FLORIN TUDOSE CĂTĂLINA TUDOSE LETIȚIA DOBRANICI



Psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi

Editura INFO Medica

DOMENIUL ŞI INSTRUMENTELE PSIHOPATOLOGIEI

- Definiţia, obiectul şi conţinutul psihopatologiei • Raportul cu alte ştiinţe
- Modele în psihopatologie • Obiectul psihopatologiei

NORMĂ, NORMALITATE, COMPORTAMENT NORMAL

- Conceptul de normalitate • Normalitate şi comunicare • Normalitate şi adaptare

SĂNĂTATE ŞI BOALĂ MINTALĂ

- Conceptul de sănătate • Anormalitate şi boală • Anormalitate şi prejudecată
- Comportamentele anormale • Conceptul de boală psihică • Boală psihică şi ecosistem
- Dimensiuni existenţiale ale bolii psihice • Încercări de definire a personalităţii

BOALĂ ŞI PERSONALITATE

- Tulburări de personalitate • Cauzele medicale ale schimbărilor de personalitate
- Tulburări de personalitate - delimitări conceptuale • Caractere clinice ale dizarmoniei
- O posibilă etiologie a tulburărilor de personalitate • Clasificarea tulburărilor de personalitate şi ipostaze medicale ale acestora • Tulburări de personalitate şi boală
- Modalităţi de abordare a pacientului cu tulburare de personalitate internat

SEMIOLOGIA - LIMBAJUL NECESAR

- Tulburările percepţiei • Tulburările de memorie • Tulburările de gândire • Tulburările comunicării
- Tulburările de voinţă • Tulburările de conştiinţă • Tulburările câmpului de conştiinţă
- Tulburările clarităţii şi capacităţii de integrare a câmpului de conştiinţă • Tulburările conştiinţei de sine
- Tulburările conştiinţei corporalităţii (somatognozia) • Tulburări ale conştiinţei propriei persoane
- Conduita motorie şi tulburările ei • Tulburări motorii induse de tratamentul cu neuroleptice
- Tulburările afectivităţii • Comportamente agresive extreme • Suicidul • Homicidul • Infanticidul

REALITATEA BOLII PSIHICE - CADRU CLINIC ŞI INTERVENŢIE PSIHOLOGICĂ

- Întârzierea mintală • Tulburări organice • Demenţele • Tulburările delirante
- Subtipuri de tulburare delirantă • Schizofrenia • Forme clinice (subtipuri) de schizofrenie
- Medicaţia antipsihotică • Tulburările anxioase • Tulburarea anxioasă generalizată
- Tulburarea de panică • Tulburările fobice • Fobia socială • Fobiile simple
- Tulburarea obsesiv-compulsivă • Tulburările afective • Tulburarea afectivă bipolară
- Antidepresivele • Distimia • Ciclotimia • Tulburarea de stres posttraumatic • Neurastenia
- Toxicofiliile • Comportamentul adictiv • Alcoolismul • Consumul de droguri • Tulburările factice
- Sindromul Münchausen

DE LA PSIHOSOMATICĂ LA SOMATIZARE

- Somatizare şi medicină psihosomatică • Grupa tulburări somatoforme în DSM-IV
- Antropologie şi somatizare

EXAMINAREA BOLNAVULUI PSIHIC

DEONTOLOGIE ŞI ETICĂ ÎN PSIHOPATOLOGIE

*

* *

O carte de psihopatologie şi psihiatrie pentru psihologi este un deziderat mai vechi a cărui transpunere în pagină am dorit să fie făcută astfel încât la nivelul specialistului, cu precădere al celui în formare, să ajungă noţiunile fundamentale cu conţinut teoretic şi practic care să-l pună cu psihiatrul nu doar într-o situaţie de comunicare reală ci şi într-un demers comun diagnostic şi terapeutic.

Într-o vreme în care „mareea informaţională" se materializează nu rareori în voluminoase tratate în domeniu, ne-am orientat efortul pentru o carte de sinteză, un ghid accesibil celui aflat la început de drum. O descifrare corectă a orizontului suferinţei psihice va îmbogăţi nu doar percepţia profesională a fiecărui specialist ci şi viziunea mai largă, umanistă, pe care psihologul trebuie să o aibă.

ISBN: 973-9394-77-9

Florin Tudose Cătălina Tudose

Letiția Dobranici

PSIHOPATOLOGIE
ŞI
PSIHIATRIE
PENTRU PSIHOLOGI

INFO Medica
2002

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale
FLORIN, TUDOSE
Psihologie şi psihiatrie pentru psihologi/Florin Tudose, Cătălina Tudose, Letiţia Dobranici - Bucureşti, Infomedica, 2002
p. ; cm.
Bibliogr.
ISBN 973-9394-77-9

I. Tudose, Cătălina
II. Dobranici, Letiţia

616.89

©2002 - **INFOMEDICA** s.r.l.
Psihologie şi psihiatrie pentru psihologi - Florin Tudose, Cătălina Tudose, Letiţia Dobranici
ISBN: 973-9394-77-9

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

Drepturile de distribuţie în străinătate aparţin în exclusivitate editurii.
Copyright ©2002 by **INFOMEDICA** s.r.l. All rights reserved.

Apărut 2002

Prezentarea grafică a coperţii aparţine Irinei Crivăţ.

Tehnoredactare computerizată:
Ing. Nicoleta Anghel
Gabriela-Rodica Covrig

Tipar realizat de **INFOMEDICA** s.r.l.
Editura **INFOMEDICA** Bucureşti
Şos. Panduri 35, Bl. P1B, Sc. A, Ap. 33-34, sector 5
Tel./Fax: 01/410.04.10; 410.53.08; 410.61.63

Referent ştiinţific: Acad. Prof. Dr. Mircea Lăzărescu

CUPRINS

Argument 1

Capitolul 1
DOMENIUL ŞI INSTRUMENTELE PSIHOPATOLOGIEI
(F. Tudose, C. Tudose)
Definiţia, obiectul şi conţinutul psihopatologiei 9
Raportul cu alte ştiinţe 10
Modele în psihopatologie. 12
Modelul ateoretic 13
Modelul behaviorist 13
Modelul biologic 14
Modelul cognitivist 14
Modelul dezvoltării 15
Modelul ecosistemic 15
Modelul etnopsihopatologic 15
Modelul etologic 16
Modelul existenţialist 16
Modelul experimental 16
Modelul fenomenologic 17
Modelul psihanalitic 17
Modelul social 17
Modelul structuralist 18
Obiectul psihopatologiei 18

Capitolul 2
NORMĂ, NORMALITATE, COMPORTAMENT NORMAL
(F. Tudose)
Conceptul de normalitate 19
Normalitatea ca sănătate. 21
Normalitatea ca valoare medie 22
Normalitatea ca utopie 23
Concepţii psihanalitice despre normalitate 24
15 valori fundamentale ale societăţii americane contemporane 25
Normalitatea ca proces 25
Normalitate şi comunicare 26
Normalitate şi adaptare. 27

Capitolul 3
SĂNĂTATE ŞI BOALĂ MINTALĂ
(F. Tudose)
Conceptul de sănătate 31
Anormalitate şi boală 33
Anormalitate şi prejudecată 35
Comportamentele anormale 35
Conceptul de boală psihică 37
Boală psihică şi ecosistem 37
Dimensiuni existenţiale ale bolii psihice 38

Capitolul 4
PERSONALITATE NORMALĂ ŞI PATOLOGICĂ
(F. Tudose, C. Tudose, L. Dobranici)
Incercări de definire a personalităţii 39
Boală şi personalitate 40
Tulburări de personalitate 41
Cauzele medicale ale schimbărilor de personalitate 42
Tulburări de personalitate. Delimitări conceptuale 43
Caractere clinice ale dizarmoniei 45
O posibilă etiologie a tulburărilor de personalitate 45
Clasificarea tulburărilor de personalitate şi ipostaze medicale ale acestora 47
Tulburarea paranoidă 48
Tulburarea schizoidă 48
Tulburarea schizotipală 48
Tulburarea antisocială 48
Tulburarea borderline 48
Tulburarea histrionică 49
Tulburarea narcisică 49
Tulburarea evitantă 49
Tulburarea dependentă 49
Tulburarea obsesiv-compulsivă 49
Alte tulburări de personalitate 50
Tulburări de personalitate şi boală 54
Modalităţi de abordare a pacientului cu tulburare de personalitate
în timpul internării 55

Capitolul 5
DE LA SINDROM LA CADRUL CLINIC
(F. Tudose, C. Tudose, L. Dobranici)
Semiologia; limbajul necesar 59
Tulburările percepţiei 59
Cadrul conceptual 59
Clasificarea tulburărilor de percepţie: Hiperestezia, Hipoestezia, Sinestezia,
Agnoziile, Iluzia, Halucinaţiile (Halucinaţiile psiho-senzoriale,
Halucinaţiile psihice - pseudohalucinaţiile,
Sindromul de automatism mintal) 60

Tulburările de atenție 66
Cadrul conceptual; Hiperprosexia; Hipoprosexia; Aprosexia 66
Tulburările de memorie 67
Cadrul conceptual 67
Dismnezii cantitative: Hipermneziile, Hipomneziile, Amneziile (Amneziile anterograde - de fixare -, Amneziile retrograde - de evocare -) 67
Dismnezii calitative (Paramnezii): Tulburări ale sintezei mnezice imediate (iluzii mnezice), Criptomnezia, Falsa recunoaștere, „Iluzia sosiilor", Falsa nerecunoaștere, Paramneziile de reduplicare, Tulburări ale rememorării trecutului (allomnezii), Pseudoreminiscențele, Ecmnezia, Confabulațiile 70
Tulburările de gândire 72
Cadrul conceptual 72
Tulburări în discursivitatea gândirii: Tulburări în ritmul gândirii (Accelerarea ritmului gândirii, Lentoarea ideativă) 72
Tulburări în fluența gândirii: Fadingul mintal, Barajul ideativ 72
Tulburări în ansamblul gândirii: Ideile dominante, Ideile prevalente, Ideile obsesive, Ideile delirante, Structurarea delirantă 73
Tulburări operaționale ale gândirii: Staționare (nedezvoltarea gândirii), Progresive (demențele) (Sindromul demențial) 74
Tulburările comunicării 75
Tulburări ale comunicării verbale: Tulburări ale expresiei verbale (Debitul verbal, Ritmul verbal, Intonația, Intensitatea vorbirii, Coloratura vorbirii, Tulburările fonetice, Tulburările semanticii și sintaxe), Tulburări ale expresiei grafice (Hiperactivitatea - graforeea -, Inactivitatea - refuzul scrisului -, Tulburări ale caligrafiei, Tulburări ale dispunerii textului în pagină, Policromatografia), Afaziile 75
Tulburări ale comunicării nonverbale: ținuta (ținuta dezordonată, Rafinamentul vestimentar, ținuta excentrică, ținuta pervertită), Mimica (Hipermimiile, Hipomimiile, Paramimiile), Gestica (Ticurile, Manierismul, Bizareriile gestuale, Negativismul, Stereotipiile, Perseverările) 78
Tulburările de voință 80
Cadrul conceptual; Hipobuliile; Hiperbuliile; Parabuliile 80
Tulburările de conștiință 81
Cadrul conceptual 81
Tulburările câmpului de conștiință: Tulburările clarității și capacității de integrare a câmpului de conștiință, Tulburări ale structurii câmpului de conștiință (Îngustarea câmpului de conștiință, Starea crepusculară, Personalitatea multiplă, Confuzia mintală - stările confuzionale: Onirismul, Oneiroidia, Amența (starea amentivă), Delirul acut) 81
Tulburările conștiinței de sine 85
Tulburările conștiinței corporalității (somatognozia): Tulburări de schemă corporală de tip neurologic, Tulburări de schemă corporală de natură psihică (Desomatizarea), ...85
Tulburările conștiinței realității obiectuale (Derealizarea) 86
Tulburări ale conștiinței propriei persoane: Personalitatea multiplă, Depersonalizarea, Sindromul de automatism mintal (Kandinski-Clerambault) . . .87

Conduita motorie și tulburările ei 89
Cadrul conceptual 89
Dezorganizarea conduitelor motorii 89
Tulburări motorii induse de tratamentul cu neuroleptice: Distonia acută, Akatisia, Diskineziile, Sindromul Parkinsonian 90
Tulburările afectivității 92
Cadrul conceptual 92
Tulburările dispoziției: Hipotimiile, Hipertimiile (Anxietatea, Depresia, Euforia), Tulburări ale dinamicii dispoziționale, Tulburări ale emoțiilor elaborate (Paratimiile, Fobiile, Extazul) 93
Comportamente agresive extreme 100
Agresivitatea ca simptom. Cadru conceptual 100
Ipostaze clinice ale agresivității 100
Suicidul: Definiție. Cadru conceptual, Instanțe ale fenomenului suicidar, Suicidul în doi (suicidul dual), Suicidul colectiv, Conduitele pseudosuicidare (falsele suiciduri), Factori de risc pentru suicid (Factorii socio-economici, Factorii meteorologici și cosmici, Factorii somatici, Ereditatea, Suicidul în funcție de vârstă), Suicidul în bolile psihice, Mituri și false păreri despre suicid, Tipuri particulare de suicid: Sinuciderea de abandon, Sinuciderea „Samsonică" 101
Homicidul 114
Infanticidul 114

Capitolul 6
REALITATEA BOLII PSIHICE. CADRUL CLINIC ȘI INTERVENȚIE PSIHOLOGICĂ
(F. Tudose, C. Tudose, L. Dobranici)
Întârzierea mintală 117
Definiție 118
Scurtă prezentare clinică 118
Epidemiologie, date de evoluție și pronostic 119
Factori etiopatogenici implicați în apariția tulburării 119
Investigații psihologice specifice 120
Posibilități de intervenție terapeutică ale psihologului clinician 122
Tulburări organice. 123
Sindromul psihoorganic cronic 123
Sindromul deficitar (sindromul psihopatoid) 123
Demențele 123
Tulburările delirante 139
Schizofrenia. 144
Tulburările anxioase 167
Tulburarea de panică 175
Tulburările fobice 178
Tulburările afective 200
Tulburare afectivă bipolară 201
Distimia 219
Ciclotimia 221

Tulburarea de stres posttraumatic 222
Neurastenia 230
Toxicomaniile şi alcoolismul 236
Conceptul de Adicţie –"addiction" 236
Alcoolismul 237
Toxicomania 244
Bolile factice şi simularea 256

Capitolul 7
DE LA PSIHOSOMATICĂ LA SOMATIZARE
(F. Tudose)
Definiţii şi cadru conceptual 269
Somatizarea între psihanaliză şi neurobiologie 270
Somatizare şi medicină psihosomatică 270
Grupa tulburări somatoforme în DSM-IV 271
Tulburări somatoforme şi normativitate 272
Afectivitatea negativă şi somatizarea 273
Somatizare şi conştiinţă 273
Somatizarea - un comportament în faţa bolii 274
Genetică şi somatizare 275
Somatizare şi personalitate 275
Posibile modele ale somatizării 275
Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic 277
Somatizarea ca tendinţă de a apela la îngrijiri medicale 278
Somatizarea ca o consecinţă a suprautilizării asistenţei medicale 278
Etiologie şi ontologie în somatizare 280
Fiziologie şi psihiatrie în determinarea simptomelor funcţionale 280
Factorii psihosociali şi somatizarea 280
Comorbiditate şi Somatizare 281
Nosografie şi Somatizare 281
Antropologie şi Somatizare 282

Capitolul 8
EXAMINAREA BOLNAVULUI PSIHIC
(F. Tudose, C. Tudose)
Examenul psihiatric 284
Examinarea stării psihice 287
Istoricul personal al pacientului 288
Examenul psihic 293
Prezentare şi comportament 294
Reacţia faţă de examinator 295
Activitatea motorie 295
Tulburări de vorbire şi gândire 296
Funcţiile cognitive 297
Orientarea 298
Atenţia şi concentrarea 298

Înregistrarea și memoria de scurtă durată 299
Memoria recentă 300
Memoria de lungă durată 300
Inteligența 300
Abstractizarea 301
Tulburările de conținut ale gândirii 301
Preocupări 301
Idei patologice 302
Afectivitatea și dispoziția 302
Tulburările dispoziției 303
Dispoziția subiectivă 303
Observația obiectivă a dispoziției 303
Reactivitatea neuro-vegetativă 304
Percepția 305
Halucinațiile 306
Critica bolii și capacitatea de apreciere a situației 307
Reacția examinatorului față de pacient 307

Capitolul 9
DEONTOLOGIE ȘI ETICĂ ÎN PSIHIATRIE ȘI PSIHOPATOLOGIE
(F. Tudose, C. Tudose)
Secolul XXI va fi etic sau nu va fi deloc 309
Psihiatria - o practică etică 310
Despre abuzul psihiatric 310
Diagnostic psihiatric și etică 311
Terapie și etică 312
Confidențialitate 313
Etică, transfer și contratransfer 314
Psihofarmacologie și etică 315
Boala și stigmatizarea 316
Drepturile pacienților 317

Bibliografie 321
Despre autori 335

ARGUMENT

Psihologia şi psihiatria s-au născut în acelaşi timp ca domenii specifice de cunoaştere şi de acţiune, adică la începutul secolului al XIX-lea. Deşi sursele lor au fost complet diferite, filosofia în cazul psihologiei şi medicina în cel al psihiatriei, întâlnirea lor, fertilă pentru ambele domenii, avea să se producă la scurt timp. Cartea medicului **Philip Pinel** – nume emblematic în psihiatria modernă – publicată în 1801, purta titlul de „Tratat medico-filosofic asupra alienării mintale". Ea a conturat de la început o nouă dimensiune a medicinei şi o coordonată indispensabilă psihiatriei, cea filosofică.

Istoria comună a devenit infinit mai densă, dar şi mai complicată, odată cu apariţia lucrărilor lui **Pierre Janet** şi **Sigmund Freud** – medici care au spart pur şi simplu tiparele doctrinare ale epocii, multiplicând demersul psihologiei şi îmbogăţind conceptele fundamentale ale acesteia.

Opera de tinereţe a medicului şi filosofului **Karl Jaspers** a dat consistenţă fenomenologică psihopatologiei, principiile metodologice elaborate de el au completat şi au contribuit la aprofundarea sistematică a rezultatelor abordării clinice pe care şcoala kraepeliană le obţinuse şi au oferit premise critice de raportare la şcoala psihanalitică şi chiar la existenţialism.

De altfel, fenomenologia se va dovedi una din cele mai fertile surse de dezvoltare şi înţelegere a psihopatologiei.

Modelul de boală psihică kraepelinian orientat spre biologia cerebrală, postulând atingerea creierului, a fost relativizat şi îmbogăţit de viziunea dinamică a lui **Adolf Meyer** care a adăugat dimensiunea psihosocială determinismului bolii.

Perspectiva neo-Kraepeliniană	Perspectiva modelului bio-psiho-social
Există o graniță între oamenii normali și cei bolnavi.	Doctorii psihiatri ar trebui să se concentreze asupra aspectelor biologice ale bolii mintale.
Granița care separă persoanele sănătoase psihic de cele bolnave psihic este fluidă, deoarece și normalii se pot îmbolnăvi ușor dacă sunt expuși unor traume suficient de severe.	O combinație de mediu dăunător și conflict psihic provoacă boli mintale.
Ar trebui manifestată o preocupare explicită și intenționată în privința diagnosticului și a clasificării.	Boala mintală este creată de-a lungul unui *continuum* de gravitate de la nevroze, stări borderline, la psihoze.
Criteriile de stabilire a diagnosticului ar trebui codificate și ar trebui ca o zonă legitimă și valoroasă a cercetării să valideze astfel de criterii prin diverse tehnici.	Mecanismele prin care se evidențiază bolile mintale la individ sunt mediate psihologic.
Tehnicile statistice ar trebui folosite în eforturile de cercetare îndreptate către îmbunătățirea calității și validității diagnosticelor și clasificărilor.	Postmodernitatea oferă doctorilor ocazia redefinirii rolurilor și responsabilităților lor.
Emil Kraepelin: "Observația clinică trebuie să fie suplimentată prin examinarea creierelor sănătoase și a celor bolnave".	*Alfred Meyer: „În mod obișnuit, un diagnostic face dreptate doar unui segment al faptelor și este pur și simplu o convenință a nosografiei".*

Progresul enorm al medicinei în ultimele decenii s-a răsfrânt și asupra psihiatriei, atât în ceea ce privește configurarea nosografică, dar și asupra interpretării mecanismelor etiopatogenice sau a semnificațiilor psihopatologice. Progresul uriaș al psihofarmacologiei a antrenat și dezvoltarea unor domenii de graniță cum ar fi neuropsihoendocrinologia, neurolingvistica, psihoimunologia, care vin să întregească patrimoniul de cunoaștere al psihiatriei moderne. Acceptarea tehnicilor psihoterapeutice în tratamentul tulburărilor psihice a dus la enorma lor dezvoltare și a restabilit un teritoriu de comunicare fertilă între psihiatru și psiholog.

Așa cum psihiatrul nu va putea să ignore nici o clipă în demersul său medical datele pe care psihologia ca știință a comportamentului le oferă, psihologul nu ar putea schița nici un gest terapeutic fără o temeinică cunoaștere a psihopatologiei și psihiatriei.

Subliniem faptul că psihologul modern nu se mai poate opri doar la studiul psihopatologiei atât timp cât psihiatrul prin definiție este un vindecător *(iatros – vindecare)*. Ignorarea sau minimalizarea unei părți din mijloacele pe care terapia contemporană le pune la dispoziția medicului ar fi o greșeală în defavoarea celui în suferință, dar și un gest anetic și neprofesional.

Evaluator sau psihoterapeut, cercetător sau practician, psihologul este obligat în demersul său să-și asimileze tezaurul complex de noțiuni și concepte cu care psihiatria operează și subliniem cu plăcere, dar și îngrijorare, pe cel al psihopatologiei. Îngrijorarea noastră este generată de apariția unor modele mai mult sau mai puțin ateoretice care abordează psihiatria nu din perspectiva fundamentală a faptului psihopatologic – singurul care evidențiază dimensiunea antropologică a psihiatriei – ci într-o manieră

tehnicistă, în care biologia, biochimia, statistica, sociologia sau chiar informatica țin locul *dimensiunii firești a psihopatologiei – cea cultural-spirituală.*

Psihologia nu a fost cum ar fi fost de așteptat un aliat și un susținător al psihiatriei, deși confuzia psihiatru/psiholog este una frecventă (ba chiar una întreținută deliberat de unii psihologi!). Au existat deseori „pactizări" din partea psihologilor cu opinia publică în jurul unor prejudecăți privind natura și imaginea bolii psihice. Aceste prejudecăți au fost sintetizate de Mihailescu R (1999) astfel:

1. nu există boală psihică
2. boala psihică este ereditară
3. boala psihică este rezultatul unei dezvoltări psihologice distorsionate
4. boala psihică este rezultatul unei sexualități anormale
5. boala psihică este o consecință a stresului

Același autor notează pertinent că prejudecățile amintite reflectă exagerările unor curente teoretice cel mai adesea reducționiste care au dominat gândirea psihiatrică. Trecerea lor în revistă ni se pare utilă în acest moment în care există o puternică orientare psiho-biologică, ce tinde să transforme psihiatria și psihopatologia într-un soi de alchimie neuronală, care nu vede individul decât prin perspectiva sinapsei. Psihiatria devine acum o „tautologie neurologică" (Bracken P, Thomas P, 2001).

Dogma inexistenței bolii psihice a fost esența antipsihiatriei, care a negat apartenența tulburărilor psihice la conceptul de boală și, de aici, necesitatea de a institui măsuri terapeutice medicale. Psihopatologia este redusă la un conflict generic individ-societate.

Originile curentului antipsihiatrie s-au aflat în Marea Britanie, având drept reprezentanți marcanți pe Laing DR și Cooper J (primul fiind și creatorul termenului de antipsihiatrie) dar și-a găsit repede adepți în Europa (Italia, Franța), cât și dincolo de ocean, având în Thomas Szasz cel mai puternic susținător.

Inițial antipsihiatria a relevat importanța analizei sociologice și a poziției sociogenetice în determinarea cauzelor bolii psihice, cadru depășit rapid prin contestarea instituțiilor psihiatrice și, ulterior, a psihiatrilor, care devin personajele țintă acuzate de promulgarea violenței sanatoriilor împotriva celor „etichetați" drept bolnavi. Folosindu-se cu multă abilitate de toate „fisurile" doctrinare și metodologice ale psihiatriei „oficiale", autorii antipsihiatriei (mulți dintre ei foști psihiatri de renume) au publicat o serie de lucrări, ale căror titluri senzaționale și deosebitul talent literar al unora dintre autori (mai ales Laing, Foucault, Esterson) le-au transformat pe multe dintre ele în „best-sellers" ale anilor '60: „Eul divizat", „Asylum", „Istoria nebuniei", „Politica experienței", „Mitul bolii mintale" etc.*

Besseur Ch subliniază faptul că antipsihiatria apare ca un curent de idei scandalos, percutant contestatar, uneori folcloric, născut în deceniul șapte.

Antipsihiatria caută explicații noi pentru boala psihică, pentru etiologia ei; ea neagă tablourile psihopatologice considerate ca fiind rezultat al ambiguității limbajului și relației pacient-medic, mergând până la desființarea barierei normal/bolnav psihic și afirmând inexistența fenomenului patologic pe care îl consideră doar „diferit". Astfel, schizofrenia devine un „mit" cultivat de societate și psihiatrie, o simplă ficțiune socială. Ins-

* Imaginea denaturată a psihiatriei a fost creată și de anumite producții cinematografice prezentând spectaculos, tragic, dar evident deformat, viața din spitale; în acest sens, un loc deosebit îl deține filmul lui Forman M. "Zbor deasupra unui cuib de cuci". Oricine poate face o comparație între acest film și recent-laureatul Oscar (2002) - "O minte strălucitoare" pentru a se convinge că astăzi cinematografia - opinia publică - nu mai crede că psihiatria crează boală psihică pentru a o reprima.

pirată de filozofia existențialistă și de fenomenologie (**Kierkegaard, Jaspers, Heidegger, Binswanger, Ivan Ilich, Sartre**), ca și de o serie de teze ale școlii de la Frankfurt (**Marcuse, Adorno, Fromm, Horkheimer**), antipsihiatria găsește obscure determinări socioculturale ale bolii psihice, afirmând potențialul patogenetic al societății ca și pe cel al celulei familiale, considerate ca fiind structuri ale violenței.

Cu toată zgomotoasa contestare și negație, antipsihiatria nu a reușit să ofere nimic în schimbul „modelelor" pe care le dorea dispărute, transformându-se, așa cum arăta **Ey H**, prin lipsa de coerență și metodă, ca și prin abordarea inadecvată a concepțiilor teoretice și științifice pe care psihiatria se fondează, într-o mișcare antimedicală, anti-instituțională și anticivilizatorie. Realitatea bolii psihice, corelațiile sale organice și transculturale, suferința și alienarea bolnavului psihic, precum și nevoia acestuia de ajutor constituie adevărurile cu care psihiatria operează eficient, dar pe care antipsihiatria le-a negat cu vehemență, construindu-și un eșafodaj de fantasme care au transformat-o în „apsihiatrie".

Este incitant faptul că „fenomenul antipsihiatric" a apărut ca o contestare de stânga a modelelor tradiționale și nu a avut în perioada sa de glorie nici un efect asupra psihiatriei din Est, conflictul individ-societate neputând fi pus în discuție aici.

După modificările sociale din 1989 au existat încercări timide de reluare a tezelor antipsihiatrice în fostele țări comuniste într-o globală contestare a sistemului prăbușit.

Boala psihică este ereditară – cea de-a doua mare prejudecată - își are rădăcini istorice importante în secolul al XIX-lea - vezi celebra degenerescență - dar este și un reflex al exagerărilor biologizante gata să găsească genele fiecărui comportament sau simptom.

Teoriile învățării sociale și datele psihologiei comportamentale creditează cea de-a treia prejudecată, după care boala psihică este rezultatul distorsiunilor din copilărie. Versantul social este aici cel pe care se rostogolește avalanșa de confuzii.

Prezentarea bolii psihice ca rezultat al unei sexualități anormale rezultă din exagerarea și vulgarizarea teoriei psihanalitice freudiene colportată într-o manieră folclorică.

În sfârșit, prezentarea bolii psihice ca o consecință a stresului este exogenizarea maximă a cauzalităților. Stresul – maladia epocii informaționale este, cel puțin în opinia mass-media, cauza princeps a bolii psihice, putând fi găsit drept componentă - cauză în cvasitotalitatea bolilor.

Este interesantă participarea entuziastă a unor medici organiciști la această teorie explicativă în care este implicat stresul - *acest veritabil flagel al vieții contemporane ne modifică actele noastre comportamentale ce se constituie în adevărați factori de risc pentru îmbolnăvire* (**Iamandescu IB, 2002**). La fel de pasionate par să fie și unele importante grupuri de psihologi pentru care această versiune simplificată a bolii ca reacție este suficient de intelectualizată pentru a căpăta legitimitate.

Am prezentat pe larg aceste câteva prejudecăți (sau poate fantasme) legate de domeniul psihiatriei și psihopatologiei, în special „atacul" antipsihiatric, pentru că în ciuda unor progrese metodologice, științifice și praxiologice excepționale *psihiatria este specialitatea medicală cea mai controversată* (**Teodorescu R, 2000**).

Abordările dogmatice legate de anumite curente de gândire care au dominat sau domină psihologia la un moment dat, oricât de seducătoare ar fi în dimensiunea lor explicativă sau ordonatoare, s-au dovedit incomplete. Am preferat de aceea cu toate limitele sale, abordarea eclectică și pragmatică recunoscând că psihiatria „a devenit un spațiu de constelație a tuturor direcțiilor după care se studiază natura umană" (**Lăzărescu M, Ogodescu D, 1993**).

În ultimii ani, în special în ultimul deceniu, s-a manifestat o tendință importantă de a acorda interes unor perturbări, disfuncții sau disabilități aflate într-o fază preclinică sau poate doar la granița dintre patologie și cenușiul unor trăiri normale dezagreabile (neliniștea, teama, tristețea, oboseala, frica, indiferența). Preocuparea deosebită din societatea modernă pentru sănătatea mintală, văzută nu doar ca o componentă fundamentală a sănătății, ci și ca o cheie de boltă a „fericirii perpetue" (Bruckner P) căutată de lumea occidentală, a extins, de asemenea, câmpul de intervenție a psihiatriei.

Cu toate acestea, psihiatria nu se poate extinde la nesfârșit chiar sub acoperirea acestui concept extrem de mediatizat numit sănătate mintală. Psihiatrul nu este un grănicer care păzește o frontieră, care își schimbă permanent traseul transformându-l într-un Sisif al normalității.

O recentă sinteză arăta că, pe măsură ce perspectiva soluțiilor la problemele de sănătate mintală este din ce în ce mai bogată prin tratamentele psihiatrice, granițele tradiționale ale tulburării psihiatrice s-au lărgit. Problemele zilnice considerate ca teritoriu al altor sfere sociale s-au "medicalizat" prin psihiatrie. Se consideră că îngrijirea sănătății mintale poate funcționa ca o soluție pentru multe probleme personale și sociale diferite.

Spre exemplu, diagnosticul tulburării de deficit de atenție/hiperactivitate la copii a crescut dramatic în ultimii ani în țările anglo-saxone, în paralel cu o creștere la fel de explozivă a prescrierilor de medicamente stimulante. Totuși, comportamentul copiilor la care se identifică tulburarea deficitului de atenție/hiperactivitate se suprapune cu comportamentul care apare frecvent la copii când aceștia se simt frustrați, anxioși, plictisiți, abandonați sau stresați în orice alt mod.

Dintr-o perspectivă critică este evident că fenomenul social de supraîncărcare medicamentoasă a copiilor nu indică o creștere reală a frecvenței unei tulburări mintale, ci o strategie de mutare a accentului de la sarcina dificilă de îmbunătățire a calității vieții de familie și a sistemelor școlare. Recurgerea la tratament medicamentos descurajează însă asumarea responsabilității individului și, deci, exacerbează dificultățile pe care acesta ar trebui să le remedieze.

Un alt exemplu este cel al tulburării de stres posttraumatic, oficial admisă în clasificări în Statele Unite în urma unor repetate intervenții la nivel politic pentru a recunoaște suferința psihică a veteranilor de război din Vietnam care au trecut prin situații dramatice. Nu după mult timp, diagnosticarea a început să se asocieze cu experiențe mai puțin extreme, ceea ce a încurajat cererile de recompensare pentru daune psihologice. Cu toate acestea, medicalizarea suferinței umane traumatice prezintă riscul reducerii acesteia la nivelul unei probleme tehnice.

Exemplele pot continua cu adevărate noi capitole de patologie cum ar fi cazul anxietății sociale. Este deosebit de interesant că adepții viziunilor biologice în psihiatrie nu numai că nu neagă noile entități, ci găsesc modele neurochimice cu o suspectă ușurință creatoare. Mai mult, marile companii producătoare de psihotrope produc într-un vârtej amețitor de înnoire medicamente precis circumscrise noilor entități. La fel de inventivi, psihoterapeuții, de cele mai diverse orientări doctrinare, găsesc soluții rapid adaptate noilor provocări.

O serie de medici, sociologi, psihologi arată că psihiatria trebuie să-și reducă excesele, în special pe cele biologizante, reîntorcându-se și limitându-se cu insistență la modelul biopsihosocial.

O nouă direcţie numită postpsihiatrie (Bracken P şi Thomas P, 2001) ridică o serie de probleme în această perioadă în care societatea trece, împreună cu medicina, în epoca postmodernă. Întrebările pe care reprezentanţii acestui curent le consideră legitime ar fi următoarele:

(1) Dacă psihiatria este produsul instituţiei, care va fi capacitatea sa de a determina natura îngrijirilor postinstituţionale?

(2) Putem să ne imaginăm o relaţie între medicină şi bolnavul psihic diferită de cea care s-a format în sistemul azilar al epocilor precedente?

(3) Dacă psihiatria este produsul unei culturi preocupată de raţionalitate şi individualitate, ce fel de sănătate mintală se potriveşte lumii postmoderne în care aceste preocupări sunt în evidentă scădere?

(4) Cât de adecvată este psihiatria occidentală pentru grupurile culturale care sunt adeptele unei ordini spirituale a lumii, accentuării dimensiunii etice în ceea ce priveşte familia şi comunitatea?

(5) Cum am putea interveni şi separa problematica îngrijirilor de sănătate mintală de excluderea socială şi coerciţia exercitată în ultimele două secole în acest domeniu?

Provocările cărora psihiatria postmodernă va trebui să le facă faţă sunt următoarele:

- Încrederea în puterea ştiinţei şi tehnologiei de a soluţiona problemele sociale şi umane este în scădere.
- Psihiatria trebuie să meargă dincolo de caracterul său "modernist" pentru a se corela cu propunerile guvernamentale cele mai recente şi cu puterea din ce în ce mai mare a utilizatorilor de servicii.
- Post-psihiatria accentuează contextele sociale şi culturale, pune etica înaintea tehnologiei şi încearcă să reducă, cât de mult posibil, controlul medical al intervenţiilor coercitive.

Această direcţie se doreşte o cale de mijloc între excesele psihiatriei şi orgoliile antipsihiatriei, dar sunt mulţi aceia care arată că psihiatria poate trece fără secuse în epoca postmodernă dacă pregătirea medicilor îşi păstrează dimensiunea antropologică şi filosofică, şi dacă psihiatria este gata să îşi asume responsabilităţile pe care le-a avut întotdeauna.

Se demonstrează că afirmaţia de acum un deceniu a şcolii de la Timişoara - tutelată de spiritul profesorului Pamfil - după care: „Psihiatria constituie un document autentic al curajului, generozităţii şi responsabilităţii de a înfrunta, descifra şi asista una dintre cele mai cumplite şi, în acelaşi timp, misterioase tragedii ale fiinţei umane, numită generic *boală psihică.*" (Lăzărescu M, Ogodescu D, 1993) este mai actuală ca niciodată.

O carte de psihopatologie şi psihiatrie pentru psihologi este un deziderat mai vechi, a cărui transpunere în pagină am dorit să fie făcută astfel încât la nivelul specialistului, cu precădere al celui în formare, să ajungă noţiunile fundamentale cu conţinut teoretic şi practic, care să-l pună cu psihiatrul nu doar într-o situaţie de comunicare reală, ci şi într-un demers comun diagnostic şi terapeutic.

Parcurgerea acestui manual nu va transforma în nici un caz psihologul într-un psihiatru simplificat. Reiterăm până la banalizare ideea că psihiatria şi psihopatologia aparţin domeniului medical. Aşa cum psihologii care lucrează în laboratoarele de neuropsihologie de exemplu, nu devin neurologi, nici psihologul clinician nu va substitui psihiatrul.

Într-o vreme în care „mareea informaţională" se materializează nu rareori în voluminoase tratate în domeniu, ne-am orientat efortul pentru o carte de sinteză, un ghid

accesibil celui aflat la început de drum. O descifrare corectă a orizontului suferinței psihice va îmbogăți nu doar percepția profesională a fiecărui specialist, ci și viziunea mai largă, umanistă, pe care psihologul trebuie să o aibă.

Această carte este și o încercare de a defini locul în care demersul psihologului este maxim în echipa terapeutică sau individual într-o afecțiune sau alta.

Am pus la îndemâna celor doritori și unele din instrumentele de evaluare (chestionare și teste) pe care, într-o entitate sau alta psihologul le poate folosi pentru a sublinia pregnanța unor simptome sau evoluția acestora sub terapie.

Suntem conștienți că acest prim demers ar putea să fie incomplet, dar suntem siguri că orice încercare de acest fel este perfectibilă.

Faptul că specialistul din echipa terapeutică va avea de acum un ghid comprehensibil va fi cea mai importantă contribuție pe care o astfel de lucrare o poate aduce.

CAPITOLUL 1

DOMENIUL ŞI INSTRUMENTELE PSIHOPATOLOGIEI

- De data asta o să-ţi răspund fără poveşti, nebunia este incapacitatea de a-ţi împărtăşi ideile. Ca şi cum ai fi într-o ţară străină, ai vedea totul, ai înţelege ce se întâmplă în jurul tău dar ai fi incapabil să te explici şi să fii ajutat pentru că nu înţelegi limba vorbită acolo.

- Toţi am simţit asta.

- Toţi într-un fel sau altul suntem nebuni.

Paulo Coelho

DEFINIŢIA, OBIECTUL ŞI CONŢINUTUL PSIHOPATOLOGIEI

RAPORTUL CU ALTE ŞTIINŢE

MODELE ÎN PSIHOPATOLOGIE

- Modelul ateoretic
- Modelul behaviorist
- Modelul biologic
- Modelul cognitivist
- Modelul dezvoltării
- Modelul ecosistemic
- Modelul etnopsihopatologic
- Modelul etologic
- Modelul existenţialist
- Modelul experimental
- Modelul fenomenologic
- Modelul psihanalitic
- Modelul social
- Modelul structuralist

OBIECTUL PSIHOPATOLOGIEI

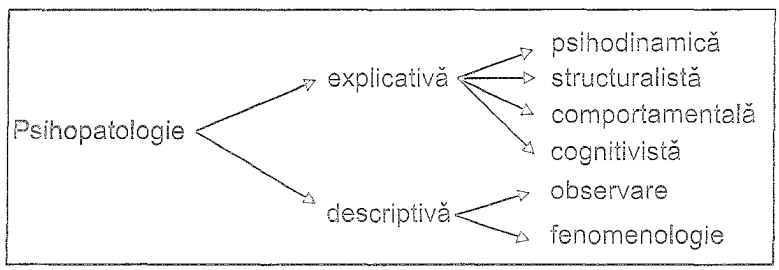
1.1. DEFINIȚIA, OBIECTUL ȘI CONȚINUTUL PSIHOPATOLOGIEI

Ca și în cazul psihologiei medicale, definirea noțiunii de psihopatologie rămâne încă supusă disputelor, cu atât mai mult cu cât folosirea unor sinonime de tipul patopsihologiei sau psihologiei patologice dispune la confuzia cu psihologia clinică.

Astfel, dicționarul Larousse consideră că există o sinonimie între psihopatologie și psihologia patologică care ar fi *disciplina având drept obiect studiul tulburărilor de comportament, de conștiință și de comunicare* (Sillamy N, 1995). Ea este plasată, în opinia acestui autor, la jumătatea drumului dintre psihologie și psihiatrie și completează abordarea clinică prin metode experimentale, teste și statistică.

Există uneori chiar tendința de a suprapune domeniul psihopatologiei peste cel al psihologiei medicale și a o prezenta pe aceasta ca forma în care medicul ia cunoștință de tulburările psihice.

Psihopatologia nu abordează simptomele dintr-o perspectivă organică încercând să răspundă la întrebarea „de ce?", ci se referă la desfășurarea acestora în comportamente anormale răspunzând la întrebarea „cum?". Ea își propune să pătrundă în *universul morbid* al subiectului (Sillamy N, 1965) pentru a cunoaște viața psihică anormală în realitatea sa, mijloacele sale de exprimare, raporturile sale de ansamblu (Jaspers K, 1928).



Minkowski E (1966) precizează că psihopatologia în raport cu clinica psihiatrică are statutul unei surori mai mici.

Psihopatologia este un studiu sistematic al trăirilor anormale, cunoașterii și comportamentului; studiul manifestărilor tulburărilor mintale (Sims A, 1995). Acest autor subliniază cele două direcții importante ale psihopatologiei: cea explicativă - aflată în raport cu construcțiile teoretice și cea descriptivă - care descrie și clasifică experiențele anormale relatate de pacient sau observate în comportamentul său.

1.2. RAPORTUL CU ALTE ȘTIINȚE

Știința manifestărilor patologice ale vieții psihice, psihopatologia, se află în raport cu psihologia, în opinia lui Minkowski E, în aceeași poziție în care se află patologia față de fiziologie în medicină. Pentru alți autori psihopatologia este un studiu sistematic care presupune evidențierea etiologiei, simptomatologiei și evoluției bolilor mintale, iar alții consideră că este o parte a psihologiei patologice care se ocupă cu boala psihică, cu manifestările psihice ale bolii somatice sau cu dezadaptarea. Se poate ușor observa că psihopatologia își suprapune domeniul peste cel al psihiatriei, de care este despărțită de

intervenția psihoterapeutică. Totuși, există deja descrieri psihopatologice privind patologia adăugată prin intervenția terapeutică, fie că aceasta este biologică sau psihologică.

Născută în marginea practicii medicale psihiatrice, psihopatologia poate releva lucruri esențiale despre om, despre infrastructura existenței conștiente și aduce mărturie despre situațiile limită în care persoana umană conștientă alunecă spre minusul dezorganizării și anulării specificității sale, afirmă Lăzărescu M (1989), abordând domeniul dintr-o perspectivă antropologică.

Enăchescu C (2000) este tranșant, afirmând că psihopatologia studiază fenomenul psihic morbid, separându-se în felul acesta atât de psihiatrie cât și de psihologie sau, mai exact, situându-se între acestea.

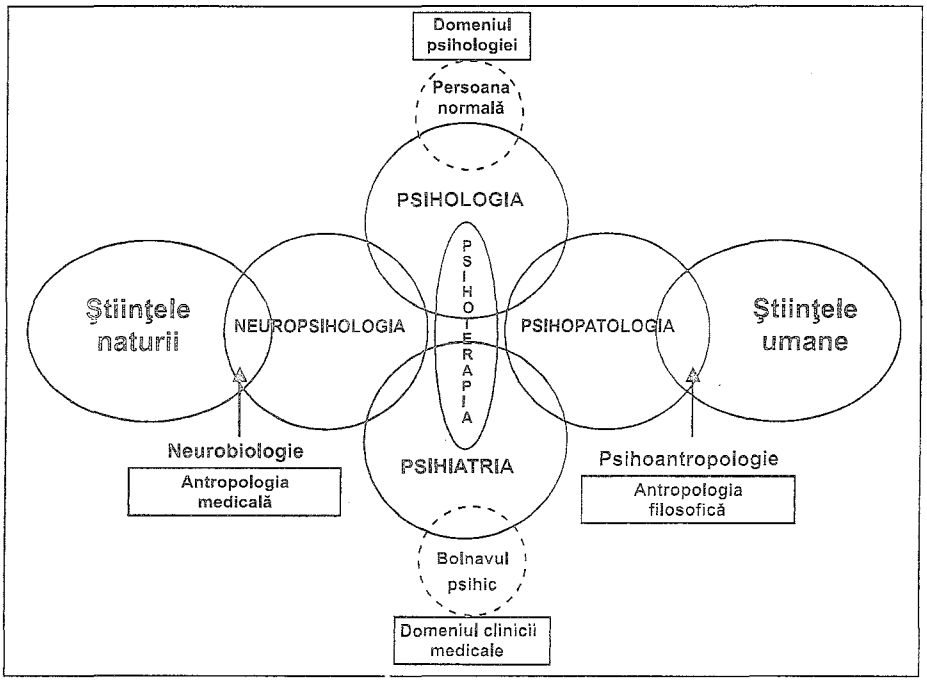
Același autor arată că psihopatologia, nefiind o disciplină medicală, nu este interesată de bolile psihice, ci utilizează *materialul psihiatric* comparându-l cu *normalul psihic* oferit de psihologie. Evident, această abordare implică definirea fenomenului psihic morbid, care este privit de psihopatologie atât în dimensiunea sa antropologică ca natură a persoanei, dar și în cea ontologică, ca o modalitate de existență a acesteia. În acest fel se afirmă interioritatea morbidului psihologic fiind un fapt de experiență sufletească proprie subiectului. De aici ar rezulta o altă delimitare de psihiatrie care analizează tulburările mintale *din exterior* considerându-le obiectivate în spațiul clinico-medical. Orice fapt psihopatologic implică, într-un fel sau altul, conștiința morală a subiectului (Lăzărescu M). Este cert că relevând prezența în individ a generalității umane spiritual-valorice, conștiința morală este un criteriu pentru o judecare ce evaluează și sancționează, susținând sensul acțiunii din existența persoanei care-și asumă și-și afirmă liber și sintetic ființarea în lume valorizând, regenerând și devenind.

O extindere dar și o conexiune importantă a intervenit între psihopatologie și restul medicinei, alta decât psihiatria, odată cu apariția viziunii psihosomatice. Având în centrul preocupărilor relația directă dintre tulburările emoționale și afective, tulburările de adaptare și bolile somatice, psihosomatica stabilește legături între faptul psihopatologic și leziunea biologică funcțională sau organică. Un specialist în medicină internă (Jores, 1970) citat de Luban-Plozza B (1991) identifică drept *afecțiuni umane* specifice, un grup de suferințe în care nu se exprimă atât de mult efectul fizic cât mai degrabă problemele de viață ale pacientului și eșecurile acestuia, afecțiuni care nu se întâlnesc la animale decât dacă acestora li se schimbă în prealabil mediul psihosocial. El conchide că dacă diferența nu este de natură biologică ea trebuie să aibă sorgintea în specificul uman și că doar psihoterapia este capabilă să oprească o evoluție patologică de acest tip.

Medicina actuală se îndreaptă încet-încet, spre o orientare psihologică, atât în privința aprecierii factorului psihic ca agent etiologic, factor de risc sau trigger în majoritatea bolilor somatice plurifactoriale, cât și în cea a considerării lui ca agent furnizor de sănătate (Iamandescu IB, 2000).

Trebuie notată și distincția făcută de Jaspers K care arăta că în timp ce psihiatria este o știință aplicativă care are drept obiect individul, psihopatologia analizează generalul pentru a-l exprima în concepte și relații. Dacă Jaspers K (1913) se referea la așanumita psihopatologie generală, Schneider K vorbește de psihopatologia clinică (1950) ca fiind studiul anormalității psihice prin referire la cazuri clinice care conduc la cunoașterea simptomelor psihopatologice și la diagnostic. Folosind metoda descriptiv-analitică, psihopatologia clinică s-ar afla, în opinia acestui autor, sub semnul unui dualism empiric în abordarea anormalităților psihice ca varietăți anormale ale ființei psihice, iar dintr-o altă perspectivă ca diferite consecințe ale bolilor și malformațiilor pe de o parte, iar pe de altă

parte prin subordonarea conceptelor şi denumirilor diagnostice uzuale în demersul diagnostic atât direcţiei somatologice, cât şi celei psihopatologice.



Relaţiile dintre disciplinele psihologice după Enăchescu C (2000)

Este evidentă legătura psihopatologiei cu psihologia medicală căreia îi oferă mijloacele de abordare ale unor situaţii decurgând din cunoaşterea topografiei şi dinamicii unor situaţii patologice. Noţiuni de psihopatologie vor face întotdeauna parte structurală din corpul psihologiei medicale. Credem că orice carte de psihologie medicală nu poate eluda problema prezentării sumare a elementelor de semiologie psihiatrică. Aceasta pentru că nu se poate vorbi de tulburări fără să se dea un conţinut psihopatologic acestora. Cu atât mai mult cu cât pentru medici psihiatria a fost considerată doar o dexteritate, iar pentru psihologi psihopatologia rămâne un tărm prea îndepărtat considerat adesea al altora. În plus, necesitatea acestei prezentări este legată de circumstanţele diverse în care simptomele se regăsesc, circumstanţe care nu sunt de cele mai multe ori ale bolii psihice.

1.3. MODELE ÎN PSIHOPATOLOGIE

În domeniul psihopatologiei termenul de „model" revine frecvent. Fără îndoială, aşa cum sublinia **Rouanet H (1983)**, „modelele sunt la modă". În fiecare zi, întâlnim noi modele; le folosim şi apoi, mai devreme sau mai târziu, le uităm, fără a fi încercat cu adevărat să aprofundăm nici motivele pentru care au fost la modă şi nici pe cele ale declinului lor.

După Rosenhan şi Seligman (1984) există două tipuri de modele:

(a) modelul-cadru, model pe care nu îl readucem în discuţie şi care furnizează un context pentru interpretarea datelor culese. Acesta ar fi, după cum spunea Goguelin (1983) modelul ca instrument ştiinţific;

(b) modelul-ipotetic, model pe care încercăm a-l valida, probându-l prin rezultate experimentale.

Abordările domeniului psihopatologiei făcute din aceste două direcţii au condus la o multiplicare a unghiurilor sub care domeniul a fost analizat. Într-o lucrare recentă a lui Ionescu Ş. (1995) inventariind nu mai puţin de 14 perspective diferite, acestea sunt în ordine alfabetică abordarea ateoretică, behavioristă, biologică, cognitivistă, din perspectiva dezvoltării, ecosistemică, etnopsihologică, etologică, existenţialistă, experimentală, fenomenologică, psihanalitică, socială şi structuralistă. Vom trece în revistă aceste modele şi pentru a sublinia enorma diversitate a încercărilor de explicare a manifestărilor psihologice patologice.

Modelul ateoretic

Psihopatologia, în cadrul căreia descrierea tulburărilor se doreşte ateoretică, a fost creată în Statele Unite, odată cu elaborarea celei de-a doua şi, ulterior, a celei de-a treia ediţii a *Manualului diagnostic şi statistic al tulburărilor mintale,* cunoscute sub numele de *DSM II* şi *DSM III.* Abordarea ateoretică vizează depăşirea limitelor cunoştinţelor noastre actuale privind etiologia tulburărilor psihice şi facilitarea comunicării între clinicieni cu orientări teoretice diferite.

În cazul *DSM III* şi *DSM IV,* adoptarea unui sistem multiaxial de diagnostic este consecinţa ateorismului etiologic ce a făcut necesară înregistrarea ansamblului informaţiilor disponibile în: tulburările mintale (Axele I), tulburările de personalitate şi întârzierea mintală (Axa II), tulburările sau afecţiunile fizice prezente la persoana evaluată şi susceptibile de a avea importanţă în înţelegerea sau tratamentul cazului (Axa III), problemele psiho-sociale şi de mediu care ar putea influenţa diagnosticul, tratamentul sau pronosticul tulburărilor mintale (Axa IV) şi, în fine, funcţionarea psihologică, socială şi profesională a persoanei evaluate (Axa V).

Pentru a ameliora fidelitatea diagnostică, *DSM III* şi *DSM IV* se bazează pe un sistem operaţional de criterii diagnostice. Aceste criterii sunt descriptive, definirea lor este precisă şi univocă. Ele au fost validate empiric şi posedă o înaltă fidelitate între evaluatori. Aceste criterii se bazează totuşi pe un raţionament clinic şi nu au fost încă validate complet.

Modelul behaviorist

Trei principale direcţii în dezvoltarea behaviorismului - primele două bazate pe paradigmele condiţionării clasice şi ale condiţionării operante şi, a treia, reprezentată de behaviorismul social sau paradigmatic - au influenţat nu numai intervenţia terapeutică, dar au marcat, de asemenea, într-o manieră importantă, modul de înţelegere al tulburărilor psihopatologice.

Potrivit opticii behavioriste, comportamentele anormale şi normale sunt dobândite şi menţinute prin mecanisme identice şi în conformitate cu legile generale ale învăţării. Behavioriştii resping orice cauză internă ca o cauză ultimă a comportamentului şi leagă apariţia oricărui comportament de mediul înconjurător al subiectului. Din acest motiv, clinicienii încearcă să precizeze condiţiile specifice de mediu care preced, acompania-

ză sau urmează comportamentele studiate. Este vorba de o analiză destinată a preciza variabilele de mediu care sunt în relație cu comportamentele respective. Behaviorismul paradigmatic sau social acordă o greutate superioară investigațiilor sistemelor de personalitate descrise de **Staats AW** și constituite din repertorii comportamentale de bază. Aceasta implică un examen al fiecărei sfere de personalitate în termeni de lacune comportamentale sau de comportamente incorecte. În cadrul acestei abordări, o importanță particulară este acordată istoriei perioadei de învățare a pacientului și a condițiilor de învățare descrise ca lacunare sau inadecvate.

Modelul biologic

Psihopatologia biologică este o abordare în care accentul este pus în principal pe influența modificărilor morfologice sau funcționale ale sistemului nervos asupra genezei tulburărilor mintale.

Teza conform căreia afecțiunile mintale sunt substratul organic este veche și lucrarea lui **Kraepelin E** este, în general, considerată ca apogeul psihiatriei organiciste. Evoluția ulterioară implică apariția a două curente: psihobiologia dezvoltată de **Meyer A** și organodinamismul lui **Ey H.**

Modelul cognitivist

Abordarea cognitivistă a psihopatologiei vizează explicarea tulburărilor mintale ținând cont de procesele prin intermediul cărora o persoană dobândește informații despre sine și mediu, asimilându-le pentru a-și regla comportamentul.

Două teorii explică apariția depresiei.

Prima, teoria lui **Aaron Beck** poate fi schematizată sub forma unei secvențe ce cuprinde următoarele cauze:

(a) cauzele contributive distale reprezentate de schema depresogenă (care constituie o diatezã sau predispoziție) și de stresul generat de evenimentele de viață negative;

(b) cauzele contributive proximale reprezentate de distorsiunile cognitive (diferitele tipuri de erori logice comise de subiect);

(c) cauza suficientă proximală constituită din triada negativă (un punct de vedere negativ privind propria sa persoană, judecăți pesimiste privind lumea exterioară și un punct de vedere negativ referitor la viitor).

A doua teorie, elaborată de **Abramson LY, Seligman MEP** și **Teasdale J D,** este denumită teoria disperării. Ea se referă la o secvență care începe prin două cauze contributive distale:

(a) apariția unor evenimente de viață negative sau ne-apariția unor evenimente pozitive;

(b) o diatezã legată de atribuire (stil depresogen de atribuire), care înseamnă că anumite persoane au tendința generală de a atribui evenimentele negative unor factori interni, stabili și globali și de a considera aceste evenimente ca fiind foarte importante. Cauza contributivă proximală o reprezintă faptul că, pe de o parte, subiectul atribuie evenimentele de viață negative unor factori stabili și globali, iar pe de altă parte el acordă o mare importanță acestor evenimente.

Demersul conceptual dominant în psihopatologia cognitivistă este actualmente paradigma tratamentului informației. Numeroase cercetări sunt consacrate tratamentului inconștient al informației, problematică importantă pentru psihopatolog.

Modelul dezvoltării

Printre contribuțiile care au condus la constituirea abordării din perspectiva dezvoltării psihopatologiei, lucrările lui **Zigler E** și ale colaboratorilor săi ocupă un loc important. Cercetările acestora sunt influențate de conceptualizarea „organizațională" a dezvoltării propuse de **Werner H.** Școala lui **Zigler E** consideră dezvoltarea patologică drept o lipsă de integrare a competențelor sociale, emoționale și cognitive, importante pentru adaptarea la un anumit nivel de dezvoltare.

Printre celelalte contribuții la constituirea unei abordări a psihopatologiei din perspectiva teoriei dezvoltării, două sunt mai importante. Prima, cea a lui **Achenbach TM** constituie - spre deosebire de **Zigler E** care s-a interesat de psihopatologia adultului - o abordare din perspectiva dezvoltării a psihopatologiei copilului și adolescentului. A doua contribuție a rezultat din studiul sistematic al derulării vieții diferitelor persoane cu scopul de a decela indicii privind originile și dezvoltarea tulburărilor mintale.

Modelul ecosistemic

Interacționismul - sinteză dialectică între personalism și situationism - a evoluat spre abordarea ecosistemică datorită a două progrese epistemologice: teoria generală a sistemelor și ecologia umană.

Ecosistemul uman, unitate de bază în câmpul ecologiei umane, se schimbă permanent, pentru a-și menține stabilitatea. Înțelegerea acestui paradox aparent necesită utilizarea unui model cu niveluri multiple, cum ar fi, de exemplu, cel cu șase niveluri propus de **Stachowiak J** și **Briggs SL,** pentru o utilizare diagnostică și terapeutică.

Abordarea ecosistemică are importante implicații în psihologie. Ea propune o interpretare diferită a noțiunilor de sănătate mintală și patologie, precum și a noțiunii de simptom. În acest cadru, simptomele unei persoane pot fi considerate drept o metaforă a relațiilor interpersonale.

Spiritul abordării ecosistemice este ilustrat într-o secțiune a acestui capitol, prin modelul interacționist al psihopatologiei propus de **Marsella.** Acest model are patru componente de bază:

1. persoane care, cu resursele de care dispun (biologice, psihologice sau sociologice), încearcă să înfrunte stresul;
2. mediul de unde provin factorii de stres;
3. interacțiunea factorilor de stres cu resursele organismului, care conduce la starea de stres;
4. psihopatologia, concepută drept „adaptativă", întrucât ea este constituită din configurații de răspunsuri psihologice și fiziologice la stres.

Rețelele sociale constituie a doua temă utilizată pentru a ilustra abordarea ecosistemică. Cu ajutorul unei metodologii special concepute, **Pattison EM** diferențiază trei tipuri de rețele sociale - cea a persoanei normale, cea de tip nevrotic și cea de tip psihotic - tipuri de rețele care au implicații practice în dezvoltarea strategiilor de intervenție asupra rețelelor sociale.

Modelul etnopsihopatologic

Etnopsihopatologia studiază raportul dintre tulburările psihopatologice și cultura pacientului. **Freud S,** reprezentanții școlii culturaliste și neo-freudiene americane, precum și **Devereux G,** au adus contribuții majore la dezvoltarea acestei abordări.

Actualmente, în etnopsihopatologie se înfruntă două mari perspective. Prima, denumită **emică**, subliniază ceea ce este specific unei anumite culturi și poate fi ilustrată în special prin sindroamele „cu specificitate culturală" sau „legate de cultură" care nu apar decât în anumite comunități culturale. Printre aceste sindroame pot fi citate **latah**, **koro** și **amok**.

A doua perspectivă, numită **etică**, privilegiază universalitatea tulburărilor, existența unor invarianți clinici. Programele de cercetare ale Organizației Mondiale a Sănătății asupra tulburărilor depresive și schizofreniei aduc argumente în favoarea acestei poziții.

Modelul etologic

Cu precădere după apariția teoriei atașamentului, etologia - adică studiul comportamentelor speciilor animale în mediul lor natural - a început să exercite o influență metodologică și conceptuală asupra psihopatologiei. Aportul etologiei este și euristic, întrucât ea permite formularea de ipoteze privind originea tulburărilor psihopatologice.

O componentă importantă a contribuției etologilor la înțelegerea manifestărilor psihopatologice este constituită de descrierea minuțioasă a schemelor comportamentale. Această fază descriptivă este un preambul obligatoriu al oricărei cercetări ce vizează formularea de ipoteze privind cauzalitatea faptelor patologice. Cercetarea bazată pe o abordare etologică cuprinde trei faze: descriptivă, exploratorie și evaluativă.

Modelul existențialist

Profund influențată de filosofia existențialistă de la care împrumută elemente esențiale ale cadrului teoretic și o mare parte din vocabular, psihopatologia existențialistă, abordare relativ puțin cunoscută, are implicații importante pentru înțelegerea existenței persoanei care prezintă tulburări psihologice, precum și a tulburărilor în cauză.

În cadrul acestei orientări, trebuie încercată, înainte de toate, o percepere a pacientului așa cum este el în realitate, o descoperire a sa ca ființă umană, ca ființă-în-lume, și nu drept o simplă proiecție a teoriilor noastre despre el. Această abordare ne arată că persoana umană trebuie considerată drept un proces și nu un produs. Preocupați de problemele voinței și deciziei umane, existențialiștii insistă asupra faptului că ființa umană își poate influența relația cu destinul. Abordarea existențialistă repune în discuție frontiera dintre „normalitate" și „patologie", făcându-ne să descoperim o psihopatologie a majorității, larg răspândită printre membrii societății noastre, care trăiesc angoasa izolării și alienării.

Modelul experimental

În 1903, **Pavlov IP** folosește pentru prima dată termenul de psihopatologie experimentală și subliniază importanța experimentelor pe animale pentru înțelegerea patologiei umane. Psihopatologia experimentală este abordarea consacrată studiului comportamentului patologic experimental sau studiului experimental al comportamentului patologic.

O a doua direcție de cercetare este inițiată de **Baruk H** și **de Jong** care, în anii **1928-1930**, încep să studieze realizarea la animal, a catatoniei. Aceste cercetări au atras atenția asupra importanței studiului biochimic al psihozelor și au arătat că se pot produce în laborator - cu ajutorul bulbocapninei - perturbări psihomotorii de tip catatonic, specifice schizofreniei. Impactul acestor cercetări în plan terapeutic nu a fost însă semnificativ.

Studiul experimental al tulburărilor psihopatologice prezentate de pacienții cu boli psihice poate fi ilustrat prin cercetările privind viteza de tratare a informației la persoanele cu schizofrenie.

Modelul fenomenologic

Psihopatologia fenomenologică își are originile în filosofia germană cu același nume. Aportul fenomenologiei a condus la două demersuri principale în psihopatologie. Prima, care ar putea fi calificată drept descriptivă, este cea a lui **Jaspers K.** În acest caz, psihopatologia se ocupă mai ales de ceea ce trăiesc bolnavii, le studiază stările sufletești, încercând să le dezvăluie semnificațiile.

Al doilea demers este cel al lui **Binswanger L,** mult mai impregnat de referințe filosofice și cunoscut mai ales datorită studiilor asupra schizofreniei, maniei și melancoliei.

Modelul fenomenologic de cercetare, ilustrat în acest capitol de studiul asupra spitalizării în psihiatrie, are două caracteristici principale: (a) nu caută cauzele unei boli sau ale unei deviații care au condus la internare; (b) încearcă să descopere care este „experiența nebuniei" pornind de la cei care au trăit-o și care devin astfel principalele surse de informații și date.

Modelul psihanalitic

Abordarea psihanalitică are o importanță capitală. Acest lucru este valabil din motive diferite, atât pentru partizanii ei, cât și pentru adversari sau pentru cei care se situează între aceste două poziții extreme.

În ciuda imensității operei psihanalitice, unele contribuții ale abordării psihanalitice în psihopatologie au o semnificație deosebită: importanța trecutului personal, a sexualității, a experiențelor individuale și faptul de a concepe boala mintală dintr-o perspectivă funcțională, ca o tentativă de ajustare, de rezolvare a unor probleme care nu au putut fi rezolvate într-o altă manieră, mai satisfăcătoare.

Prima secțiune a capitolului este consacrată răspunsurilor privind problema caracterului științific al psihanalizei. Punctele de vedere cuprinse în aceste răspunsuri sunt grupate în cinci categorii: (1) psihanaliza este o știință; (2) psihanaliza este parțial o știință; (3) psihanaliza este o știință hermeneutică; (4) psihanaliza nu este o știință; (5) psihanaliza este altceva.

Modelul social

Psihopatologia socială are două obiecte de studiu principale: (1) rolul factorilor sociali în etiologia manifestărilor psihopatologice (sau sociogeneza acestora); (2) repercusiunile bolii mintale asupra relațiilor pacientului cu mediul său social.

Două teme de cercetare ilustrează preocupările specifice câmpului psihopatologiei sociale. Prima este cea a relației dintre apariția tulburărilor mintale și apartenența la o clasă socială. Datele disponibile – și în special cele obținute în cercetarea lui **Goldberg RJ** și **Morrison (1963)** – tind să sprijine ipoteza „derivei sociale", care afirmă că persoanele atinse de schizofrenie (și probabil și de alte tulburări mintale) alunecă spre partea de jos a structurii sociale, ca rezultat al incapacității lor de a face față problemelor cotidiene.

A doua temă abordată este variația istorică a datelor epidemiologice. Observarea unor astfel de modificări permite formularea unor ipoteze privind relațiile dintre ele și schimbările sociale observate în perioada respectivă. Rezultatele obținute până acum arată că astfel de relații există, de exemplu, în cazul suicidului și al schizofreniei.

Modelul structuralist

Apariţia şi dezvoltarea unei abordări structuraliste a psihopatologiei sunt legate, mai întâi, de dezvoltarea puternică a structuralismului, important curent de gândire care propune căutarea unor explicaţii prin folosirea noţiunii de structură. Aceasta poate fi definită drept aranjamentul în care părţile sunt dependente de întreg şi, prin urmare, solidare între ele. Legat de noţiunea de structură, **Piaget J** insistă pe caracterul ei de totalitate, de transformare şi autoreglare, adăugând că descoperirea unei structuri trebuie să permită o formalizare.

1.4. OBIECTUL PSIHOPATOLOGIEI

Ambiţia psihopatologiei de a cuceri în întregime un domeniu imens nu se poate realiza în opinia lui **Jaspers K** decât cu criterii şi limite care să o ajute să nu-şi depăşească atribuţiile.

Lanteri LG citat de **Prelipceanu D (1989)** stabileşte criteriile de clasificare a teoriilor psihopatologice:

- conceptia psihiatrică iniţială, care diferenţiază teoriile intrinseci domeniului psihiatric (ca organicismul, organodinamismul, psihanaliza, antipsihiatria) de cele extrinseci acestui domeniu (psihologice, ca behaviorismul, sau sociologice, ca teoriile sociogenetice);
- extensiunea domeniului psihiatric a avut în vedere teorii care pretind că studiază totalitatea psihismului sau numai un sector modificat patologic al acestuia. Acest criteriu permite validarea teoriilor psihopatologice în funcţie de sectoarele de patologie psihică efectiv studiate;
- criteriul sincronic sau diacronic al abordării explicative psihiatrice.

În ceea ce priveşte obiectul psihopatologiei, aşa cum arătam, acesta nu este individul în sens restrâns ci persoana umană în toate ipostazele organizării sale multinivelare.

NIVELE ÎN ORGANIZAREA PERSOANEI (după Enăchescu C, 2000)

Personalitatea	Corpul + psihismul (soma + psyche)
Fiinţa umană	Supra Eu + conştiinţă umană
Individul social	Persoana umană ca instituţie social-juridică
Fiinţa istorică	Existenţa persoanei în sens psihobiografic
Fiinţa metafizică	Persoana ca proiecţie sau ca transsubiectivitate individuală

Desigur, descrierea faptelor psihopatologice necesită un instrumentar adecvat ca şi un limbaj corespunzător pentru a obţine acel continuum de nuanţe şi delimitări care alcătuiesc realitatea patologică sau disfuncţională a individului. A existat şi există tendinţa de a descrie situaţii psihopatologice cu ajutorul unor teste sau chestionare. Considerăm această direcţie ca fiind una extrem de limitată, care nu corespunde globalităţii reprezentată de persoana aflată în suferinţă.

În acelaşi sens încercările aşa-numitei psihopatologii experimentale vor rămâne doar modele parţiale, imagini palide ale fenomenului natural al bolii.

CAPITOLUL 2

NORMĂ, NORMALITATE, COMPORTAMENT NORMAL

Frontiera între normal şi patologic este absolut clară pentru acelaşi individ concret, luat în studiu succesiv.

G. Canguilhem

CONCEPTUL DE NORMALITATE
NORMALITATEA CA SĂNĂTATE
NORMALITATEA CA VALOARE MEDIE
NORMALITATEA CA UTOPIE
Concepţii psihanalitice despre normalitate
15 valori fundamentale ale societăţii americane contemporane
NORMALITATEA CA PROCES
NORMALITATE ŞI COMUNICARE
NORMALITATE ŞI ADAPTARE

2.1. CONCEPTUL DE NORMALITATE

Ca şi în alte domenii de studiu ale medicinei, pare complicat în primul rând de a defini normalul, la fel şi sănătatea mintală, aici fiind mai adevărată ca oriunde în altă parte părerea că acest atribut al omului nu se poate cuantifica precis.

Dicţionarul de psihologie LAROUSSE precizează că normalitatea este o noţiune relativă, variabilă de la un mediu socio-cultural la altul şi, în plus, face interesanta precizare că *în medicină există tendinţa de a se asimila omul normal individului perfect sănătos, individ care la drept vorbind nu există* (Sillamy N, 1995).

Cuvântul normal provine din latinescul *„norma"* (unghi drept) adică ceea ce nu oscilează nici la dreapta nici la stânga, ceea ce se află chiar în mijloc.

Normalul este deci un termen calificativ implicând o valoare *(Aş vrea să devin normal).* Normalul este şi un termen descriptiv indicând o medie *(Aş vrea să fiu normal ca şi ceilalţi, ca toată lumea).* Anomalie provine din cuvântul grec *„omalos"* care înseamnă egal, regulat, neted. El este opus regularităţii.

O normă este ceea ce corespunde unui model comun, unei reguli; a normaliza înseamnă a impune o exigenţă unei existenţe, unui dat care prin varietatea lui poate părea straniu sau chiar ostil.

A fi anormal este altceva decât a avea o anomalie. Anormal este un adjectiv, un termen apreciativ introducând o diferenţă calitativă.

Prelipceanu D arată că, în sens general, nevoia de normalitate derivă din, şi exprimă, nevoia umană de ordine. Într-un univers entropic, omul şi, cu prioritate inteligenţa uma-

nă, realizează o funcţie neg-entropică, ordonatoare. Desigur, această ordonare nu poate fi făcută decât cu anumite limite deoarece emitentul normelor este prin excelenţă omul, fiinţă esenţialmente subiectivă. Se creează deci paradoxul prin care omul, ca entitate subiectivă, emite norme (obiective) aplicabile propriei subiectivităţi. Normele acestea vor avea obiectivitate diferită de cea care priveşte materia vie supusă legilor naturii care sunt, în răceala lor statistică, cu adevărat obiective.

Acelaşi autor arată că norma este, în esenţa sa, o convenţie umană larg împărtăşită social. Ea derivă din aprecierea, din valorizarea comună a unor stări şi fapte sociale. Sub raport axiologic, norma este o valoare (aceasta fiind, în fond, o apreciere despre „ceva", realizată în colectiv) transformată în imperativ.

Introducerea în psihiatrie a conceptului de normalitate, a ideii de normă, pare să clarifice întrucâtva problema psihiatriei, aceasta fiind în special în domeniul medicinei, o specialitate diacritică **(Ey H),** pentru care diferenţa normal/patologic reprezintă principalul obiect de lucru.

Lăzărescu M subliniază că se cere precizat ce se înţelege prin **normalitate** (şi inclusiv sănătate), **anormalitate, boală** şi **defect.** Problematica cuplului normalitate-anormalitate este mai apropiată de „generalitatea" normelor, a abordării statistice, a regulilor şi legilor, pe când problematica „bolii" e mai legată de „concretul" cazului dat, adică de cazuistică. Concepte mai largi decât cele de sănătate şi boală, normalitatea şi anormalitatea sunt teme de reflexie şi delimitare conceptuală şi pentru alte domenii ştiinţifice care au în centrul preocupărilor lor omul.

CRITERII DE NORMALITATE (după Ellis şi Diamond)

1.	conştiinţă clară a eului personal
2.	capacitate de orientare în viaţă
3.	nivel înalt de toleranţă la frustrare
4.	autoacceptare
5.	flexibilitate în gândire şi acţiune
6.	realism şi gândire antiutopică
7.	asumarea responsabilităţii pentru propriile tulburări emoţionale
8.	angajarea în activităţi creatoare
9.	angajarea moderată şi prudentă în activităţi riscante
10.	conştiinţă clară a interesului social
11.	gândire realistă
12.	acceptarea incertitudinii şi capacitatea de ajustare a acesteia
13.	îmbinarea plăcerilor imediate cu cele de perspectivă

Ionescu G (1995) face o distincţie între anormalitate şi boală arătând că anormalitatea se referă la conduite şi comportamente, este un fundal, pe când boala este un fapt individual cu o anumită procesualitate. Anormalitatea s-ar referi la structură şi organizare psihică, iar boala la procese morbide.

Nu suntem de acord cu părerea unor autori, care consideră că psihiatria este centrată pe anormalitate, această imagine deformată fiind de fapt o răsturnare pesimistă a perspectivei medicale care şi-a propus întotdeauna o revenire în cadrul normalului; normalul nu pare o limită deşi, din perspectiva bolii, el este una.

Patru perspective par să înglobeze majoritatea numeroaselor concepte clinice şi/sau teoretice care se referă la normalitate dar, deşi acestea au domenii de definiţie şi de

descriere, de fapt ele se completează una pe cealaltă și numai sumarea lor poate da imaginea cea mai apropiată de real. Prima perspectivă, cea a normalității ca sănătate este una tradițională, cei mai mulți medici și printre aceștia și psihiatri echivalând normalitatea cu starea de sănătate căreia i se atribuie caracterul unui fenomen universal. Dacă toate comportamentele ar fi înscrise pe o scală, normalitatea ar trebui să cuprindă porțiunea majoritară dintr-un continuum, iar anormalitatea să reprezinte mica porțiune rămasă.

2.2. NORMALITATEA CA SĂNĂTATE

Normalitatea, adică sănătatea, în cazul nostru cea mintală pare a fi o vastă sinteză, o rezultantă complexă a unei mulțimi de parametri ai vieții organice și sociale, aflați în echilibru dinamic, ce se proiectează pe modelul genetic al existenței individuale, nealterat funcțional și morfologic, în istoria sa vitală. Manifestarea acestei stări de sănătate ar fi existența unei judecăți și a unei viziuni realist-logice asupra lumii, dublate de existența unei discipline psihologice și sociale, pe fundalul bucuriei de a trăi și al echilibrului introversie-extroversie.

Desigur, limita normal-patologic este extrem de complicată, interferențele și imixtiunile celor două domenii fiind un imprevizibil labirint. Nici un univers nu este mai greu de analizat decât psihismul și nici o nebuloasă mai complicată decât individul, orice încercare de standardizare, așa cum arătam, lovindu-se de un previzibil eșec. Ne aflăm în prezența unor nisipuri mișcătoare pe care este schițată fragila graniță dintre două sisteme, unul căutând să-și crească, celălalt să-și scadă în permanență nivelul organizațional sau poate entropia informațională.

Aserțiunea lui **Marx K** potrivit căreia boala este *„viața îngrădită în libertatea ei"*, înțelegând prin aceasta, nu numai aspectele strict biologice, ci și pe cele sociale și existențiale, își găsește o ilustrație particulară în psihiatrie magistral formulată de **Ey H** care arată că bolnavul mintal este privat atât de libertatea exterioară cât și de cea internă.

Orice boală nu este decât o greșeală în organizarea terenului pe care se înscrie textul vieții, în plus boala mintală dezorganizează individul în propria sa normativitate constrângându-l din această cauză la pierderea direcției existențiale.

Faptul psihopatologic este, desigur, mai greu sesizabil decât o plagă sau o anomalie biochimică, dar percepția lui de către specialist se va face după aceleași reguli ale cunoașterii diferențiale, impunându-se, de asemenea, ca o tulburare a organizării, ca o descompunere.

Patologic implică „patos", sentiment direct și concret al suferinței și neputinței, sentimentul unei vieți nemulțumitoare.

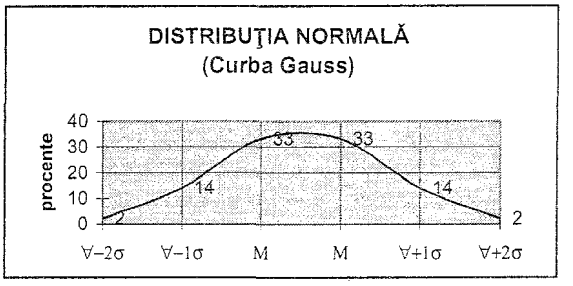
Semnul patologic este totdeauna diferențial marcând o ruptură sincronică între bolnav și nebolnav, dar și o ruptură diacronică între prezent și trecut. **Ionescu G** consideră sănătatea ca o stare ideală, ca un deziderat, pe când boala este un dezechilibru la toate nivelurile organismului.

Nu se poate vorbi doar dintr-un singur punct de vedere despre boală. Nu orice suferință este patologică. Există o tendință care ar vrea să abolească orice criteriologie psihiatrică, lăsând subiectul însuși să-și definească normalitatea sau boala. Nu orice tulburare, orice nefericire, orice dramă sau orice conflict este boală psihică, în ciuda unor opinii destul de răspândite și uneori adoptate chiar de psihiatri.

Boala psihică se obiectivează prin fizionomii tipice ale anumitor tipuri de existențe, conduite, idei, credințe, ce contrastează cu uniformitatea și conformismul celor ale comunității, apărând și celorlalți, nu numai psihiatrului, ca deosebite. Din acest fond comun de fapte, psihiatrului îi revine dificila sarcină de a alege pe cele aparținând sferei psihiatriei. Făcându-și descifrabile semnele dezorganizării vieții psihice, psihiatrul trebuie să caute în paralel să descopere gradul lor de semnificație, profunzimea acestei destructurări. Mai mult, boala poate apărea ca o paradoxală organizare, în sensul dezorganizării, o reorganizare la un nivel inferior al psihismului. Ansamblul acestor dezorganizări care proiectează ființa dincolo de limitele normalității sunt realități obiective, ca oricare alte „semne patologice". O ființă desprinsă de real, invadată de imagini neliniștitoare sau înspăimântătoare, lipsită de puterea de a discerne sau prăbușită în abisul depresiei, lipsită de libertatea fundamentală și elementară a realității, reprezintă punctul în care conceptul de boală psihică devine realitate clinică.

2.3. NORMALITATEA CA VALOARE MEDIE

Normalitatea ca valoare medie este în mod obișnuit folosită în studiile normative de tratament și se bazează pe descrierea statistică a fenomenelor biologice, psihologice și sociale conform repartiției gaussiene a curbei în formă de clopot. Această abordare concepe porțiunea mediană drept corespunzătoare normalului, iar ambele extreme, ca deviante.



Conform acestei abordări un fenomen cu cât este mai frecvent cu atât poate fi considerat mai „normal" iar cu cât este mai rar, mai îndepărtat de media statistică, cu atât apare ca fiind mai anormal. Deși acest tip de normă creează impresia că este foarte „obiectiv", nu este suficient de operant pentru medicină. Abordarea normativă bazată pe principiul statistic descrie fiecare individ în termenii evaluării generale și al unui scor total. În anumite contexte, fenomenele morbide pot fi frecvent înregistrate, chiar „endemice" (de exemplu, caria dentară, unele infecții etc.), fără ca prin aceasta ele să poată fi considerate normale, după cum urmând aceeași regulă a frecvențelor unele fenomene absolut normale pot căpăta aspectul anormalității (de exemplu, persoanele care au grupa sanguină AB(IV), RH negativ).

Acceptarea normalității ca fenomen natural (și nu este greu de admis acest lucru, atât timp cât afirmăm „cu tărie" că boala este un astfel de „fenomen") are implicații metodologice și funcționale majore.

Rezultă deci că acceptarea normalului mediu, noțiune cu care operează întreaga medicină, este logică și constructivă, înlăturând în mare parte arbitrarul și „judecățile de valoare".

Introducerea modelului normalității medii duce la posibilitatea comparațiilor și implicit la stabilirea abaterilor datorate bolii. Nu se poate elabora un model aparent al bolii, atât timp cât nu există un model al normalului.

Normalul, ca normă statistică, nu pare totuși semnificativ decât parțial în cadrul psihopatologiei, abaterile de tip cantitativ fiind pe al doilea plan față de cele calitative.

Dificultatea sporește atunci când anormalitatea, patologicul este reprezentat de un amalgam complicat de abateri cantitative care, sumate, alcătuiesc un tablou clinic distinct.

Relația se complică în plus atunci când intră în joc planuri diverse, legate prin fire nevăzute, acolo unde sănătatea (normalitatea) psihică se integrează cu cea fizică. O tulburare afectivă poate genera o afecțiune până nu demult considerată pur somatică, așa cum ar fi ulcerul, infarctul miocardic, în absența unor factori biologici favorizanți preexistenți, deci pe terenul normalității fizice.

Ey H s-a opus întotdeauna cu putere ideii unei normalități statistice făcând din nivelul maturității corpului psihic o medie abstractă. El consideră că norma nu este exterioară, ci înscrisă în arhitectonica corpului psihic. În vârful piramidei funcționale a corpului psihic domnește o activitate psihică normală care are propriile sale legi, acelea ale adaptării la real. Evident că nu există o limită superioară a normalului.

Variabilitatea este descrisă doar în contextul grupului și nu în contextul unui individ. În psihiatrie este totuși necesar să se evidențieze modalitățile unor atitudini expresive, reactive, comportamentale și convingerile cele mai frecvente într-o socio-cultură istorică dată, care reprezintă un cadru de referință pentru manifestările psihice deviante. Cu toate că această abordare a fost utilizată mai mult în biologie și psihologie, ea și-a căpătat prin extensia scalelor și testelor o utilizare tot mai importantă în psihiatrie.

2.4. NORMALITATEA CA UTOPIE

Normalitatea ca utopie stabilește o normă ideală (valorică) stabilind un ideal de normalitate atât din punct de vedere individual, cât și comunitar. Acesta poate fi exemplificat prin unele „tipuri ideale" pe care le descrie, le invocă și le promovează o anumită cultură și care se exprimă în formulări normative, prescriptive. Din perspectivă psihologică nu ne interesează numai felul cum sunt și cum se manifestă mai frecvent oamenii unei socio-culturi date, ci și modul în care aceștia ar dori și ar spera să fie în cazul ideal. Din această perspectivă, normalitatea este percepută ca o îmbinare echilibrată, armonioasă și optimală a aparatului mintal, având drept rezultantă o funcționalitate optimă.

Freud S afirma despre normalitate: *un Ego normal este ca și normalitatea în general, o ficțiune ideală.*

A încerca să stabilim niște criterii sau calități caracteristice individului normal - ar echivala cu crearea normalului ideal, pe care nu-l putem realiza decât formal și acest lucru se lovește de un prim obstacol - căci ar anula elementul dinamic al conceptului.

Istoricitatea acestui normal ideal este foarte relativă, ea neavând cursivitate, criteriul axiologic fiind inoperant de la o epocă la alta, ba chiar și pentru intervale restrânse de timp.

Cloutier F afirmă: *conceptul de sănătate mintală nu poate fi înțeles decât prin sistemul de valori al unei colectivități.*

O serie de autori - **Schneider K, Petrilowitsch, Mezger,** abordând critic valoarea normalului ideal, au arătat marile lui deficiențe, dar și faptul că în cadrul analizei normalului statistic (cealaltă posibilitate de tratare a problemei) se infiltrează judecăți de valoare. La limită, **Willard** afirma în 1932 că societatea este cea care hotărăște dacă un om este nebun sau sănătos.

Normalul valoric implică o măsurare procustiană în care se intrică, în plus și valorile personale ale fiecăruia.

„Realitatea e ceea ce majoritatea consideră că trebuie să fie, nu neapărat lucrul cel mai bun și nici măcar cel mai logic, ci ceea ce s-a adaptat dorinței colective." afirmă scriitorul **Paulo Coelho** încercând să stabilească limita dintre nebunie și normalitate.

Colectivitățile umane concrete își organizează existența în raport cu idealuri comunitare în care transpar legi, modele educaționale, legende și epopei, mitologia și mistica, istoria respectivului grup. Normalitatea ideală definește felul în care individul și comunitatea consideră că persoana ar trebui să fie. Desigur, normativitatea ideală nu este și nici nu poate fi niciodată atinsă efectiv, cu atât mai mult cu cât ea variază mult în funcție de contextul socio-cultural, istoric și geografic (etnic, comunitar, statal, religios, ș.a.).

CONCEPȚII PSIHANALITICE DESPRE NORMALITATE

S. Freud	Normalitatea este o ficțiune ideală; fiecare ego este psihotic într-un anumit moment într-o măsură mai mare sau mai mică.
K. Eissler	Normalitatea absolută nu poate fi obținută, deoarece persoana normală trebuie să fie pe deplin conștientă de gândurile și sentimentele sale.
M. Klein	Normalitatea este caracterizată prin tărie de caracter, capacitatea de a face față emoțiilor conflictuale, capacitatea de a trăi plăcerea fără a provoca conflicte și capacitatea de a iubi.
E. Erikson	Normalitatea este capacitatea de a fi stăpân pe perioadele vieții: încredere/neîncredere; autonomie/îndoială; inițiativă/vinovăție; activitate, producție/inferioritate; identitate/confuzie de rol; creație/stagnare; integritatea ego-ului/disperare.
L. Kubie	Normalitatea este capacitatea de a învăța din experiență, de a fi flexibil și de a te adapta la schimbările din mediu.
H. Hartmann	Funcțiile libere de conflicte ale ego-ului reprezintă potențialul persoanei pentru normalitate; măsura în care ego-ul se poate adapta la realitate și poate să fie autonom sunt asociate sănătății mintale.
K. Menninger	Normalitatea este capacitatea de a se adapta lumii exterioare cu mulțumire și cu capacitatea de a stăpâni fenomenul de aculturație.
A. Adler	Capacitatea persoanei de a dezvolta sentimente sociale și de a fi productiv/creativ sunt legate de sănătatea mintală; capacitatea de a munci crește stima de sine și face persoana capabilă de a se adapta.
R. E. Money-Kryle	Normalitatea este capacitatea de a atinge deplina conștiință de sine care de fapt nu este niciodată pe deplin obținută.
O. Rank	Normalitatea este capacitatea de a trăi fără teamă, vinovăție sau anxietate și aceea de a avea responsabilitatea propriilor acțiuni.

Antropologia şi psihiatria transculturală au atras pe bună dreptate atenţia asupra diferenţierii care există în cadrul diverselor civilizaţii, între valorile acceptate ca normale, între semnificaţia unor fapte, credinţe. Că este aşa, ne demonstrează des-citata categorisire kraepeliniană, care includea în rândul anormalilor pe scriitorii de anonime alături de ucigaşii de copii, dintre care astăzi doar ultimii mai păstrează eticheta de anormali.

Oricât ar părea de neobişnuit, se poate spune că nu există valori generale acceptate simultan de toţi membrii unei societăţi sau într-un proces sincronic de toate societăţile care îşi desfăşoară existenţa la un moment dat. Recentele atentate sinucigaşe din septembrie 2001 în marile metropole americane au făcut o demonstraţie spectaculoasă a acestei aserţiuni.

15 valori fundamentale ale societăţii americane contemporane

Williams (1970)

- succesul,
- munca disciplinată,
- orientarea morală,
- moravuri umaniste,
- eficienţa şi pragmatismul,
- progresul,
- confortul material,
- egalitatea şanselor,
- libertatea,
- conformismul la norme (care nu exclude individualismul),
- naţionalismul ştiinţific,
- patriotismul şi naţionalismul *(„American way of life")*,
- democraţia,
- individualismul,
- temele superiorităţii grupurilor (etnice, rasiale, de clasă, religioase).

Lacan se întreabă dacă diferenţa între inconştientul unui sănătos şi inconştientul unui bolnav este importantă, radicală.

Sănătatea conţine boala aşa cum conştientul conţine inconştientul.

Sunt autori care consideră că marea eroare, care face parte din întreaga psihopatologie contemporană - sau, mai exact, „din apsihopatologia" timpurilor moderne - este ideea că inconştientul fiind patogen şi omul fiind condus de inconştientul propriu, *toţi oamenii pot fi în mod egal şi arbitrar consideraţi normali şi anormali în acelaşi timp.* O psihologie a inconştientului care ar reduce întreaga activitate psihică la inconştient este la fel de puţin corectă (valabilă) ca o psihologie a conştiinţei care ar reduce întreaga activitate psihică doar la cea conştientă.

Totuşi, o astfel de perspectivă este absolut necesară atunci când psihiatrii, psihanaliştii sau alţi psihoterapeuţi, încearcă să discute criteriile de evaluare ale succesului unui tratament.

2.5. NORMALITATEA CA PROCES

Normalitatea ca proces este cea de-a patra perspectivă care pune accentul pe faptul că un comportament normal este o rezultantă finală a subsistemelor care interacţionează între ele.

Ea operează cu așa-numita normă responsivă sau funcțională **(Kolle K)** care reflectă măsura în care un organism, o persoană, un subiect își împlinește rolul funcțional pentru care există în economia sistemului supraiacent din care face parte. Luând în considerare această definiție, schimbările temporale devin esențiale pentru completa definiție a normalității. Cu alte cuvinte, normalitatea - ca proces - consideră esențiale schimbările și procesele mai mult decât o definire transversală a normalității.

Din păcate, deși această normă pare să fie cea care ne interesează, ea este fixistă și deterministă. Nu se poate răspunde la întrebarea: „care este rolul funcțional pentru care o persoană există?" Ba mai mult, în sistemele supraiacente din care individul face parte: „în câte trebuie să fie eficient, pentru a fi considerat normal?".

Cercetătorii care subscriu acestei abordări pot fi recunoscuți printre reprezentanții tuturor științelor comportamentale și sociale. Cel mai tipic dintre conceptele acestei perspective este conceptualizarea epigenezei în dezvoltarea personalității și cele opt stadii de dezvoltare esențiale în atingerea funcționalității adulte mature.

Folosirea excesivă a tabuului normalității poate conduce la o folosire abuzivă a acestei categorii atunci când este vorba de o readaptare reeducativă sau segregativă după norme socio-ideale sau ideologiile momentului.

Refuzul de a circumscrie normalul și patologicul ar putea conduce la transformarea câmpului practicii medicale și psihiatrice într-o zonă fără limite, transformând aceste concepte prea elastice, această elasticitate transformându-le într-o eventuală armă în favoarea unei instituții sau a unei puteri.

2.6. NORMALITATE ȘI COMUNICARE

Folosirea studiului comunicării pentru a surprinde normalitatea sau patologia psihică cu cotele lor de ordine și dezordine a fost preconizată de **Stössel S, Ogodescu D** încă din 1972. Schimbul de informație este caracteristic organismului uman la toate nivelele sale de organizare, toate procesele de reglare au nevoie de informație. Ființa umană nu poate fi concepută în afara informației și comunicației **(Restian A, 1997). Pamfil E** arată că dialogul, adică informația, reprezintă condiția liminală a conștiinței și a psihicului uman.

Nivelul de organizare	Felul informației necesare
Molecular	Informație moleculară
Celular	Informație genetică
Intercelular	Mesageri chimici
Organismic	Informație din mediu

Normalitatea presupune o capacitate de comunicare și elaborare continuă a informației care să asigure armonia la nivelul subsistemului individual, familial, social sau grupal. Homeostazia realizată de fluxul *input*-urilor și *output*-urilor informaționale care oscilează și interacționează dinamic și permanent ar fi, în opinia lui **Enătescu V (1987),** chiar normalitatea sau sănătatea, în opoziție cu boala care este dezechilibrul ce produce dezordinea și dezorganizarea sistemului. Acest autor consideră că există tipologii ale normalității, modelele de comunicare individuale fiind influențate de factori constituționali, temperamentali, psihosocioculturali etc.

2.7. NORMALITATE ŞI ADAPTARE

Funcţionând ca un subsistem în sistemul social, cultural sau istoric, individul uman trebuie să se încadreze, în dezvoltarea sa, în coordonatele sistemului respectiv pentru ca această evoluţie să fie considerată normală. Adaptarea e un reper important în evaluarea comportamentului uman, fiind „criteriul cel mai generic" **(Prelipceanu D)** de raportare.

Termenul de „adaptare" a fost preluat şi de psihiatrie, care a dezvoltat în context o adevărată patologie legată atât de adaptare, cât şi de stres; deşi aceasta nu mai este în legătură directă cu concepţia iniţială, urmează, în linii mari, etapele de desfăşurare ale procesului de adaptare.

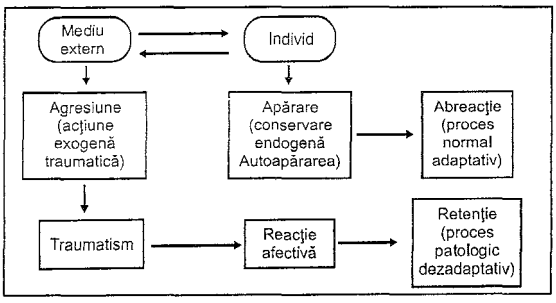
Campbell arată că „diversele căi pe care individul le urmează cu întregul său echipament, cu echilibrul şi dificultăţile sale interioare, cu experienţa din trecut şi cu cea din prezent pentru a se adapta la viaţa pe care este chemat să o trăiască" reprezintă domeniul de studiu al psihiatriei şi al psihiatrului. Pentru aceasta, tulburările de adaptare ale persoanei la „situaţia totală" rămân problema fundamentală alături de funcţiile prin care acestea se realizează.

Meyer A va defini boala mintală ca o adaptare greşită, insuficientă sau inadecvată. Psihanaliza va susţine acest punct de vedere, considerând inadecvate acele mecanisme de adaptare care generează boala psihică. Regresia ar fi una dintre aceste inadecvări adaptative, subiectul renunţând la adaptarea la nivelul de solicitare cerut, pentru a coborî către unul mult mai redus.

Starobinski J descrie procesul de inadaptare în următoarea secvenţialitate: urmărind patologia psihiatrică, se pot considera tulburările de adaptare ca un fir al Ariadnei în întreaga nosologie psihogenă. Astfel, în reacţii, între răspuns şi stimul nu există nici o adecvare, primul fiind mult mai intens decât ar trebui să fie în mod normal sau inadecvat. Acelaşi lucru este valabil şi pentru dezvoltări în care acest proces se amplifică atât vertical (în dimensiunea temporală) cât şi longitudinal, ca intensitate şi nespecificitate.

Nevrozele reprezintă o slabă capacitate adaptativă la lume şi la problemele personale, resimţite dureros de subiectul care rămâne în restul timpului „în afara jocului". După **Enăchescu C** nevrozele ar apărea ca un conflict între acţiunea practică şi rezultatele acesteia.

În procesele organice şi în endogenii nu se mai poate vorbi despre adaptare ca mecanism fundamental declanşator sau patoplastic. Exagerările în acest sens au fost sancţionate cu respingerea lor de către majoritatea psihiatrilor (vezi în acest sens exagerările reacţioniste ale psihiatriei americane din deceniile 4-6 ca şi antipsihiatria). Dezadaptarea este aici un efect, şi nu o cauză a bolii.

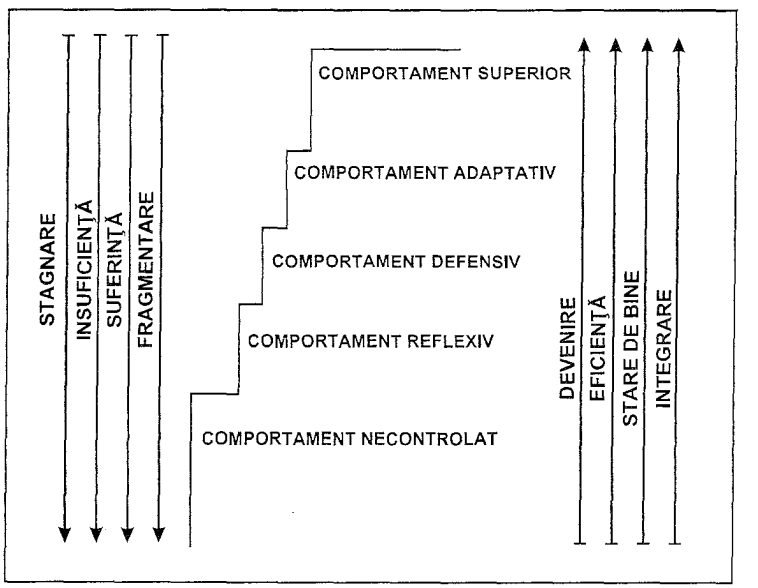


Adaptarea oferă celor care evaluează starea de sănătate și specialiștilor un nou și contrastant aspect al conceptualizării stării de sănătate și bolii. Mai mult decât atât, focalizându-se pe tulburări, dureri, stres, destabilizări și alte dereglări ale funcțiilor umane, adaptarea ne permite să căutăm starea de sănătate, resursele, competențele și alte aspecte ale succesului funcționării umane.

După cum rezultă din cele de mai sus, adaptarea este un fenomen cu vădite tente finaliste, care atinge la nivelul personalității nivelul de maximă complexitate. După părerea noastră, adaptarea este un echilibru care se stabilește între personalitate și lumea înconjurătoare, lume constituită din persoane, situații, spațiu cultural, obiecte etc.

Aceasta înseamnă că adaptarea se poate realiza atât prin mecanisme stereotipe sau scheme comportamentale asimilate și algoritmizate, cât și prin scheme comportamentale a căror finalitate este doar presupusă, urmând să fie validate, ceea ce implică chiar și asumarea riscului unui eșec. În acest context trebuie nuanțată însăși semnificația psihologică a eșecului, în sensul că dacă îndeobște eșecul este, în expresia sa concretă, efectul „dezadaptării", uneori este întruchiparea explorărilor cu finalitate adaptativă, deci este semnificantul începutului unui proces de tip adaptativ.

În al doilea rând, trebuie nuanțat înțelesul noțiunii de adaptare în ceea ce privește aspectul general de fenomen dinamic. Se știe că adaptarea presupune de regulă un efort adaptativ care de cele mai multe ori ia forma unor acțiuni mintale și motorii, mai mult sau mai puțin evidente în exterior. Dar sunt destule situații când efortul adaptativ nu presupune declanșarea, menținerea sau modificarea unor scheme comportamentale anume, ci întreruperea, stoparea acestora. Uneori, blocarea la timpul cuvenit a unei simple reacții sau a unei operații complexe este de o importanță fundamentală pentru însăși existența fizică a persoanei.



Pentru psihiatru este esențial să aibă puterea de a măsura limitele câmpului de acțiune terapeutică dacă vrea ca bolnavii să și-l poată regăsi pe al lor. Psihopatologia

trebuie să aibă puterea de a-şi găsi limitele şi reperele fără de care nesiguranţa frontierelor ar conduce către dispariţia distanţei între ideologie şi practică şi ar face psihiatria un demers imposibil.

În psihiatrie, între entităţi rigide care reduc instrumentul de reprezentare şi de gândire la o stare concretă şi antinosografismul care are drept corolar confuzionismul, este de preferat calea aleasă de **Chaslin P** şi **Daumezon G** care consideră bolile mintale ca modele, iar dacă acestea sunt modele se poate construi şi un model al normalităţii.

Problema este dacă psihiatrul, definind modelul normalităţii şi scăpând de confuzionism, nu cade în cursa idealizării sau standardizării. Etiologia bolii psihice rămâne eclectică, scrie **Lanteri Laura G (1968),** amestecând împrejurările, sexul, temperamentul, intoxicaţiile, singurătatea, emoţiile, circumstanţele organice şi multe altele într-un ansamblu care poate să pară omogen.

A compara individul cu el însuşi în logica conduitelor sale, contradicţiilor şi conflictelor sale, în alegerile sale, în propriile sale norme este cea mai fecundă perspectivă în comparaţie cu a confrunta cu o normă externă **(Zaguri D, 1998).**

Pentru psihiatru anormalitatea nu este doar o variaţie, o „îndepărtare" pur cantitativă de normalitate ca *medie statistică:* un individ nu poate fi categorisit ca bolnav psihic doar pentru că este vehement în apărarea ideilor proprii, exaltat prin convingerile sale, genial prin creativitatea sa, răufăcător prin comportamentul său delictual sau scandalos, prin perversiunile sale **(Ey H, 1979).**

Se poate rezuma că modelul normalităţii este reprezentat prin primatul unei conştiinţe clare „conţinând" inconştientul şi dând în acest fel posibilitatea dezvoltării activităţilor superioare care garantează libertatea umană. Norma este înscrisă în interioritatea corpului psihic normal, boala determinată organo-genetic este o alterare a ordinii normative de o destructurare a câmpului conştiinţei.

CAPITOLUL 3

SĂNĂTATE ŞI BOALĂ MINTALĂ

Dacă există un adevăr al nebuniei el nu poate fi decât tragic de unde extrema ambiguitate ce caracterizează atitudinea tuturor societăţilor şi tuturor culturilor vis-a-vis de nebuni.

R. Jaccard

CONCEPTUL DE SĂNĂTATE
ANORMALITATE ŞI BOALĂ
ANORMALITATE ŞI PREJUDECATĂ
COMPORTAMENTELE ANORMALE
CONCEPTUL DE BOALĂ PSIHICĂ
BOALĂ PSIHICĂ ŞI ECOSISTEM
DIMENSIUNI EXISTENŢIALE ALE BOLII PSIHICE

3.1 CONCEPTUL DE SĂNĂTATE

După **Boehm W,** normalitatea (sănătatea mintală) este condiţia de funcţionalitate socială, impusă şi acceptată de societate în scopul realizării personale.

De aceea normalitatea ne pare mai bine definită în dinamică, în sensul adaptării armonice în fiecare moment al existenţei, în funcţie de mediul său şi istoria sa şi a colectivităţii sale ca o rezultantă a calităţii raportului personalitate/mediu şi nu ca o absenţă a bolii sau a posibilităţii de „plutire" într-un câmp de forţe contradictorii.

Putem deci considera normalitatea drept posibilitatea unei istorii echilibrate a subiectului, iar dimensiunile ei, drept totalitatea proceselor de adaptare la mediu conform modelului general al speciei (posibilităţilor de răspuns al marii majorităţi a colectivităţii).

Normalitatea trebuie să ne apară ca o sumă de ritmuri: biochimice, fiziologice, afective, relaţionale, motivaţionale, adaptate armonic solicitărilor din mediu şi concordante cu răspunsurile majorităţii membrilor comunităţii (conform modelului speciei).

Pentru a simplifica demersul spre conceptul de normalitate şi pentru a evita construirea unui model imperfect al acestuia, ni se pare operant a postula existenţa lui ca un dat al realităţii umane sau, mai corect spus, ca o dominantă a acesteia.

Sănătatea umană poate fi considerată o stare înscrisă în perimetrul care defineşte normalitatea existenţei individului, semnificând menţinerea *echilibrului structural* al persoanei (în plan corporal-biologic şi psihic conştient) atât în perspectiva internă (a raportului reciproc al subsistemelor în conformitate cu sinteza ansamblului, a conformităţii stărilor sistemului în raport cu normele generale ale speciei, ale vârstei, ale sexului), cât şi în perspectiva externă, a echilibrului adaptativ dintre individ şi mediul său ambiant concret.

Cornuţiu G (1998) afirmă că un om sănătos psihic este acela care trăieşte şi afirmă o stare de confort psihic, într-o coerenţă şi globalitate care nu este sesizată nici un moment în mod fragmentar şi într-o continuitate care presupune o dominantă a sentimentelor pozitive constructive şi optimiste faţă de cele negative. Omul sănătos psihic este activ şi are plăcerea acestei activităţi, o caută, este voluntar, vrea să se afirme, să se împlinească. El are un set de valori ierarhizate şi voluntare pe care le promovează.

După **Lăzărescu M (1995)** sănătatea presupune o *perspectivă dinamică* prin care se precizează modalităţile normal-sănătoase de structurare şi funcţionare a individului la diverse vârste, capacitatea sa de dezvoltare, maturare, independentizare, complexificare, precum şi capacitatea de a depăşi sintetic diversele situaţii reactive şi stresante.

Fromm E leagă conceptul realizării individului în concordanţă cu restul indivizilor din comunitatea respectivă, care este în continuă schimbare, în permanent progres, într-o permanentă căutare. Credem că putem adăuga că problema normalităţii trebuie corelată cu însăşi dezvoltarea comunităţii respective ţinând seama de particularităţile fiecărei etape pe care o parcurge.

O altă corelaţie trebuie făcută cu etapele de vârstă ale subiectului: copilărie, adolescenţă, adult, vârstnic, deoarece în fiecare etapă a dezvoltării sale, subiectul poate avea o poziţie diferită faţă de unul şi acelaşi eveniment.

Krafft consideră că un individ reacţionează în mod normal, dacă în cursul dezvoltării sale se arată a fi capabil de o adaptare flexibilă faţă de situaţiile conflictuale, când este capabil să suporte frustrările şi anxietatea care rezultă din ele.

Pamfil vede normalitatea ca un echilibru între organism şi factorii de mediu.

Klinederg o admite ca pe o stare care permite dezvoltarea optimă fizică, intelectuală şi emoţională a individului care să-l facă asemănător cu ceilalţi indivizi.

Dar, aşa cum arată **Prelipceanu D (2000)** norma suportă o certă condiţionare istorică, reprezentările şi convenţiile oamenilor despre ei înşişi şi despre viaţa în colectivitatea socială modificându-se (lent, dar sigur) în urma evoluţiilor în utilizarea uneltelor şi în arsenalul instrumentelor de expresie culturală. Normele semnifică ritmurile şi gradele de evoluţie a societăţii umane, indicând, pentru a forţa o metaforă şi dacă se poate spune aşa, „starea de sănătate" a societăţii.

Dificultăţile cele mai importante în raport cu dezideratul detectării unei norme a sănătăţii mintale sunt următoarele:

- tripla ipostaziere şi dimensionarea contradictorie fiinţei umane în corporalitate, psihic şi socialitate,
- terapia bolilor somatice să fie guvernată de legile naturii şi prin procedee subsumate acestora, în timp ce disfuncţiile vieţii psihice şi, mai ales cele ale relaţionării sociale, să fie depăşite prin raportarea la normativitate şi prin recuperarea indivizilor suferinzi în interiorul normei,
- istoricitatea normelor.

În ultima perioadă, accentul se pune pe adaptarea social-comunitară, specificitatea normalului căpătând nuanţe diferite în funcţie de nivelul economico-social şi cultural al unei comunităţi. **Mead, Linton** şi **Hallowell** au arătat dependenţa conceptului de caracteristicile transculturale.

Interesul crescut pentru fenomenul adaptării din ultimele două decade poate fi privit din următoarele trei perspective:

◆ Primul aspect este schimbarea în definirea stării de sănătate. În trecut, starea de sănătate era definită ca absenţă a durerii şi era secundară interesului medicilor care erau mai mult focalizaţi pe tulburări.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii definea starea de sănătate ca fiind: *„o stare completă de bine din punct de vedere psihic, mintal şi social, şi nu neapărat în absenţa durerii"*. Această definiţie este o recunoaştere a faptului că starea de sănătate este mai mult decât absenţa durerii. Este o stare de armonie, o stare de bine cu privire la evoluţia complexului biologic, psihologic şi a dimensiunilor sociale ale comportamentului uman.

◆ Al doilea aspect este creşterea recunoaşterii că indivizii şi nu medicii sunt şi trebuie să fie responsabili de starea lor de sănătate. Printr-o dietă adecvată, exerciţii, managementul stresului şi evitarea adicţiilor, indivizii pot promova, activ, propria lor sănătate mai mult decât prin pasiva evitare a bolilor. Locul şi responsabilitatea individuală pentru sănătate sunt legate astfel de comportamentul şi stilul de viaţă al fiecăruia. În plus, privit din acest unghi, conceptul de adaptare oferă medicilor şi cercetătorilor o şansă de a trece dincolo de psihopatologie.

◆ Adaptarea este strâns relaţionată cu promovarea stării de sănătate şi cu prevenirea tulburărilor (bolilor). În acord cu **Pearlin** şi **Schooler (1978),** adaptarea ne protejează prin:

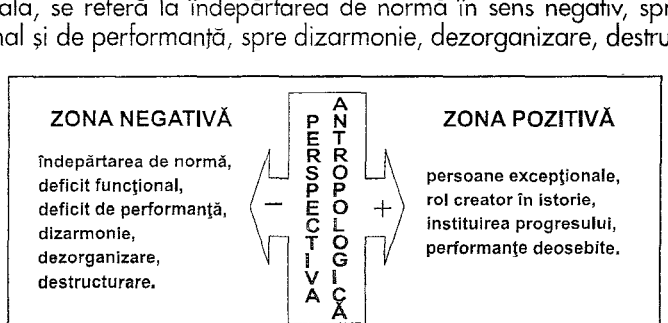
- eliminarea sau modificarea condiţiilor care creează probleme;
- perceperea controlului semnificaţiei trăirilor într-o manieră prin care să se neutralizeze caracterul ei problematic;
- păstrarea consecinţelor emoţionale ale problemelor în limite controlabile.

Aceste funcţii prefigurează baze comportamentale pentru tratarea şi prevenirea tulburărilor şi pentru promovarea sănătăţii.

Lagache D, sintetizând datele expuse de **Hartman** şi **Murray,** descrie următoarele caracteristici principale ale sănătăţii mintale: capacitatea de a produce şi de a tolera tensiuni suficient de mari, de a le reduce într-o formă satisfăcătoare pentru individ; capacitatea de a organiza un plan de viaţă care să permită satisfacerea periodică şi armonioasă a majorităţii nevoilor şi progresul către scopurile cele mai îndepărtate; capacitatea de adaptare a propriilor aspiraţii la grup; capacitatea de a-şi adapta conduita la diferite moduri de relaţii cu ceilalţi indivizi; capacitatea de identificare atât cu forţele conservatoare cât şi cu cele creatoare ale societăţii.

3.2 ANORMALITATE ŞI BOALĂ

Anormalitatea este o îndepărtare de normă al cărei sens pozitiv sau negativ rămâne indiferent în ceea ce priveşte definirea în sine a zonei de referinţă. Sensul este important în perspectivă calitativă. Astfel, antropologic, în zona pozitivă se află persoanele excepţionale, geniile, care joacă un rol creator în istoria omenirii, în instituirea progresului. Invers, patologia, boala, se referă la îndepărtarea de normă în sens negativ, spre minus, spre deficit funcţional şi de performanţă, spre dizarmonie, dezorganizare, destructurare.



În opinia lui **Lăzărescu M** domeniul bolii „se îndepărtează de norma ideală a comunității în sensul deficitului, al neîmplinirii persoanei umane ce eșuează în zona dizarmoniei nefuncționale, necreatoare." Trecerea spre patologie a subiectului este însoțită de disfuncționalitatea acestuia în sistemul în care este integrat.

Majoritatea definițiilor și circumscrierilor normalității și anormalității sunt vagi, insuficiente pentru a sta la baza unor definiții operaționale riguroase.

Reacția biologică sub formă de stres este normală între anumite limite, la fel ca reacția psihică la spaime sau pierderi. Modificările bio-psihice din etapele critice ale dezvoltării, cum ar fi cele din pubertate sau climax, pot fi patologice dacă se întâlnesc la alte vârste ș.a. În definirea stării de sănătate sau de boală joacă un rol parțial, dar foarte important, perspectiva subiectivă, felul în care subiectul se resimte și se autoevaluează. Totuși, nici acest criteriu nu este suficient: de obicei, omul bolnav „nu se simte bine", are dureri, se autoapreciază deformat, suferă, dar uneori, în psihiatrie starea de „bine subiectiv" poate fi concomitentă cu o stare de boală așa cum se întâmplă în sindromul maniacal. În patologia umană un rol important îl joacă *dimensiunea interpersonală,* a capacității de iubire și prietenie echilibrată, precum și *perspectiva socială,* nivelul și modul de „funcționare socială" a persoanei și opinia colectivității privitoare la normalitatea și sănătatea psihică a unui individ, la faptul dacă i se pot încredința responsabilități comunitare. Cu toate acestea, și aceste criterii sunt relative și insuficiente. Ele depind de incidența obiceiurilor, mentalităților, normelor și ideologiilor, a imaginii pe care sănătatea și boala o are într-o anumită civilizație.

Legătura anormalității comportamentale cu boala psihică și, implicit, cu psihiatria, a însoțit evoluția socio-culturală a umanității încă de la cele mai vechi atestări documentare cunoscute.

Anormalitatea (abatere de la un model comportamental mediu, fie că acesta este statistic, ideal sau procesual, acceptat de membrii unei societăți determinate în timp și spațiu) nu se identifică cu patologicul, deși se poate suprapune cu acesta; este în esență o noțiune mult mai largă, care caracterizează o serie de fapte comportamentale cu aspect contrar așteptărilor și normelor în vigoare. **Delay J** și **Pichot P** consideră că anormalul reprezintă o abatere calitativă și funcțională de la valoarea și semnificația generală a modelului uman. Se poate observa cum domeniul anormalității se constituie ca o zonă de trecere între normal și patologic, reprezentând un proces de continuitate între cei doi termeni. O analiză istorică poate justifica teza menționată mai sus, arătând că sub raportul integrării socio-profesionale, gradul de permisivitate al societății față de abaterile individuale descrește odată cu trecerea timpului, fără ca acesta să aibă o semnificație asupra frecvenței bolilor mintale.

Dacă pentru un grup restrâns de ocupații (agricultori, ostași, meșteșugari), „selecția profesională" începea „ex ovo" (breslele), iar numărul operațiilor și cunoștințelor era limitat, putând compensa enorme deficiențe caracteriale, intelectuale sau fizice (acestea din urmă într-o măsură mult mai mică), în condițiile revoluției tehnico-științifice solicitările socio-profesionale și ritmul de producție discriminează drept anormali o serie largă de indivizi, inapți pentru integrarea în diverse grupuri profesionale specifice, care nu sunt decât în mod potențial și probabilistic candidați la boala psihică. Astfel, dacă lui Hercule (model acceptat ca normal, ba chiar divinizat pentru faptele sale de vitejie) majoritatea psihiatrilor îi recunosc grave tulburări de tip epileptic, chiar din descrierile contemporanilor (crize *grand mal, furror epilepticus),* astăzi simpla evocare anamnestică a crizei l-ar face inapt pentru serviciul militar pe orice subiect. Dacă regele Saul își

putea conduce poporul în pofida frecventelor episoade depresive sau maniacale, care fac obiectul unor descrieri celebre, el suferind de psihoză afectivă bipolară, astăzi normele care protejează societatea și implicit subiectul suferind, îi refuză acordarea dreptului de a conduce autovehicule etc.

