

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

**CAIET DE STAGIU  
PENTRU PSIHIATRIE ADULȚI  
ANUL VI MEDICINĂ GENERALĂ**

**Liana Dehelean  
Virgil Radu Enătescu  
Cristina Bredicean  
Ion Papavă  
Radu Romoșan  
Cătălina Giurgi-Oncu**





**COLECȚIA**  
**MANUALE**

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

**CAIET DE STAGIU  
PENTRU PSIHIATRIE ADULȚI  
ANUL VI MEDICINĂ GENERALĂ**

**Conf.univ.dr. Liana Dehelean**

**Șef de lucrări Virgil Radu Enătescu**

**Șef de lucrări Cristina Bredicean**

**Asist. Ion Papavă**

**Asist. Radu Romoșan**

**Asist. Cătălina Giurgi-Oncu**

**Editura „Victor Babeș”**

**Timișoara, 2013**



**Editura „Victor Babeș”**

Piața Eftimie Murgu 2, cam. 316, 300041 Timișoara

Tel./ Fax 0256 495 210

e-mail: [evb@umft.ro](mailto:evb@umft.ro)

[www.evb.umft.ro](http://www.evb.umft.ro)

**Director general: Prof. univ. dr. Dan V. Poenaru**

**Director: Prof. univ. dr. Andrei Motoc**

**Colecția: MANUALE**

**Coordonator colecție: Prof. univ. dr. Andrei Motoc**

**Referent științific: Prof. univ. dr. Pompilia Dehelean**

**Indicativ CNCIS: 324**

© 2013 Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate.

Reproducerea parțială sau integrală a textului, pe orice suport, fără acordul scris al autorilor este interzisă și se va sancționa conform legilor în vigoare.

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**

## CUPRINS:

I.	Evaluarea pacientului cu tulburare psihică:	
I.1.	Tulburările psihice _____ (Conf. Dr. Liana Dehelean)	7
I.2.	Particularitățile foii de observație în psihiatrie _____ (S.L. Dr. Virgil Radu Enătescu)	9
I.3.	Examinarea stării psihice a adultului _____ (As. Dr. Ion Papavă, Conf. Dr. Liana Dehelean)	14
I.4.	Investigații și teste psihologice pentru pacientul adult _____ (Conf. Dr. Liana Dehelean)	21
II.	Principalele aspecte sindromologice și nosologice în psihiatrie:	
II.1.	Glosar de definiții operaționale _____ (Conf. Dr. Liana Dehelean)	24
II.2.	Principalele sindroame psihiatrice _____ (Conf. Dr. Liana Dehelean)	27
II.3.	Diagnosticul în psihiatrie _____ (Conf. Dr. Liana Dehelean)	42
II.4.	Nosologia psihiatrică _____ (Conf. Dr. Liana Dehelean, As. Dr. Radu Romoșan, As. Dr. Cătălina Giurgi-Oncu)	49
III.	Conexiuni între suferința neurologică, psihiatrică și cea indusă de alcool și alte droguri	
III.1.	Epilepsiile, sindroame neurologice, starea confuzională, demențele, alcoolismul _____ (Conf. Dr. Liana Dehelean)	81
III.2.	Alte toxicomanii _____ (S.L. Dr. Cristina Bredicean)	95
IV.	Autoagresivitatea și heteroagresivitatea _____ (Conf. Dr. Liana Dehelean)	98
V.	Managementul pacienților cu tulburări psihice:	
V.1.	Strategii terapeutice medicamentoase și nemedicamentoase _____ (Conf. Dr. Liana Dehelean)	102
V.2.	Reabilitarea psiho-socială _____ (S.L. Dr. Cristina Bredicean, As. Dr. Ion Papavă)	113
VI.	Bibliografie _____	115
VII.	Abrevieri _____	116
VIII.	Exerciții _____	116

## **CAPITOLUL I. EVALUAREA PACIENTULUI CU TULBURARE PSIHICĂ**

### OBIECTIVE DIDACTICE:

1. ASIMILAREA CONCEPTELOR DE TULBURARE PSIHIC
2. ÎNSUȘIREA ÎNTOCMIRII FOII DE OBSERVAȚIE PSIHIATRICE
3. ÎNSUȘIREA PROCEDURILOR DE EVALUARE A STĂRII PSIHICE A UNEI PERSOANE ADULTE

### ÎNTREBĂRI DE REFLECȚIE:

1. *Care este viziunea dumneavoastră asupra bolnavului psihic?*

.....  
.....

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

.....  
.....

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

.....  
.....

### EXERCITII:

1. Care sunt cele mai cunoscute prejudecăți despre “bolnavii psihici”.
2. Încercați timp de 20 minute un joc de rol cu un coleg prieten în care să jucați rolul pacientului sau al examinatorului (la alegere). Notați-vă impresiile și discutați-le cu ale partenerului de joc de rol.

## I.1. TULBURĂRILE PSIHICE

**Psihiatria** este acel domeniu al medicinei care studiază și tratează tulburările psihice. Datorită faptului că până în prezent nu s-au putut evidenția markeri diagnostici organici pentru bolile psihice, s-a preferat utilizarea termenului de **tulburare psihică** în loc de boală psihică. Există două instrumente de clasificare și descriere a tulburărilor psihice: ICD (Clasificare Internațională a Maladiilor) elaborat de Organizația Mondială a Sănătății și DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) elaborat de Asociația Psihiatrică Americană.

Tulburările psihice ale adultului se pot clasifica în patru mari categorii:

- Tulburări reactive: reacția acută la stres, tulburarea de stres post-traumatic, tulburările de adaptare. În acest tip de tulburări psihice, cauza determinantă este reprezentată de o psihotraumă (catastrofă naturală sau produsă de om), sau de schimbări durabile ce țin sau nu de ciclul normal al vieții care necesită un efort de adaptare (sarcină, decesul unui membru al familiei, emigrare).
- Tulburări nevrotice : tulburările anxioase (tulburarea de panică, tulburarea anxietății generalizate, tulburările fobice, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea depresivă recurentă). În acest tip de tulburări psihice, etiopatogenia este plurifactorială intervenind factori declanșatori (evenimentele stresante de viață) care se suprapun peste o vulnerabilitate personalologică (tulburări de personalitate). Pacientul nevrotic nu pierde contactul cu realitatea, are conștiința bolii și este dispus să urmeze tratamentul prescris.
- Tulburări psihotice: schizofrenia, tulburarea schizoafectivă, tulburările delirante persistente, tulburările psihotice acute și tranzitorii, tulburarea depresivă recurentă, tulburarea afectivă bipolară. În acest tip de tulburări psihice, etiopatogenia este plurifactorială intervenind factori declanșatori (evenimente stresante de viață, consum de droguri) care se suprapun peste o vulnerabilitate genetică. Pacientul psihotic pierde contactul cu realitatea, nu are conștiința bolii și rareori este dispus să urmeze tratamentul prescris.
- Tulburări de personalitate se caracterizează prin accentuarea globală a trăsăturilor de personalitate, pacientul fiind egosinton (mulțumit cu sine însuși), iar comportamentul rigid, predictibil și maladadaptativ

Alături de aceste patru mari categorii, sunt descrise și alte tipuri de patologii ținând de sfera instinctualității (de exemplu, tulburări ale instinctului alimentar, tulburări ale instinctului sexual), al controlului impulsurilor

(cleptomania, piromania, trichotillomania). O altă categorie de entități nosologice au însă determinism organic cert (retardul mintal și demențele) sau sunt induse de substanțe psihoactive (toxicomaniile).

Tulburările psihice se pot manifesta printr-un singur episod de boală, sau evoluează prin multiple episoade ce apar și se remit în timp. Aceste episoade reflectă vulnerabilitatea individuală. La început, episoadele se pot remite spontan, întârziind adresarea pacientului la medic. În cazul tulburărilor psihotice, odată cu trecerea timpului episoadele devin tot mai dificil de tratat, se remit incomplet (cu defect) și vulnerabilizează individul pentru noi recurențe de boală. Tulburările de personalitate sunt un tip anevolutiv de patologie psihiatrică.

Unele tulburări psihice se manifestă prin simptome ce au echivalent în normalitate (de exemplu depresia are ca echivalent în normalitate tristețea). Aspectul patologic este dat de intensitatea mare și durata mai lungă de manifestare (de ordinul săptămânilor sau lunilor). În aceste condiții funcționarea individului în familie, în societate, sau la locul de muncă este grav afectată. Alte tulburări psihice reprezintă forme mai atenuate ale unor tulburări psihice importante (de exemplu, ciclotimia și distimia față de tulburarea afectivă bipolară și tulburarea depresivă recurentă).

În general tulburările nevrotice se pot trata în ambulatoriu, tratamentul fiind medicamentos și psihoterapeutic. Internarea în spital este impusă fie de stabilirea diagnosticului, fie de o severitate mai mare a tabloului clinic (depresia însoțită de idei suicidare). Tulburările psihotice necesită internare în timpul episoadelor de boală. Tratamentul tulburărilor psihotice este predominant medicamentos. Tulburările de personalitate se tratează extrem de dificil, prin psihoterapie, cu eficiență discutabilă.

Tulburările psihice se pot însoți uneori de autoagresivitate sau heteroagresivitate (agresivitate orientată spre alte persoane), dar acest fapt nu reprezintă o regulă.

În concluzie, patologia psihiatrică propriu-zisă se manifestă prin entități nosologice numite tulburări psihice la care nu s-a putut dovedi existența vreunui substrat organic și nici markeri diagnostici specifici. Această patologie nu este rezultatul unei simulări premeditate, nu poate fi pusă pe seama bolilor organice, nici pe seama intoxicației cu (sau sevrajului la) droguri, medicamente sau substanțe toxice. Intensitatea simptomelor este suficient de mare pentru a produce afectarea funcționării individului în plan familial, social, academic sau ocupațional.



## I.2. PARTICULARITĂȚILE FOII DE OBSERVAȚIE ÎN PSIHIATRIE

Foaia de observație clinică generală, pe scurt foaia de observație, utilizată în unitățile spitalicești de psihiatrie, reprezintă cel mai important document medical ce conține toate informațiile referitoare la pacienții internați în această modalitate. Foaia de observație prezintă trei valențe importante: este un document medico-științific, medico-judiciar și contabil. În sistemul național de sănătate, pe lângă foaia de observație clinică generală, începând din 2003 s-a introdus obligativitatea colectării electronice a datelor clinice la nivel de pacient în toate spitalele din România. În psihiatrie, alături de rubricile comune cu celelalte specialități clinice, foaia de observație conține și o serie de alte rubrici particulare, ce permit colectarea unor informații ce întregesc imaginea pacientului din perspectivă diacronă biografică dar și descrierea cadrului familial și a microgrupului socio-cultural din care pacientul provine. Spre deosebire de afecțiunile medico-chirurgicale unde informațiile referitoare la boală sunt delimitate la o perioadă de timp clar circumscrisă, în tulburările psihice perspectiva biografică longitudinală a dezvoltării individului poate oferi informații la fel de valoroase ca cele din perioada premergătoare debutului.

1. În prima parte a foii de observație sunt completate **datele pașaportale** ale pacientului, acestea având o valoare limitată și relativă în desfășurarea algoritmului diagnostic:

- Numele și prenumele pacientului – poate să ne indice apartenența etnică a persoanei, cu specificația că anumite aspecte psihopatologice apar mai frecvent la anumite etnii (de exemplu depresia și suicidul la populația maghiară sau sindromul Ganser la cei de etnie romă);
- Data nașterii – debutul anumitor afecțiuni psihiatrice se corelează cu anumite grupe de vârstă (de exemplu debutul schizofreniei la o vârstă mai tânără sau debutul demențelor neurodegenerative la vârsta a treia);
- Adresa de domiciliu, la care este indicat să se adauge și un număr de telefon în cazul în care se dorește contactarea aparținătorilor – referitor la tulburările psihice de tip și intensitate nevrotică, s-a observat o distribuție mai frecventă a tulburărilor anxioase la persoanele ce provin din mediu urban, în timp ce tulburările somatoforme sunt mai frecvente la cei din mediul rural cu un nivel mai redus de instrucție;
- Ocupația și locul de muncă – existența unui loc de muncă poate fi indicator al unei funcționalități profesionale premorbide mai bune;

- Nivelul de instruire;
  - Documentele de identitate;
  - Statutul și categoria de asigurat;
2. **Tipul internării** – care poate fi urgență, trimitere de către medicul de familie sau din ambulatoriul de specialitate, etc.
  3. **Criteriu de internare** – urgență, diagnostic, tratament, etc.
  4. **Diagnosticul de trimitere** – efectuat de către medicul care îndrumă pacientul spre spitalul de psihiatrie; în situația debuturilor și a diagnosticelor efectuate de către alți specialiști decât psihiatrii, validitatea acestor diagnostice poate fi mai redusă.
  5. **Diagnosticul la internare** – este efectuat de către specialistul psihiatru care preia cazul în momentul prezentării acestuia la spital.
  6. **Diagnosticul la 72 ore** – aparține medicului curant.
  7. **Diagnosticul la externare** – va conține:
    - Diagnostic principal: este diagnosticul ce a determinat internarea pacientului; prezintă 2 perspective: una transversală referitoare la diagnosticul episodului actual (de exemplu, Episod maniacal fără simptome psihotice) și una longitudinală (în situația mai multor episoade) a tulburării în cadrul căreia apare episodul actual (de exemplu, în acest caz, Tulburare afectivă bipolară)
    - Diagnostice secundare: pot fi atât psihiatrice (de exemplu, Tulburare de personalitate de tip anankast) dar și medico-chirurgicale (de exemplu, Ulcer gastro-duodenal)
    - ÎNCADRAREA DIAGNOSTICĂ SE VA FACE ÎN CONFORMITATE CU MANUALUL DIAGNOSTIC AL OMS - ICD-10 (Clasificarea Internațională a Maladiilor, ediția 10-a)
  8. La rubrica **Motivele internării** se va menționa modalitatea de referire a pacientului către clinica de psihiatrie și tipul internării, dacă pacientul se internează cu voia sa și persoanele care au însoțit pacientul la internare (uneori este necesar să-i contactăm pentru a ne oferi informații suplimentare referitoare la starea pacientului anterior internării), precum și tabloul clinic în momentul internării alcătuit atât din simptome subiective cât și din semne obiective comportamentale.

În cadrul *anamnezei* vor fi completate următoarele rubrici comune tuturor specialităților clinice:

9. **Antecedente heredo-colaterale patologice** – se vor consemna toate afecțiunile psihiatrice și medicale cronice de care au suferit sau suferă rudele de sânge ale pacientului. În mod particular, datorită statutului

stigmatizant pe care îl asociază, se va întreba despre cazurile de suicid și despre dependența etanolică prezentă la rudele pacientului.

- 10. Antecedentele personale – fiziologice** (naștere, dezvoltare psihomotorie, parcurgerea perioadelor de criză bio-psihologică, menarha, ciclul, S/N/A) și **patologice** (tulburări de dezvoltare, boli somatice, TCC., etc.)
- 11. Condiții de viață și de muncă** – se va nota numărul membrilor familiei, tipul de locuință și numărul de camere pe care îl are aceasta, precum și dacă trăiește în condiții corespunzătoare (dacă locuința este încălzită, dacă are apă caldă sau alte facilități, etc.); de asemenea, se vor menționa și condițiile în care lucrează (de exemplu, în mai multe schimburi, dacă este nevoit să suporte intemperiiile sau alte tipuri de stres).
- 12. Comportamente (fumat, alcool etc.)** – se va menționa numărul, tipul țigărilor și frecvența fumatului, precum și cantitatea, calitatea băuturii alcoolice și frecvența consumului de alcool.
- 13. Medicație de fond administrată înaintea internării (inclusiv preparate hormonale și imunosupresoare)** – se vor consemna medicamentele administrate în regim ambulatoriu pentru toate afecțiunile de care suferă pacientul. Se va avea în vedere, atât posibilitatea ca unele preparate medicamentoase să contribuie la apariția unor simptome sau afecțiuni psihiatrice (de exemplu, interferonul alfa și prednisonul pot determina apariția unor stări depresive de intensitate variabilă), cât și perspectiva posibilelor interacțiuni medicamentoase în cazul în care pacientul urmează și alte tratamente (tratament cu izoniazidă, tratamentul cu anticoagulante orale).
- 14. Istoricul bolii** – va fi structurat în funcție de numărul de episoade până în prezent:
  - Dacă pacientul se află la primul episod, se va specifica de cât timp și în ce mod s-a produs debutul (brusc sau lent insidios), precum și dacă au existat factori declanșatori (de exemplu, evenimente stresante de viață, schimbări de viață etc.); se va elabora o listă generală de simptome cu cotarea intensității în dinamică a acestora, defalcat pe intervale de timp de 2 – 3 zile, pe tot parcursul internării ( de exemplu, severe +++, moderate ++, ușoare +, prezența îndoielnică +/-, lipsa simptomului -)
  - Dacă pacientul a avut mai multe episoade anterioare în cadrul aceleași afecțiuni psihiatrice, se va nota debutul afecțiuni actuale (primul episod) de cât timp, modalitatea de debut și dacă au existat factori declanșatori; apoi se vor menționa episoadele ulterioare -

condiționare, debut, tablou clinic(listă de simptome-cu durata și intensitatea acestora), internări, respondență și aderență terapeutică; intervale între episoade - inclusiv tratamente de întreținere, eventuale dizabilități sau restricții în participarea socială; în cele din urmă se va descrie episodul actual - debut, circumstanțele debutului, evoluția până în momentul examinării - cu elaborarea unei liste de simptome (cu precizarea intensității acestora în dinamică)

**15. Examenul clinic general, investigații paraclinice și examenul stării psihice actuale (vor fi discutate ulterior)**

**16. Diagnostic de etapă**

**17. Plan de investigații**

**18. Strategie terapeutică**

**19. Program individualizat de reinserție socio-profesională**

**20. Epicriza** - cu precizarea managerului de caz și a dispensarizării în ambulatoriu, precum și recomandările terapeutice la externare.

Tot în cadrul anamnezei, în cadrul *datelor biografice*, vor exista rubrici care sunt specifice doar pentru foaia de observație clinică utilizată în psihiatrie:

**21. Familia de origine** – se vor nota următoarele:

- Regiunea istorică/județul în care s-a născut pacientul, dacă familia de origine a fost legal sau nelegal constituită, câți frați (gradul fratriei) și al câtelea născut (rangul) a fost pacientul;
- Se va descrie mama – vârsta la nașterea pacientului, firea și ocupația mamei; de asemenea se va nota dacă pacientul deține informații despre cum a fost nașterea acestuia (complicații perinatale) și despre dezvoltarea psihomotorie a acestuia (dacă a avut retard de vorbire, de mers dificultăți instrumentale în clasele primare în a învăța să scrie, citească și să calculeze, etc)
- Se va descrie tatăl - vârsta la nașterea pacientului, firea tatălui și ocupația;
- Se va nota cum a perceput pacientul relația maritală a părinților (armonioasă sau dizarmonică – de exemplu cu numeroase conflicte)
- Se va nota cum a decurs relația pacientului cu părinții și cu frații (armonioasă versus dizarmonică – de exemplu, unul din părinți s-a comportat hiperpunitiv sau neafectuos cu pacientul, etc.)

**22. Ciclu instructiv** – va fi defalcat pe cicluri școlare – primar, gimnazial, liceal și eventual universitar – iar rezultatele școlare vor fi obiectivate pe seama notelor deoarece prin prisma afecțiunii psihiatrice actuale, pacientul fie se poate subevalua retrospectiv (de exemplu în depresie), fie supraevalua retrospectiv (de exemplu în episodul maniacal).

23. **Ruta profesională** – vor fi menționate toate locurile de muncă avute până în prezent și eventual motivul pentru care pacientul a schimbat mai multe locuri de muncă (de exemplu, consumul de alcool sau firea mai problematică a pacientului).
24. **Relațiile erotico-afective** – se va menționa vârsta la care pacientul și-a început viața sexuală și dacă relațiile au fost statornice sau din contră se plictisea repede într-o relație (de exemplu, la personalitățile borderline)
25. **Familia proprie** – se notează vârsta la care s-a căsătorit pacientul, vârsta partenerului (aceeași, mai mare sau mai mică), motivația care a stat la baza deciziei de a se căsători (din dragoste, la îndemnul părinților, etc) și modul cum a decurs căsnicia până în prezent (relație maritală armonică versus dizarmonică); dacă a avut alte căsnicii anterioare se va întreba motivul pentru care a divorțat de partenerii anteriori (de exemplu, consumul de alcool sau firea problematică a pacientului sau a partenerului de viață).
26. **Stagiul militar** – la bărbații aparținând generațiilor când stagiul miliar era obligatoriu, se va nota dacă acesta a fost satisfăcut în totalitate, modul în care s-a adaptat inițial la regimul militar de viață (de exemplu, dacă a prezentat stări reactive de tip anxietate sau depresie la începutul stagiului); în cazul în care nu a fost încorporat în armată, se vor nota motivele pentru care s-a întâmplat acest lucru (de exemplu, din motive medicale poate chiar de natură psihiatrică)
27. **Personalitatea premorbidă** – această rubrică, de regulă, se bazează pe autodescriere; se vor nota toate trăsăturile caracteriale ale pacientului; este de preferat ca tabloul personalității să fie întregit cu informații de la apropiați, deoarece este foarte posibil ca pacientul să nu își recunoască trăsăturile de personalitate negative; uneori se pot nota și hobby-urile pacientului care pot oferi informații limitate asupra structurii caracteriale ale acestuia (de exemplu, preferința pentru activități solitare la cei cu trăsături schizoide).
28. **Evenimentele stresante de viață** – se vor nota evenimentele semnificative din viața pacientului; acestea se pot împărți în evenimente cu semnificație de tip pierdere (reală sau simbolică), vulnerabilizatoare pentru depresie, și evenimente cu semnificație de tip pericol ce pot vulnerabiliza persoana pentru anxietate.

### I.3. EXAMINAREA STĂRII PSIHICE A ADULTULUI

Examenul psihic se referă la descrierea stării mintale a pacientului în momentul evaluării. Constituie o parte însemnată a foii de observație psihiatrice și o caracteristică a sa. În medie examinarea stării mintale a unui pacient efectuată durează aproximativ 30 - 40 minute.

