

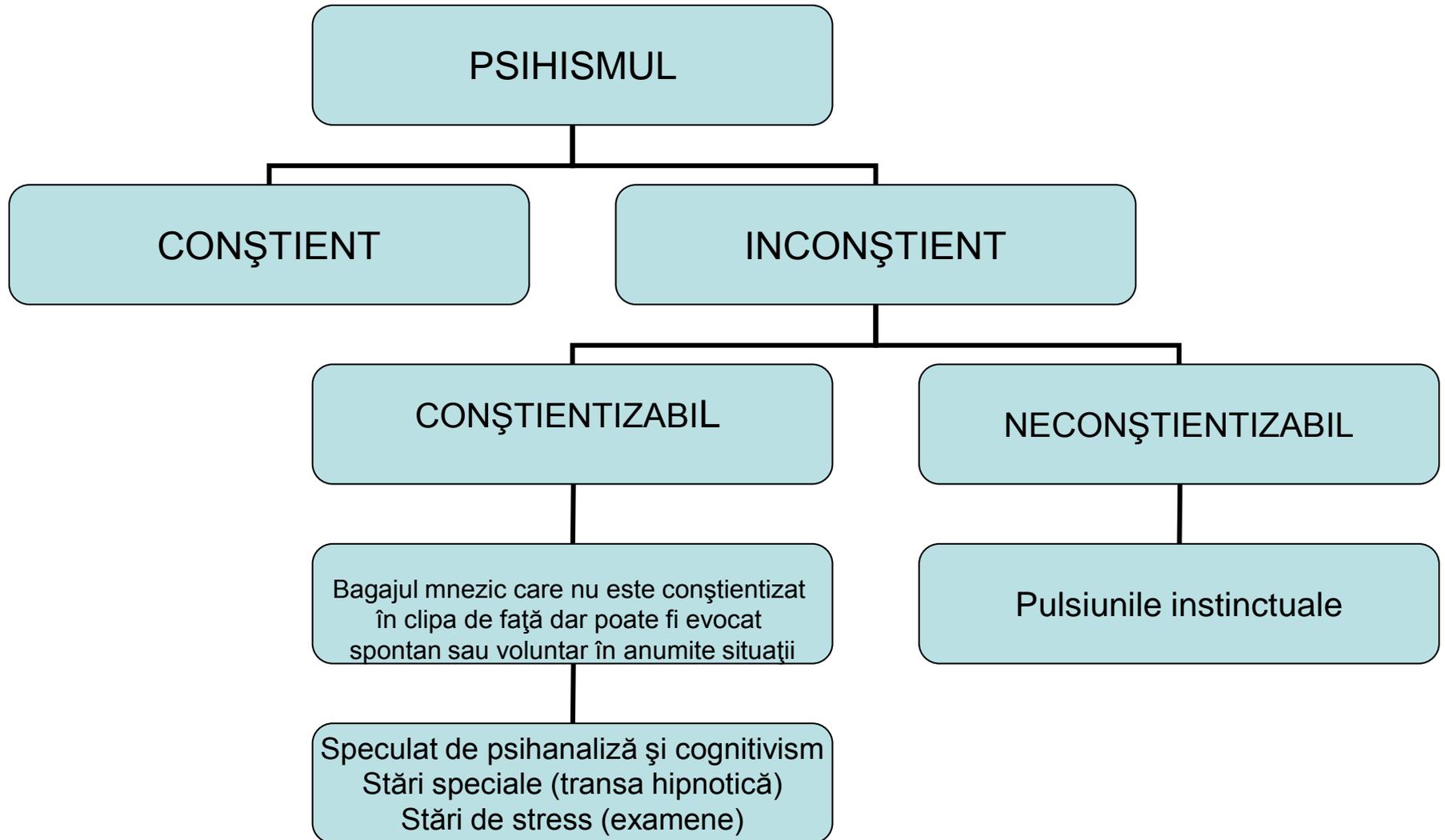
CURS DE PSIHIATRIE ANUL VI MG

Prof. dr. Pompilia Dehelean

Conf. dr. Liana Dehelean

Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor
Babeș” Timișoara

PSIHISMUL UMAN



PSIHISMUL CONȘTIENT

CONȘTIENȚA = se referă la starea de VIGILITATE (STAREA DE TREZIRE) și la conștientizarea sinelui și a mediului înconjurător

CONȘTIINȚA = se referă la reflectarea psihică asupra propriului caracter și comportament

1. MORALĂ
2. DE SINE ca și poziție socială
3. BOLII (INSIGHT)

Pentru simplificare, termenul conștiință va fi utilizat atât în sensul de conștientță, cât și în sensurile lui proprii

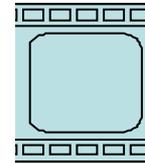
PSIHISMUL CONȘTIENT

- Se realizează în condițiile stării de vigilitate

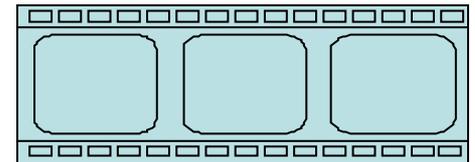
Are două dimensiuni

SINCRONĂ sau
TRANSVERSALĂ

DIACRONĂ SAU
LONGITUDINALĂ



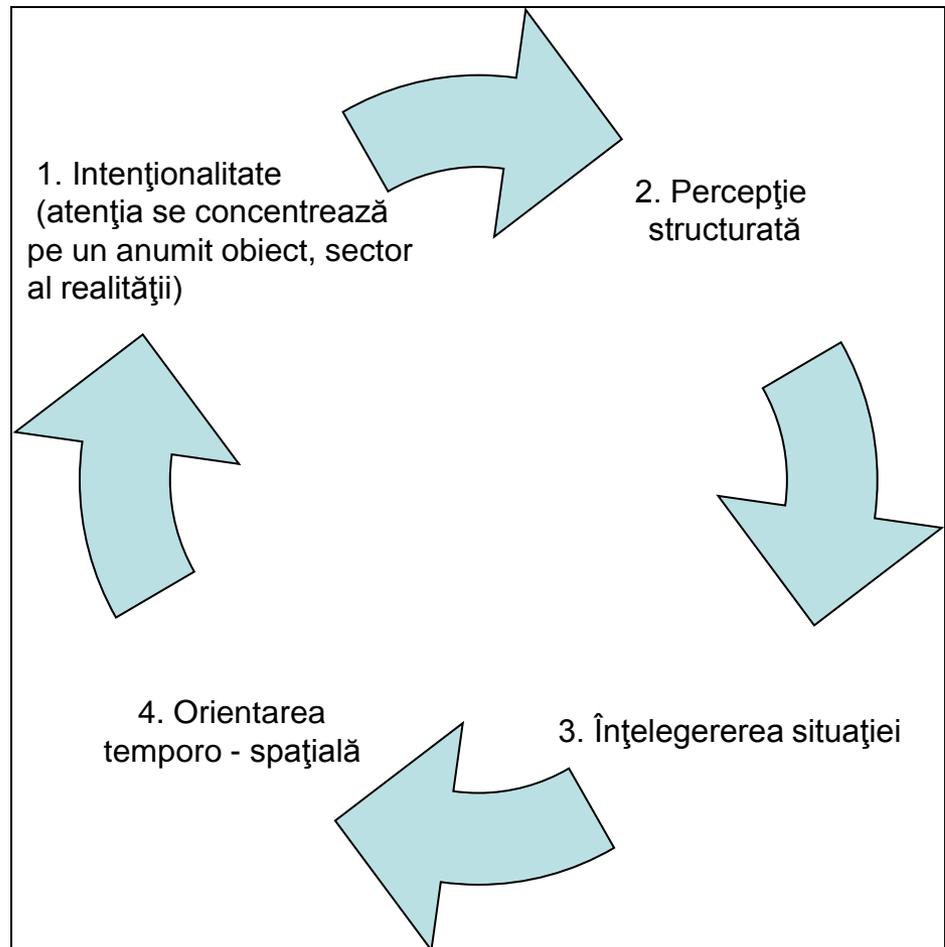
= Câmpul actual de
conștiință (c.a.c)



= Succesiunea (în timp) de c.a.c cu conținut diferit

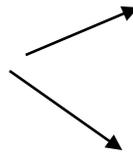
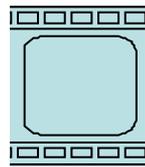
CÂMPUL ACTUAL DE CONȘTIINȚĂ

- Are mai multe attribute

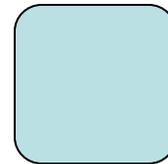


CÂMPUL ACTUAL DE CONȘTIINȚĂ

- Are un anumit conținut (mai mult sau mai puțin bogat) = aria c.a.c

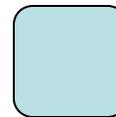
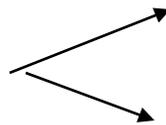
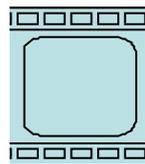


Câmp de conștiință îngustat
(ex: starea crepusculară)



Expansiunea câmpului
de conștiință (ex:
experiența psihedelică)

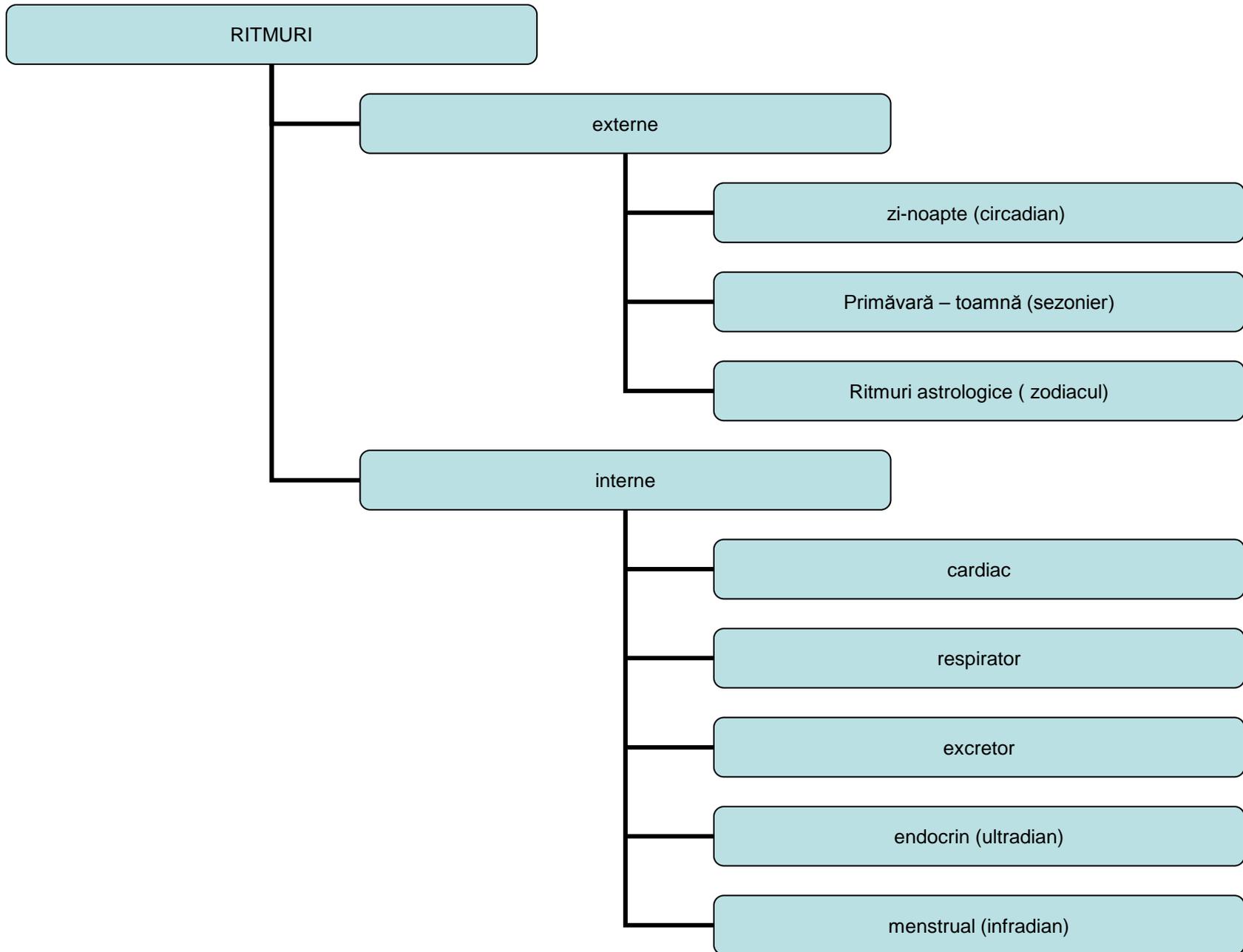
- Are un grad/nivel de claritate



Câmp de conștiință clar



Câmp de conștiință denivelat
(ex: obnubilarea)

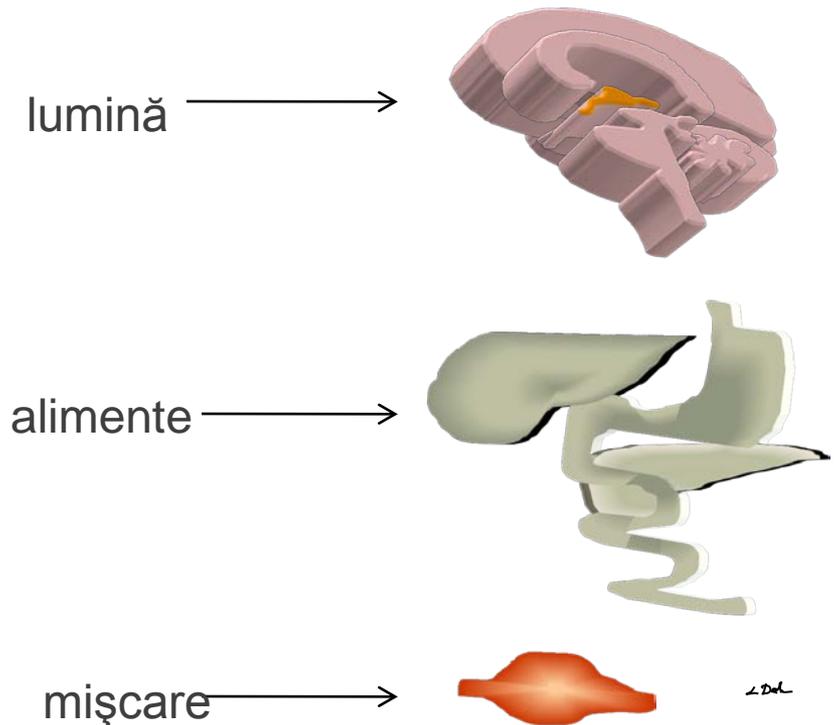


BIORITMURILE

- CICLUL ULTRADIAN (sub 24 ore): 30 min – 20 ore
ex. Ciclul somn NONREM – SOMN REM
- CICLUL CIRCADIAN (în jur de 24 ore): 20 – 28 ore
ex. Ciclul SOMN - VEGHE
- CICLUL INFRADIAN (peste 24 ore): 28 ore – 2,5 zile
ex. Ciclul menstrual

RITMURILE BIOLOGICE

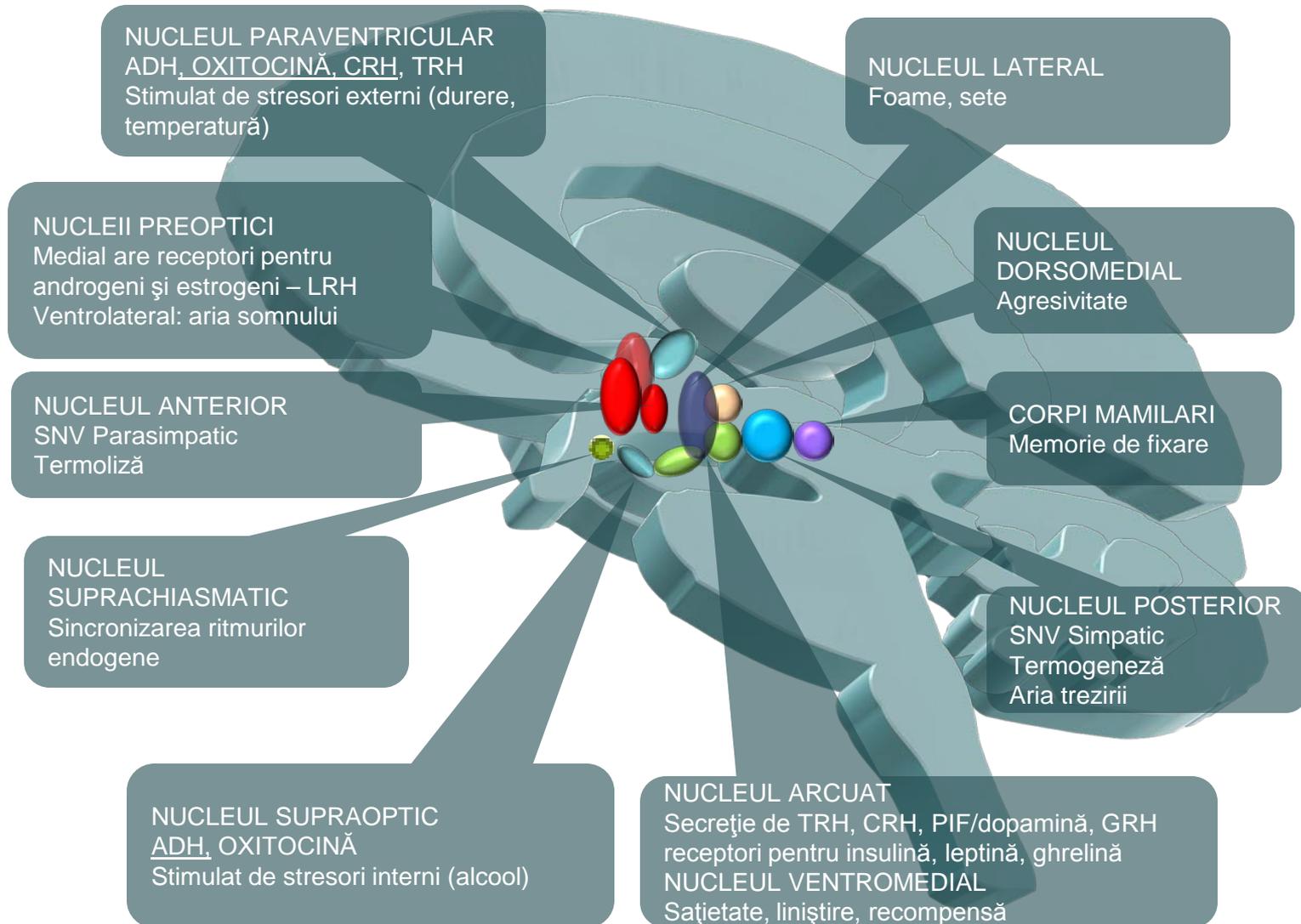
- De ex: somn-veghe, secrețiile hormonale, oscilațiile termice, oscilațiile TA
- Își au originea în activitatea "orologiilor interne" situate în diverse organe și coordonate de NUCLEUL SUPRACHIASMATIC AL HIPOTALAMUSULUI
- Trebuie sincronizate atât între ele cât și cu modificările mediului ambiant. Acest lucru se realizează prin intermediul SINCRONIZATORILOR (variații repetitive ale intensității luminoase, alimentația, mișcarea, interacțiunile sociale)



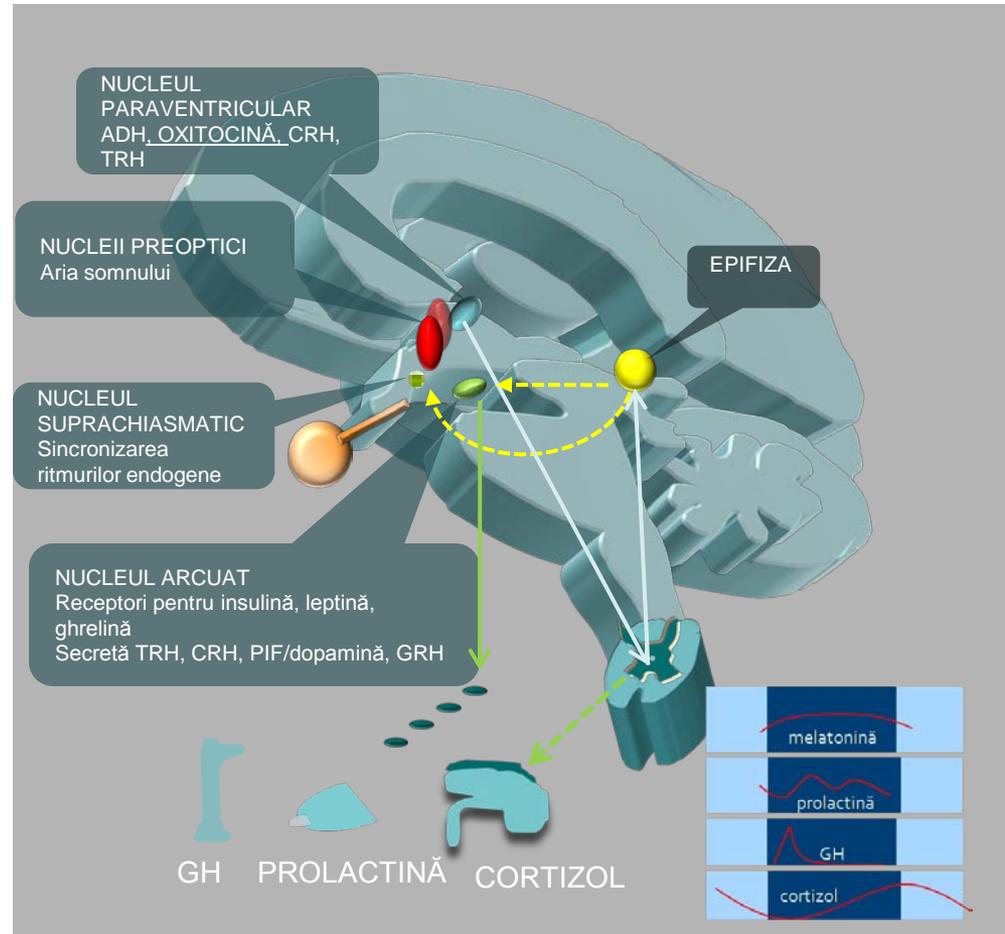
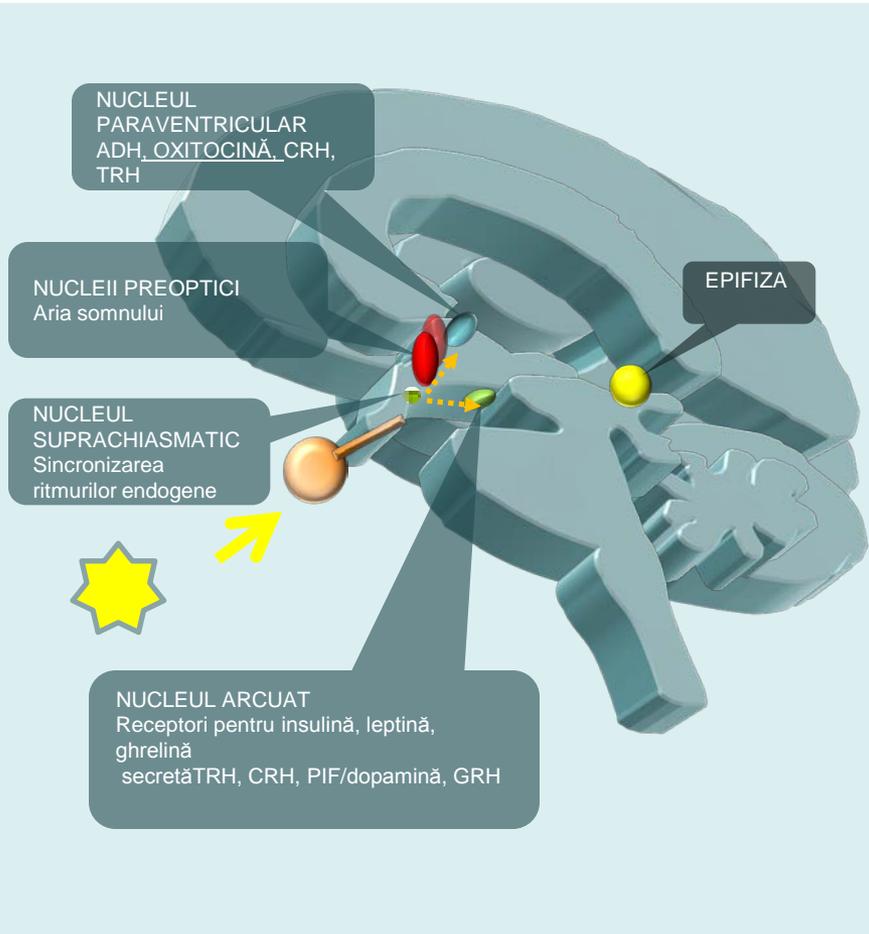
RITMURILE BIOLOGICHE



HIPOTALAMUSUL: NUCLEI



NUCLEUL SUPRACHIASMATIC și COORDONAREA RITMURILOR ENDOGENE



SOMNUL ȘI TULBURĂRILE DE SOMN

Abolirea c.a.c

```
graph TD; A[Abolirea c.a.c] --- B[În normalitate: SOMNUL]; A --- C[Patologic (prin accidente în timpul stării de veghe): COMA];
```

În normalitate: SOMNUL

Patologic (prin accidente
în timpul stării de veghe): COMA

SOMNUL

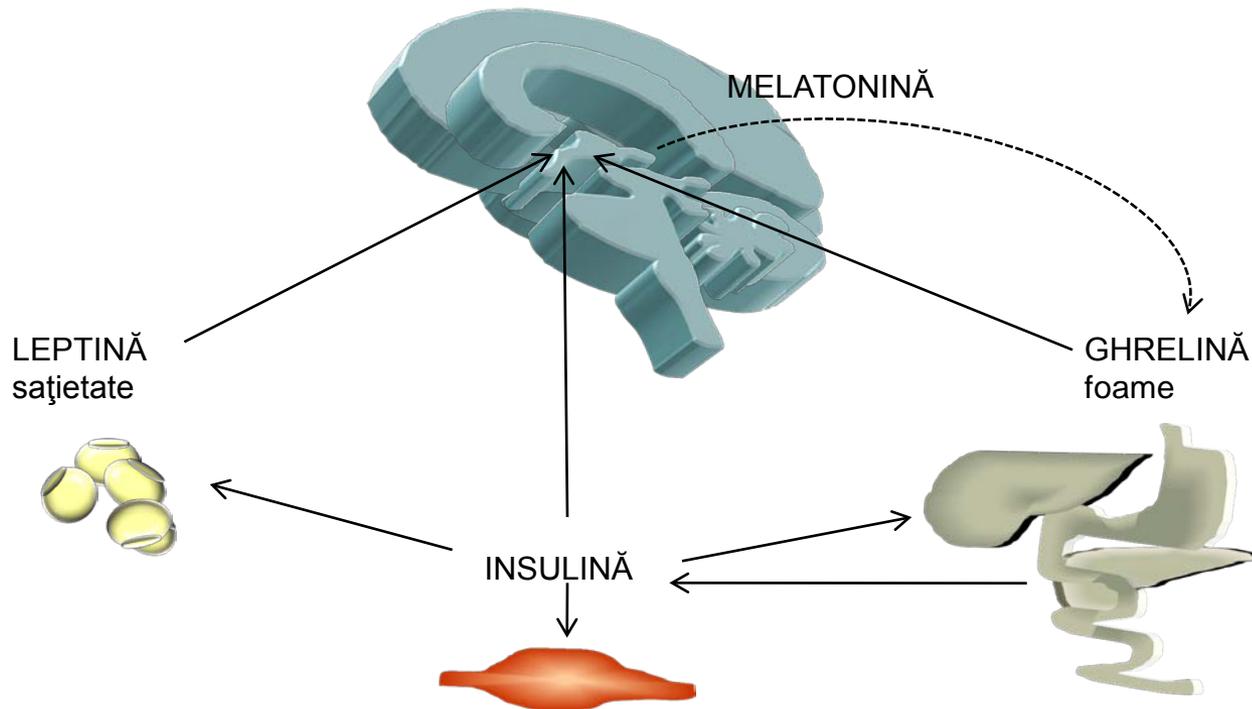
Stare fiziologică periodică și reversibilă
caracterizată prin abolirea conștiinței și
diminuarea reactivității la stimuli

Organismul este mai reactiv la stimulii interni
decât la stimulii externi

IMPORTANȚA SOMNULUI

- Efectul de refacere metabolică
 - Durata somnului: direct proporțională cu rata metabolismului și invers proporțională cu masa corporală
 - O rată metabolică mare se corelează cu un stres oxidativ important, corelat la rândul său cu îmbătrânirea și demența
- Efectul de conservare a energiei pe 24 h
- Efectul de consolidare mnezică