3.3. ANORMALITATE ȘI PREJUDECATĂ

Aparenta creștere a exigenței normative față de individ este generată, într-o mare măsură de posibilitățile societății contemporane care, prin multiplele ei canale de circulație a informației, poate oferi ființei umane o poziție mai clar definibilă și determinabilă în cadrul universului uman. Se poate spune că în epoci mai vechi societatea umană a considerat ca normale tulburări comportamentale evidente, sesizabile de oricare dintre membrii comunității. Descrierile acestor comportamente nu au făcut obiectul unor studii științifice, deși au fost adesea înregistrate de fina caligrafie a istoricilor și scriitorilor. Apariția tardivă a psihologiei și psihiatriei a făcut posibilă proliferarea acestui tip de descrieri empirice și nesistematice, care au generat o serie de concepții greșite și de credințe cu largă circulație în rândul celor mai diverse categorii sociale.

Credința că un comportament anormal trebuie să fie cu necesitate și bizar este una dintre cele mai răspândite, generând prin analogia anormal-boala psihică, imaginea unui bolnav psihic care prezintă manifestări extrem de neobișnuite și net diferite de elementele comportamentului obișnuit.

O altă prejudecată foarte apropiata de cea descrisa mai sus este aceea că între normal și anormal s-ar putea face o netă delimitare, ba mai mult, că aceasta delimitare ar fi la îndemâna oricui, după criterii individuale. Prezentarea anormalului și a comportamentului său ca eludând regulile obișnuite ale moralei, frecventă în literatura, a generat prejudecata că anormalitatea este o rușine și o pedeapsa, iar acest lucru a creat și opinia că boala psihică, prin analogie are aceeași semnificație.

Caracterul ereditar al anormalității, și teama exagerată de unele anomalii comportamentale personale, sunt alte prejudecăți având aceeași origine. Un efect nedorit l-a avut și opinia că o abatere extremă de la normal, indiferent de natura ei, este patologică. Urmărind acest rationament, **Lombroso** a lansat a doua sa teză de tristă celebritate (prima fiind cea a criminalului înnăscut) - aceea a geniului ca nebunie. De fapt, între cei doi termeni nu poate exista decât aceeași relație posibilă între orice nivel de inteligență și boala psihică.

3.4. COMPORTAMENTELE ANORMALE

Coleman și **Broen** stabilesc o serie de termeni care se referă la comportamente anormale ca: boală psihică, comportament neadecvat, tulburări emoționale, tulburări comportamentale, tulburări psihice - arătând că nici unul dintre aceștia nu este suficient de clar pentru delimitarea sferei unui asemenea comportament, care variază în funcție de o serie de criterii și modele. În acest sens prezentăm, în viziunea concepțiilor care pun la baza explicării modelului comportamental uman, explicații diferite privind semnificația comportamentului anormal.

După **Enăchescu C,** se deosebesc patru tipuri de comportamente anormale:

- comportamentul de tip criză biopsihologică de dezvoltare sau involuție (pubertate, adolescență, climax, andropauză), cu caracter pasager și reversibil;

- comportamentul de tip carenţial (legat de stări de frustrare afectivă, carenţe educaţionale, disfuncţii familiale şi în modul de viaţă), ce creează dificultăţi de adaptare;
- comportamentul de tip sociopatic, constând din conduite delictuale agresive, toxicomanice sau de furie, cu caracter recurent sau episodic;
- comportamentul de tip patologic, parţial sau deloc reversibil, de natură exogenă, endogenă sau mixtă, cu intensităţi şi forme variabile (stări reactive, nevroze, psihopatii, psihogenii, endogenii).

Modelul	Sănătatea mintală	Comportament anormal
- psihiatric	- abilitatea de satisfacere a necesităţilor instinctuale în limitele impuse de societate	- dezvoltarea greşită sau exagerată a măsurilor de apărare, însoţite de anxietate
- comportamentalist	- adaptare deschisă la stimulii din mediu	- adaptare ineficientă prin învăţarea unor comportamente inadecvate şi incapacitate de corectare
- umanistic	- împlinirea tendinţelor naturale faţă de orientarea şi împlinirea de sine	- incapacitatea de dezvoltare pe deplin a personalităţii prin blocarea sau distorsionarea acestor tendinţe către automulţumire
- existenţial	- libertatea de a decide conştient	- incapacitatea realizării identităţii adecvate de sine şi a înţelegerii sensului vieţii
- interpersonal	- realizarea de relaţii interpersonale	- rezistenţa faţă de relaţii interpersonale şi acomodare de tip patologic

Un model pluriaxial de definire a anormalităţii ar trebui să cuprindă (după **Purushtov):**
- criteriul existenţei la individ a unor stări de insecuritate, teamă, apatie, anxietate;
- criteriul explicării printr-o patologie fizică a comportamentului dezadaptativ;
- criteriul contextului social (normele şi valorile socio-culturale existente la un moment dat) în care se produce comportamentul;
- criteriul diminuării randamentului şi eficienţei individului.

Schneider K afirma că orice persoană definită printr-o trăsătură aparte de caracter trebuie considerată anormală (celebra sa definiţie „persoanele psihopatice sunt persoane anormale, anormalitate din cauza căreia suferă şi ei şi societatea"); el accentua asupra comportamentului, sperând să desprindă, dintr-un grup imens, un subgrup care să poată fi analizat. Acest demers s-a lovit de „un penibil eşec" **(Kolle K),** criteriul de anormalitate presupus de el fiind însăşi diversitatea personalităţii umane.

Cu atât mai mult, aceste aserţiuni sunt valabile în ceea ce priveşte sănătatea şi boala mintală. În domeniul evaluării sănătăţii psihice a adultului au mai fost folosite o serie de criterii care să permită delimitarea de boală:
- capacitatea de autonomie, de independenţă psiho-conştientă a subiectului;
- o corectă şi adecvată autoreceptare şi autoapreciere;
- percepţia, reprezentarea şi înţelegerea corectă, adecvată comunitar, a realităţii;

- capacitatea de creştere şi dezvoltare armonioasă a individului, în sensul unei realizări de sine în raport cu un model ideal personal, articulat armonic şi eficient cu perspectiva socio-culturală;
- capacitatea de creaţie.

3.5. CONCEPTUL DE BOALĂ PSIHICĂ

Pentru înţelegerea dinamicii raportului sănătate-boală, trebuie să apelăm la noţiunea de proces patologic. În acest sens, boala reprezintă o formă de existenţă a materiei vii caracterizată prin apariţia procesului ce implică tulburarea unităţii forţelor din organism (integritatea) şi a organismului cu mediul (integrarea).

Boala umană se caracterizează, în general, prin perturbarea la diverse nivele şi din variate incidente a structurilor funcţionale ale individului în perspectivă corporal-biologică sau psihic-conştientă. Perturbarea indusă de boală determină un minus şi o dizarmonie a ansamblului unitar al persoanei, dificultăţi obiective şi subiective în prezenţa, adaptarea şi eficienţa în cadrul vieţii sociale, dezadaptarea, involuţia, moartea nefirească (prin accident) ori evoluţia spre constituirea defectualităţii sau deteriorării grave.

3.6. BOALĂ PSIHICĂ ŞI ECOSISTEM

Boala psihică trebuie considerată ca interesând întreaga fiinţă umană în complexitatea ei biologică, psihologică, axiologică şi socială. Apare deci evident, ca analiza normalităţii psihice, a psihismului văzut cu un „multiplex", să implice nu numai corelaţii biologice, ci şi sociale, culturale, epistemologice şi dinamice.

După **Lăzărescu M,** *boala psihică constă într-o denivelare (simplificare), dezorganizare (destructurare), dezechilibrare (dizarmonie) a vieţii psihice conştiente a persoanei.* Psihismul subiectului se reorganizează la un nivel inferior, prezentând manifestări care nu sunt evidente în starea normală. Această disfuncţionalitate se datorează fie absenţei instanţelor psihice superioare, fie efortului constituit de încercarea de reechilibrare, de reorganizare în situaţia deficitară dată.

Ecosistemul uman în care se manifestă sănătatea şi boala nu este izolat şi nici static. Conţinutul conceptului de sănătate mintală este determinat de calitatea raportului personalitate-mediu. În condiţiile vieţii contemporane, relaţiile omului cu factorii de mediu s-au complicat. Ele nu se realizează exclusiv prin mecanisme biologice, ci sunt dependente şi de factorii socio-culturali, care se adaugă şi mijlocesc relaţiile dintre om şi natură. Deci socialul nu poate fi separat, dar nici identificat cu naturalul. Nu putem să nu reţinem că este caracteristic contemporaneităţii, faptul că dezvoltarea tuturor laturilor vieţii sociale a devenit tot mai dependentă de natură, de rezervele ei, de echilibrul ecologic. Relaţiile ecologice om-natură-societate, trebuie privite prin interacţiunea lor, cu evidenţierea contradicţiilor ce pot apărea în cadrul interacţiunii dintre mediul social şi individual.

În opinia lui **Mărgineanu N (1973),** sănătatea exprimă echilibrul dinamic dintre fiinţă şi lume iar boala rezultă din dezechilibrul fiinţei cu lumea, din lupta lor asimetrică şi dizarmonioasă ce contrazice nu numai logosul în evoluţie al fiinţei, ci şi pe cel al lumii şi al societăţii. Dacă în conflictul dintre fiinţă şi mediu individul reuşeşte să învingă starea de tensiune care izvorăşte din golul de adaptare pe care acesta îl reprezintă, atunci îşi va păstra sănătatea. În caz contrar, el va ajunge la boală.

3.7. DIMENSIUNI EXISTENȚIALE ALE BOLII PSIHICE

Capacitatea subiectului de a se autoadministra rațional, diminuă și perturbă libertatea lui interioară. Comunicarea interpersonală, intersubiectivitatea, capacitatea de integrare a persoanei în plan socio-cultural sunt, de asemenea, grav afectate, iar în formele severe ale bolii psihice individul apare ca o ființă „alienată", înstrăinată de viața comunitară socio-spirituală, desprinsă de însăși existența umană. *Boala psihică anulează capacitatea de autodepășire și de creație a subiectului și poate conduce la diverse forme și intensități de* ***defect psihic*** **(Lăzărescu M, 1995).**

Boala se referă, în genere, la o stare anormală cu o cauzalitate determinată, cu un debut precizabil (apare la un moment dat mai mult sau mai puțin favorabil apariției sale), are un anumit tablou clinic, un anumit substrat, o anumită tendință evolutivă și un răspuns terapeutic specific. Un om devine bolnav psihic din momentul în care nu-și mai este suficient sieși, făcând eforturi pentru a se accepta ori neacceptându-se, neacceptându-i nici pe alții, acordând o atenție și o preocupare crescută pentru propriul corp, propria persoană, interogând fără a-și găsi răspunsul și liniștea în propriile valori, ori lipsindu-se de valori **(Cornuțiu G, 1998).**

Boala psihică este și va rămâne o dimensiune (poate cea mai tragică) a ființei umane și prin aceasta ea va cuprinde întotdeauna tot ceea ce alcătuiește umanul din noi. Dar ea va fi și absența libertății interioare a subiectului, incapacitatea de a se adapta armonios în mijlocul colectivității și imposibilitatea de a crea pentru semeni, prin și cu ei. În acest sens, boala va dezorganiza esența umană în tot ce are ea definitoriu.

CAPITOLUL 4

PERSONALITATEA NORMALĂ ŞI PATOLOGICĂ

Există în fiecare dintre noi ceva mai adânc decât noi înşine.

Sfântul Augustin

ÎNCERCĂRI DE DEFINIRE A PERSONALITĂŢII
BOALĂ ŞI PERSONALITATE
TULBURĂRI DE PERSONALITATE
CAUZELE MEDICALE ALE SCHIMBĂRILOR DE PERSONALITATE
TULBURĂRI DE PERSONALITATE. DELIMITĂRI CONCEPTUALE
CARACTERE CLINICE ALE DIZARMONIEI
O POSIBILĂ ETIOLOGIE A TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE
CLASIFICAREA TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE ŞI IPOSTAZE MEDICALE ALE ACESTORA
- Tulburarea paranoidă
- Tulburarea schizoidă
- Tulburarea schizotipală
- Tulburarea antisocială
- Tulburarea borderline
- Tulburarea histrionică
- Tulburarea narcisică
- Tulburarea evitantă
- Tulburarea dependentă
- Tulburarea obsesiv-compulsivă
- Alte tulburări de personalitate

TULBURĂRI DE PERSONALITATE ŞI BOALĂ
MODALITĂŢI DE ABORDARE A PACIENTULUI CU TULBURARE DE PERSONALITATE ÎN TIMPUL INTERNĂRII

4.1. ÎNCERCĂRI DE DEFINIRE A PERSONALITĂŢII

Orice încercare de definire a personalităţii se loveşte de enorme dificultăţi, generate pe de o parte de gradul deosebit de generalitate al noţiunii, iar pe de altă parte de nevoia de sinteză pe care orice definiţie o presupune.

Personalitatea umană constituie, direct sau indirect, terenul de intersecţie al multor discipline ştiinţifice, este un univers care incită permanent la cunoaştere, dar care niciodată nu poate fi epuizat. **Goethe** considera că suprema performanţă a cunoaşterii ştiinţifice este cunoaşterea omului. Ideea este justificată atât prin complexitatea maximă a fiinţei umane, cât şi prin faptul că omul reprezintă valoarea supremă pentru om.

Între pesimismul lui **Nietzsche,** care afirma că *omul este animalul care nu poate fi niciodată definit* și viziunea axiologică a lui **Protagoras** care spunea că *omul este măsura tuturor lucrurilor,* se naște neliniștitoarea întrebare - cum să evaluezi cu ceva care nu este măsurabil?

Dacă pentru alte domenii această întrebare poate să rămână retorică, pentru psihiatrie, psihopatologie și psihologie clinică care operează cu modelul medical, ea trebuie cu necesitate să-și găsească un răspuns. Acest răspuns devine extrem de complex în contextul creșterii vertiginoase a volumului informațiilor științifice, care determină o viziune multidimensională, prin care realitatea nu poate fi cunoscută decât prin interpretările interdisciplinare, sistemice, ale contextelor, ansamblurilor.

Cu toate că se pot inventaria aproape tot atâtea definiții asupra personalității câte teorii psihologice există, se poate stabili totuși un oarecare consens asupra unui număr de noțiuni, care sunt în genere cuprinse în orice definire și descriere și pe care vom încerca să le trecem în revistă:

- personalitatea este un concept global, o structură care nu se poate descrie decât prin elementele sale structurale;
- ea are un anumit grad de permanență, o dinamică și o economie proprie;
- este rezultanta dezvoltării potențialităților înnăscute într-un mediu de dezvoltare precizabil din punct de vedere socio-cultural;
- dezvoltarea personalității este secvențială.

Subliniem însă, încă o dată, că abordarea acestor puncte de referință diferă după școală, atât în privința sensului acordat, cât și a ponderii ce li se aplică în cadrul personalității.

4.2. BOALĂ ȘI PERSONALITATE (TULBURĂRI DE PERSONALITATE)

Fundalul bolii psihice ca și al normalului este personalitatea. Ea va fi cea care va da nota particulară și de diversitate fiecărui tablou clinic. De fapt, aceasta este și marea dificultate, dar pe de altă parte și marea specificitate caracteristică psihiatriei. Cele două componente ale cuplului patogenic, terenul și agentul patogen se află în psihiatrie într-o relație de strânsă întrepătrundere, alcătuind o ecuație ale cărei soluții sunt infinite. Și asta pentru că, spre exemplu, dacă în reacții agentul patogen (trauma psihică) va fi exterior terenului (personalitatea), în dezvoltări el se va și suprapune structural și genetic peste aceasta (boala aflându-și cauza și în însăși dizarmonia personalității), iar în procese, intersecția celor două componente generatoare ale bolii conduce la transformarea tuturor elementelor originale ale personalității. Desigur că relația dintre cei doi factori amintiți mai sus nu este o relație mecanică; complexitatea retroacțiunilor, interdependențelor, o face greu descriptibilă și practic imposibil de cunoscut în intimitatea ei.

Mai mult decât în oricare domeniu al medicinii, în psihiatrie existența bolnavilor și nu a bolilor este definitorie. Aceasta nu înseamnă, așa cum au încercat unii să demonstreze, că bolile nu există; și cu atât mai puțin înseamnă ceea ce alții susțin cu suverană suficiență, că nu asistăm decât la o boală unică.

Semnificația celor arătate anterior se regăsește în diversitatea clinică a tulburărilor mintale, indiferent de intensitatea lor nevrotică, psihotică și de ce nu, demențială, care se transfigurează la nivel individual într-o caleidoscopică organizare.

Demersul psihopatologului ar fi sisific în încercarea de descriere a tuturor acestor tablouri, iar nosografia ar părea un *„butoi al Danaidelor"* dacă în permanență nu s-ar

face efortul critic al determinării premorbidului. Punerea acestuia în evidență, stabilirea legăturii inteligibile dintre preexistent și existent, ca și sesizarea exactă a nivelului și caracteristicilor personalității oricum în suferință sunt condițiile *sine qua non* ale psihiatriei.

În stabilirea diagnosticului și în înțelegerea cazului, medicul trebuie să rezolve o problemă fundamentală și anume: să coreleze tabloul clinic actual cu aspectele personalității premorbide pe care acesta s-a grefat, și să aprecieze astfel, eventualitatea accentuării unor trăsături care se manifestau evident și anterior îmbolnăvirii; modificarea calitativă a personalității - operație dificilă și cu importante consecințe în ceea ce privește diagnosticul și îndeosebi terapia.

O personalitate nu se poate restructura datorită bolii decât de la un nivel pe care l-a atins, în jos. Această diferență trebuie să fie reală, între ceea ce a fost și ceea ce este, și nu între ceea ce ar fi putut fi, sau ceea ce ne imaginăm că a fost, sau între proiecția ideală a psihiatrului și realitate.

Același lucru este valabil și pentru substructurile personalității: atunci când afirmăm deteriorarea mintală, va trebui să ne referim la dezvoltarea mintală a subiectului în cauză care este acum decalată în performanțe.

Mayer-Gross concluziona asupra unui lucru de mult timp cunoscut în psihiatrie, că modul de reacție corespunde trăsăturilor celor mai reprezentative ale personalității la care acesta apare, deci reacțiile sunt aproape întotdeauna în sensul personalității.

De asemenea, celelalte psihogenii, prin însăși definiția lor - de boli de „dezvoltare", vor urma sensul personalității. Înțelegerea acestui lucru ne va împiedica în tentația hiperanalitică de a descrie noi și noi entități și forme clinice, pentru că pare evident că fiecare tip de boală, indiferent de intensitatea ei psihopatologică (până și la nivel demențial) va căpăta nuanță dominantă a personalității premorbide, dezvoltând o simptomatologie generată de suprapunerea sau de interferența morbidului cu premorbidul.

Dacă personalitatea nu este o cheie psihopatologică pentru explicarea conținutului întregii patologii (așa cum ea este pentru psihogenii), ea va fi și în cadrul celorlalte boli factor patoplastic, făcând comprehensibilă forma, dar nu și conținutul.

Intuiția kretschmeriană (devenită dogmă din păcate pentru o lungă perioadă de timp) care opunea picnicul leptosomului în tentativa de a stabili calea către psihoză, își găsește în realitatea clinică o nuanțată exprimare; chiar atunci când procesul schizofren se instalează la un picnic, el are o pronunțată nuanță afectivă.

Absolutizarea rolului structurii premorbide poate însă duce la impasuri majore: s-au descris o structură psihopatică și una nevrotică, între care s-a stabilit ca linie de demarcație „păstrarea posibilității comparației între starea sa dinainte de boală și îmbolnăvire" **(Nica-Udangiu).**

4.3 CAUZELE MEDICALE ALE SCHIMBĂRILOR DE PERSONALITATE

Se admite însă posibilitatea „psihopatizării" nevrozelor după o mai lungă și trenantă evoluție. Întrebarea care se pune este: acest nevrotic psihopatizat mai „păstrează" întotdeauna posibilitatea comparației comportamentului său înainte și după îmbolnăvire? Dacă da, atunci nu a devenit „psihopat"; dacă nu, atunci cum știm că nu a fost „psihopat"?

Desigur acesta este un simplu demers teoretic care demonstrează dificultățile de încadrare în modele, delimitările având o zonă lipsită de exactitate care își are originea tocmai în uriașa variabilitate umană și în dificultatea stabilirii de modele.

Interferența care se produce în cadrul sindroamelor psihoorganice cronice (și chiar în cele acute), în care patologia care ar trebui să fie organizată după modelul strict me-

dical (leziune-disfuncţie) are un caracter de globalitate; faptul că ele se diferenţiază evidenţiind cel mai adesea dizarmoniile existente în personalitatea premorbidă, ne îndreaptă către admiterea reciprocei: „structura somatică" va avea un rol în expresivitatea tabloului clinic. Constituţia biologică, integritatea ei morfo-funcţională, rezistenţa ei la dezadaptare, toate acestea se vor regăsi nuanţat în tabloul morbid. Iată câteva din circumstanţele medicale care pot avea ca expresie schimbarea personalităţii subiectului: tulburările comiţiale, în special cele cu origine în lobul temporal, leziunile lobului frontal, tumorile, abcesele şi alte leziuni cerebrale. **Bear** şi **Fedio** au descris caracteristicile personalităţii pacienţilor cu epilepsie a lobului temporal: hipo- sau hipersexualitate, vâscozitate emoţională („adezivitate"), hiperreligiozitate, intensificarea emoţiilor, hipergrafie, circumstanţialitate, supraincluziune, lipsa umorului, tendinţe paranoide şi accentuarea extremă a sentimentului moral. Este important de reamintit că în cazurile în care există o patologie predominantă a lobului frontal, abilităţile cognitive sunt relativ păstrate.

CAUZELE MEDICALE ALE SCHIMBĂRILOR DE PERSONALITATE
(după **Popkin MK, 1986**)

Demenţa corticală (poate fi manifestarea timpurie)
Tumorile SNC
Afecţiuni ale lobului frontal (în special asociate cu leziunile orbitale sau cu tumori)
Traumatism cranian
Intoxicaţii (de ex. plumb)
Sindrom postconvulsiv
Psihochirurgie
Accidente vasculare
Hemoragie subarahnoidiană
Demenţă subcorticală (deseori o manifestare care iese în evidenţă)
Afecţiuni ale lobului temporal (în special de tip iritativ/convulsiv)

Revizia a X-a clasificării tulburărilor mintale şi de comportament OMS, 1992 introduce conceptul de tulburare de personalitate organică pe care o caracterizează ca: *o alterare semnificativă a modelelor obişnuite a comportamentului premorbid. În special sunt afectate expresia emoţională, trebuinţele şi impulsurile; funcţiile cognitive sunt defectuoase în special sau doar în sfera planificării propriilor acţiuni şi anticipării consecinţelor lor pentru subiect.*

În afara unui istoric stabilit sau a unei alte dovezi de boală, leziune, sau disfuncţie cerebrală, un diagnostic cert necesită prezenţa a două sau mai multe din următoarele caracteristici:

a) Capacitate constant redusă de a persevera în activităţi cu scop, mai ales când implică lungi perioade de timp şi satisfacţii amânate;

b) Comportament emoţional alterat, caracterizat prin labilitate emoţională, bună dispoziţie superficială şi nejustificată (euforie), veselie neadecvată; schimbare rapidă spre iritabilitate sau scurte explozii de mânie şi agresiune; în unele cazuri poate apărea apatia, care poate fi trăsătura predominantă;

c) Dezinhibarea expresiei necesităţilor şi impulsurilor fără a lua în considerare consecinţele sau convenţiile sociale (pacientul se poate angaja în acte disociale, ca: furtul, avansuri sociale nepotrivite, bulimie, sau manifestă desconsiderare pentru igiena personală);

d) Tulburări cognitive sub forma suspiciunii sau ideație paranoidă și/sau excesivă preocupare pentru o unică temă de obicei abstractă (de exemplu religia, „adevărul", „eroarea" etc.);

e) Alterare marcată a debitului și fluidității verbale, ceea ce se traduce prin: circumstanțialitate, hiperimplicare, vâscozitate și hipergrafie;

f) Comportament sexual alterat (hiposexualitatea sau schimbarea preferinței sexuale).

Totuși, așa cum nu există psihogeneză pură (nu există emoție fără tulburări neurovegetative și endocrine, afirmă în 1973 **Sivadon),** tot așa nu se poate vorbi de personogeneză în sens neurologic.

4.4. TULBURĂRI DE PERSONALITATE. DELIMITĂRI CONCEPTUALE

Pentru a denumi tulburările de personalitate așa cum le înțelegem și le denumim azi, de-a lungul timpului au fost folosiți o serie de termeni cu destin lingvistic variabil și cu o arie de răspândire mai mult sau mai puțin importantă. Termeni ca „folie sans delir" (nebunie fără delir) **(Ph Pinel),** nebunie morală **(Prichard J C),** inferioritate psihopatică, psihopatie **(Koch J L),** anetopatie, caracteropatie, personalitate psihopatică **(Kraepelin E),** nevroză de caracter, dizarmonie de personalitate, tulburare de personalitate, au căutat de-a lungul timpului să acopere domeniul tulburării de personalitate, acest lucru fiind de înțeles în contextul în care chiar conceptul de personalitate, cheia de boltă a psihologiei și a psihopatologiei cunoaște zeci de definiții și sute de accepțiuni **(Ionescu G).** Formulările menționate au ținut seama fie de presupusa determinare etiopatogenică a tulburării de personalitate, fie de modelul personalității însușit de autori, fie chiar de tabloul psihopatologic.

Prin **tulburări de personalitate** înțelegem acele trăsături inflexibile și dezadaptative care provoacă fie perturbări în funcționalitatea socio-profesională a individului, fie disconfort subiectiv. Prin **trăsături de personalitate** se înțeleg modelele de gândire și de relaționare cu mediul social și cu propria individualitate a subiectului.

Sursa	Denumire
Ph. Pinel	Nebunie fără delir, personalitate anormală
J.C. Prichard	Nebunie morală
Cleckley	Sociopatie
J.L. Koch, Emil Kraepelin	Personalitate psihopatică - psihopatie
S. Freud	Nevroză de caracter
ICD 10, DSM IV	Tulburare de personalitate
Alte denumiri:	Personalitate imatură, Personalitate inadecvată, Personalitate accentuată

Tulburările de personalitate se recunosc încă din adolescență și persistă toată viața, atenuându-se de obicei cu vârsta.

Vom trece în revistă o serie de definiții care ni s-au părut mai complete din ultima jumătate de veac:

- Este imposibil de dat o definiție a personalității psihopatice. Prin personalitate psihopatică înțelegem acele personalități discordante caracterizate prin particularități cantitative ale instinctului, temperamentului și caracterului și a căror activitate intențională și

unitară este influențată de anomalii în perceperea propriei persoane și a semenilor, fapt care conduce la înlocuirea valorilor reale cu false valori și a scopurilor autentice vitale cu pseudoscopuri **(Kahn E, 1931).**

- Personalitățile psihopatice sunt acele personalități anormale care suferă datorită anormalităților structurale sau care, prin acestea fac societatea să sufere **(Schneider K, 1934).**
- Psihopatic ca prefix, a devenit un coș de gunoi în care sunt aruncate tot felul de lucruri. Între aprecierile relative și șovăitoare ale societății în ceea ce privește așa-zisul nebun și așa-zisul criminal, psihopatia se situează într-o zonă de tranziție diferită de cele două, integrându-se într-una sau alta, mai mult sau mai puțin accidental **(White P, 1935).**
- Denumim prin personalități psihopatice, acei indivizi care, în concordanță cu un anumit nivel intelectual care niciodată nu atinge limita inferioară a normalului și care de-a lungul întregii lor vieți sau de la o vârstă tânără au tulburări manifeste de tip antisocial sau asocial, cel mai adesea cu caracter recurent sau episodic și care se dovedesc a fi puțin influențate de metode sociale, penale și medicale, pentru care nu posedăm mijloace de natură preventivă sau curativă **(Henderson DK, 1939).**
- Ei tind să-și exteriorizeze social conflictele în loc să dezvolte simptomele conflictului interior **(Levine S, 1942).**
- Psihopatiile reprezintă un grup polimorf de dezvoltări patologice ale personalității caracterizate clinic printr-o insuficientă capacitate sau printr-o incapacitate episodică sau permanentă de integrare armonioasă și suplă la condițiile obișnuite ale mediului familial, profesional sau în general social **(Predescu V, 1976).**
- Principalele trăsături sunt reprezentate de modele rigide, necorespunzătoare, de relație, de percepție și de apreciere a lumii și sinelui, suficient de severe, pentru a determina fie tulburări severe în adaptarea socio-profesională, fie suferințe obiective **(DSM III, 1980).**
- Tulburările în modul de structurare a personalității sunt un grup polimorf de structuri particulare ale personalității care includ deviații calitative sau cantitative ale sferei afectiv-voliționale și instinctive, care se cristalizează în adolescență și persistă toată viața, se manifestă pe plan comportamental, fără a fi recunoscute ca atare de subiect, provocându-i acestuia o incapacitate de integrare armonioasă la condițiile mediului social cu care realizează un impact permanent, dar cu răsunet existențial variabil.
- Au ca elemente definitorii: controlul incomplet al sferelor afectiv-voliționale și instinctive; nerecunoașterea defectului structural; incapacitatea de integrare armonioasă în mediul social **(Tudose F și Gorgos C, 1985).**
- Tulburarea specifică de personalitate este o perturbare severă în constituția caracteriologică și în tendințele comportamentale ale individului, implicând de obicei mai multe arii ale personalității și asociate aproape întotdeauna cu un considerabil dezechilibru personal și social. Tulburarea de personalitate tinde să apară în copilăria tardivă sau în adolescență și continuă să se manifeste în viața adultă. Din această cauză, este improbabil ca diagnosticul de tulburare de personalitate să fie cel corect pentru un pacient care nu a împlinit încă 16 sau 17 ani **(ICD-10, 1992).**
- Tulburarea de personalitate este un pattern persistent de experiență interioară și comportament care deviază în mod clar de la așteptările pe care le avem din partea insului; acest pattern este pervaziv și inflexibil, cu debut în adolescență sau timpuriu în viața adultă, stabil în timp și care determină disfuncționalitate **(DSM-IV, 1994).**

4.5. CARACTERE CLINICE ALE DIZARMONIEI

• Personalitățile dizarmonic-psihopate se caracterizează prin:

- o dizarmonie caracterială gravă și persistentă care se exprimă prin diverse tipologii;
- această tulburare influențează negativ (perturbator) existența interpersonal-socială a individului; judecarea morală poate fi, deseori, deficitară;
- dizarmonia este urmarea disontogenezei persoanei; anormalitatea fiind neevolutivă și greu influențabilă prin educație, sancțiuni sau chiar prin tratament psihiatric.

Există și alte caracteristici care, însă, nu se întâlnesc în mod obligatoriu la toate cazurile de psihopatie, ci mai ales la cele etichetate ca „sociopatice" ori „nucleare":

- subiectul urmărește satisfacerea propriilor interese și plăceri fără a ține cont de alții (egocentric, hedonic);
- subiectul este de acord cu comportamentul lui (egosintonic);
- în situații conflictuale este de părere că alții sunt vinovați (extrapunitivitate);
- îi determină pe alții să sufere mai mult decât suferă el însuși;
- atitudinea activă și heteroagresivă predomină asupra celei inhibate;
- lipsa de adecvare nuanțată la diverse situații, incapacitatea de a învăța din experiență (psihorigiditate) **(Lăzărescu M și Ogodescu D, 1995).**

• Ansamblul caracteristic și persistent de trăsături, predominant cognitive, dispoziționale și relaționale, ilustrate printr-un comportament care deviază în mod evident și invalidant de la expectațiile față de persoana respectivă și de la normele grupului său social **(Ionescu G, 1997).**

4.6. O POSIBILĂ ETIOLOGIE A TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

Dintre factorii implicați în etiologia plurifactorială a tulburărilor de personalitate au fost incriminați ereditatea, factorii perinatali, factorii de microorganicitate, factorii mezologici, factorii de dezvoltare, fără ca să existe până în acest moment nici un consens științific și nici măcar dovada unei legături de cauzalitate suficient de importante pentru a fi luată în discuție.

Interesul deosebit de prezentare a tulburărilor de personalitate în această lucrare este legat cel puțin de următoarele aspecte:

- Personalitatea și implicit tulburările de personalitate reprezintă fundalul pe care se desfășoară tragedia bolii psihice sau somatice și în acest context perceperea ei de către medicul sau psihologul clinician va suferi distorsiuni caracteristice.
- Situate la limita normalitate-boală, fără să își poată defini un statut, tulburările de personalitate vor fi uneori confundate cu boala psihică, creând dificultăți de diagnostic și abordare.
- Tulburările de personalitate ale membrilor familiei bolnavului pot complica în cele mai diverse ipostaze intervenția terapeutică.
- Medicul sau psihologul clinician pot fi ei înșiși personalități care se înscriu în această sferă, iar acest lucru va genera dificultăți de relaționare extreme.
- Abordarea bolnavilor cu tulburări de personalitate, indiferent de suferința pe care o au - psihică sau somatică - cere abilități și efort suplimentar.

Subliniem toate acestea pentru a ne delimita și de aceia care consideră că aceste personalități sunt *sarea și piperul omenirii... tulbură valurile vieții sociale și uneori le dau culoare.* Amestecul armonie-dizarmonie-normalitate-anormalitate-incertitudine -

delimitare ca fundal acceptat pentru demersul medical sau psihologic, va fi doar un inutil marș în deșert spre o țintă care este fata morgana. Acolo, cel care va rătăci se imaginează ca un stăpân al adevărului acceptând paradoxul că orice aserțiune poate fi în acest context adevărată sau falsă.

Tulburările de personalitate sunt alcătuite din ***trăsături*** de personalitate, care arată o persistență maladaptativă și inflexibilitate. Trăsăturile de personalitate sunt pattern-urile durabile ale comportamentului.

a. Trăsăturile nu sunt patologice și nici nu sunt diagnosticabile ca tulburări mintale.

b. Recunoașterea acestor trăsături poate fi folositoare oricărui medic în înțelegerea reacției față de stres, boală sau oricare altă situație cu implicații medicale.

Funcția homeostatică realizată de personalitate pentru mediul psihosocial obișnuit al pacientului poate fi profund dezadaptativă în cadrul sistemului medical la care acesta este nevoit să apeleze. Tulburările comportamentale care rezultă pot fi etichetate ca tulburări de personalitate, neadaptare, nevroză, comportament normal în condițiile afecțiunii date, regresie psihologică legată de boală sau caracter patologic.

Acordarea importanței cuvenite factorilor psihodinamici, de dezvoltare și de personalitate este importantă pentru medic din următoarele motive:

- reacțiile negative ale unui specialist în fața pacientului îl pot îndepărta de problemele medicale reale.
- tulburările de personalitate pot avea ca rezultat un diagnostic incorect și un tratament insuficient sau nepotrivit (de exemplu, comportamentul neajutorat și indecis al unui pacient cu tulburare de personalitate de tip dependent poate fi interpretată greșit ca aparținând unei depresii și deci tratată cu medicație antidepresivă);
- complicațiile legate de personalitate pot fi tratate de obicei într-un termen scurt.

Scopul recunoașterii tulburării de personalitate este cel de a înțelege comportamentele pacientului față de boală, un exemplu clasic fiind cel al comportamentelor adictive în care abuzul de droguri nu poate fi tratat fără a înțelege trăsăturile de personalitate care îl însoțesc.

Frecvent, tulburările de personalitate complică relația medic-pacient dar tot atât de frecvent, tulburările de personalitate sunt trecute cu vederea, în special la vârstnici. La această vârstă, multe din comportamentele dezadaptative sunt puse pe seama organicității sau a deteriorării cognitive datorată vârstei. Cu toate acestea, retrospectiva evenimentelor și conduitelor pacientului, poate orienta rapid medicul în identificarea unei tulburări de personalitate.

Informații utile în descrierea personalității pot fi obținute din observarea felului în care pacientul este îmbrăcat și modul în care participă la dialogul cu medicul. Machiajul strident sau, dimpotrivă aspectul neîngrijit, mimica exagerată sau indiferența față de situație sunt elemente importante.

Ascultarea modului în care pacienții își exprimă nevoile, a faptului că prezentarea este prea dramatică sau excesiv de patetică, orientează atât spre existența unei tulburări de personalitate, cât și spre tipul acesteia. Același lucru se întâmplă atunci când pacientul încearcă să se prezinte într-o lumină exagerat de măgulitoare.

Răspunsurile la întrebări specifice de tipul: *Cum a interacționat cu persoane importante? Se simte pacientul apropiat sau încrezător în cineva? Pacientul are un comportament manipulator sau exagerat de dependent? Ce comportament anormal a mai prezentat pacientul în trecut? În ce fel se comportă în relația cu cei care îl îngrijesc? Dacă a intrat vreodată în conflict cu aceștia? Ce a fost benefic și ce nu în relațiile cu medicii care l-au*

îngrijit anterior? vor aduce informaţia necesară creionării tipului de personalitate şi va permite evaluarea necesară plasării acestuia între normalitate şi tulburare.

Relaţii suplimentare care să contureze tabloul personalităţii pacientului pot fi obţinute de la prieteni, familie, colegi, parteneri de cuplu. De asemenea, tabloul poate fi şi mai bine conturat prin folosirea unor teste de psihodiagnostic cum ar fi: inventarul multifazic de personalitate Minnesota (MMPI) considerat de psihologii şi medicii americani cel mai bun test standardizat pentru evaluarea personalităţii. Un avantaj suplimentar al MMPI-ului este faptul că se autoadministrează şi că în ultima vreme poate fi prelucrat automat pe computer. Dintre dezavantaje enumerăm lipsa unei standardizări româneşti recunoscute şi timpul mare necesitat de completarea acestuia.

4.7. CLASIFICAREA TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE ŞI IPOSTAZE MEDICALE ALE ACESTORA

În recunoaşterea pacienţilor cu tulburări de personalitate este utilă identificarea unor caracteristici care pot orienta medicul sau psihologul către această ipostază diagnostică.

CARACTERISTICILE OBIŞNUITE ALE PACIENŢILOR CU TULBURĂRI DE PERSONALITATE

Modele de comportament cronice şi durabile, nu episodice
Blamarea constantă a altora
Uşor de înfuriat sau de făcut geloşi
Ego-sintonic
Funcţia socială şi ocupaţională tulburată
Dependenţă sau independenţă excesivă
Frecvent „dezamăgiţi" de către partener
Impulsivi sau compulsivi
Exacerbare produsă de afecţiunile SNC, traumatism cranian şi stres
Standarde şi opinii inflexibile
Iritabilitate
Abilităţi empatice reduse
Înşelarea persoanelor pentru a ajunge la un rezultat final
Egocentrism
Deseori rezistenţă la tratament
Trecere de la subevaluare la supraevaluare
Relaţii interpersonale tulburi sau instabile

Dintre numeroasele clasificări şi categorisiri ale tulburărilor de personalitate, pentru a evita pe de o parte pericolul dogmatic, iar pe de cealaltă parte atomizarea tipologică, vom folosi modelul standardizat şi operant introdus de lucrări specializate şi unanim recunoscute în lumea medicală: Manualul Statistic de Diagnostic, ediţia a-IV-a al Asociaţiei Americane de Psihiatrie (DSM-IV) şi revizia a X-a a Clasificării Internaţionale a Bolilor (CIM-10) elaborat de Organizaţia Mondială a Sănătăţii la care vom adăuga în prezentarea noastră câteva dintre tulburările de personalitate care prin frecvenţă şi specificitate forţează uşile taxinomiei.

Tulburarea de personalitate paranoidă

Neîncredere și suspiciozitate față de alții ale căror intenții sunt interpretate ca răuvoitoare și care persistă chiar în fața unor dovezi puternice că nu există nici un motiv de îngrijorare. Ei tind să fie anxioși, distanți, fără umor și certăreți și fac adeseori „din țânțar armăsar". Ei poartă pică tot timpul, și sunt implacabili față de insulte, injurii sau ofense.

În activitatea profesională depun multe eforturi și dacă se află în situația de a munci individual, se descurcă foarte bine. Au dubii nejustificate referitoare la loialitatea sau corectitudinea amicilor sau colegilor.

Tulburarea de personalitate schizoidă

Caracteristica principală a acestei personalități este lipsa de interes față de alte persoane și relații sociale. Sunt indiferenți la laude sau critici. Sunt niște singuratici și exprimă foarte puține emoții. Sunt retrași, lipsiți de simț al umorului, reci și aplatizați emoțional. Deși sunt izolați social și au afectivitate aplatizată (caracteristici ale schizofreniei), **nu** au tulburări de gândire (halucinații, idei delirante sau tulburări de limbaj) și de aceea nu pot fi considerați schizofrenici.

Tulburarea de personalitate schizotipală

Deficite sociale și interpersonale manifestate prin disconfort acut în relații și reducerea capacității de a stabili relații intime, precum și prin distorsiuni cognitive și de percepție și excentricități de comportament.

Indivizii au o gândire magică sau credințe stranii care influențează comportamentul și sunt incompatibile cu normele subculturale (ex. superstiționizitate, credință în clarviziune, telepatie, fantezii și preocupări bizare). De asemenea, ei trăiesc experiențe perceptive insolite, incluzînd iluzii corporale. Au o gândire și un limbaj bizar (ex. limbaj vag, circumstanțial, metaforic, supraelaborat sau stereotip).

Tulburarea de personalitate antisocială

Denumiți adeseori și sociopați, acești indivizi sunt caracterizați de: desconsiderarea și violarea drepturilor altora, impulsivitate și incapacitate de a face planuri pe durată lungă, iritabilitate și agresivitate, neglijență nesăbuită pentru siguranța sa sau a altora, iresposabilitate considerabilă indicată prin incapacitatea repetată de a avea un comportament consecvent la muncă ori de a-și onora obligațiile financiare, lipsa de remușcare, indiferență față de faptul de a fi furat sau maltratat sau încercarea de justificare a acestor fapte, incapacitate de a se conforma normelor sociale în legătură cu comportamentele legale (comiterea repetată de acte care constituie motive de arest), incorectitudine, mințit repetat, manipularea altora pentru profitul sau plăcerea personală. Acești indivizi pot forma totuși, cu ușurință, relații interpersonale dar natura acestora este superficială.

Tulburarea de personalitate borderline

Caracteristica principală este instabilitatea relațiilor interpersonale, imaginii de sine și afectului și impulsivitatea manifestată prin cheltuieli abuzive, joc patologic, abuz de substanță, mâncat excesiv, relații sexuale dezorganizate etc. Indivizii alternează între extremele de idealizare și devalorizare. Pot avea o perturbare de identitate și senti-

mentul cronic de vid interior. Apar manifestări frecvente de furie cu incapacitatea de a-și controla mânia. Au un comportament automutilant și amenințări recurente de suicid. Nu suportă solitudinea și sunt instabili afectiv.

Tulburarea de personalitate histrionică

Este caracterizată de emoționalitate excesivă și de căutare a atenției. Istericul se simte nemulțumit atunci când nu se află în centrul atenției. Își schimbă rapid emoțiile care sunt superficiale. Catarsisul afectiv este facil. Este sugestionabil, ușor de influențat. Are tendința de a dramatiza conținutul vorbirii și un stil de comunicare colorat, impresionabil. Consideră relațiile a fi mai intime decât sunt în realitate. Are un comportament seducător și provocator sexual. Sunt manipulativi, orientați spre satisfacerea propriilor interese. Se entuziasmează facil și efemer. Pot exista amenințări cu suicidul.

Tulburarea de personalitate narcisică

Caracterizată prin grandoare, necesitatea de admirație și lipsa de empatie. Are sentimentul de autoimportanță, fantasme de succes nelimitat, putere. Necesită admirație excesivă și își subliniază repetat și exagerat calitățile. Este sensibil la critică sau pierdere. Are pretenții exagerate de tratament favorabil și supunere dorințelor sale. Profită de alții pentru a-și atinge scopurile. Este lipsit de empatie: este incapabil să cunoască sau să se identifice cu sentimentele și necesitățile altora. Comportament arogant, sfidător. Are sentimente ostile sau de invidie pe care le proiectează asupra interlocutorilor.

Tulburarea de personalitate evitantă

Caracterizată prin inhibiție socială, sentimente de insuficiență și hipersensibilitate la evaluare negativă. Evită activitățile profesionale care implică un contact interpersonal semnificativ din cauza fricii de critică, dezaprobare sau respingere. Manifestă reținere în relațiile intime de teama de a nu fi ridiculizat și inhibat în relații noi din cauza sentimentelor de inadecvare. Atașamentele personale sunt restrictive. Se consideră inapt social, inferior celorlalți, neatractiv și se subestimează. Este ezitant în a-și asuma riscuri ori în a se angaja în activități noi pentru a nu fi pus în dificultate. Interpretativ și hipersensibil față de comentariile celorlalți.

Tulburarea de personalitate dependentă

Caracterizată de necesitatea excesivă de a fi supervizat, care duce la un comportament submisiv și adeziv și la frica de separare. Are dificultăți în a lua decizii comune fără reasigurări și sfaturi din partea altora. Necesită ca alții să-și asume responsabilitatea pentru cele mai importante domenii ale vieții lui. Are dificultăți în a-și exprima dezaprobarea față de alții de teama de a nu pierde aprobarea sau suportul acestora. Are dificultăți în a iniția proiecte ori a face ceva singur din lipsa de încredere în judecata și capacitățile sale. Merge foarte departe spre a obține solicitudine până la punctul de a se oferi voluntar să facă lucruri care sunt neplăcute. Caută urgent o altă relație drept sursă de supervizare când o relație strânsă se termină. Îi este exagerat de frică de a nu fi lăsat să aibă grijă de sine și se simte lipsit de ajutor când rămâne singur.

Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă

Caracterizată de preocuparea către ordine, perfecționism și control mental și interpersonal în detrimentul flexibilității, deschiderii și eficienței. Este preocupat de detalii, reguli,

liste, ordine, organizare sau planuri, în așa fel încât obiectivul major al activității este pierdut. Prezintă perfecționism care interferează cu îndeplinirea sarcinilor. Este excesiv de devotat muncii și productivității mergând până la excluderea activităților recreative și amiciților. Este hiperconștiincios, scrupulos și inflexibil în probleme de morală, etică, valori. Refuză să delege sarcini sau să lucreze cu alții în afara situației când aceștia se supun stilului său. Adoptă un stil avar de a cheltui. Manifestă rigiditate și obstinație.

Alte tulburări de personalitate

- Tulburarea de personalitate depresivă
- Tulburarea de personalitate emoțional-instabilă
- Tulburarea de personalitate pasiv-agresivă
- Tulburarea masochistă a personalității (nevalidată); caracteristicile au fost preluate de tulburarea dependentă și tulburarea pasiv-agresivă
- Tulburarea sadică a personalității (nevalidată); caracteristicile au fost preluate de tulburarea antisocială

Tipul de personalitate	Trăsături esențiale	Trăsături asociate	Complicații
Paranoidă	Suspiciozitate exagerată, neîncredere generalizată, controlul fidelității și autenticității datelor, faptelor și situațiilor, interpretativitate, reținere, distanțare, ermetizare, non-confidențialitate, tendințe de putere, valorizare, dificultăți interrelaționale, de integrare și armonizare	Rigoare logică, argumentativitate și persuasiune, combativitate și tenacitate, nevoia de a fi recunoscut, stimat, slabă toleranță la pierdere, eșec sau frustrare, intoleranță la minimalizare, rejecție, ignorare, heteroatribuirea insucceselor, rezonanță afectivă redusă, tendință la autonomie, incapacitate de cooperare, exigență și intransigență, tendință de autovalorizare, atitudine de supraestimare și fantasme de grandoare și omnipotență, supravalorizarea rangului, dispreț pentru cei slabi, incapabili	Scurte episoade psihotice. Poate apărea ca un antecedent premorbid al depresiei majore, schizofreniei, tulburării delirante
Schizoidă	Introversie marcată, detașarea de realitate, sociofobie, non-implicare, rezonanță afectivă redusă, disponibilitate scăzută de a trăi pierderea, eșecul, frustrările, preferințe pentru activități solitare, conduita neconvențională sau bizară	Înclinația spre introspecție și reverie, indiferență față de lauda sau critica celorlalți, preocupări reduse ori absente pentru activitatea sexuală	Poate apărea ca un antecedent premorbid al tulburării delirante, al schizofreniei sau al tulburării depresive majore

Tipul de personalitate	Trăsături esenţiale	Trăsături asociate	Complicaţii
Schizotipală	Aspecte particulare şi excentricităţi în comportament şi în prezentare, rezonanţă afectivă redusă, relaţionare slabă, ideaţie dominată de convingerea că posedă însuşiri rare, particulare, ilustrate prin clarviziune, capacitate de premoniţie, telepatie sau superstiţie	Convingeri şi experienţe senzoriale insolite, ciudate sau gândire magică, anxietatea de fundal cu conţinut primordial social, episoade psihotice tranzitorii, ruminaţii obsesive cu conţinut dismorfofobic, sexual sau agresiv, exprimare circumstanţială, metaforică, hiperelaborată	Suicid, episoade cvasipsihotice tranzitorii, tulburarea delirantă, tulburarea schizofreniformă, schizofrenie, depresia cu alură distimică, episoade depresive majore
Antisocială	Sfidarea şi violarea normelor, regulilor şi obligaţiilor sociale, conduita insensibilă, arogantă şi dispreţuitoare, lipsă de regret, de remuşcare sau a sentimentelor de culpabilitate, disponibilitatea de continuă reiterare a actelor sale indezirabile, iritabilitate, impulsivitate, manifestări clastice şi agresivitate, ignorarea consecinţelor conduitei sale, incapacitatea de a învăţa din experienţe negative, tendinţa de a blama şi injuria pe alţii, incapacitatea de a menţine relaţii autentice şi durabile	Instabilitate psihică, ignorarea problemelor personale curente şi de perspectivă, siguranţă de sine, aroganţă, supraestimare şi dispreţ pentru muncă, aspect şi ţinută corectă, agreabilă, volubilitate în comunicare, antecedente personale în care distingem minciuna, înşelăciunea, evaziunea şi numeroase acte ilegale sau în orice caz imorale	Alcoolismul şi toxicomania, tulburarea de somatizare, tulburarea ciclotimică, suicid
Borderline	Intensitatea şi versatilitatea relaţiilor interpersonale, binomul dispoziţional în raporturile interpersonale, reacţii impulsiv-agresive la incitaţii minime, intoleranţa solitudinii, sentimentul de vid interior, sentimentul inconsistenţei sau dispersiei identităţii	Reactivitatea şi instabilitatea dispoziţiei, comportamentul imprevizibil, acreditarea afectivă exclusivă, acte autodistructive repetitive	Episoade psihotice (denumite uneori micropsihotice), simptome psihotice propriu-zise, episoade depresive majore, tentative de suicid, alcoolism
Histrionică	Polarizarea atenţiei celorlalţi, labilitate şi versatilitate dispoziţională, comportament seducător şi provocator, catarsis afectiv facil, comunicare colorată, metaforică, conduită erotizată şi realitate sexua-	Personalizarea relaţiilor, redusă disponibilitate sau incapacitate de menţinere a relaţiilor, abilitate pentru noutate, stimulare sau schimbare, autoipostaziere în roluri extreme sau insolite, intoleranţă la	Tulburări de somatizare, episoade depresive, dependenţe medicamentoase, tentative suicidare, tulburări de dinamică sexuală

Tipul de personalitate	Trăsături esenţiale	Trăsături asociate	Complicaţii
	lă, sugestibilitate impresionabilitate, permeabilitate, dramatizarea conţinutului comunicării	ignorare sau marginalizare, incapacitate de amânare, entuziasmare facilă şi efemeră, comportament manipulativ, dependenţă de cel investit afectiv, ameninţări cu suicidul sau tentative suicidare demonstrative, amnezia traumelor, frustrărilor, afectetelor dramatice *(la belle indiference)*	
Narcisică	Autoevaluarea exagerată, nerealistă, fantezistă, idealizarea propriei persoane, invocarea explicită şi implicită prin conduită a calităţilor şi importanţei sale, aşteptări disproporţionate ca aceste însuşiri exagerate să fie acceptate, recunoscute şi apreciate ca atare de către ceilalţi, conduită distantă, arogantă, emfatică, nonreceptivitate şi insensibilitate la opinii diferite, sfaturi sau îndemnuri, disponibilităţi empatice reduse, aviditate pentru titluri, demnităţi, situaţii, onoruri, ranguri	Fantasme de succes nelimitat, mărire, putere, bogăţie, manipulator al relaţiilor interpersonale, sensibilitatea la critică, insucces, frustrare sau pierdere, sentimente ostile sau malefice, pe care le proiectează asupra interlocutorilor	Tulburarea distimică, tulburarea depresivă majoră, toxicomania sau alcoolismul
Evitantă	Sociofobie cu evitarea activităţii ocupaţionale care implică relaţii interpersonale, prudenţă excesivă şi rigoare în orice relaţionare, teama de a fi ridiculizat sau respins, teama de a nu fi criticat sau umilit în public, stare de aprehensiune sau de anxietate persistentă, pervazivă şi limitativă, evitarea şi teama de a iniţia noi relaţii interpersonale, ataşamente personale restrictive, subestimarea însuşirilor şi disponibilităţilor personale, dorinţa de a fi acceptat şi simpatizat, nevoia de tandreţe,	Hipersensibilitate şi tendinţă la interpretativitate, tendinţa de a exagera eventualele riscuri, eşecuri, pericole, trăirea intensă, dureroasă a inacceptării, refuzului, respingerii şi discriminării, nevoia de certitudine, stabilizare şi securizare	Tulburări anxioase, depresii, fobii sociale

Tipul de personalitate	Trăsături esenţiale	Trăsături asociate	Complicaţii
	securizare şi reasigurare, dificultate în deliberare, decizie şi angajare		
Dependentă	Autostimă redusă prin subestimarea calităţilor şi disponibilităţilor proprii, nevoia de aprobare, de acceptare şi de suport, sacrificii în vederea obţinerii aprobării suportului şi îngrijirii, acordă altuia girul propriilor sale responsabilităţi, dificultatea sau incapacitatea de a lua decizii în probleme curente, reducerea sau anularea iniţiativelor, nevoia de ataşament	Teama de a fi abandonat, toleranţa excesivă faţă de persoana investită ca protector, limitarea relaţiilor sociale la cei de care sunt dependenţi, evitarea responsabilităţilor, tendinţa de a interpreta orice contrariere sau dezaprobare ca expresie a neîncrederii sau incapacităţii sale	Tulburare de adaptare, tulburare anxioasă, tulburare depresivă
Obsesiv-compulsivă	Înaltă valorizare a reglementărilor, regulilor şi ordinelor, performeri ai analizei şi detaliului, perfecţionism extrem, militanţi ai lucrului bine făcut, voluntari ai sacrificiului pentru muncă şi devotament, conştiinciozitate, scrupulozitate, inflexibilitate, intoleranţă faţă de indiferenţă, compromis şi corupţie, militanţi ai standardelor înalte autoimpuse, exigenţa faţă de ceilalţi şi tendinţa de a le impune propriile standarde, rigori sau stil de viaţă, incapabili să delege autoritatea, teama de schimbare a activităţii cotidiene, a locului de muncă, a locuinţei, adepţi fanatici ai stabilităţii, conservatorism	Înaltă valorizare a conduitelor raţionale, comunicare concretă, necesară, reală, incapacitate de exprimare a sentimentelor tandre, reducerea diapazonului emoţional, relaţii interpersonale reduse, indecizie, dificultăţi de deliberare	Schizofrenie, depresie majoră, dezvoltări delirante de tipul delirului de relaţie, dezvoltări hipocondriace
Pasiv-agresivă	Rezistenţa la solicitare sau îndemn, temporizarea sau amânarea răspunsului la rugăminţi, ordine sau solicitări, caracterul indirect, sugerat sau chiar disimulat al formulării cererilor şi al exprimării dorin-	Retroflexia ostilităţii, opoziţie faţă de autoritate, anxietate, acceptarea pasivă şi egoistă a planurilor şi acţiunilor persoanei semnificative, resentimente şi invidie, iritabilitate, cinism, impresia că	Suicidul, distimia

Tipul de personalitate	Trăsături esenţiale	Trăsături asociate	Complicaţii
	ţelor, dependenţa ostilă faţă de persoana semnificativă cu care se află în relaţie, refuzul schimbării, comportament lamentativ	sunt neînţeleşi şi insuficient apreciaţi, defect de relaţionare, automanipularea în tendinţa de justificare a poziţiei lor de dependenţă, scepticism, ambivalenţă în deliberare, neîncredere în forţele proprii, slabă autostimă	

4.8. TULBURĂRI DE PERSONALITATE ŞI BOALĂ

Interesul pentru tipurile tulburărilor de personalitate este legat de felul în care aceşti pacienţi reacţionează la situaţia de a fi bolnavi, de felul în care se comportă în spital. De asemenea intervenţia medicală va fi mai eficientă dacă va fi în acord cu tipul de personalitate, adică va fi un mesaj nuanţat şi nu unul standardizat. Mecanismele de apărare vor diferi atât în calitate cât şi în eficienţă, în raport cu structura de personalitate a bolnavului în faţa situaţiei de boală.

NIVELE DE APĂRARE A EU-LUI ÎN SITUAŢIA DE A FI BOLNAV
(după **Vaillant GE, 1971**)

***Matur* - sănătos şi adaptativ, cogniţie şi afectivitate integrate**
- Altruism – delegare, dar mulţumind pentru serviciile celorlalţi
- Anticipare – planificarea realistă a evenimentelor din viitor
- Umor – exprimarea sentimentelor şi eliberarea tensiunii
- Sublimarea – indirect, exprimarea parţială a nevoilor
- Supresia – neluarea în seamă a unui conflict în mod conştient

***Nevrotic* - sentimente instinctuale alterate pentru individ, care apar pentru un observator ca „amânări"**
- Deplasare – redirecţionarea sentimentelor către un obiect mai puţin încărcat afectiv
- Disociere – alterarea sensului de identitate pentru a evita neplăcerile
- Intelectualizare – atenţie acordată detaliului, evitarea afectului
- Formare de reacţii – comportament opus rugăminţii nedorite
- Reprimare – „uitarea" unor aspecte ale realităţii

***Imatur* – normal la copiii mari, ajută adulţii pentru evitarea intimităţii, obişnuit în tulburările de personalitate şi de dispoziţie**
- Comportament extrovertit – exprimarea comportamentală a unui conflict inconştient
- Hipocondrie – transformarea sentimentelor în preocupări somatice
- Agresiune pasivă – complianţă deschisă, ostilitate ascunsă
- Proiecţie – atribuie sentimentele proprii altcuiva

***Narcisist* – normal la copiii mici, alterează realitatea pentru individ, apare bolnav mintal pentru un observator**
- Proiectare delirantă – ideea delirantă paranoidă că sentimentele interioare provin din exterior
- Distorsionare – reformularea grosieră a realităţii exterioare
- Negare psihotică – ignorarea fermă a unor aspecte evidente ale realităţii

Complicațiile tulburărilor de personalitate

- Tulburare de somatizare
- Tulburare anxioasă/fobii sociale
- Episod depresiv major
- Episoade psihotice
- Tulburare delirantă
- Dependența de substanțe
- Alcoolism și toxicomanie
- Suicidul

4.9. MODALITĂȚI DE ABORDARE A PACIENȚULUI CU TULBURARE DE PERSONALITATE ÎN TIMPUL INTERNĂRII

Pacienții cu tulburări de personalitate sau comportamente regresive, deseori au crescute anxietatea, furia, indignarea, o nevoie de a pedepsi sau un comportament evitant față de personalul secției. Medicul și psihologul clinician pot fi în situația de a reduce tensiunea prin educarea personalului cu privire la diagnosticul pacientului și asupra motivației pe care o are pentru reacțiile puternice afișate. Această abordare detensionează de obicei situația prin scăderea afectelor negative în rândul personalului spitalului, și ca urmare a acestei schimbări, se reduc problemele afective ale pacientului.

Atunci când apare un conflict între personalul medical și pacient, este esențial să se aibă în vedere dacă plângerea pacientului este îndreptățită. Dacă există probleme reale, atunci acestea trebuie corectate. Pentru unii pacienți cu tulburări de personalitate, în special indivizii obsesiv-compulsivi, lucrul cu echipa în tratamentul acestora pentru a întări apărarea intelectuală a pacientului poate ajuta foarte mult. Oferirea pacienților cu tulburare de personalitate de tip obsesiv-compulsiv a cât mai mult control asupra tratamentului pe care îl urmează sau a deciziilor asupra activităților zilnice îi poate scădea anxietatea și revendicativitatea.

Totuși, mai frecvent, pacienții cu tulburare de personalitate necesită limite, o structură și un mediu de desfășurare limitat. Controlul extensiv ajută pacientul regresat sau care funcționează primitiv să-și păstreze controlul intern. Amenajarea unui mediu limitat pentru pacient nu este punitivă ci asigură o structură de siguranță pentru pacient. Pacienții cu tulburare de personalitate borderline, histrionică, antisocială, dependentă sau narcisistă sunt cel mai dispuși la a avea o astfel de structură.

Îngrijirea cu succes a unui pacient cu tulburare de personalitate considerat dificil (agitat, revendicativ și noncompliant), internat într-o secție de spital, se bazează pe urmărirea și îmbunătățirea următorilor factori:

- **Comunicarea.** Pacientul are nevoie să i se descrie simplu și adevărat starea medicală pe care o are și tratamentul pe care trebuie să îl urmeze. Pacientul poate încerca să despartă personalul, manipulând un membru împotriva altuia, prin relatarea unor variante diferite ale aceleiași povești unor persoane diferite. La raportul de predare-primire a turelor va fi obligatorie și compararea versiunilor relatărilor acestor pacienți.
- **Personal constant.** Pacientul poate intra repede în panică dacă nu poate identifica membrii personalului care au fost repartizați pentru a lucra cu el. Ideal, o singură persoană trebuie să comunice toate deciziile. Deoarece în realitate nu este posibil acest lucru, se va ține cont de faptul că pacientul poate fi speriat de fiecare schimbare de

tură, sau atunci când personalul a fost repartizat altui pacient. De aceea, la începutul fiecărei ture, un membru din personal repartizat pacientului trebuie să revizuiască planul de îngrijire, să se prezinte, să se intereseze asupra modului în care se desfășoară lucrurile și să spună pacientului cât timp va fi de serviciu.

- **Justificarea.** Pacientul are sentimentul că cineva trebuie să aibă grijă de el permanent. Deși este dificil pentru personal să tolereze acest lucru, este important de reținut că acest sentiment este modul prin care pacientul încearcă să facă față stării prin care trece atunci când este speriat. Acest comportament stârnește un puternic contratransfer care trebuie cunoscut și evitat de către medic. Asigurați în mod repetat pacientul că înțelegeți ce cere dar, deoarece credeți că are nevoie de cea mai bună îngrijire posibilă, veți continua să urmați tratamentul recomandat de experiența și judecata echipei care îl îngrijește.
- **Limite ferme.** Pacientul are o mulțime de cereri, uneori în conflict unele cu altele, și se înfurie foarte repede atunci când aceste cereri nu sunt îndeplinite. Acest lucru poate face ca personalul să se simtă atras în cursă și fără ajutor, ca și cum ar fi de vină că pacientul nu poate face nimic fără ajutor. Pacientul poate amenința că își va face rău singur sau că va părăsi spitalul dacă lucrurile nu se desfășoară în modul așteptat de el. Nu încercați să vă contraziceți cu pacientul, dar încet și ferm, în mod repetat, stabiliți limitele pentru problema de comportament, cererea făcută și nemulțumirea exprimată. Dacă pacientul amenință că își va face rău sau va face rău altora, avertizați-l că va fi imobilizat dacă va încerca să facă acest lucru.

MANAGEMENTUL MEDICAL AL PACIENȚILOR CU TULBURĂRI DE PERSONALITATE

Tipul de personalitate	Semnificația bolii	Răspuns	Intervenție
Dependentă	Așteaptă îngrijire și interes nelimitate	Revendicativ sau retras în sine	Satisfaceți nevoile cu condiții limită
Obsesiv-compulsivă	Amenință controlul	Obstinant, necooperant	Informații; oferiți contro
Histrionică	Defect, pedepsire	Seductiv	Reasigurați; evitați interacțiunea
Paranoidă	Confirmă suspiciunile, așteaptă atacul	Blamează pe ceilalți, ostilitate	Planuri clare, păstrați distanța
Narcisică	Amenință măreția subiectului	Infatuare, fanfaronadă	Încredere, profesionalism
Schizoidă	Anxietate cu contact forțat	Izolat, necooperant	Acceptați distanța
Antisocială	O ocazie potențială de profit	Caută un avantaj	Stabiliți limite
Borderline	Mai multă anxietate	Dezorganizare crescută	Stabiliți limite
Schizotipală	Altcineva a provocat boala	Crește suspiciozitatea	Invocați mijloace și forțe neconvenționale
Evitantă	O povară în plus	Cerere disperată de ajutor	Suportivitate
Masochistă	Dragoste și îngrijire-suferință	Multiple acuze, respingere	Recunoașteți-i dificultățile
Pasiv-agresivă	O altă frustrare	Cere, blamează	Controlați-vă contratransferul

CAPITOLUL 5
DE LA SIMPTOM LA CADRUL CLINIC

Să ştii greşit este chiar mai rău decât să ignori.

Jean Jacques Casanova de Seingalt (Memoires)

SEMIOLOGIA; LIMBAJUL NECESAR

TULBURĂRILE PERCEPŢIEI

CADRUL CONCEPTUAL;

CLASIFICAREA TULBURĂRILOR DE PERCEPŢIE: Hiperestezia, Hipoestezia, Sinestezia, Agnoziile, Iluzia, Halucinaţiile (*Halucinaţiile psihosenzoriale, Halucinaţiile psihice - pseudohalucinaţiile, Sindromul de automatism mintal)*

TULBURĂRILE DE ATENŢIE

CADRUL CONCEPTUAL; HIPERPROSEXIA; HIPOPROSEXIA; APROSEXIA.

TULBURĂRILE DE MEMORIE

CADRU CONCEPTUAL

DISMNEZII CANTITATIVE: Hipermneziile, Hipomneziile, Amneziile (*Amneziile anterograde - de fixare -, Amneziile retrograde - de evocare -*)

DISMNEZII CALITATIVE (PARAMNEZII): Tulburări ale sintezei mnezice imediate (iluzii mnezice), Criptomnezia, Falsa recunoaştere, „Iluzia sosiilor", Falsa nerecunoaştere, Paramneziile de reduplicare, Tulburări ale rememorării trecutului (allomnezii), Pseudoreminiscenţele, Ecmnezia, Confabulaţiile

TULBURĂRILE DE GÂNDIRE

CADRUL CONCEPTUAL

TULBURĂRI ÎN DISCURSIVITATEA GÂNDIRII: Tulburări în ritmul gândirii (*Accelerarea ritmului gândirii, Lentoarea ideativă)*

Tulburări în fluenţa gândirii: Fadingul mintal, Barajul ideativ

Tulburări în ansamblul gândirii: Ideile dominante, Ideile prevalente, Ideile obsesive, Ideile delirante, Structurarea delirantă

TULBURĂRI OPERAŢIONALE ALE GÂNDIRII: Staţionare (nedezvoltarea gândirii), Progresive (demenţele) (*Sindromul demenţial)*

TULBURĂRILE COMUNICĂRII

TULBURĂRI ALE COMUNICĂRII VERBALE: Tulburări ale expresiei verbale (*Debitul verbal, Ritmul verbal, Intonaţia, Intensitatea vorbirii, Coloratura vorbirii, Tulburările fonetice, Tulburările semanticii şi sintaxe),* Tulburări ale expresiei grafice (*Hiperactivitatea - graforeea -, Inactivitatea - refuzul scrisului -, Tulburări ale caligrafiei, Tulburări ale dispunerii textului în pagină, Policromatografia),* Afaziile

TULBURĂRI ALE COMUNICĂRII NONVERBALE: Ţinuta *(Ţinuta dezordonată, Rafinamentul vestimentar, Ţinuta excentrică, Ţinuta pervertită),* Mimica (*Hipermimiile, Hipomimiile, Paramimiile),* Gestica (*Ticurile, Manierismul, Bizareriile gestuale, Negativismul, Stereotipiile, Perseverările)*

TULBURĂRILE DE VOINŢĂ

CADRUL CONCEPTUAL; HIPOBULIILE; HIPERBULIILE; PARABULIILE

TULBURĂRILE DE CONŞTIINŢĂ

CADRUL CONCEPTUAL

Tulburările câmpului de conştiinţă: Tulburările clarităţii şi capacităţii de integrare a câmpului de conştiinţă, Tulburări ale structurii câmpului de conştiinţă (*Îngustarea câmpului de conştiinţă, Starea crepusculară, Personalitatea multiplă, Confuzia mintală - stările confuzionale: Onirismul, Oneiroidia, Amenţia (starea amentivă), Delirul acut)*

TULBURĂRILE CONŞTIINŢEI DE SINE

Tulburările conştiinţei corporalităţii (somatognozia): Tulburări de schemă corporală de tip neurologic, Tulburări de schemă corporală de natură psihică (*Desomatizarea),*

Tulburările conştiinţei realităţii obiectuale (*Derealizarea)*

Tulburări ale conştiinţei propriei persoane: *Personalitatea multiplă, Depersonalizarea, Sindromul de automatism mintal (Kandinski-Clerambault)*

CONDUITA MOTORIE ŞI TULBURĂRILE EI

CADRUL CONCEPTUAL

DEZORGANIZAREA CONDUITELOR MOTORII

TULBURĂRI MOTORII INDUSE DE TRATAMENTUL CU NEUROLEPTICE: Distonia acută, Akatisia, Diskineziile, Sindromul Parkinsonian

TULBURĂRILE AFECTIVITĂŢII

CADRUL CONCEPTUAL

TULBURĂRILE DISPOZIŢIEI: Hipotimiile, Hipertimiile (*Anxietatea, Depresia, Euforia),* Tulburări ale dinamicii dispoziţionale, Tulburări ale emoţiilor elaborate (*Paratimiile, Fobiile, Extazul)*

COMPORTAMENTE AGRESIVE EXTREME

AGRESIVITATEA CA SIMPTOM. CADRU CONCEPTUAL

IPOSTAZE CLINICE ALE AGRESIVITĂŢII

SUICIDUL: Definiţie. Cadru conceptual, Instanţe ale fenomenului suicidar, Suicidul în doi (suicidul dual), Suicidul colectiv, Conduitele pseudosuicidare (falsele suiciduri), Factori de risc pentru suicid (*Factorii socio-economici, Factorii meteorologici şi cosmici, Factorii somatici, Ereditatea, Suicidul în funcţie de vârstă),* Suicidul în bolile psihice, Mituri şi false păreri despre suicid, Tipuri particulare de suicid: Sinuciderea de abandon, Sinuciderea „Samsonică"

HOMICIDUL

INFANTICIDUL

5.0. SEMIOLOGIA; LIMBAJUL NECESAR

Încercarea de a descifra universul suferinței psihologice, pe cel al bolii psihice, ar fi un demers imposibil fără o cunoaștere a fenomenologiei tulburărilor psihice. De asemenea, fără a recurge la posibilitatea decriptării mesajului bolii fără a cunoaște semnele și simptomele, într-un cuvânt semiologia, această încercare ar fi o inutilă pierdere de timp. Există nenumărate abordări ale psihopatologiei, dar credem că doar un model eclectic este singurul care poate oferi o înțelegere globală și o decodificare corectă a tuturor modificărilor pe care suferința și boala le provoacă persoanei. Cu atât mai mult cu cât pentru medici psihiatria a fost considerată doar o dexteritate, iar pentru psihologi, psihopatologia rămâne un tărm prea îndepărtat considerat adesea al altora.

Am simțit ca necesară prezentarea semiologiei și ca un câmp de întâlnire și comunicare între psiholog și medic în vederea unui demers pragmatic. Recunoaștem valoarea intelectuală a unei abordări doctrinare, fie că ea este culturalistă, antropologică, fenomenologică, existențialistă sau psihanalitică, dar nu dorim să ne asumăm limitările astfel impuse pentru că realitatea clinică presupune colaborarea psihologului cu alți specialiști (medici, sociologi, etc.), străini, cel mai adesea, de astfel de modele.

Ca în orice alt domeniu și în psihologia clinică stăpânirea corectă a limbajului de specialitate și folosirea unor termeni a căror semnificație să fie identică pentru toți receptorii de mesaj este condiția primordială a reușitei. Iată de ce vom continua să preferăm o abordare didactică a semiologiei. Din motive pragmatice, vom prezenta aceste elemente semiologice într-o manieră sistematică și operațională care nu va face apel la formalizări teoretice sau la tentante prezentări fenomenologice.

5.1. TULBURĂRILE PERCEPȚIEI

5.1.1. CADRUL CONCEPTUAL

Activitatea senzorial-perceptivă este procesul cognitiv prin care se produce reflectarea directă și unitară a ansamblului dimensiunilor și însușirilor obiectuale; ea oferă informația elementară asupra realității externe, cât și asupra propriului organism.

Deși sunt fenomene psihice primare, elementare, senzațiile și percepțiile nu se desfășoară izolat, ci antrenează o serie întreagă de procese afectiv-cognitive, caracterizându-se prin specificitate individuală și valorizare socială.

Senzația - furnizează informații despre realitatea externă sau a propriului organism, transformând excitația de la nivelul receptorilor în imagine subiectivă la nivelul analizatorilor corticali. Senzația nu este deci identică stimulului reflectat, ci ea este de natură ideală, conștientizată. Ea nu reflectă decât însușiri relativ izolate, fără a putea da date despre obiect ca tot unitar.

Percepția constituie un nivel superior pe plan calitativ, în ceea ce privește integrarea informației, fiind o rezultantă a corelării dinamice a operațiilor de analiză și sinteză a datelor senzoriale. Act complex, plurimodal, realizarea imaginii perceptive, trebuie să fie concepută nu numai ca în ansamblul de însușiri, ci și de raporturi spațio-temporale. Denumind prin cuvânt conținutul abstract al imaginii perceptive subiectul generalizează și totodată integrează în istoria sa existențială obiectul sau fenomenul perceput, suprasemnificându-l personal.

Percepţia este simţită şi constatată ca un fapt unic şi omogen, provenind din lumea exterioară, recunoscut de eul nostru **(Guiraud)**.

Jaspers a evidenţiat principalele caracteristici şi elemente de diferenţiere dintre cele două procese:

Percepţia (are loc în prezenţa obiectului)	**Reprezentarea (are loc în absenţa obiectului)**
Caracter de corporalitate (obiectivitate)	Caracter de imagine (subiectivitate)
Apare în spaţiul exterior, obiectiv, iar reprezentarea în spaţiul intern, subiectiv	Apare în spaţiul intern, subiectiv
Este completă, detailată, este un desen terminat	Este incompletă, cu detalii izolate, este un desen neterminat
Senzaţiile au caracter de prospeţime senzorială	Numai unele elemente sunt adecvate obiectelor percepţiei - le reprezentăm în general în griuri
Sunt constante, pot păstra cu uşurinţă aceeaşi formă	Se împrăştie, curg, trebuie tot timpul să fie recreate
Sunt independente de voinţă şi nu pot fi create prin voinţă, le acceptăm pasiv	Depind de voinţă, pot fi create şi transformate de voinţă, le producem activ

Aşa cum am arătat, percepţia nu este un fenomen analizabil decât în interacţiunea ei complexă cu celelalte funcţii psihice – gândire, memorie, afectivitate, ea fiind de fapt percepţia realităţii, trăirea acesteia de către subiect.

Aspectele patologiei perceptive nu pot fi separate, apărând în majoritatea cazurilor în complexe simptomatologice în care, de exemplu, simpla lor considerare ca fenomene cauzale sau rezultante a dat naştere unor clasificări şi interpretări teoretice diferite şi viu discutate. Cu toate aceste dificultăţi de sistematizare şi frecvenţa lor mare în psihopatologie, importanţa lor patologică a condus la descrieri semiologice nuanţate, care permit cunoaşterea şi circumscrierea lor clinico-nozografică. Din aceste motive vom urmări în lucrarea de faţă clasificarea clasică.

5.1.2. CLASIFICAREA TULBURĂRILOR DE PERCEPŢIE

5.1.2.1. Hiperestezia este reprezentată de o coborâre a pragului senzorial, resimţită de subiect ca o creştere neplăcută a intensităţii senzaţiilor privind un singur analizator sau ansamblul lor – *hiperestezie generală*. Se întâlneşte în surmenaj, neurastenii, debutul unor afecţiuni psihotice, debutul bolilor infecţioase, hipertiroidie, intoxicaţii.

5.1.2.2. Hipoestezia reprezintă creşterea pragului senzorial, însoţită de diminuarea intensităţii senzaţiilor, cu scăderea numărului de excitanţi receptaţi. Se întâlneşte în stări reactive, depresie, accese paroxistice isterice, oligofrenii, tulburări de conştiinţă (mai ales cele cantitative), schizofrenie.

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

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

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

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

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

- Iluzii prin modificarea condițiilor perceptive – stimulare sub sau supraliminară, depășirea capacității de discriminare a unui analizator, iluzii optico-geometrice datorate reflexiei optice, refracției, modificării axelor de referință.
- Iluzii prin modificarea mediului perceptual-stimulare monotonă, prelungită, deprivare senzorială.
- Iluzii prin modificarea condițiilor interne (subiective):
  - prin tulburări de atenție (false identificări);
  - din stări afective (frică, anxietate, euforie);
  - modificări fiziologice ale stării de conștiență - iluzii hipnapompice și hipnagogice (la trezire și la adormire);
  - stări de oboseală, suprasolicitare și surmenaj.

În categoria iluziilor patologice se înscriu:

Falsele recunoașteri – fenomenele de tipul „deja văzut, cunoscut, trăit".

Falsele nerecunoașteri – fenomenele de tip „niciodată văzut, cunoscut, trăit", la care se adaugă iluzia sosiilor. Rolul principal în mecanismul de producere a acestor iluzii revine tulburărilor mnezice.

Pareidoliile – sunt iluzii caracterizate prin deosebita intensitate și vivacitate a fenomenului iluzoriu („entitate materială", **Jaspers**) în care complementul imaginativ al percepției atinge gradul maxim de bogăție. Critica variabilă și participarea afectivă intensă le conferă un caracter de tranziție către fenomenele halucinatorii (**Ey H**).

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

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

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

Simptomele psihiatrice nu se lasă separate pentru că fiecare nu își atinge valoarea semiologică și psihopatologică decât în raport cu celelalte; în acest sens, se poate spune că bolnavul halucinant nu are tulburări de percepție, ci că „întregul sistem al realității" (Ey H) suferă o destructurare, o dezintegrare.

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

Caracteristici	Halucinații psiho-senzoriale	Halucinoze	Halucinații psihice
Senzorialitatea experienței	Mare	Medie	Nulă
Proiecția spațială	În spațiul senzorial	În spațiul senzorial	În afara spațiului senzorial
Convingerea în realitatea lor	Prezentă	Absentă	Absolută, dar cu caracter xenopatic
Rezonanța afectivă	Anxiogenă	Neliniște legată de patogenia tulburărilor	Impunerea unor sentimente

Înainte de abordarea propriu-zisă a diverselor aspecte semiologice legate de activitatea halucinatorie, vom descrie o serie de fenomene asemănătoare acestora prin conținutul sau mecanismele de producere, dar care nu respectă condițiile definiției (percepție fără obiect); cu toate acestea numeroși autori clasici moderni le încadrează ca atare.

FENOMENE DE TIP HALUCINATOR ÎNRUDITE CU HALUCINAŢIILE

Fenomene de tip halucinator	Descriere fenomenologică
Senzaţiile parazite	un excitant anormal acţionând pe un receptor periferic, provoacă apariţia unei senzaţii elementare, care nu corespunde acţiunii excitantului fiziologic (exemplu un curent electric, compresiunea sau inflamaţia pot provoca senzaţii luminoase, zgomote, mirosuri diverse)
Halucinaţiile funcţionale	percepţii false apărute în cursul şi simultan cu o percepţie reală (ex.: zgomotul roţilor de tren este însoţit de perceperea zgomotului unor avioane)
Halucinaţiile eidetice	reprezentări în exterior ale imaginilor unor obiecte sau fiinţe percepute recent, în împrejurări legate de stări afective intense
Halucinaţiile *fiziologice*	apar în condiţii care modifică starea de vigilitate - trecerea dintre veghe şi somn (hipnagogice) sau somn-veghe (hipnapompice), inducţia hipnotică, individuală şi de masă
Halucinozele	fenomene de tip halucinator a căror esenţă patologică este recunoscută ca atare de către subiect şi în consecinţă el nu va aborda un comportament legat de conţinutul acestor percepţii
Halucinoidele	fenomene de tip halucinator (situate de unii autori între reprezentări vii şi halucinaţii vagi), care apar în perioadele de geneză sau ştergere a halucinaţiilor şi pot asimila halucinozelor, prin lipsa de convingere a bolnavului asupra existenţei lor reale

Halucinaţiile pseudo-senzoriale sunt cele care corespund întrutotul definiţiei halucinaţiei (au caracter de senzorialitate, se proiectează în afara corpului, au relief, sunt bine localizate în raport cu acesta). Din aceste motive, ele au mai numite şi *halucinaţii autentice*. Ele se deosebesc de celelalte prin faptul că, deşi au caracter de percepţie, nu sunt însoţite de convingerea subiectului asupra realităţii lor.

După frecvenţa apariţiei le vom clasifica astfel:

TIPURI DE HALUCINAŢII PSEUDO-SENZORIALE

Tipuri de halucinaţii	Subtipuri	Descriere fenomenologică
Halucinaţii elementare	auditive	auzirea fiinţelor - voci, zgomote

Tipul de halucinaţie	Subtipuri	Descriere fenomenologică	Circumstanţe de apariţie
Halucinaţii auditive	*complexe* (halucinaţii acustico-verbale)	pot fi fragmentare, când bolnavul percepe silabe, cuvinte fără semnificaţie, fragmente sintactice sau pot avea un conţinut precis, distinct, inteligibil. Când subiectul nu poate înţelege vocile pe care le aude, se vorbeşte de vergiberaţie halucinatorie.	• psihozele schizofrenice, • sindroamele paranoide, • stările depresive, • parafrenie, • psihozele alcoolice cronice
Halucinaţii vizuale	*elementare*	fosfene, fotopsii, percepute ca puncte luminoase, scântei, linii.	• afecţiuni oftalmologice, • neurologice (migrena oftalmică, • tumori şi leziuni ale lobului occipital, • epilepsie, etc • stări confuzionale (în special în ceie alcoolice, clasic descrise sub formă de zoopsii. • schizofrenii paranoide • parafrenii
	complexe	care pot fi fantasmoscopii, atunci când obiectele şi figurile nu sunt precis conturate, sau figurate când se referă la obiecte precise: dintre acestea, cele care reprezintă animale poartă numele de zoopsii.	
	scenice	care pot fi panoramice (statice) sau cinematografice (în mişcare).	
Halucinaţii olfactive şi gustative	*plăcute*	parfumuri, esenţe, miresme	• crizele uncinate din epilepsia temporală, • unele tumori şi leziuni ale lobului temporal, • psihoze afective fiind în concordanţă cu tonalitatea afectivă, • delirium tremens, • sindroame paranoide, unde pot fi însoţite de un comportament halucinator • psihoze de involuţie • nevroze de tip obsesiv, fobic şi isteric.
	neplăcute	mirosuri grele, respingătoare, de putrefacţie, gusturi metalice, astringente	
Halucinaţii tactile	*interne*	arsuri, dureri, mişcări ale unor insecte sau viermi subcutanat	• intoxicaţii cu cocaină, cloral, haşiş, LSD • psihoze alcoolice acute şi subacute (luând adesea aspectul de halucinaţii zoopatice - percepţia de gândaci, insecte, paraziţi, viermi mergând pe piele sau în piele), • psihoze de involuţie - iau aspectul particular al delirului cu ectoparaziţi Ekbom.
	externe	arsuri, căldură, atingere, sărut, curent de aer, înţepătură	

Tipul de halucinaţie	Subtipuri	Descriere fenomenologică	Circumstanţe de apariţie
Halucinaţii corporale (halucinaţii ale sensibilităţii generale şi interne - şi propioceptive interoceptive)	Modificări ale organelor interne	arsuri interioare, modificări ale viscerelor (stomacul, plămânii, inima sunt putrezite, rupte, înlocuite cu obiecte metalice), schimbarea poziţiei unor organe,	• deliruri hipocondriace, • schizofrenii paranoide, • psihoze de involuţie - sindromul Cotard descris cu un secol în urmă, grupează idei delirante de negaţie, de enormitate şi de imortalitate, asociind negarea halucinatorie a viscerelor
		localizări genitale a acestora, percepute ca violuri directe sau de la distanţă, senzaţii de orgasm, introducerea de corpuri străine în rect	
	Posesiunea zoopatică	percepute ca existenţa unor fiinţe naturale (şerpi, lupi, etc) sau supranaturale (demoni, spirite, etc.) în interiorul corpului	
	Metamorfozare	Transformare într-un animal	

Asocieri halucinatorii – halucinaţiile psiho-senzoriale sunt adesea combinate, adică interesează mai mulţi analizatori în acelaşi timp; halucinaţiile vizuale şi auditive, cele olfactive şi gustative, tactile şi corporale sunt cel mai adesea asociate. În patologia de intensitate psihotică a involuţiei apar în mod specific halucinaţii corporale, localizate în special în zonele genitale, asociate cu halucinaţii olfactive. De asemenea, se descrie reunirea în cadrul parazitozelor halucinatorii a halucinaţiilor vizuale cu cele tactile (din intoxicaţii cu alcool, cloral, cocaină, etc.)

Halucinaţiile psihice (pseudohalucinaţiile) sunt definite ca autoreprezentări aperceptive, caracterizate prin incoercibilitate, automatism şi exogenitate **(Petit G).**

Spre deosebire de halucinaţiile psihosenzoriale, halucinaţiilor psihice le lipseşte obiectivitatea spaţială şi caracterul de senzorialitate; ele sunt localizate în gândirea proprie, în spaţiul intrapsihic; neavând decât obiectivitatea psihică; datorită absenţei caracterului de senzorialitate, prin contrast cu halucinaţiile psiho-senzoriale ele mai sunt denumite şi pseudohalucinaţii. Diferă de reprezentările obişnuite prin caracterul de stranietate, de exogenitate. Bolnavul nu le percepe pe căile senzoriale obişnuite, ci le trăieşte ca pe nişte fenomene străine, impuse din afară, care i se fac şi cărora nu li se poate opune şi pe care nici nu le poate controla prin propria voinţă.

TIPURI DE HALUCINAŢII PSIHICE (PSEUDOHALUCINAŢII)

Tipuri de halucinaţie	Descriere fenomenologică	Circumstanţe de apariţie
Halucinaţii psihice acustico-verbale	• voci interioare, ecoul gândirii sau al lecturii, murmur intrapsihic, gânduri transmise • trăirile vin din afara subiectului prin intruziune, se insinuează în gândirea lui, fiind atribuite altcuiva • „transmiterea gândurilor" care este interpretată ca telepatie, comunicare misterioasă, limbaj fără cuvinte, dând subiectului impresia că şi-a pierdut intimitatea gândirii sale, facultatea de a se conduce după voinţa sa, fiind supus influenţei altcuiva	• în delirurile cronice, • în cea mai mare parte a psihozelor. *Notă: apariţia lor este un indice de gravitate, stabilind intensitatea psihotică a tulburărilor.*
Halucinaţii psihice vizuale	• apar ca simple imagini sau sub formă de scene panoramice, în spaţiul subiectiv al bolnavului, dându-i impresia că trăieşte într-o lume a scenelor imaginare, a viziunilor interioare sau artificiale • bolnavii *le văd cu ochii interiori, cu ochii minţii lor*	
Halucinaţii psihice motorii	• sunt legate de limbajul interior şi de expresia motorie a acestuia (verbale şi scrise) - bolnavul are senzaţia că vorbeşte (fără să facă nici un fel de mişcare); - bolnavul schiţează mişcări ale limbii şi buzelor; - bolnavul are impulsiuni verbale *„este făcut să vorbească"* (sentimentul de automatism verbal).	

Asocieri halucinatorii – aşa cum am mai arătat, clasificarea pe care o facem despărţind fenomenele halucinatorii pentru a le descrie, are o valoare pur didactică, în clinică acestea apărând grupate, intricate, modificând realitatea în ansamblul şi structura ei. Ele sunt însoţite întotdeauna de un cortegiu simptomatic complex, care le uşurează diagnosticarea, întregindu-le semnificaţia.

5.2. TULBURĂRILE DE ATENŢIE

5.2.1. CADRUL CONCEPTUAL

După cum o defineşte şcoala românească de psihologie, atenţia este o funcţie sintetică a psihismului constând în activarea, tonificarea, mobilizarea, orientarea selectivă şi concentrarea focalizată a proceselor psiho-comportamentale în vederea unei reflectări optime şi facile a realităţii şi a unei intervenţii eficiente în cadrul autoreglării activităţii. Însuşirile structurale ale atenţiei sunt reprezentate de *volum* (suma unităţilor informaţionale relevate concomitent în planul conştiinţei), *concentrare* (contrară distragerii; se poate realiza în diverse grade), *stabilitate* (ca o caracteristică temporară a concentrării, cu rol antifluctuant); *distributivitate* (plurifocalizare a atenţiei, un sistem al reflexiei în care momentan se impune o singură dominantă dar care este în legătură cu subsisteme automatizate ce se pot actualiza şi trece pe prim plan foarte rapid), *comutativitate* sau *flexibilitate* (capacitatea de restructurare rapidă a atenţiei). Se descrie o *atenţie spontană* (involuntară), o *atenţie voluntară* şi *postvoluntară* ale căror tulburări sunt adesea independente.

Tulburările de atenție se numesc **disprosexii**, ele interesând atât atenția voluntară cât și cea involuntară.

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

5.2.3. HIPOPROSEXIA constă în diminuarea atenției, în special a orientării selective a proceselor psiho-comportamentale. Se întâlnește – în mod normal în condiții de oboseală, surmenaj, situații anxiogene și în condiții patologice, tulburare anxioasă, depresie, în schizofrenie (atenția voluntară este mult diminuată, dar atenția spontană persistă pentru instinctele elementare, după cum susține **Chaslin**), în accesul maniacal.

5.2.4. APROSEXIA – semnifică abolirea atenției și se întâlnește în stări confuzionale, sindromul catatonic, demențe și oligofrenii, prin scăderea globală a performanțelor intelectuale.

5.3. TULBURĂRILE DE MEMORIE

5.3.1. CADRUL CONCEPTUAL

Memoria (funcția mnezică) este definită ca ansamblul proceselor de întipărire (memorare), conservare (păstrare) și reactualizare prin recunoaștere și reproducere a experienței anterioare a omului sau ca procesul psihic de stocare/destocare a informației, de acumulare și utilizare a experienței cognitive. Definită generic ca proces de reflectare selectivă, activă și inteligibilă a trecutului experiențial, memoria este în același timp și un produs al dezvoltării social-istorice umane, fiind legată de celelalte componente ale sistemului psihic uman. În acest sens, memoria poate fi considerată (**Minkowski E**) o conduită de ordin temporal care stabilește relația dintre „înainte" și „după", între ce a fost, ceea ce este și ceea ce va fi. În ceea ce privește clasificarea tulburărilor funcției mnezice **(dismnezii),** vom adopta o clasificare în tulburări cantitative și tulburări calitative. Desigur, această delimitare pare artificială, în primul rând deoarece, pentru a fi perturbată calitativ, memoria presupune să fi suferit deja tulburări cantitative, iar în practica curentă, aceste tipuri de perturbare mnezică sunt în majoritatea cazurilor intricate.

5.3.2. DISMNEZII CANTITATIVE

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

Se pot întâlni atât în condiții normale cât și patologice:

- la normali: evocările fiind legate de evenimente deosebite, cu caracter plăcut sau neplăcut din viața subiectului, dar trăite intens (succes sau insucces deosebit, cataclism, evenimente deosebite);

- în afecțiunile psihice: în genere atunci când se realizează o îngustare a câmpului preocupărilor prin focalizarea funcțiilor psihice: psihopatia paranoidă și paranoia, unele oligofrenii („idioții-savanți"), debutul demenței luetice, nevroze: în unele forme obsesionale, isterice („memoria hiperestezică"), în condiții speciale (deținții, prizonierat), sindromul hipermnezic emoțional paroxistic tardiv (**Targowla**) consecutive stărilor febrile, intoxicației ușoare cu eter, cloroform, barbiturice, în toxicomanii, epilepsie (ca aură sau ca echivalență);

- forme particulare:

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

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

5.3.2.2. Hipomneziile: tulburări cantitative ale funcției mnezice constând în evocări lente și dificile, sărace și trunchiate cu tot efortul făcut, realizând o situație jenantă pentru subiect în momentul respectiv.

Deși negate de unii autori, care le introduc în grupul amneziilor se pare că ocupă totuși o poziție distinctă, fiind mai mult legate de deficitul prosexic decât de deteriorarea funcției mnezice.

Se pot întâlni atât în condiții normale cât și patologice:

- la normali: în activitatea curentă legată fiind de evenimente insuficient fixate sau neglijate, preluate în stări de oboseală sau surmenaj;

- în afecțiuni psihice: în nevroze prin deficit prosexic, în oligofrenie, prin insuficienta dezvoltare cognitivă, în stări predemențiale;

- forme particulare.

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

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

5.3.2.3. Amneziile: tulburări cantitative ale funcției mnezice constând în: prăbușirea funcției mnezice cu imposibilitatea evocării sau fixării realizând o situație particulară, care obligă subiectul la găsirea unor soluții de conjunctură.

În funcție de debutul evenimentului, **Rauschburg (1921)** prin sistematizarea sa în funcție de sens, le-a grupat în: anterograde (de fixare) și retrograde (de evocare).

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

Deficiența se datorește fixării, stocajul fiind relativ nealterat, putându-se considera o perturbare a memoriei imediate, în timp ce memoria evenimentelor îndepărtate este conservată, fapt care ar putea permite considerarea amneziei anterograde drept o disociere între memoria imediată (a prezentului) și memoria evenimentelor îndepărtate (a trecutului) având ca element de referință momentul agresiunii factoriale.

Se pot întâlni în: stări nevrotice și reacții psihogene, ***sindrom Korsakov*** (alcoolic, traumatic, infecțios), stări de confuzie mintală, psihoză maniaco-depresivă, presbiofrenie.

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

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

Ne apare extrem de sugestivă comparaţia lui **Delay J** care aseamănă memoria cu un caiet: „Uneori câteva pagini au rămas albe - aceasta este amnezia lacunară" ... „pasaje care se referă la anumite evenimente sau anumite persoane care s-au şters astfel încât au devenit nelizibile - aceasta este amnezia electivă" ... „alteori au fost rupte ultimele pagini şi continuă să fie rupte de la sfârşit spre început, aceasta este amnezia retrogradă".

Luând drept element de referinţă - momentul agresiunii factoriale şi structurând memoria în memorie a evenimentelor imediate (a prezentului - fixare) şi a evenimentelor îndepărtate (a trecutului - evocare) se pot obţine următoarele relaţii.

Tipul amneziei	Memoria prezentului fixarea	Memoria trecutului evocarea	Tipul disocierii	Subtipuri	Circumstanţe de apariţie
Antero-gradă	(-) alterată	(+) conservată	alterarea fixării conservarea evocării		- demenţa senilă; - afazia Wernicke (considerată o „adevărată demenţă a limbajului"); - sindromul Korsakov; - postparoxisme epileptice, - posttraumatismele cranio-cerebrale; - unele nevroze; - sindroame psiho-organice
Retro-gradă	(+) conservată	(-) alterată	conservarea fixării alterarea evocării	Lacunare Elective Progresive	

Amnezii retrograde localizate (lacunare) pot fi considerate drept rezultatul absenţei sau superficialei fixări a unui moment, eveniment/etapă, ceea ce va face ulterior imposibilă evocarea, o adevărată „pauză de fixare".

Amneziile retrograde elective sunt totdeauna psihogene, cu încărcătură afectivă; unele amintiri înregistrate sunt „uitate" inconştient pentru că sunt de obicei dezagreabile, uitare ce este însă reversibilă, la fel de rapid ca şi instalarea ei.

Amneziile elective sunt uneori globale, subiectul uitând întreg trecutul, inclusiv identitatea sa, fenomen ce poate apărea periodic (memorie alternativă) realizând personalităţile alternante descrise în psihiatria secolului al XIX-lea, dar mai puţin întâlnite în zilele noastre.

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

În genere, se acceptă că disoluția funcțiilor psihice nu este niciodată atât de profundă încât să împiedice procesul de fixare.

De asemenea, s-a observat că amintirile cele mai recente se pierd primele, apoi amnezia progresează spre trecut, cu conservarea de obicei a amintirilor din copilărie și tinerețe (legea **Ribot**). Într-un stadiu mai avansat, memorizarea devine deficitară, realizându-se amnezia progresivă retro-anterogradă. Legea **Ribot** este argumentată de **Delay J** prin încărcătura afectivă a trecutului imediat, care necesită pentru redare o tensiune psihică suficient de mare. Caracterul mai logic și mai simplificat al trecutului îndepărtat favorizează evocarea; se pare că amintirile mai vechi sunt stocate mai difuz, ele rezistând mai bine la agresiuni. De asemenea, subiectul uită de la complex la simplu. Primele cuvinte uitate sunt substantivele proprii, apoi substantivele comune, adjectivele și, în sfârșit, verbele.

5.3.3. DISMNEZII CALITATIVE (PARAMNEZII)

Dacă în tulburările cantitative, cu deficit mnezic (hipomnezii și amnezii) subiectul evidențiază doar deficitul mnezic, în tulburările calitative, subiectul încearcă să compenseze deficitul mnezic prin aranjarea evenimentelor fie în altă ordine cronologică, fie schimbând poziția sa față de evenimentul evocat.

Această categorie de tulburări are ca trăsătură comună o alterare a noțiunii de „timp trăit". Sentimentul că prezentul și trecutul nostru ne aparțin se estompează sau se prezintă în contratimp. Memoria autistică care nu mai este sub control introduce în sinteza mnezică imaginile și afectele sale.

Paramneziile (termen introdus de **Kraepelin**) se caracterizează prin: evocări deteriorate ale evenimentelor produse recent sau îndepărtat, fără o legătură cu realitatea obiectivă trăită de subiect, fie sub aspect cronologic, fie sub aspectul realității.

Deteriorarea evocărilor va fi suplinită de subiect prin contribuția sa.

Paramneziile se grupează în:

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

Tulburări ale sintezei mnezice imediate (iluzii mnezice): cuprind evocări eronate ale trăirilor subiectului, neîncadrate corect în timp și spațiu, sau care, deși trăite, nu sunt recunoscute de subiect ca proprii.

Criptomnezia: iluzie mnezică în care o idee, un material, o lucrare, de care evident nu este străin (a auzit-o, a văzut-o) subiectul o consideră drept a sa (nu este un plagiat-afirmația se face inconștient de beneficiile pe care i le-ar putea aduce).

Se întâlnește în: schizofrenie, deliruri sistematizate (paranoice sau parafrenice), demențe traumatice și în stadiile evolutive ale demențelor senile și vasculare.

Falsa recunoaștere (Wigman): iluzie mnezică în care o persoană necunoscută anterior de subiect este considerată drept cunoscută. Falsa recunoaștere poate fi difuză sau generală creând impresia de „déja vu", „déja entendu", "déja raconté", și în final de „déja vecu" (deja văzut, deja auzit, deja istorisit și în final deja trăit sau deja resimțit). Sentimentul poate fi limitat la o singură persoană, obiect sau stare a conștiinței. Mult mai rar se întâlnește iluzia de nerecunoaștere: „bolnavul crede că cunoaște persoane

pe care nu le-a văzut şi nu este sigur că cunoaşte persoane deja văzute. În stadiul avansat „de la a recunoaşte totul, peste tot şi permanent, el ajunge să nu mai recunoască nimic, nicăieri, niciodată" (**Delay J**).

„Iluzia sosiilor" (descrisă de **Capgras, 1924**) este o falsă nerecunoaştere constând în faptul că bolnavul consideră ca sosie o persoană pe care o cunoaşte în mod sigur. Este întâlnită în surmenaj, obnubilare, faza maniacală a PMD, stări maniacale în preinvolutiv şi involutiv, schizofrenii, deliruri cronice, sindromul Korsakov.

Falsa nerecunoaştere (Dromand şi Levassort): iluzia mnezică în care o persoană cunoscută anterior de subiect este considerată drept necunoscută. Opusă precedentei, este mai puţin frecvent întâlnită, prezentă în psihastenii.

Paramneziile de reduplicare (Pick): iluzia mnezică în care o persoană sau o situaţie nouă este identică cu o altă persoană sau situaţie trăită anterior. Este destul de rară şi este întâlnită mai ales în demenţele presenile.

Tulburări ale rememorării trecutului (allomnezii) cuprind falsificări mnezice, fie sub aspectul situării în cronologie, fie sub aspectul situării în real.

Pseudoreminiscenţele: falsificarea mnezică sub aspectul situării în cronologie, în care subiectul trăieşte în prezent evenimentele reale din trecut. E întâlnită în ***sindromul Korsakov***.

Ecmnezia: falsificarea mnezică sub aspectul situării în cronologie, inversă precedentei, în care subiectul se întoarce în trecut şi retrăieşte activ evenimentele reale, dar situate în trecut. Ecmneziile sunt tulburări ale memoriei în care episoade întregi ale trecutului pot fi retrăite ca şi cum ar fi în prezent; au caracter tranzitor. Au fost descrise pentru prima dată de **Pitters** în isterie: „pacientele par să piardă noţiunea personalităţii prezente şi să o reia pe cea pe care o aveau atunci când se desfăşura episodul de viaţă pe care îl retrăiesc, cu comportamentul corespunzător".

Viziunile panoramice ale trecutului sunt asemănătoare ecmneziilor: memoria unui subiect în criză uncinată, sau într-un pericol vital, este invadată de amintiri care îi dau iluzia că retrăieşte instantaneu întreaga existenţă. Se întâlneşte în: demenţa senilă, confuzia mintală, epilepsia temporală, isterie.

Confabulaţiile: falsificare mnezică sub aspectul situării în real, constând în reproducerea de către pacient a unor evenimente imaginare, încredinţat fiind că evocă trecutul trăit; act făcut fără alt scop decât de a suplini deteriorarea mnezică (lacunele).

Subiectul în aceste situaţii, cu ultimele resurse ale criticii sale şi cu conştiinţa parţială a perturbărilor funcţiei mnezice, face eforturi de a-şi suplini lacunele, confabulaţiile intercalându-se printre evenimentele reale cât de cât subordonate cronologic.

În funcţie de gradul de deteriorare sau nedezvoltare a personalităţii, confabulaţiile pot fi ierarhizate în: confabulaţii de perplexitate, de jenă, de încurcătură, mnezice, fantastice, onirice.

Trebuie deosebite de „micile schimbări de ordine cronologică" sau de „micile adaosuri sau omisiuni" ale copilului sau adultului normal în situaţii când doreşte să altereze adevărul, prin caracterul net intenţional şi absenţa deficitului mnezic.

Sunt întâlnite în: sindromul Korsakov, confuzia mintală, oligofrenie şi în accesul maniacal (confabulaţii cu caracter ludic).

5.4. TULBURĂRILE DE GÂNDIRE

5.4.1 CADRUL CONCEPTUAL

Gândirea reprezintă funcţia cea mai organizată a psihismului, prin care se integrează şi se prelucrează informaţia privitoare la realitatea exterioară şi cea interioară, cu trecerea la un nivel calitativ superior al cunoaşterii, de la fenomenal, aleatoriu, particular, la esenţial, cauzal, general.

Această prelucrare conduce la cunoaşterea indirectă şi la posibilitatea construirii unor atitudini anticipative şi prospective, în mecanismele gândirii integrându-se în permanenţă afectivitatea, atitudinile emoţionale, datele mnezice ca şi experienţa anterioară.

Aşa cum am arătat, gândirea operează asupra informaţiei obţinute prin percepţie şi reprezentare şi nu direct asupra obiectelor, deci gândirea are caracter mijlocit, deosebindu-se prin aceasta de cunoaşterea perceptivă.

Operând modificări semnificative asupra informaţiei senzoriale, simplificând realitatea prin reducerea ei la trăsăturile esenţiale şi reconstruind-o prin modelare şi generalizare, gândirea îşi defineşte cel de-al doilea caracter, prin care, eliberându-se de nesemnificativ, se apropie de esenţa lumii fenomenale şi obiectuale, caracterul generalizat abstract.

Prin gândire, lumea nu este numai interpretată şi explicată ci şi îmbogăţită astfel în activitatea practică, pe baza modelelor, proiectelor şi planurilor, elaborate de funcţia creatoare a gândirii, şi astfel, ecosistemul uman suferă o permanentă remodelare.

Ca reflectare directă a gândirii, conduita umană se desfăşoară raţional şi anticipativ, orice acţiune fiind precedată de execuţia ei mentală, de secvenţializarea etapelor, de aprecierea urmărilor desfăşurării ei. Ansamblul acţiunilor şi procedeelor, prin care, în vederea rezolvării unor probleme sau a creşterii nivelului de cunoştinţe, informaţia este transformată în cadrul schemelor şi noţiunilor printr-un sistem de acţiuni organizate, alcătuieşte componenta operaţională a gândirii.

5.4.2. TULBURĂRI ÎN DISCURSIVITATEA GÂNDIRII

5.4.2.1. Tulburări în ritmul gândirii

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

Lentoarea ideativă este reprezentată de o scădere a numărului ideilor, a posibilităţilor lor de asociere, evocări dificile, scădere a forţei de reprezentare şi a imaginaţiei.

5.4.3. TULBURĂRI ÎN FLUENŢA GÂNDIRII

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

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

5.4.4. TULBURĂRI ÎN ANSAMBLUL GÂNDIRII

Sunt tulburări în valorizarea judecăților și raționamentelor gândirii.

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

5.4.4.2. Ideile prevalente. Ideea prevalentă, denumită ca atare de **Wernicke**, este o idee care se impune gândirii ca nucleu al unui sistem delirant. Ea este în concordanță cu personalitatea bolnavului în ciuda neconcordanței sale cu realitatea. Are tendința de a se dezvolta și îngloba evenimentele și persoanele din jur. Prezintă o crescută potențialitate psihopatologică delirantă.

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

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

Tipul de idee delirantă	Conținut psihopatologic
Idei de persecuție	convingerea bolnavului că suferă prejudicii morale, materiale sau fizice, simțind lumea ca fiindu-i ostilă.
Idei cu conținut depresiv - de vinovăție, autoacuzare, de ruină	raportarea imaginară a unor situații nefavorabile reale la acțiunile sau trăirile bolnavului, negarea capacităților intelectuale și fizice, a posibilităților materiale.
Idei hipocondriace	convingeri privind existența unei boli incurabile, cu gravitate deosebită, de care subiectul ar suferi, în dezacord cu starea de sănătate foarte bună sau puțin modificată a subiectului.
Sindromul hipocondriac	centrat în jurul ideilor hipocondriace cărora li se adaugă anxietatea și cenestopatiile.
Idei de gelozie și erotomanice	legate de infidelitate, a cărei victimă ar fi subiectul (**Bleuler** le-a apropiat de ideile de persecuție).
Idei de filiație	convingerea bolnavului că nu aparține familiei sale, ci ar descinde dintr-o familie mult superioară sau chiar ar avea descendență divină.
Idei de invenție, de reformă, mistice	idei legate de capacitatea subiectului, de omnipotența lui creatoare, în domeniul științific, socio-politic sau religios.
Ideile de grandoare	idei legate de calitățile deosebite fizice și spirituale pe care subiectul le-ar avea sau de bunurile materiale și situația socială pe care acesta ar poseda-o.
Idei de relație	convingerea subiectului că anturajul și-a schimbat atitudinea față de el, că exercită asupra sa o influență defavorabilă, face aprecieri negative asupra calităților sale.
Idei de influență	credința subiectului că se află sub influența acțiunii unor forțe xenopatice.
Idei metafizice și cosmogonice	preocuparea subiectului de a elucida probleme ca metempshihoza, cosmogonia, biogeneza, etc.

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

Deliruri sistematizate - sunt idei delirante construind judecăţi şi raţionamente, cu aparenţă logică, dar pornind de la „postulate false"**(Clerambault).**

Tipul de delir sistematizat	Conţinut psihopatologic
Delirurile pasionale şi de revendicare	caracterizate prin subordonarea întregii gândiri unei idei prevalente, însoţită de o creştere a tonusului afectiv, care va constitui elementul energo-dinamic în dezvoltarea acestui tip de delir
Delirul senzitiv de relaţie (Kretschmer)	trăirea unei experienţe conflictuale a individului faţă de grup, apărând pe fondul unei personalităţi slabe, în discrepanţă cu aspiraţiile şi scopurile propuse, vulnerabilă şi timidă, încurcându-se în aspiraţii biografice chinuitoare
Delirul de interpretare (Sérieux şi Capgras)	se constituie dintr-o masă de simptome, interpretări, intuiţii, supoziţii, pseudoraţionamente, care se vor organiza conform unui postulat iniţial

Deliruri nesistematizate - sunt deliruri în care structurarea ideilor delirante este mult mai redusă, nemaipăstrând o aparenţă logică şi pentru care subiectul nu caută o argumentaţie raţională.

Tipul de delir nesistematizat	Conţinut psihopatologic
Delirurile fantastice sau de imaginaţie (parafrenice)	caracterizate de fantasticul tematicii, bogăţia imaginativă, coexistenţa lumii delirante fantastice în paralel cu cea reală, căreia subiectul continuă să i se adapteze
Stările delirant-halucinatorii, bufeele delirante (sindroamele paranoide)	deliruri nesistematizate, însoţite de tulburări perceptuale de tip halucinator
Delirul indus („folie à deux")	aderenţa, într-un cuplu, a unuia din membri la delirul celuilalt există forme de delir în trei, în patru, multiplu psihozele de masă respectă acelaşi model psihopatologic

5.4.5. TULBURĂRI OPERAŢIONALE ALE GÂNDIRII

Pot fi ***pasagere şi reversibile*** - se referă la scăderea, în grade variabile, a randamentului şi eficacităţii operaţionale a gândirii, a capacităţii de creaţie şi se întâlnesc în stări reactive, surmenaj, posttraumatic, în infecţii şi intoxicaţii sau ***permanente***.

Dintre tulburările permanente menţionăm:

5.4.5.1 Staţionare (nedezvoltarea gândirii) - se referă la incapacitatea gândirii subiectului de a atinge anumite nivele operaţionale, de la cele mai complexe (abstractizare şi generalizare) până la cele elementare (limbajul articulat, capacitatea de autoîngrijire).

5.4.5.2. Progresive (demenţele) - sunt reprezentate de scăderi progresive şi globale ale întregii vieţi psihice, afectând în primul rând gândirea, iar în cadrul acesteia capacitatea de generalizare şi de abstractizare.

Sindromul demenţial are drept caracteristici următoarele:
- scăderea capacităţilor intelectuale care perturbă integrarea socio-profesională;
- tulburări evidente de memorie şi gândire;
- modificarea trăsăturilor personalităţii premorbide;
- absenţa tulburărilor de vigilitate.

5.5. TULBURĂRILE COMUNICĂRII

Schimburile de informaţie dintre două elemente (definiţia cibernetică a comunicării) se bazează în cadrul comunicării interumane pe ansamblul specific de procese psihomotorii în care canalul principal este cel verbal la care se adaugă canalele nonverbale. Codurile folosite în transferul de informaţii sunt standardizate sociocultural şi condiţionate biologic de integritatea receptorilor şi emiţătorilor. Prezenţa limbajului ca modalitate de comunicare verbală dă specificitate intercomunicării umane, oferindu-i o polivalenţă semnificativă infinită. Comunicarea non-verbală se realizează prin utilizarea unor mijloace cu funcţie de semnalizare – ţinută, mimică, atitudine, care vin să întregească sau „să înlocuiască" limbajul, având însă cel mai adesea o funcţie de complementaritate faţă de acesta.

După **Enătescu V** s-au putut diferenţia experimental următoarele tipuri de comunicare non verbală: comunicarea metaverbală (care sprijină şi întăreşte comunicarea verbală), comunicarea paraverbală (diferită şi în contrasens cu cea verbală) şi comunicarea disverbală (apărând ca o modificare în sens patologic a comunicării non-verbale). Optăm pentru clasificarea tulburărilor comunicării în tulburări ale comunicării verbale şi tulburări ale comunicării non verbale.

5.5.1. TULBURĂRI ALE COMUNICĂRII VERBALE

5.5.1.1. Tulburări ale expresiei verbale

Ritmul verbal. Tulburările ritmului verbal sunt reprezentate de:

Tulburările ritmului verbal	Conţinut psihopatologic	Circumstanţe de apariţie
Tahifemia	accelerarea ritmului limbajului	în stări de insomnie, stări de agitaţie în palilalie unde se asociază cu iteraţia
Bradifemia	încetinirea ritmului limbajului	stări depresive, demenţe, oligofrenie, epilepsie
Afemia	imposibilitatea de a vorbi; deşi subiectul mişcă limba şi buzele, îşi exprimă incapacitatea sa de comunicare verbală prin mimică	leziuni neurologice
Ritm neregulat	baraj verbal (discontinuitate corespunzătoare barajului ideativ),	schizofrenie stereotipii

Debitul verbal comportă următoarele tipuri de tulburări:

Tulburarea de debit verbal	Conţinut psihopatologic	Circumstanţe de apariţie
Hiperactivitatea verbală simplă (bavardajul)	fluxul de cuvinte este crescut	Normal Personalităţi dizarmonice, de teama schimbului liber de idei, vorbesc permanent, fără a se interesa de opiniile celorlalţi
Logoreea	creştere a ritmului şi debitului cuvintelor	în stări de excitaţie, de agitaţie, în mania acută, la paranoici
Hipoactivitatea simplă	vorbirea are un aspect ezitant şi monoton	se observă la persoanele timide, psihastenice, care evită să-şi expună ideile proprii şi caută să nu lezeze auditoriul
Inactivitatea totală - mutismul	absenţa vorbirii legată de un factor afectiv mai mult sau mai puţin involuntar, fără a se datora unei leziuni a centrilor sau organelor vorbirii	isterie, stările stuporoase reactive, catatonie, stuporul depresiv, stările confuzionale, demenţă, tulburarea obsesiv-compulsivă
	mutismul relativ expresia verbală este redusă cu păstrarea expresiei mimice, gestuale şi a limbajului scris	stări confuzionale stările delirante
	o altă formă a mutismului relativ *mutismul discontinuu* semimutismul)	
Inactivitatea totală - mutacismul	mutism deliberat, voluntar	manie,stări delirante, tulburarea de personalitate histrionică şi schizoidă, oligofrenie, demenţe, simulaţie

Intonaţia

Intensitatea vorbirii. În stările de excitaţie, agitaţie, la paranoici, la hipomaniacali, se descriu vorbirea cu voce tare, exclamaţiile, vorbirea cu strigăte. În depresii apare vorbirea şoptită, care în isterie poartă numele de *musitaţie.*

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

Tulburările fonetice se referă la tulburări ale articulării şi pronunţării cuvintelor (dizartrii şi dislalii), care sunt date de dificultatea de execuţie a mişcărilor coordonate sintonic ale aparatului fonator. Ele se întâlnesc în afecţiuni neurologice (boala Parkinson, boala Wilson, coree) şi în afecţiuni psihice (isterie, tulburări anxioase, schizofrenie, demenţe). Aceste tulburări sunt reprezentate de: rotacism, sigmatism, rinolalie, balbism.

