GLOSAR DE DEFINIȚII OPERAȚIONALE

ABULIE: absența voinței

AGITAȚIE: stare caracterizată printr-o marcată neliniște psiho-motorie dezordonată, fără sens dar perturbatoare, însoțită sau nu de agresivitate verbală sau fizică.

AGORAFOBIE: frica de a fi într-o situație sau într-un loc de unde subiectul nu poate să scape sau nu poate fi salvat în cazul în care face un atac de panică (frica de spații largi, aglomerate, de mijloace de transport, tuneluri, poduri, frica de a fi departe de casă – mediu securizant)

AKATISIE: neliniște psiho-motorie indusă de tratamentul neuroleptic

ALOGIE: vorbire săracă din punct de vedere al conținutului informațional

AMBIVALENȚĂ AFECTIVĂ: prezența simultană la același subiect a două sentimente contrare.

AMINTIRE DELIRANTĂ: amintire reală dar reinterpretată de către subiect din perspectiva delirului său.

ANHEDONIE: pierderea capacității de a se mai bucura în situații în care anterior subiectul resimțea plăcere.

ANXIETATE: frică fără obiect. Se referă la anticiparea unui pericol iminent dar care nu poate fi precizat de către subiect.

ATAC DE PANICĂ: scurt episod de frică intensă și paroxistică însoțită de simptomatologie vegetativă

AUTOMATISM MENTAL: convingerea că sentimentele, gândurile și acțiunile nu mai aparțin subiectului în cauză ci îi sunt impuse din exterior și contrar voinței acestuia (delir de influență xenopatică). Se asociază adesea cu pierderea intimității personale a gândurilor (citirea, furtul, sonorizarea gândurilor subiectului) în cadrul SINDROMULUI DE TRANSPARENȚĂ - INFLUENȚĂ

BLOCAJUL GÂNDIRII: întreruperea bruscă a fluxului ideativ, fără o cauză exterioară. Se poate asocia cu sentimentul de furt al gândurilor.

BULIMIE : comportament alimentar ce constă în ingerarea unei cantități mari de alimente (uneori dulciuri) într-un timp foarte scurt

COMPULSII constrângeri interioare puse în practică (acte) cu un caracter repetitiv și ritualic, utilizate ca mecanism de luptă împotriva obsesiilor sau pentru a preveni producerea unui eveniment negativ în viitor.

CONFABULAȚIA: umplerea compensatorie a unui gol mnezic cu elemente inventate, provenite din imaginație, dar pe care subiectul le crede reale (halucinația de memorie).

DELIRIUM: în sens restrâns = stare confuz-onirică acută și reversibilă caracterizată prin dezorientare predominant temporo-spațială, halucinații

vizuale sau scenice asemănătoare visului și anxietate cu neliniște psihomotorie. În sens larg = stare confuzională.

DELIRUL: convingerea patologică (absolută, imposibil de combătut cu argumente logice sau care nu cedează nici în fața evidenței) fără substrat real, ce apare pe fondul unui câmp de conștiință clar. În cazul în care convingerile subiectului sunt împărtășite de comunitatea din care face parte, având deci un caracter cultural sau religios, nu poate fi diagnosticat un delir.

DELIR PARANOID : delir cu tematică de persecuție

DEPERSONALIZARE: sentimentul de modificare stranie a propriului corp, de detașare de propriul corp sau de propriile sentimente, trăiri

DEREALIZARE: subiectul percepe mediul înconjurător ca fiind ireal, totul pare lipsit de culoare, artificial sau mort. Oamenii sunt percepuți ca fiind artificiali, devitalizați.

DISFORIE : proastă dispoziție iritabilă

DISMORFOFOBIE: percepția propriei înfățișări ca fiind schimbată, urâtă cu deformarea trasăturilor.

DISOCIAȚIA CÂMPULUI ACTUAL DE CONȘTIINȚĂ : dezintegrarea unității funcționale existente între percepțiile, memoria, conștiința de sine (identitatea sa) și mediu și comportamentul motor al subiectului. Tulburările disociative includ: depersonalizarea și derealizarea, amnezia disociativă, fuga disociativă, stuporul disociativ.

DISOCIAȚIE (DEZORGANIZARE) IDEO-VERBALĂ : incoerență atât în plan ideativ cât și verbal (subiectul sare de la o idee la alta fără să poată explica logic legătura dintre idei)

DISPOZIȚIA DELIRANTĂ: dispoziție afectivă anxioasă ce precede instalarea unui delir (și atunci este secundară perceperii unor modificări stranii ale mediului sau propriului corp) .

ECHOPRAXIE, ECHOLALIE, ECHOMIMIE: imitarea gesturilor, a cuvintelor și a mimicii altor persoane.

EGODISTONIE și EGOSINTONIE: sentiment de nemulțumire respectiv de mulțumire cu sine însuși.

FLEXIBILITATE CEROASĂ: menținerea timp îndelungat a unei poziții imprimare pasiv. Se asociază cu hipertonia (rigiditatea)

FOBIE: frică patologică cu obiect, percepută de subiect ca fiind irațională și însoțită de un comportament de evitare a obiectului fobogen sau de securizare.

FUGA DE IDEI: vorbire aparent incoerentă secundară imposibilității de a vorbi în ritmul (alert) în care subiectul gândește.

HALUCINAȚIILE: percepții fără obiect, proiectate în afara corpului și necriticate de subiect.

HIPEREMOTIVITATE: reacție afectivă disproporționată față de intensitatea stimulului.

HIPOPROSEXIE de concentrare: scăderea capacității de concentrare a atenției

ILUZIILE: percepții cu obiect dar cu distorsionarea acestuia în ceea ce privește forma, mărimea, relația figură/fond putând genera o falsă identificare a obiectului. Sunt criticate de subiect.

INCONGRUENȚĂ (DISCORDANȚĂ) AFECTIVĂ: reacții afective paradoxale, incongruente cu natura stimulului (bucurie după o veste tristă, tristețe după o veste bună)

INVERSIUNE AFECTIVĂ : transformarea nejustificată a sentimentelor de afecțiune față de o persoană familiară subiectului în sentimente de ură pentru această persoană.

IRITABILITATEA : susceptibilitatea la reacții explozive, disproporționate față de intensitatea stimulului pe fondul unui calm aparent

LABILITATEA AFECTIVĂ : trecerea bruscă de la o trăire afectivă la o trăire afectivă contrară celei anterioare.

MANIE : dispoziție afectivă caracterizată prin veselie patologică ca intensitate, durată, mod de apariție și reactivitate.

MANIERISMELE : expresivitate mimico-gestuală exagerată și care și-a pierdut semnificația funcțională (mimică și gesturi făcute fără sens)

MITOMANIA : evocarea unor amintiri adevărate la care subiectul adaugă involuntar detalii fictive produse de imaginația sa făcând expunerea mai spectaculoasă (iluzia de memorie)

NEGATIVISM: pasiv (subiectul nu răspunde la un salut sau nu execută o comandă) și activ (subiectul face contrariul comenzii)

OBNUBILARE : denivelare a câmpului actual de conștiință în sensul reducerii vigilității, asociată cu o încetinire a funcțiilor psihice și lipsă de claritate în gândire.

PERCEPȚII DELIRANTE: interpretarea delirantă a unei percepții reale

PERSEVERARE: repetarea fără sens a unor cuvinte sau gesturi inițial adecvate.

RUMINAȚII: tendința de a se gândi îndelungat, repetitiv și uneori steril la anumite evenimente sau idei (religioase, metafizice etc.)

STEREOTIPIILE : repetarea fără sens a unor cuvinte sau mișcări

SALATĂ DE CUVINTE : grad maxim de disociere ideo-verbală în care se pierde chiar structura gramaticală a propoziției

VERBIGERAȚIE (PALILALIE): repetarea fără sens a unor sunete sau cuvinte

SOLILOCVIA : vorbirea de unul singur

STUPOR: lipsa totală sau aproape totală a mișcărilor spontane ale pacientului și reducerea marcată a reacțiilor față de mediul înconjurător.

TRĂIREA OBSESIVĂ : se referă la idei, imagini, îndoieli, tendințe spre acte (absurde, inacceptabile, auto- sau heteroagresive), ruminării, ce se impun minții subiectului în mod repetat și persistent, producând suferință prin parazitarea gândirii. Subiectul recunoaște că obsesiile sunt patologice.

II.2. SINDROAME IMPORTANTE ÎN PSIHIATRIE

DEFINIȚIE: sindromul este format din semne și simptome care se asociază frecvent având un substrat funcțional comun și o coerență internă

ATENȚIE: sindromul nu reprezintă un diagnostic de boală deoarece poate avea mai multe etiologii, iar într-un episod de boală se pot întâlni mai multe sindroame

1. Sd. conversiv și disociativ
2. Sd. atacului de panică
3. Sd. anxietății generalizate
4. Sd. fobic
5. Sd. obsesiv-compulsiv
6. Sd. depresiv
7. Sd. maniacal
8. Sd. halucinator
9. Sd. delirant
10. Sd. de transparență-influență
11. Macrosindroame în schizofrenie: productiv, deficitar, de dezorganizare, cataton
12. Sd. de delirium
13. Sd. demential

OBIECTIVE DIDACTICE:

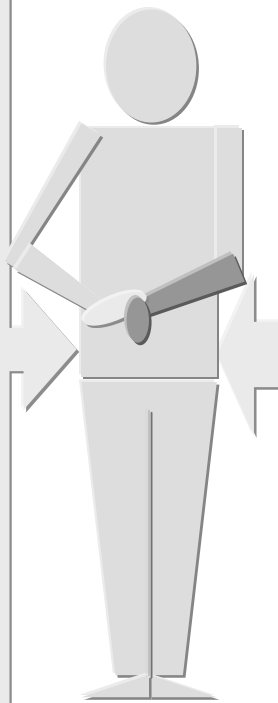
1. ÎNȚELEGEREA ȘI ÎNSUȘIREA CONCEPTULUI DE SINDROM
2. ÎNSUȘIREA PRINCIPALELOR SINDROAME PSIHIATRICE
3. SEMNIFICAȚIA PRINCIPALELOR SINDROAME PSIHIATRICE

SINDROAMELE CONVERSIV ȘI DISOCIATIV

SINDROMUL DE CONVERSIE SOMATICĂ A SUFERINȚEI PSIHICE

acuze neurologice fără substrat organic:

hipo/anestezie în
mănușă sau șosetă
care nu respectă
dermatoamele, cecitate
sau vedere ca prin
tunel, sau diplopie,
afonie,
paralizie cu reflexele
nemodificate,
criză pseudoepileptică,
tulburări de echilibru,
tremor generalizat



SINDROMUL DISOCIATIV AL STĂRII DE CONȘTIINȚĂ

! Nu are nici o legătură cu
disociația ideo-verbală
din schizofrenie

amnezie disociativă

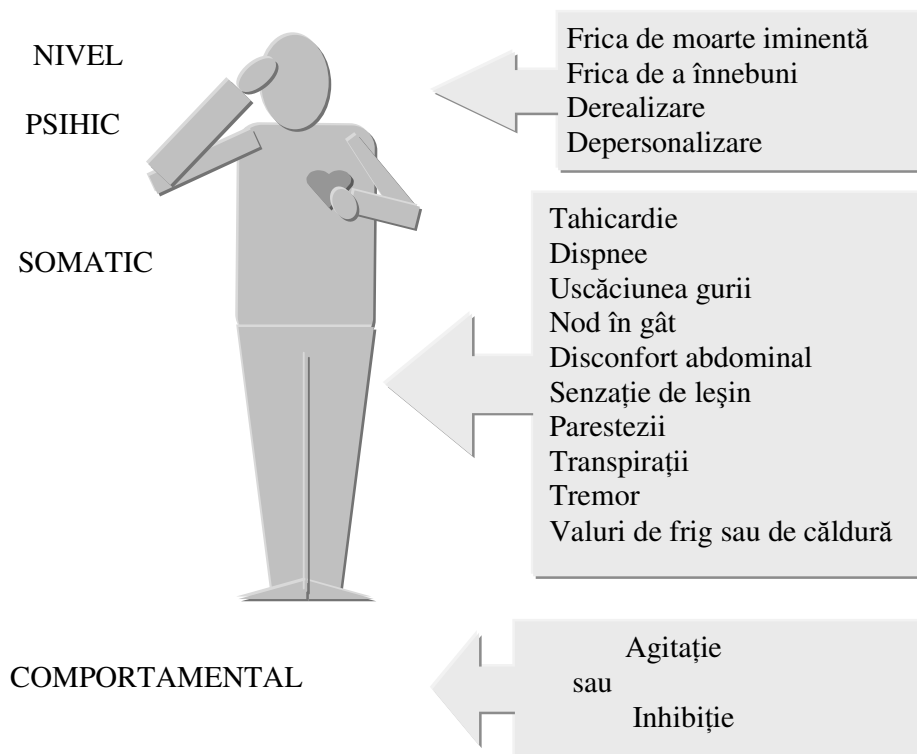
globală sau
parțială
(selectivă pentru
evenimentele,
neplăcute)

stare crepusculară cu
comportament automat
manifestat prin fugă
psihogenă și amnezia
episodului (datorită
îngustării câmpului
actual de conștiință)

Aceste sindroame se însoțesc adesea de:

- Discrepanță evidentă față de boala organică
- Teren predispozant : personalitate histrionică (sugestionabilitate crescută)
- Toleranță paradoxală (la belle indifference) deoarece suferința psihică se convertește în suferința corpului (beneficiul primar)
- Context de apariție special: în prezența unei terțe persoane (beneficiul secundar), după conflicte /frustrări

SINDROMUL ATACULUI DE PANICĂ



Atacurile de panică se întâlnesc în :

TULBURAREA DE PANICĂ

atacuri de panică
imprevizibile
recurente
> 4/ lună
frica de noi atacuri sau
care
de implicațiile acestora

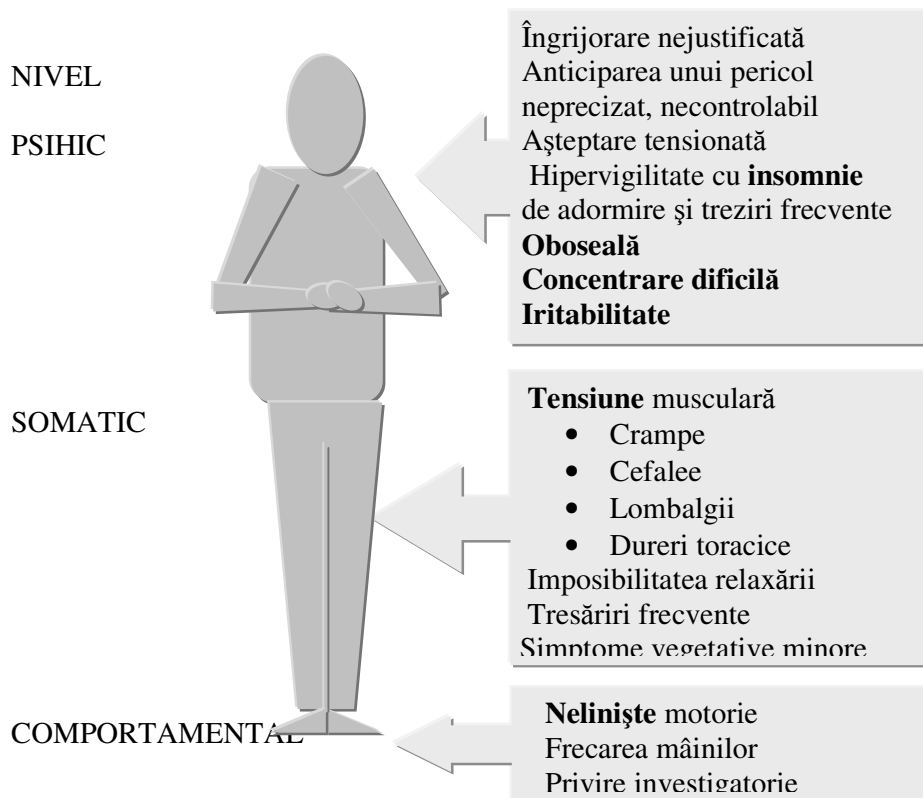
FOBII

atacuri de panică în cazul expunerii
la obiectul sau situațiile fobogene
conduită de evitare sau securizare

anxietate anticipatorie în cazul în

situația fobogenă nu poate fi evitată

SINDROMUL ANXIETĂȚII GENERALIZATE



Se întâlnește în tulburarea anxietății generalizate când:

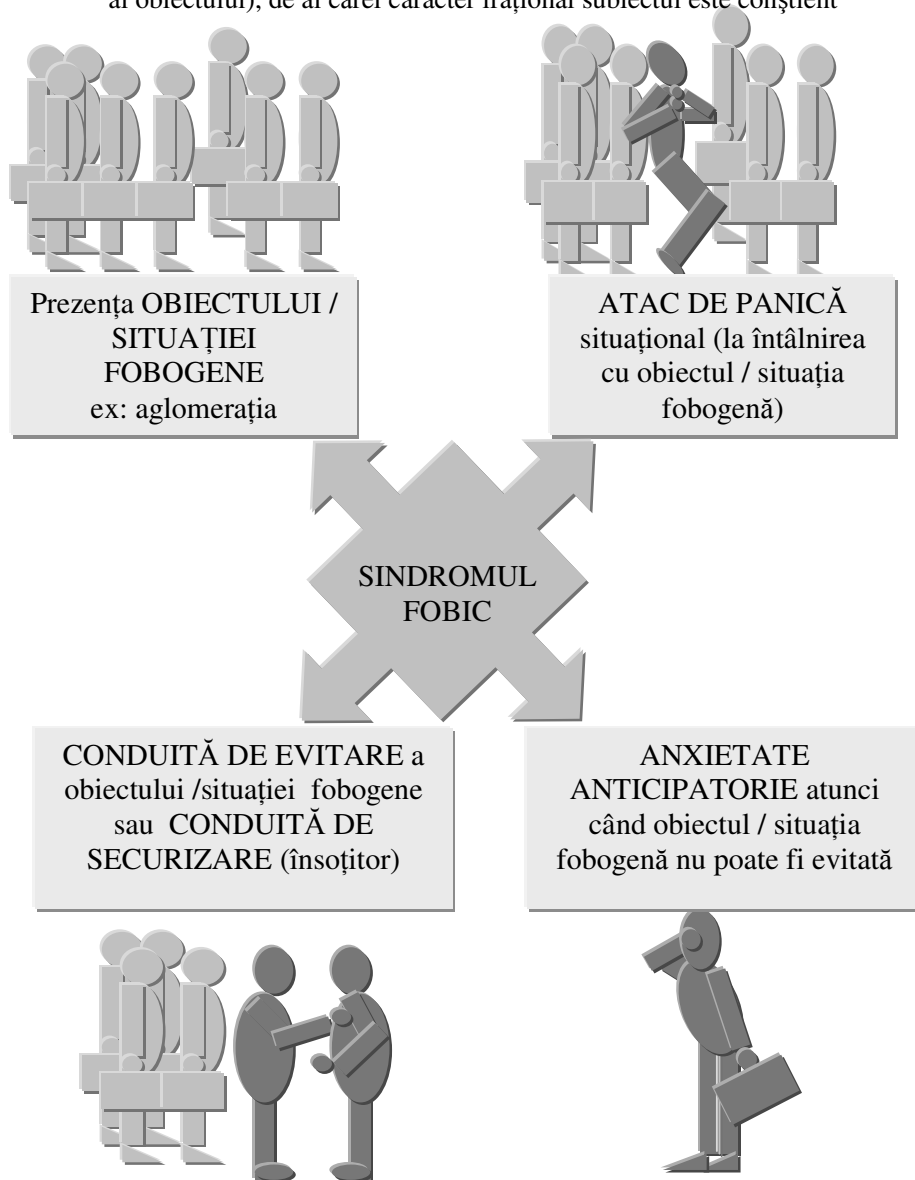
sindromul are o DURATĂ de peste 6 luni

ÎNGRIJORAREA nu are ca obiect:

- apariția unui nou atac de panică (tulburarea de panică)
- teama de a se simți stânjenit în public (fobia socială)
- contaminarea (tulburarea obsesiv-compulsivă)
- separarea de casă sau rudele apropiate (anxietatea de separare)
- creșterea ponderală (anorexia nervoasă)
- multiplele acuze corporale (tulburarea de somatizare)
- boală gravă (hipocondrie)

SINDROMUL FOBIC

FOBIA = frică patologică cu obiect (exagerată în raport cu gradul de pericolozitate al obiectului), de al cărei caracter irațional subiectul este conștient



SINDROMUL OBSESIV-COMPULSIV

OBSESIILE sunt trăiri de tipul

- îndoieli
- gânduri
- ruminății
- impulsioni
- fobii

cu conținut:

- contaminare
- ordine, simetrie, precizie
- sexual
- agresiv
- religios

și caracter:

- penetrant
- persistent
- RECURENT

Impulsiunile obsesive sunt tendințe la acte în general absurde, blasfemiatoare, auto- sau heteroagresive, dar pe care subiectul nu le pune niciodată în practică dar se teme că nu va rezista să nu le pună în practică

asediază
mintea



- **aparțin** subiectului (nu sunt introduse în cap de la distanță ca în sd de transparență-influență)
- considerate **absurde** (spre deosebire de ideile delirante)
- resimțite **neplăcut** (deoarece au caracter PARAZITANT)

luptă

Dacă subiectul încearcă să facă abstracție de obsesii și să se abțină de la actul compulsiv apare o stare de ANXIETATE intensă

COMPULSII sunt (ritualuri)

+ - acte fizice sau mentale
îndoială *cu*

conținut:

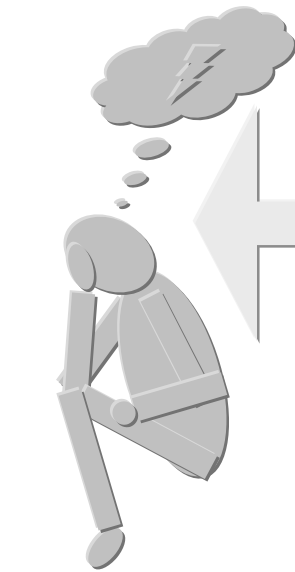
+ - spălare
- verificare
lentoare - colecționare

- evitare
- numărare

și caracter:

- excesiv
- repetitiv
- stereotip

Compulsiile reprezintă uneori o strategie de luptă împotriva obsesiilor, reducând anxietatea generată de obsesii, dar nu pentru multă vreme, deoarece apare îndoiala efectuării corecte a ritualului mai ales în cazul actelor automate care nu sunt conștientizate și pot fi ușor uitate



INHIBIȚIE
PSIHO-MOTORIE

NIVEL INSTINCTIV

Izolare socială
Inapetență cu scădere ponderală
Apetit sexual diminuat
Diminuarea instinctului matern
Ideație suicidară

NIVEL AFECTIV

tristețe patologică
iritabilitate (+/-)
anxietate (+/-)

NIVEL COGNITIV

Atenție: concentrarea atenției pe trecutul dureros
Percepție: percepție estompată
Memorie: fixarea și evocarea evenimentelor triste
Gândire: lentă, ideație cu conținut trist, pesimist
delir de vinovăție, de inutilitate, de incapacitate,
delir hipocondriac (cancer, sifilis SIDA),
delir Cotard (negare, imortalitate, enormitate)

NIVEL VOLIȚIONAL

deliberare îndelungată
demarare dificilă în act
ASPECT neglijență vestimentară, culori închise

VORBIREA

bradilalică, laconică, cu latență în răspunsuri,
șoptită

EXPRESIVITATEA MIMICO- GESTUALĂ

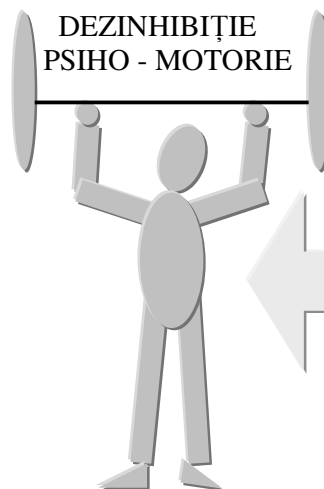
Facies depresiv, postură depresivă,
HIPOKINEZIE până la stupor

COMPORTAMENT

Inhibat

SOMNUL

insomnie de trezire (ora 3-4 dimineața), coșmaruri
cu conținut morbid (morți, cimitire)



NIVEL INSTINCTIV

Sociabilitate crescută

bulimie

hipererotism

NIVEL AFECTIV

bună dispoziție patologică

iritabilitate (+/-)

NIVEL COGNITIV

Atenție: dispersă și mobilă

Percepție vie, pregnantă

Memorie: fixare dificilă, evocare ușoară

Gândire: flux ideativ accelerat până la fugă

de idei, ideatie cu conținut optimist,

delir megaloman (personalitate ilustră,

filiație ilustră, omnipotență, omnisciență),

de bogăție, delir mesianic, de reformă socială

NIVEL VOLIȚIONAL

deliberare pripită

lipsa perseverenței în act

ASPECT extravagant cu fardare,

podoabe în exces, culori vii

VORBIREA

tahilalie, logoree, exprimare telegrafică

aparent incoerentă (în cazul fugii de idei),

pe ton ridicat

EXPRESIVITATEA MIMICO-GESTUALĂ

hiperexpresivitate mimico – gestuală

HIPERKINEZIE până la agitație

COMPORTAMENT

expansiv, decenzurat

SOMNUL

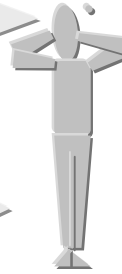
insomnie de adormire și de trezire (mixtă)