Examenul psihic este constituit din următoarele elemente:

#### I. Descrierea generală a pacientului

##### ▪ **Comportament non-verbal:**

- Îmbrăcăminte
  - Culorile folosite: închise, cenușii – în *depresie*; deschise, discordante – în *manie*.
  - Combinații neobișnuite/bizare în *schizofrenie* (uneori cu accesorii neobișnuite ce au o semnificație simbolică – ex. o eșarfă legată pe frunte ca simbol al regalității), la *personalitatea schizoidă* sau în *demență* (indicând apraxie);
  - Nepotrivită cu vârsta – putând indica imaturitate emoțională;
  - Nepotrivită cu sexul – ex. la *transsexuali* și *travestiți*;
- Igiena corporală este de obicei neglijată în *depresie* (uneori), *schizofrenie*, la *alcoolici* sau în *demență*.
- Mers: Neobișnuit de lent (*depresie*); Neobișnuit de rapid (*manie*).
- Expresivitate mimico-gestuală
  - Neliniște psihomotorie: *anxietate*, *manie*, *delirium*, *agitație catatonă*;
  - Inhibiție psihomotorie: *depresie*, *stupor cataton*;
  - Stereotipii, perseverări;
  - Echo - mimie, - praxie, - lalie: *schizofrenie catatonă*;
  - Manierisme: *schizofrenie dezorganizantă*;
  - Reacții extrapiramidale la neurolepticele incisive: *tremor*, *akatzie*, *diskinezie tardivă*.
- **Postura – exprimarea non-verbală a afectului:**
  - Postura depresivă: capul flectat, privirea în jos, mâinile în poale, facies cu comisurile în jos;
  - Postura anxioasă: postură încordată, facies crispat;

- Catalepsia din stuporul cataton: flexibilitatea ceroasă cu menținerea capului sau mâinii timp îndelungat într-o poziție imprimată chiar și incomodă;

- Distonia acută: contracturi musculare susținute de tipul: opistotonus, trismus, torticolis, crize oculogire;

- **Factori ce intervin în desfășurarea interviului:** hiperactivitate (ex. în *manie*), negativism verbal, scăderea concentrării atenției, distractibilitatea atenției, atitudinea către intervievator (ex. suspiciozitate, încercarea unui schimb de roluri, ambivalența, ambitendența), coerența discursului (este sever afectată în *manie* sau în *schizofrenie*).

## II. Stabilirea contactului psihic depinde de:

- **Atitudinea pacientului față de medic** care poate să fie: cooperantă, evazivă (evită răspunsurile clare), ostilă, agresivă, revendicativă;

- **Atitudinea medicului față de pacient**, aceasta ținând de calitatea serviciului medical;

- **Vorbirea:** spontaneitatea, viteza răspunsului, vocabularul, tonul vocii, calitatea discursului, solilocvia (pacientul vorbește singur), neologismele (pacientul inventează cuvinte noi), salata de cuvinte (în *manie* sau *schizofrenie*), sărăcirea vorbirii (în *schizofrenie*).

## III. Ritmul nictemeral

- Insomniile - de adormire: în *anxietate*; de trezire: în *depresie*;

- Hipersomniile: ex. *narcolepsia*;

- Parasomniile (tulburări calitative): ex. *somnambulismul*, *pavorul nocturn*, *coșmarul*.

## IV. Conștiința bolii: prezentă (în *nevroze*) sau absentă (în *psihoze* – chiar dacă admite prezența halucinațiilor comentative injurioase, a delirului paranoid, simptomatologie chinuitoare, pacientul nu admite boala).

## V. Examenul psihic pe nivele funcționale

### 1. Câmpul actual de conștiință: Gradul de vigilitate (ex. scăzut în starea de *obnubilare*); Conștiința de sine sau de mediu – orientarea temporo-spațială auto- și allopsihiică;

### 2. Nivelul instinctual

a) Instinctul alimentar: anorexie / hiperfagie / bulimie;

- b) Instinctul sexual: disfuncții sexuale, parafilii;
- c) Instinctul vital: tentativă de suicide;
- d) Instinctul gregar
  - Contact social scăzut, retragere socială: în *depresie*, *schizofrenie*;
  - Contact social crescut, hipersociabilitate: în *manie*.
  - Comportament social inadecvat: în *retardul mintal*, *demență*, *stări confuzionale de natură organică*;
- e) Instinctul matern: abandon / pruncucidere.

### 3. Nivelul afectiv

- Tulburări cantitative: depresie, manie, anxietate, fobii,
- Tulburări calitative: Incongruență afectivă; Ambivalență afectivă; Inversiune afectivă;

### 4. Nivelul cognitiv-intelectiv

- a) Atenția (prosexia) – atribute: concentrare  $\neq$  dispersie; persistență  $\neq$  mobilitate;
  - Hipoprosexia de concentrare și persistență (în *depresie* și *anxietate*) / de dispersie și mobilitate (în *depresie*);
  - Hiperprosexia de concentrare și persistență (în *depresie* pentru evenimentele negative și pentru propria suferință) / de dispersie și mobilitate (în *manie* și *anxietate*).
- b) Percepția
  - Tulburări cantitative: Hipoestezia (în *obnubilare*, *stări confuzionale*, *deficit al organelor de simț*, *oboseală*); Hiperestezia (în *migrenă*);
  - Tulburări calitative:
    - Iluzia: percepția cu obiect dar fără izomorfism (cu atribuirea altei semnificații obiectului): iluzia optică, în stări hipnagogice, hipnopompice, dar și în patologice – în schizofrenie – iluzia de schemă corporală;
    - Halucinația: percepția clară, în exteriorul corpului, fără obiect și fără critică; sunt vizuale, auditive (apelative, comentative, imperative, injurioase), tactile, olfactive, gustative - în *schizofrenie*;
    - Pseudohalucinația: percepția clară, în interiorul corpului, fără obiect și fără critică; în *schizofrenie*;



○ Halucinoza: percepția clară, în exteriorul corpului, fără obiect dar cu critică - la *bătrâni cu ateroscleroză*.

c) Memoria: Hipomnezii – de fixare (în *depresie* sau *anxietate*) / de evocare (*obnubilare, depresie*); Amnezii – în *demență*; Hipermnezii – de fixare (nu sunt patologice) / de evocare (*manie, toxicomanii*).

d) Gândirea

• Tulburări cantitative: fuga de idei (*manie*); bradipsihie (*depresie, intoxicație etanolică*); barajul mental (*schizofrenie*) – întreruperea bruscă a fluxului gândirii; mentismul – apariția bruscă a unui număr mare de gânduri ce se desfășoară fără control.

• Tulburări calitative:

○ ideea obsesivă (tulburarea obsesiv-compulsivă, ruminății depresive, în *schizofrenie* - cu caracter bizar);

○ ideea delirantă: convingere patologică, fără substrat real, ce nu poate fi combătută cu argumente logice și are caracter parazitant. (Ex. delir de persecuție, prejudiciu, urmărire, otrăvire – în *schizofrenie*; delir de vinovăție, incapacitate, inutilitate – în *depresie*);

○ idee prevalentă: pornește de la un fapt real dar acaparează toate preocupările, argumentele logice sunt recunoscute și acceptate.

• Tulburări formale: gândirea digresivă (discurs cu multe digresiuni dar cu revenire la tema inițială), circumstanțială (adezivitate puternică la tema discursului), disociația ideo-verbală (gândirea își pierde coerența);

e) Inteligența - se măsoară prin QI (normal: 70-130).

**5. Nivelul volițional:** se referă la deliberare, decizie, trecere la act și persistență în act - Incapacitate de a lua decizii; Impulsivitate (lipsa deliberării); Abulie (lipsa voinței).

**6. Nivelul spiritual valoric – conștiința morală** – totalitatea valorilor, normelor morale ce stau la baza funcționării sociale.

a) Absența conștiinței morale – în *tulburarea de personalitate antisocială*.

b) Stima de sine scăzută (*depresie*) sau crescută (*manie*).

## EXAMENUL PSIHIIC – REGULI GENERALE:

1. Examenul psihic este precedat de examenul somatic al pacientului și este completat de diverse examene de laborator, examinări neuroimagistice) pentru a exclude patologia organică și cea indusă de consumul de droguri.
2. Pentru evitarea pierderii unor simptome relevante ce au drept consecință un examen psihic și un diagnostic incomplet este utilă examinarea pacientului pe nivele funcționale: nivelul instinctual, afectiv, cognitiv, volitiv, spiritual-valoric.
3. Se investighează principalele sindroame: anxios /fobic, depresiv /maniacal, obsesiv-compulsiv, halucinator, delirant, etc.
4. Anamneza este făcută sincron cu examenul obiectiv psihiatric (dialogul cu pacientul se face concomitent cu observarea limbajului nonverbal: atitudine, postură, igienă, mimică etc.). De exemplu, existența halucinațiilor sau delirurilor poate fi sugerată de comportamentul motivat halucinator sau delirant al pacientului.
5. Anamneza trebuie completată cu heteroanamneza (informații luate de la persoane care cunosc pacientul) pentru a valida sau completa datele oferite de pacienți. Acest lucru este important la pacienții psihotici care disimulează sau neagă simptomele, pacienții toxicomani care minimalizează sau neagă comportamentul toxicoman sau pacienții cu tulburări de personalitate care pot simula (pacienți cu tulburare de personalitate antisocială), sau amplifica (pacienți cu tulburare de personalitate histrionică) tabloul clinic.
6. Investigarea simptomelor psihotice sau legate de consumul de droguri pune următoarele dificultăți:
  - a. Pacientul nu are conștiința bolii, prin urmare nu relatează spontan simptomele
  - b. Pacientul nu are încredere în medic și disimulează (ascunde) sau neagă simptomele.
  - c. Pacientul este vizibil ostil față de psihiatru și nu cooperează dând răspunsuri vagi, evazive sau negând simptomeleÎn aceste cazuri sunt importante tact, răbdare și perseverență din partea investigatorului și corelarea informațiilor obținute de la pacient cu cele de la aparținători, prieteni, colegi, vecini.
7. Examinatorul trebuie să-și adapteze
  - a. tonul și ritmul întrebărilor la dispoziția afectivă a pacientului

- b. întrebările la nivelul de înțelegere și de cultură generală specifice pacientului
8. Unele întrebări legate de relațiile intime, de consumul de droguri, de ideea suicidară sau de simptomele „neobișnuite” (psihotice) ar putea fi considerate ofensatoare sau prea directe de către pacient. În acest sens ele pot fi reformulate sau precedate de elemente introductive care să le atenueze impactul nedorit (de exemplu: unii oameni consumă alcool pentru a scăpa de tristețe)
  9. Întrebările trebuie să fie la început deschise lăsând pacientul să dea detaliile.
  10. Notarea cuvintelor sau expresiilor utilizate de pacient este importantă, dar trebuie făcută în așa fel încât să nu trezească suspiciuni.
  11. În investigarea ideilor delirante trebuie ținut cont de mediul de proveniență al pacientului (cultural) și anume de tradițiile sau credințele în care a fost crescut și la care aderă. Din această cauză informațiile luate de la persoanele din anturajul pacientului sunt esențiale.
  12. Abordarea simptomelor delirante și halucinatorii trebuie făcută printr-o atitudine de „neutralitate binevoitoare”. Examinatorul manifestă răbdare și seriozitate atunci când pacientul își descrie trăirile halucinatorii sau își expune convingerile delirante. Examinatorul poate cere explicații suplimentare sau își poate exprima nedumeriri în legătură cu trăirile sau convingerile bizare ale pacientului, dar fără a-și exprima vădit dezacordul sau acordul cu acestea.

## EXAMENUL PSIHIK OBIECTIV

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

#### I.4. INVESTIGAȚII ȘI TESTE PSIHOLOGICE PENTRU PACIENTUL ADULT

În practica clinică psihiatrică se utilizează teste psihologice pentru clarificarea diagnosticului atunci când informațiile obținute din anamneză, heteroanamneză sau examinarea obiectivă sunt insuficiente sau contradictorii examene de laborator și examinări neuroimagistice pentru a exclude patologia organică sau indusă de substanțe

Testele psihologice sunt de mai multe categorii:

- teste proiective (Rorschach, Szondi) sunt utile atunci când diagnosticul este incert: furnizează indici de psihoză sau de organicitate când informațiile oferite de anamneză și heteroanamneză nu sunt clare.
- teste cognitive care investighează funcțiile cognitive ale cortexului prefrontal (funcții executive, memoria de lucru etc.) utilizate mai ales la pacienții psihotici (cu schizofrenie, tulburare afectivă bipolară)
- teste de inteligență (matricele progresive ale lui Raven, *Wechsler Adult Intelligence Scale*)
- deficitul de funcționare cognitivă: Bender-Gestalt, testul figurii complexe Rey

Scalele de cuantificare a intensității simptomelor și a răspunsului la tratament. Aceste instrumente vizează fie psihopatologia generală (de exemplu Scala Scurtă de Evaluare Psihiatrică - *Brief Psychiatric Rating Scale* – BPRS), fie a psihopatologia specifică:

- Depresia: scale de autoevaluare (*Beck Depression Inventory*), sau de heteroevaluare (*Hamilton Depression Rating Scale- HAM-D*, *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale- MADRS*)
- Anxietatea: *Hamilton Anxiety Scale* – *HAM-A*
- Obsesiile și compulsiile: *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale - YBOCS*
- Deficite cognitive: *Mini Mental State Examination - MMSE*
- Simptomele de schizofrenie: Scala de Evaluare a Simptomelor Pozitive și Negative din schizofrenie - PANSS
- Trăsăturile de personalitate: *Personality Assessment Schedule - PAS*, *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* – *MMPI*

Examenle de laborator se realizează pentru:

- a exclude boli organice (mai ales endocrine): hormonii tiroidieni
- a depista consumul de substanțele psihoactive (examene toxicologice în sânge și urină)
- a evidenția consecințele unui consum cronic de alcool (gamma GTP, transaminazele, anemia macrocitară, hiperuricemie)
- a evidenția efecte secundare ale medicației psihotrope (modificări ale hemoleucogramei, ale transaminazelor, nivelului prolactinemiei)

Examenle electrofiziologice cele mai utilizate sunt electroencefalografia (EEG) și electrocardiograma (ECG). Uneori este utilă polisomnografia.

- EEG este utilă pentru depistarea traseelor iritative și undelor lente ce indică o suferință organică (epilepsii, tumori).
- ECG exclude boli ale inimii (tahiaritmii) sau evidențiază posibilele efecte adverse ale medicației psihotrope (alungirea intervalului QTc lung cu riscul instalării torsadei vârfurilor).
- Polisomnografia este utilizată mai ales în cercetare. Ea evidențiază modificări ale arhitecturii somnului (scăderea latenței somnului REM, raportul somn REM și somn NREM).

Neuroimagingistica cerebrală este utilă pentru excluderea patologiei organice (tumori, abcese, chisturi, accidente vasculare cerebrale, traumatisme cranio-cerebrale, hidrocefalie cu presiune normală, demielinizare).

- Rezonanța magnetică nucleară are avantajul unei rezoluții mai bune și a lipsei iradierii, dar este foarte scumpă.
- Tomografia computerizată este mai ieftină, dar are o rezoluție mai mică. Este utilă mai ales pentru evidențierea patologiei vasculare cerebrale (accidentele vasculare ischemice apar sub forma unor formațiuni hipodense, în timp ce accidentele vasculare hemoragice apar sub forma unor leziuni hiperdense).
- Neuroimagingistica cerebrală funcțională (PET, SPECT) evidențiază funcționalitatea diverselor regiuni ale creierului și se utilizează mai ales în cercetare.

În diagnosticarea demențelor, tomografia cerebrală evidențiază atrofia corticală care poate fi predominant temporo-parieto-occipitală (în demența Alzheimer) sau predominant frontală (în demența frontală Pick). Semnele atrofiei corticale sunt următoarele:

- Lărgirea spațiului dintre cutia craniană și creier
- Dilatarea ventriculară
- Lărgirea șanțurilor (sulcilor) dintre girusurile cerebrale.

## **CAPITOLUL II. PRINCIPALELE ASPECTE SINDROMOLOGICE ȘI NOSOLOGICE ÎN PSIHIATRIE**

### CUPRINS:

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

## II.1. GLOSAR DE DEFINIȚII OPERAȚIONALE

**ABULIE:** absența voinței

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

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

**AKATIZIE:** neliniște psihomotorie indusă de tratamentul neuroleptic

**ALOGIE:** vorbire săracă din punct de vedere al conținutului informațional

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**DELIRIUM:** în sens restrâns = stare confuz-onirică acută și reversibilă caracterizată prin dezorientare predominant temporo-spațială, halucinații vizuale sau scenice asemănătoare visului și anxietate cu neliniște psihomotorie. În sens larg = stare confuzională.



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

**DELIR PARANOID :** delir cu tematică de persecuție

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

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

**DISFORIE :** proastă dispoziție iritabilă

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**HIPEREMOTIVITATE:** reacție afectivă disproporționată față de intensitatea stimulului.

**HIPOPROSEXIE de concentrare:** scăderea capacității de concentrare a atenției

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**PERCEPȚII DELIRANTE:** interpretarea delirantă a unei percepții reale

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

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

**STEREOTIPIILE :** repetarea fără sens a unor cuvinte sau mișcări

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

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

**SOLILOCVIA:** vorbirea de unul singur

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

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

## II.2. PRINCIPALELE SINDROAME PSIHIATRICE

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

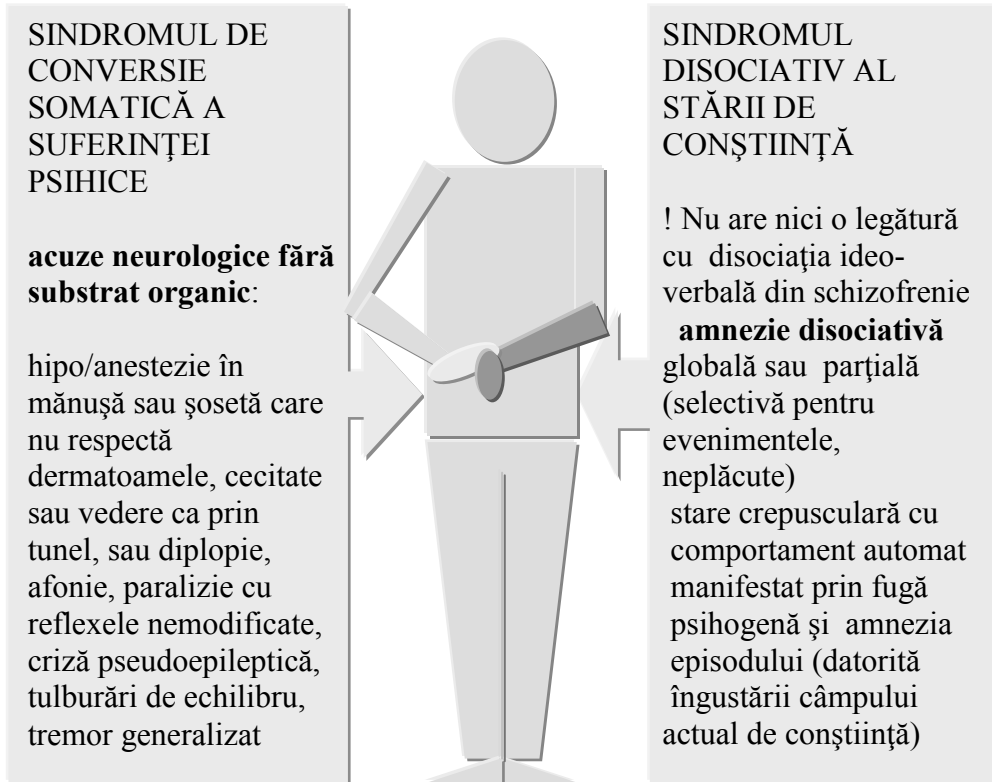
ATENȚIE: sindromul nu reprezintă un diagnostic de boală deoarece poate avea mai multe etiologii, iar într-un episod de boală se pot întâlni mai multe sindroame

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

### OBIECTIVE DIDACTICE:

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

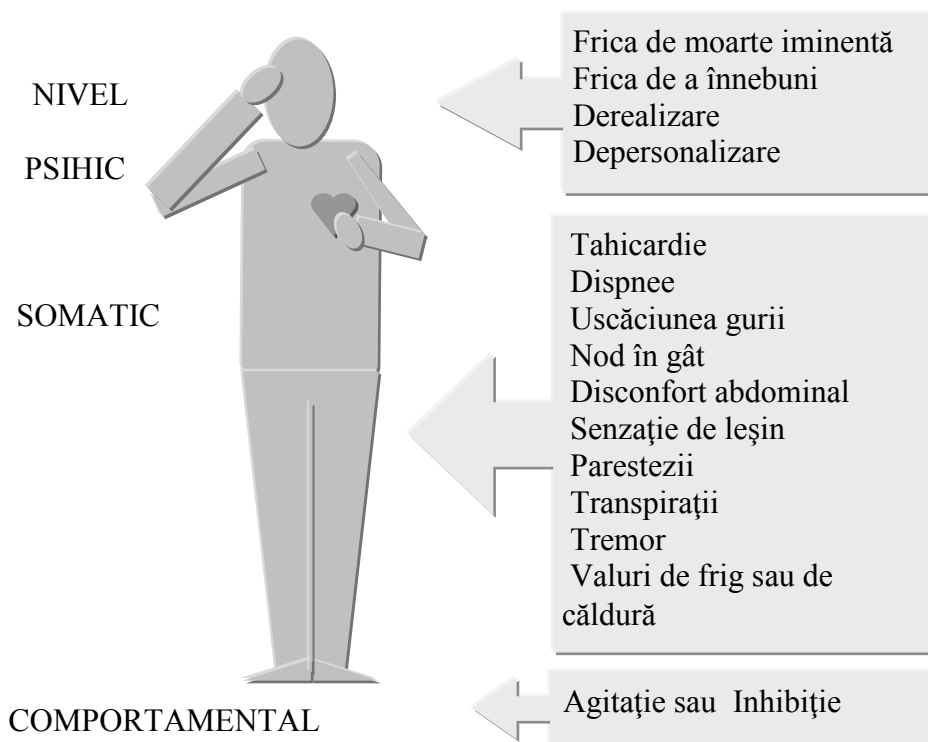
## SINDROAMELE CONVERSIV ȘI DISOCIATIV



Aceste sindroame se însoțesc adesea de:

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

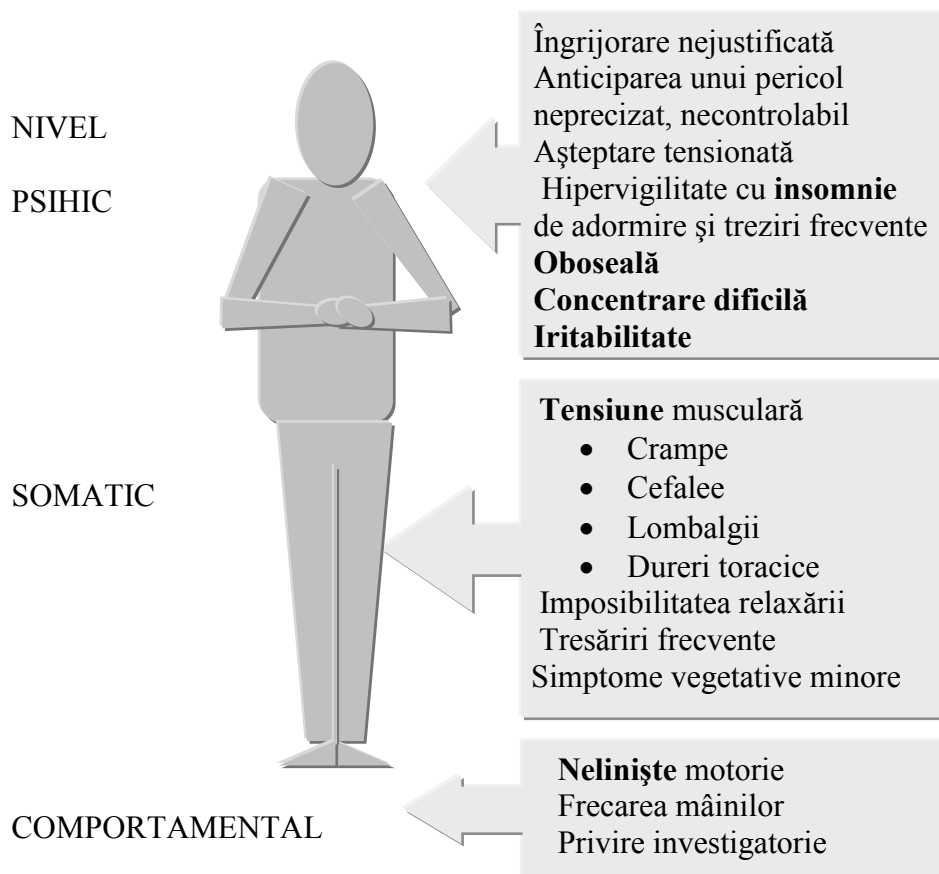
## SINDROMUL ATACULUI DE PANICĂ



Atacurile de panică se întâlnesc în:

TULBURAREA DE PANICĂ	FOBII
atacuri de panică imprevizibile	atacuri de panică în cazul expunerii la obiectul sau situațiile fobogene
atacuri de panică recurente > 4/ lună	conduită de evitare sau securizare
frica de noi atacuri sau de implicațiile acestora	anxietate anticipatorie în cazul în care situația fobogenă nu poate fi evitată

## SINDROMUL ANXIETĂȚII GENERALIZATE



Se întâlnește în tulburarea anxietății generalizate când:

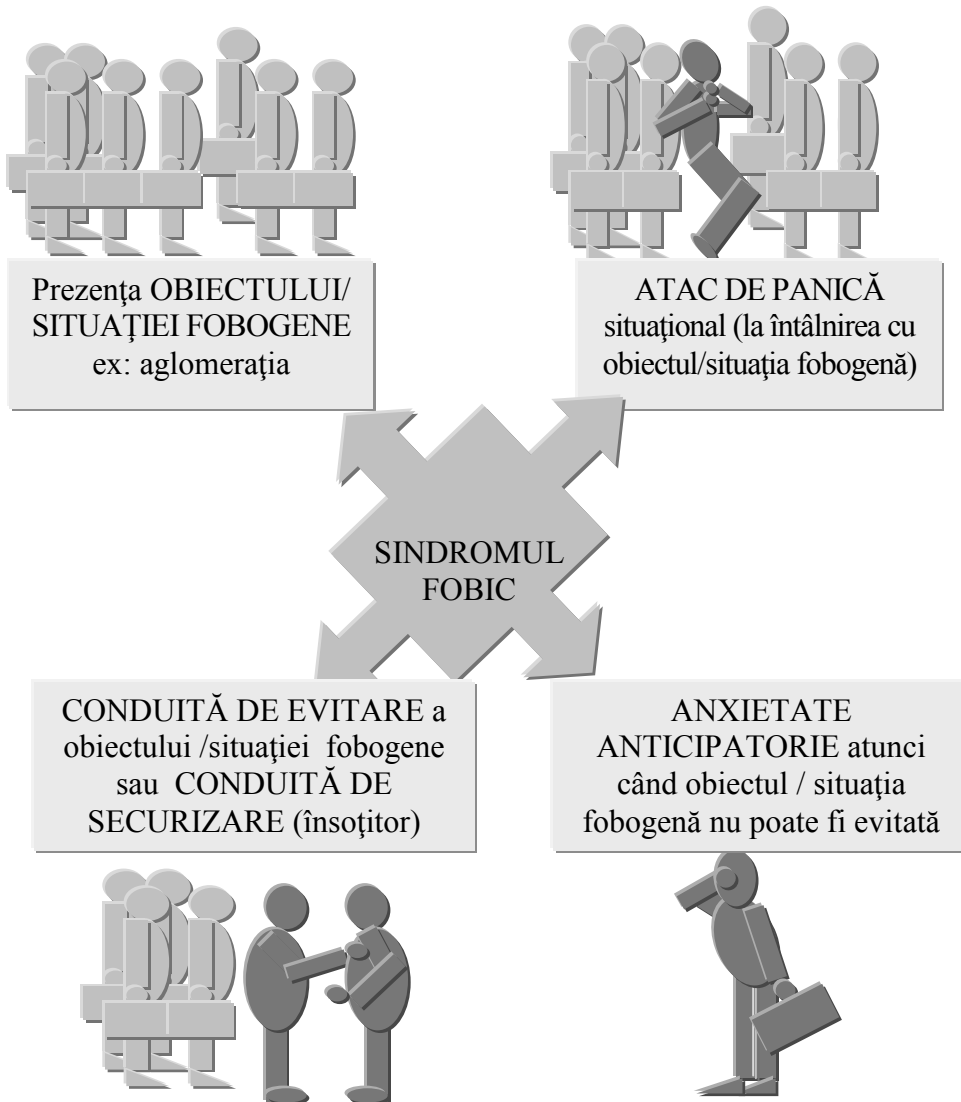
sindromul are o DURATĂ de peste 6 luni, iar

ÎNGRIJORAREA nu are ca obiect:

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

## SINDROMUL FOBIC

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



## SINDROMUL OBSESIV-COMPULSIV

OBSESIILE sunt trăiri de tipul:

- gânduri
- îndoieli
- rumații
- impulsiuni
- fobii obsesive

*cu conținut:*

contaminare  
ordine, simetrie,  
precizie  
sexual  
agresiv  
religios

*și caracter:*

- penetrant
- persistent
- recurent

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

asediază  
mintea

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

COMPULSII (ritualuri) sunt acte fizice sau mentale sau mentale

*Cu conținut de:*

- spălare
- verificare
- colecționare
- evitare
- numărare (aritmomanie)

*și caracter:*

- excesiv
- repetitiv
- stereotip

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

luptă

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



## SINDROMUL DEPRESIV



INHIBIȚIE  
PSIHO-MOTORIE

### NIVEL INSTINCTIV

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

### NIVEL AFECTIV

tristețe patologică  
iritabilitate (+/-)

### NIVEL COGNITIV

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

### NIVEL VOLIȚIONAL

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

### VORBIREA

bradilalică, laconică, cu latență în răspunsuri, șoptită

### EXPRESIVITATEA MIMICO-GESTUALĂ

Facies depresiv, postură depresivă,

HIPOKINEZIE până la stupor

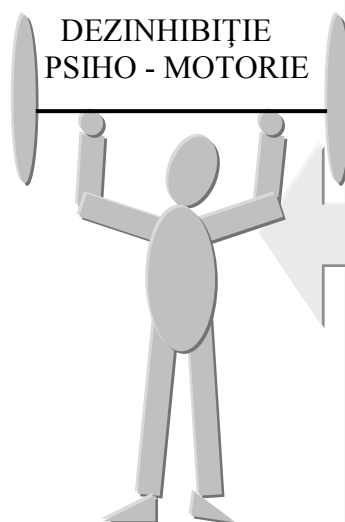
### COMPORTAMENT

Inhibat

### SOMNUL

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

## SINDROMUL MANIACAL



### NIVEL INSTINCTIV

Sociabilitate crescută

bulimie

hipererotism

### NIVEL AFECTIV

bună dispoziție patologică

iritabilitate (+/-)

### NIVEL COGNITIV

Atenție: dispersă și mobilă

Percepție vie, pregnantă

Memorie: fixare dificilă, evocare ușoară

Gândire: flux ideativ accelerat până la fugă

de idei, ideație cu conținut optimist,

delir megaloman (personalitate ilustră,

filiație ilustră, omnipotență, omnisciență),

de bogăție, delir mesianic, de reformă socială

### NIVEL VOLIȚIONAL

deliberare pripită

lipsa perseverenței în act

ASPECT extravagant cu fardare,

podoabe în exces, vestimentație în culori vii

### VORBIREA

tahilalie, logoree, exprimare telegrafică

aparent incoerentă (fugă de idei), pe ton ridicat

### EXPRESIVITATEA MIMICO-GESTUALĂ

hiperexpresivitate mimico – gestuală

HIPERKINEZIE până la agitație

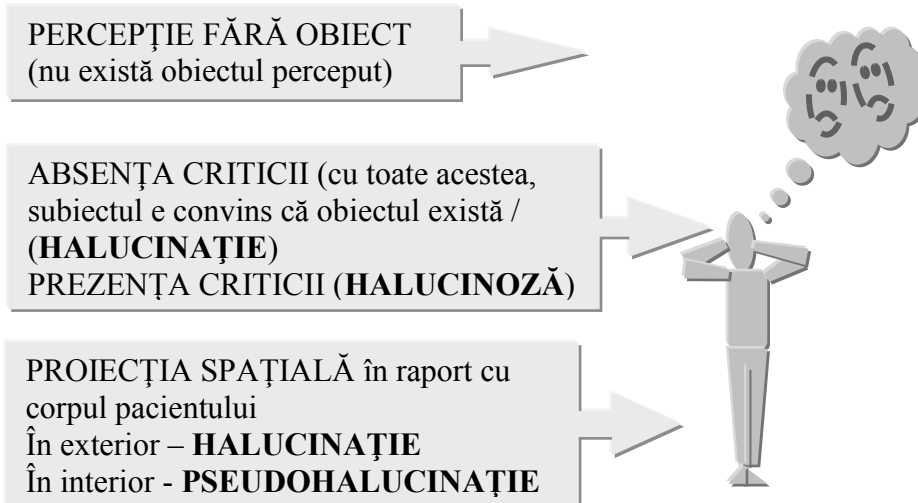
### COMPORTAMENT

expansiv, decenzurat

### SOMNUL

Necesar redus de somn

## SINDROMUL HALUCINATOR



### INTERPRETAREA DIAGNOSTICĂ A HALUCINAȚIILOR

#### AUDITIVE

**Schizofrenie**

Comentative

Imperative (grave)

**Epilepsie**

#### OLFACTIVE

GUSTATIVE

**Epilepsie** (crize  
uncinate)

**Psihoze** (cu delir  
de otrăvire  
secundar)

#### VIZUALE ȘI TACTILE

**cauză organică sau  
sevraj/ intoxicație**

(alcool/cocaină)

- delirium tremens

#### NEPATOLOGICE

la adormire =

**hipnagogice**

la trezire =

**hipnopompice**

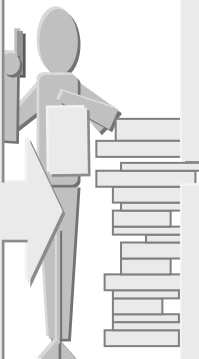
durează câteva  
secunde

### COMPORTAMENT HALUCINATOR

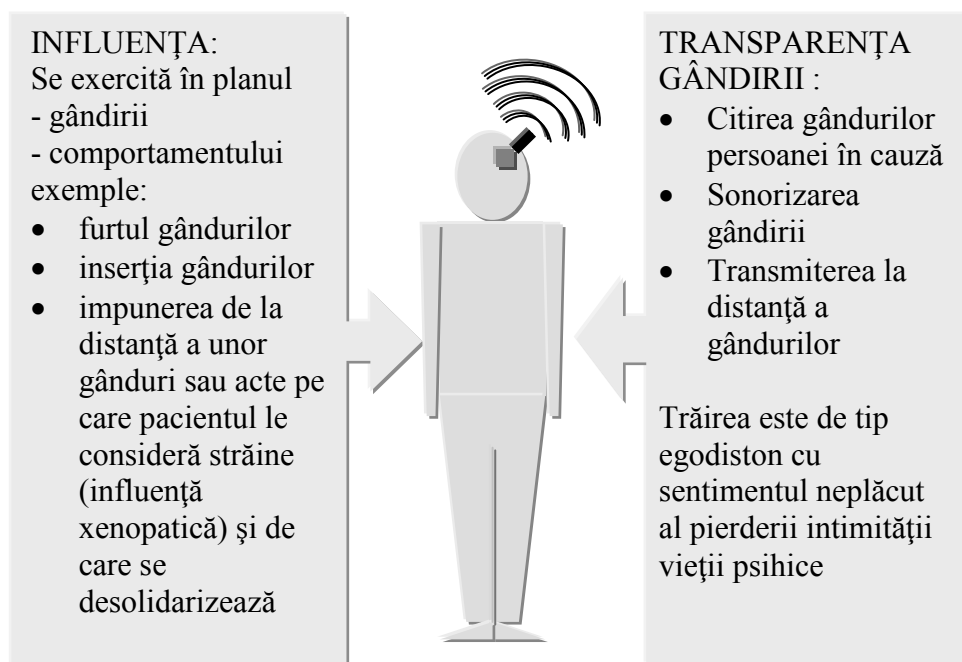
Pacientul discută cu halucinațiile auditive sau întoarce capul în direcția de unde aude vocile

Pacientul privește îngrozit halucinațiile vizuale (uneori scenice asemănătoare visului – onirice ) și poate participa la cele scenice  
Pacientul se apără înfricoșat de halucinațiile zoomorfe (muște, găze șobolani) care îl atacă sau pe care le simte sub piele (se scarpină, se curăță)

## SINDROMUL DELIRANT

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

## SINDROMUL DE TRANSPARENȚĂ – INFLUENȚĂ (AUTOMATISMUL MENTAL)



### ATENȚIE !!!

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

Trebuie diferențiate actele impuse (controlul comportamentului – delir de control) de executarea ordinelor primite pe calea halucinațiilor auditive imperative (în cazul halucinațiilor imperative pacientul execută ordinul dat de voci).

În acest sens ÎNTOTDEAUNA SE VA ÎNTREBA DESPRE  
MECANISMUL PRIN CARE SE PRODUCE INFLUENȚA:

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

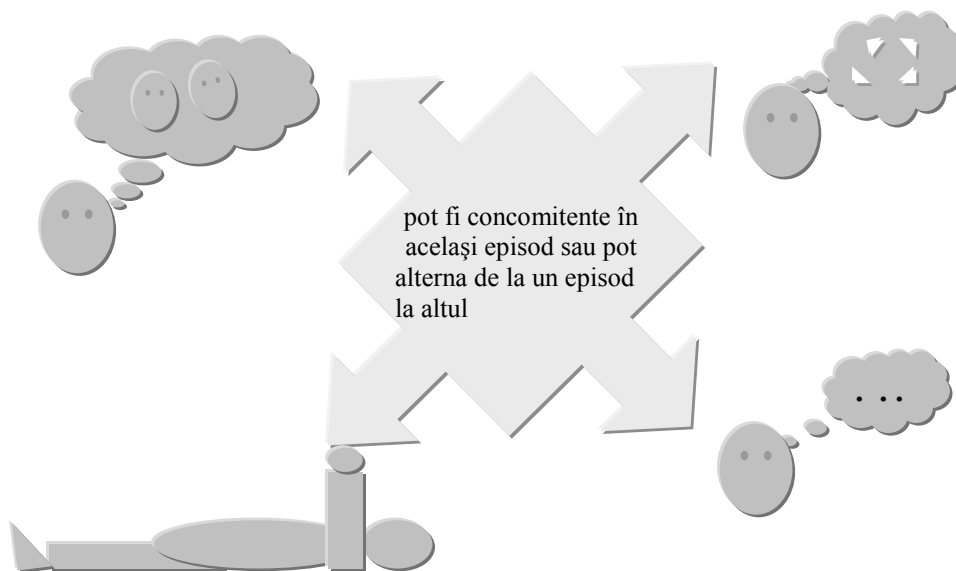
## MACROSINDROAME ÎN SCHIZOFRENIE

### SINDROMUL PRODUCTIV

Sindrom halucinator  
Sindrom delirant  
Sindrom de transparență - influență

### SINDROMUL DE DEZORGANIZARE

Disociație ideo-verbală  
Comportament bizar,  
Ambivalență,  
Incongruență afectivă



### SINDROM CATATON

Hipertonie cu flexibilitate ceroasă  
Stereotipie  
Sugestionabilitate  
Negativism  
Inhibiție sau agitație psihomotorie

### SINDROM DEFICITAR

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

## SINDROMUL CONFUZIONAL (DELIRIUM)

### CARACTERISTICI

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



### SIMPTOME SOMATICE

SEMNELE VEGETATIVE DE SEVRAJ  
SIMPTOME DE INTOXICAȚIE  
SEMNE DE FOCAR  
SD. MENINGIAN  
FEBRĂ  
ASTERIXIS

### INVESTIGAȚII PARACLINICE

### SIMPTOME PSIHICE

TULBURAREA + TULBURAREA  
CONȘTIINȚEI DE SINE ȘI MEDIU  
VIGILITĂȚII

#### DEZORIENTARE

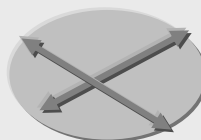
TIMP ALTE PERSOANE

Anxietate cu  
neliniște motorie  
+/-

halucinații  
vizuale, tactile

sau

Obnubilare cu  
inhibiție motorie



SPAȚIU SITUAȚIE



SD. ORGANIC ACUT = DELIRIUM = STARE CONFUZIONALĂ

## SINDROMUL DEMENTIAL

### COGNITIV: manifestări progresiv ireversibile ce domină tabloul clinic

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



### AFECTIV

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

### COMPORTAMENT

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

### VORBIRE

- echolalie
- perseverări, stereotipii
- verbigeratie
- mutism

### Demența Alzheimer:

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

### Demența prefrontală (Pick)

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

### Demența vasculară

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



### ÎNTREBĂRI:

1. Care din următoarele situații definește o trăire obsesivă:
  - a) tânără de 18 ani preocupată de excesul ponderal, recurge la provocarea de vărsături, la laxative sau diuretice.
  - b) Student în anul I la filologie preocupat de gânduri care îi sunt impuse împotriva voinței sale de forțe exterioare malefice
  - c) Călugăriță de 30 de ani chinuită de tendințe blasfemiatoare în timpul slujbelor la care participă
  - d) Jucător pasionat de poker de 39 de ani, preocupat de problemele financiare pe care le are în urma unor înfrângeri repetate
  - e) Bărbat de 32 ani preocupat de ideea de a da foc pădurii de la marginea orașului pentru a trăi pe viu spectacolul unui incendiu
  
2. Un pacient psihotic, care tocmai a spart o farfurie este întrebat de ce a făcut acest lucru. Răspunde că nu el a vrut să spargă farfuria dar Mihai i-a spus să o spargă. Acesta din urmă este un personaj imaginar cu care vorbește adesea pacientul. Comportamentul pacientului se datorează:
  - a) sindromului de transparență-influență
  - b) sindrom obsesiv-compulsiv
  - c) sindrom halucinator cu halucinații imperative
  - d) sindrom delirant paranoid
  - e) sindrom maniacal cu agitație psihomotorie
  
3. Sunteți chemat să consultați un pacient care nu mișcă și nu vorbește. La ridicarea mâinii sale constatați hipertonia și păstrarea mâinii în poziție ridicată. Comportamentul pacientului se datorează unui sindrom de tip:
  - a) comatos produs de hiperglicemie
  - b) stupor melancolic
  - c) comatos produs de hipoglicemie
  - d) stupor cataton
  - e) mutism selectiv

### **II.3. DIAGNOSTICUL ÎN PSIHIATRIE**

#### CUPRINS:

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

#### OBIECTIVE DIDACTICE:

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

## CRITERIILE DE DIAGNOSTIC

### TABLOUL CLINIC

Un număr minim de simptome dintr-o listă de mai multe simptome

fie DURATA

- episodului  
(schizofrenie >6 luni)

- simptomelor  
(obsesia > 1 oră)

fie FRECVENȚA

(tulburarea de panică:  
> 4 atacuri de panică pe lună)



### INTENSITATEA SIMPTOMATOLOGIEI

Afectarea funcționării  
individului în

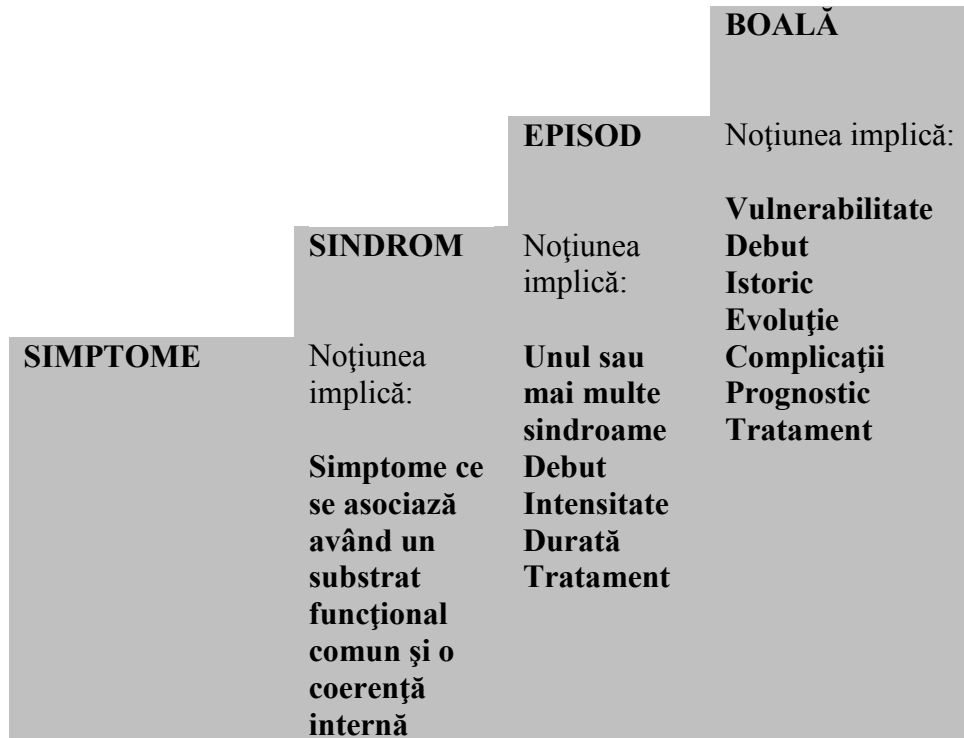
- familie
- societate
- loc de muncă / școală

### DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL

Excluderea

- altor boli psihice
- bolilor organice
- consumului de  
medicamente sau droguri
- simulării premeditate

## DEMERSUL DIAGNOSTIC



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

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



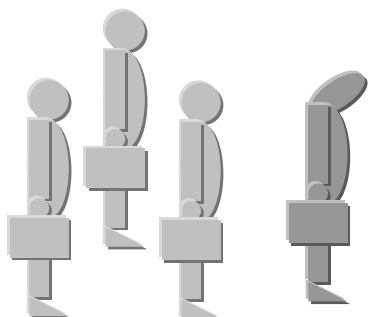
## CRITERII DE SEVERITATE A SIMPTOMATOLOGIEI



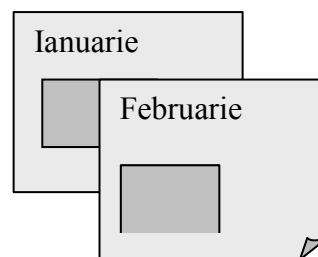
Afectarea funcționării în familie



Afectarea funcționării la  
locul de muncă



Afectarea funcționării în societate



Durata de la debutul  
simptomelor

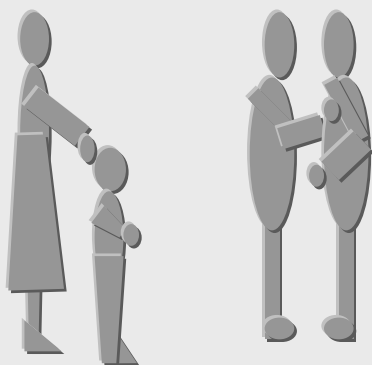
Multe simptome în psihiatrie au un echivalent în normalitate de exemplu depresia are echivalent în normalitate tristețea. Depresia este o tulburare a dispoziției afective caracterizată prin tristețe patologică. Caracterul patologic este dat de :