Tulburările semanticii şi sintaxei se referă la modificările apărute la nivel de cuvânt, frază, limbaj.

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

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

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

Agramatismul (**Küssmaul**) este limbajul lipsit de articole, conjuncții, prepoziții, redus la un schelet de „stil telegrafic".

Paragramatismul (**Bleuler**) constă în expresii bizare și neoformații verbale, plecând de la rădăcini corecte.

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

Onomatonomia constă în repetarea obsedantă a unuia sau a mai multor cuvinte, în general grosolane.

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

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

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

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

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

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

Toate aceste tulburări izolate sau grupate se întâlnesc în schizofrenie, deliruri cronice, confuzie onirică, în afazii, datorită parafaziei și jargonofaziei, tulburări demențiale.

TULBURĂRILE SEMANTICE ALE LIMBAJULUI ÎN SCHIZOFRENIE	
Denumire	**Manifestări psihopatologice**
Schizofazie (Kraepelin) sau discordanţa verbală (Chaslin)	discurs specific care, după un debut prin câteva fraze comprehensibile, se transformă prin gruparea cuvintelor şi neologismelor intercalate cu debit rapid, într-un limbaj ermetic, căruia doar intonaţia îi traduce o notă afectivă inteligibilă – interogaţie, ură, declaraţie etc.
Glosolalie (Flournay)	structurarea de către bolnav a unei limbi noi, ce se organizează şi se îmbogăţeşte progresiv; are de obicei un conţinut delirant de tip paranoid
Pseudoglosolalilie	deformări sistematice ale unor cuvinte generând un limbaj nou în aparenţă, puţin diferit filologic de un jargon
Schizoparalexia	introducerea de litere parazite în cuvintele pe care le pronunţă bolnavul
Schizoparafazia (Bobon)	reprezintă gradul extrem al discordanţei verbale
Limbajul incoerent	ca formă de maximă alterare, incomprehensibil, ireductibil la o analiză gramaticală

5.5.1.2. Tulburări ale expresiei grafice

Scrisul, ca exprimare grafică a limbajului vorbit, prezintă tulburări care sunt paralele cu ale acestuia.

Hiperactivitatea *(graforeea)* este nevoia irezistibilă de a scrie şi se manifestă simultan cu logoreea deşi ele pot fi disociate. Se întâlneşte în manie, unde bolnavii scriu pe coli, feţe de mese, pereţi; în schizofrenie; în deliruri cronice; în diferite tulburări de personalitate. Fixarea invariabilă, intoxicaţia cu cuvânt, reprezintă o variantă particulară de graforee, întâlnită în tulburări demenţiale şi forma hebefrenică a schizofreniei.

Inactivitatea *(refuzul scrisului)* este în general asociată mutismului, dar există uneori o disociaţie între acestea, bolnavul refuzând să vorbească, dar acceptând să scrie.

Dintre tulburările morfologiei scrisului amintim:

Tulburări ale caligrafiei (micrografii, macrografii, manierisme, stereotipii etc.),

Tulburări ale dispunerii textului în pagină (scris în cerc, în pătrat, adnotări bizare etc).

Policromatografia (bolnavii scriu folosind mai multe culori atunci când nu este cazul).

Similare tulburărilor limbajului descriem tulburări semantice ale expresiei grafice precum: **neografismele, paragrafismele, embolografia, schizografia, pseudografia, ermetismul** (semne cabalistice, simbolice), **grifonajul** (scrisul este transformat într-o mâzgăliturâ).

5.5.1.3. Afaziile reunesc ansamblul tulburărilor de exprimare şi înţelegere a limbajului oral şi scris, datorat unei leziuni cerebrale circumscrise şi unilaterale (**Delay şi Lhermitte**). Au un substrat neurologic clar.

5.5.2. TULBURĂRI ALE COMUNICĂRII NONVERBALE

5.5.2.1. Ţinuta se referă la aspectul exterior: îmbrăcămintea, pieptănătura, atitudinea bolnavului şi semnifică gradul de aderenţă al acestuia la regulile de convenienţă socială. Ea este în raport cu vârsta, sexul biologic, necesităţile sociale.

Ţinuta dezordonată apare în oligofrenii, demenţe, stări confuzionale, schizofrenie, manie. Pierderea aptitudinilor de autoîngrijire elementare dă un aspect particular - gatismul, care se întâlneşte în demenţele profunde şi oligofreniile grave.

Rafinamentul vestimentar se întâlneşte în: isterie, homosexualitate şi într-o formă particulară - în schizofrenie.

Ţinuta excentrică cu detalii vestimentare bizare se întâlneşte în: schizofrenii, deliruri cronice (fiind în concordanţă cu conţinutul acestora), stări maniacale (satisfăcând tendinţele ludice şi provocator erotice ale subiectului).

Ţinuta pervertită este reprezentată de două forme particulare:

- *Cisvestismul* este o îmbrăcăminte nepotrivită cu vârsta sau situaţia în care se află subiectul şi se întâlneşte la structurile dizarmonice de personalitate, maniacali şi schizofreni.
- *Transvestismul* este folosirea îmbrăcămintei sexului opus, de către persoane al căror sex biologic este bine exprimat (fenotip, genotip, constelaţie hormonală), ca perversiune sexuală. Se asociază uneori cu homosexualitatea şi este mai frecventă la bărbaţi.

5.5.2.2. Mimica reprezintă un tip de comunicare non-verbală folosind drept suport expresia facială şi modificările acesteia după coduri cu o importantă determinare socio-culturală şi etnică.

Hipermimiile se întâlnesc într-o serie de tulburări psihice (stări maniacale, depresie, delirurile expansive, deliruri de persecuţie).

Hipomimiile se întâlnesc în sindromul catatonic, în stuporul depresiv, în oligofrenii etc.

Paramimiile sunt reprezentate de disocieri dintre limbaj şi expresia mimică. Sunt specifice schizofreniei, putând îmbrăca aspectul surâsului schizofren, prostraţiei, furtunilor mimice, incoerenţei mimice, mimicii impulsionale, manierismelor şi stereotipiilor faciale.

5.5.2.3. Gestica este compusă din ansamblul mişcărilor voluntare sau involuntare cu funcţie de expresie, simbolizare, conduite cu o anumită semnificaţie.

Ticurile sunt gesturi scurte, repetate involuntar, fără necesitatea obiectivă, atingând grupe musculare în legătură funcţională, reproducând în general o mişcare reflexă sau un gest cu funcţie precisă în condiţii normale, în absenţa oricărei cauze organice. Ele se pot prezenta într-o nesfârşită varietate clinică de la mişcări simple (clipit, tuse, ridicări de umăr etc.) până la acte cu un grad mai mare de complexitate. Ticurile sunt amplificate de anxietate, emoţii, stări conflictuale şi diminuă atunci când subiectul este liniştit. Apar în tulburări anxioase, obsesiv-compulsive, la structurile psihastenice. Ca o variantă particulară amintim aici ***sindromul Gilles de la Tourette*** (boala ticurilor), reprezentat de asocierea unor ticuri multiple afectând în special regiunea capului şi membrele la care se adaugă ticuri vocale (plescăituri, mormăituri, etc.) şi impulsiunea irezistibilă de a rosti obscenităţi (coprolalie).

Manierismul este reprezentat de mişcări parazitare care accentuează inutil expresivitatea gesticii dându-i o configuraţie artificială. Se întâlneşte în simulaţie şi ca un semn de mare valoare în schizofrenie, isterie.

Bizareriile gestuale reprezintă o formă exagerată a manierismului, gestualitatea fiind încărcată de o simbolistică din ce în ce mai incomprehensibilă.

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

Stereotipiile sunt conduite repetitive, atitudinale sau gestuale cu caracter mai mult sau mai puţin simbolic şi deci cu un grad mai mare de inteligibilitate. Majoritatea autorilor sunt de acord asupra existenţei unui sens iniţial al expresiei motorii deoarece actele au o logică în sine dar aceasta este inadecvată momentului actual. Se întâlnesc în schizofrenii, oligofrenii, demenţe, afecţiuni neurologice cronice.

Perseverările se traduc prin persistenţa anumitor atitudini şi gesturi cu caracter iterativ, când nu mai sunt justificate de o situaţie sau de o comandă şi se întâlnesc în tulburările demenţiale, în oligofrenii, în schizofrenie.

5.6. TULBURĂRILE DE VOINŢĂ

5.6.1. CADRUL CONCEPTUAL

Voinţa a fost studiată de filosofi şi teologi dar, în psihiatrie, este un domeniu care nu este la fel de bine cunoscut ca altele. Nu există un model comprehensiv care să cuprindă satisfăcător termenii variaţi folosiţi. Voinţa este funcţia psihismului prin care se produce actualizarea şi realizarea intenţiilor, prin organizare operaţională a acţiunilor şi structurare decizională. Este strâns legată de sistemul motivaţional, conceput ca ansamblul pulsiunilor interne, cu un nivel energetic şi tensional specific, modelat sociocultural, ca declanşator al acţiunii.

TIPOLOGIA TULBURĂRILOR DE VOINŢĂ

Tipul de tulburare	Suport motivaţional	Manifestări psihopatologice	Circumstanţe patologice
Hiperbulia	**precis**	creşterea forţei voliţionale, având caracter global şi fiziologic	la anumite tipuri de personalităţi sectorizată în patologie
Hiperbulia delirantă	**precis**	nivel foarte ridicat	afecţiuni psihotice
Hiperbulia electivă	**precis**	se desfăşoară sectorizat	toxicomanii nevroză obsesivo-fobică
Hipobulia cu caracter global	**pierdut**	diminuarea forţei voliţionale cu scăderea capacităţii de acţiune legate de un sistem motivaţional mai slab conturat sau chiar absent, deşi conştiinţa nu e modificată şi operaţiile gândirii sunt intacte	afecţiuni de intensitate nevrotică, cerebrastenie posttraumatică, toxicomanii, întârzieri în dezvoltarea psihică (oligofrenii), sindroame psihoorganice, cronice, demenţe. În stările maniacale, hipobulia este secundară incapacităţii de concentrare a atenţiei, excitaţiei psihice şi agitaţiei psihomotorii
Hipobulia cu caracter electiv	**pierdut**	incapacitatea de a face faţă situaţiilor fobogene sau obsesiilor ideative	nevroza obsesivo-fobică

Tipul de tulburare	Suport motivaţional pierdut	Manifestări psihopatologice	Circumstanţe patologice
Abulia		nivel maxim de scădere a forţei voliţionale şi pierderea aproape totală a iniţiativei şi capacităţii de acţiune	depresii psihotice, schizofrenii, oligofrenii severe, stări demenţiale avansate
Impulsivitatea	pierdut	un sistem motivaţional modificat prin pulsiuni interioare imperioase, presante, care se impun conştiinţei şi determină trecerea la act, în condiţiile unei capacităţi voliţionale scăzute	constituţională la structurile dizarmonice de personalitate de tip impulsiv, sau poate apare în afecţiuni nevrotice, reacţii şi psihoze, când îmbracă aspectul de raptus
Parabulia	destructurat	scăderea forţei voliţionale determinată în principal de dezorganizarea sistemului voliţional prin sentimente, dorinţe ambivalente, bizare, consecinţe ale disocierii ideo-afective	schizofrenie sau generată de acţiuni simultane, parazite din nevrozele motorii

5.7. TULBURĂRILE DE CONŞTIINŢĂ

5.7.1. CADRUL CONCEPTUAL

Jaspers definea conştiinţa ca fiind viaţa psihică la un moment dat. Trebuie adăugat că modelarea experienţelor trăite „acum şi aici" **(Ey H)** se face în raport cu întreaga experienţă existenţială anterioară a subiectului. Conştiinţa este un domeniu fundamental de definiţie al psihismului deoarece îi dă specificitate umană deosebindu-l decisiv şi calitativ de orice altă manifestare cerebrală prin faptul că raportează experienţele individului la trecut şi viitor, la sisteme axiologice şi la identitatea unică a subiectului percepută ca atare.

În acest demers nu ne vom referi la polisemantica multidisciplinară a termenului de conştiinţă, circumscriindu-ne doar la accepţiunea psihiatrică a termenului şi la fenomenele psihopatologice care afectează modalităţile de existenţă ale conştiinţei:

- câmpul conştiinţei integrator al prezenţei în lume a subiectului, care permite acestuia să se raporteze la semeni şi să-i înţeleagă lucid, să se adapteze la schimbare;
- conştiinţa de sine ca sentiment al propriei identităţi

Nu ne vom ocupa aici de tulburările conştiinţei morale văzută ca posibilitate de înţelegere şi judecată conform cu norme deontologice şi axiologice, cu răsunet în comportamentul şi relaţionarea subiectului.

5.7.2. TULBURĂRILE CÂMPULUI DE CONŞTIINŢĂ

Vom menţiona aici, pentru a putea preciza intensitatea tulburărilor, următorii parametri care se analizează ori de câte ori se urmăreşte evidenţierea unor tulburări de conştiinţă **(Jaspers)**:

- dezinteresul faţă de lumea exterioară (bolnavul înţelege cu dificultate ce se întâmplă în jurul lui, atenţia este labilă, acţionează fără să ţină seama de situaţia reală);

- dezorientarea (legată de simptomul de mai sus);
- incoerenţa (şi prin urmare ininteligibilitatea conduitei);
- dificultăţi de gândire (reflecţie) şi amnezie consecutivă stării;
- tulburări ale capacităţii de fixare şi conservare.

Nivelul acestei intensităţi va fi corelat cu apariţia unor tulburări senzoriale sau cu absenţa acestora.

5.7.2.1. Tulburările clarităţii şi capacităţii de integrare a câmpului de conştiinţă - tulburări cantitative

Corespund în mare parte tulburărilor de ***vigilitate*** din descrierile clasice sau tulburărilor de ***conştienţă*** **(Arseni, 1983).**

Starea de vigilitate a creierului îşi găseşte baza neurofiziologică în sistemul reticulat activator ascendent (SRAA). Aceste tulburări nu se însoţesc de productivitate, asociindu-se o dată cu creşterea intensităţii lor, cu tulburări vegetative:

Obtuzia constă în bradipsihie cu hipoprosexie în special spontană, scăderea supleţei proceselor de gândire, parafazii, lentoare în înţelegerea întrebărilor şi formularea răspunsurilor.

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

Torpoarea se manifestă prin bradikinezie, hipobulie, scăderea participării afective, uşoară dezorientare cu stări de somnolenţă.

Obnubilarea reprezintă o denivelare mai importantă a vigilităţii, cu hipoprosexie severă şi dificultăţi mnezice mixte, creşterea pragurilor senzoriale şi dificultăţi în înţelegere şi sinteză, care se desfăşoară cu o greutate sporită. La stimuli intenşi sau la repetarea întrebărilor, răspunsurile pot creşte în precizie şi claritate.

Stuporul este o tulburare severă a vigilităţii, însoţită de inhibiţie psiho-motorie (mutism, akinezie, negativism alimentar). Bolnavul nu reacţionează decât la excitaţii foarte puternice, nu răspunde la întrebări şi nu pare a înţelege contextul în care se află. Mimica bolnavului este inexpresivă sau exprimă un grad de anxietate, atitudinea este inertă, dar opune rezistenţă la mişcările provocate.

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

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

5.7.2.2. Tulburări ale structurii câmpului de conştiinţă - tulburări calitative

Îngustarea câmpului de conştiinţă – descrisă de **Janet P (1899)** – se caracterizează prin focalizarea conştiinţei asupra unei idei, amintiri, acţiuni etc., de care subiectul nu se poate desprinde. Conştiinţa este incapabilă să cuprindă întreaga experienţă prezentă, în afară de cea psihotraumatizantă.

Se poate considera ca fiind o demodulare afectiv-ideativă, o neadecvare prin alterarea criteriului valoric, care duce la deformarea relaţiei cu realitatea.

Starea crepusculară constă într-o modificare de aspect critic, cu debut şi sfârşit brusc, a clarităţii câmpului conştiinţei în diferite grade, asociată cu îngustarea lui, ceea ce permite menţinerea unei activităţi automate cu acte motorii coordonate, dar neobişnuite şi fără legătură cu ocupaţiile anterioare faţă de care subiectul va prezenta amnezie totală, lacunară sau parţială în funcţie de profunzimea modificării vigilităţii. Subiec-

tul trăiește o stare de derealizare, pe fondul căreia pot apărea fenomene delirant-halucinatorii, precum și modificări importante ale stării afective (exaltare, angoasă, disforie) care pot modifica considerabil comportamentul bolnavului (agitație, fugi, acte agresive cu potențial criminogen).

Circumstanțele etiologice majore în care apare sunt reprezentate de epilepsia temporală, beția patologică, reacții psihogene.

Sub denumirea de **tulburare disociativă isterică**, ICD 10 descrie o pierdere parțială sau completă a unei integrări normale între amintirile trecutului, conștientizarea identității și a senzațiilor imediate și controlul mișcărilor corporale. Gradul în care controlul conștient asupra amintirilor, senzațiilor și mișcărilor ce vor fi executate, este afectat, este variabil de la oră la oră sau de la zi la zi.

Starea crepusculară isterică – aspect particular în care subiectul trăiește o experiență semiconștientă de depersonalizare și stranietate centrată în general pe ideea fixă **(Janet P)** (eveniment psihotraumatizant pe care subiectul nu și-l amintește obișnuit în stare de veghe, pe care memoria îl reprimă).

O formă aparte a acestei stări este întâlnită în **sindromul Ganser** și pseudodemența isterică, reacții psihotice isterice, în care, pe fondul modificării conștiinței de tip crepuscular pacientul prezintă o nerecunoaștere sistematică a realității prin răspunsuri alături, acte alături (răspunsuri mai mult absurde decât greșite, demonstrând înțelegerea întrebărilor).

Confuzia mintală (stările confuzionale): descrisă inițial de **Chaslin (1895)** ca o afecțiune în mod obișnuit acută, reprezentând o formă de slăbire și disociație intelectuală care poate fi însoțită sau nu de delir, agitație sau inerție; confuzia mintală este expresia comună a unei suferințe cerebrale acute, ce determină un grup de tulburări acute și globale ale psihismului în care locul central este ocupat de modificările în planul conștiinței având caracter tranzitoriu.

Debutul confuziei mintale este uneori brutal, cel mai adesea în câteva ore, uneori câteva zile. Faptul principal, uneori dificil de pus în evidență fără ajutorul anturajului, este aspectul de ruptură, de hiatus cu comportamentul anterior al bolnavului.

Simptomul esențial din care decurg celelalte este scăderea proceselor normale de sinteză și diferențiere ale conținuturilor conștiinței. În această tulburare globală, activitatea perceptivă este cea mai deficitară. Denivelarea conștiinței în diferite grade (torpoare, obnubilare, obtuzie - cel mai frecvent) se manifestă prin tulburări ale atenției, care nu poate fi fixată, orientată și menținută.

Funcțiile intelectuale și cognitive sunt interesate global și, așa cum arăta **Jaspers**, tulburarea fundamentală constă în diminuarea proceselor de sinteză și organizare. Aceasta duce implicit la o tulburare a orientării temporale, spațiale, allopsihice, bolnavul păstrându-și chiar în cele mai avansate stări de confuzie, reminiscențe ale identității.

Heller S, citat de **Predescu V** și **Nica L**, consideră că atunci când pacientul nu-și cunoaște numele, este mai curând cazul unei stări disociativ-isterice. **Jaspers** aprecia această păstrare a conștiinței de sine ca fiind un element de diferențiere față de psihozele paranoide. Modificarea coordonatelor trăirilor alături de tulburarea atenției constituie faptul semiologic cel mai aparent. Datele perceptive vizuale, auditive sunt rudimentar analizate ajungând până la greșeli și erori de identificare, mai rar la iluzii. Aceste tulburări sunt în general expresia creșterii pragurilor senzoriale. Memoria este global tulburată cu predominanța celei de fixare, datele prezentului nu se constituie decât în amintiri fragmentare, iar evenimentele trecute biografice sau culturale sunt cu mare

greutate evocate. Post-episodic există o lacună importantă şi de lungă durată în memoria bolnavului. Perplexitatea (nedumerirea anxioasă) este expresia pasivităţii, chiar a stuporii vieţii mintale; scurtele intervale de luciditate provoacă o creştere a anxietăţii care poate fi cauza unor stări de agitaţie. Mimica pacientului este rătăcită, perplexă, privirea este pierdută, îndepărtată, absentă. Limbajul este ezitant, redus la fragmente de fraze uneori incoerente. Pacientul îşi caută cuvintele, parafaziile sunt rare, dar posibile, cuvintele sunt învălmăşite, rău articulate, adesea murmurate. Definirea unor cuvinte poate fi imposibilă, uneori aberantă. Gesturile sunt stângace, ezitante, lipsite de îndemânare. Grafismul este totdeauna perturbat, reproducerea unui desen geometric chiar simplu este deficientă. Activitatea şi comportamentul pot îmbrăca două aspecte: lipsa iniţiativei, lentoare, stângăcie, chiar stupoare, sau agitaţie dezordonată. Oscilaţiile între aceşti doi poli se pot produce brusc, atrăgând posibilitatea unor grave accidente.

Confuzia mintală traduce o tulburare globală a funcţionării cerebrale (care după tot mai mulţi autori justifică termenul de encefalopatie).

Ea apare în circumstanţe etiologice diferite, pe care le vom sistematiza astfel:

- afecţiuni intracraniene: traumatisme cranio-cerebrale, hematom subdural, epilepsie, postterapie electroconvulsivantă, encefalopatii carenţiale (în special **Gayet-Wernicke),** afecţiuni meningeale (hemoragii meningeale, meningite febrile), afecţiuni cerebrale (encefalite, tumori cerebrale în special fronto-caloase şi temporale drepte), accidente vasculare cerebrale în teritoriul arterei cerebrale anterioare şi posterioare;
- afecţiuni generale;
- stări febrile (septicemii, febră tifoidă, pneumonie, erizipel, gripă, malarie);
- alcoolism (beţia acută, episoadele subacute, delirium tremens);
- toxicomanii (barbiturice, amfetamine, heroină, clordiazepoxid);
- intoxicaţii medicamentoase (corticoizi, tuberculostatice, hipoglicemiante, antiparkinsoniene, litiu, bismut, barbiturice, tranchilizante etc.);
- intoxicaţii profesionale (arsenic, mercur, plumb, oxid de carbon, insecticide organofosforice);
- intoxicaţii alimentare (ciuperci);
- encefalopatii metabolice (diabet, insuficienţă hepatică, insuficienţă respiratorie, insuficienţă renală, hipoglicemie spontană, porfirie acută intermitentă);
- afecţiuni endocrine (tireotoxicoza, mixedem, crize adisoniene, hiperparatiroidia);
- stări de şoc (postoperatorii, traumatice, cardiovasculare);
- boli sanguine (leucemii, anemii);
- alte cauze (electrocutare, insolaţie, privarea de somn, avitaminoze);
- în cursul evoluţiei bolilor psihice (psihoze post partum, schizofrenie, manie, depresie, demenţă).

Desigur că, legat de această bogată paletă etiologică, examenul somatic şi de laborator vor îmbrăca aspecte extrem de variate, care traduc starea de suferinţă organică, fără a avea o semnificaţie generală în ceea ce priveşte sindromul de confuzie mintală.

Onirismul traduce o stare de vis patologic, un vis trăit în acţiune, care invadează realitatea bolnavului, modificându-i comportamentul.

Bolnavul are halucinaţii vizuale, realizând viziuni haotice şi discontinue şi uneori, halucinaţii auditive, cenestezice şi tactile. Aceste fenomene psihosenzoriale pot avea drept punct de plecare cele mai mici stimulări din mediul ambiant.

Halucinaţiile sunt cel mai adesea neplăcute, terifiante, conţinutul lor este constituit mai frecvent din scene de groază decât din clasicele teme profesionale **(Signoret JL).**

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

În starea confuzională, onirismul și tulburările clarității câmpului conștiinței se întrepătrund în grade variabile, ceea ce i-a făcut pe unii autori (mai ales pe cei englezi) să vorbească de:

- *confuzia mintală simplă* - ale cărei trăsături ar fi: pasivitatea, perplexitatea, încetinirea procesului psihic mai apropiată de starea de obtuzie;
- *stările confuzo-onirice (delirium)* realizate de o agitație acută asociată de regulă cu fenomene productive psihotice.

Considerăm că acestea nu sunt decât expresii ale aceluiași substrat anatomo-fiziologic, cele două stări putând astfel trece rapid una în alta.

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

Amenția (starea amentivă), termen introdus și folosit inițial de școala germană ca echivalent al confuziei mintale simple, desemnează actualmente, - o stare confuzională de intensitate psihopatologică maximă, în care domină incoerența. Bolnavul este dezorientat, agitat (agitație care nu depășește obișnuit limitele impuse de clinostatism), vorbirea este incoerentă, cu caracter paroxistic. Pot apărea inconstant stări catatonice sau stuporoase.

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

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

5.7.3. TULBURĂRILE CONȘTIINȚEI DE SINE

5.7.3.1. Tulburările conștiinței corporalității (somatognozia)

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

Tulburări de schemă corporală de tip neurologic

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

• *Sindromul* ***Anton Babinski*** este reprezentat de hemiasomatognozie însoţită de lipsa conştientizării acestei tulburări (anozognozie); se întâlneşte în leziunile emisferului minor.

Tulburări de schemă corporală de natură psihică:

Cenestopatiile reprezintă modificarea cenesteziei, cu apariţia unor senzaţii corporale neplăcute, în absenţa unor modificări organice. Se întâlnesc în nevroze, psihoze schizofrenice, depresii, ASC.

Sindromul hipocondriac este alcătuit din idei de intensitate variabilă (până la delirantă) privitoare la starea de sănătate a pacientului considerată mult mai precară decât în realitate sau vital ameninţată. Aceste idei evoluează pe fondul unei anxietăţi concentrice şi a apariţiei cenestopatiilor. Se întâlnesc în tablouri psihopatologice diverse îmbrăcând aspectul acestora – asteno-hipocondriac (astenie, debutul schizofreniei, neurastenie), obsesivo-hipocondriac (reacţii obsesivo-fobice, personalităţi psihastenice), paranoiac-hipocondriace (personalităţi paranoiace, paranoia).

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

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

Dismorfofobia reprezintă o formă „localizată" a depersonalizării somatice constând în sentimentul patologic de neplăcere şi inferioritate cu care subiectul îşi trăieşte aspectul morfoconstituţional, exagerându-i sau modificându-i datele reale.

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

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

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

Apariţia este favorizată de diverse circumstanţe, dintre care cele mai importante sunt modificarea claritătii câmpului conştiinţei, stări de epuizare, în care au caracter de halucinoză hipnagogică; survine, de asemenea, în psihastenie, epilepsie temporală, schizofrenie.

5.7.3.2. Tulburările conştiinţei realităţii obiectuale

Derealizarea este un sentiment de stranietate a lumii exterioare, pe care subiectul îl încearcă în absenţa unor tulburări perceptive.

„Subiectul pierde funcția realului" (**Janet P**), adică senzația de familiaritate pe care obiectele lumii reale ne-o dau în mod normal.

În forma sa minoră se referă la stranietatea lucrurilor care par false artificiale, modificate în dimensiunile lor.

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

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

Derealizarea nu apare aproape niciodată ca un fenomen izolat.

5.7.3.3. Tulburări ale conștiinței propriei persoane

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

Personalitatea multiplă, în care pacientul își asumă un număr de false personalități, diferite, a fost descrisă de **Prince M (1905)**. Pacienții săi prezentau o simptomatologie isterică, dar unii dintre ei prezentau și patologie organică. Uneori aceste personalități susțineau că se cunosc cu celelalte personalități ale aceleiași persoane și chiar nu se plăceau, iar uneori negau faptul că aveau cunoștință asupra celorlalte personalități. La ora actuală această tulburare este extrem de rară și chiar există controverse asupra măsurii în care ea este iatrogenă sau socio-culturală. Trăsătura esențială ar fi aparenta existență a mai multe personalități la un singur individ cu evidențierea clară a uneia singure la un moment dat. Personalitățile succesive pot fi în contrast marcat cu personalitatea premorbidă a individului. Personalitățile diferite par să nu aibă cunoștință de amintirile și preferințele celeilalte și să nu realizeze existența acestora.

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

Examinarea și diagnosticarea acestor cazuri este de obicei foarte dificilă, necesitând un consult repetat, prelungit, care să permită sesizarea discontinuității bruște a psihismului. În general de origine psihogenă, frecvența acestor tipuri de tulburări a scăzut mult în ultima jumătate de secol.

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

Sindromul de depersonalizare are următoarele componente:

• Alterarea sentimentului propriului Eu este resimțită ca o nesiguranță anxiogenă față de propria persoană și identitate „ca și cum" acestea ar fi în pericol iminent de dis-

pariție. Păstrând conștiința personalității lor anterioare, unii bolnavi trăiesc dureros modificarea Eului, înstrăinarea față de el. Transformarea acestuia poate îmbrăca numeroase aspecte clinice dintre care notăm, sentimentul de vid interior, nesiguranța și indecizia în acțiune, hipobulia, sentimentul de inautenticitate a trăirilor, amintirilor, ideilor, devalorizarea personalității. Afectivitatea este modificată, sentimentele devenind terne și imobile, neliniștea dominând paleta afectivă, viața pare a se desfășura în gol, cu încetinitorul, bolnavul părând a fi un spectacol dramatic pentru sine însuși.

- Alterarea sentimentului de corporalitate (desomatizarea)
- Derealizarea
- Analiza introspectivă constă în desprinderea de realitate, de lumea obiectuală, pe care bolnavul o face pentru a încerca să își înțeleagă propria subiectivitate. În efortul de regăsire bolnavii alunecă în subiectiv pe care caută să îl analizeze și să îl verbalizeze cât mai precis, îndepărtându-l de real, ajungând până la heautoscopie.

Sindrom de graniță în psihopatologie, depersonalizarea se întâlnește cu o intensitate variabilă în situații nepsihiatrice: surmenaj, stări hipnagogice și hipnapompice, cât și în cele psihiatrice: reacții afective, neurastenie, stări depresive, bufeuri delirante, nevroza obsesivo-fobică, personalitatea psihastenică, debutul psihozelor.

Sindromul de automatism mintal Kandinski-Clerambault grupează în același sindrom halucinații psihosenzoriale și psihice alături de o serie de fenomene psihice caracterizate prin ***exogenitate și incoercibilitate***. Sindromul de automatism mintal este reprezentat de triplul ecou (al gândirii, lecturii, actelor), triplul automatism (motor, ideic, ideoverbal) și numeroase halucinații psihice anideice (fără temă, întâmplătoare). Mecanismul de producere al halucinațiilor a fost abordat prin prisma unor modele lineare, psihodinamica încercând să le explice ca un rezultat al proiecțiilor, al refulărilor din inconștient. Organiciștii au încercat să le clasifice în diferite variante, având drept modele de producere analizatorul, regiuni ale cortexului, fenomenul inhibiție-dezinhibiție, substanțe psihedelice care nu au arătat decât că realitatea fenomenului halucinator este mult mai complexă, insuficient elucidată, neexistând astăzi un model experimental satisfăcător.

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

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

- Senzații parazite (halucinații psihosenzoriale vizuale, tactile, gustative, cenestezice);
- Triplul automatism: motor (gesturi impuse, acte impuse), ideic (idei impuse) și ideo-verbal (cuvinte, formulări ideoverbale spontane). În această categorie se notează alterările limbajului, mentismul, depănarea de gânduri;
- Fenomene de dedublare mecanică a gândirii (triplul ecou al gândirii, lecturii și actelor) însoțite de fenomenele conexe – enunțarea gândurilor, intențiilor, comentariul actelor;
- Micul automatism mintal alcătuit din anticiparea gândurilor, depănarea de amintiri, veleități abstracte. Apare ca nucleu al psihozelor schizofrenice, în parafrenie și în unele sindroame organice (alcoolism, epilepsie, involuție).

5.8. CONDUITA MOTORIE ŞI TULBURĂRILE EI

5.8.1. CADRUL CONCEPTUAL

Activitatea motorie reprezintă o succesiune de acte care urmăresc realizarea unui scop definit. În realizarea ei concură integritatea efectorilor cu sistemul motivaţional volitional, capacitatea anticipativ-decizională, claritatea câmpului de conştiinţă. Numeroşi factori pot contribui la dezorganizarea ei, realizând astfel o serie de manifestări pe care încercăm să le sistematizăm astfel:

5.8.2. DEZORGANIZAREA CONDUITELOR MOTORII

Tipul de dezorganizare	Descriere psihopatologică	Circumstanţe de apariţie
Agitaţia	dezorganizare globală a conduitelor motorii, fiind de regulă corelată cu dezorganizarea ierarhizării instanţelor psihice şi concretizându-se în acte motorii necoordonate care se desfăşoară aleatoriu şi care se diferenţiază după structurile psihopatologice de care depind	stări confuzionale, stări reziduale, tulburări în structurarea personalităţii, stări maniacale, schizofrenie, epilepsie
Inhibiţia motorie	încetinirea până la dispariţie a activităţii motorii însoţită de regulă de tulburări în discursivitatea gândirii şi ale comunicării nonverbale	stări reziduale, depresii de diferite intensităţi, schizofrenie, forma catatonică şi după tratament neuroleptic
Catatonia	dezintegrare a conduitei psihomotorii prin lipsă de iniţiativă motorie, tradusă prin catalepsie, inadecvare completă a mişcărilor, reducerea lor la un nivel semi-automat şi stereotip ***Sindromul catatonic*** grupează o serie de fenomene psihomotorii: catalepsia, flexibilitatea ceroasă, parakineziile, la care se adaugă negativismul şi sugestibilitatea ca şi o serie de tulburări neurovegetative	stări toxico-septice, encefalite acute şi subacute, sifilis central, paralizie centrală progresivă, intoxicaţii, tumori cerebrale, schizofrenie, depresie majoră
Impulsiunile	acţiuni cu declanşare bruscă, cu caracter iraţional, brutal sau periculos, care apar spontan sau ca o reacţie disproporţionată la un stimul extern, scăpând controlului voliţional al subiectului Se pot manifesta ca acte heteroagresive, autoagresive sau ca note comportamentale, predominant afectiv-instinctuale	tulburări organice de personalitate, tulburări de personalitate, schizofrenie, epilepsie

Tipul de dezorganizare	Descriere psihopatologică	Circumstanţe de apariţie
Impulsivitatea	predispoziţia unui subiect de a avea impulsiuni	poate fi genetică: tulburări de personalitate, oligofrenii, personalităţi organice, patologie cerebrală, senilitate
Raptusul	manifestări paroxistice cu exprimare motorie şi debut exploziv care apar după o tensiune afectivă extremă sau în automatismul motor incoercibil. Se poate însoţi de amnezie lacunară	depresie inhibată, schizofrenie catatonică, epilepsie, alcoolism
Fugile	părăsirea bruscă a domiciliului sau a locului de muncă datorată nevoii irezistibile a subiectului de a pleca. Fuga este imprevizibilă, iraţională şi limitată în timp	reacţii posttraumatice tulburări de personalitate boli toxicoinfecţioase epilepsie, schizofrenie, deliruri sistematizate, demenţe senile, dipsomanie

5.8.3. TULBURĂRI MOTORII INDUSE DE TRATAMENTUL CU NEUROLEPTICE

Multe medicamente antipsihotice prezintă o gamă largă de efecte nedorite, care sunt în legătură cu proprietăţile lor antidopaminergice, antiadrenergice şi anticolinergice. Efectele extrapiramidale sunt dintre cele mai supărătoare pentru pacient şi pot fi cu uşurinţă confundate de cel nefamiliarizat cu ele cu simptome ale bolii.

Efectele neurolepticelor pe sistemul extrapiramidal se împart în 4 grupe:

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

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

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

Din fericire, distoniile se remit rapid la administrarea unor medicamente anticolinergice sau Diazepam.

5.8.3.2. Akatisia este definită ca o senzație subiectivă de neliniște ce asociază o componentă psihică și una motorie. A fost descrisă de **Picard** în **1924** și aparține kineziilor paradoxale din cadrul sindroamelor paradoxale. Bolnavul simte în permanență nevoia de a se foi, de a-și pendula picioarele. Se balansează de pe un picior pe altul și simte nevoia imperioasă de a merge pentru a-și ameliora senzația de neliniște. Akatisia mai poate fi definită prin imposibilitatea de a rămâne în poziție șezândă din nevoia de a se mișca în permanență. **Clovic** descrie și termenul de **tasikinezie** în care nevoia subiectivă de mișcare este tradusă prin mobilizare efectivă.

Aceste tulburări motorii apar câteva ore la câteva zile după inițierea tratamentului neuroleptic. Ca și celelalte simptome extrapiramidale, akatisia se combate prin administrarea concomitentă a unui medicament antiparkinsonian împreună cu neurolepticul.

5.8.3.3. Diskineziile sunt mișcări involuntare, anormale, întâlnite adesea în regiunea perioralã dar care pot de asemenea apărea la nivelul musculaturii axiale și la extremități și sunt atribuite medicației neuroleptice. În timp ce nu există nici o îndoială că diskineziile sunt câteodată exacerbate (dar și diminuate) de medicația neuroleptică, nu este clar stabilit dacă diskinezia persistentă întâlnită la unii pacienți cronici este neapărat cauzată de medicația neuroleptică. Aceste stări sunt numite „diskinezie tardivă" (pentru că apar târziu și sunt ireversibile). Astfel de anomalii de mișcare au fost bine descrise la pacienți înainte de era neurolepticelor moderne și sunt de asemenea raportate în zilele noastre la pacienți care nu au primit niciodată o astfel de medicație. Sunt mai frecvent întâlnite la pacienți cu simptome negative; ele pot fi o componentă a statusului defectual din schizofrenie.

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

- Are caracter intențional
- Dispare în somn
- Este ireversibililă

Nu toți pacienții care iau tratament neuroleptic îndelungat fac diskinezie tardivă. Dintre **factorii de risc** pentru apariția acestei tulburări motorii menționăm:

- Alte fenomene extrapiramidale apărute în fazele precoce de tratament - în special distonia acută
- Sexul feminin (crește riscul la instalarea menopauzei)
- Vârstnici
- Diabet zaharat tip II
- Tratament îndelungat cu neuroleptice incisive sau *depôt,* în doze mari sau dimpotrivă,
- Sistarea bruscă a neurolepticelor după un consum îndelungat

5.8.3.4. Sindromul parkinsonian

Reprezintă cea mai frecventă manifestare extrapiramidală. Apare la câteva zile-săptămâni de tratament continuu. Simptomele cuprinse în cadrul acestui sindrom sunt: bradikinezia, bradilalia, bradipsihia, hipertonie plastică (încordarea musculaturii axiale), tremor de repaus, la care se asociază o serie de simptome neurovegetative: hipersudorație, sialoree, seboree. În prima etapă de la apariția acestui sindrom, se constată

o încetinire a mişcărilor, până la dispariţia atât a mişcărilor automate, cât şi a celor voluntare. Pacientul este lent, îi scad iniţiativele, este aparent stuporos fără să existe însă vreo modificare de conştiinţă. Ulterior, se instalează rigiditatea şi apare tremorul, de obicei la nivelul membrelor superioare. Este un tremor fin, intenţional, dispare în somn şi se accentuează la emoţii. Rigiditatea se evidenţiază prin semnul „roţii dinţate". Faciesul bolnavului are o expresie particulară; este fixat, inexpresiv, pacientul nu clipeşte. Discursul este cu voce monotonă şi puţine cuvinte. Mişcările automate prezintă o lipsă de sinergie în aşezarea/ridicarea de pe scaun, bolnavul nu mai poate sta picior peste picior. Bolnavul are dificultăţi în a iniţia şi cele mai simple mişcări voluntare. Mersul este cu paşi mici, târşâiţi, cu braţele pe lângă corp, ceea ce îi dă aspectul de „robot", care îi sperie adesea pe membrii familiei. Tratamentul constă în scăderea dozei de neuroleptic şi asocierea unui medicament anticolinergic.

5.9. TULBURĂRILE AFECTIVITĂŢII

5.9.1. CADRUL CONCEPTUAL

Afectivitatea reprezintă ansamblul însuşirilor psihice care asigură reflectarea subiectivă a concordanţei dintre realitatea interioară şi cea externă, ca proces dinamic şi continuu.

Sunt puse astfel în rezonanţă două modalităţi: cea a subiectului şi cea a ambianţei, pentru a crea un nuanţat ansamblu de trăiri unice şi irepetabile tocmai prin această dinamică personală specifică.

Trebuie notate două nivele ale afectivităţii sub raportul complexităţii şi motivaţiei care le generează:

- *afectivitatea bazală (holotimică)* căreia i-ar corespunde emoţiile primare şi dispoziţia. Generarea acesteia porneşte de la motivaţii înnăscute, apropiate de viaţa instinctivă. Ele trec sub control voluntar, dar declanşarea lor necesită participarea instanţelor conştiinţei. Baza neurofiziologică este legată de formaţiunile subcorticale, iar cea biochimică ar fi reprezentată de funcţionarea neurotransmiţătorilor (noradrenalină, serotonină, dopamină).

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

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

Stările de afect sunt manifestări explozive şi cu efect dezorganizator asupra comportamentului, însoţite de modificări mimico-pantomimice şi tulburări vegetative de tip simpatic, polarizând câmpul conştiinţei în jurul evenimentului conflictual şi caracterizate prin inadecvarea răspunsului şi a activităţii psihomotorii. Menţionăm printre acestea furia şi frica.

5.9.2. TULBURĂRILE DISPOZIȚIEI

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

5.9.2.1. Hipotimiile

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

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

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

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

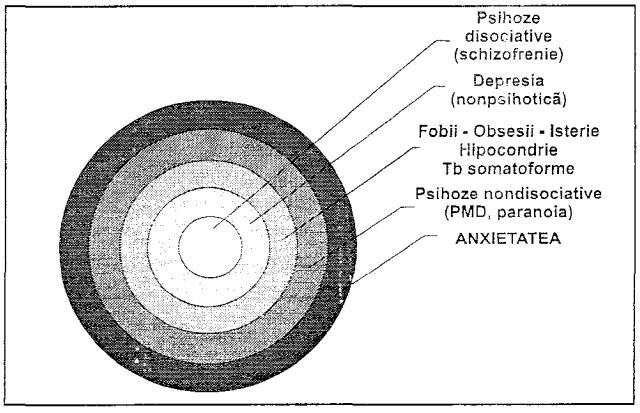
5.9.2.2. Hipertimiile

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

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

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

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



LOCUL ANXIETĂȚII ÎN IERARHIA DIAGNOSTICĂ (Tyrer, 1984)

Anxietatea prezintă următoarele caracteristici:

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

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

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

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

Raptusul anxios - poate apărea în reacții acute de șoc sau psihoze, ca o izbucnire impulsivă manifestată printr-o bruscă și intensă accentuare a stării anxioase, bolnavul putând face tentative suicidare sau mai rar acte heteroagresive.

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

Tipul simptomelor	Manifestări clinice	
Psihice	iritabilitate	
	anxietate anticipatorie	
	concentrare insuficientă	
Somatice	gastro-intestinale	gură uscată
		dificultate de deglutiție
	respiratorii	inspir dificil
		senzație de constricție toracică
	cardiovasculare	palpitații
	genito-urinare	insuficiența erecției
		disconfort menstrual
	neuro-musculare	tremurături
		dureri musculare
Tulbări de somn	insomnie	
Altele	depresie	
	idei obsesive	

TULBURĂRILE ANXIOASE (CONFORM CLASIFICĂRII DSM-IV)

- ⇨ Tulburările anxioase fobice (fobia specifică, fobia socială, agorafobia)
- ⇨ Atacuri de panică
- ⇨ Tulburarea anxioasă generalizată
- ⇨ Tulburarea obsesiv-compulsivă
- ⇨ Reacţia acută la stres
- ⇨ Tulburarea de stres posttraumatică

Depresia – definiţia de cea mai largă generalitate consideră depresia ca o prăbuşire a dispoziţiei bazale, cu actualizarea trăirilor neplăcute, triste şi ameninţătoare. Puternica participare afectivă, trăirea profundă a acestei stări, antrenarea comportamentală consensuală sunt tot atâtea argumente pentru a considera depresia o hipertimie negativă.

Aşa cum a fost definită anterior, depresia se referă la „depresia-simptom" şi definiţia nu este decât scolastică, deoarece în realitatea practică depresia apare ca sindrom sau entitate nosologică.

În cele ce urmează, ne vom referi la acest al doilea aspect (sindrom), pe care-l vom defini, aşa cum fac şi alţi autori, operaţional, componentele sale fiind răsunetul ideativ, comportamental şi somatic al tulburării afective.

Sindromul depresiv are drept componente definitorii dispoziţia depresivă, încetinirea proceselor gândirii şi lentoare psihomotorie, la care se adaugă o serie de simptome auxiliare de expresie somatică. Dispoziţia depresivă este trăită ca „tristeţe vitală" (**Schneider K**), pierderea sentimentelor, golire şi nelinişte interioară, conţinut perceptual cenuşiu, nebulos uneori.

Încetinirea proceselor gândirii este exprimată de monoideism, incapacitate decizională, conţinut depresiv, ruminaţii. Ideaţia poate lua forma ideilor delirante cu caracter de autoacuzare, vinovăţie, inutilitate, ruină etc. Depresivul trăieşte o stagnare a timpului intim imanent, care se desincronizează de timpul real; această oprire a timpului trăit marchează ansamblul tulburărilor depresive, bolnavul prezentând o incapacitate de acţiune autentică (**Tatossian A**).

Lentoarea psihomotorie este caracterizată de încetinirea mişcărilor, scăderea expresiei şi mobilităţii mimice (hipo- sau amimie), dificultate de verbalizare, tendinţa de a se complace în activităţi fără scop (inerţie psihomotorie).

Simptome auxiliare de expresie somatică: se traduc printr-o tulburare a sentimentelor vitale (a vitalităţii) - astenie, lipsă de vigoare fizică, insomnii, anorexie şi scădere în greutate, tulburări ale dinamicii sexuale.

Tulburările somatice sunt legate de hiperactivitatea simpatică dublată de inhibiţia parasimpatică: hiposalivaţie, dureri epigastrice, meteorism, constipaţie sau diaree, greutăţi în respiraţie, disconfort precordial, tulburări de ritm cardiac, extrasistole, ameţeli, cefalee, dureri difuze în regiunea tractului uro-genital.

Depresia este cel mai frecvent întâlnit fenomen psihopatologic în practica psihiatrică şi nu numai în aceasta.

Kielholz stabileşte o clasificare în care îmbină criteriul nosologic cu cel etiologic. Se descriu astfel:

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

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

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

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

Dispoziția depresivă este trăită ca un vid, ca o lipsă totală a contactului și rezonanței afective cu lumea, pe care subiectul o resimte dureros: această „anestezie afectivă", se manifestă ca un veritabil baraj în fața exprimării sau perceperii sentimentelor proprii, care-l duce pe pacient la pierderea interesului pentru lucruri și oameni.

Încetinirea proceselor gândirii se manifestă prin bradipsihie și sărăcirea conținutului ideativ, incapacitate de evocare și sinteză, hipoprosexie; asociațiile sunt dificile, imaginația redusă, există o hipermnezie selectivă însoțită de ruminații. Producția verbală traduce în mare măsură inhibiția intelectuală, fiind încetinită, ajungând uneori până la mutism. Scăderea performanțelor intelectuale, prezența anesteziei psihice generează depresivului sentimente de autodepreciere și durere morală. Acestea vor genera, la rândul lor, idei de autoacuzare, inutilitate, deschizând calea către ideile suicidare și trecerea la act. Nemaiputându-și imagina viitorul, pacientul pierde orice dimensiune a realității, are stări de derealizare și depersonalizare.

Pe plan psihomotor, pacientul poate prezenta o inhibiție profundă, mergând până la imposibilitatea de a se deplasa; activitatea spontană este redusă la minimum.

Atunci când depresia se însoțește de anxietate, tensiunea psihică insuportabilă se poate manifesta printr-o neliniște motorie, agitație, atingând paroxismul în raptusul depresiv, care se însoțește de acte impulsive, auto- și mai rar heteroagresive. Complicația cea mai de temut a depresiei este suicidul, domeniu căruia îi vom dedica o atenție deosebită (vezi **Suicidul**).

Depresia mascată - termenul se folosește de la sfârșitul anilor '20 fiind aplicat de **Lange** depresiilor endogene, cu dominantă copleșitoare a simptomelor fizice. Observațiile ulterioare au stabilit aplicabilitatea lui și în depresiile psihogene. În **1973** este definit ca *„boală depresivă în care simptomele somatice ocupă primul plan sau în care simptomele psihice sunt în planul secund (ca substrat)"*

Depresia în bolile somatice

- Simptome depresive semnificative clinic sunt decelabile la aproximativ 12 până la 36% dintre pacienţii cu alte afecţiuni nonpsihiatrice. Pe de altă parte, cei mai mulţi pacienţi cu o suferinţă somatică nu au depresie.
- Dacă este prezentă o tulburare depresivă, atunci aceasta trebuie privită ca o condiţie independentă (posibil precipitată de vulnerabilitatea biologică sau psihologică a individului) care trebuie tratată separat.
- *Nu este corectă atitudinea unor medici care consideră că este bine să trateze în primul rând şi/sau numai tulburarea somatică şi, apoi „după rezolvarea acesteia" să orienteze bolnavul către un psihiatru.*
  Depresia trebuie şi ea căutată şi investigată; astfel că nu se recomandă realizarea unui diagnostic prin excludere.
- Atunci când o tulburare depresivă apare împreună cu o suferinţă somatică, sunt câteva explicaţii posibile:
  - Suferinţa medicală generală provoacă în mod biologic depresie, de exemplu hipotiroidia determină depresie;
  - Suferinţa somatică declanşează depresia la persoane vulnerabile genetic pentru depresie; de exemplu, boala Cushing poate precipita un episod depresiv major;
  - Suferinţa somatică produce psihologic depresia; de exemplu, un pacient cu cancer devine depresiv în mod reactiv, ca o reacţie la prognostic, la durere şi invaliditate;
  - Suferinţa somatică şi depresia nu sunt corelate, sunt independente.

  ESTE IMPORTANT CA PRACTICIANUL SĂ FACĂ ACESTE DIFERENŢE

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

5.9.2.2.3 Euforia – este reprezentată de o creştere a dispoziţiei având o tonalitate afectivă pozitivă, expansivă (hipertimie pozitivă). Ca şi în cazul depresiei trebuie operată o distincţie între euforia (veselia) - normală, şi cea simptom-patologică.

Ca şi depresia, cea de a doua nu apare izolată ci în cadrul unui sindrom a cărui bază psihodinamică este sindromul maniacal.

Sindromul maniacal are drept componente definitorii dispoziţia euforică, accelerarea proceselor gândirii, excitaţie psihomotorie, la care se adaugă o serie de simptome de expresie somatică.

Dispoziţia euforică este caracterizată prin bucuria de a trăi, optimism debordant, sentimente de omnipotenţă şi încredere nelimitată în forţele proprii. Toate acestea se însoţesc aproape întotdeauna de o vie excitaţie erotică, în contrast uneori cu comportamentul anterior al subiectului, cu vârsta, cu date biologice obiective.

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

Accelerarea proceselor gândirii se manifestă prin accelerarea ritmului gândirii (tahipsihie), accelerarea reprezentărilor mentale, fugă de idei cu asociaţii de idei superficiale, făcute într-un mod elementar (asonanţă, rime, jocuri de cuvinte), hipoprosexie cu

aparentă hiperprosexie spontană. Exaltarea imaginativă dă naștere unor adevărate producții pseudodelirante – idei de invenție, de grandoare, mistice, în care însă bolnavul nu crede cu seriozitate. Limbajul reflectă dezorganizarea gândirii maniacale, abundă în jocuri de cuvinte, onomatopee, ironii, înlănțuite la întâmplare într-un flux continuu.

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

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

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

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

5.9.3. TULBURĂRI ALE EMOȚIILOR ELABORATE

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

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

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

5.9.3.2 Fobiile

Fobia e definită ca o reacție somatică și psihologică față de obiecte/situații ce provoacă frica, mai degrabă decât față de obiectul în sine.

Simptomele incluse în fobie:

a) Victima simte brusc o panică persistentă și fără cauză, oroare, teroare într-o situație care nu prezintă pericol.

b) Persoana recunoaște că teama depășește limitele normale.

c) Reacția fobică este automată, necontrolabilă și persistentă și interpune gândurile persoanei ca un baraj față de amenințări, pericole imaginare.

d) Apar reacții fizice (vegetative) de însoțire: palpitații, respirație superficială, tremor etc.

e) Persoana fuge de teama unor obiecte/situații. Precauția de a le evita poate altera procesul de muncă, relațiile sociale și necesită o consultație psihiatrică.

Frică specifică, intensă declanşată de un obiect sau o situaţie care nu au prin ele însele un caracter periculos, fobia are un caracter iraţional recunoscut ca atare şi care nu poate fi controlat volitiv. Proiecţii ale anxietăţii, fobiile pot invada oricare din obiectele şi situaţiile realităţii de care experienţa individuală se leagă într-un mod oarecare.

Astfel, după **Mallet,** relicvele fricilor din prima copilărie sunt fobiile de animale mari, iar cele din a doua copilărie, de animale mici şi insecte.

Dacă în cazul anxietăţii teama nu are obiect, în fobie ea capătă caracter specific (formă, nume, localizare).

Considerăm clasificarea lor în cadrul tulburărilor de afectivitate ca pertinentă şi corespunzătoare conţinutului psihopatologic dominant.

Fobiile au fost denumite cu echivalente greceşti (**Pitres** şi **Regis**). O încercare de sistematizare după conţinutul lor este cel puţin temerară, ca orice încercare de sistematizare a lumii reale ca întreg.

Le vom nota pe cele mai frecvente: de locuri, spaţiu, de contacte interumane, de animale, de boli. Tipurile de fobie definesc cauza reacţiei şi modul de evitare. Fobia se poate dezvolta după un atac de panică. Alteori, pacienţii cu fobie nu au avut niciodată un atac de panică.

Claustrofobia este teama de a fi singur în orice loc sau situaţie din care persoana crede că este greu să evadeze sau în care este greu să fie ajutată, dacă s-ar afla în primejdie.

Agrofobia este teama de locuri sau spaţii deschise, largi, ca pieţe, stadioane, bulevarde.

Pacienţii evită străzile circulate, teatrele, bisericile. Uneori, ei pur şi simplu nu îşi părăsesc casa.

2/3 din bolnavii cu agorafobie sunt femei. Se pare că există anxietate sau alcoolism la alţi membri de familie. Majoritatea simptomelor apar între 18-35 de ani, cu debut brusc sau progresiv.

Majoritatea agorafobiilor apar după unul sau mai multe atacuri de panică spontane. Aceste atacuri par să apară la întâmplare şi în situaţii fără pericole, aşa încât nu pot fi anticipate, nu li se cunoaşte factorul declanşator.

De aceea pacienţii se tem de un nou atac de panică în mod anticipativ. De aceea ei evită să mai meargă în locuri sau situaţii unde ştiu că a apărut un atac de panică. Bolnavii cu agorafobie dezvoltă şi depresie, oboseală, tensiune, alcoolism, obsesii.

Fobia socială este teama iraţională şi evitarea de a se afla în situaţia în care activitatea propriei persoane poate fi urmărită de alţii, de teamă de a nu fi umilit, ca de exemplu: semnarea unei cărţi de credit, luarea unei cafele, luarea unei mese. Cea mai frecventă este teama de a vorbi în public, chiar şi în faţa unui grup restrâns.

Ea apare egal la bărbaţi şi femei, în general după pubertate şi are vârful după 30 de ani.

Fobii specifice. Cea mai întâlnită fobie specifică este teama de animale, mai ales de câini, insecte, şoareci, şerpi. Altă fobie specifică este claustrofobia (teama de spaţii închise) şi acrofobia (teama de înălţime). Majoritatea fobiilor specifice apar în copilărie şi apoi dispar. La adult se pot remite fără tratament. Apar mai mult la femei.

La această clasificare putem adăuga **pantofobia,** care desemnează o teamă difuză provocată de orice obiect sau eveniment, întâlnită în nevroza anxioasă şi în delirurile alcoolice acute şi subacute.

Fobiile pot fi considerate normale la copii dacă rămân discrete, la debilii mintali (nu au aceeaşi semnificaţie), dar devin patologice în: nevroza fobică, la personalitatea

psihastenică decompensată, în psihoze depresive, debutul schizofreniilor și în bolile psihice ale involuției.

Conduitele de evitare sunt comportamente menite să asigure evitarea situației fobice de către subiect, deoarece aceasta îi provoacă trăirile anxioase neplăcute. Menționăm totuși că aceste conduite de evitare au un caracter limitat, bazându-se numai pe posibilitatea anticipativă a subiectului în legătură cu situația fobogenă.

5.9.3.3 Extazul

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

5.10. COMPORTAMENTE AGRESIVE EXTREME

5.10.1. AGRESIVITATEA CA SIMPTOM. CADRU CONCEPTUAL

În majoritatea tulburărilor psihice se înregistrează o creștere a agresivității reflectată în comportamentul subiecților. Dintre comportamentele agresive obișnuite care reflectă creșterea ostilității față de ceilalți se notează tendința la contrazicere, umilire, jignire, desconsiderare, realizată prin cuvinte care rănesc, atitudinea amenințătoare sau chiar acte de violență (**Bernard P, Trouve S, 1977**). În timpul unor afecțiuni psihice de tipul tulburărilor de dispoziție, psihozelor acute, psihozelor cronice, demențelor, psihozelor organice, în special a epilepsiei, creșterea actelor agresive este cvasiconstantă fie că agresivitatea se îndreaptă contra celorlalți sau chiar a subiectului sub forma unor acte autoagresive.

5.10.2. IPOSTAZE CLINICE ALE AGRESIVITĂȚII

În **tulburările de personalitate** se înregistrează acte de agresivitate și de autoagresivitate în special la personalitățile dissociale, la personalitățile borderline și la personalitățile emoțional-instabile. De asemenea, de regulă crește agresivitatea în tulburarea de personalitate de tip organic.

O agresivitate crescută se înregistrează la **perverșii sexuali de tip sadic,** care fac să sufere moral sau fizic partenerul erotizând durerea. Unii psihopatologi au încercat să descrie chiar o **tulburare de personalitate de tip sadic,** care s-ar defini printr-un tip de comportament persistent dominat de „cruzime, de atitudine agresivă și umilitoare, care apare devreme în viața adultă." (**Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, 1994**).

În **tulburările dispoziționale** de tipul depresiei majore sau excitației maniacale se pot înregistra acte de agresivitate extremă sub forma unor raptusuri. O altă formă de agresivitate extremă este așa-numita furie maniacală - stare de excitație extremă – care poate apare în episoadele maniacale.

În **psihozele acute,** în timpul stărilor confuzionale se pot înregistra acte grave de violență, în special în intoxicațiile acute cu alcool (beție acută, beția patologică) sau deliriumu tremens. De asemenea, **comportamentul toxicomanului** este marcat de violență și agresivitate, unele droguri crescând mult agresivitatea individului (hașiș, ectasy, LSD).

În **schizofrenie și în alte deliruri cronice** pot fi notate acte de agresivitate care au același caracter incomprehensibil și nemotivat ca tot restul bolii. Agresivitatea poate fi

îndreptată împotriva celorlalți dar și a subiectului însuși. În schizofrenie manifestările agresive sunt marcate de caracterul bizar, straniu, înfricoșător și se derulează mecanic fără participarea emoțională a subiectului. Semnificația simbolică a actelor de autoagresiune este de asemenea caracteristică schizofreniei: castrare sau emasculare, mutilare sexuală, enucleerea globilor oculari.

Agresivitatea din **epilepsie** se manifestă atât episodic sub forma unor acte explozive (agresiuni sexuale, incendieri, furturi, fugi) sau prin așa-numita furie epileptică, conduită agresivă marcată de o violență sălbatică, dar și ca o atitudine de fond care marchează majoritatea relațiilor cu ceilalți.

În **întârzierea mintală** agresivitatea crește într-un raport invers cu nivelul inteligenței, fiind cu atât mai mare cu cât acesta este mai scăzut. Agresivitatea debililor mintali este rezultatul deficitului de control, lipsei de modulație față de oscilațiile dispoziționale, tendinței de a se exprima mai mult prin acte decât prin cuvinte, sugestibilității crescute, confuziei între dorință și trăire, frustrărilor permanente la care este supus deficientul (**Bernard P**). Actele hetero- și autoagresive ale debililor mintali pot avea caracter exploziv sau vindicativ și pot fi deosebit de grave.

În **circumstanțele organice** ale îmbătrânirii și senilității există o creștere bazală a agresivității, uneori reprezentând un prim simptom care anunță demența. În **demențe** se observă numeroase reacții agresive de tip clastic.

5.10.3. SUICIDUL

5.10.3.1. Definiție. Cadru conceptual

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

Noțiunea de suicid tinde să fie înlocuită cu cea de conduită suicidară, care înglobează suicidul reușit, tentativele suicidare, ideile de sinucidere, sindromul presuicidar. Substituirea probabilului și posibilului cu neantul, cu nonsemnificativul, demonstrează că sinuciderea nu este o opțiune, ci mai degrabă negarea totală a posibilității de a alege.

Suicidul comportă și o definiție operațional-psihologică în virtutea căreia *„suicidul este un act uman de încetare din viață, autoprodus și cu intenție proprie"* **(Shneidman ES, 1980).**

Problematica suicidului a fost dintotdeauna disputată de filosofie, psihologie, sociologie și medicină. Cel mai important studiu despre suicid este, fără îndoială „Le Suicid" **(1897)** al lui **Emile Durkheim.**

Biberi consideră că sinuciderea trebuie privită sub o triplă incidență: biologică, psihologică și socială, ca „un act care presupune devierea unuia dintre instinctele cele mai puternic înrădăcinate ale structurii biologice". Sensul sinuciderii, după același autor, ar fi de „negație și catastrofă", întrucât se revine la o negare a instinctului vital, într-un moment existențial resimțit de persoană ca dramatic și fără nici o altă ieșire (de exemplu, aflarea diagnosticului unei boli incurabile, care generează nu numai suferință, ci și sentimentul transformării subiectului dintr-un om activ într-un infirm; considerându-se inutil, o povară pentru familie și societate, el găsește în suicid singura soluție de evitare a suferinței). Deși la prima vedere ar părea paradoxal, s-a observat că rata sinuciderilor scade în situații limită – calamități naturale, război, prizonierat, etc. Explicația ar consta în faptul că în aceste situații, pe lângă creșterea sentimentului de coeziune umană,

pe prim plan se înscrie lupta pentru supravieţuire, instinctul de autoconservare devenind predominant.

Ca act autodistructiv definitiv, sinuciderea a fost analizată de diferiţi autori în funcţie de numeroase criterii; s-au luat în considerare aspectul libertăţii şi aspectul etic, aspectul psihiatric şi cel social, aspectul ereditar şi cel profund pulsional.

Din perspectivă psihiatrică, **Delmas A** face distincţia între pseudosinucidere şi sinucidere veritabilă. Din prima categorie fac parte: morţile accidentale, reacţiile suicidare din timpul episoadelor confuzionale (ex. din demenţă), sinuciderea prin constrângere (ex. sacrificiul impus sclavilor), sinuciderea care scapă individul de durere sau de o postură defavorabilă, sinuciderea „etică" (din raţiuni morale), în care moartea este într-un fel sau altul impusă, fără ca persoana să aibă propriu-zis dorinţa de a muri, ci de a scăpa de o anumită realitate. În a doua categorie – sinuciderea veritabilă – individul simte dorinţa de moarte, fără vreo obligaţie etică sau de altă natură. Deoarece omul este guvernat, din punct de vedere biologic, de instinctul de conservare, rezultă că sinuciderea veritabilă vine în opoziţie cu instinctul de conservare, fiind deci o manifestare patologică. Se vorbeşte în acest caz despre „voinţă" în alegerea sinuciderii care caracterizează adevărata conduită suicidară.

Deshaies consideră că sinuciderea nu este provocată de un singur factor, ci reprezintă un comportament specializat, ca oricare altă atitudine umană, cu un determinism multiplu. **Concepţia psihanalitică (Freud, Friedman, Garman, Szondi)** consideră ca factor central în etiologia sinuciderii relaţia dintre pulsiunea autoagresivă şi cea heteroagresivă (se sinucide acea persoană care, inconştient, doreşte moartea cuiva). **Freud** leagă sinuciderea de starea de melancolie, pe care o defineşte, din punct de vedere psihanalitic, ca fiind o depresie profundă şi dureroasă, în care încetează orice interes pentru lumea exterioară, cu pierderea capacităţii de a iubi, datorită diminuării sentimentului stimei de sine. În concepţia lui, această depresie generează autoînvinuiri, autoinjurii, toate cu semnificaţii autodistructive, mergând până la desfiinţarea persoanei de către ea însăşi. La baza melancoliei, **Freud** pune existenţa a trei condiţii: pierderea obiectului, ambivalenţa şi regresiunea libidoului Eului. Astfel, subiectul pierde obiectul investirii sale libidinale, libidoul, fiind obligat să renunţe la legăturile care există între el şi obiect. Melancolicul, fără a avea conştiinţa acestei pierderi, este în permanenţă trist, având o diminuare importantă a stimei de sine şi se complace în această stare. Autoînvinuirile şi autodistrugerea reprezintă, de fapt, denigrarea şi învinuirile adresate obiectului pierdut. Prin identificarea cu obiectul, învinuirile se deplasează de la obiect la subiectul însuşi; eliberat de obiectul de investiţie, libidoul nu se deplasează spre alt obiect, ci se retrage în Eu; identificarea agresivă cu obiectul angajează un proces (sau revine la un mecanism) pe care **Freud** îl va numi mai târziu introiecţie şi pe care **Szondi** îl va relua în teoria sa despre analiza destinului. Introiecţia se realizează în cazul în care există o puternică fixaţie asupra obiectului, dar o slabă rezistenţă a investiţiei libidinale. Eul nu se poate restructura de aşa manieră încât să deplaseze energiile libidoului asupra altui obiect, de aici rezultând o dificultate a alegerii obiectuale, care regresează spre narcisism. Pierderea obiectului dezvăluie fenomenul de ambivalenţă. Aceasta constă în existenţa, în cadrul unei relaţii (în special cea erotică), a două componente majore (dragostea şi ura), prima fiind conştientă, a doua inconştientă. Prin pierderea obiectului, componenta negativă (ura) este eliberată şi se refugiază în Eu care are tendinţa la autodistrugere. Eul nu se poate distruge în virtutea unei returnări a investiţiei libidinale obiectuale decât dacă se tratează pe el însuşi ca obiect, dacă este capabil să întoarcă spre

el însuşi ostilitatea îndreptată spre obiect (ostilitatea reprezintă reacţia primitivă a Eului împotriva lumii exterioare). **Melanie Klein** vorbeşte despre o relaţie profundă care ar exista între depresie şi paranoia, relaţie care îşi află expresia în două faze succesive, cu originea în primele stadii libidinale (oral şi anal): faza paranoidă sau anxietatea persecutorie şi faza melancolică sau anxietatea depresivă. Simultan cu dorinţa de a încorpora obiectul, există teama de a fi încorporat (distrus) de obiect, ceea ce provoacă dorinţa de a distruge obiectul, caracteristică stării paranoide; această dorinţă antrenează însă teama de obiect şi deci dorinţa de a-l întregi, restaura, caracteristică melancoliei. Între teama de a fi distrus şi teama de a distruge, persoana trăieşte un conflict interior care conduce, în ultimă instanţă, la autodistrugere. **Szondi** defineşte „sindromul suicidal" în care se pot regăsi cele trei condiţii ale lui **Freud** (pierderea obiectului, ambivalenţa şi regresiunea libidoului Eului). Persoana realizează, în concepţia lui **Szondi,** un ataşament ireal faţă de un obiect deja pierdut, pierdere pe care o respinge, menţinând fixaţia la obiect, ajungând într-o stare de izolare şi solitudine. Eul manifestă tendinţe vindicative şi agresive faţă de obiectul care l-a abandonat; acest obiect nemaiexistând, Eul reîntoarce agresivitatea asupra lui însuşi, de aici rezultând ca soluţie, tentativa de sinucidere.

În ceea ce priveşte epidemiologia suicidului, ştim că suicidul ocupă un important loc 4 între cauzele de deces după bolile cardiovasculare, neoplasme, accidente.

În grupa de vârstă 15-19 ani, suicidul reprezintă a doua cauză de deces după accidente. Rata suicidului diferă mult de la ţară la ţară, de la o cultură la alta. Indiferent însă de regiunea geografică, suicidul constituie o importantă problemă de sănătate publică. Literatura de specialitate vorbeşte de aşa-numitele „valuri" sau „epidemii" de suicid. Practic, nu există momente în care rata suicidului să crească elocvent, ci momente în care se vorbeşte mai mult despre suicid.

5.10.3.2. Instanţe ale fenomenului suicidar

Ionescu G descrie mai multe **instanţe ale fenomenului suicidar**:

Ideea de suicid veleitară reprezintă o dorinţă tranzitorie de autodistrugere, cu proiecţia teoretică a actului, fără punerea sa în practică, dorinţa fiind generată numai de încărcătura afectivă de moment.

Şantajul cu suicidul – apare la persoanele cu o structură psihică labilă sau la persoane cu un coeficient scăzut de inteligenţă cu scopul de a obţine mai multe drepturi, un plus de libertate. Îl întâlnim mai frecvent la femei şi adolescenţi.

Tentativele suicidare sunt sinucideri ratate din motive tehnice (mijloace de sinucidere inadecvate sau fortuite, intervenţia unor persoane străine). Datele statistice arată însă că există diferenţe semnificative în ceea ce priveşte vârsta şi sexul celor cu tentativă de suicid.

Tentativa suicidară pare a avea cel mai adesea semnificaţia unei nevoi crescute de afecţiune şi atenţie din partea anturajului, faţă de care subiectul se simte izolat, subestimat, respins. Tentativa de sinucidere poate fi repetată. Există aproximativ 18 tentative suicidare pentru fiecare suicid. Nu se poate prezice cu certitudine care dintre pacienţii cu ideaţie suicidară vor trece la act. Pentru a facilita însă o intervenţie adecvată, trebuie evaluat riscul suicidar analizând factorii de risc pentru suicid şi starea psihică a individului. Tentativele suicidare sunt de 8-9 ori mai frecvente la tineri, de 10 ori mai frecvente la adolescenţi. 40% dintre bărbaţi şi 80% dintre femei au avut anterior tentativei o

situație conflictuală. Tentativele suicidare se desfășoară mai ales vesperal, spre deosebire de suicidul autentic, care este mai frecvent matinal. Tentativa de suicid ar putea fi înscrisă pe o axă cu un pol reprezentând aspectul veleitar, de șantaj, la celălalt pol aflându-se impulsiunea de suicid. Orice tentativă suicidară trebuie însă privită cu multă atenție deoarece poate reuși.

Sindromul presuicidar a fost descris de **Ringel** ca fiind caracterizat prin restrângerea câmpului de conștiință și afectivității și înclinația către fantasmele suicidului.

Mulți autori susțin dificultatea punerii în evidență a sindromului presuicidar, unii atribuindu-l unei predispoziții de ordin caracterial.

Suicidul disimulat (travestit) este o acoperire, o disimulare a actului suicidar sub aspectul unui accident. Individul alege această modalitate de a se sinucide pentru a nu-și culpabiliza rudele și prietenii sau pentru a-i proteja de reacția anturajului.

Raptusul suicidar este rezultatul unei tendințe greu reprimabile de dispariție, a unui impuls nestăpânit. Persoana „se aruncă în suicid", folosind orice mijloc are la îndemână.

Suicidul cronic (parasuicidul) constituie de fapt echivalențele suicidare, din care menționăm automutilările, refuzul alimentar, refuzul tratamentului, conduitele de risc și așa-numitele sinucideri cronice (alcoolismul și toxicomaniile), ele asemănându-se prin caracterul simbolic prin tendința la autodistrugere cu comportamentul suicidar, dar realizând o detumare a actului, greu explicabilă pentru ceilalți și chiar pentru sine. Termenul de parasuicid a fost introdus de **Norman Kreitman** în monografia sa „Parasuicide" apărută în **1970.** Se presupune că un episod parasuicidar desemnează un individ cu mecanisme reduse de inhibiție a autoagresiunii, fiind astfel capabil să acționeze în sensul oricăror impulsuri suicidare care pot surveni. În **1979, Morgan** a sugerat introducerea termenului de autoagresiune deliberată incluzînd aici atât intoxicațiile cu medicamente sau substanțe chimice cât și automutilarea.

Conduita suicidară presupune organizarea comportamentului în vederea acestui scop, un fel de „regie" a actului suicidar. Individul își vizitează locurile din copilărie, foștii prieteni, își scrie testamentul, după care se sinucide.

5.10.3.3. Suicidul în doi (suicidul dual)

Poate îmbrăca mai multe aspecte:

- Poate fi considerat o formă de suicid altruist. *Stricto senso*, exprimă situația în care cei doi sunt de acord să se sinucidă împreună.
- Fiecare partener se poate sinucide separat.
- Bolnavul reușește să își convingă partenerul/partenera să „îl urmeze în moarte".

5.10.3.4. Suicidul colectiv

Astfel de cazuri au un grad crescut de sugestibilitate și un inductor persuasiv, carismatic, cu un plus cognitiv. „Contagiunea" suicidară se bazează frecvent pe convingeri religioase sau culturale, conform cărora moartea ar avea un rol eliberator.

5.10.3.5. Conduitele pseudosuicidare (falsele suiciduri)

Din definiția suicidului citată de noi rezultă că se consideră ca atare acest act atunci când subiectul îi evaluează consecințele. Implicit, nu vor fi cuprinse în această categorie decesele survenite în timpul stărilor confuzionale (care sunt accidentale), sinuciderea halucinatorie imperativă din stările crepusculare epileptice și cea din stările demențiale.

5.10.3.6. Factori de risc pentru suicid

Factori socio-economici

Suicidul apare în situații de criză acută, șomaj, faliment. Sărăcirea, pierderea unui statut economic și nu sărăcia în sine favorizează suicidul. Se vorbește despre suicidul anomic în societatea modernă, în care dezechilibrul politic, economic, religios și nu în ultimă instanță cel moral împing individul spre autoliză. Anomia este un concept sociologic creat de **Durkheim**. Anomia este văzută de el cu două sensuri diferite. Pe de o parte, el definește anomia ca fiind răul de care suferă o societate în ansamblul ei din lipsa regulilor morale și juridice care îi organizează economia. Pe de altă parte, în lucrarea sa consacrată suicidului, el insistă asupra unui alt aspect al anomiei: relația individului cu normele societății sale și modul de interiorizare a acestora. **Durkheim** vorbește de instabilitatea materială și familială care crește în timpul crizelor economice. Suprasolicitarea individului, competiția exagerată în relațiile sociale, provoacă o stare de neliniște care poate duce la sinucidere. Din punct de vedere social, tendința de marginalizare, de excludere din grup, favorizează suicidul.

Statutul marital

Rata suicidului la celibatari este dublă față de rata suicidului în populația generală, în timp ce persoanele rămase singure prezintă o rată a suicidului de patru ori mai mare decât la loturile martor. În rândul persoanelor văduve, riscul suicidar este de aproape 4 ori mai mare la bărbați față de femei.

Suicidul în funcție de sex

În timp ce femeile au un procent mai ridicat de tentative suicidare (6:1) față de bărbați, numărul actelor suicidare este mai mare la bărbați (3:1).

Habitatul

Suicidul este mai frecvent în aglomerările urbane.

Statutul profesional

Sinuciderile sunt mai frecvente la cei fără statut profesional sau cu statut profesional nesigur. Profesia intervine în măsura în care ea implică un anumit nivel intelectual precum și un anumit mod de viață. Există anumite profesii cu un risc suicidar mai crescut. Medicii se înscriu în categoria profesiilor cu risc crescut. La militari rata suicidului este mai ridicată cu cel puțin 25% decât în rândul civililor.

Factorii meteorologici și cosmici

Suicidul este mai frecvent primăvara și toamna, corespunzător frecvenței crescute a debutului și recăderilor în psihoze.

Factorii somatici

Riscul suicidar crește în bolile somatice precum durerea cronică, operații chirurgicale recente sau boli în fazele terminale. Infecția cu HIV fără alte complicații nu pare să aibă un risc suicidar crescut.

Ereditatea

Până în urmă cu aproximativ 25 de ani, se spunea că suicidul are un caracter ereditar. Sucidul este însă o manifestare, un simptom apărut fie în cadrul unei depresii majore fie al unei psihoze. Așadar, nu suicidul este ereditar, ci boala care îl ocazionează.

Suicidul în funcție de vârstă

- **0-10 ani** Nu se întâlnește decât extrem de rar, iar atunci este rezultatul imitației ținând cont de faptul că sub vârsta de 10 ani nu se poate vorbi de conștiința morții.

• **11-15 ani** Părerea psihologilor este că la această grupă de vârstă suicidul este reactiv și este foarte frecvent rezultatul unor pedepse exagerate.

• **16-24 ani** După vârsta de 15 ani, raportarea suicidului crește numeric, statisticile europene declarându-l printre primele 3 cauze de deces la adolescenți, după accidente și cancer. Adolescenții sunt supuși bombardamentelor continue din partea sferelor fizice, psihice și sociale, care pe rând implică idealuri noi efemere și tiranice și necesită forme noi de rezolvare. Adolescenții cu risc înalt de sinucidere au de obicei legături de prietenie slab dezvoltate, au o stimă de sine redusă și au avut un eveniment stresant în ultimul an.

În articolul său „Moartea ca o evadare", **Rojtenberg Sergio L** ne oferă descrierea clinică a unei tinere paciente de 20 de ani, însoțită de mama sa, pacientă care a avut patru tentative de sinucidere. Ea își descrie sentimentele așa cum urmează:

„Simt că am renunțat la luptă, deoarece știu că întotdeauna voi trăi la fel. Întotdeauna mă voi simți moartă pe dinăuntru. Simt în interior că tot ceea ce posed este acest sentiment, acest mod de a trăi și că lumea este total în afara lui.

Este o durere. O am de când îmi pot aminti și nu pot scăpa de ea pentru că este realitatea mea. Este povara pe care am dus-o și pe care o voi duce mereu; această povară mă ține izolată de lume.

Trăiesc superficial. Îi invidiez pe cei pe care îi văd zâmbind. Nu sunt interesată de nimic; oricum, nu aparțin lumii, iar lumea nu îmi oferă nimic.

Este o povară care mă face să mă simt vinovată că trăiesc, că exist. Nu mă voi simți niciodată bine nicăieri, deoarece întotdeauna mă voi gândi că sunt plictisitoare. Nu mă simt bine nici chiar în propria mea casă. Nu mă voi simți mulțumită nici dacă voi fi înconjurată de prieteni; nu mă voi simți satisfăcută nici dacă voi fi înconjurată de aur.

Nu voi putea îndepărta aceasta anxietate, atât de mult a mea, care crește cu mine, pretutindeni. Uneori mă gândesc că toată această stare s-a născut cu mine. Cuvântul este insatisfacție; niciodată nu am găsit gustul pentru viață și am acceptat acest lucru, iar asta este ceea ce mă face să renunț."

Unele evenimente precipitante acționează ca triggeri pentru actul suicidar al unui adolescent: despărțiri, moartea unei rude apropiate, dispute familiale, eșecuri școlare.

Ideile suicidare sunt un factor comun în evoluția depresiei și pot sau nu să fie evidente. Un pacient care suferă și care relatează o adâncă lipsă de speranță este considerat cu un înalt risc suicidar. Lipsa de speranță pe care pacientul o simte nu este oarecare; este lipsa de speranță a Eu-lui, deoarece nimeni nu poate promova starea de bine a pacientului, plăcerea sau satisfacția (așa cum s-a văzut în exemplul clinic de mai sus). Sentimentul de neajutorare al pacientului este diferit, deoarece trecutul acuză și condamnă pacientul, prezentul este frustrant, iar viitorul este nesigur și chiar mai amenințător.

Alți importanți factori de risc sunt sentimentul durerii existențiale („vidul narcisismului") și lipsa speranței. Alți câțiva factori minori pot fi anxietatea, insomnia continuă, tendințele impulsive.

Este important pentru profesioniști să nu își relaxeze vigilența atunci când un pacient nu mai vorbește despre sinucidere și pare să fie calm; pe de altă parte, profesioniștii nu trebuie să fie atât de imprudenți încât să creadă că, dacă un pacient vorbește despre sinucidere, el nu va comite sinuciderea, ca în zicala „Câinele care latră nu mușcă". Departe de aceasta: acesta este momentul care trebuie să îl preocupe cel mai mult pe profesionist; este momentul „așteptării calme" de dinaintea actului, un act care apoi tinde să surprindă pe oricine. Acesta este momentul „acumulării". Pacientul ascun-

de și depozitează pilule cu scopul de a le înghiți toate odată; așteaptă să fie singur pe balcon, să pună mâna pe o armă sau pe un obiect de bucătărie. Statisticile evidențiază faptul că mai mult de 50% din victimele suicidului au căutat tratament înaintea actului, dar nu au fost diagnosticate corect sau au fost tratate inadecvat. Suicidul mai poate fi o manifestare a debutului unor psihoze.

Până la vârsta de 30 de ani, se mențin aceiași factori de risc și o rată foarte crescută a suicidului.

- **31-40 ani** Suicidul se datorează în special abuzului de alcool, asociat depresiei.
- **51-60 ani** Depresia este în prim-planul cauzelor de suicid.
- **peste 60 ani** Vârstnicii sunt mai vulnerabili la evenimentele din viață care au acum, deși nu au avut în trecut, caracteristici traumatice.

Pensionarea este în mod obișnuit un factor de risc pentru predispoziția persoanelor vârstnice către depresie și suicid, deoarece implică nu numai pierderea statutului social dar și scăderea venitului obișnuit. Aceste schimbări transformă pensionarii în consumatori de alcool și medicamente și afectează atât sănătatea lor fizică, cât și echilibrul lor narcisistic. Sentimentul constant al incapacității este combinat cu o scădere reală a anumitor abilități. În plus, pierderea ocaziilor de întâlnire mărește sentimentele de singurătate ale vârstnicilor; moartea rudelor apropiate, prietenilor sau cunoștințelor face ca sentimentul terminării vieții să fie mai acut pentru ei. Teama și izolarea sunt, de asemenea, frecvent observate la persoanele vârstnice. Evocarea predomină asupra posibilității introspecției, așa încât persoanele vârstnice se ancorează în trecut, ceea ce constituie un obstacol pentru psihoterapie. Astfel, orizonturile vieții devin mai înguste; nu este neobișnuit ca suicidul să constituie o evadare din această situație, prevalent prin otrăvire sau spânzurare.

5.10.3.7. Suicidul în bolile psihice

Suicidul în depresie

Riscul suicidar este prezent la orice pacient cu depresie fără să fie însă corelat cu severitatea depresiei. Cel mai frecvent, poate apărea la începutul și finalul episodului depresiv. Ar putea fi explicat prin faptul că suicidul este expresia unei pulsiuni autolitice care se înscrie în ansamblul sistemului pulsional și se relaxează pe măsură ce pacientul se cufundă în depresie. În consecință, cu cât depresia este mai severă, vigoarea sistemului pulsional e practic anulată, motiv pentru care unii clinicieni ajung să afirme că o depresie foarte severă ar constitui o profilaxie a suicidului. Ulterior, când starea pacientului se ameliorează, sistemul pulsional se revigorează și riscul suicidar revine pe măsura ameliorării depresiei. Insomnia severă din cadrul episodului depresiv este corelată cu un risc suicidar mai crescut.

Bilanțul evaluării riscului suicidar

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

Gradul de angajament într-o criză suicidară (în ordine crescătoare a gravității).

- Idei suicidare
  - Gândul la moarte,
  - Preferința de a fi mort,
  - Gândul la suicid,
  - Gândul de a putea comite suicid.

- Planificarea unui gest
  - Proiectarea unei modalități de suicid,
  - Alegerea unei modalități de suicid,
  - Pregătirea suicidului,
  - Dispoziții legale (testament sau scrisori),
  - Dispunerea de mijloc suicidar (stoc de medicamente, arme în casă),
  - Procurarea unei arme.
- Calitatea relației medic-bolnav și capacitatea pacientului de a se putea confesa

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

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

Context psihosocial
- Evenimente de viață defavorabile, mai ales dacă sunt tratați umilitor,
- Rupturi recente ale relațiilor, divorț, eșec sentimental,

- Şomaj, schimbări sau conflict profesional,
- Pierderea unei persoane apropiate,
- Afecţiuni somatice cronice,
- Abuz de alcool,
- Izolare socială.

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

Antecedente familiale
- Conduite suicidare,
- Probleme psihiatrice (depresii, tulburări bipolare),
- Alcoolism,
- Violenţe.

Evaluarea gravităţii unei tentative suicidare
- Caracteristicile evenimentului precipitant,
- Motivaţii (în ordinea crescătoare a gravităţii):
  - A muri (măsurarea gradului de ambivalenţă şi de determinare),
  - Acţiunea asupra anturajului (sensibilizare, pedepsire),
  - Voinţa de a scăpa de o situaţie, de o stare, de un sentiment intern insuportabil,
- Premeditarea
  - Gest planificat,
  - Achiziţie specifică mijlocului utilizat,
  - Punerea „afacerilor" în ordine,
  - Scrisoare lăsată anturajului,
- Letalitatea şi violenţa mijlocului întrebuinţat, gradul de informare asupra letalităţii toxicului,
- Precauţii luate pentru a nu fi descoperit.

Suicidul în schizofrenie

Studii recente insistă asupra suicidului ca prim simptom al psihozei, putând fi expresia unei ideaţii delirante, o manifestare în cadrul comportamentului halucinator determinat cel mai frecvent de halucinaţii auditive imperative, dar de cele mai multe ori este un act incomprehensibil. Dintre bolnavii cu schizofrenie 10% fac tentative de suicid, iar 2% reuşesc să le realizeze. Actul suicidar în schizofrenie are unele particularităţi: apare mai frecvent în perioada de debut, în cele mai multe cazuri lipseşte motivaţia iar modul de realizare este prin mijloace atroce, brutale.

Suicidul în epilepsie

Unii clinicieni sunt de părere că suicidul în epilepsie ar fi expresia unui automatism motor epileptic fiind comis în timpul crizei în virtutea actului automat. Epilepsia poate însă cuprinde toată gama comportamentelor suicidare, de la impulsiunea suicidară

conștientă pînă la actul automat confuzo-oniric. Suicidul poate apărea în contextul de. esiei reactive a unui bolnav de epilepsie, căruia îi este imposibil să se obișnuiască cu acest statut (dat fiind stigmatul cu care secole de-a rândul societatea a marcat epilepticul). Tulburările psihice intercritice pot avea în corolarul lor și conduita de șantaj suicidar.

Suicidul în întârzierea mintală

În oligofrenii, suicidul apare rar și nu putem vorbi de un act suicidar propriu-zis, el fiind expresia unei imitații sau a tendinței de a-i sancționa pe cei din jur. Indivizii nu au conștiința reală a morții și, în consecință, a actului suicidar.

Suicidul în demențe

Este expresia deteriorării. Statistic, după 65 de ani numărul actelor suicidare scade. Ca act intenționat și deliberat, suicidul apare mai ales în perioada de debut a bolii, când bolnavul mai are încă critica necesară evaluării pantei dezastruoase pe care a început să alunece. Trecerea la act este favorizată de stările depresive cu idei de culpabilitate, inutilitate și incurabilitate. În perioada de stare, tentativele se rărește considerabil, deoarece bolnavul nu mai are critica de la început, dar și pentru că ideile delirante „se pierd în masa demenței".

Suicidul în alcoolism și toxicomanii

Justificarea ratei înalte de suicid în alcoolism și toxicomanii apare din următoarele motive:

- 30% din alcoolici sunt depresivi și aceștia recurg la alcool sau la droguri diverse pentru a putea suporta mai ușor supliciul depresiei lor. Există și teoria unor psihologi conform căreia alcoolicul, conștient de continua degradare, recurge deznădăjduit la suicid.

- Suicidul în abuzul de substanță mai poate fi ocazionat de simptome psihotice (în special halucinații) apărute în timpul stării confuzionale de delirium tremens sau în urma unei intoxicații cu diferite droguri.

- Există situații în care, înainte de realizarea actului suicidar, individul consumă o cantitate mare de alcool, ceea ce duce la catalogarea lui drept alcoolic.

Suicidul este citat foarte frecvent în cadrul alcoolismului (aprox. 15% din cei cu dependență), fără a fi neapărat expresia alcoolismului. Asocierea alcoolismului cu o simptomatologie depresivă crește riscul suicidar.

Consumul de droguri - în special de alcool - joacă un rol important în suicid. Între 5% si 25% din indivizii alcoolici mor prin sinucidere. În diferite studii, incidența alcoolismului printre cei care comit suicid variază între 6 și 30%, în timp ce riscul comiterii suicidului variază între 7 și 15% pentru indivizii alcoolici.

Bazat pe nivelele alcoolemiei, 40% din indivizii care au o tentativă de sinucidere au consumat alcool împreună cu medicamente; bărbații și persoanele vârstnice au nivelele cele mai crescute ale alcoolemiei. Alte studii au arătat că indivizii alcoolici depresivi tind să caute tratament mai frecvent decât aceia care nu sunt depresivi. Cu câțiva ani în urmă, se credea că depresia alcoolicilor este o consecință a efectelor directe ale alcoolului. Totuși, investigațiile clinice au indicat că alcoolismul este frecvent complicat de tulburări afective bipolare și monopolare, deși natura exactă a acestei asocieri nu este încă limpede definită. Există o considerabilă (60%) comorbiditate între depresie și problemele cu alcoolul în cazurile suicidare. Intoxicația cu medicamente este cauza morții în 90% din cazurile de sinucidere și este mult mai frecventă la alcoolici datorită interacțiunilor letale produse de combinarea celor două droguri. Drogurile cel mai

frecvent folosite sunt antidepresivele (când pacientul a fost tratat cu ele) și tranchilizantele medii. Este evident că, atunci când medicii prescriu antidepresive, trebuie să ia cele mai mari precauții în ceea ce privește siguranța pacientului, cum ar fi supravegherea continuă a acestuia în timpul tratatmentului, prescriind numai cantitatea exactă care trebuie luată între vizite și selectarea medicației adecvate, cu cele mai mici efecte neurologice și cardiotoxice.

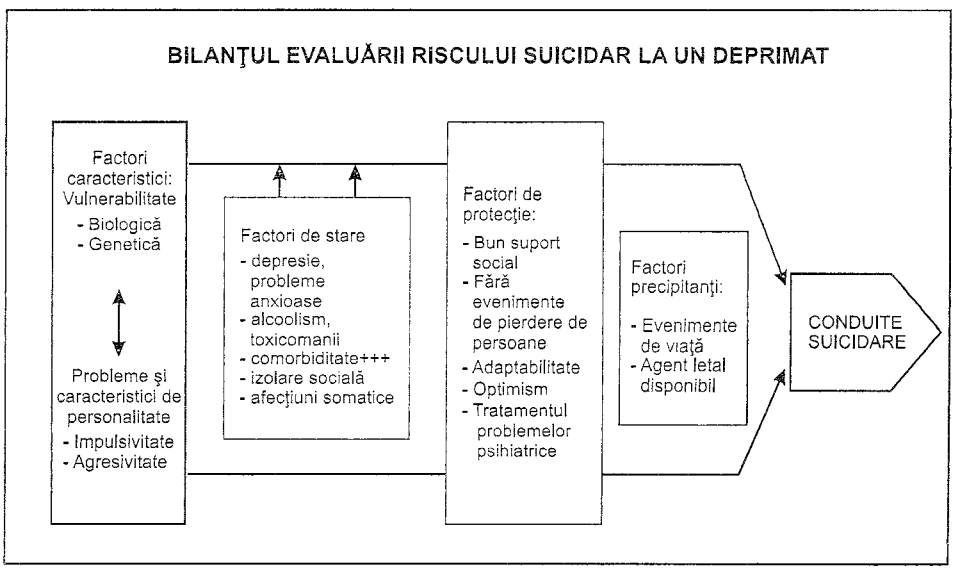
Suicidul în nevroze

Este rar, nu este mai frecvent decât în populația generală. Atunci când apare, suicidul marchează o decompensare a stării nevrotice. Este de remarcat că în ceea ce privește tulburările anxioase, 20% din cei cu tulburări de panică au un istoric de tentative suicidare. **Weissman și colab.** au ajuns la concluzia că tentativele de sinucidere sunt asociate cu forme complicate sau necomplicate de panică și că riscurile sunt comparabile cu cele asociate cu depresia severă. S-a observat că asocierea crizelor de panică sau a depresiei majore cu abuzul de alcool sau droguri crește riscul tentativelor de sinucidere la femei.

Suicidul în tulburările de personalitate

Cunoaște o rată surprinzător de înaltă. Poate apărea fie în cadrul episoadelor depresive apărute la un moment dat în evoluția tulburării, fie este expresia unei tentative suicidare reușită dar inițial veleitară, formală, de natură să argumenteze un șantaj.

Nu am inclus în cadrul conduitelor suicidare echivalențele suicidare, din care menționăm automutilările, refuzul alimentar, refuzul tratamentului și așa-numitele sinucideri cronice (alcoolismul și toxicomaniile), ele asemănându-se prin caracterul simbolic, prin tendința la autodistrugere cu comportamentul suicidar, dar realizând o deturnare, de ultim moment, de la explicitarea pentru sine și pentru ceilalți a actului.



5.10.3.8. Mituri şi false păreri despre suicid

Mit	Realitate
Oamenii care vorbesc despre suicid nu comit suicid	Între 60% şi 80% dintre persoanele care au comis suicid au comunicat intenţia lor din timp.
Suicidul şi tentativa de suicid sunt în aceeaşi clasă de comportament	Unii oameni încearcă să se sinucidă, în timp ce alţii pot face gesturi suicidare care sunt chemări în ajutor, sau încercări de a comunica cât de adâncă (mare) este disperarea lor. Pot fi diferite motivaţii, dar comportamentul care sugerează suicidul real trebuie privit serios.
Numai persoanele foarte deprimate comit suicid	Mulţi oameni care comit suicid sunt depresivi, dar foarte mulţi depresivi nu au suficientă energie să comită suicidul şi îl comit când se simt mai bine. Deşi multitudinea deciziilor de comitere a suicidului poate releva stresul sau depresia, mulţi oameni, înainte de a comite actul suicidal, par mai puţin depresivi.
Celelalte religii sunt mai predispuse să comită suicidul decât catolicii	Evidenţa care priveşte această afirmaţie este mixtă, dar nu pare a fi o diferenţă a ratei în aceste grupuri religioase
Rata suicidului este mai mare în lunile ploioase decât în cele însorite	Totuşi este evident că rata suicidului poate creşte când vine primăvara.
Tentativa de suicid este un comportament familial	Factorul de suicid se transmite ereditar, este probabil un factor dual, el având ca bază un factor genetic de depresie, iar depresia este cauzatoare de suicid.

5.10.3.9. Tipuri particulare de suicid

Sinuciderea de abandon

Reprezintă un act reacţional la un abandon real, care face viaţa subiectului insuportabilă, fie prin intensitatea suferinţelor pe care le va avea de înfruntat, fie prin faptul că va fi silit să ducă o existenţă „incompatibilă cu sensul pe care el îl acordă demnităţii umane". Acest tip de sinucidere apare observatorului ca un act perfect comprehensibil. Cele trei categorii de subiecţi cu risc crescut pentru acest tip de sinucidere sunt:

- Bătrânii, adesea izolaţi afectiv, cu dificultăţi financiare care se agravează în timp, cu tulburări somatice sau psihice, care îi împiedică să-şi satisfacă vechile necesităţi şi să-şi obţină micile bucurii obişnuite. Perspectiva existenţei într-un spital de cronici sau într-un azil este considerată ca inacceptabilă de către bătrân, care se va considera o povară pentru societate.
- Bolnavii foarte grav sau incurabili, la care se descrie un tip de sinucidere „raţională", reacţie la boală (bolnavul de cancer, pentru care tratamentele se dovedesc ineficace şi care se simte abandonat de medic; bolnavii cu dureri intense care nu sunt ameninţaţi de un prognostic vital nefavorabil, dar nu mai pot suporta durerile) sau reacţie la consecinţele bolii (schizofrenul, epilepticul, care îşi dau seama în perioadele intercritice, că sunt definitiv etichetaţi; marii suferinzi, care suportă imposibilitatea de a mai lucra şi refuză condiţia de povară pentru familie şi societate).
- Indivizii total abandonaţi pe plan afectiv.

Semnificația adevăratului suicid de abandon este după **Bonnafé L (1955)**, aceea de unică ieșire posibilă dintr-o situație („o sinucidere de situație"). Sinuciderea de abandon ar fi întâlnită, după unii autori, în peste o zecime din tentativele de sinucidere. Importanța factorului afectiv este deosebit de pregnantă; depresia reactivă este constantă și în multe cazuri s-a putut demonstra o insuficiență a tratamentului antidepresiv. În cazul tentativelor nereușite, recidivele sunt frecvente.

Sinuciderea „samsonică"

Se mai numește și sinuciderea răzbunătoare și ascunde dorința de a pricinui prin aceasta o suferință altcuiva. Din punct de vedere clinic, în perioada presuicidară, subiectul este mai frecvent agitat, iritabil decât depresiv. După unii autori, acest tip de suicid este expresia urii și a furiei pe care subiectul le nutrește față de alte persoane, care nu pot fi însă lezate decât în acest mod. În unele societăți, sinuciderile samsonice (opuse sinuciderilor anomice) au fost descrise ca o modalitate instituționalizată de expresie a unor relații interindividuale.

Murphy deosebește trei subtipuri de sinucideri samsonice:

- Cea care poate chema spiritele
- Cea care cere sânge
- Cea corectivă

Fără să îmbrace un aspect psihotic (deoarece și alți membri ai societății respective împărtășesc credințe asemănătoare), sinuciderea care cheamă spiritele poate fi întâlnită la unele popoare din sudul și din estul Africii, ca și la alte popoare la care există credința în duhurile ce pot răzbuna moartea sinucigașului, pedepsindu-i pe cei care l-au împins la acest act.

Sinuciderea care are ca scop producerea sau continuarea unor răzbunări sângeroase a devenit mai puțin frecventă în secolul nostru și se întâlnește numai la grupurile etnice în care „spălarea cu sânge" a unui ultraj este o datorie de onoare. Sinucigașul urmărește provocarea unei reacții în lanț, moartea sa fiind dovada unui ultraj deosebit de grav pe care l-a suferit de la persoane sau familii adverse.

Sinuciderea corectivă poate fi întâlnită numai la grupurile etnice la care există o puternică credință în justiția socială, precum și convingerea că o persoană sănătoasă mintal nu va comite un suicid decât dacă a fost nedreptățită sau abandonată de ceilalți. Principiile morale care stau la baza acestui tip de sinucidere (încurajat de tradițiile locale) necesită o atenție specială din partea psihiatrului care supraveghează o astfel de comunitate. A fost descrisă la populațiile din vestul Africii, Noua Britanie, ca și în alte societăți, în care acest comportament este instituționalizat drept „corectiv" al unor situații. Așa-numitele sinucideri „eroice", în semn de protest, prin autoincendiere publică, întâlnite atât în societățile asiatice, cât și în cele occidentale (în deceniile al VI-lea și al VII-lea ale secolului nostru), pot fi apropiate prin scopurile lor de acest tip de sinucidere: corectarea unor situații sociale sau politice, de a cărei rezolvare victima nu mai poate beneficia.

Termenul, creat de **Jeffreys (1952)**, a fost inspirat de legenda biblică a lui Samson care, căzut pradă complotului pus la cale de filisteni, având complicitatea Dalilei, a prăbușit templul în care era judecat peste judecătorii săi, sinucigându-se, dar răzbunându-se totodată.

5.10.4. HOMICIDUL

Definit ca actul de provocare directă a morții unei ființe umane de către o altă ființă umană, homicidul trebuie diferențiat de crimă deoarece homicidul, deși apare uneori ca deliberat și premeditat, este expresia unei stări psihopatologice, ceea ce îl distinge de crimă, înfăptuită de persoane sănătoase pentru un beneficiu. Actele homicidare sunt rar extrafamiliale. Ele sunt mai ales intrafamiliale, orientate asupra părinților (paricid), tatălui (paricid), mamei (matricid), copilului (infanticid). Victimele pot fi mai rar și soțul/soția, fratele sau sora.

Homicidul se poate manifesta fie impulsiv, sub forma unui raptus concomitent cu ideea de suicid, victima aflându-se întâmplător în vecinătatea bolnavului, fie în mod deliberat, ideea de homicid fiind mai frecvent orientată asupra unor persoane puternic investite afectiv și erotic. Acestei persoane i se propune suicidul dual, în cazul refuzului recurgându-se la homicid.

Acest fenomen clinic este mai rar întâlnit în epoca noastră, când pacienții beneficiază de un tratament adecvat. În bolile psihice, homicidul poate fi întâlnit ca:

- Accident la un bolnav aflat într-o stare confuzo-onirică;
- Expresie a unor halucinații auditive imperative sau a unei halucinații vizuale terifiante de care pacientul dorește să se apere;
- Manifestare întâmplătoare, de apărare, a unui bolnav cu idei delirante de persecuție;
- Acțiune agresivă, nedeliberată în tulburările de personalitate cu manifestări explozive;
- Act delirant „altruist" care apare în psihozele depresive. Bolnavul are ideea delirantă conform căreia viața constituie un supliciu de nesuportat, că nu se mai poate trăi. El hotărăște să se sinucidă și dorește să-i salveze pe cei apropiați care nu sunt conștienți de supliciul acestei existențe.

Bolile psihice în care poate apărea homicidul sunt: tulburările delirante cu deliruri cronice, sistematizate, schizofrenie, tulburările afective, epilepsie, stările confuzionale din cadrul toxicomaniilor sau alcoolismului, stările obsesive.

5.10.5. INFANTICIDUL

Constă în provocarea morții nou-născutului de către mamă prin diferite mijloace. Autorii de limbă franceză **(Porot)** diferențiază acest termen de libericid sau filicid, termen care denumește uciderea unui copil mai mare.

Din punct de vedere istoric problema morții nou-născuților este veche de când lumea, cu toate că în diverse locuri și în perioade de timp diferite perspectivele au suferit numeroase transformări. Sălbaticii și barbarii aveau în față problema eliminării "afluenței" de copii atunci când erau prea multe guri de hrănit. Cu excepția evreilor și asirienilor, infanticidul era o practică generală a raselor antice. Mai târziu, chiar în rândul societăților mai dezvoltate, cei slabi și fragili erau sortiți morții deoarece acești nou-născuți nu erau considerați ca având vreo valoare pentru Stat. Doar pruncii care se nășteau îndeajuns de viguroși pentru a deveni apoi luptători erau lăsați în viață și erau socotiți printre cetățenii capabili să-și servească țara. De exemplu, în Sparta, statul avea dreptul de decizie asupra vieții tuturor nou-născuților. Pruncii care își câștigau dreptul la viață erau aleși cu foarte mare atenție, iar rezultatul acestei practici a fost că spartanii au devenit, din punct de vedere fizic, cea mai evoluată rasă a acelor timpuri. **Licurg, Solon, Aristotel și Platon** au privit acest infanticid drept o atitudine care asigura

prosperitatea şi acţiona favorabil în prevenirea creşterii rapide a populaţiei şi, în aceeaşi măsură, constituia o soluţie pentru eliminarea celor slabi sau handicapaţi. La romani, tatăl avea drept de viaţă şi de moarte asupra nou-născutului. În prima perioadă a Romei, a fost urmată practica grecilor prin care erau trimişi la moarte nou-născuţii consideraţi a fi prea fragili sau deformaţi. O dată cu trecerea timpului, viaţa nou-născutului a început să câştige importanţă. În vremurile lui Traian existau organizaţii care se ocupau cu acordarea asistenţei pentru copii. Deşi la început victimele erau doar pruncii de sex feminin, ulterior în categoria celor cărora li se refuza dreptul la viaţă au intrat şi copii de sex masculin care se năşteau cu malformaţii sau aveau constituţii fragile. Motivele care argumentau această practică erau aceleaşi peste tot: eliminarea sărăciei sau creşterea eficienţei naţiunii prin eliminarea celor slabi. În India şi China pruncuciderea era practicată din cele mai vechi timpuri şi, deşi mai este practicată şi astăzi, a fost diminuată masiv şi nu are acceptul public. Creştinismul a adus cu el şi iertarea pruncilor. Încă din primele secole de creştinism se poate vorbi despre o atitudine mult mai responsabilă în ceea ce priveşte viaţa nou-născuţilor. Prima atestare a unei legislaţii având ca obiect "pruncii abandonaţi" datează de la creştinarea Romei. În prezent, infanticidul constituie un delict grav, pedepsit de lege.

Din punct de vedere psihopatologic, infanticidul poate fi expresia unui homicid „altruist", în care mama sau tatăl îşi ucide copiii şi apoi se sinucide, pentru a se „salva" împreună de la chinurile existenţei lor, pentru a nu trece şi copiii prin „tortura vieţii" prin care a trecut el/ea. Tulburările psihice postpartum netratate cresc riscul realizării infanticidului. S-a estimat că rata de infanticid asociată psihozelor puerperale netratate cât şi rata de suicid în această perioadă este de 4 ori mai mare decât în populaţia generală. În unele cazuri, infanticidul este săvârşit de mame psihotice (bufee delirant-halucinatorii, stări confuzionale, schizofrenie, depresii psihotice, infanticidul putând constitui debutul medico-legal al unei psihoze. Din aceste motive, ori de câte ori se ridică suspiciunea unei tulburări psihice în producerea unui infanticid, se impune examinarea psihiatrică şi medico-legală.

CAPITOLUL 6

REALITATEA BOLII PSIHICE CADRU CLINIC ŞI INTERVENŢIE PSIHOLOGICĂ

Indiferent dacă primele sale semne sunt psihologice sau organice, boala ar viza, în tot cazul, situaţia globală a individului în lume; în loc să fie o esenţă fiziologică sau psihologică, ea este o reacţie generală a individului luat în totalitatea lui psihologică şi fiziologică.

Michel Foucault

6.1 ÎNTÂRZIEREA MINTALĂ
- 6.1.1. Definiţie
- 6.1.2. Scurtă prezentare clinică
- 6.1.3. Epidemiologie, date de evoluţie şi pronostic
- 6.1.4. Factori etiopatogenici implicaţi în apariţia tulburării
- 6.1.5. Investigaţii psihologice specifice
- 6.1.6 Posibilităţi de intervenţie terapeutică ale psihologului clinician

6.2. TULBURĂRI ORGANICE
- 6.2.1. Sindromul psihoorganic cronic
- 6.2.2. Sindromul deficitar (sindromul psihopatoid)
- 6.2.3. Demenţele

6.3. TULBURĂRILE DELIRANTE

6.4. SCHIZOFRENIA

6.5. TULBURĂRILE ANXIOASE
- 6.5.1. Tulburarea de panică
- 6..5.2. Tulburările fobice

6.6. TULBURĂRILE AFECTIVE
- 6.6.1. Tulburare afectivă bipolară
- 6.6.2. Distimia
- 6.6.3. Ciclotimia

6.7. TULBURAREA DE STRES POSTTRAUMATIC

6.8. NEURASTENIA

6.9 TOXICOMANIILE ŞI ALCOOLISMUL
- 6.9.1 Conceptul de Adicţie –"addiction"
- 6.9.2 Alcoolismul
- 6.9.3 Toxicomania

6.10 BOLILE FACTICE ŞI SIMULAREA

6.1. ÎNTÂRZIEREA MINTALĂ

6.1.1. DEFINIȚIE

Eforturile de a defini și clasifica retardarea mintală cunosc un trecut îndelungat. **Esquirol (1843)** este considerat primul care a creionat o definiție, privind retardarea mintală nu ca pe o boală, ci ca pe o **tulburare de dezvoltare**, concept menținut și în definițiile moderne.

În practică, cea mai utilă definiție modernă este probabil cea folosită de Asociația Americană pentru Deficiență Mintală (AAMD), care definește retardarea mintală ca „o funcționare intelectuală generală semnificativ sub medie, care a început în timpul perioadei de dezvoltare și se asociază cu o deficiență a **comportamentului adaptativ**".

6.1.2. SCURTĂ PREZENTARE CLINICĂ

Criteriile de diagnostic DSM-IV

A. Funcționare intelectuală semnificativ sub medie: un QI de aproximativ 70 sau mai puțin la un test individual (pentru sugari – apreciere clinică)

B. Deteriorare sau deficite concomitente în funcționarea adaptativă prezentă (eficacitatea persoanei de a satisface standardele așteptate pentru vârsta sa de către grupul său cultural) în cel puțin două din următoarele domenii: comunicare, autoîngrijire, viață de familie, aptitudini sociale/interpersonale, folosirea resurselor comunității, autoconducere, aptitudini școlare funcționale, muncă, timp liber, sănătate, siguranță

C. Debut înainte de vârsta de 18 ani

Se codifică pe baza gradului de severitate, care reflectă nivelul de deteriorare intelectuală:

Retardare mintală ușoară – QI de la 50-55 până la 70

Retardare mintală moderată – QI de la 35-40 până la 50-55

Retardare mintală severă – QI de la 20-25 până la 35-40

Retardare mintală profundă – QI sub 20 sau 25

Retardare mintală de severitate nespecificată – când există prezumția fermă de retardare mintală, dar inteligența persoanei nu poate fi testată prin testele standard

Notă: Manualul de criterii diagnostice ICD 10 clasifică retardul: ușor (QI 50-69), moderat (QI 35-49), sever (QI 20-34), profund (QI sub 20)

Retardarea mintală ușoară (QI 55-70) – vârstă mintală 9-12 ani

Persoanele cu retardare mintală ușoară reprezintă cel mai mare grup (85%) din grupul persoanelor cu retard mintal. De obicei, înfățișarea lor nu prezintă nimic deosebit și orice deficite motorii sau senzoriale sunt abia sesizabile. Mulți dintre ei obțin rezultate școlare care le permit să ajungă în clasa a VI-a sau să termine școala generală, iar unii reușesc chiar să ajungă în liceu. Ca adulți, mulți dintre ei au un loc de muncă, familii și copii dar sunt lenți și au nevoie de ajutor în rezolvarea unor probleme de viață mai complexe. Capacitățile de limbaj și comportamentul social sunt mai mult sau mai puțin normal dezvoltate, marea majoritate reușind însă să trăiască independent.

Retardarea mintală moderată (QI 40-55) - vârstă mintală 6-9 ani

Apare la 10% din persoanele cu retard mintal. La acest nivel, mulți prezintă probleme neurologice, motorii și de locomoție. Ei pot învăța să comunice și pot învăța să se îngri-

jească, dar sub o oarecare supraveghere. Ca adulți, pot încerca să desfășoare o muncă de rutină.

Retardarea mintală severă (QI 25-40) – vârsta mintală 3-6 ani

Apare la aproximativ 3-4% din persoanele cu retardare mintală. În perioada preșcolară, dezvoltarea lor este de obicei foarte încetinită. Majoritatea persoanelor cu acest tip de retard necesită o supraveghere atentă și îngrijire specializată.

Retardarea mintală profundă (QI sub 25) – vârsta mintală mai mică de 3 ani

Reprezintă mai puțin de 1% din persoanele cu retard și implică deficite multiple cognitive, motorii, de comunicare. Deteriorarea senzorială și motorie este ușor de observat încă din copilărie. Persoanele cu retard mintal profund au nevoie de instruire intensivă pentru a căpăta independență în efectuarea celor mai rudimentare activități zilnice (mâncatul, toaleta). Vasta majoritate a acestor persoane au cauze organice pentru întârzierea mintală și necesită supraveghere pe parcursul întregii vieți.

6.1.3. EPIDEMIOLOGIE, DATE DE EVOLUȚIE ȘI PRONOSTIC

Potrivit unor estimări, aproximativ **1-3%** din populație are retard mintal.

Retardarea mintală se află într-o relație de **comorbiditate** cu o serie de tulburări psihice:

- Tulburarea de hiperactivitate/deficit de atenție
- Tulburări ale controlului impulsului (agresivitatea și automutilarea)
- Tulburări de conduită
- Tulburări anxioase
- Tulburări de alimentare
- Tulburări mintale datorate unei condiții medicale generale
- Psihoze
- Tulburări afective
- Altele

Evoluția retardului mintal este influențată de evoluția bolilor subiacente și de factori externi (oportunitățile de instruire, stimulare ambientală, etc.).

6.1.4. FACTORI ETIOPATOGENICI IMPLICAȚI ÎN APARIȚIA TULBURĂRII

Principalii factori etiopatogenici ai retardării mintale sunt ereditatea, factorii sociali și factorii de mediu. S-a făcut distincția între două feluri de retardare mintală: subculturală (limita inferioară de distribuție normală a inteligenței într-o populație) și patologică (datorată proceselor patologice specifice). Cele mai multe cazuri de retardare mintală se datorează nu unei singure cauze, ci unei interacțiuni de factori ereditari și de mediu.

Etiologia retardării mintale
Genetică
1. Anomalii cromozomiale
2. Tulburări metabolice care afectează sistemul nervos central
3. Boli cerebrale
4. Malformaţii craniene
Prenatală
1. Infecţii (rubeolă, infecţia cu virusul citomegalic, sifilis, toxoplasmoză)
2. Intoxicaţii (plumb, medicamente, alcool)
3. Afectare somatică (traumatism, iradiere, hipoxie)
4. Disfuncţie placentară (toxemie, întârziere în creştere prin subalimentaţie)
5. Boli endocrine (hipotiroidism, hipoparatiroidism)
Perinatală
1. Asfixia la naştere
2. Complicaţiile prematurităţii
3. Icterul nuclear
4. Hemoragia intraventriculară
Postnatală
1. Traumatism (accidental, prin abuz asupra copilului)
2. Intoxicaţie cu plumb
3. Infecţii (encefalite, meningite)
Malnutriţie

6.1.5. INVESTIGAŢII PSIHOLOGICE SPECIFICE

Există o serie de teste de inteligenţă folosite pentru diagnosticarea *retardului mintal*. Tabelul următor prezintă principalele instrumente de măsurare a QI-ului.

Testul de inteligenţă	Grupa de vârstă (ani, luni)	Domeniile testate
Scala de inteligenţă pentru copii Wechsler – forma revizuită (WISC-R)	6 - 14 ani	Oferă un profil al aptitudinilor verbale şi de performanţă, QI. Nu poate fi folosită pentru un QI mai mic de 40.
Scala de inteligenţă Wechsler preşcolară şi primară revizuită (WPPSI –R)	3-7 ani şi 3 luni	Este o versiune a WISC folosită pentru copii mai mici, ca şi pentru cei cu întârziere mintală.
Scala de inteligenţă Standford-Binet	2 ani - adult	Evaluează aptitudinile verbale, memoria de scurtă durată, capacitatea de vizualizare abstractă. Rezultatele sunt influentate de cultură.
Scalele de aptitudini (britanice)	2,5-17 ani	Există 24 de subscale adecvate diferitelor vârste şi care acoperă şase domenii: viteza de prelucrare a informaţiilor, gândirea, reprezentările spaţiale, adecvarea percepţiei, memoria, aplicarea cunoştinţelor. Analiza poate fi generală sau specifică.