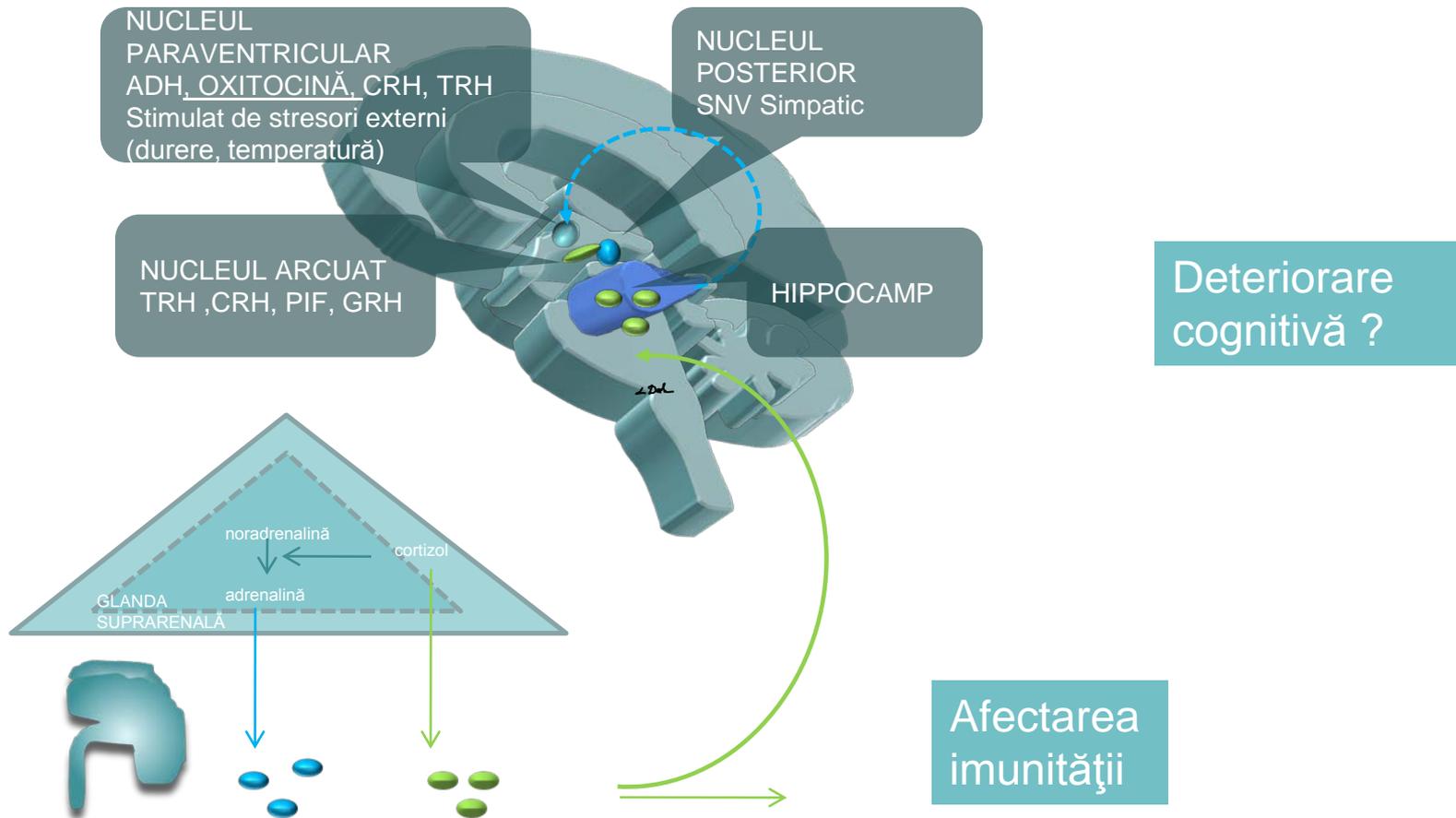
SOMNUL ȘI ALIMNETAȚIA



Deficitul de somn afectează:

- Secreția de insulină și metabolismul glucidic (obezitate, diabet)
- Secreția de $TNF\alpha$, IL6 (risc cancerigen)

SOMNUL ȘI IMUNITATEA



În mod normal secreția de cortizol scade în prima jumătate a nopții și crește în a doua jumătate. Deprivarea de somn va duce la hipersecreție de glucocorticoizi cu următoarele consecințe:

- Afectarea imunității
- Deteriorare cognitivă prin efect toxic asupra hipocampului

FIZIOLOGIA SOMNULUI

FAZA HIPNAGOGICĂ (trecere veghe-somn)

- durată: sec – min
- vigilanta scade (ușoară obnubilare cu scăderea atenției, clarității percepției, fixării informațiilor)
- Uneori iluzii sau halucinații hipnagogice (nepatologice)
- În anxietate: senzație de cădere în gol



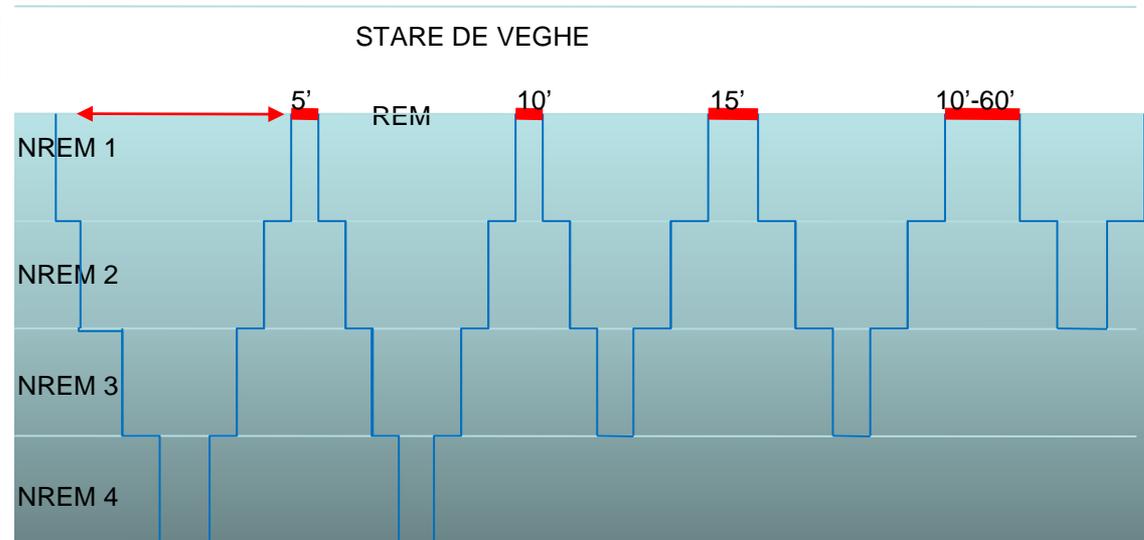
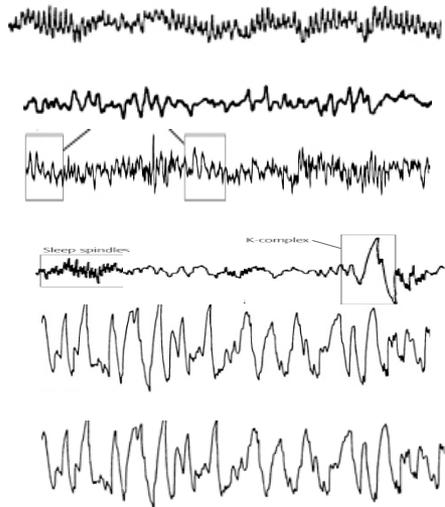
FAZA HIPNOPOMPICĂ (trecere somn-veghe)

- Vigilanta încă e ușor perturbată
- Uneori iluzii sau halucinații hipnopompice (nepatologice)

STADIILE SOMNULUI

Latența REM = 90 minute

Durata REM crește spre sfârșitul nopții



SOMNUL PROFUND
predomină în prima
jumătate a nopții

SOMNUL SUPERFICIAL
predomină în a doua
jumătate a nopții

EEG ÎN SOMN

STAREA DE VEGHE

ritm β

în caz de relaxare ritm α

REM: ritm β

NREM STADIUL I unde θ și episoade α

NREM STADIUL II unde δ , complexe K, fusuri de somn

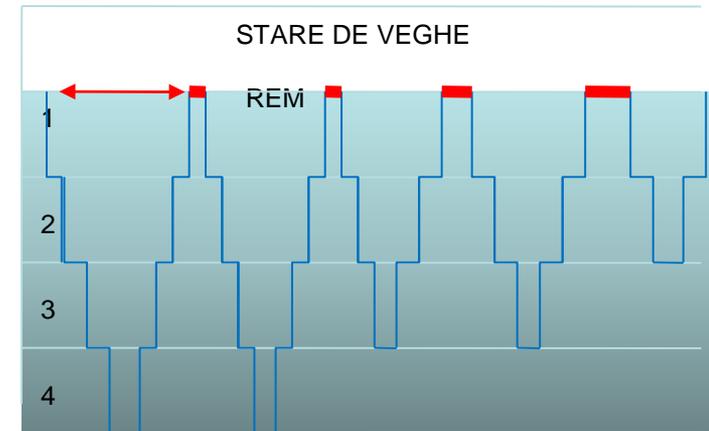
NREM STADIUL III unde δ

NREM STADIUL IV unde δ



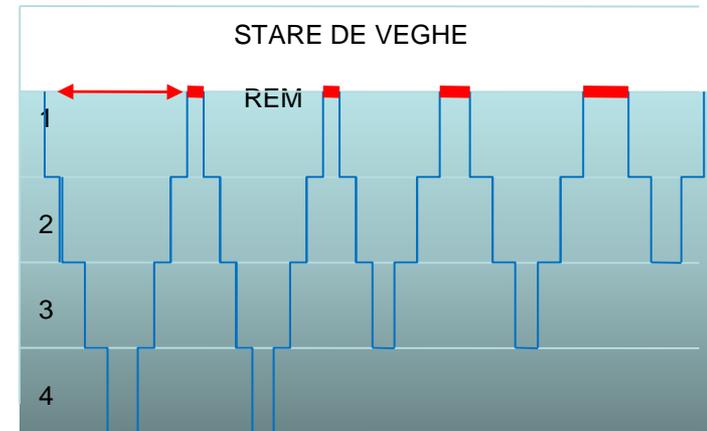
SOMNUL NON REM

- Unde lente (delta) în stadiile 3 și 4 (somn cu unde lente)
- 75 % din durata somnului
- Predomină la începutul nopții
- Somn profund
- Trezirea e dificilă
- Rol: refacerea organismului (musculatură, organe interne)
- Predominanță parasimpatică (“rest and digest”)
- Scad: TA, excreția urinară, FC, FR rare și regulate
- Nu există mișcări rapide ale globilor oculari
- Posibile mișcări ale membrelor
- Nu scade tonusul muscular

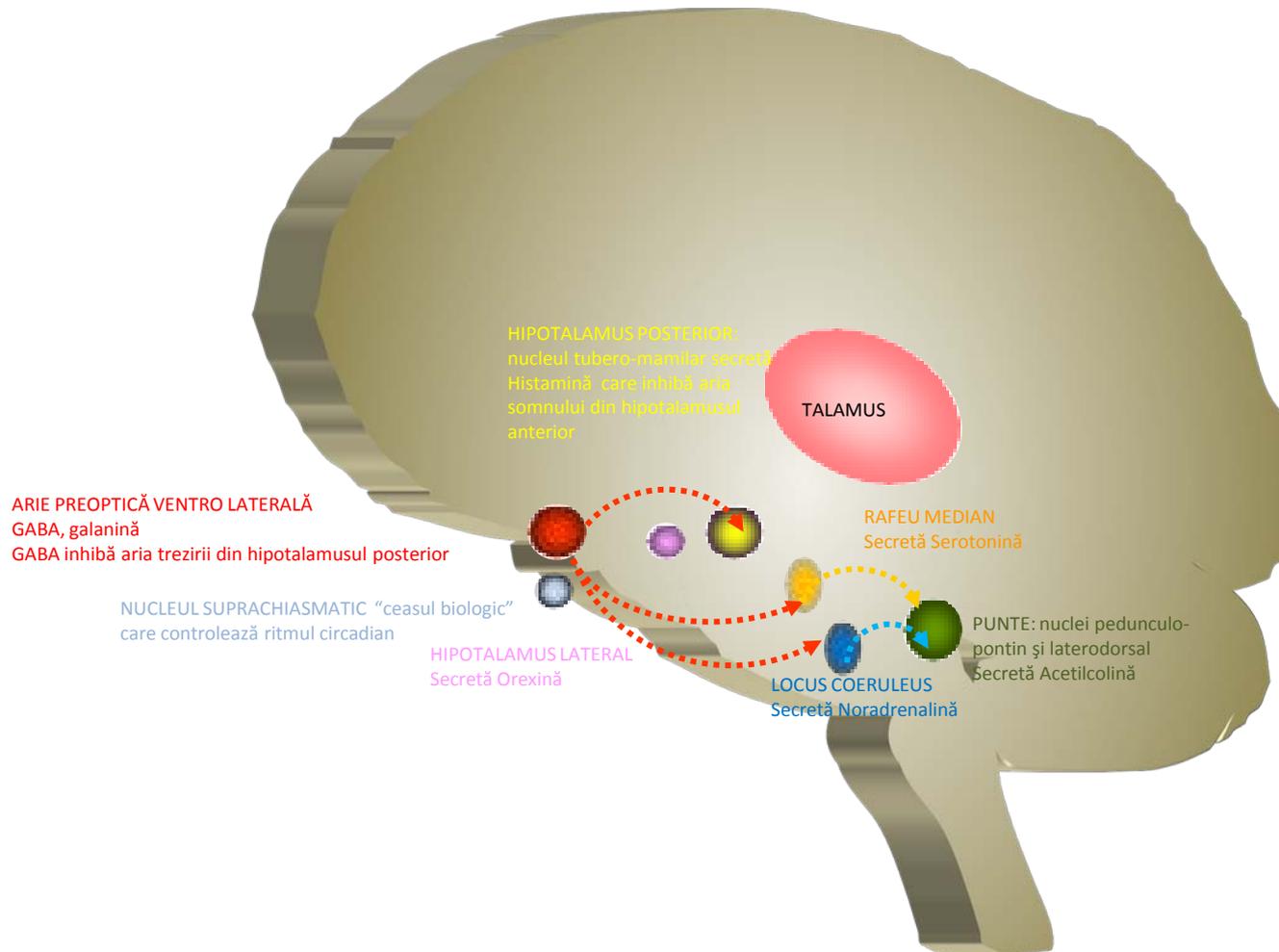


SOMNUL REM

- Unde rapide (unde beta)
- 25% din durata somnului
- Predomină la sfârșitul nopții
- Somn superficial
- Trezirea e ușoară
- Rol: consolidarea informațiilor mnezice, stimularea creierului în cursul maturării sale!
- Predominanță simpatică
- Creșteri ale FC, TA, (risc AVC, moarte subită), neregularitatea ritmului respirator induce predispoziție spre apnee centrală
- Există vise
- Există mișcări rapide ale globilor oculari (“Rapid Eye Movements”)
- Hipotonie musculară (explică “paralizia de trezire” și predispune spre apnee obstructivă)



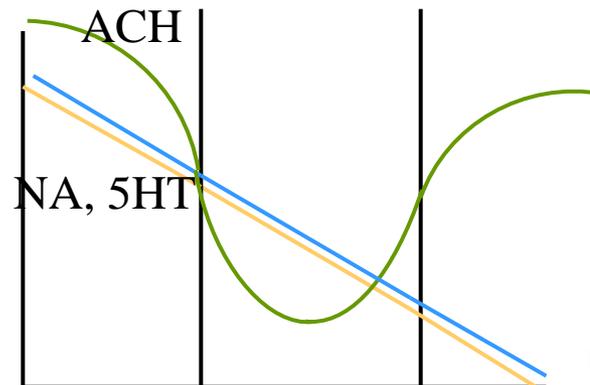
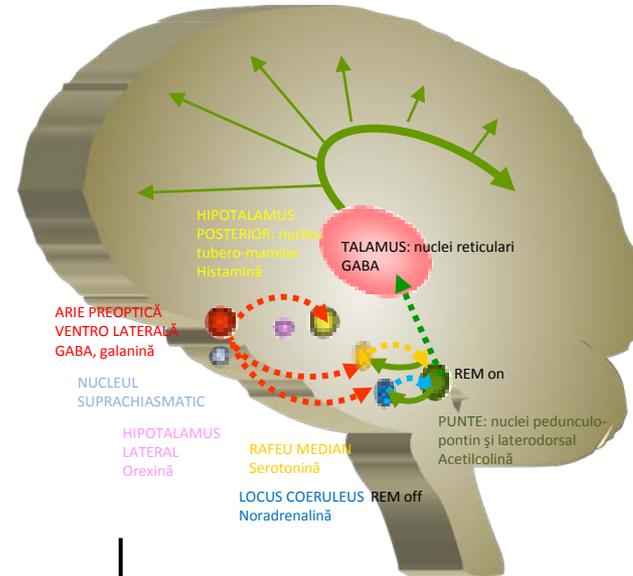
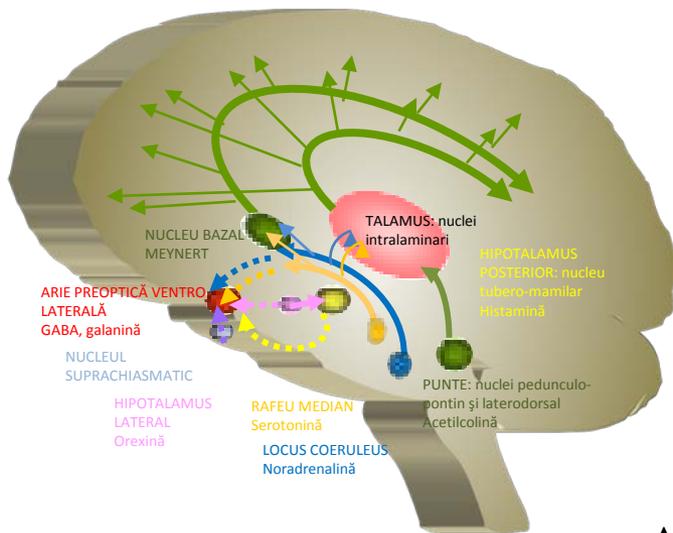
HIPOTALAMUSUL ȘI RITMUL SOMN-VEGHE



ACTIVAREA CREIERULUI ÎN STAREA DE VEGHE ȘI ÎN SOMNUL REM

În starea de veghe creierul este activat de NA, 5HT și ACH răspunzând la stimulii externi și interni

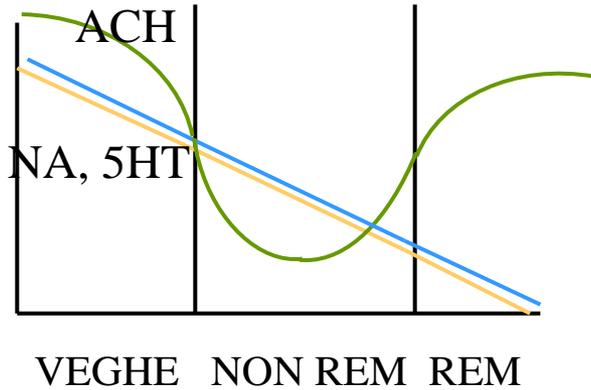
În starea de somn REM creierul este activat de ACH răspunzând la stimulii interni (material mneștic)



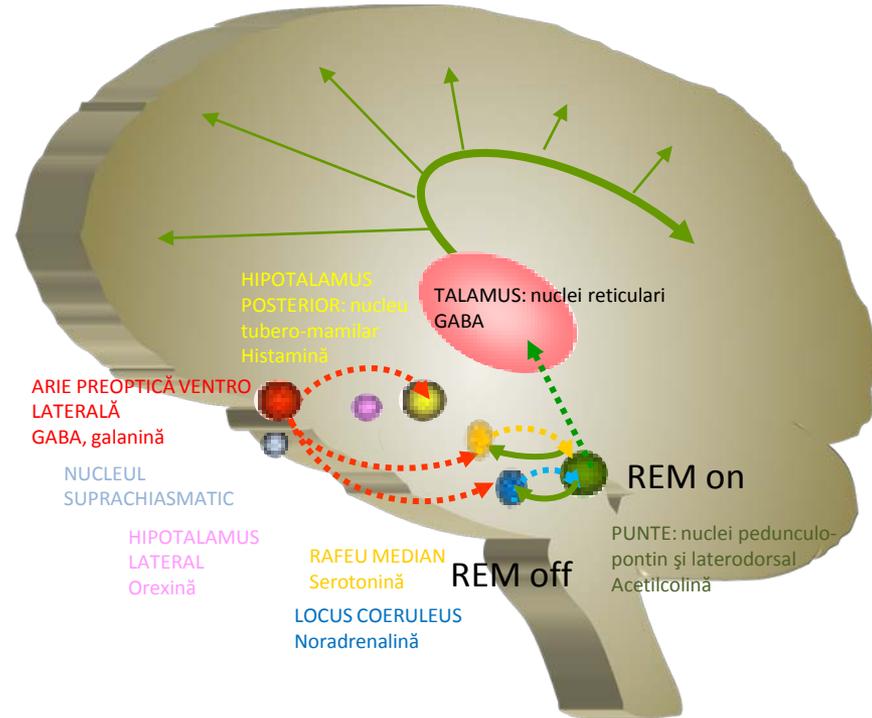
VEGHE NON REM REM

E.E .Benarroch et al, *Medical Neurosciences*, 1999

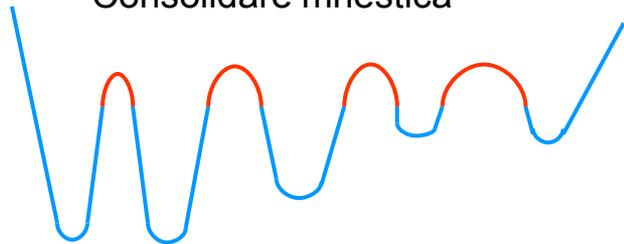
SOMNUL



E.E. Benarroch et al, *Medical Neurosciences*, 1999



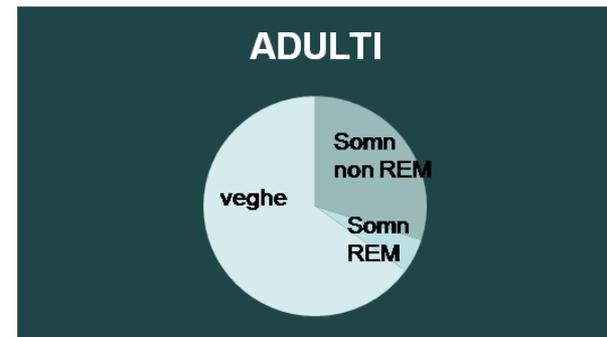
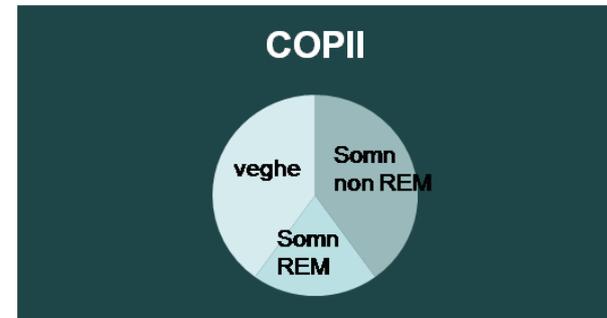
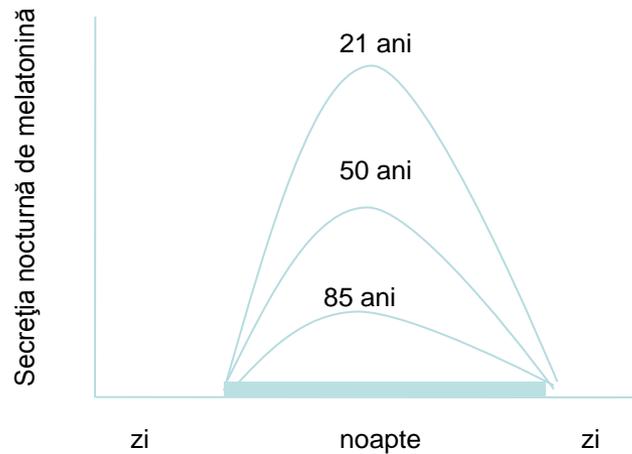
SOMN REM
Consolidare mneștică



SOMN NONREM
Refacere metabolică GH crescut, TSH redus
Conservarea energiei

SOMNUL ȘI VÂRSTA

Somnul REM la copii are rol în stimularea creierului în cursul maturării sale!



TULBURĂRILE SOMNULUI

TULBURĂRI CANTITATIVE

INSOMNII

DE ADORMIRE

DE TREZIRE

PE TOATĂ DURATA NOPTII

HIPERSOMNII

SD. PICKWICK

APNEEA NOCTURNĂ

NARCOLEPSIA

SD KLINE- LEVIN

TULBURĂRI CALITATIVE (PARASOMNII)

SOMNAMBULISM

PAVOR NOCTURN

COȘMARUL

INSOMNIA DE ADORMIRE

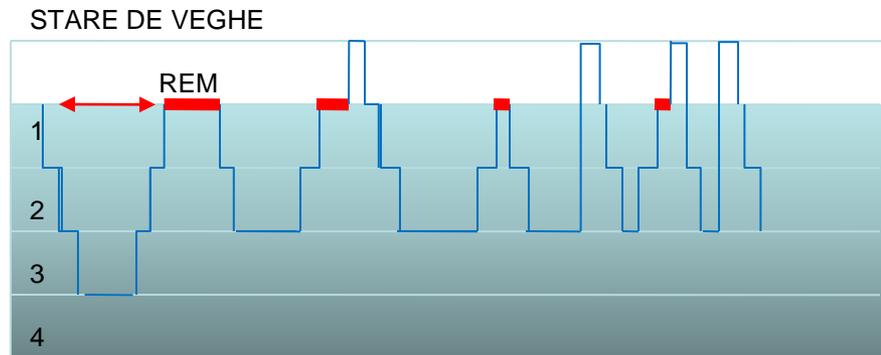
- Apare în:
 - ANXIETATE
 - Cauze:
 - tensiune musculară cu incapacitate de relaxare
 - frica de a muri în somn
 - griji
 - Se asociază cu vise cu tematică specific anxioasă:
 - Cădere în gol
 - Scufundare în apă cu incapacitatea de a se salva
 - Urmărire cu incapacitatea de a se salva
 - Examenе cu sentimentul de lipsă de pregătire
 - ASTENIE (patologic) când crește activitatea SRAA susținută de efortul făcut de individ (insomnie vigیلă)
 - în normalitate după un examen însoțit de consum nervos

INSOMNIA DE TREZIRE

- Apare în DEPRESIE
- Trezire la orele 3 – 4 dimineața cu incapacitatea de a mai readormi
- În aceste momente intensitatea depresiei este maximă, existând risc suicidar
- Se însoțește de coșmaruri cu tematică morbidă: morți, sicrie, cimitire

SOMNUL ÎN DEPRESIE

- Scade latența REM (sub 60 min)
- Somnul este mai superficial (reducerea stadiilor 3 și 4)
- REM predomină în prima jumătate a nopții
- Insomnie de trezire



INSOMNIA PE TOATĂ DURATA NOPTII

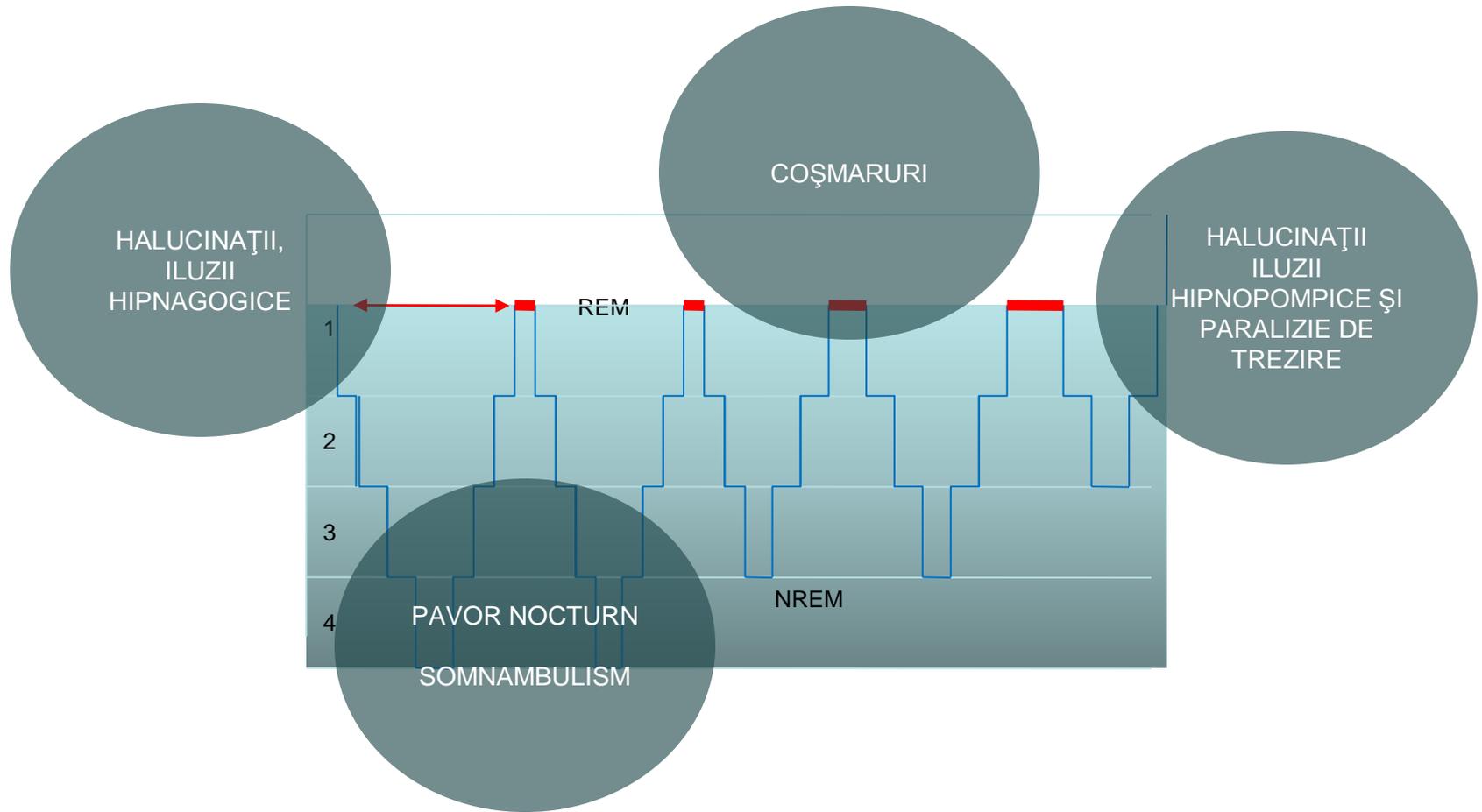
Apare în:

- În situații în care se manifestă ca o scădere a nevoii de somn cu absența oboselei și a nevoii subiective de somn în ciuda deficitului de somn
 - manie
 - consum de stimulante ale SNC: cafea, amfetamine, cocaină
- În situații în care se produce o inversare a ritmului somn - veghe în condiții normale în cazul:
 - Muncii în 3 ture (12 ore serviciu cu 24 ore libere)
 - Schimbării fusului orar (jet lag)
- În situațiile comorbidității între anxietate și depresie (insomnie de adormire + insomnie de trezire). Oboseala și nevoia subiectivă de somn sunt prezente

HIPERSOMNIILE

- SD. PICKWICK:
 - Hipersomnie (somnia diurnă) + insuficiență cardiacă dreaptă (cord pulmonar cronic) + obezitate
 - Cauza: obezitate – hipoxie + hipercapnie – vasoconstricție pulmonară – insuficiență cardiacă dreaptă. Hipercapnia induce somnolență diurnă
- SD. APNEEI NOCTURNE:
 - Hipersomnie (somnia diurnă) + apnee nocturnă (crize nocturne cu durata de 10 sec) + sforăit
 - Cauza: centrală sau obstructivă (îngustarea spațiului retroalatin sau retroglos), obezitate
- NARCOLEPSIA
 - Crize irezistibile (20 min) de adormire în plină stare de veghe
 - trecere directă din starea de veghe în starea de somn REM produce hipotonie cu cădere (CATAPLEXIE) sau cu paralizie de trezire și halucinații vizuale
 - NARCOLEPSIE + CATAPLEXIE = SD GÉLINEAU
- SD. KLEINE – LEVIN
 - Cicluri de hipersomnie + bulimie + hipersexualitate + iritabilitate, care apar la intervale de câteva luni la adolescenți
 - Cauza: afectare hipotalamo-hipofizară

PARASOMNIILE



PARASOMNIILE

Apărând în cursul somnului profund (NON REM) în prima parte a nopții

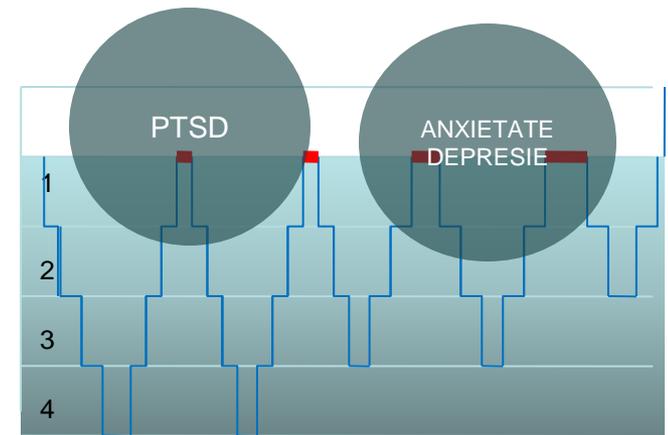
- SOMNAMBULISMUL
 - Apare la tineri, componentă genetică
 - Comportament automat (nu este conștient de ceea ce face în timpul nopții): se scoală din pat, se mișcă prin casă, iese din casă, mută obiecte
 - Amnezia episodului
 - Măsuri de protecție (familia îl păzește)
 - Investigații: EEG pentru diagnosticul diferențial cu epilepsia fronto-temporală
- PAVORUL NOCTURN
 - Mai ales la copii (5-7 ani), componentă genetică
 - Aparentă trezire din somn + mare anxietate și neliniște (plânge, țipă, se zvârcolește)
 - Amnezia episodului și nici nu-și amintește vreun vis.
 - Prezența membrilor familiei nu liniștește copilul deoarece acesta nu este în stare de veghe
 - Investigații: EEG pentru diagnosticul diferențial cu epilepsia fronto-temporală

Factori predispozanți: deprivarea de somn, stresul, febra, migrenele

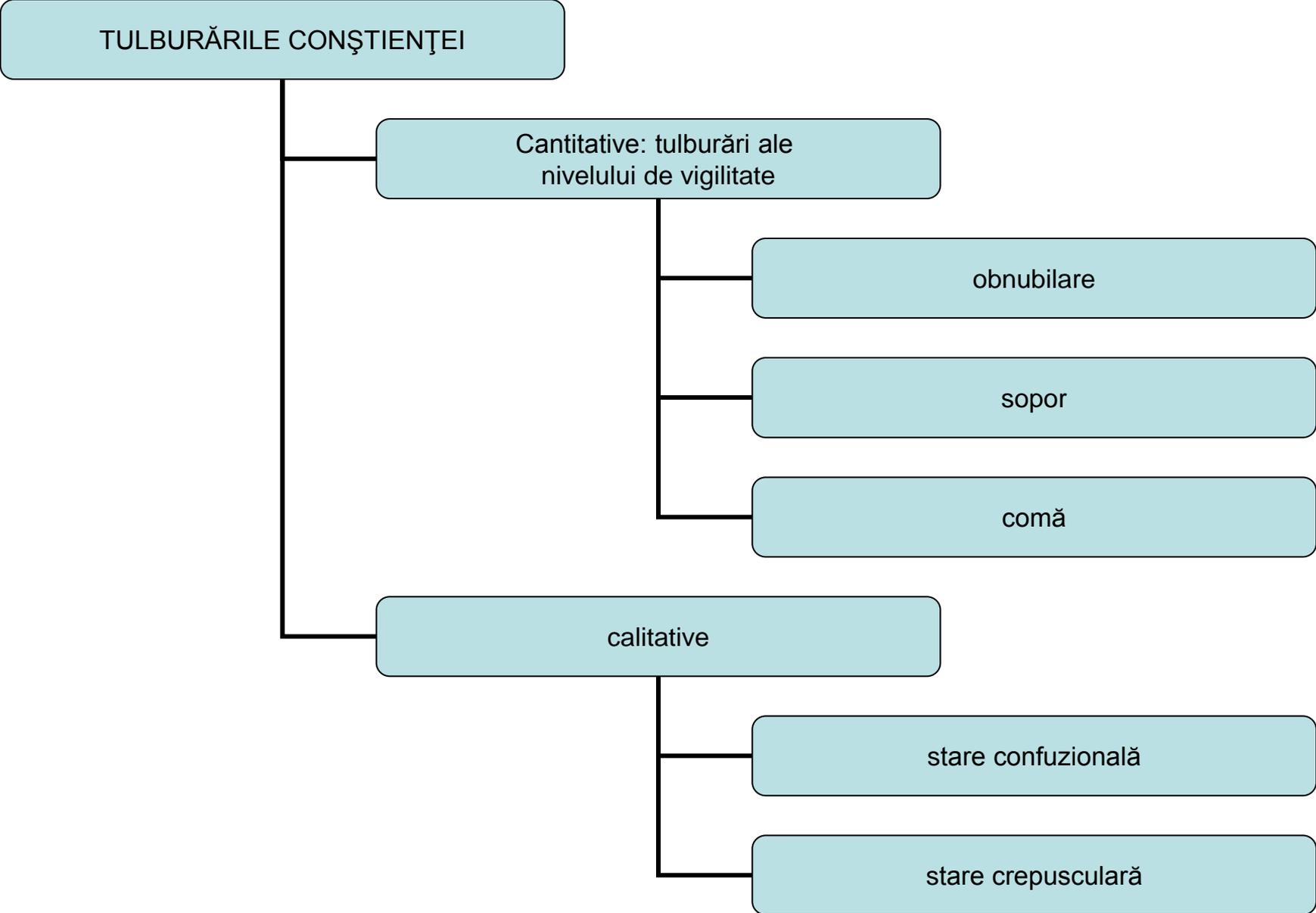
PARASOMNIILE: COȘMARURILE

Apar cel mai frecvent în timpul somnului REM

- TULBURAREA ANXIETĂȚII GENERALIZATE: elaborate, au următoarele teme: cădere în gol, urmărire, examene
- DEPRESIE, elaborate, au următoarele teme: rude moarte, cimitire, sicrie
- TULBURAREA DE STRES POSTTRAUMATIC (PTSD) coșmarurile predomină în prima parte a nopții și sunt neelaborate având aceeași temă recurentă (psihotrauma)



TULBURĂRILE CONȘTIENȚEI



```
graph TD; A[TULBURĂRILE CONȘTIENȚEI] --> B[Cantitative: tulburări ale nivelului de vigilitate]; A --> C[calitative]; B --> D[obnubilare]; B --> E[sopor]; B --> F[comă]; C --> G[stare confuzională]; C --> H[stare crepusculară];
```

The diagram is a hierarchical flowchart. At the top level is a box labeled 'TULBURĂRILE CONȘTIENȚEI'. A vertical line descends from this box and splits into two horizontal lines. The upper horizontal line connects to a box labeled 'Cantitative: tulburări ale nivelului de vigilitate'. From the bottom of this box, a vertical line descends and splits into three horizontal lines, each connecting to a box labeled 'obnubilare', 'sopor', and 'comă' respectively. The lower horizontal line from the top box connects to a box labeled 'calitative'. From the bottom of this box, a vertical line descends and splits into two horizontal lines, each connecting to a box labeled 'stare confuzională' and 'stare crepusculară' respectively.

Cantitative: tulburări ale
nivelului de vigilitate

obnubilare

sopor

comă

calitative

stare confuzională

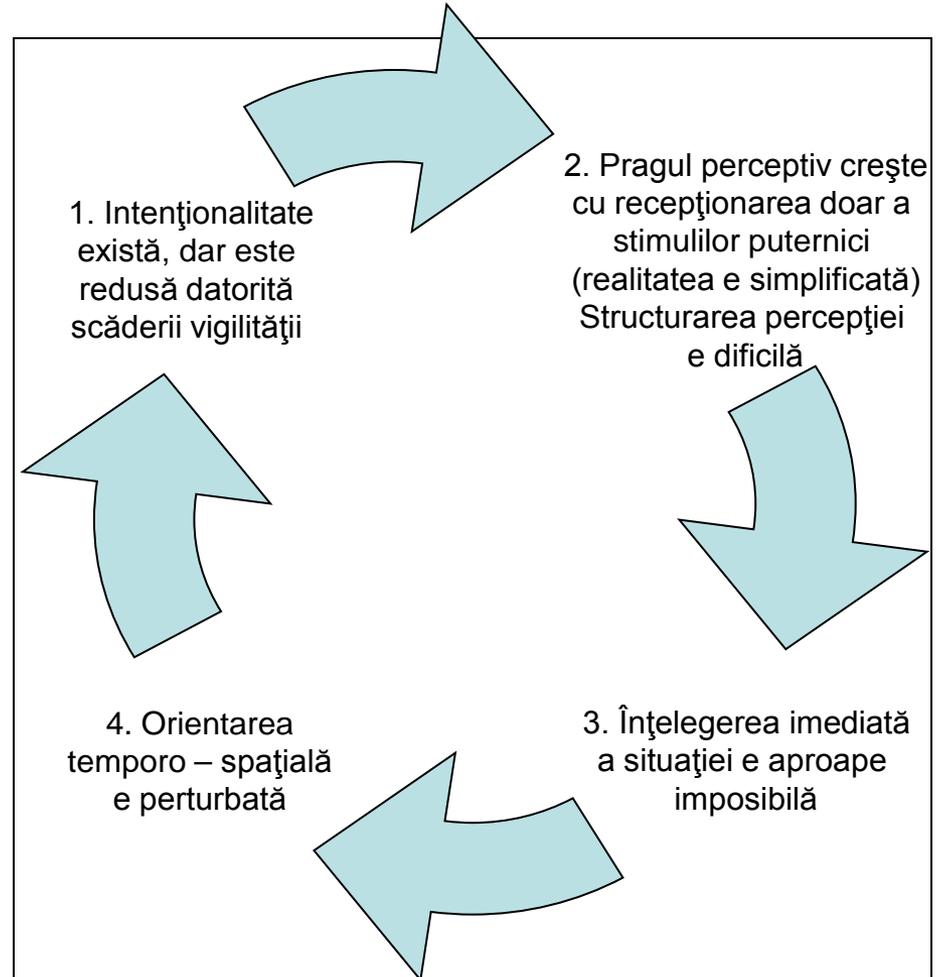
stare crepusculară

OBNUBILAREA

- Stare de scădere, “încețoșare”, “înnourare” a vigilității

Apare în

- normalitate
 - în starea hipnagogică
 - în starea hipnopompică
 - în starea de oboseală
- Patologie
 - Tulburări organice cerebrale (TCC, AVC, infecții SNC, tumori SNC)
 - Tulburări somatice (insuf. renală, hepatică, respiratorie)
 - Intoxicație cu alcool, droguri, medicație psihotropă



STAREA DE SOPOR

- Stare de somn profund
- Nu mai funcționează nici unul din attributele c.a.c
- Pacientul nu mai poate fi trezit decât de stimuli foarte puternici, pe durată foarte scurtă (secunde) după care recade
- Apare în:
 - Intoxicații cerebrale cu (alcool, alte droguri)
 - Afectare indirectă a creierului: insuficiențe somatice: renală, respiratorie, hepatică
 - Afectare directă a creierului: traumatisme, infecții, AVC, tumori

STAREA CREPUSCULARĂ

- Se caracterizează prin îngustarea c.a.c cu păstrarea automatismelor motorii (poate merge, poate urca în tren, coborî).
- Uneori pot apărea acte de violență extremă cu consecințe penale (crimă, distrugere de bunuri materiale)
- Caracter paroxistic și tranzitoriu (apare și se termină brusc)
- Amnezie lacunară (pentru episod) după episod, foarte rar există rezidii mnezice
- Cauze:
 - Epilepsia temporală
 - Beția patologică
 - Stările disociative ale c.a.c din
 - tulburarea conversiv-disociativă (crepuscul isteric) sau
 - reacția acută la stres

STAREA CREPUSCULARĂ

Beția patologică

- 2 condiții necesare: creier microlezional + cantități mici de alcool la care rezistă oricine, mai puțin cei cu creier microlezional
- Cauzele microleziunilor cerebrale:
 - TCC
 - Epilepsie
 - AVC
 - Stări post encefalită, meningo-encefalită
 - Tumori cerebrale
- Diagnostic diferențial cu beția simplă
- Diagnostic: EEG, proba de provocare
- Interzicerea consumului de alcool !

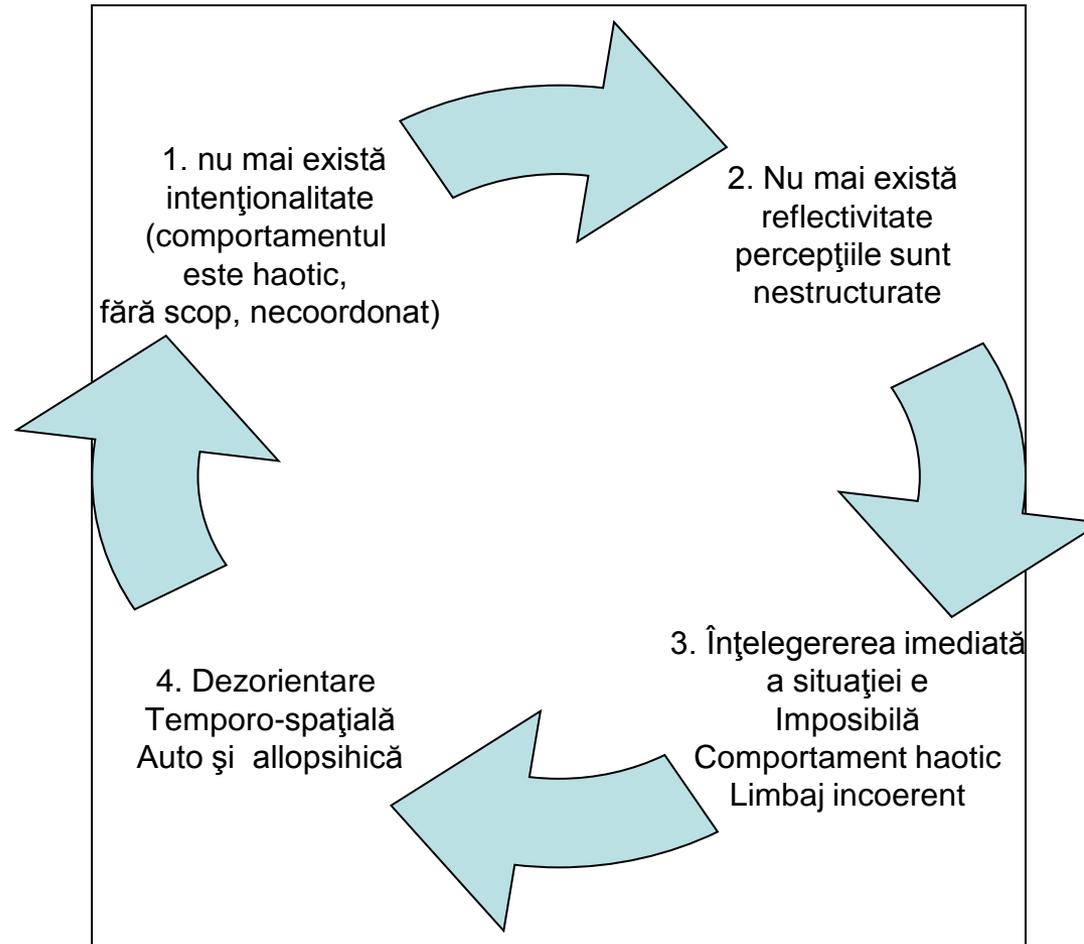
STAREA CREPUSCULARĂ

Crepusculul isteric

- Apare la personalitățile histrionice
- Brusc
- După o situație de frustrare
- Prezintă câteva repere din realitate
- După ieșirea din această stare, persoana se poate trezi într-o zonă unde nu a mai fost niciodată

STAREA CONFUZIONALĂ

- C.a.c este perturbat atât ca arie, cât și ca nivel de vigilitate,
- Debutul este brusc
- Evoluția este acută și tranzitorie (dacă se iau măsuri), fluctuantă (cu agravare vesperală)
- Absența intenționalității, atenția e grav afectată
- Percepția este nestructurată
- Înțelegerea imediată a situației este imposibilă
- Dezorientare temporo-spațială, allopsihică și pentru situația în care se află
- Viața psihică se desfășoară haotic, comportamentul este haotic)
- Posibile iluzii și halucinații vizuale și tactile zoomorfe în general micropsice asociate cu comportament motivat halucinator
- Uneori iluzii și halucinații vizuale macropsice: cai, vaci, draci) sau halucinații scenice terifiante ce provoacă anxietate uneori cu conținut profesional (stare confuz-onirică sau delirium)
- Hipomnezie, amnezie de fixare
- Memoria imediată (de lucru) este afectată: pacientul nu înțelege întrebările care îi sunt adresate, limbajul e incoerent
- Inhibiție sau agitație psiho-motorie
- Inversarea ritmului somn-veghe



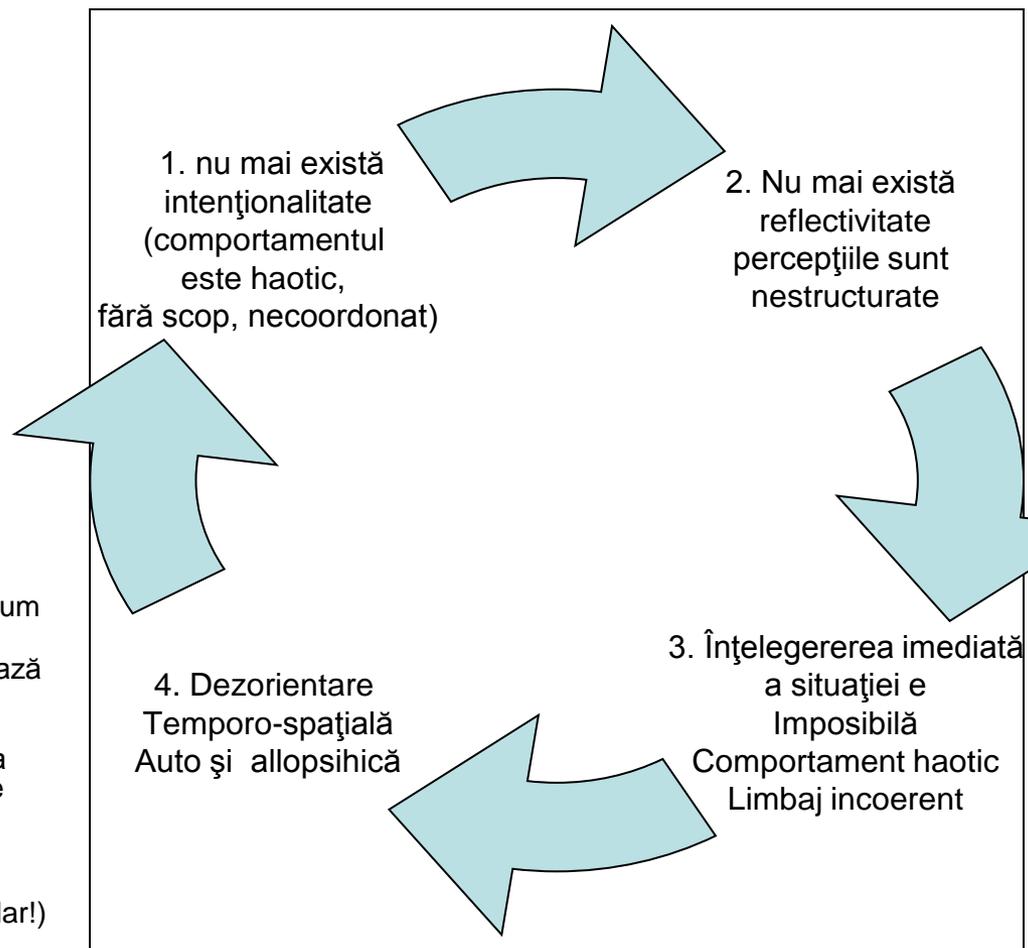
STAREA CONFUZIONALĂ

Cauze: Nu este o boală psihică ! Mai frecvent la copii și vârstnici

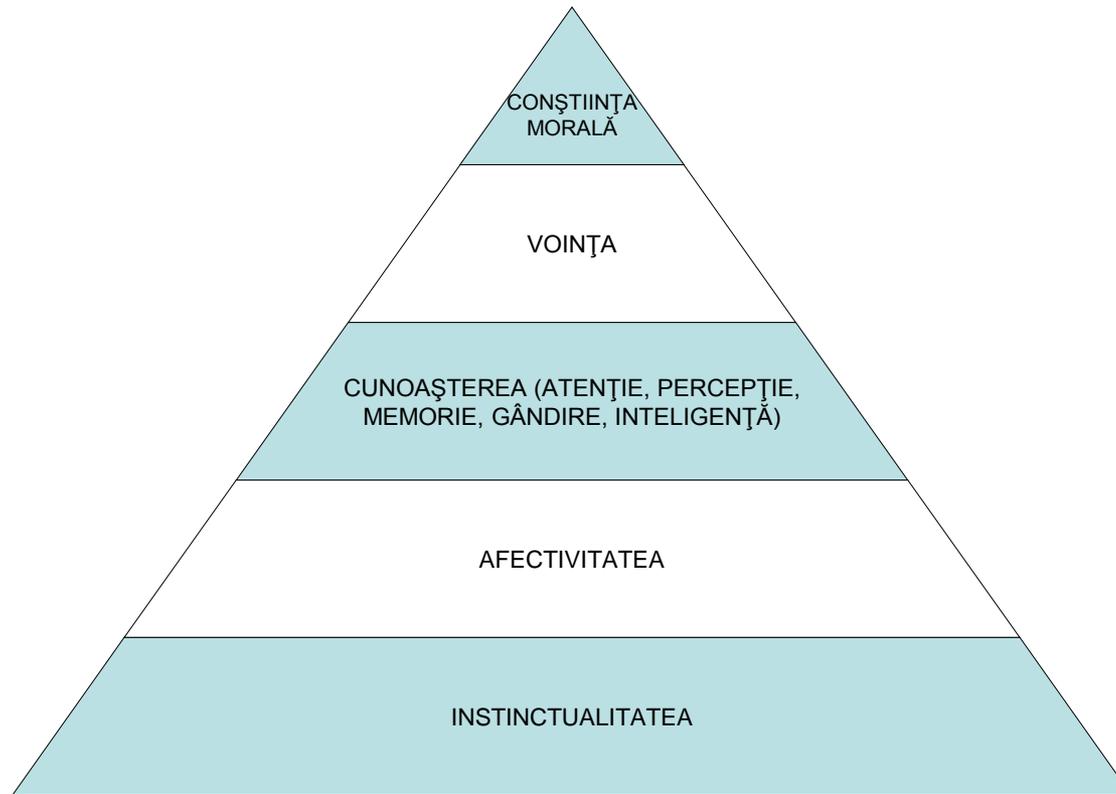
- Afectare directă a creierului
 - TCC
 - Tumori
 - AVC
 - Infecții
 - Epilepsie
- Afectare indirectă a creierului
 - Insuficiențe de organ: hepatică, renală, respiratorie
 - Deficit de vitamină B1
 - Hipoglicemie
 - Dezechilibre hidro-electrolitice
 - Febră mare
- Intoxicații sau sevraje: droguri, medicamente, toxice (delirium de intoxicație sau de sevraj)

Exemple:

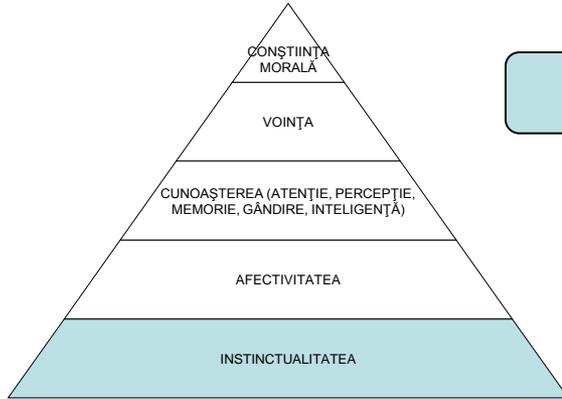
- Infecții severe (ale SNC sau septicemie): delirium infecțios
 - Febră mare (la copii): delirium febril ce evoluează în paralel cu febra (crește cu creșterea temperaturii, scade cu scăderea temperaturii)
 - Sevrajul alcoolic (starea confuzională apare la 24-48-72 ore de la întreruperea consumului de alcool la un alcoolic cu dependență biologică)
-
- A NU SE CONFUNDA CU DELIRUL (convingerea patologică fără substrat real, acesta apare pe c.a.c clar!)
 - la vârstnici A NU SE CONFUNDA CU DEMENTA (debut insidios, evoluție cronică progresivă). Uneori starea confuzională se poate suprapune peste o demență



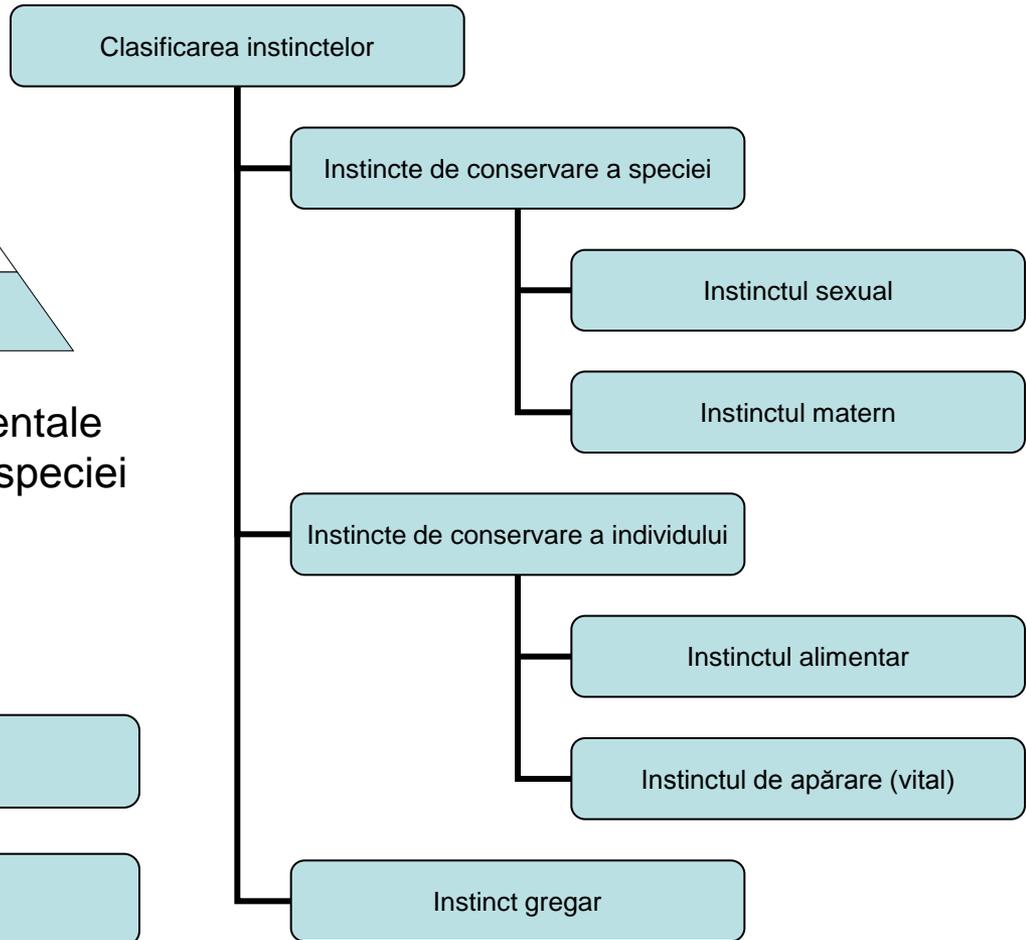
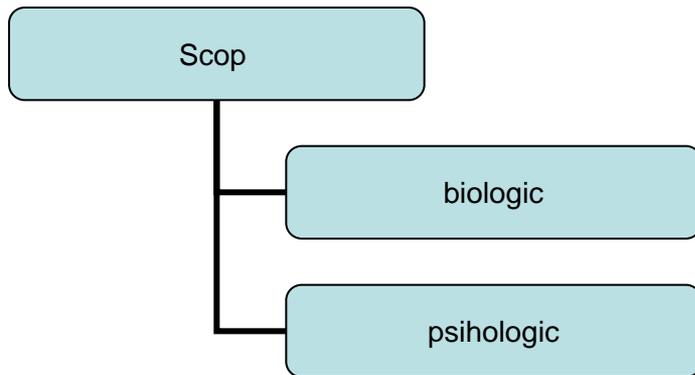
NIVELELE FUNCȚIONALE ALE PSIHISMULUI