- intensitatea mare
- durata mare
- modul de apariție: absența factorilor declanșatori
- reactivitate: lipsa de reactivitate la încurajări sau aflarea veștilor bune

## CĂUTAREA FACTORILOR VULNERABILIZANȚI ȘI PROTECTIVI

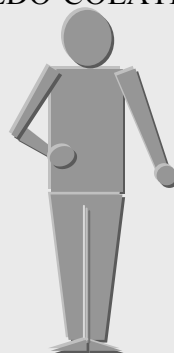
### FACTOR DE PROTECȚIE REȚEAUA DE SUPORT SOCIAL

FAMILIA ȘI / SAU PRIETENII

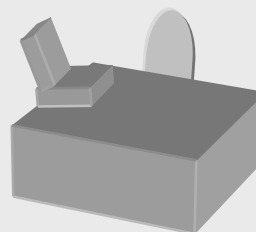


### VULNERABILITATEA DE FOND

- PERSONALITATEA
- ANTECEDENTELE  
PATOLOGICE  
PERSONALE ȘI  
HEREDO-COLATERALE



### VULNERABILITATEA DE MOMENT (CIRCUMSTANȚIALĂ)



Situația locativă  
Situația familială  
Situația profesională  
Vârsta

## FORMULAREA MULTIAXIALĂ A DIAGNOSTICULUI (DUPĂ DSM)

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

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

EXEMPLU:

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

## ÎNTREBĂRI

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

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

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

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



## II.4. NOSOLOGIA PSIHIATRICĂ

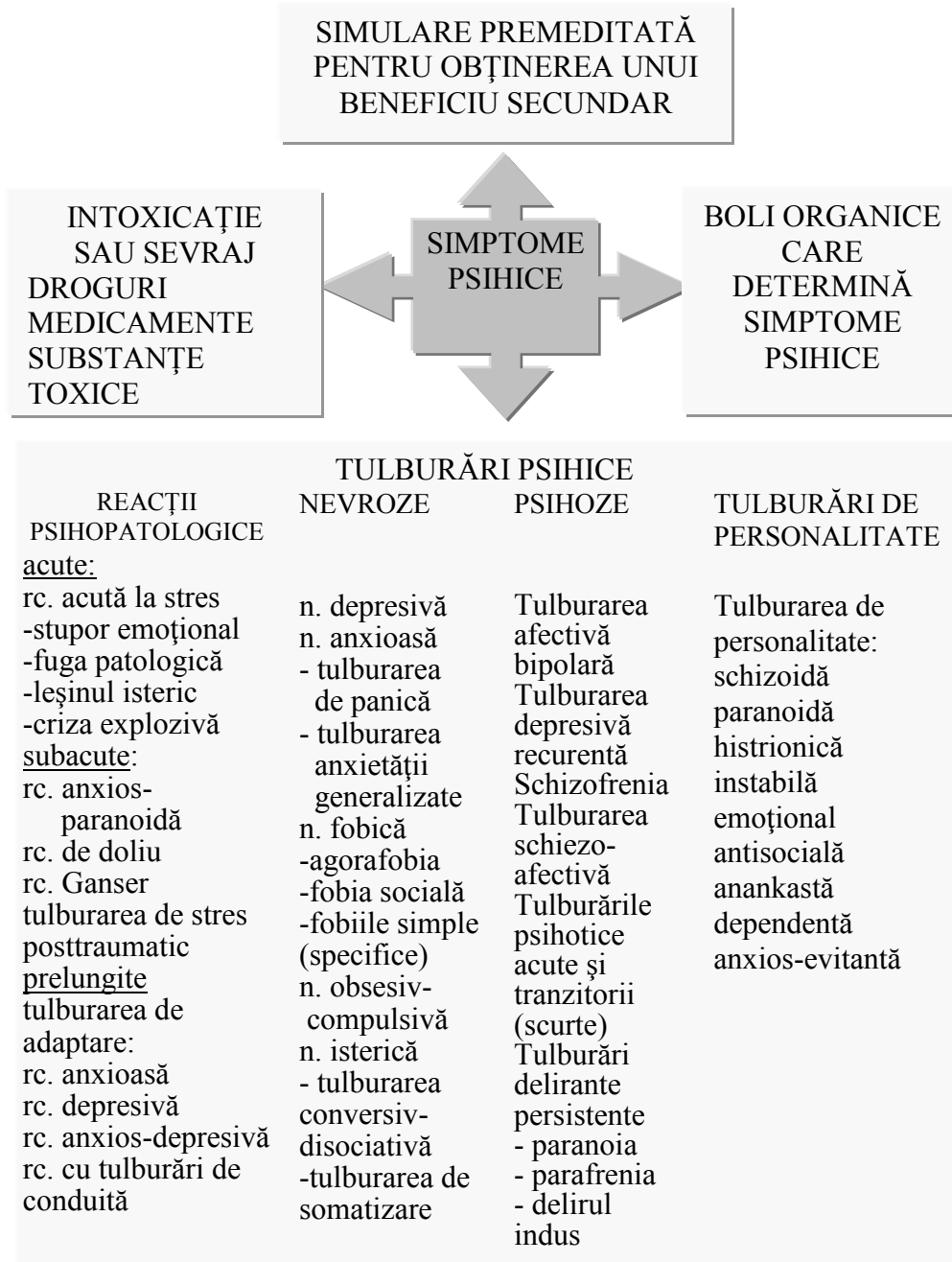
### CUPRINS:

1. DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL ȘI SCHEMA NOSOLOGICĂ ÎN PSIHIATRIE
2. TULBURĂRILE ANXIOASE
  - a. TULBURAREA ANXIETĂȚII GENERALIZATE = TAG
  - b. TULBURAREA DE PANICĂ = TP
  - c. AGORAFOBIA
  - d. FOBIA SOCIALĂ
  - e. FOBIILE SIMPLE (SPECIFICE)
3. TULBURĂRILE CONVERSIVĂ, DISOCIATIVĂ ȘI DE SOMATIZARE
4. TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ
5. TULBURĂRILE AFECTIVE PERIODICE
  - a. TULBURAREA DEPRESIVĂ RECURENTĂ = TDR
  - b. TULBURAREA AFECTIVĂ BIPOLARĂ = TAB
6. SCHIZOFRENIA
7. REACȚIILE PSIHOPATOLOGICE
8. RETARDUL MENTAL
9. TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

### OBIECTIVE DIDACTICE:

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

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL ȘI SCHEMA NOSOLOGICĂ  
ÎN PSIHIATRIE



TULBURAREA ANXIETĂȚII GENERALIZATE, TULBURAREA DE PANICĂ, AGORAFOBIA, FOBIA SOCIALĂ, FOBIILE SIMPLE

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

### Istoricul bolii (episoadele anterioare)

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

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

Frică de a dormi singur în cameră sau cu ușa închisă

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

Adolescență: +/- fobie socială

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

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

+/- idei hipocondriace

+/- depresie

+/- alcoolism secundar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## TULBURĂRILE CONVERSIVĂ, DISOCIATIVĂ ȘI DE SOMATIZARE

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

### Istoricul bolii (Episoadele anterioare)

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

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

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

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

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



## TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

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

### Istoricul bolii (episoadele anterioare)

Copilărie : TICURI (uneori)

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

Adult EPISOADE OBSESIV - COMPULSIVE +/- DEPRESIE

Episodul actual	Diagnostic : tulburare obsesiv-compulsivă	
<p><b>Debut</b></p> <p>Acut după un eveniment stresant dar mai frecvent cronic</p> <p>La bărbați boala debutează la vârste mai tinere.</p>	<p><b>Tablou clinic</b></p> <p><u>Sindrom obsesiv:</u> idei obsesive, ruminatii obsesive, impulsuni obsesive, îndoieli obsesive, fobii obsesive cu caracter: penetrant, persistent, recurent și egodistonic</p> <p><u>Sindrom compulsiv:</u> acte comportamentale (spălare, verificare, evitare, colecționare) sau mentale (numărare: dungi, stâlpi, pomi, etc.) ce au caracter excesiv, repetitiv și stereotip =ritualuri</p> <p><u>Anxietate</u> în cazul reținerii de la compulsie</p> <p><u>Depresie</u></p>	<p><b>Tratament</b></p> <p>1. medicamentos antidepresive: - clomipramina - SSRI: Sertralină Fluvoxamină anxiolitice neuroleptice - în cazurile foarte severe (boală obsesivă)</p> <p>2. psihoterapie cognitiv - comportamentală</p> <p>3. TEC în caz de eșec la chimio - și psihoterapie</p> <p>4. psihochirurgie (în cazuri excepționale)</p>

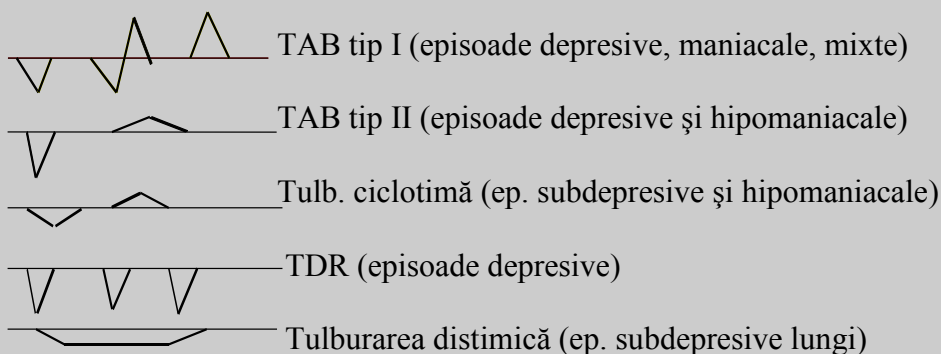
Caz G.E., 42 de ani, sex masculin, inginer mecanic.

Ajunge la medicul psihiatru din proprie inițiativă, după ce a venit de încă 5 ori la cabinetul de consultație, dar a plecat înainte de a-i veni rândul la consultație. În cabinet se prezintă în ținută corectă, îngrijită. Are un caiet în care și-a sistematizat simptomele și pe care-l prezintă medicului. Contactul psihic este bun, dar exprimarea pacientului este ezitantă; mereu revine asupra celor spuse, pentru a fi sigur că a fost bine înțeles. Bine orientat spațio-temporal și mnezic. Are conștiința unei suferințe psihice chinuitoare și nu întrevede posibilitatea de a ieși din starea actuală. Se plânge mai ales de insomnie, nesiguranță, dificultăți în decizie, gânduri și intenții (de act) care îi vin fără voia sa și nu le poate stăpâni, verificări chinuitoare (plecând de acasă, trebuie să se întoarcă de 3-4 ori pentru a verifica dacă a închis ușa, a stins lumina sau a închis apa). Pacientul crește într-o familie ca și copil unic. Tatăl, o fire corectă, dar rigidă, a pretins tot timpul o disciplină strictă: orele de masă erau fixe, timpul la joacă bine precizat, nu avea voie să întârzie seara peste o anumită oră. Mama a fost hiperprotectoare, dar mai mult anxioasă decât afectuoasă. Copilul a crescut mai mult cu bunica. S-a dovedit de mic încăpățânat. Ulterior, nu s-a dovedit prea sociabil: la jocurile cu copii nu a dovedit multă inițiativă, preferând să stea mai retras. Între 6 și 7 ani a prezentat ticuri ale feței. La școală a fost cuminte, conștiincios, hiperordonat, muncitor. A luat mereu premii, fiind dat ca exemplu pozitiv. I-a plăcut să asculte muzică și să citească, să rezolve probleme de matematică. Nu a avut boli deosebite. Nu a consumat alcool. A studiat politehnica cu bune rezultate. Nu a făcut sport și nici nu a mers la dans. Ca inginer și-a făcut datoria cu multă seriozitate; un lucru început dorea să fie bine terminat. Se căsătorește la 25 de ani cu o colegă, mai mult la inițiativa acesteia. Au un băiat care, crescând, a devenit neascultător. Au apărut și s-au agravat divergențe în familie, legate de firea sa mai ursuză, care nu agreează întâlnirile mondene. Soția se plictisește, merge la spectacole cu prietenii de familie, îi reproșează lipsa de interes pentru familie. Divergențe apar și în ceea ce privește educația copilului. La serviciu, fiind apreciat, este promovată într-o funcție de conducere. Își ia în serios activitatea, petrece aproape tot timpul în secție. Este mereu frământat de insuficienta organizare a producției, de prea multa dezordine pe care o constată în unele sectoare, de indiferența și neseriozitatea unor subalterni, caută să compenseze deficiențele constatate prin muncă proprie. Își prelungeste șederea la serviciu; noaptea se gândește cum să rezolve a doua zi problemele. Dar, rezultatele întârzie. Ba mai este și criticat. Începe să nu mai poată adormi și să se trezească devreme. Scade pofta de mâncare. Este constipat. Devine nesigur de sine, verifică de mai multe ori dacă a făcut un lucru bine sau rău, dacă l-a făcut sau nu l-a făcut. Fără voia sa îi vin în minte probleme de serviciu de care nu poate scăpa. Și, la fel, îi vine în minte câte o melodie, câte o problemă absurdă, care-i paralizează conștiința. Uneori, tot fără voie, numără pietrele de pavaj sau stâlpii de telegraf. A devenit trist, morocănos; a slăbit în greutate. A început să se gândească că ar putea să fie bolnav (poate de cancer?!). Se gândește și la o infecție cronică. Se spală pe mâini de 10-20 ori/zi. Își face planuri amănunțite, în scris, înainte de a trece la acțiune. Verifică mereu totul. Randamentul scade progresiv. Apare neliniște, panică, tristețe. Trecând peste un pod, îi vine în minte "ce-ar fi dacă m-aș arunca?" În tramvai îi vine să înjure pe alții și cu mare greutate se abține. După multe ezitări, în sfârșit, se prezintă la medic.

## TULBURĂRILE AFECTIVE PERIODICE

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

### Istoricul bolii (episoadele anterioare)



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

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

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

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

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

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

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

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

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

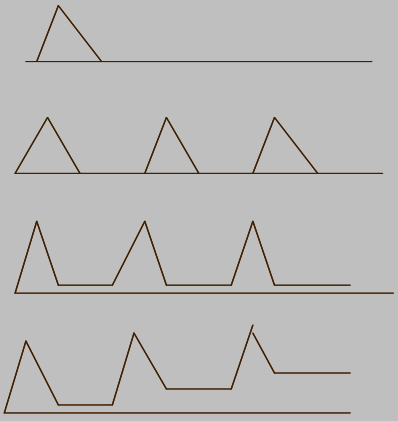
Istoricul tulburării psihice: pacienta se află la a 6-a internare într-o clinică de psihiatrie. Prima internare este în urmă cu 11 ani.

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

## SCHIZOFRENIA

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

### Istoricul bolii (episoadele anterioare)

	<p>22% din cazuri</p> <p>35% din cazuri</p> <p>8% din cazuri</p> <p>35% din cazuri</p>	<p>1 episod cu remisiune completă</p> <p>&gt; episoade cu remisiune completă</p> <p>&gt; episoade cu remisiune incompletă</p> <p>&gt;episoade, remisiune</p>
<p>Episodul actual</p>	<p>diagnostic: schizofrenie paranoidă, dezorganizantă (hebefrenă), catatonă, nediferențiată</p>	
<p>Debut <b>insidios</b> cu <u>simptome deficitare</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- retragere socială</li> <li>- tulburări de atenție și memorie</li> </ul> <p><u>derealizare depersonalizare</u></p> <p><u>anxietate</u></p> <p><b>acut</b>: cu simptome productive</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- delir</li> <li>- halucinații</li> <li>- agitație psihomotorie</li> <li>- comportament bizar</li> </ul>	<p>Tablou clinic</p> <p><b>Sindrom productiv</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- delir paranoid</li> <li>- sindrom de transparență-influență</li> <li>- halucinații auditive</li> </ul> <p><b>Sd. de dezorganizare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- disociație ideo-verbală</li> <li>- incongruență sau ambivalență afectivă</li> <li>- comportament bizar</li> <li>- manierisme</li> </ul> <p><b>Sindrom deficitar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- retragere socială</li> <li>- aplatizare afectivă</li> <li>- alogie, abulie</li> </ul> <p><b>Sindrom cataton</b></p>	<p>Tratament</p> <p><b>1. Medicamentos</b></p> <p><i>Pentru delir, halucinații, disociație, agitație psihomotorie:</i> neuroleptice convenționale sau atipice</p> <p><i>Pentru simptomatologie deficitară:</i> neuroleptice atipice sau bimodale - în doză mică</p> <p>2. Eșec la tratament medicamentos: TEC</p> <p>3. Programe de reabilitare psiho-socială</p>



Caz D.V., sex masculin, 22 ani, student an II la Institutul Politehnic, necăsătorit.

Adus la Spitalul de Psihiatrie de părinți.

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

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

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

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

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

În anul doi de facultate (cu profil tehnic), părinții au observat un dezinteres pentru materiile predate. Tânărul a devenit mai “neglijent”, s-a detașat de prietenii care-l mai frecventau, considerându-i incapabili să susțină o discuție intelectuală. Preocupările extrauniversitare îi răpeau majoritatea timpului, argumentând părinților noua sa orientare spre filozofie. Repetă anul universitar, dar randamentul său intelectual scade progresiv, devine stereotip, sărac în idei. În domeniul filozofiei folosește noțiuni și categorii lipsite de conținut real; este incapabil de înțelegerea și reformularea problemelor; gândirea i se împotmolește în ineficiență. Examenul psihic relevă răspunsuri corecte și coerente la întrebările cu un grad de dificultate scăzut. Pe măsură ce dialogul se prelungește iar gradul de abstractizare al discuției crește, apar net deficiențe logice, incoerența ideatorie (ca de exemplu într-un exemplu de interpretare a unei poezii proprii “Semnul lui Brâncuși reprezintă bărbatul și femeia, iar fiecare este alt plan, dar pentru că semnifică depărtarea și apropierea... soarele este androgen).

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

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

Prezentare: îmbrăcat sumar, cămașa ruptă are pete de sânge; prezintă escoriații și tăieturi în regiunea anterioară a ambelor coapse și pe brațe. Părul răvășit, facies “tâmp”, râde în hohote, nemotivat; gesturi obscene, mimică contrastantă cu starea de agitație; scuipă, înjură. Râde fără “noimă”, folosește cuvinte triviale; mișcărilor sunt necontrolate, fără scop și finalitate. Nu răspunde întrebărilor, se zbate, urlă, dă din picioare și din mâini, are mișcări haotice. Iritat, excitat, pare să nu sesizeze lumea din jurul său; privirea este ațintită în gol. Scoate sunete monosilabice, sau cuvintele folosite sunt puse cap la cap, fără nici o legătură, anarhic, incoerent. Furie agresivă, fără obiect specific, sparge și lovește tot ce este în jurul său. Necesită conțenționare și sedare neuroleptică. La câteva zile după internare, perioadă în care a fost în continuare agitat psihomotor, chiar după administrarea neurolepticelor, în doze ridicate, starea sa se modifică, devine apatic, liniștit, stă mai mult în pat, nu mai comunică. Rămâne imobil în pat, refuză să mănânce, inițial opunând rezistență. La ordinele scurte și simple face contrariul. Dacă i se spune “deschide gura”, el strânge maxilarele. După o zi, nu se mai scoală din pat, nici pentru necesitățile biologice. Dacă este sculat din pat rămâne în poziția respectivă, dacă i se ridică o mână, rămâne în aceeași poziție un timp îndelungat. Are aspectul unei păpuși de ceară, c i se poate imprima orice formă (plasticitate ceroasă). Doarme în poziții bizare, cu capul ridicat deasupra pernei, suspendat în aer (perna psihică). După aplicarea electroșocului starea se ameliorează, se hrănește singur, se scoală din pat. Motivele internării: stare de mare agitație psihomotorie, incoerență verbală, agresivitate marcată. Istoricul bolii: debut brusc, în ziua precedentă, cu stare de neliniște, anxietate, bizarerii comportamentale. Nu au existat motive psiho-traumatizante sau ingestii de substanțe toxice care să explice starea prezentă. Nu a excelat în privința rezultatelor școlare, fiind un elev submediocru. Provine dintr-o legătură întâmplătoare a mamei cu un bărbat căruia nu-i cunoaște antecedentele personale. A fost un copil jucăuș; la vârsta de 18 ani, nefiind pe deplin maturat, a abandonat școală după absolvirea a 8 clase, schimbând trei locuri de muncă, ca muncitor necalificat, sezonier. Obișnuia să se joace cu copii mai mici ca el; în ultimul timp a fost atras în special de grupuri anomice de adolescenți. Vagabonda, părăsea locul de muncă, mergând la film. Seara, venea târziu noaptea. A fost amendat pentru tulburarea liniștii publice într-un local, fiind în tovărășia altor tineri fără ocupație. Examenul psihic: criză de agitație psiho-motorie, incoerență verbală, discordanță, stereotipie, stupor cataton, negativism, catalepsie.

#### Caz M.D., sex feminin, 43 ani

Se internează la insistențele medicului întreprinderii, care surprinde ciudătenii în comportamentul pacientei. În primele zile de internare, atitudinea pacientei este rezervată, prudentă, evită să vorbească medicului despre “adevăratele” ei probleme. Treptat, după mai multe întâlniri cu medicul de salon, se hotărăște să “vorbească”. Antecedentele heredo-colaterale și personale sunt ne semnificative. Viața pacientei a fost extrem de bogată în evenimente. A fost o fire energică, cu imaginație vie, iubitoare de frumos, sensibilă. Întreaga viață a fost trăită cu o încărcătură afectivă bogată. De câțiva ani se schimbă. Deși citea mult, cu pasiune, în ultima vreme încetează să mai citească. Este tot mai mult preocupată de probleme care interferează cu domeniul supranaturalului. Pretinde că are capacitatea de a comunica cu spiritele; și că, mai ales spiritul soțului ei (decedat în urmă cu zece ani) noaptea, trece mereu prin camera ei. Știe că este el după anumite semne numai de ea știute. Probabil vine s-o avertizeze, știind că ea este deținătoarea unui mare secret – cunoaște acțiunea unor plante care ar putea vindeca și cancerul, dar nu are curajul să divulge acest secret, pentru a nu periclita viața fiului ei. Se simte urmărită, știe că este urmărită, verificată, controlată, de toate mașinile din oraș, de oameni deghizați, de agenți străini care o spionează și îi urmăresc acțiunile. La locul de muncă și acasă este influențată prin radiații electromagnetice a căror surse sunt toate firele electrice din pereți și toate cuiele din pereți; drept urmare a demontat și acasă și la locul de muncă firele electrice de pe pereți și a scos toate cuiele. Mai mult chiar, acasă și-a scos parchetul ca să găsească microfoanele cu care i se citesc gândurile. Aude voci care îi comentează acțiunile, vede ființe ciudate care apar ori de câte ori vrea să vorbească cuiva despre ceea ce se întâmplă cu ea. Chiar medicului curant îi este teamă să vorbească de ceea ce se întâmplă cu ea, pentru că “vede” în spatele medicului o ființă amenințătoare. Universul acesta fantastic se desfășoară în paralel cu viața de toate zilele a pacientei și a permis mult timp inserția ei mulțumitoare în viața socio-profesională. În momentul în care lumea fantastică a spiritelor și a urmăritorilor s-a suprapus realității, pacienta ajunge în spital mai ales simțindu-se deranjată de “influențe exterioare” față de care are o reacție afectivă anxioasă, cu insomnii, neliniște, epuizare. Examenul psihic: câmp de conștiință clar, cu bună orientare auto și allo-psihică. În plan perceptiv sunt prezente halucinații auditive (zgomote nocturne, voci care-i comentează acțiunile și care o amenință). În planul gândirii este prezent un delir relativ bine sistematizat, cu temă fantastică: comunicarea cu spiritele, deținerea unui secret de importanță mondială, alături de delirul de influență exterioară. Prezența sindromului de automatism mental este demonstrabilă atât prin sentimentul și convingerea pacientei că i se înregistrează gândurile cât și prin consecințele acestor trăiri: demontarea parchetului, scoaterea cuielor din pereți și a firelor electrice. Inserarea pacientei într-o asemenea rețea delirantă fantastică nu-i conferă acesteia conștiința bolii. Aceasta ajunge la psihiatrie doar în momentul când, epuizată, nu mai rezistă “influenței” și “urmăririi”. Afectivitatea ajunge să fie intens depresivă, cu anxietate, până la stări de angoasă nocturnă, în momentele în care simte prezența spiritelor.