Testul de inteligenţă	Grupa de vârstă (ani, luni)	Domeniile testate
Testul de desen **Goodenough-Harris**	3-10 ani	Test de inteligenţă non-verbală.
Test de inteligenţă non-verbală (**Brown, Sherbenou, Johnsen**)	5-85 ani	Evaluează capacitatea de raţionare, asemănări, deosebiri, relaţii.
Testul desenării unei persoane	2-6 ani - adult	Apreciază dezvoltarea vizuală-motorie, funcţiile non-verbale.

Evaluări ale dezvoltării sociale	Domeniile testate
Scala de maturitate socială **Vineland**	Este scala originală de dezvoltare, recent revizuită, care are limitări psihometrice. Acoperă: autoîngrijirea generală, îmbrăcatul singur, locomoţia, comunicarea, autodirecţionarea, izolarea socială, ocupaţia. Oferă „vârsta socială".
Scala comportamentului adaptativ **Nihira**	Oferă posibilitatea de evaluare a aptitudinilor şi obiceiurilor în zece domenii comportamentale.
Diagramele **Gunzburg** de evaluare a progresului	Oferă o imagine vizuală clară a capacităţii de autoîngrijire, comunicării, aptitudinilor sociale şi ocupaţionale.

Alte evaluări ale dezvoltării	Grupa de vârstă (ani, luni)	Domeniile testate
Scala **Denver** de dezvoltare	Vârstă mai mare de 2 ani	Evaluări ale dezvoltării motorii, fine şi grosiere, sociale şi a limbajului.
Scala **Bayley** de dezvoltare a copilului	2 luni-2 ½ ani	Însuşirea de subiecte care pot fi cuantificate în indici de dezvoltare mintală şi psihomotorie.

Achiziţii educaţionale	
Analiza citirii **Neale**	Test gradat al capacităţii de a citi, claritătii, înţelegerii şi vitezei pentru copii mai mari de 6 ani
Testul **Schonell** de citire gradată	Copilul citeşte cuvinte de dificultate crescândă
Testul **Schonell** de pronunţie gradată	Copilul silabiseşte cuvinte de dificultate crescândă
Testul de aptitudini matematice	Nu există un test satisfăcător. Există subteste aritmetice ale **WISC-R, WPPSI** şi ale scalelor britanice de aptitudini

Măsurarea comportamentului adaptativ		
Scala	**Grupa de vârstă**	**Domeniile testate**
Scalele **Vineland**	Naştere-18	Comunicare: receptivitate, expresivitate, scriere; aptitudini ale activităţii zilnice: personale, domestice
Scalele revizuite de comportament independent	Naştere-80	Motorii: mişcări fine şi grosiere; interacţiune socială şi comunicare, înţelegerea limbajului, expresivitatea limbajului; capacitatea de îndeplinire a activităţilor zilnice: mâncatul şi prepararea mesei, igiena, îmbrăcarea; aptitudini sociale: timpul şi punctualitatea, banii şi valoarea lor, munca
Scalele **AAMR**	3-18	Funcţionalitatea independentă, dezvoltarea fizică, activităţile economice, şcoala
Aptitudini Academice **Kaufman**	15-58	Aptitudini matematice şi de citire
Chestionarul asupra capacităţii de supravieţuire	9-40 +	Concepte de bază, sănătate, funcţii instrumentale, semne funcţionale

6.1.6 POSIBILITĂŢI DE INTERVENŢIE TERAPEUTICĂ ALE PSIHOLOGULUI CLINICIAN

Tratamentul persoanei cu retard mintal necesită implicarea unei echipe multidisciplinare formate în general din medic, asistent social, psiholog, terapeut ocupaţional. De regulă, se abordează familia în întregul ei.

Persoana cu retard mintal poate beneficia de următoarele forme de tratament:

- **Tratament medicamentos** (principalele indicaţii fiind epilepsia, tulburările depresive, tulburările obsesive, enurezisul nocturn, tulburarea de hiperactivitate/deficit de atenţie)
- **Psihoterapie individuală** (în prezent se utilizează frecvent psihoterapii de scurtă durată pentru rezolvarea problemelor curente, situaţiilor de criză)
- **Terapia familială** (considerându-se că multe din simptomele asociate retardului sunt o expresie a vieţii de familie în care trăieşte persoana cu retard, mai ales atunci când aceasta este la vârsta copilăriei)
- **Terapie de grup**
- **Terapie comportamentală** (în special pentru formarea aptitudinilor sociale la persoanele cu retard uşor şi moderat)
- **Terapie ocupaţională**
- Educaţie specială (în vederea remedierii întârzierilor la citit, scris, calcul aritmetic)

6.2. TULBURĂRI ORGANICE

6.2.1. SINDROMUL PSIHOORGANIC CRONIC

A fost descris de **Bleuler** și reprezintă o tulburare psihică cauzată de o disfuncție cerebrală generală. Principalele simptome care caracterizează acest sindrom sunt:

- slăbirea memoriei
- scăderea atenției
- scăderea capacității de judecată, abstractizare, generalizare
- fatigabilitate accentuată
- bradipsihie
- sărăcirea modulării afective
- tendință la perseverare
- modificări frapante ale personalității
- egoism

Sub aspect comportamental, sindromul psihoorganic ar putea fi desemnat de unii autori prin trei pattern-uri simptomatologice:

- dezorientare (confuzional - senzorial)
- distimii (distimic-emoțional)
- deteriorare (cognitiv-involuțional),

care „se înscriu concentric, se relaționează expresiv - fenomenologic și se condiționează psihopatogenic" (**Ionescu G**)

6.2.2. SINDROMUL DEFICITAR (SINDROMUL PSIHOPATOID)

Acest sindrom este la ora actuală încadrat în personalitatea de tip organic (v. cap. 4). Se caracterizează prin următoarele simptome:

- tulburări de personalitate
- tulburări comportamentale
- tulburări intelectuale de aspect defectual
- instabilitate motorie și emoțională
- emoții primitive, agresivitate
- sexualitate precoce și pervertită
- comportament complet neadecvat
- evocare săracă
- imposibilitatea concentrării atenției

6.2.3. DEMENȚELE

6.2.3.1. Definiție

Demența este un sindrom caracterizat de o afectare permanentă a funcției intelectuale instalată progresiv. Pentru a pune diagnosticul de demență trebuie ca mai multe sfere ale activității mintale să fie afectate: memoria, limbajul, orientarea spațială, emoțiile sau personalitatea și cogniția (**Cummings et al., 1980**). Demența este o tulburare dobândită, ceea ce o diferențiază de întârzierea mintală; tulburarea persistentă deosebește demența de delir; afectarea mai multor domenii cognitive separă demența de bolile cu afectarea unui singur domeniu, de exemplu, amnezia și afazia. Deși majoritatea demențelor sunt cronice, ireversibile și progresive, termenul de demență nu implică automat și ireversibilitate (o treime dintre pacienții veniți pentru o evaluare inițială au

sindroame demenţiale parţial reversibile) (**Rabins, 1983**). Pot fi prezente multiple tulburări psihologice şi comportamentale, dar acestea nu contribuie direct la criteriile de diagnostic.

Demenţa a afectat dintotdeauna oamenii care au supravieţuit până la vârste înaintate dar este o condiţie medicală care a devenit proeminentă mai ales în secolul XX datorită creşterii fără precedent a numărului de persoane vârstnice în toată lumea.

Cuvântul demenţă este de origine latină fiind creat dintr-un prefix cu sens privativ şi un substantiv derivat din **mens** (suflet, spirit, inteligenţă). În vocabularul psihiatric termenul a suferit o evoluţie semantică notabilă, înlocuind atât în psihiatria franceză cât şi în cea germană paradigma alienaţiei mintale.

Studiul demenţelor a înregistrat o importanţă progresivă în cursul ultimilor 20 de ani, din partea neurologilor, neuropsihologilor, cercetătorilor şi clinicienilor (**Boller F; Barba G; Marsi P; Traykov L, 1996**). Autorii anterior citaţi insistă asupra faptului că deteriorarea din demenţă trebuie să fie suficient de severă pentru a compromite autonomia bolanvului în viaţa sa socială sau profesională, precum şi asupra faptului că această alterare este progresivă în timp.

Demenţa presupune:

- Un declin al memoriei într-o proporţie care interferă cu activităţile vieţii zilnice, sau face ca viaţa independentă de alţii să fie dificilă sau imposibilă.
- Un declin al gândirii, planificării şi organizării lucrurilor de zi cu zi, pe măsura progresiei bolii.
- Un declin în controlul emoţional sau în motivaţie, sau schimbare în comportamentul social: labilitate emoţională, iritabilitate, apatie sau inadecvarea comportamentului social, incapacitatea de a mânca, a se îmbrăca şi a interacţiona cu ceilalţi.

6.2.3.2. Clasificarea etiologică a principalelor sindroame demenţiale

Considerăm că abordarea etiologică, deşi nu este riguroasă, deoarece mai ales în ceea ce priveşte demenţele degenerative există încă neclarităţi, are cel puţin avantajul de a fi pragmatică.

Circumstanţe patologice care pot produce demenţa (după Bosser M - 1992)

Boala Alzheimer		- 50 - 60%
Demenţa vasculară	- cu multiple infarcte - lacunară - boala Binswanger - microinfarcte corticale	- 10 - 20%
Droguri şi substanţe toxice	- demenţa alcoolică - tumori	- 1 - 5% - 1 - 5%
Procese expansive intracraniene	- accese cerebrale - mase subdurale	
Anoxia		
Traumatisme	- lovituri ale capului - demenţa boxeurilor	- 1 - 5%
Hidrocefalia cu presiune normală		
	- boala Parkinson - boala Huntington - boala Pick	- 1% - 1% - 1%
Boli neurodegenerative	- degenerescenţa supranucleară progresivă - scleroza laterală amiotrofică - degenerarea spinocerebeloasă - degenerarea olivopontocere-beloasă - leucodistrofia metacromatică - boala Wilson - boala Hallervorven-Spatz	- 1%
Infecţii	- boala Jakob-Creutzfeldt - SIDA - encefalite virale - leucoencefalopatii multifocale progresive - neurosifilisul - meningita bacterială cronică - meningite criptocociale - alte meningite fungice	- 1%
Tulburări nutriţionale	- sindromul Wernicke-Korsakoff - deficienţa de vitamina B12 - deficienţa de folaţi - boala Marchiafava-Bignami	- 1 - 5%
Tulburări metabolice	- leucodistrofia metacromatică - leucodistrofia adrenală - demenţa de dializă - hipotiroidismul - hipertiroidismul - insuficienţa renală severă - sindromul Cushing - insuficienţa hepatică	
Boli inflamatorii cronice	- LES şi alte boli de colagen cu vasculită intracerebrală - scleroza multiplă şi boala Whipple	- 1%

Aşa cum uşor se poate constata din tabelul anterior, mai mult de 75% din cazurile de demenţă aparţin demenţei Alzheimer şi demenţelor vasculare.

Criteriile DSM IV pentru demenţele de tip Alzheimer

A - Dezvoltarea de deficite cognitive multiple manifestate prin:

1. - tulburări de memorie (imposibilitatea de a asimila noi informaţii şi de a-şi reaminti informaţii anterior învăţate) şi

2. - cel puţin una din următoarele tulburări cognitive:

a) afazie (tulburări de limbaj)

b) apraxie (incapacitatea efectuării activităţilor motorii în ciuda funcţiei motorii intacte)

c) agnozie (imposibilitatea de a recunoaşte sau identifica obiecte în ciuda funcţiilor senzoriale intacte)

d) tulburări ale funcţiilor executive (planificare, organizare, abstractizare)

B - Evoluţia se caracterizează prin debut gradat şi declin progresiv al funcţiilor cognitive

C - Deficitele cognitive determină tulburări semnificative ocupaţionale sau în viaţa socială şi reprezintă un declin semnificativ faţă de un nivel anterior.

D - Deficitele cognitive de la punctul A nu se datorează:

- bolilor de sistem nervos central care determină deficite progresive ale memoriei şi funcţiilor cognitive (boală cerebrovasculară, boală Parkinson, boală Huntington, hematom subdural, hidrocefalie cu presiune normală)
- condiţii sistemice care sunt cauze cunoscute de demenţă (hipotiroidism, deficit de vitamină B12 sau acid folic, deficit de niacină, hipercalcemie, neurosifilis, infecţie HIV)
- condiţii determinate de diferite substanţe

E - Deficitele nu apar în mod exclusiv în evoluţia delirului

F - Deficitele nu se încadrează mai bine într-o altă tulburare a axei I (tulburări depresive majore, schizofrenie).

6.2.3.3. Scurtă prezentare clinică

Simptome cognitive

- Tulburări de memorie
- Tulburări de vorbire (capacitate de conversaţie săracă, probleme în a găsi cuvintele, neînţelegere, repetiţie)
- Tulburări la scris, citit, calcul matematic
- Tulburări ale atenţiei
- Apraxie, agnozie
- Raţionament dificil

Simptome comportamentale şi alte simptome psihiatrice

- Halucinaţii
- Depresie
- Anxietate
- Agresiune
- Tulburări de somn
- Vagabondaj
- Obsesii

Pierderea capacităţii de a desfăşura activităţile de zi cu zi
- Îngrijirea personală
- Mobilitate
- Cumpărături
- Finanţe
- Călătorii
- Conducere auto

Alături de schemele clasice de diagnostic centrate pe tulburările cognitive a fost subliniată în ultima perioadă importanţa **semnelor şi simptomelor comportamentale şi psihologice ale demenţei.**

Acestea au fost definite de **Finckel SI, Costa Silva J, Cohen G** şi **Sartorius N** ca *tulburări de percepţie, de gândire, afective şi comportamentale care apar frecvent la pacienţii cu demenţă.* Ele par să fie elemente integrale ale procesului patologic, creează probleme severe atât celor care vin în contact cu aceşti pacienţi, cât şi pacienţilor înşişi şi, de regulă, pot beneficia de un tratament adecvat.

Îngrijitorii, membrii familiei şi pacienţii confundă deseori primele simptome ale demenţei cu schimbările normale ale îmbătrânirii.

Examinarea psihiatrică va căuta să evidenţieze tulburări în următoarele domenii:

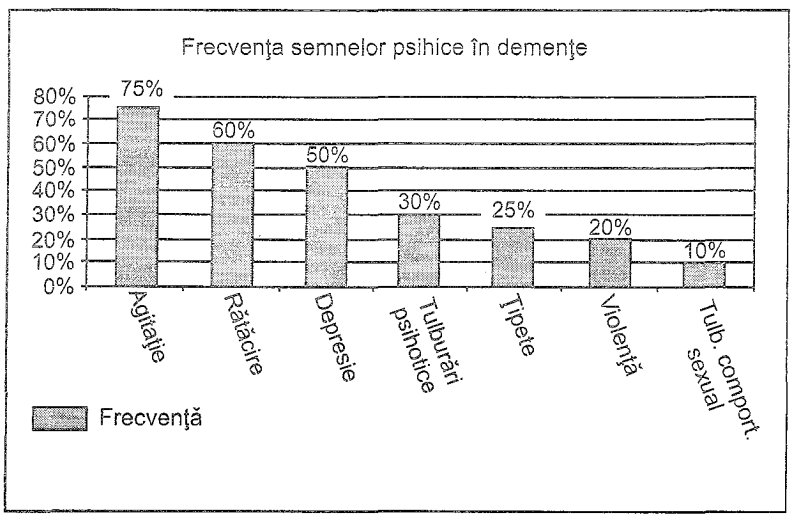
Modificări de mers	Semnificaţie
Dificultăţi la ridicarea de pe scaun	Dispraxie Tulburări extrapiramidale
Mersul cu paşi mici (dar cu mişcarea normală a braţelor)	Tumoră de lob frontal sau degenerescenţă frontală Demenţă vasculară prin afectarea vaselor mici
Mers împleticit cu dificultăţi de întoarcere sau pornire	Hidrocefalie
Mers cu bază lărgită, ataxic	Boala Jakob Creutzfeldt Demenţă alcoolică
Mişcări coreiforme	Boala Huntington

Domeniul afectat	Simptome
Schimbări ale personalităţii	Detaşare, apatie, dezinhibiţie
Idei delirante	Furt, persecuţie şi urmărire, infidelitate, abandonare, delir cu ectoparaziţi
Halucinaţii şi iluzii patologice	Sindromul Capgras (iluzia sosiilor) Sindromul Clerambault (falsa recunoaştere) Semnul fotografiei Halucinaţii vizuale, auditive, olfactive, tactile
Tulburări ale dispoziţiei Modificări neurovegetative	Depresie, hipomanie, disforie Tulburări de somn, tulburări alimentare, schimbări ale comportamentului sexual
Comportamente neadecvate	Nelinişte psihomotorie (hoinăreală) sau lentoare psihomotorie), comportamente stereotipe, agresiune verbală şi/sau fizică

- Schimbările de personalitate sunt reprezentate de modificări subtile în relațiile pacientului cu ceilalți, iar în demența fronto-temporala pot fi cel mai precoce semn, precedând cu câțiva ani modificările cognitive.
- Apatia și indiferența sunt comune în boala Alzheimer și demența vasculară; dezinhibiția este comună în demența frontotemporală.
- Halucinațiile sunt o trăsătură particulară a demenței cu corpi Lewy și se intensifică atunci când pacientul se trezește în timpul fazei REM a somnului.
- Tulburările de somn sunt foarte diverse, creșterea sau descreșterea nevoii de somn, întreruperea somnului, inversarea ritmului somn-veghe, treziri nocturne și coșmaruri.
- În demența fronto-temporală se observă o preferință aproape exclusivă pentru alimente dulci. Tot în categoria tulburărilor alimentare se încadrează și *pica* - ingestia unor substanțe nealimentare sau a unor alimente nepreparate cum ar fi hrana pentru animale sau carnea crudă.
- Dintre modificările comportamentului sexual trebuie notată creșterea, scăderea sau lipsa libidoului, schimbări în orientarea sexuală.

S-au înregistrat următoarele semne în ordine descrescătoare:

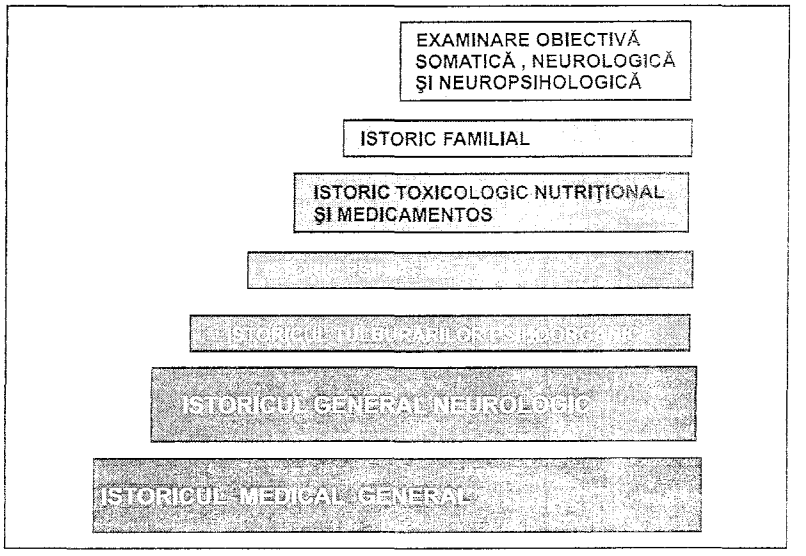
- Agitație – mai mult de 75%
- Rătăcire – mai mult de 60%
- Depresie – mai mult de 50%
- Tulburări psihotice – mai mult de 30%
- Țipete – mai mult de 25%
- Violență – mai mult de 20%
- Tulburări de comportament sexual – mai mult de 10%



6.2.3.4. Etape în investigarea demenţei

Etapele diagnosticului de demenţă (adaptat după American Medical Directors Association, AMDA, 1998)

I	**Un posibil istoric de demenţă**	- Analizarea status-ului fizic, funcţional, cognitiv şi comportamental - Evidenţierea antecedentelor ce sugerează posibilitatea unei demenţe - Evaluarea medicaţiei curente care ar putea să aibă efecte comportamentale sau cognitive - Sublinierea simptomelor sau deficitelor specifice unei tulburări demenţiale
II	**Evaluarea unor semne şi simptome de demenţă prin teste neuro-psihologice**	- Folosirea unor teste specifice privind funcţionarea zilnică a pacienţilor (ADL, FAQ) - Folosirea unor teste care să evidenţieze tulburările cognitive (MMSE, Testul Ceasului, Testul concentrării)
III	**Confirmarea prezenţei demenţei**	- Dacă evaluarea făcută până în acest moment sugerează posibilitatea unei demenţe, o evaluare detaliată este indicată. - Abordarea neurologică, psihologică şi psihiatrică poate ajuta la definirea căilor de urmat în evaluarea demenţei. - Continuarea procesului de diagnostic prin evaluări paraclinice *(Acestea nu se vor face decât dacă există un posibil beneficiu pentru pacient sau dacă rezultatele lor ar implica o schimbare a conduitei terapeutice).*
IV	**Verificaţi dacă pacientul întruneşte criteriile pentru demenţă**	◎ Diagnosticul de demenţă este cel mai probabil ◎ Folosiţi mai multe categorii de diagnostic ◎ Definiţi eventualul risc de a dezvolta o demenţă
V	**Diagnosticul diferenţial**	◎ Determinarea tipului de demenţă poate ajuta la prevenirea deteriorării sau la stabilirea unui prognostic corect
VI	**Identificaţi potenţialul restant şi gradul de deteriorare al pacientului**	◎ Treceţi în revistă medicaţia pe care pacientul o ia pentru alte afecţiuni şi care ar putea crea tulburări de conştienţă, confuzie, tulburări comportamentale
VII	**Stabiliţi semnificaţia şi gradul fiecărei deteriorări (diagnostic funcţional)**	
VIII	**Identificaţi posibilele circumstanţe care ar conduce la tulburări importante de comportament**	



ETAPE ÎN INVESTIGAREA DEMENȚEI

În ciuda identificării în ultimii ani a unui număr de potențiali markeri biologici pentru tulburările demențiale, diagnosticul se bazează încă pe observația cu acuratețe a comportamentului.

Anamneza trebuie să se concentreze pe stabilirea prezenței sau absenței simptomelor unei boli cerebrale organice, descrierea comportamentului și capacității funcționale premorbide a individului, starea generală medicală și tratamentele prezente și trecute.

Este important să se excludă o stare acută confuzională sau o boală psihiatrică funcțională primară.

Informațiile se vor obține atât de la pacient, cât și de la anturaj, de obicei o rudă apropiată sau un prieten; fiecare va povesti medicului propria versiune, separat (astfel încât unul să nu audă versiunea celuilalt).

Ordinea în care materialul este colectat trebuie să fie flexibilă și adaptabilă. Un sistem rigid ar putea inhiba pacientul care l-ar putea simți pe intervievator ca fiind un prost receptor față de ceea ce el ar dori să spună. Dacă pacientul simte că stăpânește situația, va fi mai puțin defensiv și mai dornic „să divulge" informațiile revelatoare.

Interviului i se va acorda timpul necesar. Este necesară multă răbdare, mai ales dacă informațiile revelatoare trebuiesc discutate adecvat.

Investigatorul trebuie să-și răspundă unei serii de întrebări ale căror răspunsuri devin în același timp elemente de anamneză: Există în cabinet surse de stimulare care ar putea distrage atenția pacientului? Auzul și văzul pacientului sunt bune? Stă confortabil?

Se va acorda atenție comunicării non-verbale a pacientului. Privește unde trebuie? Comportarea lui sugerează depresie sau anxietate? Este îmbrăcat și aranjat corespunzător?

De asemenea, se va acorda atenție stării emoționale și fizice a persoanelor apropiate afectiv de bolnav, întrebările ale căror răspunsuri sunt căutate la aceștia fiind: Câtă

grijă și ce fel de supraveghere își asumă aceștia? Cât înțeleg starea pacientului? Care sunt nevoile și speranțele lor pentru viitor? Ce efort depun pentru pacient?

Analiza **antecedentelor patologice** ale pacientului trebuie făcută sistematic în următoarele direcții:

- Trasarea unui arbore genealogic, notând vârsta fiecărui membru, cauzele deceselor și starea de sănătate a fiecăruia.
- Se vor nota separat:
  - Boala Parkinson
  - Sindromul Down
  - Boli cardiovasculare/cerebrovasculare, hipertensiune
  - Depresia, demența, senilitatea, alte boli psihiatrice
  - Internările psihiatrice.

Pentru fiecare din simptomele prezente, anamneza va încerca să evidențieze felul în care acestea au apărut (acut sau progresiv), remisiunile sau exacerbările acestor simptome, modul lor de evoluție al acestora.

Examinarea somatică generală va respecta regulile generale punând un accent special pe modificările funcționării aparatului cardiovascular.

Examinarea medicală va căuta o serie de semne și simptome care ar putea să fie relevante pentru diagnosticul de demență. Va fi urmărită cu atenție întreaga istorie medicală a pacientului, notându-se existența oricăror semne privind:

Starea medicală prezentă și trecută

- Boli sistemice sau neurologice
- Traumatisme craniene
- Depresii sau alte boli psihiatrice în antecedente

Medicația curentă

- Ce i s-a prescris?
- Ce ia pacientul în momentul de față?
- Ce efecte (bune sau rele) are terapia curentă?

Problemele educaționale și ocupaționale

- Vârsta la care a părăsit școala
- Studii medii sau superioare
- Natura meseriei
- Probleme la locul de muncă
- Condițiile de pensionare

Mediul social

- Structura familială
- Contactele sociale curente
- Cerințele emoționale și fizice ale persoanelor apropiate
- Implicare în viața socială
- Situația financiară

Personalitate anterioară (și schimbările de dată recentă)

- Puncte de interes și hobby-uri
- Canalizarea energiei în anumite direcții
- Responsabilitatea asumată față de alte persoane
- Relațiile cu prietenii și familia

Consumul de alcool

6.2.3.5. Date privind epidemiologia demențelor:

Numărul absolut și rélativ al persoanelor vârstnice este într-o creștere dramatică. Demența este o problemă majoră de sănătate publică nu doar pentru clinicieni, ci pentru întreaga societate.

Estimările făcute au sugerat faptul că, până la sfârșitul secolului, Europa va avea circa 8-10 milioane de persoane lovite de demență și, probabil, până la 30 de milioane de membri de familie și alte persoane răspunzătoare de îngrijirea celor afectați, cu o oarecare responsabilitate și implicare personală față de cei în suferință.

Estimările sugerează că aproximativ 4 milioane de americani au demență severă și încă alți 1-5 milioane pacienți au demență ușoară-moderată. Mai mult chiar, întrucât numărul persoanelor în vârstă crește, numărul americanilor cu demență severă se preconizează a crește cu100% până în 2020 dacă tendințele actuale se vor menține (**U.S.Congres Office of Technology Assessment 1987**).

- Prevalența generală a demenței Alzheimer după vârsta de 65 de ani este de circa 5-10%, iar incidența anuală este 1-2%.
- După vârsta de 75 de ani prevalența este de 15-20% și incidența de circa 2-4%.
- Ambele rate cresc exponențial cu vârsta, cu o dublare la fiecare 5 ani peste vârsta de 60 de ani și o slabă nivelare la cei foarte vârstnici.
- Pe toată durata vieții riscul de a face demență este de circa 1:4.
- Nu există dovezi actuale care să sugereze că incidențele se modifică sau că există diferențe semnificative între variatele culturi sau arii geografice.

Toate demențele sunt tulburări progresive, dar pot fi foarte variate ca evoluție. Dintr-o perspectivă socială și a sănătății publice, faptul cel mai semnificativ este că persoanele cu demență supraviețuiesc mai mult decât la începutul secolului XX.

În demența vasculară, o persoană poate prezenta tulburări ale memoriei și comportamentului, dar poate să nu evolueze negativ în lipsa unui alt episod ischemic, când aportul de sânge este mult redus. Pe de altă parte, în demența Alzheimer, unii pot evolua rapid în mod negativ timp de 2-3 ani, în timp ce alții pot avea o evoluție mult mai lentă, de 10 ani sau mai mult.

Deși bolile care produc demență nu sunt de obicei notate în certificatele de deces ca fiind cauzatoare de moarte, ele reduc în mod clar speranța de viață a unei persoane. Studiile publicate arată în mod consecvent o reducere a duratei de viață. Persoanele cu demență au o supraviețuire mai mică comparativ cu cei de aceeasi vârstă și sex.

Studii comparative recente care compară supraviețuirea în demența Alzheimer și demența vasculară indică o supraviețuire mai mică în ultimul grup. La persoanele cu demență Alzheimer, supraviețuirea este mai scurtă pentru cazurile de vârstnici față de cele de tineri, așa cum era de așteptat, dar reducerea speranței de viață este mult mai mare la cei cu debut precoce.

6.2.3.6. Factori etiopatogenici implicați în apariția tulburărilor demențiale

Cea mai comună demență este **boala Alzheimer**, care este prezentă la aproximativ 50% dintre pacienții evaluați pentru declin cognitiv progresiv. Probabil încă 15-20% prezintă o combinație de boală Alzheimer și patologie vasculară la autopsie (**Tonilinson et al., 1970**).

Un studiu a arătat o legătură strânsă între prevalența bolii Alzheimer și vârstă, astfel boala Alzheimer apare la 3% dintre cei cu vârsta 65-74 ani, 19% la cei între 75-84 ani și 47% la cei peste 85 ani (**Evans et al., 1989**).

A doua cauză de demență este **demența vasculară**. Ea apare la 17-29% dintre pacienții cu demență, și încă alți 10-23% dintre pacienți prezintă demență mixtă. Astfel, frecvența sindroamelor de demență vasculară raportată în literatură variază între 27% și 52%; aceste cifre subestimează sau supraestimează prevalența adevărată (**Brust, 1988; O'Brien, 1988**).

• Toate studiile arată predominanța bolii Alzheimer față de demența vasculară (raport 2:1), cu excepția Rusiei, Japoniei și Chinei unde raportul e inversat (raport 1:2).

Demența Alzheimer și demența vasculară, împreună, afectează 70-90% dintre pacienții cu demență, în vreme ce celelalte sindroame sunt răspunzătoare pentru restul de 10-30%. Acest ultim grup merită o atenție specială din partea medicului, deoarece aceste sindroame se pot datora unor cauze potențial reversibile cum ar fi: cauze metabolice, structurale sau psihiatrice (**Rabais, 1983**).

Și alte cauze de demență merită a fi menționate. **Demența cu corpi Lewy** este recunoscută mai frecvent acum și s-ar putea să se demonstreze că este a doua cauză (ca frecvență) a demenței la bătrâni (**McKeith et al., 1994**). **Degenerarea lobului frontal**, este, la rândul ei, mai frecventă decât se estimase anterior; este responsabilă pentru 13%-16% dintre demențe în unele studii (**Miller BL et al., 1991**).

Demența alcoolică evidențiată clinic apare la 3% dintre pacienții alcoolici și într-un studiu s-au diagnosticat cu acest tip de demență 7% dintre pacienții internați pentru evaluarea tulburării cognitive (**Cutting, 1982**).

Deficite neuropsihologice semnificative apar la cel puțin 60% dintre pacienții cu **boala Parkinson** (**Mahler și Cummings, 1990**), deși studiile care au aplicat criterii riguroase de diagnostic au găsit o prevalență de 10-20% (evidențiată clinic) (**Gibb, 1989**).

Boala HIV este acum epidemică și s-a estimat că 1,5-2 milioane americani sunt infectați cu HIV-1 (**American Academy of Neurology AIDS Task Force 1991**). Un mare număr dintre acești pacienți vor dezvolta demență de cauză HIV sau secundară infecțiilor cerebrale cu germeni oportuniști (**Worth și Halman**).

Traumatismele craniene fac ca 400.000-500.000 pacienți să fie spitalizați în fiecare an în SUA și sunt o cauză importantă de afectare cognitivă printre indivizii mai tineri (**Kraus și Sorenson, 1994**).

• Valorile prevalenței legate de vârstă pentru boala Alzheimer sunt mai ridicate la femei decât la bărbați, în timp ce pentru demența vasculară se întâmplă contrariul.

6.2.3.7. Investigații psihologice specifice

Examinarea neuropsihologică este, în opinia multor autori, prima cale de investigare a demenței deoarece oferă posibilitatea evaluării unor variate domenii ale funcției cognitive. Ea implică observarea comportamentului unui individ legată de stimulii aplicați, selecționați după probabilitatea provocării unui răspuns anormal în cazul unor leziuni ale unor structuri neuroanatomice specifice. Baza teoretică a evaluării neuropsihologice este derivată pe de o parte din psihologia cognitivă care se ocupă de elaborarea testelor cognitive pentru a demonstra modelele teoretice ale funcționării cognitive normale, iar pe de altă parte din psihologia comportamentală (**Ritchie K, 1999**).

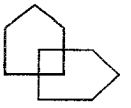
Câteodată, în demențele aflate în faze incipiente, este dificil de evaluat deteriorarea cognitivă. De aceea, evaluarea neuropsihologică este esențială în stabilirea prezenței unui declin cognitiv incipient ușor (în special pentru că permite estimarea funcției premorbide prin tehnici standardizate), în determinarea ariilor cerebrale specifice disfuncțiilor existente și în excluderea depresiei.

Există o gamă largă de teste neuropsihologice care investighează toate funcțiile psihice. Am considerat important să exemplificăm în acest capitol cu unele dintre cele mai importante teste folosite în diagnosticarea și evaluarea demențelor.

Cel mai cunoscut instrument de acest tip este **MMSE (Mini Mental State Examination)** care practic ar trebui să fie un instrument la îndemâna oricărui medic sau psiholog clinician.

Examinarea statusului mintal minim (MMSE)

1. Ce zi a săptămânii este? ❑
2. Ce dată este azi? ❑
3. Ce lună este? ❑
4. Ce anotimp este? ❑
5. În ce an suntem? ❑
6. Unde ne aflăm acum? ❑
7. La ce etaj suntem? ❑
8. În ce oraș suntem? ❑
9. În ce județ suntem? ❑
10. În ce țară suntem? ❑
11. Repetă cuvintele: „lămâie, cheie, balon" ❑
12. Examinatorul va pronunța cuvintele cu o rată de unul/secundă ❑
13. În caz de dificultăți, repetă de 5 ori cuvintele. ❑
14. Scade 7 din 100 și fă cinci scăderi ❑
15. ❑
16. Orice scădere corectă = o bifare ❑
17. ❑
18.
19. Îți reamintești cele trei cuvinte pe care le-ai spus? ❑
20. „Lămâie, cheie, balon" ❑
21. Ce este acesta? (arată un creion) ❑
22. Ce este acesta? (arată un ceas) ❑
23. Repetă următoarele: „nici un dacă, și sau dar" ❑
24. Urmează o comandă din 3 stadii: la această bucată de hârtie ❑
25. Împăturește-o în două și pune-o jos" ❑
26. (maxim 3 puncte) ❑
27. Citește ce este scris pe această hârtie si supune-te comenzii scrise („închide ochii") ❑
28. Scrie o propoziție (pe care o dorești) pe această hârtie ❑
29. Copiază acest desen pe o foaie de hârtie (2 pentagoane care formează un unghi între ele, câte un colț din fiecare intersectându-se pentru a forma un model de diamant). ❑



Total (0-30) ❑❑

Se acordă 1 punct pentru fiecare răspuns exact.

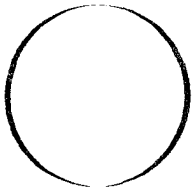
Semnificaţia scorurilor obţinute la MMSE

Stadiu	MMSE	Trăsături specifice
Nici unul	30	Nici un simptom
Tulburări cognitive uşoare	24 – 30	Simptome mnezice
Uşoară	21 – 23	Deficite (mnezice şi cognitive)
Marcată	18 – 20	Deficite cognitive clare; strategii de adaptare compensatorii
Moderată	15 – 17	Este necesar un grad de asistenţă; simptome psihiatrice
Severă	12 – 16	Este necesar ajutor pentru activităţi zilnice de îngrijire; simptome psihotice; agresivitate
Gravă	0 - 11	Necesară îngrijire instituţionalizată

Testul desenării ceasului

Nr. fişă: _____ Nume: _____ Prenume: _____
Vârstă: ____ Data examinării: _____ Examinator: _____

VĂ ROG DESENAŢI UN CEASI

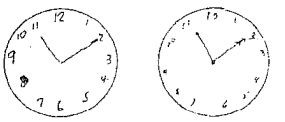
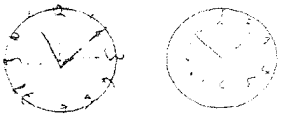
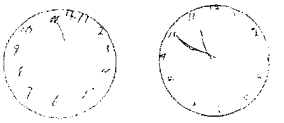
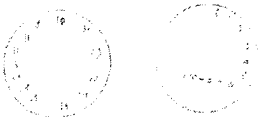
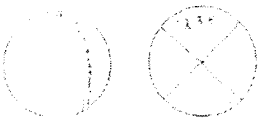


Potriviţi limbile ceasului la ora indicată aicil



11:10

Evaluarea și cotarea rezultatelor din testul desenării ceasului

P	Descriere	Exemplu
1.	„perfect" (cifrele) • 1-12 desenate corect • două semne care arată corect ora (11:10)	
2.	„deteriorare generală-vizuală uşoară" • semnele dintre cifre nu corespund • cifrele nu sunt aşezate simetric. Trasarea limbilor arată o anume orientare a subiectului	
3.	O oarecare dezordine în plan vizual (uşoară spre medie) • numai un semn (limbă) • 10 după 11 (vezi exemplul desenat) • nu este desenată nici o oră precisă	
4.	Dezorganizare medie dar poate exista o desenare corectă a orei • cifrele sunt uitate • De observat: cifrele sunt de la 1 la 12 dar nu sunt în ordine • Dreapta-stânga (cifrele sunt în ordine dar nu se îmbină spre sfârşit	
5.	Dezorganizarea cea mai gravă vizuală • Se descriu cele 4 cadrane dar prost împărţite	
6.	Nu există nici un fel de regulă a orei (în special Depresie/Delir!) • nu poate descrie nici o oră, nu poate desena nici o oră • ceea ce scrie nu are nici o legătură cu ceasul (ora) • este posibil să scrie un cuvânt sau un nume	

Combinarea MMSE cu testul desenării ceasului în diagnosticul demenței

Criteriu	Pondere
MMSE ≥ 27	2
Testul Ceasului Desenat	
1. Ora 12 este la locul ei?	3
2. Sunt marcate exact 12 numere?	1
3. Cele două limbi sunt distincte?	1
4. A reușit subiectul să înscrie corect timpul?	1
MAXIMUM	9
Interpretare	
0-6 puncte - Demența poate fi suspectată și se recomandă prezentarea la specialist	
7-9 puncte - Nu există indicii clare pentru acest diagnostic; este necesară o examinare ulterioară	

Alte teste folosite în evaluarea demențelor:

AMT (Test prescurtat de memorie)

Are 10 întrebări, este folosit în spitalele din Marea Britanie, dar este folosit doar ca test screening pentru tulburările cognitive majore. Un scor mai mic de 6 anunță patologicul.

CAPE (Procedurile de evaluare pentru vârstnici ale lui Clifton)

Are trei părți - o parte cu 12 întrebări
- o scală ce indică comportamentul
- o probă psihomotorie

- este utilă la pacienții care se internează și oferă indicii pentru găsirea celui mai potrivit loc pentru bolnav.

Examinarea cognitivă Cambridge (CAMCOG)

Este o sectiune cognitivă a CAMDEX-ului, este o versiune lărgită a MMSE cu teste adăugate pentru măsurarea percepției și a memoriei îndepărtate. Durează 20-30 de minute, este util în tulburările ușoare.

Testul memoriei de recunoaștere:

Are două părți: recunoasterea a 50 de cuvinte și a 50 de figuri umane. Este util când boala afectează o singură emisferă cerebrală (de ex.: după un accident vascular).

Desenarea cadranului unui ceas. Subiectilor li se prezintă un cerc și li se cere să insere numerele unui ceas și să plaseze apoi limbile la ora 11 și 10.

Are avantajul că este rapid și foarte ușor de administrat.

6.2.3.6. Intervenții terapeutice în demențe

Intervenția terapeutică în demențe este diferită în așa-numitele demențe secundare în care are loc o abordare etiologică care vizează înlăturarea cauzei, față de demențele de tip degenerativ și vascular.

În demența Alzheimer o serie de noi produse anticolinergice de tipul Rivastigminei și Donepezilului (Exelon și Aricept) și-au dovedit, cel puțin în fazele incipiente, eficiența dacă nu în vindecarea bolii, cel puțin în încetinirea evoluției acesteia.

Recomandările clinice privind utilizarea de inhibitori ai colinesterazei sunt următoarele:

- așteptări realiste legate de îmbunătățirea stării
- instrucțiuni clare
- legătura cu medicul de familie
- educație în legătură cu boala
- plan comprehensibil de concepție și conducere a tratamentului
- urmărirea răspunsului la medicație (**Tudose C, Gauthier S, 2000**)

Un rol important în prevenirea demențelor de tip Alzheimer se atribuie medicației estrogenice de tip substitutiv la femei. Produsele vitaminice, nootrope și tratamentele naturiste au rezultate foarte apropiate de medicația placebo.

6.2.3.9. Contribuția psihologului în actul terapeutic din demențe

Rolul psihologului este esențial în terapia demențelor, ținând cont de faptul că aceste boli îi afectează pe toți membrii familiei prin presiunea materială și psihologică pe care o implică.

Munca cu familia pacientului cu demență implică un potențial imens. Psihologii care tratează membrii acestor familii trebuie să cunoască îmbătrânirea normală, demența și impactul acestora asupra familiilor. Adesea, primul contact cu familia nu este rezervat terapiei, ci evaluării a ce știe familia despre situația pacientului și despre prognosticul bolii. Această evaluare ajută familia să-și clarifice scopurile, să observe modificările survenite, să identifice potențiale probleme sau situații din istoricul familial. Adesea ajută la clarificarea relațiilor și sentimentelor inter- și intrageneratii.

Comunicarea trebuie abordată în funcție de etnie, cultură, experiența rasială a familiei sau de alte caracteristici. Întâlnirile nu sunt foarte frecvente, dar se întreține un contact telefonic regulat și mai frecvent în momentele de criză sau când trebuie luate anumite decizii. Psihologul e bine să afle ce și cât anume cunosc membrii familiei și prietenii despre problema pacientului. Unele familii sunt „secretoase" și au pactizat să nu spună pacientului sau prietenilor nimic despre ce se întâmplă. Există și situații în care membrii familiei pacientului cu demență sunt distanți sau trăiesc separat și, de aceea, pot apărea conflicte deoarece fiecare vede altfel disabilitatea pacientului. Dacă boala este familială, familia va fi influențată de experiența anterioară avută.

Este delicat, dar relevant ca psihologul să afle dacă în familie există probleme legate de alcool, boli mintale acute/cronice, prescripții de medicamente, sau „probleme cu legea" (delicte, etc).

Scopul psihologului este să ajute familia să facă față situației, să o învețe cum să depășească momentele grele și nu să cerceteze obiceiurile familiale greșite, care există de multă vreme.

Nu există soluții ideale, de aceea psihologului îi sunt necesare flexibilitate și creativitate în rezolvarea problemelor. Scopul este de a preveni disabilitatea excesivă a pacientului și apoi pe cea a îngrijitorului. Strategiile terapeutice includ:

- individualizarea informației necesare,
- încurajarea adaptării la noua situație,
- catarsisul,
- încurajarea membrilor familiei să-și împartă responsabilitățile și să apeleze la servicii,
- ajutorarea familiilor să facă față durerii sufletești și eventual pierderii membrului bolnav din familie.

Abordarea amplă a acestui subiect este legată de faptul că datorită fenomenului de îmbătrânire a populaţiei care are o evoluţie explazivă această patologie devine o problemă de sănătate publică şi implică măsuri în care rolul psihologului capătă o importanţă excepţională.

6.3. TULBURĂRILE DELIRANTE

CAZ CLINIC – TULBURARE DELIRANTĂ

Domnul Trifan are 43 de ani, este căsătorit de 20 de ani, fără copii. A terminat Facultatea de Ştiinţe Economice cu rezultate bune şi lucrează de atunci în Ministerul de Finanţe. Poate fi descris ca fiind o persoană inteligentă, corectă, serioasă şi muncitoare. Colegii de serviciu îl apreciază pentru eficienţa sa în muncă, în schimb are foarte puţini prieteni. Din punct de vedere al sănătăţii, nu există nici un fel de probleme speciale. Domnul Trifan s-a prezentat la medicul psihiatru însoţit de soţie, la insistenţele acesteia, deoarece ea afirmă că: „până acum a fost cum a fost, dar în ultimul timp, viaţa a devenit un coşmar, a vândut maşina, să poată cumpăra un sistem de supraveghere video pe care l-a montat în toată casa, nu mai vrea să vorbească deschis decât în baie cu apa curgând, ca nu cumva să fim auziţi. Pierde în fiecare zi câte două ore ca să caute microfoane sau mai ştiu eu ce şi îmi dă toate lucrurile peste cap. Acum, vrea să testăm mâncarea să nu fie otrăvită, iar eu am ajuns la capătul puterilor". Întrebat cum explică comportamentul său, domnul Trifan a replicat că sunt raţiuni foarte secrete despre care nu poate da detalii, dar are prea mulţi duşmani ca să-şi permită orice fel de neglijenţe. În ciuda oricăror asigurări, refuză să se interneze sau să ia tratament. „Cum să fiu bolnav? Mă simt foarte bine, îmi văd de muncă la fel ca înainte; doar dacă mă sfătuiţi să iau ceva de somn... Eu am venit aici să mă testaţi, să se convingă şi ea că nu am nimic."

La o discuţie mai detaliată cu soţia s-a aflat că problemele domnului Trifan au apărut de aproximativ 4 ani, când a început să urmărească pe geam maşinile parcate, devenind extrem de îngrijorat şi spunându-i soţiei că este urmărit. De asemenea, a rugat-o să nu-i ceară detalii: „E mai bine ca tu să nu ştii despre ce este vorba, dar fii foarte atentă, nu da nici un fel de informaţii, oricine te-ar întreba ceva despre noi..."

6.3.1. DEFINIŢIE

Tulburare în care ideile delirante de lungă durată reprezintă unica sau cea mai pregnantă caracteristică clinică şi nu poate fi clasificată ca fiind o tulburare organică, afectivă sau schizofrenie.

6.3.2. SCURTĂ PREZENTARE CLINICĂ

Criterii de diagnostic DSM IV pentru tulburarea delirantă

A. Idei delirante nonbizare (adică implicând situaţii care survin în viaţa reală, cum ar fi faptul de a fi urmărit, otrăvit, infectat, iubit de la distanţă, înşelat de soţie/soţ, ori de a suferi de o boală gravă, cu durată de cel puţin o lună*).

B. Nu sunt satisfăcute niciodată criteriile A pentru schizofrenie.

Notă: Halucinațiile tactile și olfactive pot fi prezente în tulburarea delirantă dacă sunt în raport cu tema delirantă.

C. În afara impactului ideii (ideilor) delirante, funcționalitatea individului nu este deteriorată semnificativ, iar comportamentul nu este modificat într-un mod straniu, bizar.

D. Dacă au existat episoade afective care au survenit concomitent cu ideile delirante, durata lor a fost scurtă în raport cu durata perioadelor delirante.

E. Tulburarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (ex. medicamente, droguri) sau ale unei boli.

Subtipuri de tulburare delirantă

Tipurile de tulburare delirantă pot fi specificate pe baza temei delirante predominante.

Tipul erotoman. Acest subtip se aplică atunci când tema centrală a delirului o constituie faptul că o altă persoană este îndrăgostită de individ(ă). Ideea delirantă se referă adesea la o dragoste romantică, idealizată și la uniune spirituală, mai degrabă decât la atracția sexuală. Persoana, în raport cu care se are această convingere, are de regulă un statut mai înalt (ex. o persoană faimoasă sau un superior de la serviciu), dar poate fi și una complet străină. Efortul de a contacta obiectul ideii delirante, prin apeluri telefonice, scrisori, cadouri, vizite și chiar supraveghere sunt frecvente, deși, ocazional, persoana respectivă poate ține secretă ideea delirantă. Cei mai mulți indivizi cu acest subtip, în eșantioanele clinice sunt femei, pe când în eșantioanele medico-legale cei mai mulți indivizi sunt bărbați. Unii indivizi cu acest subtip, în special bărbații, vin în conflict cu legea în eforturile lor de a urmări obiectul ideii lor delirante sau în efortul lor necugetat de a-l „salva" de la un pericol imaginar.

Tipul de grandoare. Acest subtip se aplică atunci când tema centrală a delirului o constituie convingerea că are un mare (dar nerecunoscut) talent sau perspicacitate ori că a făcut o mare descoperire. Mai rar, individul poate avea ideea delirantă că ar avea o relație specială cu o persoană marcantă (ex. un consilier al președintelui) ori că ar fi o persoană marcantă (caz în care respectivul poate fi considerat drept impostor). Ideile delirante de grandoare pot avea și conținut religios (ex. persoana crede că ar avea un mesaj special de la o divinitate).

Tipul de gelozie. Acest subtip se aplică atunci când tema centrală a delirului persoanei o constituie faptul că soțul (soția) sau amantul (amanta) persoanei este infidel(ă). La această convingere se ajunge fără o cauză reală și se bazează pe idei incorecte susținute de așa-zise dovezi (ex. neglijența vestimentară sau pete pe pătură) care sunt colectate și utilizate spre a-și justifica delirul. Persoana cu tulburare delirantă își confruntă de regulă partenerul(a) și încearcă să intervină în presupusa infidelitate (ex. restrânge autonomia partenerului de viață, îl(o) urmărește în secret, investighează amantul(a) presupus(ă), își atacă soțul(soția)).

Tipul de persecuție. Acest subtip se aplică atunci când tema centrală a delirului implică convingerea persoanei că se conspiră împotriva sa, că este spionată, înșelată, urmărită, otrăvită sau drogată, tratată cu răutate sau vexată sau obstrucționată în urmărirea obiectivelor sale pe termen lung. Mici umilințe pot fi exagerate și deveni nucleul unui sistem delirant. Nucleul delirului îl constituie adesea o injustiție oarecare care trebuie remediată prin acțiune legală („paranoia aventurăreață"), iar persoana afectată se poate anga-

ja în tentative repetate de obținere a satisfacției prin apel la tribunale și la alte agenții guvernamentale. Indivizii cu idei delirante de persecuție sunt adesea plini de resentimente și coleroși și pot recurge de multe ori la violență contra celor care cred ei că i-au ofensat.

Tipul somatic. Acest subtip se aplică atunci când tema centrală a delirului implică funcții sau senzații corporale. Ideile delirante somatice se mai numesc idei delirante hipocondriace și pot surveni în diverse forme. Cele mai frecvente constau în convingerea persoanei că ea emite un miros urât din piele, gură, rect sau vagin; că este infestată cu insecte pe sau sub piele, că are paraziți interni, că anumite părți ale corpului său sunt diforme sau hidoase (contrar oricărei evidențe) ori că părți ale corpului (ex. intestinul gros) nu funcționează.

Tipul mixt. Acest subtip se aplică atunci când nu predomină nici o temă delirantă ci apar elemente din mai multe teme.

Tipul nespecificat. Acest subtip se aplică atunci când convingerea delirantă dominantă nu poate fi clar stabilită sau nu se înscrie în tipurile specificate (ex. idei delirante de referință, fără o componentă de persecuție sau de grandoare notabilă).

Elemente și tulburări asociate

- Probleme sociale, maritale, de serviciu
- Idei de referință
- Dispoziție disforică, iritabilă
- Episoade depresive
- Stare coleroasă
- Comportament litigios, violent
- Probleme legale

* În ICD 10, delirurile constituie cea mai proeminentă trăsătură clinică dar ele trebuie să fie prezente cel puțin 3 luni.

** Tulburarea delirantă include sub această denumire următoarele psihoze delirante cronice neschizofrenice:

- Paranoia
- Psihoza paranoidă
- Parafrenia (tardivă)
- Delirul senzitiv de relație

Paranoia

Este o tulburare care era descrisă ca o psihoză cronică endogenă și care constă în evoluția continuă a unui sistem delirant durabil și impenetrabil la critică, dezvoltându-se insidios pe fondul conservării complete a ordinii și clarității gândirii, voinței și acțiunii.

Elementele definitorii sunt realizate de:

- delir cronic bine sistematizat nehalucinator,
- discrepanță între aspirații și posibilități,
- personalitate premorbidă specifică (rigidă, hipertrofie a Eu-lui).

Psihoza paranoidă este în prezent asimilată cu tipul de persecuție din tulburările delirante.

Parafrenia

Înglobează un grup de psihoze endogene cronice caracterizate prin luxuriania fantastică a producţiei delirante în contrast cu buna adaptare la mediu.

Elementele definitorii sunt realizate de:

- Caracterul fantastic al temelor delirante, cu pondere majoră a imaginarului
- Juxtapunerea unei lumi imaginare realului, în care bolnavul continuă să se adapteze bine
- Menţinerea îndelungată a nucleului personalităţii
- Predominanţa limbajului asupra acţiunii

Delirul senzitiv de relaţie

Descrisă de **Kretschmer**, această tulburare este un delir de interpretare care se instalează insidios pe fondul unei personalităţi premorbide senzitive; este un delir „de relaţie", declanşat brusc de conflictul dintre bolnav şi anturajul imediat (familie, vecini, colegi). Debutul este marcat de obicei de circumstanţe umilitoare, eşecuri sentimentale care rănesc orgoliul crescut al subiectului. Delirantul senzitiv are brusc „revelaţia" că persoane din anturaj îi cunosc gândurile ascunse, râd de nenorocirile sale, îl arată cu degetul etc. Delirul apare frecvent la subiecţii rezervaţi, timoraţi, timizi, cu pulsiuni sexuale inhibate, cum sunt femeile în vârstă, necăsătorite, vârstnicii celibatari.

6.3.3. EPIDEMIOLOGIE, DATE DE EVOLUŢIE ŞI PROGNOSTIC

Tulburarea delirantă este relativ rară în mediile clinice, fiind responsabilă de 1-2% din internări.

Prevalenţa este de **24-30 la 100 000** de locuitori.
Incidenţa este de **0,7-3 la 100 000** de locuitori.

Vârsta la debut este în general perioada adultă medie sau târzie (media 34-45 ani). Tipul de persecuţie este cel mai frecvent subtip. Evoluţia este foarte variabilă. În general, tulburarea delirantă este cronică cu intensificări şi diminuări ale preocupărilor referitoare la convingerile delirante. Alteori, perioade de remisiune completă pot fi urmate de recăderi. În alte cazuri, tulburarea se remite în decursul a câteva luni, adesea fără recădere ulterioară.

Unele date sugerează că tulburarea delirantă este mai frecventă printre rudele indivizilor cu schizofrenie, dar alte studii nu au remarcat nici o relaţie familială între tulburarea delirantă şi schizofrenie.

6.3.4. FACTORI ETIOPATOGENICI IMPLICAŢI ÎN APARIŢIA TULBURĂRII

Cauza tulburării delirante este necunoscută. Studiile epidemiologice şi clinice sugerează faptul că anumiţi factori de risc sunt relevanţi în apariţia acestei tulburări:

- Vârsta avansată
- Deteriorare senzorială/ Izolarea
- Istoricul familial
- Izolarea socială
- Trăsăturile de personalitate
- Emigrare recentă

Ideile delirante întâlnite în această tulburare pot apărea într-un număr mare de condiții medicale dintre care enumerăm câteva:

- Tulburări neurologice (tumori cerebrale, boli cerebrovasculare, demență, pierderea auzului, boala Parkinson, boala Huntington, epilepsie, etc.)
- Boli metabolice și endocrine (hipoglicemie, deficiență de vitamină B12 sau folați, boli tiroidiene și corticosuprarenaliene, etc.)
- Infecții (SIDA, sifilis, encefalită virală, etc.)
- Abuz de alcool și droguri (amfetamine, cocaină, halucinogene)
- Intoxicații (arsenic, CO, mercur, etc.)
- Unele medicamente (anticolenergice, antidepresive, antihipertensive, tuberculostatice, etc.)
- Delirium
- Demențe (Alzheimer, Pick)

6.3.5. INVESTIGAȚII PSIHOLOGICE SPECIFICE

Examinarea psihică obișnuită trebuie completată cu obținerea informațiilor legate de:

- Tipul debutului, factori precipitanți
- Consecințele simptomelor prezente (tentative de suicid sau homicid, probleme legale, refuzul hranei sau apei în ideile de otrăvire, etc.)
- Severitatea tulburării
- Prezența altor tulburări psihiatrice (depresie, consum de alcool sau droguri, tulburare obsesiv–compulsivă, dismorfofobie, tulburare de personalitate paranoidă, schizoidă sau evitantă)
- Istoricul familial
- Istoricul personal (injurii pre- sau postnatale, mediu ostil, periculos, abuzuri în copilărie, izolare, emigrare, etc.)
- Probleme legale (litigii, probleme cu poliția, condamnări, asalturi)
- Istoric psihiatric (cronicitatea, fluctuațiile simptomatologiei, tratamente urmate și răspuns la tratament)
- Istoric medical (traumatisme cranio-cerebrale, boli cardiovasculare, HIV, droguri și alcool, infecții cerebrale, etc.)
- Personalitatea premorbidă (teste de personalitate)

6.3.6. POSIBILITĂȚI DE INTERVENȚIE TERAPEUTICĂ A PSIHOLOGULUI CLINICIAN

Prima etapă a terapiei constă în stabilirea unei alianțe terapeutice. Un astfel de pacient are nevoie de o ascultare empatică, directă fără confruntări și fără afirmații evazive.

Schema de tratament a unei tulburări delirante trebuie să cuprindă pașii următori:

- Excluderea altor cauze pentru trăsăturile paranoide
- Confirmarea absenței unui alt tip de psihopatologie
- Evaluarea consecințelor comportamentului delirant:
  - Demoralizare
  - Frică, Furie
  - Depresie
  - Impactul asupra aspectelor financiare, legale, personale, ocupaționale, dat de acțiunile pacientului de a căuta „soluții în justiție", „dovezi de infidelitate", „diagnostice medicale"

- Evaluarea anxietății și agitației
- Evaluarea potențialului suicidar și agresiv
- Estimarea necesității internării
- Psihoterapie și tratament farmacologic
- Menținerea contactului pe perioada remisiunii

6.4. SCHIZOFRENIA

CAZ CLINIC – SCHIZOFRENIE LA DEBUT

Marin este un tânăr de 21 de ani, student la Facultatea de Medicină din București care este adus de mama sa și de un vecin la camera de gardă a Spitalului de Psihiatrie. Plânge, este agitat. Mama afirmă că s-a izolat în ultimul timp (1 lună) în casă, nu s-a mai dus la cursuri, se închide în camera lui, refuză să mai mănânce mâncarea gătită de mama lui. De câteva ori a devenit agresiv verbal și fizic față de mamă strigându-i: „Ești ca toți ceilalți, vrei să-ți bați joc de mine și să mă faci să mă omor!" și a aruncat cu farfuriile de mâncare prin bucătărie. Mama afirmă că de aproximativ o săptămână nu mai doarme, vorbește singur în cameră, se plimbă într-una dintr-o cameră în alta. A reușit să îl aducă la spital pentru a verifica „de ce îl doare capul".

La examenul psihic se prezintă puțin comunicativ, neliniștit, cu un aspect neîngrijit (cămașa afară din pantaloni, neras, unghii și păr murdare). Privește încruntat, suspicios. Spune că i-a auzit pe oamenii de pe stradă și din metrou cum „murmurau: Tic-Tic Titan", îl priveau într-un fel ciudat, vorbeau despre el. Întrebat de ce ar fi făcut oamenii lucrurile astea răspunde: „ca să mă împiedice să descopăr cu ce vor Ei să ne îmbolnăvească" „Mă pot auzi atunci când mă gândesc la soluții pentru asta" - sonorizarea gândirii. Refuză să spună despre care „Ei" este vorba. „Știți foarte bine, nu vă mai prefaceți!". Vorbește cu întreruperi. Din când în când tace brusc pentru câteva secunde parcă concentrându-se asupra unui lucru. Se înțelege că a prezentat în ultima perioadă halucinații auditive, comentative. Prezintă pe toată perioada interviului hipoprosexie spontană și voluntară. Nu pare să prezinte nici un fel de tulburare mnezică. Este orientat temporal și spațial auto și allopsihic. În ceea ce privește gândirea lui Marin, el are numeroase idei delirante de persecuție și urmărire. „Mă urmăresc peste tot, și în fața blocului". Este anxios, iritabil. Se simte în pericol. Pe mamă o alungă și devine iritat atunci când aceasta încearcă să-l mângâie „Luați-o pe femeia asta de lângă mine!!" - inversiune afectivă. Comportamentul este modificat psihotic; se oprește să asculte ce spun vocile oamenilor pe care îi aude vorbind despre el, vorbește ocazional cu ele. Este neliniștit psihomotor. Nu îl mai interesează igiena personală și fizică. Apetitul alimentar este redus. Are severe insomnii de adormire. Dacă a [illegible] bune în liceu și la examenul de admitere, de mai multe luni a încetat să [illegible] la facultate, izolându-se în spațiul apartamentului și, deseori, doar în camera sa.

În ceea ce priveşte personalitatea premorbidă a pacientului, Marin este descris ca fiind dintotdeauna un copil silitor, mai timid, fără prea mulţi prieteni. Nu a avut nici o prietenă mai apropiată până în prezent. Îi place să citească şi să se uite pe albume de fotografii şi pictură şi să meargă cu bicicleta. Mama sa menţionează că a fost mereu ascultător şi ataşat de ea.

Marin provine dintr-o familie cu un singur părinte. Părinţii săi au divorţat în urmă cu 13 ani. A fost crescut doar de mama, profesoară de limba română. Locuieşte cu aceasta într-un apartament de 2 camere. Legăturile cu tatăl său au fost sporadice întrucât acesta s-a recăsătorit şi s-a mutat în alt oraş.

Antecedentele heredocolaterale: În familia sa nu se mai cunosc alte cazuri de boală psihică. Mama pacientului a urmat în urmă cu 13 ani un tratament antidepresiv pentru o *tulburare depresivă medie, reactivă* (divorţ).

În ceea ce priveşte antecedentele personale patologice ale pacientului, acesta a avut o naştere şi o dezvoltare normală. În afara bolilor copilăriei (varicelă, rubeolă) şi o apendicectomie în urmă cu 5 ani, Marin nu a mai avut nici un fel de boală. În prezent, din punct de vedere somatic este normal clinic.

6.4.1. DEFINIŢIE

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

În manualul de diagnostic şi statistică a tulburărilor mintale DSM IV, schizofrenia este definită ca o: "**Tulburare mintală care durează cel puţin şase luni şi presupune pentru cel puţin o lună existenţa unui episod acut de boală (adică existenţa a două sau mai multe simptome dintre următoarele: idei delirante, halucinaţii, dezorganizarea vorbirii, comportament profund dezorganizat sau catatonic, simptome negative)**".

Iniţial denumită „demenţa precoce" pentru incapacitatea severă în funcţionalitatea zilnică pe care o produce (demenţă) şi având în mod tipic un debut în adolescenţă (precoce), schizofrenia este o boală a cărei gravitate ar putea fi pe scurt caracterizată prin următoarele trăsături:

- Distruge coeziunea şi unitatea conştiinţei şi personalităţii. Bolnavul este „...un suflet frânt care reflectă realitatea ca o oglindă spartă" (fiecare fragment altceva).
- Bolnavul pierde contactul vital cu realul **(Minkowski).**
- Are o frecvenţă importantă - **0,5-1%** din populaţie.
- Este o boală catastrofică denumită şi *„Cancerul bolilor mintale".*
- Are o mare probabilitate să rămână cronică.
- Are o rată de suicid de **10%.**

6.4.2. PREZENTARE CLINICĂ

Schizofrenia este o boală complexă care nu are o singură trăsătură definitorie ci multiple simptome caracteristice din domenii diverse: cogniţie, afectivitate, personalitate, activitate motorie.

Principala trăsătură clinică a schizofreniei este poate aceea că psihismul pacientului pare rupt, fragmentat, disociat. Această disociere apare între ins şi ambianţă (care, cufundat în lumea gândurilor, se rupe de realitate) şi intrapsihic (între principalele funcţii şi procese psihice).

Psihismul îşi pierde unitatea iar diferitele aspecte ale psihismului reflectă în mod individual aspectele realităţii.

Simptomele caracteristice ale schizofreniei în viziunea principalilor psihiatri care au aprofundat această boală sunt:

- sărăcire emoţională, abulie, pierderea unităţii identităţii (**Kraepelin**)
- gândire fragmentată, inabilitatea de raportare la lumea externă (**Bleuler**)
- tipuri specifice de idei delirante şi halucinaţii (**Schneider**)

Simptomele schizofreniei pot fi subdivizate în trei dimensiuni:

1. Dimensiunea psihotică: Idei delirante
   Halucinaţii
2. Dezorganizare: Dezorganizarea vorbirii
   Dezorganizarea comportamentului
   Afect inadecvat
3. Negative: Sărăcirea vorbirii

O altă modalitate de a împărţi simptomele schizofreniei este în grupuri de simptome polare:

- **Pozitive**: distorsiuni sau exagerări ale funcţiilor normale
- **Negative**: diminuarea funcţiilor normale

Simptome pozitive		Simptome negative	
Simptome	**Funcţia deteriorată**	**Simptome**	**Funcţia deteriorată**
halucinaţii	percepţie	alogie	fluenţa vorbirii/gândirii
idei delirante	gândirea inferenţială	aplatizarea afectului	expresia emoţională
vorbire dezorganizată	gândire/limbaj	abulie	voinţă şi pulsiune
comportament bizar	comportament	anhedonie	capacitate hedonică

În ceea ce priveşte simptomele pozitive, halucinaţiile şi ideile delirante sunt de mai multe tipuri:

Tipuri de halucinaţii
• auditive
• vizuale
• tactile
• olfactive
• kinestezice

Tipuri de idei delirante
• de persecuţie
• de grandoare
• mistice
• de gelozie
• somatice

Importanţa simptomelor negative constă în faptul că ele deteriorează capacitatea pacientului de a funcţiona zilnic: să aibă un serviciu, să frecventeze şcoala, să-şi formeze prietenii, să aibă relaţii familiale intime.

Criteriile DSM-IV pentru schizofrenie

- Simptome caracteristice pentru cel puţin o lună de zile
- Disfuncţie socială/ocupaţională
- Durata totală > 6 luni
- Simptomele nu se pot atribui unei tulburări de afect
- Simptomele nu se pot atribui consumului unei substanţe sau unei condiţii somatice

Criteriul A: Simptome caracteristice

Cel puțin două din următoarele, fiecare fiind prezentă pentru o durată semnificativă de timp pe durata unei luni (sau mai puțin dacă este tratată cu succes):

- idei delirante
- halucinații
- vorbire dezorganizată (frecvent delirantă sau incoerentă)
- comportament puternic dezorganizat sau catatonic
- simptome negative, aplatizare afectivă, sau abulie

Criteriul B: Disfuncționalitate socială/ocupațională

Pentru o durată semnificativă de timp de la debutul tulburărilor, una din ariile majore de funcționalitate cum ar fi munca, relațiile interpersonale sau autoîngrijirea este marcat sub nivelul atins înainte de debut SAU

când debutul este în copilărie sau adolescență, neputința de a obține nivelul așteptat al rezultatelor relaționale, academice sau ocupaționale.

Criteriul C: Durata totală

Semne continue de tulburare persistă pentru cel puțin 6 luni.

Perioada de 6 luni trebuie sa includă cel puțin o lună (sau mai puțin dacă sunt tratate cu succes) de simptome care întrunesc criteriul A și poate include și perioadele prodromală și reziduală.

- În timpul perioadei prodromale sau reziduale, semnele tulburărilor se pot manifesta doar prin simptome negative sau două sau mai multe simptome listate la criteriul A prezente într-o formă atenuată.

Criteriul D: Excluderea bolii schizoafective și a tulburărilor de dispoziție

Boala schizoafectivă și tulburările de dispoziție cu trăsături psihotice au fost excluse dacă este prezentă una din următoarele:

- nici un episod depresiv major sau maniacal n-au apărut în timpul fazei active a simptomelor SAU
- dacă aceste episoade au apărut în timpul fazei active a simptomelor, durata lor totală a fost scurtă raportat la durata perioadelor activă și reziduală.

Criteriul E: Excluderea condițiilor somatice și a celor generate de substanțe

Tulburarea nu se datorează efectelor directe ale unei substanțe (ex. droguri, abuz de medicamente) sau unei condiții medicale generale.

Criteriile ICD 10 pentru schizofrenie

Simptomele caracteristice pentru o lună

Dacă este prezentă o tulburare de dispoziție, simptomele trebuie să o antedateze.

Nu se atribuie unei boli cerebrale organice sau abuzului de substanță.

Cel puțin una din următoarele:

- Inserția gândirii, ecoul gândirii, furtul sau transmiterea gândirii; idei delirante de control, influență sau pasivitate; percepție delirantă,
- Voci comentative sau care discută; voci care vin din diferite părți ale corpului,

• Idei delirante persistente care sunt inadecvate cultural sau complet imposibile, cum ar fi identitatea politică sau religioasă, puteri supranaturale (ex.: a fi în stare să controleze vremea sau a fi în comunicare cu extratereștrii).

sau cel puțin două din următoarele:

• Halucinații persistente de orice tip, care sunt însoțite de idei delirante

• Neologisme, întreruperi sau interpolări în cursul gândirii din care rezultă incoerență și vorbire fără relevanță.

• Comportament catatonic, cum ar fi excitație, posturi catatonice, flexibilitate ceroasă, mutism, "simptome negative" cum ar fi apatie marcată, sărăcia discursului, incongruență sau obtuzia răspunsului emoțional și care nu se datorează depresiei sau medicației neuroleptice.

• O modificare semnificativă și intensă în calitatea globală a unor aspecte ale comportamentului, ce se manifestă prin lipsă de interes, de finalitate, inutilitate, atitudine de tip auto-repliere și retragere socială.

FORME CLINICE DE SCHIZOFRENIE

Formele clinice tradiționale cuprind pacienții în funcție de simptomele predominante. Ele sunt utile pentru predicția prognosticului funcționalității sociale și ocupaționale și a răspunsului la tratament.

1. Schizofrenia dezorganizată

- apare în adolescență/la oamenii foarte tineri
- pare a fi mai frecventă la bărbați
- debutul este în general brusc, printr-o schimbare frapantă a conduitei, cel în cauză devenind dezorganizat în gânduri și comportament.

După cum sugerează numele, această formă clinică (denumită în trecut schizofrenie hebefrenică) se caracterizează printr-o dezorganizare ideativă și comportamentală masivă.

• Dezorganizare ideativă; se traduce prin incoerență masivă, severă. Pacientul trece brusc de la o idee la alta așa încât nu se înțelege ce vrea să spună. Această incoerență nu este prezentă doar la nivelul ideilor ci și al cuvintelor, spuse la întâmplare, fără legătură.

• Dezorganizare comportamentală; pacientul este într-o continuă deplasare, în mișcare, parcă ar fi într-un fel de investigare. Pacientul pare dispus, amuzat, absolut detașat, de o bună dispoziție surprinzătoare, acontextuală, pe care clasicii o denumeau "euforie nătângă". Sub aspectul conținutului comunicarii, el folosește cuvinte noi, prin fuziunea diverselor cuvinte. Fondul său lexical conține:

- neologisme active – cuvinte care aparțin limbii respective/sau
- neologisme pasive – folosirea de cuvinte auzite, al căror conținut nu-l stăpânește, nu-i este cunoscut.

După mai multe săptămâni sau câteva luni, pacientul devine în mod treptat mai limitat în aberațiile lui verbale și comportamentale, tulburarea evoluând treptat spre remisiune.

Rezumând, putem spune că indivizii care suferă de acest subtip de schizofrenie sunt frecvent incoerenți, au o dispoziție neadecvată contextului situațional sau detașare afectivă. Prezintă numeroase bizarerii de comportament (ex. grimase, neobișnuite). Vorbirea lor conține numeroase neologisme, expresii bizare, idei delirante. Totuși, nu au un set sistematizat de idei delirante, neexistând astfel o structură clară a pattern-ului simptomatic.

2. Schizofrenia catatonică

Este o formă clinică caracterizată prin tulburări psihomotorii. În modelul clasic, pacientul este catatonic și prezintă flexibilitate ceroasă ceea ce presupune că este ca o statuie de ceară, în general prezintă mutism iar atunci când este plasat într-o anumită poziție, va rămâne în acea poziție pentru o lungă perioadă de timp. Extremele tulburărilor psihomotorii sunt, pe de o parte starea de stupor în care pacientul este complet imobil, la celălalt pol situându-se raptusul catatonic reprezentând forma maximă de agitație-psihomotorie, o izbucnire a pacientului, care îl face să fie extrem de periculos.

În această formă de schizofrenie se descriu negativisme active și pasive. Negativismul în schizofrenia catatonică este:

- greșit definit și prezentat; e prezentat ca opoziționism.
- depășește disponibilitatea volițională a persoanei; el nu poate da curs invitației, ordinelor interlocutorului, nu se opune.
- ca dovadă că este în imposibilitatea de a da curs unei comenzi în plan verbal sau motor, nici un mijloc de convingere/constrângere, nu poate da rezultate.
- un fenomen incomprehensibil.
- Negativismul alimentar este o problemă de intervenție psihofarmacologică de urgență, viața pacientului putând ajunge în pericol prin nealimentare.

Dimpotrivă, poate apărea o sugestibilitate crescută, pacientul supunându-se automat ordinelor terapeutului.

Ecolalia este o repetare lipsită de sens, ca "de papagal", a cuvintelor și frazelor spuse de o altă persoană. Ecopraxia constă în repetarea gesturilor interlocutorului. Ecomimia presupune imitarea expresiei mimice a interlocutorului.

Alte trăsături cuprind manierisme, stereotipii, supunere automată.

Deși această formă se întâlnea frecvent în urmă cu câteva decenii, azi este din ce în ce mai rară datorită intervenției rapide și eficiente a medicației neuroleptice.

3. Schizofrenia paranoidă

Simptomele dominante ale acestei forme sunt ideile delirante de persecuție sau grandoare. Frecvent apar iluzii și halucinații, cel mai adesea auditive, legate de cele mai multe ori de conținutul temei delirante. Sub influența ideilor delirante, pacienții pot scrie memorii, denunțuri, pot trece la măsuri de apărare față de presupusele amenințări, devenind astfel periculoși. Debutul schizofreniei paranoide tinde să fie mai târziu în cursul vieții decât la celelalte forme, iar trăsăturile distinctive, mai stabile de-a lungul timpului. Trăsăturile asociate ideilor delirante și halucinațiilor sunt: anxietatea, furia, combativitate sau, dimpotrivă, retragere socială, ambivalența sau inversiunea afectivă.

Acești pacienți prezintă scoruri puțin modificate la testele neuropsihologice, având cel mai bun prognostic dintre toate formele clinice de schizofrenie. De asemenea, funcționalitatea ocupațională și capacitatea de a trăi independent sunt superioare celor ale bolnavilor cu alte tipuri de schizofrenie.

4. Schizofrenia reziduală

Această formă presupune că a existat în trecut cel puțin un episod acut de schizofrenie dar tabloul clinic actual nu prezintă simptome psihotice pozitive notabile (ex. idei delirante, halucinații, dezorganizare a vorbirii). Apare o retragere socială marcată, aplatizarea afectului, abulie. Pot fi prezente idei excentrice sau bizarerii de comportament dar ele nu mai sunt marcate. Halucinațiile și ideile delirante, atunci când apar, sunt puțin frecvente și vagi. Deși indivizii cu acest pattern simptomatic sunt identificați ca

având un subtip particular de schizofrenie, simptomatologia reziduală pe care o prezintă face, de fapt, parte din evoluția acestei boli.

5. Schizofrenia simplă

Această formă clinică de schizofrenie nu se distinge printr-un element clinic semnificativ și caracteristic, ci printr-o gamă largă de simptome negative:

- o scădere a capacității volitionale
- o scădere a capacității de rezonanță afectivă
- o scădere până la anulare a funcționalității profesionale și sociale
- o anumită detașare
- o însingurare, izolare
- un comportament autist

6. Schizofrenia nediferențiată desemnează în general o categorie care cuprinde indivizii ce nu pot fi plasați în nici una din categoriile precedente sau care întrunesc criterii pentru mai mult decât o singură formă clinică.

Încercări mai noi de clasificare a schizofreniilor pun accentul pe aspectul cognitiv al tulburărilor.

Tipuri de schizofrenie în raport cu tulburările cognitive
SCHIZOFRENIA DE TIP I
Simptome pozitive Structuri cerebrale normale (CT) Răspuns relativ bun la tratament
SCHIZOFRENIA DE TIP II
Domină simptomele negative Anomalii structurale cerebrale Răspuns slab la tratament
SCHIZOFRENIA DEZORGANIZATĂ
Dezorganizarea vorbirii (și a gândirii) Comportament dezorganizat Tulburări cognitive Tulburări de atenție

6.4.3. EPIDEMIOLOGIE, DATE DE EVOLUȚIE ȘI PROGNOSTIC

- **Prevalența** (nr. de persoane bolnave la un moment dat într-o populație) = 0,2 - 2%

Nu diferă în raport cu zona geografică cu excepția țărilor nordice unde prevalența este mai mare.

- **Prevalența pe viață** (o persoană dintr-o sută poate face schizofrenie la un moment dat) = 0,5 - 1%

Incidența (nr. de îmbolnăviri noi pe an)= 1/10 000

- Debutul în majoritatea cazurilor între 20-35 de ani.
- Vârsta de debut mai mică la bărbați.
- Raportul bărbați / femei = 1/1
- Femeile dezvoltă mai mult simptomatologie afectivă, halucinații auditive și mult mai rar simptome negative.

Prevalența la populații specifice:

- generală 1%
- frați ai pacientului schizofren 8%
- copii cu un părinte schizofren 12%
- gemeni dizigoți ai pacientului schizofren 12%
- copii a doi părinți schizofreni 40%
- gemeni monozigoți ai pacientului schizofren 47%

Evoluția și prognosticul schizofreniei

Forma clinică cu prognosticul cel mai bun este cea paranoidă. Prognosticul cel mai prost se întâlnește în schizofrenia nediferențiată.

Prognosticul este mai bun în țările dezvoltate. Acest lucru nu se întâmplă pentru că formele de schizofrenie ar fi mai ușoare. Motivele reale pentru acest fenomen sunt mai degrabă: existența unui ajutor social mai bun din partea familiei, o presiune socială mai mică pentru a deține o ocupație, un stres mai scăzut în mediul rural și în orașele mici și, nu în ultimul rând, o stigmatizare mai scăzută a bolilor mintale. Rolul rețelei de suport social a fost evidențiat de numeroase studii.

FACTORI CARE INFLUENȚEAZĂ EVOLUȚIA SCHIZOFRENIEI

	POZITIV	NEGATIV
Personalitate	adaptată	izolată
Factori precipitanți	prezenți	absenți
Ereditate	cu boli afective	cu alte psihoze
Debut	debut brusc	debut insidios ± la vârstă tânără
Simptomatologie	simptome pozitive dominante	simptome negative
Subtip	catatonic, paranoid	dezorganizată, nediferențiată
Cogniție	cogniție intactă	cogniție deteriorată
Afectivitate	prezența depresiei	afectivitate aplatizată
Tratament	răspuns bun la tratament	răspuns slab la tratament
Strategie terapeutică	completă, integrată, graduală	întârziată, discontinuă, punctuală
Atitudinea familiei	cooperantă	indiferentă

6.4.4. FACTORI ETIOPATOGENICI IMPLICAȚI ÎN APARIȚIA TULBURĂRII

- Mecanismele de producere a bolii rămân necunoscute,
- Posibil există o heterogenitate etiologică (sunt implicați factori biologici, biochimici, genetici, de mediu, etc.),
- Anomaliile pot fi prea multe pentru a fi detectate,
- Anomaliile pot fi în zone încă insuficient investigate.

Date recente despre riscul de morbiditate arată că există un risc de 4%-8% la rudele de prim rang față de 1% în rândul subiecților de control.

Studiul schizofreniei pe gemeni arată că, concordanța ratei schizofreniei la gemenii monozigoți nu este 100%. Acest lucru indică faptul că factorii de mediu joacă un rol deosebit. Totuși, copiii părinților schizofrenici au risc crescut de schizofrenie atunci când sunt crescuți de părinți adoptivi neschizofreni în timp ce copiilor biologici ai părinților

neschizofrenici nu le crește riscul de schizofrenie atunci când sunt crescuți de părinți adoptivi schizofreni.

6.4.5. INVESTIGAȚII PSIHOLOGICE SPECIFICE

În examinarea psihologică, în general, și în schizofrenie, în special, este importantă stabilirea unei relații examinator-examinat, relație comprehensivă și securizantă, în care examinatul să accepte, să fie acceptat (și să se simtă astfel) (**Talaban I, 1992**).

Schizofrenul cooperează greu, nu dintr-o intenționalitate negativă conștientă, ci dintr-o dificultate de a se raporta la celălalt și la o situație, de a schimba mesaje. În puseul acut, investigația psihologică (dealtfel și alte investigții) este, în majoritatea cazurilor, imposibilă, datorită lipsei de cooperare. După remiterea manifestărilor acute, psihoticul schizofren se păstrează într-un registru de regresie mentală și a întregii personalități mai mult sau mai puțin accentuată, în funcție de intensitatea fazei acute.

Evident, pacientul va fi investigat și când se află sub terapie medicamentoasă; este însă necesară suprimarea acesteia cu 24 ore înainte de investigare, întrucât:

- neurolepticele, în doză mare, modifică reactivitatea globală a individului, dar mai ales reactivitatea specifică a funcțiilor bazale, prosexice și mnezice.
- neurolepticele amplifică dificultatea de relaționare sub aspectul spontaneității răspunsurilor; neurolepticele scad semnificativ tensiunea afectiv-motivațională a angajării într-o activitate dată;
- întreruperea medicației neuroleptice pe o perioadă foarte scurtă (24 de ore), înaintea investigării psihologice, diminuează numai relativ intensitatea efectelor medicamentoase secundare; faptul că aceste menifestări persistă se repercutează, în special asupra nivelului funcțiilor psihice bazale (mnezice și prosexice) și asupra ritmului de lucru al pacientului; medicamentele nu acționează însă la nivelul personalității, asupra mecanismelor psihodinamice, asupra instanțelor profunde și asupra fantasmaticii inconștiente.

Investigarea psihologică a schizofrenului este utilă, **în special**, în:

- cazurile de debut ca adjuvant în diagnosticul diferențial, pentru a se preciza modul în care este afectată structura personalității, precum și gradul de afectare;
- cazuri de remisiune, (debutul stabilizării remisiunii) ca instrument în evaluarea calitativă și cantitativă a defectului psihologic, de precizare și apreciere a capacităților restante, în perspectiva reintegrării sociale a bolnavului (în activitatea anterioară a bolii) sau într-o terapie ocupațională, în regim instituționalizat, ambulatoriu sau într-o terapie ocupațională, în regim instituționalizat, ambulatoriu sau într-o unitate de cronici;
- pentru evaluarea persoanei (personalității) în perspectiva unui tratament psihoterapeutic (cura analitică, psihoterapie de grup, psihoterapie analitică de grup, etc.).

Investigarea psihologică nu vizează registrul manifestărilor evidente, ci registrul latent, acela în care manifestarea se articulează și din care își extrage conținuturile. Există o corelație între manifestarea psihologică, așa cum apare ea ca simptom în boală, și manifestarea într-o probă dată, așa cum apare ea ca modalitate a individului de a alege, de a soluționa, în ultimă instanță de a răspunde la o anumită situație-stimul.

Atitudinea schizofrenului în ședința de investigare psihologică este o atitudine modificată, în funcție de intensitatea patologiei; așadar, atitudinea schizofrenului stă sub semnul bolii sale, de la dificultatea intrării în relație, până la cooperarea minimă, de la neresponsivitatea la apelul nonverbal la sprijinul examinatorului, până la comentariile, întreruperile, reluările și referințele personale, frizând incoerența și plasând pacientul în

afara relației și a situației, chiar dacă, aparent el are reacții emoționale ce ar pleda pentru implicarea lui în probă, în activitate, deci în situație. În ședința de investigare se vor observa atent comportamentul schizofrenului, modificările acestui comportament și, mai ales, măsura participării, acestea fiind o expresie a distorsiunilor generate de boală.

Pentru evaluarea eficienței cognitive există diferite teste de atenție, însă cu puțină aplicabilitate în clinică, fiind folosite mai ales în cercetare.

Investigarea inteligenței sau a capacităților operațional-logice se realizează cel mai frecvent prin **bateria de inteligență Wechsler (WAIS)**.

Se remarcă, la schizofreni, scoruri mai ridicate la itemii verbali, comparativ cu itemii de performanță, ca și faptul că inteligența în sine nu este perturbată, în schimb perturbarea atinge modalitatea de folosire a inteligenței. În rezolvările subiectului, apar contaminări, derivări, substituiri, soluții paradoxale, asociații bizare, definiri prin particularizări bizare, (de exemplu, la proba de vocabular, la proba de comprehensiune sau de similitudini); toate aceste fenomene transformă itemii care se adresează inteligenței propriu-zise în secvențe/fragmente de probe proiective. Modificările în răspuns se datorează unor modificări în consemnul probei, operate de subiect ca el să aibă o intenționalitate în acest sens; astfel, de exemplu, la proba de comprehensiune generală apar răspunsuri bizare, proba funcționând ca și cea de asociație liberă ca stimul dat; de asemenea, la proba de vocabular, definițiile pot fi elaborate paradoxal, marcate de neologisme și de erori bizare în conținut. Astfel, analiza rezultatelor obținute se transformă din analiză esențial cantitativă în analiză calitativă.

Proba de inteligență Raven, care vizează capacitățile de analiză, sinteză, generalizare, abstractizare, este, în general bine rezolvată de schizofrenii aflați la debut, deși se remarcă o creștere a timpului de rezolvare. Ca probă non-verbală de inteligență, Raven înregistrează rezolvări bune și chiar foarte bune, în măsura în care procesul psihotic nu este avansat; figurile matriceale și consemnul nu se pretează la asociații verbale libere.

Precizăm următoarele două aspecte:

- rezolvarea unei probe de inteligență de către schizofreni depinde de nivelul lor intelectual (capacitățile de sesizare, operare, organizare a relațiilor dintre elemente și dintre relații) anterior bolii și de nivelul lor de instruire; în general, nivelul intelectual al bolnavilor schizofrenici este bun și foarte bun;

- rezolvarea problemelor de inteligență (și a oricăror alte probe) se modifică în funcție de intensitatea procesului morbid și de gravitatea defectului în urma procesului morbid; când defectul este mai ales intelectual (și când este global), rezultatele la probele de inteligență (și la cele cognitive, în general) sunt marcate de anumiți indici de organicitate, care apar în stările psihopatoide; deficitul cognitiv este, în aceste cazuri, semnificativ și echivalează cu un deficit analog celui din deteriorarea mintală organică.

Investigarea personalității se realizează fie prin marile chestionare de personalitate, cum ar fi chestionarul Minnesota (MMPI), fie prin probele proiective (Rorschach, Szondi, TAT, testul arborelui, testul persoanei). Probele proiective sunt preferabile chestionarelor.

La **testul Rorschach** apar următoarele caracteristici specifice schizofreniei:

- alternanță a formelor foarte bune cu forme foarte proaste, păstrarea nivelului intelectual cu distorsiune în maniera de utilizare a intelectului și în modalitatea perceptuală;

- abstractizarea formei, cu simbolizarea conținutului în aprehensiune;

- fabulații pornind de la detalii perceptuale minore, cu extrapolare a conținutului asupra ansamblului planșei;

- fenomene de contaminare, ce pot merge de la contaminările "complexuale" de tip nevrotic până la marile contaminări de conținuturi, cu imprecizie formală gravă (crearea unor forme noi, discordante cu stimulul, într-un registru tematic bizar);
- kinestezii marcând interiorizarea profundă, însoțită de comentarii tip "referințe personale", cu reactualizarea unor episoade existențiale vechi;
- perseverații și stereotipii marcate, în special în defectul psihotic grav;
- protocolul (discursul proiectiv), în ansamblul său, are un aspect global insolit, straniu, dereist.

Redăm tabloul semnelor psihopatologice specifice schizofreniei în testul Rorschach (**Anzieu D, 1973**):

- după testul Rorschach: G contaminate, răspunsuri Po (poziție), răspunsuri Cn (denumire de culoare), frecvență crescută a F- (formelor negative), refuz al interpretării (blocaj psihotic);
- după alți autori:
  - G sincretice, G-, DG, tip de aprehensiune GD Db;
  - succesiune dezordonată;
- tip de rezonanță intimă coartat sau coartativ (răspunsuri CF și EF în perioada de debut a maladiei);
- răspunsuri cu determinant combinat și negativ de tip KC-;
- A % crescut; Ad superior lui A; Hd superior lui H;
- perseverații;
- răspunsuri-abstracție; răspunsuri-număr; răspunsuri-literă, cifră, figură geometrică;
- conținuturi bizare sau oribile, terifiante;
- răspunsuri foetus, naștere, destrucție, descompunere;
- răspunsuri originare negative (Orig.-);
- răspunsuri perspectivă (percepție "îndepărtată", cu asociații bizare, estompaj de perspectivă, fenomenul fiziune-figură-fond);
- referințe personale, derivând dintr-o elaborare de ansamblu sau a unor detalii și degenerând în fragmente autobiografice marcate de incoerență;
- diminuarea semnificativă a conștiinței interpretative.

După **Minkowska F**, discursul Rorschach al schizofrenului este impregnat de un vocabular rațional (opus vocabularului senzorial), abstract, devitalizat, în care predomină forme și conținuturi rupte, izolate, disociate, substantive abstracte, verbe și prepoziții, într-o expresie a rupturii, a prăbușirii; modalitatea de abordare a situației este ea însăși abstractă, disociată, impersonală detașată.

TAT-ul în schizofrenie are următoarele semne caracteristice:

- extravaganța temelor (de exemplu: teme homosexuale, teme bizare);
- simbolismul în interpretarea unor detalii (de exemplu, o linie este interpretată ca limită între viață și moarte, între spirit și corp etc);
- izolarea personajului de ambianță până la izolare de lume (de exemplu, personajul central este perceput și interpretat ca un personaj rupt dintr-un context relațional și îndeplinind un travaliu abstract);
- povestiri generale, cu conținuturi vagi, întâmplătoare, fuzionând într-un discurs paradoxal și incoerent;
- bizarerii de limbaj, în reacția globală la probă și în relația cu examinatorul;
- alterare a funcțiunii paradigmatice a limbajului în construcția tematică, datorită alterării de percepție, ceea ce schimbă semnificațiile figurii (scenei) reale cu alte semnificații proiectate;

- alterare în esență a funcțiunii sintagmatice a limbajului, pornind de la paradigme bizare (alegeri tematice și de conținut bizare), ce se desfășoară asociativ într-o "catastrofă a verbului" (studiile de semanaliză).
- raționalizări, atașamente la detalii, construcții epice pe detalii, simbolism accentuat (eșec al sublimării) cu regresiune evidentă, refuz camuflând o reacție de catastrofă, fantezii non-structurate, cu percepții bizare de obiecte distruse, deteriorate, într-o alterare mai mult sau mai puțin importantă a expresiei globale;
- în schizofrenia paranoidă pot apărea teme de persecuție.

Testul Szondi oferă, conform concepției autorului, câteva sindroame patologice caracteristice:

- ***sindromul disociației*** sau al schizofreniei paranoide, cu următoarele reacții specifice:

S : + (!!); P : 0, -; Sch : 0, -; C : 0 -

Interpretarea acestor reacții este următoarea:

S: +(!!)- semnifică o constituție sexuală psihologic feminină, cu inversiune inconștientă a scopului sexual;

P: 0- semnifică teama proiectată (suspiciune, senzitivitate, anxietate, legate de imaginea proprie în ochii celorlalți, de ceea ce alții vor spune, ar putea spune sau chiar spun despre subiect);

Sch: 0- semnifică regresie a Eului adualic, lipsa granițelor între Eu și lume, Eul magic, mistic, arhaic, dominat de mecanismul proiecției;

C: 0- semnifică detașarea de lume, solitudinea, pierderea sentimentului intim al valorii lucrurilor, autismul.

Variante ale sindromului disociației:

Sindrom clasic		Variante
S	h = + S = -	± + + + + +
P	e = 0 hy = -	
Sch	k = 0 P = 0	
C	d = o m = -	

- ***sindromul „catatonic"***, cu următoarele reacții specifice:

S = + ! + !
P = - 0
(o-)
Sch = -0
C = - -

Interpretarea acestor reacții este următoarea:

S: + ! + ! semnifică sexualitatea și agresivitatea acumulată

P: -0 semnifică acumularea efectelor negative, cu exhibarea atitudinii negativiste (delirul senzitiv al unui Kertschmer)

Sch: -0 semnifică refularea, negația;

C: - - semnifică ruperea contactului cu lumea.

Testul arborelui (Koch) oferă următoarele semne specifice schizofreniei:

- semne de degenerescență, când tabloul psihopatologic psihotic este avansat și apar note de organicitate;
- semne de sciziune (trăsături contrarii și inversate, în desen);
- antropomorfizări (o parte a arborelui este transformată în grimasă umană sau în element corporal dezarticulat în ansamblul desenului; aceste semne pot reprezenta fie o regresie la antropomorfizarea infantilă, fie o modificare a propriei personalități la nivelul schemei corporale). Impresia globală pe care o degajă desenul, în schizofrenie, poate fi: difuză, haotică, obscură, dezordonată, rece, infelxibilă, abstractă sau simbolică.

Testul persoanei (Machover, Human Figure Drawing-HFD) se pretează unei analize formale (mărimea desenului, amplasarea pe foaie, finalizarea, precizia trăsăturilor, simetria, proporțiile, perspectiva) și unei analize de conținut (tema, atitudinea personajelor, proporția părților corpului, expresia facială, posturală, accesoriile). Semnificațiile în schizofrenie sunt:

- forme rotunde: narcisism, sumisiune;
- forme angulare: agresivitate, masculinitate, opoziție;
- omisiuni și deghizări, înversarea a sexului personajului desenat, în raport cu sexul subiectului; mutilare a personajului desenat (perturbări în planul identității eului);
- în locul probei propriu-zise, subiectul se întreține vorbind despre desenul său în pagină (zonele câmpului grafic, cum: fulger, simbolica scufiță după Grumbach, Koch), aspectul formal în desen și aspectele de conținut în corelație cu alte date semnificative ale paginării (stângaci), deformări semnificative ale trăsăturilor și părților (disproporții, modificări de contur, în relație cu tipul constituțional, alterări, contaminări).

Inventarul de personalitate Minnesota (MMPI) constă în peste [illegible] de afirmații, cu [illegible] de răspuns: [illegible] adevărat, [illegible] fals, [illegible] nu știu. Scalele sunt [illegible] hebefrenie. Scala [illegible] aproximativ 60% din [illegible] ale introverte sau [illegible] [illegible] [illegible]

SCALA DE EVALUARE A SIMPTOMELOR NEGATIVE (SANS)

RETRAGERE SAU SĂRĂCIE AFECTIVĂ

Retragerea sau tocirea afectivă se manifestă printr-o sărăcire caracteristică a expresiei reactivității și sensibilității emoționale. Aplatizarea emoțională poate fi evaluată prin observarea comportamentului pacientului și a reactivității sale cu ocazia unei conversații de rutină. Evaluarea anumitor puncte poate fi influențată de medicamente, Astfel, efectele secundare pseudo-parkinsoniene ale neurolepticelor pot reduce tulburările de mimică și postură. Alte elemente ale afectului, din contră, nu sunt deloc modificate, ca de ex. reactivitatea sau caracterul adecvat al răspunsurilor afective.

1 – Expresia stereotipă a feței

Expresia facială apare rigidă, stereotipă, mecanică. Se observă absența sau diminuarea modificărilor de expresie așteptate, ținând seama de conținutul emoțional al discursului. Neurolepticele putând mima aceste efecte, observatorul trebuie să fie atent să noteze dacă pacientul se află sub tratament, fără să încerce să își „corecteze" notițele.

0 - absentă – mimica este normală și adaptată
1 - există dubii legate de o diminuare
2 - ușoară – expresivitate facială puțin diminuată
3 - moderată – expresivitatea facială este net diminuată
4 - importantă – expresivitatea facială este diminuată în măsură importantă
5 - severă – expresia facială nu se modifică practic niciodată

2 – Diminuarea mișcărilor spontane

Pacientul stă așezat, imobil în timpul convorbirii și prezintă puțin sau deloc mișcări spontane. Nu își modifică poziția, nu își mișcă picioarele sau mâinile sau face acestea în măsură mai mică decât ar fi de așteptat în mod normal.

0 - absentă – pacientul se mișcă normal sau hiperactivitate
1 - există dubii legate de o diminuare
2 - ușoară – mișcări spontane, puțin diminuate
3 - moderată – diminuare netă a mișcărilor spontane
4 - importantă – diminuare importantă a mobilității
5 - severă – pacientul rămâne așezat și nemișcat în timpul examinării.

3 – Sărăcia expresiei gestuale

Pacientul nu își folosește mișcările corpului pentru a facilita exprimarea ideilor, ca de ex. gesturi ale mâinilor, poziție aplecată înainte pe scaun atunci când este atent sau rezemat pe spate atunci când este relaxat. Acestea pot fi prezente pe lângă diminuarea mișcărilor spontane.

0 - absentă – pacientul utilizează expresii gestuale normale sau excesive
1 - există dubii legate de o diminuare
2 - ușoară – expresia gestuală este puțin diminuată
3 - moderată – netă diminuare a expresiei gestuale
4 - importantă – diminuare importantă a expresiei gestuale
5 - severă – pacientul nu își folosește niciodată corpul pentru a se exprima

4 – Sărăcia contactului vizual

Pacientul evită să își privească interlocutorul sau să își folosească privirea pentru a se exprima. Privirea sa pare pierdută în gol chiar și atunci când vorbește.

0 - absentă – expresie și contact al privirii normale
1 - există dubii legate de o diminuare
2 - ușoară – contact și expresie a privirii puțin diminuate
3 - moderată – netă diminuare a contactului și a expresiei privirii
4 - importantă – contactele mijlocite de privire sunt rare
5 - severă – pacientul nu privește niciodată observatorul

5 – Absența răspunsurilor afective

Nu râde sau nu zâmbește deloc, chiar dacă este incitat în acest sens. Acest punct poate fi testat glumind sau zâmbind într-un fel care, în mod obișnuit, determină un zâmbet la un subiect normal.

Observatorul poate de asemenea să întrebe zâmbind „ați uitat cum să zâmbiți?"

0 - fără absență a răspunsurilor afective
1 - există dubii legate de absența răspunsurilor afective
2 - ușoară – absența răspunsului este ușoară dar certă
3 - moderată – diminuare moderată a răspunsurilor
4 - importantă - diminuare importantă a răspunsurilor
5 - severă – absența răspunsului, chiar și după incitare

6 – Afect inadecvat

Afectul exprimat este inadecvat sau incongruent și nu pur și simplu sărac și aplatizat. Cel mai adesea aceste manifestări ale tulburării afective se exprimă sub forma unor zâmbete sau a unei expresii faciale „tâmpe", cu ocazia unor conversații serioase sau triste. (Uneori bolnavul poate râde sau zâmbi chiar dacă vorbește despre subiecte serioase dar jenante sau penibile. Cu toate că aceste zâmbete pot părea incongruente, ele se datorează anxietății și nu trebuie cotate ca afect inadecvat). În acest cadru nu se cotează sărăcia sau absența afectului.

0 - inexistent – afectul nu este inadecvat
1 - există dubii
2 - ușor – cel puțin o manifestare de zâmbet sau alt afect inadecvat
3 - moderat – manifestări ocazionale ale unui afect inadecvat
4 - important - manifestări frecvente ale unui afect inadecvat
5 - sever – expresii afective inadecvate, în cea mai mare parte a timpului

7 – Monotonia vocii

Atunci când vorbește, pacientul nu prezintă inflexiuni vocale normale. Discursul este monoton, modificările de ton sau volum nu evidențiază cuvintele importante. Bolnavul poate să nu își adapteze volumul vocii atunci când schimbă subiectul, așadar nu își coboară tonul pentru a discuta probleme intime sau nu ridică tonul când trece la subiecte stimulante, pentru care este de așteptat de obicei o voce mai puternică.

0 - absentă – inflexiuni normale ale discursului
1 - există dubii legate de o diminuare
2 - ușoară – inflexiuni vocale puțin diminuate

3 - moderată – netă diminuare a inflexiunilor vocale
4 - importantă – diminuare importantă
5 - severă – discurs complet monoton

8 – Evaluarea globală a sărăciei afective

Evaluarea globală ţine cont de severitatea aplatizării afective în ansamblu. O importanţă aparte trebuie acordată nucleului reprezentat de absenţa reactivităţii, de diminuarea globală a trăirii emoţionale şi de caracterul său inadecvat.

0 - fără sărăcie afectivă – afect normal
1 - există dubii legate de aplatizarea emoţională
2 - aplatizare emoţională uşoară
3 - aplatizare emoţională moderată
4 - aplatizare emoţională importantă
5 - aplatizare emoţională severă

ALOGIA

Alogia reflectă o gândire şi o capacitate cognitivă sărăcite, adesea întâlnite la pacienţii schizofreni. Procesele gândirii par vide, bombastice sau lente. Toate acestea se deduc din discursul subiectului. Cele două manifestări majore sunt „sărăcia discursului", (restricţie cantitativă) şi „sărăcia conţinutului discursului", (restricţie calitativă). Blocajele şi creşterea latenţei răspunsurilor pot de asemenea reflecta alogia.

9 – Sărăcia discursului

Reprezintă reducerea cantităţii de cuvinte spontane, consecinţa fiind răspunsuri scurte, concrete şi neelaborate la întrebări. Un plus de informaţii nesolicitat în mod explicit este rareori furnizat. De ex., la întrebarea „Câţi copii aveţi?" subiectul răspunde „Doi, un băiat şi o fată. Fata are doisprezece ani şi băiatul zece". „Doi" este tot ceea ce se cere în răspunsul la întrebare, restul răspunsului e o informaţie suplimentară. Răspunsurile pot fi monosilabice şi anumite întrebări pot fi lăsate fără răspuns. Confruntat cu acest tip de discurs, examinatorul trebuie să îi acorde subiectului timpul necesar pentru a-şi formula răspunsul şi pentru a răspunde.

Exemplu: examinatorul: „Consideraţi că există multă corupţie în guvern?". Subiectul: „Da, s-ar spune". Examinatorul: „Credeţi că D.W. şi P.S. au fost corect trataţi?" Subiectul: „Nu ştiu". Examinatorul: „Lucraţi înainte de a veni la spital?" Subiectul: „Nu". Examinatorul: „Cu ce vă ocupaţi înainte?" Subiectul: „Nu ştiu, nu-mi place nici un fel de muncă". Examinatorul: „Până când v-aţi urmat studiile?" Subiectul: „Sunt încă în clasa I". Examinatorul: „Câţi ani aveţi?" Subiectul: „Douăzeci şi opt de ani".

0 - fără sărăcie a discursului – răspunsurile sunt substanţiale şi adecvate
1 - dubii – discursul conţine informaţii suplimentare
2 - uşoară sărăcie a discursului – răspunsurile, deşi date la timp, nu conţin o informaţie elaborată
3 - moderată sărăcie a discursului – anumite răspunsuri nu conţin o informaţie elaborată într-un mod adecvat şi numeroase replici sunt monosilabice sau foarte scurte („da", „nu", „poate", „nu ştiu", „în ultima săptămână")
4 - importantă sărăcie a discursului – răspunsurile reprezintă rar mai mult de câteva cuvinte
5 - severă sărăcie a discursului – subiectul se exprimă foarte puţin şi nu răspunde uneori la întrebări

10 – Sărăcia conținutului discursului (ideatică)

Cu toate că răspunsurile sunt suficient de lungi pentru ca discursul să fie normal cantitativ, acesta conține puține informații. Limbajul are tendința de a fi vag, adesea prea abstract sau concret, repetitiv, stereotip. Referitor la aceasta, examinatorul poate remarca faptul că subiectul a vorbit un anumit timp fără să fi furnizat informații pertinente ca răspuns la întrebare. Invers, subiectul poate furniza o informație suficientă dar în cadrul unui discurs lung. Astfel, un răspuns lung poate fi rezumat în una sau două fraze. Uneori, examinatorul are impresia unui discurs „filozofând în gol". Aceasta exclude discursurile împrăștiate, care conțin o mulțime de detalii.

Exemplu: interlocutorul: „Bun, de ce, după părerea dvs., oamenii cred în Dumnezeu?", bolnavul: „Bine, în primul rând pentru că, he, este persoana care, este pentru mântuirea sa. El vorbește și merge cu mine. Și hei, ce cred eu despre asta, hm o mulțime de oameni, he nu se cunosc pe ei înșiși. Pentru că, hei, ei nu sunt, toți, pur și simplu, nu se cunosc pe ei înșiși. Ei nu știu că, he, mi se pare, cea mai mare parte nu știu că el merge și vorbește cu ei. Și, he, le arată calea. Înțeleg de asemenea că fiecare bărbat și fiecare femeie nu merge în aceeași direcție. Anumite persoane se îndreaptă diferit. Își urmează căile. Calea menită lor de Christos. Eu personal mă îndrept, he, știind ce e bine și ce e rău. Nu pot face decât așa, nici mai mult nici mai puțin."

0 - absentă
1 - există dubii
2 - ușoară sărăcie a conținutului discursului - anumite răspunsuri sunt prea vagi pentru a fi clare sau ar putea fi mult reduse
3 - sărăcie moderată a conținutului discursului - răspunsuri vagi, frecvente, sau care ar putea fi reduse la mai puțin de un sfert
4 - sărăcie importantă a discursului. Cel puțin jumătate din discurs se compune din răspunsuri vagi sau ininteligibile
5 - sărăcie extremă a conținutului discursului - întregul discurs este vag, ininteligibil sau ar putea fi considerabil redus

11 – Blocaje

Suspendarea discursului înainte ca un gând sau o idee să fie dusă până la capăt. După o tăcere care poate dura de la câteva secunde până la câteva minute, subiectul indică faptul că nu își poate aminti ceea ce spunea sau dorea să spună. Existența blocajelor nu poate fi afirmată decât dacă subiectul descrie că și-a pierdut firul gândului sau dacă precizează, la întrebarea observatorului, că acesta era motivul pauzei.

0 - fără blocaje
1 - există dubii
2 - ușor - se produce o singură dată în decursul unei perioade de 15 minute
3 - moderate - se produc de două ori în 15 minute
4 - importante - se produc de trei ori în 15 minute
5 - severe - se produc de mai mult de trei ori în 15 minute

12 – Creșterea latenței de răspuns

Intervalul care trece înainte de răspunsul bolnavului la întrebări este mai lung decât în mod normal. Subiectul poate părea „distrat" și examinatorul se poate întreba dacă a auzit măcar întrebarea. Pacientul a înțeles întrebarea, dar are dificultăți în a-și ordona gândirea pentru a formula un răspuns adecvat.

0 - absentă - răspunsurile survin rapid
1 - există dubii
2 - ușoară - unele răspunsuri sunt precedate de un scurt interval de pauză
3 - moderată - creștere netă a latenței răspunsurilor
4 - importantă - creștere importantă a latenței răspunsurilor
5 - severă - existența unor pauze lungi înaintea fiecărui răspuns

13 – Evaluare globală

Semnele centrale ale alogiei fiind sărăcia discursului și a conținutului său, evaluarea globală trebuie să țină cont de acestea în mod special.

0 - absentă
1 - există dubii
2 - ușoară - sărăcire ușoară dar certă a gândirii
3 - moderată - sărăcirea gândirii este evidentă
4 - importantă - gândirea pare sărăcită în cea mai mare parte a timpului
5 - severă - sărăcirea gândirii pare practic permanentă

ABULIE - APATIE

Abulia se caracterizează printr-o lipsă de energie, de vioiciune, de interese. Pacienții sunt incapabili să se mobilizeze pentru a iniția sau pentru a duce la bun sfârșit orice tip de sarcină. Spre deosebire de diminuarea energiei sau a intereselor observate în depresie, ansamblul simptomatic „abulie" tinde să evolueze în mod cronic, fără a avea conotație de tristețe sau de afect depresiv. Repercusiunile economice și sociale ale acestui ansamblu simptomatic sunt adesea importante.

14 – Toaleta - igiena

Bolnavul acordă mai puțină atenție decât în mod normal toaletei și igienei sale personale. Îmbrăcămintea este neîngrijită, învechită sau murdară. Se spală rar, nu are grijă nici de părul său, nici de unghii sau dinți. Părul poate fi gras și prost pieptănat, mâinile și dinții murdari, respirația sau mirosul corporal dezagreabile. În ansamblu, ținuta este neglijentă, dezordonată. În cazuri extreme, hainele sunt zdrențuite și murdare.

0 - absența unor perturbări ale toaletei sau igienei personale
1 - există dubii
2 - ușoară - lipsa de îngrijire a înfățișării este ușoară dar netă
3 - moderată - înfățișare neîngrijită
4 - importantă - înfățișare foarte neîngrijită
5 - severă - extrem de neîngrijită

15 – Lipsa de perseverență la lucru sau la școală

Pacientul are dificultăți în a găsi sau a menține un loc de muncă (sau o integrare școlară) în raport cu vârsta și sexul său. Dacă este elev, nu își face temele acasă și poate chiar să lipsească de la ore. Nivelul său va reflecta aceste dificultăți. Dacă este student, se poate înscrie la diferite cursuri, dar le abandonează în parte sau pe toate în cursul anului. Chiar dacă este la vârsta când poate lucra, bolnavul poate să fi avut dificultăți în a-și păstra locul de muncă din cauza incapacității sale de a duce un lucru la bun sfârșit și din cauza aparentei sale iresponsabilități. Prezențele sale pot să fi fost neregulate, să fi plecat prea devreme, să nu-și fi terminat sarcinile încredințate, sau să le fi îndeplinit într-un mod dezordonat. Poate de asemenea să fi stat acasă fără să își caute

de lucru sau să fi căutat sporadic și în mod dezorganizat. Femeile casnice, pensionarii pot să nu își mai îndeplinească sau să dea peste cap treburile zilnice.

0 - absentă - perseverență normală la lucru sau la școală
1 - există dubii
2 - ușoară - ușoară lipsă de perseverență
3 - moderată - lipsă netă de perseverență
4 - importantă - lipsă evidentă de perseverență
5 - severă - nivelul școlar sau profesional nu a putut fi menținut

16 – Anergie fizică

Inerția este fizică: subiectul poate sta ore în șir așezat pe un scaun fără a întreprinde în mod spontan vreo activitate. Dacă este încurajat să se implice într-o activitate, poate să participe la aceasta pentru scurt timp, apoi să se îndepărteze sau să se retragă și să revină la a sta singur pe scaun. Poate să își petreacă o mare parte a timpului cu activități nesolicitând un efort fizic sau intelectual, ca de ex. să se uite la televizor sau să se joace singur. Familia poate descrie că „își petrece timpul nefăcând nimic" acasă la el. Acasă sau în mediu spitalicesc își poate petrece cea mai mare parte a timpului așezat în camera lui.

0 - absența anergiei fizice
1 - există dubii
2 - ușoară anergie
3 - moderată
4 - importantă
5 - severă

17 – Evaluare globală

Această evaluare trebuie să aibă în vedere severitatea globală a simptomelor de abulie ținând cont de normele de așteptat în conformitate cu vârsta și statutul social. O pondere importantă poate fi acordată unuia sau două simptome predominante în cadrul evaluării globale, dacă acestea sunt în mod particular frapante.

0 - absență
1 - există dubii
2 - ușoară dar netă
3 - moderată
4 - importantă
5 - severă

ANHEDONIE - RETRAGERE SOCIALĂ

Acest ansamblu de simptome grupează dificultățile pacientului schizofren de a resimți interes sau plăcere. Aceasta se poate traduce printr-o pierdere a interesului pentru activitățile agreabile, o incapacitate de a resimți plăcere în cursul activităților obișnuite considerate ca fiind agreabile sau printr-o lipsă de participare la diferite tipuri de relații sociale.

18 – Interese și activități în timpul liber

Bolnavul prezintă puține centre de interes, puține activități sau „hobby-uri". Cu toate că simptomele pot debuta lent, insidios, se poate cu ușurință identifica un declin în ra-

port cu nivelul anterior de interese și activități. Subiecții în cazul cărora tulburarea este ușoară vor desfășura activități pasive, ca de ex. privitul la televizor, iar aceste manifestări de interes vor fi ocazionale sau sporadice. În cazuri extreme, dimpotrivă, ei vor apărea ca fiind total incapabili de a aprecia o activitate sau de a se implica în ea. Evaluarea trebuie să țină cont de aspectele calitative și cantitative ale intereselor și activităților din timpul liber.

0 - lipsa dificultăților de a resimți plăcere în activitățile agreabile
1 - există dubii
2 - ușoare dificultăți de a resimți plăcere în activitățile agreabile
3 - dificultăți moderate de a resimți plăcere în activitățile agreabile
4 - dificultăți importante de a resimți plăcere în activitățile agreabile
5 - imposibilitate de a resimți plăcere în activitățile agreabile

19 – Interese și activități sexuale

Bolnavii pot prezenta o diminuare a intereselor și activităților sexuale: evaluarea trebuie să țină cont de vârsta și de statutul lor matrimonial. Subiecții căsătoriți pot să nu mai manifeste interes pentru activitățile sexuale sau să nu mai întrețină relații sexuale decât la solicitarea partenerului. În cazuri extreme, bolnavul nu se angajează în nici un fel de activitate sexuală. Celibatarii pot să petreacă mult timp fără relații sexuale, fără a încerca să satisfacă această nevoie. Căsătoriți sau celibatari, pacienții pot afirma că au nevoi sexuale minime sau pot resimți puțină plăcere în relațiile sexuale sau masturbare, chiar și atunci când le practică.

0 - absența incapacității de a se bucura de activități sexuale
1 - există dubii
2 - diminuare ușoară dar certă a capacității de a resimți o plăcere sexuală
3 - diminuare moderată a capacității de a resimți o plăcere sexuală
4 - diminuare importantă a capacității de a resimți o plăcere sexuală
5 - imposibilitate de a resimți o plăcere sexuală

20 – Incapacitate de a avea relații apropiate sau intime

Bolnavul poate prezenta o incapacitate de a dezvolta relații apropiate sau intime în raport cu vârsta, sexul și statutul său familial. În cazul tinerilor, acest domeniu trebuie evaluat ținând cont de relațiile cu sexul opus, cu părinții, frații și surorile. În cazul adulților mai în vârstă, dacă sunt căsătoriți, se vor evalua relațiile cu soțul/soția și copiii, dacă nu, cele cu sexul opus și cu familia cea mai apropiată. Pacienții pot să dea dovadă doar de puține sentimente și afecțiune (sau deloc) față de membrii familiei lor. Este posibil ca ei să își fi organizat viața într-un asemenea fel încât să evite relațiile intime, să trăiască singuri, fără a stabili un contact cu familia sau cu o persoană de sex opus.