SINDROMUL HALUCINATOR

PERCEPȚIE FĂRĂ OBIECT
(nu există obiectul perceput)

ABSENȚA CRITICII (cu toate acestea,
subiectul e convins că obiectul există /
(HALUCINAȚIE)
PREZENȚA CRITICII (**HALUCINOZĂ**)

PROIECȚIA SPAȚIALĂ în raport cu
corpul pacientului
În exterior – **HALUCINAȚIE**
În interior - **PSEUDOHALUCINAȚIE**



INTERPRETAREA DIAGNOSTICĂ A HALUCINAȚIILOR

AUDITIVE
Schizofrenie

Comentative
Imperative (grave)
Epilepsie

OLFACTIVE
GUSTATIVE

Epilepsie (crize
uncinate)
Psihoze (cu delir
de otrăvire
secundar)

VIZUALE ȘI
TACTILE
**cauză organică sau
sevrăj/ intoxicație**
(alcool/cocaină)
- delirium tremens

NEPATOLOGICE
la adormire =
hipnagogice
la trezire =
hipnopompice
durează câteva
secunde

COMPORTAMENT HALUCINATOR

Pacientul discută cu
halucinațiile auditive
sau întoarce capul în
direcția de unde aude
vocile

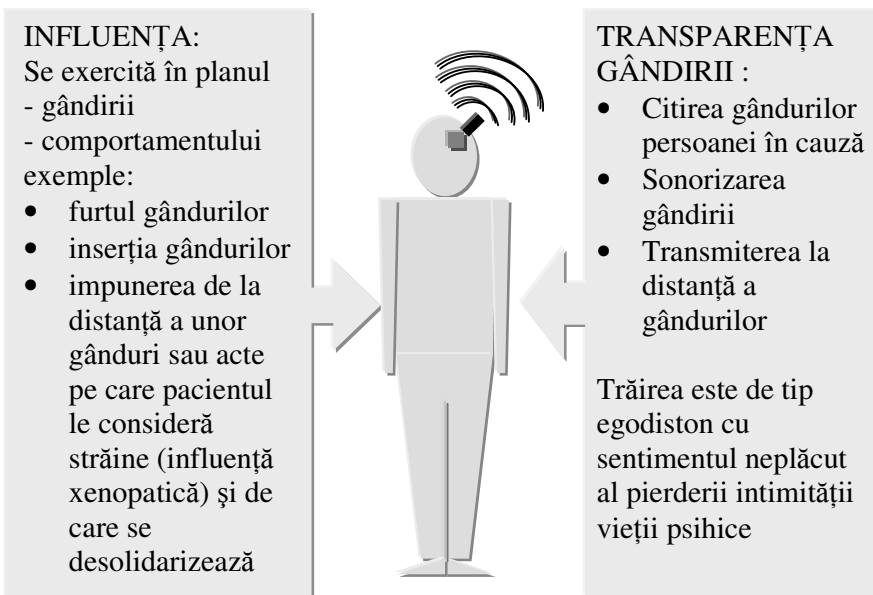
Pacientul privește
îngrozit halucinațiile
vizuale (uneori
scenice asemănătoare
visului – onirice) și
poate participa la cele
scenice

Pacientul se apără
înfrișat de
halucinațiile
zoomorfe (muște,
gâze șobolani) care îl
atacă sau pe care le
simte sub piele (se
scarpină, se curăță)

SINDROMUL DELIRANT

<p>DELIRUL: convingere absolută (care nu poate fi combătută cu argumente logice și nu cedează nici în fața evidenței) într-o idee falsă, <i>ce survine pe un câmp de conștiință clar (dg diferențial cu delirium) și trebuie interpretat în funcție de tradițiile în care a crescut subiectul</i></p>		<p>TRĂIRILE DELIRANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • DELIRUL • DISPOZIȚIA DELIRANTĂ • PERCEPȚIA DELIRANTĂ • AMINTIREA DELIRANTĂ
<p>DELIRUL DIN PARANOIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delir de prejudiciu material (malpraxis, moștenire, pensie) - Delir megaloman, de invenție - Delir de persecuție - Delir de relație (referință): totul are legătură cu persoana în cauză (știri radio TV presă) - Delir erotoman - Delir de gelozie 	<p>DELIRUL ÎN SCHIZOFRENIE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delirul paranoid (tematică de persecuție, otrăvire, urmărire) - Delir de influență xenopatică (sd de transparentă/influență sau automatismul mental) - Delir mistic - Delir de posesiune demonică - Delir de grandoare 	
<p>TEMELE DELIRULUI MANIACAL (delir megaloman)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personalitate ilustră - Filiație ilustră - Omnipotență, omnisciență - Bogăție - Reformă socială, religioasă 	<p>TEMELE DELIRULUI DEPRESIV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autodeprecie (inutilitate, incapacitate) - Vinovăție - Ruină materială - Boală gravă sau rușinoasă (delirul hipocondriac) - Negație, imortalitate, enormitate (triada Cotard) 	

SINDROMUL DE TRANSPARENTĂ – INFLUENȚĂ (AUTOMATISMUL MENTAL)



ATENȚIE !!!

Trăirea este de tip egodiston (e resimțită neplăcut) și pasiv (pacientul este subiectul influenței și nu autorul ei)

Trebuie diferențiate actele impuse (controlul comportamentului – delir de control) de executarea ordinelor primite pe calea halucinațiilor auditive imperative (în cazul halucinațiilor imperative pacientul execută ordinul dat de voci). În acest sens
ÎNTOTDEAUNA SE VA ÎNTREBA DESPRE MECANISMUL PRIN CARE SE PRODUCE INFLUENȚA:

- vrăji, descântece (mai ales în mediul rural)
- telepatie, biocurenți
- unde electromagnetice sau dispozitive electronice (radio, TV, computere, cip-uri implantate) mai ales în mediul urban

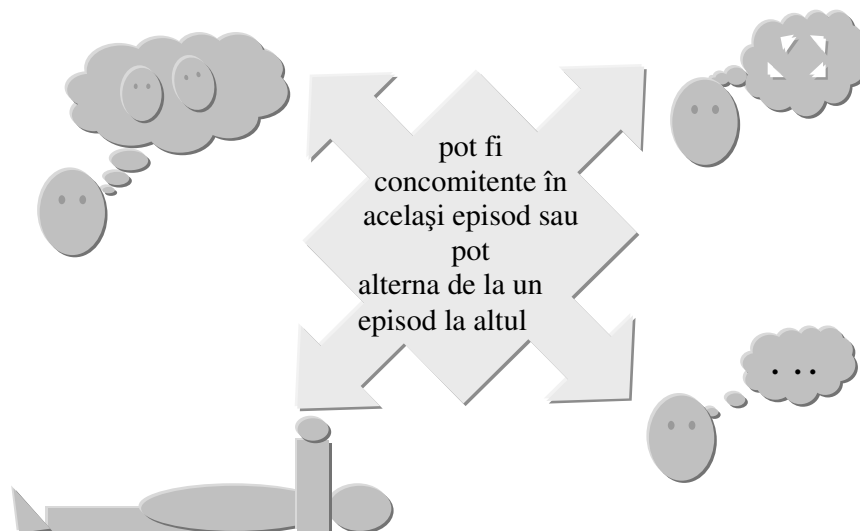
MACROSINDROAME ÎN SCHIZOFRENIE

SINDROMUL PRODUCTIV

Sindrom halucinator
Sindrom delirant
Sindrom de transparență - influență

SINDROMUL DE DEZORGANIZARE

Disociație ideo-verbală
Comportament bizar,
Ambivalență,
Incongruență afectivă



SINDROM CATATON

Hipertonie cu flexibilitate ceroasă
Stereotipie
Sugestionabilitate
Negativism
Inhibiție sau agitație psihomotorie

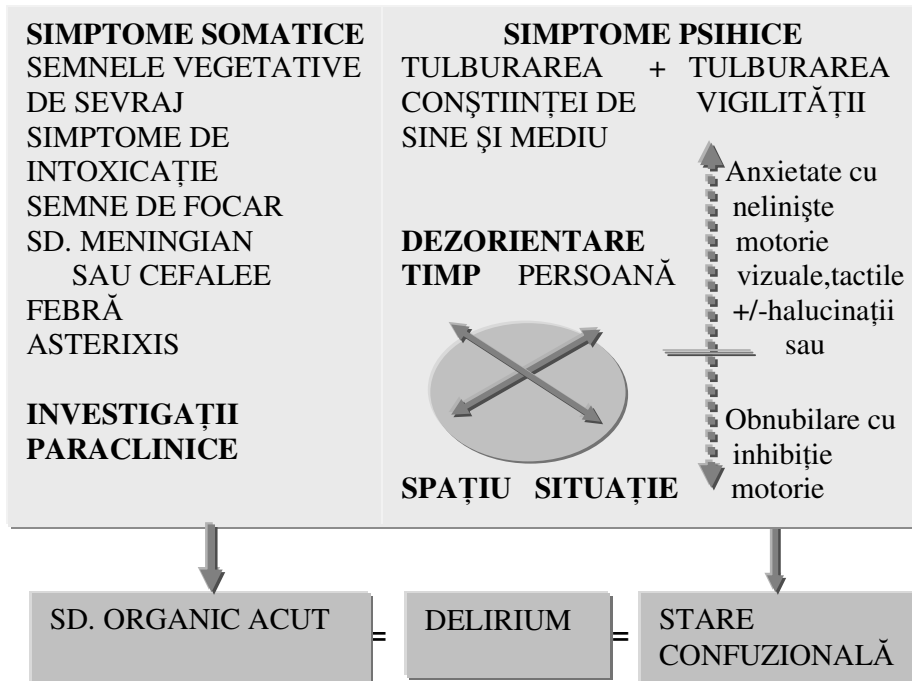
SINDROM DEFICITAR

Retragere socială
Neglijarea igienei personale și vestimentare
Tocire / aplatizare afectivă
Alogie, Abulie

SINDROMUL DE DELIRIUM (CONFUZIONAL)

CARACTERISTICI

- debut acut
- evoluție scurtă (dg. ~~demența~~)
- intensitate fluctuantă
- inversarea ritmului somn- veghe
- tulb. de atenție cu amnezie secundară (dg. ~~demența~~)



SINDROMUL DEMENȚIAL

AFECTIV

- depresie
- anxietate
- iritabilitate
- labilitate emoțională
- reacție catastrofică
- tocire afectivă

COMPORTAMENT

- indiferent față de examinator
- absurd
- neliniște nocturnă
- dezinhibiție

VORBIRE

- echolalie
- perseverări, stereotipii
- verbigeratie
- mutism

Demența vasculară

Deficit cognitiv în diferite sectoare, cu debut acut (precedat de accident vascular cerebral), evoluție fluctuantă și agravare în trepte
Semne neurologice de focar: sindrom piramidal, pseudobulbar, extrapiramidal, Conștiința deficitului cognitiv păstrată cu reacție catastrofică = plâns la conștientizarea sa)

COGNITIV : manifestări progresiv ireversibile ce domină tabloul clinic

- atenția: scade concentrarea
- percepția: +/- iluzii, halucinații
- memoria: inițial amnezie de fixare (e afectată achiziționarea de informații noi), apoi amnezie de evocare, sindrom Korsakov
- dezorientare temporo-spațială apoi auto/ allopsihiacă
- gândirea:
 - lentă
 - restrictivă
 - concretă
 - incoerentă
 - delir de prejudiciu (secundar tulburărilor mnestic) cu ostilitate îndreptată împotriva membrilor de familie sau vecinilor

Demența Alzheimer:

Initial amnezie de fixare, apoi de evocare
„Sd. celor 3 A”: afazie, agnozie, apraxie; anosognozie În final cașexie, incontinență sfincteriană

Demența prefrontală (Pick)

Fond de apatie, abulie peste care se suprapun bufee de iritabilitate sau euforie dezinhibiție în plan instinctual (alimentar, sexual) și comportamental, anosognozie

ÎNTREBĂRI:

1. Care din următoarele situații definește o trăire obsesivă:

- a) tânără de 18 ani preocupată de excesul ponderal, recurge la provocarea de vărsături, la laxative sau diuretice.
- b) Student în anul I la filologie preocupat de gânduri care îi sunt impuse împotriva voinței sale de forțe exterioare malefice
- c) Călugăriță de 30 de ani chinuită de tendințe blasfemiatoare în timpul slujbelor la care participă
- d) Jucător pasionat de poker de 39 de ani, preocupat de problemele financiare pe care le are în urma unor înfrângeri repetate
- e) Bărbat de 32 ani preocupat de ideea de a da foc pădurii de la marginea orașului pentru a trăi pe viu spectacolul unui incendiu

2. Un pacient psihotic, care tocmai a spart o farfurie este întrebat de ce a făcut acest lucru. Răspunde că nu el a vrut să spargă farfuria dar Mihai ia spus să o spargă. Acesta din urmă este un personaj imaginar cu care vorbește adesea pacientul. Comportamentul pacientului se datorează:

- a) sindromului de transparență-influență
- b) sindrom obsesiv-compulsiv
- c) sindrom halucinator cu halucinații imperative
- d) sindrom delirant paranoid
- e) sindrom maniactal cu agitație psihomotorie

3. Sunteți chemat să consultați un pacient care nu mișcă și nu vorbește. La ridicarea mâinii sale constatați hipertonia și păstrarea mâinii în poziție ridicată. Comportamentul pacientului se datorează unui sindrom de tip:

- a) comatos produs de hiperglicemie
- b) stupor melancolic
- c) comatos produs de hipoglicemie
- d) stupor cataton
- e) mutism selectiv

II.3. DIAGNOSTICUL ÎN PSIHIATRIE

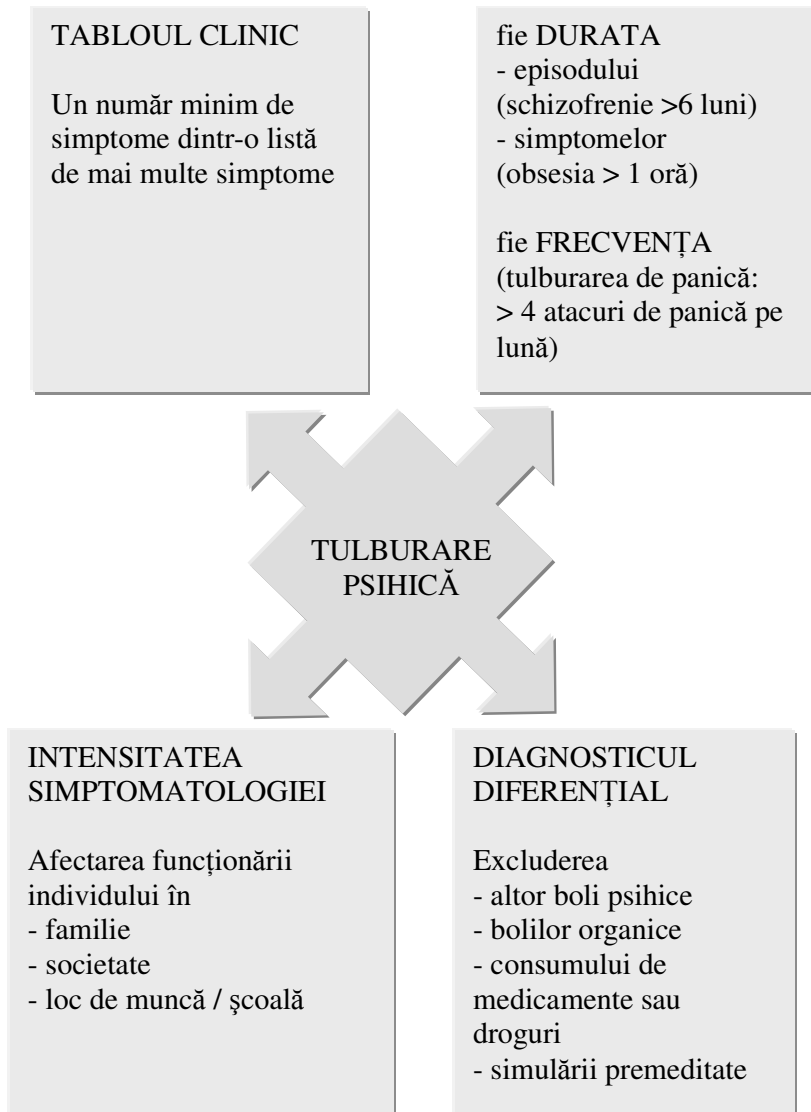
CUPRINS:

- DEMERSUL DIAGNOSTIC
- CRITERII DE DIAGNOSTIC
- CRITERII DE SEVERITATE A SIMPTOMATOLOGIEI
- CĂUTAREA FACTORILOR VULNERABILIZANȚI ȘI PROTECTIVI (FORMULAREA MUTIAXIALĂ A DIAGNOSTICULUI)

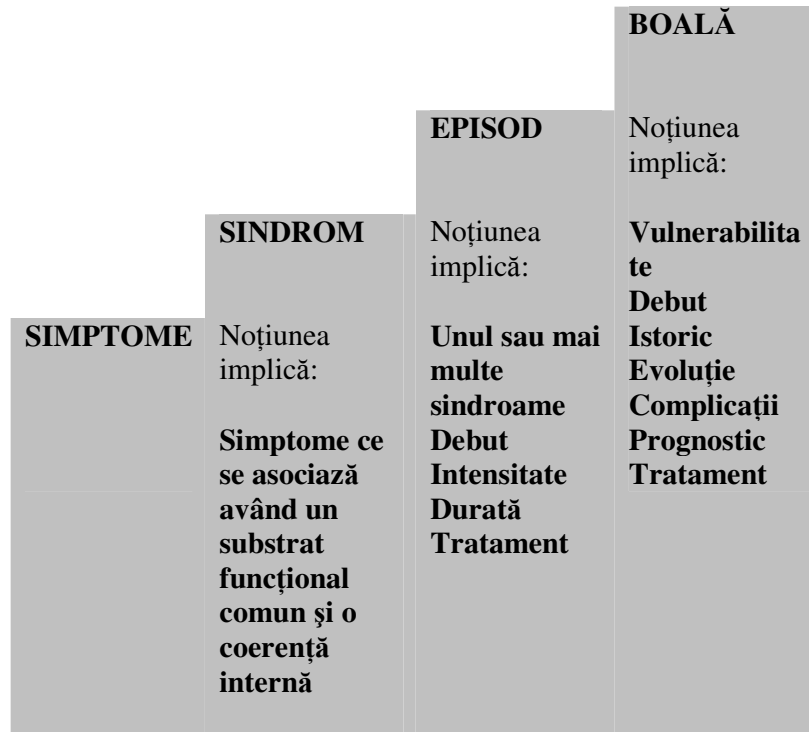
OBIECTIVE DIDACTICE:

1. ÎNSUȘIREA CRITERIILOR DE DIAGNOSTIC ÎN PSIHIATRIE
2. ÎNSUȘIREA DEMERSULUI DIAGNOSTIC ÎN PRACTICA CLINICĂ
3. FORMULAREA UNUI DIAGNOSTIC PE AXE ÎN PSIHIATRIE

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC

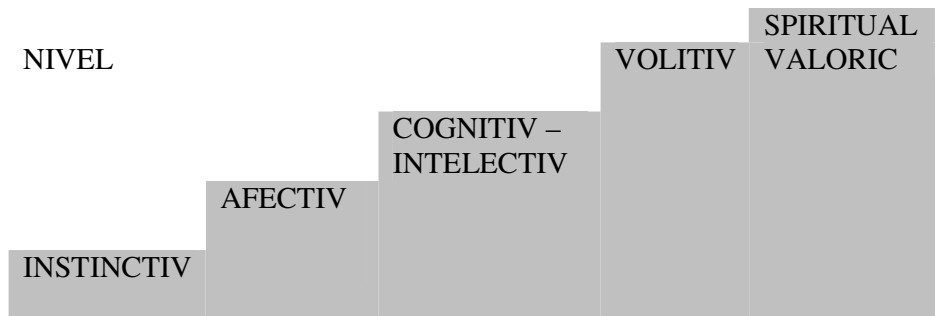


DEMERSUL DIAGNOSTIC



Dacă acesta este demersul diagnostic în practica clinică, utilizarea examenului psihic pe nivele funcționale oferă următoarele avantaje:

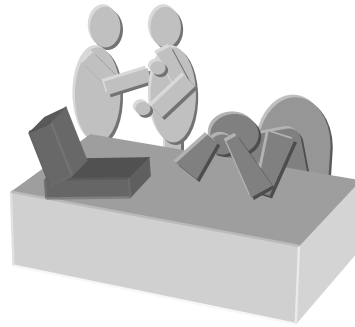
- oferă un algoritm de căutare a simptomelor ce nu permite omisiuni, ceea ce este foarte important în cazul existenței **COMORBIDITĂȚII**
- oferă o ordonare logică în formularea scrisă sau orală a examenului psihic



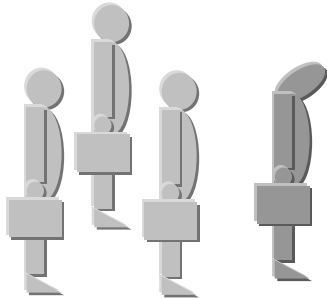
CRITERII DE SEVERITATE A SIMPTOMATOLOGIEI



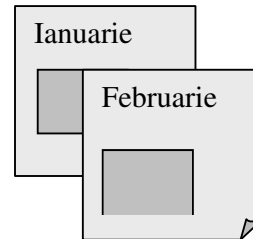
Afectarea funcționării în familie



Afectarea funcționării la
locul de muncă



Afectarea funcționării în
societate



Durata de la debutul
simptomatologiei

Multe simptome în psihiatrie au un echivalent în normalitate de ex. depresia are echivalent în normalitate tristețea. Depresia este o tulburare a dispoziției afective caracterizată prin tristețe patologică. Caracterul patologic este dat de

Intensitate mare

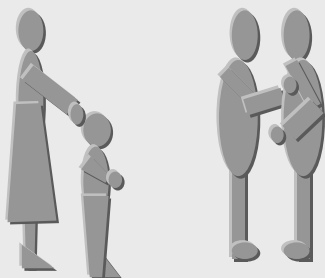
Durață mare

Mod de apariție: absența factorilor declanșatori

Reactivitate : lipsa de reactivitate

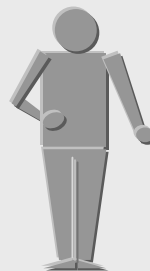
FACTOR DE PROTECȚIE
REȚEAUA DE SUPORT SOCIAL

FAMILIA ȘI/SAU PRIETENII

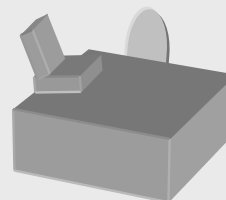
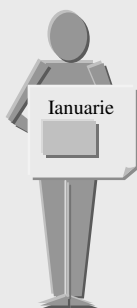


VULNERABILITATEA DE
FOND

- PERSONALITATEA
- ANTECEDENTELE
PATOLOGICE PERSONALE
ȘI HEREDOCOLATERALE



VULNERABILITATEA DE MOMENT (CIRCUMSTANȚIALĂ)



situația locativă
situația familială
situația profesională
vârsta

FORMULAREA MULTIAXIALĂ A DIAGNOSTICULUI (DUPĂ DSM)

Contabilizarea factorilor de vulnerabilitate este folosită în formularea diagnosticului psihiatric pe mai multe axe:

AXA I	TULBURĂRILE CLINICE PSIHOPATOLOGICE
AXA II	TULBURĂRI DE PERSONALITATE RETARD MENTAL
AXA III	BOLI SOMATICE ASOCIATE cu sau fără legătură cu tulburarea psihică
AXA IV	FACTORI DE STRES PSIHO-SOCIALI ȘI DE MEDIU (psihotraume, evenimente stressante de viață, conflicte, frustrări, rețea de suport social ineficientă)
AXA V	EVALUAREA GLOBALĂ A FUNCȚIONĂRII (SCOR GAF)

EXEMPLU:

- I. TULBURARE DEPRESIVĂ RECURENTĂ
- II. TULBURARE DE PERSONALITATE DE TIP OBSESIV-COMPULSIV (ANANKAST)
- III. ANGINĂ PECTORALĂ
- IV. PROBLEME LA LOCUL DE MUNCĂ
- V. SCOR GAF 10 (TENTATIVĂ SUICIDARĂ EȘUATĂ)

ÎNTREBĂRI:

1. La cabinetul unui medic de familie se prezintă o femeie în vârstă de 30 de ani care acuză insomnie de adormire. Medicul îi prescrie un hipnotic și îi programează următoarea vizită. Atitudinea medicului este:

- a) corectă, pacientei prescriindu-se un tratament adecvat simptomului pentru care pacienta a apelat la medic
- b) incorectă deoarece medicul trebuia să o întrebe pe pacientă dacă nu cumva lucrează în ture sau mai ia și altă medicație.
- c) Corectă deoarece medicul trebuie să vadă un număr mare de pacienți și nu are timpul fizic de a intra în amănunte atunci când nu este confruntat cu o boală organică sau cu o urgență.
- d) Incorectă deoarece medicul trebuia să investigheze un posibil sindrom anxios
- e) Incorectă deoarece medicul trebuia să investigheze o posibilă cauză organică (tuse rebelă produsă de o afecțiune pulmonară)

2. La consultație este adus de familie un tânăr de 20 de ani care în ultimele săptămâni a început să cheltuiască exagerat. Inițial se împrumuta de la colegi sau rude dar acum, părinții îl acuză că a început să fure din casă bani. Părinții au remarcat că fiul lor a început să consume mai frecvent alcool. Tânărul este bine dispus, se mișcă mult. În ultimul timp părinții au observat că a slăbit mult și are insomnii. Are multă energie și randament școlar bun dar colegii se plâng că în ultima vreme este anxios, se ferește de ei și crede că e urmărit de poliție. În plus, relațiile cu părinții sunt demult tensionate, tânărul având inversiune afectivă față de aceștia.