NIVELUL INSTINCTIV

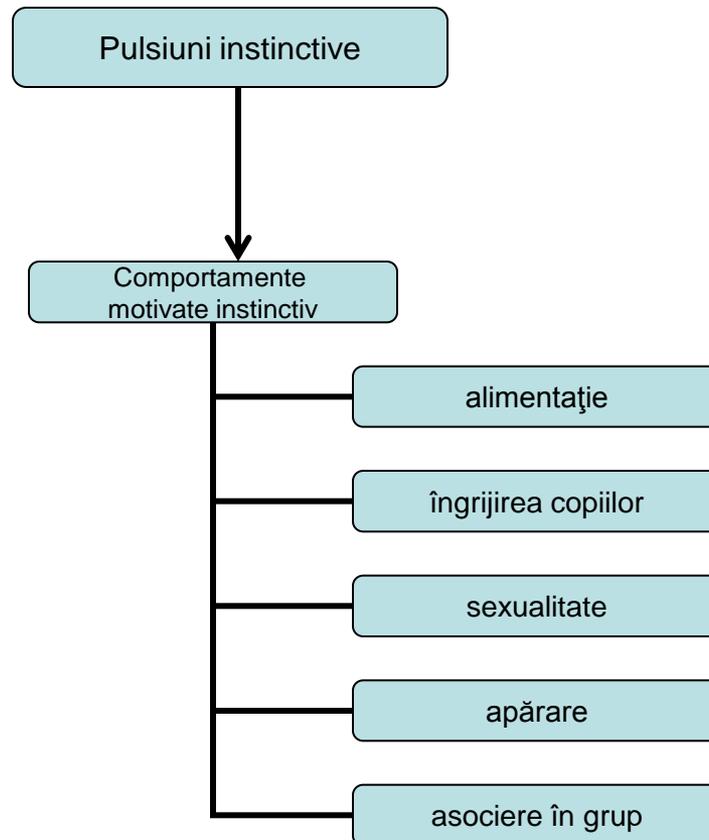


Instinctele: modele comportamentale
înnăscute ce servesc adaptării speciei



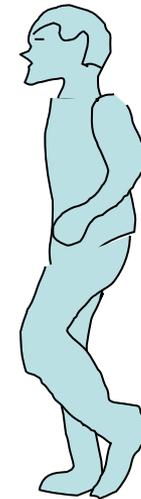
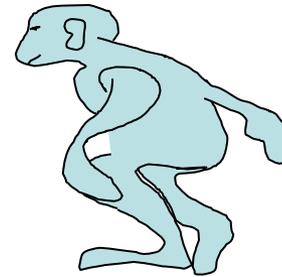
NIVELUL INSTINCTIV

- Pulsunile instinctive: tendințe generate la nivel instinctiv ce motivează comportamentul individului
- Sunt puternic încărcate energetic deoarece reprezintă imperative biologice
- Instinctele aparțin psihismului inconștient neconștientizabil.
- Omul nu-și poate conștientiza pulsunile instinctuale ci doar nevoia instinctuală (parazitantă, chinuitoare până când este satisfăcută complet)



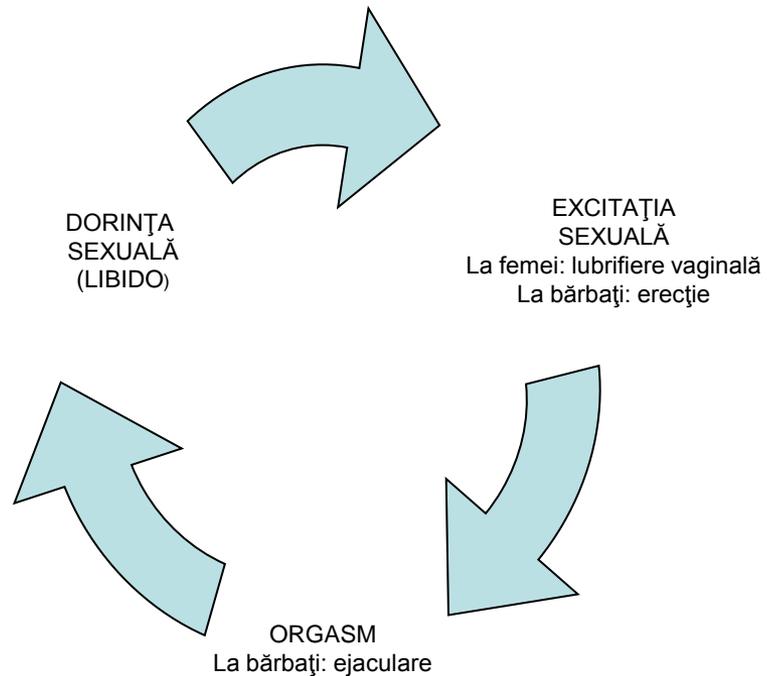
NIVELUL INSTINCTIV

- Caracteristic animalelor dar prezent și în psihismul uman (la om nivelul instinctual e mai puțin dezvoltat decât la animale)
- Instinctualitatea oferă omului un număr finit de soluții de adaptare la mediul ambiant. Este nevoie de intervenția intelectului pentru a elabora soluții noi la situații noi.

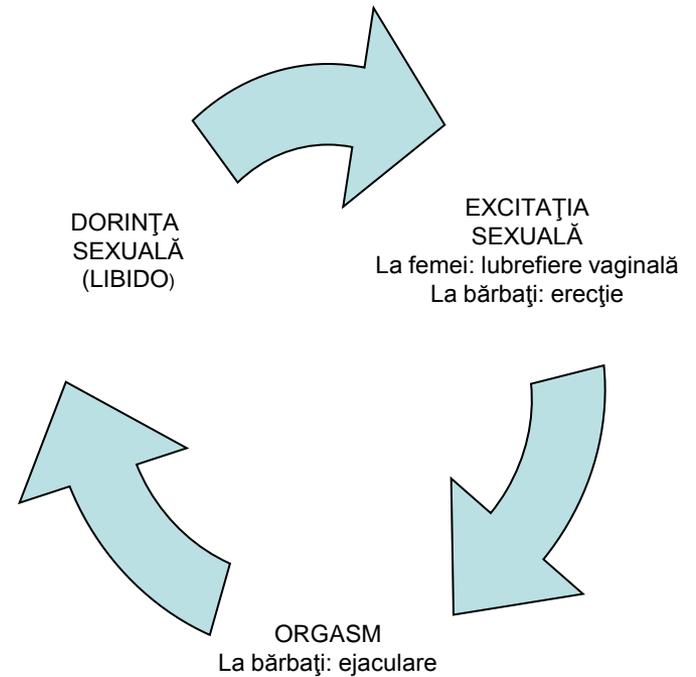
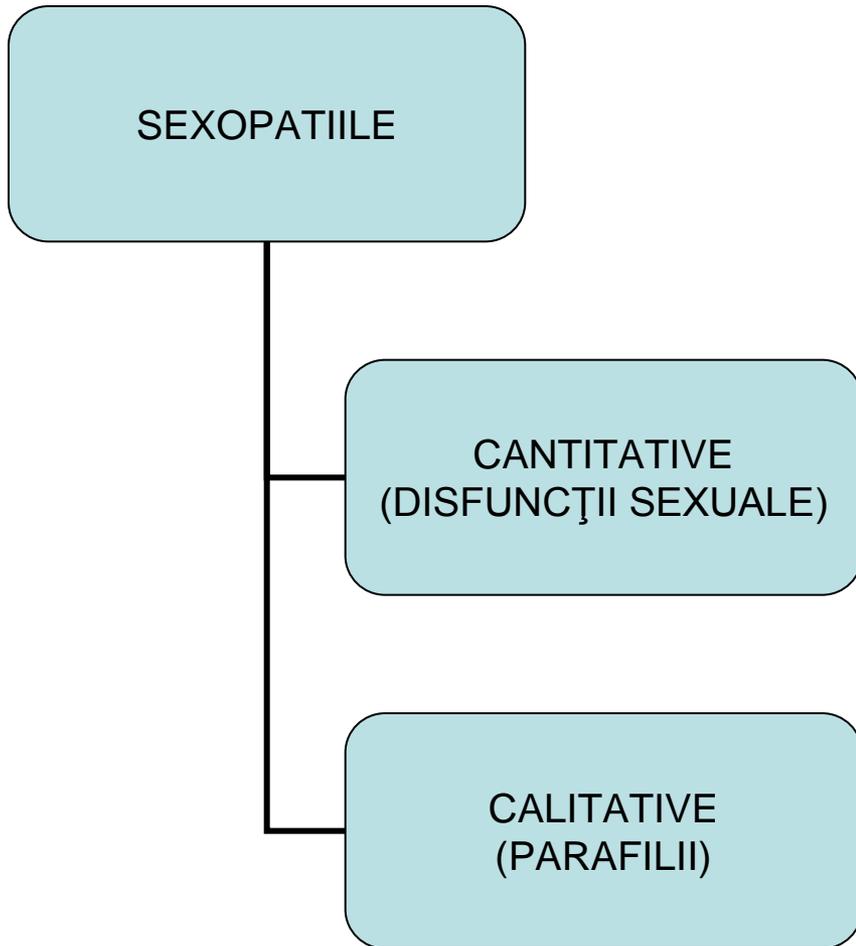


INSTINCTUL SEXUAL NORMAL

- Scopul biologic: perpetuarea speciei
Scopul psihologic: obținerea plăcerii (la om)
- Tot ce se abate de la normal este împotriva scopului biologic
- Contactul sexual normal: genito-genital cu un partener de sex opus



SEXOPATIILE



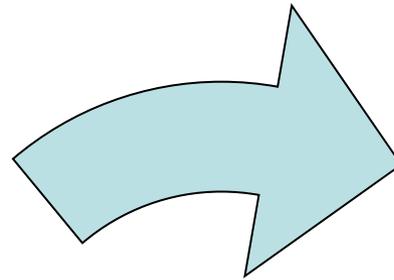
DISFUNCTIILE SEXUALE

Tulburări ale dorinței sexuale

- Scăderea dorinței sexuale
- Creșterea dorinței sexuale
- La bărbați: satiriazis
- La femei: nimfomanie

Alte cauze

- Scădere dorinței sexuale: depresie
 - Creșterea dorinței sexuale (manie)
- DORINȚA
SEXUALĂ
(LIBIDO)

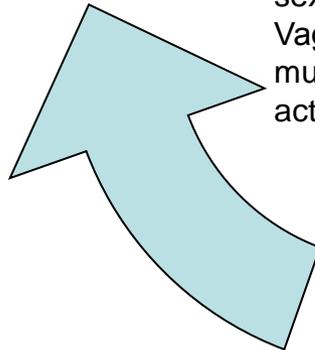


Tulburări de excitație sexuală

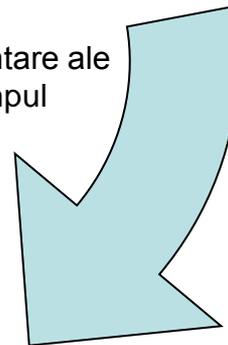
- La bărbați: disfuncție erectilă (impotență)
 - La femei: tulburări în a obține și menține excitația, lubrefiere insuficientă
- EXCITAȚIA
SEXUALĂ

Alte tipuri de disfuncție sexuală

- Dispareunie: durere în timpul actului sexual
- Vaginism: contracții involuntare ale musculaturii vaginale în timpul actului sexual



ORGASMUL



Tulburări ale orgasmului

- La bărbați: ejaculare precoce, ejaculare întârziată, durere la ejaculare
- La femei: disfuncție orgasmică

PARAFILIILE

Cu partener anormal:

- Subiectul însuși:
masturbație/onanism
 - până la un anumit punct normală
 - trăită cu un sentiment de culpabilitate
 - frecvent întâlnită în internate, închisori, cazărmi, unde există restricții ale unei activități sexuale normale
 - devine patologică când devine un scop în sine (omul nu mai caută partenerul opus practicând masturbarea ca unică modalitate de satisfacere a instinctului sexual, de ex tineri schizofreni)
- Persoană de același sex:
homosexualitate
 - **pederastie** la bărbați
 - **lesbianism** la femei
- Rudă gradul I: **incest**
- Partener nepotrivit ca vârstă:
pedofilie
gerontofilie
- Partener animal: **zoofilie**
- Obiect (statuie): **pygmalionism**
- Cadavru: **necrofilie**

Excitația sexuală e obținută în condiții neobișnuite:

- Prin expunerea organelor genitale în public:
 - **exhibiționism**
- Prin manipularea unor obiecte de îmbrăcăminte feminină:
 - **fetișism**
- Prin îmbrăcarea hainelor sexului opus:
 - **transvestism**
- Prin contemplarea scenelor sexuale:
 - **voyeurism**
- Prin chinuirea partenerului:
 - **sadism**
- Prin provocarea suferinței la subiect de către partener:
 - **mazochism**
- Prin frecarea de persoane străine în locuri publice:
 - **frotteurism**

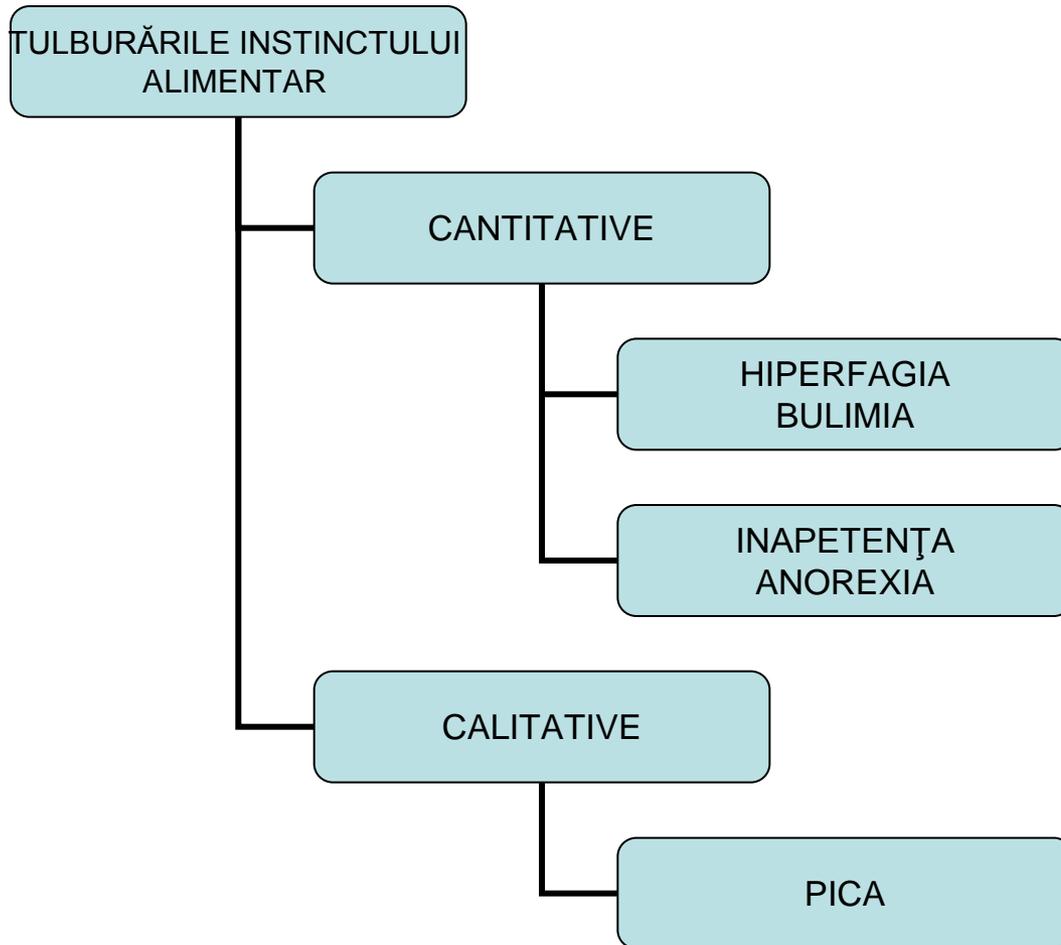
INSTINCTUL MATERN

- Scopul biologic: perpetuarea speciei
 - Apărarea copilului
 - Protejarea copilului toată viața
- La femeie instinctul matern dezvoltă treptat încă din timpul sarcinii dacă copilul este dorit
- La bărbat există un sentiment patern care se dezvoltă treptat

PERTURBAREA INSTINCTULUI MATERN

- Cel mai frecvent apare în condițiile unui copil nedorit
 - Copilul este în plus într-o familie
 - Copil cu tată necunoscut sau care refuză recunoașterea acestuia (la tinerele fete)
- cu rejectarea acestuia
- de la abandonarea copilului în maternitate, stradă, gunoi până la
 - pruncucidere

INSTINCTUL ALIMENTAR



ANOREXIA MENTALĂ A TINERELOR FETE (ANOREXIA NERVOSA)

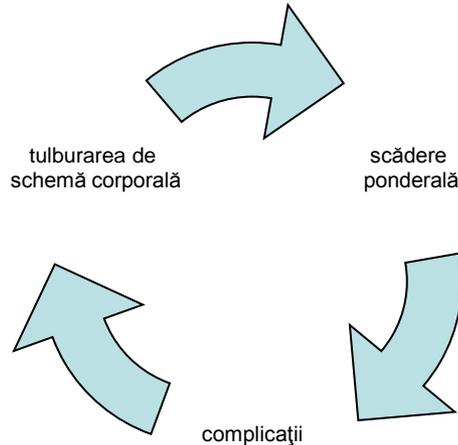
- Tulburare de schemă corporală: incapacitatea identificării cu propria schemă corporală
- Nu este o tulburare propriu-zisă a instinctului alimentar, anorexia apare în evoluția bolii
- **MOTIVAȚIA DE A SLĂBI ÎNVINGE INSTINCTUL ALIMENTAR**



- Debut: pubertate
- Mai frecventă la fete
- Factori favorizanți:
 - Genetici
 - Dezmierdări ale părinților
 - Glume răutăcioase legate de greutate
 - factori socio-culturali (moda “manechin”)
- Se poate asocia sau nu cu bulimia

ANOREXIA MENTALĂ A TINERELOR FETE (ANOREXIA NERVOSA)

- Sentimentul că este excesiv de grasă și anxietate că se va îngrășa în condițiile unei greutate normale sau reduse
- Deficit ponderal de peste 15% din greutatea ideală (20-30 kg)



- Restricție alimentară (dietă, calcularea caloriilor fiecărui aliment)
- Vărsături inițial provocate apoi spontane
- Exces de laxative, diuretice
- Exerciții fizice
- Utilizarea de substanțe catabolizante

- Alcaloză hipo Cl, Hipo K (risc de aritmii), hipotensiune
- Cariii, esofagită, leziuni gastrice
- Anemie, leucopenie
- Constipație
- Piele uscată, descuamată, galbenă, lanugo, osteoporoză
- Ochii înfundați în orbite
- Dezechilibre endocrine:
 - Scăderea T3 cu TSH N
 - Creșterea secreției de glucocorticoizi
 - Întârzierea ciclului menstrual sau AMENOREE cu infertilitate
 - Hipotermie, hipoglicemie
- Scăderea performanțelor cognitive

ANOREXIA MENTALĂ A TINERELOR FETE (ANOREXIA NERVOSA)

Dificitul ponderal
important este o
URGENȚĂ
MEDICALĂ (risc
de deces)

Rata mortalității până
la 20 %



sub 35 kg – INTERNARE ÎN
SPITAL

Tratament:

- Reechilibrare hidro-electrolitică
- Medicație: antidepresive (fluoxetină), neuroleptice (uneori convingerea că sunt prea grase atinge intensitate DELIRANTĂ)
- Psihoterapie: terapie comportamentală, familială

BULIMIA NERVOASĂ

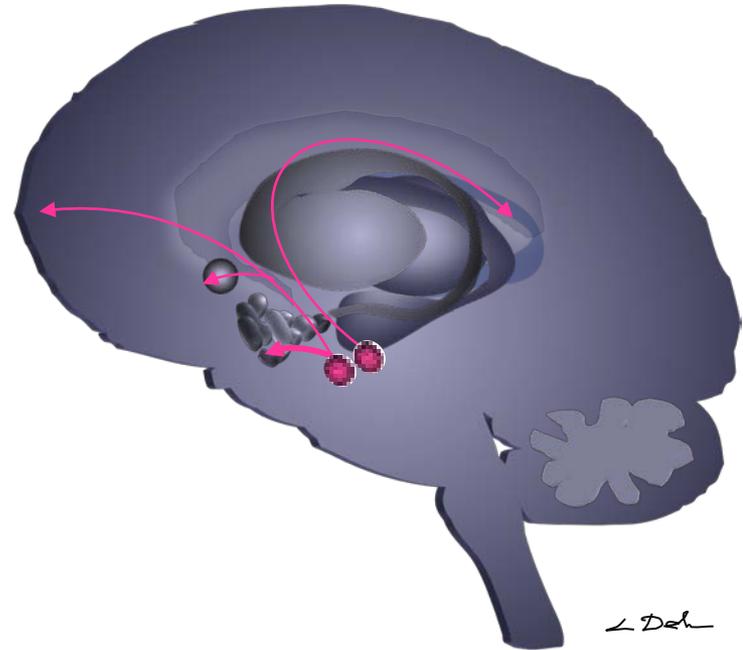
- Episoade recurente de consum impulsiv a unor cantități mari de alimente (în special dulciuri) într-un timp scurt (înfulecare) cu sentimentul pierderii controlului.
- Creștere ponderală consecutivă bulimiei
- Conduită de a corecta creșterea ponderală:
 - Provocare de vărsături (în timp acestea pot deveni spontane)
 - Recurgerea la purgative, diuretice
 - Exerciții fizice
 - Restricție alimentară (dietă)
 - Recurgerea la substanțe catabolizante

BULIMIA NERVOSA

- Cauze: disfuncția serotoninergică crește impulsivitatea
- Conștiința bolii este prezentă
- Comorbiditate:
 - Depresoa
 - Anorexia nervosa
 - Cleptomania (tulburare de control a impulsurilor)

Tratament:

- Antidepresive:
 - inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (SSRI = selective serotonin reuptake inhibitors)
 - antidepresive triciclice care inhibă predominant recaptarea serotoninei: clomipramina
- psihoterapie: cognitiv-comportamentală



TULBURĂRI CANTITATIVE ALE INSTINCTULUI ALIMENTAR

- Consumul alimentar excesiv: hiperfagie
 - Gravitate
 - Obiceiuri culturale sau familiale la persoanele obeze
 - Anxietate
 - Cauze organice: Sd. Kleine-Levin
 - Iatrogenie: unele antipsihotice, antidepresive sau timostabilizatoare
- Consumul alimentar excesiv și impulsiv: bulimie
 - În manie
 - În demența Pick
- Consumul excesiv de lichide: potomanie

Trebuie diferențiat de:

- diabetul zaharat
- diabetul insipid

TULBURĂRI CALITATIVE ALE INSTINCTULUI ALIMENTAR

ANOREXIA: Absența apetitului alimentar

- Se întâlnește:
 - Depresie
 - Anorexia nervosa (în evoluția bolii)
 - Consumul de substanțe anorexigene (amfetamine, cocaină)

TULBURĂRI CALITATIVE ALE INSTINCTULUI ALIMENTAR

PICA:

- ingerarea de substanțe necomestibile (pământ, cretă, haine)
- Se întâlnește:
 - Rar la unele femei doar în perioada de graviditate
 - În demență (formele avansate): persoana respectivă nu mai face distincția între comestibil și incomestibil
 - În retardul mental profund

INSTINCTUL VITAL

- Scopul biologic: apărarea vieții și integrității corporale
- Poate genera agresivitatea normală (de apărare) verbală sau comportamentală.
- Agresivitatea poate fi îndreptată:
 - împotriva propriei persoane (autoagresivitate) : automutilare, suicid
 - îndreptată împotriva altor persoane (heteroagresivitate)
- Agresivitatea poate fi:
 - Verbală (ironie, înjurătură, amenințare, jignire)
 - Comportamentală

AGRESIVITATEA



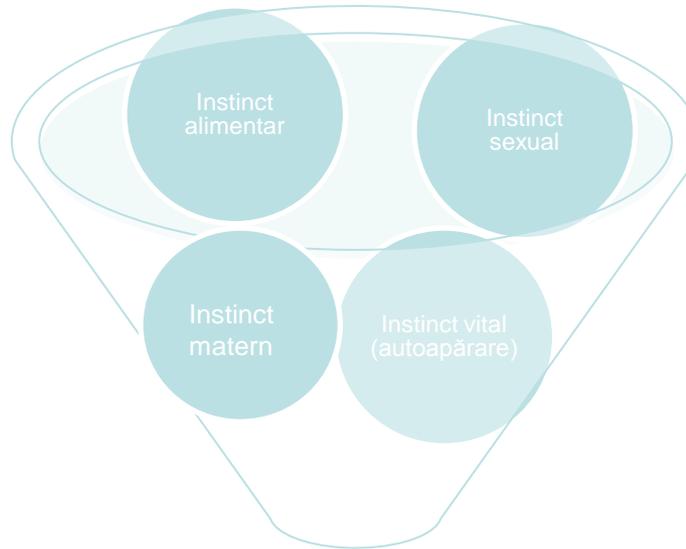
Luptă pentru teritoriu



Luptă pentru hrană



Protecția puilor



AGRESIVITATE



Rivalitate între masculi în vederea împerecherii



Împerechere mascul - femelă



Autoapărare

SUICIDUL

În NORMALITATE
(ținând cont de CONTEXTUL cultural , istoric)

Condiționat de o stare emoțională

Disperare (faliment)

Decepție (sentimentală)

Condiționat de raționamente obscure

Rușine

Asigurare de viață

Condiționat cultural

Hara-kiri

Sati

Condiționat de protest în public (autoincendiere, greva foamei)
la personalitățile patologice, parasuicid

Suicidul altruist

În context PATOLOGIC

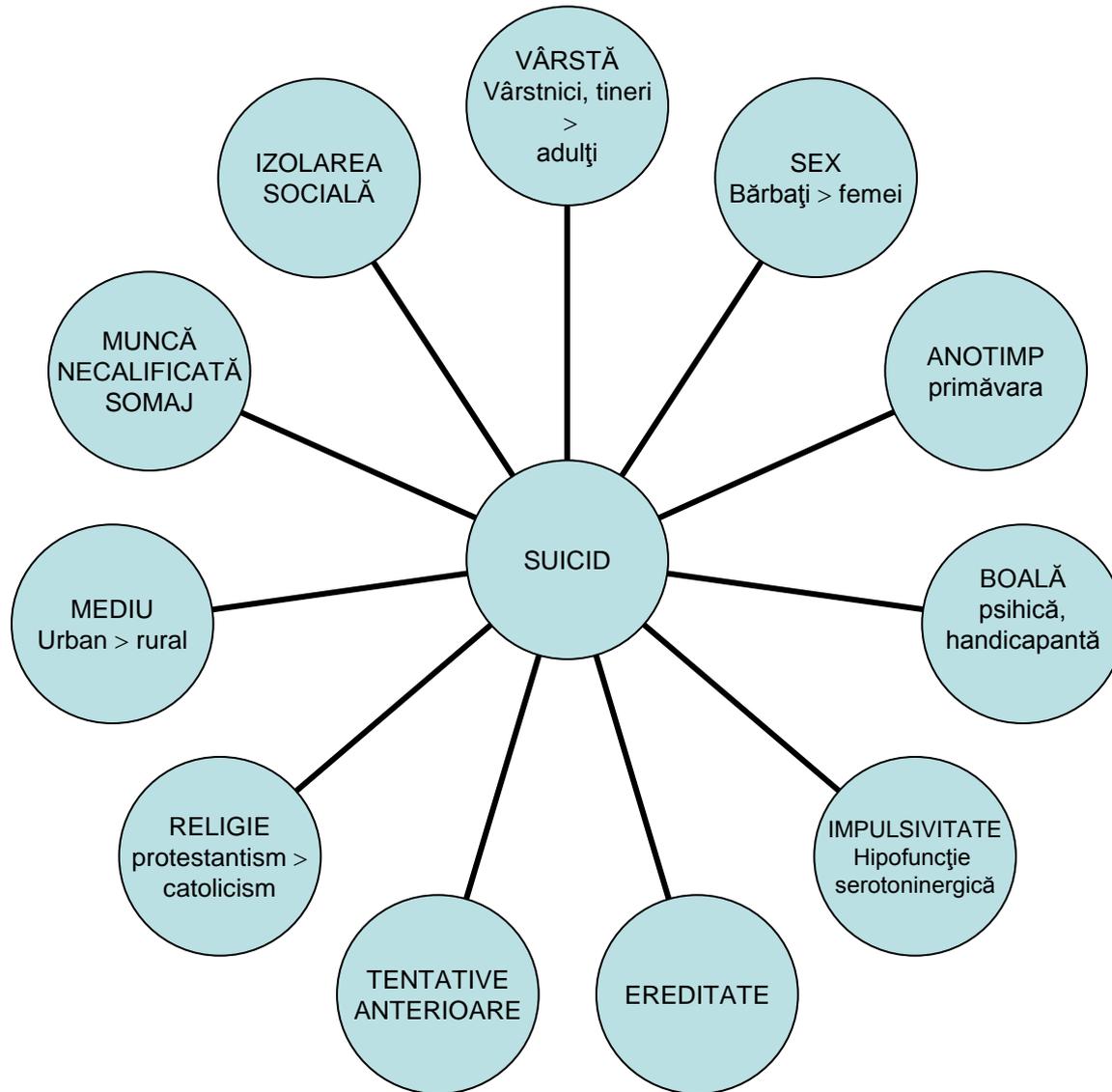
depresie

schizofrenie

psihoze halucinatorii

alcoolism

SUICIDUL: FACTORI DE RISC



SUICIDUL ÎN DEPRESIE

Context: depresia produce o perturbare a valorilor pentru individ (se pot sustrage suicidului doar acele persoane foarte credincioase)