## REAȚIILE PSIROPATOLOGICE

<p><b>Datele personale</b></p> <p>Sex: Femei = bărbați  Vârsta la debut: orice vârstă  Domiciliu actual: schimbări de domiciliu, emigrare (în cazul tulburărilor de adaptare)  Loc de naștere  Profesie: militari care au participat la războaie, misiuni de pace, misiuni speciale (în cazul tulburării de stres posttraumatic)  Stare civilă: frecvent necăsătorit  Confesiune religioasă (uneori conversiune religioasă sau pierderea credinței în divinitate)</p>	<p><b>Motivele internării</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atac de panică</li> <li>• Agitație psihomotorie</li> <li>• Anxietate cu insomnie</li> <li>• Coșmaruri recurente</li> <li>• Depresie</li> <li>• Abuz de sedative, alcool, droguri</li> </ul> <p><b>Urgență:</b> da / nu  Singur / adus: adus de familie sau poliție</p>
<p><b>Antecedentele heredo-colaterale</b></p> <p>Psihiatrice:  Nepsihiatrice:</p>	<p><b>Familia de origine:</b></p> <p>Abuzuri în familie (în cazul tulburării de stres posttraumatic)</p>
<p><b>APP:</b>  traume în copilărie (în cazul tulburării de stres posttraumatic)  boli somatice (în cazul tulburărilor de adaptare)</p> <p><b>Ciclu instructiv-profesional</b></p>	<p><b>Familia proprie</b>  Separare de un membru al familiei prin divorț, deces  Sarcină, creșterea unui copil mic</p>
<p><b>Condiții de viață:</b> clase sociale defavorizate (în cazul tulburării de adaptare)  <b>Condiții de muncă:</b> concediere, promovare, pensionare  <b>Ocuparea timpului liber:</b>  <b>Rețea de suport social:</b> absentă sau inefficientă</p>	<p><b>Personalitatea premorbidă:</b></p> <p>dependentă,  paranoidă,  instabil-emoțională</p>

### Istoricul bolii

Psihotrauma: eveniment extrem de impresionant în care subiectul se poate simți amenințat în mod brusc, cu moartea, cu grave injurii psihologice, cu integritatea sa fizică. Poate fi vorba de situații care apar în războaie sau revoluții, de situații în care persoana este atacată direct (atac fizic, tâlhărie, molestare, viol), atacuri teroriste, tortură, încarcerare, accidente de automobil sau tren, asistarea la moartea sau rănirea violentă a celor apropiați, dezastre naturale

Schimbări importante de viață (pubertate, îmbătrânire, promovare, pensionare, emigrare, divorț, doliu)

Evoluție autolimitată: max. 1 lună (reacția acută la stres), sub sau peste 3 luni (tulburarea de stres posttraumatic), 6 luni - 2 ani (tulburarea de adaptare)

Episodul actual	Diagnostic: reacție acută la stres, tulburare de stres posttraumatic, tulburări de adaptare	
Debut - acut: ore, o zi după o psihotraumă (reacția acută la stres) - subacut după o psihotraumă, timp de latență până la 6 luni (tulburarea de stres posttraumatic) - subacut până la 3 luni după o schimbare importantă de viață (tulburările de adaptare)	Tablou clinic Reacția acută la stres: atac de panică intens cu detașare, derealizare, depersonalizare, agitație sau inhibiție psiho-motorie Tulburarea de stres posttraumatic: - anxietate - evitarea persoanelor, situațiilor corelate cu psihotrauma - amnezie disociativă - flashback-uri - coșmaruri repetitive ale psihotraumei Tulburările de adaptare: - anxietate - depresie - tulburări de conduită - tablou mixt	Tratament 1. medicamentos anxiolitic, antidepressiv 2. psihoterapeutic: terapie suportivă intervenție în criză abreacție terapie de grup

Caz T.M., 50 ani, contabil, văduv.

Pacientul este adus de colegi la psihiatru după ce au constatat că performanțele sale la locul de muncă au diminuat, se autoizolează și mai nou, apare la serviciu după ce a consumat băuturi alcoolice.

Din anamneză reiese că pacientul a supraviețuit unui accident rutier. El conducea mașina în care erau prezente soția și fiica sa. Soția a murit în urma accidentului, în timp ce pacientul și fiica sa au scăpat cu viață.

După patru luni de recuperare aparent calmă după accident, pacientul dezvoltă tulburări de somn, cu somn superficial și coșmaruri repetate pe tema accidentului. Se sperie de orice zgomot și devine neliniștit seara. Evită toate situațiile care i-ar putea declanșa amintiri despre accident. Nu mai șofează și nici nu mai folosește acest mijloc de transport cu alți șoferi. Evită să vorbească despre ce s-a întâmplat în acea zi și, în mod interesant, când este întrebat de rude, pare să aibă dificultăți în a-și aminti detalii despre ziua accidentului, în ciuda faptului că nu a fost în comă. Uneori, amintiri ale accidentului, sub formă de flashback, îl chinuiesc în timpul zilei, fapt care îi afectează funcționarea în plan familial, ocupațional și social.

## RETARDUL MINTAL

<p><b>Datele personale</b></p> <p>Sex: Femei = bărbați  Vârsta la debut: 0-12 ani  Domiciliu actual  Loc de naștere  Profesie: în funcție de nivelul de severitate al retardului  Stare civilă: frecvent necăsătorit  Confesiune religioasă</p>	<p><b>Motivele internării</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitație psihomotorie</li> <li>• Auto- sau heteroagresivitate</li> </ul> <p><b>Urgență:</b> da / nu  Singur / <b>adus:</b> adus de familie sau poliție</p>
<p><b>Antecedentele heredo-colaterale</b></p> <p>Psihatrice:  Nepsihatrice: boli genetice</p>	<p><b>Familia de origine</b></p>
<p><b>APP</b></p> <p>- boli genetice, infecții pre-, peri- și postnatale, expunere la substanțe toxice, AVC, tumori, traume fizice, malnutriție severă, deficiență de iod</p> <p><b>Ciclu instructiv-profesional</b>  persoanele cu retard mental ușor sunt școlarizabile (școală ajutătoare – 4 clase)</p>	<p><b>Familia proprie</b></p> <p>Adesea pacientul este necăsătorit</p>
<p><b>Condiții de viață:</b> adesea necorespunzătoare  <b>Condiții de muncă:</b>  <b>Ocuparea timpului liber:</b>  <b>Rețea de suport social:</b> frecvent necorespunzătoare</p>	<p><b>Personalitatea premorbidă</b></p>

### Istoricul bolii (episoadele anterioare)

Copilărie : internări multiple la serviciile de neuropsihiatrie infantilă.

Adolescent, adult tânăr: internări în servicii de neuropsihiatrie infantilă / psihiatrie adulți; tulburări de conduită/comportament, auto- sau heteroagresivitate verbală/fizică (varianta dizarmonică).

Episodul actual	Diagnostic: Intelect de limită / Retard mental ușor/moderat/sever cu/fără tulburări de comportament	
Debut Acut după un eveniment stresant minor/major (conflicte interpersonale).	Tablou clinic Deficite intelectiv-cognitive - deficit de vorbire, citit, scris, calcul - deficit de atenție / memorie - deficit de înțelegere / judecată  - neliniște/agitație psihomotorie. - heteroagresivitate verbală sau fizică - autoagresivitate - iritabilitate - labilitate emoțională - reacții depresiv-anxioase la stres - rar: episoade psihotice	Tratament 1. medicamentos al tulburărilor comorbide psihiatrice: depresie (antidepresive) agitație psihomotorie și alte tulburări de comportament (antipsihotice tipice sau atipice, stabilizatori timici). 2. psihoterapic: terapie suportivă și/sau educațională, consiliere parentală / familială, activități de grup
<b>Grade de severitate:</b>  <b>-intelect de limită</b> (scor QI =70-84)  <b>-retard mental ușor</b> (scor QI=50-69)  <b>-retard mental moderat/sever</b> (scor QI=20-49)  <b>-retard mental profund</b> (scor QI < 20)		



Caz B.T., sex masculin, 19 ani, necăsătorit

Este adus în regim de urgență de către părinți, pentru un comportament agresiv apărut brusc, în contextul unor certuri în familie. Pacientul este agitat psihomotor, amenință familia și cadrele medicale că va fi foarte rău dacă nu va fi lăsat să plece, afirmând că s-a săturat să-i fie dirijată viața de către părinți.

Vocabularul folosit este sărac, pacientul având momente când se leagă în timp ce vorbește. Igiena corporală și vestimentară este corespunzătoare.

Pacientul prezintă un deficit cognitiv, atențional și mnezic, nefiind capabil să relateze care a fost cauza certurilor repetate cu familia sau să argumenteze comportamentul său, insistând însă pe faptul că îi este dirijată viața.

Părinții relatează faptul că pacientul a fost născut prematur, prin cezariană, având o greutate la naștere de 1400 g. Dezvoltarea psihomotorie a fost întârziată (a început să meargă la vârsta de 2 ani și 8 luni și să vorbească la vârsta de 3 ani și 2 luni).

A urmat școala ajutătoare (4 clase) și a lucrat timp de 2 săptămâni într-o croitorie, dar nu a făcut față la locul de muncă, intrând în conflict cu restul angajaților.

Nu a avut niciodată vreo relație afectivă.

La vârsta de 4 ani și 6 luni pacientul a suferit un traumatism cranio-cerebral sever (prin cădere). Ulterior acestui eveniment, a devenit retras, non-comunicativ și agresiv atât fizic cât și verbal față de părinți dar și față de alte persoane cu care a intrat în contact.

Pacientul a avut multiple internări la Spitalul de Neuropsihiatrie Infantilă, pentru raptusuri agresive și episoade depresive.

Testul Raven non-verbal relevă un scor QI de 62.

## TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

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

### PRINCIPALELE TIPURI

### TRĂSĂTURI GENERALE ALE TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

- trăsăturile de personalitate sun accentuate excesiv și global
- comportament maladaptativ (ce afectează funcționarea individului în familie, în societate sau la locul de muncă), rigid (inflexibil într-o varietate mare de împrejurări) și durabil (anevolutiv)
- egosintonie (persoana este mulțumită cu sine însăși) și alloplasticitate (persoana nu simte nevoia de a se schimba pe sine, ci mai degrabă pe ceilalți)
- vulnerabilitate pentru alte tulburări psihice
- patoplasticitate (modificarea tabloului clinic al patologiei comorbide)
- debut în adolescență sau la vârsta adultului tânăr

SCHIZOIDĂ	<ol style="list-style-type: none"><li>1. indiferență față de critică sau laudă</li><li>2. nevoia de a duce o existență solitară</li><li>3. răceală afectivă (capacitate diminuată de a-și exprima sentimentele)</li><li>4. dezinteres pentru relațiile strânse sau intime</li><li>5. preocupare pentru fantezii și introspecție</li><li>6. preferință pentru activități solitare și abstracte</li><li>7. excentricitate, nonconformism</li></ol>
PARANOIDĂ	<ol style="list-style-type: none"><li>1. megalomanie, suficiență</li><li>2. hipervigilență și preocupare nejustificată în legătură cu lipsa de loialitate a prietenilor sau colegilor</li><li>3. sensibilitate la critică</li><li>4. suspiciozitate</li><li>5. interpretativitate, hipervigilență</li><li>6. ranchiună</li><li>7. cverulență, procesomanie</li></ol>

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

ANANKASTĂ, PERFECTIONISTĂ OBSESIV- COMPULSIVĂ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. perfecționism inhibant (incapacitatea de a îndeplini o sarcină</li> <li>2. datorită standardelor exagerat autoimpuse)</li> <li>3. devoțiune pentru muncă (nejustificată din punct de vedere material) în dauna distracțiilor și relațiilor interpersonale</li> <li>4. preocupare pentru ordine, reguli, organizare</li> <li>5. aderență la convențiile sociale, la normele morale</li> <li>6. neputința de a se dispensa de obiecte inutile, fără valoare afectivă</li> <li>7. reticență în a-și delega responsabilitățile</li> <li>8. rigiditate, încăpățănare</li> <li>9. parcimonie</li> </ol>
ANXIOS EVITANTĂ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. preocupare și frică excesivă de a fi rejectat sau criticat</li> <li>2. sentimente de inferioritate, de a fi inadecvat în plan social</li> <li>3. reticență față de relațiile intime</li> <li>4. reticență de a lega relații interpersonale dacă nu e sigur că este plăcut</li> <li>5. inhibiție în relațiile interpersonale noi</li> <li>6. reticență în a-și asuma riscuri sau responsabilități</li> <li>7. evitarea activităților ce implică relații interpersonale</li> </ol>
DEPENDENTĂ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. dificultate în luarea de decizii banale fără supervizare sau de a iniția proiecte proprii</li> <li>2. nevoia ca alții să-și asume responsabilitatea pentru el</li> <li>3. neîncredere în capacitățile proprii de judecată</li> <li>4. sentiment de neajutorare atunci când trebuie să ia singur decizii</li> <li>5. incapacitate de a-și exprima dezacordul sau acceptarea unor sarcini neplăcute pentru a obține sau a evita pierderea suportului din partea celorlalți</li> <li>6. căutarea neîntârziată a unei noi relații de supervizare atunci când precedentă se destramă</li> <li>7. preocupare nejustificată, frică de a nu fi lăsat să se descurce pe cont propriu</li> </ol>

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

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

Pacientul relatează că părinții săi sunt agricultori. S-a născut și a copilărit în mediul rural. Tatăl său, un om violent, brutal, consumator sistematic de băuturi alcoolice concentrate, a fost implicat în multe scandaluri, a fost condamnat penal de mai multe ori pentru delikte diverse. Îi făcea plăcere să-și chinuiască membrii de familie. A avut scurte internări într-un spital psihiatric și a fost supus odată unei expertize medicale. Mama pacientului este descrisă de acesta ca o fire supusă, pasivă, care angrenată în treburile unei gospodării pe care o conducea mai mult singură (soțul ei lipsind adesea mai mult de acasă), nu a avut timp să se ocupe prea multe de educația copiilor. Mai are 3 frați, dintre care 2 sunt membrii CAP, al treilea, etilic cu comportament violent, rătăcește prin țară, fără a se putea stabili undeva ca rezidență și loc de muncă. Atmosfera familială în timpul copilăriei a fost mereu tensionată de scandalurile provocate de tatăl său. Consideră că părinții lui au manifestat indiferență față de el și îi blamează pentru acest lucru: recunoaște însă că nici el nu și-a iubit niciodată membrii familiei. A încheiat doar școlarizarea obligatorie, a încercat de mai multe ori dar nu a reușit să termine nici un curs de calificare profesională. Explică performanțele școlare mediocre prin neînțelegerea pe care profesorii – ca și părinții săi – au manifestat-o față de el, pedepsindu-l des și - consideră el – pe nedrept. După terminarea școlii a încercat să lucreze în mai multe locuri, dar peste tot a întâmpinat neînțelegere și injustiție, motiv pentru care nu a rămas mult în nici o întreprindere, unde, mereu, i se repartizau munci care nu i se potriveau. Stagiul militar l-a efectuat integral, la o unitate de muncă pe șantiere; afirmă că nu se împăca deloc cu un regim de ordine pe care-l consideră excesiv de autoritar și împotriva căruia a protestat uneori, fiind sancționat pentru acest lucru. Reia apoi activitatea ca muncitor necalificat, schimbând iar numeroase locuri de muncă, plecând de regulă prin demisie sau desfacerea contractului de muncă pentru indisciplină. Nu este căsătorit, afirmă pacientul, deoarece nu a găsit încă o tovarășă de viață potrivită. În urma unei “greșeli de tinerețe” este obligat prin sentință judecătorească să plătească unei femei pensie alimentară pentru un copil natural. Are puțini prieteni. Afirmă că nu consumă decât ocazional băuturi alcoolice. Acuză prietenii săi de care acum se desolidarizează că după

serbarea unei zile onomastice la care el a consumat alcool, aceștia l-au antrenat într-o escapadă în care nu și-a dat bine seama ce face (fiind în stare de ebrietate), urmarea fiind că s-a trezit, nevinovat, inculpat sub acuzația de furt calificat. Afirmă că nu a suferit de nici o boală în trecut, dar că în adolescență a suferit o puternică lovitură la cap, după care a leșinat fără însă a primi ulterior îngrijiri medicale. Crede că totuși trebuie să aibă o “boală la cap”, urmare a loviturii primite, altfel nu-și explică cum de a putut să-l aducă o cantitate de alcool într-o stare de “inconștiență” în care a comis fapte care “nu-i stau în caracter”, pe care nu le-ar fi comis niciodată cu mintea lucidă.

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

Examenul actual somatic și psihic nu relevă simptome sau semne semnificative pentru vreo boală psihică sau somatică. Nu s-a administrat nici o terapie medicamentoasă, nefiind nici o indicație. Examenul neurologic: fără modificări obiective; EEG: fără grafeme patologice; Examenul testologic (Szondi, Rorschach, Rosenzweig): slabă toleranță și conformism de grup, intoleranță la frustrare, hedonism, egocentrism, cenzor moral absent. Observația catamnestică: pacientul rămâne cooperant, caută în continuare să

“facă o bună impresie”. Conduită intraspitalicească ireproșabilă. Solicită des bilete de voie, pentru a ieși în oraș, sub diverse pretexte.

**ÎNTREBĂRI:**

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

### **CAPITOLUL III. CONEXIUNI ÎNTRE SUFERINȚA NEUROLOGICĂ, PSIHIATRICĂ ȘI CEA INDUSĂ DE ALCOOL ȘI ALTE DROGURI**

#### CUPRINS:

- SINDROAME NEUROLOGICE CE SE POT ASOCIA TULBURĂRILOR PSIHICE SAU NECESITĂ DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL CU TULBURĂRILE PSIHICE
  1. epilepsia generalizată – crizele grand mal
  2. crizele epileptice parțiale complexe – epilepsia temporală
  3. sindromul piramidal
  4. sindromul extrapiramidal
  5. sindromul pseudobulbar
  6. sindromul de arteră cerebrală anterioară (ACA), medie (ACM) și posterioară (ACP)
- STAREA CONFUZIONALĂ (DELIRIUM)
- DEMENTELE
- ALCOOLISMUL ȘI ALTE TOXICOMANII

#### OBIECTIVE DIDACTICE:

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



### III.1. EPILEPSIILE, SINDROAME NEUROLOGICE, STAREA CONFUZIONALĂ, DEMENTELE, ALCOOLISMUL

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

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

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

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL CRIZELOR PARȚIALE  
COMPLEXE CU PATOLOGIA PSIHIATRICĂ

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

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

## PRINCIPALELE SINDROAME NEUROLOGICE

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

## SINDROAMELE DE ARTERĂ CEREBRALĂ

### SINDROMUL DE ARTERĂ CEREBRALĂ ANTERIOARĂ

1. hemiplegie, monoplegie controlaterală predominant crurală
2. hemianestezie controlaterală predominant crural
3. apraxia mersului
4. tulburări sfincteriene
5. apariția reflexelor primitive (reflex de apucare forțată)
6. devierea globilor oculari spre focarul lezional
7. sindrom prefrontal (moria)

### SINDROM DE ARTERĂ CEREBRALĂ MEDIE

1. hemiplegie controlaterală predominant facio-brahială
2. hemianestezie controlaterală predominant facio-brahială
3. hemianopsie homonimă controlaterală
4. paralizia mișcării de deviere conjugată laterală a globilor oculari
5. afazie mixtă: Broca și Wernicke (emisfer dominant)
6. sindrom Gerstmann (emisfer dominant)  
sindrom Anton-Babinski și heminegligență (emisfer nondominant)
7. apraxie de îmbrăcare, apraxie constructivă, apraxie ideo-motorie

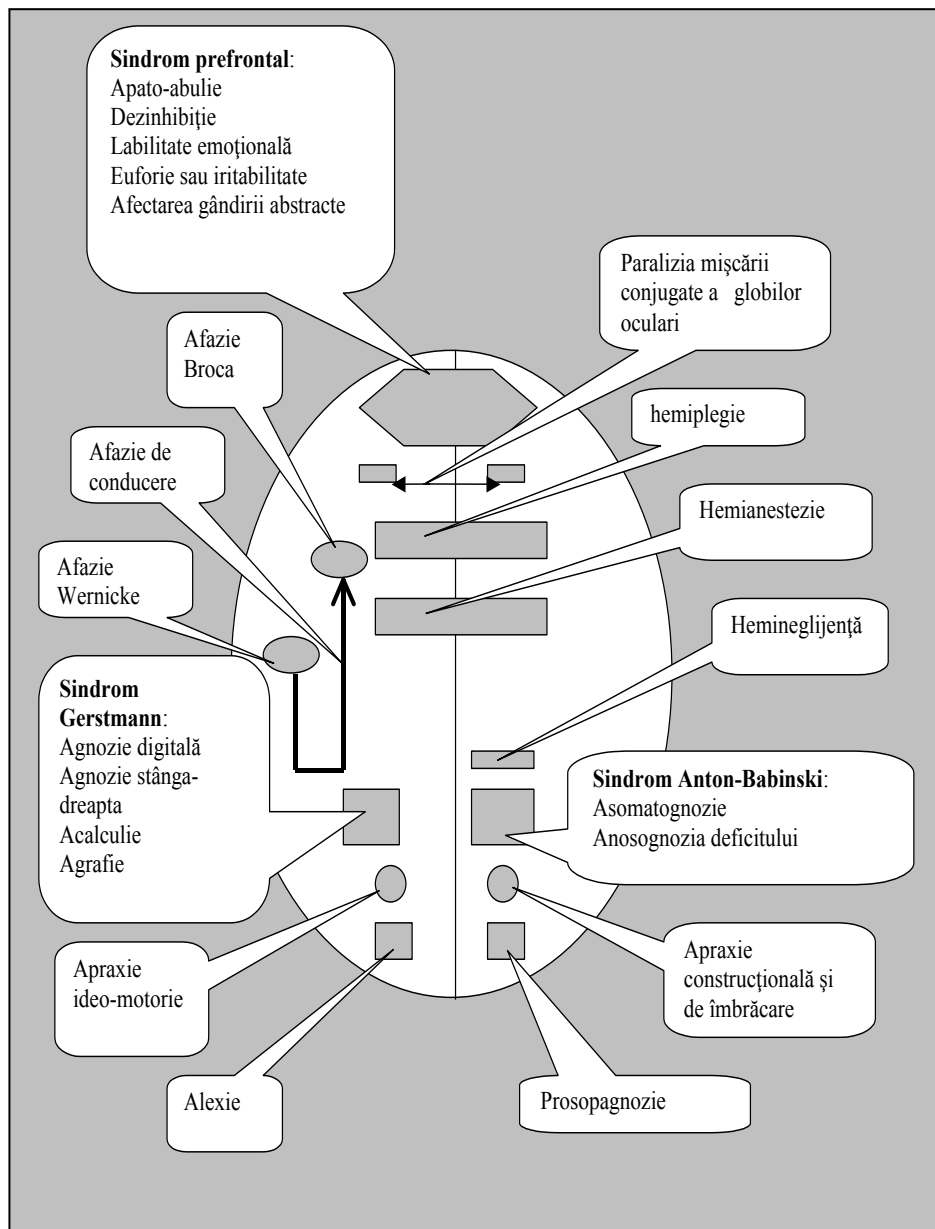
### SINDROM DE ARTERĂ CEREBRALĂ POSTERIOARĂ