- a) Tânărul vine cu sindrom maniaco-depresiv cu delir incongruent și are tulburare afectivă bipolară și va primi tratament neuroleptic
- b) Tânărul vine cu un sindrom maniaco-depresiv și un sindrom paranoid și are o tulburare schizo-manico-depresivă și va primi tratament neuroleptic
- c) Tânărul este consumator de droguri stimulante (cocaină sau amfetamine) pe care le asociază cu alcoolul și trebuie adresat unui centru DETOX.
- d) Tânărul nu are nici o tulburare psihică sau somatică ci vrea să se răzbune pe părinții pe care îi descrie ca fiind reci afectiv și neimplicați
- e) Tânărul vine cu un sindrom paranoid (delir de urmărire și anxietate secundară) pe care încearcă să-l „trateze” cu alcool și este posibil să facă un debut de schizofrenie

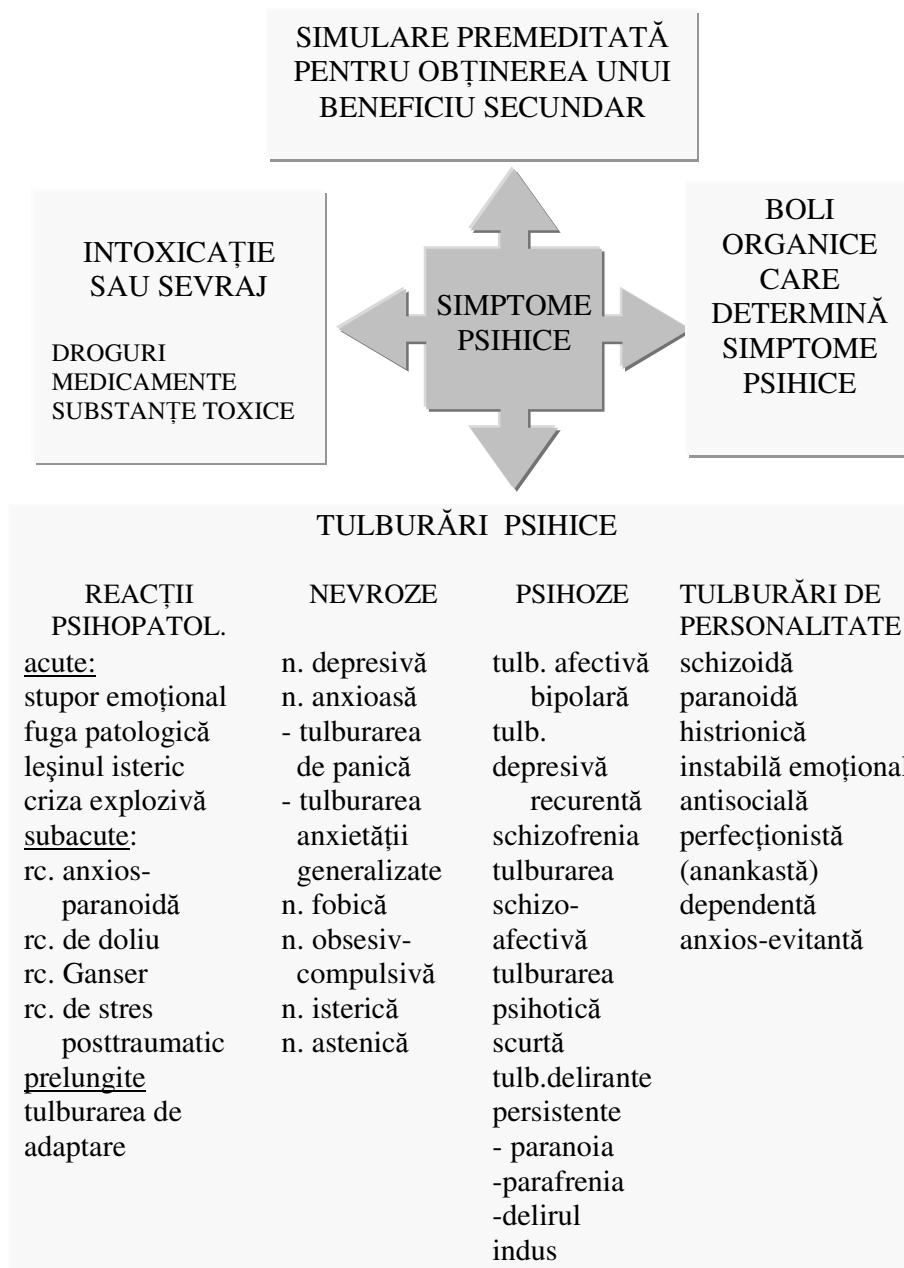
II.4. NOSOLOGIA PSIHIATRICĂ

1. DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL ȘI SCHEMA NOSOLOGICĂ ÎN PSIHIATRIE
2. TULBURĂRILE ANXIOS – FOBICE
 - a. TULBURAREA ANXIETĂȚII GENERALIZATE = TAG
 - b. TULBURAREA DE PANICĂ = TP
 - c. AGORAFOBIA
 - d. FOBIA SOCIALĂ
 - e. FOBIILE SIMPLE
3. TULBURĂRILE CONVERSIVĂ, DISOCIATIVĂ ȘI DE SOMATIZARE
4. TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ
5. TULBURĂRILE AFECTIVE PERIODICE
 - a. TULBURAREA DEPRESIVĂ RECURENTĂ = TDR
 - b. TULBURAREA AFECTIVĂ BIPOLARĂ = TAB
6. SCHIZOFRENIA
7. TULBURĂRI LE DE PERSONALITATE
8. ALCOOLISMUL
9. DELIRIUM (STAREA CONFUZIONALĂ)
10. DEMENȚELE

OBIECTIVE DIDACTICE:

1. ÎNSUȘIREA UNOR NOȚIUNI FUNDAMENTALE LEGATE DE TULBURĂRILE PSIHICE
2. EXEMPLIFICAREA PATOLOGIEI PSIHIATRIC PRIN CAZURI ROBOT
3. ÎNȚELEGEREA CAZURILOR PSIHIATRICE DIN PERSPECTIVA PSIHOPATOLOGICĂ

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL ȘI SCHEMA NOSOLOGICĂ
ÎN PSIHIATRIE



**TULBURĂRILE ANXIOS – FOBICE:
TULBURAREA ANXIETĂȚII GENERALIZATE, TULBURAREA DE
PANICĂ, AGORAFOBIA, FOBIA SOCIALĂ, FOBIILE SIMPLE**

<p>Datele personale</p> <p>Sex: Femei > bărbați Vârsta medie de debut: 20 ani TAG, 25 ani TP Domiciliu actual Loc de naștere Profesie Stare civilă Confesiune religioasă</p>	<p>Motivele internării</p> <ul style="list-style-type: none"> - insomnie de adormire - atacuri de panică - frica de a mai ieși din casă <p>Urgență: da în caz de atac de panică Singur / adus</p>
<p>Antecedente heredo-colaterale</p> <p>Psihiatrice: TAG: factor genetic important TP: factor genetic slab Nepsihiatrice</p>	<p>Familia de origine</p> <ul style="list-style-type: none"> - mamă hiperprotectoare - uneori atmosferă familială încordată cu certuri între părinți la care asistă copilul
<p>Antecedente personale</p> <p>Ciclu instructiv-profesional</p>	<p>Familia proprie</p>
<p>Condiții de viață: consum secundar de alcool pentru a prinde curaj, consumul de cafea accentuează simptomele anxioase Condiții de muncă Rețea de suport: în cazul indivizilor agorafobici, care refuză să mai iasă din casă, apare dependența de membrii anturajului imediat</p>	<p>Personalitatea premorbidă Perfecționistă (anankastă) Psihastenă Anxios evitantă</p> <ul style="list-style-type: none"> - nesiguranță de sine, sentiment de inferioritate - evitarea relațiilor sociale noi datorită fricii de critică sau rejecție

Istoricul bolii (episoadele anterioare)

Copilărie: +/- anxietate de separare, +/- fobie școlară

Frică de a dormi singur în pat (copilul doarme cu unul din părinți)

Frică de a dormi singur în cameră sau cu ușa închisă

Frică de întuneric (lumină aprinsă peste noapte)- fobii simple

Adolescență: +/- fobie socială

Adult tânăr: atacuri de panică imprevizibile care duc la comportament de evitare a din ce în ce mai multor situații sau locuri până se dezvoltă agorafobia. Există însă și agorafobie fără istoric de atacuri de panică

Adult: episoade de anxietate generalizată cu sau fără atacuri de panică,

+/- idei hipocondriace

+/- depresie

+/- alcoolism secundar

Episodul actual	diagnostice: Tulburarea anxietății generalizate posibile Tulburarea de panică Agorafobie, Fobie socială, Fobii simple
-----------------	--

Debut	Tablou clinic	Tratament
Fobii simple: la școală Fobia socială: 15- 20 ani TAG: ~20 ani TP: ~25 ani Agorafobie: 15 –35 ani	<u>Sd. anxietății generalizate:</u> insomnie de adormire, griji nejustificate, oboseală, tensiune musculară, iritabilitate, neliniște psihomotorie, concentrare dificilă <u>Sd. atacului de panică:</u> frică de moarte iminentă, tahicardie, transpirații, dispnee, nod în gât, tremurături, senzație de leșin <u>Sd. fobic:</u> obiect fobogen, atac de panică, evitare/securizare	1. medicamentos - anxiolitice - antidepressive 2. psihoterapie - suportivă, tehnici de control al frecv. resp. (în TP) - de relaxare: training autogen, meloterapie (în caz de TAG) - comportamentală desensibilizare sistematică (fobii) - cognitivă

Caz P.S., 32 de ani, sex feminin

Consultă psihiatrul pentru oboseală marcată, iritabilitate, insomnie de adormire, îngrijorare nejustificată. Simptomele le are de câteva luni dar în ultima vreme nu mai poate lupta cu ele. Antecedentele personale patologice sunt nesemnificative.

Familia de origine: copil unic într-o familie legal constituită. Părinții au studii superioare se înțeleg bine între ei, sunt hiperprotectori și au stimulat performanțele școlare ale pacientei. Tatăl are cardiopatie ischemică.

Familia proprie: căsătorită de doi ani cu un coleg de serviciu. Soțul este cu 2 ani mai mare și își dorește copii. Soția pune pe primul plan însă cariera. În ultima vreme apar mici conflicte cu soțul care îi reproșează că a devenit extrem de iritabilă.

Ciclul instructiv-profesional: 12 clase (școală + liceu teoretic), facultatea de chimie, lucrează actualmente ca inginer chimist.

Tabloul clinic: pacienta acuză o stare de neliniște mai ales seara: „atunci nu mai am stare și mă plimb prin casă ca un leu în cușcă”. Deseori seara simte o stare de frică intensă de foarte scurtă durată însoțită de palpitații, senzație de slăbiciune în membre și lipsă de aer. A remarcat că în ultima vreme se enervează foarte ușor și culpabilizează acest lucru. Adoarme cu dificultate trebuind să treacă cel puțin o oră până să poată adormi. Dacă în timpul zilei caută să aibă tot timpul o activitate, seara, în pat este asaltată de un val de griji în legătură cu viitorul pe care îl vede nesigur. Afirmă că de fapt „întotdeauna am trăit în viitor și nu m-am bucurat niciodată de prezent”. Somnul este neodihnit. Uneori are coșmaruri în care e urmărită și nu reușește să fugă suficient de repede ca în realitate, „parcă fug cu încetinitorul”. La locul de muncă, colegii îi reproșează că e crispată și încruntată. Nu s-ar fi prezentat la psihiatru dacă simptomatologia nu s-ar fi agravat în ultimele săptămâni când s-au acumulat probleme la serviciu (perspectiva restructurării personalului) și în familia de origine (tatăl a trebuit să fie internat în mai multe rânduri la cardiologie pentru crize prelungite de angină pectorală).

Personalitate premorbidă: pacienta se descrie ca fiind o persoană preocupată de ordine și curățenie. Acasă, i s-a spus că bucătăria ei seamănă cu laborator. Nu are covoare cu franjuri pentru ca altfel ar fi obsedată să măture franjurii ori de câte ori sunt stricați. Nu suportă scamele. Este adepta lucrului bine făcut chiar dacă cere mai mult timp și de multe ori pleacă mai târziu de la serviciu decât ceilalți colegi. Verifică ceea ce face atât ea cât și personalul din subordinea sa. Nu-și delegă cu ușurință responsabilitățile de serviciu decât acelor colegi pe care-i consideră la fel de serioși ca ea.

<p>Datele personale</p> <p>Sex: Femei > bărbați Vârsta de debut: sub 30 ani Domiciliu actual Loc de naștere Profesie Stare civilă Confesiune religioasă</p>	<p>Motivele internării</p> <p>Tremor generalizat, cefalee sau oboseală rebelă, parestezii „criză de spasmofilie” sindrom amnestic, fugă psihogenă acuze somatice multiple fără o cauză organică Urgență: da - frecvent adus de salvare Singur / adus –frecvent adus</p>
<p>Antecedentele heredo-colaterale</p> <p>Psihiatrice: Nepsihiatrice</p>	<p>Familia de origine</p> <p>Frecvent copilărie nefericită cu certuri între părinți sau abuz fizic</p>
<p>Antecedentele personale</p> <p>Ciclu instructiv-profesional</p>	<p>Familia proprie</p> <p>Frecvent comportament manipulator, soțul sau copiii preluând toate sarcinile de gospodărie ce reveneau pacientei</p>
<p>Condiții de viață:</p> <p>Condiții de muncă:</p> <p>Ocuparea timpului liber:</p> <p>Rețea de suport: redusă datorită superficialității relațiilor cu ceilalți (capacitate redusă de transfer afectiv)</p>	<p>Personalitatea premorbidă</p> <p>Personalitate histrionică</p> <ul style="list-style-type: none"> - egoism de tip captativ cu - nevoia de a fi iubit, admirat și în centrul atenției - sugestionabilitate mare - sociabilitate, comportament hiperexpresiv și manipulator - toleranță redusă la frustrare

Istoricul bolii (Episoadele anterioare)

+/- tentative parasuicidare repetate: nu există dorința reală de muri, ci dorința de a impresiona anturajul, trecerea la act este de multe ori impulsivă chiar în fața persoanei cu care este în conflict, nu sunt alese mijloace sigure: supradoză de medicamente inofensive, creșterea pielii în dreptul venelor. Se iau precauții de a fi găsit în timp util sau se lasă la vedere flaconul de medicament utilizat.

+/- crize explozive isterice sau leșinuri isterice la frustrare sau conflicte internări repetate și lungi la psihiatrie, pacientul insistând să fie tratat și adoptând rolul de bolnav.

Episodul actual	Diagnostic: Tulburare conversivă Tulburare disociativă Tulburare de somatizare	
Debut Frecvent în urma unui conflict sau a unei frustrări. Simptomatologia este impresionantă pentru cei din anturaj frecvent fiind adus Salvarea Pacientul pare indiferent „la belle indifference” în raport cu intensitatea simptomatologiei și se lasă în grija medicului	Tablou clinic <u>Sindrom de conversie somatică</u> : paretezii sau anestezie ce nu respectă dermatoamele, paralizii cu reflexele nemodificate, cecitate, crize pseudoepileptice <u>Sindrom disociativ</u> : amnezie globală sau selectivă, fugă psihogenă <u>Sindrom de somatizare</u> : acuze somatice multiple aparținând mai multor organe și sisteme: dureri, simptome digestive, neurologice, din sfera sexuală	Tratament 1. psihoterapie - centrată pe simptom (sugestia simplă sau armată) - de analiză a conflictului intrapsihic 2. tratament medicamentos în caz de comorbiditate psihiatrică

Caz A.M., 39 ani, sex feminin.

Este îndrumată la psihiatrie de către medicul O.R.L.-ist, unde a fost adusă de familie pentru că nu mai poate vorbi. Neconstatându-se simptome de suferință organică și aflându-se că în ultimele zile a suferit o psihotraumă, este îndrumată la psihiatru, după un prealabil consult neurologic. La primul consult pacienta este îmbrăcată în culori vii, fardată intens, cu multe podoabe. Privirea este vie, prezintă în ambianță. În cadrul consultului, rezultă că înțelege tot ce i se spune; face semne din mâini și din buze pentru a transmite faptul că nu poate să se exprime verbal. Nu se constată simptome care să exprime o suferință a aparatului fonator sau a S.N.C.

Datele obținute de la aparținători (soț) scot în evidența următoarele: a crescut într-o familie cu 5 copii, fiind cea mai mică dintre ei și în mare măsură neglijată educativ de părinți. A îngrijit-o mai mult o bunică care i-a îndeplinit toate dorințele. Ca și copil a ost viaie, dornică de contact cu alții, de joacă. A prezentat enuresis. Era “capricioasă”, voia să obțină tot ce dorea; în caz contrar plângea, făcea scandal, etc. în școală a învățat mediocru. Era simpatizată de colege și colegi, având inițiativă și știind să povestească atrăgător. La 15 ani profesorii și părinții s-au sesizat de legăturile sale cu un băiat puțin mai mare, legătură care s-a terminat cu un scandal melodramatic. Apoi s-a “cumințit”. A devenit ambițioasă, dorind să urmeze medicina. Nu a reușit la examenul de admitere, astfel încât s-a angajat și s-a calificat programatoare la un centru de calcul. Aici o început o legătură cu un inginer căsătorit, care s-a terminat prin plecarea acestuia. Se căsătorește la 23 de ani cu un medic și au o fată. Căsnicia nu e însă fericită și se despart după 3 ani. Copilul rămâne la ea. Se recăsătorește la 29 de ani cu un coleg de serviciu, un funcționar cu 10 ani mai în vârstă, liniștit, calm, care se preocupă de creșterea copilului. Nu au alți copii. În creșterea fetiței este hiperprotectoare. La serviciu dorește să aibă rezultate bune. E mereu evidențiată, are diverse funcții sociale. La 36 de ani este suspectă de tumoră mamară. După multiple examinări se decide că nu e nici un pericol de malignitate. Peste un an soțul face un infarct; îl îngrijește cu devoțiune și acesta își revine. În anul următor, îi mor ambii părinți. La serviciu se fac reorganizări, este mutată în alt sector. Invidiată un timp, i se reproșează acum tot mai mult o serie de atitudini, de către colege. Este schimbată din funcțiile pe care le deținea. Ciclul menstrual devine neregulat. Apar insomniile, irascibilitate, nerăbdare, sentimentul că nimeni nu o mai înțelege și nu o mai sprijină. Se simte părăsită, i se face milă de propria situație: “iată cum am ajuns”, “nimeni nu-ți este recunoscător”, se gândește ea. În acest context, fiica de 15 ani fuge de acasă cu un băiat. La aflarea veștii “leșină”. Apoi, pleacă de acasă și rătăcește pe străzi, până noaptea târziu, când soțul o întâlnește pe o bancă în cimitir. Întoarsă acasă, în zilele următoare acuză cefalee, plânge. Nu mai poate mânca nimic, simte că nu mai poate mișca picioarele și nu se mai scoală din pat. Medicul chemat nu constată modificări neurologice care să explice imposibilitatea de deplasare. Peste un timp, fiica se întoarce și – în cadrul unor “explicații” – îi spune că a fost o mamă rea, neînțelegătoare, egoistă, care nu a înțeles nimic din sufletul copilului său. În mijlocul acestei discuții, vocea pacientei se frânge brusc. De atunci nu mai poate vorbi.

TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

<p>Datele personale</p> <p>Sex: bărbați = femei Vârsta (media de debut: 20 ani) Domiciliu actual Loc de naștere Profesie Stare civilă Confesiune religioasă</p>	<p>Motivele internării</p> <p>- consecințele obsesiilor și/sau compulsiilor: întârziere la serviciu, pierderea a prea mult timp cu îndeplinirea ritualurilor - depresie Urgență da/nu Singur / adus</p>
<p>Antecedentele heredo-colaterale</p> <p>Psihiatrice: boala ticurilor (Gilles de la Tourette) tulburarea obsesiv-compulsivă tulburarea de personalitate anankastă Nepsihiatrice: coree</p>	<p>Familia de origine</p> <p>Un membru al familiei perfecționist</p>
<p>Antecedentele personale</p> <p>Ciclu instructiv-profesional de obicei individul are un nivel socio-economic bun</p>	<p>Familia proprie</p> <p>De multe ori celibat</p>
<p>Condiții de viață</p> <p>Condiții de muncă Ocuparea timpului liber (hobby) Rețeaua de suport social</p> <p>activitățile zilnice sunt parazitare de obsesii și ritualuri care uneori pot ocupa toată ziua</p>	<p>Personalitatea premorbidă</p> <p>Perfecționistă (anankastă) - preferință pentru ordine în timp (planificări) și spațiu - standarde morale înalte impuse propriei persoane dar și celorlalți - devoțiune pentru muncă cu ore peste program, sacrificarea timpului liber în interesul muncii - imposibilitatea delegării responsabilităților - rigiditate, parcimonie</p>

Istoricul bolii (episoadele anterioare)

Copilărie : TICURI (uneori)

Adolescent, adult tânăr : OBSESII + ANXIETATE +/- COMPULSII

Adult EPISOADE OBSESIV - COMPULSIVE +/- DEPRESIE

Episodul actual	Diagnostic : tulburare obsesiv-compulsivă	
<p>Debut</p> <p>Acut după un eveniment stressant dar mai frecvent cronic</p> <p>La bărbați boala debutează la vârste mai tinere.</p>	<p>Tablou clinic</p> <p><u>Sindrom obsesiv</u>: idei obsesive, rumiții obsesive, impulsii obsesive, îndoieli obsesive, fobii obsesive cu caracter: penetrant, persistent, recurent și egodistonic</p> <p><u>Sindrom compulsiv</u>: acte comportamentale (spălare, verificare, evitare, colecționare) sau mentale (numărare: dungi, stâlpi, pomi, etc.) ce au caracter excesiv, repetitiv și stereotip =ritualuri</p> <p><u>Anxietate</u> în cazul reținerii de la compulsie</p> <p><u>Depresie</u></p>	<p>Tratament</p> <p>1. medicamentos antidepressive:</p> <ul style="list-style-type: none">- clomipramina- SSRI: SeroxatFevarin <p>anxiolitice</p> <p>neuroleptice- în cazurile foarte severe (boală obsesivă)</p> <p>2. psihoterapie cognitiv-comportamentală</p> <p>3. TEC în caz de eșec la chimio- și psihoterapie</p> <p>4. psihochirurgie (în cazuri excepționale)</p>

Caz G.E., 42 de ani, sex masculin, inginer mecanic.

Ajunge la medicul psihiatru din proprie inițiativă, după ce a venit de încă 5 ori la cabinetul de consultație, dar a plecat înainte de a-i veni rândul la consultație. În cabinet se prezintă în ținută corectă, îngrijită. Are un caiet în care și-a sistematizat simptomele și pe care-l prezintă medicului. Contactul psihic este bun, dar exprimarea pacientului este ezitantă; mereu revine asupra celor spuse, pentru a fi sigur că a fost bine înțeles. Mimică hipomobilă. Bine orientat spațio-temporal și mnezic. Fără simptome din seria psihozelor endogene. Are conștiința unei suferințe psihice chinuitoare și nu întrevede posibilitatea de a ieși din starea actuală. Se plânge mai ales de insomnie, constipație, scăderea randamentului profesional, nesiguranță, dificultăți în decizie, gânduri și intenții (de act) care îi vin fără voia sa și nu le poate stăpâni, verificări chinuitoare (plecând de acasă, trebuie să se întoarcă de 3-4 ori pentru a verifica dacă a închis ușa, a stins lumina sau a închis apa, etc.).

Pacientul crește într-o familie de funcționare ca și copil unic. Tatăl, o fire corectă, dar rigidă, a pretins tot timpul o disciplină strictă: orele de masă erau fixe, timpul la joacă bine precizat, nu avea voie să întârzie seara peste o anumită oră. Mama a fost și ea în serviciu, fiind plecată mult de acasă. Față de copii a fost grijulie, hiperprotectoare, dar mai mult anxioasă decât afectuoasă. Copilul a crescut mai mult cu bunica. S-a dovedit de mic încâpățânat; și asta, deja la 2-3 ani când a fost învățat să păstreze curățenia. Ulterior, nu s-a dovedit prea sociabil: la jocurile cu copii nu a dovedit multă inițiativă, preferând să stea mai retras. Între 6 și 7 ani a prezentat ticuri ale feței. La școală a fost cuminte, conștiincios, hiperordonat, muncitor. A luat mereu premii, fiind dat ca exemplu pozitiv. I-a plăcut să asculte muzică și să citească, să rezolve probleme de matematică. Nu a avut boli deosebite. Nu a consumat alcool. A studiat politehnica cu bune rezultate. Nu a făcut sport și nici nu a mers la dans. Ca inginer și-a făcut datoria cu multă seriozitate; un lucru început dorea să fie bine terminat. Se căsătorește la 25 de ani cu o colegă sociabilă, expansivă, mai mult la inițiativa acesteia. Au un băiat care, crescând, a devenit neascultător. Pe de altă parte, au apărut și s-au agravat divergențele în familie, legate de firea sa mai ursuză, care nu agreează întâlnirile mondene. Soția se plictisește, merge la spectacole cu prietenii de familie, îi reproșează lipsa de interes pentru familie. Divergențe apar și în ceea ce privește educația copilului.