De ex: prevalența suicidului e mai mică la populația sudică catolică decât la populația nordică protestantă

Factori favorizanți:

Dispare teama de moarte

Depresia e foarte mare

Inhibiția e foarte mică

(are energia de a trece la act)

În STUPORUL DEPRESIV există risc vital

- în timpul stuporului (prin refuz alimentar)
- când se ameliorează există risc suicidar

Caracteristicile suicidului

1. există intenția reală de a muri
2. este planificat, se iau măsuri pentru a reuși
3. este aleasă o metodă sigură, violentă:
 - Spânzurare
 - Împușcare
 - Aruncare de la înălțime
 - Aruncarea în fața unui tren, mașină
 - Ingestie de medicamente cu potențial letal în cantități mari
 - Veneseecție
4. Momentul ales: când este singur și mai ales noaptea (depresia e maximă)
5. Nu lasă scrisori sau lasă scrisori în care preia asupra sa responsabilitatea actului suicidar

SUICIDUL

- ÎN SCHIZOFRENIE
 - Suicidul împrumută caracterul bizar al bolii
 - Intenția suicidară poate să dispară brusc
- ÎN PSIHOZE CU HALUCINAȚII AUDITIVE
 - Halucinațiile dictează pacientului să se omoare
- ÎN ALCOOLISMUL CRONIC
 - Are ca și complicație depresia și secundar acesteia, riscul suicidar

PARASUICIDUL

- Parasuicidul = Intenția de a mima suicidul cu scopul de a-i impresiona pe cei din jur
- Frecvent la personalitățile histrionice
- Poate fi repetat
- Uneori, din întâmplare individul poate deceda

Caracteristici:

1. Nu există intenția reală de a muri
2. Actul e făcut demonstrativ, în public, când familia e reunită
3. Actul este deseori impulsiv, neplanificat
4. Alege o metodă mai puțin violentă și mai puțin sigură:
 - Ingestie de substanțe, medicamente: triferment, aspirină, nifedipină
 - Crestarea tegumentelor în dreptul venelor
5. Lasă scrisori lacrimogene în care individul se plasează în rolul de victimă a neînțelegerii celor din jur, responsabilitatea este aruncată asupra celorlalți cu scopul de a-i pedepsi

AUTOMUTILAREA

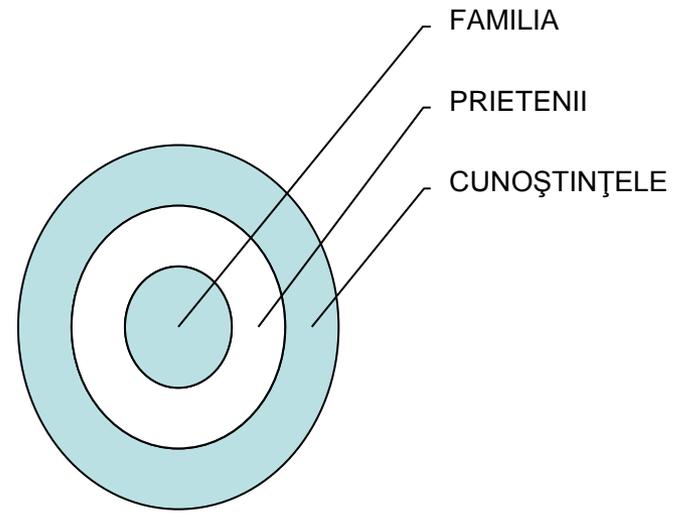
- Este un tip de autoagresivitate ce vizează integritatea corporală
- Apare la
 - bolnavii schizofreni ce prezintă tulburări de schemă corporală
 - personalitățile dizarmonice:
 - histrionice pentru a impresiona: înghițire de obiecte ascuțite în mod repetat în penitenciare având ca beneficiu secundar impresionarea celor din jur și evitarea privării de libertate (transfer în secțiile de chirurgie)
 - Instabil-emoționale (borderline): creștere impulsivă și superficială cu lame, cuțite ducând la cicatrici multiple mai ales pe membrul nondominant

AGRESIVITATEA PATOLOGICĂ

- Scop: obținerea unor beneficii
 - La indivizii impulsivi cu toleranță scăzută la frustrare
 - La bolnavi psihotici care nu au conștiința bolii:
 - maniacali
 - schizofreni
 - În stări de intoxicație (de ex: alcoolică)
 - La epileptici
 - La psihopații sociopați (care ridiculizează normele morale și fac rău de dragul răului)
- ! La persoanele educate agresivitatea se manifestă mai ales în plan verbal (sub forma ironiilor)

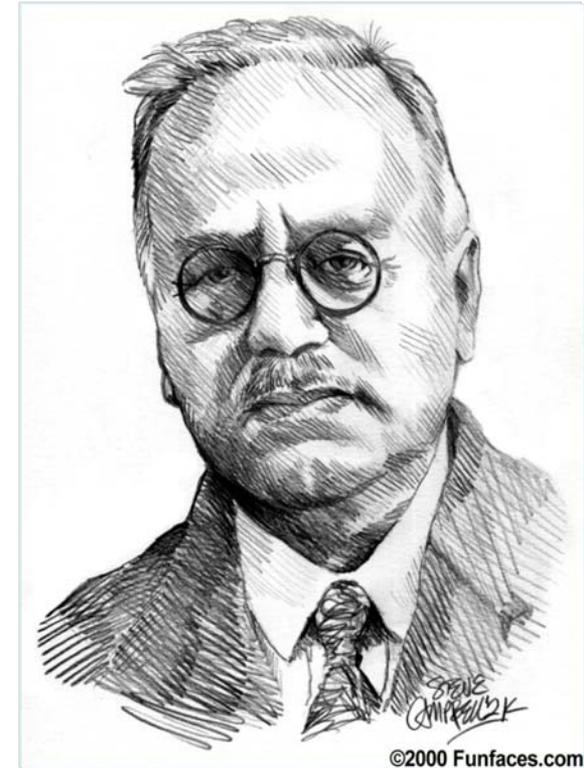
INSTINCTUL GREGAR

- Se referă la asocierea la un grup:
 - Microgrupul familial
 - Grupul prietenilor, vecinilorRealizând rețeaua de suport social
- Dinamica grupului
 - Apariția unui leader care:
 - luptă pentru obținerea acestei poziții
 - apără partenerul, progeniturile
 - luptă pentru un teritoriu



IMPORTANȚA GRUPULUI PENTRU FIINȚA UMANĂ

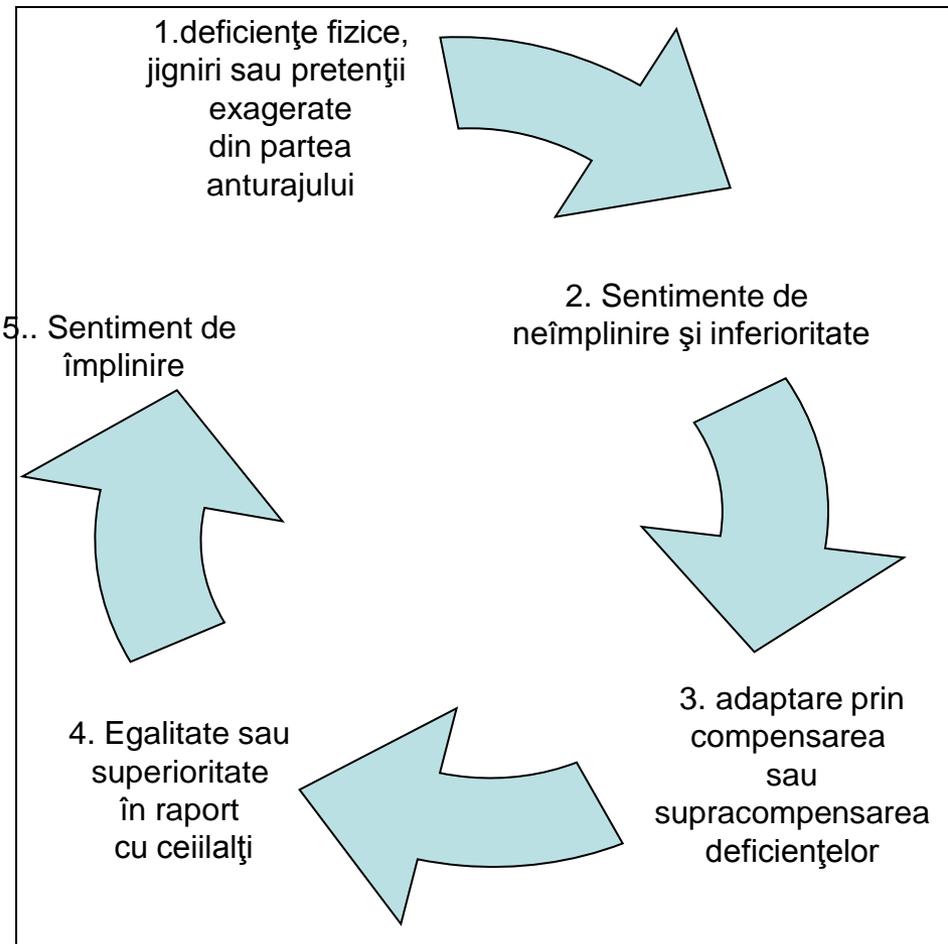
- Socializarea ca imperativ în lupta pentru supraviețuire: omul nu este îndeajuns de puternic ca să poată trăi singur, nu e capabil singur să opună rezistență naturii
- Omul față de alte animale are o INFERIORITATE CONSTITUTIVĂ (conștientizată ca un sentiment de NEÎMPLINIRE și INSECURITATE) care acționează ca stimulent permanent în direcția adaptării la viață
- Copilul are un sentiment înnăscut de comuniune socială



Alfred Adler (1870 - 1937)

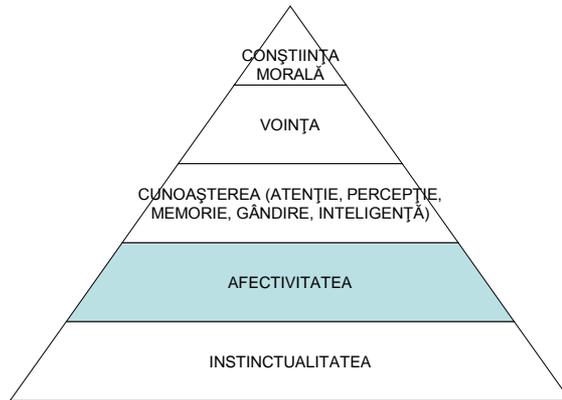
INDIVIDUL ÎN SOCIETATE

- Dezvoltarea psihică a copilului e puternic influențată de raporturile cu societatea
- Două modalități de adaptare:
 - Atragerea solitudinii celorlalți prin manifestarea ostentativă a slăbiciunilor individuale
 - Luptă pentru depășirea slăbiciunilor individuale (compensare sau supracompensare)



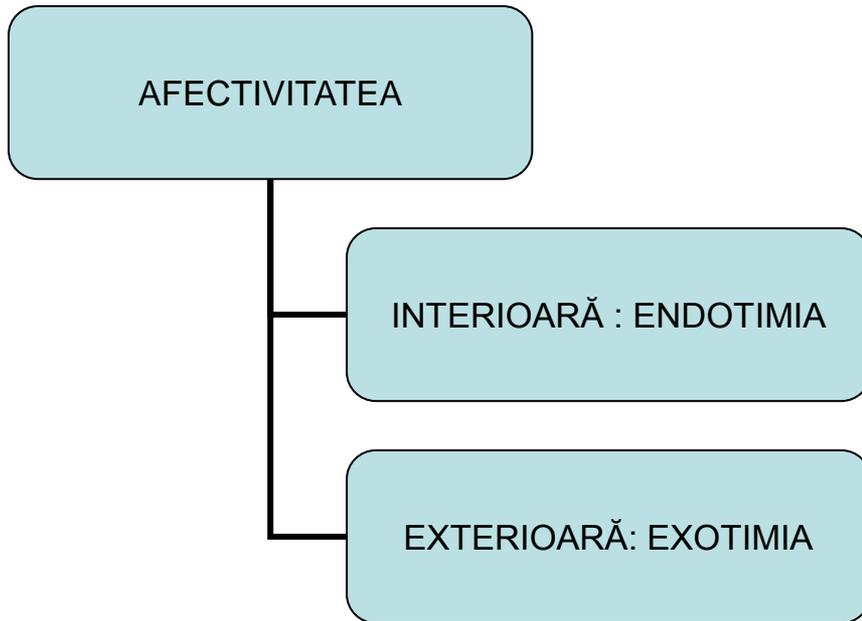
NIVELUL AFECTIV

CARACTERISTICI:



- Present la om și la animale
- Aparține psihismului conștient (ne conștientizăm trăirile afective)
- Nivel energetic puternic dar mai slab decât cel instinctiv
- Nivel al subiectivității (afectivitatea este subiectivă, rațiunea e obiectivă)
- Trăirile afective sunt polare:
 - plăcere neplăcere,
 - dragoste – ură,
 - veselie – tristețedar există și trăiri neutre (indiferență)

AFECTIVITATEA (TIMIA)



ENDOTIMIA = dispoziția afectivă de fond

Nu e condiționată de factorii exteriori

Oscilează între poli opuși:

bună dispoziție – proastă dispoziție

Există o ciclicitate (de-a lungul unei zile, mai multor zile, sezonieră - bună dispoziție vara, proastă dispoziție toamna – CICLOTIMIE)

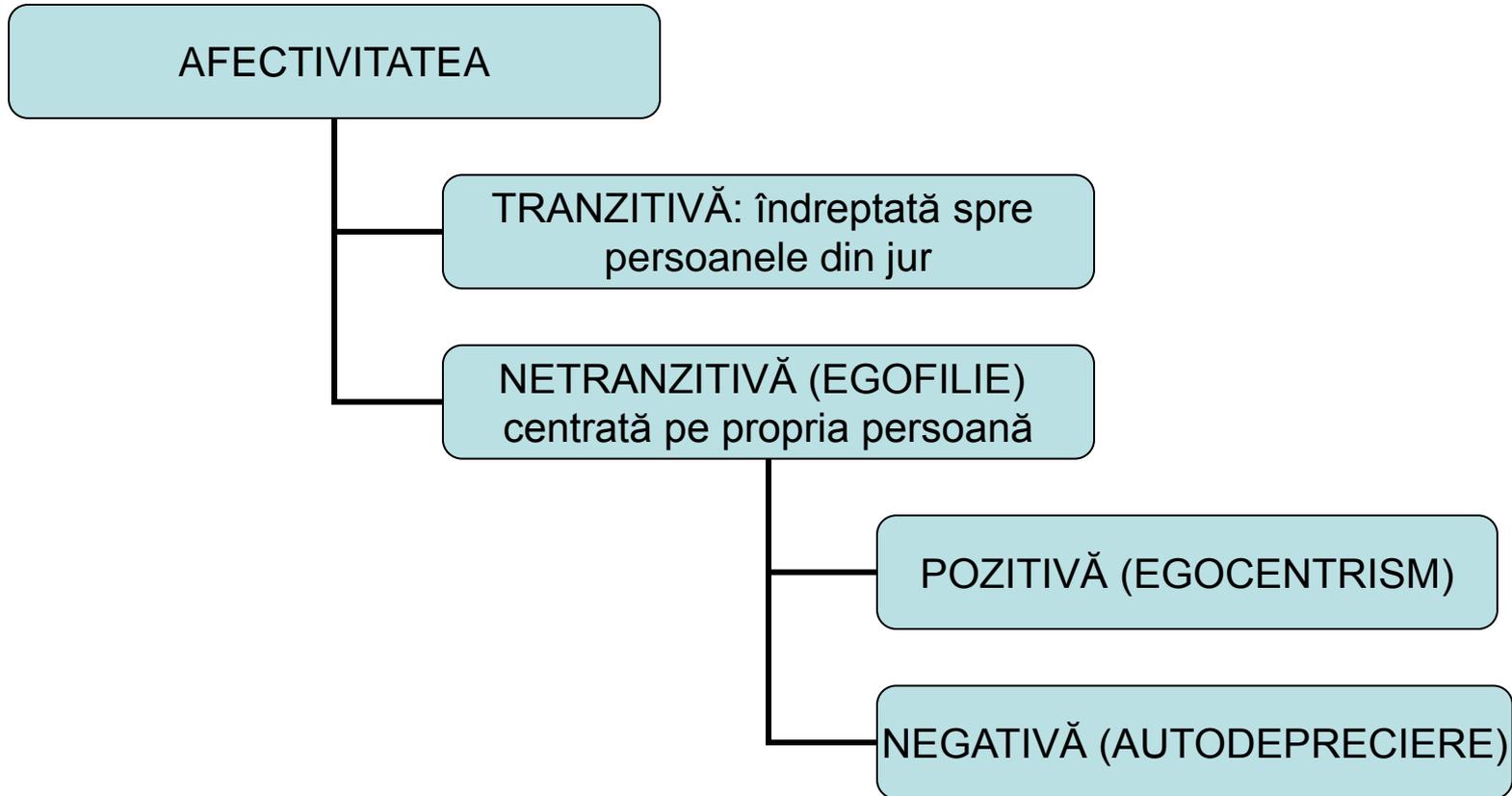
EXOTIMIA = reacțiile afective

Este condiționată de endotimie

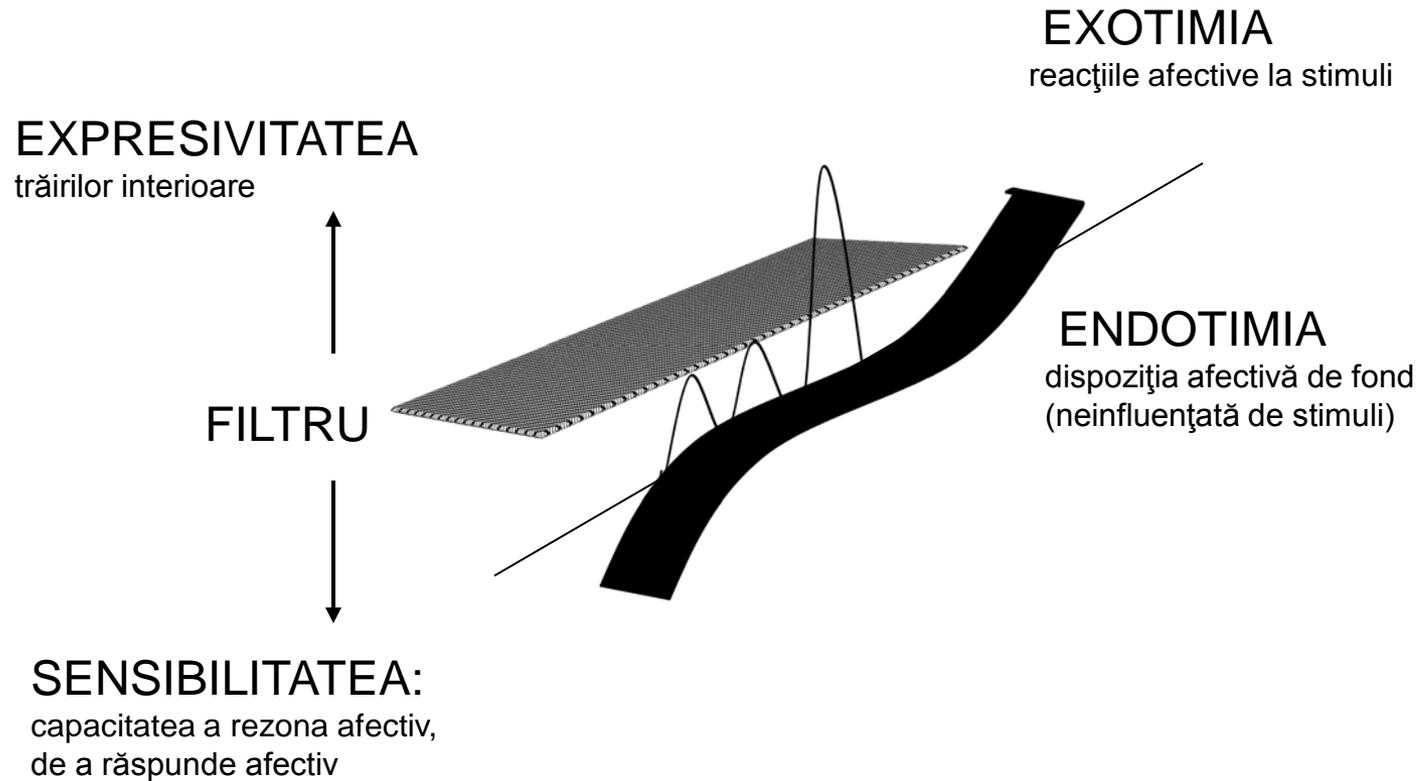
Reacțiile afective sunt:

- Bazale: plăcere-neplăcere
- Comune: tristețe, veselie, frică, furie
- Existențiale: disperare-extaz
- Morale: vinovăție, empatie
- Tranzitive: iubire-ură, stimă-dispreț
- Intransitive: iubire excesivă de sine- autodeprecieri, mândrie-rușine

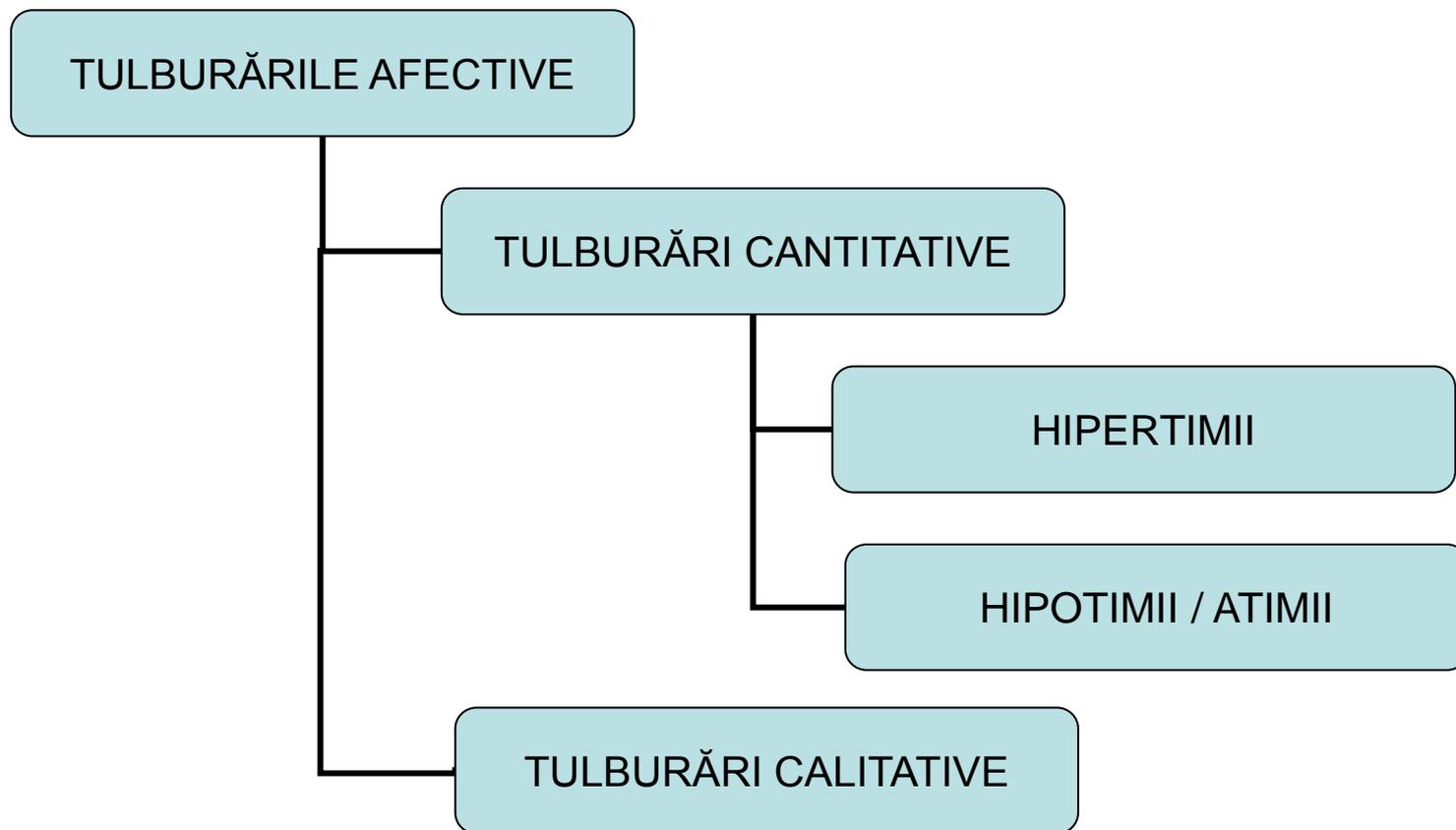
AFECTIVITATEA (TIMIA)



AFECTIVITATEA



TULBURĂRILE AFECTIVE: CLASIFICARE



HIPERTIMIILE

- EMOȚIA

- Trăire afectivă intensă
- Declanșată brusc
- Durată scurtă
- Determinată de un factor exterior (examen, vorbitul în public, etc.)
- Însoțită de REACȚII VEGETATIVE: înroșire, tremurături, micțiuni imperioase, debacluri diareice

- AFECTUL

- Trăire afectivă foarte intensă de FURIE
- Declanșată de o persoană înalt semnificativă pentru individ (răutatea care vine de la un prieten)
- Lasă urme adânci

HIPERTIMIILE

- **SENTIMENTUL**

- Debut treptat sau acut
- La început foarte intens, consumptiv (însoțit de insomnie, scădere în greutate)
- Intensitatea scade treptat (ex. anul de doliu)
- Poate fi controlat rațional
- Poate fi îndreptat spre o persoană sau poate avea conținut abstract (patriotism, știință, diverse hobby-uri)

- **PASIUNEA**

- Spre deosebire de sentiment nu poate fi controlată rațional

ATACUL DE PANICĂ
AFECTUL PATOLOGIC
INVERSIUNE AFECTIVĂ
AMBIVALENȚĂ AFECTIVĂ

EMOTIVITATEA
RĂCEALĂ AFECTIVĂ

EXOTIMIA reacțiile
afective la stimuli

EXPRESIVITATEA
trăirilor interioare

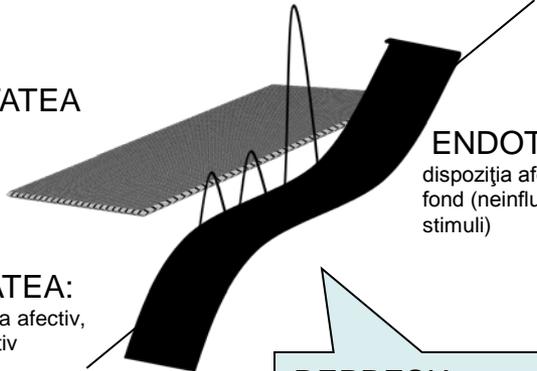
FILTRU

ENDOTIMIA
dispoziția afectivă de
fond (neinfluențată de
stimuli)

SENSIBILITATEA:
capacitatea a rezona afectiv,
de a răspunde afectiv

LABILITATEA EMOȚIONALĂ
ANESTEZIE AFECTIVĂ

DEPRESIA
DISFORIA
MANIA
CICLOTIMIA
ANXIETATEA



HIPERTIMIILE

- HIPEREMOTIVITATEA
 - hipersensibilitate + hiperreactivitate afectivă (intensitatea reacției afective este excesivă față de intensitatea stimulului declanșant)
 - Apare
 - ca trăsătură de personalitate (la personalitățile histrionice)
 - În manie
- AFECTUL PATOLOGIC :
 - Trăire foarte intensă, în special conflictuală
 - Individul nu este conștient de ceea ce face și nu calculează consecințele actelor sale.
 - de ex: act cu caracter penal (distrugerii, crimă)

HIPERTIMIILE

- Ciclotimia se caracterizează prin cicluri mai lungi decât în normalitate, alcătuite din perioade hipomaniacale și subdepresive care alternează
- Disforia reprezintă o proastă dispoziție iritabilă
- Iritabilitatea reprezintă susceptibilitatea exagerată la reacții explozive (de furie) disproporționate față de intensitatea stimulilor, ce apar pe un fond de calm aparent

HIPERTIMIILE

- Depresia
 - Echivalentul patologic al tristeții normale, dar calitativ diferită de aceasta (tristețea este patologică prin intensitate, durată, mod de apariție și reactivitate)
 - Trăire sumbră, dezagreabilă
 - Pentru individ este o senzație percepută ca o durere profundă, intensă, “morală”- totul își pierde valoarea: viața, persoana (sentimente de autodeprecieri: incapacitate, inutilitate, culpabilitate)
 - Individul resimte incapacitatea de a face planuri de viitor (și-a pierdut speranța)
 - Prezentul nu mai oferă nici o bucurie
 - Atracție pentru trecutul dureros care provoacă culpabilitate

HIPERTIMIILE

- Mania
 - Echivalentul patologic al veseliei, dar calitativ diferită de aceasta (veselie patologică prin intensitate, durată, mod de apariție și reactivitate)
 - Individul
 - trăiește într-o sărbătoare continuă (persoana are tendința de a cânta, dansa)
 - își hipervalorizează propria persoană (persoana se simte inteligentă și frumoasă)
 - își face multiple planuri de viitor fără nici o legătură cu realitatea, are un optimism debordant
 - Fericirea debordantă poate deveni deranjantă pentru ceilalți