1. hemianopsie homonimă controlaterală cu păstrarea vederii maculare sau cvadrananopsie
2. agnozie vizuală, prosopagnozie
3. sindrom de deconectare posterioară: alexie fără agrafie
4. tulburări de memorie
5. sindrom talamic (*anesthesia dolorosa*) sau hemibalism
6. sindrom Weber, sindrom Parinaud (paralizia mișcării verticale în sus a globilor oculari)
7. sindrom confuzional

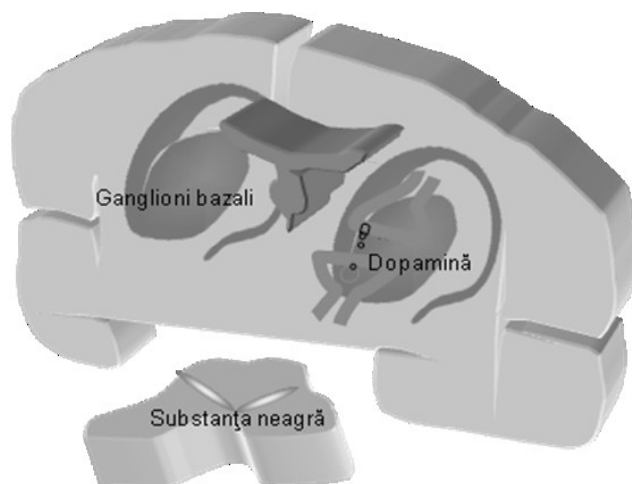
## PRINCIPALELE SINDROAME CORTICALE

<p><b>SINDROMUL DE LOB FRONTAL</b></p> <p><b>sindrom prefrontal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- modificări de personalitate: apato-abulie, labilitate emoțională, iritabilitate sau euforie care nu contaminează asistența, dezinhibiție (în planul conduitei în societate, în plan alimentar și sexual),</li> <li>- afectarea funcțiilor executive: de efectuare a unui plan, anticipare a consecințelor unei acțiuni, feedback</li> <li>- tulburări de gândire abstractă,</li> <li>- tulburări de organizare a materialului de învățat</li> <li>- perseverare</li> </ul> <p><b>prezența reflexelor primitive:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ supt</li> <li>○ palmo-mentonier</li> <li>○ apucare forțată</li> </ul> <p><b>motor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aria 4: iritare - crize motorii jacksoniene</li> <li>leziune - hemiplegie</li> <li>- aria motorie suplimentară: devierea capului și globilor oculari spre partea opusă iritației, respectiv spre partea lezată</li> <li>- aria 44 Broca: afazie motorie</li> </ul> <p><b>girusul paracentral:</b> tulburări sfînceriene</p>	<p><b>SINDROMUL DE LOB PARIETAL</b></p> <p><b>ariile 3,1, 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>iritație: paretezii</li> <li>leziune: anestezie</li> <li>atopognozie</li> <li>astereognozie</li> <li>pierderea sensibilității discriminatorii</li> <li>tulburări gustative</li> </ul> <p><b>ariile 5,7 :</b> agnozia tactilă</p> <p><b>cvadrananopsie</b></p> <p><b>apraxie ideo-motorie</b> (emisfer dominant)</p> <p><b>sindrom Gerstmann</b> (emisfer dominant)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>agnozie digitală</li> <li>agnozie stînga – dreapta</li> <li>acalculie</li> <li>agrafie</li> </ul> <p><b>sindrom Anton – Babinski</b> (emisfer nondominant)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>hemiasomatognozie</li> <li>anosognozie / anosodiaforie</li> </ul> <p><b>hemineglijență</b> (emisfer nondominant)</p> <p><b>apraxie construcțională</b> (emisfer nondominant)</p> <p><b>apraxie de îmbrăcare</b> (emisfer nondominant)</p>
<p><b>SINDROMUL DE LOB TEMPORAL</b></p> <p><b>aria auditivă primară:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- iritație: halucinoze auditive elementare sau complexe (cuvinte – emisferul dominant, muzică – emisferul nondominant)</li> <li>- leziune: surditate corticală</li> </ul> <p><b>aria 22 Wernicke:</b> afazia senzorială cvadrananopsie</p> <p><b>ariile 28, 29</b> iritație: halucinoze olfactive</p> <p><b>amnezie anterogradă</b> sau fenomene deja vu sau jamais vu</p> <p><b>tulburări de echilibru,</b> senzații de plutire, scufundare, deplasare</p> <p><b>comportament de fugă</b> sau atac</p>	<p><b>SINDROMUL DE LOB OCCIPITAL</b></p> <p><b>aria 17:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>iritație: halucinoze vizuale elementare</li> <li>leziune: hemianopsie homonimă cu păstrarea vederii maculare sau vedere tunelară prin afectare bilaterală, Sd. Anton: cecitate corticală + anosognozie</li> </ul> <p><b>ariile 18, 19:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>iritație: iluzii, halucinoze complexe</li> <li>leziune: agnozie vizuală: alexie, agnozia culorilor (emisfer dom.), agnozie spațială, prosopagnozia (emisfer nondominant)</li> </ul> <p><b>Sd. Balint:</b> incapacitatea de direcționare voluntară a privirii</p>

SCHEMA LOCALIZĂRII PRINCIPALELOR SINDROAME ȘI  
SEMNE NEUROLOGICE



## GANGLIONII BAZALI ȘI SINDROMUL EXTRAPIRAMIDAL



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

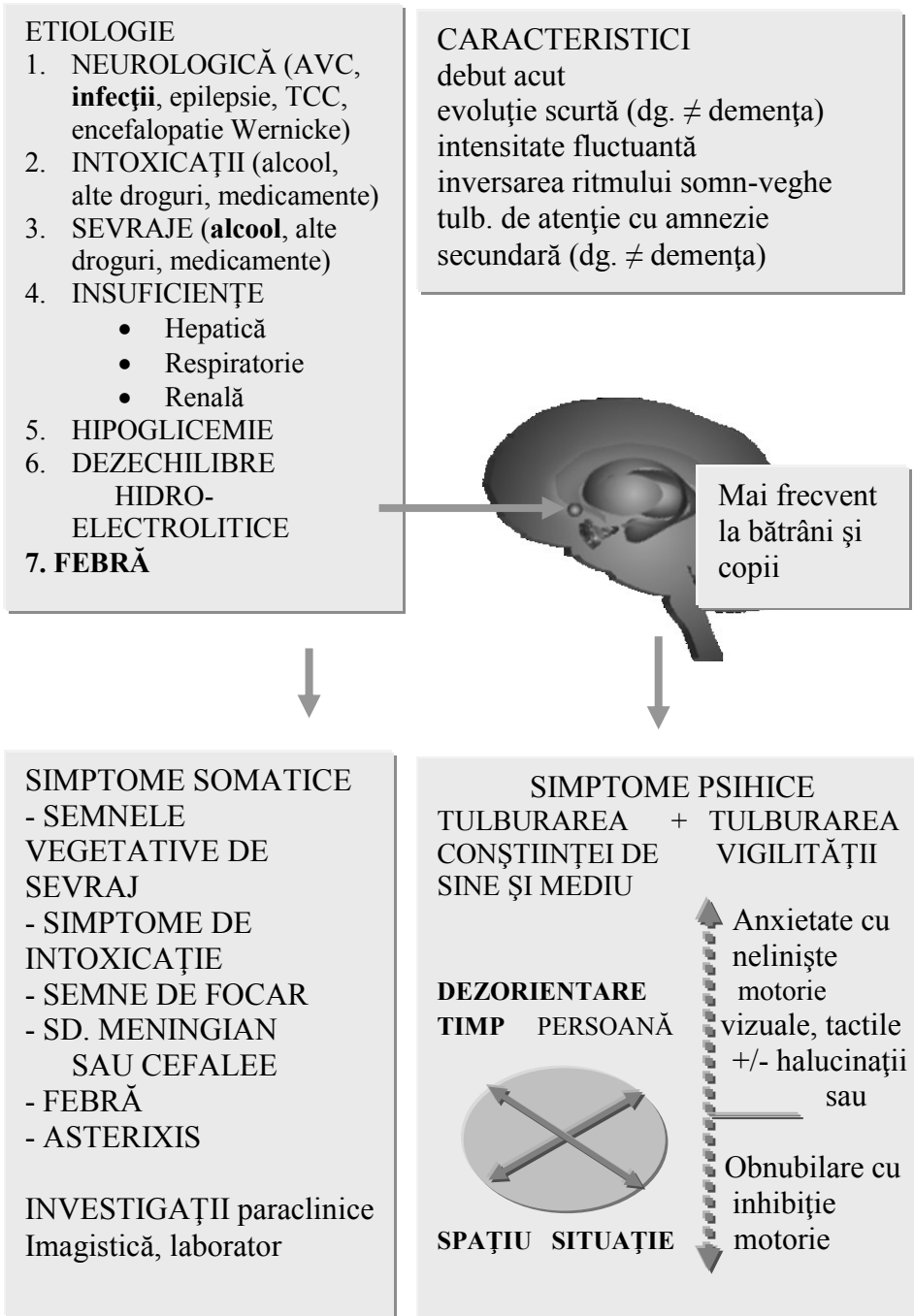
- nucleul lenticular: globul palid (paleostriat) și putamenul (neostriat)
- corpul caudat (neostriat)

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

Neurolepticele blochează receptorii dopaminici din ganglionii bazali, prin urmare, dopamina nu se va mai putea fixa pe receptorii săi de tip D2. Acetilcolina scoasă de sub controlul dopaminei, va determina apariția unui sindrom extrapiramidal. Pentru a contracara acest efect advers al medicației neuroleptice incisive, se vor administra anticolinergice.

Serotonina, acționând pe receptorii 5HT2A inhibă secreția de dopamină. Antipsihoticele de nouă generație (antipsihoticele atipice) au un dublu antagonism: blochează atât receptorii dopaminici, cât și receptorii serotoninici 5HT2A. Prin urmare, dopamina nu va mai fi inhibată de serotonină și va intra în competiție cu antipsihoticul pentru receptorii dopaminici. Astfel se explică riscul redus al antipsihoticelor atipice de a produce sindrom extrapiramidal.

## DELIRIUM (STAREA CONFUZIONALĂ)





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

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

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

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

## DEMENȚELE

### DEFINIȚIA DEMENȚEI

#### **deteriorare**

- globală a psihismului
- dobândită
- progresivă
- spontan ireversibilă

#### **alterând**

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

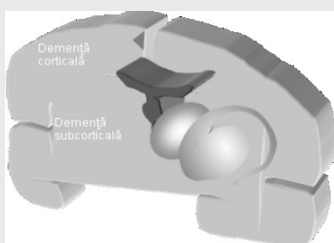
#### TIPURI:

Demența Alzheimer  
 Demența Pick  
 Demența vasculară



### DEMENȚĂ

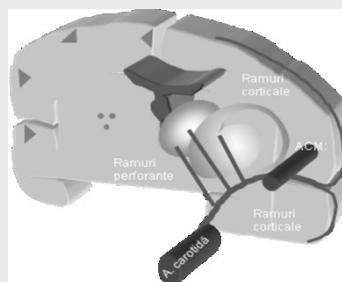
<b>ANTERIOARĂ</b> Pick afectează conduita socială și viața afectivă - abulie - apatie - euforie sau iritabilitate - labilitate - dezinhibiție	<b>POSTERIOARĂ</b> Alzheimer afectează funcțiile cognitive - amnezie de fixare apoi Sindromul celor 3A : - afazie - agnozie - apraxie
---	---



<b>DEMENȚĂ CORTICALĂ</b> <b>Alzheimer:</b> - tulb. mnezice - afazie - apraxie - agnozie	<b>DEMENȚĂ SUBCORTICALĂ</b> <b>Parkinson:</b> <b>Lacunarism:</b> - tulb. motorii - dizartrie - lentoare - depresie
--	--

### DEMENȚA VASCULARĂ

Tip: lacunarism multiinfarct  
 Infarcte: lacunare corticale  
 Cauza: HTA ateroscleroza  
 Paraclinic: FO, CT profil lipidic



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

## ALGORITM DIAGNOSTIC ÎN FAȚA UNUI SINDROM DEMENTIAL

SIMPTOME	SINDROMUL DEMENTIAL		
SEVERITATE	UȘOR capabil să îndeplinească sarcini simple	MEDIU trebuie asistat la îndeplinirea sarcinilor simple	SEVER dependență completă de îngrijitori
EVOLUȚIE	PROGRESIV IREVERSIBILĂ		TEMPORARĂ ≠ DEPRESIE ≠ DELIRIUM
ETIOLOGIE	DEMENTE DEGENERATIVE	DEMENTE VASCULARE	ALTE DEMENTE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ PRIMARE Alzheimer Pick</li> <li>□ SECUNDARE b. Parkinson Coreea Huntington</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Dementa multi- infarct</li> <li>□ Dementa de tip lacunarism cerebral</li> <li>lacunele = infarcte mici în capsula internă, talamus și ganglionii bazali</li> <li>□ Infarctele strategice</li> <li>□ Boala Binswanger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ proces expansiv: -tumoră -abces -chist -hematom</li> <li>□ infecții -sifilis III -HIV -Creutzfeldt Jakob</li> <li>□ metabolice - deficit B1 - boli hepatice - uremie - hipoglicemie</li> <li>□ endocrine: - mixedem</li> <li>□ toxice: alcool</li> <li>□ anoxice: IC, IR</li> <li>□ traumatisme (dementia pugilistica)</li> <li>□ hidrocefalie cu presiune normală</li> </ul>

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

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

Pacienta este cooperantă, calmă, nu știe de ce este în spital și spune că se simte foarte bine. Când se pune problema unui eventual prejudiciu, ea povestește cum, nu demult, un vechi prieten al soțului ei a sosit în vizită la ei și, deși a fost bine primit și găzduit, a început să fure lucruri din casă. Pacienta este convinsă de acest lucru, motiv pentru care a început să revendice de la oaspete lucrurile furate (bibelouri, tacâmuri, macrameuri). Devine certăreată și revendicativă și față de familie pe care o acuză că îi fură o serie de acte de proprietate.

Rugată să dea relații despre soțul său, pacienta nu-și mai amintește decât numele acestuia. Același lucru se repetă când e rugată să furnizeze datele biografice proprii. Nu-și mai amintește vârsta sa, locul de naștere, numele fraților și surorilor ei. Nu știe în ce oraș, județ și la ce spital, etaj sau salon se află. Nu reține cuvintele pe care e rugată să le memoreze. Nu poate să facă calcule sau să copieze o figură după model. Cu toate acestea, pacienta nu pare deranjată de deficitul mnezic. Zâmbește și e cooperantă.

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

La examenul MMSE apar: dezorientare temporo-spațială, acalculie, amnezie de fixare, disgrafie, incapacitatea de a copia un desen model. Desenul ceasului: orele nu sunt puse corect și nici acele ceasornicului nu indică ora cerută.

Tomografia computerizată evidențiază o atrofie corticală difuză. Nu se decelează formațiuni înlocuitoare de spațiu sau accidente vasculare cerebrale.

După trei săptămâni de la internarea pentru precizare de diagnostic, starea pacientei rămâne staționară.

## ALCOOLISMUL

### TULBURĂRI INDUSE DE ALCOOL

#### Psihiatrice

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

#### Somatice

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

### DEPENDENȚA DE ALCOOL

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

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

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

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

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

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

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

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

### III.2. ALTE TOXICOMANII

Consumul de droguri reprezintă una din provocările cu care se confruntă societatea în prezent, efectele directe sau indirecte ale acestuia relevându-l ca pe un fenomen îngrijorător.

**Drogul** este o substanță psihoactivă care poate crea dependență psihică și/sau fizică.

**Clasificarea drogurilor** în funcție de efectele lor asupra sistemului nervos central:

- Deprimant: opioizi, alcool, cannabis, benzodiazepine, barbiturice și substanțe volatile
- Stimulant: cocaina, amfetamine, cafeina, nicotina
- Halucinogen: MDMA (ecstasy), droguri psihedelice (LSD, mescalina, psilocybina), fenciclidina, cannabis

**Moduri de administrare:** ingerare (opiu, cannabis, amfetamine, droguri psihedelice, benzodiazepine, barbiturice), injectare (heroină, cocaină, amfetamine), prizare (cocaină), inhalare (opiu, cocaină, tutun, cannabis, substanțe volatile)

**Tipuri de consum:**

- Consum experimental - pentru testarea efectelor substanței
- Consum abuziv - subiectul poate controla consumul de drog în absența stimulilor care determină consumul (prietenii, pipe)
- Consum addictiv - subiectul nu mai poate controla consumul de substanță, instalându-se toleranța și dependența de drog

**Manifestări clinice:**

Sunt foarte variate în funcție de tipul de drog, de cantitatea utilizată, de particularitățile individuale:

- Intoxicație acută: inhibiție (drogurile sedative) sau agitație psihomotorie (drogurile stimulante), stări extatice (drogurile halucinogene), manifestări clinice psihotice (drogurile halucinogene, amfetaminele), manifestări somatice
- Sevrăj: în general manifestări opuse stării de intoxicație

**Personalitatea premorbidă:** personalitățile predispuse sunt cele caracterizate prin impulsivitate sau prin stimă de sine scăzută

**Complicațiile** sunt numeroase și foarte variate:

- legate de modul de viață al toxicomanului: boli cu transmitere sexuală, legate de promiscuitate și prostituție (infecții cu HIV și virusuri hepatice)

- tuberculoza - care se caracterizează prin faptul că este rezistentă la medicația specifică
- leziuni buco-dentare, care apar ca urmare a deficitului de igienă buco-dentară, a malnutriției și a consumului de drog
- legate de modul de administrare injectabil - principalii germeni incriminați sunt: stafilococul auriu, streptococul, bacili aerobi Gram negativi, coci și bacili Gram negativi, candida și aspergillus
  - o infecții ale pielii: furuncule, abcese cutanate, celulite, limfangite, flebite, tromboflebite septice, piomiozite, necroze, gangrene și embolii gazoase.
  - o metastaze septice cu puncte de plecare cutanat: osoase, cardiace (endocardite infecțioase), pulmonare, cerebrale, generale (septicemie).
- episoade depresive care prezintă câteva trăsături particulare, cum ar fi o mai mare frecvență a iritabilității și a comportamentelor agresive, violente generate de scăderea toleranței la frustrare.
- stări confuzionale caracterizate prin: dezorientare temporo-spațială; denivelarea câmpului de conștiință cu amnezie anterogradă, acompaniată uneori de agresivitate incontrollabilă, halucinații auditive, vizuale și tactile sau chiar idei delirante cu tema de persecuție.
- episoade psihotice cu halucinații, idei delirante, fenomene de transparență-influență

**Tratamentul** toxicomaniilor este complex și dificil:

- Tratament farmacologic de urgență: în intoxicația acută se pot administra antagoniști ai substanțelor ingerate, în sevrajul complicat cu stare confuzională se realizează reechilibrarea hidro-electrolitică, se pot utiliza tranchilizante, eventual neuroleptice
- Tratamentul farmacologic de substituție (programe naționale de substituție cu methadonă pentru heroinomani)
- Tratamentul psihoterapeutic: psihoterapie cognitive-comportamentală, psihoterapie familială, logoterapie, terapie de grup



## ÎNTREBĂRI:

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

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

Diagnosticul pozitiv îl puneți în funcție de:

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

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

## **CAPITOLUL IV. AUTOAGRESIVITATEA ȘI HETEROAGRESIVITATEA**

### CUPRINS:

- AUTOAGRESIVITATEA: SUICIDUL ȘI PARASUICIDUL
- HETEROAGRESIVITATEA ȘI AGITAȚIA PSIHOMOTORIE

### OBIECTIVE DIDACTICE:

1. ASIMILAREA CONCEPTELOR DE AUTO ȘI HETEROAGRESIVITATE
2. ÎNSUȘIREA TEHNICILOR DE ANAMNEZĂ ÎN CAZUL PACIENȚILOR CU IDEAȚIE SAU TENTATIVE SUICIDARE
3. ÎNSUȘIREA CONDUITEI DE ADOPTAT ÎN CAZUL EXAMINĂRII PACIENTULUI AGRESIV

## AUTOAGRESIVITATEA: SUICIDUL ȘI PARASUICIDUL

Suicidul se caracterizează prin următoarele:

- există o intenție reală de a muri
- este planificat, se iau măsuri pentru a asigura reușita
- metodele alese sigure, uneori violente: spânzurare, aruncare de la înălțime, în fața unui vehicul, sau în ape curgătoare, fântâni, împușcare, ingestie substanțe toxice sau de medicamente cu potențial letal

Ideația suicidară poate apărea atât în contextul unei tulburări psihice, cât și în absența acesteia (condiționat de stări emoționale, condiționat cultural, condiționat de dorința de a protesta sau de altruism). În psihiatrie suicidul se întâlnește mai frecvent în:

- tulburările afective
- schizofrenie
- alcoolism cronic, alte toxicomanii
- tulburări de personalitate

Factorii de risc pentru suicid:

- sexul masculin, vârsta (tineri și vârstnici),
- impulsivitatea,
- ereditatea, boala psihică sau organică (boli terminale, handicapante),
- mediul (urban),
- anotimpul (primăvara),
- religia (confesiunile permisive),
- șomajul, izolarea socială,
- tentativele anterioare.

Ideația sau tentativa suicidară reprezintă o urgență psihiatrică și necesită internarea persoanei. Abordarea acestui subiect în timpul anamnezei nu trebuie evitată deoarece nu face comportamentul suicidar mai probabil. Întrebările pot fi mai vagi, mai generale (Ați simțit vreodată că viața nu mai are sens, sau că nu mai merită trăită?), sau mai specifice (V-a trecut prin gând să vă luați viața?, Aveți un plan în acest sens?, Ați încercat vreodată / recent să vă sinucideți?). Trebuie identificați factorii protectivi: familia, prietenii, convingerile religioase.