La serviciu, fiind apreciat, este promovată într-o funcție de conducere. Își ia în serios activitatea, petrece aproape tot timpul în secție. Este mereu frământat de insuficienta organizare a producției, de prea multa dezordine pe care o constată în unele sectoare, de indiferența și neseriozitatea unor subalterni, caută să compenseze deficiențele constatate prin muncă proprie. Își prelungește șederea la serviciu; noaptea se gândește cum să rezolve a doua zi problemele. Dar, rezultatele întârzie. Ba mai este și criticat.

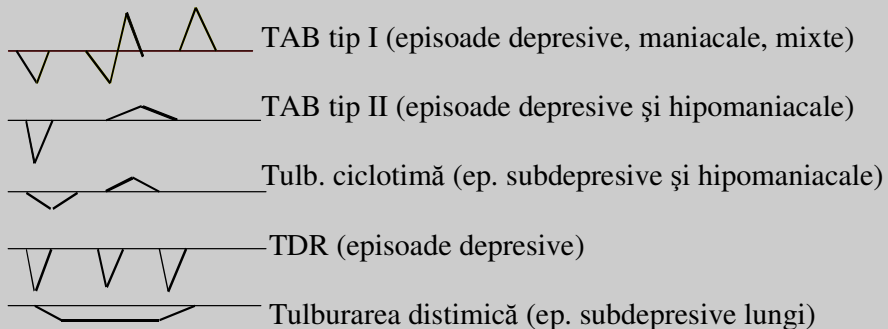
Începe să nu mai poată adormi și să se trezească devreme. Scade pofta de mâncare. Este constipat. Devine nesigur de sine, verifică de mai multe ori dacă a făcut un lucru bine sau rău, dacă l-a făcut sau nu l-a făcut. Fără voia sa îi vin în minte probleme de serviciu de care nu poate scăpa. Și, la fel, îi vine în minte câte o

melodie, câte un cuvânt, câte o problemă absurdă, care-i paralizează conștiința. Uneori, tot fără voia sa, numără pietrele de pavaj sau stâlpii de telegraf. A devenit trist, morocănos; a slăbit în greutate. A început să se gândească că ar putea să fie bolnav (poate de cancer?!). Se gândește și la o infecție cronică. Se spală pe mâini de 10-20 ori/zi. Își face planuri amănunțite, în scris, înainte de a trece la acțiune. Verifică mereu totul. Randamentul scade progresiv. Apare neliniște, panică, tristețe. Trecând peste un pod, îi vine în minte “ce-ar fi dacă m-aș arunca?”. În tramvai îi vine să înjure pe alții și cu mare greutate se abține. După multe ezitări, în sfârșit, se prezintă la medic.

TULBURĂRILE AFECTIVE PERIODICE

<p>Datele personale</p> <p>Sex: Femei >bărbați (TDR) Femei = bărbați (TAB) Vârsta 40 ani (TDR) / 30ani (TAB) Domiciliu actual Loc de naștere Profesie Stare civilă Confesiune religioasă</p>	<p>Motivale internării</p> <ul style="list-style-type: none"> - tulburări de memorie și atenție - acuze somatice: psihalgii, disfuncție sexuală - inapetență, scădere ponderală <p>Urgență – stupor melancolic</p> <ul style="list-style-type: none"> - tentativă de suicid - episod maniacal <p>Singur / adus</p>
<p>Antecedentele heredo-colaterale</p> <p>Psihiatrice: TAB, TDR, alcoolism Nepsihiatrice</p>	<p>Familia de origine</p> <ul style="list-style-type: none"> - pierderea mamei la vârste mai mici de 11 ani
<p>Antecedentele personale</p> <p>Depresie secundară:</p> <ul style="list-style-type: none"> - scleroza în plăci, AVC - flebo-tromboză (TAB) <p>Se caută activ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cardiopatie - glaucom cu unghi închis - adenom de prostată - epilepsie 	<p>Familia proprie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Probleme conjugale de lungă durată - Lipsa unei relații suportive cu un alt adult - Doliu sau singurătate (la vârstnici) - Îngrijirea a 3 sau mai mulți copii sub 14 ani
<p>Ciclu instructiv-profesional</p>	
<p>Condiții de viață</p> <p>Uneori alcoolism secundar (alcoolul ca „soluție la o problemă”) Condiții de locuit precare</p> <p>Condiții de muncă: șomaj sau pensionarea (la bătrâni) cu afectarea bugetului și pierderea statutului social</p> <p>Ocuparea timpului liber: important de investigat pentru anhedonie</p> <p>Rețea de suport: frecvent lipsește</p>	<p>Personalitatea premorbidă</p> <p>Vulnerabilitate pentru depresie: Trăsături perfecționiste (mai ales) Trăsături ale personalității dependente Trăsături anxios - evitante Trăsături histrionice</p>

Istoricul bolii (episoadele anterioare)



Episodul actual	diagnostic: TDR, TAB, tulburare distimică, tulburare ciclotimă	
Debut	Tablou clinic	Tratament
<p><u>Depresie exogenă</u> Psihotraumă: deces - reacție psihopatologică de doliu</p> <p>Acumulare de evenimente stressante de viață la o personalitate vulnerabilă – nevroză depresivă</p> <p><u>Depresie endogenă</u> Lipsa factorilor declanșatori – TDR</p> <p><u>TAB</u> Deprivare de somn Abuz de substanțe stimulante (cocaină)</p>	<p>- Sindrom depresiv sau sindrom maniacal sau sindrom mixt cu / fără simptome psihotice (delir congruent sau uneori incongruent cu starea afectivă)</p> <p>- Sindrom depresiv cu stupor melancolic</p> <p>- Sindrom maniacal cu agitație psihomotorie</p> <p>- Sindrom depresiv-anxios (insomnie mixtă și neliniște)</p>	<p>Episod depresiv</p> <p>1. medicație: antidepressive +/- stabilizatori ai afectivității +/- neuroleptic</p> <p>2. eșec la tratam. medicamentos: TEC</p> <p>3. psihoterapie cognitivă tip Beck</p> <p>Episod maniacal neuroleptice + Romparkin + stabilizatori ai afectivității</p>

Caz I.G., 33 ani, sex feminin, căsătorită

Internată de urgență la solicitarea familiei pentru nervozitate, iritabilitate, dispoziție tristă, plâns facil, idei de vinovăție și inutilitate.

Antecedente personale patologice: convulsii(la 9 luni), diagnosticată cu tulburare psihică în urmă cu 11 ani.

Familia de origine: născută într-o familie legal constituită. Fratrie gr.2, ord.2. Relații bune intrafamiliale. Mama este descrisă ca o fire sociabilă (cu care se aseamănă pacienta).Tata este descris ca o fire răbdătoare, perseverentă.

Familia proprie: actualmente pacienta se află la a 2-a căsătorie. Primul soț este descris ca fiind certăreț și uneori violent. Afirmativ o supunea la diverse agresiuni sexuale. Divorțul a fost pronunțat în urmă cu 6 ani datorită “nepotrivirilor de caracter”

Ciclul instructiv-profesional: Absolventă a 12 clase. Actualmente profesează ca educatoare.

Personalitate premorbidă: clienta se descrie ca o fire labilă emoțional.





Evenimente stressante de viață (E.S.V): divorț (în urmă cu 6 ani), despărțirea de cel de al doilea soț (cu 2 săptămâni înainte de internarea actuală)

Istoricul tulburării psihice: pacienta se află la a 6-a internare într-o clinică de psihiatrie. Prima internare este în urmă cu 11 ani.

Simptomele actuale includ: dispoziție tristă marcată (cu plâns facil), idei de vinovăție (“pentru că este bolnavă”) și inutilitate, anhedonie, neîncredere în sine, insomnii mixte. Aceste simptome alternează cu perioade în care este de o veselie exagerată, de un entuziasm continuu (cu un “chef de muncă intens”), o energie vitală crescută, cu un comportament dezinhibat și necontrolat (face împrumuturi exagerate, se implică în proiecte nerealiste, conduce imprudent). În această perioadă pacienta vorbește mult, tare, trece rapid de la o idee la alta, nu se poate concentra, are o nevoie redusă de somn(se trezește doar după câteva ore de somn cu o energie debordantă). Uneori în timpul zilei aude voci de bărbați și de femei(care nu există în realitate) care-i spun lucruri plăcute(o laudă). Activitatea socio-profesională a pacientei este perturbată, fapt confirmat de către ancheta realizată de către asistentul social. Aceste perioade de schimbări(cicluri) ale dispoziției durează în medie 3-4 zile. Din relatările pacientei în urma unui conflict cu fostul soț aceasta a distrus o serie de lucruri din casă. Pacienta nu are în momentul examinării actuale conștiința bolii psihice. Aderența terapeutică este redusă, pacienta neurmând la domiciliu tratamentul prescris de către medicul curant.

<p>Datele personale</p> <p>Sex: Femei = bărbați Vârsta la debut : 15-35 ani Domiciliu actual Loc de naștere Profesie: rar termină studiile și se angajează Stare civilă: rar căsătorit Confesiune religioasă: important de investigat în cazul delirului mistic</p>	<p>Motivele internării</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitație psihomotorie • Comportament bizar • Randament școlar / profesional redus <p>Urgență: frecvent internare forțată: uneori necesară Singur / adus: adus de familie sau poliție</p>
<p>Antecedentele heredo-colaterale</p> <p>Psihiatrice: schizofrenie, tulburare de personalitate schizoidă Nepsihiatrice</p>	<p>Familia de origine</p> <p>Familie cu expresivitate emoțională crescută (conflicte, rejecție)</p>
<p>APP</p> <p>- suferință pre/perinatală APF: UM la femei Ciclu instructiv-profesional rar studii superioare</p>	<p>Familia proprie</p> <p>Adesea pacientul este necăsătorit Existența unei familii proprii care să-l susțină este un factor de prognostic pozitiv</p>
<p>Condiții de viață: adesea ca rezultat al deteriorării produse de boală subiectul nu se poate descurca pe cont propriu, necesită locuință protejată. Condiții de muncă: adesea se impune pensionarea pacientului sau participarea la activități de ergoterapie sau ateliere protejate Ocuparea timpului liber: boala predispune pacientul la pierderea interesului pentru orice activitate Rețea de suport: adesea pacientul este <u>rejecat</u> de familie</p>	<p>Personalitatea premorbidă</p> <p>Se caută trăsăturile personalității schizoide:</p> <ul style="list-style-type: none"> - răceală afectivă - indiferență la critică sau laudă - dezinteres pentru relații sociale, activitate sexuală - preferința pentru activități solitare și abstracte - nonconformism, excentricitate comportamentală și vestimentară

Istoricul bolii (episoadele anterioare)

	22% din cazuri	1 episod cu remisiune completă
	35% din cazuri	> episoade cu remisiune completă
	8% din cazuri	> episoade cu remisiune incompletă
	35% din cazuri	>episoade, remisiune

Episodul actual diagnostic: schizofrenie paranoidă, dezorganizantă (hebefrenă), catatonă, nediferențiată

Debut **insidios** cu simptome deficitare:
 - retragere socială
 - tulburări de atenție și memorie
derealizare
depersonalizare
anxietate
acut: cu simptome productive
 - delir
 - halucinații
 - agitație psihomotorie
 - comportament bizar

Tablou clinic
Sindrom productiv:
 - delir paranoid
 - sindrom de transparentă-influență
 - halucinații auditive
Sd. de dezorganizare
 - disociație ideo-verbală
 - incongruență sau ambivalență afectivă
 - comportament bizar
 - manierisme
Sindrom deficitar
 - retragere socială
 - aplatizare afectivă
 - alogie, abulie
Sindrom cataton

Tratament
1. Medicamentos
Pentru delir, halucinații, disociație, agitație psihomotorie:
 neuroleptice convenționale sau atipice
Pentru simptomatologie deficitară:
 neuroleptice atipice sau bimodale-în doză mică
2. Eșec la tratament medicamentos:
 TEC
3. Programe de reabilitare psiho-socială

Caz M.D., sex feminin, 43 ani

Se internează la insistențele medicului întreprinderii, care surprinde ciudățeni în comportamentul pacientei. În primele zile de internare, atitudinea pacientei este rezervată, prudentă, evită să vorbească medicului despre “adevăratele” ei probleme. Treptat, după mai multe întâlniri cu medicul de salon, se hotărăște să “vorbească”. Antecedentele heredo-colaterale și personale sunt ne semnificative. Viața pacientei a fost extrem de bogată în evenimente. A fost o fire energică, cu imaginație vie, iubitoare de frumos, sensibilă. Întreaga viață a fost trăită cu o încărcătură afectivă bogată. De câțiva ani se schimbă. Deși citea mult, cu pasiune, în ultima vreme încetează să mai citească. Este tot mai mult preocupată de probleme care interferează cu domeniul supranaturalului. Pretinde că are capacitatea de a comunica cu spiritele; și că, mai ales spiritul soțului ei (decedat în urmă cu zece ani) noaptea, trece mereu prin camera ei. Știe că este el după anumite semne numai de ea știute. Probabil vine s-o avertizeze, știind că ea este deținătoarea unui mare secret – cunoaște acțiunea unor plante care ar putea vindeca și cancerul, dar nu are curajul să divulge acest secret, pentru a nu periclita viața fiului ei. Se simte urmărită, știe că este urmărită, verificată, controlată, de toate mașinile din oraș, de oameni deghizați, de agenți străini care o spionează și îi urmăresc acțiunile. La locul de muncă și acasă este influențată prin radiații electromagnetice a căror surse sunt toate firele electrice din pereți și toate cuiele din pereți; drept urmare a demontat și acasă și la locul de muncă firele electrice de pe pereți și a scos toate cuiele. Mai mult chiar, acasă și-a scos parchetul ca să găsească microfoanele cu care i se citesc gândurile. Aude voci care îi comentează acțiunile, vede ființe ciudate care apar ori de câte ori vrea să vorbească cuiva despre ceea ce se întâmplă cu ea. Chiar medicului curant îi este teamă să vorbească de ceea ce se întâmplă cu ea, pentru că “vede” în spatele medicului o ființă amenințătoare. Universul acesta fantastic se desfășoară în paralel cu viața de toate zilele a pacientei și a permis mult timp inserția ei mulțumitoare în viața socio-profesională. În momentul în care lumea fantastică a spiritelor și a urmăritorilor s-a suprapus realității, pacienta ajunge în spital mai ales simțindu-se deranjată de “influențe exterioare” față de care are o reacție afectivă anxioasă, cu insomnii, neliniște, epuizare.

Examenul psihic: câmp de conștiință clar, cu bună orientare auto și allo-psihică. În plan perceptiv sunt prezente halucinații auditive (zgomote nocturne, voci care-i comentează acțiunile și care o amenință). În planul gândirii este prezent un delir relativ bine sistematizat, cu temă fantastică: comunicarea cu spiritele, deținerea unui secret de importanță mondială, alături de delirul de influență exterioară. Prezența sindromului de automatism mental este demonstrabilă atât prin sentimentul și convingerea pacientei că i se înregistrează gândurile cât și prin consecințele acestor trăiri: demontarea parchetului, scoaterea cuielelor din pereți și a firelor electrice. Inserarea pacientei într-o asemenea rețea delirantă fantastică nu-i conferă acesteia conștiința bolii. Aceasta ajunge la psihiatrie doar în momentul când, epuizată, nu mai rezistă “influenței” și “urmăririi”. Afectivitatea ajunge să fie intens depresivă, cu anxietate, până la stări de angoasă nocturnă, în momentele în care simte prezența spiritelor.

Adus la Spitalul de Psihiatrie de părinți.

Prezentare: ținută neglijentă (stare igienică precară; nebărbierit, părul nespălat), privire inexpressivă, tâmpă, gestică stereotipă, facies imobil, "aer" bizar, convențional, neliniștit, nemulțumit de faptul că este adus la medic, fără a opune însă o opoziție evidentă. Nedormit, slab, longilin, vorbește distant și "rece" cu un aer de superioritate neînțeleasă. Contactul cu medicul se stabilește cu dificultate.

Motivele internării. Spontan, pacientul nu acuză nici un simptom, din contră, este contrariat că a fost adus la consultație, nefiind bolnav. Din relatările părinților aflăm însă: o progresivă scădere a randamentului intelectual; a repetat a doua oară anul universitar, abandonându-l la jumătate. Stăm mai mult închis în casă, nu dorește să vadă pe nimeni, fumează foarte multe (aprinde o țigară de la alta), consumă cafea în cantități mari. De câteva săptămâni se spală sporadic, refuză să-și vadă părinții, primește mâncarea prin ușa întredeschisă, iar după ce a mâncat (cantitativ puțin) pune vesela murdară la pragul ușii. Lasă impresia că studiază zi și noapte, se ocupă de filozofie, scrie poezii, fără însă a lăsa pe nimeni să se apropie de ceea ce face.

Personalitate premorbidă: Tip biologic astenic, longilin, copil cu o dezvoltare psiho-motorie corespunzătoare normei, mai retras, timid, evită confruntările directe cu cei din grupul de joacă. Elev silitor, cu rezultate școlare peste medie, nu-l interesau fetele, prefera să citească decât să meargă la o întâlnire cu colegii.

Istoricul bolii: într-o reconstituire anamnetică, părinții recunosc retroactiv modificări ale comportamentului, instalate în urmă cu doi ani, pe care le-au interpretat ca o indispoziție consecutivă unei decepții sentimentale. A devenit mai retras, visător, neatent, dând impresia că este preocupat de probleme deosebite.

Acest eveniment s-a produs în primul an de facultate, și a fost corelat cu oboseala survenită în urma examenului de admitere, a adaptării mai dificile la solicitările mediului universitar. Din aceeași perioadă datează pasiunea pentru filozofie și poezie, concretizată prin cumpărarea și împrumutarea a o serie de cărți filozofice și de poezie.

În anul doi de facultate (cu profil tehnic), părinții au observat un dezinteres pentru materiile predate. Tânărul a devenit mai "neglijent", s-a detașat de prietenii care-l mai frecventau, considerându-i incapabili să susțină o discuție intelectuală. Preocupările extrauniversitare îi răpeau majoritatea timpului, argumentând părinților noua sa orientare spre filozofie. Repetă anul universitar, dar randamentul său intelectual scade progresiv, devine stereotip, sărac în idei. În domeniul filozofiei folosește noțiuni și categorii lipsite de conținut real; este incapabil de înțelegerea și reformularea problemelor; gândirea i se împotmolește în ineficiență.

Examenul psihic relevă răspunsuri corecte și coerente la întrebările cu un grad de dificultate scăzut. Pe măsură ce dialogul se prelungește iar gradul de abstractizare al discuției crește, apar net deficiențe logice, incoerența ideatorie (ca de exemplu într-un exemplu de interpretare a unei poezii proprii "Semnul lui Brâncuși reprezintă bărbatul și femeia, iar fiecare este alt plan, dar pentru că semnifică depărtarea și apropierea... soarele este androgen).

Caz I.D., 18 ani, muncitor necalificat, necăsătorit.

Adus de urgența, cu salvarea, conțenționat, după ce a spart în casă televizorul, geamuri, bibelouri.

Prezentare: îmbrăcat sumar, cămașa ruptă are pete de sânge; prezintă escoriații și tăieturi în regiunea anterioară a ambelor coapse și pe brațe. Părul răvășit, fațes “tâmp”, râde în hohote, nemotivat; gesturi obscene, mimică contrastantă cu starea de agitație; scuipă, înjură. Râde fără “noimă”, folosește cuvinte triviale; mișcările sunt necontrolate, fără scop și finalitate.

Nu răspunde întrebărilor, se zbate, urlă, dă din picioare și din mâini, are mișcări haotice. Iritat, excitat, pare să nu sesizeze lumea din jurul său; privirea este ațintită în gol. Scoate sunete monosilabice, sau cuvintele folosite sunt puse cap la cap, fără nici o legătură, anarhic, incoerent. Furie agresivă, fără obiect specific, sparge și lovește tot ce este în jurul său. Necesită conțenționare și sedare neuroleptică. La câteva zile după internare, perioadă în care a fost în continuare agitat psihomotor, chiar după administrarea neurolepticelor, în doze ridicate, starea sa se modifică, devine apatic, liniștit, stă mai mult în pat, nu mai comunică. Rămâne imobil în pat, refuză să mănânce, inițial opunând rezistență. La ordinele scurte și simple face contrariul. Dacă i se spune “deschide gura”, el strânge maxilarele. După o zi, nu se mai scoală din pat, nici pentru necesitățile biologice. Dacă este sculat din pat rămâne în poziția respectivă, dacă i se ridică o mână, rămâne în aceeași poziție un timp îndelungat. Are aspectul unei păpuși de ceară, c i se poate imprima orice formă (plasticitate ceroasă). Doarme în poziții bizare, cu capul ridicat deasupra pernei, suspendat în aer (perna psihică). După aplicarea electroșocului starea se ameliorează, se hrănește singur, se scoală din pat.

Motivul internării: stare de mare agitație psihomotorie, incoerență verbală, agresivitate marcată.

Istoricul bolii: debut brusc, în ziua precedentă, cu stare de neliniște, anxietate, bizarerii comportamentale. Nu au existat motive psiho-traumatizante sau ingestii de substanțe toxice care să explice starea prezentă.

Personalitate premorbidă: dezvoltare psihomotorie în copilărie în limite normale. Nu a excelat în privința rezultatelor școlare, fiind un elev submediocru. Provine dintr-o legătură întâmplătoare a mamei cu un bărbat căruia nu-i cunoaște antecedentele personale. A fost un copil jucăuș; la vârsta de 18 ani, nefiind pe deplin maturat, a abandonat școală după absolvirea a 8 clase, schimbând trei locuri de muncă, ca muncitor necalificat, sezonier. Obișnuia să se joace cu copii mai mici ca el; în ultimul timp a fost atras în special de grupuri anomice de adolescenți. Vagabonda, părăsea locul de muncă, mergând la film. Seara, venea târziu noaptea. A fost amendat pentru tulburarea liniștii publice într-un local, fiind în tovărășia altor tineri fără ocupație.

Examenu psihic: criză de agitație psiho-motorie, incoerență verbală, discordanță, stereotipie, stupor cataton, negativism, catalepsie.

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

PERSONALITATEA = modul constant de a simți, gândi, acționa și reacționa al unui individ

PRINCIPALELE TIPURI	TRĂSĂTURI GENERALE ALE TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE
	<ul style="list-style-type: none">❑ trăsăturile de personalitate sun accentuate excesiv și global❑ comportament maladadaptativ (ce afectează funcționarea individului în familie, în societate sau la locul de muncă), rigid (inflexibil într-o varietate mare de împrejurări) și durabil (anevolutiv)❑ egosintonie (persoana este mulțumită cu sine însăși) și alloplasticitate (persoana nu simte nevoia de a se schimba pe sine, ci mai degrabă pe ceilalți)❑ vulnerabilitate pentru alte tulburări psihice❑ patoplasticitate (modificarea tabloului clinic al patologiei comorbide)❑ debut în adolescență sau la vârsta adultului tânăr

SCHIZOIDĂ	<ol style="list-style-type: none">1. indiferență față de critică sau laudă2. nevoia de a duce o existență solitară3. răceală afectivă (capacitate diminuată de a-și exprima sentimentele)4. dezinteres pentru relațiile strânse sau intime5. preocupare pentru fantezii și introspecție6. preferință pentru activități solitare și abstracte7. excentricitate, nonconformism
PARANOIDĂ	<ol style="list-style-type: none">1. megalomanie, suficiență2. hipervigilență și preocupare nejustificată în legătură cu lipsa de loialitate a prietenilor sau colegilor3. sensibilitate la critică4. suspiciozitate5. interpretativitate, hipervigilență6. ranchiună7. cverulență, procesomanie

ANTISOCIALĂ	<ol style="list-style-type: none"> 1. dispreț pentru, sau violarea drepturilor și siguranței celorlalți 2. lipsă de conformare la normele sociale, legi 3. utilizarea minciunii, vicleniei, complicității în scopul obținerii profitului personal 4. iresponsabilitate la locul de muncă sau în onorarea unor obligații financiare 5. impulsivitate, toleranță redusă la frustrare 6. iritabilitate și agresivitate 7. Incapacitate de a resimți vinovăție sau de a învăța din pedepse
HISTRIONICĂ	<ol style="list-style-type: none"> 1. nevoia de a fi în centrul atenției, egoism de tip captativ, slabă capacitate de transfer afectiv 2. sociabilitate 3. sugestionabilitate 4. toleranță redusă la frustrare 5. hiperemotivitate (exagerare în exprimarea emoțiilor), plâns facil 6. superficialitate, labilitate emoțională 7. comportament teatral, manipulator, seducător, de atragere a atenției asupra sa prin aspectul fizic (seducție prin comportament și înfățișare)
INSTABILĂ EMOȚIONAL	<p>Tipul impulsiv: instabilitate emoțională și lipsa controlului impulsurilor (explozii de violență la critică)</p> <p>Tipul borderline:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. relații interpersonale intense și instabile 2. eforturi disperate de a evita un abandon real sau imaginar 3. impulsivitate cu potențial de autovătămare (cheltuieli, sex, abuz de substanțe, bulimie, condus auto) 4. instabilitatea imaginii de sine 5. instabilitate afectivă cu reacții afective intense (disforie, anxietate, iritabilitate, furie și agresivitate) 6. comportament de autovătămare, amenințări, gesturi suicidare recurente 7. sentiment de gol interior, ideație paranoidă, disociație reactivă

<p>OBSESIV- COMPULSIVĂ (ANANKASTĂ, PERFECTIONIS TĂ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. perfecționism inhibant (incapacitatea de a îndeplini o sarcină datorită standardelor exagerat autoimpuse) 2. devoțiune pentru muncă (nejustificată din punct de vedere material) în dauna distracțiilor și relațiilor interpersonale 3. preocupare pentru ordine, reguli, organizare 4. aderență la convențiile sociale, la normele morale 5. neputința de a se dispensa de obiecte inutile, fără valoare afectivă 6. reticență în a-și delega responsabilitățile 7. rigiditate, încăpățănare 8. parcimonie
<p>ANXIOS EVITANTĂ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. preocupare și frică excesivă de a fi rejectat sau criticat 2. sentimente de inferioritate, de a fi inadecvat în plan social 3. reticență față de relațiile intime 4. reticență de a lega relații interpersonale dacă nu e sigur că este plăcut 5. inhibiție în relațiile interpersonale noi 6. reticență în a-și asuma riscuri sau responsabilități 7. evitarea activităților ce implică relații interpersonale
<p>DEPENDENTĂ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. dificultate în luarea de decizii banale fără supervizare sau de a iniția proiecte proprii 2. nevoia ca alții să-și asume responsabilitatea pentru el 3. neîncredere în capacitățile proprii de judecată 4. sentiment de neajutorare atunci când trebuie să ia singur decizii 5. incapacitate de a-și exprima dezacordul sau acceptarea unor sarcini neplăcute pentru a obține sau a evita pierderea suportului din partea celorlalți 6. căutarea neîntârziată a unei noi relații de supervizare atunci când precedentă se destramă 7. preocupare nejustificată, frică de a nu fi lăsat să se descurce pe cont propriu

Caz C.M., 35 ani, sex masculin, muncitor necalificat la un trust de construcții-montaj; necăsătorit.