HIPERTIMIILE

- ANXIETATEA
 - Frică nejustificată (fără obiect)
 - Presentimentul unui pericol iminent care însă nu poate fi precizat + stare de așteptare tensionată
 - Apare în
 - Tulburarea anxietății generalizate
 - Tulburarea de stres posttraumatic
- ATACUL DE PANICĂ (CRIZA DE ANGOASĂ)
 - Frică intensă, paroxistică tematizată: frică de moarte iminentă + simptome vegetative
 - Apare în:
 - Tulburarea de panică
 - Tulburările fobice
 - Reacția acută la stres

HIPERTIMIILE

- FOBIA
 - Frică patologică cu obiect (obiect sau situație fobogenă)
 - Este patologică deoarece este excesivă față de gradul de pericolozitate al obiectului sau situației fobogen
 - Caracterul său irațional este recunoscut de persoana fobică dar aceasta nu-și poate controla frica
 - Apare în
 - Tulburările anxios-fobice
 - Tulburarea obsesiv-compulsivă (fobiile obsesive de contaminare cu microbi sau de boală)

HIPOTIMIILE ȘI ATIMIILE

- TOCIRE AFECTIVĂ/ ATIMHORMIE
 - Lipsa capacității de reacție afectivă
 - Însoțită de inerție, lipsa voinței, inactivitate
 - Dă sentimentul că individul a pierdut și în plan intelectual
 - Apare în forma simplă a schizofreniei (cu simptome negative) – dementia praecox
 - Este un defect greu reversibil

HIPOTIMIILE ȘI ATIMIILE

- ANESTEZIA AFECTIVĂ /ANHEDONIA
 - incapacitatea de a se mai bucura de lucruri care anterior produceau plăcere
 - apare în depresia de intensitate foarte mare
 - anestezia afectivă + autodevalorizarea explică decizia unor pacienți depresivi de a-și lua viața

TRĂIRILE AFECTIVE CALITATIVE:

- LABILITATEA EMOȚIONALĂ
 - Trecerea rapidă dintr-o stare emoțională într-una opusă (tristețe - bucurie)
 - Se poate accentua odată cu îmbătrânirea
 - Se întâlnește
 - ca trăsătură de personalitate (la personalitățile histrionice)
 - în patologia nevrotică
 - în manie ≠ virajul depresiv

TRĂIRILE AFECTIVE CALITATIVE:

- **AMBIVALENȚA AFECTIVĂ**
 - Prezența în același timp la aceeași persoană a două sentimente/reacții afective contrare
 - Se întâlnește în schizofrenie
- **INVERSIUNEA AFECTIVĂ**
 - Inversarea sentimentului de dragoste în ură și dispreț față de persoanele iubite (părinți, copii, partener de viață)
 - Se întâlnește în schizofrenie

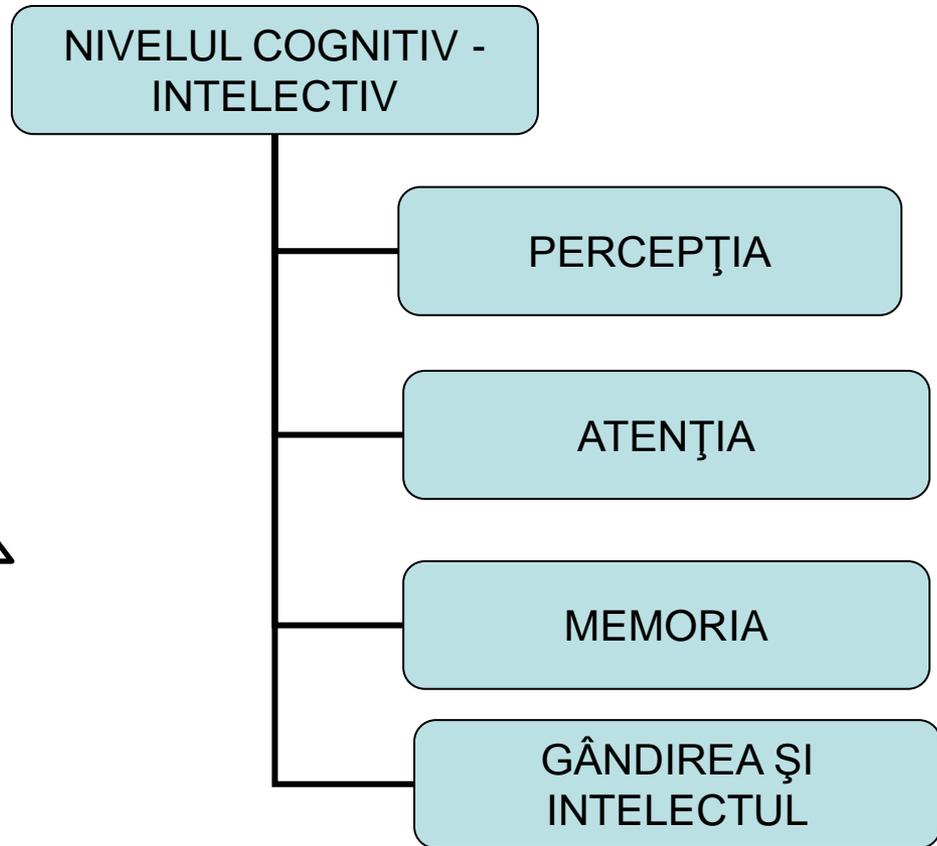
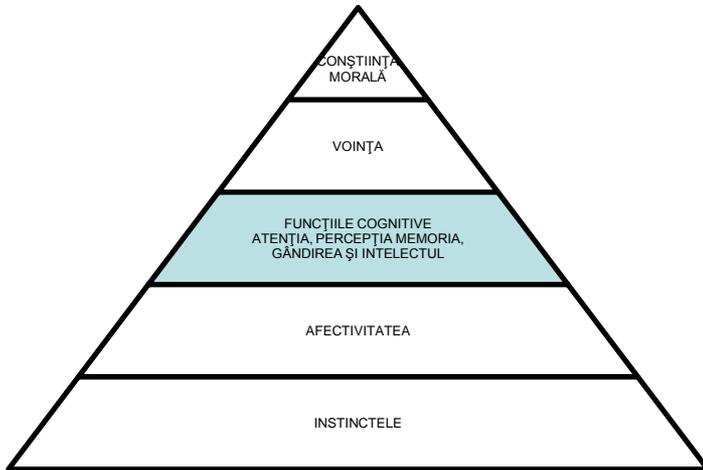
TRĂIRILE AFECTIVE CALITATIVE:

- INCONGRUENȚA (DISCORDANȚA) AFECTIVĂ
 - Răspuns afectiv inadecvat în raport cu situația în care se află persoana sau cu natura stimulilor (râde când primește o veste tristă)
 - Se întâlnește în schizofrenie

TRĂIRILE AFECTIVE CALITATIVE

- **RĂCEALA AFECTIVĂ:** controlul strict al manifestărilor reacțiilor afective dând impresia de indiferență afectivă
 - Apare la personalitățile anankaste și schizoide
- **INDIFERENȚA AFECTIVĂ:** incapacitatea de a resimți milă, compasiune față de o persoană aflată în suferință. Uneori termenul de răceală este folosit pentru a exprima indiferența afectivă
 - Apare la personalitățile disociale/antisociale

NIVELUL COGNITIV

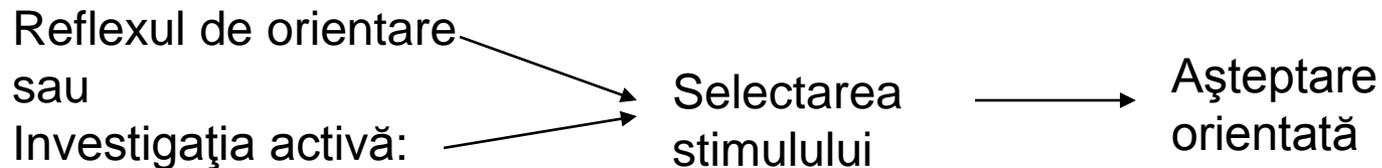


CUNOAȘTEREA

- nu reprezintă o reflectare a realității obiective
- doar STRUCTUREAZĂ, ORGANIZEAZĂ experiența umană
- Dacă este PERTINENTĂ (rezistă probei experienței și permite predicția), reprezintă un INSTRUMENT util în adaptarea la REALITATE (alături de inteligență)

ATENȚIA (PROSEXIA)

- Funcție care orientează (dirijează) și focalizează (concentrează) psihismul conștient înspre un anumit sector al realității (intenționalitate)
- Este influențată de afectivitate



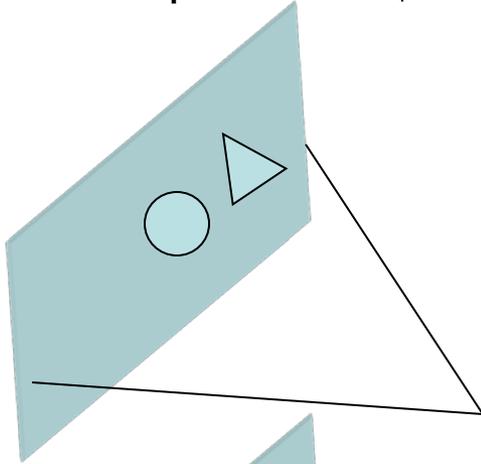
ATRIBUTELE ATENȚIEI

- **CONCENTRAREA:** atenția se focalizează pe un anumit stimul (obiect) crescând eficacitatea percepției
 - se poate realiza fără efort (datorită curiozității, interesului)
 - poate necesita un efort al voinței
- **DISPERSIA:** aria de atenție superficială din jurul focarului de concentrare a atenției, în care obiectele sunt percepute mai puțin clar
- **PERSISTENȚA:** capacitatea de a menține atenția la un nivel optim de concentrare
- **MOBILITATEA:** capacitatea de a comuta atenția pe un alt obiect când necesitatea o impune.

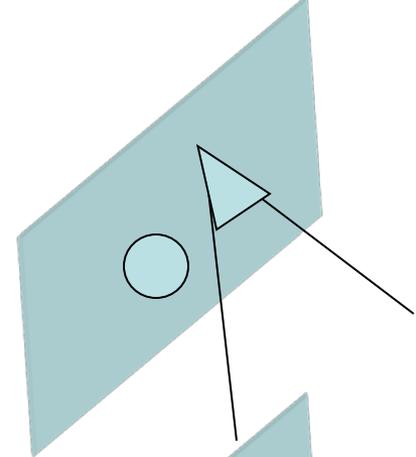
ATRIBUTELE ATENȚIEI

Direct proporționale

Dispersia

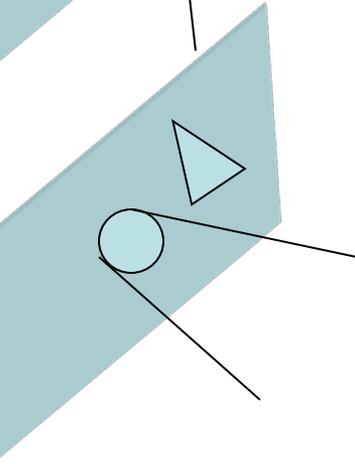
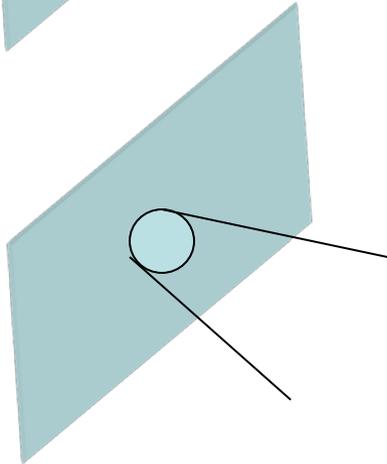


Mobilitatea



Invers proporționale

Concentrarea (focalizarea)



Persistența

Direct proporționale

MODIFICĂRI CANTITATIVE ALE ATENȚIEI

- **HIPOPROSEXIA:**

- de concentrare și persistență (depresie, anxietate)

- de dispersie și mobilitate (depresie)

- **HIPERPROSEXIA:**

- de concentrare și persistență (personalitate epileptoidă, depresie – pentru propria suferință)

- de dispersie și mobilitate (manie, anxietate)

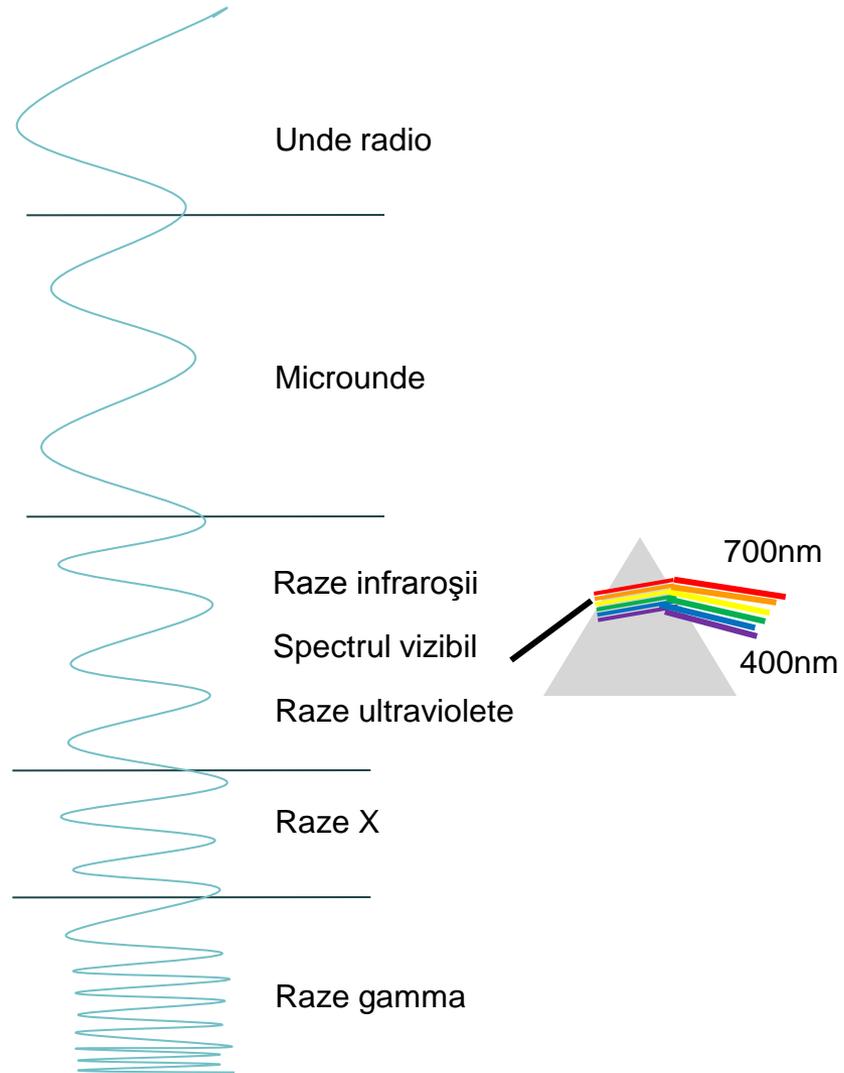
PERCEPȚIA

- IMMANUEL KANT: există o distincție între percepție (PHENOMENON, ceea ce apare în minte) și lumea ce dă naștere percepției (NOUMENON)
- JOHN LOCKE: nu există distincție între percepție și realitate, mintea reflectând pasiv informația ce vine de la organele de simț

PERCEPȚIA

Lumea reală,
obiectivă nu este
percepută decât
fragmentar

Lungimea de undă

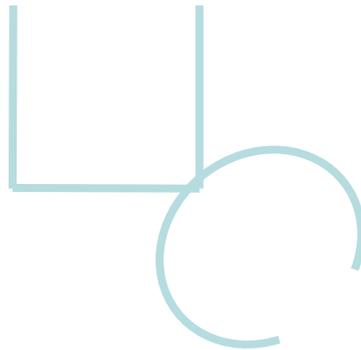


PERCEPȚIA

- Nu este o recepționare pasivă a stimulilor, ci este o construcție, un produs al psihismului, ce are la bază experiența (memoria) la care face permanent apel

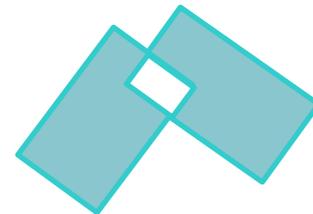
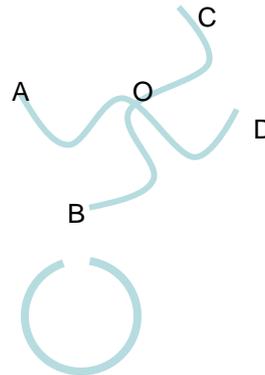
LEGILE ORGANIZĂRII (percepției vizuale) – psihologia formei/întregului (Gestalt)

- **Pregnanța:** forma (gestalt) cea mai bună e forma simplă



LEGILE ORGANIZĂRII (percepției vizuale)

- Simetria
- Proximitatea
- Similaritatea
- Continuitatea
- Închiderea

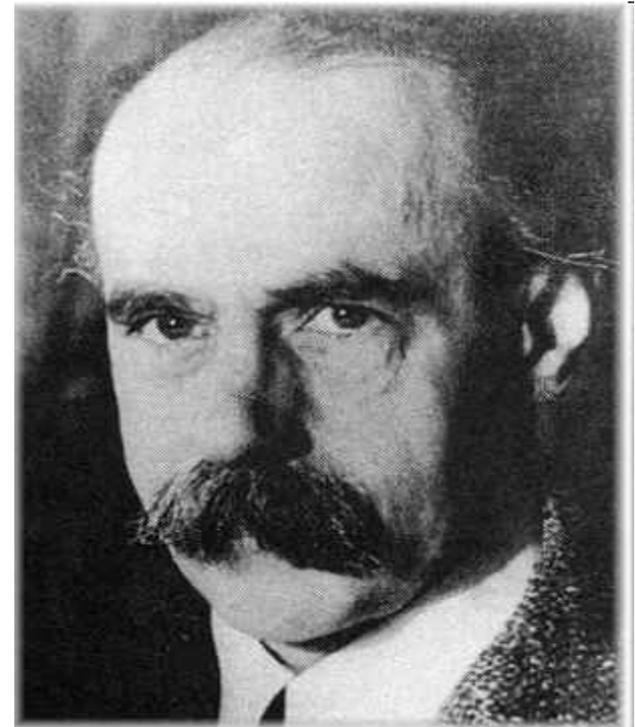
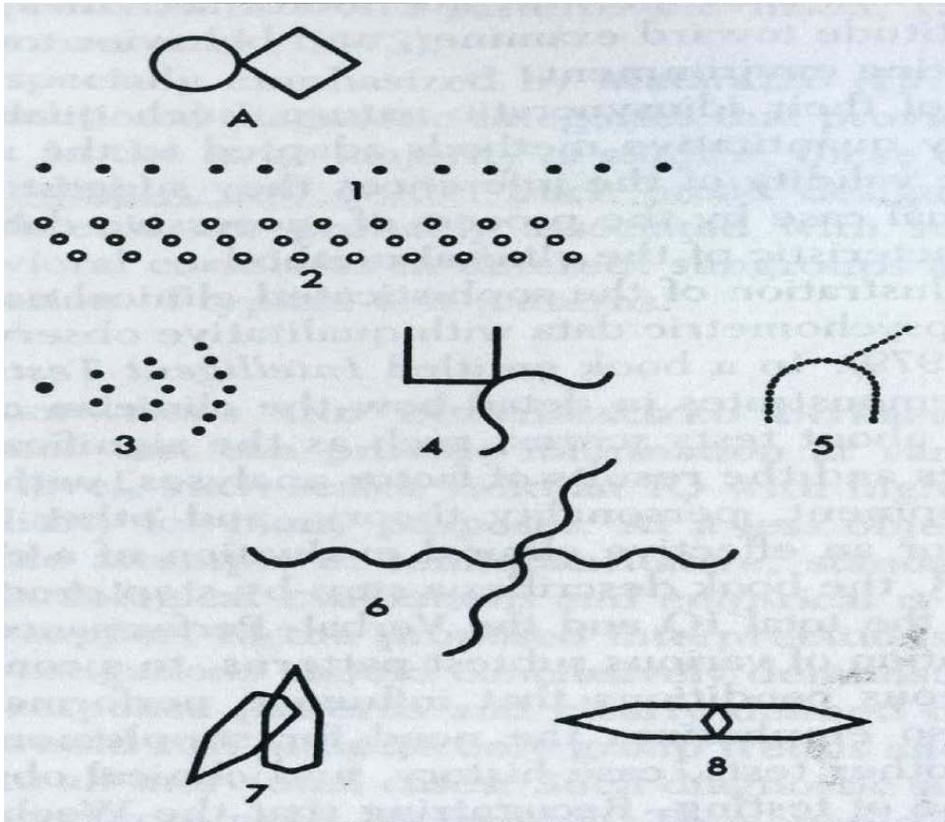


FENOMENUL FIGURĂ/FOND

- Convexitatea
- Aria (figura mică)
- Orientarea (verticală/orizontală)



Testul Bender-Gestalt folosește figurile imaginare de Max Wertheimer



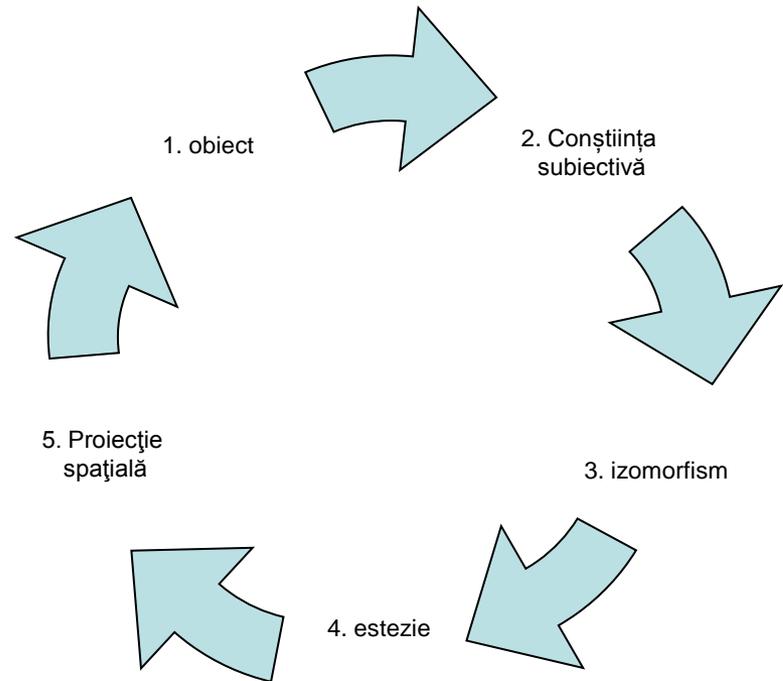
M. Wertheimer (1880-1943)

PERCEPȚIA

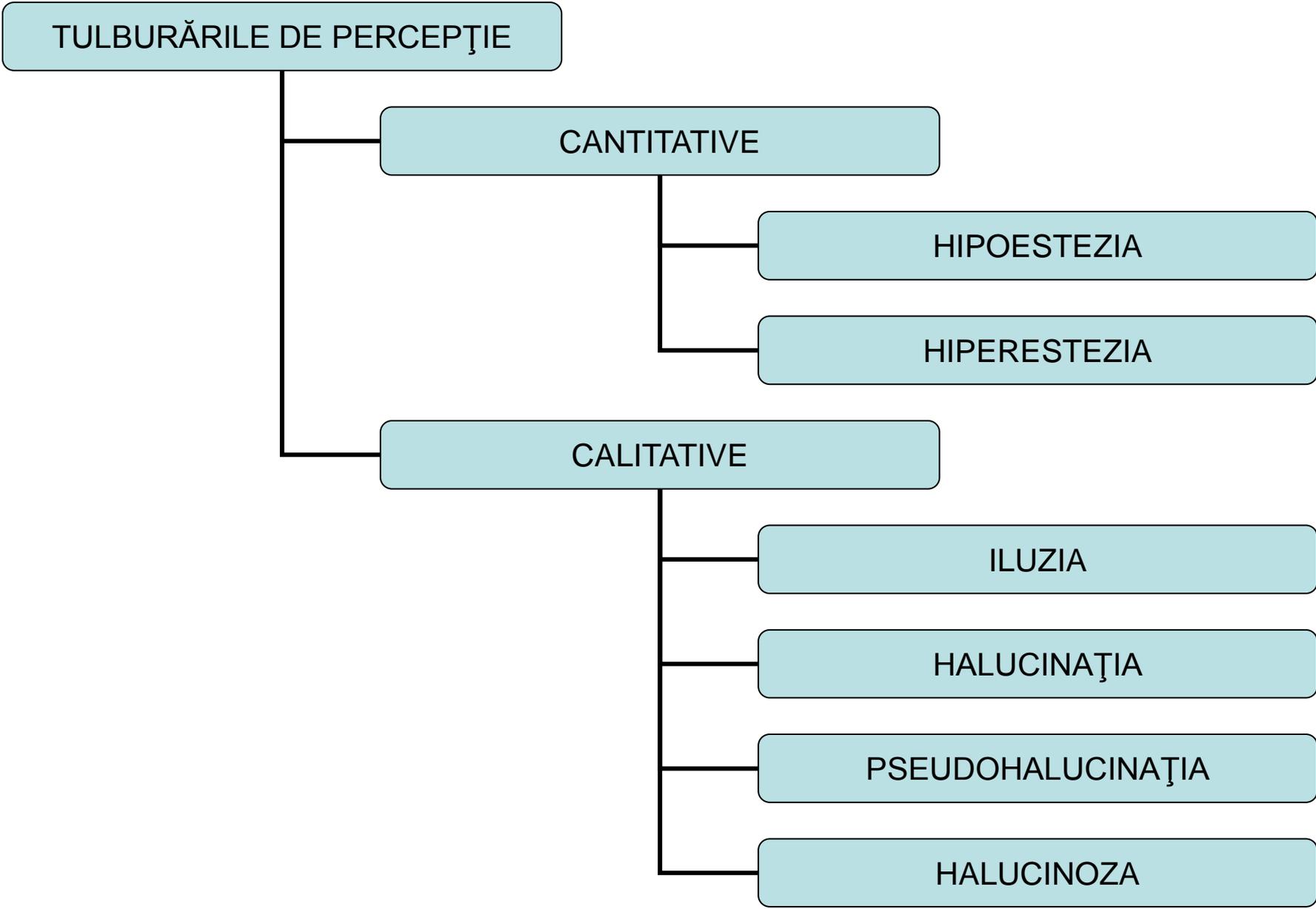
- Nu reflectă întreaga realitate
- Este o construcție individuală
- Are la bază experiența (bagajul mnezic)
- Este interpretată subiectiv (primește un sens)
- Percepția este influențată de afectivitate

PERCEPȚIA

- Funcția psihică prin care realitatea obiectivă este reflectată subiectiv
- Atributele unei percepții normale:
 - Prezența obiectului în realitate
 - Validarea (conștiința subiectivă a existenței obiectului)
 - Imagine mentală izomorfă (identică) cu obiectul (e important pentru semnificația atribuită percepției)
 - Estezia (intensitatea percepției): imaginea mentală este mai puțin pregnantă
 - Proiecția spațială (în afara corpului)



TULBURĂRILE DE PERCEPȚIE



```
graph TD; A[TULBURĂRILE DE PERCEPȚIE] --> B[CANTITATIVE]; A --> C[CALITATIVE]; B --> D[HIPOESTEZIA]; B --> E[HIPERESTEZIA]; C --> F[ILUZIA]; C --> G[HALUCINAȚIA]; C --> H[PSEUDOHALUCINAȚIA]; C --> I[HALUCINOZA]
```

A hierarchical flowchart showing the classification of perceptual disorders. The root node is 'TULBURĂRILE DE PERCEPȚIE', which branches into 'CANTITATIVE' and 'CALITATIVE'. 'CANTITATIVE' further branches into 'HIPOESTEZIA' and 'HIPERESTEZIA'. 'CALITATIVE' branches into 'ILUZIA', 'HALUCINAȚIA', 'PSEUDOHALUCINAȚIA', and 'HALUCINOZA'. All nodes are represented by light blue rounded rectangular boxes with black outlines, connected by black lines.

CANTITATIVE

HIPOESTEZIA

HIPERESTEZIA

CALITATIVE

ILUZIA

HALUCINAȚIA

PSEUDOHALUCINAȚIA

HALUCINOZA

TULBURĂRI CANTITATIVE ALE PERCEPȚIEI

- **HIPERESTEZIA:**
 - Sindrom meningian
 - Migrenă
 - Cefalee consumul unei cantități de alcool la care subiectul nu are toleranță
- **HIPOESTEZIA:**
 - Deficite ale organelor de simț
(de ex. hipoacuzie, prezbiopie)
 - Oboseală
 - Obnubilare, sindrom confuzional
 - Normalitate: furie, activitate foarte preocupantă

TULBURĂRILE CALITATIVE DE PERCEPȚIE

- ILUZIA: percepție cu obiect dar fără izomorfism (i se atribuie obiectului perceput o semnificație diferită de cea reală, falsă)
- HALUCINAȚIA: percepție fără obiect, clară, proiectată în exteriorul individului și necriticată de acesta
- PSEUDOHALUCINAȚIA: percepție fără obiect, clară, proiectată în interiorul individului și necriticată de acesta
- HALUCINOZA: percepție fără obiect, clară, criticată de individ (individul nu pierde contactul cu realitatea)

ILUZIA

- percepție cu obiect dar fără izomorfism
(i se atribuie obiectului perceput o semnificație diferită de cea reală, falsă)
 - obiectul e prezent în realitate
 - există conștiința subiectivă
 - există proiecție spațială
 - nu există izomorfism

ILUZIA

- Fenomen normal:
 - Iluziile optice
 - În condiții de frică: identificarea într-o umbră a unui animal
 - În stările hipnagogică și hipnopompică
- Fenomen patologic:
 - Iluzia de schemă corporală, dismorfofobie, depersonalizare (schizofrenie)
 - Iluzia sosiilor (schizofrenie)
 - Iluzia de greutate corporală (depresie: corp greu)

LEGENDA SOSIEI I



LEGENDA SOSIEI II



Pentru a o putea înșela pe Alcmena (soția castă a lui Amfitrion), Zeus ajutat de Hermes, preia înfățișarea lui Amfitrion.