Nu întotdeauna pacientul este sincer atunci când neagă ideația suicidară de la început sau în cursul tratamentului.

Parasuicidul se caracterizează prin mimarea demonstrativă a suicidului, fără să existe intenția reală de a muri. Este utilizat mai ales ca metodă de atragere a atenției sau șantaj afectiv de către personalități dizarmonice. Este adesea reactiv, realizat în context impulsiv, iar metodele alese sunt mai puțin sigure sau violente (medicamente inofensive). Adesea este însoțit de scrisori lacrimogene care aruncă responsabilitatea asupra anturajului sau prietenilor. Este mai frecvent la femei. Parasuicidul se poate complica uneori din greșeală cu suicidul.

## HETEROAGRESIVITATEA ȘI AGITAȚIA PSIHOMOTORIE

Agresivitatea poate apărea la persoanele cu tulburare psihică în anumite situații. Nu este o caracteristică a tulburării psihice. Agresivitatea poate fi structurată și direcționată asupra unei/unor persoane anume sau poate fi nestructurată, dezordonată. Ea poate avea diverse grade de severitate de la agresivitatea verbală (ironii, amenințări, înjurături) până la cea fizică mai mult sau mai puțin violentă.

Agresivitatea poate fi:

- premeditată: la indivizii cu tulburare de personalitate de tip antisocial / disocial, respectiv la toxicomani atunci când au nevoie de bani pentru procurarea drogului.
- reactiv-impulsivă: în caz de agitație psiho-motorie în schizofrenie (generată de anxietatea de autoapărare), în tulburarea afectivă bipolară (*furor maniacalis*), în stările de intoxicație sau sevraj la alcool și alte droguri

Agitația psiho-motorie reprezintă gradul maxim de neliniște psiho-motorie însoțită de agresivitate. Este o urgență psihiatrică. În situația în care o persoană devine prin comportamentul său un pericol pentru sine sau pentru cei din jur, se impune conform legii, internarea nonvoluntară. Aceasta se face pe baza documentației furnizate de aparținători, vecini, polițiști, asistenți de ambulanță (declarații scrise și semnate), la care se adaugă cea întocmită de medicul examinator.

Riscul agresiv este mai mare la persoanele cu antecedente de violență sau cu tulburări de personalitate, cu afectare cerebrală (epilepsie, patologie de lob frontal), sau cu toxicomanie.

Conduita în cazul pacienților agitați și agresivi:

- examinarea trebuie să aibă loc într-o cameră de unde scăparea să fie ușoară pentru medic și personalul sanitar
- examinarea trebuie să aibă loc în prezența mai multor persoane
- examinatorul trebuie să aibă acces ușor la ușă sau la alarmă
- examinatorul trebuie să stea întotdeauna cu fața la persoana agresivă și să păstreze o distanță confortabilă față de aceasta. Măinile trebuie ținute la vedere
- examinatorul trebuie să adopte o atitudine calmă și să evite escaladarea violenței printr-un limbaj sau o atitudine nepotrivite
- imobilizarea persoanei agresive necesită cinci persoane (cap și patru membre)
- imobilizarea persoanei agresive trebuie făcută de personalul sanitar, nu de medicul curant.
- medicul curant urmărește starea persoanei imobilizate (contenționate)

## **CAPITOLUL V. MANAGEMENTUL PACIENȚILOR CU TULBURĂRI PSIHICE**

### CUPRINS:

- STRATEGII TERAPEUTICE MEDICAMENTOASE ȘI NEMEDICAMENTOASE: TRATAMENTUL MEDICAMENTOS ÎN PSIHIATRIE
- REABILITAREA PSIHO-SOCIALĂ

### OBIECTIVE DIDACTICE:

1. ÎNSUȘIREA EFECTELOR TERAPEUTICE ȘI SECUNDARE ALE MEDICAȚIEI PSIHOTROPE ÎN STRĂNSĂ CORELAȚIE CU MECANISMUL DE ACȚIUNE
2. ÎNSUȘIREA UNOR NOȚIUNI DE BAZĂ DESPRE PRINCIPALELE TIPURI DE PSIHOTERAPII
3. ÎNVĂȚAREA PRINCIPILOR DE REABILITARE PSIHO-SOCIALĂ A BENEFICIARILOR SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MENTALĂ

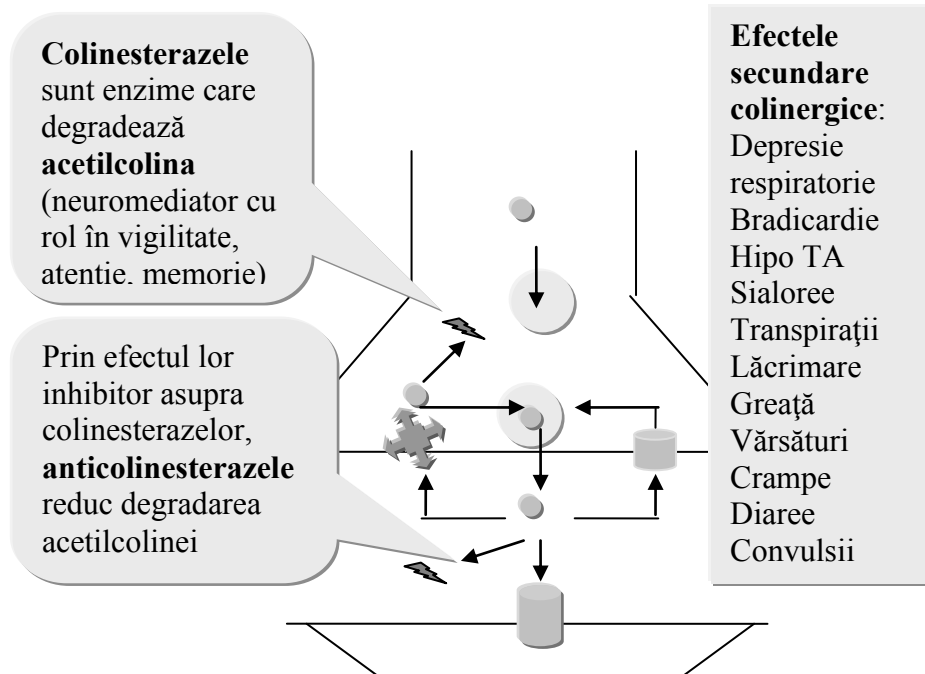
## V.1. STRATEGII TERAPEUTICE MEDICAMENTOASE ȘI NEMEDICAMENTOASE

### MEDICAȚIA PSIHOTROPĂ: ANTIPSIHOTICELE ANTIDEPRESIVELE ANXIOLITICELE ȘI HIPNOTICELE TIMOSTABILIZATORII ANTICOLINESTERAZICELE

1. Etiopatogenia tulburărilor psihice nu este lămurită, prin urmare tratamentul cu medicație psihotropă (deși este fundamentat teoretic) rămâne **simptomatic** determinând la cazurile respondente o remisiune ad integrum sau parțială. Recurențele sunt posibile atunci când dozele de întreținere sunt ineficiente sau medicația este luată cu pauze. Diagnosticul diferențial al tulburării psihice față de o altă tulburare organică este important pentru a nu trata simptomatic și întârzia diagnosticul unei boli organice severe manifestate prin simptome psihice (de exemplu o tumoră cerebrală)
2. Antipsihoticele, antidepresivele și timostabilizatorii nu dau dependență biologică. Întreruperea tratamentului neuroleptic sau antidepresiv se poate însoți de recădere (același episod de boală) sau recurență (un nou episod de boală). Majoritatea anxioliticilor și hipnoticilor pot da **dependență biologică** dacă sunt administrate în doze mari, timp îndelungat.
3. **Efectele secundare și interacțiunile medicamentoase** sunt multiple. Din această cauză ele trebuie cunoscute și prevenite sau combătute. Administrarea medicației psihotrope ar trebui făcută doar după o anamneză și un examen obiectiv somatic minuțios făcute. Efectele secundare pot fi observate clinic sau evidențiate paraclinic.
4. Datorită efectelor secundare medicația psihotropă se va administra în **doze progresiv crescânde**, se va menține o anumită perioadă doza eficientă datorită riscului de recurență, apoi **reducerea dozelor se va face treptat** pentru a preveni reacția de *rebound* (reapariția simptomelor de boală după oprirea bruscă a medicamentului) sau reacția de *sevrăj* (simptome opuse față de cele tratate de medicament).
5. Timostabilizatorii (stabilizatorii dispoziției afective) sunt reprezentați de sărurile de litiu și unele antiepileptice (valproatul, carbamazepina, lamotrigina). În afară de lamotrigină, au risc teratogen important.
6. Anticolinesterazicele previn degradarea acetilcolinei, mediator cu rol important în atenție, memorie și motivație, dar sunt utile numai în stadiile precoce ale demențelor, în cazul în care acestea sunt depistate.

## ANTICOLINESTERAZICELE

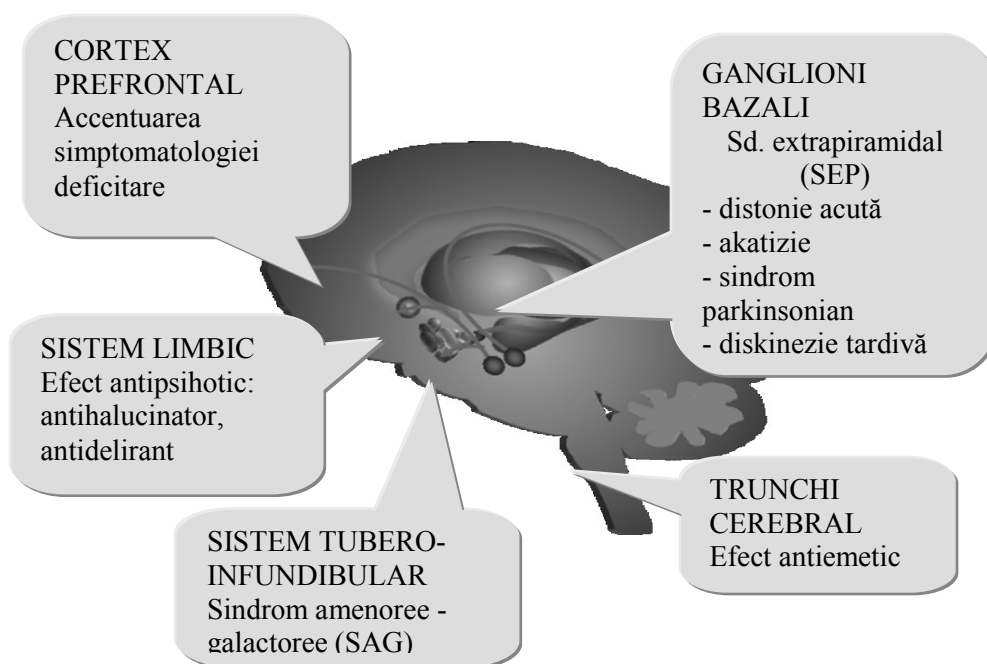
CLASIFICARE		
RIVASTIGMINĂ	DONEPEZIL	GALANTAMINĂ
Inhibitor neselectiv de acetilcolinesterază și butirilcolinesterază	Inhibitor selectiv de acetilcolinesterază	Inhibitor selectiv de acetilcolinesterază și modulator al receptorului nicotinic
Efecte secundare sistemice colinergice	Efecte secundare sistemice colinergice mai rare	Efecte secundare colinergice mai rare
Acțiune intermediară 2 prize zilnice	Acțiune lungă o priză zilnică	Acțiune intermediară 2 prize zilnice
Interacțiuni medicamentoase: nu	Interacțiuni medicamentoase: da	Interacțiuni medicamentoase: da
Eficiență: în fazele PRECOCE ale demenței Alzheimer, atât timp cât mai există neuroni colinergici în nucleul bazal al lui Meynert		



Mecanismul de acțiune al anticolinesterazelor la nivelul neuronilor colinergici

## NEUROLEPTICELE (ANTIPSIHOTICELE CONVENȚIONALE)

Efectele neurolepticelor asupra SNC prin antagonizarea receptorilor dopaminergici



Descoperirea medicației antipsihotice de primă generație (antipsihoticele convenționale sau neurolepticele) la jumătatea secolului XX a fost de o importanță deosebită deoarece a permis ca tratamentele violente aplicate persoanelor cu tulburări psihice (dușuri, come insulinice, cămăși de forță și electroșocuri) să țină de domeniul trecutului.

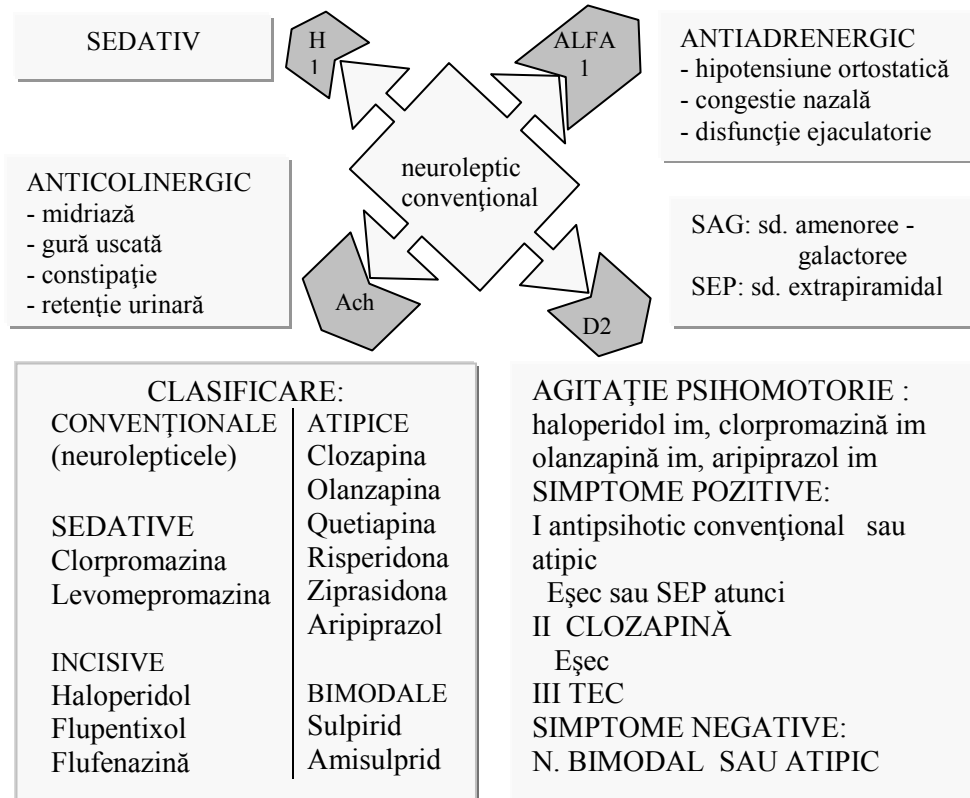
Electroșocurile (tratamentul electroconvulsivant – TEC) sunt astăzi folosite doar în ultimă instanță, atunci când tratamentul medicamentos corect indicat și administrat nu este eficient.

Antipsihoticele sunt utilizate în psihiatria adultului pentru următoarele efecte:

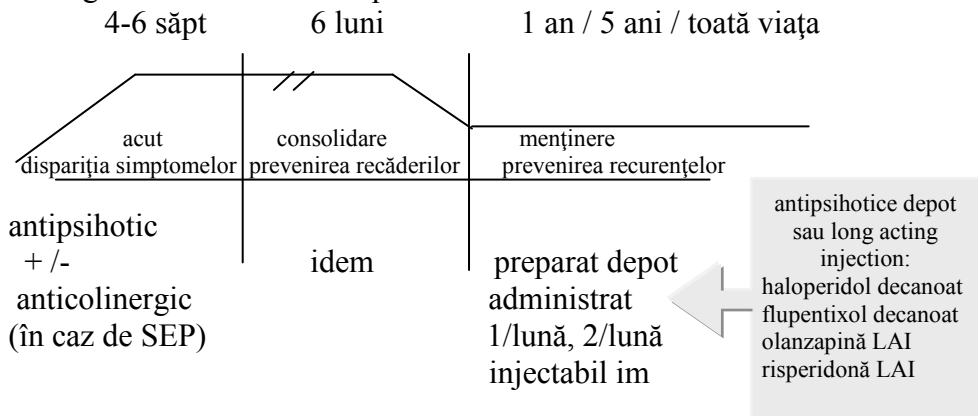
- antipsihotic (antihalucinator, antidelirant - NL incisive, antipsihotice atipice, antipsihotice bimodale în doze mari),
- sedativ (în caz de agitație psihomotorie și anxietate psihotică - NL sedative, antipsihotice atipice sedative),
- dinamizant (NL bimodale) și
- de ameliorare a funcțiilor cognitive (antipsihoticele atipice).



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

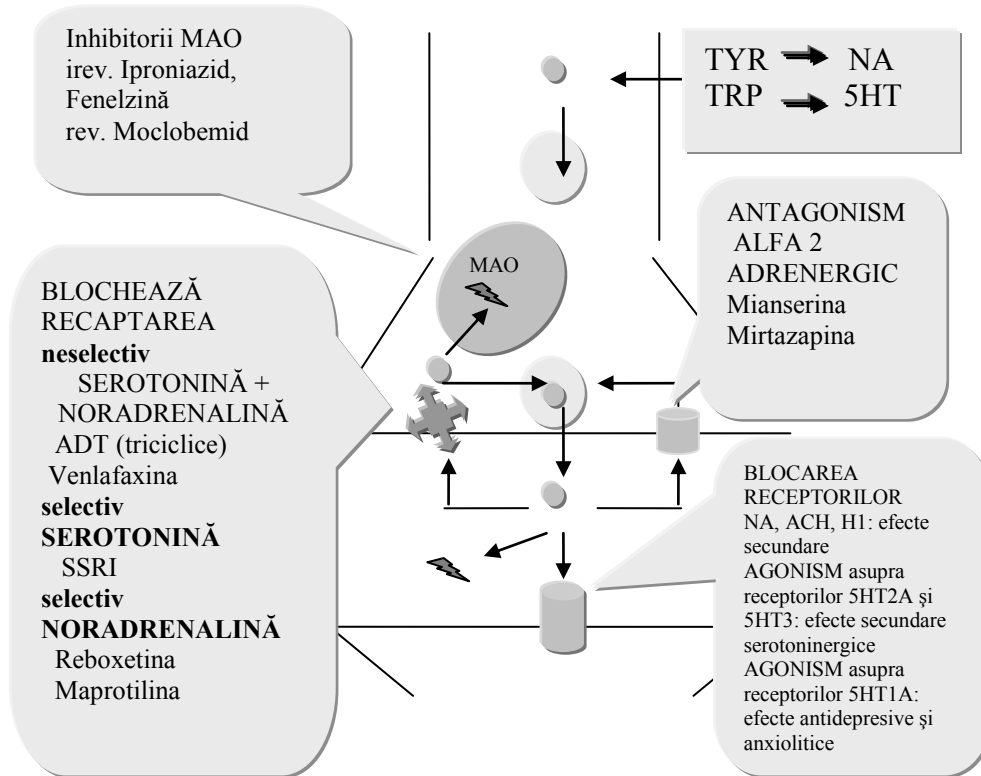


Strategia unui tratament antipsihotic



Tratament oral sau injectabil (în cazul lipsei aderenței la tratament)

## ANTIDEPRESIVELE



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

- inhibarea pompelor de recaptare a neuromediatorilor
- antagonizarea receptorilor alfa 2 presinaptici inhibitori
- inhibarea enzimelor MAO din mitocondrii
- agonism asupra unor receptori postsinaptici (5HT1A)

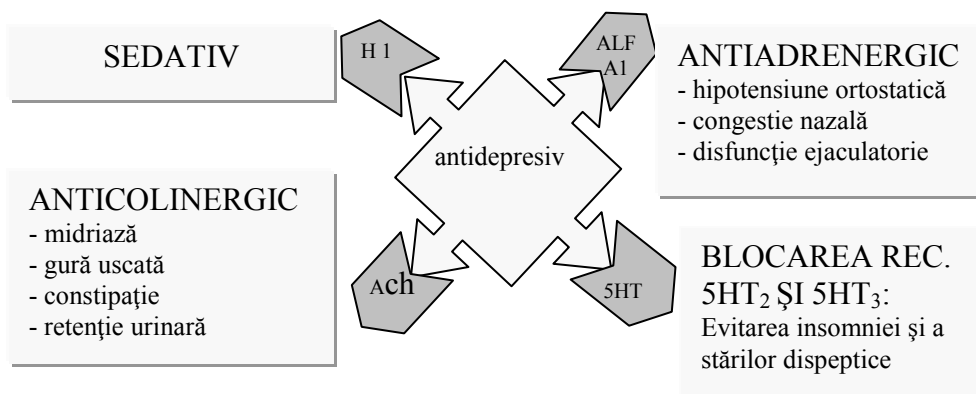
În funcție de mecanismul de acțiune, antidepresivele pot avea efect:

- antidepresiv dinamizant (utilizate în depresia cu inhibiție psihomotorie)
- antidepresiv sedativ (utilizate în depresia asociată cu anxietate)

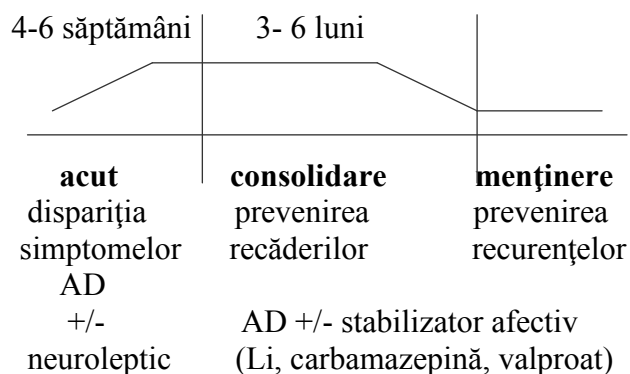
Creșterea cantității de neuromediator în fanta sinaptică determină în decurs de 2 săptămâni reducerea compensatorie a numărului de receptori postsinaptici ai neuromediatorului respectiv eveniment corelat cu debutul efectului antidepresiv (*down-regulation*)

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

## Efectele secundare ale antidepressivelor



## Strategia unui tratament antidepressiv



**ATENȚIE**

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

## CLASIFICARE CLINICĂ

### AD DINAMIZANTE

#### I MAO

ADT desipramină  
nortriptilină

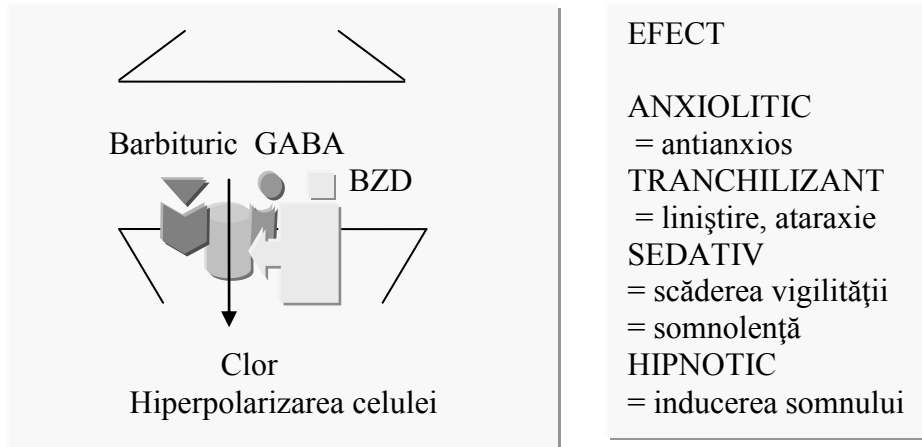
### AD INTERMEDIARE

ADT: imipramină  
clomipramină  
maprotilina  
SSRI (escitalopram,  
citalopram, sertralină,  
fluvoxamină, fluoxetină,  
paroxetină)  
venlafaxina