Internat prin Comisia de expertiză medico-legală Timișoara, în vederea stabilirii diagnosticului psihiatric. Inculpat sub acuzația de furt repetat din avutul obștesc și particular. La proces apărarea a invocat “boala psihică” a pacientului, iar judecătorul a dispus expertiza medicală. Se prezintă singur pentru internare. Starea somatică și psihică consemnată de medicul de gardă la sosirea pacientului în spital, elevă absența simptomelor subiective și a semnelor obiective, atât în plan somatic, cât și sub cel psihic.

Pacientul relatează că părinții săi sunt agricultori. S-a născut și a copilărit în mediul rural. Tatăl său, un om violent, brutal, consumator sistematic de băuturi alcoolice concentrate, a fost implicat în multe scandaluri, a fost condamnat penal de mai multe ori pentru delictive diverse. Îi făcea plăcere să-și chinuie membrii de familie. A avut scurte internări într-un spital psihiatric și a fost supus odată unei expertize medicale. Mama pacientului este descrisă de acesta ca o fire supusă, pasivă, care angrenată în treburile unei gospodării pe care o conducea mai mult singură (soțul ei lipsind adesea mai mult de acasă), nu a avut timp să se ocupe prea multe de educația copiilor. Mai are 3 frați, dintre care 2 sunt membrii CAP, al treilea, etilic cu comportament violent, rățăcește prin țară, fără a se putea stabili undeva ca rezidență și loc de muncă. Atmosfera familială în timpul copilăriei a fost mereu tensionată de scandalurile provocate de tatăl său. Consideră că părinții lui au manifestat indiferență față de el și îi blamează pentru acest lucru: recunoaște însă că nici el nu și-a iubit niciodată membrii familiei. A încheiat doar școlarizarea obligatorie, a încercat de mai multe ori dar nu a reușit să termine nici un curs de calificare profesională. Explică performanțele școlare mediocre prin neînțelegerea pe care profesorii – ca și părinții săi – au manifestat-o față de el, pedepsindu-l des și - consideră el – pe nedrept. După terminarea școlii a încercat să lucreze în mai multe locuri, dar peste tot a întâmpinat neînțelegere și in Justiție, motiv pentru care nu a rămas mult în nici o întreprindere, unde, mereu, i se repartizau munci care nu i se potriveau.

Stagiul militar l-a efectuat integral, la o unitate de muncă pe șantiere; afirmă că nu se împăca deloc cu un regim de ordine pe care-l consideră excesiv de autoritar și împotriva căruia a protestat uneori, fiind sancționat pentru acest lucru. Reia apoi activitatea ca muncitor necalificat, schimbând iar numeroase locuri de muncă, plecând de regulă prin demisie sau desfacerea contractului de muncă pentru indisciplină.

Nu este căsătorit, afirmă pacientul, deoarece nu a găsit încă o tovarășă de viață potrivită. În urma unei “greșeli de tinerețe” este obligat prin sentință judecătorească să plătească unei femei pensie alimentara pentru un copil natural. Are puțini prieteni. Afirmă că nu consumă decât ocazional băuturi alcoolice. Acuză prietenii săi de care acum se desolidarizează că după serbarea unei zile onomastice la care el a consumat alcool, aceștia l-au antrenat într-o escapadă în care nu și-a dat bine seama ce face (fiind în stare de ebrietate), urmarea fiind că s-a trezit, nevinovat, inculpat sub acuzația de furt calificat. Afirmă că nu a suferit de nici o boală în

trecut, dar că în adolescență a suferit o puternică lovitură la cap, după care a leșinat fără însă a primi ulterior îngrijiri medicale. Crede că totuși trebuie să aibă o “boală la cap”, urmare a loviturii primite, altfel nu-și explică cum de a putut să-l aducă o cantitate de alcool într-o stare de “inconștiență” în care a comis fapte care “nu-i stau în caracter”, pe care nu le-ar fi comis niciodată cu mintea lucidă.

Din relatările – ulterioare – a unei rude a pacientului și din datele anchetei sociale la domiciliul său actual și la locul de muncă rezultă că pacientul a oferit cu dezinvoltură o versiune incompletă și – în parte – neadevărată a istoriei biografice a vieții sale. Sunt adevărate cele afirmate despre tatăl său, dar pacientul, din fragedă copilărie a manifestat variate tulburări de comportament acasă sau la școală: era nedisciplinat, obraznic, lipsea mult de acasă și de la școală, vagabondând într-o rea companie; a început să mintă și să fure; de timpuriu a început să bea și să fumeze. Îi plăcea să chinuie animalele și pe copii mai mici decât el. Nu a putut fi îndreptat nici prin vorbă bună, nici prin sancțiuni drastice. A escrocat multă lume, a sedus multe fete, făcându-și un “titlu de glorie” printre “prieteni” săi din aceste lucruri, fără a manifesta niciodată milă față de suferința altora sau remușcare pentru faptele rele săvârșite. Consideră întotdeauna că așa trebuie trăită viața, profitând fără scrupule pe socoteala celor naivi. Din cauza firii sale nu a fost tolerat în nici un colectiv de muncă. Vecinii de apartament se plâng de repetate petreceri, urmate de scandal, care au loc la el acasă. Randamentul său profesional a fost mereu mic, căutând mereu să lucreze cât mai puțin și să profite cât mai mult, dând vina neîndeplinirii normei pe ceilalți. Este, de fapt, un consumator cronic înveterat de băuturi alcoolice. A avut numeroase incidente cu organele de poliție și justiție, dar a reușit până acum să se disculpe. Este cunoscut faptul că împreună cu “prieteni” săi au comis numeroase acte delictuale; acesta din urmă nu a mai putut fi negat, deoarece a fost prins asupra faptului (în flagrant delict).

Se autocaracterizează (în contradicție cu implicatele biografiei sale reale) ca un om sociabil, activ, intransigent, uneori însă influențabil. Nu crede că ar prezenta o “fire” anormală.

Examenul actual somatic și psihic nu relevă simptome sau semne semnificative pentru vreo boală psihică sau somatică.

Nu s-a administrat nici o terapie medicamentoasă, nefiind nici o indicație.

Examenul paraclinic. Examenul neurologic: fără modificări obiective; EEG: fără grafeme patologice; Examenul testologic (Szondi, Rorschach; Rosenzweig): slabă toleranță și conformism de grup, intoleranță la frustrare, hedonism, egocentrism, cenzor moral absent.

Observația catamnestică: pacientul rămâne cooperant, caută în continuare să “facă o bună impresie”. Conduită intraspitalicească ireproșabilă. Solicită des bilete de voie, pentru a ieși în oraș, sub diverse pretexte.

ÎNTREBĂRI:

1. Pacient în vârstă de 22 ani este adus de familie pentru internare deoarece de 3 săptămâni pacientul stă baricadat în camera sa și nu comunică cu membrii familiei. Uneori prezintă bizarerii comportamentale de tipul solilocviei. Medicului psihiatru îi spune cu mare dificultate că părinții sunt implicați într-o conspirație împotriva lui, motiv pentru care îi urăște. Pacientul nu se simte dator să dea explicații despre acest fapt și nici întrebările țintite nu reușesc să clarifice această presupusă conspirație.. Diagnosticul cel mai probabil este:
 - a) schizofrenie formă simplă
 - b) schizofrenie formă dezorganizantă (hebefrenă)
 - c) schizofrenie formă nediferențiată
 - d) schizofrenie formă paranoidă
 - e) tulburare schizo-afectivă tipul schizo-depresiv
2. Bărbat în vârstă de 60 de ani, adus de familie în consultație ambulatorie pentru un comportament impulsiv și dezinhibat (fără respectarea normelor de conduită socială). În timpul interviului bărbatul pare euforic dar veselia sa nu contaminează asistența. Scuipe pe jos iar pantalonii sunt pătați de urină. Diagnosticul cel mai probabil este:
 - a) tulburare afectivă bipolară, episod maniacal
 - b) tulburare de personalitate antisocială
 - c) demență frontală Pick
 - d) tulburare de personalitate histrionică
 - e) demență Alzheimer
3. La consultație se prezintă o pacientă care acuză gastralgii, cefalee, amorțeli sau furnicături în membre, tremor generalizat al corpului. Cere cu insistență să fie tratată pentru simptomatologia pe care o are cu atât mai mult cu cât psihiatrul este ultima speranță a sa după nenumărate consulturi internistice și chirurgicale. Diagnosticul cel mai probabil este:
 - a) paranoia cu delir de otrăvire
 - b) tulburarea anxietății generalizate
 - c) depresie
 - d) tulburare de somatizare
 - e) tulburare hipocondriacă

CAPITOLUL IV. CONEXIUNI ÎNTRE SUFERINȚA NEUROLOGICĂ, PSIHIATRICĂ ȘI CEA INDUSĂ DE ALCOOL

CUPRINS:

- SINDROAME NEUROLOGICE CE SE POT ASOCIA TULBURĂRILOR PSIHICE SAU NECESITĂ DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL CU TULBURĂRILE PSIHICE

1. epilepsia generalizată – crizele grand mal
2. sindromul piramidal
3. crizele epileptice parțiale complexe – epilepsia temporală
4. sindromul extrapiramidal
5. sindromul pseudobulbar
6. sindromul de arteră cerebrală posterioară (ACP)

- DELIRIUM
- DEMENTELE
- ALCOOLISMUL

OBIECTIVE DIDACTICE:

1. ÎNȚELEGEREA CORELAȚIEI DINTRE ANATOMIA SISTEMULUI NERVOS CENTRAL ȘI SIMPTOMATOLOGIA DIN DEMENTĂ
2. ASIMILAREA UNOR CRITERII DE DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL ÎNTRE PATOLOGIA ORGANICĂ NEUROLOGICĂ ȘI CEA PSIHOGENĂ PSIHIATRICĂ

**DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL ÎNTRE CRIZA EPILEPTICĂ
GRAND MAL ȘI CRIZA ISTERICĂ PSEUDOEPILEPTICĂ**

EPILEPSIA GENERALIZATĂ – criza GRAND MAL					
Prodrom (20%) Migrene Parestezii Tremurături Disconfort digestiv Mioclonii	Debut Pierderea cunoștinței Cădere cu lovire	Faza tonică Strigăt Contrație tonică generalizată Devierea conjugată a globilor oculari Cianoză Emisie de urină, fecale	Faza clonică Contrații clonice simetrice și ritmice Mușcarea limbii	Faza rezolutivă Somn profund stertoros Hipotonie musculară Hiperemie facială	Trezire Confuzie cu/fără agitație psihomotorie Amnezia episodului Oboseală musculară
Cu câteva zile înaintea crizei	De obicei brutal	10 – 20 secunde	1 –2 minute	1-4 ore	

Diagnostic diferențial al crizei grand mal se face cu:	
Criza pseudoepileptică din isterie	<ul style="list-style-type: none"> • Prezența unei terțe persoane • Căderea se produce cu evitarea traumatismului • Absența incontinenței sfincteriene • Contrațiile sunt dezordonate • Limba nu este mușcată • Lipsește amnezia episodului

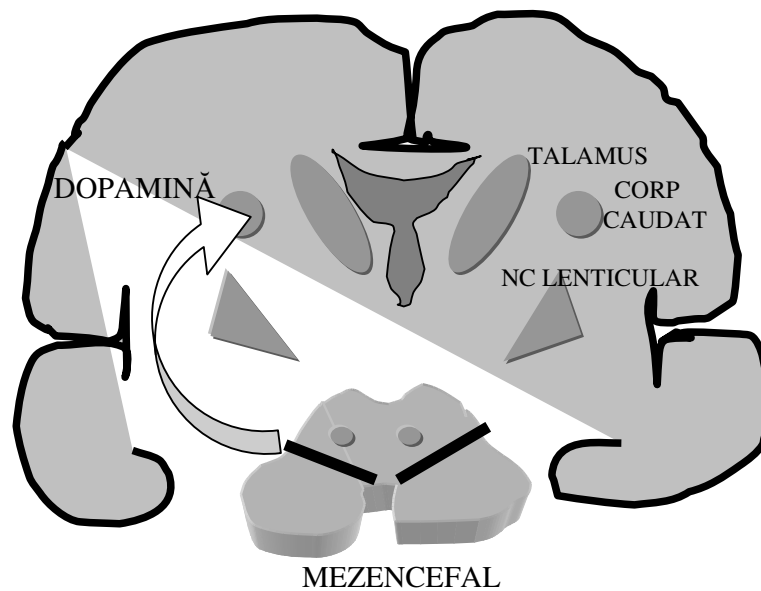
**DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL CRIZELOR PARȚIALE
COMPLEXE CU PATOLOGIA PSIHIATRICĂ**

CRIZELE PARȚIALE COMPLEXE – EPILEPSIA TEMPORALĂ		
<p>Aură în 10% cazuri</p> <p>Criză parțială simplă:</p> <ul style="list-style-type: none"> • motorie: clipit • senzitivă: paretezii • senzorială: fosfene, zgomot de clopote, miros de sulf ars, gust neplăcut • vegetativă: palpitații, discomfort epigastric care se extinde în torace, gât <p>Specifică fiecărui pacient</p>	<p>Criza propriu-zisă</p> <p>Denivelarea sau îngustarea câmpului actual de conștiință</p> <p>Tipuri:</p> <p>Crize psiho-senzoriale (halucinoze vizuale-onirice, iluzii micropsice sau macropsice, halucinații auditive, olfactive-crize uncinat)</p> <p>Crize psiho-motorii: automatisme: comportamente stereotipe simple sau complexe</p> <p>Manifestări cognitive: deja sau jamais vu, vecu</p> <p>Manifestări afective: anxietate, depresie, euforie</p> <p style="text-align: center;">2-3 minute</p>	<p>post ictal</p> <p>Somn / confuzie</p>

Diagnosticul diferențial al epilepsiei temporale se face cu	
Crepusulul isteric	EEG- normal, frecvent reacție la frustrare, eșec, conflict
Episoadele psihotice	Bolnavul psihotic nu critică halucinațiile

PRINCIPALELE SINDROAME NEUROLOGICE

<p>SINDROMUL PIRAMIDAL</p> <p>apare în urma afectării căilor piramidale (cortico - spinale)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> hipertonie spastică cu semnul lamei de briceag <input type="checkbox"/> ROT accentuate <input type="checkbox"/> reflex cutanat abdominal abolit <input type="checkbox"/> semn Babinski prezent <input type="checkbox"/> clonus 	<p>Sindromul piramidal trebuie căutat în cazul demențelor vasculare care întotdeauna se însoțesc de simptome neurologice de tip:</p> <ul style="list-style-type: none"> -sindrom piramidal -sindrom pseudobulbar -sindrom extrapiramidal
<p>SINDROMUL EXTRAPIRAMIDAL</p> <p>apare în urma afectării căilor extrapiramidale</p>	<p>Sindrom hiperton – hipokinetic (paleostriat)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> hipertonie de tip plastic cu semnul roții dințate <input type="checkbox"/> tremor de repaus <input type="checkbox"/> hipokinezie <hr/> <p>Sindrom hipoton – hiperkinetic (neostriat)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> hipotonie musculară <input type="checkbox"/> hiperkinezie: mișcări coreice sau atetozice 	<p>Sindromul extrapiramidal poate fi consecința efectului medicației neuroleptice (antipsihotice) care blochează receptorii dopaminergici la nivelul conexiunii substanță neagră mezencefalică – ganglioni bazali</p>
<p>SINDROMUL PSEUDO-BULBAR</p> <p>apare în urma afectării căilor cortico - bulbare</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> disfagie pentru solide <input type="checkbox"/> disartrie (vorbire explozivă cu cadență variabilă) <input type="checkbox"/> labilitate emoțională plâns, râs la stimuli minori 	<p>Sindromul pseudobulbar este frecvent asociat demenței Alzheimer</p>
<p>SINDROMUL ARTEREI CEREBRALE</p>	<p>Sindrom amnestic, paralizia privirii verticale sindrom de deconectare posterioară (alexie fără agrafie), sindrom confuzional, sindrom talamic, hemianopsie homonimă contralaterală cu păstrarea vederii maculare, agnozie vizuală, prosopagnozie</p>	



Ganglionii bazali sunt formațiuni alcătuite din substanță cenușie (neuroni) situate în substanța albă. Din acest grup fac parte:

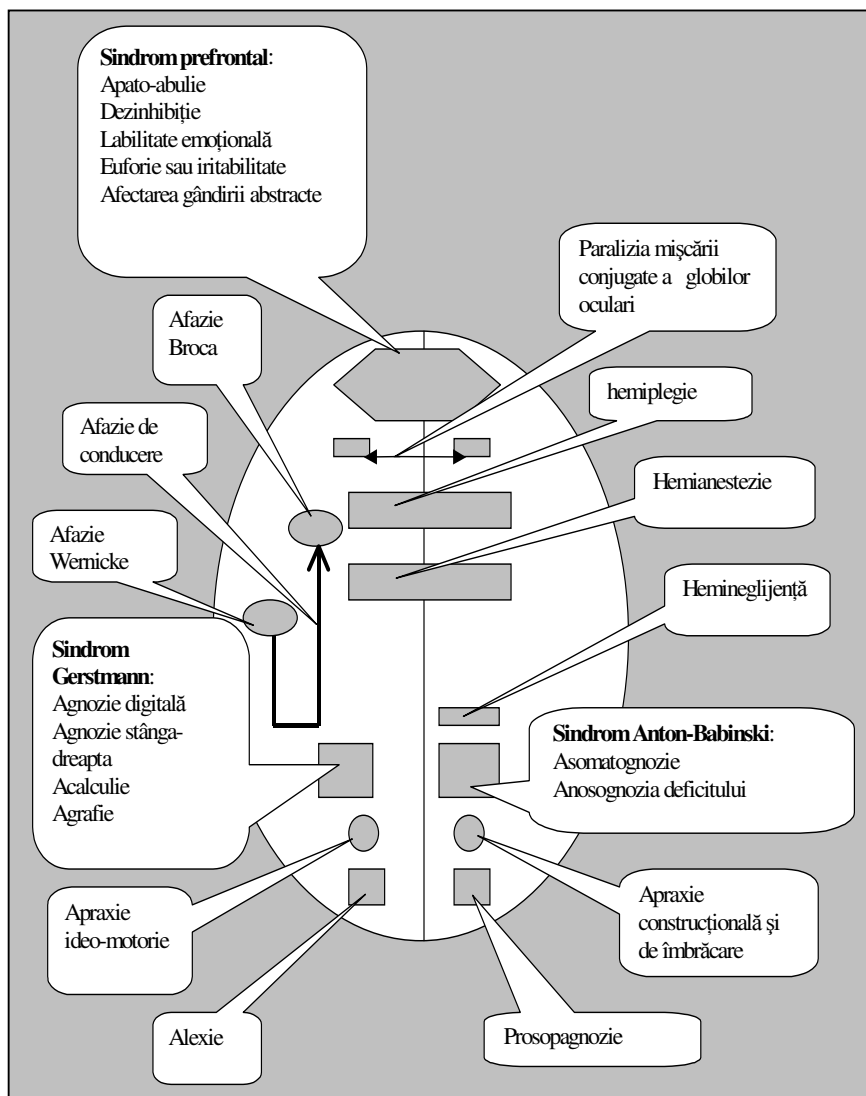
- ❑ nucleul lenticular : globul palid (paleostriat) și putamen (neostriat)
- ❑ corpul caudat (neostriat)

Din substanța neagră a mezencefalului pleacă axonii neuronilor dopaminergici spre ganglionii bazali. Dopamina are efect inhibitor asupra acetilcolinei.

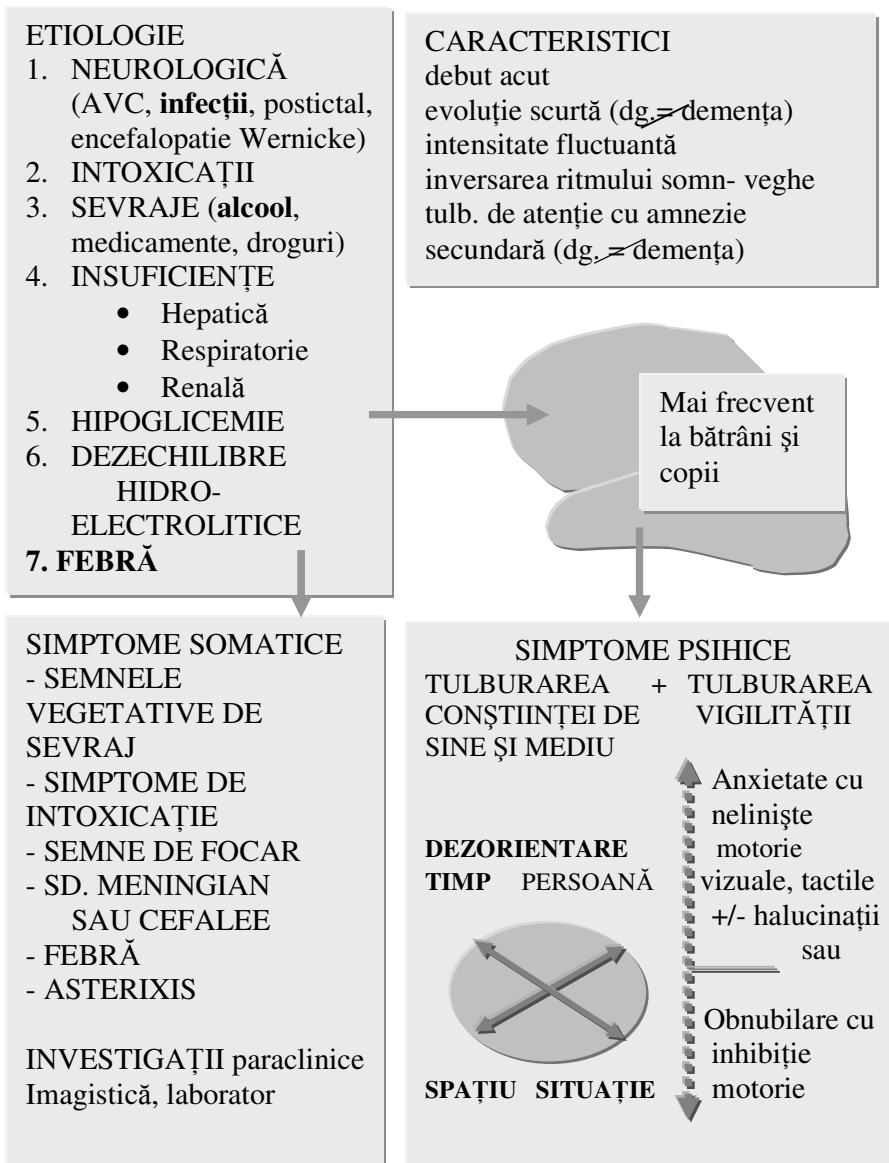
În cazul administrării de neuroleptice incisive, care blochează receptorii dopaminei din ganglionii bazali, dopamina nu se va mai putea fixa pe receptorii săi și nu va mai avea nici un efect asupra acetilcolinei care, va determina apariția unui sindrom extrapiramidal.

Pentru a contracara acest efect advers al medicației neuroleptice incisive, se vor administra anticolinergice

SCHEMA LOCALIZĂRII PRINCIPALELOR SINDROAME ȘI SEMNE NEUROLOGICE



DELIRIUM (STAREA CONFUZIONALĂ)



Caz L.B., 50 ani, sex masculin.

Medicul psihiatru este chemat în consult la serviciul de interne unde L.B. este internat de 4 zile cu o bronhopneumonie. S-a constatat că nu se mai poate comunica bine cu pacientul, care nu răspunde adecvat la întrebări, vorbește singur, uneori neinteligibil, păstrează uneori timp îndelungat aceeași poziție bizară, cu privirea în gol, cu refuz alimentar.