ILUZIA SOSIEI

- Pacientul schizofren este convins că o persoană apropiată a fost substituită de un dușman de-al său pentru a-l supraveghea, spiona)

ILUZIA FREGOLI



ILUZIA FREGOLI: pacientul este convins că diversele persoane pe care le întâlnește sunt de fapt aceeași persoană ostilă, deghizată

HALUCINAȚIA

- Percepție fără obiect, clară, proiectată în exteriorul individului și necriticată de acesta
- Normală: doar în stările hipnagogică și hipnopompică și durează câteva secunde
 - Halucinațiile hipnagogice: la adormire
 - Halucinațiile hipnopompice: la trezire

CLASIFICAREA HALUCINAȚIILOR:

- VIZUALE (scenice = onirism, zoomorfe)
- AUDITIVE (zgomote, voci, apelative, comentative, imperative, injurioase)
- TACTILE
- OLFACTIVE (se asociază cu delirul de otrăvire)
- GUSTATIVE (se asociază cu delirul de otrăvire)

HALUCINAȚIILE VIZUALE

- Animale mici care se urcă pe piele și generează comportament de apărare (halucinații vizuale micropsice asociate cu halucinații tactile):
 - delirium tremens
- Scene asemănătoare visului (halucinații onirice):
 - delirium tremens (caracter profesional)
 - alte stări de delirium
 - intoxicație cu droguri: cocaină, hașiș
- Imagini cu conținut mistic: îngerii, Christos, arhanghelul Mihail, etc.
 - Parafrenie
 - Schizofrenie (mai rar)

HALUCINAȚIILE AUDITIVE

- Cele mai frecvente în patologie
- Simple: zgomote, pocnete, clopote, claxoane
- Complexe: voci
 - Apelative: persoana este strigată pe nume
 - Comentative: persoana e comentată ironic de voci
 - schizofrenie
 - Injurioase: vocile înjură persoana
 - schizofrenie
 - Imperative: vocile ordonă persoanei să execute acte negative: să omoare, sau să se omoare (PERICULOASE)
 - Schizofrenie
 - Psihoze paranoide
 - Parafrenie

PSEUDOHALUCINAȚIA

- percepție fără obiect, clară, proiectată în interiorul individului și necriticată de acesta
 - Obiectul nu e prezent
 - Există izomorfism din partea pacientului
 - Estezia poate fi slabă
 - Proiecția spațială nu există
 - Subiectul vede imagini în cap
 - Subiectul aude voci în cap sau diverse organe
 - Subiectul simte animale în interiorul corpului
- apare în schizofrenie

HALUCINOZA

- percepție fără obiect, clară, criticată de individ (individul nu pierde contactul cu realitatea)
 - Obiectul nu e prezent
 - Există izomorfism din partea pacientului
 - Estezia poate fi slabă
 - Există proiecție spațială
 - Ambivalență între ceea ce percepe și critică
- apare:
 - la bătrâni cu ateroscleroză cerebrală

MEMORIA

Funcția psihică care are rolul de a:

- înregistra informația atât timp cât e necesar pentru procesarea acesteia:

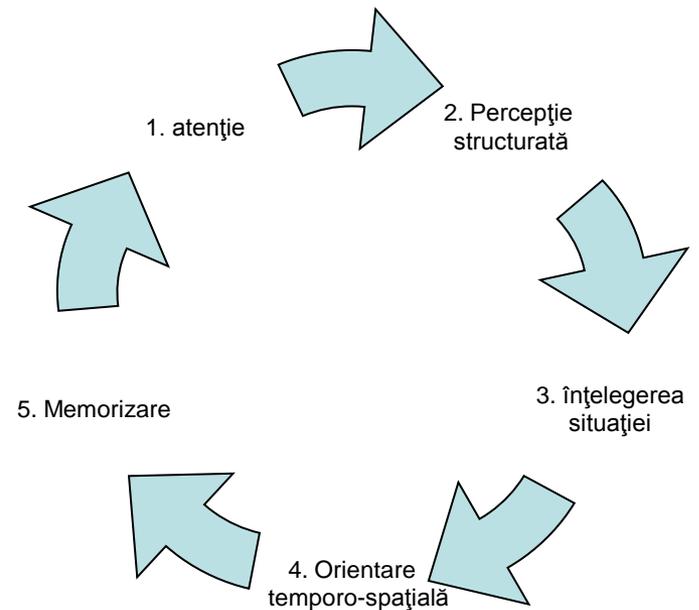
MEMORIA IMEDIATĂ sau MEMORIA DE LUCRU (WORKING MEMORY)

-stoca informația pentru o perioadă determinată de timp:

- scurtă: MEMORIA DE SCURTĂ DURATĂ

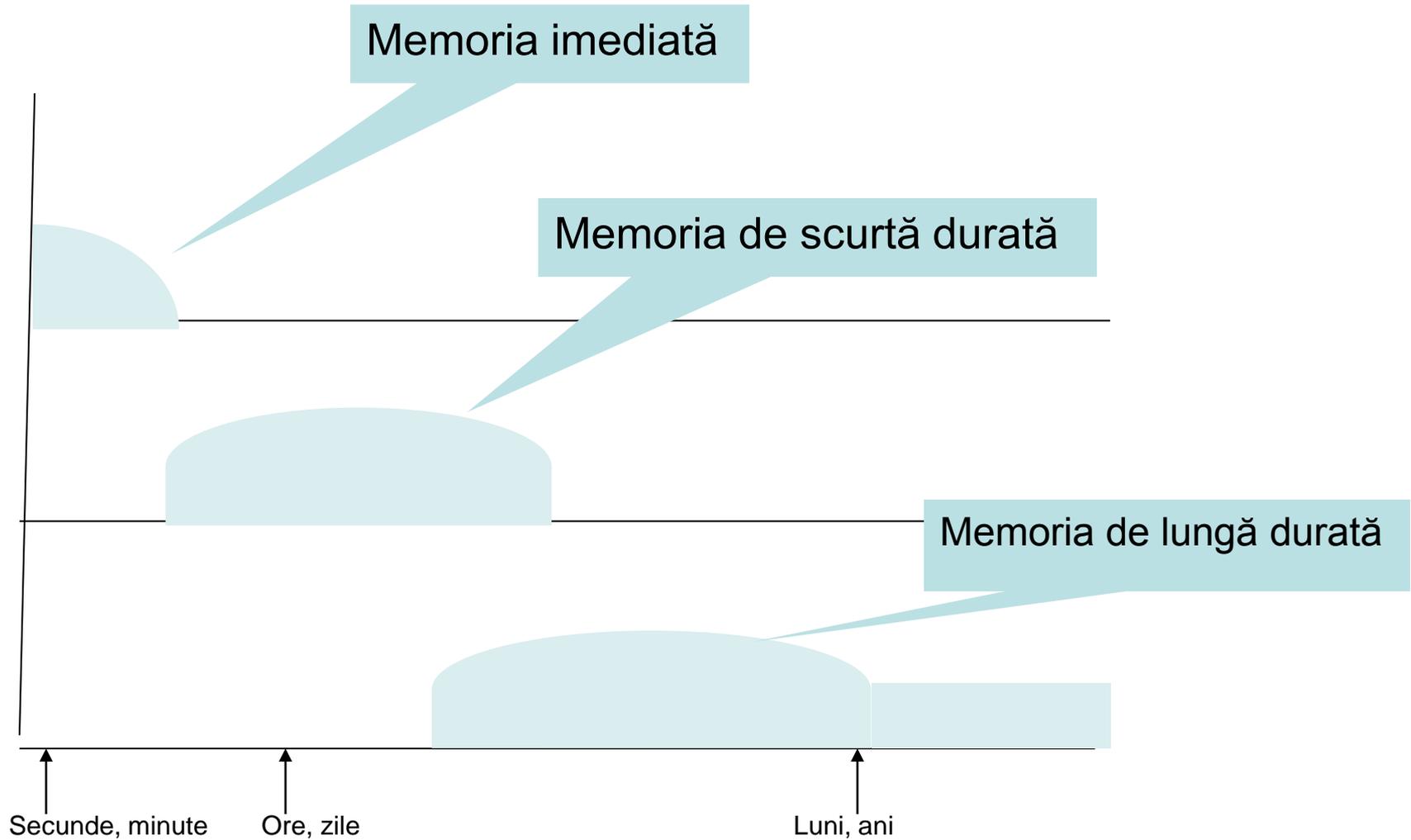
- lungă: MEMORIA DE LUNGĂ DURATĂ

- evoca informația (amintiri)

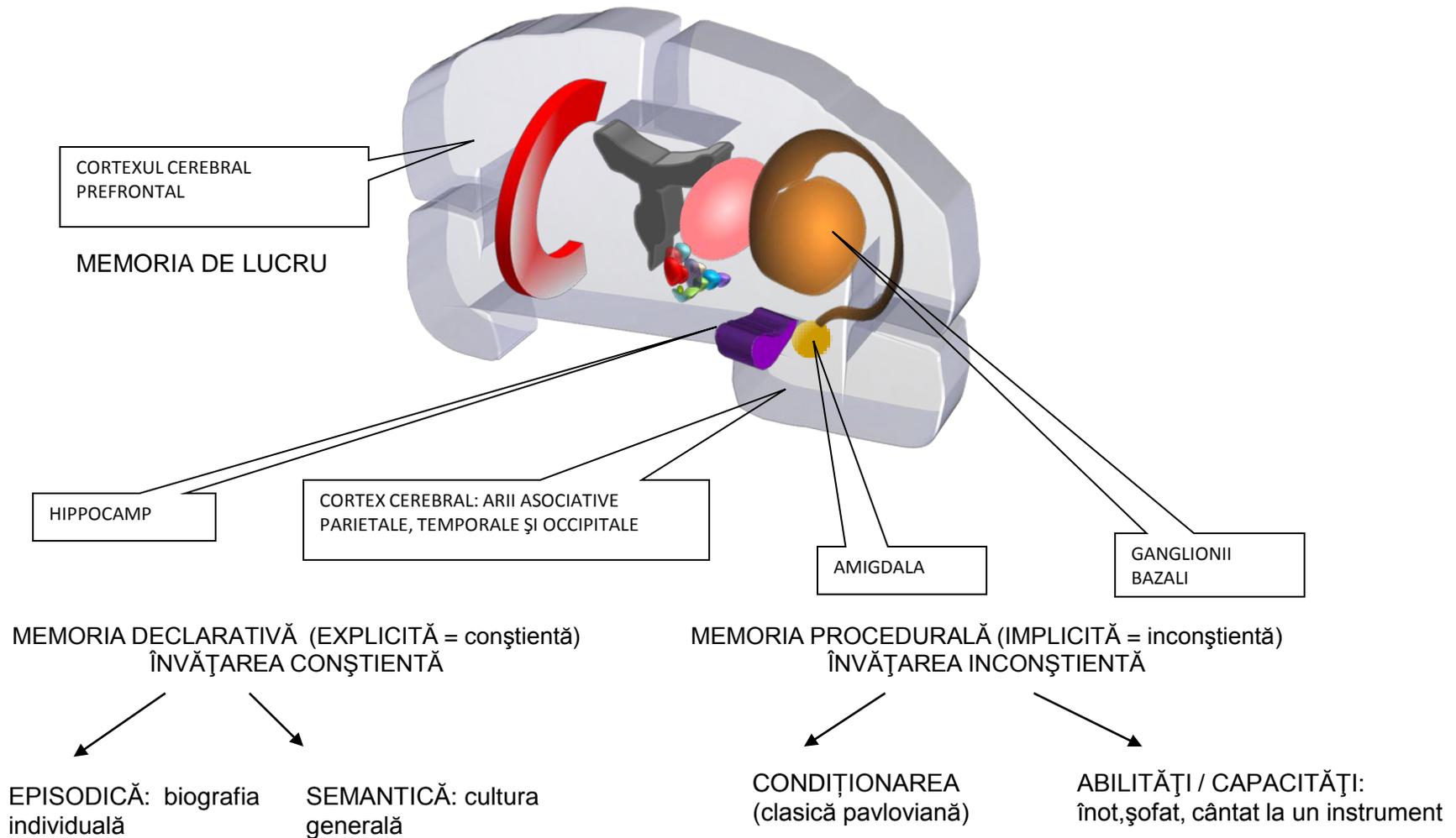


Memoria de lucru este deseori confundată cu memoria de scurtă durată.

TIPURI DE MEMORIE



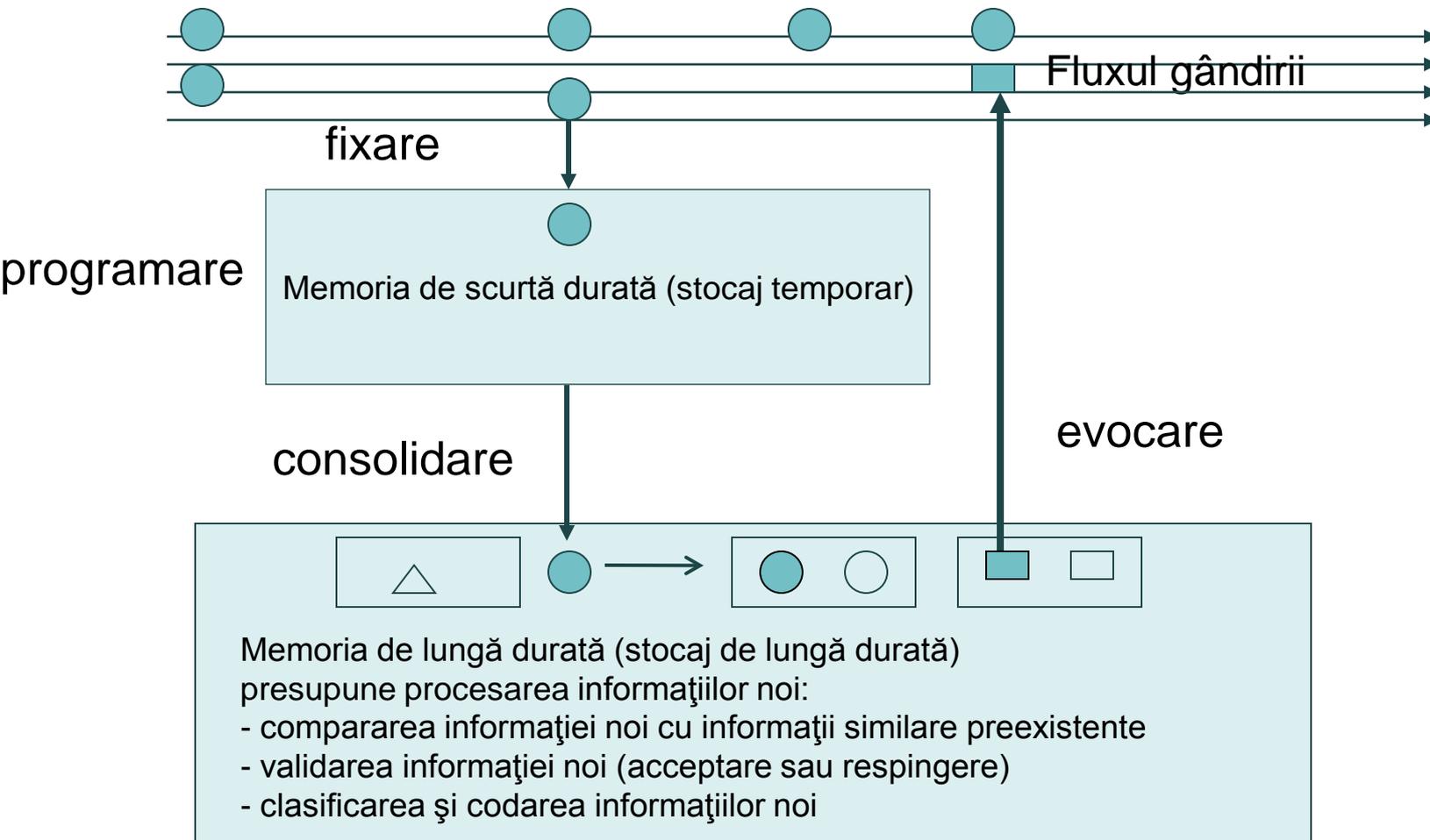
STRUCTURI ANATOMICE IMPLICATE ÎN MEMORIE



STRUCTURILE ANATOMICE IMPLICATE ÎN MEMORIE

- HIPPOCAMPUL are rol în:
 - Fixarea informațiilor noi: ajută în procesul de consolidare prin recircularea informației la nivelul circuitului reverberant al lui Papez
 - Evocarea informațiilor din depozitele mnezice (asemenea unui motor de căutare)
- CORTEXUL PREFRONTAL are rol în:
 - Memoria de lucru, ajutând la procesarea concomitentă a mai multor informații
 - Organizarea noilor informații pentru a fi stocate pe termen lung
- CORTEXUL ASOCIATIV AL LOBILOR PARIETALI, TEMPORALI ȘI OCCIPITALI are rol în:
 - Stocare de scurtă durată sau de lungă durată (depozitele mnezice): memoria declarativă semantică și episodică
- GANGLIONII BAZALI au rol în
 - Memoria implicită de lungă durată: achiziția abilităților (cântatul la pian, șofatul, etc)
- AMIGDALA are rol în:
 - Memoria implicită de lungă durată: învățarea prin condiționare (ex. prin asocierea repetată a unui stimul inițial neutru cu o emoție cum este frica, acest stimul va ajunge să declanșeze răspunsul biologic de frică, devenind stimul condiționat)

Memoria de lucru menține temporar după dispariția stimulului informația în câmpul actual de conștiință, permițând executarea simultană a mai multor procese cognitive



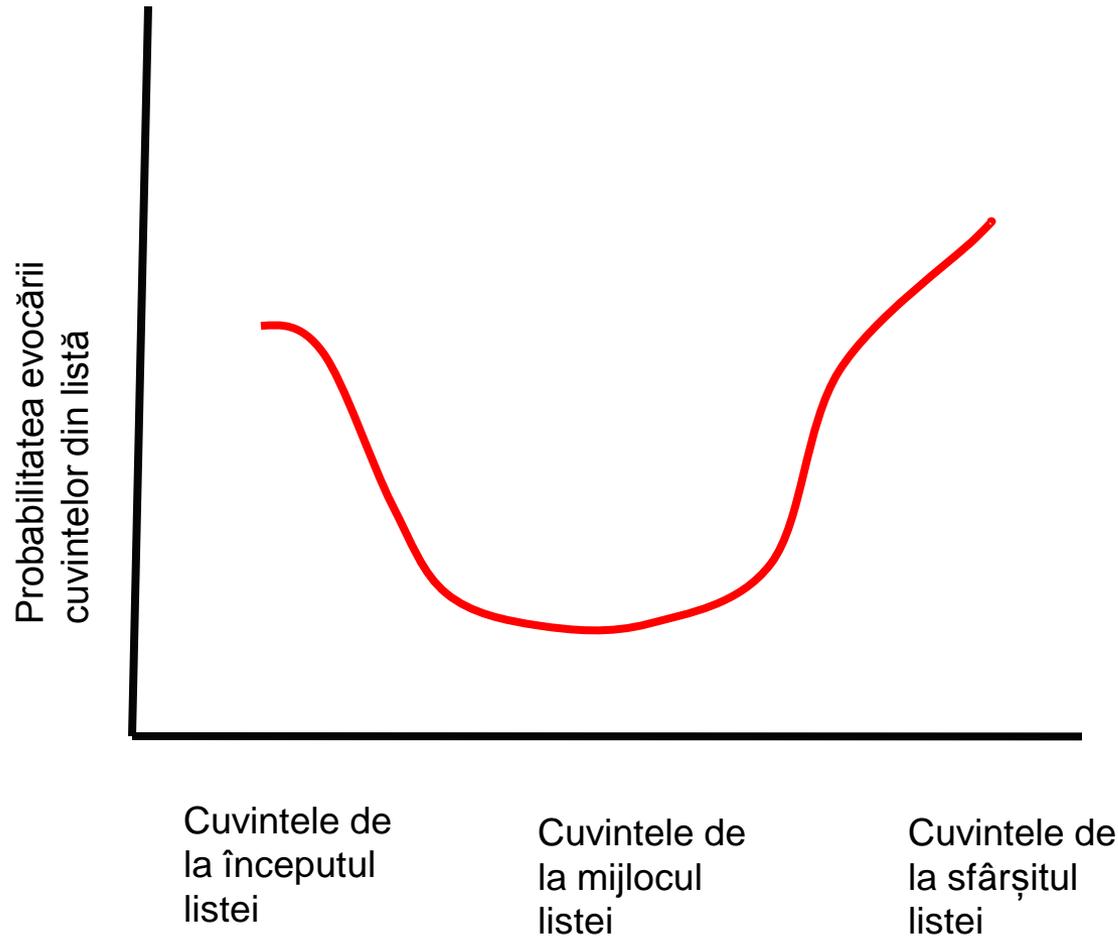
MEMORIA

- În depozitele mnezice, informațiile achiziționate sunt organizate în scheme cognitive. Acestea din urmă generează reguli care stau la baza interpretărilor (semnificațiilor) sau așteptărilor individuale în legătură cu alte persoane, situații sau evenimente
- Memoria de lungă durată presupune procesarea informațiilor:
 - compararea informației noi cu cea existentă în schemele cognitive. Doar informațiile noi pot fi învățate..
 - validarea: acceptarea informației noi ca fiind adevărată și importantă cu asimilarea consecutivă a acesteia la schemele cognitive preexistente, respectiv, rejectarea informației noi ca fiind falsă sau neimportantă cu înlăturarea acesteia. Dacă informația nouă vine în contradicție cu schemele preexistente, dar este validată ca adevărată și importantă, atunci intervine procesul de acomodare a schemelor cognitive preexistente pentru a le armoniza cu noile informații.
 - Clasificarea și codificarea informației noi prin asimilare

ATRIBUTELE MEMORIEI

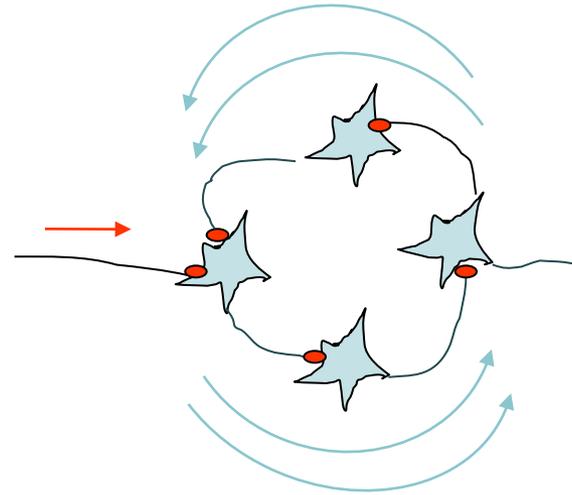
- Programarea: procesul inconștient de stocare a informației pe termen scurt sau mai lung
- Stocarea informațiilor se poate face mecanic sau logic. Memoria de lungă durată necesită organizarea logică a informațiilor
- Evocarea mnezică trebuie să fie:
 - Promptă
 - Completă
 - Corectă

UITAREA NORMALĂ

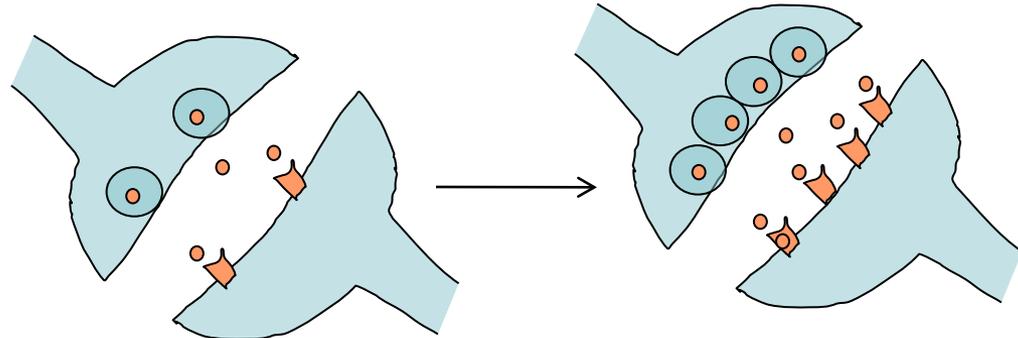


MEMORAREA

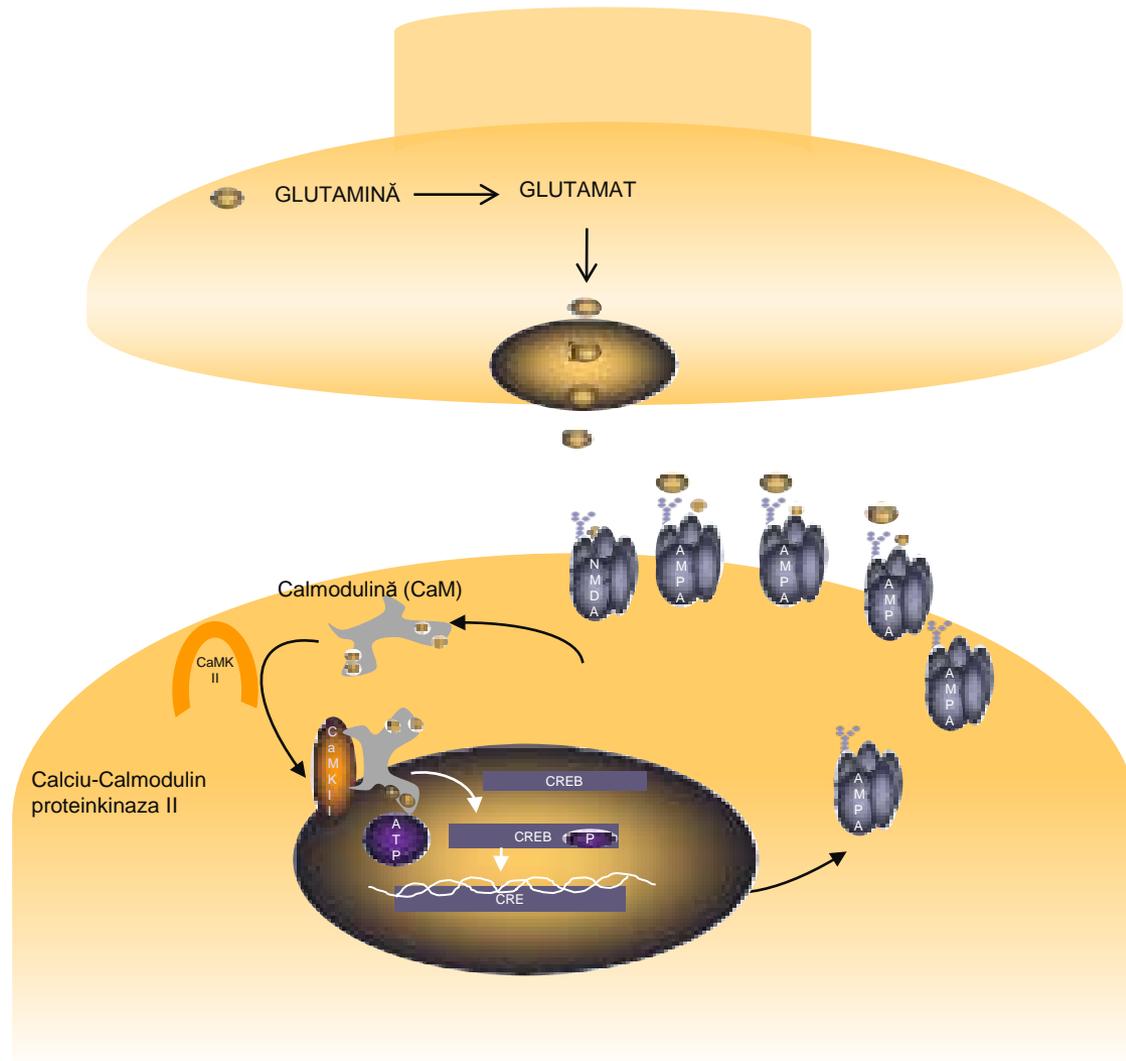
Pentru consolidarea informațiilor noi, acestea trebuie să fie recirculate prin circuite reverberante (circuitele reverberante ale lui Hebb)



Consolidarea informației presupune întărirea sinapsei prin creșterea numărului de receptori postsinaptici. Aceste modificări structurale sunt substratul fenomenului de **POTENȚARE PE TERMEN LUNG (LONG TERM POTENTIATION)**