0 - absentă
1 - există dubii
2 - incapacitate ușoară, dar certă, de a dezvolta relații apropiate sau intime
3 - incapacitate moderată de a dezvolta relații apropiate sau intime
4 - incapacitate importantă de a dezvolta relații apropiate sau intime
5 - incapacitate totală de a dezvolta relații apropiate sau intime

21 – Relațiile cu prietenii și colegii

Relațiile cu prietenii și colegii, oricare ar fi sexul lor, pot fi de asemenea sărăcite. Subiecții pot avea puțini prieteni (sau deloc) și pot face prea puține eforturi pentru a remedia acest fapt, alegând să fie singuri practic tot timpul.

0 - fără incapacitate de a lega relații de prietenie
1 - există dubii
2 - dificultate ușoară dar indiscutabilă de a lega relații de prietenie
3 - dificultate moderată de a lega relații de prietenie
4 - dificultate importantă de a lega relații de prietenie
5 - dificultate extremă de a lega relații de prietenie

22 – Evaluarea globală a anhedoniei și a retragerii sociale

Evaluarea globală trebuie să aibă în vedere severitatea ansamblului simptomatic anhedonie-retragere socială ținând cont de normele de așteptat în conformitate cu vârsta, sexul, statutul familial.

0 - absente
1 - există dubii
2 - semne ușoare dar nete de anhedonie-retragere socială
3 - semne moderate de anhedonie-retragere socială
4 - semne importante de anhedonie-retragere socială
5 - semne severe de anhedonie-retragere socială

ATENȚIA

Tulburările de atenție sunt frecvente în schizofrenie. Bolnavul poate avea dificultăți în fixarea atenției sau nu poate face aceasta decât în mod sporadic sau aleator. Poate ignora încercările de conversație sau poate părea neatent în cazul unui test sau al unei convorbiri. Poate sau nu să aibă conștiința dificultății sale de a-și fixa atenția.

23 – Neatenție în activitățile sociale

În cursul activităților sau relațiilor sale sociale, pacientul pare neatent. Într-o conversație, pare distrat, nu înțelege subiectul unei discuții, nu pare să participe, nici să fie preocupat. Poate înceta o discuție sau o activitate „ex abrupto", fără motiv aparent. Poate părea îndepărtat, absent, sau poate prezenta dificultăți de concentrare la jocuri, la citit sau în fața televizorului.

0 - absentă
1 - există dubii
2 - semne ușoare dar nete de inatenție
3 - semne moderate de inatenție
4 - semne importante de inatenție
5 - semne severe de inatenție

24 – Neatenție în cursul evaluării

Performanțele la teste simple explorând funcțiile intelectuale pot fi modeste în ciuda nivelului de educație și capacităților intelectuale. Pentru evaluare, subiectului i se poate cere să spună cuvântul „lume" de la coadă la cap sau să efectueze operații aritmetice simple ținând cont de nivelul școlar (serii de scăderi din 3 în 3 sau din 7 în 7, în funcție de nivelul școlar).

0 - fără erori
1 - există dubii (fără erori, dar subiectul ezită sau comite o eroare pe care o corectează)
2 - uşoară dar certă (o eroare)
3 - moderată (două erori)
4 - importantă (trei erori)
5 - severă (mai mult de trei erori)

25 – Evaluarea globală

Evaluarea globală a capacităţilor de atenţie sau concentrare trebuie să ţină cont de elementele clinice şi de performanţele la teste.

0 - absentă
1 - există dubii
2 - tulburare de atenţie uşoară dar certă
3 - tulburare de atenţie moderată
4 - tulburare de atenţie importantă
5 - tulburare de atenţie extremă.

În schizofrenie, cel mai important demers terapeutic este cel farmacologic, mai ales atunci când pacientul se află în faza activă de boală.

6.4.6. NEUROLEPTICE - STÂLPUL DE REZISTENŢĂ AL TERAPIEI ÎN SCHIZOFRENIE

Neurolepticele sunt substanţe cu structură chimică diferită, având ca efect principal acţiunea antipsihotică. În momentul actual, psihofarmacologia recunoaşte două clase de substanţe antipsihotice:

- antipsihotice din prima generaţie - „neurolepticele clasice"
- antipsihotice atipice - agenţi antipsihotici din a doua generaţie

Tipul de neuroleptic	Definiţie	Efecte
antipsihotice din prima generaţie - „neurolepticele clasice"	definite de **Delay şi Denicker (1957)**, ca fiind caracterizate prin acţiunea de blocare a receptorilor D2 predominant subcorticală, şi a receptorilor 5-HT_2,NA	**reducerea tulburărilor psihotice, predominant a simptomatologiei pozitive;**
		producerea sindromului extrapiramidal şi a unor manifestări neurovegetative;
		crearea „stării de indiferenţă psihomotorie";
		diminuarea excitaţiei şi agitaţiei motorii.
antipsihotice atipice - agenţi antipsihotici din a doua generaţie	definite de **Martres (1994)** drept substanţe psihotrope antagoniste ale receptorilor dopaminergici D2 varianţi (D2, D3, D4) D1, D5 serotoninergici 5-HT_2, nicotinici, muscarinici şi histaminici; au „acţiune polivalentă", exprimată la nivel mezencefalic, hipocampic şi cortical	**efect antipsihotic asupra simptomatologiei pozitive şi negative**
		foarte rar fenomene extrapiramidale sau diskinezii tardive. efect cataleptigen puţin exprimat
		tendinţe de modificare a formulei sanguine
După **Marinescu D, Chiriţă A, 2001**		

EFECTELE TERAPEUTICE ALE NEUROLEPTICELOR

1. Efectul sedativ manifestat prin acţiunea psiholeptică cu sau fără acţiune hipnotică, constă în inhibiţia şi reducerea evidentă a stării de excitaţie psihomotorie, a agitaţiei şi agresivităţii.

2. Efectul antianxios combate anxietatea psihotică „angoasa de neantizare" sau „angoasa de destructurare, depersonalizare".

În aceste tulburări anxioase psihotice, anxioliticele benzodiazepinice sunt ineficiente, motiv pentru care au fost denumite şi tranchilizante minore sau „cu efect limitat", în comparaţie cu neurolepticele denumite iniţial tranchilizante majore.

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

- acţiune antidelirantă (deliriolitică);
- acţiune antihalucinatorie (halucinolitică).

Aceste efecte sunt obţinute rapid în comparaţie cu influenţarea altor mecanisme psihopatologice, cum ar fi: intuiţia delirantă, interpretările delirante şi prelucrările delirante secundare (munca delirantă).

4. Efectul antiautistic şi/sau dezinhibitor

Acţiunea terapeutică este dominată de combaterea simptomelor negative primare din schizofrenie (autismul, ambivalenţa, incoerenţa, aplatizarea afectivă, disocierea şi depresia) sau a celor secundare din stările defectuale post-procesuale dominate de

simptome negative. În cadrul acestor efecte se situează și efectul antidepresiv produs de unele neuroleptice tipice sau atipice (flupentixol, tioridazin, sulpirid, leponex etc).

Clasificarea neurolepticelor după activitatea psihofarmacologică

Acțiune	Acțiune terapeutică	Efecte adverse	Exemple
Antidopaminergică + Antinoradrenergică	Putemic sedativă, combate: agitația psihomotorie anxietatea psihotică excitația psihomotorie	somnolență hipotensiune sindrom neuroleptic malign (SNM)	Levomepromazina Clorpromazina Loxapina Properciazina Tioridazina
Antidopaminergice selective	Antipsihotică: deliriolitică halucinolitică antimaniacală sedativă	Extrapiramidale: akatisie diskinezie tardivă SNM	Majeptil Haloperidol Flufenazina Flupentixol
Antidopaminergice moderate	Antipsihotică moderată: dezinhibitorie combat simptomele negative din schizofrenie antidepresivă	Extrapiramidale	Trifluoperazin Sulpirid Amisulpirid Pipotiazina Pimozid Flupentixol Tioridazina

Efecte adverse

Aceste efecte nedorite, dar în același timp inevitabile prin frecvența și amplitudinea lor, constituie o componentă importantă a terapiei antipsihotice, ce scade semnificativ complianța terapeutică. Depistarea și contracararea lor depind în egală măsură de cooperarea dintre medicul terapeut și pacient, împreună cu anturajul său, cât și de monitorizarea acestor fenomene și o corectă informare.

În acest sens considerăm reală posibilitatea prevenirii sau cel puțin diminuării efectelor secundare, atât prin jocul dozelor cât mai ales prin utilizarea adecvată a medicației antipsihotice (cercetările fundamentale biochimice și neurofiziologice constituind un argument în favoarea acestei afirmații).

Ca urmare a dezvoltării psihofarmacologiei clinice a apărut clasa **neurolepticelor depozit.** Indicația majoră este de fapt tratamentul de întreținere în schizofrenie, tulburări psihotice cronice, tulburări afective bipolare, episoade acute delirante survenite pe fundalul tulburărilor de personalitate etc.

Făcând sinteza privind terapia somatică trebuie subliniat că:

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

Antipsihotice depozit
(după Taylor D, 1999)

D.C.I.	Preparat	Observaţii
Flupentixol decanoat	Fluanxol Depixol	Exaltarea dispoziţiei
Flufenazina decanoat	Modecate	Efecte extrapiramidale (EPS) puternice Accentuează depresia
Haloperidol decanoat	Haldol	EPS accentuat Slabă sedare
Pipotiazină palmitat	Piportil	EPS rare
Zuclopentixol decanoat	Clopixol	Util şi în controlul agitaţiei cu agresivitate

În ultimul deceniu noua clasă de antipsihotice "atipice" (neurolepticele *NOVEL*) au adus o rază de speranţă prin calităţile lor: puterea antipsihotică, mai puţine efecte secundare, active în multe din cazurile refractare, active şi în simptomele negative (Clozapina, Risperidona).

6.4.7. POSIBILITĂŢI DE INTERVENŢIE TERAPEUTICĂ A PSIHOLOGULUI CLINICIAN

În ceea ce priveşte tratamentul psihosocial, sunt necesare câteva strategii pentru o intervenţie eficientă:

- Detecţie şi intervenţie timpurie
- Facilitarea farmacoterapiei
- Tehnici de tratament în internare
- Managementul stresului îngrijitorului
- Învaţarea aptitudinilor traiului zilnic
- Managementul cazurilor sociale
- Tehnici educaţionale şi terapie familială
- Intervenţii cognitiv-comportamentale

După externare, o şedinţă de psihoterapie durează în medie 45-50 de minute şi se face în general săptămânal. Terapeutul trebuie să poarte o discuţie deschisă şi să stabilească care sunt problemele, motivele de îngrijorare ale pacientului, ce efecte adverse ale medicaţiei prezintă, pentru a-l ajuta să-i crească complianţa, care sunt scopurile terapeutice pe termen scurt, mediu şi lung. Terapia suportivă familială este esenţială în schema terapeutică, unul din punctele cheie fiind acţiunea de informare asupra bolii şi tratamentului.

Terapeutul trebuie să fie conştient că suicidul este cea mai frecventă cauză de moarte prematură în schizofrenie şi că pacienţii schizofrenici raportează mai rar în mod spontan intenţiile suicidare. Drept urmare, terapeutul ar trebui să întrebe în mod direct despre ideaţia suicidară. Câteva studii arată că mai mult de două treimi dintre pacienţii schizofrenici care s-au sinucis, au văzut un medic în ultimele 72 de ore dar că acesta nu a suspectat nimic în acest sens. Cei mai susceptibili la a comite actul suicidar sunt pacienţii cu puţine simptome negative, care încă pot trăi afecte dureroase. Perioadele care urmează după externarea din spital şi după pierderea unei relaţii importante au fost identificate ca perioadele cu risc crescut pentru suicid.

6.5. TULBURĂRILE ANXIOASE

Simptom ubicuitar în patologia psihiatrică anxietatea se întâlnește într-o proporție mai mult sau mai puțin importantă în majoritatea sindroamelor și entităților nosografice din psihiatrie. În mod clasic, ea era axul central al nevrozelor, categorie nosologică pe care clasificările moderne însă nu au mai acceptat-o. Tulburările de anxietate au fost grupate de autorii americani în următoarele categorii:

Tulburările anxioase (pe baza clasificării DSM-IV) - 1994

- Tulburările anxioase fobice (fobia specifică, fobia socială, agorafobia)
- Atacuri de panică
- Tulburarea anxioasă generalizată
- Tulburarea obsesiv-compulsivă
- Reacția acută la stres
- Tulburarea de stres posttraumatică

Manualul **ICD 10** a reținut din această clasificare următoarele categorii:

- Tulburările anxios-fobice
- Alte tulburări anxioase
- Tulburarea obsesiv-compulsivă
- Reacția la stres sever și tulburări de adaptare

6.5.1. TULBURAREA ANXIOASĂ GENERALIZATĂ

6.5.1.1. Definiție

Tulburarea anxioasă generalizată se caracterizează prin anxietate persistentă pentru o perioadă de câteva luni. Anxietatea sau simptomele somatice produc suferințe marcate în arii funcționale importante (activitate socială, muncă). Există frecvent trei aspecte cheie ale bolii: îngrijorare și neliniște greu de controlat, tonus muscular crescut (cefalee, agitație) și hiperactivitate vegetativă (simptome gastro-intestinale și cardiovasculare).

Vârsta de debut este în ultima parte a adolescenței, până la 20 de ani, dar pot exista unele simptome în antecedentele pacienților. Tulburarea anxioasă generalizată este de obicei persistentă și în lipsa tratamentului nu apar perioade de remisiune mai lungi; totuși, cu înaintarea în vârstă, pacienții au mai puține simptome și par mai puțin afectați. Majoritatea pacienților se ameliorează în primele 6 luni de tratament, dar de obicei este nevoie de un tratament pe termen lung. Simptomele mai severe și ideea suicidară se asociază cu un prognostic mai prost. Depresia este frecventă și este posibil ca anxietatea persistentă să predispună pacientul la depresie.

6.5.1.2. Scurtă prezentare clinică

Simptomul principal al tulburării anxioase generalizate este anxietatea generalizată și persistentă, care nu apare indiferent de condițiile de mediu.

Cele mai comune simptome sunt:

- nervozitate
- tremor
- tensiune musculară

- transpiraţii
- ameţeală
- palpitaţii
- disconfort epigastric

Cu toate că simptomele şi semnele anxietăţii variază de la persoană la persoană, semnele obişnuite sunt tensiune motorie, hiperactivitate vegetativă, expectaţii aprehensive şi vigilenţă exagerată. Pacienţii cu tulburare anxioasă generalizată nu semnalează fluctuaţii bruşte ale nivelului de anxietate şi simptomele vegetative caracteristice panicii.

Îndreptar diagnostic

Conform **ICD 10,** diagnosticul de tulburare de anxietate generalizată se pune în următoarele condiţii:

Suferindul trebuie să aibă simptomele primare ale anxietăţii mai multe zile, cel puţin câteva săptămâni în şir. Aceste simptome trebuie să cuprindă, de obicei, următoarele elemente:

(a) Aprehensiune (temeri despre viitoare nenorociri, sentimentul de a fi „pe marginea prăpastiei", dificultăţi de concentrare etc.);

(b) Tensiune motorie (frământare permanentă, cefalee tip tensiune, tremurături, incapacitate de relaxare);

(c) Hiperactivitate vegetativă (ameţeli, transpiraţii, tahicardie sau tahipnee, disconfort epigastric, gură uscată etc.). La copii, nevoia de protecţie şi acuzele somatice pot fi predominante.

Apariţia tranzitorie (pentru câteva zile, din când în când) a altor simptome, în special a depresiei, nu exclude tulburarea de tip anxietate generalizată ca diagnostic principal, dar subiectul nu trebuie să întrunească toate criteriile pentru episodul depresiv (F32), tulburarea anxios-fobică (F40), tulburarea de panică (F41.0) sau tulburarea obsesiv-compulsivă (F42).

Include:	starea anxioasă nevroza anxioasă reacţia anxioasă
Exclude:	neurastenia

Spre deosebire de pacienţii cu panică, la care simptomele apar brusc, pacienţii cu tulburare anxioasă generalizată trec printr-o anxietate difuză persistentă, fără simptomele specifice ce caracterizează tulburarea fobică, panica sau tulburarea obsesiv-compulsivă.

Numeroase afecţiuni somatice şi utilizarea unor medicamente se pot însoţi de anxietate.

AFECŢIUNI SOMATICE ŞI MEDICAMENTE ASOCIATE CU ANXIETATEA

Afecţiuni somatice	*Medicamente*
Anemia	Alcool
Angina pectorală	Amfetamine
Astm	Aminofilină
Carcinoid	Anticolinergice
Aritmii cardiace	Antihistaminice
Cardiomiopatii	Antihipertensive
Colagenoze	Agenţi antituberculoşi
Sindrom carcinoid	Bromocriptină
Sindrom Cushing	Cofeină
Bronhopneumopatie cronică obstructivă (BPOC)	Cocaină
Anomalii electrolitice	Digitalice (intoxicaţie)
Hiperparatiroidism	Dopamină
Hipertiroidism şi Hipotiroidism	Efedrină
Hipoglicemie	Epinefrină
Insulinom	Glucocorticoizi
Simptome de menopauză	Halucinogene
Prolaps de valvă mitrală	Lidocaină
Porfirie	Metilfenidat
Pneumotorax	Pentazocină
Edem pulmonar	Fenilefrină
Epilepsie de lob temporal	Salicilaţi
Vertij	Sedative hipnotice (sevraj)
	Teofilină
	Agenţi tiroidieni

6.5.1.3. Epidemiologie, date de evoluţie şi prognostic

Anxietatea reprezintă una dintre cele mai întâlnite emoţii umane, iar anxietatea patologică este una dintre condiţiile psihiatrice cele mai frecvente. Se consideră că circa 25% din populaţia generală a întrunit, cel puţin o dată în viaţă, criteriile pentru una dintre tulburările anxioase. Femeile prezintă o incidenţă mai mare a anxietăţii decât bărbaţii, iar statutul socio-economic scăzut reprezintă un factor de risc pentru apariţia anxietăţii.

Tulburarea anxioasă generalizată este o tulburare cronică, cu evoluţie fluctuantă, cu exacerbări ale simptomelor în perioadele cu multe evenimente solicitante.

Prognosticul tulburării anxioase generalizate depinde de:

- nivelul funcţionării sociale anterioare;
- suportul social;
- complianţa la tratament.

Tulburarea anxioasă generalizată **se complică** frecvent cu:

- alte tulburări anxioase;
- abuzul de alcool sau de alte droguri;
- dependenţa de alcool sau de alte droguri.

6.5.1.4. Factori etiopatogenici implicaţi în apariţia tulburării

Teoriile psihanalitice

Conform concepţiei definitivate de **Freud,** anxietatea este un semnal pentru pericolul penetrării în conştient a dorinţelor infantile inacceptabile, reprimate, de natură sexuală. Dacă mecanismele de defensă nu reuşesc să neutralizeze pericolul, apare anxietatea simptomatică, iar teoriile moderne analitice afirmă că prin cedarea completă a mecanismelor de defensă, anxietatea progresează spre un status de panică.

Teoria psihanalitică afirmă că, prin perceperea anxietăţii ca o tulburare, se pierde din vedere semnificaţia de semnal şi există pericolul ignorării cauzelor subiacente. Astfel, scopul intervenţiei psihanalitice nu este în primul rând eliminarea anxietăţii, ci creşterea toleranţei la aceasta, pentru a putea percepe adecvat semnalul şi conflictul subiacent. Conform acestei teorii, cuparea cu mijloace psihofarmacologice a anxietăţii înseamnă a ignora situaţiile de viaţă care au provocat apariţia acesteia.

Teoriile comportamentale referitoare la anxietate au pus bazele unor tratamente eficiente. Conform acestor teorii, anxietatea reprezintă un răspuns condiţionat la stimuli specifici de mediu sau un răspuns de imitare a reacţiilor anxioase ale părinţilor. Teoriile comportamentale au încercat să explice apariţia anxietăţii prin mai multe modele:

a) ***Modelul condiţionării clasice***, care implică asocierea unui stimul nociv (stimul necondiţionat) cu un stimul iniţial neutru (o situaţie socială, un obiect etc.). După apariţia acestei condiţionări apare comportamentul de evitare a stimulului pentru a preveni apariţia anxietăţii. Carenţa majoră a acestui model constă în imposibilitatea determinării la majoritatea pacienţilor a stimulului nociv care a determinat răspunsul anxios.

b) ***„Frica de frică" - frica de apariţie a anxietăţii şi condiţionarea interoceptivă***. Cel mai temut lucru pentru individul cu tulburare anxioasă este apariţia anxietăţii, şi nu situaţia fobică în sine. S-a sugerat, astfel, că apariţia anxietăţii este rezultatul unui proces de condiţionare internă. Conform acestui model, stimuli interni iniţial indiferenţi (disconfort intestinal sau o uşoară ameţeală) pot prin condiţionare să devină factorii declanşatori pentru anxietate. Ca rezultat, individul îşi va supraveghea foarte atent reacţiile interne, în căutarea unor indicii ale apariţiei unei posibile anxietăţi. Modelul nu poate însă explica identitatea dintre stimulii condiţionaţi (de exemplu palpitaţiile) şi simptomele răspunsului condiţionat (aceleaşi palpitaţii care pot apărea în tulburarea anxioasă).

c) ***Interpretarea catastrofică.*** Prin prisma acestui model, anxietatea este produsă de interpretarea greşită a senzaţiilor corporale. Astfel, palpitaţiile pot fi interpretate ca un infarct miocardic iminent, iar ameţeala ca debutul unei condiţii psihice sau neurologice. Modelul nu justifică însă apariţia anxietăţii la indivizii care nu au raportat anterior anxietăţii nici un simptom fizic sau psihic.

d) ***Sensibilitatea la anxietate***. Acest model postulează că indivizii care prezintă o mare sensibilitate la anxietate sunt predispuşi la a interpreta eronat propriile senzaţii. Se pare că sensibilitatea la anxietate reprezintă o trăsătură:

- ce reflectă credinţe eronate despre simptomele anxioase;
- ce apare înaintea anxietăţii;
- ce predispune la anxietate.

Teoriile biologice au apărut ca urmare a:

- modelelor de anxietate provocată la animale;
- studiul factorilor neurobiologici la pacienţii cu anxietate;
- lărgirii cunoştinţelor referitoare la psihotrope.

În cadrul conceptului biologic despre anxietate există două tendinţe:
- prima consideră că modificările biologice reflectă conflictele psihologice.
- cea de a doua, opusă, postulează că modificările biologice preced şi determină conflictele psihologice.

6.5.1.5. Investigaţii psihologice specifice

Scala Hamilton de anxietate

Scala Hamilton pentru evaluarea anxietăţii a fost concepută la sfârşitul anilor 1950 pentru a evalua simptomele anxietăţii, atât somatice cât şi cognitive. Deoarece conceptualizarea anxietăţii s-a schimbat considerabil în timp, scala Hamilton acoperă o gamă limitată de „acuze" cerute de diagnosticul de tulburare anxioasă generalizată din DSM-IV şi nu include anxietatea episodică din tulburarea de panică. Există 14 itemi, fiecare dintre ei evaluaţi de la 0 la 4 în funcţie de severitate, cu un scor total variind de la 0 la 56. Un scor de 14 a fost sugerat ca fiind pragul pentru o anxietate clinic semnificativă, iar scoruri de 5 şi mai puţin sunt tipice pentru indivizii dintr-o comunitate. Scala este concepută pentru a fi aplicată de către un intervievator specializat. Această scală a fost adeseori folosită pentru monitorizarea răspunsului la tratament.

Nume:
Prenume:
Vârstă:
Diagnostic:

SCALA DE ANXIETATE HAMILTON

	0 1 2 3 4
1. Griji, anticiparea unor supărări, presimţiri înspăimântătoare, iritabilitate	
2. Sentimente de tensiune, fatigabilitate, răspuns speriat, tendinţa de a lăcrima uşor, tremurat, sentimente de nelinişte, imposibilitate de a se relaxa	
3. Frica de întuneric, de necunoscuţi, de a fi părăsit singur, de animale, de trafic, de mulţime	
4. Dificultăţi la adormire, somn întrerupt, somn nesatisfăcător şi oboseală la trezire, vise coşmare, teroare nocturnă	
5. Dificultăţi de concentrare, memorie săracă	
6. Lipsa de interes, lipsa de plăcere în ceea ce constituia hobby, tristeţe, trezire devreme, oscilaţii diurne ale dispoziţiei	
7. Dureri somatice, musculare, ticuri nervoase, crispări, tresăriri musculare, clănţănitul dinţilor, voce nesigură, creşterea tonusului muscular	
8. Senzaţie de înţepenire, înceţoşarea vederii, valuri de cald şi de frig, senzaţii de slăbiciune, înţepături	
9. Tahicardie, palpitaţii, dureri în piept, perceperea vibraţiei vaselor, senzaţii de leşin, impresia de oprire a inimii	
10. Presiune sau constricţie în piept, senzaţii de înecare, înăbuşire, oftaturi, dispnee	

	0 1 2 3 4
11. Dificultăţi de deglutiţie, meteorism, dureri abdominale, arsuri, balonare abdominală, greaţă, vărsături, borborisme, absenţa tranzitului, constipaţie, diaree, pierdere în greutate	
12. Creşterea frecvenţei micţiunilor, senzaţie de necesitate imperioasă de a urina, amenoree, metroragie, frigiditate sau impotenţă, ejaculare prematură, absenţa libidoului	
13. Gura uscată, înroşirea tegumentelor, paloare, tendinţa la transpiraţie, stare de „zăpăceală", tensiune, cefalee, „piele de găină"	
14. Neastâmpăr, agitaţie, nelinişte sau placiditate, tremur al mâinilor, frunte încreţită, faţă încordată, tahipnee, paloare facială, deglutiţie în gol, eructaţii, contracturi ale tendoanelor, pupile dilatate	
TOTAL SCOR	

Observaţii şi concluzii:
Completat de: ..... Data: .....

ITEMII SCALEI DE ANXIETATE HAMILTON

1. Stare anxioasă (îngrijorare, aşteptarea a tot ce poate fi mai rău, teama de ceea ce urmează, irascibilitate)

2. Tensiune (senzaţia de tensiune, oboseşte uşor, reacţie de tresărire, îi dau lacrimile uşor, tremurături, senzaţie de neliniste, incapacitatea de a se relaxa)

3. Teamă (de întuneric, de persoane necunoscute, de singurătate, de animale, de trafic sau de aglomeraţie)

4. Insomnie (adoarme cu dificultate, somn intermitent, somn neodihnitor şi oboseală la trezire, vise, coşmaruri, spaime nocturne)

5. Intelectual (dificultăţi de concentrare, memorie slabă)

6. Stare depresivă (pierderea interesului, lipsa plăcerii în exercitarea hobby-urilor, depresie, trezire devreme, oscilaţii dispoziţionale diurne)

7. Somatic (muscular) (dureri, spasme, blocaje, tresăriri mioclonice, scrâşnete din dinţi, voce tremurată, tonus muscular crescut)

8. Somatic (senzorial) (tinnitus, vedere înceţoşată, senzaţii de cald şi de frig, senzaţie de slăbiciune, înţepături)

9. Simptome cardiovasculare (tahicardie, palpitaţii, dureri în piept, vase de sânge palpitând, senzaţii de leşin)

10. Simptome respiratorii (apăsare sau greutate în piept, senzaţii de sufocare, oftat, dispnee)

11. Simptome gastrointestinale (dificultăţi la înghiţire, flatulenţă, dureri abdominale, senzaţii de arsură, balonare, greaţă, vomă, tulburări intestinale, pierdere în greutate, constipaţie)

12. Simptome urogenitale (frecvenţa micţiunii, urgenţa micţiunii, amenoree, metroragie, apariţia frigidităţii, ejaculare precoce, pierderea libidoului, impotenţă)

13. Simptome autonome (uscăciunea gurii, congestionare, paloare, tendinţa de a transpira, vertij, migrene datorate tensiunii, piloerecţie)

14. Comportamentul la interviu (neastâmpăr, agitaţie, încruntare, expresie încordată, oftat sau respiraţie precipitată, paloare facială, înghiţire în sec, eructaţie, spasme ale tendoanelor, pupile dilatate, exoftalmie etc.)

Punctajul este de la 0-absent, 1-slab, 2-moderat, 3-sever, 4-foarte sever, unde:

- **Slab**: Se manifestă neregulat şi pentru perioade scurte.
- **Moderat**: Se manifestă relativ constant şi durează mai mult, subiectul trebuind să depună efort considerabil pentru a-i face faţă.
- **Sever**: Se manifestă continuu şi domină viaţa subiectului.
- **Foarte sever**: se manifestă ca un handicap.

6.5.1.6. Intervenţia psihofarmacologică în tulburările anxioase

Anxiolitice şi tranchilizante

Definiţie. Anxioliticele reprezintă o clasă de substanţe ce se distinge prin diminuarea anxietăţii, reducerea stării de tensiune psihică, acţiune asupra stărilor de excitaţie – agitaţie psihomotorie, ameliorarea tulburărilor de comportament, echilibrarea reacţiilor emoţionale. Au efect în manifestările somatice ce constituie expresia anxietăţii sau depresiei mascate.

Dezvoltarea psihofarmacologiei a modificat în ultimul deceniu clasificarea iniţială, multe din substanţele tranchilizante dovedindu-şi utilitatea şi în afecţiuni psihotice, iar descifrarea mecanismelor neurobiologice pentru tulburările anxioase şi obsesivo-compulsive a diversificat clasele de medicamente anxiolitice în perspectiva utilizării lor clinice.

Deşi, din cele mai vechi timpuri, substanţe ca alcoolul şi o serie de plante (passiflora, valeriana) au fost folosite pentru proprietăţile lor sedative, prima substanţă tranchilizantă folosită pe scară largă a fost meprobamatul - 1954.

Tranchilizantele cuprind la ora actuală un grup heterogen de substanţe cu acţiuni farmacologice diferite, al căror principal efect terapeutic este reducerea anxietăţii, motiv pentru care majoritatea clasificărilor actuale preferă denumirea de medicamente anxiolitice.

Principalele anxiolitice folosite în practica medicală

Denumire internaţională	D.C.I.
Procalmadiol	Meprobamat
Hidroxizin	Atarax
Propranolol	
Clordiazepoxid	Napoton
Diazepam	Seduxen
Oxazepam	Serax
Medazepam	Rudotel
Clonazepam	Rivotril
Nitrazepam	Mogadon
Flunitrazepam	Dormicum

Cele mai folosite anxiolitice sunt clasa benzodiazepinelor (BZD). După durata de acțiune, aceste anxiolitice se împart în benzodiazepine cu acțiune ultrascurtă, scurtă, intermediară și lungă. Această clasificare ne interesează din două motive: tendința de acumulare la BZD cu acțiune lungă și intermediară, favorizează apariția efectelor secundare ce scad complianța la tratament, în cazul intoxicațiilor voluntare cu aceste substanțe se poate anticipa riscul vital.

Clasificarea benzodiazepinelor după durata de acțiune
(după **Marinescu D, Chiriță A**)

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

Administrarea repetată și prelungită a benzodiazepinelor poate conduce la fenomenul de dependență. Medicul și psihologul trebuie să cunoască potențialul toxicomanic al benzodiazepinelor.

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

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

Medicamentele beta-blocante au ca principal efect diminuarea anxietății însoțite de tulburări somatice, ca și în combaterea efectelor psihosomatice induse de stres.

Indicațiile psihiatrice ale beta-blocantelor sunt următoarele:

- stări de anxietate, cu sau fără simptome somatice;
- depresie endogenă, ca adjuvant al tratamentului antidepresiv;
- alcoolism și dependență la drog, inclusiv sindroamele de sevraj;
- tratamentul unor forme rezistente de schizofrenie în doze mari.

Principalul reprezentant al acestei clase este propranololul, cu utilizare limitată în clinica psihiatrică datorită riscurilor cardiovasculare.

Efecte secundare

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

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

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

- fatigabilitate, slăbiciune, tulburări de concentrare, incoordonare;
- oboseală musculară;
- excitație paradoxală, cu accentuarea anxietății, insomniei, agresivității (clordiazepoxid);
- risc teratogen;
- agravarea insuficienței respiratorii;
- efecte secundare rare: tulburări de deglutiție, intoleranță locală, afectare hepatică, disfuncții sexuale, leucopenie, manifestări cutanate.

6.5.1.7. Posibilități de intervenție terapeutică a psihologului clinician

În general, anxietatea se tratează cu o terapie combinată, ușor accesibilă.

Medicamentele sunt tratamentul de elecție; uneori se folosesc singure, alteori în asociere cu terapia comportamentală sau alte tehnici de psihoterapie.

Sunt multe motive de optimism în legătură cu tratamentul unora dintre stările de anxietate cele mai severe. Studiile arată că, sub un tratament corect, 70% dintre pacienții cu atac de panică se ameliorează.

Pentru a realiza un tratament complex și eficient este utilă combinarea tehnicilor de relaxare cu informarea pacientului asupra originii simptomelor și învățarea tehnicilor de controlare a anxietății provocate de gândurile parazite.

Pacienții anxioși interpretează eronat semnificația unor simptome ca palpitațiile sau amețeala, temându-se că acestea sunt semnele unei boli somatice grave. De aceea, este util să i se explice pacientului fiziologia răspunsului anxios și relația sa cu tulburările anxioase.

Li se cere pacienților să-și reducă gândurile parazite în două moduri. Prima modalitate este distragerea. De exemplu, pacientului i se poate cere să-și concentreze atenția asupra unor detalii din jur sau să mediteze la o anumită situație sugerată eventual de terapeut. O a doua metodă este repetarea unor propoziții liniștitoare care combate mesajul gândului parazit. De exemplu la gândul „amețeala pe care o am înseamnă că înnebunesc" i se cere pacientului să-și repete „deși multe persoane amețesc, ele nu înnebunesc".

6.5.2. TULBURAREA DE PANICĂ

6.5.2.1. Definiție

Tulburarea de panică se caracterizează prin apariția neașteptată și spontană a atacurilor de panică recurente. Sintagma "atac de panică" caracterizează apariția bruscă a sentimentului de frică, acompaniat de semne și simptome fizice și cognitive (tahicardie, tremor, sentimente de derealizare, frica de moarte). Frecvența atacurilor de panică variază în limite largi, de la câteva pe lună la câteva pe zi.

În cadrul tulburării de panică taxinomia europeană (ICD-X) include:

- atacul de panică
- statusul de panică

6.5.2.5. Investigații psihologice specifice

În afara testelor de anxietate, pentru tulburarea de panică s-a dezvoltat recent un instrument de cotare a severității atacurilor de panică denumită **Scala pentru Severitatea Tulburării de Panică (Panic Disorder Severity Scale – PDSS).** Această scală conține 7 itemi, fiecare dintre ei fiind cotat de la 0 la 4, scorul total putând varia între 0 și 28. Cei 7 itemi se adresează frecvenței atacurilor, distresului asociat atacurilor, anxietății anticipatorii, evitării fobice și deteriorării funcționalității zilnice a individului.

6.5.2.6. Posibilități de intervenție terapeutică a psihologului clinician

- ***abordarea psihofarmacologică*** (tratamentul medicamentos modern constând în antidepresive de tip serotoninergic (SSRI – inhibitori selectivi ai recaptării de serotonină și sedative benzodiazepinice).
- ***informarea*** – Pacienții cu atacuri de panică frecvente au convingerea că simptomele somatice ale anxietății reprezintă o boală foarte severă. Aceste convingeri, adesea legate de boala de inimă, crează un cerc vicios în care simptomele anxietății (ex. tahicardia) generează anxietate. Pacientului trebuie să i se explice originea acestor manifestări și să li se ofere exemple de situații benigne în care pot apărea manifestări asemănătoare cu ale lor.
- ***măsuri suportive,*** tehnici de relaxare și tehnici de distragere în vederea evitării gândurilor provocatoare de anxietate, consiliere, meditație.
- ***psihoterapie*** (cognitivă, rațional-emotivă, psihodinamică) individuală și de grup.

6.5.3. TULBURĂRILE FOBICE

Tulburările fobic-anxioase - fobiile

„Inima mea începe să bată atât de repede încât ea pare că are de gând să explodeze. Gâtul meu este strâmtorat și eu nu mai pot respira din cauza unui nod în gât, așa încât am început să mă sufoc. Mâinile îmi tremură, mă simt amețit, îmi pierd echilibrul, trebuie să mă sprijin de mobile sau să mă plimb, dar cu teama că voi cădea. Știu că o să mor. Vreau să fug dar nu știu unde."

Aceste cuvinte descriu ce simte un bolnav cu fobie când se confruntă cu un obiect, o situație de care el se teme.

6.5.3.1. Definiție

Fobia se referă la un grup de simptome cauzate de obiecte sau situații care provoacă frica. Fobia este frica specifică, intensă, declanșată de un obiect sau o situație, care nu au prin ele însele un caracter periculos, cu caracter irațional recunoscut ca atare și care nu poate fi controlat volitiv.

Proiecții ale anxietății, fobiile pot invada oricare din obiectele și situațiile realității de care experiența individuală se leagă într-un mod oarecare.

Astfel, după Mallet relicvele fricilor din prima copilărie sunt fobiile de animale mari, iar cele din a doua copilărie - de animale mici și insecte.

Dacă în cazul anxietății, teama nu avea obiect, în fobie ea capătă caracter specific (formă, nume, localizare).

Fobiile au fost denumite cu echivalente grecești (Pitres și Regis). O încercare de sistematizare după conținutul lor este cel puțin temerară, ca orice încercare de sistematizare a lumii reale ca întreg.

Le vom nota pe cele mai frecvente: de locuri, spaţiu, de contacte interumane, de animale, de boli.

La această clasificare putem adăuga pantofobia care desemnează o teamă difuză provocată de orice obiect sau eveniment, întâlnită în nevroza anxioasă şi în delirurile alcoolice acute şi subacute.

- acrofobie = teama de înălţime, de vârfuri
- agorafobie = teama de spaţii largi
- claustrofobie = teama de spaţii închise, mici
- sociofobie = teama de relaţii interumane
- zoofobie = teama de animale
- nozofobie = teama de boală
- tanatofobie = teama de moarte

Fobiile pot fi considerate normale la copii dacă rămân discrete, la debilii mintali (nu au aceeaşi semnificaţie) dar devin patologice în: nevroza fobică, la personalitatea psihastenică decompensată, în psihoze depresive, debutul schizofreniilor şi în bolile psihice ale involuţiei.

Conduitele de evitare sunt comportamente menite să asigure evitarea situaţiei fobice de către subiect, deoarece acestea îi provoacă trăirile anxioase neplăcute. Menţionăm totuşi că aceste conduite de evitare au un caracter limitat, bazându-se numai pe posibilitatea anticipativă a subiectului în legătură cu situaţia fobogenă.

Fobia apare la orice vârstă, la toate clasele sociale şi în toate zonele geografice.

Prezentare clinică

Simptomele incluse în fobie:

a) Victima simte brusc o panică persistentă şi fără cauză, oroare, teroare într-o situaţie care nu prezintă pericol.

b) Persoana recunoaşte că teama depăşeşte limitele normale şi este resimţită ca o ameninţare în faţa unui pericol.

c) Reacţia fobică este automată, necontrolabilă, persistentă şi interpune gândurile persoanei ca un baraj faţă de ameninţări, pericole imaginare.

d) Apar reacţii fizice (vegetative) de însoţire: palpitaţii cardiace, respiraţie superficială, tremor, transpiraţii etc.

e) Persoana fuge de teama unor obiecte/situaţii. Precauţia de a le evita poate altera procesul de muncă, relaţiile sociale şi necesită o consultaţie psihiatrică.

f) Contemplarea perspectivei de a intra într-o situaţie fobică generează, de obicei, anxietate anticipatorie.

Categorii de fobie

Ele definesc cauza reacţiei şi modul de evitare. Fobia se poate dezvolta după un atac de panică. Alteori, pacienţii cu fobie nu au avut niciodată un atac de panică. O clasificare a fobiilor le împarte în:

- Agorafobie
- Fobia socială
- Fobii specifice

CAZ CLINIC – AGORAFOBIE

Sanda este o femeie licenţiată, căsătorită, mamă a doi copii. Are o prezenţă plăcută, îngrijită, atrăgătoare chiar. A avut o copilărie şi o adolescenţă normală iar începutul tinereţii ei a decurs fără probleme de vreun fel. Totuşi, în urmă cu aproximativ trei ani a început să se simtă „tensionată, iritată şi supărată" de câte ori ieşea din casă pentru a merge la cumpărături, petreceri sau să ia copiii de la şcoală. La început anxietatea era relativ scăzută, descrisă ca „o tensiune vagă care se instala pur şi simplu fără nici un motiv". În timp, nivelul acestei anxietăţi a crescut progresiv.

Pe parcursul primului an de zile, Sanda a început să iasă din casă din ce în ce mai puţin şi atunci când ieşea o făcea doar dacă o însoţea cineva (soţul sau sora ei) „pentru a o proteja". Câteodată, chiar când aceştia o însoţeau, începea să tremure, să transpire şi să o treacă valuri de căldură. Recunoaşte că această frică este iraţională şi nu poate să îşi justifice în nici un fel sentimentul de teamă. Realizează că această tulburare i-a compromis profesia, relaţiile de prietenie şi chiar pe cele familiale. Nu poate explica ce anume o înspăimântă, dar simte că ceva îngrozitor se va întâmpla dacă va ieşi din casă. În cele din urmă a renunţat complet să mai iasă, iar în prezent au trecut deja trei ani de când nu a mai ieşit. Oricât a încercat să scape de această frică, nimic nu a dat rezultate.

Sanda nu prezintă nici un alt fel de comportament anormal şi se simte bine atât timp cât stă în casă.

Definiţie

Agorafobia se defineşte prin teama de a fi singur într-un loc public, mai ales în locuri care nu pot fi părăsite imediat în eventualitatea că ar apărea un atac de panică.

Termenul derivă din cuvintele greceşti agora (piaţă) şi phobos (frică, spaimă). Sintagma a apărut în 1871, pentru a ilustra condiţia celor care se temeau să apară singuri în locuri publice. Agorafobia se numără printre cele mai grave fobii, întrucât interferă cu funcţionalitatea individului în societate şi în situaţiile din locuri deschise.

Prezentare clinică

- După cum am mai menţionat, agorafobia este teama de a fi singur în orice loc sau situaţie din care persoana crede că este greu să evadeze sau în care ar fi greu să fie ajutat, dacă s-ar afla în primejdie. Pacientul evită străzile circulate, teatrele, bisericile. Uneori, ei pur şi simplu nu îşi părăsesc casa.
- 2/3 din bolnavii cu agorafobie sunt femei. Se pare că există anxietate sau alcoolism la alţi membri de familie. Majoritatea simptomelor apar între 18-35 de ani, cu debut brusc sau progresiv.
- Majoritatea agorafobiilor apar după unul sau mai multe atacuri de panică spontane. Aceste atacuri par survenite la întâmplare şi în situaţii fără pericole, aşa încât, nu li se cunoaşte factorul declanşator. De aceea, pacienţii se tem de un nou atac de panică în mod anticipativ **(anxietate anticipatorie)**. Tot din acest motiv, ei evită să mai meargă în locuri sau situaţii unde ei ştiu că au avut un atac de panică.
- Bolnavii cu agorafobie dezvoltă şi depresie, oboseală, tensiune, alcoolism, obsesii.

Epidemiologie, date de evoluţie şi prognostic

Prevalenţa agorafobiei în timpul vieţii a fost estimată în limite foarte largi **(0,6-6%).** Aceste limite largi se datorează criteriilor diferite de diagnostic şi metodelor diferite de evaluare.

Agorafobia reprezintă, cum s-a mai menționat, una din cele mai incapacitante tulburări psihice. Datorită evoluției sale, de cele mai multe ori îndelungate, agorafobia pare destul de refractară la tratament anxiolitic sau psihoterapie.

Agorafobia se complică frecvent cu tulburarea de panică. În studiile care au inclus pacienți psihiatrici, agorafobia a fost găsită la 30-40% din pacienții cu tulburare de panică.

Evoluția este cu atât mai severă în momentul asocierii agorafobiei cu:

- tulburarea depresivă,
- abuzul de alcool sau alte droguri.

Factori etiopatogenici implicați în apariția tulburării

Factori corelativi-etiologici responsabili de apariția acestei tulburări sunt:

A. **Factori biologici**

Majoritatea datelor indică modificări în anumite structuri cerebrale care mediază probabil anxietatea anticipatorie, respectiv evitarea determinată fobic. Substanțele inductoare de panică (yohimbină, fenfluramină, cafeină, isoproterenol) determină o exacerbare a anxietății anticipatorii la pacienții cu agorafobie.

B. **Factori genetici**

Datele rezultate din puținele studii care au încercat să evalueze bazele genetice ale agorafobiei indică faptul că această condiție psihiatrică are o componentă genetică distinctă.

C. **Factori psihosociali**

1. **Teoriile cognitiv-comportamentale** afirmă că anxietatea reprezintă răspunsul condiționat la:
   - pattern-ul de comportament al părinților;
   - un proces de condiționare clasică.

Procesul clasic de condiționare implică asocierea unui stimul neplăcut sau nociv (palpitații, amețeală, stare de disconfort) cu o situație neutră (situarea într-un loc deschis și populat). Ulterior, la o reîntâlnire cu stimulul neutru, acesta va căpăta valențe de stimul condiționat și va declanșa reacția agorafobică.

2. **Teoriile psihanalitice** accentuează rolul:
   - pierderii unui părinte în copilărie;
   - anxietății de separare.

Conform acestor teorii, teama copilului de a fi abandonat este adusă la nivelul conștientului de situarea individului singur într-un mediu populat.

CAZ CLINIC – FOBIE SOCIALĂ

Următoarea povestire este scrisă de o femeie inteligentă, cu studii superioare care se descrie ca suferind de „fobia telefonului". Această denumire este improprie totuşi, deoarece ea nu suferă de anxietate legată de aparatul telefonic ci de interacţiunile sociale care au loc prin telefon.

„Când vorbesc la telefon, sunt extrem de încordată şi sunt aproape paralizată de frică. Simt mereu că trebuie să justific telefonul dat, să am un motiv bun pentru a da acel telefon, pentru a nu „supăra" persoana de la celălalt capăt al firului. Trebuie să explic clar şi scurt ce doresc pentru a nu-i ocupa mult timp persoanei sunate. Sunt de fiecare dată convinsă că mă voi face de râs când sun pe cineva. De-a lungul timpului, mi-am format anumite strategii pentru a face faţă acestei fobii. Pentru fiecare telefon, stabilesc o dată şi o oră pentru a da acel telefon – le notez pe toate în calendar. Totuşi, adeseori, amân telefoane importante dacă nivelul tensiunii pe care o simt este prea ridicat când ajung să dau acel telefon. Dacă telefonez şi cealaltă persoană nu răspunde, sunt de fiecare dată uşurată. Mă simt încordată, ameninţată şi anxioasă şi atunci când primesc telefoane. Mă simt ca şi cum m-aş afla în colimator şi nu voi putea gândi suficient de repede pentru a veni cu un răspuns inteligent la întrebările celeilalte persoane. Când sună telefonul, uneori încep să tremur. Această fobie îmi face viaţa personală şi profesională foarte dificilă. Recunosc că pare o nebunie dar nu pot trece peste această frică".

Definiţie

Fobia socială (denumită de americani şi tulburare anxioasă socială) se caracterizează prin frică excesivă de a fi umilit sau a se simţi jenat în diverse situaţii sociale, cum ar fi:

- vorbitul în public,
- vorbitul la telefon,
- urinatul în toaletele publice (aşa-numita „vezică ruşinoasă"),
- mersul la o întâlnire,
- mâncatul în locuri publice.

Când fobia socială se extinde la aproape toate situaţiile sociale, ea devine generalizată, cu un grad extrem de disfuncţionalitate şi este foarte greu de diferenţiat de tulburarea de personalitate evitantă (anxioasă).

Prezentare clinică

Comparaţii între criteriile de diagnostic DSM IV şi ICD 10

DSM IV	ICD 10
A. Frică marcată şi persistentă de una sau mai multe situaţii sociale în care persoana este expusă contactului cu străinii sau este posibil să fie privită de aceştia şi teama că se va comporta într-un mod umilitor	**A. Fie** (I) frică marcată **sau** (II) evitare marcată de a fi în centrul atenţiei sau de a se comporta într-un mod jenant sau umilitor în situaţii sociale
B. Expunerea la situaţiile sociale de care îi este frică, îi provoacă anxietate (pot fi incluse şi atacuri de panică asociate)	**B.** Cel puţin 2 simptome de anxietate **şi** un simptom dintre: roşeşte/tremură, frica de a vomita, senzaţie de micţiune/defecaţie imperioasă în situaţiile de care îi este teamă
C. Persoana îşi recunoaşte frica ca fiind excesivă şi neraţională	**C.** Existenţa unui disconfort semnificativ cauzat de simptome sau de comportamentul de evitare pe care individul le recunoaşte ca fiind iraţionale şi exagerate
D. Situaţiile stresogene sunt evitate şi îndurate cu anxietate/distres intens	**D.** Simptomele sunt restrânse sau predominante în situaţiile fobice sau în aşteptarea lor
E. Comportamentul evitant, anxietatea anticipatorie sau distresul interferă semnificativ cu funcţionalitatea socială sau ocupaţională	**E.** Simptomele nu sunt secundare unei alte boli psihice şi nu sunt adecvate culturii în care trăieşte individul
F. Pentru cei sub 18 ani, durata tulburării este mai mare de 6 luni	
G. Frica sau evitarea nu sunt secundare unei substanţe sau boli nonpsihiatrice	
H. Dacă coexistă o altă boală psihică sau somatică, frica nu este în legătură cu acea boală	

Epidemiologie, date de evoluţie şi prognostic

Studii epidemiologice au arătat rate de **prevalenţă pe durata vieţii** între **2%** şi **4%** pentru cele mai grave forme şi **10%** chiar **15%** pentru formele moderate sau circumscrise.

Boala debutează în copilărie sau adolescenţă iar femeile sunt mai afectate **1,5:1.** În unele studii pe pacienţii psihiatrici raportul este inversat. Acest fenomen se datorează faptului că bărbaţii fobici caută mai frecvent ajutorul medical, poate pentru că ei pun un mai mare accent pe:

- rolul social;
- obstacolul în exercitarea acestuia reprezentat de fobie.

Incidenţa maximă a debutului apare în al doilea deceniu de viaţă.

Evoluţia şi prognosticul fobiei sociale depind de:

- gradul de invalidare socială,
- recunoaşterea precoce a tulburării,
- tratamentul adecvat.

Frecvent fobiile sociale se complică prin apariția:

- tulburării depresive
- altor tulburări anxioase
- abuzului și dependenței de alcool și de alte droguri.

Factori etiopatogenici implicați în apariția tulburării

Etiologia fobiei sociale are un model integrativ. Sunt implicați:

- Factori genetici (30% eredibilitate)
- Experiențele învățate
- Inhibiția comportamentală
- Rolul părinților (relațiilor parentale) și al relațiilor dintre frați
- Factori biologici

Mecanismele de apariție a fobiilor sociale sunt comune cu cele ale anxietății și fobiilor în general. Fobiile sociale apar după modelul răspunsului condiționat: un stimul nociv sau neplăcut (remarca unei alte persoane, privirile celor din jur etc, interpretate de cele mai multe ori eronat) se asociază cu o situație neutră (în speță situarea într-un anumit cadru social). În mod clasic, pentru dezvoltarea reflexului condiționat, este necesară repetarea asocierii de mai sus. Interesant la mecanismul de producere a fobiilor, apare faptul că stimulul neplăcut nu este necesar să fie repetat. Simptomul fobic apare uneori timp de mai mulți ani fără ca asocierea cu evenimentul neplăcut să fie întărită.

Simptomul fobic schimbă comportamentul individului, pentru că evitarea situațiilor sociale neplăcute devine un simptom stabil în timp și, în cele din urmă, o piesă centrală în rutina zilnică, al cărei rol este de a proteja individul de anxietate.

Principalele instrumente de evaluare clinică a fobiei sociale sunt: SPIN și MiniSPIN precum și Scala Leibowitz.

SPIN (Social Phobia Inventory)

Acest instrument de măsurare a fobiei sociale **(Davidson J, 1995)** conține 17 itemi, cu variante de răspuns pe cinci nivele: deloc, foarte puțin, puțin, foarte mult, extrem de.

Cel căruia i se aplică inventarul este rugat să specifice cât de mult problemele expuse în cei 17 itemi l-au deranjat în săptămâna precedentă.

Inventarul SPIN dispune și de o versiune redusă, numită Mini SPIN care conține numai trei itemi din cei 17 din SPIN-ul inițial.

Variantele de răspuns sunt aceleași (deloc – extrem de), însă fiecare nivel primește o numerotare: deloc - 0, foarte puțin – 1, puțin – 2, foarte mult - 3, extrem de – 4.

SPIN este ușor de aplicat și a dovedit validitate și flexibilitate înalte.

INVENTARUL FOBIEI SOCIALE (SPIN)

Inițiale **Vârstă** **Sex**

....

Data **ID # (Numărul de identificare)**

....

Vă rugăm să vă gândiți cât de mult v-au afectat următoarele probleme pe parcursul ultimei săptămâni.

Marcați numai câte o căsuță pentru fiecare problemă și să fiți siguri că ați răspuns la toate întrebările.

	Deloc	Foarte Puțin	Puțin	Foarte Mult	Extraordinar De mult
1. Mă tem de oamenii aflați în poziții de putere.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Mă deranjează că roșesc în fața oamenilor.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Petrecerile și evenimentele sociale mă sperie.	❑	❑	❑	❑	❑
4. Evit discuțiile cu oamenii pe care nu îi cunosc.	❑	❑	❑	❑	❑
5. Criticile mă sperie îngrozitor.	❑	❑	❑	❑	❑
6. Teama de situații jenante mă face să evit să mă implic în a face ceva sau să vorbesc cu oamenii.	❑	❑	❑	❑	❑
7. Mă necăjește faptul de a înjura în fața oamenilor.	❑	❑	❑	❑	❑
8. Evit să merg la petreceri.	❑	❑	❑	❑	❑
9. Evit activitățile în care sunt în centrul atenției.	❑	❑	❑	❑	❑
10. Discuțiile cu persoanele străine mă sperie.	❑	❑	❑	❑	❑
11. Evit să țin discursuri.	❑	❑	❑	❑	❑
12. Aș face orice să evit criticile.	❑	❑	❑	❑	❑
13. Am palpitații când mă aflu în jurul oamenilor.	❑	❑	❑	❑	❑
14. Mă tem să fac ceva când oamenii mă privesc.	❑	❑	❑	❑	❑
15. Cel mai mult mă tem de situațiile jenante sau de cele în care par un prost.	❑	❑	❑	❑	❑
16. Evit să vorbesc cu orice persoană aflată într-o poziție de putere.	❑	❑	❑	❑	❑
17. Mă deranjează să tremur în fața altora.	❑	❑	❑	❑	❑

(Reprodusă cu permisiunea autorului)

MINI SPIN

	Deloc	Foarte Puțin	Puțin	Foarte Mult	Extraordinar De mult
1. Teama de situații jenante mă face să evit să mă implic în a face ceva sau să vorbesc cu oamenii.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Evit activitățile în care sunt în centrul atenției.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Cel mai mult mă tem de situațiile jenante sau de cele în care par un prost.	❑	❑	❑	❑	❑

(Reprodusă cu permisiunea autorului)

LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale)

Această scală a fost elaborată de către **Liebowitz** în anul **1987**, pentru a evalua situațiile de teamă și evitare; LSAS conține 24 de itemi, între care 11 pentru teamă și evitare de situații sociale, iar 13 pentru teama și evitarea acțiunilor; acești itemi sunt grupați în 4 subscale; teama de a desfășura o acțiune față de alți oameni (în textul original englezesc apare cuvântul *performance* pe care unii autori români l-au tradus *performare*. În loc de *teama de performare* preferăm să folosim *teama de a desfășura o acțiune de față cu alți oameni*), evitarea acțiunii, teama socială și evitare socială. Pentru subscala ce reprezintă teamă, variantele de răspuns sunt: 0 - nici una; 1 – ușoară; 2 - moderată; 3 – severă; pentru subscala de evitare, variantele de răspuns sunt următoarele: 0 – niciodată (0%); 1 – ocazional (1-33%); 2 - deseori (33%-66%) și 3 – de obicei (67%-100%).

LSAS s-a dovedit a fi "sensibilă" la tratamentul farmacologic și la cel cognitiv-comportamental.

Safren et al. (1999) au concluzionat că subscalele inițiale pentru anxietate și evitare a interacțiunilor sociale par a fi unifactoriale, iar anxietatea și evitarea legate de acțiune par a fi multifactoriale.

LSAS are un grad înalt de fiabilitate și validitate; este ușor de administrat și prezintă utilitate clinică.

Scala anxietății sociale a lui Liebowitz

Instrucțiuni: Evaluați itemii luând în considerare drept cadru de referință săptămâna trecută, inclusiv ziua de astăzi.

Dacă nici o situație nu a avut loc în săptămâna care a trecut, atunci calculați în funcție de felul cum ați reacționa dacă ați fi confruntat cu situația respectivă.

Scala anxietăţii sociale a lui Liebowitz

Nr. crt.		Teama sau anxietate 0. nici una 1. uşoară 2. moderată 3. severă	Evitare 0.niciodată 1.ocazional 2.deseori 3.de obicei
1.	Folosirea unui telefon public (P)		
2.	Participarea la o activitate în cadrul unui grup restrâns (P)		
3.	Mâncatul în public (P)		
4.	Băutul în public (P)		
5.	Discuţia cu o persoana avizată (S)		
6.	Interpretarea, prezentarea unui spectacol sau vorbitul în faţa unui public (P)		
7.	Participarea la petreceri (S)		
8.	Lucrul în timp ce eşti observat (P)		
9.	Scrisul în timp ce eşti observat (P)		
10.	A telefona unei persoane pe care nu o cunoşti foarte bine (S)		
11.	Discuţia faţă în faţă cu o persoană pe care nu o cunoşti foarte bine (S)		
12.	Întâlnirea cu străinii (S)		
13.	Urinarea într-o toaletă publică (P)		
14.	A intra într-o cameră în care toţi ceilalţi stau jos (P)		
15.	Să fii în centrul atenţiei (S)		
16.	A vorbi cu voce tare la o întâlnire fără pregătire anterioară (P)		
17.	A da un test de abilitate, de îndemânare sau de cunoştinţe (P)		
18.	A exprima dezaprobarea sau dezacordul unei persoane pe care nu o cunoşti foarte bine (S)		
19.	A te „uita fix" în ochii unei persoane pe care nu o cunoşti prea bine (S)		
20.	A prezenta oral un raport în faţa unui grup (P)		
21.	A încerca să cunoşti pe cineva în scopul unei relaţii romantice/sexuale (P)		
22.	A returna bunuri sau mărfuri unui magazin pentru a obţine o rambursare (S)		
23.	A da o petrecere (S)		
24.	A rezista unei vânzătoare foarte iritabile (S)		

Reprodusă cu permisiunea autorului

P = performare
S = situaţii sociale

Intervenții psihoterapeutice

Patru tipuri de intervenții psihoterapeutice par să-și fi câștigat legitimitatea în ultimele două decenii:

- antrenamentul abilităților sociale
- expunerea la stimulii evitați
- managementul anxietății (relaxare, distragere)
- terapia cognitivă (**Musa Z, Lepine J P, Teodorescu R, 2002**)

Autorii citați mai sus afirmă că terapia cognitiv comportamentală de grup este intervenția care și-a probat în cele mai multe cazuri eficacitatea.

Adesea indivizii cu fobie socială își subestimează abilitățile de a înfrunta o situație și supraestimează severitatea reacțiilor celorlalți. Unii fobici sociali prezintă tendința de a interpreta negativ urmările situațiilor sociale temute, chiar și atunci când este posibilă o interpretare pozitivă. În situațiile sociale temute, aceștia tind să se concentreze prea mult asupra lor, ceea ce duce la amplificarea anxietății și la credința că propriile percepții reflectă ceea ce alții cred despre acțiunile lor. În terapia cognitivă, exercițiile de a observa reacțiile celorlalți pot ajuta la îndreptarea atenției mai mult către mediul înconjurător, și mai puțin către sine, încurajând astfel o evaluare obiectivă a situațiilor.

Clark (1995) susține că în momentul în care subiectul este confruntat cu un stimul social, se activează un „program anxios", adică un complex cognitiv, afectiv, somatic și comportamental, probabil moștenit, și care în condițiile primejdiilor primitive era adecvat, dar care în timp a devenit incongruent cu mediul social modern.

CAZ CLINIC – FOBIE SIMPLĂ

Dl. Sorin este un individ înalt, supraponderal, care a făcut rugby în tinerețe. Este genul de persoană despre care nu ai putea bănui că îi este frică de ceva și totuși el suferă de o mulțime de temeri care derivă din claustrofobie. Frica dlui Sorin de a „rămâne captiv" se manifestă într-o mulțime de locuri. Îi este frică de avioane, lifturi, metrou, până și de cabinele de probă din magazine. Anxietatea lui în astfel de situații îi creează multe probleme deoarece natura serviciului îi cere să călătorească mult. Dl. Sorin preferă ca în loc să facă doar câteva ore cu avionul, să conducă și două, trei zile sau să ia trenul. Inițial, frica sa de a zbura a fost pusă pe seama unei infecții a urechii interne. În curând a realizat că îi este frică imediat din momentul în care stewardeza închide ușile avionului. După un zbor cu escală, a ajuns în camera de hotel și nu a mai zburat niciodată. Se îngrijorează în permanență în privința traseelor pe care urmează să le parcurgă. Dl. Sorin a fost de curând diagnosticat cu dublu ulcer duodenal și gastric despre care i s-a spus că se datorează și stresului permanent în care trăiește.

Fobiile specifice

Definiție

Teama de anumite obiecte sau situații care provoacă teroare. Poate apărea la orice vârstă.

Unele dintre aceste fobii sunt întâlnite în mod normal în primii ani de viață ai copilului.

Cele mai frecvente fobii simple sunt frica de spații închise, frica de locuri la înălțime, frica de animale, boli, moarte, furtuni.

Fobiile specifice apar cel mai frecvent între 5 și 9 ani, dar ele pot surveni și mai târziu (la fobiile față de sânge și injecții), iar fobiile față de anumite situații debutează de obicei mai târziu, în al treilea deceniu de viață.

Prezentare clinică

Conform definiției, fobia specifică este frica produsă de prezența sau anticiparea prezenței unui obiect sau unei situații specifice.

Obiectul sau situația sunt evitate sau sunt suportate cu un distres marcat, iar frica apărută este recunoscută de individ ca excesivă, inadecvată și produce o afectare semnificativă a vieții.

Pentru un diagnostic cert, trebuie îndeplinite toate criteriile de mai jos (ICD 10).

A) Simptomele psihologice sau vegetative trebuie să fie manifestări primare ale anxietății și nu secundare altor simptome ca idei delirante sau gânduri obsesive.

B) Anxietatea trebuie să fie limitată la prezența situațiilor sau obiectelor particulare.

C) Situațiile fobice sunt evitate ori de câte ori este posibil.

Epidemiologie, date de evoluție și prognostic

Fobiile specifice au o **prevalență de 5-10%** pe un termen de 6 luni. Femeile reprezintă 2/3 din totalul indivizilor cu fobii specifice, dar pentru anumite fobii (sânge, injecții, explorări medicale invazive) raportul este 1:1

Evoluția și prognosticul fobiilor depind de:

- tratamentul adecvat
- complianța la tratament.

Factori etiopatogenici implicați în apariția tulburării

Factori corelativi-etiologici implicați în apariția fobiilor simple sunt:

1. **Factori comportamentali**

Apariția fobiilor specifice se produce prin asocierea unui obiect sau situații neutre cu frica sau panica. Când un eveniment neplăcut survine în situații specifice se elaborează un răspuns condiționat, conform căruia situația va produce, chiar și în lipsa stimulului necondiționat, reacția fobică.

În afara condiționării clasice, există alte două modele incriminate în producerea fobiilor specifice:

- imitarea reacției unui părinte
- avertizarea de către o altă persoană asupra pericolului reprezentat de anumite obiecte sau situații

2. **Factori psihanalitici**

Conceptualizarea de către **Freud** a nevrozei fobice reprezintă o explicație analitică a fobiilor. **Freud** a conceput fobia ca rezultatul conflictelor centrate pe complexele oedipiene nerezolvate. Odată cu maturizarea sexuală apare o anxietate caracteristică, așa-numita frică de castrare. Când această frică nu mai poate fi reprimată eficient, apar defense auxiliare, care la pacienții fobici sunt reprezentate în principal de substituție. Astfel, conflictul sexual este transferat de la persoana inițială la un obiect neimportant, care este investit cu puterea de a declanșa o multitudine de afecte, inclusiv anxietatea. Prin apariția unui alt mecanism de defensă, evitarea, probabilitatea întâlnirii cu situația fobogenă devine foarte mică, lucru prin urmare valabil și pentru anxietate.

3. **Factori genetici**

Fobiile specifice au tendința de agregare familială, mai ales cele față de sânge, injecții și lovituri/injurii fizice. Se consideră că cel puțin 2/3 dintre probanzii cu fobii sociale au cel puțin o rudă cu aceeași fobie.

Investigații psihologice specifice

Interviul clinic este cel mai important pas atunci când un pacient fobic vă solicită ajutorul. Inițial se face un interviu de evaluare care cuprinde următoarele obiective:

- Determinarea naturii exacte a fobiei
- Definirea scopurilor tratamentului
- Evaluarea nivelului anxietății fobice
- Identificarea factorilor de natură cognitivă (gândurile legate de situațiile fobogene, de tratament și eficiența lui)
- Prezența simptomelor asociate (depresie, anxietate generalizată)
- Resursele pacientului (hobby-uri, umor, existența unor persoane apropiate care să-l ajute, aspecte ale existenței neafectate de comportamentul fobic)

Pentru măsurarea comportamentului fobic cel mai frecvent se utilizează:

- Scalele ierarhice gradate
- Testele de comportament
- Orar de automonitorizare

O scală ierarhică reprezintă o listă a situațiilor fobice care se folosește pentru a realiza expuneri gradate la stimul. Fiecare item este evaluat de pacient pe o scală de la 0 la 10 sau de la 0 la 100, în funcție de nivelul anxietății pe care îl produce.

Un test comportamental constă în a face o acțiune care, de regulă, este evitată, notând nivelul anxietății din momentul efectuării acțiunii respective tot pe o scală de la 0 la 10 sau de la 0 la 100. Acest tip de test prezintă avantajul că se poate evalua separat anxietatea anticipatorie și anxietatea reală din timpul realizării acțiunii.

Posibilități de intervenție terapeutică a psihologului clinician

Cu un tratament adecvat majoritatea se remit decisiv sau parțial. Odată tratat un episod de fobie, urmează o lungă perioadă asimptomatică, de ani sau toată viața.

Terapia comportamentală

Cel mai eficace tratament este **terapia comportamentală** numită și **expunere-demascare**, prin care pacientul descrie obiectul sau situația ce îi provoacă fobie. Sunt două metode: *desensibilizarea sistematică* și *„imersia"*. În ambele e nevoie de un terapeut calificat. Cu timpul, persoana se va obișnui cu situațiile ce îi generau teama și nu va mai avea teamă, oroare, panică.

Desensibilizarea sistematică este o formă de terapie cu expunere progresivă, în serii de mai multe trepte; pacientul învață mai întâi relaxarea și controlul reacțiilor fizice. Apoi el își imaginează obiectul de care îi este frică și cu timpul se obișnuiește cu prezența acestuia în preajma sa. În ultimii ani s-au dezvoltat **terapia VR (virtual reality – realitate virtuală)** prin care pacientul ia contact cu obiectul anxiogen în casca de realitate virtuală. Softul produs special în funcție de fobia specifică a pacientului prezintă avantajul că permite acestuia să controleze apropierea și intensitatea expunerii și, de asemenea, se pot monitoriza continuu simptomele neurovegetative prezente.

„Imersia" - pacientul este expus „in vivo"- direct și imediat celui mai puternic stimul declanșator al fobiei. Rămâne în această stare până când anxietatea i se reduce la nivelul anterior. Sunt necesare cam 2 ore pe ședință.

Cercetările au arătat că terapia de expunere a redus semnificativ reacțiile fobice în ultimii ani.

Terapia comportamentală eșuează dacă pacientul nu se mobilizează cu tot sufletul, dacă intervin în mintea sa alte probleme familiale, dacă este într-o stare foarte depresivă combinată cu fobia, sau dacă a consumat alcool sau sedative.

Terapia cognitivă

Sunt folosite câteva tehnici cognitive pentru a schimba gândurile care conduc la anxietate:

- **Terapia cognitivă** propriu-zisă **(Beck & Emery, 1985)** (se identifică erorile de gândire ale pacientului şi i se oferă formulări corecte pentru a i se schimba felul în care priveşte şi se raportează la o anumită situaţie).
- **Terapia raţional – emotivă (Ellis, 1962, Ellis & Grieger, 1977, 1986)** (în această terapie se ajută pacientul să-şi formeze singur propriile noi gânduri, prin forţarea lui de a-şi reexamina şi confrunta gândurile de până atunci şi de a identifica singur erorile logice pe care le face).
- **Terapia prin autoinstrucţie (Meichenbaum, 1975)** (tehnica se bazează pe ipoteza că anumite gânduri anxiogene sunt răspunsuri automate pe care pacienţii le au şi le afirmă fără să se gândească cu adevărat; tehnica presupune înlocuirea şi repetarea unor afirmaţii care să conţină un mesaj non-anxiogen).
- **Distragerea** (prin această tehnică nu se schimbă ci se evită gândurile anxiogene. Se realizează prin meditaţie, relaxare, îndreptarea atenţiei către stimuli exteriori etc.).

Medicaţia

Când sunt necesare şi **medicamente**, se folosesc anxiolitice, mai ales în agorafobie şi fobia socială (ele reduc panica şi anxietatea). **Antidepresivele** pot fi utile pentru controlul reacţiilor de panică. Recent, s-au introdus **benzodiazepine** cu rezultate bune; necesită doze adecvate şi o administrare zilnică.

CAZ CLINIC – TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

Alina are 24 de ani, este necăsătorită şi este muncitoare la o fabrică de pantofi. În prezent se află în şomaj. Este la a doua internare în spitalul clinic de psihiatrie pentru o tulburare obsesiv-compulsivă şi depresie secundară. Alina pierde ore întregi făcând duşuri, iar atunci când nu se spală pe tot corpul, se spală pe mâini cu săpun de 20-30 de ori pe zi. Deşi îndeplineşte aceste ritualuri, are un aspect neglijent, neîngijit. Pe faţă i se citeşte aproape permanent tristeţe. Este neliniştită, iritabilă, disforică chiar. Mâinile îi sunt uscate şi aspre şi prezintă descuamări interdigitale.

Alina povesteşte: *„Totul a început în urmă cu aproximativ doi ani când o colegă de serviciu mi-a aruncat un spălător murdar cu nişte reactivi pe pantoful drept. Colegele au început să râdă şi să-mi spună că o să-mi cadă piciorul. M-am dus la baie să-mi curăţ pantoful. I-am curăţat pe amândoi. Am simţit că m-am murdărit rău pe mâini şi le-am spălat dar mi s-a părut că tot nu e de ajuns şi am început să le frec mai bine. Acum, parcă niciodată nu e de ajuns."*

Antecedentele heredocolaterale: mama Alinei a urmat mai multe tratamente antidepresive.

Antecedente patologice personale: Alina a fost născută la termen, cu ajutorul forcepsului şi a avut un scor Apgar de 8.

Scurtă prezentare clinică

Tulburările obsesiv-compulsive se caracterizează prin prezenţa unor simptome obsesive şi compulsive, precum şi a unor grade diferite de anxietate, depresie şi depersonalizare.

Obsesia. Definiție

- tulburare complexă ideo-afectivă caracterizată prin prezența în psihicul individului a unor grupuri de fenomene care tulbură buna desfășurare a tuturor proceselor; conștient de inutilitatea lor, individul este incapabil să le neutralizeze și cu cât se străduiește mai mult să le îndepărteze, cu atât fenomenele capătă o intensitate mai mare;
- obsesiile pot fi gânduri, impulsiuni, imagini recurente și persistente care pătrund în mintea persoanei în ciuda eforturilor acesteia de a le exclude;
- persoana recunoaște faptul că obsesiile sunt un produs al propriei minți și nu îi sunt impuse din exterior (cum se întâmplă în fenomenul de inserție a gândirii).

Compulsia. Definiție

- definită de unii autori ca fiind teama de a traduce în practică o idee obsesivă sau o fobie;
- sunt comportamente repetitive care par să se supună unui scop și care au un caracter stereotip (motiv pentru care au fost numite și **ritualuri compulsive**); finalitatea acestor ritualuri compulsive este aceea de a neutraliza, de a suprima obsesiile, de a preveni sau reduce anxietatea și nu de a produce plăcere sau gratificare;
- prin definiție, compulsiile sunt fie clar excesive, fie neconectate realist cu ceea ce sunt destinate să neutralizeze sau să prevină;
- în unele cazuri, individul efectuează acte rigide, stereotipe, conform unor reguli elaborate idiosincratic, fără a fi capabil să spună de ce le face.

Principalele teme obsesive (care apar indiferent de rasă, mediu cultural sau social):

- contaminare (microbi, murdărie, substanțe chimice) – este unul din cele mai întâlnite simptome. Indivizii prezintă o teamă morbidă de a contracta SIDA sau alte boli infecțioase, de a atinge obiectele din baie și pot deveni extrem de anxioși dacă o altă persoană atinge alimentele pe care au intenția să le consume
- îndoială obsesivă,
- ordine și simetrie, lucrurile trebuie să fie perfect aliniate sau aranjate într-un anumit mod,
- imagini cu conținut agresiv, terifiant (rănirea membrilor familiei, sinucidere, uciderea altor persoane),
- imagini cu temă sexuală,
- obsesii pe temă religioasă, morală (scrupule).

Temele obsesive se pot modifica în timp. Uneori, individul adaugă pur și simplu noi obsesii la cele deja existente, alteori obsesiile vechi sunt complet înlocuite de unele noi.

Ritualuri compulsive frecvente

- ritualuri de spălare (igienă);
- ritualuri de numărare – se pot asocia adesea cu alte ritualuri compulsive. Numărarea compulsivă este frecvent un ritual îndeplinit în tăcere. Profesorii, colegii pot să nu-și dea seama că individul este obligat să numere pentru a putea îndeplini o sarcină care i se încredințează. Întrucât îndoiala este, de asemenea, întâlnită în tulburarea obsesiv-compulsivă, pacientul poate începe brusc să se gândească dacă ritualul de numărare a fost corect îndeplinit și se poate simți obligat să îl reia până când consideră că l-a efectuat corespunzător;
- verificare și reverificare exagerată – fie că este vorba de a verifica dacă ușa a fost încuiată, aparatura electrică din casă închisă sau dacă nu cumva individul a acciden-

tat pe cineva în timp ce își conducea mașina. Nu sunt neobișnuite la astfel de persoane întârzierile la școală sau la serviciu, întrucât pacienții petrec foarte mult timp îndeplinind aceste ritualuri de verificare. Temele școlare, proiectele pot să nu fie predate la termen întrucât ele sunt continuu verificate pentru depistarea unor eventuale erori;

- colectarea unor lucruri inutile (inclusiv obiecte din coșul de gunoi, numere vechi de ziare și reviste în ideea că vor fi cândva necesare);
- solicitarea de asigurări;
- ordonarea unor obiecte în mod repetat sau executarea unui anumit gest într-un anume fel până când se obține senzația de „așa cum trebuie";
- perfecționismul – copiii cu astfel de compulsii se pot simți obligați să șteargă și să își rescrie tema până când paginile caietului ajung să se rupă. De asemenea, ei pot rămâne să lucreze până noaptea târziu din dorința de a face totul perfect;

Rugăciunea compulsivă. Unii indivizi repetă de nenumărate ori rugăciuni (ca pedeapsă sau pentru a alunga gândurile nedorite).

- ritualuri de repetare – ex.: copii care trebuie să citească de la coadă la cap o propoziție după ce au citit-o normal, pentru a împiedica ceva îngrozitor să se întâmple; sau persoane care sunt obligate să meargă de mai multe ori de-a lungul unui coridor sau să intre într-un anumit mod pe ușă, de un anumit număr de ori. Pentru elevi sau studenți, astfel de ritualuri compulsive pot face formularele de examen extrem de dificil de completat (mai ales acele tipuri de formulare care se completează prin colorarea unui cerc) – indivizii se simt obligați să coloreze perfect cercurile și pot petrece foarte mult timp făcând acest lucru);
- evitarea compulsivă – atunci când o anumită situație sau un anume loc este asociat cu comportamentul compulsiv, individul poate începe să evite situația sau locul respectiv, de teama că și-ar putea pierde controlul și ar rămâne "blocat" îndeplinind un ritual compulsiv. În alte cazuri, un anumit eveniment sau stimul poate fi asociat cu gânduri terifiante, iar persoana evită respectivul stimul, consecințele putând fi grave (ex. un student care nu poate privi sau scrie un număr din cauza obsesiei că se poate întâmpla ceva îngrozitor). Ca urmare, o problemă de matematică incluzând respectivul număr nu va putea fi rezolvată, iar calculele implicând acest număr îi vor crea persoanei o stare de anxietate extremă, astfel încât, individul se va vedea obligat să îndeplinească o serie de ritualuri compulsive pentru a împiedica producerea "catastrofei".

Superstițiile și comportamentele de verificare repetitive sunt întâlnite frecvent în viața de zi cu zi. Ele pot fi considerate patologice doar dacă sunt extrem de consumatoare de timp sau duc la o deteriorare semnificativă clinic. De asemenea, ritualurile culturale nu sunt prin sine indicatoare de tulburare obsesiv-compulsivă, dacă nu exced normele culturale, nu survin la date și în locuri considerate inadecvate de către alții aparținând aceleiași culturi și nu interferează cu funcționarea socială a individului.

Tabloul clinic al tulburării obsesiv-compulsive în copilărie:

- în general similar cu cel de la adulți,
- spălatul, verificatul și ritualurile de ordine sunt extrem de frecvente la copii. Ei nu își dau seama de lipsa de raționalitate a obsesiilor sau compulsiilor,
- cel mai adesea problema este sesizată de părinți, care aduc copilul la tratament,
- a fost descris un declin progresiv în activitatea școlară, secundar deteriorării capacității de concentrare,

• ca și adulții, copiii sunt mai înclinați să se angajeze în ritualuri acasă decât în fața egalilor, a profesorilor sau a străinilor.

Lentoarea obsesivă este de obicei rezultatul ritualurilor compulsive, al îndoielilor repetate, dar poate apărea uneori în lipsa acestora (lentoare obsesivă primară)

Anxietatea este o componentă importantă a tulburării obsesiv-compulsive. Unele ritualuri sunt urmate de o reducere a anxietății, în timp ce altele duc la o creștere a acesteia.

Tulburarea obsesiv-compulsivă se poate asocia cu:

• tulburare depresivă majoră,
• fobii (evitarea situațiilor, obiectelor, etc. ce pot declanșa comportamentul obsesiv-compulsiv): fobie specifică, fobie socială, panică,
• preocupări hipocondriace-controale medicale repetate, solicitarea de asigurări, și apoi reasigurări legate de starea de sănătate,
• tulburări de somn,
• tulburări ale comportamentului alimentar,
• consum excesiv de alcool, sedative, hipnotice, anxiolitice,
• tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă,
• disfuncționalitate maritală, socială, profesională severă (când efectuarea ritualurilor compulsive devine activitatea majoră a existenței individului).

Criterii de diagnostic

DSM IV	ICD 10
A. Fie obsesii sau compulsii: *Obsesii, aşa cum sunt definite de:* (1) gânduri, impulsuri sau imagini persistente şi recurente, care sunt experimentate la un moment dat în cursul tulburării ca intruzive şi inadecvate şi care cauzează o anxietate sau detresă considerabilă; (2) gândurile, impulsurile sau imaginile nu sunt pur şi simplu preocupări excesive în legătură cu probleme reale din viaţă; (3) persoana încearcă să suprime sau să ignore astfel de gânduri, impulsuri sau imagini sau să le neutralizeze cu alte gânduri sau acţiuni; (4) persoana recunoaşte că gândurile, impulsurile sau imaginile obsesive sunt un produs al propriei sale minţi (nu impuse din afară, ca în inserţia gândurilor). *Compulsii, aşa cum sunt definite de:* (1) comportamente repetitive sau acte mentale pe care persoana se simte constrânsă să le efectueze ca răspuns la o obsesie sau conform unor reguli care trebuie să fie aplicate în mod rigid; (2) comportamentele sau actele mentale sunt destinate să prevină sau să reducă detresa sau să prevină un eveniment sau o situaţie temută oarecare; însă aceste comportamente sau acte mentale fie nu sunt conectate în mod realist cu ceea ce sunt destinate să neutralizeze sau să prevină, fie sunt clar excesive. B. La un moment dat în cursul tulburării, persoana a recunoscut că obsesiile sau compulsiile sunt excesive sau iraţionale. **Notă:** Aceasta nu se aplică la copii. C. Obsesiile sau compulsiile cauzează o detresă considerabilă, sunt consumatoare de timp (iau mai mult de o oră pe zi) sau interferă semnificativ cu rutina normală a persoanei, cu funcţionarea profesională ori cu activităţile sau relaţiile sociale uzuale. D. Dacă este prezentă o altă tulburare pe axa I, conţinutul obsesiilor sau compulsiilor nu este restrâns la aceasta (ex. preocuparea pentru mâncare în prezenţa unei tulburări de comportament alimentar; smulgerea părului, în prezenţa tricotilomaniei; preocupare referitoare la aspect, în prezenţa tulburării dismorfice corporale; preocupare referitoare la a avea o maladie severă în prezenţa hipocondriei; preocupare pentru necesităţile sau fanteziile sexuale, în prezenţa unei parafilii; ruminaţii referitoare la culpă, în prezenţa tulburării depresive majore).	Pentru un diagnostic cert, simptomele obsesionale sau actele compulsive (sau ambele) trebuie să fie prezente majoritatea zilelor pentru cel puţin 2 săptămâni şi să fie o sursă de suferinţă sau să interfereze cu activităţile obişnuite. Simptomele obsesionale trebuie să aibă următoarele caracteristici: (a) trebuie să fie recunoscute de pacient ca aparţinându-i (b) trebuie să existe cel puţin un gând sau un act la care pacientul mai opune încă (fără succes) rezistenţă, deşi pot fi prezente şi altele la care pacientul nu mai rezistă (c) gândul sau executarea actului nu trebuie să fie plăcut în el însuşi (simpla ameliorare, potolire a tensiunii sau anxietăţii nu e privită ca plăcută) (d) gândurile, imaginile sau impulsurile trebuie să fie repetitive într-un mod neplăcut

DSM IV	ICD 10
E. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanţe (drog de abuz, medicament) ori ale unei condiţii medicale generale. ***Specificant:* cu conştiinţa maladiei redusă**, dacă cea mai mare parte a timpului în cursul episodului curent, persoana nu recunoaşte că obsesiile şi compulsiile sunt nejustificate.	

Epidemiologie, date de evoluție și prognostic

- Deși era considerată anterior ca fiind rară în populația generală, studii recente au estimat o **prevalență** a tulburării obsesiv-compulsive **pe viață de 2,5%** și o **prevalență pe un an de 1,5-2,1%.**
- Distribuția pe sexe diferă la adulți comparativ cu copiii. În viața adultă, reprezentarea pe sexe este aceeași (sau există o ușoară predominanță a sexului feminin), în timp ce în copilărie tulburarea apare mai ales la băieți (60-70%).
- În ceea ce privește **vârsta de debut**, există o distribuție bimodală, cu un vârf în copilărie (în jurul vârstei de 10 ani) și unul în perioada adultă (aproximativ 21 de ani). De obicei, debutul este progresiv, dar în unele cazuri a fost descris și un debut acut.
- În ceea ce privește **prognosticul TOC**, majoritatea indivizilor au o evoluție cronică. Starea a 75% dintre pacienți se îmbunătățește cu terapie cognitiv-comportamentală asociată terapiei psihofarmacologice. 20-30% dintre pacienți au ameliorări semnificative în timp ce 40-50% au ameliorări moderate. Pentru 20-40% evoluția rămâne staționară. Există un mare risc suicidar.

Factori etiopatogenici implicați în apariția tulburării

1. Factori genetici

- Rata de concordanță pentru tulburarea obsesiv-compulsivă este mai mare pentru gemenii monozigoți decât pentru gemenii dizigoți.
- Rata tulburării obsesiv-compulsive la rudele biologice de gradul I ale pacienților este mai mare decât cea din populația generală.
- Există o relație inversă între ponderea factorului genetic în producerea tulburării obsesiv-compulsive și vârsta individului la debutul afecțiunii.

2. Tulburări ale procesului de dezvoltare neurologică normală – în cazul bolii cu debut în copilărie.

3. Etiologie infecțioasă

- S-a evidențiat existența unei legături între infecția streptococică și tulburări neuropsihiatrice pediatrice (ex. ticuri, obsesii, compulsii)
- La adult, s-a remarcat o asociere între tulburarea obsesiv-compulsivă și infecții SNC (encefalite).

4. Traumatisme cranio-cerebrale

5. Factori neuroendocrini – hormoni, neuropeptide al căror nivel este crescut în lichidul cefalo-rahidian (LCR) la indivizii cu tulburare obsesiv-compulsivă.

6. Factori psihosociali

- Nu se cunoaște rolul exact al experiențelor din copilărie în apariția afecțiunii.
- Ar fi de așteptat ca mamele obsesive să transmită simptomele copiilor lor, prin învățare imitativă. Totuși, în acest caz, există un risc mai mare de apariție a unor simptome nevrotice nespecifice.

Teorii Psihanalitice

Freud (1895) a sugerat pentru prima dată că:

- simptomele obsesive rezultă din pulsiuni refulate, de natură agresivă sau sexuală; această idee concordă cu puternicele fantasme sexuale ale multor pacienți obsesivi și cu faptul că ei își înăbușă propriile pulsiuni sexuale și agresive;
- simptomele obsesive apar ca rezultat al regresiei la stadiul de dezvoltare anal; ideea e în concordanță cu preocupările frecvente ale pacientului obsesiv legate de murdărie și de funcția excretorie.

Ideile lui **Freud** au atras atenția asupra naturii agresive a multora dintre simptome. Totuși, ca explicație cauzală a tulburării obsesiv-compulsive, această teorie nu este convingătoare.

Teoria Învățării

S-a sugerat că ritualurile obsesive constituie echivalentul răspunsurilor prin evitare, ceea ce nu se poate susține însă ca explicație generală, deoarece după unele ritualuri anxietatea nu scade, ci dimpotrivă crește.

Teoria Evoluționistă

- Sistemele biologice, funcțiile psihice au evoluat ca urmare a selecției naturale.
- Tulburarea obsesiv-compulsivă este o variantă anormală a unei strategii adaptative care permitea indivizilor o mai bună confruntare cu factorii de mediu.
- Constatările că marea majoritate a indivizilor relatează prezența la un moment dat a unor gânduri intruzive, precum și că aceste gânduri, ca și ritualurile compulsive, sunt fenomene care apar indiferent de mediul social și cultural, concordă cu ipoteza formulată.
- Există două modalități fundamentale de gândire: on-line (comună multor organisme complexe, implică o activitate mentală menită să rezolve o problemă cu care individul se confruntă în mod direct) și off-line (activitate mentală ce are ca scop rezolvarea unei probleme cu care individul s-ar putea confrunta la un moment dat; este bazată pe limbaj, fiind specific umană).
- Obsesiile reprezintă o variantă primitivă de gândire off-line, de tip involuntar.
- Sistemul neurobiologic ce stă la baza obsesiilor (Involuntary Risk Scenario Generating System-IRSGS) are funcția de a genera în mod involuntar scenarii de risc, permițând individului să-și dezvolte strategii comportamentale de evitare a pericolelor fără a se afla efectiv în situația respectivă.
- Ritualurile compulsive sunt comportamente primitive de evitare a pericolelor, aflate sub control semi-voluntar.

Investigații psihologice specifice

Scala Yale-Brown de evaluare a obsesiilor și compulsiilor

Item	Grad de severitate					
1.	Timpul ocupat de obsesii	0 h/zi	0-1 h/zi	1-3 h/zi	3-8 h/zi	8+ h/zi
	Scor	1	2	3	4	5
2.	Interferența cu activitatea zilnică	Absentă	Redusă	Moderată	Activitate semnificativ afectată	Imposibilitate de desfășurare a activităților zilnice
	Scor	1	2	3	4	5
3.	Distres cauzat de obsesii	Absent	Redus	Moderat	Sever	Aproape constant, incapacitant
	Scor	1	2	3	4	5
4.	Rezistența la obsesii	Întotdeauna prezentă	Semnificativă	Moderată	Cedare frecventă	Cedare completă
	Scor	1	2	3	4	5
5.	Controlul obsesiilor	Control complet	Control semnificativ	Control moderat	Control redus	Control absent
	Scor	1	2	3	4	5

Item	Grad de severitate					
1.	Timpul ocupat de compulsii	0 h/zi	0-1 h/zi	1-3 h/zi	3-8 h/zi	8+ h/zi
	Scor	1	2	3	4	5
2.	Interferența cu activitatea zilnică	Absentă	Redusă	Moderată	Activitate semnificativ afectată	Imposibilitate de desfășurare a activităților zilnice
	Scor	1	2	3	4	5
3.	Distres cauzat de compulsii	Absent	Redus	Moderat	Severă	Aproape constant, incapacitant
	Scor	1	2	3	4	5
4.	Rezistența la compulsii	Întotdeauna prezentă	Semnificativă	Moderată	Cedare frecventă	Cedare completă
	Scor	1	2	3	4	5
5.	Controlul compulsiilor	Control complet	Control semnificativ	Control moderat	Control redus	Control absent
	Scor	1	2	3	4	5

SCOR TOTAL Y-BOCS - gradul de severitate în cazul pacienților care prezintă atât obsesii cât și compulsii:

- 0-7 subclinic
- 8-15 redus
- 16-23 moderat
- 24-31 sever
- 32-40 extrem

Posibilități de intervenție terapeutică a psihologului clinician

Terapia Comportamentală

Scopul terapiei comportamentale este acela de a reduce anxietatea asociată obsesiilor, ceea ce ar scădea frecvența comportamentelor compulsive (prin diminuarea anxietății pe care individul o trăiește, acesta nu se va mai simți atât de constrâns să îndeplinească diferite ritualuri).

Desensibilizarea sistematică

- Individul alcătuiește o listă a situațiilor care îi provoacă anxietate - ordonarea crescătoare a circumstanțelor cauzatoare de stres (ex. o persoană cu obsesii legate de curățenie poate afirma că situația cea mai puțin stresantă este reprezentată de mersul pe iarbă cu încălțăminte; următorul loc în ierarhie îl ocupă mersul pe iarbă fără încălțăminte, apoi statul pe iarbă ș.a.m.d. până la situația generatoare de stres maxim).
- Pacientul avansează treptat către finalul listei pe măsură ce devine capabil să se confrunte cu respectiva situație fără a îndeplini ritualuri compulsive sau fără a simți o anxietate extremă.
- Acest tip de terapie comportamentală poate fi practicat confruntând efectiv individul cu contextul stresant sau solicitând pacientului să își imagineze respectivul context; o alternativă poate fi reprezentată de terapia VR (realitate virtuală).
- Persoanele care urmează acest tip de terapie sunt învățate să utilizeze tehnici de relaxare care să le ajute să facă față mai ușor situațiilor anxiogene.
- Un alt element al terapiei poate fi reprezentat de un "contract" între terapeut și pacient, prin care acesta din urmă hotărăște să limiteze numărul de ritualuri compulsive efectuate.

Prevenirea răspunsului

- Tehnică cognitiv-comportamentală.
- Inițial, terapeutul identifică evenimentele care declanșează ritualurile compulsive, oferind apoi pacientului o explicație cât mai concisă cu privire la metoda de tratament ce urmează a fi aplicată.
- Ulterior, situația stresantă este în mod sistematic indusă, iar pacientul trebuie să încerce să nu se comporte în mod compulsiv; anxietatea atinge un nivel ridicat la început, dar diminuă pe măsură ce timpul de expunere și numărul de expuneri cresc.
- În cursul confruntării cu evenimentul anxiogen, pacientul trebuie ajutat să facă față sentimentului de teamă.
- Există o mică diferență față de metoda anterioară, constând în prezența elementului cognitiv.

Terapia Familială

- Familia poate fi privită ca un sistem a cărui bună funcționare depinde de funcționarea normală a tuturor componentelor. De obicei, familiile ignoră simptomele obsesiv-compulsive atât timp cât ele nu le afectează activitatea, obiceiurile;

- Este foarte important pentru toți membrii familiei unui individ să afle cât mai multe despre tulburarea de care acesta suferă, pentru a putea avea o atitudine corespunzătoare față de pacient (simptomele obsesiv-compulsive nu trebuie acceptate ca atare, însă pe de altă parte persoana în cauză nu trebuie învinovățită pentru modul în care se comportă).
- Nevoia de asigurare din partea familiei poate deveni un comportament compulsiv; individul devine din ce în ce mai anxios, până când primește aceste asigurări; deși familia dorește să sprijine pacientul, aceasta nu este atitudinea cea mai potrivită, întrucât nu face altceva decât să accentueze comportamentul compulsiv; în mod corect, pacientului trebuie să i se refuze aceste asigurări, demonstrându-i-se astfel că, deși cererile sale nu sunt îndeplinite, consecințele nu sunt nici pe departe atât de severe.

Medicație

Se pot utiliza: antidepresive și anxiolitice. Durata tratamentului este de minim 10-12 săptămâni, până la 6 luni. Eficiența cea mai mare în tratarea tulburării obsesiv-compulsive o are tratamentul combinat (medicație și psihoterapie). Aproximativ 70-75% dintre pacienții care utilizează doar unul din cele două tipuri de tratament prezintă cel puțin o ameliorare a simptomatologiei. Asocierea terapiei medicamentoase cu cea comportamentală conduce la o îmbunătățire la stării a aproximativ 90% din persoanele afectate. De regulă, simptomele reapar la încetarea tratamentului medicamentos (de unde și necesitatea tratamentului combinat).

Răspunsul la tratament este mai redus în cazul indivizilor la care tulburarea a debutat în copilărie.

Psihochirurgia

Este o metodă radicală de tratament constând în distrugerea chirurgicală de căi nervoase la nivelul creierului. Este utilizată extrem de rar în prezent, doar în acele cazuri care sunt extrem de severe și care nu răspund deloc la nici o altă formă de tratament.

6.6. TULBURĂRILE AFECTIVE

Tulburările afective sunt caracterizate prin exagerări pătrunzătoare, prelungite și "infirmizante" ale dispoziției și afectivității care sunt asociate cu disfuncții comportamentale, psihologice, cognitive, neurochimice și psihomotorii.

Sindroamele afective majore sunt tulburarea depresivă majoră (denumită și tulburare unipolară), tulburarea afectivă bipolară (denumită și psihoza maniaco-depresivă), tulburarea distimică și ciclotimia.

6.6.1. TULBURAREA AFECTIVĂ BIPOLARĂ

CAZ CLINIC – TULBURAREA AFECTIVĂ BIPOLARĂ

Dna. Munteanu are 44 de ani, este bibliotecară, divorţată de 8 ani şi a venit singură la spital pentru o simptomatologie depresivă. Este la al patrulea episod depresiv. *„Se întâmplă brusc. Chiar dacă sunt în mijlocul unei acţiuni, de exemplu spăl rufe, mă apucă o tristeţe înfiorătoare şi sentimentul că totul e inutil, că sunt o ratată şi las totul baltă. De obicei sunt o femeie îngrijită şi îmi place curăţenia. În astfel de perioade, nu îmi vine nici să ridic o hârtie de pe jos. Stau şi zac în pat dorindu-mi să mor şi să se termine odată cu coşmarul acesta. Nu am nevoie nici de mâncare, de nimic! Doctorii mi-au spus că am psihoză maniaco-depresivă. Mi-aş dori să fi fost numai „maniaco" pentru că deşi mi s-a întâmplat numai o dată, îmi amintesc că a fost cea mai fericită lună din viaţa mea. A fost o perioadă când am început să mă simt din ce în ce mai activă. Am reuşit să înregistrez toate cărţile din bibliotecă; acasă mi-am zugrăvit tot apartamentul într-o săptămână. Nu aveam nevoie decât de vreo trei ore de somn! Devenisem mai optimistă şi mai comunicativă. Chiar mă gândeam că aş putea să-mi refac viaţa şi pe plan sentimental. Mă simţeam atrăgătoare şi spirituală. Chiar glumeam des, eu care sunt o fire atât de retrasă! Vă închipuiţi, eu să fiu vorbăreaţă! Dar apoi s-a terminat şi nu la mult timp au început episoadele depresive, iadul meu pe pământ"*

Definiţie

Psihoza maniaco-depresivă (PMD), cunoscută în terminologia psihiatrică actuală ca boala afectivă bipolară, este cea mai dramatică formă de manifestare a tulburărilor afective.

Boala a fost separată de **Kraepelin (1889)** de celelalte psihoze, dar legătura dintre melancolie şi manie a fost observată de **Hipocrate** şi **Areteu din Capadocia**.

În accepţia lui **Kraepelin,** boala se caracterizează prin episoade maniacale şi depresive care survin la acelaşi pacient. Uneori aşa se întâmplă (în aproximativ 20 – maximum 25% din cazuri) iar în aproximativ 75% din cazuri pacienţii fac sau doar episoade depresive (90% din ei), sau doar episoade expansive (10%).

Boala bipolară este una dintre cele două boli afective majore. Cealaltă este tulburarea afectivă unipolară (doar cu episoade depresive sau maniacale).

Spre deosebire de depresia majoră, care poate surveni la orice vârstă, PMD debutează, în general, înaintea vârstei de 35 de ani.

Prezentare clinică

Pacienţii cu boală bipolară diferă de cei cu alte forme de depresie, prin modul lor de a oscila între depresie şi manie, separate prin perioade normale.

Există aşa-numitele stări mixte care amestecă elemente depresive cu elemente de excitaţie. De obicei, acestea apar când dispoziţia se inversează.

Durata în timp a acestui ciclu variază de la o persoană la altă persoană.

EPISODUL MANIACAL

Pacienții care se află în faza maniacală simt mai curând un atac brusc de exaltare, de euforie sau iritabilitate extremă care se dezvoltă în decurs de câteva zile, până la o deteriorare gravă.

Simptomele fazei maniacale
Un mod de a se simți excesiv de bun, euforic, expansiv sau iritabil; nimic (veşti rele, tragedii) nu poate schimba această stare de fericire. Euforia se poate schimba rapid în iritare sau furie.
Exprimă un optimism nejustificat și o lipsă de discernământ.
Încrederea în sine creşte până la delir de grandoare în care persoana consideră că are legături speciale cu Dumnezeu, celebrități, conducători politici.
Hiperactivitate și planuri excesive, participare în numeroase activități care pot conduce la rezultate nedorite. Pacientul are un comportament sexual anormal (libidou crescut, dezinhibiție sexuală).
Fuga de idei. Pacienții prezintă o multitudine de idei care se succed rapid, în mod necontrolat.
Necesitatea redusă de somn, insomnii.
Lipsa puterii de concentrare: atenția pacientului este cu uşurință deviată către detalii neimportante.
Iritabilitate bruscă, furie sau paranoia se declanşează când planurile grandioase ale pacientului se năruie sau când sociabilitatea lui excesivă este refuzată.

Diagnosticul episodului maniacal se poate face dacă există următoarele simptome, având o evoluție clinică particulară, după cum urmează:

A. O perioadă distinctă de dispoziție crescută, euforică, expansivă = bună dispoziție, veselie sau iritabilă – sarcasm, comentarii sentențioase, anormală și persistentă, durând cel puțin o săptămână.

B. În timpul perioadei de perturbare a dispoziției, ex., trei (sau mai multe) din următoarele simptome au persistat (patru, dacă dispoziția este numai iritabilă) și au fost prezente într-un grad semnificativ:

1) stimă de sine exagerată sau grandoare;

2) scăderea nevoii de somn (de ex., se simte refăcut după numai trei ore de somn);

3) logoree (mai locvace decât în mod uzual) sau presiunea vorbirii (se simte presat să vorbească continuu); vorbește tare, cu voce sigură, discurs greu de întrerupt, alert; poate păstra coerența, dar are tendință la jocuri de cuvinte, calambururi, onomatopee, asociații prin asonanță, rimă; se poate ajunge și la un limbaj destructurat fonetic și semantic.

4) lingvistic – nu se evidențiază dezorganizări severe de tip structural, lexical; în faze severe stil ludic de comunicare;

5) fugă de idei sau impresia că gândurile sunt accelerate;

6) distractibilitate (adică, atenția este atrasă prea ușor de stimuli externi fără importanță sau irelevanți, îl distrag orice stimuli);

6) capacitatea de judecată – superficială, formală, situațională, noncauzală; consideră că știe totul, cunoaște totul, în consecință, se angajează în diverse acțiuni;

7) imaginația și capacitatea creativă este scăzută și deturnată;

8) creşterea activității, care devine multiplă, dezordonată, incoerentă (la serviciu sau la școală, ori din punct de vedere sexual) ori agitație psihomotorie;

9) implicare excesivă în activități plăcute care au un înalt potențial de consecințe nedorite (de ex., face cumpărături excesive, indiscreții sexuale ori investiții în afaceri nesăbuite);

10) sistem pulsional dezinhibat – plan erotic, sexual, alimentar;

11) sociofilie, spirit gregar, disponibilitate de relaționare - intruziv, solicitant, indecent; prietenos, stabilește imediat relații, gratifică partenerul de discuție;

12) trăirea timpului: pacientul «***devoră***» prezentul, trăiește numai prezentul;

13) psihomotricitate exacerbată, de la excitație motorie moderată până la hiperkinezie nestăpânită (furor maniacal, dezlănțuire motorie), manifestări clastice și agresive, deci manie coleroasă și violentă.

Elemente facultative

1. idei delirante concordante cu dispoziția
   - de supraestimare, supraevaluare
   - de grandoare, putere, relație, filiație
2. idei delirante incongruente – idei de persecuție, urmărire, prejudiciu
3. manifestări halucinatorii
4. manifestări catatonice
5. sentimente de derealizare și depersonalizare

Acestea trebuie să aibă o durată sub 2 săptămâni în absența tulburărilor afective predominante.

Perturbarea de dispoziție este suficient de severă pentru a determina o deteriorare semnificativă în funcționarea profesională sau în activitățile sociale uzuale ori în relațiile cu alții, ori să necesite spitalizare (pentru a preveni vătămarea sa sau a altora sau dacă există elemente psihotice).

C. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., abuz de drog, sau de un medicament sau un alt tratament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul).

Notă: Episoadele asemănătoare celor maniacale și care sunt clar cauzate de tratamentul antidepresiv somatic de ex., de medicamente antidepresive triciclice, terapie electroconvulsivantă, fototerapie) nu trebuie să conteze pentru un diagnostic de tulburare bipoară I).

Mania este o stare de euforie, sentimente de omnipotență și încredere nelimitată în forțele proprii, descrisă doar de o minoritate de pacienți. Majoritatea pacienților cu manie au iritabilitate (80%), dispoziție expansivă (72%) și labilitate dispozițională (69%). Simptomele cele mai frecvente sunt vorbirea precipitată (98%), logoreea (89%), agitația psihomotorie (87%), nevoia scăzută de somn (81%), hipersexualitatea (57%), comportamentul extravagant (55%).

Mai puțin întâlnite sunt violența (49%), religiozitatea (39%), regresia pronunțată (28%) și catatonia (22%).

Tulburări cognitive nonpsihotice frecvente în manie sunt: grandoarea (78%), fuga de idei (71%) și distractibilitatea (68%). Inatenția, indecizia și retardul psihomotor apar mai ales în tulburarea bipolară.

Tulburările de percepție apar de regulă în cursul episoadelor maniacale. Cel puțin 2/3 din pacienți prezintă simptome psihotice în cursul unui episod afectiv.

Netratată, faza maniacală poate avea o durată de până la 3 luni.

Comparaţie între criteriile DSM IV şi ICD 10

	Simptome	DSM-IV	ICD-10
1A	Dispoziţie euforică	+	+
1B	Dispoziţie iritabilă	+	+
2	Supraestimare şi idei de grandoare	+	+
3	Nevoie scăzută de somn	+	+
4	Logoree	+	+
5	Fugă de idei	+	+
6	Distractibilitate	+	+
7A	Creşterea activităţilor sociale sau a contactelor	+	+
7B	Agitaţie psiho-motorie	+	+
8	Comportament de risc	+	+
9	Creşterea comportamentului sexual		+

+ indică existenţa simptomului (după **Per Bech, 2000**)

EPISODUL DEPRESIV

Simptomele fazei depresive
sentimente de inutilitate, de lipsă de speranţă, de neajutorare
indiferenţă faţă de orice
sentimentul de vină nejustificată
tristeţe prelungită, accese inexplicabile de plâns, irascibilitate sau iritabilitate
activităţile agreabile, contactele sociale, munca sau sexul care altă dată îi făceau plăcere, nu-i mai trezesc interesul
imposibilitatea de a se concentra sau de a-şi aminti detalii
gânduri de moarte, încercări de suicid
pierderea apetitului sau apetit exagerat
fatigabilitate persistentă, letargie
insomnie sau nevoie crescută de somn
dureri, constipaţie sau alte afecţiuni somatice cărora nu li se poate determina o cauză obiectivă

Diagnosticul episodului depresiv major se poate face dacă există următoarele simptome, având o intensitate clinică particulară, după cum urmează:

1) Dispoziţie depresivă cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, indicată fie prin relatare subiectivă, ori prin observaţie făcută de alţii.

Notă: La copii şi adolescenţi, dispoziţia poate fi iritabilă, şi la adult accese inexplicabile de plâns, irascibilitate sau iritabilitate.

Diminuarea marcată a interesului sau plăcerii pentru toate sau aproape toate activităţile; simptomele persistă mai mult de 2 luni, sunt prezente în cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi (după cum este indicat, fie prin relatarea subiectului, fie prin observaţii făcute de alţii);

2) Pierderea interesului (mai puţin considerată de clasici) cel mai important, frecvent, este constant. Nu mai are interes:

- pentru studiu, cunoaştere, informare, călătorii;
- sub toate aspectele existenţei;
- estetic, erotic.

2") Pierderea plăcerii – corelate cu 1
Nu mai are plăcere:
- de a aprecia din punct de vedere gustativ – alimente, băuturi,
- pentru activitatea sexuală,
- de a călători, de a cunoaște, nu îl mai bucură nimic,
- este indiferent față de orice,
- hobby-urile anterioare nu îi mai fac plăcere, nu îi mai trezesc interesul.

3) Inapetență corelată cu pierderea plăcerii, pierdere semnificativă în greutate, deși nu ține dietă, ori câștig ponderal (pot exista și situații atipice cu apetit exagerat și creștere ponderală).

4) Insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi; superficializarea somnului (pacienții depresivi au un somn redus și superficial, iar această superficialitate le conferă impresia că nu au dormit).

5) Lentoare psihomotorie (mai rar agitație psihomotorie) = bradikinezie, scădere a ritmului, amplitudinii, supleței mișcărilor motorii, creștere a latenței răspunsurilor și reacțiilor motorii aproape în fiecare zi (oservabilă de către alții, nu numai senzațiile subiective de neliniște sau de lentoare).

6) Fatigabilitate sau lipsă de energie aproape în fiecare zi.

7) Bradipsihie – scăderea ritmului și fluxului ideativ, scăderea forței de reprezentare și a capacităților imaginative - diminuarea capacității de a se concentra, de a-și aminti detalii sau indecizie aproape în fiecare zi (fie prin relatarea subiectului, fie observată de alții).

8) Scăderea elanului vital.

9) Sentimente de inutilitate, incapacitate, autodepreciere cu lipsă de speranță, trăiri de neajutorare care aparțin spectrului depresiv.

10) Idei delirante de vinovăție excesivă ori inadecvată (nu numai autoreproș sau culpabilitate în legătură cu faptul de a fi suferind).

11) Gânduri recurente de moarte (nu doar teama de moarte), ideație suicidară recurentă fără un plan anume, ori o tentativă de suicid sau elaborarea unui plan anume pentru comiterea suicidului.

Tulburări asociate:

- Anxietate
- Tulburări fobice
- Expresivitate pantomimică caracteristică
- Somatic: constipație, acuze somatice multiple
- Ideație delirantă mai amplă - de sărăcie, de ruină, negare

Simptomele determină o deteriorare semnificativă clinic cu consecințe în activitatea socială, profesională sau în alte domenii importante de funcționare;

Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., abuz de drog sau medicament) ori al unei condiții generale medicale (de ex., hipotiroidism);

Simptomele nu sunt explicate mai bine de doliu, adică patologie determinată de pierderea unei ființe iubite.

Comparaţie între criteriile DSM IV şi ICD 10

	Simptomele depresiei	DSM-IV	ICD-10
1	Stare depresivă în majoritatea zilei, aproape în fiecare zi	+	+
2	Interes puternic diminuat şi lipsa plăcerii în toate sau aproape toate activităţile în majoritatea zilei, aproape în fiecare zi	+	+
3	Pierderea energiei sau oboseală aproape în fiecare zi	+	+
4	Lipsă de încredere şi autostimă scăzută	+	+
5	Autoreproş sau sentimente de vină inadecvată sau excesivă aproape în fiecare zi	+	+
6	Gânduri recurente de moarte sau suicid sau orice tip de comportament suicidar	+	+
7	Diminuarea capacităţii de concentrare sau indecizie aproape în fiecare zi	+	+
8	Agitaţie sau lentoare psihomotorie aproape în fiecare zi	+	+
9	Insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi	+	+
10	Modificări de apetit (creştere sau descreştere) corelate cu modificări ale greutăţii	+	+

+ indică existenţa simptomului (după **Per Bech, 2000**)

GHID DE DEPISTARE A DEPRESIEI

Atât recunoaşterea cât şi diagnosticarea depresiei presupune cunoaşterea şi sesizarea factorilor de risc ca şi cunoaşterea semnelor cheie, simptomelor, a istoricului suferinţei.

Factorii primari de risc pentru depresie:

Evidenţierea unora din criterii trebuie să atragă atenţia practicianului pentru probabilitatea existenţei unei tulburări de dispoziţie:

- episoade anterioare de depresie
- istoric familial de boală depresivă
- tentative anterioare de suicid
- sexul feminin
- vârstă de debut sub 40 de ani
- perioadă postpartum
- comorbiditate medicală
- lipsa suportului social
- evenimente stresante de viaţă
- consum obişnuit de alcool, medicamente

Importanţa istoricului de depresie

Istoricul cu episoade depresive creşte riscul pentru episoade depresive ulterioare;

- un episod - probabilitate de repetare 50%
- două episoade - probabilitate de repetare 70%
- trei episoade sau mai multe - probabilitate de repetare 90%

Istoricul familial la rudele de gradul I creşte probabilitatea de dezvoltare a depresiei.

Există o vulnerabilitate genetică crescută pentru tulburările afective bipolare. Rudele de grdul I ai bipolarilor au risc crecut de a face episoade depresive majore sau tulburare bipolară (12%).

Pentru cei cu episoade depresive majore recurente, factorii genetici joacă, de asemenea, un rol important.

La cei care nu au episoade depresive cu caracter clar recurent, rolul factorilor genetici nu este clar.

Totuși, se știe că pacienții care dezvoltă tulburări depresive majore sub 20 de ani au o mai mare morbiditate familială pentru depresie **(Goodwin și Jamsison, 1990).**

Istoricul de tentative suicidare - trebuie să atragă în mod deosebit atenția asupra tulburărilor depresive deoarece tentativele de suicid sunt frecvent asociate tulburărilor de dispoziție. În plus, un istoric de ideație suicidară și/sau tentative crește riscul pacienților pentru depresii și tentative ulterioare.

Diagnostic pozitiv de depresie

Semnele și simptomele se pot deduce din interviu sau din informații obținute de la aparținători și prieteni.

Diagnosticul se pune pe baza elementelor pozitive și nu prin excludere.

Evenimente stresante de viață pot preceda instalarea unui episod major depresiv.

Aceasta nu înseamnă să se folosească aceste evenimente pentru a explica episodul depresiv major.

Interviul clinic este cea mai eficientă metodă de diagnostic.

Acesta trebuie să evidențieze semnele clinice ale depresiei ca și caracteristicile evolutive. În mod similar se identifică simptomele și caracteristicile evolutive pentru stabilirea diagnosticelor de tulburare bipolară, distimie, și alte tipuri de tulburări de dispoziție.

Se pun întrebări specifice pentru investigarea simptomelor clinice.

Primele elemente căutate sunt: dispoziție depresivă, pesimism sau pierderea plăcerii și interesului.

În momentul suspicionării unei stări depresive, medicul va trebuie să efectueze o examinare psihiatrică care să aibă ca principale obiective:

- evidențierea ideației/intențiilor suicidare
- dacă pacientul este orientat, vigil, cooperant și comunicativ
- dacă manifestă un nivel normal de activitate motorie
- dacă sunt prezente tulburări psihotice

Unii pacienți neagă tulburările de dispoziție, dar se pot evidenția simptome somatice semnificative: insomnii, modificări ale apetitului alimentar, modificări în greutate).

Medicul trebuie să insiste în aceste cazuri asupra dispoziției și intereselor bolnavului. Aceștia se pot plânge inițial de insomnii, scăderea apetitului, a energiei, a capacității de concentrare, scăderea libidoului sau acuză dureri intermitente sau anxietate. Într-o asemenea situație practicianul trebuie să fie sensibilizat asupra diagnosticului de depresie.

Dacă simptomele sunt prezente, este important să se stabilească cum s-au instalat ele în timp:

- de cât timp este depresiv
- au mai existat episoade anterioare
- cât de bună a fost remisiunea între episoade
- cât de severe sunt actualele simptome

Cu cât depresia este mai severă, cu ideație suicidară, cu multiple simptome neurovegetative și importantă dezorganizare în funcționare, cu atât se impune intervenția medicamentoasă.

Concomitent va trebui să se stabilească:

- dacă mai există o altă boală somatică asociată și dacă aceasta poate fi cauza depresiei
- dacă există consum de alcool sau alte droguri
- dacă există o altă tulburare psihică diferită, asociată sau cauzală

EPISOADE MIXTE

În evoluția bolii pot exista și episoade în care se amestecă simptomele de tip maniacal cu cele de tip depresiv. Este caracteristică schimbarea rapidă a dispoziției, astfel încât în cursul aceleiași zile se pot întâlni ambele stări. Criteriile **DSM IV** pentru episodul mixt sunt următoarele:

A. Sunt satisfăcute criteriile, atât pentru episodul maniacal, cât și pentru episodul depresiv major (cu excepția duratei) aproape în fiecare zi, în cursul unei perioade de cel puțin o săptămână.

B. Perturbarea afectivă este suficient de severă pentru a cauza o deteriorare semnificativă în funcționarea profesională sau în activitățile sociale uzuale ori în relațiile cu alții, sau pentru a necesita spitalizare (spre a preveni vătămarea sa sau a altora sau când există elemente psihotice).

C. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex. abuz de drog, de medicament sau un tratament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul).

Epidemiologie, date de evoluție și prognostic

Boala bipolară apare la aproximativ 1% din populație. Dacă îi includem și pe indivizii cu hipomanie și ciclotimie, procentul persoanelor care vor avea boala va fi de două ori mai mare.