L.B. este miner. Copilăria și istoria vieții nu e marcată de evenimente deosebite somatice și psihice. E căsătorit, are trei copii, soția casnică. A fost o fire sociabilă. Obișnuia, după tura în mină, să consume alcool cu colegii, fără a ajunge însă în stare de ebrietate și având un comportament adecvat social. Fumează un pachet/zi. La 40 de ani a avut o comoție cerebrală fără urmări deosebite. Înaintea de îmbolnăvirea actuală, singurul fapt ce se putea semnala era că arăta mai îmbătrânit decât în mod obișnuit bărbații de 50 de ani; de asemenea, potența începuse să scadă.

În condițiile unei expuneri deosebite la intemperii, pacientul face o bronhopneumonie care nu ridică probleme deosebite de diagnostic medical. S-a început și tratamentul antibiotic. Pacientul se alimentează însă cu greutate. Temperatura este de 40°. În acest context, starea psihică se modifică. Pacientul exprimă suferință. Privirea nu se mai "leagă" de obiectele și persoanele din jur. Apoi, false recunoașteri de persoane. Pacientul nu răspunde totdeauna adecvat la întrebări. Confundă ziua, luna și anul în care se află; nu ține minte informațiile care i se dau, nu știe întotdeauna nici unde se află. Vorbește deseori singur, încet, bolborosind ceva lipsit de coerență. Se preocupă desfăcând (deșirând) cu degetele pijamaua. Alteori privește neliniștit în jur, vrea să se scoale, să plece, dar recade pe pat. Alteori, stă nemișcat, cu privirea în gol, în poziție bizară, opunându-se mobilizării, refuzând alimentele.

DEMENȚELE

DEFINIȚIA DEMENȚEI

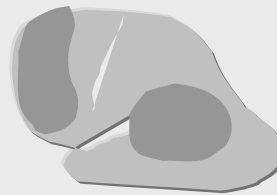
deteriorare

- globală a psihismului
- dobândită
- progresivă
- spontan ireversibilă

alterând

funcțiile intelective
viața afectivă
conduita socială
acompaniindu-se în final
de deteriorare somatică:
cașexie, incontinență
sfîncteriană

Sd. demențial general
Sd. demenței Alzheimer
Sd. demenței Pick
Sd. demenței vasculare



DEMENȚĂ

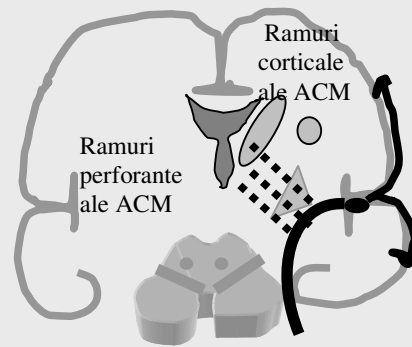
ANTERIOARĂ	POSTERIOARĂ
Pick	Alzheimer
afectează	Afectează
personalitatea și	funcțiile cognitive
comportamentul	- tulb. de
- abulie	memorie
- apatie	apoi Sd. celor 3 A
- euforie sau	- afazie
iritabilitate	- agnozie
- labilitate	- apraxie
- dezinhibiție	



DEMENȚĂ CORTICALĂ	DEMENȚĂ SUBCORTICALĂ
Alzheimer:	Parkinson:
- tulb. mnezice	- tulb. motorii
- afazie	- dizartrie
- apraxie	- lentoare
- agnozie	- depresie

DEMENȚĂ VASCULARĂ

Tip: lacunarism multiinfarct
Infarcte: lacunare corticale
cauza: HTA ateroscleroza
examinări: FO, CT profil lipidic



ACM = artera cerebrală medie, FO = fund de ochi, CT = tomografie computerizată

ALGORITM DIAGNOSTIC ÎN FAȚA UNUI SINDROM DEMENTIAL

SIMPTOME	SINDROMUL DEMENTIAL		
SEVERITATE	UȘOR capabil să îndeplinească sarcini simple	MEDIU trebuie asistat la îndeplinirea sarcinilor simple	SEVER dependență completă de îngrijitori
EVOLUȚIE	PROGRESIV IREVERSIBILĂ		TEMPORARĂ DEPRESIE DELIRIUM
ETIOLOGIE	DEMENȚE DEGENERATIVE <input type="checkbox"/> PRIMARE Alzheimer Pick <input type="checkbox"/> SECUNDAR E b. Parkinson Coreea Huntington	DEMENȚE VASCULARE <input type="checkbox"/> Demența multiinfarct <input type="checkbox"/> Lacunele = infarcte mici în capsula internă, talamus și ganglionii bazali <input type="checkbox"/> Infarctele strategice <input type="checkbox"/> Boala Binswanger	ALTE DEMENȚE <input type="checkbox"/> proces expansiv <input type="checkbox"/> infecții - sifilis III - HIV - Creutzfeldt Jakob <input type="checkbox"/> metabolice - deficit B1 - boli hepatice - uremie - hipoglicemie <input type="checkbox"/> endocrine: - mixedem <input type="checkbox"/> toxice: alcool <input type="checkbox"/> anoxice: IC, IR <input type="checkbox"/> traumatism <input type="checkbox"/> hidrocefalie cu presiune normală

Caz P.I., 70 ani, sex feminin,

Adusă la spital de familie pentru că în ultima vreme a început să-i acuze că o fură. Iese pe balcon și strigă după hoți.

Pacienta este cooperantă, calmă, nu știe de ce este în spital și spune că se simte foarte bine. Când se pune problema unui eventual prejudiciu, ea povestește cum, nu demult, un vechi prieten al soțului ei a sosit în vizită la ei și, deși a fost bine primit și găzduit, a început să fure lucruri din casă. Pacienta este convinsă de acest lucru, motiv pentru care a început să revendice de la oaspete lucrurile furate (bibelouri, tacâmuri, macrameuri). Devine certăreață și revendicativă și față de familie pe care o acuză că îi fură o serie de acte de proprietate. Rugată să dea relații despre soțul său, pacienta nu-și mai amintește decât numele acestuia. Același lucru se repetă când e rugată să furnizeze datele biografice proprii. Nu-și mai amintește vârsta sa, locul de naștere, numele fraților și surorilor ei. Nu știe în ce oraș, județ și la ce spital, etaj sau salon se află. Nu reține cuvintele pe care e rugată să le memoreze. Nu poate să facă calcule sau să copieze o figură după model. Cu toate acestea, pacienta nu pare deranjată de deficitul mnezic. Zâmbește și e cooperantă.

Examenul obiectiv somatic pune în evidență tegumente și mucoase palide, țesut celular subcutanat slab reprezentat, suflu sistolic în focarul mitral, reflex osteo-tendinos viu la membrul inferior stâng, semnul Babinski la membrul inferior stâng, incontinență sfincteriană.

Tomografia computerizată evidențiază o atrofie corticală difuză. După trei săptămâni de la internarea pentru precizare de diagnostic, starea pacientei rămâne staționară.

TULBURĂRI INDUSE DE
ALCOOL

Psihiatrice

1. intoxicația (+/- delirium)
2. reacția de sevraj (+/- delirium tremens)
3. Sd. amnestic (Korsakov)
4. demență
5. tulburări afective (depresie)
6. tulburări anxioase
7. tulburări psihotice (halucinoza alcoolică sau delir de gelozie)
8. tulburări de somn
9. disfuncții sexuale
10. suicid

Somatice

11. varice, cancer esofagian
12. Sd Mallory-Weiss gastrită , ulcer gastro-duodenal
13. pancreatită
14. steatoză, hepatită, ciroză
15. polineuropatie periferică
16. encefalopatia Wernicke
17. epilepsie
18. anemie macrocitară
19. imunitate deficitară cu risc mare pentru pneumonie, TBC
20. cardiomiopatie dilatativă
21. contractură Dupuytren
22. hipoglicemie, cetoacidoză hiperlipidemie, hiperuricemie
23. carență vitaminică B1 și B6
24. traumatisme

DEPENDENȚA DE ALCOOL

- 1.consum în cantități și pe perioade mai mari decât ar dori subiectul
 - 2.continuarea consumului în ciuda efectelor nocive ale acestuia
 - 3.dorință și încercări eșuate de a înceta consumul
 - 4.toleranță
 - 5.reacție de sevraj la întreruperea consumului
 - 6.cheltuirea timpului pentru obținerea și consumul de alcool
 - 7.întâietatea alcoolului față de familie sau carieră
- ! reluarea consumului de alcool după o perioadă de abstinență determină recăderea („un pahar e prea mult, iar o mie nu sunt suficiente”- AA)

DELIRIUM TREMENS apare la un alcoolic cu dependență biologică după 3 zile de la sevrajul brutal:

- stare confuzională cu dezorientare temporo-spațială +/- halucinații vizuale și tactile zoomorfe micropsice, scene onirice, anxietate, neliniște psihomotorie, reacție de apărare, insomnie asociate cu
- transpirații, vărsături însoțite de deshidratare și oscilații tensionale, tahicardie, tremurături, midriază hiperpirexie +/- convulsii

Caz C.L., 47 ani, sex masculin, frizer.

Este adus în serviciul de urgență psihiatrică de către soție, care constată că în ultimele nopți nu a mai dormit, nu mai poate comunica normal cu el, vorbește uneori de neînțeles, parcă vede anumite lucruri care nu există.

La primul consult pacientul are un aspect dezordonat. Facies cu teleangiectazii. Transpiră abundent, tremură. Nu privește interlocutorul în ochi, parcă privește cu atenție într-o direcție ca și cum ar vedea ceva pe care medicul nu îl vede. Uneori face mișcări de parcă ar lua de pe corpul său ceva ar arunca. Contactul se stabilește dificil. Este dezorientat temporo-spațial și mnezic, cu false recunoașteri. Mimica anxioasă, exprimă repulsie. Din vorbirea pacientului rezultă că e preocupat de “gândacii și șerpii care se urcă pe el și de care ar dori să scape”. La examenul somatic limba este prăjită, ficatul la 3 degete sub rebord cu dureri la apăsarea moleților.

S-a dezvoltat într-o familie cu un tată alcoolic și o mamă dominatoare, care a căutat să-i domine pe toți din casă. Fratele mai mare a fugit de acasă la 15 ani, stabilindu-se la niște rude și neținând legătura cu familia. Pacientul s-a dezvoltat ca un om fără voință, dependent de alții, nesigur de sine, emotiv. După o școlarizare mediocră, se califică frizer. Încă din perioada calificării a ajuns să consume alcool, împreună cu colegii de serviciu da și singur uneori. Apoi, consumul de alcool a devenit constant, cu toate reproșurile soției. A încercat de mai multe ori să renunțe la alcool, fără a reuși. Bea și pentru ca “să nu-i mai tremure mâinile”, spune pacientul.

Cu 5 zile înainte de internare, face o gripă pentru care stă la pat 2 zile. În această perioadă și cea următoare întrerupe consumul de alcool. După trecerea febrei, rămâne astenic, fără poftă de mâncare. Nu mai doarme noaptea. Și, astfel, noaptea, în loc de somn, apare o stare de dezorientare, cu ușoară neliniște și diverse “viziuni”. Mai ales, vede animale care-l atacă sau se urcă pe el. Cu o zi înainte de internare, această “dezorientare” și neliniște persistă și ziua. Nu mai nimerește în camera sa, își confundă soția cu o rudă îndepărtată. Vorbește uneori de neînțeles. Nu răspunde la toate întrebările. Se comportă ca și cum ar vedea lucruri pe care cei din jur nu le văd. Nu se alimentează. Transpiră abundent, are febră 40°. Familia, alarmată, cheamă salvarea să-l ducă la spital.

ÎNTREBĂRI:

Pacientă de 54 de ani diabetică, este adusă la secția de urgențe medicale în comă hipoglicemică. La trezirea din comă pacienta prezintă grave tulburări mnezice. I se face o tomografie computerizată care evidențiază o atrofie corticală ușoară și o formațiune hipodensă în lobul occipital. În plus se constată tulburări de câmp vizual. După ieșirea din comă și reechilibrarea metabolică, pacienta este transferată la secția de neurologie. Sunteți chemat să o examinați dar constatați că tulburările memoriei de evocare sunt încă prezente, pacienta spunând că înainte de a-și pierde cunoștința a amețit. Pacienta poate scrie dar nu poate citi nimic oricât de mari sunt literele. Una din fiicele ei o vizitează și constatați împreună cu aceasta, că pacienta nu poate da relații despre familia proprie. În decurs de câteva zile pacienta își recapătă treptat memoria. Opțiunea diagnostică cea mai probabilă este:

- a) Demență vasculară
- b) Accident vascular cerebral în teritoriul arterei cerebrale posterioare
- c) Tumoră cerebrală occipitală
- d) Encefalopatie metabolică corelată cu hipoglicemia
- e) Traumatism cranio –cerebral cu hematom în zona occipitală

Diagnosticul pozitiv îl puneți în funcție de:

- a) evoluția tulburării de memorie
- b) rezultatul tomografiei computerizate
- c) boala de fond a pacientei (diabet zaharat insulino-dependent)
- d) proba scrisului și a cititului
- e) semne de hipertensiune intracraniană

Un pacient hipertensiv în vârstă de 65 de ani este internat în clinica de psihiatrie și obține un scor de 24 de puncte (din 30) la examenul minimal al stării mentale (mini mental state examination). Peste câteva zile scorul crește la 26 (scorul normal pentru vârsta lui și nivelul său de pregătire este de 28). Cum explicați această creștere a scorului ?

CAPITOLUL IV. MANAGEMENTUL PACIENTULUI CU PROBLEME DE SĂNĂTATE MINTALĂ

CUPRINS:

- STRATEGII TERAPEUTICE MEDICAMENTOASE ȘI NEMEDICAMENTOASE
- PROGRAME DE REABILITARE PSIHO-SOCIALĂ
- AUTO ȘI HETEROAGRESIVITATEA PACIENȚILOR PSIHICI

OBIECTIVE DIDACTICE :

1. ÎNSUȘIREA EFECTELOR TERAPEUTICE ȘI SECUNDARE ALE MEDICAȚIEI PSIHOTROPE ÎN STRÂNSĂ CORELAȚIE CU MECANISMUL DE ACȚIUNE
2. ÎNVĂȚAREA PRINCIPILOR DE REABILITARE PSIHO-SOCIALĂ A BENEFICIARILOR SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ
3. CUNOAȘTERE ASPECTELOR PRACTICE LEGATE DE POSIBILITĂȚILE DE AUTO ȘI HETEROAGRESIUNE A PERSOANELOR CU PROBLEME DE SĂNĂTATE MINTALĂ

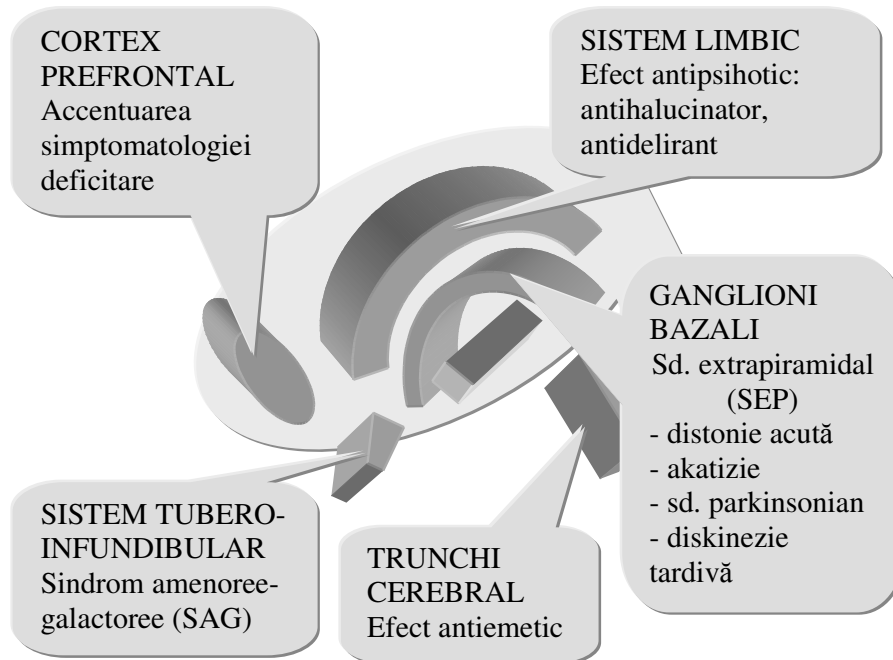
MEDICAȚIA PSIHOTROPĂ:

1. NEUROLEPTICE
2. ANTIDEPRESIVE
3. ANXIOLITICE ȘI HIPNOTICE
4. ANTICOLINESTERAZICE ȘI NOOTROPE

- Etiopatogenia tulburărilor psihice nu este lămurită și deci tratamentul cu medicație psihotropă (deși este fundamentat teoretic) rămâne **simptomatic** determinând la cazurile respondente o remisiune ad integrum sau parțială, cu precizarea că recurențele sunt mereu posibile chiar sub un tratament de întreținere urmat cu conștiinciozitate. Diagnosticul diferențial al tulburării psihice față de o altă tulburare organică este important pentru a nu trata simptomatic și întârzia diagnosticul unei boli organice severe manifestate prin simptome psihice (de exemplu o tumoră cerebrală)
- Neurolepticele și antidepresivele nu dau dependență biologică. Întreruperea tratamentului neuroleptic sau antidepresiv se poate însoți de recădere sau recurență. Majoritatea anxioliticelor și hipnoticelor pot da **dependență biologică** dacă sunt administrate în doze mari timp îndelungat.
- **Efectele secundare și interacțiunile medicamentoase** sunt multiple. De aceea ele trebuie cunoscute și prevenite sau combătute. Administrarea medicației psihotrope ar trebui făcută doar după o anamneză și un examen obiectiv somatic minuțios făcute.
- Datorită efectelor secundare medicația psihotropă se va administra în **doze progresiv crescânde**, se va menține o anumită perioadă doza eficientă datorită riscului de recurență, apoi **reducerea dozelor se va face treptat** pentru a preveni reacția de sevraj sau de rebound dopaminergic sau serotoninergic.
- Nootropele au efecte trofice cerebrale și de favorizare a plasticității neuronale iar anticolinesterazicele previn degradarea acetilcolinei, mediator cu rol important în atenție, memorie și motivație, dar sunt utile numai în stadiile precoce ale demențelor, în cazul în care acestea sunt depistate.
- Tratamentul cu psihotrope se poate face în spital sau în ambulator în conjuncție cu psihoterapia și socioterapia.

NEUROLEPTICELE (ANTIPSIHOTICELE)

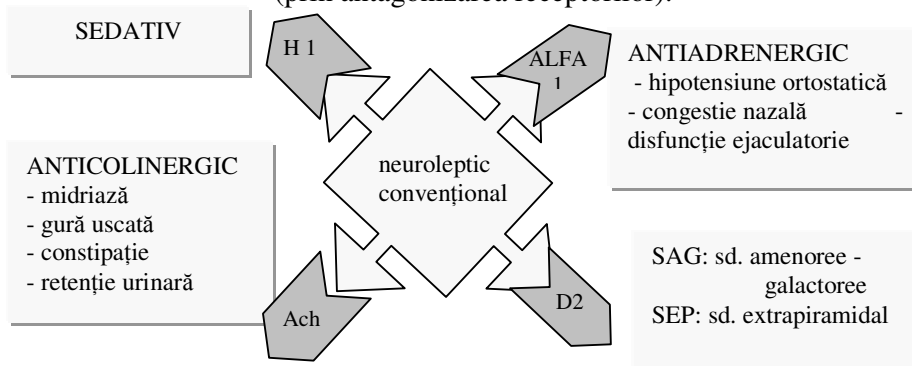
Efectele neurolepticelor asupra SNC prin antagonizarea receptorilor dopaminergici



Descoperirea medicației antipsihotice (neuroleptice) la jumătatea secolului 20 a fost de o importanță deosebită deoarece a permis ca tratamente violente de tipul: dușuri, come insulinice, cămăși de forță și electroșocuri să țină de domeniul trecutului. Electroșocurile (tratamentul electroconvulsivant – TEC) sunt astăzi folosite doar în ultimă instanță, atunci când tratamentul medicamentos corect indicat și administrat nu este eficient.

Neurolepticele sunt utilizate în psihiatria adultului pentru efectele: antipsihotic (antihalucinator, antidelirant -NL incisive), sedativ (în caz de agitație psihomotorie și anxietate psihotică -NL sedative), dinamizant (NL bimodale) și de ameliorare a funcțiilor cognitive (NL atipice).

Principalele efecte secundare ale neurolepticelor convenționale
(prin antagonizarea receptorilor):



CLASIFICARE:	
CONVENȚIONALE	ATIPICE
SEDATIVE	Clozapina
Clorpromazina	Olanzapina
Levomepromazina	Risperidona
Tioridazin	Quetiapina
INCISIVE	BIMODALE
Haloperidol	Sulpirid
Flufenazină (Modecate)	Amisulprid
Trifluoperazin	
Flupentixol (Fluanxol)	

SIMPTOME POZITIVE:

I N. convențional (biterapie)
Eșec sau SEP atunci

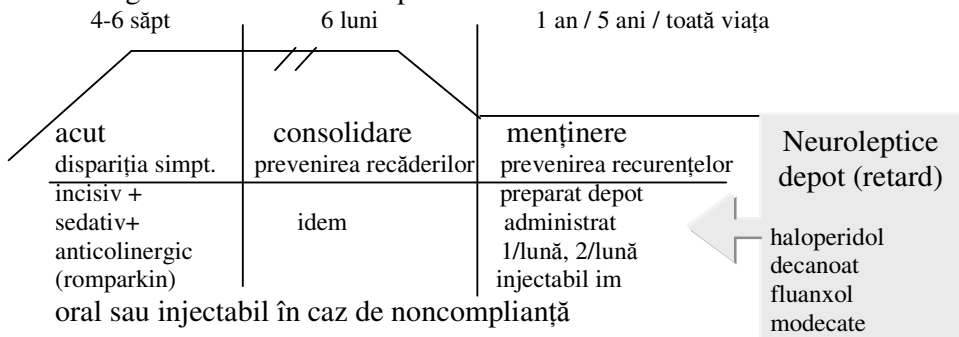
II N. atipic (monoterapie)
Ex. Olanzapină
Risperidonă
Eșec sau SEP

III CLOZAPINĂ
Eșec

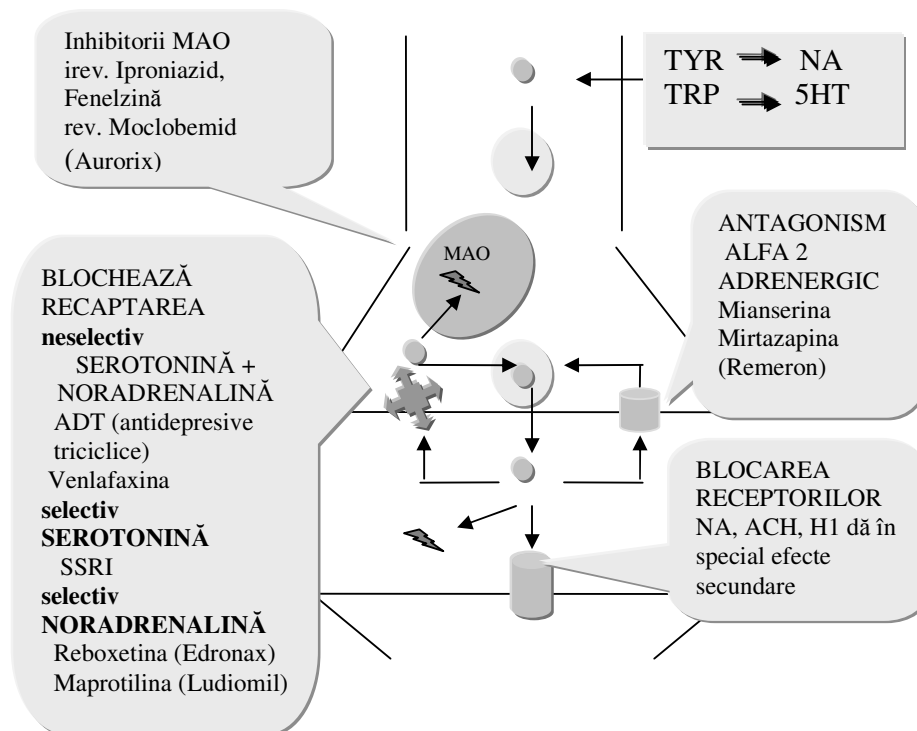
IV TEC

SIMPTOME NEGATIVE
N. BIMODAL SAU ATIPIC

Strategia unui tratament antipsihotic



ANTIDEPRESIVELE



În depresie se constată un deficit de noradrenalină și serotonină la nivelul sinapselor cerebrale. Antidepresivele corectează aceste deficite acționând prin:

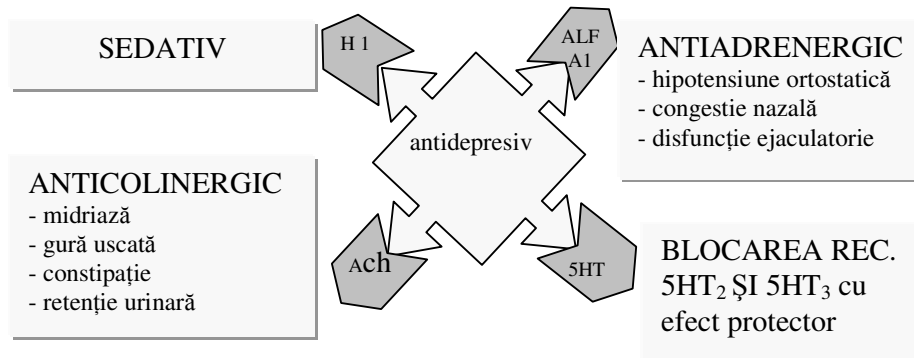
- inhibarea pompelor de recaptare a neuromediatorilor
- antagonizarea receptorilor alfa 2 presinaptici inhibitori
- inhibarea enzimelor MAO din mitocondrii