### AD SEDATIVE

ADT: amitriptilină  
trimipramină  
doxepin  
mianserină,  
mirtazapină  
trazodonă

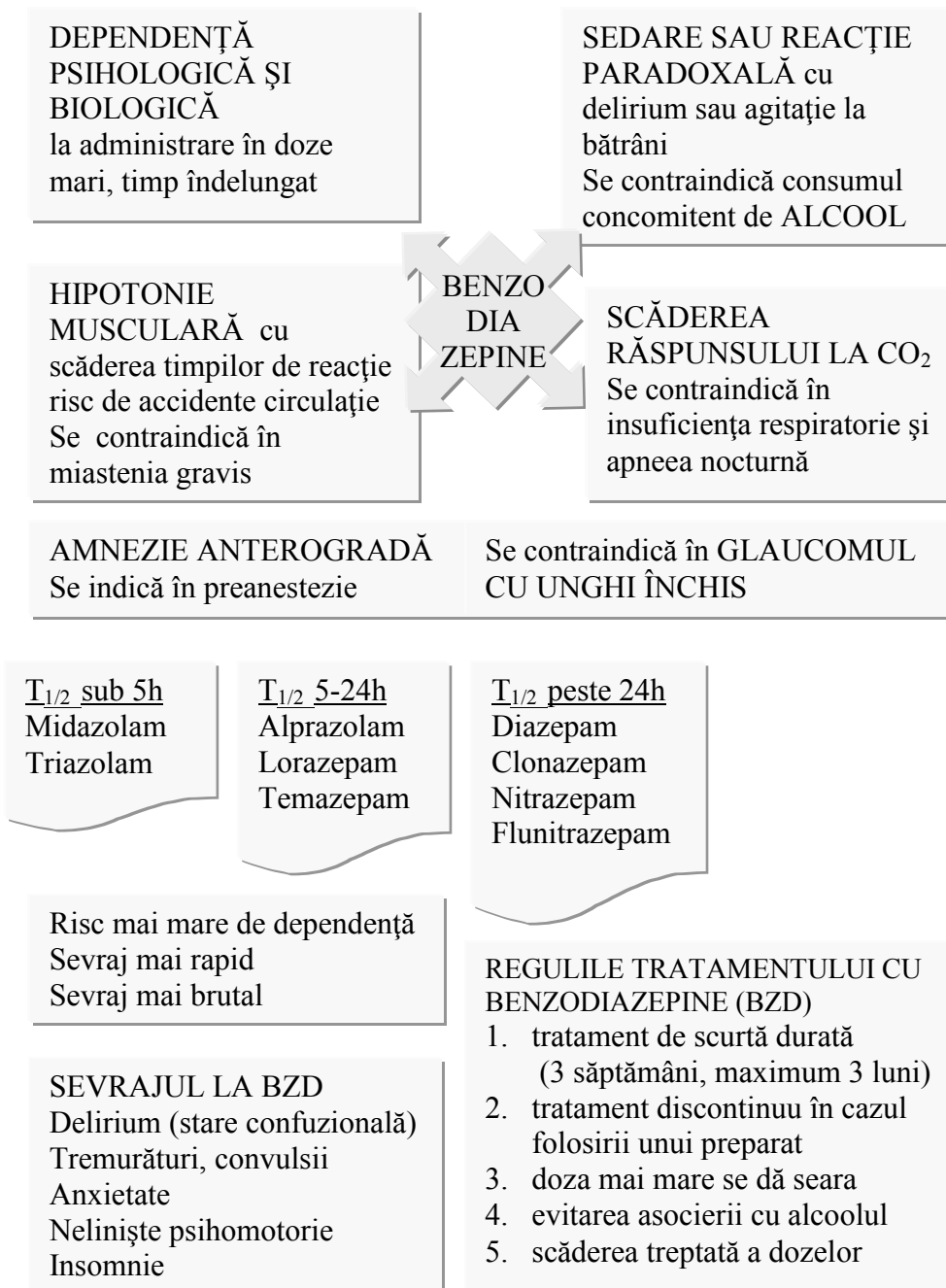
## ANXIOLITICELE (TRANCHILIZANTELE) ȘI HIPNOTICELE



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

CLASIFICARE ANXIOLITICE		EFECTELE ȘI INDICAȚIILE BZD
<p><u>BZD</u> Alprazolam Diazepam Bromazepam Oxazepam</p>	<p><u>non BZD</u> Buspironă Meprobamat Hidroxizin</p>	
HIPNOTICE		<p><b>HIPNOTIC</b> (insomnii)</p> <p><b>ANTICONVULSIVANT</b> (status epilepticus) (mioclonii)</p>
<p><u>BZD</u> Nitrazepam Flunitrazepam Temazepam Triazolam</p>	<p><u>non BZD</u> <i>Imovane</i> <i>Stilnox</i> Barbiturice Gluthetimid</p>	

## Efectele secundare ale benzodiazepinelor



TRATAMENTUL PSIHOTERAPEUTIC ÎN PSIHIATRIE  
(PSIHOTERAPIILE)

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

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

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

**ATENȚIE !**

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



## V.2. REABILITAREA PSIHO-SOCIALĂ

Reabilitarea psiho-socială (RPS) cuprinde totalitatea măsurilor de îngrijire a unui subiect cu probleme de sănătate mintală de lungă durată, în vederea reîntoarcerii lui în societate. Se bazează pe ideea de reintegrare socio-profesională a persoanei, adică revenirea la nivelul de funcționare anterior episodului de boală. Reabilitarea psiho-socială presupune un demers individualizat, de implicare și de responsabilizare a subiectului în cadrul contextului său social.

Principiile RPS:

1. Considerarea prioritară a laturii sociale în defavoarea celei medicale
2. Susținerea potențialului de schimbare chiar și la persoanele cu dizabilități
3. Punctul de interes este persoana
4. Orientare pe nevoile practice și cotidiene
5. Recunoașterea drepturilor și a capacității de a lua decizii a persoanelor cu probleme
6. Reducerea distanței medic-persoane cu probleme
7. Intervențiile structurate pe comportamente, nu pe simptome
8. Evitarea spitalizărilor inutile
9. Dezvoltarea unor capacități de coping adecvat și a unei rețele de suport social
10. Durată nelimitată

Scopul reabilitării psiho-sociale este:

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

Programele de RPS. includ:

- evaluarea nevoilor persoanelor cu probleme de sănătate mintală
- programe de psihoterapii (individuale sau de grup, cu implicarea familiei)
- programe de terapii vocaționale
- programe psihoeducaționale
- programe de reabilitare prin servicii de suport locativ

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

Reabilitarea psiho-socială, prin toate măsurile pe care le cuprinde, vizează o creștere a funcționării sociale a persoanei cu probleme de sănătate mintală și, implicit o creștere a calității vieții, aspecte ce sunt de mare interes în psihiatria contemporană.

### ÎNTREBĂRI:

1. Un pacient cu demență Alzheimer a fost peste zi neliniștit psihomotor. El se trezește noaptea, iese din salon pe coridor. Incapabil să-și regăsească salonul, intră în altele și trezește pacienții producând multă gălăgie. Acestui pacient i se administrase în prealabil un anxiolitic. Care?:
  - a) meprobamat
  - b) alprazolam
  - c) diazepam
  - d) midazolam (Dormicum)
  - e) bromazepam
2. Un medic își autoadministrează alprazolam pentru crize de anxietate paroxistică cu tremor, palpitații și dispnee. În ultima săptămână a crescut doza la 3mg/zi. Deoarece consideră că a luat prea mult dar îi este frică să renunțe la alprazolam pentru că altfel face crizele respective, se hotărăște să consulte un psihiatru pe motiv că a ajuns dependent de alprazolam. Psihiatrul trebuie să-l lămurească de faptul că nu e dependent pentru că:
  - a) ar fi trebuit să fi luat luni de zile 3mg/zi alprazolam
  - b) atacul de panică nu seamănă cu reacția de sevraj
  - c) alprazolamul nu dă dependență biologică
  - d) sevrajul implică prezența stării confuzionale
  - e) atacurile de panică nu au legătură cu sevrajul, ci țin de tulburarea de panică
3. Un pacient cunoscut cu schizofrenie paranoidă este adus la secția de urgențe medicale prezentând o deviație conjugată a globilor oculari în sus însoțită de contractură musculară susținută. Se va administra:
  - a) haloperidol
  - b) romparkin
  - c) diazepam
  - d) plegomazin (clorpromazină i.m.)
  - e) fluanxol (flupentixol i.m)

## VI. BIBLIOGRAFIE:

1. \*\*\* , *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition,. Text revision (DSM IV – TR), American Psychiatric Association, Washington D.C., 2000
2. \*\*\* , *I.C.D.-10, Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament - Simptomatologie și diagnostic clinic*, OMS Geneva 1992, Ed. ALL, București, 1998.
3. Cummings J.L., Trimble M.R., *Concise Guide to Neuropsychiatry and Behavioral Neurology*, 2nd edition, American Psychiatric Publishing Inc. Washington DC, London, England.
4. Dehelean L., Sturz O., Marin A., *Caiet de Stagiu pentru Psihiatrie Adulți*, Lito U.M.F.T, Timișoara, 2003.
5. Dehelean M., Dehelean P., Ienciu M., Lăzărescu M., Marin A., Romoșan F., *Curs de psihiatrie generală pentru vârsta adultă și înaintată*, Lito U.M.F.T. Timișoara, 1998
6. Gelder M., Gath D., Mayou R., *Tratat de psihiatrie Oxford*, Ed. A.P.L.R., 1994
7. Gelder M., Mayou R., Cowen P., *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry* 4th edition, Oxford University Press, Oxford, 2001
8. Goldberg D. *Ghid de Psihiatrie Practică*, ed. a III-a, București, Ed. Fundației PRO, București, 1997.
9. Howland R.D., Mycek M.J., *Pharmacology* 3rd edition, in *Lippincott's Illustrated Reviews*, R.A. Harvey and P.C. Champe editors, Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
10. Lăzărescu M. *Psihiatrie, sociologie, antropologie*, Editura Brumar, Timișoara, 2002
11. Leff J.P, Isaacs A.D. *Psychiatric examination in clinical practice*, Blackwell Scientific Publication, 1979
12. Sadock BJ, Sadock V.A. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins, 9th edition, 2003.
13. Semple D., Smyth R., *Oxford Handbook of Psychiatry*, 2nd edition, Oxford University Press, 2009.
14. Stahl S.M., *Stahl's Essential Psychopharmacology - Neuroscientific Basis and Practical Applications*, second edition, Cambridge University Press, Cambridge, 2008
15. Winokur G., Clayton Paula J., *The Medical Basis of Psychiatry*, second edition, W.B. Saunders Company, 1994
16. Zaman R., Makhdum A., *Churchill's Pocketbook of Psychiatry*, Churchill-Livingstone, 2000.

## VII. ABREVIERI

5HT = serotonină  
ACA = artera cerebrală anterioară  
ACH = acetilcolină  
ACM = artera cerebrală medie  
ACP = artera cerebrală posterioară  
AD = antidepresiv  
ADT = antidepresive triciclice  
AVC = accident vascular cerebral  
BZD = benzodiazepine  
CT = tomografie computerizată  
D = dopamină  
FO = fund de ochi  
GABA = acid gamma-amino-butiric  
GAMMA GTP = gamma-glutamil transpeptidaza  
H = histamină  
HIV = virusul imunodeficienței umane  
IC = insuficiență cardiacă  
IR = insuficiență respiratorie  
IMAO = inhibitori de monoamino-oxidaze  
NA = noradrenalină (norepinefrină)  
NL = neuroleptic  
PET = tomografie computerizată prin emisie de pozitroni  
RPS = reabilitare psiho-socială  
S/A/N = sarcini, avorturi, nașteri  
SAG = sindrom amenoree-galactoree  
SEP = sindrom extrapiramidal  
SSRI = *selective serotonin reuptake inhibitor* - inhibitor selectiv al  
recaptării serotoninei  
SIDA = sindromul de imunodeficiență dobândită  
SPECT = tomografia computerizată prin emisie de foton unic  
TCC = traumatism cranio-cerebral  
TAB = tulburare afectivă bipolară  
TAG = tulburarea anxietății generalizate  
TDR = tulburarea depresivă recurentă  
TEC = tratament electroconvulsivant  
TIR = tirozină  
TOC = tulburare obsesiv-compulsivă  
TP = tulburare de panică  
TRP = triptofan  
MDMA = 3,4-metilenedioxi-N-metilamfetamina  
LSD = dietilamida acidului lisergic

## VIII. EXERCIȚII

1. Un pacient se prezintă la medic având următoarele simptome: insomnie de adormire, neliniște, stare tensionată. Se plânge de faptul că în ultima lună are pierderi de memorie și este mai iritabil. De asemenea prezintă o cefalee vespérală mai ales fronto-temporală. Simptomele clinice orientează spre următorul diagnostic:
  - a. Episod depresiv
  - b. Episod maniacal
  - c. Tulburarea anxietății generalizate
  - d. Tulburare de panică
  - e. Demență Alzheimer
2. O pacientă tânără, de 20 de ani, se prezintă la unitatea de primire urgențe cu următoarele simptome: dispnee, palpitații, hipertensiune arterială, dureri de perete toracic în punct fix, tremor, frică de moarte. Electrocardiograma indică o tahicardie sinusală. Analizele de laborator infirmă o patologie organică sau indusă de vreo substanță psihoactivă. Pacienta este trimisă în consult psihiatric cu următorul diagnostic
  - a. Criză spasmofilică
  - b. Atac de panică
  - c. Tulburare conversivă
  - d. Episod maniacal
  - e. Tulburare hipocondriacă
3. O femeie de 30 de ani este adusă la psihiatrie pentru tulburări de comportament debutate în urmă cu un an, dar care s-au accentuat progresiv. Pacienta verifică de un număr excesiv de ori dacă a închis lumina, geamurile sau ușa de la intrare. Se asemenea, are o frică intensă de murdărie și microbi, motiv pentru care se spală excesiv pe mâni, iar atunci când iese pe stradă poartă întotdeauna mănuși. Examenul clinic evidențiază leziuni tegumentare la nivelul mâinilor. Diagnosticul psihiatric cel mai probabil este:
  - a. Tulburare obsesiv-compulsivă
  - b. Tulburare hipocondriacă
  - c. Tulburare fobică specifică (fobie de microbi)
  - d. Tulburare conversivă
  - e. Tulburarea anxietății generalizate
4. Un tânăr de 19 ani este adus de ambulanță și familie în urgență la psihiatrie deoarece în ultima lună are un comportament bizar: se închide în camera sa, scoate din priză televizorul și calculatorul,

verifică prizele și telefoanele căutând microfoane ascunse. Spune că este urmărit pe stradă de serviciile secrete. Simptomele au debutat în urmă cu 8 luni, când a devenit mai retras și mai suspicios, evitând până și contactele cu foștii prieteni. Analizele toxicologice nu indică prezența drogurilor în organismul tânărului. Diagnosticul cel mai probabil este:

- a. Episod maniacal
  - b. Episod depresiv
  - c. Episod de schizofrenie paranoidă
  - d. Episod de anxietate generalizată
  - e. Episod obsesiv-compulsiv
5. O fată de 30 de ani este adusă la psihiatrie în urgență de familie deoarece în ultima vreme prezintă grave tulburări de comportament: cheltuiește foarte mulți bani, se fardează excesiv, nu doarme decât două ore pe noapte, în restul timpului ascultând muzică tare și deranjând vecinii. Pacienta se consideră o persoană deosebit de inteligentă și refuză internarea pe motiv că este perfect sănătoasă, are foarte multe de făcut și nu poate să-și piardă vremea în spital. Diagnosticul diferențial psihiatric se face între:
- a. Schizofrenia paranoidă
  - b. Episodul maniacal
  - c. Intoxicația cu amfetamine
  - d. Intoxicația cu opiacee
  - e. Tulburarea conversiv-disociativă
6. Un bărbat de 50 de ani dă în judecată medicul chirurg și spitalul în care a fost internat deoarece, în urma operației la care a fost supus se simte tot mai rău. Este convins că medicii au uitat în abdomen o pensă, motiv pentru care prezintă crampe abdominale, senzații de balonare și debacluri diareice. A făcut nenumărate plângeri către Colegiul Medicilor și către direcțiunea spitalului, dar fără rezultat pentru că toți medicii sunt înțeleși între ei și se apără. A fost din totdeauna un om mai suspicios din fire, încrezător în forțele proprii și un neobosit luptător pentru drepturile sale. Diagnosticul psihiatric cel mai probabil este:
- a. Tulburare delirantă persistentă (paranoia) pe fond de tulburare de personalitate paranoidă
  - b. Schizofrenie paranoidă pe fond de tulburare schizoidă de personalitate
  - c. Tulburare hipocondriacă

- d. Tulburare de somatizare
  - e. Tulburare conversivă
7. O femeie de 30 de ani, se prezintă la medicul psihiatru extrem de îngrijorată deoarece de câteva luni are palpitații, tremor generalizat, dureri abdominale, cefalee în vertex și tulburări de dinamică sexuală. Soțul nu o înțelege și nu o susține afectiv, motiv pentru care au loc multiple certuri în cuplu. În urmă cu o lună, după o asemenea ceartă, pacienta a încercat să se sinucidă cu medicamentele pe care le-a găsit în casă (10 tablete de diazepam), acuzându-și soțul de răceală și indiferență. A fost dusă de urgență la spital și i s-a recomandat un consult psihiatric. Diagnosticul psihiatric cel mai probabil este:
- a. Episod depresiv sever cu risc suicidar
  - b. Tulburare hipocondriacă
  - c. Tulburare de somatizare
  - d. Tulburarea anxietății generalizate
  - e. Tulburarea obsesiv-compulsivă
8. O femeie în vârstă de 40 de ani se prezintă la medicul de familie pentru tulburări de somn debutate în urmă cu o lună. Ea adoarme ușor dar se trezește în cursul nopții fără să mai poată readormi. Pofta de mâncare este scăzută cu apariția unui deficit ponderal. Femeia se plânge că se achită cu dificultate de îndatoririle gospodăriei iar la serviciu randamentul a scăzut. Nimic nu-i mai stârnește interesul și uneori se întreabă dacă își va mai reveni vreodată la starea anterioară. Medicul de familie inițiază o serie de analize și consulturi printre care și unul psihiatric cu următorul diagnostic:
- a. Episod anxios
  - b. Episod depresiv
  - c. episod hipocondriac
  - d. Episod de neurastenii
  - e. Episod conversiv
9. Un bărbat de 30 de ani este judecat pentru distrugere de bunuri materiale și vătămare corporală gravă în urma unei altercații într-un bar. La proces susține că nu ar fi dorit să producă nici un rău nimănui, dacă nu ar fi fost provocat de victimă. În plus, băuse și sub influența alcoolului și-a pierdut pe moment luciditatea, cerând circumstanțe atenuante prin discernământ diminuat. Bărbatul trăiește în concubinaj, nu are un loc de muncă stabil și a mai avut în trecut probleme cu Poliția pentru abateri de la ordinea publică. Coeficientul de inteligență este 110. Diagnosticul psihiatric cel mai probabil:

- a. Tulburare de personalitate de tip instabil emoțional
  - b. Tulburare de personalitate de tip antisocial (dissocial)
  - c. Tulburare de personalitate de tip histrionic
  - d. Tulburare de personalitate de tip dependent
  - e. Tulburare de personalitate de tip paranoid
10. O femeie în vârstă de 70 de ani este adusă de familie la spital pentru agitație nocturnă, dorința de a pleca de la domiciliu pentru a se duce la mama sa. Pacienta prezintă de câțiva ani tulburări de memorie pe care familia le-a pus pe seama vârstei. Examinarea psihiatrică evidențiază tulburări de calcul, de scris, afectarea memoriei de scurtă durată, dezorientare temporo-spațială. Tomografia computerizată arată atrofie corticală. Diagnosticul cel mai probabil este:
- a. Stare confuzională
  - b. Demență Alzheimer
  - c. Demență vasculară
  - d. Demență mixtă Alzheimer și vasculară
  - e. Depresie la vârsta a treia
11. O femeie de 40 de ani a suferit un accident de mașină soldat cu victime morți și răniți. A supraviețuit accidentului fără complicații medicale grave. După câteva luni de la accident, pacienta adoarme dificil noaptea, are coșmaruri cu scena accidentului, este tensionată, neliniștită și neliniștită. De la accident refuză să mai urce în vreo mașină. Diagnosticul psihiatric cel mai probabil este de:
- a. Tulburare anxios-fobică
  - b. Tulburare de adaptare
  - c. Tulburare acută de stres
  - d. Tulburare posttraumatică de stres
  - e. Reacție depresivă
12. Un bărbat în vârstă de 55 de ani este adus la psihiatrie de la secția de gastro-enterologie unde a fost internat pentru gastrită și hepatită toxică etanolică. Motivele trimiterii sunt comportamentul bizar (pacientul vede șobolani în salon de care se sperie), agitație nocturnă. Examenul medical relevă răspunsuri neadecvate la întrebări, dezorientare temporo-spațială, transpirații, vărsături, tremor al extremităților, tahicardie cu hipertensiune arterială. Diagnosticul cel mai probabil este:
- a. Schizofrenie paranoidă
  - b. Criză epileptică temporală
  - c. Intoxicație cu droguri halucinogene



- d. Stare confuzională secundară sevrajului alcoolic
  - e. Accident vascular cerebral
13. Un bărbat de 65 de ani este adus la psihiatrie pentru pierderi de memorie, disfazie, stări de pierdere a lucidității în gândire. În urmă cu o lună a avut un accident vascular cerebral soldat cu hemiplegie predominant brahio-facială. Tomografia computerizată evidențiază zone ischemice multiple situate cortical. Bărbatul suferă de cardiopatie ischemică și diabet zaharat de tip II. Diagnosticul cel mai probabil este:
- a. Accident vascular cerebral în teritoriul arterei cerebrale posterioare
  - b. Demență vasculară multiinfarct
  - c. Demență Alzheimer
  - d. Demență mixtă Alzheimer și vasculară
  - e. Demență vasculară de tip lacunarism cerebral
14. O femeie de 35 de ani se prezintă la psihiatru pentru un episod depresiv moderat. Acest episod nu este indus de vreo boală organică sau de vreo substanță psihoactivă. În antecedente pacienta prezintă 3 episoade depresive, un episod maniacal și o operație de tiroidectomie. În episoadele depresive pacienta recunoaște că utiliza alcool pentru a se refugia în somn. Diagnosticul psihiatric cel mai probabil este:
- a. Tulburare depresivă recurentă, episod actual depresiv
  - b. Tulburarea afectivă bipolară, episod actual depresiv
  - c. Tulburare de adaptare, episod actual depresiv
  - d. Episod depresiv indus de alcool
  - e. Episod depresiv pe fond de hipotiroidie