Perioada de risc pentru debutul bolii se întinde de la 15 la 60 de ani, dar cel mai frecvent boala debutează între 25 și 30 de ani. Vârsta de debut este mai mică decât la tulburarea depresivă unipolară (numai cu episoade depresive) care apare mai frecvent între 35 și 45 de ani. Boala bipolară apare în mod egal la femei și bărbați (M:F = 1:1), în timp ce în tulburarea depresivă unipolară, raportul este în favoarea femeilor (M:F = 1:2).

Episoadele depresive și maniacale din PMD sunt de obicei separate de perioade de normalitate, iar episoadele revin stabilind un ciclu de evoluție diferit de la caz la caz. Dacă nu sunt tratate, durata de normalitate dintre episoade descrește progresiv iar durata episoadelor crește.

Un subgrup mic de pacienți cu tulburare bipolară manifestă modele ciclice de la patru episoade pe an până la episoade care se succed la fiecare 24 de ore. Există o corelație directă între durata ciclurilor și severitatea bolii.

Administrarea cronică a unor medicamente poate precipita un episod depresiv major.

Boala afectivă bipolară, așa cum știm din descrierea lui **Kraepelin** constă în apariția atât a unor episoade expansive, cât și a unor episoade depresive.

Au fost descrise o serie de particularități ale pacienților cu tulburări bipolare și ale celor cu tulburări unipolare.

Argumente pentru polaritate:

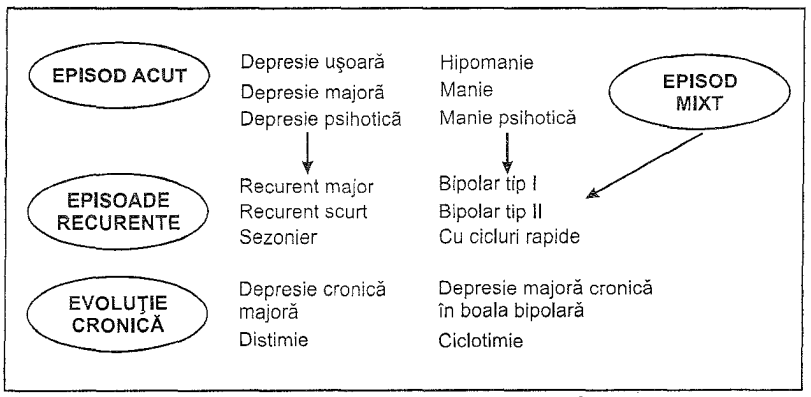
– boala bipolară are un debut mai brusc, mai precoce, în timp ce boala unipolară are un debut mai tardiv; boala bipolară are o remisiune mai bună decât cea unipolară.

– boala bipolară are o încărcătură genetică mai puternică decât boala unipolară; în antecedentele heredo-colaterale (AHC) există frecvente cazuri de boală afectivă și alcoolism, psihopați;

– sub aspectul personalității premorbide, bipolarii sunt mai extraverți, mai deschiși, mai comunicativi, cu mai multă inițiativă, mai întreprinzători, picnici, oameni ai faptelor, ai acțiunilor; unipolarii sunt mai introverți, mai închiși, mai rezervați, mai puțin implicați, cu slabă inițiativă, sunt oameni ai ideilor, ai problemelor).

– din punct de vedere terapeutic, bipolarii beneficiază de tratament cu săruri de litiu (aceste substanțe ar exercita o acțiune profilactică. Nu e vorba de profilaxie totdeauna, dar numeroase observații atestă faptul că episoadele afective care survin sub tratament de întreținere cu litiu sunt mult mai rare și de o amplitudine mult mai redusă).

– virajul maniacal la antidepresive triciclice



Posibilități de evoluție în tulburările afective
după **Bech P, 2000**

Aspectele psihosociale ale PMD

Asemeni altor afecțiuni severe, PMD poate determina autosubestimare, alterarea relațiilor cu cei din jur, în special cu soțul sau familia. În absența tratamentului boala are un prognostic grav, putând duce la dezintegrare socială și profesională, chiar suicid. Totuși, pacienții cu PMD pot beneficia de psihoterapie. Pacientul și medicul conlucrează pentru restabilirea relațiilor sociale, a stării de sănătate, a imaginii proprii.

De cele mai multe ori este nevoie de sprijinul psihiatrului pentru colaborarea pacientului la tratament.

Această boală poate afecta în mod serios relațiile de familie. Membrii de familie trebuie să învețe să imite strategia psihiatrului și să fie o parte activă în echipa de tratare a bolnavului.

Comorbiditate

Există o suprapunere considerabilă cu simptomatologia tulburărilor anxioase. Simptomele care caracterizează anxietatea pot precede depresia, se pot manifesta în timpul episodului depresiv sau pot continua un episod depresiv.

Există un risc crescut pentru consum abuziv de alcool sau medicamente; de multe ori pacientul încearcă să-și amelioreze starea în acest mod, știut fiind faptul că alcoolul are și un efect anxiolitic.

O serie de boli somatice de tipul afecţiunilor cerebrale, cardiovasculare, endocrine apar cu o frecvenţă crescută la persoanele cu tulburare afectivă. Simptomatologia depresivă are un impact negativ asupra evoluţiei acestor afecţiuni. Pe de altă parte, un episod depresiv poate fi precipitat de complicaţii somatice.

Factori etiopatogenici implicţi în apariţia tulburării

- Studiile recente asupra originii bolii bipolare au fost canalizate către cercetarea genetică.
- Rudele apropiate ale pacienţilor sunt de 10-20 de ori mai susceptibile de a dezvolta o depresie sau PMD.
- De fapt, 80-90% din pacienţii cu PMD au rude apropiate care suferă de depresie.
- Dacă un părinte are PMD, copilul are 12-15% risc de a dezvolta PMD.
- Dacă ambii părinţi suferă de PMD, riscurile copilului cresc la 25%.
- Alte studii sugerează că factorii de mediu sunt implicaţi în dezvoltarea bolii.
- Studiile psihanalitice arată că şi relaţiile de familie încordate pot agrava PMD.
- Alte studii sugerează că dezechilibrul controlului endocrin contribuie la apariţia bolii.

Investigaţii psihologice specifice

Scala Hamilton de evaluare a depresiilor

Această scală a fost elaborată la începutul anilor 1960 pentru a monitoriza severitatea depresiilor majore, concentrându-se în mod special asupra simptomatologiei somatice. Există variante cu 17 şi 21 de itemi, şi alte variante cu un număr diferit de itemi.

Itemii scalei Hamilton de depresie sunt cotaţi de la 0 la 2 sau de la 0 la 4, pentru scala Hamilton cu 17 itemi totalul scorului variază de la 0 la 50. Scoruri de 7 şi mai puţin sunt consideraţi normali; 8-13 depresie uşoară, 14-18 depresie moderată, 19-22 depresie severă şi 23 şi peste depresie foarte severă. Cotarea scalei se face pe baza interviului cu pacientul şi a observaţiilor.

Scala a fost intens folosită pentru a evalua modificările apărute ca răspuns la tratamentul psihofarmacologic.

Notă: Toate rubricile trebuie completate; încercuiţi sau marcaţi cu o cruce numărul corespunzător dacă este cazul.

1. Stare deprimată (melancolie, disperare, izolare, inutilitate, tristeţe)	0. Absente. 1. Aceste sentimente nu sunt exprimate decât ca urmare a interogatoriului. 2. Aceste sentimente sunt raportate verbal în mod spontan. 3. Aceste sentimente nu sunt raportate verbal, ele apar în fizionomia, atitudinea, vocea şi tendinţa la plâns. 4. Bolnavul nu vorbeşte practic decât despre sentimentele sale în declaraţiile şi atitudinile sale.

2. Sentimentul de culpabilitate	0. Absent. 1. Autocritică, are impresia de a fi abandonat de ceilalţi. 2. Ideea de culpabilitate sau ruminaţia traumelor trecute sau a actelor de vinovăţie. 3. Boala actuală este o pedeapsă; idei delirante de vinovăţie. 4. Bolnavul aude voci care îl acuză sau denunţă, are halucinaţii vizuale ameninţătoare.
3. Suicidul	0. Absent. 1. Impresia că viaţa nu merită de a fi trăită. 2. Bolnavul ar vrea să fie mort sau gândeşte că ar putea muri. 3. Ideea sau gestul de sinucidere. 4. Tentativa de sinucidere.
4. Insomnia de la începutul nopţii	0. Nu există dificultate de a adormi. 1. Bolnavul se plânge că are dificultăţi la adormire (peste ½ oră). 2. Bolnavul se plânge că are mari dificultăţi de a adormi.
5. Insomnia de la mijlocul nopţii.	0. Nu există dificultate de a adormi. 1. Bolnavul se plânge că uneori somnul este agitat şi perturbat toată noaptea. 2. Bolnavul se trezeşte în cursul nopţii.
6. Insomnia de la sfârşitul nopţii.	0. Absentă. 1. Bolnavul se trezeşte foarte devreme dimineaţa, dar poate să readoarmă. 2. Bolnavul este foarte incapabil să readormă şi se scoală din pat.
7. Muncă şi alte activităţi	0. Fără dificultate. 1. Impresia de incapacitate, de oboseală sau slăbiciune în activitate, muncă sau hobby-uri. 2. Lipsa de interes pentru activitate: hobby-uri sau muncă, relatate fie direct de către bolnav, fie indirect din deciziile, ezitările sale (are impresia că trebuie să se forţeze pentru a lucra, acţiona). 3. Reducerea timpului consacrat activităţii sau scăderea productivităţii în afara serviciului său normal (în spital notaţi cu 3 dacă bolnavul nu alocă minim 3 ore/zi unei anumite activităţi - hobby-uri, muncă). 4. Întreruperea muncii datorată bolii actuale (în spital alegeţi această rubrică dacă bolnavul nu are nici o activitate în afara serviciului său regulat sau nu este în stare să facă singur ceva).
8. Inhibiţia (încetinirea ideaţiei şi a vorbirii, dificultăţi de concentrare, scăderea activităţii motorii)	0. Vorbire şi ideaţie normale. 1. Uşoară inhibiţie în cursul dialogului. 2. Netă inhibiţie în cursul dialogului. 3. Dialog dificil. 4. Stupor complet.

9. Agitaţie	0. Absentă. 1. Bolnavul se "joacă" cu părul, cu mâinile, etc. 2. Bolnavul îşi roade unghiile, se trage de păr, îşi muşcă buzele.
10. Anxietate psihică	0. Nici o dificultate. 1. Tensiunea subiectului şi iritabilitate. 2. Bolnavul îşi face griji pentru motive minore. 3. Atitudine de frică decelabilă pe fizionomie sau din expresia verbală. 4. Frica este exprimată fără interogatoriu.
11. Anxietate somatică	0. Absentă. 1. Uşoară. 2. Moderată. 3. Severă. 4. Împiedică orice activitate. Proiecţii somatice ale anxietăţii: - tulburări gastro-intestinale (uscăciunea gurii, meteorism, tulburări digestive, diaree, colici, aerofagie) - tulburări cardiovasculare (palpitaţii, cefalee) - tulburări respiratorii (hiperventilaţie, suspine) - polakiurie (micţiuni frecvente) - transpiraţii
12. Simptome somatice gastro-intestinale	0. Absente. 1. Pierderea apetitului, dar bolnavul mănâncă fără încurajări din partea personalului. Are impresia de greutate abdominală. 2. Dificultăţi în a mânca fără intervenţia energică a personalului, cere sau doreşte laxative sau medicaţie pentru simptome gastro-intestinale.
13. Simptome somatice generale	0. Absente. 1. Greutate în membrul inferior, spate, cap, dureri dorsale, cefalee, dureri musculare, pierderea energiei, astenie. 2. orice simptom net va fi notat cu 2.
14. Simptome genitale	0. Absente 1. Uşoare. 2. Severe. 3. Neconfirmate. 4. Simptome referitoare la pierderea libidoului şi probleme menstruale.
15. Hipocondria	0. Absentă. 1. Preocupare asupra propriei persoane. 2. Preocupare asupra sănătăţii personale. 3. Plângeri, cereri de ajutor, etc. 4. Iluzii hipocondriace.

16. Pierdere în greutate (a se completa fie A, fie B)	A. Estimare după anamneză (înaintea tratamentului). 0. Fără pierdere în greutate. 1. Pierdere în greutate probabil asociată cu boala actuală. 2. Pierdere în greutate precisă (după opinia bolnavului). B. La fiecare examen psihiatric săptămânal se măsoară pierderile în greutate. 0. Pierdere în greutate sub 500 g pe săptămână. 1. Pierdere în greutate peste 500 g pe săptămână. 2. Pierdere în greutate peste 1 kg pe săptămână.
17. Autocritică	0. Bolnavul recunoaşte că este deprimat şi bolnav. 1. Bolnavul îşi recunoaşte afecţiunea dar o atribuie unei nutriţii proaste, climatului, surmenajului, unui virus, nevoii de repaus, etc. 2. Bolnavul îşi neagă complet afecţiunea.
18. Variaţie diurnă	0. Fără. 1. Uşoară. 2. Severă. Înainte de masă. După masă. Dacă simptomele se agreavează dimineaţa sau seara se precizează şi se notează variaţiile de intensitate.
19. Depersonalizare şi derealizare	0. Absente. 1. Uşoare. 2. Severe. 3. Împiedică orice activitate. 4. Simptome ca sentimentul irealităţii şi idei de nihilism.
20. Simptome paranoide	0. Absente. 1. Suspicionate. 2. Idei delirante de relaţie. 3. Iluzii de relaţie şi persecuţie.
21.Simptome obsesive şi impulsive	0. Absente. 1. Uşoare. 2. Severe.

Inventarul de depresie Beck (B.D.I.)

1. Tristeţe

Nu mă simt trist.
Mă simt trist.
Sunt trist tot timpul şi nu pot scăpa de tristeţe.
Sunt atât de trist şi de nefericit încât nu mai pot suporta.

2. Pesimism

Viitorul mă descurajează.
Mă simt descurajat când mă gândesc la viitor.
Simt că nu am ce aştepta de la viitor.
Simt că viitorul e fără speranţă.

3. Sentimentul eşecului

Nu am sentimentul eşecului sau al ratării.
Simt că am avut mai multe insuccese decât majoritatea oamenilor.

Dacă mă privesc în oglindă, văd o grămadă de eșecuri.
Mă simt complet ratat ca persoană.

4. Nemulțumire

Lucrurile îmi fac aceeași plăcere ca înainte.
Nu mă mai bucur de lucruri sau întâmplări ca înainte.
Nu mai obțin o satisfacție reală din nimic.
Sunt nemulțumit și totul mă plictisește.

5. Vinovăție

Nu mă simt în mod special vinovat de ceva.
Mă simt vinovat o bună parte a timpului.
Mă simt vinovat în cea mai mare parte a timpului.
Mă simt tot timpul vinovat.

6. Sentimentul pedepsei

Nu mă simt pedepsit cu ceva.
Mă gândesc că s-ar putea să fiu pedepsit.
Aștept să fiu pedepsit.
Simt că sunt pedepsit.

7. Neplăcere față de sine

Nu sunt dezamăgit de mine.
Mă simt dezamăgit de mine însumi.
Sunt dezgustat de mine.
Mă urăsc.

8. Autoacuzarea

Nu simt că sunt mai rău decât alții.
Mă critic pentru slăbiciunile și greșelile mele.
Mă blamez tot timpul pentru greșelile mele.
Mă dezaprob pentru tot ce se întâmplă rău.

9. Autoagresiune

Nu am idei de sinucidere.
Am idei de sinucidere dar nu vreau să le pun în practică.
Mi-ar plăcea să mă sinucid.
M-aș sinucide dacă aș avea ocazia.

10. Plâns

Nu plâng mai mult decât de obicei.
Acum plâng mai mult ca înainte.
Plâng tot timpul.
Obișnuiesc să plâng, dar acum nu mai pot nici dacă aș vrea.

11. Iritabilitate

Nu sunt mai nervos ca înainte.
Acum mă enervez mai ușor ca înainte.
Acum sunt nervos tot timpul.
Lucrurile care mă enervau înainte nu mă mai irită deloc.

12. Retragere socială, izolare

Nu mi-am pierdut interesul față de oamenii din jur.
Oamenii ceilalți mă interesează mai puțin ca înainte.
Mi-am pierdut interesul față de majoritatea celorlalți oameni.
Mi-am pierdut orice interes față de ceilalți oameni.

13. Nehotărâre
Mă decid la fel de ușor ca înainte.
Trebuie să fac un efort ca să mă decid.
Am dificultăți mai mari ca înainte când iau o hotărâre.
Nu mai pot lua nici o decizie.
14. Modificări în imaginea despre sine
Cred că nu arăt mai rău ca înainte.
Sunt supărat că arăt mai bătrân și neatractiv.
Simt că modificări permanente ale aspectului meu mă fac neatractiv.
Cred că sunt urât și neatrăgător.
15. Dificultăți în muncă
Cred că pot lucra tot atât de bine ca înainte.
Trebuie să fac un efort suplimentar când încep să lucrez.
Mă străduiesc din greu pentru a face ceva.
Nu pot lucra absolut nimic.
16. Tulburări de somn
Dorm tot atât de bine ca de obicei.
Nu mai dorm atât de bine ca de obicei.
Mă trezesc cu 1-2 ore mai devreme decât înainte și nu mai pot adormi decât greu.
Mă trezesc cu câteva ore mai devreme decât înainte și nu mai pot adormi.
17. Fatigabilitate
Nu mă simt mai obosit ca de obicei.
Acum obosesc mai ușor ca înainte.
Obosesc fără să fac aproape nimic.
Sunt prea obosit ca să mai pot face ceva.
18. Anorexia
Pofta mea de mâncare nu e mai scăzută ca de obicei.
Apetitul meu nu mai e așa de bun ca înainte.
Apetitul meu e mult mai diminuat acum.
Nu am deloc poftă de mâncare.
19. Pierdere în greutate
Nu am slăbit în ultimul timp.
Am slăbit peste 2 kg.
Am slăbit peste 5 kg.
Am slăbit peste 10 kg.
20. Preocupările față de starea fizică
Nu sunt preocupat sau supărat în legătură cu sănătatea mea mai mult ca înainte.
Sunt necăjit de probleme de sănătate ca: dureri, înțepături, furnicături, tulburări ale stomacului sau constipație.
Sunt foarte necăjit de starea mea fizică și mi-e greu să mă gândesc la altceva.
Sunt atât de îngrijorat de starea mea fizică încât nu mă mai pot gândi la nimic.
21. Absența libidoului
Nu am observat modificări recente ale interesului meu față de sex.
Sexul opus mă interesează mai puțin ca înainte.
Sexul opus mă interesează mult mai puțin ca înainte.
Mi-am pierdut complet interesul față de sexul opus.

Posibilitatea de cuantificare are ca limite: 0-63. Astfel:
0-9 - Stare normală
10-15 - Depresie ușoară
16-23 - Depresie moderată
24-60 - Depresie severă
Shaw și colab. sugerează următoarele interpretări ale scorului B.D.I. După tratament:
0-9 - Depresie în remisie
10-15 - Remisie parțială
16-63 - Simptome neinfluențate de tratament

Medicația în boala bipolară:

Trăsăturile esențiale ale tulburării afective bipolare – natura sa recurentă și ciclică – o fac să constituie o boală dificil de tratat. Tratamentul farmacologic este complicat de riscul inducerii unei schimbări în dispoziție: din manie în depresie și invers. Episoadele maniacale acute severe constituie urgențe medicale care necesită spitalizare în primul rând pentru siguranța pacientului și pentru a-i facilita o remisiune rapidă.

Principala formă de tratament în tulburările afective este cea psihofarmacologică. Tratamentul medicamentos nu trebuie temporizat în favoarea diferitelor forme de psihoterapie ținând seama de riscul suicidar crescut. Pentru simptomatologia depresivă se folosește medicația antidepresivă: antidepresive triciclice, serotoninergice, IMAO (inhibitori de monoaminooxidază), săruri de litiu, carbamazepină și valproat de sodiu, terapie cu electroșocuri în formele severe de depresie – stuporul depresiv). În depresiile cu anxietate se poate folosi medicația anxiolitică iar în formele cu simptome psihotice, neurolepticele.

Antidepresivele:

Aproximativ 80% din pacienții suferinzi de depresie majoră, boală bipolară sau alte forme de boală răspund foarte bine la tratament. Tratamentul general include anumite forme de psihoterapie și adesea medicație care ameliorează simptomele depresiei. Deoarece pacienții cu depresie prezintă adeseori recăderi, psihiatrii prescriu medicație antidepresivă pe o perioadă de 6 luni sau mai mult, până când simptomele dispar.

Tipuri de antidepresive:

3 clase de medicamente sunt folosite ca antidepresive: antidepresivele heterociclice (triciclice), agenții serotonin specifici și alți agenți antidepresivi. A patra clasă de medicamente – sărurile de litiu – se utilizează mai ales în boala bipolară.

Benzodiazepinele sunt folosite la pacienții cu depresie care au și fenomene de anxietate.

Antidepresivele heterociclice:

Acest grup cuprinde amitriptilina, amoxapina, desipramina, doxepinul, imipramina, maprotilina, nortriptilina, protriptilina și trimipraminul.

Aproximativ 80% din pacienții cu depresie răspund pozitiv la acest tip de medicație. La începutul tratamentului, antidepresivele heterociclice pot determina o serie de efecte neplăcute ca: vedere încețoșată, constipație, amețeală în ortostatism, gură uscată, retenție de urină, confuzie. Un mic procent dintre pacienți pot avea alte efecte secundare ca de exemplu transpirație, tahicardie, hipotensiune, reacții alergice cutanate, fotosensibilitate. Aceste efecte secundare pot fi înlăturate prin sugestii practice ca de exemplu includerea fibrelor de celuloză în dietă, ingestia de lichide, ridicarea lentă din clinostatism. Efectele neplăcute dispar în majoritatea cazurilor după primele săptămâni,

când se instalează efectele terapeutice ale medicamentelor. Pe măsură ce efectele secundare diminuă vor predomina efectele terapeutice. Treptat dispare insomnia și energia revine. Sentimentele de disperare, neajutorare, tristețe dispar, iar autoevaluarea personală devine mai optimistă.

Agenții serotoninergici specifici:

Agenții serotoninergici specifici ca, de exemplu, fluoxetin și sertralin reprezintă o clasă nouă de medicamente pentru depresie. Aceste medicamente nu au efecte secundare în raport cu sistemul cardiovascular și, de aceea, sunt utile pentru pacienții cu afecțiuni cardiace. Ele au în general mai puține efecte secundare decât alte antidepresive.

În primele zile pacienții pot fi anxioși sau nervoși, pot avea tulburări de somn, crampe gastrice, grețuri, erupții cutanate și rareori somnolență. În extrem de rare cazuri pot dezvolta un acces.

Alți agenți antidepresivi:

În ultimul deceniu au fost dezvoltați o serie de agenți antidepresivi care acționează în mod specific la nivelul diferitelor etape ale neurotransmiterii. Dintre aceștia menționăm inhibitorii de monoaminooxidază reversibili, inhibitorii recaptării noradrenalinei și serotoninei. Scopul declarat al psihofarmacologilor este găsirea acelora care să aibă un maxim de eficacitate și specificitate, și un minim de efecte secundare.

Noi medicamente antidepresive:

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

SSRI – inhibitor al recaptării de serotonină
NaRI – inhibitor al recaptării de noradrenalină
SNRI – inhibitor al recaptării de serotonină și noradrenalină
SARI – inhibitor al recaptării de adrenalină și serotonină
NDRI – inhibitor al recaptării de noradrenalină și dopamină
NaSSA – antagonist al receptorilor α2 adrenergici

Litiul:

Medicația de primă alegere pentru boala bipolară este litiul care tratează deopotrivă mania (în 7-10 zile) și depresia. Deși este foarte eficient în controlul expansivității și al comportamentului maniacal, litiul generează unele efecte secundare ca de exemplu

tremurături, creștere în greutate, grețuri, ușoară diaree și erupții cutanate. Pacienții care iau litiu vor bea 10-12 pahare cu apă pe zi pentru a evita deshidratarea.

Reacțiile adverse au apărut la un număr mic de persoane și au fost reprezentate de confuzie, vorbire neclară, oboseală marcată sau excitabilitate, slăbiciune musculară, ameteli, dificultate la mers sau tulburări de somn.

Medicii prescriu și anticonvulsivante ca, de exemplu, carbamazepină sau valproat pentru pacienții cu boală bipolară, cunoscuți ca eficienți stabilizatori ai dispoziției.

Antidepresivul ideal

- Eficace în toate formele de depresie
- Rapid
- Are toate formele de administrare
- Fără efecte adverse
- Doză unică
- Ieftin
- Monoterapie
- Nu dă toleranță
- Raportul doză eficace/doză periculoasă foarte mic
- Fără efecte teratogene
- Fără interferențe
- Poate fi administrat la fel de bine în ambulator și în spital

Intervenția terapeutică a psihologului clinician

Părerea unanimă a terapeuților este că cea mai eficientă abordare terapeutică a tulburării afective este cea mixtă: psihofarmacologie-psihoterapie.

Sunt folosite mai multe tipuri de psihoterapie dintre care amintim:

- **Terapie interpersonală** ale cărei scopuri sunt reducerea simptomelor depresive împreună cu îmbunătățirea imaginii de sine și ajutarea pacientului să-și dezvolte strategii eficiente de abordare a relațiilor interpersonale. Este o psihoterapie de scurtă durată care nu urmărește restructurarea personalității.
- **Terapia cognitiv-comportamentală** prin care se urmărește creșterea complianței la tratament pe termen lung.
- **Tehnici de învățare.** Această abordare pleacă de la ipoteza că depresia apare în situația unui dezechilibru în cadrul sistemului recompensă-pedeapsă (recompense minime și mai multe pedepse). Tehnica își propune să-i ajute pe pacienți să identifice surse noi de recompense și să dezvolte strategii de minimalizare, evitare și depășire a pedepselor.
- **Abordarea psihodinamică** pleacă de la ipoteza că depresia își are originea într-o serie de conflicte asociate cu pierderi și stres. Identificarea acestor pierderi și a surselor de stres este urmată de găsirea unor noi strategii de adaptare.

Strategii de prevenire a recidivelor depresive

- Pacienţi depresivi bipolari
  - Litiu - Carbamazepină – Valproat de sodiu
- Pacienţi depresivi unipolari
  - Antidepresive pe termen lung
  - Psihoterapie:
    - de susţinere
    - cognitivo-comportamentală
- Tratament preventiv:
  - încă de la al 2-lea episod psihopatologic
  - durată: în funcţie de ritmul episoadelor şi handicapului pe care acestea îl antrenează

după **Rouillon F, Martineau C, 1995**

6.6.2. DISTIMIA

Reprezintă o tulburare psihică aparţinând spectrului tulburărilor afective. Iniţial, termenul de distimie a fost introdus de **DSM III,** care încerca să creioneze astfel, un concept diagnostic care să cuprindă un grup heterogen de tulburări, cunoscute înainte sub denumirea de „nevroză depresivă".

Tulburările distimice sunt împărţite în 4 subtipuri definite în funcţie de vârsta de debut (înainte sau după 21 de ani) şi după prezenţa sau absenţa altor tulburări medicale sau psihiatrice nonafective (distimie primară sau secundară).

Deseori, distimia începe devreme în timpul vieţii şi la majoritatea acestor pacienţi survin ulterior episoade majore depresive. Această condiţie a fost denumită „dublă depresie".

Distimia a fost clasificată printre tulburările dispoziţionale deoarece numeroase studii biologice şi asupra răspunsului la tratament au găsit similitudini cu depresia majoră.

La un moment dat în cursul vieţii, în peste 90% din cazuri, pacienţii distimici dezvoltă episoade depresive majore. Deşi deosebirea dintre depresia majoră şi distimie se bazează pe un număr arbitrar de simptome depresive, cea mai importantă caracteristică de diferenţiere este persistenţa simptomelor cel puţin 2 ani în cazul distimiei.

Scurtă prezentare clinică

Cele mai frecvente simptome întâlnite în distimie sunt:

- Stimă de sine şi încredere scăzută sau sentimente de inadecvare
- Pesimism, disperare şi lipsă de speranţă
- Pierderea generalizată a interesului sau plăcerii
- Retragere socială
- Oboseală cronică, fatigabilitate
- Sentimente de vinovăţie, ruminaţii cu privire la trecut
- Sentimente de iritabilitate şi furie excesivă
- Activitate diminuată, eficienţă şi productivitate scăzute
- Dificultăţi de gândire, reflectate prin concentrare scăzută, indecizie, slabă capacitate de memorare

Diagnosticul de distimie după criteriile DSM IV

A) Dispoziție depresivă cronică (iritabilitate la adolescenți)

Apare în cea mai mare parte a zilei, este prezentă în majoritatea zilelor, pe care o relatează singur (subiectiv) sau este observată de către ceilalți – persistentă cel puțin 2 ani (1 an adolescenți)

B) Manifestări specifice de mică amplitudine, există însă criterii insuficiente pentru diagnosticul de episod depresiv major

Prezența, în timp ce e deprimat, a cel puțin 2 din următoarele:

- modificări de apetit (scăzut sau crescut)
- modificări de somn: insomnii sau hipersomnii
- scăderea energiei sau fatigabilitatea
- elan vital scăzut
- aprecierea de sine scăzută de diferite grade
- capacitatea de concentrare scăzută, dificultatea luării deciziilor
- sentimente de disperare, deznădejde
- neîncredere, scepticism

C) Timp de 2 ani (1 an pentru adolescenți), o perioadă fără simptomele de la punctul A nu durează niciodată mai mult de 2 luni.

D) Nu există un episod maniacal sau hipomaniacal

E) Nu există schizofrenie sau boli delirante cronice

F) Nu există factori organici care să întrețină/mențină depresia (ex. administrarea de medicamente antihipertensive, etc.)

Debutul distimiei poate fi precoce sau tardiv în funcție de vârsta la care a avut loc (înainte sau după 21 de ani).

Epidemiologie, date de evoluție și prognostic

Prevalența distimiei pe durata vieții în populația generală este de aproximativ 3,2%, fiind de două ori mai frecventă la femei decât la bărbați.

Tulburarea distimică apare de obicei înainte de 45 de ani, având de cele mai multe ori un debut timpuriu (la adolescent sau la adultul tânăr) și insidios, și o evoluție cronică.

Tulburarea distimică apare mai frecvent la rudele de gradul I ale persoanelor cu depresie majoră decât în populația generală.

În marea majoritate a cazurilor, distimia are o evoluție cronică, cu frecvente recăderi.

Aspecte terapeutice

Terapia tulburării distimice presupune combinarea farmacoterapiei cu psihoterapia.

Abordarea terapeutică	Metoda folosită
Psihoterapie	Psihoterapie interpersonală
	Terapie cognitiv-comportamentală
Farmacologic	Antidepresive serotoninergice
	Antidepresive triciclice
	Antidepresive IMAO

Psihoterapia interpersonală subliniază interacțiunea dintre individ și mediul său psihosocial. Scopurile terapeutice sunt de a reduce simptomele depresive și de a dezvolta strategii mai eficiente în cadrul mediului social și în relațiile interpersonale. Terapeutul îl ajută pe pacient să-și identifice nevoile personale, să și le afirme și să stabilească limite.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală se bazează pe ideea că depresia se asociază pattern-urilor de gândire negativă, erori cognitive și procesare defectuoasă a informației, care pot fi modificate prin strategii specifice. Aceste strategii îl ajută pe pacient să identifice și să testeze cogniţiile negative și să le înlocuiască cu scheme mai flexibile, care sunt apoi repetate și studiate.

6.6.3. CICLOTIMIA

Ciclotimia este o formă mai puțin severă a tulburării bipolare caracterizată prin alternarea unor episoade depresive cu episoade expansive, hipomaniacale, fără elemente psihotice.

Deși și-a câștigat autonomia nosografică, există însă, sub aspect clinic, o similaritate simptomatologică.

Pentru a putea pune acest diagnostic trebuie să nu fi existat un episod maniacal sau episod depresiv major în primii doi ani de boală.

Ciclotimia prezintă următoarele caracteristici:

- Simptomatologia este insuficient de severă ca intensitate pentru a putea fi diagnosticată ca tulburare bipolară,
- Fazele din ciclotimie nu sunt continuarea unei remisiuni a unui episod afectiv din boala bipolară,
- Tabloul clinic nu cuprinde elemente psihotice, respectiv ideația delirantă, halucinații, tulburări de conștiință.

Prezentare clinică

Faza depresivă

- Dispoziție depresivă a cărei manifestare esențială este scăderea sau pierderea interesului sau plăcerii față de toate aspectele existenței care îl interesau anterior
- Cel puțin 3 simptome din următoarele:
  1. reducerea elanul vital – scăderea energiei, oboseală cronică
  2. sentiment de inadecvare
  3. scăderea eficienței și creativității în plan profesional și școlar
  4. somn redus, superficial sau hipersomnie
  5. hipoprosexie
  6. retragere și evitare socială
  7. reducerea activității sexuale
  8. sentimentul de culpabilitate pentru activități din trecut
  9. bradipsihie
  10. neîncredere
  11. catharsis afectiv facil

Faza hipomaniacală

- Dispoziție expansivă sau iritabilă
- Cel puțin 3 simptome din următoarele:
  1. creșterea energiei și inițiativei
  2. creșterea stimei de sine
  3. creșterea eficienței și creativității
  4. reducerea nevoii de somn
  5. hiperprosexie
  6. sociofilie care conduce la căutarea interlocutorilor

7. implicarea excesivă în ativități cu numeroase consecințe negative și cu mari riscuri
8. creșterea activității sexuale
9. tahipsihie
10. optimism nefondat

Ciclotimia poate avea multiple complicații, mai ales din cauza:

- perturbării relațiilor socio-profesionale cu severe dificultăți de integrare și armonizare socială
- toxicomaniilor sau alcoolismului
- boli afective bipolare.

Ciclotimia poate cunoaște mai multe posibilități de evoluție:

- poate persista de-a lungul întregii vieți;
- se poate opri din evoluție printr-o vindecare fără recidive;
- o treime din bolnavi pot dezvolta o boală afectivă bipolară de-a lungul întregii vieți.

În general, evoluția ciclotimiei este în faze întrerupte de remisiuni în care funcționarea socială și interpersonală este normală.

Aspecte terapeutice

Tratamentul constă în asocierea psihoterapiei cu medicație ortotimizantă (de stabilizare a dispoziției). Psihoterapia singură nu este eficientă deoarece ciclotimia are un determinism genetic.

Bolnavul trebuie ajutat să conștientizeze modificările afective și consecința actelor lui. Datorită evoluției acestei boli, tratamentul este de lungă durată.

Cele mai folosite forme de psihoterapie sunt:

- terapia de grup și familială
- suportivă
- educațională

Medicamentele utilizate frecvent în tratamentul ciclotimiei sunt sărurile de litiu și antidepresivele (în fazele depresive).

Trebuie ținut cont de faptul că tratamentul antidepresiv poate induce apariția unui episod hipomaniacal sau maniacal.

Acest viraj expansiv la antidepresive tricliclice constituie o similaritate de responsivitate terapeutică dintre ciclotimie și tulburarea afectivă bipolară.

6.7. TULBURAREA DE STRES POSTTRAUMATIC

Definiție

Persoanele care au trăit o experiență traumatizantă sunt supuse adesea unui stres psihologic legat de respectivul eveniment.

În cele mai multe cazuri este vorba de reacții normale la situații anormale, însă cei care se simt incapabili să-și recapete controlul propriei vieți, care prezintă următoarele simptome timp de mai mult de o lună, ar trebui să ia în considerare ideea solicitării unui ajutor profesionist:

- tulburări de somn (insomnii de diferite tipuri, coșmaruri legate de incident);
- tulburări ale comportamentului alimentar;
- gânduri, imagini recurente;

• tulburări de afectivitate (stări depresive, plâns spontan aparent nemotivat, sentimente de disperare, lipsă de speranţă, capacitate redusă de a simţi emoţiile, iritabilitate, mânie, anxietate ce se intensifică mai ales în situaţii care amintesc de traumă);
• sentimentul distanţării, izolării de cei din jur;
• tulburări de memorie (legate de incidentul marcant), de atenţie şi de concentrare;
• dificultăţi în luarea deciziilor;
• atitudine protectoare excesivă faţă de cei dragi, teamă exagerată pentru siguranţa acestora;
• evitarea locurilor, situaţiilor sau chiar persoanelor care au în vreun fel legătură cu evenimentul stresant.

Prezentare clinică

Sindromul posttraumatic de stres apare mai frecvent la veteranii de război, dar poate apărea la oricine a fost supus unui traumatism grav fizic sau mintal. Oamenii care au fost martorii unui accident aviatic sau care au fost victimele unui atentat pot dezvolta acest stres posttraumatic.

Gravitatea tulburării este mai mare când traumatismul a fost neaşteptat. Din această cauză, nu toţi veteranii de război dezvoltă un stres posttraumatic, ci mai ales aceia care au luat parte la lupte sângeroase şi îndelungate. Soldaţii se aşteaptă totuşi la anumite violenţe. Cei care sunt victime ale traumatismelor sunt prinşi nepregătiţi de situaţii care le pun viaţa în pericol.

Persoanele care suferă de stres posttraumatic retrăiesc experienţa traumatică şi prezintă:

• Coşmaruri, vise terifiante, „flashback"-uri ale evenimentului. În puţine cazuri, pacientul suferă de o disociaţie temporală a realităţii, trăind din nou trauma. Această stare poate dura secunde până la zile.
• Anestezie emoţională („amorţeală psihică"), anestezie psihică dureroasă: pacientul îşi pierde interesul pentru lumea din jur şi pentru activităţile care îi făceau în trecut plăcere.
• Vigilenţă excesivă, reacţii exagerate. La un pacient care a fost o dată victimă a unui incendiu, vederea unei maşini arzând îl determină să se arunce instinctiv la pământ.
• Anxietate generalizată, depresie, insomnie, slăbirea memoriei, dificultate în concentrare etc.

Criterii de diagnostic

DSM-IV	ICD-10
A. Persoana a fost expusă unui eveniment traumatic în care ambele din cele care urmează sunt prezente: persoana a fost martoră sau a fost confruntată cu un eveniment sau evenimente care au implicat moartea, ameninţarea cu moartea ori o vătămare serioasă sau o periclitare a integrităţii corporale proprii ori a altora; răspunsul persoanei a implicat o frică intensă, neputinţă sau oroare. **Notă:** la copii, aceasta poate fi exprimată în schimb printr-un comportament dezorganizat sau agitat. **B.** Evenimentul traumatic este reexperimentat persistent într-unul (sau mai multe) din următoarele moduri: • amintiri stresante recurente şi intruzive ale evenimentului, incluzând imagini, gânduri sau percepţii. **Notă:** la copiii mici poate surveni un joc repetitiv în care sunt exprimate teme sau aspecte ale traumei; • vise stresante recurente pe tema evenimentului. **Notă:** la copii pot exista vise terifiante fără un conţinut recognoscibil; • acţiune şi simţire ca şi cum evenimentul traumatic ar fi fost recurent (include sentimentul retrăirii experienţei, iluzii, halucinaţii şi episoade disociative de flashback, inclusiv cele care survin la deşteptarea din somn sau când este intoxicat). **Notă:** la copiii mici poate surveni reconstituirea traumei specifice; • detresă psihologică intensă la expunerea la stimuli interni sau externi care simbolizează sau seamănă cu un aspect al evenimentului traumatic; • reactivitate fiziologică la expunerea la stimuli interni sau externi care simbolizează sau seamănă cu un aspect al evenimentului traumatic. **C.** Evitarea persistentă a stimulilor asociaţi cu trauma şi paralizia reactivităţii generale (care nu era prezentă înaintea traumei), după cum este indicat de trei (sau mai multe) din următoarele: • eforturi de a evita gândurile, sentimentele sau conversaţiile asociate cu trauma; • eforturi de a evita locuri, activităţi sau persoane care deşteaptă amintiri ale traumei; • incapacitatea de a evoca un aspect important al traumei; • diminuarea marcată a interesului sau participării la activităţi semnificative;	În general, această tulburare nu va fi diagnosticată decât dacă există dovada că a luat naştere în mai puţin de 6 luni de la un eveniment traumatic de o excepţională severitate. Un diagnostic de "probabil" poate fi însă pus dacă timpul dintre eveniment şi debut a fost mai lung de 6 luni, în cazul în care manifestările clinice sunt tipice şi nu poate fi făcută o identificare alternativă a tulburării (de ex. un episod de anxietate, obsesiv-compulsiv sau depresiv). În plus, în afara existenţei traumei, trebuie să fie prezentă reamintirea sau o reactivare repetitivă, tulburătoare a evenimentului în evocări, imaginaţie diurnă sau vise. Sunt adesea prezente o detaşare emoţională evidentă, „amorţirea" sentimentelor şi evitarea stimulilor care pot trezi reamintirea traumei, dar acestea nu sunt esenţiale pentru diagnostic. Tulburările vegetative, tulburările dispoziţiei şi cele comportamentale contribuie toate la diagnostic, dar nu sunt de primă importanţă. *Include:* nevrozele traumatice

DSM-IV	ICD-10
◦ sentimentul de detaşare sau înstrăinare de alţii; gamă restrânsă a afectului (ex.: este incapabil să aibă sentimente de dragoste); ◦ sentimentul de viitor îngustat (ex.: nu speră să-şi facă o carieră, să se căsătorească, să aibă copii sau o durată normală de viaţă). **D.** Simptome persistente de excitaţie crescută (care nu erau prezente înainte de traumă), după cum este indicat de două (sau mai multe) din următoarele: dificultate de adormire sau de a rămâne adormit; iritabilitate sau accese coleroase; dificultate de concentrare; hipervigilitate; răspunsul de tresărire exagerat. **E.** Durata tulburărilor (simptomele de la criteriile B, C, D) este de mai mult de o lună. **F.** Tulburările determină o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcţionare. *De specificat* dacă: **Acut:** dacă durata simptomelor este mai mică de trei luni. **Cronic:** dacă durata simptomelor este de trei luni sau mai mult. *De specificat* dacă: **Cu debut tardiv:** dacă debutul simptomelor survine la cel puţin şase luni după evenimentul stresor.	

Stresul posttraumatic poate fi:

primar – persoanele afectate sunt în mod direct expuse evenimentului traumatizant;

secundar (prin compasiune extremă, contratransfer, traumatizarea prin mandatar – by proxi) – poate apărea la cei care vin în ajutorul victimelor unui eveniment traumatizant (medici de diferite specialităţi (inclusiv psihiatrii), membrii echipelor de salvare, poliţişti, pompieri), dar şi la reporterii care prezintă respectivul eveniment de la faţa locului.

Principalii trei factori de risc implicaţi în apariţia tulburărilor de stres secundar sunt:

◦ expunerea la imagini sau multiple relatări ale victimelor directe ale dezastrelor;

◦ sensibilitatea empatică a celor expuşi;

◦ aspecte emoţionale neclarificate care sunt legate afectiv sau simbolic de suferinţele la care individul asistă.

Tulburările asociate PTSD cel mai frecvent sunt: tulburarea depresivă majoră, tulburarea de panică, agorafobia, fobia socială, fobia specifică, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de somatizare, consumul de droguri.

Există diferenţe între aspectele clinice ale tulburării de stres posttraumatic la copil faţă de adulţi:

◦ copiii foarte mici pot prezenta o simptomatologie redusă (întrucât multe din simptomele afecţiunii necesită o exprimare verbală). Apar, spre exemplu, tulburări de somn,

anxietate, preocuparea pentru simboluri, jocuri care pot sau nu să aibă legătură cu trauma, incontinență;

o copiii de vârstă școlară nu au în mod obligatoriu amnezie sau flashback-uri, însă prezintă fenomenul de „îngustare a timpului" (plasarea greșită a evenimentelor traumatizante pe care le relatează în timpul rememorării) și „apariția de semne" (convingerea că au existat semne prevestitoare ale traumei, precum și credința că evenimente similare pot fi evitate dacă respectivul copil este suficient de atent încât să identifice la timp astfel de semne), care nu apar de regulă la adulți.

Jocul posttraumatic se diferențiază de reconstituirea traumei la adult prin faptul că este o repetare compulsivă a unor aspecte ale traumei dar care nu are tendința de a atenua anxietatea – de ex., o preferință pentru jocurile în care se folosesc arme după expunerea la acest tip de violență (în timp ce reconstituirea este mult mai flexibilă și implică o serie de modificări comportamentale – de ex., respectiva persoană poartă în permanență o armă).

Simptomatologia tulburării la adolescenți se aseamănă mai mult cu cea care apare la adulți; reconstituirea posttraumatică (încorporarea unor aspecte ale traumei în activitățile cotidiene) apare în măsură mai mare decât jocul posttraumatic; de asemenea, adolescenții sunt mai predispuși decât adulții sau copiii la a adopta comportamente impulsive și agresive.

În cazul tulburării de stres posttraumatic la copii:

Recuperarea este favorizată de discuții cu persoanele din anturaj despre evenimentul stresant; chiar dacă adulții nu pot explica întotdeauna, ascultarea a ceea ce copilul are de spus și nu evitarea sau reacțiile exagerate la traumă au un efect pozitiv pe termen lung;

Copiilor trebuie să li se vorbească despre principalele detalii legate de evenimentul morții, iar discuția trebuie să fie cât mai clară și mai exactă (evident, într-un limbaj adecvat vârstei) – de regulă, imaginația celor mici tinde să "umple" golurile, cu distorsionarea adevărului, acesta fiind astfel deformabil;

Copiii pot solicita reiterarea subiectului de un mare număr de ori;

Recepționarea și procesarea informațiilor se face cu atât mai bine cu cât distanța în timp față de traumă este mai mare;

Este de urmărit apariția amnezierii (poate apărea fobia de somn sau copilul poate dezvolta anxietate de anxios în condițiile în care cel apropiați dorm);

Gândurile copilului legate de evaluarea evenimentului pot duce la apariția sentimentului de vinovăție;

La solicitarea persoanelor realizează tranziția, auditive sau tactile) pot să apară frecvent la acești copii; ei pot susține că au auzit vocea persoanei decedate sau că au văzut-o în mulțime, pe stradă. Uneori, „viziunile" sunt interpretate într-un context religios („a intrat în sfânt spirit să locuiască în el/ea și că nu rămâne în continuare cu mine"). Sunt speculate aspecte de importanță pentru copii și nu există nici un motiv pentru care aceștia de vârstă să fie predispuși la „manifestări isterice" sunt nu numai greșit etichetați ca halucinații.

Epidemiologie, date despre evoluție și prognostic

Studiile indică o prevalență pe viață a stresului posttraumatic începând de la 1% până la 14%, cu variabilitate în funcție de metodele de evaluare și populația examinată. Studii pe indivizi expuși riscului (veterani de război, victime ale erupțiilor vulcanice sau

violenţei infracţionale, etc.) au indicat rate de prevalenţă mergând de la 3% până la 58%.

În ceea ce priveşte **evoluţia PTSD**, întâlnim următoarele situaţii:

Frecvent, tulburarea satisface mai întâi criteriile pentru tulburarea de stres acut, ca o consecinţă imediată a evenimentului traumatizant.

Simptomele tulburării şi predominanţa relativă a reexperimentării, evitarea şi simptomele de hiperexcitaţie pot varia în decursul timpului.

Durata simptomelor este variabilă.

Deşi tulburarea are o rată crescută de cronicizare, comorbiditate şi perturbare a funcţionalităţii individului, nivelul general al funcţionalităţii diferă mult de la un pacient la altul

Elemente de prognostic favorabil în PTSD
debut rapid
durata scurtă
funcţionalitate premorbidă bună
existenţa suportului social
absenţa abuzului de droguri sau alcool
absenţa altor tulburări psihice

Factori etiopatogenici implicaţi în apariţia tulburării

Teoria psihanalitică

Pentru a putea funcţiona corespunzător, individul trebuie să fie capabil să-şi definească necesităţile, să anticipeze modalităţile de a le asigura şi să-şi planifice acţiunile în acest sens. Este aşadar necesar ca o persoană să dispună (mental) de o gamă de opţiuni (care nu conduc neapărat la acţiune).

Freud a numit această capacitate "gândirea ca acţiune experimentală". Indivizii traumatizaţi par să piardă această capacitate esenţială şi au dificultăţi în a privi în ei înşişi, în a-şi folosi emoţiile în scopul direcţionării acţiunilor. În schimb, lumea lor interioară devine o zonă periculoasă, iar ei par să-şi folosească întreaga energie pentru a NU gândi, pentru a NU face planuri.

Teoria comportamentală

Anxietatea constă într-un set de răspunsuri implicând o combinaţie între reacţii cognitive şi emoţionale. Aceste răspunsuri sunt declanşate de stimuli identificabili (interni sau externi). Conceptele pavloviene pot explica doar până la un punct comportamentele emoţionale umane. Există trei căi de dezvoltare a comportamentelor anxioase: condiţionare, modelare, instruire – transmiterea informaţiilor.

Frica este un concept multidimensional, implicând trei sisteme: comportamentul verbal, motor şi activitatea fiziologică.

Nu toţi stimulii sunt capabili în egală măsură să declanşeze anxietatea (unii dintre ei sunt mai predispuşi din punct de vedere evoluţionist să provoace reacţii de frică) – ipoteza este însă contestată de unii autori.

Condiţionarea clasică presupune o succesiune temporală stimul condiţionat (SC)-stimul necondiţionat (SN); există însă şi cazuri de condiţionare inversă (succesiune SN-SC care declanşează teama).

Întrucât teama nu este o "stare unitară", un pacient nu prezintă neapărat același grad de distres la nivelul fiecăruia din cele trei sisteme (verbal, motor, fiziologic). Clinic, aceasta înseamnă că ameliorarea simptomatologiei la nivelul unui sistem se poate însoți de accentuarea (sau nemodificarea) celorlalte manifestări; rata de ameliorare poate să difere pentru fiecare sistem.

Teoria cognitivă

Capacitatea cognitivă umană (capacitatea de procesare a informațiilor) este esențială în adaptarea la mediu. Când procesul cognitiv este afectat, există de asemenea o perturbare și la nivel afectiv și comportamental. Corectarea modificărilor cognitive ameliorează manifestările afective și comportamentale.

Din punct de vedere cognitiv, anxietatea este un proces emoțional, iar frica un eveniment cognitiv.

Anxietatea, ca și durerea, reprezintă un simptom și nu o boală.

Anxietatea poate fi privită și din punct de vedere evoluționist, ca strategie de supraviețuire (eveniment – procesare cognitivă => amenințare => anxietate = trăire neplăcută => acțiune => dispariția amenințării => dispariția anxietății). La baza tulburării de stres posttraumatic se află percepția vulnerabilității – stimulii care evocă trauma reamintesc individului de incapacitatea sa de a controla anumite situații, de a acționa în scopul reducerii amenințării.

Factori neuro-bio-psihologici

O importanță deosebită o prezintă interacțiunea între diferitele părți ale SNC responsabile de procesarea și interpretarea informațiilor (amigdală cerebrală, hipocamp, corp calos, cortex prefrontal). Există studii care demonstrează prezența de leziuni la acest nivel în condiții de stres cronic (localizarea și severitatea depinzând de tipul de stres).

Modificările neuroendocrine din tulburarea de stres posttraumatic au un caracter specific.

Factorul genetic

Există o componentă genetică a tulburării de stres posttraumatic (fapt demonstrat prin studii familiale). A fost descris un locus la nivelul cromozomului 5 responsabil de o parte din manifestările clinice ale afecțiunii („răspunsul de tresărire" exagerat).

Factori care cresc vulnerabilitatea la PTSD
existența unei traume în copilărie
alte tulburări psihice
predispoziție genetică
evenimente stresante în viața individului
consum crescut de alcool

Investigații psihologice specifice

Modalitățile de evaluare în PTSD sunt:

Testul CAPS (Clinician Administered PTSD Scale)

CAPS este un interviu clinic structurat, al cărui scop este de a acorda (în cifre) cele 17 simptome ale tulburării de stres prevăzute în DSM-IV, precum și de a evalua trăsăturile asociate (vinovăție, disociere, derealizare, depersonalizare, halucinații, tulburări ale realității).

Există o variantă a testului special adaptată pentru copii și adolescenți – clinician administered PTSD scale-child and adolecsent (CAPS-CA).

TESI-C (the traumatic events screening inventory-child)

Este un interviu clinic ce evaluează expunerea copiilor (implicare directă sau în calitate de martori) la evenimente potențial traumatizante (accidente severe, boli, dezastre, violență în familie sau comunitate, abuz sexual). Discuția se poartă cu copilul și nu cu adulții. Întrebările (16 la număr) au o anumită ordine – gradul de intimitate al evenimentelor analizate crește progresiv, pentru ca pacientul să poată face față stresului reamintirii traumei.

Intervențiile psihofarmacologice

Dintre psihotropele care au fost creditate ca ameliorând starea pacienților cu PTSD, s-au remarcat următoarele grupe de medicamente:

- antidepresivele triciclice:
  - amitriptilina – reduce simptomele de evitare;
  - imipramina – reduce simptomele intruzive;
- antidepresive serotoninergice:
  - sertralina
  - paroxetina
  - fluoxetina
- benzodiazepinele se pot utiliza în tratamentul de scurtă durată al anxietății.

Posibilități de intervenție terapeutică a psihotraumei

Relația terapeutică cu pacienții traumatizați trebuie să fie axată pe [illegible] a acestora, pe [illegible] a [illegible] a [illegible] a

Principalele scopuri ale psihoterapiei de grup
stabilizarea reacțiilor fiziologice și psihologice la traumă
explorarea și validarea percepțiilor și emoțiilor
înțelegerea efectelor experiențelor trecute asupra comportamentului, trăirilor din prezent
învățarea unor noi modalități de a face față stresului interpersonal

Terapia comportamentală

În cadrul acestui tip de terapie, atenția este îndreptată spre modificarea anumitor comportamente.

Există mai multe tehnici de reducere/stopare a comportamentelor nedorite. Un exemplu este **respirația diafragmatică** (un exercițiu special de respirație constând în inspiruri lente și profunde în scopul reducerii anxietății). Această tehnică este extrem de utilă, întrucât persoanele anxioase prezintă amețeli, palpitații și alte simptome din cauza hiperventilației. O altă metodă este **terapia prin expunere** (expunerea gradată a pacientului la stimulii anxiogeni și ajutarea acestuia să facă *față propriilor temeri*).

Terapia cognitiv-comportamentală

Este asemănătoare până la un punct cu terapia comportamentală. Pacienților li se explică însă și influența pe care modul lor de a gândi o are asupra simptomatologiei. De asemenea, sunt învățați cum să își modifice gândirea astfel încât simptomele să se diminueze treptat, până la dispariție. Această conștientizare a pattern-ului de gândire este combinată cu alte tehnici comportamentale, astfel încât pacientul să fie capabil să facă față situațiilor anxiogene.

Psihoterapia senzitivo-motorie

Constituie o metodă de procesare a memoriei traumatice.

Formele uzuale de psihoterapie abordează aspectele cognitive și emoționale ale evenimentului traumatizant, nu însă și pe cele somatice, deși multe din simptomele pe care pacienții le prezintă au o bază somatică. Modificarea raporturilor normale de procesare a informațiilor existente între nivelele cognitiv, emoțional și senzitivo-motor conduce de fapt la simptomatologia tulburării de stres posttraumatic.

Utilizând corpul (și nu conștiința sau emoțiile) ca punct de plecare în procesarea evenimentului, acest tip de psihoterapie tratează în mod direct efectele traumei asupra organismului, ceea ce facilitează apoi procesarea cognitivă și emoțională. Procesarea senzitivo-motorie este însă insuficientă; integrarea tuturor celor trei nivele de procesare – senzitivo-motor, emoțional și cognitiv – este esențială pentru refacerea pacientului.

Ierarhizarea nivelelor de procesare a informațiilor se corelează cu cea a arhitecturii creierului: procesarea senzitivo-motorie se realizează în etajele inferioare ale creierului, cea emoțională în sistemul limbic, iar cea cognitivă în etajele corticale superioare; aceste trei nivele se influențează reciproc, funcționând ca un întreg;

Putem decide (funcție cognitivă) să ignorăm de exemplu senzația de foame și să nu ne comportăm ca atare, deși procesele fiziologice legate de alimentație (secreția salivară, contracția musculaturii tractului digestiv, etc.) pretind să se desfășoare (**top-down processing**). Activitățile copiilor de vârstă mică [illegible] de sistemele senzitivo-motor și emoțional (**bottom-up processing**).

Există deci două direcții generale de procesare [illegible] ascendentă și descendentă.

Când experiențele senzitivo-motorii sunt perturbatoare sau copleșitoare, reglarea conștientă în sens descendent permite individului să facă față situației, controlând gradul de dezorganizare al sistemului (ex. controlarea halucinațiilor prin încercarea de evocare mentală a imaginii unei biblioteci cu cărți și prin concentrarea atenției asupra fiecărei cărți în parte).

În cadrul terapiei, procesarea senzitivo-motorie este susținută prin control conștient – pacientului i se cere să relateze succesiunea de senzații somatice, de impulsuri pe care o resimte, făcând temporar abstracție de emoții, gânduri. Relația psihoterapeut-client este una aparte – terapeutul îndeplinește rolul unui „cortex auxiliar" al pacientului până când acesta devine capabil să identifice și să descrie singur senzațiile somatice pe care le resimte.

Terapia familială

Familia poate fi privită ca un sistem a cărui bună funcționare depinde de funcționarea normală a tuturor componentelor;

Este foarte important pentru toți membrii familiei unui individ să afle cât mai multe despre tulburarea de care acesta suferă, pentru a putea avea o atitudine corespunzătoare față de pacient.

6.8. NEURASTENIA

Definiție – o reacție psihică de intensitate nevrotică a cărei expresie clinică evidențiază sindromul dominant astenic caracterizat prin fatigabilitate, epuizare rapidă, hipoprosexie voluntară, hipomnezie de fixare și evocare, iritabilitate, labilitate emoțională, insomnie, hiperestezii și cenestopatii, cu stare generală de disconfort psihic și somatic, adesea însoțite de o stare depresiv-anxioasă trăită penibil și conștient de către bolnav (**Predescu V, 1998**).

ICD-10 subliniază că în prezentarea acestei tulburări există variații culturale considerabile, două tipuri principale apărând cu o suprapunere importantă:

- Un tip are ca principală acuză de fatigabilitatea crescută după efort mintal, adesea asociată cu o anumită scădere în performanța ocupațională și dificultatea de a face față eficient în sarcinile cotidiene. Fatigabilitatea mintală este descrisă tipic ca o intruziune neplăcută a unor asociații sau reamintiri care distrag atenția, dificultăți de concentrare și, în general, o gândire ineficientă.
- În celălalt tip accentul este pus pe sentimentul de slăbiciune și epuizare fizică sau corporală după un efort minim, însoțit de dureri musculare și incapacitate de relaxare.

În ambele tipuri este comună o varietate de alte trăiri somatice neplăcute, cum ar fi ameteala, cefaleea de tensiune și sentimentul unei instabilități generale. Sunt obișnuite: îngrijorarea privind o scădere a stării de bine mintal și corporal, iritabilitatea, anhedonia și grade minore variabile atât de depresie cât și de anxietate.

Somnul este adesea perturbat în fazele inițiale și mijlocii, dar hipersomnia poate fi proeminentă.

Criteriile ICD-10 pentru neurastenie

Unul din următoarele trebuie să fie prezent:

- Sentimentul de oboseală dureroasă și persistentă după eforturi mintale minore precum: executarea sau desfășurarea sarcinilor zilnice care nu ar trebui să ceară un efort mintal deosebit.

o Sentimentul persistent și neplăcut de oboseală și slăbiciune corporală după eforturi fizice minore.

Unul din următoarele simptome trebuie să fie prezent:

(1) sentimentul de durere și suferință musculară
(2) ameteală
(3) cefalee difuză
(4) tulburări de somn
(5) incapacitate de relaxare
(6) iritabilitate

Simptomele (1) și (2) nu se ameliorează cu ajutorul odihnei, relaxării sau divertismentului.

Simptomele trebuie să fie persistente timp de minimum trei luni.

Cele mai obișnuite cauze care trebuiesc excluse:

- *tulburările trebuie să nu aparină la prezența unei labilități emoționale datorată unei psihoze, nevroze, tulburări de personalitate, tulburări de dispoziție, tulburări de panică sau tulburări de anxietate generalizată.*

Specificați dacă este cazul: cu tulburări de personalitate, cu grup de factori declanșatori psihologici sau fiziologici, cu tulburări mixte.

Tulburări de personalitate	Tulburări de anxietate	Tulburări de dispoziție	Schizofrenie	Tulburări de somn
Tulburări de dispoziție	Tulburări de dispoziție	Tulburări de anxietate	Tulburări de personalitate	Tulburări de anxietate
Tulburări de somn	Tulburări de somn	Tulburări de somn	Tulburări de dispoziție	Tulburări de dispoziție
Tulburări de anxietate	Tulburări de personalitate	Schizofrenie	Tulburări de anxietate	Tulburări de personalitate
Schizofrenie	Schizofrenie	Tulburări de personalitate	Tulburări de somn	Schizofrenie

Întrucât tulburările de personalitate, tulburările de dispoziție, tulburările de anxietate, schizofrenia și tulburările de somn sunt cele mai frecvente diagnostice în cadrul populației generale, este de așteptat ca aceste diagnostice să fie cele mai frecvente și în cadrul populației de pacienți.

Tulburări de personalitate	Tulburări de anxietate	Tulburări de dispoziție	Schizofrenie	Tulburări de somn
Tulburări de dispoziție	Tulburări de dispoziție	Tulburări de anxietate	Tulburări de personalitate	Tulburări de anxietate
Tulburări de somn	Tulburări de somn	Tulburări de somn	Tulburări de dispoziție	Tulburări de dispoziție
Tulburări de anxietate	Tulburări de personalitate	Schizofrenie	Tulburări de anxietate	Tulburări de personalitate
Schizofrenie	Schizofrenie	Tulburări de personalitate	Tulburări de somn	Schizofrenie

În ceea ce privește repartiția pe sexe, tulburările somnului sunt de două ori mai frecvente la femei decât la bărbați. Femeile sunt mult mai puțin afectate de necesară tulburare nemulțumită decât de celelalte forme de nevroze.

În ceea ce priveşte importanţa profilului muncii, persoanele cu muncă intelectuală şi sedentară sunt mult mai afectate.

Aspecte etiologice

În ceea ce priveşte etiologia neurasteniei, aceasta rămâne un domeniu controversat şi contradictoriu care include factori biologici, factori psihosociali şi trăsături de personalitate, fără a se putea încă preciza ponderea reală a acestora.

În timp ce după **Beard** stresul este principala cauză a neuroasteniei, **Freud** consideră că aceasta este produsă de o tulburare a activităţii sexuale, mai exact o descărcare insuficientă a energiei sexuale care apare atunci când masturbaţia înlocuieşte activitatea sexuală normală. Psihanaliştii, care au urmat după **Freud**, au considerat neurastenia ca o reacţie la factori inconştienţi, cum ar fi sentimentul de respingere, subestimarea, sentimentul inutilităţii şi supărările refulate.

Ipoteza actuală a depleţiei, care susţine că stresul prelungit scade concentraţia de neurotransmiţători în neuron, este asemănătoare cu conceptul lui **Beard** despre epuizarea nervoasă.

Cadrul clinic al neurasteniei şi oboseala (epuizarea) ca simptom central

Aşa cum rezultă din cele mai multe opinii, neurastenia este caracterizată de o mare varietate de semne şi simptome. Cele mai frecvente sunt oboseala şi o slăbiciune cronică; pacienţii se plâng de dureri, anxietate generală sau nervozitate.

În cele două tipuri de tulburări, care în parte se suprapun, **ICD-10** descrie, de asemenea, oboseala ca simptom central care polarizează, de fapt, întreaga atenţie a pacientului. În primul tip, pacientul se plânge de oboseală mintală descrisă, tipic, ca dificultate de concentrare şi tulburări ale memoriei de scurtă durată, gândire ineficientă. În cel de-al doilea tip, pacienţii au sentimente de slăbiciune psihică şi fizică şi epuizare după eforturi minime, acompaniate de dureri musculare şi imposibilitatea de a se relaxa. Îngrijorare pentru deteriorarea stării mintale şi fizice, iritabilitate, anhedonie şi diverse grade de depresie şi anxietate sunte prezente în ambele tipuri.

Oboseala are aceleaşi caractere ca oricare alt tip de boală. Ea se distinge, totuşi, printr-un element care ni se pare esenţial: oboseala exprimată până la sfârşit ca mijloc benefic nu este niciodată anxiogenă.

A fi bolnav pune în mişcare o tensiune anxioasă asupra problemei - despre ce boală este vorba. În ceea ce priveşte oboseala, nu se pune niciodată această întrebare şi simţul comun face diferenţa: eşti obosit - nu eşti bolnav; se ştie că asta „trece" şi nu este o reală problemă.

Problemele pe care individul le are cu anturajul sunt momentan suspendate, conflictele sunt puse între paranteze, şi doar asta ar fi suficient să explice de ce dispare neliniştea, ea însăşi generatoare de alte conflicte.

Diferenţierea oboselii de depresie nu este o problemă uşoară, căci pe de o parte în planul simptomelor cele două stări pot să se amestece, iar în plan nosografic există mai multe feluri de depresie.

Cel mai simplu, oboseala poate fi separată de depresia melancolică, în care ceea ce domină este dezinteresul care este absolut şi generalizat. Dacă pentru oboseală distracţia este unul din tratamentele pe care oricine le recomandă, în depresie acest demers nu are nici un sens. În depresia nevrotică oboseala este un simptom, care nu are o valoare nici mai mică, nici mai mare decât restul tabloului simptomatic.

Din punct de vedere analitic această oboseală din nevroză este interpretată în general ca o apărare, încercând aprofundarea activității imaginare la simptomul oboselii trăit ca atare.

Trei termeni par să ne poată orienta la acest nivel: conversie, agresiune, regresiune:

Conversia – s-ar putea spune că oboseala este un simptom de conversie? Poate dacă s-ar considera o activitate fantasmatică ce duce la un simptom contabilizat corporal. Credem că este o eroare pentru că pe plan nosografic și în măsura în care mecanismul de conversie este specific isteriei, se poate clar declara că nici o oboseală nu are o structură isterică. De asemenea, pentru că conversia, prin mecanismul său, este totdeauna localizată (la o funcție sau la un organ), în timp ce oboseala este de esență difuză. În sfârșit, nu credem că în oboseală s-a făcut o trecere forțată în corp a ceva care a fost simbolizat și apoi refulat.

Agresiunea este al doilea termen care poate fi reținut, cu mult mai multe șanse să fie adevărat. Această oboseală ar putea să fie o manifestare agresivă și această manifestare ar apărea la nivel superficial. Te prezinți ca obosit, plictisești anturajul. La un nivel mai profund este o agresiune orientată împotriva subiectului și nu poate să se exprime în exterior. Este de altfel mai ales acel tip de oboseală care a putut fi adesea regăsit în psihanalizele în care subiectul vorbește despre oboseala lui. Oboseala este aici asemănătoare cu tăcerile sau cel puțin cu anumite tăceri despre care analistul știe ce ascund și analizații, de asemenea, și anume un potențial agresiv.

Regresiunea - oboseala poate să pară, de asemenea, un tip de regresiune; acest lucru este adevărat pentru multe mecanisme nevrotice, dar aici este vorba de o regresiune specială, în sensul că ea privește o modalitate difuză, corporală, care reduce subiectul la un stadiu foarte arhaic. Este vorba de o întoarcere la un stadiu precoce al dezvoltării la momentul în care relația cu mama este singura trăită numai pe plan fizic difuz. Datorită oboselii, relațiile orale pot fi restabilite, securizante și tind să acopere lipsa esențială a subiectului, care în clipa precedentă părea a fi deprimat.

În sfârșit, dacă există o relație între depresie și oboseală ea ar putea fi găsită la acest nivel și nu la un nivel nosografic superficial.

Aproape întotdeauna tabloul dominant este cel al depresiei, dar putem vedea uneori că depresia și oboseala nu trebuie să fie întotdeauna legate. Există în stările depresive o oboseală, care aparține nevrozei pur și simplu. Există de altfel și o oboseală practic izolată.

Altă problemă este diferențierea dintre oboseala patologică și oboseala normală și există cazuri limită în care practic această distincție este imposibilă.

În ceea ce privește trăirea oboselii, o descriere fenomenologică a acestei stări poate fi făcută prin componentele următoare:

- o lipsă de energie fizică și psihică resimțită neplăcut; aceasta este definită în limbaj comun – lipsă de inițiativă;
- oboseala este însoțită întotdeauna de o senzație cenestezică, subiectul obosit își simte corpul într-o manieră care nu este neapărat dureroasă; ea este uneori chiar agreabilă și se cunosc persoane sănătoase obosite, la care în mod sigur oboseala se însoțește de un sentiment de deplinătate sau, care au o veritabilă senzație de a le fi bine în pielea lor.
- senzația este difuză, ceea ce este extrem de important; nu este obosit un organ sau o funcție - ești obosit în totalitatea corpului și spiritului. Senzația cuprinde întregul organism; este un aspect foarte important căci sunt rare stările în care corpul resimte

oboseală în totalitate. În afară de anumite stări extatice, stări asemănătoare pot fi întâlnite de exemplu după actul sexual.

- totdeauna este trăită subiectiv ca o senzație difuză în ceea ce privește determinarea sa; dar aici este o excepție, mult mai adesea oboseala nu există decât în funcție de ceva ce este de făcut. Suntem obosiți în fața unei sarcini oarecare, și dimpotrivă, foarte adesea, această senzație poate fi diferită, poate chiar dispărea, pentru o sarcină diferită. Sunt cunoscute posibilitățile de a ne odihni jucând bridge, rezolvând cuvinte încrucișate, jucând jocuri pe calculator sau chiar rezolvând probleme de matematică superioară. Aceeași problemă poate fi întâlnită când un muncitor epuizat de munca sa se odihnește aranjându-și grădina. De asemenea, și trecerile de la un tip de activitate la alta sunt găsite de mulți ca odihnitoare.

Recapitulând aspectele subiective importante ale oboselii, acestea sunt: lipsa de energie, senzație difuză a propriului corp, uneori chiar agreabilă, faptul că se ține cont de sarcina de efectuat.

Profilaxia și tratamentul neurastenie:

Important în tratamentul curent al neurasteniei este ca medicul de altă specialitate să înțeleagă că simptomele pacientului nu sunt imaginare. Simptomele sunt obiective și sunt produse de emoții care influențează sistemul nervos vegetativ, care la rândul lui afectează organismul. Medicul trebuie să observe că simptomele somatice ale pacientului pot fi remediate prin tratament psihiatric, singurul util în astfel de situații. Pacienții trebuie asigurați că administrarea medicamentelor pentru simptomele somatice (analgezice, laxative) vor avea rezultate bune numai dacă vor fi combinate cu intervenția psihoterapeutică.

Succesul terapeutic este proporțional atât cu momentul depistării bolii, cât și a instituirii unor măsuri terapeutice corecte. În neurastenia care debutează cu fenomene marcate de epuizare, se recomandă întreruperea necondiționată a activității, iar tratamentul poate fi administrat atât în condiții sanatoriale cât și la domiciliu. În neurastenia cu fenomene predominant reactive la situații intens traumatizante în familie sau la locul de muncă se recomandă scoaterea din mediul stresant, tratamentul psihoterapeutic și medicamentos în staționarul de nevroze sau în sanatorii specializate.

Stresul poate provoca modificări structurale organice și poate amenința calitatea vieții sau viața pur și simplu.

Pacienții trebuie să fie ajutați să recunoască stresul din viața lor și comportamentul lor de răspuns față de acest stres, să înțeleagă interacțiunea dintre minte și corp. Fără o psihoterapie orientată spre această înțelegere, evoluția neurasteniei nu poate fi influențată.

Reducerea rutei medicale a neurasteniculul care ajunge la psihiatru după luni de peregrinări și concedii medicale acordate de medic de altă specialitate asigură eficiența tratamentului, în condiții de repaus în staționar, sanatoriu sau ambulatoriu. Aceasta înseamnă totodată a face economie de resurse și un management corect al acestei afecțiuni.

Foarte multe păreri converg asupra faptului că ameliorarea sau remisiunea neurasteniei nu este și nu poate fi eficientă dacă nu este consolidată prin tratamente de întreținere și controale periodice (Gray M, 1978; Gorges C și colab., 1985; Predescu V, Prelipceanu D, 1998).

Disponibilitatea agenților psihofarmacologici a crescut, la fel și opțiunile terapeutice. Agenții serotoninergici, cu acțiune antidepresivă și anxiolitică sunt cei mai eficienți. Tratamentul medicamentos se va adresa în primul rând iritabilității, trăirilor emoționale intense, îndeosebi anxietății și va corecta ritmul somn-veghe perturbat, ca și insomnia. Pentru aceasta se vor folosi preparate cu acțiune sedativă, anxiolitică. Se indică, de asemenea, hipnoinductoare din grupa tranchilizantelor minore ca Hidroxizinul, benzodiazepine: Nitrazepam, Diazepam, Oxazepam, Bromazepam, Alprazolam, Lorazepam. Clorazepam, cât și doze mici de neuroleptice cu efect sedativ și hipnotic (Tioridazin, Levomepromazin, Clordelazin etc.) sau substanțe cu efect antihistaminic și hipnotic de tipul prometazinei (Romergan). Antidepresivele nou apărute sunt, de asemenea, eficace, deoarece au proprietăți sedative pe lângă cele antidepresive și pot fi foarte folositoare în neurastenie (Timipramină, Maprotilină, Tianeptină, Fluoxetină, Fluvoxamină, Mitrazepină, Velafaxină).

Medicul trebuie să evite să prescrie medicamente de care pacientul ar putea abuza, cum ar fi benzodiazepinele, pe termen mai lung, pentru că acești pacienți au tendința de automedicație. Aceste medicamente pot fi folositoare pe perioade scurte și sub strictă supraveghere pentru a reduce anxietatea, fobia, sau insomnia.

Mulți autori notează efecte pozitive prin folosirea în doze mici a neurolepticelor incisive – haloperidolul, trifluoperazina, flufenazina, flupentixolul.

Cura sanatorială și psihoterapia prin subnarcoză cu stimulare cu cofeină sau amfetamină, psihoterapia sugestivă, de relaxare (antrenament autogen Schultz), aplicate individual sau în grup sunt metode particulare care și-au dovedit utilitatea terapeutică în neurastenie.

Neurastenia – boala adaptării și a civilizației moderne rămâne un cadru clinic care trebuie rezolvat. Tranziția către era post-industrială la sfârșitul "celui de-al treilea val" (**Toffler A**) face ca această suferință umană să rămână o situație redutabilă cu care medicul se va confrunta cu siguranță și în secolul XXI.

6.9. TOXICOMANIILE ȘI ALCOOLISMUL

6.9.1. CONCEPTUL DE ADICȚIE – "ADDICTION"

Noțiunea de adicție este o noțiune descriptivă și definește comportamente sau procese. Ea se referă la zona comportamentelor caracterizate de acte repetate în care predomină dependența față de o situație sau un obiect material care este căutat și consumat cu aviditate.

În comportamentul adictiv persoanele deviază toate celelalte centre de interes, cu incapacitatea de a alege să nu realizeze gestul adictiv, care nu constituie, de altfel, neapărat, o experiență agreabilă (**Peele**).

Într-o manieră mai largă, sfera sa de aplicare nu poate fi limitată numai la alcoolism sau toxicomanie, făcând de asemenea parte din aceasta: bulimia, toxicofilia, jocul patologic (gambling), autoagresiunea, etc.

Termenul de comportament adictiv corespunde extensiei termenului care servește a desemna toxicomanii cu alte comportamente pe care **Fenichel (1945)** i-a numit "toxicomanii fără drog".

Comportamentul adictiv este văzut în raport cu eșecul în fața unei obligații, eșec ce pune la îndoială capacitatea de a reuși (sentimentul incompetenței personale și sociale).

Într-o perspectivă psihanalitică modelul adictiv subliniază că relaţiile obiectuale sunt caracterizate de inexistenţa relaţiilor genitale şi de predominanţa obiectului parţial. Gestul adictiv survine într-un context de separare sau echivalent de separare, dispariţia obiectului confruntând subiectul cu sentimentul de vid, de pierdere a limitelor sau cu sentimentul inexistenţei. Economia adicţiilor este construită pe reducerea dorinţelor la nevoie, se caracterizează prin importanţa pulsiunilor agresive, limitele simbolizării şi incapacitatea de a elabora tensiuni pulsionale cărora subiectul le răspunde printr-o regresie comportamentală (**Pedinielli JL, 1991**).

Comportamentul adictiv se manifestă ca o incapacitate psihică de a elabora tensiunile pulsionale sau "violenţa fundamentală" (**Bergeret, 1981**).

Noţiunea de act-simptom propusă de **McDougall** (**1978, 1982**) a demonstrat raportul între descărcarea în comportament şi eşecul funcţiei reprezentării.

Pare aşadar, în mod clar, că diferenţele comportamentale, subsumate sub termenul de comportament adictiv, trebuie să fie situate nu într-un registru oedipian, ci într-o patologie ce evocă axa narcisistă.

Înţelesul comportamentului adictiv este situat, în general, de o parte de insuccesul acţiunii de identificare. Impasurile de identificare sunt determinante. Comportamentul adictiv reprezintă un eşec de "introiecţie", de asemenea o tentativă paradoxală de identificare, de renaştere sau de unificare cu sinele.

Conduitele adictive trebuie deci, să se situeze într-o patologie a axei narcisiste.

O perspectivă dinamică în adicţie

• Actele adictive pot fi descrise (**Pedinielli, Bertagne, Mille, 1987**) plecând de la modelul de «experienţă primară a satisfacţiei» (**Freud, 1900**) care instituie un model originar al raporturilor dintre corp şi dorinţă.

• Actul adictiv produce un scurt circuit în secvenţa: nevoie, halucinaţia satisfacţiei, dorinţă, absenţa satisfacţiei, apariţia principiului realităţii.

• Între nevoia psihologică şi halucinaţia satisfacţiei, comportamentul adictiv determină o acţiune specifică ce suprimă toată lipsa satisfacţiei, adică toată putinţa de a dori.

• Comportamentul adictiv realizează un "surogat" al experienţei primare a satisfacţie.

• Diferenţele comportamentale, subsumate sub termenul de comportament adictiv, trebuie să fie situate nu într-un registru oedipian, ci într-o patologie ce evocă axa narcisistă.

În domeniul clinic, modelul adicţiei permite în principal analizarea anumitor comportamente concrete care nu sunt considerate ca aparţinând registrului adicţiilor.

6.9.2. ALCOOLISMUL

Definiţie

Este o boală primară, cronică, adesea progresivă şi fatală.

Manifestările şi dezvoltarea ei sunt influenţate de factori: genetici, psihosociali, de mediu.

Se caracterizează prin:

• Scăderea controlului asupra consumului de alcool
• Interesul pentru alcool
• Consumul de alcool în ciuda consecinţelor adverse
• Distorsiuni în gândire – negare

Simptomele alcoolismului pot fi continue sau periodice.

Epidemiologia alcoolismului

- Problemele legate de alcool încep de obicei la vârsta de 16-30 ani.
- Prevalența abuzului/consumului de alcool – 13,6% în populația generală.
- Probleme medicale induse de alcool – 7,4%.
- Doar 22% dintre aceștia apelează la servicii de specialitate. Adresabilitatea acestor pacienți se împarte în mod egal între medici generaliști și medici psihiatri.
- 53% dintre persoanele cu alcoolism au o boală psihică în relație de comorbiditate.
- 25% dintre pacienții unui spital general și 20% din pacienții policlinicilor au diverse tulburări legate de alcool.

Complicații ale alcoolismului

Complicații medicale	Alte complicații
Gastrită Pneumonie Insuficiență hepatică Ulcer Pancreatită Hematom subdural Cardiomiopatie Anemie Neuropatie periferică Sdr. alcoolic fetal Psihoza Korsakoff Demență alcoolică	Creșterea riscului apariției cancerului de limbă, laringe, esofag, stomac, ficat, pancreas. Creșterea criminalității globale (violuri, molestarea copiilor, tentative de crimă, crime) Creșterea numărului de accidente rutiere Creșterea numărului tentativelor de suicid (o rată a suicidului de 60-120 de ori mai mare cu un risc suicidar de 2%-3,4% în timpul vieții)

Predispoziție și factori de risc în alcoolism

Există o interacțiune complexă între: vulnerabilitate, familie, mediu, cultură.

Factorii genetici influențează în mare măsură prevalența alcoolismului.

Factorii ereditari au influență prin transmiterea unor deficiențe în: secreția de serotonină, endorfine, prostaglandine.

Nu s-au găsit dovezi în legătură cu existența unui anumit tip de personalitate care să fie predictivă pentru alcoolism. Există, însă, tulburări de personalitate (borderline, antisocială) care se asociază cu alcoolismul.

Se asociază cu: tulburările de somatizare, anxietate, depresie (2/3 din alcoolici au cel puțin un episod depresiv major în timpul vieții).

Un consum îndelungat poate preceda apariția atacurilor de panică sau tulburării anxioase generalizate și poate urma după un istoric de agorafobie și fobie socială.

Circumstanțe patologice induse de alcool

- Intoxicația alcoolică
- Sevrajul necomplicat
- Sevrajul complicat cu convulsii
- Delirium tremens
- Tulburarea psihotică indusă de alcool
- Tulburarea amnezică persistentă indusă de alcool
- Boli neurologice
- Boli hepatice

Intoxicația alcoolică

Variază de la ebrietate ușoară la insuficiență respiratori, comă și moarte.

Alcoolul se combină cu substanțe endogene și exogene precum dopamina și cocaina rezultând metaboliți toxici.

Organismul poate metaboliza 100 mg/kgc/oră.

Cei care nu au dezvoltat toleranță la alcool dezvoltă la:

- 0,03 mg% - disforie
- 0,05 mg% - incoordonare motorie
- 0,1 mg% - ataxie
- 0,4 mg% - anestezie, comă, moarte

Delirium tremens

Se caracterizează prin confuzie, dezorientare, întunecarea conștienței, tulburări de percepție. Sunt frecvent întâlnite ideile delirante, halucinațiile terifiante, vii (ex. micropsii, zoopsii), agitație, insomnii, febră, hiperactivitate neurovegetativă.

Simptomele apar la 2-3 zile după un consum important de acool, cu intensitate maximă în ziua 4-5.

La consumatorii cronici de alcool există un pattern repetitiv de delirium tremens de-a lungul vieții.

Netratat, durează aproximativ 4-5 săptămâni.

Cu tratament adecvat, simptomele se ameliorează după 3 zile.

Tulburarea psihotică indusă de alcool

Halucinații auditive marcate pentru cel puțin 1 săptămână, care apar puțin după reducerea sau sistarea consumului abuziv de alcool.

Persoana răspunde la aceste halucinații prin teamă, anxietate, agitație.

Diagnosticul pozitiv se bazează pe istoricul de consum recent de alcool în doze mari și absența schizofreniei sau maniei.

Tratamentul în alcoolism

Tratamentul implică în egală măsură pacientul și personalul medical, și cuprinde câteva etape:

- Educația
- Motivarea pacientului să accepte planul terapeutic
- Încurajarea personalului să lucreze cu pacientul
- Sugerarea tratamentului farmacologic
- Integrarea tratamentului specific pentru abuz de alcool în schema generală de tratament
- Facilitarea transferului în alte secții pentru tratament specific

Probleme în consultarea pacienților cu abuz de alcool sau medicamente

- În suspiciunea pentru abuzul de droguri, de câte ori este posibil, obțineți nivelurile toxice urinare.
- Cunoașterea principiilor generale de detoxifiere.
- Ajustarea procesului de dezintoxicație la pacienții cu boli somatice.
- În tratamentul polidependenței, prima detoxifiere este față de sedative.
- Folosirea de teste de provocare sau estimarea conservativă dacă există suspiciuni legate de doza inițială de detoxifiere.
- Cunoașterea dozelor echivalente de sedative și opiacee.

- Recunoaşterea interacţiunilor medicamentoase.
- Recunoaşterea unei psihopatologii majore, a bolilor metabolice şi neurologice, precum şi a intoxicaţiei vs. sevraj.

Elemente de bază în anamneza unui pacient cu consum de droguri sau alcool
Acuze principale. Istoricul bolii actuale
Semne şi simptome prezente
Data la care a început consumul, folosirea regulată, perioade de consum maxim, cea mai lungă perioadă fără consum, cantităţi folosite, frecvenţă, modul de administrare, circumstanţe de folosire, reacţii
Antecedente medicale, medicaţie, statut HIV. Istoric de tratament împotriva abuzului de substanţe, răspuns la tratament. Istoric familial (incluzând folosirea de substanţe)
Antecedente psihiatrice
Antecedente penale. Istoric personal. Istoricul relaţiilor

Strategia terapeutică în alcoolism

Nu există un algoritm terapeutic comun tuturor pacienţilor alcoolici. Planul terapeutic constă în a propune fiecărui subiect, cu maximum de suplete posibilă, un larg evantai de metode a căror utilizare depinde de:

- personalitatea subiectului,
- tipul de relaţie cu alcoolul,
- gradul său de motivare,
- momentul evolutiv al comportamentului alcoolic,
- prezenţa/absenţa tulburărilor mintale asociate.

Scopul acestor metode, condiţie necesară dar nu suficientă a succesului terapeutic, este obţinerea şi menţinerea prelungită a abstinenţei totale, în cazul în care existase dependenţă sau abuz.

Reîntoarcerea la un consum moderat pare imposibilă la alcoolicii dependenţi. Ea nu a fost deocamdată propusă decât în cadrul programelor comportamentale în caz de consum abuziv fără dependenţă.

Strategia terapeutică, pe termen mediu şi lung, vizează să întărească beneficiile multiple ale sevrajului menţinut.

În mod clasic terapia alcoolismului este concepută ca o cură ale cărei etape le vom trece pe scurt în revistă.

(a) pre-cura

Este un timp pregătitor a cărui importanţă e fundamentală. Este un timp medical şi psihoterapeutic ale cărui principii esenţiale sunt următoarele:

- stabilirea unei relaţii de încredere, permiţând libertatea de expresie, evitând pericolul unor atitudini autoritare culpabilizante şi atitudinile de îngăduinţă excesivă ineficace.
- bilanţul psihologic şi somatic al comportamentului alcoolic (vechimea şi tipul relaţiei cu alcoolul, bilanţul afectărilor somatice, psiho-afective, familiale, sociale legate de alcool).
- psihoterapia explicativă favorizând luarea la cunoştinţă (înţelegerea) a abuzului sau dependenţei, eliberarea de atitudinile de banalizare sau de negare, găsirea unei motivaţii pentru abstinenţă.

Această precură poate fi mai lungă sau mai puțin lungă. Trecerea la cură, la un subiect nemotivat, poate fi amânată și timpul pregătitor se poate dovedi eficace prin contactele stabilite cu familia, sau prin punerea în legătură cu grupuri de vechi bolnavi.

(b) cura de sevraj

• Strategia terapeutică a curei, după cele mai multe opinii, este mult mai ușor realizată în mediu spitalicesc decât în ambulator; ea permite, aplicarea mai completă a metodelor medicale și psihoterapeutice.

• Cura implică un proiect clar de abstinență, care a fost prezentat pacientului, explicat, și înscris în timp. (Utilitatea unei post-cure trebuie evocată încă din timpul curei, care trebuie înțeleasă ca un prim moment al sevrajului, mai degrabă decât ca un timp „miracol", ale cărui efecte terapeutice vor fi definitive).

Sevrajul de alcool este total și imediat. În afara rehidratării suficiente pe cale orală, vitaminoterapia B, pe cale intramusculară, prescrierea medicamentelor psihotrope este indispensabilă. Acest tratament substitutiv are drept țintă prevenirea incidentelor și accidentelor sevrajului și asigurarea unui confort psihologic pacientului. Produsele folosite sunt foarte variabile; benzodiazepine, carbamat, tetrabamat, barbiturice, mai rar clormetizol, beta-blocante.

Cura de dezgust - terapia aversivă

Derivată din tehnicile comportamentale, ea constă teoretic în a crea o aversiune față de alcool prin folosirea unei substanțe cu efect emetizant legat de acumularea de acetaldehidă.

Aspectele psihoterapeutice ale curei sunt esențiale.

Metodele psihoterapeutice de grup constau în reuniuni didactice referitoare la alcoolism, vizând deculpabilizarea, revalorizarea narcisistă, stăpânirea comportamentului alcoolic și diverse tehnici de grup mai mult sau mai puțin structurate (jocuri de roluri, psihodrame, grupuri psihoterapeutice de inspirație analitică).

Obiectivul esențial în cursul curei este de a dezamorsa pasivitatea alcoolicului, de a favoriza o exprimare verbală a conflictelor, de a conferi sevrajului sensul unui demers personal activ.

Printre metodele individuale, psihoterapia de susținere are primul loc, în cursul curei. Ulterior se poate recurge la tehnici mai elaborate: relaxare și mai ales metode comportamentale (autocontrol, afirmarea sinelui) vizând reîntoarcerea eventuală la un consum moderat de alcool la consumatorii excesivi nedependenți.

(c) Post-cura. Îngrijirea pe termen lung

Acest timp esențial al îngrijirii, fără îndoială cel mai puțin codificat, condiționează prognosticul comportamentului alcoolic. Îngrijirea implică o relație neîntreruptă și prelungită cu un terapeut.

Strategiile terapeutice fac apel la:

• chimioterapie

- locul tratamentelor chimioterapice în timpul post-curei nu este fundamental. Tratamentele substitutive ale sevrajului, tranchilizantele în special, trebuie să fie reduse progresiv, apoi întrerupte la capătul a câteva săptămâni, dacă sevrajul este menținut.

- obținerea și menținerea sevrajului total de alcool, întărit de îngrijirea psihoterapeutică antrenează, în 80% din cazuri, vindecarea tulburărilor mintale asociate, cel mai des secundare alcoolizării excesive (sindroame depresive, anxietate, modificări de caracter, comportament heteroagresiv).

Unele tratamente chimioterapice pot diminua apetitul pentru alcool.

Psihoterapiile în alcoolism

Multiple metode sunt utilizate, câteodată simultan în cursul post-curei la alcoolici. Ele fac apel, în funcţie de personalitatea fiecărui pacient, la tehnici diverse, dintre care niciuna nu poate fi estimată (apreciată) global ca superioară celorlalte pe ansamblul cazurilor.

Psihoterapia în cursul post-curei la alcoolici

Metode individuale:

- Psihoterapia de susţinere
- Psihoterapia cognitivă
- Psihoterapia analitică
- Relaxarea
- Terapii comportamentale

Psihoterapii de grup

- Grupe de vechi (foşti) bolnavi, vechi băutori
- Grupe de discuţii
- Grupe de informaţie
- Psihodrame
- Analize tranzacţionale
- Terapii familiale sistemice sau analitice

Psihoterapii instituţionale

- Centre de post-cură
- Socioterapie
- Ergoterapie

Trebuie subliniată imposibilitatea de a codifica o strategie terapeutică univocă, aplicabilă tuturor pacienţilor. Diversitatea metodelor propuse răspunde heterogenităţii alcoolicilor. Pentru fiecare subiect în parte, trebuie elaborat un proiect terapeutic în funcţie de gravitatea şi de tipul de alcoolism (abuz sau dependenţă, formă intermitentă sau permanentă), de personalitatea de bază, de mediul socio-familial, de prezenţa sau absenţa unei patologii mintale asociate.

Tratamentul cu cel mai bun prognostic pe termen lung
cura de sevraj în mediu spitalicesc specializat pentru alcoolism
selecţia pacienţilor admişi;
post-cură energică şi prelungită
îngrijire simultană în anturajul familial
utilizarea terapiilor comportamentale
administrare prelungită de disulfiram
absenţa unei patologii mintale primare;
un statut conjugal şi socio-profesional stabil
intervenţia elementelor vitale pozitive (**Vaillant**).

Intervenţia psihologului în alcoolism

Prin multitudinea factorilor implicaţi în etiopatogenia sa, alcoolismul necesită o abordare terapeutică complexă, amplă şi de lungă durată care trebuie să cuprindă intervenţiile familiei, medicului psihiatru, psihologului, asistentului social.

Terapia alcoolismului ca boală nu va fi eficientă decât având în vedere individualitatea cazului, relaţiile interpersonale stabilite în cadrul familiei şi mediului social, mecanismele de apărare, fondul premorbid al bolnavului şi factorii situaţionali.

Indiferent de tipul de psihoterapiei folosit, principiile generale ale intervenţiei psihologice vizează parcurgerea unor paşi obligatorii.

Principii generale ale intervenţiei psihologice	
Stabilirea unei alianţe terapeutice	
Controlul fenomenului de contratransfer	
Identificarea cauzelor care determină consumul de alcool	
Depăşirea mecanismului de negare folosit în principal de pacient printr-o intervenţie care să-l determine să-şi recunoască boala	
Identificarea valorilor şi resurselor pacientului în vederea stabilirii unor pârghii motivaţionale pe termen lung	
Dezvoltarea unor strategii noi de adaptare şi a abilităţilor sociale	
Alegerea unor metode psihoterapeutice flexibile, comprehensibile şi adaptate fazelor de cură în care se prezintă pacientul	
Ajutarea pacientului să se înţeleagă mai bine, să-şi clarifice conflictele şi să-şi planifice realist comportamentele	
Consiliere	Psihoterapie de grup
Psihoterapie suportivă	Psihoterapie de familie
Psihoterapie cognitiv-comportamentală	Asociaţii de tipul «Alcoolicilor Anonimi»
Psihoterapie sugestivă	
Psihoterapie raţional-emotivă	
Psihoterapie experienţială	
Psihoterapie psihanalitică	
Stabilirea de legături cu familia, medicul, asistentul social în vederea stabilirii unei reţele de suport	

6.9.3. TOXICOMANIA

Definiţie: este un consum patologic, cronic sau periodic, impulsiv, de substanţe care modifică starea afectivă sau de conştiinţă.

Toxicomania este rezultatul acţiunii unor factori externi şi interni, al unor interacţiuni patogene din copilărie. Conflictele existente în copilărie în cadrul familiilor dezechilibrate şi reactualizarea acestora în adolescenţă, joacă un rol important în geneza toxicomaniilor.

Dependenţa se caracterizează prin tendinţa de creştere progresivă a dozelor de drog şi prin imposibilitatea de a opri, chiar şi pentru câteva zile consumul, fără ca aceasta să nu determine apariţia sevrajului.

Criterii de diagnostic pentru intoxicaţia cu o substanţă după DSM-IV

A. Apariţia unui sindrom reversibil specific datorat ingestiei unei sustanţe (sau expunerii la o substanţă): substanţe diferite pot produce sindroame similare sau identice.

B. Modificările psihologice sau comportamentale dezadaptative, semnificative clinic sunt datorate efectului substanţei asupra sistemului nervos central (de ex., beligeranţă, labilitate afectivă, deteriorare cognitivă, deteriorarea judecăţii, deteriorarea funcţională, socială sau profesională) şi apar în cursul consumului de substanţă sau la scurt timp după aceea.

C. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de o altă tulburare mintală.

Sevrajul – stare de rău subiectiv, intens, în care pacientul caută să obțină prin orice mijloace drogul, însoțită de o perturbare biologică neurovegetativă și dismetabolică de amploare și, uneori, de moarte.

Criterii de diagnostic pentru abstinența de o substanță

A. Dezvoltarea unui sindrom specific datorat încetării (sau reducerii) consumului de substanță care a fost excesiv și prelungit.

B. Sindromul specific substanței cauzează suferință sau deteriorare clinică semnificativă în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.

C. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mintală

Craving sau apetența

- Este o nevoie imperioasă pentru o substanță cu efect psihotrop și căutarea compulsivă a acesteia. Acest fenomen joacă un rol important în apariția dependenței.
- Crave (engl) = a dori ceva cu ardoare implicând solicitare insistentă - "sete" de drog.
- Definiția OMS = dorința de a experimenta din nou efectele unei substanțe consumate anterior. Comportamentul devine expresia acestei trăiri, condensându-se – în pofida oricăror riscuri și neajunsuri - spre procurarea drogului.

Dependența

Reprezintă tulburarea comportamentală definită prin:

- Dorința puternică, compulsivă de a utiliza o sustanță psihoactivă,
- Dificultatea de a opri consumul,
- Comportament de căutare a drogurilor, cu invazia progresivă a întregii existențe de către acest fenomen.

Dependența fizică, caracterizată prin apariția sevrajului include:
- Efectele somatice ale utilizării repetate a substanțelor respective
- În acest context intervin alți doi termeni: toleranța și sevrajul

Dependența psihică = craving și căutarea compulsivă a substanței = nevoia de a menține și regăsi senzația de plăcere, de bine, satisfacția, stimularea pe care o aduce consumatorilor dar și de a evita senzația de rău psihic care apare în lipsa consumului.

Criteriile DSM-IV pentru dependența de o substanță

Un pattern dezadaptativ de consum al unei substanțe duce la o deteriorare sau suferință semnificativă clinic, care poate surveni oricând într-o perioadă de 1 an, manifestată prin trei (sau mai multe) din următoarele simptome:

1) *Toleranță*, definită prin oricare din următoarele:

a) Necesitatea creșterii considerabile a cantităților de substanță pentru a ajunge la intoxicație sau efectul dorit;

b) Diminuarea semnificativă a efectului la consumul continuu al aceleași cantități de substanță;

2) *Sevraj*, manifestat prin oricare din următoarele:

a) Sindromul de abstinență caracteristic pentru substanță (se referă la criteriile a și b ale seturilor de criterii pentru abstinență la substanțe specifice);

b) Aceeaşi substanţă (sau strâns înrudită) este consumată pentru a uşura sau evita simptomele de abstinenţă);

3) Substanţa este luată adesea în cantităţi mai mari sau în decursul unei perioade mai lungi decât se intenţiona;

4) Există o dorinţă persistentă sau eforturi ineficiente de a înceta sau de a controla consumul de sustanţă;

5) Foarte mult timp este pierdut în activităţi necesare obţinerii sustanţei (de ex., consultarea a numeroşi doctori sau parcurgerea unor lungi distanţe), consumului substanţei (de ex., fumatul în lanţ) sau recuperării din efectele acesteia;

6) Activităţi sociale, profesionale sau recreaţionale importante sunt abandonate sau reduse din cauza consumului de substanţă;

7) Substanţa este consumată în continuare în ciuda faptului că pacientul ştie că are o problemă somatică sau psihologică, persistentă sau intermitentă, care probabil a fost cauzată sau exacerbată de substanţă (de ex.: consum curent de cocaină, în ciuda recunoaşterii depresiei induse de cocaină sau băut continuu, în ciuda recunoaşterii faptului că un ulcer a fost agravat de consumul de alcool).

De specificat:

- Cu dependenţă fiziologică: proba de toleranţă sau abstinenţă, adică, este prezent fie itemul 1, fie itemul 2,
- Fără dependenţă fiziologică: nici o probă de toleranţă sau de abstinenţă (adică, nici itemul 1, nici itemul 2 nu e prezent).

Specificaţii de evoluţie:

- Remisiune completă precoce
- Remisiune parţială completă
- Remisiune completă prelungită
- Remisiune parţială prelungită
- Sub terapie agonistă
- Într-un mediu controlat

Principalele droguri
derivaţii de opiu (morfina, heroina)
cocaina
cannabis (haşis, marihuana)
tranchilizante (barbiturice, meprobamat, benzodiazepine)
psihodisleptice = halucinogene (mescalina, psilocibina, LSD, ecstasy)
amfetamine
inhalanţi

Factori implicaţi în consumul de droguri	
Dizarmonii ale structurii personalităţii	- pasiv – dependentă - borderline - dissocială
Insuficienţa controlului vieţii pulsionale	
Lipsa capacităţii volitive - abulie	
Stări afective particulare	- anxietate - depresie - hiperemotivitate - timiditate
Stările de decepţie şi nemulţumire	- monotonia vieţii - lipsa scalei valorice
Obişnuinţa socială	
Influenţa grupului de prieteni	
Influenţe sociale nocive (modele culturale)	
Vagabondajul	
Incapacitatea de inserţie în grup	
Inserţia în grupuri anomice	

Tulburările psihice produse de consumul de substanţe
Intoxicaţii şi sevraj
Delirium
Tulburări psihotice
Tulburări de dispoziţie
Tulburări anxioase
Sindrom amnestic
Tulburare demenţială
Disfuncţii sexuale
Tulburări de somn

Derivaţii de opiu

În categoria derivaţilor de opiu - aşa-numitele opiacee - se înscriu opiaceele „naturale" – morfină, heroină, codeină şi cele sintetice – petidină şi metadonă.

- Morfina este o substanţă care se foloseşte în clinica medicală ca analgezic major.

- Cel mai cunoscut opiaceu este heroina, substanţă administrată pentru efectul său euforizant; dintre căile de administrare, cel mai frecvent este preferată de către toxicomani calea intravenoasă.

Administrarea acestei substanţe produce o serie de efecte având următoarea succesiune:

Iniţial: - senzaţie de căldură, emoţie, înfiorare, asemănătoare sau superioară senzaţiei de orgasm, ceea ce constituie de altfel motivaţia iniţială

Dependenţa apare rapid – pe măsură ce se instalează toleranţa.

La scurt timp apar:

1) Disforie

2) Efecte somatice
- deprimare respiratorie
- constipaţie severă;
- scăderea apetitului;
- treptat - scăderea libidoului.

Criterii de diagnostic pentru intoxicaţia cu opiacee (DSM-IV)

A. Consum al unui derivat de opiu.

B. Modificări psihologice şi comportamentale dezadaptative semnificative clinic (de ex., euforie iniţială urmată de apatie, disforie, agitaţie sau lentoare psihomotorie, deteriorarea judecăţii sau deteriorarea funcţionării sociale sau profesionale), care apar în cursul sau la scurt timp după consum.

C. Constricţie pupilară (sau dilataţie pupilară datorată anoxiei prin supradoză severă) şi unul (sau mai multe) din următoarele semne, apărând în cursul sau la scurt timp după abuzul de opiacee:

1) Torpoare sau comă;
2) Dizartrie;
3) Deteriorarea atenţiei sau memoriei.

D. Simptomele nu se datorează unei condiţii medicale generale şi nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mintală.

De specificat:
Cu tulburări de percepţie.

Sevrajul la opiacee

Lipsa drogului determină apariţia fenomenelor de sevraj:
- La 6-8-10 ore de la ultima doză:
- Nelinişte
- Insomnie
- Dureri musculare şi articulare
- Rinoree, lăcrimare, transpiraţii, căscat
- Greaţă, vărsături, diaree, crampe abdominale
- După 36 ore:
- Piloerecţie („piele de găină") – foarte neplăcut
- Midriază (mărire pupilară)
- Tahicardie (accelerarea pulsului)
- Hipertensiune arterială
- Dereglarea homeostaziei termice, îmbujorare
- Mişcări involuntare

Mortalitatea este crescută, în rândul consumatorilor fiind de 15 ori mai mare decât în populaţia generală.

De asemenea, morbiditatea (numărul de alte afecţiuni) este crescută:
- De la injecţii - infecţii, hepatite, endocardite, TBC, SIDA
- Supradozaj: insuficienţă respiratorie
- Depresie - suicid frecvent

Cocaina

Este un drog a cărui administrare se face frecvent prin aspiraţie nazală (prizare), motiv pentru care apariţia intoxicaţiei este rapidă (minute) conducând la dependenţă puternică.

Consumul produce:
- fenomene euforice - de diferenţiat de manie
- fenomene confuzionale – de diferenţiat de tulburările psihotice
- stări asemănătoare atacului de panică, atunci când există supraadăugate palpitaţii şi hiperventilaţie

Fenomenele de sevraj mai importante sunt: midriaza, tremor, senzaţie de reptaţie.

Într-o fază tardivă, acestora li se adaugă: ameţeli, convulsii, aritmii – fibrilaţie ventriculară, stop cardiac.

Criterii de diagnostic pentru intoxicaţia cu cocaină (DSM-IV)

A. Consum recent de cocaină.

B. Modificări comportamentale sau psihologice dezadaptative semnificative clinic (de ex., euforie sau aplatizare afectivă, modificări ale gradului de sociabilitate, hipervigilitate, susceptibilitate interpersonală, anxietate, tensiune sau stare coleroasă, comportamente stereotipe, deteriorarea judecăţii sau deteriorare în funcţionarea socială sau profesională) care apar în cursul sau la scurt timp după consumul de cocaină.

C. Două (sau mai multe) din următoarele simptome apărând în cursul sau la scurt timp după consumul de cocaină:

1) Tahicardie sau bradicardie;
2) Dilataţie pupilară;
3) Presiune sanguină crescută sau scăzută;
4) Transpiraţie sau senzaţie de frig;
5) Greaţă sau vomă;
6) Proba pierderii în greutate;
7) Agitaţie sau lentoare psihomotorie;
8) Scăderea forţei musculare, depresie respiratorie, dureri precordiale sau aritmii cardiace;
9) Confuzii, crize epileptice, diskinezii, distonii sau comă.

D. Simptomele nu se datorează unei condiţii medicale generale şi nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mintală.

De specificat: cu tulburări de percepţie.

Halucinogene

Consumul acestor substanţe produce halucinaţii, iluzii, stări emoţionale secundare intense. Consumul de fenciclidină mai ales – conduce la comportament violent, mioclonii, ataxie.

Dintre substanţele halucinogene, cele mai cunoscute sunt:
- LSD – dietilamina acidului lisergic
- Psilocibina
- Fenilciclidina
- Mescalina
- MDMA *„ecstasy"*/metilen-dioxi-metamfetamina

Criteriile de diagnostic pentru tulburarea de percepţie persistentă halucinogenă (flashbacks)

A. Reexperimentarea, după încetarea consumului unui halucinogen, a unuia sau a mai multora dintre simptomele perceptuale care au fost experimentate în timp ce era

intoxicat cu halucinogenul (de ex., halucinaţii geometrice, false percepţii de mişcare în câmpurile vizuale periferice, flash-uri de culoare, culori intensificate, imagini ale obiectelor în mişcare, postimagini pozitive, halouri în jurul obiectelor, macroscopie şi microscopie.

B. Simptomele de la criteriul A cauzează o suferinţă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de activitate.

C. Simptomele nu se datorează unei condiţii medicale generale (de ex., leziuni anatomice şi infecţii ale creierului, epilepsii vizuale) şi nu sunt explicate mai bine de alte tulburări mintale (de ex., de delirium, demenţă, schizofrenie) ori de halucinaţii hipnopompice.

Derivaţii de canabis (haşiş, marihuana)

Consumul acestor substanţe poate produce senzaţii de bine, relaxare, linişte.

Aceste substanţe sunt derivaţi de cânepă indiană şi au reputaţia cel puţin în Statele Unite de a fi droguri sociale fiind extrem de răspândite în populaţia studenţească. De asemenea, în unele ţări asiatice există un consum endemic de derivaţi canabici. Substanţele care intră în această categorie sunt haşişul şi marihuana.

Intoxicaţia cu canabis produce iniţial fenomene de excitaţie euforică – (greu de diferenţiat de manie), urmate de stare confuzională cu apatie, stări depresive sau disforice, care se pot agrava.

Barbiturice

Consumul îndelungat conduce la instalarea unui sindrom toxicomanic complet, ceea ce a condus în multe ţări la renunţarea folosirii acestei categorii de substanţe în practica medicală.

Intoxicaţia cu barbiturice produce următoarele:

Simptome somatice:
1) Inapetenţă;
2) Scădere ponderală;
3) Paloare;
4) Dermatoze (prurit, exanteme rubeoliforme, scarlatiniforme);
5) Alergii de aspect reumatoid;
6) Insuficienţă hepatică;

Simptome psihice:
1) Iritabilitate, irascibilitate, labilitate afectivă;
2) Scăderea posibilităţii adaptative;
3) Scăderea randamentului profesional;
4) Modificări caracteriale;

Manifestări comportamentale:
1. Slăbirea cenzurii morale;
2. Slăbirea simţului estetic;
3. Scăderea responsabilităţii;

Pe acest fond pot aparea tulburări psihotice:
a) Excitaţie
b) Fenomene confuzionale
c) Fenomene halucinatorii

Diagnosticul diferenţial al intoxicaţiei cu barbiturice se face cu:
- beţia alcoolică
- stări confuzionale

Tranchilizante

Cele mai frecvente produse medicamentoase din această categorie care conduc la instalarea unui sindrom toxicomanic sunt: meprobamatul și benzodiazepinele. De aceea, aceste medicamente nu trebuiesc administrate o perioadă mai mare de 3 luni. Dacă este necesară menținerea tratamentului anxiolitic preparatul va fi înlocuit.

Abstinența la anxiolitice se manifestă prin:

- ameteli;
- tremurături;
- slăbiciune;
- insomnie;
- hipersensibilitate;
- insomnii;
- iritabilitate.

Criterii de diagnostic pentru intoxicația cu sedative, hipnotice sau anxiolitice

A. Consum recent de un sedativ, hipnotic sau anxiolitic.

B. Modificări comportamentale sau psihologice dezadaptative, semnificative clinic (de ex., comportament sexual neadecvat sau agresiv, labilitatea dispoziției, deteriorarea judecății, deteriorarea funcționării sociale sau profesionale) care apar în cursul sau la scurt timp după consumul de sedative, hipnotice sau anxiolitice.

C. Unul (sau mai multe) din următoarele semne care apar în cursul sau la scurt timp după consumul de sedative, hipnotice sau anxiolitice:

1) Dizartrie;
2) Incoordonare;
3) Mers nesigur;
4) Nistagmus;
5) Deteriorarea atenției sau memoriei;
6) Stupor sau comă.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mintală.

Criteriile de diagnostic pentru abstinența de sedative, hipnotice sau anxiolitice

A. Încetarea (sau reducerea) consumului de sedative, hipnotice sau anxiolitice, care a fost excesiv și prelungit.

B. Două (sau mai multe) din următoarele simptome care apar în decurs de câteva ore până la câteva zile după criteriul A:

1) Hiperactivitate vegetativă (de ex., transpirație, frecvența pulsului mai mare de 100);
2) Tremor intens al mâinilor;
3) Insomnie;
4) Greață sau vomă;
5) Halucinații sau iluzii vizuale, tactile sau auditive tranzitorii;
6) Agitație psihomotorie;
7) Anxietate;
8) Crize de grand mal.

C. Simptomele de la criteriul B cauzează o suferință sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social sau în alte domenii importante de funcționare.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de o altă tulburare mintală.

De specificat dacă:
Cu tulburări de percepţie

Probleme în abordarea pacienţilor cu abuz de medicamente sau droguri
În suspiciunea pentru abuzul de droguri, de câte ori este posibil, este recomandată obţinerea nivelurilor toxice urinare
Cunoaşterea principiilor generale de detoxifiere
Ajustarea procesului de dezintoxicaţie la pacienţii cu boli somatice
În tratamentul polidependenţei, prima detoxifiere este faţă de sedative
Recunoaşterea interacţiunilor medicamentoase
Recunoaşterea unei psihopatologii majore, a bolilor metabolice şi neurologice, precum şi a intoxicaţiei vs. sevraj

Strategii terapeutice în toxicomanii

Principiile esenţiale ale îngrijirii toxicomanilor sunt comparabile celor pentru alcoolism. Precura, cura, post-cura, fac apel, ca şi pentru alcoolism, la un evantai de metode chimioterapice (tratamentul sindromului de sevraj al eventualelor complicaţii psihiatrice eventuale ale toxicomanilor), psihoterapice (susţinere individuală, terapii instituţionale în centrele de sejur şi de primire, centre de post-cură şi readaptare, intervenţii aproape de familie) şi sociale. Aceste strategii, ca şi pentru alcoolism, sunt complementare, simultan dezvoltate şi combinate într-un proiect terapeutic adaptat specificului fiecărui pacient.

Tratamentul în toxicomania cu heroină

Strategii terapeutice

Primul contact – strategia relaţională
- Bilanţ
- Relaţie de încredere
- Analiza cererii

Cura de sevraj
- Mediu spitalicesc specializat
- Contract
- Tratamentul sindromului de abstinenţă:
  - programe metadonă
  - clonidină
  - benzodiazepine
  - antialgice
  - neuroleptice
  - agonişti gabaergici

Îngrijirea pe termen lung
- Diversitatea locurilor şi mijloacelor
  - centre de primire
  - instituţii de sejur
  - comunităţi terapeutice

- Utilizarea simultană a metodelor multiple
  - chimioterapie
  - tratament instituționalizat
  - psihoterapie
  - intervenția socială
  - intervenția familială

Primele contacte sau pre-cura

Ca și pentru alcoolism, acest timp esențial pune în joc o strategie relațională care implică:

(a) recunoașterea toxicomaniei, stabilirea bilanțului (tipul și vechimea relației cu drogul, evoluția, bilanțul somatic, gradul alterării funcționalităților sociale și profesionale, eventuale comportamente antisociale.

(b) stabilirea unei relații de încredere, asigurându-l pe toxicoman de posibilitatea unor consultații ulterioare.

(c) analizarea eventualei cereri de sevraj, știind să amânăm urgențele aparente formulate astfel, chiar de către toxicomani. Acest principiu, în general recunoscut pentru heroinomanie, se aplică tuturor comportamentelor toxicofile: iluziei unei cure miracol antrenând o vindecare pasageră trebuie să i se substituie ideea unei munci de schimbare comportamentală pe termen lung în care cura nu e decât un moment.

Cura de sevraj

Trebuie efectuată, de regulă, în mediu spitalicesc, serviciu de psihiatrie sau centru specializat. Principiul său este acela al întreruperii întregii dependențe toxicomanice: oprirea totală și brutală a consumului de drog, tratament chimioterapic substitutiv, stabilirea unui contract cu pacientul, al cărui termeni variază în funcție de centru, dar care are ca principiu acceptarea întreruperii totale a dependenței și neîncălcarea regulilor stabilite de instituție.

Tratamentul chimioterapic face apel la metode diverse. Reducerea progresivă a dozelor de opiacee, recurgerea la analgezice de sinteză (Palfium, Dolosal) sunt actualmente nerecomandate: aceste tehnici întreține ambiguitatea față de cererile toxicomanilor și antrenează adeseori o creștere a cererii de medicamente.

Metadona este un morfinomimetic larg utilizat la un moment dat în Statele Unite în cadrul programelor speciale.

Folosirea sa în Franța, limitată la câteva centre este controversată: ea antrenează dependența psihologică și psihică, provocând mai ales un sindrom de sevraj în cele 48 de ore ce urmează întreruperii. Ea poate fi propusă, după **Charles-Nicolas** în menținerea, după mai multe eșecuri, a curelor la heroinomanii care doresc să se îndepărteze de starea de toxicoman fără a renunța la administrarea de drog. Benzodiazepinele, antialgicele și neurolepticele sunt ades prescrise în asociație, pentru a lupta împotriva anxietății, tulburărilor de somn, iritabilității, vomismentelor, durerilor.

Clonidina (Catapressan) este actualmente larg utilizată în sevrajul heroinomaniei. Eficacitatea sa, stabilită de **Gold** în **1978** pare fondată pe efectele sale antagoniste pe hipernoradrenergia întreruperii. Procedeele variază după autori și centre, dar acordul este aproape general asupra necesității folosirii în mediu spitalicesc.

Tratamentul sevrajului cu Clonidină poate face parte din diverse strategii și ele foarte variabile după țări și centre: cure ambulatorii cu clonidină, preconizate de unii; alternanța metadonă, clonidină, Nalrixone (antagonist opiaceu - în unele centre din SUA.