În funcție de mecanismul de acțiune, antidepresivele pot avea efect:

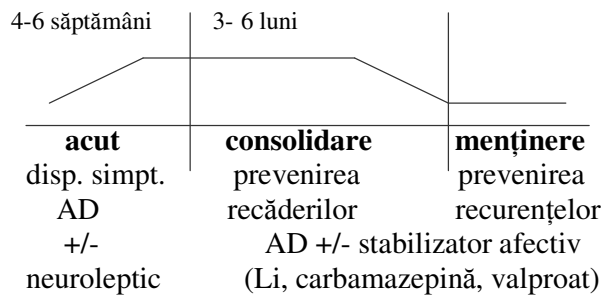
- antidepresiv dinamizant (utilizate în depresia cu inhibiție psihomotorie - cu noradrenalină scăzută)
- antidepresiv sedativ (utilizate în depresia anxioasă - cu serotonină scăzută)

Creșterea cantității de neuromediator în fanta sinaptică determină în decurs de 2 săptămâni reducerea compensatorie a numărului de receptori postsinaptici ai neuromediatorului respectiv eveniment corelat cu debutul efectului antidepresiv

Blocarea receptorilor postsinaptici poate determina efecte secundare sau poate proteja de unele efecte secundare serotoninergice (greață, vărsături, cefalee, insomnie, neliniște, tremor, disfuncție sexuală – date în special de SSRI):



Strategia unui tratament antidepresiv

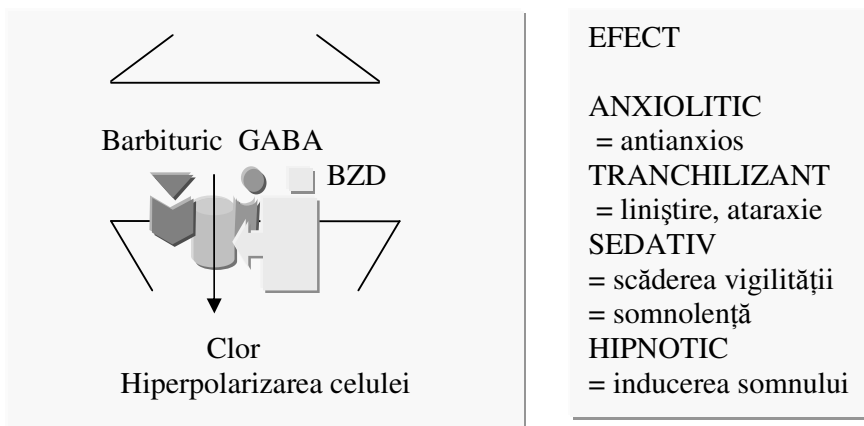


ATENȚIE
 ! efect antidepresiv după 2 săptămâni
 ! pasaj la act (sinucidere)
 ! viraj maniacal
 ! scăderea pragului convulsivant
 ! efectul cardiotoxic (Sd. chinidinic)

CLASIFICARE CLINICĂ

DINAMIZANTE
 I MAO
 ADT desipramină
 nortriptilină
INTERMEDIARE
 ADT imipramină
 clomipramină
 mianserina,
 maprotilina
 SSRI (Zoloft, Prozac,
 Fevarin, Seroxat)
 trazodon
 venlafaxina,
 mirtazapina
SEDATIVE
 ADT amitriptilină
 trimipramină
 doxepin

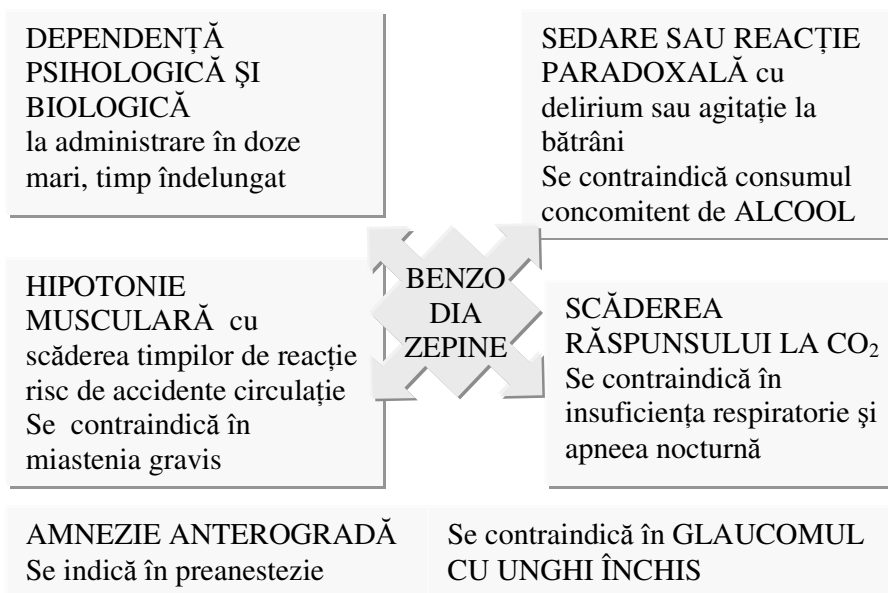
ANXIOLITICELE (TRANCHILIZANTELE) ȘI HIPNOTICELE



GABA este principalul neuromediator inhibitor al SNC. Acționând pe receptorii săi, GABA deschide canalele de clor. Pătrunderea sarcinilor negative de clor în celulă va determina hiperpolarizarea celulei făcând-o neresponsivă la stimulare. Benzodiazepinele potențează legarea GABA de receptorii săi iar barbituricele acționează direct pe canalele de clor.

CLASIFICARE ANXIOLITICE	EFECTELE ȘI INDICAȚIILE BZD				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <u>BZD</u> Alprazolam Diazepam Bromazepam Oxazepam </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <u>non BZD</u> Buspironă Meprobamat Hidroxizin </td> </tr> </table>	<u>BZD</u> Alprazolam Diazepam Bromazepam Oxazepam	<u>non BZD</u> Buspironă Meprobamat Hidroxizin	<p>ANXIOLITIC (anxietate paroxistică și generalizată)</p> <p>MIORELAXANT (anxietate generalizată)</p>		
<u>BZD</u> Alprazolam Diazepam Bromazepam Oxazepam	<u>non BZD</u> Buspironă Meprobamat Hidroxizin				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">HIPNOTICE</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <u>BZD</u> Nitrazepam Flunitrazepam Temazepam Triazolam </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <u>non BZD</u> <i>Imovane</i> <i>Stilnox</i> Barbiturice Gluthetimid </td> </tr> </table>	HIPNOTICE		<u>BZD</u> Nitrazepam Flunitrazepam Temazepam Triazolam	<u>non BZD</u> <i>Imovane</i> <i>Stilnox</i> Barbiturice Gluthetimid	<p>HIPNOTIC (insomnii)</p> <p>ANTICONVULSIVANT (status epilepticus) (mioclonii)</p>
HIPNOTICE					
<u>BZD</u> Nitrazepam Flunitrazepam Temazepam Triazolam	<u>non BZD</u> <i>Imovane</i> <i>Stilnox</i> Barbiturice Gluthetimid				

Efectele secundare ale benzodiazepinelor



<p><u>T_{1/2} sub 5h</u> Midazolam Triazolam</p>	<p><u>T_{1/2} 5-24h</u> Alprazolam Lorazepam Temazepam</p>	<p><u>T_{1/2} peste 24h</u> Diazepam Clonazepam Nitrazepam Flunitrazepam</p>
--	--	--

Risc mai mare de dependență
Sevraj mai rapid
Sevraj mai brutal

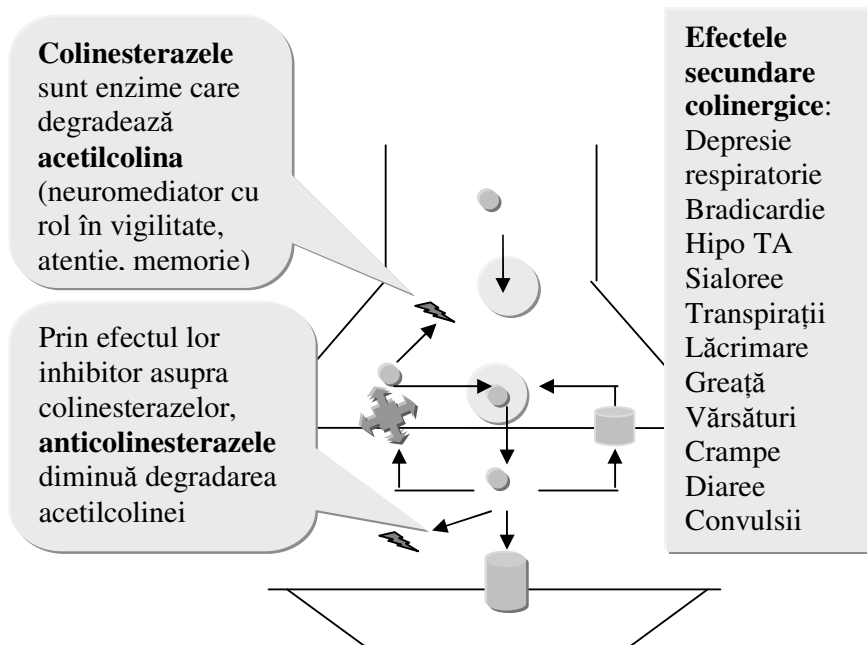
SEVRAJUL LA BZD
Delirium (stare confuzională)
Tremurături, convulsii
Anxietate
Neliniște psihomotorie
Insomnie

REGULILE TRATAMENTULUI CU BENZODIAZEPINE (BZD)

1. tratament de scurtă durată (3 săptămâni, maximum 3 luni)
2. tratament discontinuu în cazul folosirii unui preparat
3. doza mai mare se dă seara
4. evitarea asocierii cu alcoolul
5. scăderea treptată a dozelor

ANTICOLINESTERAZICELE

CLASIFICARE		
TACRINE (COGNEX)	RIVASTIGMINĂ (EXELON)	DONEPEZIL (ARICEPT)
Inhibitor neselectiv de acetilcolinesterază și butirilcolinesterază	Inhibitor neselectiv de acetilcolinesterază și butirilcolinesterază	Inhibitor selectiv de acetilcolinesterază
Efecte secundare sistemice colinergice	Efecte secundare sistemice colinergice	Acțiune mai ales centrală
Acțiune scurtă 4 prize zilnice	Acțiune intermediară 2 prize zilnice	Acțiune lungă o priză zilnică
Interacțiuni medicamentoase : da	Interacțiuni medicamentoase : nu	Interacțiuni medicamentoase : da
Eficiență: în fazele PRECOCE ale demenței Alzheimer, atât timp cât mai există neuroni colinergici în nucleul bazal al lui Meynert		



Mecanismul de acțiune al anticolinesterazelor la nivelul neuronilor colinergici

PSIHOTERAPIILE

TIP	DESCRIERE	INDICAȚII
Intervenția în criză (criza: deces, divorț, catastrofă naturală, etc.)	Utilizarea unor tehnici de rezolvare a problemelor cu scopul de a determina o adaptare eficientă în prezent dar și în viitor. Criza poate provoca o schimbare din partea pacientului sau poate dezvălui modalități adecvate de reacție la stressori ulteriori	Tratamentul este scurt și intensiv <ul style="list-style-type: none"> • Reacții psiho-patologice
Terapia suportivă	Inițiată alături de medicația psihotropă, constă în ascultarea empatică, sfătuirea încurajarea, pacientului cu mențiunea că pacientul va fi întotdeauna cel care ia deciziile în ceea ce îl privește!	Nu necesită pregătire specială din partea terapeutului
Psihanaliza ! este contraindicată în psihoze (schizofrenie sau tulburări afective periodice)	Analistul îl ajută pe pacient să-și conștientizeze conflictul intrapsihic generator de simptome prin interpretarea asociațiilor libere (pacientul întins pe canapea, fără a-l vedea pe analist, vorbește liber și fără rezerve despre ceea ce îi vine în minte atunci), a viselor, fanteziilor, transferului (asupra analistului a emoțiilor legate de persoane cu care subiectul a avut în trecut relații) sau a comportamentului adoptat de pacient în timpul sau în afara ședințelor	Tratamentul este lung și costisitor (mai multe ședințe săptămânale, timp de câțiva ani). Pacientul trebuie să fie bine motivat și dispus să vorbească <ul style="list-style-type: none"> • Nevroze
Terapia cognitivă	Se bazează pe ideea conform căreia comportamentele maladaptative sunt consecința unor distorsiuni de gândire de unde și necesitatea recunoașterii și corectării acestora din urmă. Sunt examinate gândurile ilogice, stereotipe și de multe ori inconștiente cu ajutorul jurnalelor (pacientul trebuie să scrie ce gândește în anumite situații) oferindu-se alternative.	Durata este scurtă (15-20 ședințe în 3 luni) <ul style="list-style-type: none"> • Depresie nepsihotică (triada Beck) • Anxietate • Toxicomanii

Terapia comportamentală	<p>Terapeutul încheie un contract terapeutic cu pacientul având ca obiectiv modificarea acelor modele comportamentale învățate care sunt maladaptative (generatoare de simptome psihopatologice). Se recurge la analiza comportamentului pacientului utilizând jurnale întocmite de acesta.</p> <p>Tehnicile se bazează pe</p> <ul style="list-style-type: none"> - condiționarea clasică: expunere treptată (desensibilizarea sistematică) sau brutală (flooding) la agentul anxiogen concomitent cu însușirea unor tehnici de relaxare (training autogen) sau utilizare de medicamente anxiolitic - condiționarea operantă 	<p>Durata în timp este limitată (luni de zile până la un an)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fobii • Bulimie • Disfuncție sexuală • Boli în care manifestarea simptomelor e influențată de stres: HTA, astm, durere
Terapia familială sistemică	<p>Familia este concepută ca un sistem aflat în permanentă schimbare (formarea sa, apariția copiilor, plecarea lor) și interacțiune cu mediul exterior. Intervenția nu este centrată pe membrul familiei care prezintă simptome de boală, ci pe relațiile disfuncționale care se stabilesc între membrii familiei (coaliții, dublă legătură) în încercarea lor de a se adapta și de a menține sistemul familial în echilibru. Analiza și explicarea interacțiunilor dintre membrii familiei are scopul de a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - restabili ierarhii clare între aceștia - determina renunțarea la modelele disfuncționale de relaționare între membrii sistemului familial - ameliora comunicarea între aceștia - echilibra tendințele de coeziune sau de individualizare excesivă 	<p>Ședințe de aprox 2 ore, o dată pe săptămână, durată limitată în timp</p> <ul style="list-style-type: none"> • La copil și adolescent: tulburări de conduită, refuz școlar, enurezis, anorexie • criză familială (doliu, divorț...) • terapie adjuvantă în schizofrenie, toxicomanii

<p>Terapiile de grup</p>	<p>Se bazează pe ideea că cel mai important factor terapeutic este grupul însuși (prin coeziune și interacțiuni între participanți). Alți factori terapeutici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - speranța insuflată restului grupului de cei care au beneficiat cu succes de terapie - învățare din interacțiunea cu ceilalți membri ai grupului - posibilitatea exprimării libere a emoțiilor și observarea feedback-ului din partea grupului - schimburi de informații între membrii grupului în - parte cu rol psihoeducational sau de conștientizare a faptului că experiența de boală nu este ceva individual ci se regăsește și la ceilalți membrii (universalitatea problemelor) <p>Grupuri de alcoolici (Alcoolicii Anonimi) Grupuri multifamiliale (familiile pacienților psihotici) Grupuri de pacienți psihotici Grupuri de bolnavi cu cancer, infarct miocardic, diabet, etc. Psihodramă</p>	<p>Ședințe de grup de o oră și jumătate o dată sau de două ori pe săptămână Se fac în scop psihoeducational (oferirea pacienților sau familiilor acestora de informații despre boală sau tratament) sau de autoajutor Frecvent aceste terapii sunt utilizate de persoane fără formație medicală și de aceea sunt uneori privite cu rezervă de psihiatrii</p>
--------------------------	---	--

ATENȚIE !

INIȚIEREA UNUI TRATAMENT PSIHOTERAPIC TREBUIE FĂCUTĂ DOAR LA INDICAȚIA MEDICULUI PSIHIATRU DUPĂ CE ACESTA A ELIMINAT ORICE CAUZĂ ORGANICĂ CARE SĂ EXPLICE SIMPTOMELE PSIHICE

ÎNTREBĂRI:

1. Un pacient cu demență Alzheimer însoțită de neliniște psihomotorie se trezește noaptea, iese din salon pe coridor și nu-și mai regăsește apoi salonul. Intră în alte saloane, trezește pacienții producând multă gălăgie. Acestui pacient i se administrase în prealabil pentru neliniștea psihomotorie un anxiolitic. Alegeți varianta cea mai probabilă ;
 - a) meprobamat
 - b) alprazolam
 - c) diazepam
 - d) midazolam (Dormicum)
 - e) bromazepam (Calmepam)

2. Un medic cu insomnie de adormire, crampe musculare și neliniște psihomotorie își autoadministrează Alprazolam pentru crize de anxietate paroxistică cu tremor, palpitații, dispnee, senzație de lipsă de forță în picioare. În ultima săptămână și-a crescut doza la 3mg/zi (doză uzuală în atacul de panică). Deoarece consideră că a luat prea mult și îi este frică să renunțe la Alprazolam pentru că altfel face crizele respective, se hotărăște să consulte un medic psihiatru pe motiv că a ajuns dependent de Alprazolam. Psihiatrul trebuie să-l lămurească de faptul că nu e dependent pentru că:
 - a) ar fi trebuit să fi luat luni de zile 3mg/zi Alprazolam
 - b) atacul de panică nu seamănă cu reacția de sevraj
 - c) Alprazolamul nu dă dependență biologică
 - d) Sevrajul implică prezența stării confuzionale
 - e) Atacurile de panică sunt recurente, imprevizibile și nu au legătură cu sevrajul, ci se constituie într-o boală numită tulburare de panică

3. Un pacient cunoscut cu schizofrenie paranoidă este adus la secția de urgențe medicale prezentând o deviație conjugată a globilor oculari în sus însoțită de contractură musculară susținută. Se va administra:
 - a) Haloperidol
 - b) Romparkin
 - c) Diazepam
 - d) Plegomazin
 - e) Fluanxol

IV.2. PROGRAME DE REABILITARE PSIHO-SOCIALĂ(R.P.S.)

Una din preocupările terapeutice contemporane este legată de reabilitarea și reinsertia comunitară a persoanelor cu dizabilități psihice. Viziunea este de (re)integrarea socio-profesională a tuturor categoriilor de cetățeni, acest demers-profund uman- constituind unul din reperele lumii civilizate.

Reabilitarea psiho-sociala cuprinde ansamblul măsurilor de îngrijire a persoanei cu probleme de sănătate mintală de lungă durată în vederea reîntoarcerii beneficiarului în societate. Programele de R.P.S. se adresează în special beneficiarilor(sau foștilor beneficiari) ai serviciilor de sănătate mintală, cărora după o perioadă de îngrijiri curative adecvate o inserție sau o reinsertie socială și profesională adecvată apare ca fiind problematică, dar pentru care putem spera într-o evoluție pozitivă într-un timp mediu.

Programele de reabilitarea psiho-socială sunt concepute pentru a întări abilitățile și deprinderile necesare indivizilor în așa fel încât să vină în întâmpinarea nevoilor rezidențiale, vocaționale, de socializare și de dezvoltare personală ale acestora.

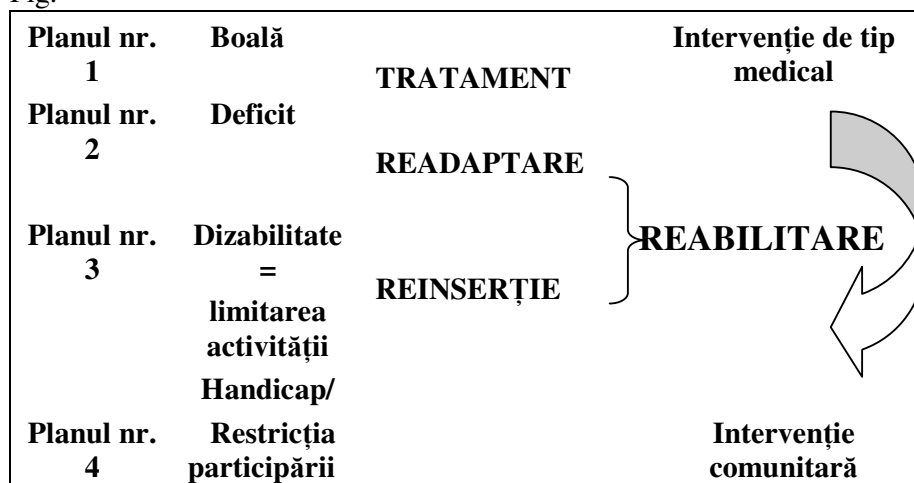
Reabilitarea psiho-socială presupune un demers plurimodal individualizat, de implicare și de responsabilizare a pacientului în cadrul contextului său social, în așa fel încât acesta să-și poată recâștiga drepturile și capacitățile prin:

- posibilitatea de a avea o locuință proprie, mai mult sau mai puțin protejată, în funcție de nevoi, dar care să se constituie într-un spațiu existențial privat;
- posibilitatea de a participa la producerea de bunuri, recompensa fiind aceea a obținerii unui statut de producător de valori sociale sau economice;
- posibilitatea de a avea acces la rețeaua de suport social și de îngrijiri de sănătate.

Reabilitarea psihosocială a persoanelor cu probleme severe de sănătate urmărește trei tipuri de schimbări:

- 1) reducerea directă a dizabilității;
- 2) dezvoltarea unor noi abilități care să contracareze sau să compenseze afectarea care a generat dizabilitatea;
- 3) manipularea ținută a mediului, astfel încât acesta să crească în suportivitate și să susțină o funcționare mai bună a persoanei.

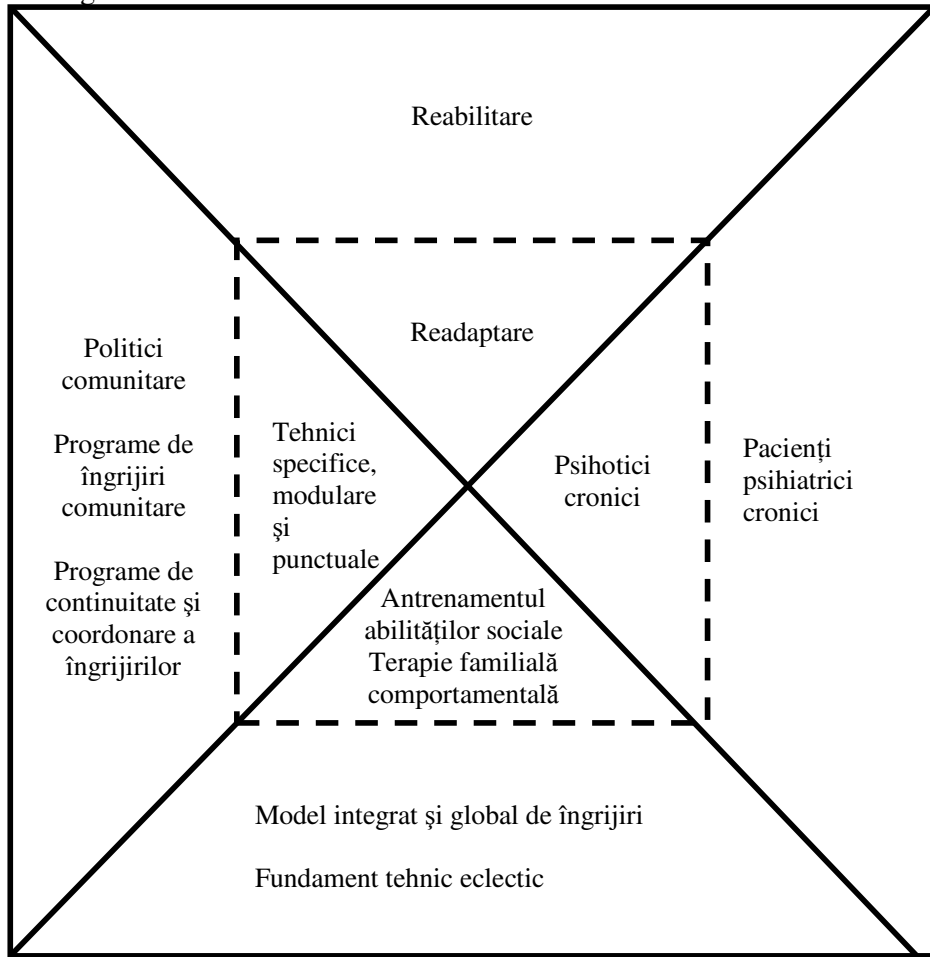
Fig.



Programele structurate de R.P.S. includ:

- evaluarea nevoilor beneficiarilor serviciilor de sănătate mintală;
- psihoterapii(individuale sau de grup);
- socioterapii;
- terapii vocaționale;
- programe psiho-educăționale
- servicii de suport locativ

Fig.



IV.3. STAREA PSIHOPATOLOGICĂ CU PERICOL DE AUTO ȘI HETEROAGRESIUNE:

SUICIDUL ȘI PARASUICIDUL:

Tentativa suicidară se definește ca fiind un comportament în care intenția de a-și lua viața e certă. El este un act de autoliză pregătit cu grijă, cu precauții pentru a nu putea fi salvat, lăsând deseori în urmă o scrisoare explicativă.

Suicidul poate apare frecvent la persoane care nu au fost etichetate în prealabil ca fiind bolnave psihic, dar sunt persoane vulnerabile sau se află în stări psihologice anormale intens reactive (eșec, pierdere a onorii și a stimei de sine, etc.), de criză sau la pacienți cu boli letale (cancer, SIDA, etc.) care tot reactiv ajung la stări de disperare.

În afecțiunile psihiatrice, suicidul apare cel mai frecvent la pacienții cu:

- tulburări depresive,
- alcoolism cronic ,
- adicție la droguri
- schizofrenie,
- tulburări de personalitate, etc.

N.B.: A întreba o presupusă persoană cu risc suicidar dacă are înclinații autodistructive nu face comportamentul suicidar mai probabil!

Evaluarea și confirmarea ideilor suicidare constituie elemente vitale ale oricărei evaluări medico-psihiatrice!

Formulă de interviu pentru evaluarea ideilor suicidare:

1. "Ați spus că sunteți deprimat; puteți să-mi spuneți cum simțiți această depresie?"
 2. "Sunt momente când vă vine să plângeți?"
 3. "Când vă simțiți așa ce gânduri vă trec prin minte?"
 4. "Ați ajuns vreodată la punctul în care să simțiți că, dacă lucrurile se prezintă în felul acesta nu mai merită să continuați?"
 5. "Ați ajuns atât de departe încât să vă gândiți să vă luați viața?"
 6. "V-ați făcut un plan în acest sens?"
 7. "Intenționați să duceți până la capăt acest plan?"
 8. "Există ceva care v-ar putea opri de la acest plan?"
- *"Ce credeți ca ar trebui făcut acum?"
- **"Ce planuri de viitor aveți?"

Factorii protectivi pot fi reprezentați de existența copiilor aflați în îngrijire și uneori de convingerile religioase ale subiectului.

De asemenea sunt necesare evaluarea resurselor, a rețelei de suport social și a capacităților de a face față stressului ale individului în cauză.

Factorii de risc:

- bolnavi cu diverse boli somatice letale/cronice (dureroase, etc.)
- diverse tulburări psihiatrice
- personalitatea impulsivă
- izolarea socială
- vârsta a treia
- șomaj
- unele profesii (ex. medici)

Risc este crescut în cazul pacienților disperați, lipsiți de speranță, fără planuri de viitor și/sau cu idei/planuri suicidare.

CAVE! Tentativa suicidară constituie o urgență medicală și necesită supraveghere responsabilă și/sau internarea obligatorie!

PARASUICIDUL:

Parasuicidul reprezintă o tentativă suicidară mai mult demonstrativă, “la vedere”, fiind menită să impresioneze anturajul, de obicei apărând reactiv. Metodele alese sunt de obicei nepericuloase, dar pot avea consecințe letale accidentale(ex. ingestia unor medicamente), deși autorul nu a avut intenția suicidară fermă.

Deși la o primă evaluare este dificil de diferențiat, parasuicidul are caracteristici opuse tentativei suicidare și este de obicei în raport de 1/10 în raport cu suicidul realizat. El este mai frecvent la persoane cu tulburări de personalitate de tip histrionic, instabil-emotive, etc.

Estimarea riscului de repetiție a parasuicidului presupune evaluarea:

- gradului de impulsivitate
- implicarea / prezența altor persoane
- probabilitatea de a fi găsit în timp util
- solicitarea voluntară a ajutorului de specialitate
- modalitatea comiterii actului de autovătămare
- problemele actuale ale subiectului

ATITUDINEA TERAPEUTICĂ ÎN CAZUL BOLNAVULUI PSIHIC AGITAT, VIOLENT ȘI AGRESIV:

Bolnavi psihici pot prezenta stări de agitație psiho-motorie, cu manifestări violente și/sau agresive(verbale sau fizice).

Aceste stări se pot întâlni în special la subiecții:

- cu tulburări severe de personalitate(ex. antisocialul)
- cu schizofrenie,
- cu manie coleroasă,
- dependenți de droguri, alcool, etc.

Medicul trebuie să facă față cu mult calm situației, liniștind anturajul și păstrând o distanță suficient de mare față de bolnav, evitând totodată disputa cu acesta (pentru a nu se expune agresiunii). Este de preferat ca în măsura posibilităților să se constituie un cadru sigur atât pentru pacient cât și pentru cei din jur(inclusiv echipa terapeutică). Evaluarea cazului este în acest caz scurtă(aproximativ 3-5 minute). Este de asemenea necesară solicitarea prezenței unui personal instruit pe ambulanțe și în ambulator și uneori prezența organelor de Poliție pentru a se putea reuși contenționarea bolnavului și sedarea sa rapidă, apoi transportarea acestuia la cea mai apropiată secție de psihiatrie.

N.B. In caz de contenție fizică medicul nu trebuie sa participe direct la actul respectiv!

În anticiparea probabilității unui comportament violent cel mai important indicator de evaluare îl constituie antecedentele de agresiune!

CAVE! Stările de agitație psiho-motorie constituie urgențe psihiatrice, care necesită prezența unui psihiatru capabil să ia decizii rapide privind atitudinile terapeutice, dar care să activeze în cadrul unei echipe complexe multidisciplinare de intervenție.

**PROBLEMA BOLNAVULUI PSIHIC DENUMIT
“PERICULOS”:**

Prin “bolnav psihic periculos” se înțelege acel bolnav psihic care este periculos pentru sine și pentru alții, adică prin comportamentul său neadecvat poate provoca distrugeri de bunuri, rănirea sau chiar decesul altor persoane, sau să-și provoace singur vătămări grave. Unii bolnavi psihici (de ex. unii pacienți suferind de schizofrenie, manie, farmacodependență, etc.) nu au conștiința bolii lor și nici discernământul faptelor lor; astfel, ei neconsiderându-se bolnavi, refuză atât internarea, cât și tratamentul, obligând societatea să ia măsuri de siguranță (tratament și/sau internare obligatorie) împotriva voinței acestora.

**SFATURI PRIVIND CONDUITA ÎN CAZUL PACIENȚILOR
AGITAȚI SAU PERICULOȘI:**

- AȘTEPTAȚI-VĂ ÎNTOTDEAUNA LA CEVA NEAȘTEPTAT
- INFORMAȚI-VĂ CÂT MAI BINE ASUPRA PACIENTULUI
- EFECTUAȚI EXAMINAREA STĂRII PSIHICE ASISTAT DE CINEVA
- PĂSTRAȚI-VĂ CONTROLUL ÎN ORICE SITUAȚIE
- ASIGURAȚI O ATMOSFERĂ DE LINIȘTE ȘI CALM
- CONTENȚIA FIZICĂ TREBUIE REALIZATĂ DE CĂTRE ECHIPA DE INFIRMIERI

CAVE: RISCUL ESTE MAXIM LA PERSOANELE CU ANTECEDENTE DE VIOLENȚĂ!!

□ **ACTIVITĂȚI DIDACTICE:**

• **ÎNTREBĂRI DE REFLECȚIE:**

1. *Care este punctul de plecare în stabilirea unui program terapeutic?*

.....
.....

2. *Care considerați că sunt șansele de reabilitare psiho-socială a unui pacient cu schizofrenie?*

.....
.....

3. *Care este părerea D-voastră asupra suicidului?*

.....
.....

• **EXERCIȚII:**

1. Enumerați trei medicamente anxiolitice și trei antidepresive.
2. Concepeți un proiect terapeutic individualizat (P.T.I.) pentru un pacient cu probleme severe de sănătate mintală.
3. Care credeți că trebuie să fie conduita D-voastră în cazul unui pacient violent? Comparați răspunsul D-voastră cu cel al colegilor.

CAPITOLUL V. LEGĂTURA PSIHIATRIEI CU ALTE DISCIPLINE

Interferențele între psihiatrie și alte domenii ale patologiei se realizează din mai multe incidente.

Există tulburări specific psihiatrice care prezintă simptome „somatice” în însăși manifestarea lor. La debut sau în fazele de intensitate ușoară sau medie acestea pot apărea în prim plan sugerând pacientului și medicului o suferință somatică astfel o „maschează” pe cea psihiatrică. În depresie întâlnim inapetență cu scădere în greutate, cene-stopatii și algii, spasme pe organele interne (constipație, stază biliară, accentuarea crizelor migrenoase și artritice), preocupări hipocondriace, etc. În anxietate întâlnim: tahicardie, creșterea TA, transpirații, grețuri și regurgitații, accelerarea tranzitului intestinal, balonări, amețeli, hiperpnee, hiperreactivitate neuro-musculară (ca în spasmofilie), etc. În tulburările conversive întâlnim: pareze, anestezii, crize de leșin, mișcări involuntare, scăderea vederii și auzului, etc. Menționăm încă „algiile psihogene”. Toate aceste manifestări fac necesară deseori prezența psihiatrului (și a echipei sale) în variate servicii medicale precum ar fi: neurologie, neuro-chirurgie, endocrinologie, cardiologie, gastroenterologie, pneumologie, etc. Dacă printr-o examinare obiectivă, anamneza, examen psihologic, investigație sociologică, etc. se dovedește că nu există argumente de boală somatică, dar există cele pentru tulburare psihică, se realizează un important câștig (pentru pacient, societate, medicină) aplicându-se un tratament adecvat.

2. Există tulburări organice care, prin afectarea directă sau indirectă a funcționării creierului, prezintă importante perturbări psihopatologice mai ales din seria: delirium, sindrom diskinetic, deteriorare cognitivă; tulburări de personalitate. Așa se întâmplă în infecțiile cu afectare cerebrală (meningo-encefalitice) sau generale (însoțite de un sindrom febril-toxic), în intoxicații exogene și endogene, insuficiență circulatorie cerebrală, tumori intra-craniene, epilepsie, traumatisme craniene, etc.

În toate aceste cazuri pot apare și alte simptome psihopatologice, precum: depresia, anxietatea, halucinațiile, delirul, agitația psihomotorie. Cele două situații menționate mai sus fac necesară prezența psihiatrului în echipa de diagnostic (pozitiv și diferențial), din multiple specialități medicale.

3. Există tulburări predominant somatice diagnosticate și tratate în diverse specialități în care sunt prezente simptome psihopatologice, divers conturate. Cele mai frecvente sunt: simptomul depresiv, simptomul anxios, simptomul astenic, simptomul conversiv (și de somatizare). E vorba de

aproape orice domeniu de patologie. Prezența acestor tulburări psihice poate fi o stare reactivă față de situația de boală sau față de deteriorarea calității vieții pe care suferința o induce (de exemplu în cancer, diabet, etc.). Pe de altă parte, ele pot avea un substrat etiopatogenic comun (ca în tulburările endocrine, obezitate, insuficiență circulatorie cerebrală, etc.). În sfârșit, e vorba și de perspectiva psiho-somatică care consideră ca unele stări malade au în combinația lor etio-patogenică și factori psihici (în HTA și boli coronariene, ulcere gastro-intestinale, astmul bronșic, o serie de suferințe dermatologice și ginecologice, chiar declanșarea mai rapidă a cancerului). Indiferent de etio-patogenia sindroamelor psihopatologice, care sunt concomitente – comorbide – cu tulburările somatice, ele intervin în lanțul evolutiv, motiv pentru care trebuie diagnosticate și tratate. Astfel, de exemplu, prezența depresiei are ca consecințe: scăderea imunității organismului, reducerea ritmului de refacere biologică, reducerea dorinței de vindecare a pacientului, și, în consecința, participarea sa în calitate de co-terapeut la tratament, apariția ideății suicidare, etc.

În continuare, vor fi expuse schematic câteva domenii de patologie în care interferența somato-psihică necesită implicarea psihiatrului.

- Hipertensiunea arterială, boala coronariană, aritmii, diverse probleme psihice după intervenții chirurgicale pe cord;
- Tulburări gastro-intestinale funcționale, la nivelul esofagului (globus), dispepsie, aerofagie, bulb iritabil, algii abdominale și ano-rectale, diaree și contribuție funcțională la boala ulceroasă, colita ulcerativă;
- Obezitate, anorexie, bulimia nervoasă;
- Boala astmatică, boala obstructiv pulmonară cronică (probleme corelate fumatului);
- Tulburări endocrine: hiper și hipotiroidism, hipercortizolemie, hiperprolactinemie, sindromul ovarului polichistic, acromegalie;
- Tulburări dermatologice: alopecia, urticaria, purpura psihogenă;
- Tulburări musculo-scheletale: artrita reumatoidă, lupus eritematos, fibromialgia;
- Oncologie. În ultimele decenii s-a dezvoltat intens o specialitate de psiho-oncologie.

4. Psihiatria de legătură. Pentru beneficiul bolnavului, a familiilor lor, a societății și pentru reducerea costurilor asistenței medicale, este important ca psihiatrul și echipa sa (psiholog, asistent social, psihoterapeut) să fie incluși – sau, cel puțin, consultați – în procesul diagnostic-terapeutic al diverselor specialități și a medicului de familie. Se realizează astfel o psihiatrie de legătură, denumită astfel deoarece nu se intervine de obicei psihiatric direct,

ci indirect. Uneori, pacienții – de exemplu cei cardiologici – au reticențe în a avea o legătură cu psihiatrul; dar acceptă discuția cu un psiholog. La fel se prezintă cazul în unele suferințe dermatologice sau canceroase. Pot interveni psihoterapeuții (ce posedă diverse tehnici utile), fiziokinetoterapeuții, meloterapeuții, socio-terapeuții, etc. În cazul ședințelor de dializă renală este util să fie consiliat psihoterapeutic la nevoie chiar personalul medical (asistente, medici) care sunt suprasolicitați afectiv de pacienți. O bună cură terapeutică în obezitate nu se poate face fără terapie cognitiv-comportamentală. Pregătirea pentru o naștere fără dureri implică exerciții conduse de psiholog.

În practica medicului de familie psihiatria de legătură este de asemenea deosebit de importantă. La acest nivel pot fi depistate precoce tulburările anxioase, depresive, psihotice, psihosomatice, alcoolismul, demența. De asemenea, se pot inventaria influențele pe care le are asupra întregii familii prezența unui membru al ei bolnav somatic sau psihic. Și, în primul rând, influențele negative asupra copiilor. Pot fi de asemenea depistate disfuncționalități în dinamica relațiilor intrafamiliale cu posibile intervenții terapeutice familiale.

Din toate considerentele prezentate anterior reiese rolul fundamental menținerii legăturii dintre psihiatru și colegii din celelalte specialități medicale.

CAPITOLUL VI. SISTEMUL DE SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI PSIHIATRIA COMUNITARĂ

CUPRINS:

- ❑ OBIECTIVE DIDACTICE
- ❑ ACTIVITĂȚI DIDACTICE
- ❑ MATERIAL DE STUDIU
- ❑ TESTE

OBIECTIVE DIDACTICE:

1. CUNOAȘTEREA SISTEMULUI ACTUAL DE SĂNĂTATE MINTALĂ DIN JUDEȚUL TIMIȘ.
2. ÎNȚELEGEREA IMPORTANȚEI ȘI ROLULUI ECHIPEI MULTIDISCIPLINARE DE ÎNGRIJIRI DE SĂNĂTATE.
3. ÎNSUȘIREA SARCINILOR SPECIFICE ALE MEDICULUI CURANT ÎN CADRUL COMUNITĂȚII.

ACTIVITĂȚI DIDACTICE:

• ÎNTREBĂRI DE REFLECȚIE:

1. *Care este rolul medicului de familie în cadrul îngrijirilor comunitare a persoanelor cu probleme psihice?*

.....
.....

2. *Care sunt avantajele lucrului în echipe multidisciplinare?*

.....
.....

3. *Care sunt elementele sistemului de sănătate mintală din arealul nostru pe care le cunoașteți și pe care le puteți eventual recomanda?*

.....
.....

• EXERCIȚII:

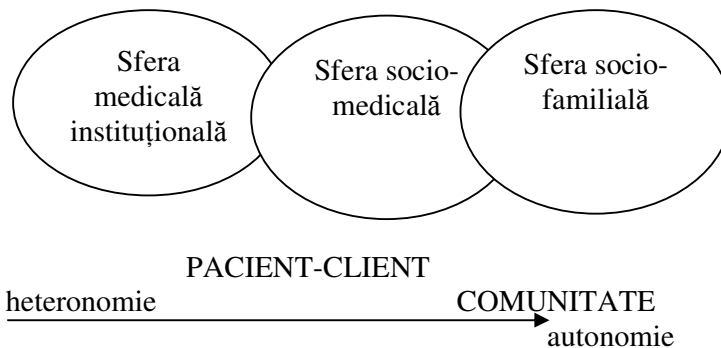
1. Enumerați caracteristicile unei echipe funcționale de îngrijiri de sănătate.

2. Descrieți conduita D-voastră în cazul în care sesizați existența unor probleme de sănătate mintală la pacientul pe care-l examinați la cabinetul privat.

SISTEMUL DE SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI PSIHIATRIA COMUNITARĂ

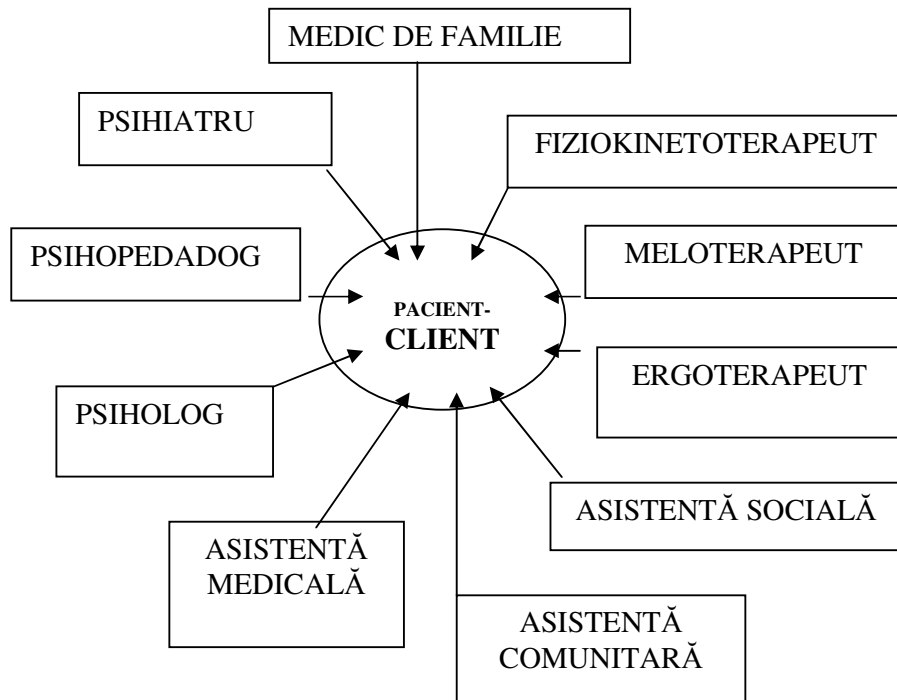
Medicul de familie constituie elementul de legătură între sferile de îngrijiri de sănătate mintală, având rolul de susținere a beneficiarului în procesul de tranziție spre autonomia acestuia în comunitate.

Schema sferelor îngrijirilor de sănătate mintală:

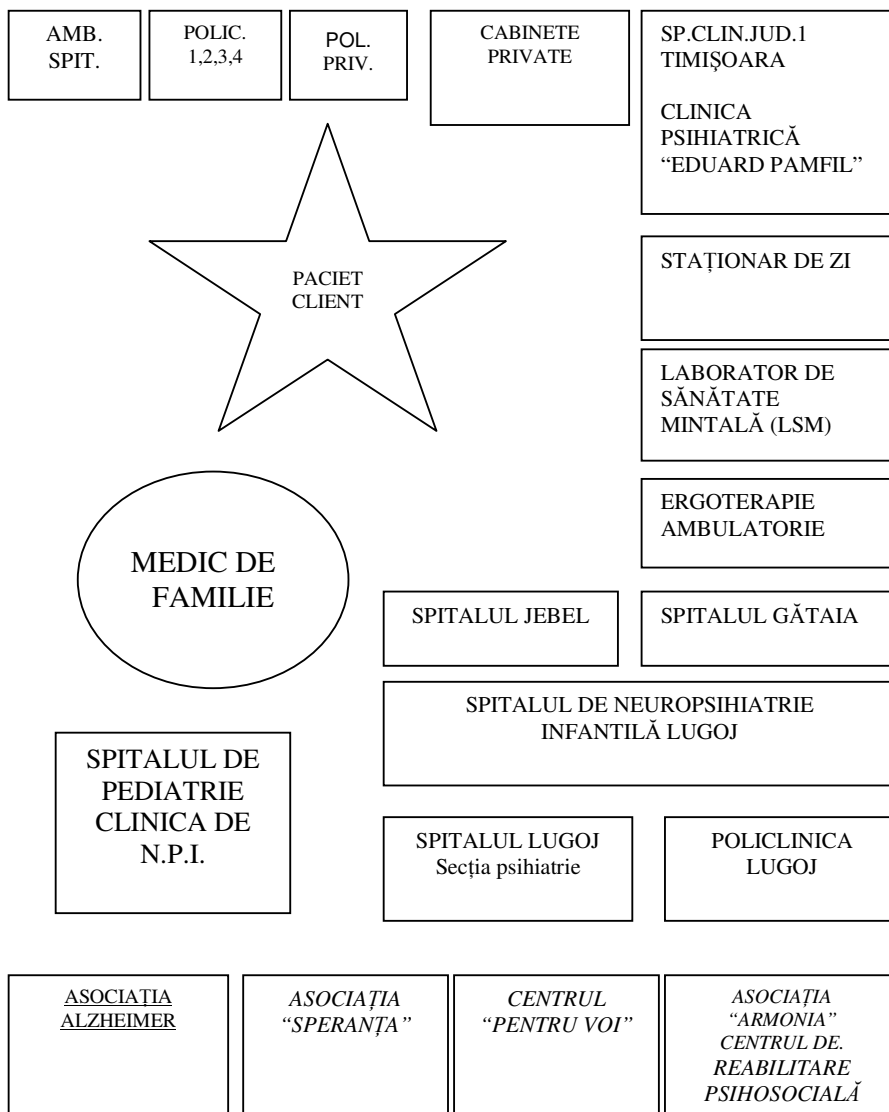


Sarcina medicului este de a oferi grupului populațional din sectorul arondat servicii sanitare de înaltă calitate, de a răspunde nevoilor reale ale comunității și de a conlucra cu membrii echipei multidisciplinare în scopul prevenirii bolilor, promovării sănătății, îngrijirii și susținerii persoanelor cu probleme de sănătate sau a celor cu dizabilități.

**ECHIPA MULTIDISCIPLINARĂ A SERVICIILOR DE
SĂNĂTATE MINTALĂ:**



SISTEMUL SĂNĂTATE MINTALĂ DIN JUDEȚUL TIMIȘ



VII BIBLIOGRAFIE:

1. ***, *C.I.A.D.H.-2, Clasificarea Internațională a Afectărilor, Activităților și Participărilor*, O.M.S., 2001
2. ***, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition,. Text revision (DSM IV –TR), American Psychiatric Association, Washington D.C., 2000
3. ***, *I.C.D.-10, Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament - Simptomatologie și diagnostic clinic*, OMS Geneva 1992, Ed. ALL, București, 1998.
4. Breakey W.R. și colab. *Servicii integrate de sănătate mintală-Psihiatrie comunitară modernă*, Editura Fundației PRO, București, 2001
5. Dehelean M., Dehelean P., Dehelean L, *Semiologie și criterii de diagnostic în psihiatria adultului – perspectiva ICD 10 WHO și DSM IV - TR APA*, Ed. Mirton, Timișoara, 2001
6. Dehelean M., Dehelean P., Ienciu M., Lăzărescu M., ș.a. *Curs de psihiatrie generală pentru vârsta adultă și înaintată*, Lito U.M.F.T. Timișoara, 1998
7. Gelder M., Gath D., Mayou R., *Tratat de psihiatrie Oxford*, Ed. A.P.L.R., 1994
8. Goldberg D. *Ghid de Psihiatrie Practică*, ed. a III-a, București, Ed. Fundației PRO, București, 1997
9. Sadock BJ, Sadock Virginia.A, *Manual de buzunar de psihiatrie clinică, Ediția a treia*, Lippincott Williams & Wilkins, Editura Medicală, București, 2001
10. Lăzărescu M. *Psihopatologie clinică*, Ed. Helicon, Timișoara, 1994
11. Lăzărescu M., Tiberiu M., Sturz O. *Ghid de sănătate mintală și psihiatrie pentru medicii de familie*, Timișoara, Ed. Solness, 2001
12. Prelipceanu D., Mihailescu R., Teodorescu R., *Tratat de sănătate mintală*, Ed. Enciclopedică, București, 2000
13. Stahl S.M., *Essential Psychopharmacology- Neuroscientific Basis and Practical Applications*, second edition, Cambridge University Press, Cambridge, 2002
14. World Health Report, *Mental Health. New Understanding, New Hope*, Geneva, World Health Organization, 2001
15. Winokur G., Clayton Paula J., *The Medical Basis of Psychiatry*, second edition, W.B. Saunders Company, 1994