Test la Naloxone la sfârşitul curei pentru a ne asigura de realitatea întreruperii. Adăugarea agoniştilor gabaergici (Baclofen) pentru a diminua intensitatea sindromului de abstinenţă.

Principii generale de tratament al sevrajului	
Cadru securizant	
Reducerea stimulării senzoriale	
Utilizarea reasigurării verbale	
Dietă adecvată	
Tratament medicamentos simptomatic	
Simptome vegetative	Beta blocante
Dezechilibru hidroelectrolitic	Vitaminoterapie Hidratare
Agitaţie, angoasă	Tranchilizante Neuroleptice

Îngrijirea pe termen lung

Nu există, ca pentru alcoolism, nici o strategie fixă şi uşor codificabilă. Toată strategia este adaptativă, evolutivă, făcând apel la tehnici diverse pe care trebuie să le asociem în funcţie de traiectoria în toxicomanie a pacientului.

Centrele de primire au ca funcţie esenţială menţinerea unei legături terapeutice, capacitatea de a aduce răspunsuri adaptate trecerii la acţiune, luării în considerare a eventualei urmări a intoxicaţiei, sau a reşutelor, fără respingerea repetată şi fără înţelegerea exagerată (excesivă), păstrând totdeauna posibilitatea consultaţiilor ulterioare.

El trebuie să permită, toxicomanului, ca în locul drogului să utilizeze resursele şi multipotenţialitatea sa pentru a încerca să depăşească dificultăţile vieţii.

Instituţiile de sejur îşi asumă, după caz, funcţii diverse, răspunzând pe de o parte funcţiilor de găzduire într-un proces de reinserţie, dorinţei de protecţie şi de îngrijire a toxicomanului, iar pe de altă parte unei funcţii reconstructive a vieţii sociale (reguli structurante care trebuie totdeauna să păstreze suplеţea şi distanţa necesare pentru a nu face obiectul unei idealizări masive anulând autonomia subiectului). Noţiunea de perioadă rezidenţială, unde toxicomanul a putut fi încadrat câteva luni într-o echipă, apare ca un factor incontestabil al succesului curei.

Psihoterapiile, ca pentru toate toxicofiliile, fac apel la diverse tehnici, modificate în raport cu tehnicile clasice şi adaptate diversităţii de structuri psihopatologice ale toxicomanilor. Explicitarea relaţiei cu toxicul, restaurarea admiraţiei de sine, favorizarea exprimării emoţiilor sunt ţeluri esenţiale.

Intervenţiile sociale, intervenţiile în familie sunt elemente importante ale îngrijirii pe termen lung (intervenţii punctuale, terapii familiale structurate, grupe de părinţi, după caz).

Influența personalității toxicomanului asupra prognosticului tratamentului		
Toxicomanul impulsiv	Lipsit de culpabilitate Nu recunoaște nici un fel de constrângeri etice sau morale Pulsiune de a-și satisface imediat trebuințele	Prognostic nefavorabil
Toxicomanul compulsiv	Sentimente de culpabilitate Comportament adictiv	Prognostic rezervat
Toxicomanul accidental	Reacție întâmplătoare Consum imitativ	Prognostic favorabil

Alte toxicomanii și toxicofilii medicamentoase

Lipsește spațiul de a înfățișa aici strategiile terapeutice ale curelor de sevraj specifice care cuprind: cocaina, derivați de canabis, sau toxicofilii medicamentoase. Principiile generale de strategie dezvoltate pentru alcoolism, heroinomanie (oprirea intoxicației, tratament substitutiv în cursul sevrajului, susținerea psihoterapeutică prelungită și diversificată) sunt aplicabile în majoritatea cazurilor.

Toxicofiliile medicamentoase (amfetamine-like, barbiturice, antiparkinsoniene, anticolinergice, opiacee ca Neocodion, benzodiazepine) sunt comportamente în general solitare, mai puțin înscrise social decât alcoolismul sau alte toxicomanii, mărturisind o tulburare psihopatologică în care tratamentul specific este prioritar. Timpii esențiali ai îngrijirii vor fi următorii:

a. recunoașterea toxicofiliei sau politoxicofiliei, a locului sau în economia psihică a subiectului, a psihopatologiei subiacente.

b. cura de sevraj, în mediu spitalicesc

- întreruperea poate fi brutală sau progresivă
- tratamentele chimioterapeutice au drept țel tratarea eventualului sindrom de absență (lipsă) și de a oferi subiectului o substanță de compensare, mai puțin inductoare a comportamentului toxicofil (neuroleptice, fenobarbital pentru toxicofiliile cu barbiturice, antidepresive în toxicofiliile amfetamin-like etc.).

Spitalizarea permite, în egală măsură, punerea în practică a tulburărilor psihopatologice subiacente, stărilor nevrotice grave, stării limită, tulburărilor de personalitate, stărilor psihotice).

c. îngrijirea pe termen lung, chimioterapică sau/și psihoterapeutică, făcând apel aici la tratamente individuale mai mult decât la tehnicile colective sau instituționale.

Intervenția psihologului în toxicomanii

Cea mai importantă formă de psihoterapie a toxicomanilor este psihoterapia cognitiv-comportamentală. Etapele pe care psihologul va trebui să le parcurgă sunt: stabilirea unei relații terapeutice și interviul motivațional. Acesta evaluează motivația pacientului pentru schimbarea comportamentului adictiv; el reprezintă o tehnică cognitiv-comportamentală adresată rezolvării ambivalenței pacientului față de drog și angajării în schimbare.

Pacientul are diferite grade de motivaţie în funcţie de stadiul în care se află în raport cu consumul de drog. Prochaska-DiClemente (1986) a elaborat un sistem de evaluare a motivaţiei pacientului toxicoman.

Stadiul	Caracteristicile stadiului	Intervenţii
Precontemplativ	Ignorarea aspectelor negative ale adicţiei	Interviuri motivaţionale
Contemplativ	Conştientizarea problemelor legate de consumul de drog	Realizarea unei balanţe decizionale
Preparativ	Angajarea în mici comportamente de schimbare	Stabilirea unui plan de acţiune cu repere spaţio-temporale precise
De acţiune	Optarea pentru cura de detoxifiere; apariţia de scurte schimbări de comportament tranzitorii	Implementarea planului de acţiune; însuşirea de noi tehnici de adaptare; strategii cognitiv-comportamentale
De menţinere a abstinenţei şi prevenţie a recăderilor	Creşterea duratei de menţinere a schimbării de comportament (minim 6 luni)	Evaluarea situaţiilor de risc crescut pentru recădere şi strategii de abordare a stării de *craving*

Psihologul îl va ajuta pe pacient să-şi construiască motivaţia şi să-şi consolideze angajarea în schimbare, fără însă a uita nici un moment că responsabilitatea pentru schimbare aparţine pacientului. Rolul psihologului nu se opreşte atunci când pacientul devine abstinent şi nu se rezumă la ajutarea pacientului să menţină abstinenţa.

Următoarele etape în care psihoterapia şi-a dovedit utilitatea şi eficienţa sunt: episoadele de recădere şi perioadele de craving.

Tipurile de psihoterapie folosite în abordarea toxicomanului sunt:

- ***terapia cognitiv-comportamentală***, centrată pe existenţa unor comportamente dezadaptative ale consumatorului de droguri şi care pleacă de la ideea că modul în care se comportă un pacient este determinat de contextul situaţional şi de felul în care individul îl interpretează.
- ***terapia structural strategică*** – care consideră consumul de droguri un răspuns dezadaptativ la dificultăţile de comunicare şi relaţionare cu membrii familiei şi care urmăreşte restructurarea sistemului familial prin introducerea unor noi pattern-uri comportamentale.
- ***terapia familială*** – îşi propune drept obiective asigurarea suportului familial pentru orientarea către abstinenţă, menţinerea acesteia şi prevenirea recăderilor, furnizarea de informaţii cu privire la consumul de droguri şi efectele diverse ale acestora, îmbunătăţirea relaţiilor intrafamiliale. Abordarea psihodinamică a familiei este mai rar folosită. Această terapie abordează consumul de droguri în contextul analizei trecutului fiecărui membru al familiei. Scopul final al acestei forme de terapie este eliminarea disfuncţiilor din cadrul sistemului familial. Există şi o abordare comportamentală a familiei care îşi propune să introducă la nivelul acesteia comportamente cu ajutorul cărora să se poată atinge şi menţine abstinenţa.

Este de remarcat că în toate unităţile şi serviciile medicale pentru persoanele dependente de droguri psihologul este o figură importantă a echipei terapeutice. Astfel, în

unitățile închise de detoxifiere cu capacitatea de maxim 20 de locuri, psihologul psihoterapeut este prezent ca și în unitățile de tip detox de tip scurt sau lung din ambulatoriu. În comunitățile terapeutice psihologul psihoterapeut alături de asistenți sociali și foarte rar de medic este cea mai importantă figură. În sfârșit, în centrele de consiliere psihologii lucrează alături de asistenții sociali.

Este sigur că intervenția terapeutică la nivelul toxicomanului trebuie să fie una globală: să vizeze toate componentele vieții acestuia, de la familie, grup de prieteni până la reinserție profesională. Problemele toxicomanului nu sunt numai psihice dar și sociale întrucât mediul social al acestuia este în general unul patogen.

6.10. BOLILE FACTICE ȘI SIMULAREA

Tulburările factice sunt prin definiție condiții medicale care nu sunt reale sau naturale. Indivizii cu această tulburare pot prezenta fie simptome somatice, fie psihice (**Gelenberg, 1977**) sau ambele. În ambele cazuri, diagnosticul se pune pe prezența a trei trăsături cardinale. În primul rând, simptomele produse sunt aparent sub controlul voluntar al individului. În al doilea rând, semnele și simptomele produse, simulate sau acuzate, nu sunt explicate de nici o altă boală somatică sau psihică deși pot coexista cu una dintre ele. În al treilea rând, scopul aparent al individului este de a căpăta rolul de pacient și de a obține un beneficiu secundar (cum ar fi în cazul simulației). Deși este adeseori descrisă în texte medicale și psihiatrice ca un sindrom rar, majoritatea practicienilor au întâlnit cel puțin un pacient cu această tulburare. Aceste cazuri lasă impresii puternice personalului spitalului deoarece pacienții cu tulburări factice induc sentimente de ură și iritare.

Sindromul tulburărilor factice cu simptome somatice a fost inițial descris de un medic londonez, **Asher R** în **1951**. El l-a numit sindromul Münchausen, amintind de baronul Karl Friedrich Hieronymus von Münchausen, un personaj colorat al secolului al XVIII-lea care călătorea din oraș în oraș spunând povești incredibile*.

Potrivit descrierii inițiale a lui **Asher**, pacienții se prezintă la spital cu o boală aparent acută susținută de un istoric dramatic și plauzibil. Totuși, mai târziu istoricul se dovedește a fi fals. După o durată scurtă de internare în spital, care implică adesea analize invazive inutile, pacientul se externează împotriva indicațiilor medicului, după ce se ceartă cu personalul medical. În mod tipic, investigațiile următoare arată că pacientul a mai vizitat și înșelat numeroase alte spitale cu acuze similare.

Ca răspuns la articolul lui **Asher,** alți medici au sugerat să se formeze o bază de date cu amprente și fotografii care „să ne salveze de înșelătorii", în loc să se caute soluții pentru ajutorarea acestor pacienți cu "scrântelile lor psihologice". S-a sugerat chiar să li se spună acestor pacienți că au sindrom Münchausen pentru a facilita o diagnosticare corectă atunci când pacientul îi va spune următorului medic despre boala lui.

* Întocmai ca aventurierul fanfaron care a fost baronul von Münchausen, ofițer cavalerist german, acești pacienți prezintă numeroase cicatrici de pe urma operațiilor (uneori cu zecile), cerând întruna noi intervenții. Ei sunt, în general, mitomani și lăudăroși, uzurpând adesea o falsă identitate și ducând o existență marginală și instabilă. Pot fi delincvenți, toxicomani, utilizându-i pe medici și spitalele pentru a li se prescrie antialgice și opiacee sau pentru a fi operați de urgență.

DESCRIERE GENERALĂ

Studii pe pacienți cu boli factice cronice (Spiro, 1968) raportează o gamă largă de vârstă (23-62 ani). Evazivitatea și ostilitatea pacientului au fost principalele trăsături observate, precum și externarea împotriva sfatului medicului. Mai puțin de jumătate din pacienți au fost văzuți de un psihiatru. În cazul celor care au consultat un psihiatru s-a constatat prezența unei varietăți de diagnostice psihiatrice (ex. isteria, simularea, schizofrenie, tulburări de personalitate). Etichete alternative pentru indivizii cu sindrom Münchausen sau boli factice au inclus: problema pacienților peregrini, adicție de spital, simulanți, migratorii prin spitale, Kopenickade (după un caz care a avut loc în orașul german, Kopenick), sindromul Ahasverus (amintind de istoria iidovului rătăcitor). Aceste etichete sugerează similarități dinamice cu adicția și reflectă furia, stupefacția trăite adeseori de medicul curant în fața unui astfel de pacient.

Asher a reliefat câteva trăsături gândite de el a fi utile în diagnosticarea sindromului Münchausen. Prima a fost prezența unor multiple cicatrici, deseori pe abdomen. În al doilea rând a fost existența combinării unei maniere evazive de relatare a simptomelor cu un stil agresiv, iritativ. A treia trăsătură a fost un istoric neconvingător în întregime, dar pertinent (ex. pierdere severă de sânge în absența unei paiori sau tahicardii corespunzătoare). În al patrulea rând, a fost prezența a numeroase forme de identificare (ex. bilete de spital, corespondență cu avocați). Trebuie totuși amintit că în timp ce acești indivizi îmbracă simptomele în minciuni și distorsionare, istoricul de boală poate să nu fie complet fals. O leziune reală organică din trecut poate să lase semne somatice reale pe care pacientul poate să elaboreze, creând o poveste convingătoare. Și alte caracteristici apar adesea în istoricul celor cu boli factice. Mulți dintre ei raportează un istoric cu părinți sadici, boală cronică, instituționalizare (Ford, 1973), precum și relații importante în copilărie cu medici care reprezentau fie figurile parentale, fie ale autorității. În consecință, mulți s-au îndreptat spre meserii din domeniul medical unde pot încerca să se identifice cu medicul curant idealizat. Făcând acest lucru, ei învață frecvent terminologie medicală, forme de prezentare și boli și pot crea sau elabora pe baza oricărui fel de leziune organică reală pe care o au. Părând să fie sofisticați din punct de vedere medical, ei pot solicita chiar anumite teste medicale sau să solicite o anumită medicație. Dorința de a experimenta proceduri medicale dureroase, absența vizitatorilor, absența unor relații strânse și un stil de viață „migrator" pot atenționa asupra diagnosticului.

PARTICULARITĂȚI CLINICE

Tulburările factice cu simptome somatice predominante

Șirul simptomelor somatice și al semnelor simulate sau induse de pacienții cu tulburări factice întrece imaginația. Pe scurt, fiecare boală cunoscută a fost fabricată, inclusiv maladii ezoterice, nefamiliare majorității medicilor. În concordanță cu timpul, au fost întâlnite sofisticate puneri în scenă cu SIDA și cancer (Feldman și Escalona, 1991; Zuger și Dorod O, 1992).

Trăsăturile caracteristice sindromului Münchhausen
Simularea sau producerea unor semne și simptome care sunt plauzibile, dar neobișnuite și nu amenință viața pacientului
Pseudologie fantastică, care este o atrăgătoare (dar patologică) minciună (ex.: pacientul se poate prezenta în mod fals ca fiind colegă/coleg a directorului spitalului).
Peregrinare sau călătorii lungi asociate cu numeroase spitalizări (mai mult de 500 de spitalizări au fost raportate la un singur pacient).

Pacienții cu sindrom Münchhausen se prezintă în mod frecvent la camera de gardă a unui mare spital universitar în timpul serii sau în week-end, probabil deoarece de serviciu sunt rezidenții din perioada inițială a unui pui puțină experiență.

Sunt prezentate semne și simptome anormale ca de exemplu: o sângerare masivă, durere toracică constrictivă sau aparente anomalii vasculare și care pot distrage clientela de la alți pacienți. O anamneză este luată în care pacientul spune o istorie fictivă pentru a ascunde adevărata lui boală, și de fapt, pentru a obține droguri.

Pacienții sunt [illegible] și [illegible] pentru [illegible] și [illegible] pentru [illegible] și [illegible] pentru

Tulburări factice cu simptome psihologice dominante

Majoritatea cazurilor publicate de tulburări factice implică numai simptome somatice. Simptomele factice psihologice sunt cel mai frecvent întâlnite de clinicieni în același context cu alte acuze somatice (autentice sau fabricate). Drept rezultat, psihiatrii au mai multe șanse să întâlnească pacienți cu simptome factice în sectii de chirurgie sau în camerele de gardă decât în unitățile psihiatrice. Deși rapoartele despre tulburările factice numai cu simptome psihologice sunt rare, trăsăturile care se manifestă în mod curent în aceste cazuri seamănă cu cele întâlnite în sindromul Münchausen. Aceste trăsături includ peregrinarea, agresivitatea, absența relațiilor intime sau de durată și falsificarea informațiilor de bază (Pope și colab., 1992).

La fel de obișnuit ca în cazul pacienților cu tulburări factice și simptome somatice, pacienții cu această variantă de tulburări factice pot fabrica o gamă largă de simptome. Trăsăturile cele mai frecvent raportate - incluzând depresia și gândurile de suicid - sunt cel mai adesea legate de revendicarea unor grele pierderi (Pope și colab., 1978; Sheridan, 1978).

Pacientul crimă că tulburările sale emoționale s-au [illegible] activă coreopiat, de exemplu părinte sau copil. Suferința, care este veridică, este [illegible] trucată de multe lacrimi și stăruință simptomelor din partea pacientului. [illegible] membrii grupului descoperă că persoana [illegible] de [illegible], [illegible] [illegible] [illegible]

care un individ produce pe ascuns semnele unei boli la un copil și apoi caută îngrijire medicală pentru acel copil. Descrierea lui Meadow a acestui sindrom a fost confirmată de cazuri raportate în întreaga lume.

Obișnuit, un copil este internat într-un spital cu simptome ca: sângerări, diaree dispnee/apnee. Mama însoțește copilul și pare a fi îngrijorată, implicit și bine informată din punct de vedere medical. Ea o asistă în mod caracteristic pe asistenta medicală și consimte prompt la orice procedeu diagnostic invaziv propus pentru copil. Descoperirea rolului ei în producerea simptomelor copilului se poate întâmpla accidental, de ex.: găsirea ei sufocând copilul cu o pernă sau introducând o substanță toxică în gura copilului sau în perfuzie. Suspiciunile pot apărea, de asemenea, când simptomele apar doar când mama este prezentă în spital, dacă un alt copil din familie are o boală neexplicată sau dacă problemele medicale ale copilului nu răspund la un tratament adecvat.

Adulții implicați în tulburări factice by proxi pot apărea ca fiind aproape normali, evaluarea lor neavând întotdeauna ca rezultat un diagnostic psihiatric (Meadow, 1985). Grav este faptul că 9% dintre acești copii mor dacă nu sunt luați de acasă (Rosenberg, 1987). În plus, o morbiditate psihologică gravă ca de exemplu hiperactivitatea și adoptarea personală a comportamentului sindromului Münchausen, au fost raportate la copii care au fost subiectul unor tulburări factice by proxi (McGuire și Feldman, 1989).

Sindromului Münchausen pe Internet

O ultimă și incredibilă variantă a sindromului Münchausen este prezența acestuia pe Internet în paginile web destinate prezentării unor boli.

În ultimii ani, Internetul a devenit un mediu de elecție pentru cei interesați de domeniul sănătății și al medicinei, 37% dintre utilizatori accesând *online* materiale legate de medicină.

Împreună cu promisiunea unui acces imediat la surse de profil prin siturile web, Internetul oferă "grupuri de suport virtuale" pe cale *chaturilor* (camere de discuții) și forumurilor de informații. Aceste schimburi de la persoană la persoană, axate în mod tipic pe un subiect anume, pot fi inestimabile surse de informație și de compasiune pentru pacienți și familiile lor. Totuși, uneori oamenii pot folosi în mod greșit aceste grupuri Internet, oferind povestiri false despre bolile lor doar pentru a atrage atenția, simpatia, furia sau pentru a îi manipula pe alții.

Modalitățile existente de comunicare directă între pacienți, membrii de familie și alții include grupurile de informație și listele de poștă; camere de discuții, cluburi, comunități, buletine de știri independente, poștă electronică privată, forumuri de discuții. Aceste tipuri de interacțiuni au loc de obicei prin World Wide Web (www) sau Usenet, un sistem de informație în care mesajele sunt aranjate pe categorii. Subiectele acoperă întreaga gamă a experienței de boală: efectele fizice ale chimioterapiei, cascada de emoții pe care o stârnește o boală cronică în rândul familiei, piedicile birocratice din spitale, clinici și companii de asigurare, slaba comunicare dintre medic și pacient și recunoștința pentru acte de caritate sau bunăvoință.

Culver și colab. (2000) au concluzionat că o treime din sfaturile date sunt neconvenționale, neconfirmate științific sau chiar inadecvate. Riscul constă nu numai în faptul că informația eronată va fi răspândită dar, de asemenea, spațiul cibernetic va fi intenționat folosit pentru a atrage atenția și simpatia celorlalți utilizatori de internet.

Acest tip de comportament ***online*** poate fi privit ca o manifestare a sindromului Münchausen sau sindromul Münchausen by proxi. Scopul acestor utilizatori este gratificația dată de însușirea rolului de bolnav dar, în loc să caute tratament sau alt tip de ajutor în spitale, acești indivizi pot acum câștiga o nouă audiență numai prin accesarea unui grup de suport sau altul. Sub pretextul pretinsei lor boli, ei pot să intre simultan în mai multe grupuri sau să-și ia diferite identități în cadrul aceluiași grup. Falsele acuze de victimizare au fost conceptualizate ca o variantă a bolilor factice sau Münchausen by proxi. Povești inventate de tâlhărie, hărțuire, abuz sexual sunt descrise detaliat iar motivul este mobilizarea atenției și îngrijorării altor persoane, de data aceasta pe Internet. Aceste acuze includ adeseori elemente de pseudologie fantastică.

Profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să fie atenți la gama informației medicale și modului de comunicare în Internet deoarece ei pot influența deciziile luate de pacienții lor. Aceste probleme capătă o mai mare importanță pe măsură ce tot mai mulți pacienți caută sfaturi pe Internet de la medici și psihologi sau din partea unor persoane pe care nu le-au întâlnit niciodată. Psihologii care participă la discuții online sau fac consiliere trebuie să recunoască acest tip de comportament și riscurile unei astfel de expuneri.

Există o serie de modalități de depistare a acuzelor de tip factic pe Internet.

- Mesajele sunt deseori duplicate ale unor articole medicale din cărți, reviste medicale sau alte surse ale locațiilor web.
- Dimensiunea, frecvența și durata mesajelor nu se potrivesc cu severitatea bolii acuzate (ex. un mesaj plin de detalii din partea cuiva care pretinde că este în șoc septic).
- Caracteristicile presupusei boli și a tratamentului urmat au aspect caricatural derivat din concepțiile greșite ale utilizatorului în cauză.
- Exagerări grave ale bolii aproape de deces alternând cu reveniri miraculoase.
- Afirmațiile sunt uneori de domeniul fantastic, sunt contrazise de alte mesaje ulterioare sau nu se verifică (ex. telefonând la spital, se află că nu există un astfel de pacient internat).
- Există evenimente dramatice continue în viața persoanei, în special când apare un alt centru de interes în cadrul grupului de discuție (ex. când interesul pentru problemele de sănătate ale unui utilizator a mai scăzut, acesta a afirmat că și mama lui s-a îmbolnăvit de o boală terminală).
- Persoana se plânge că membrii grupului sunt insensibili sau nu sunt suficient de suportivi și avertizează că această lipsă de sensibilitate îi înrăutățește sănătatea.
- Persoana refuză contactul telefonic, uneori oferind justificări bizare (ex. poate fi atât de emoționat încât i se poate agrava boala sau lucrări telefonice care nu permit să fie sunat din afară) sau amenință că va fugi dacă va fi sunat.
- Uneori atrage atenția faptul că există o detașare sau un ton inadecvat în relatarea unei boli grave sau a unei întâmplări stresante.
- Alți pretinși membri de familie sau prieteni care scriu din partea "bolnavului" au același stil stilistic, erori gramaticale și de ortografie sau pattern în exprimare.

Această scurtă prezentare a acestei noi și cu totul neașteptate patologii vine să întregească excepționalul concept de **patologie informațională** dezvoltat cu deosebită aplicație de **Restian A.**

Considerații psihodinamice

Deși **Asher** a postulat inițial că motivele individului cu tulburare factică erau să fie în centrul atenției, să-și satisfacă agresivitatea față de medici înșelându-i, să obțină me-

Acest tip de comportament ***online*** poate fi privit ca o manifestare a sindromului Münchausen sau sindromul Münchausen by proxi. Scopul acestor utilizatori este gratificația dată de însușirea rolului de bolnav dar, în loc să caute tratament sau alt tip de ajutor în spitale, acești indivizi pot acum câștiga o nouă audiență numai prin accesarea unui grup de suport sau altul. Sub pretextul pretinsei lor boli, ei pot să intre simultan în mai multe grupuri sau să-și ia diferite identități în cadrul aceluiași grup. Falsele acuze de victimizare au fost conceptualizate ca o variantă a bolilor factice sau Münchausen by proxi. Povești inventate de tâlhărie, hărțuire, abuz sexual sunt descrise detaliat iar motivul este mobilizarea atenției și îngrijorării altor persoane, de data aceasta pe Internet. Aceste acuze includ adeseori elemente de pseudologie fantastică.

Profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să fie atenți la gama informației medicale și modului de comunicare în Internet deoarece ei pot influența deciziile luate de pacienții lor. Aceste probleme capătă o mai mare importanță pe măsură ce tot mai mulți pacienți caută sfaturi pe Internet de la medici și psihologi sau din partea unor persoane pe care nu le-au întâlnit niciodată. Psihologii care participă la discuții online sau fac consiliere trebuie să recunoască acest tip de comportament și riscurile unei astfel de expuneri.

Există o serie de modalități de depistare a acuzelor de tip factic pe Internet.

- Mesajele sunt deseori duplicate ale unor articole medicale din cărți, reviste medicale sau alte surse ale locațiilor web.
- Dimensiunea, frecvența și durata mesajelor nu se potrivesc cu severitatea bolii acuzate (ex. un mesaj plin de detalii din partea cuiva care pretinde că este în șoc septic).
- Caracteristicile presupusei boli și a tratamentului urmat au aspect caricatural derivat din concepțiile greșite ale utilizatorului în cauză.
- Exagerări grave ale bolii aproape de deces alternând cu reveniri miraculoase.
- Afirmațiile sunt uneori de domeniul fantastic, sunt contrazise de alte mesaje ulterioare sau nu se verifică (ex. telefonând la spital, se află că nu există un astfel de pacient internat).
- Există evenimente dramatice continue în viața persoanei, în special când apare un alt centru de interes în cadrul grupului de discuție (ex. când interesul pentru problemele de sănătate ale unui utilizator a mai scăzut, acesta a afirmat că și mama lui s-a îmbolnăvit de o boală terminală).
- Persoana se plânge că membrii grupului sunt insensibili sau nu sunt suficient de suportivi și avertizează că această lipsă de sensibilitate îi înrăutățește sănătatea.
- Persoana refuză contactul telefonic, uneori oferind justificări bizare (ex. poate fi atât de emoționat încât i se poate agrava boala sau lucrări telefonice care nu permit să fie sunat din afară) sau amenință că va fugi dacă va fi sunat.
- Uneori atrage atenția faptul că există o detașare sau un ton inadecvat în relatarea unei boli grave sau a unei întâmplări stresante.
- Alți pretinși membri de familie sau prieteni care scriu din partea "bolnavului" au același stil stilistic, erori gramaticale și de ortografie sau pattern în exprimare.

Această scurtă prezentare a acestei noi și cu totul neașteptate patologii vine să întregească excepționalul concept de **patologie informațională** dezvoltat cu deosebită aplicație de **Rostian A.**

Considerații psihodinamice

Deși **Asher** a postulat inițial că motivele individului cu tulburare factică erau să fie în centrul atenției, să-și satisfacă agresivitatea față de medici înșelându-i, să obțină me-

dicamente, să scape de poliție și să obțină masă și o cameră gratuit, nici unul dintre acești factori nu explică adecvat comportamentele pacientului cu tulburare factică. De fapt, ultimii trei factori menționați reflectă o dorință de a obține un beneficiu secundar clar, ceea ce permite diagnosticul de simulație și nu de tulburare factică.

S-au făcut multiple încercări de a înțelege această boală. Acestea au fost și sunt extrem de dificile datorită numărului mic de pacienți care au făcut consult psihiatric și lipsei de cooperare cu medicul psihiatru și psiholog. Totuși, cercetătorii au subliniat câteva trăsături: viețile migratorii și absența relațiilor personale strânse (posibil din cauza incapacității de a forma relații strânse datorită expunerii timpurii la sadismul și respingerea părinților), teatralismul și pseudologia fantastică (posibil metode de a depăși sentimentele de inadecvare și impotență), alegerea spațiului spitalului (posibil datorită rolului medicului reprezentând figura autorității în copilăria pacientului) și rolurile fantastice și scenele masochiste care sunt scoase la suprafață (uneori „gălăgios" pentru că, din punctul de vedere al bolnavului, comportamentul masochist ca fel patologic de a iubi este mai bun decât neglijarea).

Cramer (1971) a sugerat că aceste comportamente pot reprezenta un efort inconștient pentru a împiedica o dezintegrare mintală mai departe, într-o psihoză. Alții au postulat că acești pacienți lucrează în medii medicale pentru a-și nega propria lor dorință intensă de a fi îngrijiți. Chiar dacă bolile factice au ca aspect producerea voluntară de simptome, anumiți factori inconștienți sunt probabil la rădăcina acestor tulburări psihiatrice. Acești pacienți își continuă șarada de-a boala într-o manieră repetitivă, într-o manieră compulsivă. Medicul care nu reușește să-i vadă pe acești indivizi ca având o problemă psihiatrică riscă să contribuie la menținerea ei.

Bolile factice trebuie diferențiate de acele condiții care sunt tulburări psihice adevărate în care indivizii se plâng de simptome în absența unor semne somatice care să le acompanieze. Ex. tulburările somatoforme (tulburarea conversivă, hipocondria, tulburarea de somatizare, tulburarea somatoformă a durerii), tulburări de gândire (ex. schizofrenia), tulburări de personalitate (tulburare de personalitate borderline sau antisocială) și simulație. Cea mai importantă între aceste condiții de care tulburările factice trebuie diferențiate este adevărata boală fizică, de vreme ce eșecul în a diagnostica și trata o urgență organică ar putea conduce la moartea pacientului. Când semnele și simptomele sunt sub control voluntar, diagnosticul de tulburare factică trebuie luat în considerare. Totuși, dacă o motivație de a obține un câștig secundar apare clar, atunci diagnosticul trebuie să fie cel de simulație și nu de tulburare factică. Motivația individului cu boală factică este doar aceea de a obține rolul de pacient, în absența unui beneficiu secundar clar. Aceste distincții nu sunt mereu ușor de făcut de vreme ce există probabil o puternică motivație inconștientă în spatele producerii conștiente de simptome. Sintetizând explicațiile psihodinamice existente în prezent avem:

- Dorința de a i se acorda atenție și utilizarea bolii pentru a formula cerințe celorlalți pentru a-i acorda îngrijire.
- Reacție la pierdere: o încercare de a se confrunta cu sentimentele de abandonare și neajutorare.
- Utilizarea minciunii pentru a crea un sentiment de forță și superioritate („plăcerea înșelătoriei").
- Utilizarea înșelătoriei ca formă a furiei îndreptate împotriva medicilor care pot fi folosiți, de asemenea, drept obiecte de transfer.

Câteva explicații recente pentru sindromul Münchausen accentuează rolul posibil al unei disfuncții cerebrale subiacente. Aproximativ 20-25% din pacienții cu sindrom Münchausen au câteva semne de disfuncție cerebrală (Ford și colab., 1988; King și Ford, 1988).

Prevalență și genetică

Prevalența și genetica tulburării factice sunt necunoscute; date diverse există pentru a stabili dacă boala este mai frecventă la bărbați sau la femei. Un factor care face ca tulburarea factică să fie dificil de studiat, este faptul că severitatea psihopatologică implicată se conturează într-un spectru. Cel mai patologic capăt al acestui spectru - sdr. Münchausen – îi implică pe aceia care sunt sociopați, au o viață migratorie și pot constitui 10% din indivizii cu tulburări factice. Capătul mai puțin patologic al spectrului implică indivizi cu simptomatologie cronică factică dar cu rezultate stabile la muncă și relații sociale. Pentru aceștia, simularea unei boli nu este un aspect major în viața lor.

În timp ce manualele de psihiatrie și medicină generală se referă la această tulburare ca fiind rară, majoritatea clinicienilor au întâlnit pacienți cu astfel de tulburare. Studii pe febră de origine necunoscută au arătat că 2,2-9,6% erau factice. (Asociația Psihiatrilor Americani, 1989). Analizele demografice ale pacienților cu tulburări factice supersează două pattern-uri generale. Pacienții cu tulburări factice cu sindrom Münchausen tind să fie bărbați de vârstă mijlocie, de obicei necăsătoriți și înstrăinați de familiile lor. Restul pacienților cu tulburări factice sunt de obicei femei, în vârstă de 20-40 de ani care lucrează în domeniul medical ca de exemplu nursing sau tehnologie medicală (Carney și Brown, 1983; Ford, 1988). Pacienții cu tulburări factice by proxi sunt, în cea mai mare parte a cazurilor, mamele, deși sunt raportați câteodată și tații sau alți îngrijitori (Meker and Squrer, 1990). Victima este în general un copil care nu vorbește, dar o parte din victime pot fi bătrâni sau persoane cu handicap.

Tratament și intervenție psihologică

Tratamentul satisfăcător al pacienților cu tulburări factice este rar. Totuși, pentru a avea succes cu acești pacienți, este esențial ca sindromul să fie corect diagnosticat. Informații de la alte persoane decât de la pacient sunt necesare pentru ca diagnosticul să fie stabilit. Adeseori este necesară o muncă apropiată de cea a unui detectiv pentru a reuși să se stabilească diagnosticul corect. Tratamentele sugerate au cuprins psihoterapie individuală și de grup (direcționată spre sentimentele de inadecvare și tendințele masochiste), terapie comportamentală (care reîntărește atributele pozitive răsplătind comportamentele sociale acceptabile și reîntărește negativ simptomele nedorite prin negarea privilegiilor) și tratament suportiv (Yassa, 1978). Mai mult, educarea personalului medical cu privire la psihopatologia subiacentă ar trebui să ajute la minimizarea furiei și frustrării din rândul personalului. Ca o consecință, externările premature pot fi evitate și trimiterea la un consult psihiatric poate fi făcută rapid în cursul spitalizării. Rezultatele unui consult reușit includ evitarea nevoii de teste invazive și acceptarea unui tratament psihiatric de lungă durată.

De vreme ce nu există studii de control asupra tratamentului acestei boli care să poată orienta practicianul către cea mai bună strategie terapeutică, consultanții psihiatri sunt în dezacord adesea dacă să folosească sau nu confruntarea terapeutică. Suntem de părere că este utilă o confruntare fără ostilitate sau pedepse, care să asigure pacientul despre disponibilitatea unei îngrijiri medicale continue care să permită pacientului să primească concomitent îngrijiri psihiatrice. Este important să privim fabricarea

bolilor ca pe un strigăt de ajutor. Totuși, și cea mai empatică confruntare terapeutică se poate întâlni inițial cu o negare profundă, rezistență și furie (un pacient a cărui valiză a fost găsită cu un compartiment secret în care erau seringi de insulină, a negat că ar fi fost ale lui). După realizarea faptului că nu va fi externat din spital, îngrijirea psihiatrică poate fi acceptată. Mulți medici sunt de acord că îngrijirea psihiatrică eficientă nu poate fi realizată în absența unei îngrijiri medicale continue. Trebuie avută multă atenție la contratransferul medicului care, împidicat, poate scădea numărul externărilor premature și încuraja tratamentul psihiatric. Fără o astfel de atitudine, pacienții cu tulburări factice vor continua să se confrunte cu riscurile bolii lor.

SIMULAREA

Prin definiție, indivizii care simulează sunt motivați de beneficii externe specifice și care pot fi recunoscute, pentru a-și produce sau simula boli fizice sau psihologice (**Asociația Americană de Psihiatrie, 1994; Gorman, 1982**). Exemple de astfel de beneficii sunt amânarea armatei, repartizarea într-o muncă riscantă, primirea unor recompense materiale ca de exemplu scutirea de impozite, scăparea de închisoare (verdictul de nevinovat pe motiv de nebunie) sau procurarea de substanțe aflate sub control.

Explorând aspectele psihologice ale simulării, trebuie să avem în minte avertismentul lui **Szasz T (1956)** că simularea nu este un diagnostic psihiatric dar este o acuzație.

Simularea se întâlnește în situațiile în care câștiguri reale (tangibile) sunt obținute prin boală. Printre aceste situații sunt: închisoarea, armata, procese civile sau penale, comisii medicale de stabilirea incapacității. **Flicken (1956)** a estimat că aprox. 5% din pacienții care au fost chemați pentru a fi recrutați în armată au încercat să scape prin simularea sau fabricarea unor simptome. Procentul celor care au simulat sau exagerat pentru a obține anumite compensații la diferite injurii este necunoscut dar se crede că este semnificativ. Acest comportament crește considerabil costurile în domeniul asigurărilor. Nu se cunoaște profilul demografic a persoanelor care simulează; acest comportament este determinat cel mai probabil mai mult de conjunctură decât de caracteristicile personale (**Gorman, 1982**).

Predescu V descrie, în afara simulației adevărate, întâlnită la subiecți cu o stare fizică și psihică normală, **metasimulația**, în care după un episod psihotic acut, real (confuzie, depresie, bufeu delirant) sau după un accident, subiectul refăcut, realizând beneficii consecutiv situației patologice, persevereză în acuzele sale anterioare.

Spre deosebire de aceasta, **suprasimulația** presupune o tulburare somatică sau psihică preexistentă, pe care bolnavul o amplifică.

Dimpotrivă, **disimularea** constă în ascunderea unor simptome psihice sau somatice, ori a unei boli, în scopul sustragerii de la un tratament obligatoriu, obținerii unui beneficiu sau punerii în aplicare a unei idei delirante sau tendințe suicidare. Este de menționat înaltul potențial de disimulare al bolnavilor depresivi, manifestat în special la debutul sau după traversarea episodului depresiv, adică tocmai atunci când tendința suicidară se manifestă mai pregnant. El își disimulează starea psihică pentru a evita internarea sau pentru a obține externarea, ca să poată pune în aplicare acest act final, fatal. La bolnavii psihici se mai întâlnește în cazul în care interesul acestora este de a fi considerați sănătoși, descoperirea bolii putându-le aduce prejudicii (ex. interzicerea practicării anumitor munci, pensionare). Există unii autori care vorbesc de „disimularea patologică" în care bolnavul face totul pentru a fi considerat „normal" și nu „nebun". Această formă apare mai ales la bolnavii deliranți (paranoici).

Caracteristici clinice

Simptomele simulării se încadrează în trei mari categorii:

- producerea sau simularea unei boli (de exemplu, folosirea tiroxinei pentru a mima hipertiroidismul);
- exacerbarea unei boli anterioare (de exemplu, infecţia deliberată a plăgii chirurgicale) - metasimulare;
- exagerarea unor simptome ale unei boli (de exemplu, exagerarea acuzelor dureroase) - suprasimulare.

Exagerarea deliberată a unor boli anterioare sau simultane este probabil forma de simulare cea mai frecvent întâlnită în psihiatria de legătură. Simptomele expuse sunt de obicei greu de cuantificat obiectiv. Sunt incluse durerea (în special durerea de spate), ameţeală, slăbiciune şi caracteristici ale tulburărilor posttraumatice de stres (**Span** şi **Pancratz, 1983**). Pacienţii pot exagera acuzele când sunt întrebaţi direct despre simptomele lor sau când cred că sunt observaţi. Când atenţia le este distrasă de televizor sau de vizitatori, ei sunt vizibil mai relaxaţi şi sunt capabili să se implice în activităţi fizice incompatibile cu simptomele lor.

Diagnosticul de simulare este stabilit prin evidenţierea unui câştig specific, dar frecvent este deosebit de dificilă distingerea simulării de o tulburare de conversie sau de o tulburare factică. Chiar şi simulările cele mai motivate şi conştiente pot avea, de asemenea, şi o motivaţie inconştientă. „Pseudosimularea" apare atunci când pacientul foloseşte un motiv extern ca raţionament pentru simptome simulate, protejându-se de conştientizarea unor determinanţi inconştienţi (**Ford, 1983**; **Schneck, 1962**). De exemplu, o persoană într-adevăr psihotică poate crede că simulează psihoza pentru a scăpa de pedeapsa pentru o crimă.

„Misiunea imposibilă" frecvent cerută de la psihiatrul consultant este de a determina dacă pacientul simulează. Clinicianul trebuie să considere simulare când acuzele simptomatice şi datele obiective sunt incongruente. Suspiciunile pot apărea când fără să existe o altă justificare, pacientul este implicat într-un litigiu sau urmăreşte să obţină un certificat de handicap. Pentru a identifica simularea în aceste situaţii, psihiatrul trebuie să verifice existenţa unei motivaţii exterioare şi să demonstreze că există o limitată/sau nu există deloc dovadă obiectivă a simptomelor pacientului.

Trebuie luate în considerare, de asemenea, posibilitatea tulburărilor somatoforme (conversie, hipocondrie, tulburări de somatizare, tulburări de durere somatoformă, tulburări dismorfice corporale) şi tulburări factice. Aceste sindroame clinice nu prezintă graniţe foarte precise, astfel încât o persoană poate prezenta criterii de diagnostic pentru tulburări diferite la momente diferite (**Ford, 1992**; **Jonas** şi **Pope, 1985**; **Nadelson, 1985**).

Furthermore, Cameron (1947) au afirmat că tulburările de conversie şi simularea fac parte dintr-un şir neîntrerupt, reprezentând polii opuşi ai motivaţiei pur inconştiente şi cea pur conştientă. Este dificil pentru diagnostician să ştie poziţia pacientului în acest şir în fiecare moment. Factorii relevanţi pentru determinarea diagnosticului includ orice dovadă a unei somatizări anterioare, ca şi coexistenţa anxietăţii, dispoziţiei depresive, unei tulburări de personalitate care pot contribui la simptomele prezentate. Pacienţii cu tulburări somatoforme inconştiente (ex. conversia) sunt obişnuit constanţi în prezentarea simptomelor lor, indiferent de auditoriu; caracteristic, simulanţii pot arăta comportamente mult diferite când cred că sunt observaţi.

Dovezile obținute de avocați și de companiile de asigurări, nu sunt întotdeauna rapid disponibile psihiatrului consultant. În marile litigii, de exemplu, nu de puține ori detectivi particulari înregistrează video diferite activități ale persoanelor, în afara spitalului.

Testarea psihologică este frecvent utilă în identificarea pacienților simulanți. „**Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2**" (**M.M.P.I-2**; **Hathaway** și **McKinley, 1989**) este un test util pentru pacienții care-și deformează prezentările (**Lees-Haley** și **Fox, 1990**; **McCaffrey** și **Bellamy-Campbell, 1989; Wetzler și Marlowe, 1990**). Diferențele dintre veridicitatea scalelor, ca și cea dintre subscalele clinice, ajută la identificarea pacienților care-și exagerează simptomele. Acest test precum și altele au valoare substanțială, dar nu invariabilă, în diagnosticul celor care-și exagerează simptomele fizice și/sau psihice (**Cliffe, 1992; Perconte și Goreczny, 1990; Rawling, 1992**). Corelările clinice sunt obligatorii. Instrumentele de screening cu valabilitate recunoscută ca de exemplu **Scala de depresie Beck și Lista de simptome - 90,** sunt cu ușurință denaturate de pacienții care-și exagerează simptomele (**Lees-Haley, 1989**).

Management

Simularea este practic mai mult o problemă legală decât una medicală. Având acest lucru în minte, medicul de la consultul inițial, psihiatrul și psihologul trebuie să fie circumspecți în abordarea pacientului. Fiecare notă (însemnare) trebuie scrisă, înțelegând că este posibil să devină o probă în justiție. Pacientul care este suspectat de simulare nu trebuie confruntat cu o acuzație directă. În loc de aceasta, comunicarea subtilă indică faptul că medicul este „la cârma jocului" (**Kramer și colab., 1979**). O metodă este de a sugerea, aproape în treacăt, că testele diagnostice arată că nu există o bază organică a simptomelor. Simulantul se poate simți liber să renunțe la simptome dacă medicul sugerează că pacienți cu probleme similare în mod obișnuit se vindecă dacă se aplică o anumită procedură sau după o anumită perioadă de timp. Aceste sugestii sunt frecvent urmate de o adevărată ameliorare sau chiar vindecare. Totuși, o parte din pacienți - în special cei care umblă după droguri - abandonează tratamentul și caută îngrijire medicală în altă parte. Alții, în efortul de a dovedi existența bolii lor, își pot intensifica mult simptomele. Făcând așa, crează o asemenea caricatură a bolii, încât efortul de a simula devine evident pentru toți.

Nu există informații despre rezultatele pe termen lung ale persoanelor care simulează. Putem presupune că atunci când o persoană reușește în înșelătorie, comportamentul ei este întărit și este foarte posibil să se repete.

Dacă diagnosticul de Sindrom Münchausen rămâne uneori o metaforică „căutare a acului în carul cu fân" al patologiei chiar şi pentru psihiatru, consecinţele legale şi etice ale acestuia sunt deosebit de complexe şi discuţia asupra lor depăşeşte cadrul acestei prezentări. Am preferat din aceste motive o expunere mai largă a acestui subiect. Totodată, cunoştiinţele medicale reduse din motive cât se poate de obiective ale psihologului îl fac extrem de vulnerabil în faţa unei astfel de patologii care pune adesea în dificultate chiar şi pe cel mai experimentat practician, nu atât din lipsa cunoştinţelor, cât datorită expectaţiilor normale pe care medicul le are faţă de pacientul său - acesta să-i ceară ajutorul pentru o suferinţă reală.

Patologia imaginară poate fi nelimitată şi, de aceea, am şi prezentat ultimele „invenţii" în materie. Poate că, în acest fel, vom reuşi să apărăm psihologul de manipulări şi chiar de situaţii ridicole.

CAPITOLUL 7

DE LA PSIHOSOMATICĂ LA SOMATIZARE

Omul sănătos își trăiește corpul fără să se gândească la el.

Karl Jaspers

DEFINIȚII ȘI CADRU CONCEPTUAL
SOMATIZAREA ÎNTRE PSIHANALIZĂ ȘI NEUROBIOLOGIE
SOMATIZARE ȘI MEDICINĂ PSIHOSOMATICĂ
GRUPA TULBURĂRI SOMATOFORME ÎN DSM-IV
TULBURĂRI SOMATOFORME ȘI NORMATIVITATE
AFECTIVITATEA NEGATIVĂ ȘI SOMATIZAREA
SOMATIZARE ȘI CONȘTIINȚĂ
SOMATIZAREA - UN COMPORTAMENT ÎN FAȚA BOLII
GENETICĂ ȘI SOMATIZARE
SOMATIZARE ȘI PERSONALITATE
POSIBILE MODELE ALE SOMATIZĂRII
Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic
Somatizarea ca amplificare nespecifică a suferinței
Somatizarea ca tendință de a apela la îngrijiri medicale
Somatizarea ca o consecință a suprautilizării asistenței medicale
ETIOLOGIE ȘI ONTOLOGIE ÎN SOMATIZARE
FIZIOLOGIE ȘI PSIHIATRIE ÎN DETERMINAREA SIMPTOMELOR FUNCȚIONALE
FACTORII PSIHOSOCIALI ȘI SOMATIZAREA
COMORBIDITATE ȘI SOMATIZARE
NOSOGRAFIE ȘI SOMATIZARE
ANTROPOLOGIE ȘI SOMATIZARE

7.1. DEFINIȚII ȘI CADRU CONCEPTUAL

O mare varietate de acuze somatice care antrenează convingerea pacienților că ei sunt suferinzi din punct de vedere corporal, în ciuda unor probleme emoționale sau psihosociale demonstrabile, rămân în afara unei posibilități de definire clare. Disconfortul somatic nu își are explicație sau are una parțială, în ciuda convingerii pacientului că suferințele lui își au originea într-o boală definibilă care îl determină să ceară ajutor medical și care îi determină incapacitatea și handicapul (**Lipowski, 1968; Kleinman, 1977; Katon, 1982; Kirmayer, 1984; Kellner, 1990**).

Manualul DSM-IV (1994) subliniază că trăsătura comună a tulburărilor somatoforme este prezența simptomelor fizice, care sugerează o afecțiune aparținând medicinii

interne, dar care nu poate fi pe deplin explicată de o boală aparținând medicinii generale, de efectele directe ale unei substanțe sau de altă tulburare mintală (cum ar fi atacurile de panică). În contrast cu simularea, simptomele somatice nu sunt sub control voluntar. Tulburările somatoforme diferă și de simptomele psihice consecutive unei afecțiuni medicale prin aceea că nu există nici o condiție medicală care să poată fi considerată pe deplin responsabilă pentru simptomele somatice. Cei mai mulți autori afirmă că acest concept, care grupează situații diferite, are drept numitor comun disconfortul corporal neexplicat, generat de probleme psihiatrice, psihologice sau sociale. Prin numeroasele sale aspecte, somatizarea este problema comună unui număr mare de probleme medicale (**Ford, 1983**). În mod cu totul paradoxal somatizarea este o problemă majoră de sănătate publică, simptomele funcționale fiind printre primele cauze de incapacitate de muncă și incapacitate socială. Tot în sfera sănătății publice intră și faptul că pacienții cu simptome somatice neexplicate, recurente, sunt adesea investigați in extenso, spitalizați, supuși unor proceduri de diagnostic invazive, unor tratamente medicale în care polipragmazia se împletește cu metode recuperatorii costisitoare și care creează boli iatrogene adeseori mai grave decât presupusele boli somatoforme.

7.2. SOMATIZAREA ÎNTRE PSIHANALIZĂ ȘI NEUROBIOLOGIE

Problema somatizării i-a determinat cu mai bine de un secol în urmă pe **Freud** și **Breuer** să dezvolte conceptele de inconștient, conflict, apărare și rezistență.

În epoca victoriană, simptomele somatice neexplicabile erau considerate semne exterioare ale unor tulburări psihologice subiacente (bazale). Insistența permanentă a pacienților, care cereau recunoașterea naturii somatice a simptomelor lor, a fost considerată un mecanism de apărare împotriva cauzelor psihice care stau de fapt la originea lor. Psihanaliza, ca și restul psihiatriei, au mutat în cele din urmă accentul pe tulburările psihiatrice presupuse a determina isteria și somatizarea. Deși în următoarea sută de ani au intervenit schimbări dramatice în înțelegerea mecanismelor și a tratamentului bolilor mintale, înțelegerea procesului de somatizare a făcut doar pași minori față de nivelul atins în secolul trecut. Mai mult, pacienții cu tulburări de somatizare păstrează aceeași reticență, scepticism și sentimente de frustrare față de explicațiile psihologice care li se dau.

7.3. SOMATIZARE ȘI MEDICINĂ PSIHOSOMATICĂ

Încercarea medicului de înțelegere a simptomelor somatice neexplicate, ca manifestări ale conflictelor inconștiente, ale modelelor comportamentale sau disfuncționalităților familiale, se lovește de sentimentul că nu este înțeles din partea pacientului ca și în cazul în care aceste tulburări corporale sunt puse pe seama perturbării neurotransmițătorilor (**Simon GE, 1993**). Ca și în vremea încercărilor lui **Freud** de a explica isteria, pacienții actuali cu simptome somatice neexplicate, privesc eforturile clinice și științifice drept nefolositoare, iar publicațiile unor organizații de suport ale bolnavilor cu astfel de tulburări (encefalită mialgică, sindrom de oboseală cronică) sunt vehement critice la adresa celor care îndrăznesc să lege aceste condiții de depresie sau suferință psihologică (**Jackson, 1988**). Majoritatea definițiilor somatizării includ presupunerea că simptomele somatice neexplicate ar rezulta dintr-un disconfort (suferința psihologică latentă), (**Kaplan HI și Shadock B.J, 1989**). Este evidentă și încurcătura manualelor „ateoretice" DSM-III-R și

DSM-IV care, lucru fără precedent, admit „prezumția clară că simptomele sunt legate de factori sau conflicte psihologice", deci fac referiri la procese psihodinamice.

Dacă momentul actual pare să fie cel al unei extensii neobișnuite în ceea ce privește conceptul de somatizare, el își poate găsi explicația nu doar în buna încercare de circumscriere a acestei realități, ci și revenirii psihiatriei în spitalele cu profil general și drept consecință a renașterii psihiatriei în consultanța interdisciplinară ca și unei reintegrări a psihiatriei la un nivel acceptabil în echipa medicală sau chiar mai mult în cea medico-chirurgicală.

Somatizarea pare să ia locul medicinii psihosomatice care se ocupă prin tradiție de investigarea și tratarea determinanților psihologici ai bolii. Încercând să studieze rolul conflictelor psihologice specifice și a dimensiunilor personalității în boală, teoria psihodinamică a supraviețuit cu greu (după unii chiar a sucombat) aspirațiilor și veleităților sale și, chiar mai mult, a avut efectul nefericit de a orienta anumiți clinicieni spre a considera unele boli ca fiind în mod esențial psihosomatice. La pierderea de viteză a psihosomaticii au contribuit datele contemporane de epidemiologie și psihofiziologie care au evidențiat rolul stresului asupra cauzelor și cursului bolii, ca și prezența ubicuitară a acestuia. Mai mult, DSM-III a trebuit să recunoască faptul inexistenței unei clase unice de tulburări psihosomatice admițând în cazuri clinice particulare rolul jucat de factorii psihosociali în determinarea sau agravarea stării pacientului. **Kirmayer JL** și **Robins JM** consideră că termenul de psihosomatic ar putea fi aplicat mai degrabă unor situații clinice decât unor anumite categorii de boală, în acest fel, medicii fiind încurajați să ia în discuție procesul psihosomatic ca o dimensiune specifică a bolii. Saltul de la teoria psihosomatică, centrată pe cauza bolii, la somatizare, preocupată de expresia bolii și de trăirea bolii, se materializează în reformularea definiției originale a lui **Lipowski** (1988).

7.4. GRUPA TULBURĂRI SOMATOFORME ÎN DSM-IV

DSM-IV înscrie în grupa tulburărilor somatoforme următoarele categorii:

- **tulburarea de somatizare** (care din punct de vedere istoric se referea la isterie sau sindromul Briquet) este o tulburare polisimptomatică care debutează înaintea vârstei de 30 de ani, evoluează mai mulți ani și se caracterizează printr-o combinație de durere și simptome gastro-intestinale, sexuale și pseudo-neurologice;
- **tulburarea somatoformă** nediferențiată se caracterizează printr-o suferință fizică inexplicabilă care durează cel puțin 6 luni și se situează sub limita diagnosticului de tulburare de somatizare;
- **tulburările de conversie** implică simptome inexplicabile sau deficite care afectează motricitatea voluntară sau funcția senzorială sau sugerând o boală neurologică sau alte condiții de medicină generală. Se specifică faptul că factorii psihologici sunt asociați cu simptomele sau deficitele;
- **tulburările durerii** (tulburări somatoforme de tip algic) sunt caracterizate prin dureri care focalizează predominant atenția clinică. În plus, factorii psihologici sunt apreciați ca având un rol important în instalarea tulburării, severității, agravării sau menținerii ei;
- **hipocondria** este preocuparea privind teama de a avea o boală gravă, bazată pe greșita interpretare a simptomelor corporale sau a funcțiilor corporale;
- **tulburarea dismorfofobică** este preocuparea pentru un defect corporal imaginar sau exagerarea unuia existent.

7.5. TULBURĂRI SOMATOFORME ȘI NORMATIVITATE

Chiar dacă s-au făcut eforturi de definire nenormativă a tulburărilor somatoforme, conceptele somatizării rămân sub semnul normativității, astfel hipocondria va fi teama disproporționată de boală, dar aceasta, după standardele sociale ale unui loc sau altuia. Valori ca stoicismul, autocontrolul, ingenuitatea, negarea, joacă un rol evident. Același lucru este valabil și în ceea ce privește dismorfofobia. Un luptător sumo este cu totul altceva, ca termen de referință socio-culturală, decât topmodelele societății occidentale.

Judecarea clinică a faptului că un pacient somatizează sau nu, este, de asemenea, deschisă unei largi categorii de factori sociali fără nici o legătură evidentă cu boala între care se înscriu interferențele legate de atitudinea și concepția medicală și a instituțiilor de asistență. În sfârșit, numeroase studii se referă la conceperea somatizării ca un comportament față de boală direcționat spre exterior, către procese interpersonale și factori structurali sociali. O serie de cercetători în domeniul antropologiei medicale au evidențiat într-o manieră clară modurile în care limbajul (idiomul) corporal de suferință servește drept mijloc simbolic atât în reglarea unor situații sociale cât și ca protest sau contestație (**Scherper-Huyges și Lock, 1987**).

7.6. AFECTIVITATEA NEGATIVĂ ȘI SOMATIZAREA

Un mare număr de lucrări au fost consacrate bazelor dispoziționale ale somatizării și rolului afectivității negative. Cercetările lui **Costa** și **McCraie** (**1987**) și **Watson** și **Pennebaker** (**1989**), au fost centrate pe o stare sufletească considerată de autor ca „afectivitate negativă" (A.N.). Subiecții cu A.N. au nivel înalt de disconfort și insatisfacție, sunt introspectivi, stăruie asupra eșecurilor și greșelilor lor, tind să fie negativiști, concentrându-se asupra aspectelor negative ale celorlalți și ale lor. Afectivitatea negativă are trăsături similare cu alte tipologii dispoziționale cum ar fi nevroticismul, anxietatea, pesimismul, maladaptativitatea. Afectivitatea pozitivă ar fi contrariul celei negative, asociată cu extraversia, nivelul energetic crescut, nivelul de activitate superior. O serie de scale pot evalua afectivitatea negativă: scala de emotivitate negativă (***Negative Emotionality Scale - NEM***), din chestionarul de personalitate **Tellegen** (***Tellegens Multiple Personality Questionnaire***), scala N.A. din scalele de afectivitate pozitivă și negativă (***Positive and Negative Affectivity Scales - PANAS***). Cercetări foarte recente arată că indivizii cu afectivitate negativă intensă par să fie hipervigilenți în privința propriului corp și au un prag redus în ceea ce privește sesizarea și raportarea senzațiilor somatice discrete. Viziunea pesimistă asupra lumii îi face să fie mai îngrijorați în privința implicațiilor stărilor percepute și par să aibă un risc mai mare de somatizare și hipocondrie. Acești indivizi sunt mai predispuși să raporteze simptome în cursul tuturor bolilor și de-a lungul unor îndelungate perioade de timp, stresorii situaționali tranzitori influențând doar în mică măsură această trăsătură stabilă de personalitate. Afectivitatea negativă este una din problemele care influențează negativ atât aprecierea asupra relatării simptomelor, cât și studiile clinice și de cercetare. După mulți cercetători, evaluarea ei ar trebui sistematic făcută în cazul bolilor de somatizare.

Mai mult, studii recente sugerează că tendința de a relata simptome și afectivitatea negativă sunt ereditare.

Studiile lui **Tellegen și colab.** de la Universitatea din Minnesota au arătat că în 55% din cazuri trăsăturile afectivității negative pot fi atribuite factorilor genetici și numai în 2% din cazuri mediului familial comun.

7.7. SOMATIZARE ŞI CONŞTIINŢĂ

O altă coordonată a tulburărilor somatoforme este cea legată de modul în care sunt conştientizate şi relatate simptomele somatice. Desigur că răspunsul la întrebarea dacă simptomele somatice nu au o corelare net fiziologică atunci cum pot ele apărea, este pe cât de dificil pe atât de complex. O serie de autori (**Pennebaker J, Watson D, Robbins J, Gibson JJ, Katkin, Whitehead** şi **Drescher**) au căutat să evidenţieze procesele psihologice care influenţează conştientizarea şi raportarea simptomelor somatice, precum şi modul în care îmbunătăţirea cunoaşterii modului de relatare a simptomelor poate influenţa orientările viitoare. Cu toate că pacienţii cu tulburări de somatizare relatează simptome fără o bază biologică clară, opinia aproape unanimă privind aceste relatări afirmă realitatea lor subiectivă, adică indivizii care acuză simptome şi senzaţii trăiesc în mod subiectiv o activitate somatică semnificativ tulburată (**Robbins** şi **Kymmayer, 1986; Lipowsky, 1988**). Cercetările privind semnalele subliminale ale propriului corp şi felul în care un simptom devine relevant şi interpretabil în sensul bolii de către individ au fost începute încă din laboratoarele lui **Wundt W** şi **Fechner G.** O serie de cercetări moderne asupra psihologiei perceptuale au pus în discuţie factori ca mediul exterior şi tensiunea afectivă (**Gibson, 1979**), competiţia stimulilor senzoriali pentru câştigarea atenţiei (**Pennebaker, 1982; Duval** şi **Vicklund, 1992**), căutarea selectivă a informaţiei (**Neisser, 1976**). Vom ilustra doar două dintre acestea; astfel, în ceea ce priveşte rolul atenţiei, experimentele demonstrează că indivizii acuză grade mai înalte de oboseală, palpitaţii şi chiar o intensificare a tusei în situaţii plictisitoare şi monotone faţă de cele stimulatoare (**Filingin** şi **Fine, 1986; Pennebaker, 1980**). Studii epidemiologice arată faptul că raportarea unor simptome somatoforme este mai frecventă la indivizii singuratici din mediul rural, care lucrează în instituţii nepretenţioase sau nestimulative (**Wan, 1976; Moos** şi **Vandort, 1977**). Căutarea selectivă a informaţiei este direcţionată de convingeri sau construcţii mintale care orientează modul în care informaţia este căutată şi în final găsită. Convingerile legate de sănătate sunt strâns corelate cu modul în care indivizii se preocupă şi îşi interpretează senzaţiile corporale (**Pennebaker, Skelton, Watson, 1988**). Importanta convingerilor despre sănătate şi a schemelor de căutare selectivă este bine ilustrată de „boala studentului medicinist" (**Woods** şi **colab., 1978**) şi psihozele în masă (**Colligan** şi **colab., 1982**).

7.8. SOMATIZAREA - UN COMPORTAMENT ÎN FAŢA BOLII

Somatizarea nu se referă doar la simptome sau la sindroame precis definite, asupra cărora vom reveni, ci şi la un anumit comportament faţă de boală. Acest termen de *„comportament de boală" („illness behaviour")* a fost introdus de **Mechanic D** în **1962** şi se referă la căile prin care anumite simptome pot fi diferit percepute, evaluate, şi permit sau nu, să se acţioneze asupra lor. Acest concept a fost extins la situaţiile clinice problematice de către **Pilowsky** (**1969, 1990**), care a numit somatizarea, exagerarea sau negarea bolii drept „comportament anormal faţă de boală" (**1978**). **Mayer** aduce obiecţia că în definiţia iniţială conceptul era descriptiv şi deci nenormativ (**1989**). El se întreabă care sunt acele norme stabile care să justifice decizia că gândurile sau acţiunile unui pacient sunt anormale. Alţi autori subliniază că etichetând drept anormal comportamentul unui pacient, factorii contextului social vor fi ignoraţi sau mult estompaţi

(interacțiunea doctor-pacient, exigențele sistemelor de asigurări pentru sănătate etc.). O serie de încercări au fost făcute pentru a diminua riscul unei definiri arbitrare a comportamentului anormal față de boală, mai ales cu ajutorul chestionarelor de răspuns individual și interviurilor normate (**Turket** și **Pettygrew, 1983; Costa** și **McCraie, 1985; Zonderman** și **colab., 1985; Kellner, 1987**).

Relatarea simptomelor poate fi exagerată sau diminuată prin recompense sau pedepse, prin orice formă de beneficiu primar sau secundar (**Mechanic, 1978**).

Diferențe semnificative în ceea ce privește remarcarea, definirea și reacția față de simptome sunt legate de sexul individului. Femeile sunt mai sensibile la stimulii mediului extern, iar bărbații la cei fiziologici interni în definirea propriilor simptome. Astfel, studii de laborator și de teren arată că bărbații sunt mult mai capabili să detecteze ritmul inimii, activitatea stomacului, tensiunea arterială și chiar glicemia. Majoritatea autorilor sunt de acord că bărbații și femeile utilizează strategii diferite. Femeile sunt foarte sensibile la problemele situaționale, iar modelul lor de raportare a simptomelor reflectă conjuncturile pe care le percep ca stresante. Repetarea simptomelor va tinde să reflecte fluctuațiile situaționale. Bărbații în schimb, tind să ignore situațiile și să se concentreze asupra problemelor lor fiziologice. Important este că, diferențele dintre sexe în ceea ce privește baza perceptuală a raportării simptomelor este identică cu a indivizilor sănătoși.

7.9. GENETICĂ ȘI SOMATIZARE

Argumentele genetice sunt legate atât de teoriile privind bazele fenotipice ale funcțiilor fiziologice, cât și de descoperiri recente în ceea ce privește moștenirea tipului emoțional și perceptual. Sesizarea și raportarea simptomelor somatice depinde de modul de prelucrare zonală a informației în creier. Capacitatea de a raporta simptomele depinde, la rândul ei, după **Luria** (1980), de buna funcționare a centrilor limbajului în lobii temporali și parietali. Structura și funcționalitatea sistemului nervos central este determinată genetic atât la nivelul structurilor corticale a activității neurotransmițătorilor, a activității electro-encefalografice și a sistemului nervos autonom. Comparațiile făcute între gemenii mono- și dizigoți de **Likken** (1982) conduc la concluzia că „hardware-ul biologic" al creierului are o evidentă bază ereditară.

Barsky și **Kellerman** (1983) aduc argumente privind hipervigilența, atenția selectivă și tendința de a privi senzațiile somatice ca fatale, în generarea și amplificarea simptomelor. **Gray J** (1982) relevă importanța centrilor inhibitori din creier (din zona septumului și hipocampului) în influențarea diferențelor individuale în ceea ce privește afectivitatea negativă. Autorul consideră că indivizii pe care el îi numește cu „trăsături anxioase" (cu afectivitate negativă) au acești centri inhibitori hiperactivi, ceea ce le determină caracterul hipervigilent. Aceasta afectează probabil raportarea simptomelor atât prin nivele înalte de afectivitate negative, cât și printr-o atenție exagerată privitoare la propriul corp. Orientarea cercetărilor viitoare asupra raporturilor dintre comportamentul legat de trăsăturile de personalitate cu afectivitate predominant negativă și tulburările de somatizare, vor clarifica probabil zona confuză care mai există prin suprapunerea unor descrieri comune și prin imposibilitatea stabilirii unor raporturi de precesiune. Clarificarea unor constante genetice ar fi, de asemenea, utilă în descrierea simptomatologică.

7.10. SOMATIZARE ŞI PERSONALITATE

Studii corelative s-au făcut nu doar la nivelul unor trăsături de personalitate, ci şi legate de asocierea dintre tulburările de somatizare şi alte tulburări psihiatrice. Cum era şi de aşteptat, multe studii arată o relaţie strânsă între somatizare şi depresie.

Dintre tulburările personalităţii, cele mai frecvent implicate sunt tulburarea histrionică, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea dependentă.

O serie de studii făcute în anul 1988 demonstrează că somatizarea este mai puternic asociată cu antecedentele de depresie ale individului decât cu diagnosticul curent de depresie (**Cornier** şi **colab.**; **Sullivan** şi **colab.**; **Walter** şi **colab.**). Alte studii au demonstrat asocieri asemănătoare cu tulburările de anxietate, dar nu există studii care să includă suficienţi subiecţi pentru a putea trage concluzii privitoare la diagnosticele psihiatrice mai rare.

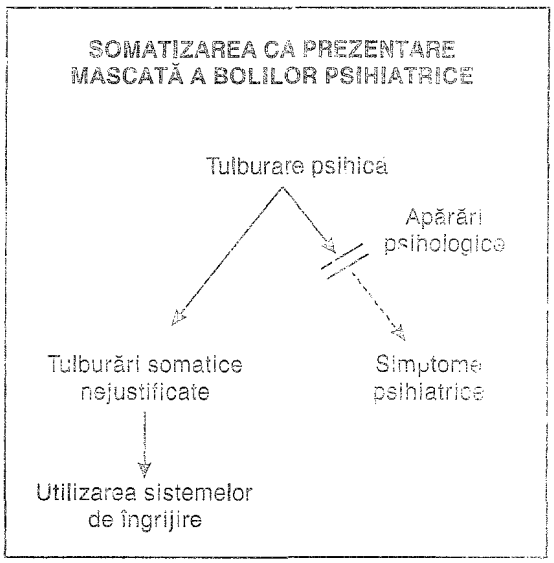
7.11. POSIBILE MODELE ALE SOMATIZĂRII

Diverse corelaţii au făcut obiectul stabilirii unor posibile modele de relaţie care nu se exclud reciproc şi care propun ipoteze cauzale.

Dintre aceste modele le vom discuta pe următoarele:

Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic

Corespunde unui model tradiţional care consideră raportarea simptomelor somatice şi recurgerea la asistenţă medicală nonpsihiatrică drept rezultat al prezentării modificate a unor tulburări psihice. Deci somatizarea ar fi o expresie „mascată" a bolii psihice.

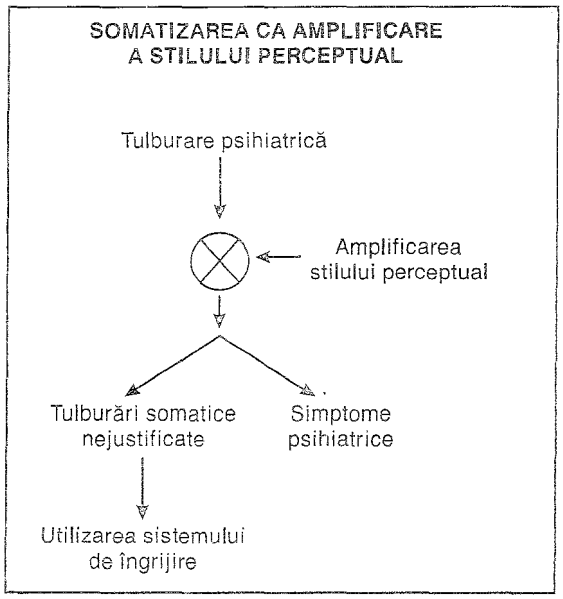


Acest model îşi are sorgintea în noţiunile de început ale psihanalizei care considerau simptomele isteriei ca versiuni puternic modificate sau transformate ale unor impulsuri inconştiente interzise. Astfel, simptomele somatice aveau funcţie de apărare, permiţând

o anumită exprimare a suferinței și ținând în același timp în afara câmpului conștiinței dorințele inacceptabile. Versiunea modernă a acestei abordări consideră că simptomele somatice funcționează ca mecanisme de apărare servind drept expresie a suferinței pentru a permite depresiei sau anxietății subiacente să rămână în afara conștiinței. Se spune adesea că acești pacienți își exprimă suferința psihologică preferențial prin „canale" fizice (**Katon, 1982**), **Nemiah** și **Zifenos** au dezvoltat chiar conceptul de alexitimie pentru a descrie grupuri de pacienți care par „să nu aibă cuvinte pentru exprimarea sentimentelor" (**1977**). Totuși, numeroase studii sugerează că simptomele somatice și cele psihogene nu sunt canale alternative pentru exprimarea suferinței, ci canale paralele care apar împreună (**Clancy** și **Noyes, 1976; Costa** și **McCrae, 1980, 1985; Sherii** și **colab., 1988; Simon GE** și **Katon W, 1989; Tudose F** și **Iorgulescu M, 1994**).

Somatizarea ca amplificare nespecifică a suferinței

Acest model este legat de stilul perceptual presupunând că pacienții tind să perceapă și să raporteze nivele înalte din toate tipurile de simptome. Această tendință de a trăi stări emoționale neplăcute a fost descrisă de **Watson** și **colab.** (**1984, 1985**) drept afectivitate negativă. Studii făcute pe voluntari sănătoși au arătat o rată înaltă a raportării de simptome la cei cu stări de afectivitate negativă.



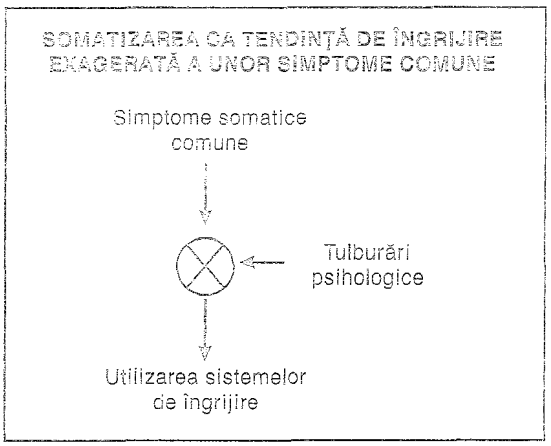
Investigațiile făcute de **Balint** (**1957**) asupra disconfortului emoțional în clinicile de asistență medicală primară au condus la concluzii similare: el a descris termenul de „efect bazal" care ar determina la pacienți trăirea unui disconfort generalizat sau nespecific și prezentarea la medic atât pentru simptome somatice, cât și emoționale. Aceste ipoteze consideră mecanismele de amplificare somato-senzorială ca trăsături stabile de personalitate care ar influența prelucrarea tuturor stimulilor senzoriali, iar în consecință somatizarea ar rezulta din acest stil de amplificare somatică, mai degrabă decât dintr-un diagnostic psihiatric specific. Bazându-se pe o serie de lucrări ale anilor

'70 (**Byrne, 1964; Bushaum** și **Silverman, 1968; Raine** și **colab., 1971; Hauback** și **Revelle, 1978**), colectivul condus de **Barsky** (**1988**) elaborează conceptul de „amplificare somato-senzitivă" pentru a explica procesul prin care suferința psihologică conduce la sensibilitatea manifestată prin simptome somatice. Simptomele sunt considerate ca începând cu senzația periferică care conduce la o elaborare corticală sau componenta reactivă care, la rândul ei, poate amplifica sau reduce senzația inițială. Stări psihologice negative afectează acest sistem crescând excitabilitatea și vigilența, scăzând pragul perceperii și raportării senzațiilor fizice. Prin această concentrare selectivă pe senzațiile nocive, disconfortul nespecific se canalizează în simptome somatice. O variantă a ipotezei amplificării consideră somatizarea ca o consecință a anomaliilor din neuropsihologia prelucrării informațiilor. Studiind diferite răspunsuri fiziologice la stimulare sau nivelele diferiților metaboliți ai neurotransmițătorilor, acești cercetători leagă fenomenele de somatizare de anomalii sau tulburări biologice și biochimice. Modelul conform căruia pacienții cu somatizare amplifică atât suferința psihică, cât și pe cea psihologică, implică ipoteze privind consecințele clinice și semnificația diagnostică a acestor simptome care se pot corela cu modelul următor.

Somatizarea ca tendință de a apela la îngrijiri medicale

Acest model ia în considerare rolul suferinței psihologice în determinarea cazurilor în care pacienții solicită ajutor medical pentru simptome preexistente. Acest model presupune că simptomele somatice neplăcute sunt ubicuitare și că doar stările afective negative îi determină pe indivizi să ceară ajutor medical pentru simptome pe care altfel le-ar putea ignora. Suferința psihologică îi determină pe cei cu somatizare să interpreteze senzații fizice comune corporale ca dovezi ale unei boli (**Mechanic, 1982**). Cei cu tulburări emoționale se adresează medicului pentru simptome comune pe care ceilalți le depășesc fără ajutor medical. Anchete active ale stării de sănătate au arătat că majoritatea oamenilor normali care se consideră sănătoși au în mod frecvent simptome ușoare, variabile pentru care nu apelează la ajutor medical.

Studiile lui **Tessler** și **Mechanic** (**1978**) au sugerat existența unui mod dobândit de adaptare la suferința emoțională prin focalizare asupra simptomelor somatice și recurgere la ajutor medical.

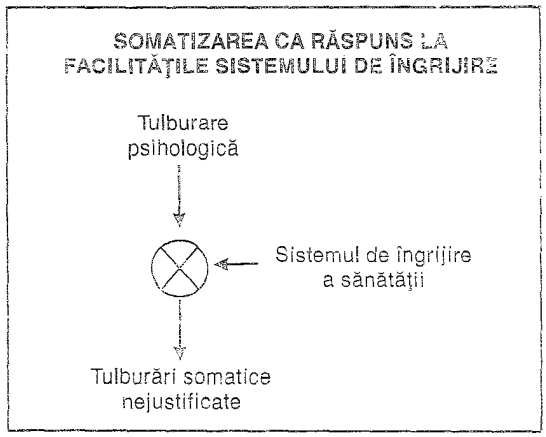


Mai recent, **Drossman** și **colab.** (1988), asociază morbiditatea psihiatrică mai degrabă cu solicitarea de ajutor medical pentru diverse simptome, decât cu simptomul în sine. Același lucru îl arată și studiul făcut de **Lipscomb** (1990) asupra sindromului premenstrual, constatând că morbiditatea psihiatrică este mai puternic legată de decizia de a apela la asistența medicală, decât de prezența simptomelor în sine.

Somatizarea ca o consecință a suprautilizării asistenței medicale

Acest model consideră somatizarea ca răspuns la stimularea realizată de sistemul de asistență medicală. El consideră utilizarea serviciilor medicale mai degrabă o cauză a raportării simptomelor decât o consecință a acestora.

Această ipoteză accentuează tendința factorului cultural și a corpului medical de a întări comportamentul de boală și raportarea simptomelor. Cu cât sistemul de îngrijire medicală și instituțiile medicale au în vedere în special simptomele corporale, somatizarea iatrogenă are șanse deosebite de a se afirma. Exemplul somatizării, frecvent printre studenții medicinești, ilustrează modul în care expunerea la sistemul de îngrijire medicală determină creșterea raportării suferințelor somatice.

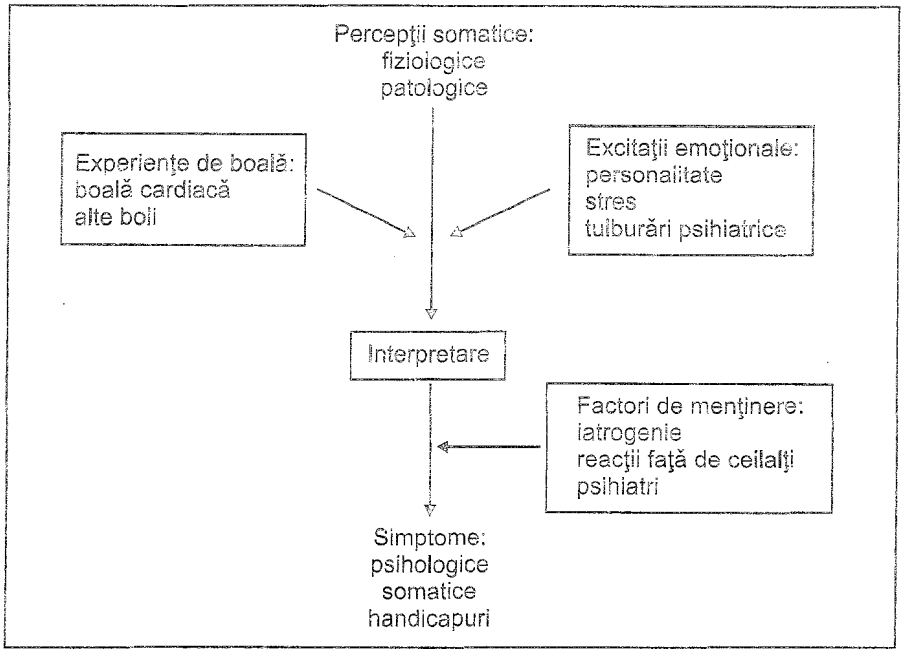


Trecerea în revistă a modelelor arată că tulburările psihice pot avea roluri extrem de variate în geneza simptomelor somatice neexplicate. Tranziția se face de la modelul tradițional al somatizării ca prezentare atipică a tulburării psihice, până la modelul amplificării care pune în discuție chiar validitatea diagnosticelor psihiatrice tradiționale. În sfârșit, o serie de autori au încercat evidențierea unor markeri biologici ai tulburărilor psihiatrice printre pacienții cu tulburări de somatizare (**Akiskal** și **colab., 1982; Rabkin** și **colab., 1983; Taerk** și **colab., 1987**), dar datele existente nu conduc la concluzii clare, tehnicile disponibile având un potențial limitat.

7.12. ETIOLOGIE ȘI ONTOLOGIE ÎN SOMATIZARE

O serie de cercetări au căutat să delimiteze etiologii așa-ziselor tulburări funcționale. Subliniem faptul că distincția între funcțional și organic își are rădăcinile în ontologia biomedicală dualistă, anumite boli fiind considerate mai reale decât altele, aceasta datorită faptului că însăși existența conceptului de somatizare își are rădăcinile în epis-

temologia dualistă, profund ancorată în istoria teoriei și practicii medicinii europene. Această epistemologie se referă la un model de boală care stabilește cum ar trebui să se comporte o persoană în contextul unor modificări specifice măsurabile, care țin de o afectare a organismului.



Acest model include durerea, suferința fizică, disfuncții fiziologice, precum și grade adecvate de neliniște, modele de funcționare socială și de solicitare a ajutorului medical. Acest model normativ al suferinței permite aprecierea răspunsului unei persoane la modificări fizio-patologice sau anatomo-patologice, dar și aducerea în discuție a conceptului de somatizare atunci când răspunsurile deviază de la normele culturale acceptate. Deci, această abordare este în același timp funcțională și ontologică (aceasta înseamnă că bolile sunt ca niște obiecte cu o evoluție distinctă sau cu o istorie naturală independentă de persoană). Este postulată o corespondență între suferință și boală (**Jennings, 1986**), dar în timp ce corespondența poate însemna doar corelație, deci nu o determinare sau o direcționalitate, frecvent logica medicală presupune o direcționalitate: boala duce la suferință. Această legătură suferință-boală poate fi observată atunci când se legitimează sau se autentifică statusul de incapacitate; aplicarea sistemului de verificare ce stă la baza diagnosticului se face strict, admițându-se implicit că anumiți suferinzi nu sunt bolnavi. Pe de altă parte, pentru a menține autenticitatea și credibilitatea indivizilor ca ființe sociale și pentru a se ieși din dilema afirmării continue de către individ a suferinței sale în absența bolii, psihologia de tip occidental a găsit explicații în termeni ca: fenomene mintale inconștiente, mediere psihosomatică și, mai recent, somatizarea (**Fabrega H, 1991**).

7.13. FIZIOLOGIE ȘI PSIHIATRIE ÎN DETERMINAREA SIMPTOMELOR FUNCȚIONALE

Argumentul că tulburările funcționale sunt legate de alterări fiziologice prea complexe sau prea subtile pentru a fi reflectate în defecte structurale evidente și distincția dintre nivelele de proces și structură, poate conduce la ideea că tulburările funcționale implică procese anormale, care au loc în sisteme de organe ce-și păstrează intactă structura. Clinicianul va fi pus în fața a cel puțin două probleme distincte: disfuncția fiziologică ce dă naștere simptomelor somatice și suferinței psihiatrice, care exacerbează simptomele slăbind capacitatea pacientului de a se adapta la disconfortul somatic și determinându-l să ceară ajutor. Aceste două fațete vor impune ideea că un diagnostic și un tratament eficient va implica abordarea ambelor dimensiuni ale experienței pacientului.

În etiologia simptomelor neexplicate medical, de regulă, se presupune asocierea unor stresori specifici, unui presupus câștig psihologic ca și a unor factori psihosociali. De asemenea, nu poate fi ignorată o anumită tendință de psihogenizare prin excludere: „dacă nu este de origine somatică, trebuie să fie de origine psihologică", care evident, în lipsa unor parametri măsurabili, poate fi adesea arbitrară.

Pentru evitarea unor astfel de atitudini arbitrare, unii autori (Escobar J, Rubio-Stipec M, Swartz M, Manu P) preferă termeni mai generici ca „simptome fizice neexplicate medical" în locul unor termeni ca „somatizare" sau „simptome somatoforme" pe care le consideră încă insuficient fundamentate. O serie de autori au semnalat o frecvență crescută a evenimentelor de viață negative recente la pacienții ce se prezintă cu o varietate de simptome somatice funcționale, inclusiv dureri abdominale, dureri precordiale necardiace, simptome pseudoneurologice sau conversive (Roll și Theorell, 1987; Creed și colab., 1988; Mayou, 1989). Pentru sindroamele somatice funcționale cronice, rolul etiologic al evenimentelor de viață este mai puțin clar, deși stresurile sociale suportate par să contribuie la instalarea acestora (Drossman și colab., 1988; Jensen, 1988).

7.14. FACTORII PSIHOSOCIALI ȘI SOMATIZAREA

Statutul socio-economic scăzut este considerat ca responsabil pentru creșterea probabilității ca suferința să fie percepută mai degrabă ca o boală corporală decât ca o tulburare emoțională (Crandell și Dohrenwend, 1967-1968). Diferențele transculturale ale somatizării au fost, de asemenea, explicate prin factori cognitivi și sociali (Angel și Thoits, 1987). Un grad mai înalt de somatizare poate fi asociat stigmatizării pe care boala psihică o implică pentru un grup sau altul, convingerilor că emoționalitatea este un semn de slăbiciune, ca și unei reduse înclinații pentru probleme psihologice (Escobar și colab., 1989). Persoanele necăsătorite și persoanele care trăiesc singure raportează mai frecvent mai multe simptome corporale (Schwab și colab., 1978; Pennebaker, 1982). Influențele familiale și sociale sunt presupuse ca factori cauzali ai somatizării, atitudinea familiei și părinților față de starea de sănătate influențează concentrarea atenției copilului și creșterea percepțiilor proceselor somatice (Wilkinson, 1988). Studii aprofundate arată că există o corelație directă între numărul zilelor de incapacitate la vârsta adultă și încurajarea adoptării rolului de bolnav în copilărie (Pilowsky, 1982; Whitehead, 1986). Familiile pot să respingă somatizarea sau să o încurajeze, învățarea concen-

trării asupra senzațiilor somatice, interpretarea lor ca periculoase, ca și exprimarea lor verbală este legată de contextul familial.

Lennon și **colab.** (1989) sugerează accentuarea simptomatologiei somatoforme la persoanele care caută în mod prelungit o validare socială a simptomelor funcționale. Alți autori arată un raport direct între creșterea numărului de investigații și convingerea că există o boală somatică ascunsă. În sfârșit, o serie de boli dificil de definit, cum ar fi oboseala persistentă, sindromul de colon iritabil, fibromialgia sau fibrozita musculară se asociază frecvent cu alte sindroame somatice sugerând o tendință la aglutinare a acestui tip de simptome.

Studierea raportului dintre somatizare și șomaj a arătat o asociere semnificativă, dar fără să se poată spune care dintre factori determină cauzal această legătură.

7.15. COMORBIDITATE ȘI SOMATIZARE

O problematică deosebit de dificilă este cea legată de pacienții care au antecedente multiple de simptome somatice explicate și/sau neexplicate medical și care vor prezenta stereotipuri clinice cât și convingerea vulnerabilității lor față de boală. Pacienții care au atât tulburări somatoforme, cât și hipocondriace sunt cei mai înclinați spre utilizarea masivă a serviciilor medicale. Paradoxal, cu cât acești pacienți caută diagnostice mai clare, cu cât suportă mai multe tratamente care eșuează, cu cât suferința lor subiectivă se agravează, cu atât persoanele din mediul lor familial și personalul medical devin tot mai puțin convinși că suferința lor este reală și că ei doresc într-adevăr să se vindece.

7.16. NOSOGRAFIE ȘI SOMATIZARE

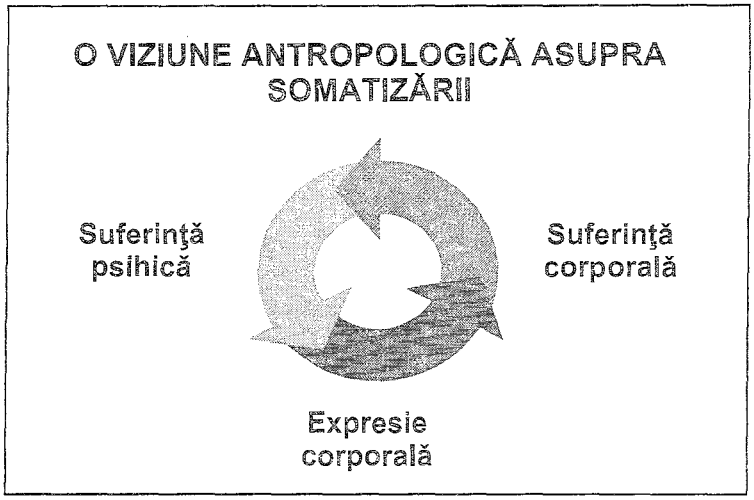
Am insistat asupra diverselor aspecte pe care noua categorie a tulburărilor somatoforme o introduce în nosografia psihiatrică, acum când aceasta suferă un adevărat proces de restructurare „neokraepeliniană" de căutare a unor tulburări discrete caracterizate prin pattern-uri simptomatologice distinctive (**Kirmayer** și **Robbins**). Aceasta deoarece, deși diagnosticele distincte plasează psihiatria în tradiția biomedicinei, ele se dovedesc nesatisfăcătoare atât în studiile epidemiologice, cât și în studierea unor fenomene psihopatologice la nivel individual și/sau populațional. Definițiile tulburărilor somatoforme par să se înscrie mai repede într-o dimensiune de continuitate a comportamentului uman ca tulburări discontinue fiind greu încadrabile într-un concept unitar de boală mintală. În cadrul subiectului de care ne ocupăm în această lucrare, metaforic am putea spune că tulburările somatoforme sunt partea direct vizibilă și identificabilă ca atare a tulburărilor strict corporalizate din tulburările psihiatrice legate de corp. Altfel spus, ele se exprimă direct și nemediat în coduri somatice, fără să-și piardă însă semnificația de tulburări psihice. Așa cum arătam, diverse teorii luate în discuție consideră somatizarea fie o apărare intrapsihică, fie o expresie a unor tulburări neurobiologice, fie o modificare a sistemului perceptual și cognitiv, fie un set de comportamente socio-culturale. Așa cum am arătat, există dovezi pentru toate aceste teorii și, de aceea, credem că ele ar putea să semnifice și mozaicul realizat de toate aceste situații la un loc. Credem, împreună cu **Simon G** (1991), că înțelegerea mai bună a procesului de somatizare va conduce la înțelegerea altor sindroame psihiatrice și va reflecta în același timp gradul în care cunoștințele privind geneza unor tulburări psihice progresează.

Desigur, se poate spera că toate aceste progrese teoretice privind diagnosticul, clasificarea sau psihopatologia nu vor avea alt rezultat decât o abordare terapeutică mai adecvată a celui în suferință.

7.17. ANTROPOLOGIE ȘI SOMATIZARE

Dimensiunea antropologică a somatizării este legată de o posibilă modalitate de exprimare a suferinței care se impune atenției, întrucât reflectă o dificultate deosebită ce interferează cu rolurile sociale de bază și amenință viața. Corpul asigură simboluri naturale pentru relații sociale și alte aspecte caracteristice ale culturii. Suferința somatică poate reprezenta un mod de a obține concesii sau îngrijiri și ajutor din partea unor instituții sociale. Chiar atunci când indivizii nu sunt inițial conștienți de semnificația simbolică a simptomelor lor, ei pot fi modelați de interacțiunea simbolică socială și pot participa la discursul simbolic social (Kleinman, 1988).

În plan antropologic, tulburările somatoforme ilustrează unitatea psyche-soma în expresia ei de suferință opatică în care suferința psihică se „încarnează" în corp pentru a se exprima din nou ca suferință psihică.



CAPITOLUL 8

EXAMINAREA BOLNAVULUI PSIHIC

Meseria de psihiatru mi-a dezvoltat un fel de suplețe interioară, necesară pentru transpoziția empatică totală.

E. Pamfil

EXAMENUL PSIHIATRIC
EXAMINAREA STĂRII PSIHICE
- ISTORICUL PERSONAL AL PACIENTULUI

EXAMENUL PSIHIC
- PREZENTARE ŞI COMPORTAMENT
- REACŢIA FAŢĂ DE EXAMINATOR
- ACTIVITATEA MOTORIE
- TULBURĂRI DE VORBIRE ŞI GÂNDIRE
- FUNCŢIILE COGNITIVE
  - Orientarea
  - Atenţia şi concentrarea
  - Înregistrarea şi memoria de scurtă durată
  - Memoria recentă
  - Memoria de lungă durată
  - Inteligenţa
  - Abstractizarea
- TULBURĂRILE DE CONŢINUT ALE GÂNDIRII
  - Preocupări
  - Idei patologice
- AFECTIVITATEA ŞI DISPOZIŢIA
  - Tulburările dispoziţiei
    - Dispoziţia subiectivă
    - Observaţia obiectivă a dispoziţiei
    - Reactivitatea neuro-vegetativă
- PERCEPŢIA
  - Halucinaţiile
- CRITICA BOLII ŞI CAPACITATEA DE APRECIERE A SITUAŢIEI
- REACŢIA EXAMINATORULUI FAŢĂ DE PACIENT

8.1 EXAMENUL PSIHIATRIC

Asemănător ca scop cu examenul medical obișnuit, examenul psihiatric cuprinde următoarele cinci etape: recunoașterea existenței unei tulburări, sesizarea semnificației ei într-o scală semiologică, stabilirea etiologiei acestei tulburări, înțelegerea personalității și corelarea cu vârsta bolnavului, dar diferă de acesta atât prin nuanțare, cât și prin modul de desfășurare.

A stabili jaloanele ariei de desfășurare ale acestui examen este evident o activitate utilă dar, în același timp limitativ-restrictivă, deoarece oferă imaginea unui model mărginit, care poate genera pericolul de ignorare a unor date din afara lui.

Modelul seduce, dar constrânge. El este contemplat și reprodus atât timp cât imaginea pe care o dă apare ca satisfăcătoare. Modelele cognitive biologice și clinice nu și-au mai putut face în psihiatrie proba redutabilei lor eficacități (Nenna AD).

Principalul timp al oricărui examen este și rămâne, în orice model însă, discuția cu bolnavul, care constituie sursa principală de informație. Această discuție, de fapt un dialog, impune psihiatrului două rigori: aceea de a suprapune modul de înțelegere al procesului patologic pe care medicul îl obiectivează cu trăirile subiectivității sale ca partener angajat în relația de intercomunicare cu persoana și personalitatea bolnavului și aceea de a crea energia necesară desfășurării discuției.

Psihiatrul trebuie **să știe să asculte**, lucru repetat până la banalizare și poate de aceea, însă, adesea ignorat. Ne-am permite să spunem că trebuie să știe să asculte activ; pentru a putea să asculți, se impune cu necesitate ca partenerul de discuție să vorbească. A refuza tăcerea, a menține discursul celuilalt, de fapt baza materialului faptic pe care psihiatrul îl va analiza și ordona, ține de arta și tehnica examenului.

Examenul psihiatric nu este însă un interogatoriu prestabilit, oricât ni s-ar părea că suntem de competenți, nu vom putea formula toate întrebările care să constituie, prin răspunsurile lor, modelele tuturor bolilor și, în nici un caz, al tuturor existențelor bolnavilor noștri. Adecvarea întrebărilor este o știință care se fundamentează pe calitățile spirituale și pe orizontul cunoașterii medicului. În acest sens Rist E arată: *Nu poți niciodată aprecia mai bine experiența clinică, știința, pătrunderea psihologică, autoritatea morală a unui medic, decât atunci când îl asculți interogând un bolnav.*

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

Examenul psihiatric nu poate fi o întâlnire întâmplătoare deoarece, nu trebuie uitat nici o clipă că istoria suferinței psihice interferă strâns cu istoria esențială a subiectului, în care ea creează o breșă și că subiectivitatea simptomatologiei psihice subînțelege imensa participare afectivă și personală a subiectului. Aceasta, cu atât mai mult cu cât, modelul socio-cultural al civilizației noastre oferă medicului, prin tradiție, spre examinare corpul și mai nou derivatele sale, dar păstrează o reticență vădită în ceea ce privește trăirile, impulsiunile, sexualitatea, autovalorizarea.

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

Prelucrarea acestor încărcături emoționale implică din partea examinatorului, în afara pregătirii medicale propriu-zise și a unei elasticități remarcabile în găsirea unor

răspunsuri adecvate unor situații de viață, și o disponibilitate afectivă care să îl ajute în depășirea pesimismului inter-relațional al bolnavului, făcându-se simpatic acestuia. Această simpatie trebuie înțeleasă în sensul etimologic al cuvântului (suferință, simțire împreună) și odată stabilită, stă la baza întregii relații terapeutice.

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

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

Înainte de a fi o chestiune de tehnică, examenul psihiatric este o problemă de experiență umană, o orientare originală impusă de situație, fiind o rezultantă a îmbinării acestei experiențe cu bagajul teoretic pe care psihiatrul îl posedă. Trebuie însă subliniat că deși sunt legate, cele două componente praxiologice ale examenului nu se pot înlocui reciproc.

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

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

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

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

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

semnificație fenomenologică, ci va deschide porțile aparentului labirint clinico-terapeutic.

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

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

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

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

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

Cererea de consult psihiatric poate fi formulată în afara bolnavului, de familie, anturaj, medicul generalist sau medicul de altă specialitate. Facem o paranteză arătând că există o diferență netă între consultațiile cerute de alți specialiști psihiatrilor, în raport cu cele solicitate de psihiatru altor specialiști. Fără să detaliem asupra acestei diferențe, credem că-și are originea, pe de o parte în acceptarea cu ușurință a modelului somatic al bolii de către bolnav, iar pe de altă parte în absența existenței unui minim instrumental și operațional, în ceea ce privește boala psihică, în pregătirea celorlalți specialiști.

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

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

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

Circumstanțele de examen nu se suprapun decât uneori sau, mai bine spus, decât rareori peste un model presupus teoretic. În orice caz este important de menționat că psihiatrul nu poate spune nimic despre un bolnav pe care nu l-a văzut, el netrebuind să se lase înșelat de atmosfera dramatică din familie sau colectivitate, de părerile *competente* ale părinților, soților sau vecinilor, de reprezentanții unor autorități sau chiar de cele ale colegilor de alte specialități.

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

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

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

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

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

8.2. EXAMINAREA STĂRII PSIHICE

Vom prezenta un sumar al principalelor aspecte ale stării psihice urmărind o schemă de examinare a autorilor britanici **Goldberg D, Benjamin S, Creed F, (1991)** care ni s-a părut mult mai direct legată de activitatea practică decât alte modele.

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

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

Prezentarea și examinarea stării psihice în acest mod didactic este avantajoasă dar, totodată, în anumite limite, arbitrară, deoarece diferitele funcții psihice tind să se suprapună. Ne rezumăm doar la acele aspecte psihopatologice care sunt la îndemâna oricărui psiholog clinician și care nu necesită recurgerea la aparatură medicală, la cunoștințe din domeniul biologic. Examinarea stării psihice de către psiholog va fi făcută în cele mai diverse ocazii și este de recomandat ca ea să se facă și înaintea oricărui demers psihoterapeutic deoarece va permite terapeutului să-și evalueze pe parcurs eventualele rezultate.

Depărtându-ne de orice dogme, suntem de părere că tactica de examinare trebuie să aibă o singură mare calitate, aceea de a putea fi pusă în practică. Dialogul, examinarea va rămâne totuși sub controlul psihologului care îl va restrânge de la dimensiunea inițială nondirectivă, către precizarea în final a unor probleme la care ar fi fost imposibil de ajuns altfel. Psihologul nu va uita însă că formularea întrebărilor poate să sugereze unele răspunsuri induse care nu vor crește cu nimic nivelul posibilităților de orientare diagnostică. Nu se va insista direct asupra unor răspunsuri la întrebări care au stârnit evident jena, neliniștea bolnavului sau chiar ostilitatea acestuia.

Analizarea întregului material faptic obținut prin examinarea bolnavului trebuie să se facă organizat, dar în nici un caz dialogul nu va avea desfășurarea unor probe pe aparate, care poate să ia un aspect absurd chiar și în absența unor tulburări importante ale pacientului. Nu se poate în nici un caz prescrie o durată pentru acest examen, iar fragmentarea lui, mai bine zis completarea lui prin reluarea în mai multe etape a conversației cu bolnavul, îl întregește și îl face mai complex.

8.2.1. ISTORICUL PERSONAL AL PACIENTULUI

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

Este nevoie de multă experiență pentru a obține date utile într-un timp limitat. Totuși, nu toate lucrurile sunt la fel de importante. Modul în care o fată și-a început educația sexuală va avea o importanță deosebită dacă pacienta solicită ajutorul pentru că are dificultăți maritale, și nu va avea însă relevanță pentru o domnișoară bătrână, o persoană în vârstă de 75 de ani care se plânge de tulburări de memorie.

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

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

Deseori pacienții menționează că au avut o copilărie nefericită și este important să se ceară atunci mai multe detalii. „Ce a fost rău în copilărie? În ce fel aceste evenimente l-au afectat? Cât timp au durat evenimentele care l-au afectat? Ce soluții a găsit și cum s-a descurcat?" La pacienții care prezintă un amestec de simptome somatice și psihice, se va întreba întotdeauna despre starea sănătății corporale în copilărie și despre atitudinea celor care îl îngrijeau când era bolnav.

Istoric școlar

Într-un istoric personal detaliat se începe cu datele biografice din timpul școlii primare pentru a continua cu gimnaziul, liceul ș.a.m.d. Pacientul va fi întrebat despre adaptarea sa în sistemul școlar, materiile preferate, numărul de prieteni. De asemenea, va fi întrebat despre anumite ironii pe care colegii eventual le făceau la adresa lui, care erau obiectul acestor ironii, ce eventuale porecle i se dădeau și cum se înțelegea cu profesorii. De asemenea, se va menționa faptul că pacientul a petrecut intervale îndelungate la cămin sau internat. Se vor nota dificultățile în procesul de învățare și felul în care pacientul a reușit să-și ia examenele. Se va insista asupra faptului că pacientul a urmat învățământul normal sau școli speciale, elemente utile în a aprecia existența unei eventuale suferințe organice sau a predispoziției spre tulburări caracteriale.

Istoricul sexualității pacientului

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

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

Istoricul marital

Mariajele fericite pot fi uşor şi rapid observate. Dacă pacientul a mai fost căsătorit, se va obţine o descriere a celorlalte căsnicii şi a modului în care ele s-au sfârşit. *La ce vârstă şi-a cunoscut soţul şi apoi când s-a căsătorit? Care este vârsta, starea de sănătate, ocupaţia partenerului? Are încredere în partenerul lui? Au fost probleme în căsnicia lor? (de exemplu separări, sau despărţiri traumatizante). Există satisfacţie sexuală?* Dacă nu au fost probleme se menţionează acest lucru pe scurt, în caz contrar se face o descriere detaliată a problemei.

Se vor obţine informaţii despre copii, notându-se separat pentru fiecare copil: vârsta, sănătatea şi alte probleme.

Istoricul profesional

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

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

Promovările sau schimbările determinate de diferite circumstanţe nu necesită explicaţii, dar dacă cineva îşi schimbă foarte frecvent slujba, trebuie întrebat ce crede că nu este în ordine. O listă exactă cu locurile de muncă şi perioadele de angajare nu este neapărat utilă, dar această parte a istoricului alături de istoricul familial oferă informaţii despre capacitatea pacientului de a suporta relaţiile cu o autoritate sau tendinţa de a se da înapoi din faţa dificultăţilor, în acest fel permiţând aprecierea rezistenţei şi toleranţei la frustrare, asumării responsabilităţii.

Circumstanţe sociale prezente

Această parte a istoricului se încheie încercând evaluarea circumstanţelor de viaţă actuale ale pacientului. *Ce rol joacă în familie? Cum se împacă cu cei cu care locuieşte? Ce fel de locuinţă are? Ce tipuri de prietenii are?*

Istoric medico-legal

Dacă vor fi puse sau nu întrebări legate de acest subiect, depinde de problema prezentată de pacient. De rutină sunt întrebaţi pacienţii toxicomani sau alcoolici.

Vor fi puse şi întrebări în legătură cu absenţe şi alte probleme la şcoală, cu relaţiile atât cu profesorii cât şi cu ceilalţi elevi. Trăsături antisociale pot fi cu uşurinţă identificate: *Au avut probleme cu poliţia? Au apărut în instanţă, fie ca minor, fie ca adult? Dacă da, pentru ce au fost acuzaţi? Au fost condamnaţi? Care a fost sentinţa?*

Istoric medical anterior

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

Harta vieţii

Dacă apar relaţii între evenimentele de viaţă, bolile fizice şi cele psihice, este util să fie toate ilustrate ca o hartă a vieţii.

Exemplu de hartă a vieţii (bolnava AB, 47 ani, PMD)

Vârstă	An	Evenimente de viaţă	Boli somatice	Boli psihice
1.	1952	Născută la 22.09.1952		
2.				
3.				
4.				
5.		Începutul şcolii		
6.				
7.				
8.		Decesul tatălui Mama-depresie, dependentă	Investigaţii pentru dureri abdominale	
9.				
10.	1962	Apendicectomie		
11.				
12.		Primul ciclu menstrual		
13.				Trichotilomanie
14.				
15.		Părăseşte şcoala		
16.				
17.		Se angajează muncitor necalificat		
18.				
19.				
20.	1972	Se logodeşte, rupe logodna, întrerupe serviciul, Are loc o a-2-a logodnă		Anxietate
21		Se căsătoreşte. Se reangajează		
22.				
23.				
24.				
25.		Opreşte serviciul. Naşterea unui copil		
26.			Apariţia unei afecţiuni genitale grave	
27.			Histerectomie	
28.				
29.				
30.				
31.	1983			Episod depresiv mediu
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				

Vârstă	An	Evenimente de viaţă	Boli somatice	Boli psihice
40.	1992	Fiica părăseşte definitiv ţara		Episod depresiv mediu
41.				
42.				
43.				
44.				
45.	1997	Mama pacientei se îmbolnăveşte		
46.	1998	Decesul mamei 18.02.		Debutul bolii actuale – Boală afectivă bipolară

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

Personalitatea premorbidă

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

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

Se va urmări obţinerea de informaţii din domeniile:

- intereselor şi preocupărilor
- dispoziţiei
- prietenilor
- obiceiurilor şi apetenţelor – inclusiv alcool, medicamente, droguri, jocuri de noroc

Istoric personal

Experienţele copilăriei	- stabilitate familială
	- separări/despărţiri
Şcoala	- durata şi tipuri- educaţie superioară
	- calificări
Dezvoltarea sexuală	- menarha
	- informaţii despre educaţia sexuală primită
	- prima menstruaţie
	- menopauza
Căsătoria/Căsătoriile	- vârsta - separări (despărţiri) şi alte probleme
	- relaţii sexuale şi alte relaţiii
	- soţul/soţia
	- vârstă
	- ocupaţie
	- stare de sănătate
Copii	- nume
	- vârstă
	- stare de sănătate
	- probleme
Ocupaţie	- număr de locuri de muncă
	- durata la locurile de muncă
	- probleme
	- angajarea actuală
Circumstanţele sociale prezente	- locuinţa
	- membrii familiei
	- relaţii
	- dificultăţi financiare
	- prieteni
Personalitate premorbidă	- interese - dispoziţii
	- prieteni
	- alcool, droguri
Medico-legal	- confruntări cu poliţia
	- acuzaţii
	- condamnări
	(în ordine cronologică)
Antecedente patologice	- boli somatice şi psihice

Interviul unui aparţinător (rude)

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

Evitarea unui transfer negativ, ca şi analizarea subiectivităţii relatărilor, vor face ca aceste informaţii să-şi păstreze interesul real şi nu să sporească nelămuririle psihologului.

Impresii asupra persoanei care informează

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

Boala actuală

Se va nota impresia pe care starea actuală o produce asupra pacientului, credinţele lui despre această stare şi despre posibila ei evoluţie.

Antecedente psihiatrice heredo-colaterale

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

Istoricul psihiatric

Istoricul bolii prezente	- durata - apariţia cronologică a simptomelor - suferinţe asociate incapacităţii - revederea internărilor - tratamentul primit
Istoricul familial - părinţi - fraţi/surori menţionaţi în ordine	- vârsta - anul morţii - ocupaţie - sănătate somatică şi psihică - relaţii personale cu părinţii

8.3. EXAMENUL PSIHIC

Prezentăm orientativ o posibilă schemă de derulare a examenului psihic pe care o considerăm utilă, mai ales pentru psihologul începător.

◦ Aspect general şi comportament	- descriere - nivelul stării de conştienţă - mod de reacţie în cursul interviului - activitatea motorie - viteză - cantitate - poziţie/atitudine - mişcări involuntare
◦ Vorbirea	- viteză - cantitate - continuitate - relevanţă (legătură - corelare cu problema esenţială)
◦ Dispoziţie	a) consideraţii subiective b) dispoziţia observată de dumneavoastră - nivel - fluctuaţie - adecvare c) activitate autonomă (neuro-vegetativă)

• Tulburările gândirii	- idei suicidare - preocupări obsesive - credinţe - convingeri
• Percepţia	- iluzii - halucinaţii - depersonalizare
• Orientare	Timp – temporală - oră - zi - dată - Loc - spaţială - La persoană
• Atenţie şi concentrare	- de spus în ordine inversă zilele săptămânii - de spus în ordine inversă lunile anului - de numărat din 7 în 7 până la 100 (din 3 în 3 de la 20)
• Înregistrarea şi memoria de scurtă durată	a) noutăţi recente, numele dumneavoastră - numărătoare pe degete - de la 1 la 10 (reţinerea de numere) b) propoziţii Stanford-Binet c) Nume, adresă, data naşterii - imediat - se repetă după 2' - se repetă după 5'
• Înregistrarea şi memoria recentă	- experienţele din ultimele câteva zile (ex.: perioada de spitalizare, televizor, ştiri diferite)
• Memoria îndepărtată	- evenimente personale din trecut (ex.: şcoală, căsătorie) - diferite probe: 6 oraşe, 5 fructe, primii miniştri, războaiele mondiale
• Inteligenţa	Calcul Abstractizarea: proverbe, diferenţa şi similitudinea dintre un gard şi un perete (zid) Cititul şi scrisul Performanţele din istoricul personal
• Conştiinţa bolii şi judecata	Se consideră bolnav? Care crede că ar fi natura, cauza, tratamentul corespunzător bolii?
• Reacţia examinatorului faţă de pacient	

8.3.1. PREZENTARE ŞI COMPORTAMENT

Examinarea stării psihice trebuie să înceapă cu o scurtă descriere a modului în care arată pacientul, astfel încât o altă persoană care ascultă relatarea să poată recunoaşte pacientul într-o cameră aglomerată.

Aceasta include:
- aspectul fizic
- vestimentația
- gradul de curățenie
- părul
- machiajul

și dacă acestea par adecvate cu
- vârsta
- sexul
- grupul cultural
- clasa socială a pacientului

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

apar în multe boli psihice, în special în: boli depresive, demență, schizofrenie
Întotdeauna notați orice semn de boală și nivelul conștienței.

Este pacientul
- treaz, alert, vigil
- răspunde normal la stimuli
- adormit
- de netrezit, nu răspunde la stimuli

Spre deosebire de oboseala normală - o stare de conștiență modificată este intens sugestivă pentru o suferință organică cerebrală - în particular delirium. Inatenția apare frecvent și în bolile afective. Testele de orientare pot ajuta la diferențierea acestora.

8.3.2. REACȚIA FAȚĂ DE EXAMINATOR

Purtarea față de examinator va fi descrisă.

Pacientul este:
- prietenos
- cooperant
- lamentativ
- suspicios
- critic

Cei aflați la începutul carierei tind să considere că sunt vinovați atunci când pacientul refuză să coopereze sau declară imediat că "pacientul e dificil".

Oricum, o astfel de atitudine din partea pacientului reprezintă o parte importantă a stării psihice a persoanei și oferă indicații despre modul în care pacientul se relaționează cu ceilalți într-o anumită perioadă de timp. Trebuie să considerăm dacă un asemenea comportament:

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

8.3.3. ACTIVITATEA MOTORIE

Deseori denumită activitate „psihomotorie"

Se includ aici:
- expresii faciale
- poziție
- mers

Se notează în mod special - viteza mișcărilor
- cantitatea
- prezența mișcărilor involuntare

Există mișcări repetitive, aparent fără scop sau mișcări involuntare.

Când pacientul se mișcă foarte puțin, sărăcia gesturilor trebuie diferențiată de:

- akinezia în care sunt reduse mișcările voluntare și de bradikinezia, în care toate mișcările sunt lente
- scăderea voinței - în care pacientul nu are elanul să pornească
- stuporul - când pacientul nu se mișcă deloc, deși este pe deplin conștient

Când există prea multă mișcare poate fi vorba de:

- hiperactivitate
- akatisie

Pot exista mișcări involuntare care prezintă un interes special pentru psihiatrie

- ticuri
- mișcări coreice - origine neurologică
- distonie acută
- diskinezie tardivă

8.3.4. TULBURĂRI DE VORBIRE ȘI GÂNDIRE

Cunoașterea gândurilor unei alte persoane este posibilă numai prin vorbire sau alte forme de comunicare, ca scrisul sau gesturile.

Vorbirea și gândirea sunt strâns legate și, de obicei, gândirea precede vorbirea. Totuși, gândurile pot rămâne nespuse.

Există o diferență esențială între forma și conținutul gândirii: forma este modul în care se vorbește și conținutul este ceea ce se spune.

De exemplu: putem vorbi repede într-o manieră dezlânată (formă) dar aceasta nu dă indicații dacă vorbim despre vreme sau următoarea noastră masă (conținut).

Viteza vorbirii

Viteza vorbirii variază mult de la o persoană la alta astfel că o vorbire moderat rapidă sau ușor mai lentă nu pot fi apreciate ca morbide. Extremele de viteză pot fi asociate cu modificări în volumul vocii și, de asemenea, în cantitatea vorbirii.

Schimbări în volumul vorbirii apar în depresie și manie, în care vocea pacientului de-abia se aude sau răsună în încăpere.

O diminuare a vorbirii apare uneori în demență când pacienții vorbesc puțin; din contră pot vorbi mult, fără însă să comunice, ca mesaj, decât puțin sau deloc.

Continuitatea vorbirii

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

Ezitarea în vorbire este o trăsătură comună pentru cei ce sunt anxioși sau depresivi, indecișI sau preocupați de necazuri.

Atenție, surditatea - deseori nebănuită - poate fi un impediment comun pentru fluența conversației.

Se va nota folosirea de către pacient a unor cuvinte create de el însuși (neologisme) sau a unor construcții gramaticale stranii.

Dacă observați că tulburarea de vorbire este caracteristică unei boli este indicat să dați un citat.

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

Tulburări în exprimarea gândirii

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

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

Fuga de idei descrie tulburările de vorbire ale pacientului, în general maniacal, care trece de la un subiect la altul rapid, cu asociații de idei superficiale sau întâmplătoare. Ideile sunt totuși asociate și pacientul revine, în cele din urmă, la tema inițială. Asemenea „fugă" este de obicei asociată cu presiunea vorbirii spre deosebire de tulburările de gândire din schizofrenie în care pacientul răspunde cu latență crescută. Totuși, în practică, forma tulburărilor de gândire și vorbire din schizofrenie și manie pot fi similare încât sunt dificil de diferențiat.

Dacă pacientul se blochează brusc în timpul examinării
- cel mai adesea explicația este că pacientul e anxios
- dar considerați și barajul mintal; întrebați-l ce s-a întâmplat în această pauză
- altă posibilitate – criză tip absență epileptică

Perseverarea

Repetiția unui răspuns într-un mod inutil sau neadecvat.

De exemplu:
Ce zi e azi?
Luni. (corect)
În ce zi ai venit la spital?
Luni
Care este numele spitalului?
Luni.

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

8.3.5. FUNCȚIILE COGNITIVE

Aceste teste ar trebui să fie folosite pentru majoritatea pacienților examinați în secțiile de psihiatrie și în particular trebuiesc aplicate ori de câte ori există o posibilitate ca un pacient să sufere de sindrom psiho-organic.

Pentru ca testele să aibă valoare, ele trebuiesc prezentate clar și precis. Ar trebui să începeți prin a explica ce intenție aveți și cum aveți de gând s-o puneți în practică.

„Acum vă voi mai pune câteva întrebări pentru a afla cât de bine rețineți și vă descurcați. Este important să încercați să aveți rezultate cât mai bune și să faceți efortul să vă concentrați chiar dacă vi se pare foarte ușor sau foarte dificil."

Notați răspunsurile corecte și incorecte.

Notați, de asemenea, atitudinea pacientului față de teste.

- Face într-adevăr efortul să încerce să răspundă la test?
- Este incapabil să coopereze deoarece este foarte anxios sau foarte depresiv?
- Își pierde răbdarea sau refuză să încerce să facă testele - de exemplu: pe motiv că ar fi prea timid?

Când interpretați rezultatele amintiți-vă că ele sunt influențate într-o anumită măsură - atât de inteligență cât și de educație. Istoricul educațional și ocupațional trebuie, deci, luat în considerare - atunci când încercăm să decidem semnificația dificultăților pe care le putem întâlni.

Orientarea

Orientarea în timp și spațiu trebuie întâi examinată.

Întrebați:

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

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

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

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

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

Toți pacienții ar trebui să fie capabili să răspundă corect la întrebările despre identitatea personală.

Ei ar trebui, de asemenea, să știe că sunt într-un spital și în care anume.

Trebuie să știe precis ziua săptămânii și să aprecieze perioada din zi cu o diferență de aproximativ o oră. Notați răspunsurile la întrebările dumneavoastră alături de răspunsul care ar fi corect (în paranteză).

Notați orice alte observații care sugerează dezorientarea. De ex.: pacientul poate avea dificultăți în orientarea în spital (la salon, pat, etc.) după câteva zile de la internare sau se duce chiar în alte saloane, în alte paturi.

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

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

Atenția și concentrarea

Deficitele în domeniul atenției și concentrării sunt de obicei evidențiabile ușor în timpul istoricului.

Uneori e dificil să atragi atenția pacientului sau, odată captată, să fie dificil de susținut. Pacientul poate fi distras de evenimente din mediu, care în mod obișnuit sunt igno-

rate în timpul unei consultații medicale ca, de exemplu, păsările care cântă afară sau o carte de pe masă. Atenția poate fi rapid distrasă de la un obiect la altul. De asemenea, atenția poate fi distrasă de trăiri psihotice ca, de exemplu, voci pe care pacientul le ascultă.

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

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

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

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

Ca de obicei: notați exact răspunsul pacientului, durata necesară pentru fiecare răspuns.

Persoanele fără tulburări psihice fac acest test rapid și fără greșeli.

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

Dacă pacientul nu înțelege ce îi cereți, întrebați:

Cât fac 100-7? dar 93-7? Continuați până prinde ideea.

Dacă pacientul tot nu înțelege sau spune că e prea dificil, cereți-i să scadă 3 din 20.

Performanțele sunt mai dependente de nivelul educațional și intelectual decât testele anterioare și, deci, rezultatele trebuie să fie interpretate în lumina istoricului - școlarizării și ocupației.

Tulburările de atenție sunt comune și pot apărea în orice tulburare psihiatrică, particular în stări organice și boli afective.

Înregistrarea și memoria de scurtă durată

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

Spuneți o serie de trei cifre cu o viteză egală de 1 cifră/sec. și evitând să accentuați asupra uneia sau alteia. Cereți pacientului să le repete imediat. Dacă răspunsul e corect, spuneți 4 cifre folosind o nouă secvență, apoi 5 și așa mai departe până când începe să greșească, să spunem la 7 cifre.

Notați în final numărul maxim de cifre care pot fi corect repetate în secvență. Cei mai mulți adulți cu un intelect mediu se pot descurca cu 7 cifre. 5 cifre sau mai puțin sugerează o tulburare.

Folosiți testul următor pentru a verifica memoria de scurtă durată

Numele este: Domnul Vlad Mărculescu
Zorilor 43, ap.2
Suceava
Floarea preferată: liliac
Vă rog să repetați după mine,

Notați atât numele și adresa dată, cât și răspunsul imediat. Notați că sunt 9 itemi de reamintit.

Dacă pacientul greșește, recitiți același nume și adresă ca înainte și rugați-l să le repete. Continuați până când relatarea e corectă, notând numărul de încercări făcute. Când răspunsul este în totalitate corect, spuneți:

Încercați să țineți minte acel nume și acea adresă, iar eu vă voi întreba din nou mai târziu.

Apoi continuați cu alte întrebări, de exemplu pentru memoria mai îndepărtată.

După 2 minute întrebați pacientul din nou numele și adresa. De data aceasta nu faceți corecția greșelilor.

După încă 3 minute cereți din nou să repete. Înregistrați de fiecare dată răspunsurile.

Notați care sunt semnele unei memorări deficitare.

Notați dacă materialul odată memorat corect, este apoi redat corect la fiecare solicitare.

Dacă apar greșeli, ele sunt aceleași de fiecare dată, sau performanța se înrăutățește progresiv - la 5 minute față de 2 minute?

Dacă acest test este folosit în ocazii ulterioare, utilizați nume și adrese diferite de fiecare dată, de lungime similară și de complexitate similară exemplului dat.

Cei mai mulți sunt capabili să repete numele și adresa imediat și după 5 minute.

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

Memoria recentă

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

Memoria de lungă durată

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

Evenimente generale din trecut, de exemplu datele celui de-al doilea război mondial sau numele ultimilor 5 prim miniștri se referă la cunoștințele generale mai mult decât memoria de lungă durată, iar răspunsurile depind de inteligență și de educație aproximativ în aceeași măsură ca și memoria.

În concluzie, o performanță redusă se poate datora unei educații precare tot atât de bine ca și unui intelect scăzut sau unei boli cerebrale organice.

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

Puteți să-mi spuneți 5 feluri de fructe?

Care e numele Primului Ministru?

Și al celui de dinainte?

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

Inteligența

Vă puteți face o impresie privind nivelul de inteligență al pacientului din luarea istoricului din: volumul vocabularului folosit, complexitatea conceptelor folosite, redarea corectă a frazelor Stanford-Binet.

Dacă acestea par corespunzătoare cu istoricul educațional și profesional, și dacă nu există modificări ale testelor de memorie atunci testele următoare de inteligență sunt puțin probabil folositoare.

O posibilă întârziere mintală poate fi evaluată prin întrebări simple ca:
Cât fac 3x9?; cât fac 16:4?;
Care este diferența dintre un gard și un perete?;
Dacă un steag flutură spre vest, din ce direcție bate vântul?
Analfabetismul poate fi un handicap pe care pacienții deseori se feresc să-l menționeze sau se poate să nu ne așteptăm la asta. Dacă există vreun dubiu, întrebați:
Ați învățat să scrieți și să citiți în școală?
Ați dori să-mi citiți din acest ziar?

Abstractizarea

Testele de abstractizare pot fi folositoare în elucidarea tulburărilor de gândire și se pot aplica numai dacă suspectăm prezența acestora. Rugați-l pe pacient să vă spună înțelesul a unul sau două proverbe începând prin a da dumneavoastră un exemplu. De exemplu: *Copilul cu multe moașe rămâne cu buricul netăiat* și i se explică pacientului că semnificația este dacă prea multe persoane fac același lucru e probabil ca acesta să meargă foarte prost. Ulterior este întrebat:
Ați auzit persoane spunând ziua bună se cunoaște de dimineață?
Dacă da, ce credeți că înseamnă?
Dacă răspunsul este pozitiv, se întreabă despre un proverb mai dificil de interpretat. De exemplu, *să nu vinzi pielea ursului din pădure.*
Se ia în considerare măsura în care răspunsul pacientului sugerează o tulburare de gândire (indicând schizofrenia) iar pe de altă parte o incapacitate de abstractizare sugestivă pentru o boală organică sau debilitate mintală.

8.3.6. TULBURĂRILE DE CONȚINUT ALE GÂNDIRII

Conținutul gândirii se observă în primul rând din vorbirea pacientului, dar și din aspectele comportamentale. În această privință acțiunile vorbesc mai mult decât cuvintele. De exemplu, pacientul poate nega faptul că este suspicios, dar deschide ușa cabinetului pentru a vedea dacă ascultă cineva de afară.

Preocupări

Temele dominante din conținutul gândirii pacientului sunt dezvăluite în vorbirea spontană. Notați orice tematică la care pacientul se poate întoarce repetat în timpul interviului, ca și dificultatea pe care o întâmpinați în încercarea de a-l rupe de aceste subiecte pentru a-l orienta către alte aspecte ale istoricului și examinării stării mintale.
Dacă preocupările nu sunt evidente, întrebați:
- Care sunt grijile dumneavoastră principale?
- Aveți unele gânduri pe care nu sunteți în stare să vi le scoateți (alungați) din minte?
Mulți oameni au preocupări dominante, dar acestea sunt adecvate circumstanțelor. De exemplu, este adecvat pentru un pacient care va trebui să suporte o intervenție chirurgicală majoră să fie preocupat de posibilele riscuri, rezultatul potrivit, etc.
Totuși, unele preocupări sunt morbide și conținutul lor poate fi important în înțelegerea diagnosticului bolii.
Ruminațiile sunt idei și teme repetitive având în mod obișnuit un conținut neplăcut, asupra cărora pacientul se poate opri pentru perioade îndelungate. Apar în mod obișnuit în stări anxioase și boli depresive, conținutul lor reflectând starea afectivă; de exemplu, ele pot cuprinde idei de vinovăție, autostimă scăzută sau preocupări hipocondriace. Ruminațiile apar de asemenea în stările obsesionale, caz în care ele reflectă starea de indecizie.

Idei patologice

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

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

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

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

În acest caz întrebați:

Credeți că ceilalți încearcă să vă facă rău?

V-ați simțit vreodată vinovat sau criticat?

Credeți cumva că corpul dumneavoastră s-a schimbat în vreun fel?

Credeți că dumneavoastră ați fost în mod special ales, sau că aveți puteri speciale?

Dacă pacientul este de acord cu vreuna din ideile de mai sus, vor fi necesare întrebări detaliate pentru a vedea dacă aceste idei, dacă sunt prezente, satisfac criteriile de idei delirante.

Există dovezi care susțin părerile pacientului? Împărtășesc și alții ideile lui și îl încurajează în direcția lor? Sunt aceste convingeri posibil de modificat?

Ideile delirante pot apărea în diferite boli mintale și de fapt toate aceste boli poartă eticheta comună de psihoze. Ideile delirante de persecuție și hipocondriace apar în multe boli și sunt de mic ajutor în diagnostic. Altele sunt mai sugestive.

8.3.7. AFECTIVITATEA ȘI DISPOZIȚIA

Starea afectivă a pacientului poate fi constantă în timpul interviului (ex. deprimată, fără exprimarea emoțiilor, sau exaltată), sau starea emoțională a pacientului poate varia.

Atunci când se face o descriere a afectivității, parametrii folosiți sunt paleta afectivă, intensitatea acesteia, labilitatea și oportunitatea anumitor stări afective.

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

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

Labilitatea psihică indică faptul că pacientul trece rapid de la o stare afectivă la alta; de obicei aceasta este asociată cu afectarea cerebrală. Afectivitatea este descrisă ca fiind adecvată sau nu, în raport cu subiectul discuției. De exemplu, un pacient care descrie moartea recentă a cuiva apropiat, ar trebui să fie trist (exprimare corespunzătoare a afectivității); în același timp, un alt pacient poate să apară exaltat și vesel în timpul unei discuții asemănătoare (exprimare neadecvată a afectivității).

Tulburările dispoziției

Examinarea dispoziției are patru componente importante:

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

Dispoziția subiectivă

Întrebați în primul rând pacientul despre aprecierea subiectivă a dispoziției formulând o întrebare cu răspuns deschis:

Cum v-ați simțit în ultima vreme?

Ce dispoziție ați avut în ultima vreme?

Dacă răspunsul nu e concludent, continuați cu:

V-ați simțit mai mult vesel sau mai mult abătut?

Dacă răspunsul indică tristețe, atunci întrebați:

Cât de trist? Cum ieșiți din starea asta? Cum vă descărcați?

Dacă pacientul descrie o dispoziție depresivă nu uitați să întrebați:

Ce gândiți despre dumneavoastră când vă simțiți astfel?

Ce simțiți pentru viitor?

V-ați simțit vreodată lipsit de speranță?

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

Un pacient care vă spune că viața nu are rost să fie trăită trebuie întrebat:

V-ați gândit vreodată să terminați cu viața?

Ați făcut vreodată planuri cum să procedați?

Intenționați să le îndepliniți? Să le duceți până la capăt?

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

Observația obiectivă a dispoziției

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

Sunt două aspecte diferite de notat:

Care este dispoziția dominantă din timpul examinării?

În ce măsură fluctuează dispoziția dacă aceste fluctuații sunt adecvate și în ce direcție sunt acestea îndreptate?

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

În particular poate fi o încercare deliberată de a disimula depresia prin refuzul de a răspunde la întrebări și acest lucru trebuie să avertizeze examinatorul asupra riscului suicidar.

Tristețea este o trăsătură caracteristică a dispoziției depresive, dar ea singură, în sine, nu e un indicator de boală psihică. Plânsul este în mod obișnuit asociat cu tristețea, deși poate fi numai o modalitate de descărcare a tensiunii.

În stările depresive mai puțin severe dispoziția se poate îmbunătăți când pacientul este distras de incidente amuzante, ceea ce (în această situație) înseamnă că dispoziția reacționează la circumstanțe. În stările depresive mai severe, plânsul e mai puțin comun și există o dispoziție melancolică mai constantă, lipsind modulația normală care poate fi ușor confundată cu aplatizarea afectivă. Pacientul poate descrie această stare ca incapacitatea de a avea sentimente față de ceilalți ca de exemplu: membrii familiei sau prieteni.

Zâmbetele și râsul sunt asociate cu veselia și euforia, situații în care au caracter „contagios". Totuși, ele pot apărea și în situații de nefericire, ca un indicator al ironiei sau al expectației sociale, când însă le lipsește calitatea de a transmite o reală bucurie. Pacientul maniacal nu este întotdeauna vesel; deseori el manifestă iritabilitate și nervozitate dacă e frustrat de cei care limitează activitățile.

Iritabilitatea este în mod obișnuit observată în toate bolile afective.

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

Reactivitatea neuro-vegetativă

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

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

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

O scală de evaluare rapidă a dispoziției

A. Anxietatea

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

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

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

D. Depresia

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

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

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

Se notează cu 1 punct fiecare răspuns pozitiv
Adunați scorul A.
Adunați scorul D.
Stările de anxietate obțin cel puțin un scor de 5 pentru A.
Stările depresive obțin cel puțin un scor de 3 pentru D.

8.3.8. PERCEPȚIA

De cele mai multe ori noi suntem conștienți de propriile noastre gânduri, de corpul nostru și de lumea ce ne înconjoară numai într-o măsură limitată, dar ne putem concentra atenția asupra fiecăreia dintre acestea, iar ele au calitățile și ordinea pe care noi o recunoaștem și o considerăm de la sine înțeleasă.

Acest sentiment de familiaritate poate fi întrerupt în mod patologic. Tulburări pot apărea în fiecare dintre modalitățile percepției de sine sau a lumii înconjurătoare.

Nu este necesar să întrebați fiecare pacient, întrebări detaliate asupra tulburărilor de percepție dar e folositor să-l întrebați pe fiecare câteva întrebări de *„screening"* și să le continuați mai insistent dacă istoricul stării psihice le indică:

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

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

Pacientul poate avea sentimentul neplăcut că, deși mediul este același, el sau corpul său s-a schimbat (depersonalizare).

Invers, poate simți că deși este același, mediul înconjurător este modificat (derealizare).

Derealizarea și depersonalizarea apar în mod obișnuit în stări de oboseală și de trezire bruscă, particular în asociere cu anxietatea și depresia, mai rar în schizofrenie, epilepsie și stări induse de droguri.

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

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

Halucinațiile

Întrebați:

Ați auzit vreodată voci în situații în care nu era nimeni de față, sau dacă erau persoane, ele tăceau?

Dacă da,

Sunt voci reale, care vin din afară, sau sunt propriile dumneavoastră gânduri din interiorul capului?

V-ați auzit vreodată propriile gânduri, rostite tare, în afara capului dumneavoastră?

Întrebați, de asemenea, despre conținutului vocilor:

Ce spun vocile?

Dați-mi un exemplu, ce ați auzit azi, sau ieri.

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

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

- *Au apărut ziua sau noaptea?*
- *Stăteați în pat cu lumina stinsă?*
- *Erați treaz sau aţipeați?*

E dificil uneori de diferențiat o iluzie de o halucinație.

Dacă, de exemplu, un pacient spune că a auzit o voce spunând:

„Ești o persoană aleasă în mod special." Întrebați: *„De unde venea vocea?"; „Mai era cineva de față?"; „Aceia vorbeau?".*

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

„Sună întocmai ca o voce reală, așa cum auziți vocea mea acum?"

Pot apărea în orice fel de boli psihice şi de asemenea la cei care nu sunt bolnavi psihici, în special cei cu mare capacitate imaginativă sau cu intelect deficitar. Nediferenţierea dintre pseudohalucinaţii şi halucinaţii conduce uneori la încadrarea greşită a unui pacient în categoria psihoticilor.

8.3.9. CRITICA BOLII ŞI CAPACITATEA DE APRECIERE A SITUAŢIEI

Nu se vor folosi niciodată sentinţe pentru a caracteriza prezenţa criticii faţă de boala psihică (prezentă/absentă) deoarece aceasta nu este niciodată completă şi ararеori total absentă. Conştiinţa bolii poate fi indicată la diferite nivele de-a lungul istoricului şi examinării psihice. Sunt comune formulări de felul:

N-am nevoie să văd un psihiatru/psiholog. Eu nu sunt bolnav. Familia a considerat că trebuie să vin aici.

Uneori declaraţiile pacientului privind boala sa sunt în totală contradicţie cu comportamentul său non-verbal (deşi neagă existenţa unor tulburări psihice) acceptă cu uşurinţă internarea în spitalele de psihiatrie şi îşi ia corect medicaţia.

Tipuri de întrebări relevante pentru critica bolii

Consideraţi că sunteţi bolnav?
Ce fel de suferinţe credeţi că aveţi?
Credeţi că suferinţele dumneavoastră ţin de o boală psihică?
Care credeţi că e cauza acestei boli?
V-a neliniştit ceva în mod deosebit?
De ce fel de ajutor credeţi că aveţi nevoie acum?

Realismul răspunsurilor pacientului precum şi felul în care el resimte experienţa patologică vor fi cu atenţie evaluate.

8.3.10. REACŢIA EXAMINATORULUI FAŢĂ DE PACIENT

Este semnificativ să fie notată reacţia examinatorului în raport cu întâlnirea avută cu pacientul. Va fi notată o reacţie pozitivă sau stări ca tristeţea, frustrarea, mânia. De asemenea, dacă a fost uşor sau dificil ca discuţia să fie controlată.

Dacă pacientul este o persoană pasivă, dependentă, vă va induce frustrarea în aceeaşi măsură ca şi simpatia; o persoană agresivă, megalomană sau egocentrică care preia conducerea interviului, care vă împiedică să luaţi informaţiile necesare şi vă lasă cu sentimentul de inadecvare şi de mânie sau alţii, care fac frecvent declaraţii despre alte persoane, în special despre medici sau psihologi care i-au dezamăgit şi, deci, vă induc sentimente de vinovăţie.

Dacă descoperiţi dificultăţi în stabilirea unei relaţii de colaborare cu pacientul, stabiliţi în ce măsură aceasta este determinată de comportamentul pacientului şi dacă aceasta este ceva simptomatic pentru suferinţa sa psihică acută. Este importantă depistarea dificultăţilor de lungă durată pe care pacientul le-a avut în relaţiile cu familia, cu colegii de servici sau cu alţii. Reacţia dumneavoastră faţă de pacient este probabil asemănătoare cu a celorlalţi şi vă poate oferi multe indicii în legătură cu personalitatea pacientului.

Datele culese cu ocazia examenului făcut de psiholog reprezintă un tezaur de informaţie excepţional care poate ajuta mult psihiatrul în stabilirea diagnosticului şi conduitei terapeutice celei mai potrivite. Prezentate într-o ordine logică şi într-un limbaj de spe-

cialitate, aceste date vor constitui dovada certă a nivelului de maturitate profesională a examinatorului. Examenul nu va fi făcut niciodată superficial sau incomplet, psihologul va cere asentimentul echipei medicale cu care colaborează pentru completarea acestuia cu probe și teste psihologice adecvate.

Examenul psihologic al pacientului psihic este o adevărată probă de măiestrie pe care doar cei cu adevărat competenți sunt capabili să o treacă. Satisfacția unei examinări bine făcute rămâne însă inegalabilă.

CAPITOLUL 9

DEONTOLOGIE ŞI ETICĂ ÎN PSIHIATRIE ŞI PSIHOPATOLOGIE

Nu vezi bine decât cu inima ta.

Antoine de Saint-Exupery

SECOLUL XXI VA FI ETIC SAU NU VA FI DELOC
PSIHIATRIA - O PRACTICĂ ETICĂ
Despre abuzul psihiatric
Diagnostic psihiatric şi etică
Terapie şi etică
Confidenţialitatea
Etică, transfer şi contratransfer
Psihofarmacologie şi etică
BOALA ŞI STIGMATIZAREA
DREPTURILE PACIENŢILOR

9.1. SECOLUL XXI VA FI ETIC SAU NU VA FI DELOC

Secolul XXI a pornit sub auspiciile unor progrese în cercetarea medico-biologică care par de domeniul literaturii ştiinţifico-fantastice. Am numit aici descifrarea genomului uman, realizarea hărţilor genetice şi clonarea. Aceste descoperiri au pulverizat pur şi simplu graniţele tradiţionale ale bioeticii, şi aşa fragilizate de implicaţiile descoperirilor şi evoluţiilor tehnice anterioare. Sunt greu sau imposibil de anticipat consecinţele aplicării practice a noilor cuceriri, fără a exista temerea că în medicina contemporană este prezent riscul reîncarnării doctorului Frankenstein. Că este aşa, există deja indicii, dacă ne gândim la „îmbogăţirea" arsenalului medical cu sinuciderea asistată şi la faptul că doar câteva luni ne despart de naşterea primilor cetăţeni-clone ai planetei. Oare vor fi aceştia euthanasiaţi de guvernele ţărilor care au interzis categoric clonarea umană? Oare vor fi excomunicaţi de bisericile care au considerat o erezie cumplită practicarea acestui procedeu de a accede la valoarea supremă: viaţa? Dacă noua fiinţă nu va avea trăsăturile celorlalţi oameni, va fi păstrată pentru a fi expusă în grădini zoologice sau vor fi înfiinţate grădinile antropologice? Parcă s-a mai plătit cândva taxă de vizitare la ospicii! Lucrurile se întâmplau acum două secole iar îngrijitorii întărâtau bolnavii cu furcile de fier pentru a face „spectacolul" mai interesant. Oare ne vom întoarce?

Oare mâine selecţia psihologică şi examinarea pacientului va mai fi făcută de psiholog ori de psihiatru, sau de genetician sau psihogenetician, cum se va fi numind el, studiind la microscopul electronic, asistat de calculator, harta genomică a individului? Sau poate la spectrometrul de masă - psihochimistul, sau la ecranul tomografului cu emisie de pozitroni - psihoinginerul, vor pune irefutabile etichete melancolicului, maniacalului, obsesionalului sau poetului.

Toate aceste „amenințări" ale viitorului, numeroasele neîmpliniri și incertitudini ale prezentului, precum și tragediile și ororile trecute și potențiale fac utilă discuția dimensiunii etice a psihiatriei.

9.2. PSIHIATRIA - O PRACTICĂ ETICĂ

Practica psihiatrică este caracterizată de anumite incertitudini și ambiguități ce trebuiesc acceptate, dar limitate (**Chiriță V, Chiriță R, 1994**).

Responsabilitatea muncii clinice înseamnă acțiune, implicare, detașare și convingerea că ajuți pacienții (**Mechanic D, 1989**). Profesionalizarea psihiatriei și aprofundarea psihopatologiei pot să apară ca bază etică.

Cunoașterea este întotdeauna un principiu prin excelență etic în medicină și psihologie. Problema începe atunci când se pun în discuție fundamentele comportamentului social deoarece psihiatrul, așa cum arată orice analiză istorică, nu se poate opri în demersul său la determinarea strict biologică sau etiologică, ci își pune în acord activitatea cu concepțiile societății despre comportamentul social.

Există un mare număr de tulburări psihice în care nu se poate vorbi de un determinism etiologic cert. Atitudinea psihiatrului față de acestea, în special față de cele care par să aibă o determinare netă psihosocială, nu va fi una de pasivitate doar pentru că acest model nu mai este modelul medical al bolii. Implicarea terapeutică, în special atunci când este vorba de psihoterapie, devine una clar implicată în modelele normalității, acceptate la un moment dat, și legată de modelele ideologice și axiologice ale fiecărui psihiatru sau psiholog.

Cu toate posibilele nuanțe și limite, credem că acțiunea în favoarea și spre binele pacientului este calea etică și nu ruminația sterilă despre dreptul de ingerință sau imperfecțiunea sistemului diagnostic văzut ca un tablou mendeleevian.

Chiar comparată cu, să spunem, o disciplină medicală extrem de precisă cum ar fi chirurgia, psihiatria nu se va dovedi un domeniu mai puțin exact sau cu o intervenție mai neglijentă. Medicina rămâne o știință empirică, un demers al fiecărui caz și cu atât mai mult psihiatria va fi așa. Nu grupa schizofreniilor este o invenție psihiatrică, ci faptul că unul sau altul dintre psihiatri au inclus în ea în mod greșit un pacient pentru care nu existau suficiente argumente de includere. Rigoarea procustiană devine o armă împotriva psihiatriei atunci când ea operează cu un model al normalității exagerat și nu cu unul al bolii.

Este evident că excesul de zel nosografic poate lăsa cel mult fără asistența psihiatrică un număr de bolnavi și în nici un caz nu va include între „asistații" psihiatriei sănătoșii. De altfel, se exagerează mult asupra faptului că psihiatrii încearcă să *psihiatrizeze* societatea. Nu psihiatrul este cel care poate lansa comanda socială și nicăieri în lume psihiatrii sau psihologii nu sunt îndrituiți să intervină în mod activ în selectarea de pacienți.

9.2.1. DESPRE ABUZUL PSIHIATRIC

S-a vorbit și se vorbește mult de fenomenul abuzului psihiatric văzut ca un fenomen politic. Credem că trebuie foarte clar diferențiate cele două fenomene, abuzul de putere personală și „colaborationismul" care poate privi orice activitate medicală sau socială în care specialiștii aplică politici sau creează „realități paralele" cu realitatea socială. Afirmăm răspicat că acest demers nu vrea să scuze pe nimeni și nici să diminueze cu

nimic vina celor care, prăbușiți din dimensiunea morală și etică, au folosit autoritatea sau cunoștințele profesionale pentru a limita la comandă politică drepturile indivizilor sănătoși sau bolnavi în numele psihiatriei.

Fiecare trebuie să poarte răspunderea actelor sale. A face generalizări asupra psihiatriei dintr-o anumită epocă sau asupra tuturor psihiatrilor care au lucrat până în 1989 este, credem, adevăratul abuz. Nimeni nu a deschis o dezbatere incriminatorie despre felul în care ginecologii erau obligați să raporteze numărul de sarcini nou depistate cu ocazia examenelor ginecologice obligatorii.

Nimeni nu s-a întrebat și nu se întreabă de ce examenul ginecologic, de exemplu, este obligatoriu la obținerea carnetului auto. Nimeni nu se întreabă ce rațiuni inconștiente au făcut ca în România termenul de reabilitare universal recunoscut în psihiatria europeană să fie înlocuit cu cel de **resocializare** și pentru ce un institut de psihiatrie **socială** (realizat – atenție! – după căderea comunismului) are gratii la ferestre.

Revenind la celălalt tip de abuz, abuzul de putere personală în numele psihiatriei, mai frecvent și, din acest motiv, la fel de periculos ca și primul, trebuie să notăm aici câteva din principalele cauze ale acestuia:

- influența socială asupra raționamentului diagnostic
- biografiile personale și sociale ale psihiatrului
- contextul socio-cultural
- constrângeri sociale

9.2.2. DIAGNOSTIC PSIHIATRIC ȘI ETICĂ

Importanța eticii psihiatrice decurge din complexitatea aspectelor care caracterizează această specialitate medicală în care, de ce să nu recunoaștem, există mai multe incertitudini și ambiguități decât în celelalte specialități clinice.

Pentru a reliefa obligația de a cunoaște și aprofunda dimensiunea etică a actului medical în psihiatrie, să luăm mai întâi exemplul diagnosticului psihiatric.

Dintotdeauna, diagnosticul psihiatric a sedus și înspăimântat deopotrivă prin multiplele valențe pe care le presupune.

Reich W trece în revistă doar o parte dintre rolurile pe care acesta le poate juca. Astfel, diagnosticul psihiatric poate fi privit ca:

- Explicație, atenuare și disculpare
- Transformare a devianței sociale în boală
- Excludere și dezumanizare
- Ipoteză care se autoconfirmă (profeție autorealizatoare)
- Discreditare și pedeapsă.

Nu de puține ori un diagnostic de boală psihică a fost solicitat ca protecție în fața unei situații limită. Se poate evita astfel o pedeapsă penală, obține o scutire de stagiu militar, aproba un avort într-o lună mare de sarcină, obține o pensionare medicală etc.

Pe de altă parte, au existat perioade în care diagnosticul a reușit să „purifice" societatea și să liniștească angoasele puritanilor, atribuind unor comportamente inacceptabile social (ex.: homosexualitatea) explicații psihopatologice.

Unele regimuri dictatoriale au folosit eticheta bolii psihice pentru a exclude și chiar extermina indivizi sau grupuri sociale considerate „indezirabile". Pentru exemplificare, nu e nevoie decât să reamintim de perioada hitleristă sau pe cea stalinistă.

Una dintre cele mai nefericite consecințe ale unui diagnostic psihiatric rămâne însă aceea de a întări prejudecățile celor care consideră o anumită persoană „nebună". În absența unor criterii obiective bazate pe probe paraclinice, multe diagnostice psihiatrice formulate neglijent sau superficial, se pot autoconfirma prin depresia, anxietatea sau chiar reacția catastrofică pe care o pot provoca individului etichetat ca fiind bolnav psihic.

Din păcate, diagnosticul psihiatric poate fi folosit și ca o redutabilă armă de discreditare. Este suficient uneori ca medicul să „scape" un cuvânt ca schizofren, maniacal, dement, instabil emoțional, referindu-se la o persoană publică pentru ca mass-media să preia imediat cuvintele acestuia și, în acest fel, să compromită și, poate, să distrugă acea persoană.

Iată doar câteva argumente pentru a recunoaște că abuzul de diagnostic psihiatric este o problemă majoră de etică pentru că, așa cum concluziona Reich W, *el este mai întâi de toate o problemă umană care ține probabil mai puțin de coruptibilitatea membrilor profesiunii și mai curând de nevoile și de vulnerabilitățile omenești.*

În psihiatrie există o serie de legături importante între conceptele de diagnostic și etică (Reich W, 1999; Fulford KWM, 1994).

Justificarea etică pentru tratamentul psihiatric fără consimțământul pacientului se leagă direct de diagnosticul unei tulburări mintale. Acest lucru este reflectat de legile sănătății mintale privind tratamentul fără consimțământul pacientului care necesită, pe lângă un element de risc, prezența unei tulburări mintale.

În mod asemănător, în dreptul penal, apărarea bazată pe evocarea nebuniei, pe faptul că cineva care a comis o infracțiune, că nu este responsabil moral pentru acțiunile sale, se bazează pe diagnosticarea unei tulburări mintale (în general psihotică).

O mare parte a diagnosticelor diferențiale din psihiatrie au o dimensiune morală. Cel mai elocvent exemplu este diferențierea între personalitatea psihopatică (un concept medical) și delincvența (un concept moral). Alte diagnostice diferențiate din punctul de vedere medical/moral includ isteria/simularea în vederea sustragerii din fața unei responsabilități și alcoolismul/beția simplă.

Unele dintre cele mai grave abuzuri ale psihiatriei, care au fost folosite ca mijloc de control social, au fost produse prin folosirea eronată a conceptelor de diagnostic.

Aceste legături între diagnostic și etică, deși există în toată medicina, sunt mult mai evidente în cazul psihiatriei. Scuza „nebun, nu vinovat" folosită în fața legii pentru a scăpa de pedepsele legale reflectă, spre exemplu, faptul că boala implică în general pierderea simțului responsabilității.

Legătura mai accentuată între diagnostic și etică, în cazul psihiatriei, este una din particularitățile de diferențiere între boala mintală și cea somatică. Din acest punct de vedere, diferența dintre psihiatrie și restul medicinei este una de nivel.

9.2.3. TERAPIE ȘI ETICĂ

Actul terapeutic, fie că este vorba de psihoterapie sau de tratament medicamentos cuprinde, de asemenea, aspecte etice pe care orice profesionist din domeniul sănătății psihice este obligat să le cunoască.

Primul dintre aspectele etice care caracterizează relația terapeut-pacient, cu atât mai mult în psihiatrie este păstrarea confidențialității.

Confidențialitatea

Confidențialitatea este una dintre pietrele de temelie ale relației terapeutice. Încă din vremea lui **Hipocrate**, s-a considerat că medicul trebuie să păstreze secretă informația obținută de la pacient în cursul evaluării stării sale de sănătate sau de-a lungul desfășurării tratamentului său.

„Ceea ce aș putea vedea sau auzi, în cursul tratamentului sau în afara lui, despre viața pacienților, povestiri ce ar putea fi răspândite pretutindeni, lucruri rușinoase vor fi păstrate doar pentru mine, pentru a nu se vorbi despre ele".

Fiecare medic este guvernat de etica profesiei sale, care cere ca informația primită de la pacient să fie secretă.

Principiile Eticii Medicale ale Asociației Medicale Americane stabilesc următoarele: *„un medic trebuie să respecte drepturile pacienților și să protejeze informațiile confidențiale ale acestuia, în conformitate cu constrângerile legii"*. În același sens, Consiliul Asociației de Etică și Afaceri Juridice a formulat următorul enunț: *„Medicul nu trebuie să dezvăluie informații confidențiale fără consensul pacientului, cu excepția situațiilor prevăzute de lege sau în cazul protejării bunăstării individuale sau a interesului public"* (**Barbara AW; Robert MW**) .

„VIZITA SĂPTĂMÂNALĂ" – UN CAZ DE ABUZ PSIHIATRIC

O sală plină cu bolnavi și medici, studenți și psihologi.

În fața bolnavilor adunați cu forța din saloane (vizita de vineri este obligatorie!) – unii dintre ei având o mare neliniște provocată de situație, alții resemnați sau indiferenți – stă „comisia medicală". În fruntea comisiei șeful secției, un soi de Charcot dâmbovițean, care face din apelarea pacienților și prezentarea publică a acestora celorlalți pacienți, a simptomelor și tratamentului fiecăruia - un spectacol pe care îl consideră științific și ca având valențe terapeutice. Ceilalți medici din secție prezintă la rândul lor, cu zel cazurile; bolnavii nominalizați stau umili în picioare, își raportează cu jenă starea sau, uneori, nu zic nimic. Nelipsita asistentă șefă, cerberul șefului de secție, asistă satisfăcută și gata de măsuri drastice la originalul spectacol.

Experiența este de neuitat și numeroși pacienți, după externare, refuză orice contact cu secția în care au fost internați. O parte din ei cer externarea numai pentru a nu fi expuși la „spectacolul" vizitei publice. Satisfacerea fantasmelor sadice și exhibiționiste ale psihiatrilor este evidentă; justificările sunt legate de potențialul didactic al prezentării și păstrarea unei tradiții care ar disculpa psihiatrul de orice responsabilitate pe criteriul unui domeniu de excepție în care alternativele ar fi egale. *„Așa-i psihiatria. La noi se poate orice".*

Notă: Codul deontologic al Colegiului Medicilor din România prevede explicit:

Art. 14. Obiectul secretului constituie tot ceea ce medicul în calitatea lui de profesionist a aflat direct sau indirect în legătură cu viața intimă a bolnavului, a familiei, a aparținătorilor precum și problemele de diagnostic, prognostic, tratament, circumstanțe în legătură cu boala și alte diverse fapte, inclusiv rezultatul autopsiei.

Art. 145. Psihiatrii nu trebuie niciodată să-și folosească posibilitățile profesionale pentru a viola drepturile omului, sau demnitatea unei persoane cu sau fără tulburări psihice, indiferent de prejudecățile, dorințele, sentimentele și credințele personale.

Este bine cunoscut, că atunci când o persoană caută îngrijire medicală, problemele pe care el le dezvăluie sunt atât de personale, încât medicul este obligat să nu le discute decât cu persoanele direct implicate în tratamentul pacientului respectiv. Îngrijirea medicală a unei persoane poate fi importantă într-un litigiu de genul divorțului sau cazurile medico-legale. Istoricul medical al unei persoane poate interesa sistemul criminalistic al justiției, mai ales dacă persoana respectivă a fost acuzată pentru o crimă și poate influența, de asemenea, natura sentinței. În plus, mass-media este deseori interesată de problemele medicale ale persoanelor publice, de exemplu politicieni, sportivi de performanță și aceasta doar pentru a face deliciul revistelor „de scandal". Cu toate acestea, în fiecare dintre aceste circumstanțe, doar pacientul hotărăște cine este cel care are grijă de sănătatea sa și care știe detaliile privind îngrijirea și tratamentul său.

Dezvăluirile pacientului, concluziile examinării, investigațiile paraclinice, diagnostice, planurile de tratament, prognosticul sunt confidențiale și nu pot fi dezvăluite fără consimțământul pacientului, decât în cazul unei cereri făcute de autorități în numele legii. În general, informațiile medicale nu pot fi dezvăluite nici familiei acestuia fără consimțământul pacientului.

Evident că în aceeași situație, în ceea ce privește secretul profesional, se află și psihologul clinician care, direct sau indirect, află informații cu caracter confidențial în timpul examinării bolnavului psihic.

Domeniul terapeutic în care confidențialitatea are cea mai mare valoare este psihoterapia. Prin profunzimea și intimitatea pe care le capătă relația medic-pacient aflați într-un proces psihoterapeutic, aceasta devine teritoriul unor ample dezbateri despre etica psihiatrică.

Etică, transfer și contratransfer

Pârghiile care imprimă relației psihoterapeut-pacient poate cea mai intensă dinamică sunt transferul și contratransferul, care, deși caracterizează orice relație medic-pacient, în psihiatrie ele sunt extrem de puternice.

Transferul este definit de modelul general ca un set de așteptări, convingeri și răspunsuri emoționale pe care pacientul le aduce în relația medic-pacient; ele nu sunt determinate în mod necesar de cine este medicul, sau cum acționează el, ci mai degrabă pe experiențele continue pe care pacientul le-a avut de-a lungul vieții cu alte personalități. Atitudinea pacientului față de medic sau psiholog este susceptibilă să fie o repetiție a atitudinii pe care el sau ea au avut-o față de alte autorități. Această atitudine poate varia de la o atitudine bazală realistă – în care doctorul sau psihologul se așteaptă la cel mai autentic interes din partea pacientului, la o supraidealizare însoțită nu de puține ori de fantasme erotice până la una de neîncredere, așteptându-se ca medicul să fie disprețuitor și eventual abuziv.

Sunt necesare mult profesionalism și experiență pentru rezolvarea transferului pacienților. În caz contrar, exploatarea unui transfer pozitiv fără ca acest lucru să fie în scop pur terapeutic, se înscrie ca unul dintre cele mai grave abuzuri în psihiatrie.

Ce s-ar întâmpla oare dacă psihiatrul sau psihologul ar accepta favorurile sexuale ale unei paciente aflate într-un episod maniacal, fără ca aceasta, în dezinhibiția care o caracterizează, să realizeze măcar consecințele gestului pe care îl face? Sau dacă ar lăsa sau influența un astfel de pacient să-i ofere bunuri materiale, pe care acesta, din lipsa de critică și sentimentul de grandoare, i le-ar asigura cu foarte mare probabilitate? Dar dacă, aflat în fața unui pacient vârstnic cu un sindrom deteriorativ, l-ar convinge să renunțe, de exemplu, la bunurile sale imobiliare în favoarea lui?

Au existat suficiente cazuri, din păcate cât se poate de reale, ca să nu vorbim de bogata cazuistică din beletristică și cinematografie, în care psihoterapeutul, profitând de sentimentele pe care pacienta/pacientul le-a dezvoltat de-a lungul ședințelor de psihoterapie, a solicitat sau acceptat favoruri materiale sau s-a angajat în relații erotice. Uneori, în astfel de cazuri, nici nu este vorba despre premeditarea răuvoitoare a psihoterapeutului, ci de naiva credință că a găsit pe cineva sensibil, care să-i împărtășească propriile sentimente de dragoste „autentice".

Este, de fapt, vorba numai despre un contratransfer care poate lua forma sentimentelor negative, ce dezbină relația medic-pacient, dar poate, de asemenea, să devină disproporționat pozitiv, idealizând sau având reacții erotice.

Indiferent de momentul pe parcursul terapiei în care are loc o relație erotică între specialist și pacient, acest tip de legătură constituie un caz de malpraxis. Nimeni nu a stabilit cât timp ar trebui să treacă de la încheierea unei terapii pentru ca relația terapeut-pacient să redevină una „normală". Clinicianul sau terapeutul se vor afla pe un teren etic și legal mai sigur dacă aderă la principiul exprimat sintetic de **Karasu BT (1991)** „odată ce o persoană este pacient, pacient să rămână".

Așa cum pacientul are față de medic așteptări privind competența, și absența oricărei tentative de a-i exploata sau specula suferința, obiectivitate, confort, ameliorarea suferinței, medicii au adesea expectații inconștiente și nerostite față de pacienți. Dacă aceste expectații nu se îndeplinesc, chiar dacă acesta este rezultatul unei necesități inconștiente din partea medicului, pacientul poate fi blamat și perceput ca antipatic, cu care nu se poate lucra sau rău.

Câștigarea controlului conștient în relația dintre medici (psihologi) și pacienți necesită o evaluare constantă. Cu cât medicul/psihologul are o mai bună înțelegere asupra lui însuși, cu cât se simte mai sigur, cu atât e mai capabil să modifice atitudinile distructive. Terapeuții au nevoie să fie empatici, dar nu până la punctul de a-și asuma problemele pacientului sau fanteziile lor nerealiste că numai ei pot fi salvatorii lor. Ei trebuie să fie capabili să dea la o parte problemele pacienților când părăsesc cabinetul sau spitalul și nu trebuie să-și folosească pacienții ca un substitut pentru intimitate sau relații care poate le lipsesc în viața personală. În caz contrar, vor fi împiedicați în eforturile lor de a ajuta oamenii bolnavi, care au nevoie de simpatie și înțelegere, dar nu de sentimentalism sau de supraimplicare.

Psihofarmacologie și etică

Brown P accentuează punctul de vedere etic din perspectiva tratamentului medicamentos care în psihiatrie, afirma el, nu a fost analizat sistematic până la revoluția medicamentelor psihotrope.

În paralel cu apariția studiilor clinice asupra eficacității medicamentelor, farmacocineticii și psihofarmacologiei s-a înregistrat un declin global și de-a dreptul dramatic al numărului pacienților tratați în spitalele de psihiatrie.

Odată cu apariția unor psihotrope eficiente care a făcut să scadă numărul necesar de zile de spitalizare, „descarcerarea" pacienților psihici a dus la o tot mai frecventă neglijare a tratamentului în afara mediului spitalicesc. Instituțiile care se ocupau de tratamentul medicamentos s-au văzut fără o înlocuire eficientă prin mijloace terapeutice cu bază comunitară. De aceea, afirmă **Brown**, nu trebuie privit ca un paradox faptul că revoluția medicamentului a fost urmată de dispute și contribuții științifice dar și etice.

Psihotropele sunt agenți terapeutici redutabili, cu efecte secundare majore și unele dintre ele cu probleme de complianță și de dependență.

Polipragmazia le crește gradul de periculozitate, motiv pentru care sunt necesare îndelungi testări de laborator, măsuri speciale de administrare la copii, vârstnici, indivizi cu retard psiho-motor, bolnavi cu afecțiuni somatice și femei gravide sau care alăptează.

Odată cu utilizarea fenotiazinelor și a tranchilizantelor minore, riscurile tratamentului medicamentos în psihiatrie au devenit mai evidente, fie din cauza unor efecte secundare importante, fie din cauza dependenței pe care o pot induce. Simptomele de dependență sau abstinență date de tranchilizante apar la până la 40% din consumatorii cronici!

Multe colegii medicale au inclus codul eticii profesionale în practica lor, o violare a eticii medicale putând duce la sancționarea celui care a încălcat-o.

9.3. BOALA ȘI STIGMATIZAREA

Provenit din cuvântul grecesc *stigma = semn cu fierul înroșit, înțepătură*, stigma a căpătat în accepțiunea medicală semnificația de semn clinic obiectiv, considerat a releva în mod specific existența unei stări morbide.

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

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

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

Teoria stigmatelor a putut îmbrăca aspecte profund negative în plan socio-politic, fiind folosită ca „argument științific" de unele ideologii. Mai mult, sub o formă „elevată", socio-biologia contemporană încearcă transpunerea „stigmatelor" la nivel genetic, pentru a dovedi inegalitatea biologică a indivizilor. În prezent, accepțiunea termenului este mult restrânsă, recunoscându-se că anumite aspecte morfologice sunt corelate cu anumite aspecte fizice în cazul unor boli genetice, endocrine, malformații craniene, etc.

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

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

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

Scăderea autostimei, sentimentele de jenă, eşec, ratare, anxietatea şi depresia sunt doar câteva dintre stările pe care le trăieşte pacientul.

Stigma reduce accesul la pacienţilor la resurse şi diferite oportunităţi (cum ar fi un loc de muncă) şi duce la scăderea stimei de sine, la izolare şi nefericire.

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

Este una dintre datoriile psihologului, ca profesionist care lucrează în domeniul sănătăţii mintale să înlocuiască ridicolul, intoleranţa şi frica cu compasiunea, toleranţa şi solide cunoştinţe despre boala psihică.

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

Mituri care fac rău – Să le confruntăm cu realitatea!

Tulburările mintale sunt doar rodul imaginaţiei persoanei afectate?
Nu. Sunt boli reale care generează suferinţă şi disabilitate.

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

Tulburările mintale sunt determinate de slăbiciuni de caracter?
Nu. Aceste tulburări au cauze biologice, psihologice şi sociale.

- S-a demonstrat că unele gene sunt implicate în schizofrenie şi în boala Alzheimer;
- Se ştie că depresia este asociată cu modificări ale unor substanţe chimice din creier;
- Dependenţa de alcool, catalogată altădată drept un viciu decurgând dintr-o slăbiciune de caracter, este legată atât de gene cât şi de factori sociali;
- Influenţele sociale pot contribui semnificativ la dezvoltarea diverselor tulburări. Indivizii reacţionează diferit la stres. Pierderea unei persoane dragi poate determina depresie. Pierderea locului de muncă este asociată cu abuzul de alcool, suicid, depresie;
- Sărăcia extremă, războiul sunt factori care influenţează apariţia, durata şi severitatea tulburărilor mintale.

Trebuie pur şi simplu să închidem persoanele care au tulburări mintale?
Nu. Persoanele cu tulburări mintale pot funcţiona social şi nu trebuie izolate.

- Astăzi este posibil să tratăm persoanele cu tulburări mintale în diverse locuri: acasă, în clinici, în secţii psihiatrice din spitalele generale, în centre de zi;
- Reabilitarea şi reinserţia socială se poate face prin grupuri de sprijin social, locuri de muncă protejate, locuinţe protejate;
- Ca şi bolile fizice, tulburările mintale variază cu severitate, putând fi tranzitorii (cum ar fi tulburarea acută de stres), periodice (cum ar fi tulburarea afectivă bipolară, caracterizată de episoade de expansivitate, alternând cu episoade depresive) sau cronice şi progresive (cum ar fi schizofrenia).

Persoanele cu tulburări mintale nu suferă doar din cauza bolii lor, ci şi datorită stigmatizării sociale care împiedică adesea reintegrarea deplină în societate.

9.4. DREPTURILE PACIENȚILOR

În lumea întreagă se vorbește tot mai des despre drepturile pacienților, în cazul nostru despre drepturile bolnavilor psihici. Deși au existat eforturi susținute din partea specialiștilor și organizațiilor non-guvernamentale, în special a Ligii Române pentru Sănătate Mintală, pentru existența unei legi a sănătății mintale în România care să reglementeze aceste drepturi, acestea nu au fost, din păcate, până la ora actuală materializate.

În lipsa acestei legi considerăm util să prezentăm o sinteză din „Declarația asupra promovării drepturilor pacienților în Europa" elaborată în Olanda (1994) publicată în revista „Psihiatria și psihofarmacologia prezentului", editată de Asociația Medicală Română, nr. 1, 2001.

Aceasta abordează următoarele teme:

- drepturile și valorile umane în îngrijirea sănătății
- dreptul la informare al pacienților asupra bolii proprii
- consimțământul informat - condiție preliminară pentru orice intervenție medicală
- dreptul pacientului la confidențialitate
- dreptul la îngrijire și tratament de calitate și fără discriminări.

1. Drepturile umane și valorile în îngrijirea sănătății

1.1. Fiecare persoană are dreptul de a fi respectată ca ființă umană.
1.2. Fiecare persoană are dreptul la autodeterminare.
1.3. Fiecare are dreptul la integritate fizică și mintală și la securitatea persoanei sale.
1.4. Fiecare are dreptul de a pretinde respectarea intimității sale.
1.5. Fiecare are dreptul la respectarea valorilor sale morale și culturale, ca și a convingerilor sale filosofice.
1.6. Fiecare are dreptul la o protecție corespunzătoare a sănătății, asigurată prin măsuri preventive și de îngrijire a sănătății, urmărind atingerea nivelului optim de sănătate personală.

2. Dreptul la informare

2.1. Informațiile privind serviciile de sănătate și modalitatea optimă de utilizare a acestora vor fi puse la dispoziția publicului pentru ca toți cei interesați să poată beneficia de ele.
2.2. Pacienții au dreptul de a fi informați complet asupra stării lor de sănătate, inclusiv asupra unor aspecte medicale adiacente:
- asupra procedurilor medicale propuse;
- asupra riscurilor potențiale și a avantajelor pe care le incumbă fiecare procedură;
- asupra alternativelor față de procedurile propuse;
- asupra consecințelor refuzului tratamentului;
- asupra diagnosticului și eficacității tratamentului;
- asupra estimărilor prognosticului.

2.3. În mod excepțional, informația nu va fi comunicată pacientului; această situație este permisă numai atunci când există motive serioase care să argumenteze că informația ar produce pacientului o puternică agravare a stării sale.
2.4. Informația trebuie comunicată pacientului într-un mod adecvat capacității sale de înțelegere, evitând utilizarea unei terminologii tehnice de strictă specialitate.

2.5. La cererea să expresă, pacientul are dreptul să nu fie informat.
2.6. Pacientul are dreptul de a alege şi a nominaliza o persoană trebuie informată în numele său.
2.7. Pacientul are dreptul la o a doua opinie asupra stării sale şi trebuie să i se creeze posibilitatea de a o avea dacă doreşte.
2.8. La internarea într-o unitate sanitară, pacientul trebuie să fie informat asupra:
- identităţii şi statutului profesional al personalului de îngrijire care îi acordă asistenţa;
- regulilor şi regulamentelor de rutină la care trebuie să se supună pe durata internării şi îngrijirii.

2.9. La externarea din unitatea de îngrijire, pacientul are dreptul de a cere şi de a primi, în scris, rezumatul asupra diagnosticului, tratamentului şi recomandărilor privind îngrijirea ulterioară.

3. Consimţământul informat, condiţie preliminară pentru intervenţia medicală

3.1. Pacientul are dreptul de a refuza sau de a opri o intervenţie medicală. În această situaţie, medicul are datoria de a explica în detaliu implicaţiile refuzului sau opririi tratamentului asupra stării şi evoluţiei sale.
3.2. Când se impune o intervenţie medicală de urgenţă, iar pacientul nu este capabil să-şi exprime consimţământul, acesta poate fi presupus, dacă nu există date, anterior exprimate, care să ateste refuzul tratamentului şi implicit neacordarea consimţământului.
3.3. Când intervenţia medicală se impune de urgenţă, aceasta poate fi efectuată deşi nu s-a obţinut consimţământul reprezentantului legal al pacientului.
3.4. În anumite situaţii (minori sau adulţi cu responsabilitate diminuată), consimţământul trebuie acordat de reprezentantului legal al pacientului.
3.5. Când reprezentantul legal refuză acordarea consimţământului, iar medicul consideră că abordarea terapeutică este în interesul pacientului, decizia va fi solicitată tribunalului sau unei alte forme de arbitraj.
3.6. În situaţia în care:
- pacientul nu este capabil să acorde consimţământul informat:
- şi nu există un reprezentant legal al acestuia;
- şi nici un reprezentant desemnat de pacient în acest scop, decizia medicului va ţine seama de date (cunoştinţe) privind dorinţa probabilă a pacientului.

3.7. Consimţământul pacientului este necesar şi pentru prezervarea sau utilizarea produselor biologice ale corpului său în vederea diagnosticului, tratamentului şi îngrijirii sale generale.
3.8. Consimţământul informat este necesar şi în vederea participării pacientului la procesul de învăţământ medical.
3.9. Consimţământul informat este o condiţie preliminară includerii pacientului în cercetarea ştiinţifică. Astfel, pacientul nu va fi cuprins în cercetare dacă:
-nu s-a obţinut consimţământul de la reprezentantul său legal;
-cercetarea nu este în interesul pacientului.

4. Confidenţialitatea şi intimitatea

4.1. Toate informaţiile asupra stării sănătăţii pacientului:
- condiţia sa medicală,
- diagnosticul, tratamentul,
- prognosticul, precum şi
- alte informaţii de natură personală, vor fi păstrate în regim de confidenţialitate chiar şi după moartea pacientului.

4.2. Informaţia confidenţială poate fi divulgată numai pe baza:
- consimţământului explicit al pacientului;
- unei dispoziţii judiciare exprese. Consimţământul este presupus atunci când divulgarea se face către un alt membru al personalului de îngrijire implicat în tratamentul pacientului.

4.3. Toate datele ca şi produsele biologice (din care pot fi derivate date identificabile trebuie protejate ca atare. Protecţia acestor date trebuie să fie corespunzătoare modului de stocare a acestora.

4.4. Pacienţii au dreptul:
- de acces la fişele lor medicale;
- de acces la orice informaţii legate de diagnosticul, tratamentul şi îngrijirea lor;
- de a primi o copie după dosarul şi fişele medicale sau părţi din acestea;
- de a solicita corectarea, completarea, eliminarea, clarificarea şi sau aducerea la zi a datelor lor personale şi medicale care sunt necorespunzătoare, ambigue sau depăşite ori irelevante pentru diagnostic, tratament sau îngrijire.

4.5. Nu este admisă intervenţia în viaţa particulară a pacientului sau a vieţii sale de familie cu excepţia cazurilor în care aceasta este justificată de necesitatea diagnosticului, tratamentului sau îngrijirii pacientului.

4.6. Pacienţii internaţi în unităţi medicale au dreptul la înlesniri fizice care să le asigure dreptul la intimitate, îndeosebi în situaţiile în care li se acordă îngrijire personală, examinări sau tratament.

5. Dreptul la îngrijire şi tratament

5.1. Fiecare persoană are dreptul de a primi o îngrijire corespunzătoare cerinţelor sale de sănătate, inclusiv o asistenţă preventivă şi de promovare a sănătăţii. Serviciile acordate trebuie să fie:
- accesibile,
- permanente,
- echitabile,
- fără discriminări,
- în conformitate cu resursele financiare, umane şi materiale într-o societate dată.

5.2. Pacienţii au dreptul colectiv la o formă de reprezentare la fiecare nivel al sistemului de îngrijire în probleme referitoare la:
- planificarea serviciilor,
- evaluarea serviciilor,
- gama şi calitatea îngrijirilor acordate.

5.3. Pacienţii au dreptul la îngrijiri ilustrate prin:
- existenţa unor standarde mai înalte de calitate;
- bune relaţii interumane cu personalul sanitar.

5.4. Pacienţii au dreptul la continuitate în îngrijire, inclusiv la cooperare între:
- toţi cei care acordă servicii de îngrijire,
- unităţile care pot fi implicate în diagnosticul, tratamentul sau îngrijirea lor.

5.5. În condiţiile în care personalul medical trebuie să aleagă pacienţii potenţiali pentru un anumit tratament pentru care nu există suficiente posibilităţi de acoperire a cererii, toţi pacienţii respectivi au dreptul la o procedură de selecţie corectă pentru acel tratament. Alegerea trebuie să fie:
- bazată pe criterii medicale,
- făcută fără discriminări.

5.6. Pacienţii au dreptul să-şi aleagă sau să-şi schimbe medicul sau alt personal de îngrijire a sănătăţii sau unitatea medicală, cu condiţia ca această alegere să fie compatibilă cu modul de funcţionare a sistemului de îngrijire a sănătăţii.
5.7. Pacienţii pentru care nu mai există motive medicale de prelungire a spitalizării sunt îndreptăţiţi să primească explicaţii exhaustive înainte de a fi transferaţi într-o altă unitate sau trimişi acasă. Transferul poate avea loc numai după ce unitatea primitoare şi-a exprimat acordul pentru primirea pacientului. Atunci când pacientul este externat, dar condiţia sa o cere, vor fi asigurate servicii la domiciliu.
5.8. Pacienţii au dreptul să fie trataţi cu demnitate în legătură cu diagnosticul, tratamentul şi îngrijirea lor, în respectul pentru valorile culturale.
5.9. Pacienţii au dreptul de a se bucura de sprijinul familiei, rudelor şi prietenilor în timpul îngrijirii şi tratamentului şi de a primi sprijin spiritual şi îndrumare tot timpul.
5.10. Pacienţii au dreptul la uşurarea suferinţelor lor în conformitate cu stadiul actual al dezvoltării ştiinţei.
5.11. Pacienţii au dreptul la o îngrijire umană şi dreptul de a muri în demnitate.

BIBLIOGRAFIE

1. *** **Toward an Integrated Medicine - Classics From *Psychosomatic Medicine*, 1959-1979.** Ed. American Psychiatric Press, Inc., Washington DC, 1995.

2. **Ackerman, AD; Lyons, JS; Hamner, JS et al.** *The impact of coexisting depression and timing of psychiatric consultation on medical patients length of stay.* Hosp Community Psychiatry 39:173-176, 1988.

3. **Alexandrescu, LC.** *Clasificarea stresului psihic.* Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie și Psihologie Medicală, serie nouă, 2-3/1993, Asociația Medicală Română, București, 1993.

4. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Men al Disorders. 4th Ed. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.

5. **American Psychiatric Association.** Practice Guidelines. Ed. Washington DC, American Psychiatric Association, 1996.

6. **Andreasen, NC.** Posttraumatic Stress Disorder, in Comprehensive Textbook of Psychiatry. Edited by Kaplan HI, Freedman AM, Sadok BJ Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1980, pp1517-1525.

7. **Andreasen, NC; Barclach, J.** *Dysmorphophobia: Symptom of disease?* Am J Psychiatry, 134:673-676, 1977.

8. **Andrei, N.** Dicționar etimologic de termeni științifici. Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1987.

9. **Archea, J.** *Social structure, burnout, and job satisfaction.* Soc-Work, May 1991.

10. **Athanasiu, A.** Elemente de psihologie medicală. Ed. Medicală, București, 1983.

11. **Azorin, JM.** *(Managsment of somatization in depression).* Encephale, Dec. 1995, 21 Spec. no 7: 17-22.

12. **Bailly, D; Parquet J.** *Une conduite addictive: la tentative de suicide;* dans Les nouvelles adictions, Ed. Masson, Paris, 1991.

13. **Baker, PG.** *Munchausen's syndrome. Still alive and well.* Aust Fam Physician 1999 Aug; 28(8): 805-7.

14. **Baker, WY; Smith, SH.** *Facial disfigurement and personality.* JAMA, 112:301-304, 1993.

15. **Barcenniader, M.** *Gedachtnisschwache.* Wien Med Wochenschr, 1996, 146 (17) pp482.

16. **Baltăceanu-Stoinici, C.** Geriatrie practică. Ed. Medicală Amaltea, București, 1998.

17. **Beaudichon, J.** La communication. Processus, formes et application, Armand Colin, Paris, 1999.

18. **Bergeret, J.** La dépression et les etats-limites. Ed. Payot, Paris, 1974.

19. **Bergeret, J.** Psychologie pathologique, theorique et clinique, 8e edition. Ed. Masson, Paris, 2000.

20. **Bernard, P; Trouve, S.** Semiologie psychiatrique. Ed. Masson, Paris, 1977.

21. **Bourgeon, G.** Qu'est-ce que la psychologie medicale? Institut Synthélabo, Paris, 1999.

22. **Brodkwell, B.** *No Margin, No Mission.* JAMA: The Journal of the American Medical Association, 271(19):1466, 1994, May 18.

23. **Bloch, S; Chodoff.** Etică psihiatrică, ediția a 2-a. Ed. APLR și GIP, București, 2000.

24. **Bohnen, N; Jolles, J; Verhey, FR.** *Persistent neuropsychological deficits in cervical whiplash patients without direct headstrike.* Acta Neurol Belg, 1993, 93 (1) pp23-31.

25. **Boswich, MD; Rundell, JR.** *Suicidality,* pp138-162, in Text book of Consultation-Liaison Psychiatry, Inc.Washington DC, 1997.

26. **Botezat Antonescu, L.** *Suicidul în România.* Mental Health, Societies and Cultures, Bucharest, Roumanie, 19-23 Mai 1992.

27. **Bourrouse, M; Baldue, A; Ratle, B.** *Signs, symptoms and prevention of professional burnout.* J-Dent-Que, Sep.1990.

28. **Bracken, P., Thomas, P.** *A new debate on mental health.* Open Mind 1998; 89: 17.

29. **Bracken, P; Thomas, P.** *Postpsychiatry: a new direction for mental health,* BMJ 2001; 322: 724-727.

30. **Brătescu, G.** Hipocratismul de-a lungul secolelor. Ed. Științifică, 1986.

31. **Brânzei, P.** Itinerar psihiatric. Ed. Junimea, Iași, 1975.

32. Briley, M; Montgomery, S. Antidepressant therapy. Ed. Martin Dunitz, London, 1999.
33. Brill, NQ. *Family psychotherapy of the patient with chronic organic brain syndrome.* Psychiatric Annals, 14.121-129, 1984.
34. Brisset, Ch. (sous la direction). Quelle psychiatrie, quels psychiatres pour demain? Ed. Privat, Toulouse, 1984.
35. Britchnell, SA. *Dysmorphophobia: A centenary discussion.* Br. J. Psychiatry, 153: 41-43, 1988 (suppl.2).
36. Buckley, PF. *Substance abuse in schizophrenia: a review.* J Clin Psychiatry. 1998; 59: (3)26-30.
37. Burbiel, I; Jeanneau, M; Losinskya, E; Wied, V. *The treatment ideology dimensions of the burn-out syndrome in psychiatric institutions,* 11-th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP INC.BERN, Munich, Germany, March 4-8, 1997.
38. Butoi, T; Iftenie, V; Boroi, A; Butoi, A. Sinuciderea un paradox - considerații psiho-sociologice, bio-medicale și juridice. Ed. Ș tiințelor Medicale, București.
39. Bychowski, G. *Disorders of the body image in the clinical picture of the psychoses.* J Nerv Ment Dis, 97:310-334, 1943.
40. Caïn, J. Le champ psychosomatique. Ed. Presses Universitaires de France, Paris, 1990.
41. Caïn, J. Le symptome psycho-somatique - recherche et perspectives a partir de quelques cas cliniques. Ed. Privat, Toulouse, 1971.
42. Caïn, J. Psihanaliză și psihosomatică. Ed. Trei, Iași, 1998.
43. Cathebras, P; Bouchou, K; Charmion, S; Rousset, H. *Le syndrome de fatigue chronique: une revue critique.* Rev Med Interne, Apr. 1993, 14 (4) pp 233-42.
44. Chambers, R. *Avoiding burnout in general practice,* Br-J-Gen-Pract, Nov 1993.
45. Chelcea, S. Experimentul în psihologie. Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1982.
46. Cheng, TO. *Münchausen syndrome.* J Intern Med 1999 May;245(5):544-5.
47. Chirilă, V; Chirilă, R. Etică și psihiatrie. Ed. Synposion, Iași, 1994.
48. Christenson, GA; Mackenzie, TB. *Trichotillomania.* In Handbook of Prescriptive Treatments for Adults. Edited by Hersen M, Ammerman RT. New York, Plenum Press, 1994.
49. Cloninger, C; Guze, MR, et al. *Diagnosis and prognosis in schizophrenia.* Arch Gen Psychiatry. 1985; 42:15-25.
50. Cloninger, RC. *Somatoform Disorders and Personality in the General Population and in Psychiatric Outpatients.* 8-th ECNP Congress, Veneția, 1995.
51. Cociorva, G; Niculă iță, A; Tudose, F. *Sindromul de burnout - suferința epidemică a medicilor din România.* Revista Infomedica, nr.6, anul V, 1997, pp34-36.
52. Cohen, LJ; Hollander, E; Badarucco, MA. *What the eyes can't see: Diagnosis and treatment of somatic obsessions and delusions.* Harvard Review of Psychiatry, 2:5-9, 1994.
53. Coleman, JC; Broen, WE. Jr. Abnormal Psychology and Modern Life - fourth edition, London, 1979.
54. Collier, JAB; Longmore, JM; Hodgetts, TJ. Manual de medicină clinică - specialități. Ed. Medicală, București, 1997.
55. Constantinescu, D; Manea, M; Ene, F. Incursiuni în problematica alcoolismului. Ed. Tehnică, București, 2001.
56. Corbella, T; Rossi, L. *La dysmorphophobie, ses aspects cliniques et nosographiques.* Acta Neuro Psychiatr Belg, 67:691-700, 1967.
57. Cornuțiu, G. Bazele psihologice ale practicii medicale. Ed. Imprimeriei de Vest, Oradea, 1998.
58. Cosman, D. Sinuciderea - studiu în perspectivă biopsihosocială. Ed. Risoprint, Cluj-Napoca, 1999.
59. Cotterill, JA. *Body dismorfic disorder.* Dermatol Clin, Jul 1996, 14(3): 437-63.
60. Cottraux, J. Les therapies cognitives. Ed. Imprimerie France Quercy, Paris, August 1998.
61. Crocq, L. *Les recherches sur la fatigue en France dans les vingt dernieres annees.* Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp615-8.
62. Crow, SJ; Mitchell, JE. *Rational therapy of eating disorders.* Drugs, 1994, 48(3): 372-9.
63. Cucu, Cl. Psihologie medicală. Ed. Litera, București, 1980.
64. Denizet, R. *(Stress theories and the somatization process).* Encephale, Dec 1995, 21 Spec. no 7: 3-9.
65. Davis, C; Yager, J. *Transcultural aspects of eating disorders: a critical literature review.* Cult Med Psychiatry, 1992, 16: 377-94.

66. **Debray, Q;** Gheorghe, D; Ionescu, A. Psihopatologie de l'adulte. Ed. Masson, Paris, 2000.
67. **Degonda, M;** Angst, J. *The Zurich study. XX. Social phobia and agoraphobia.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 1992, 242 (2) pp98-102.
68. **Delrieh, H.** *Uber agoraphobophobie (Mibgestaltkurchit.* Arch Psychiatr Nervenkr 203:611-618, 1962.
69. **Delouvs, C.** Le corps entre biologie et psychanalyse. Ed. Payot, 1986.
70. **Dendker, P; Ganny, H.** *Une echelle pour evaluer la psychasthenie.* Encephale, May-Jun 1992, 18 (3) pp247-50.
71. **Didier,** J. Dictionnaire de la philosophie. Ed. Larousse, 1988.
72. **Dorian, B;** Garfinkel, PE. *Stress, immunity and illness - a review.* Psychol Med, 1987, 17: 393-407.
73. **Dragomirescu, V;** Hangeanu, O; Predescanu, D. Expertiza medico-legală psihiatrică. Ed. Medicală, Bucureşti, 1990.
74. **Eckhardt-Henn,** A. *Factitious disorders and Münchausen's syndrome. The state of research.* Nervenarzt Psychosom Med Psychol 1997 Mar-Apr;49(3-4):175-89.
75. **Eckhardt, A; Hoffmann, O;** Hartmann, U; Uhlenhuth, G; Hartmann, O; **Hoffmann, SO;** Hartz, D. *Panic and anxiety disorders - results of interdisciplinary evaluation.* Laryngorhinootologie, Sep 1996, 75 (9), 517-22.
76. Enăchescu, C. Tratat de psihopatologie, ediţia a II-a revăzută şi adăugită. Ed. Tehnică, Bucureşti, 2001.
77. Esterescu, M. Dicţionar de psihiatrie. Ed. Dacia, Cluj, 1981.
78. Fergel, D. *Helplessness.* In: The Comprehensive Handbook of Psychiatry. Edited by Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. Williams & Wilkins, 1980, p711-71c.
79. Fleischhacker, W. *A review of concentration, its pathophysiology and management.* Psychopharmacol Bull 1992, 28(4), 439-52.
80. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
81. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
82. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
83. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
84. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
85. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
86. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
87. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
88. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
89. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
90. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
91. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
92. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
93. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
94. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
95. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
96. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
97. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
98. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
99. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
100. Freud, S. Introducere în psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.

99. Garrabe, J; Pascal, C; Kipman, SD; Jouselin, D. Images de la psychiatrie. Ed. Frison-Roche, Paris, 1996.
100. Gelder, M; Lopez-Ibor, J; Andreasen, N. New Oxford Textbook of Psychiatry. Ed. Oxford University Press, New York, 2000.
101. Glass, R; Mulvihill, M; Smith, H et al. *The 4-score: an index for predicting a patients non-medical hospital days.* Am J Public Health, 8:751-755, 1978.
102. Gluzman, S. On soviet totalitarian psychiatry. Ed. IAPUP, Amsterdam, 1989.
103. Goldberg, D. Ghid de psihiatrie practică. Ed. Fundației PRO, București, 1999.
104. Goldberg, D.; Benjamin S.; Creed F. Psychiatry in medical practice. Ed. Richard Clay Ltd., Bungay, Sulffolk, 1991.
105. Goldberg, RJ. Practical Guide to the Care of the Psychiatric Patient, Mosby, Missouri, 1995.
106. Goldstein, MZ. Family Involvement in the treatment of schizophrenia. Ed. APA, Washington DC, 1986.
107. Gorgos, C; Tudose, C; Tudose, F; Botezat Antonescu, I; Botezat Antonescu, L. Vademecum în psihiatrie. Ed. Medicală, București, 1985.
108. Gorgos, C; Tudose, F și alții. Dicționar enciclopedic de psihiatrie vol. I-IV. Ed. Medicală, București, 1986-1990.
109. Gorgos, C; Tudose, F. Depresia mascată. Infomedica, vol. I, nr.1, iulie 1993, pp8-9.
110. Gori, RC; Poinso, Y. Dictionnaire pratique de psychopathologie. Ed. Universitaires, Paris, 1972.
111. Govoni, S; Bellis, CL; Trabucchi, M. Dementias - Biological Bases and Clinical Approach to Treatment. Ed. Springer, Milano, 1999.
112. Grecu, G; Grecu-Gabos, I; Grecu-Gabos, M. Depresia: aspecte istorice, etiopatogenice, clinice și terapeutico-profilactice. Ed. Ardealul, Tg. Mureș, 2000.
113. Green, BL. *Psychosocial research in traumatic stress: an update.* J Trauma Stress, 7:341-362, 1994.
114. Greimas, A; Fontanille, J. Semiotica pasiunilor. Ed. Scripta, București, 1997.
115. Grunhaus, L; Greden, J. Severe Depressive Disorders. Ed. American Psychiatric Press, Washington DC, 1994.
116. Hackett, T; Cassem, N. The Massachusetts General Hospital Handbook of Psychiatry. St.Louis, MO, Mosby, 1979.
117. Haleris, A. *The Medical Psychiatry Continuum, Congress News in Press,* Athens, 16-20 April, 1999.
118. Hamburg, D; Sartorius, N. Health and Behaviour: selected perspectives. World Health Organization, Cambridge University Press, Geneva, 1989.
119. Hamburger, J. La puissance et la fragilite. Ed. Flammarion, Paris, 1972.
120. Hamilton, M. Psychopathology of depressions: quantitative aspects, section of clinical psychopathology. Ed.WPA Symposium, 1979.
121. Hanninen, T; Reinikainen, KJ; Helkala, EL; Koivisto, K; Mykkanen, L; Laakso, M; Pyorala, K. *Subjective memory complaints and personality traits in normal elderly subjects.* J Am Geriatr Soc, Jan 1994, 42 (1) pp1-4.
122. Harvey, R; Fox, N; Rossor, M. Dementia HandBook. Ed. Martin Duntiz, London, 1999.
123. Hay, GG. *Dysmorphophobia.* Br J Psychiatry, 116:399-406, 1970.
124. Henry, JP; Stephens, PM. Stress, Health and the Social Environment: A Sociobiologic Approach, Ed. Springer-Verlag, New York, 1977.
125. Hermant, G. Le corps et sa memoire. Ed. Doin, Paris, 1986.
126. Hersch, J. Mirarea filosofică. Ed. Humanitas, 1994.
127. Hippocrat. Texte alese. Ed. Medicală, București, 1960.
128. Holahan, CJ; Moos, RH; Schafer, JA. Handbook of Coping. Theory, Research, Applications. John Wiley and Sons, Inc., New-York, 1996.
129. Hollander, E; Phillips, K. Body image and experience disorders, in Obsessive-Compulsive Related Disorders. Edited by Hollander E., American Psychiatric Press, Washington, DC, 1993.
130. Holmes, D. Abnormal Psychology. Ed. Harper Collins Publishers, New York, 1991.
131. Holmes, GP; Kaplan, JE; Gantz, NM et al. *Chronic fatigue syndrome: a working case definition.* Ann Intern Med, 1988, 108:387-389.
132. Horney, K. Personalitatea nevrotică a epocii noastre. Ed. IRI, Cluj, 1996.
133. Huber, W. L'homme psychopathologique et la psychologie clinique. Presses Universitaires de France, Paris, 1993

134. Huber, W. Psihoterapiile - Terapia potrivită fiecă rui pacient. Ed. Știință și Tehnică, București, 1997.
135. Hyman SE; Jenike MA. Manual of Clinical Problems in Psychiatry. Little, Brown, and company, Boston, 1990.
136. Iamandescu, IB. Elemente de psihosomatică generală și aplicată. Ed. Infomedica, București, 1999.
137. Iamandescu, IB. Manual de psihologie medicală. Ed. Infomedica, București, 1995.
138. Iamandescu, IB. Stresul psihic din perspectivă psihologică și psihosomatică. Ed. Infomedica, București, 2002.
139. ICD10. Clasificarea tulburărilor mintale și de comportament. Ed. All, București, 1998.
140. Igoin-Apfelbaum, L. *Psychopathologie clinique de la boulimie.* Confrontations Psychiatr., 31, pp165-176, 1989.
141. Ionescu, G. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) - o taxinomie psihiatrică atecretică, pragmatică, nontradițională, revoluționară.* Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie și Psihologie Medicală - serie nouă, 1/1993.
142. Ionescu, G. *Etiologia depresiilor din perspectivă psihopatogenică.* Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie și Psihologie Medicală - serie nouă, 2-3/1993, Asociația Medicală Română, București, 1993.
143. Ionescu, G. Introducere în psihologia medicală. Ed. Științifică, București, 1973.
144. Ionescu, G. Psihiatrie clinică standardizată și codificată. Ed. Univers Enciclopedic, București, 2000.
145. Ionescu, G. Psihosomatica. Ed. Științifică și Enciclopedică, 1975.
146. Ionescu, G. Tratat de psihologie medicală și psihoterapie. Ed. Asklepios, București, 1995.
147. Ionescu, G. Tulburările personalității. Ed. Asklepios, București, 1997.
148. Jacquet, MM. L'alcoolique, son corp et l'autre. These de doctorat, Paris, 1987.
149. Ionescu, Ş. Quatorze approches de la psychopathologie. 2-e edition, Paris, Nathan-Universite, 1995.
150. Ionescu, Ş; Jacquet, MM; Lhete, C. Les Mechanismes de defense, theorie et clinique. Nathan-Universite, Paris, 1997.
151. Jones, RR; Wise, MG. Textbook of consultation - liaison psychiatry. American psychiatry Press Inc., N.W., Washington DC, 1996.
152. Jamison, KR. Touched with fire. Ed. Free Press, New York, 1993.
153. Janca, A. *WHO International Study of Somatoform Disorders a Review of Methods and Results.* 8-th ECNP Congress, Venetia, 1995.
154. Jankelevich, V. Tratat despre moarte. Ed. Amarcord, Timișoara, 2000.
155. Jaspers, K. Psychopathologie generale. Ed. Felix Alcan, Paris, 1933.
156. Jeddi, E. (sub direcția). Le corps en psychiatrie. Ed. Masson, 1982.
157. Jonas, HS; Etzel, SI; Barzansky, B. *Educational Programs in US Medical Schools,* 1993-JAMA: The Journal of the American Medical Association, 272(9):694-701, September 7 1994.
158. Jones, P; Cannon, M. *The new epidemiology of schizophrenia.* The Psychiatric Clinics of North America.1998;21(1):1-25.
159. Judd, FK; Burrows, GD; Lipsitt, DR. Handbook of studies on general hospital psychiatry. Elsevier Science Publishers Biomedical Division, Amsterdam, 1991.
160. Juntunen, J. *Neurotoxic syndromes and occupational exposure to solvents.* Environ Res, Jan 1993, 60 (1) pp98-111.
161. Kabanov, MM. *Ideology, Politics and Psychiatry.* Dynamische Psychiatrie, 29. Jahrgang, 5.-6. Heft 1996, Nr.160/161, pp309-316.
162. Kaiser, R; Vollmer, H; Schmidtke, K; Rauer, S; Berger, W; Gores, D. *Verlauf und Prognose der FSME.* Nervenarzt, Apr 1997, 68 (4) pp324-30.
163. Kaplan, HI; Sadock, BJ. Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Ediția a-VIII-a, Williams and Wilkins, Baltimore, 1997.
164. Katschnig, H; Freeman, H; Sartorius, N. Quality of life in mental disorders. Ed. John Wiley & Sons, London, 1998.
165. Keiser, L. The Traumatic Neurosis. Ed. JB Lippincott, Philadelphia, PA, 1996.
166. Kennedy, HG. *Fatigue and fatigability.* Br J Psychiatry, 1988; 153: 1-5.
167. Kierkegaard, S. Vinovat? Nevinovat? Ed. Masina de scris, București, 2000.
168. Kinzie, JD; Goetz, RR. *A century of controversy surrounding posttraumatic stress stress-spectrum syndromes: the impact on DSM-III and DSM-IV.* J Trauma Stress, Apr 1996, 9 (2) pp159-79.
169. Kraus, A. *Phenomenologic analysis of somatic symptoms in melancholia.* Encephale, Dec 1995, 21 Spec. no 7: 11-15.

170. Kruse, ...; Dale, J; Sands, SE. *Psychiatric diagnoses in patients who have chronic fatigue syndrome.* J Clin Psychiatry, 1989, 50: 53-56.
171. Lacey, J; Bancroft, J. *Body image and its disturbances.* J Psychosom Res, 32: p53-62, 1988.
172. Lanteri-Laura, G. *La psychasthénie-historie et évolution d'un remploi de l'anxiété.* Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp551-7.
173. Laplanche, J; Pontalis, JB. Vocabular de psihanaliză. Ed. Humanitas, Bucureşti, 1994.
174. Larousse Dictionar de psihiatrie şi psihologie clinică. Ed. Univers enciclopedic, Bucureşti, 1998.
175. Lauderdale, M. Burnout. Ed. Saunders, Philadelphia, 1988.
176. Lăzărescu, M. Calitatea vieţii în psihiatrie. Ed. Infomedica, Bucureşti, 1999.
177. Lăzărescu, M. Introducere în psihologia şi antropologia artei. Ed. Facla, Timişoara, 1979.
178. Lăzărescu, M. Psihopatologie clinică. Ed. Helicon, Timişoara, 1994.
179. Lăzărescu, M; Mireşan, V. Curs şi îndrumător de psihiatrie. Ed. Litotipia, 1994.
180. Lăzărescu, M; Ciobotaru, D. Îndreptar de psihiatrie. Ed. Helicon, Timişoara, 1994.
181. Leonhard, K; Weitzer, B. *La neurasthénie et la thymasthénie.* Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp559-62.
182. Lee, S. *Culturally sensitive psychiatric nosology: the 1993 Chinese International classification of mental disorders.* Can J Psychiatry, Dec 1994, 39 (10 Suppl 2): pp42-47.
183. Lee, S; Leung, KC. *Neurasthenia: the illness concerns of shanghai psychiatric outpatients and Chinese undergraduates in Hong Kong.* Can J Psychiatry, Nov 1994, 39 (9): pp515-19.
184. Legeron, M; Clerget, P. *La depression et le vieillissement.* Encephale, Sep 1993, 19 Spec No 3 pp511-6.
185. Lemperière, Th (sous la direction). Aspects evolutifs de la dépression. Progrès en Psychiatrie et d'Information sur la Dépression. Ed. Masson, Paris, 1996.
186. Lemperière, Th (sous la direction). Les dépressions résistantes. Ed. Masson, 1997.
187. Levenson, JL; Golenser, O. Le rêve, entre le normal et le pathologique. Psychosomatic classification of illness. Psychosomatics, 1992, 27: 575-579, 1987.
188. Levitan, ...; Kennedy, D. Clinical ... Nelson ... Psychosomatics, 138:790-793, 1967.
189. Lilow, JA. Ordinul ... Bucureşti, 2000. Pearl, D. Psychosomatic Company, New York, 1955.
190. Lipsey, Mark W. ... Statistics, Basic ... Sage Publications, ... Thousand Oaks, ...
191. Lishman, WA. Organic psychiatry: the psychological consequences of cerebral disorder. Third edition. Blackwell Scientific, London, 1997.
192. Lowe, Ben; Freeman, A; Senior, J. Dysthymia: a comparison of DSM-IV and ICD-10 ... and issues in differential diagnosis. Acta ... Scand Suppl, 1994, 381: 70-8.
193. Lozano, ... *dismorfofobia.* El cuerpo ... Hispanoamericana, Buenos ... 1994, pp1-20.
194. Lupaşcu, ... Bazele ... practice în ... Medicale, ...
195. Lupaşcu Rodica, E; Pavel, D. ... Metodele ... stresul - strategii de înfrângere a anxietăţii, editia a ... Medicală, Bucureşti, 1996.
196. Maisondieu, J; Rex, C; ... Assessment of ... psychopathology and ... psychiatry. Ed. ... Press, London, ...
197. Maj, M; Sartorius, N. ... Wiley & Sons ... Chichester, ... Baltimore, 1994.
198. Maj, M; Marneros, A; ... Sartorius, London, 2000.
199. Marinescu, D. ... Ed. Aius ... Craiova, ...
200. Marinescu, D. ... moderna. Ed. Medicală, Bucureşti, sub tipar.
201. Marinescu, D. ... Craiova, 2001.
202. Marinescu, D. ... medicină şi farmacie, ...
203. Marinescu, D; ... *Medicine.* Archives of ... Medicine, ...
204. Marinescu, D; ... *ventilatorie.* ...

205. Matsuno, T; Hikita, K; Matsuo, T. *Chronic fatigue syndrome and psychiatric diseases.* Nippon Rinsho, May 1994, 52 (5) pp1339-44.
206. Mayou, R; Hawton, K; Feldman, E et al. *Psychiatric problems among medical admissions.* Int J Psychiatry Med, 21:71-84, 1991.
207. Mărgineanu, N. Condiția umană. Ed. Științifică, București, 1973.
208. Meggle, D. Les therapies breves. Ed. Retz, Paris, 1990.
209. Menninger, J. Men against himself, ed. Harcourt, New York, 1938.
210. Merikangas, K; Angst, J. *Neurasthenia in a longitudinal cohort study of young adults.* Psychol Med, Nov 1994, 24 (4) pp1013-24.
211. Mihăescu, V (sub redacția). Psihoterapie și psihosomatică. Ed. Polirom, Iași, 1996.
212. Mincowski, E. Traité de psychopathologie, vol. I, II. Ed. Presses Universitaires de France, Paris, 1966.
213. Miroiu, M. Convenio - Despre natură, femei și morală. Ed. Alternative, București, 1996.
214. Mitchell, JE; Raymond, N; Specker, S. *A review of the controlled trials of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa.* Int J Eating Dis, 1993; 14(3): 229-47.
215. Moscicki-Ek. *Epidemiology of suicidal behavior;* Suicide-Life-Threat-Behav., 1995 Spring; 25(1): 22-35.
216. Musa, CZ; Lepine, JP; Teodorescu, R. *Cercetare fundamentală, modele și intervenții cognitive în fobia socială.* Revista Română de Psihiatrie, seria III, vol. III, Nr. 3-4, 2001.
217. Nakdimen, A. *A neglected reference.* Am J Psychiatry, 134:1313-1316, 1977.
218. Nemoianu, V. Simptome. Ed. Institutul European, Iași, 1995.
219. Nijenhuis, ER; Spinhoven, P; Van Dyck, R; Van der Hart, O; Vanderlinden, J. *The development and psychometric characteristical of the Somatoform Dissociations Questionnaire (SDQ-20).* J-Nerv-Ment-Dis, Nov 1996; 184(11): 688-94.
220. Nireștean, A (sub redacția). Personalitatea normală și patologică. Tulburări anxioase și de dispoziție. Ed. Prisma, Tg. Mureș, 2001.
221. Nireștean, A; Ardelean M. Personalitate și profesie. Ed. University Press, Târgu Mureș, 2001.
222. Oman, AA. *Psihoza hipocondriacă unisimptomatică (P.H.U.).* The British Journal of Psychiatry, Sep 1991, vol.159 pp428-430.
223. Pasqualone, GA; Fitzgerald, SM. *Münchausen by proxy syndrome: the forensic challenge of recognition, diagnosis, and reporting.* Crit Care Nurs Q 1999, May; 22(1):52-64; quiz 90-1.
224. Pelicier, Y. *Les concepts d'asthenie et de fatigue.* Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp541-4.
225. Phillips, KA. *Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment of imagined ugliness.* J-Clin-Psychiatry, 1996, 57 Suppl 8: 61-4; discussion 65.
226. Phillips, KA. *Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder.* Psychopharmacol-Bull, 1996, 32(4): 597-605.
227. Piaget, J. Biologie și cunoaștere. Ed. Dacia, Cluj, 1971.
228. Pichot, P. *La neurasthenie, hier et aujourd'hui.* Encephale, 20 Spec No 3 pp545-9, Nov 1994.
229. Pichot, P. *Panique: attaque et trouble. Historique du mot et des concepts.* Encephale, Dec 1996, 22 Spec No 5 pp3-8.
230. Piedmont, RL. *A longitudinal analysis of burnout in the health care setting: the role of personal dispositions,* J-Pers-Assess, Dec.1993.
231. Pieron, H. Vocabularul psihologiei. Ed. Univers Enciclopedic, București, 2001.
232. Pirozynski, T. Elemente de psihologie medicală și logopedie. Clinica de Psihiatrie, Institutul de Medicină și Farmacie, Iași, 1984.
233. Platon. Opere, vol. IV. Ed. Științifică și Enciclopedică, 1983.
234. Popper, KR. Cunoașterea și problema raportului corp-minte. Ed. Trei, București, 1997.
235. Porot, A; Porot, M. Toxicomaniile. Ed. Științifică, București, 1999.
236. Portegijs, PJ; Van-der-Horst, FG; Proot, IM; Kraan, HF; Gunther, NC; Knotterus, JA. *Somatization in frequent attenders of general practice.* Soc-Psychiatry-Psychiatr-Epidemiol, Jan 1996; 31(1):29-37.
237. Postel, J. Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. References Larousse, Paris, 1993.
238. Predescu, V (sub redacția). Psihiatrie, vol. 1. Ed. Medicală, București, 1989.
239. Predescu, V (sub redacția). Psihiatrie, vol. 2, Ed. Medicală, București, 1997.

240. Predescu, V; Alexandru, S; Prelipceanu, D; Ionescu, R; Tudose, C; Tudose, F. *Aspecte psihopatologice şi etiopatogenice ale nosologiei psihiatrice la adolescent şi adultul tânăr.* Revista de Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie nr. 3, Iul-Sep 1984.

241. Predescu, V; Prelipceanu, D; Alexandrescu, I; Tudose, C. *Limite şi perspective în patologia nevrotică (referat general).* a XIII-a Consfătuire Naţională de Psihiatrie; Bucureşti, 11-14 Mai 1988.

242. Prelipceanu, D şi colab. Ghid de tratament în abuzul de substanţe psihoactive. Ed. Infomedica, Bucureşti, 2001.

243. Prelipceanu, D; Mihailescu, R; Teodorescu, R. Tratat de sănătate mintală vol I. Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 2000.

244. Priest, RG; Bullock, T; Lynch, SP; Roberts, M; Steinert, J; Vize, C. *Les etats depressifs et les syndromes d'asthenie chronique en medecine praticienne.* Encephale, Nov 1994, 20 Spec No 3 pp571-4.

245. Pulver, AE, et al. *Risk factors in Schizophrenia: season of birth, gender and familial risk.* British J of Psychiatry. 1992;160:65-71.

246. Răşcanu, R. Neuropsihofiziologia devianţei la adolescenţi şi tineri. Ed. Actami, Bucureşti, 1999.

247. Răşcanu, R. Psihologie medicală şi asistenţă socială, Ed. Societatea Ştiinţă şi Tehnică, Bucureşti, 1996.

248. Ran, R; Bromet, EJ; Eaton, WW; Pato, C; Schwarz, JE. *The natural course of schizophrenia: a review of first-admission studies.* Schizophrenia Bull. 1992;18(2):185-207.

249. Rasmussen, SA. *Obsessive compulsive disorder in dermatologic practice.* J Am Acad Dermatol, 13: 965-967, 1986.

250. Rastian, A. Patologie Informaţională. Ed. Academiei Române, Bucureşti, 1997.

251. Richter, G. *Evenimente stresante de viaţă şi suportul social. Semnificaţia lor pentru tulburări depresive,* pp 94-107 în Depresii - noi perspective (sub redacţia Vraşti R, Eisemann M.), Ed. All, Bucureşti, 1996.

252. Rief, W; Heuser, J; Mayrhuber, E; Stelzer, I; Hiller, W; Fichter, MM. *The classification of multiple somatoform symptom.* J-Nerv-Ment-Dis, Nov 1996, 184(11): 680-7.

253. Romoşan, I. Psihonefrologia. Ed. Helicon, Timişoara, 1993.

254. Rouillon, F; Deshommeau, L; Vincenaux, P. *Le syndrome de fatigue chronique.* Presse Med, Dec 21, 1996, 25 (40) pp2031-6.

255. Rowan, G; Stain, JJ; Gise, LH. *The liaison clinic: a model for liaison psychiatry funding, training and research.* Gen Hosp Psychiatry, 6:109-115, 1984.

256. Sadock, B; Sadock, V. Comprehensive Texibook of Psychitry. Ediţia a 7-a. Ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000.

257. Salloum, IM; Daley, DC; Thase, ME. Male Depression, Alcoholism and Violence. Ed. Martin Dunitz Ltd., Londra, 2000.

258. Sami-Ali. Corps reel. Corps imaginaire - pour une epistemologie psychanalytique. Ed. Bordas, Paris, 1984.

259. Saravay, SM; Lavin, M. *Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital: a review of outcome studies.* Psychosomatics, 35:233-252, 1994.

260. Sartorius, N. *Making of a common language of psychiatry: development of the classification of mental, behavioural, and developmental disorders.* The 10th revision of the ICD, WPA Bulletin 1:3-6, 1989, Simpozionul Asociaţiei Europene de Psihiatrie, cu tema „Training for the specialists in Europe", 19-20 Oct 1995, Strasbourg, Franţa.

261. Sartorius, N; Ustun, TB; Lecrubier, Y; Wittchen, HU. *Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care.* Br J Psychiatry Suppl, Jun 1996, (30) pp38-43.

262. Sihleanu, V; Popescu-Sibiu, I. Introducere critică în psihanaliză. Ed. Dacia, Cluj, 1972.

263. Schaechter, M. *Neuroses dysmorphophobiques (complexes de laideur et delire ou conviction delirante de dysmorphophobie).* Ann Med-Psychiologiques, 129:123-145, 1971.

264. Schnieden, V. Synthesis of Psychiatric Cases. Ed. Vivienne Schnieden Greenwich Medical Media, Londra, 2000.

265. Schukit, M. Drug and Alcohol Abuse - a clinical guide to diagnosis and treatment, fourth edition. Ed. Plenum Medical Book Company, New York, 1995.

266. Schweitzer, B. *Stress and burnout in junior doctors.* S-Afr-Med-J, Jun 1994.

267. Sensky, T; Macleod, AK; Rigby, MF. *Causal attributions about common somatic sensations among frequent general practice attenders.* Psychol-Med, May 1996, 26(3):641-6.

268. Sharpe, M. *Non-pharmacological approaches to treatment.* Ciba Found Symp, 1993, 173 pp298-308; discussion 308-17.
269. Shorter, E. *Chronic fatigue in historical perspective.* Ciba Found Symp, 1993, 173 pp6-16, discussion 16-22.
270. Shorter, E. *Somatization and chronic pain in historic perspective.* Clin-Orthop, Mar 1997 (336):52-60.
271. Simpson, M; Bennett, A; Holland, P. *Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis as a twentieth-century disease: analytic challenges.* J Anal Psychol, Apr 1997, 42 (2) pp191-9.
272. Sims, A. Symptoms in the Mind. An Introduction to Descriptive Psychopathology. Ed. Saunders Company ltd., Norfolk, 1995.
273. Somerfeld-Ziskind, E. *Child Psychiatry: Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches.* JAMA: The Journal of the American Medical Association, 272(18):1465-1467, Nov 9 1994.
274. de Souzenelle, A. Simbolismul corpului uman. Ed. Amarcord, Timişoara, 1996.
275. Stahl, S. Psychopharmacology of Antypsychotics. Ed. Martin Dunitz, Londra, 1999.
276. Stein, DJ; Hollander, E. Anxiety Disorders Comorbid with Depression: Social anxiety disorder, post-traumatic stress disorder, generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. Ed. Martin Dunitz Ltd., Londra, 2002.
277. Stekel, W. Psihologia eroticii feminine. Ed. Trei, Bucureşti, 1997.
278. Stern, TA. *How to spot the patient who's faking it.* Med Econ 1999 May 24; 76(10):105-6, 108-9.
279. Stinett, JL. *The functional Somatic Symptom.* Psychiatr Clin N-Am, 10:19-33, 1987.
280. Stoudemire, A; Fogel, S (ed.). Îngrijirea psihiatrică a pacientului de medicină internă, New York, NY, Oxford University Press, 1993.
281. Strain, JJ; Fulop, G; Strain, JJ et al. *Use of the computer for teaching in the psychiatric residency.* Journal of Psychiatric Education, 10:178-186, 1986.
282. Strain, JJ; Grossman, S. *Psychological Care of the Medically Ill:* A Primer in Liaison Psychiatry, New York, Appleton-Century-Crofts, 1975.
283. Strain, JJ; Lyons, JS; Hammers, JS et al. *Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients.* Am J Psychiatry, 148:1044-1049, 1991.
284. Strain, JJ; Strain, JW. Liaison psychiatry, in Modern Perspectives in Clinical Psychiatry. Edited by Howells JG. New York, Brunner/Mazel, 1988, pp76-101.
285. Sugiyama, T. Coping with Senile Dementia. Ed. Kawasaki Saiwai Hospital, Miyakocho, Kyoto, 1996.
286. Suman, OS. *Usefulness of psychiatric intervention in patients undergoing cardiac surgery.* Arch. Gen. Psychiatry, 30:830-835, 1974.
287. Svedlund, J; Sullivan, M; Sjodin, I; Liedman, B; Lundell, L. *Quality of life in gastric cancer prior to gastrectomy.* Qual Life Res, Apr 1996, 5 (2) pp255-64.
288. Tacchini, G; Muscazzi, A; Recchia, M; Altamura, AC; Carta, MG; Italian Collaborative Group of Somatoform Disorders. The present Nosography of Somatoform Disorders: Results of the Italian Epidemiological Study of Somatoform Disorders. 8-th ECNP Congress, Veneţia, 1995.
289. Tatossian, A. Phenomenologie des psychoses. Ed. Masson, Paris, 1979.
290. Teodorescu, M.C. Valorile vitale şi morale în practica medicală. Ed. Progresul Românesc, Bucureşti, 1996
291. Teodorescu, R. (sub redacţia). Actualităţi în tulburări le anxioase. Ed. CRIS CAD, Bucureşti, 1999.
292. Terbancea, M; Scripcaru, Gh. Coordonate deontologice ale actului medical. Ed. Medicală, Bucureşti, 1989
293. Thomas, CS. *Dysmorphophobia: A question of definitions.* Br J Psychiatry, 144:513-516, 1984.
294. Truchon, M; Lemyre, L. *Les evenements anticipes comme stresseurs.* Sante Mentale au Quebec, XX, 1995.
295. Tudose, C; Tudose, F. *Dificultăţi în protejarea bătrânilor cu tulburări de tip Alzheimer.* Conferinţa de Geriatrie organizată de Fundaţia „Ana Aslan", septembrie 1993.
296. Tudose, C. *The occurrence of Depression in Alzheimers Disease and its treatment in Romania.* al III-lea Congres al Asociaţiei Internaţionale de Gerontologie, noiembrie 1996, Thessaloniki, Greece.
297. Tudose, C. *Patomorfoza tulburărilor de integrare şi adaptare în condiţiile unor modificări sociale majore,* Lucrare de doctorat, UMF Carol Davila, Bucureşti, 1996.
298. Tudose, C; Tudose, F; Voicilă, C. *Diagnosticul precoce al demenţei Alzheimer.* Infomedica nr. 3(18-21), anul V, 1997.

299. Tudose, C; Tudose, F. *Estrogenii şi bolile demenţiale - posibile corelaţii etiopatogenice.* Infomedica, nr. 8, an 5, 1997.
300. Tudose, C; Voicilă, C. *Tulburările depresive la membrii de familie ai pacienţilor suferinzi de boala Alzheimer.* al II-lea Congres Naţional de Gerontologie şi Geriatrie 1997, Bucureşti.
301. Tudose, C. *Situaţia bolii Alzheimer în România.* Simpozionul Aricept - o speranţă pentru pacient şi familie, simpozion organizat de firma Pfizer International Corporation, 7 februarie 1998, Bucureşti.
302. Tudose, C; Tudose F. *The Role of the Major Social Changes in the Affective Disorder Pathomorphosis.* al XVI-lea Congres al Asociaţiei Mondiale de Psihiatrie Socială, August 1998, Vancouver, British Columbia, Canada.
303. Tudose, C; Tudose, F; Vasilescu, A; Niculăiţă, A. *Difficulties in implementing the first liaison psychiatry service in a general hospital in Romania.* „Mental Health Economics and Psychiatric Practice in Central and Eastern Europe", august 1999, Varşovia.
304. Tudose, C; Tudose, F. *Neurastenia la 130 de ani.* Infomedica, nr. 9(67), anul VII, 1999.
305. Tudose, C; Tudose, F. *Psihopatologia tulburărilor de personalitate la vârstnic - între îmbătrânirea normală şi organicitate.* a VIII-a Consfătuire Naţională de Psihiatrie Socială, 1999, Băile Felix.
306. Tudose, C. *De la cercetare şi standardele de calitate în gerontopsihiatrie la îngrijirile reale în boala Alzheimer.* Revista Română de Psihiatrie, 2000, seria a III-a vol. II, nr. 2-3: 71-76.
307. Tudose, C. Demenţele - o provocare pentru medicul de familie. Ed. Infomedica, Bucureşti, 2001.
308. Tudose, C; Pretorian, R. *Depressive Disorders Frequency at Old Women - the Main Carers in Alzheimer Disease.* „1st. World Congress on Women's Mental Health" Berlin / Germany, March 27-31, 2001.
309. Tudose, F. *Aspecte ale aplicării subnarcozei în nevroze.* Lucrare de diplomă, Bucureşti, 1977.
310. Tudose, F; Gorgos, C. *Un sistem deschis - psihiatria deceniului IX.* Sesiunea Ştiinţifică Anuală al Policlinicii Titan, 1981.
311. Tudose, F; Gorgos, C; Antonescu-Botezat, I. *Boala psihică - concept şi realitate clinică.* Sesiunea Ştiinţifică Anuală a Policlinicii Titan, 1981.
312. Tudose, F; Gorgos, C. *Consideraţii asupra a 10.000 de cazuri tratate în staţionarul de zi al Centrului de Sănătate Mintală Titan.* a IV-a Conferinţă Naţională de Psihiatrie, Bucureşti, 1982.
313. Tudose, F; Gorgos, C; Tudose, C. *Orientări moderne în psihiatria contemporană: concluzii ale unui studiu OMS.* a VIII-a Consfătuire a USSM Bucureşti, 1983.
314. Tudose, F; Gorgos, C; Tudose, C; Creitoru, O; Dumitriu, G; Frăsinoanu, C. *Asistenţa ambulatorie şi semi-ambulatorie - o etapă necesară sau o necesitate obiectivă ?* a VIII-a Consfătuire a Uniunii Societăţilor Ştiinţifice Medicale (USSM), 1984.
315. Tudose, F; Gorgos, C; Botezat-Antonescu, I; Ştefănescu, VG. *Studiu longitudinal asupra unui sistem multifuncţional de asistenţă psihiatrică - Centrul de Sănătate Mintală Titan.* Sesiunea Ştiinţifică Anuală a Dispensarului Policlinic Titan, 1985.
316. Tudose, F; Prelipceanu, D. *Depresia sau tentaţia modelului.* Consfătuirea USSM Secţia Psihiatrie, cu tema „Depresiile", Târgu-Mureş, 10-11 octombrie 1986, publicată în volumul Depresiile, pp480-481, 1987.
317. Tudose, F; Tudose, C. *Aspecte ale psihopatologiei vârstnicului.* Congresul Internaţional de Gerontologie, Bucureşti, 9-11 Iunie 1988.
318. Tudose, F. *Binomul anxietate-depresie - în condiţii postrevoluţionare, a IX-a Conferinţă a Societăţii Sud-Est Europene de Neurologie şi Psihiatrie.* Thessaloniki 23-26 septembrie 1992.
319. Tudose, F; Iorgulescu, M. *Corpul în depresie.* Infomedica vol. II, nr. 6 (10), 1994, pp186-188.
320. Tudose, F. *Somatizarea - un nou concept sau o abordare eclectică a nosologiei?.* Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie şi Psihologie Clinică, anul III, nr. 1/1995, pp 12-21.
321. Tudose, F. *Risc şi eficienţă în administrarea extrapsihiatrică a psihotropelor.* Infomedica nr. 2(14), pp70-72, Feb 1995.
322. Tudose, F. *Sinuciderea la adolescenţii tineri - un comportament addictiv tipic.* Revista de Medicină Legală, vol. 4, nr. 4, Dec 1996, pp354-358.
323. Tudose, F. *The Frequency of the Somatoform Disorders in a Psychiatric Service Connected with the General Hospital.* a XI-a Conferinţă a Societă ţii Sud-Est Europene de Neurologie şi Psihiatrie, Thessaloniki, 1996.
324. Tudose, F. *Adolescent Suicide - A Case History of Addictive Behaviour.* al 17-lea Simpozion Danubian de Psihiatrie, Timişoara, 24-27 aprilie 1996.
325. Tudose, F. *Liaison Psychiatry - A Novelty in Romania.* Poster prezentat la cel de al X-lea Congres Mondial de Psihiatrie, Madrid, 1996.

326. Tudose, F; Niculăiță, A. *Alice în țara minunilor sau despre folosirea psihotropelor în spitalul general.* Conferința Națională de Psihiatrie „Terapia psihofarmacologică în practica psihiatrică", București, 1997.

327. Tudose, F; Niculăiță, A. *Aspecte psihopatologice ale durerii în cancer.* Revista Asociației Române pentru Studiul Durerii, nr. 1/1997/volum 5, pp16-25.

328. Tudose, F. *Corpul în psihopatologie.* Lucrare de doctorat, UMF Carol Davila - București, 1997.

329. Tudose, F. *Liaison Psychiatry at the University Hospital of Bucharest.* Congresul European al Asociației Mondiale de Psihiatrie, 1997, Geneva.

330. Tudose, F. *The Psychotherapeutic Approaches - An Important Contribution to the Medical Treatment in the First Liaison-Psychiatry Department in Romania.* al 11-lea Congres Internațional al Asociației Mondiale de Psihiatrie Dinamică, Munich, Germania, 1997.

331. Tudose, F. *Medici obosiți.* Revista Colegiul, nr. 4(7), anul II, iunie 1998.

332. Tudose, F; Dobrea, L. *For whom Liaison Psychiatry is offering psychiatric training in the General Hospital?.* a 12-a Conferință a Societății Sud-Est Europene, Thessaloniki, 1998.

333. Tudose, F; Radu E. *Addictive-Type Behaviour in Teenagers and Young People as a Result of Major Social Disruption.* al 14-lea Congres Internațional de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului (I.A.C.A.P.A.P.). Stockholm, Suedia, 2-6 August 1998.

334. Tudose, F. *Direcții de intervenție terapeutică în psihiatria de legătură.* Simpozionul Național Terapie și Management în Psihiatrie, Craiova, 1998.

335. Tudose, F. *Drepturile omului și drepturile oamenilor.* Infomedica nr. 1, an VI, 1998.

336. Tudose, F. *Psihiatria de legătură în Spitalul General - direcție contemporană în reforma psihiatrică.* Revista Română de Sănătate Mintală, nr.10 (2)/1998.

337. Tudose, F. *Psihiatria românească în reformă.* Revista Colegiul, nr. 8(11), vol. II, anul 2, 1998.

338. Tudose, F; Niculăiță, A. *Folosirea medicației psihotrope în serviciul de psihiatrie de legătură din spitalul general.* Conferința Națională de Psihiatrie Brașov, iunie 1999.

339. Tudose, F; Vasilescu, A; Tudose, C; Dobrea, L. *Patogeneza sindromului de oboseală cronică între ipoteza endocrină și ipoteza imunologică.* al IX-lea Simpozion Național de Psihoneuroendocrinologie, iunie 1999.

340. Tudose, F. *Etică și deontologie în colaborarea psihiatrului cu specialiștii cu medicii de alte specialități în spitalul general.* Conferința Națională de Psihiatrie Brașov, 1999.

341. Tudose, F. *Psihiatria de legă tură și imaginea psihiatriei pentru medicii de altă specialitate.* XI World Congress of Psychiatry, Hamburg, 1999.

342. Tudose, F; Niculăiță, A. *Le role des troubles de la personalitee dans les tendances suicidaires graves.* Seminarul franco-român de psihiatrie, București, 1999.

343. Tudose, F. O abordare modernă a psihologiei medicale. Ed. Infomedica, București, 2000.

344. Tudose, F. *Coaxil o soluție între depresia somatizată și tulburări somatoforme.* Simpozion „Progrese în diagnosticul și tratamentul depresiei", București, 2000.

345. Tudose, F; Dobranici, L; Niculăiță, A. *Sindromul Münchausen revine pe internet.* Revista Medicală Română, vol. XLVII nr. 3-4/2000, 154-161.

346. Tudose, F. *Trinomul depresie-anxietate-tulburări somatoforme și iluzia nosologiei.* Conferința „Actualități în terapia depresiei", Iași, 2000.

347. Tudose, F. *Impactul economic și social al depresiei.* Simpozionul „Noi antidepresive", București, 2000.

348. Tudose, F. *Tulburarea mixtă depresie-anxietate fundal al tulburărilor somatoforme un impas terapeutic?* Simpozionul „Actualitatea depresiei", București, 2001.

349. Tudose, F; Vasilescu, A. *Gender Related Difference In Symptom Localization In Somatoform Disorders.* „1st. World Congress on Women's Mental Health" Berlin / Germany, March 27- 31, 2001.

350. Tudose, F. Erotica în cotidian. Ed. Infomedica, București, 2001.

351. Tudose, F; Vasilescu, A. *The Frequency of Depresssion-Anxiety Syndrome at Women in the Liaison-Consultation Psychiatric Department.* „1st. World Congress on Women's Mental Health" Berlin / Germany, March 27- 31, 2001.

352. Tusques, J. Initiation à la psychologie medicale. Ed. Librairie Maloine, Paris, 1976.

353. Udriștoiu, T; Marinescu, D; Boișteanu, P. Ghid terapeutic - depresie majoră. Ed. Medicală Universitaria, Craiova, 2001.

354. Uexkll, Th.von; Adler, Ir; Herrmann, Jm; Khle, K; Schonecke, OW; Westack, W. Psychosomatische medizin. Ed. Urban & Schwarzenberg, 1996.

355. Updegraff, HL; Menninger, KA. *Some psychoanalytic aspects of plastic surgery.* Am J Surg, 25:554-558, 1993.
356. Usten, TB; Bertelsen, A., Dilling, H et al. ICD-10 Casebook - The Many Faces of Mental Disorders, American Psychiatric Press, Inc., 1996.
357. Văileanu, V; Constantin, D. Psihosomatică feminină. Ed. Medicală, București, 1977.
358. van Voren, R. Soviet psychiatric abuse in the gorbachev era. Ed. IAPUP, Amsterdam, 1989.
359. Van-Hemert, AM; Speckens, AE; Rooijmans, HG; Bolk, JH. *Criteria for somatization studied in an outpatient clinic for general internal medicine.* Ned-Tijdschr-Geneeskd, 8 Jun 1996, 140(23):1221-6.
360. Vasilescu, A; Vasilescu, L; Tudose, F. *Abordarea cognitivă a obezității - de la stil cognitiv la psihoterapie.* al IX-lea Simpozion Național de Psihoneuroendocrinologie, București,1999.
361. Venisse, JL (sous la direction). Les nouvelles addictions. Ed. Masson, 1991.
362. Villey, G. La psychiatrie et les sciences de l'homme. Ed. Felix Alcan, Paris, 1933.
363. Vitello, A. *Schizofrenie e dismorfofobie.* Ospedale Psichiatr, 38:57-73, 1970.
364. Vlad, N. Psihopatiile în semnificația clinică și relațională. Ed. Quadrat, Botoșani, 1995.
365. Vrasti, R; Eisenmann, M. Depresii - noi perspective. Ed. All, București, 1996.
366. Wallen, J; Pincus, HA; Goldman, HH, et al. Psychiatric consultations in short term hospitals. Arch Gen Psychiatry, 44:163-168, 1987.
367. Ware, NC; Kleinman, A. *Culture and somatic experience: the social course of illness in neurasthenia and chronic fatigue syndrome.* Psychosom Med, Sep-Oct 1992, 54 (5) pp546-60.
368. Weinberger, DR. *The biological basis of schizophrenia: new directions.* J Clin Psychiatry. 1997; 58(10):22-27.
369. Weintrob, A. *Münchausen by proxy.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000 May; 39(5):543-4.
370. Wessely, S. *Mass hysteria: two syndromes?* Psychol Med, 1987, 17: 109-120.
371. Westenberg, HGM; den Boer J.A. Social Anxiety Disorder. Ed. SynThesis Pub., Amsterdam, 1999.
372. Whitcomb, ME. *The Role of Medical Schools In Graduate Medical Education.* JAMA: The Journal of the American Medical Association, 272(9):702-704, Sep 7 1994.
373. Widlocher, D. Les Logiques de la depression. Paris, Fayard, 1983.
374. Widlocher, D. *Les processus d identification.* Buletin de Psychologie, 23 (17-19, 1199-1114) 1970.
375. Wilcock, G; Bucks, R; Rockwood, K. Diagnosis and management of dementia - a manual for memory disorders teams. Ed. Oxford University Press, 1999.
376. Wise, MG; Ford CV. *Factitious disorders.* Prim Care 1999 Jun;26(2):315-26.
377. Wolpert, L. Malignant Sadness - The anatomy of Depression. Ed. Faber and Faber Ltd, London, 1999.
378. World Health Organization. International Classification of Diseases, 10th Revision. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1991.
379. World Health Organization. Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 2nd Edition. Geneva, World Health Organization, 1994.
380. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization, Geneva, 1993.
381. Wright, S. *Familial Obsessive-Compulsive Disorder Presenting as Pathological Jealousy Successfully Treated With Fluoxetine.* Archives of General Psychiatry, 51(5):430-431, May 1994.
382. Yager, J. *Tratamente psihosociale în tulburările de alimentație.* Archives of General Psychiatry 57(11):153-164, Nov 1994.
383. Yapko, M. Breaking the patterns of Depression. Ed. Bantam Doubleday Dell Publishing Group, Inc., New York, 1997.
384. Zagury, D. Modeles de normalite et psychopathologie. Ed. L'Harmattan, Paris, 1998.
385. Zheng, YP; Lin, KM; Zhao, JP; Zhang, MY; Yong, D. *Comparative study of diagnostic systems: Chinese Classification of Mental Disorders - Second Ed. versus DSM-III-R.* Compr Psychiatry, Nov-Dec 1994, 35 (6) pp441-9.
386. Zimmer, J. *Length of stay and hospital bed misutilization.* Med Care, 14:453-462, 1974.
387. Zlate, M. Introducere în psihologie. Ed. Ş ansa, București, 1994.
388. Del Zompo, M; Ruiu, S; Severino, G; Cherchi, A; Usaia, P; Bocchetta, A. Focus on Biological Basis of Somatoform Disorders. 8-th ECNP Congress, Veneția, 1995.