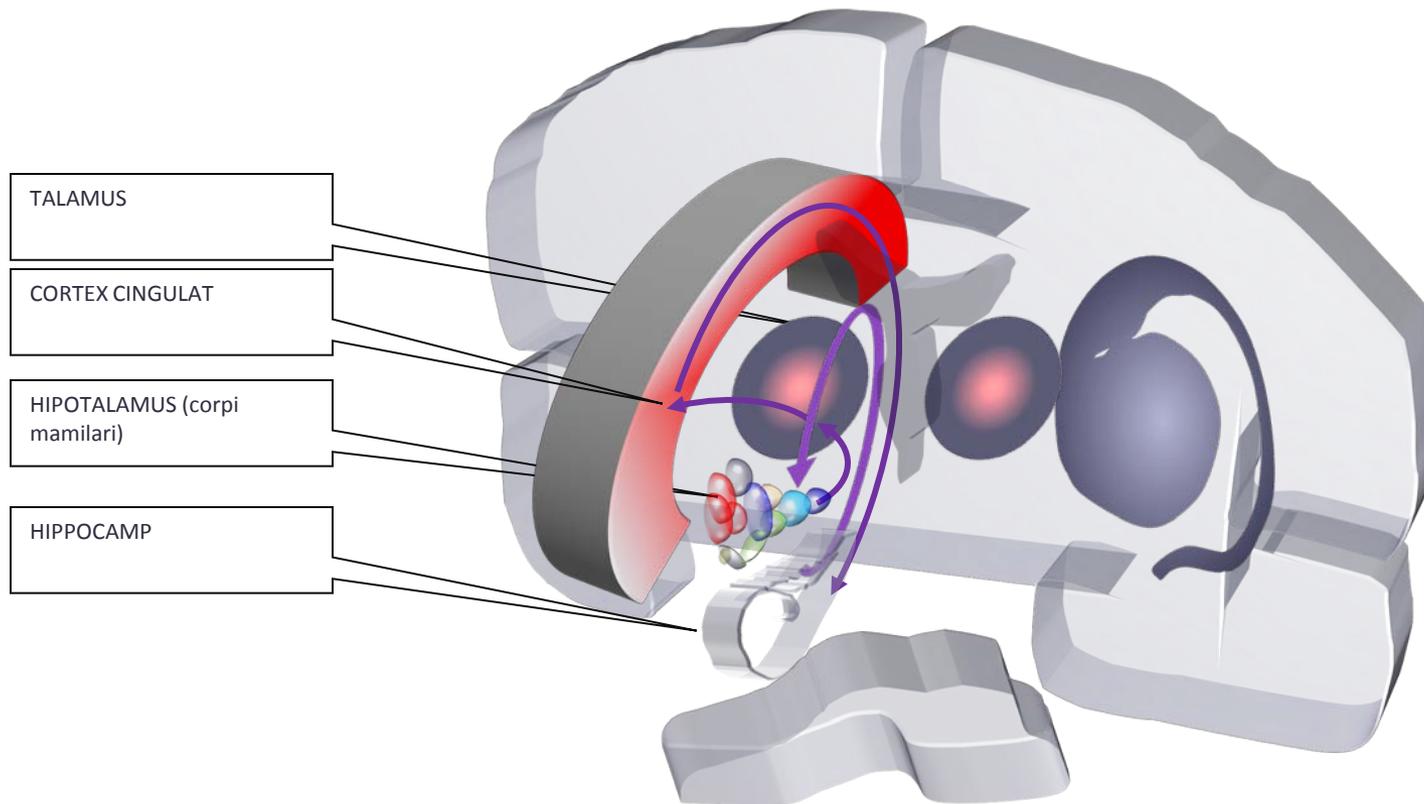
POTENȚAREA PE TERMEN LUNG (LONG-TERM POTENTIATION)



L. Delu

CIRCUITUL REVERBERANT AL LUI PAPEZ

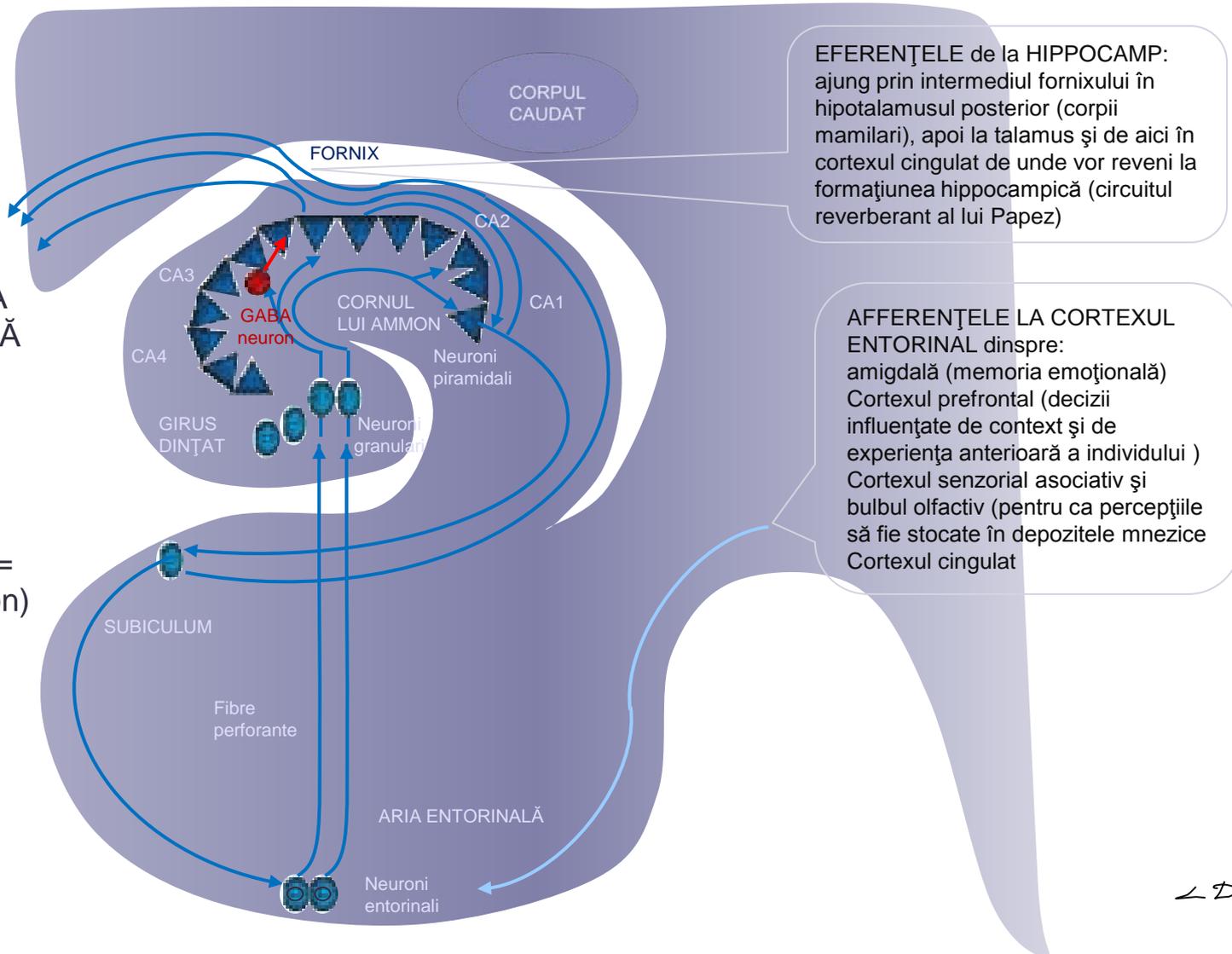
Procesul de fixare / stocare necesită recircularea informațiilor noi prin circuitul lui Papez:
hipocamp – corpi mamilari– talamus –cortex cingulat – cingulum – formațiunea hipocampică



FORMAȚIUNEA HIPPOCAMPICĂ

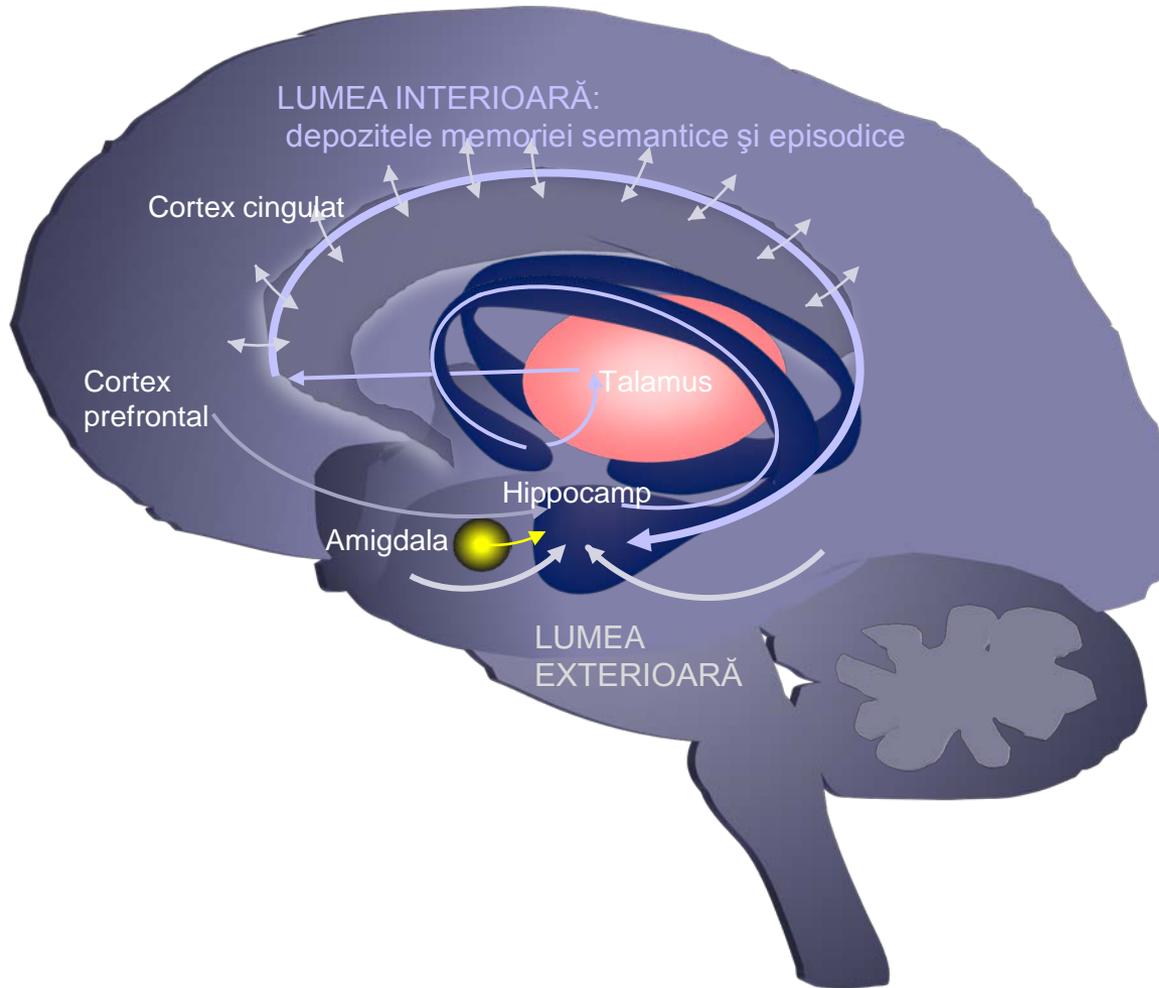
FORMAȚIUNEA HIPPOCAMPICĂ include:

- aria entorinală
- subicullum
- girusul dințat
- hippocampul (Cornu Amonis = cornul lui Ammon)



L. Delu

HIPPOCAMPUL: FIXAREA ȘI EVOCAREA INFORMAȚIILOR

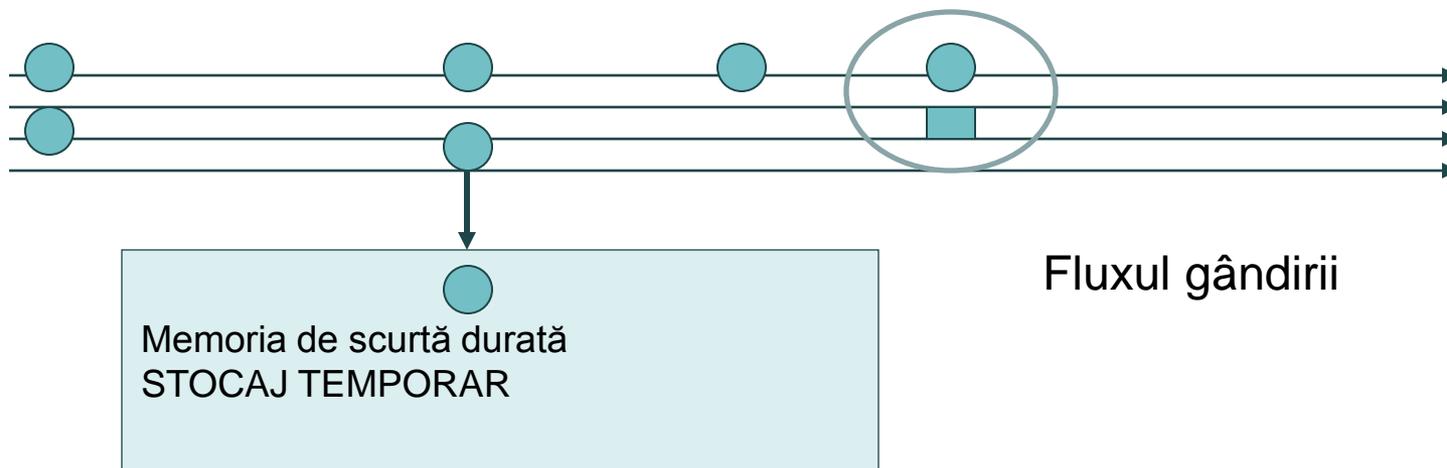


L. Delu

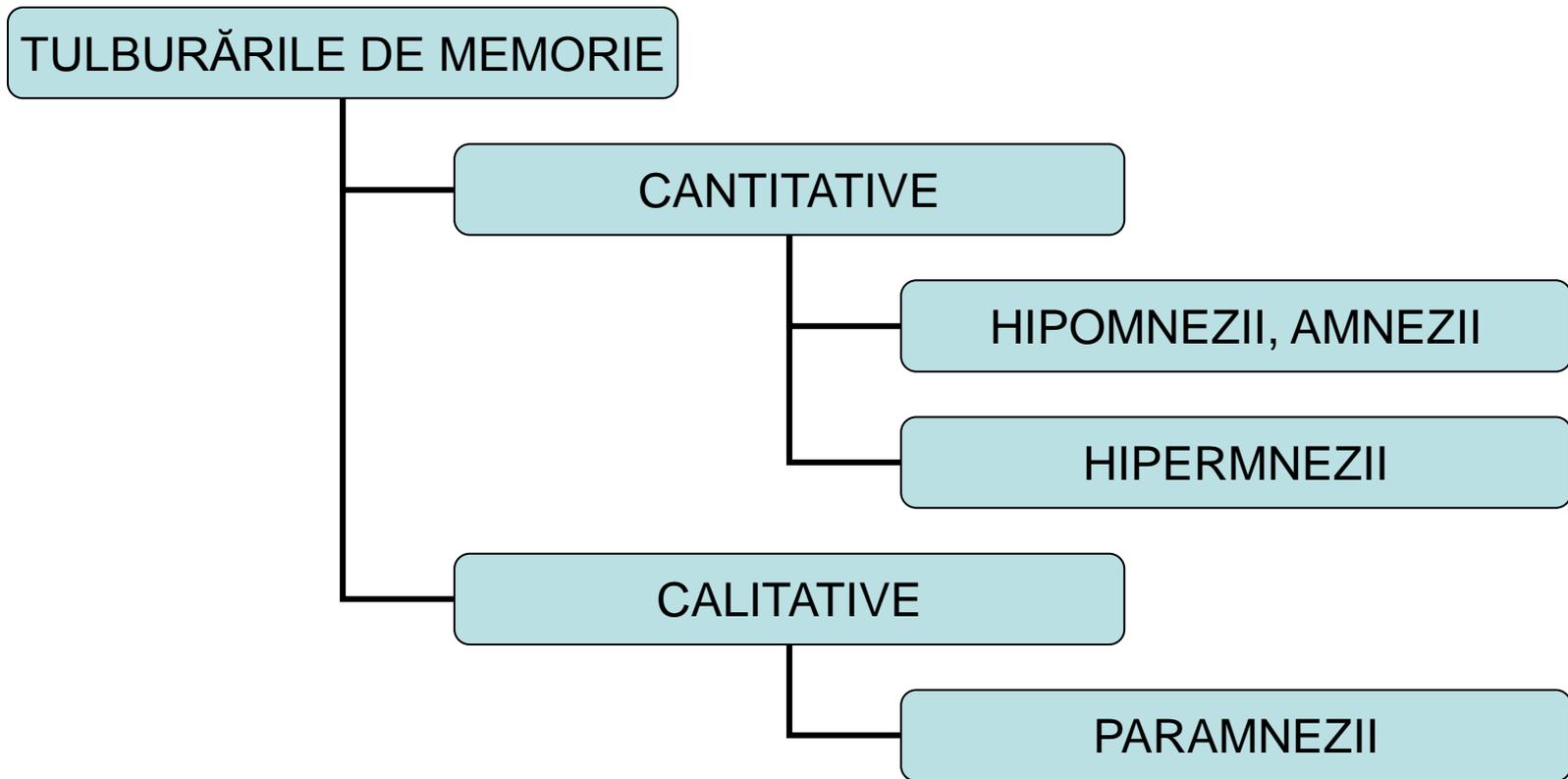
FUNCȚIILE MEMORIEI DE LUCRU

Nu este propriu-zis o memorie
Rol: înregistrarea informațiilor atât timp cât este necesar pentru procesarea acestora
Este echivalentă memoriei RAM

RETENȚIA INFORMAȚIEI ÎN CAC
PENTRU PROCESAREA ACESTEIA
ÎNȚELEGEREA ÎNTREBĂRILOR
RAȚIONAMENT
FIXAREA ÎN DEPOZITELE MNEZICE



TULBURĂRILE DE MEMORIE



TULBURĂRILE DE MEMORIE

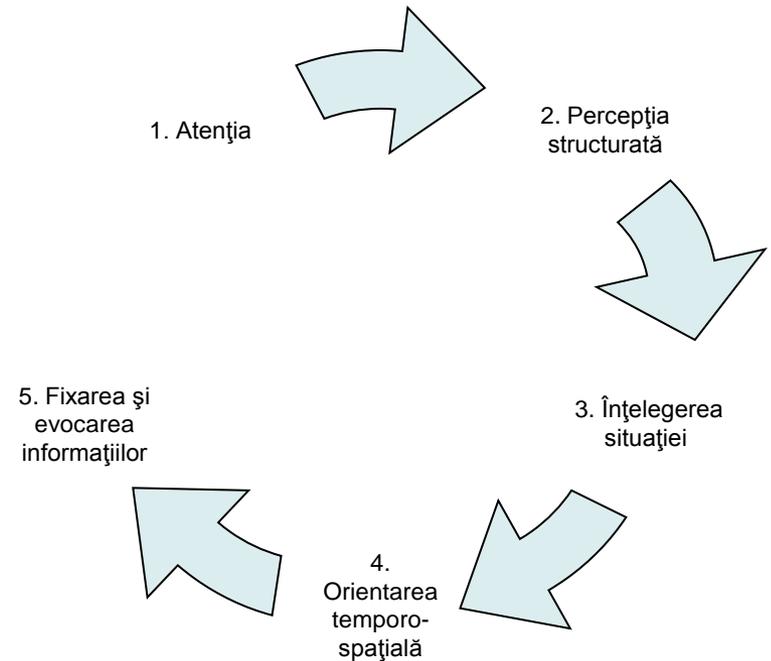
- HIPOMNEZIILE:

- De fixare:

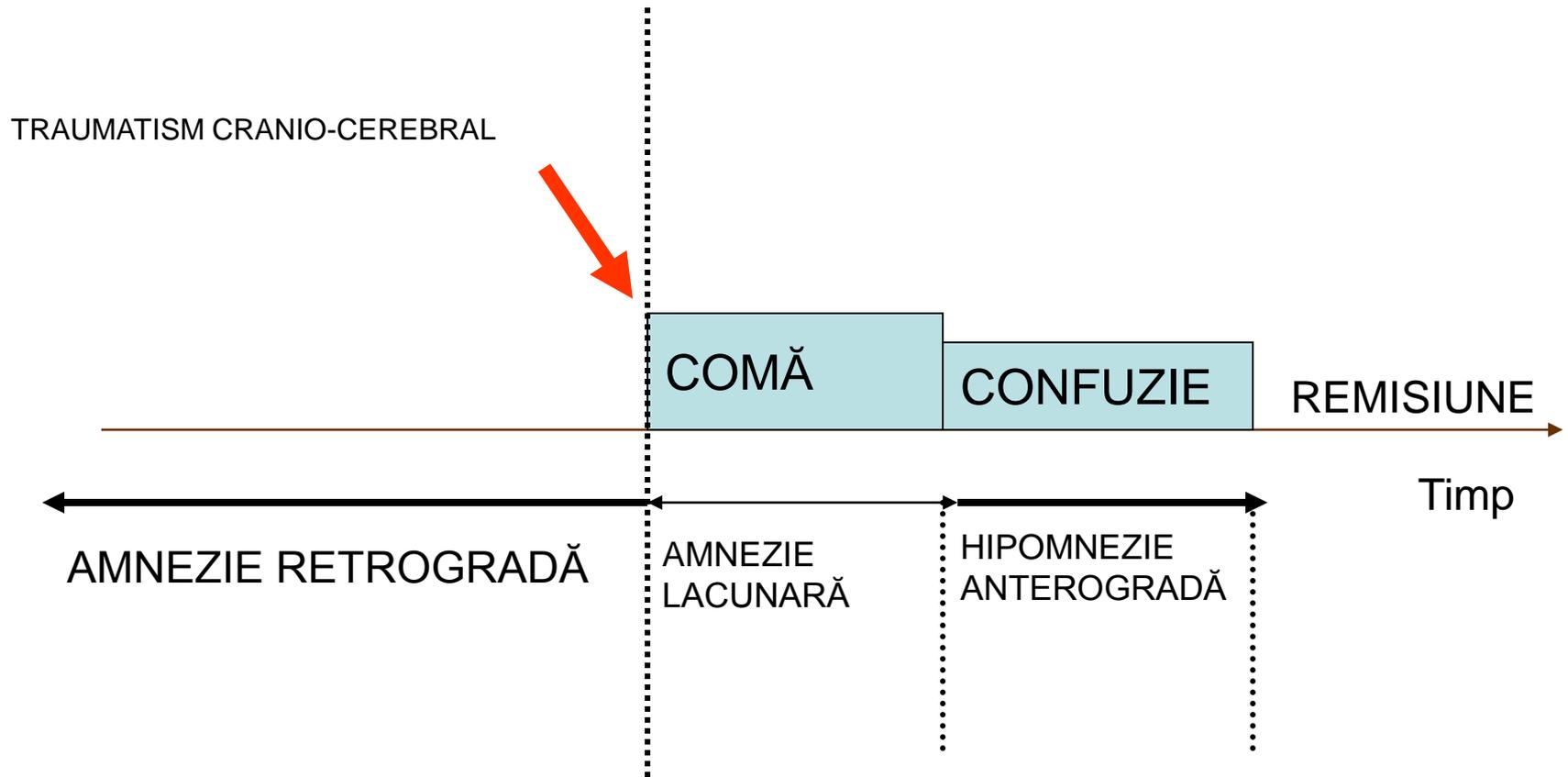
- Normal: dacă materialul de învățat nu are logică
 - Obnubilare (hipoprosexie de concentrare)
 - Intoxicații cerebrale
 - Intelecte de limită (nu înțelege)
 - Depresie (hipoprosexie de concentrare)
 - Anxietate (hipoprosexie de concentrare)

- De evocare:

- Obnubilare
 - Depresie



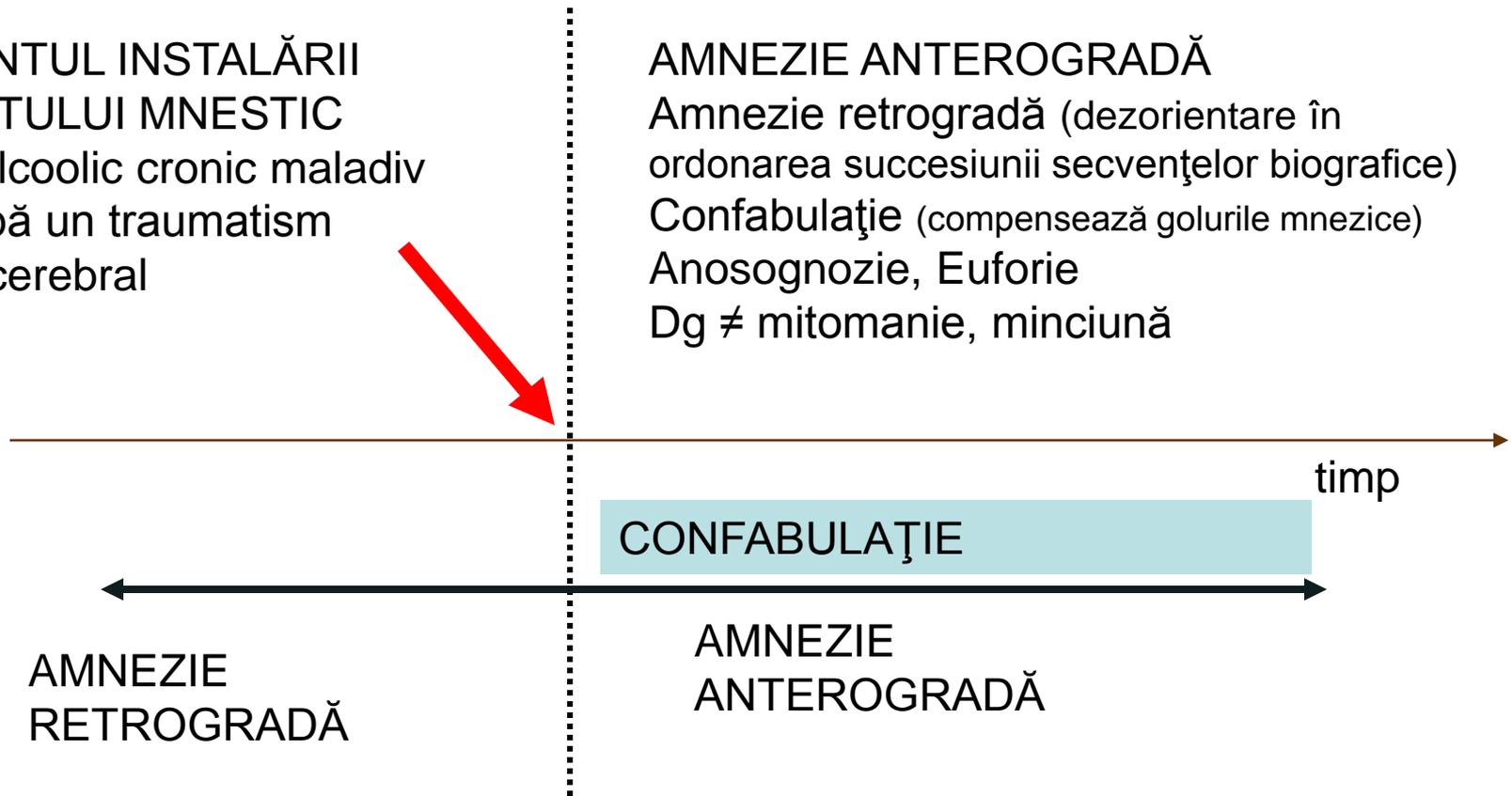
HIPO/AMNZEZIILE TRAUMATICE



AMNEZIA PREDOMINANT ANTEROGRADĂ SINDROMUL KORSAKOV

MOMENTUL INSTALĂRII
DEFICITULUI MNESTIC
La un alcoolic cronic malativ
sau după un traumatism
cranio-cerebral

AMNEZIE ANTEROGRADĂ
Amnezie retrogradă (dezorientare în
ordonarea succesiunii secvențelor biografice)
Confabulație (compensează golurile mnezice)
Anosognozie, Euforie
Dg ≠ mitomanie, minciună

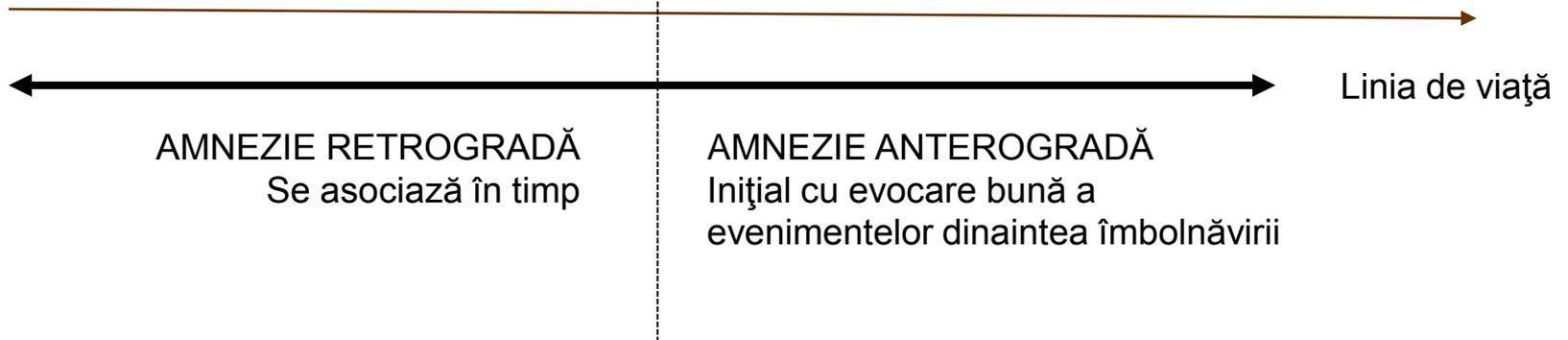


MEMORIA IMEDIATĂ (ÎNREGISTRAREA INFORMAȚIILOR NU ESTE
AFECTATĂ) CI DOAR FIXAREA INFORMAȚIILOR NOI ȘI EVOCAREA
INFORMAȚIILOR VECHI

AMNEZIA DIN DEMENȚĂ

DEBUTUL DEGENERĂRII NEURONALE

Inițial evocare bună a
evenimentelor dinaintea
îmbolnăvirii



AMNEZIE RETROGRADĂ
Se asociază în timp

AMNEZIE ANTEROGRADĂ
Inițial cu evocare bună a
evenimentelor dinaintea îmbolnăvirii

Linia de viață

AMNEZII

- AMNEZIA LACUNARĂ:
 - Comă
 - Stare confuzională
 - Stare crepusculară
 - Criză Grand Mal
 - Blackout
- AMNEZIA SELECTIVĂ /ELECTIVĂ / DISOCIATIVĂ: incapacitatea de a-și aminti un eveniment traumatizant, cu încărcătură negativă pentru persoana respectivă
 - Tulburarea disociativ-conversivă (vechea nevroză isterică): refularea în inconștient a evenimentelor cu încărcătură negativă: frustrări, dezamăgiri
 - Reacția acută la stres: incapacitatea de a evoca la cerere evenimentul psihotraumatizant

AMNEZII

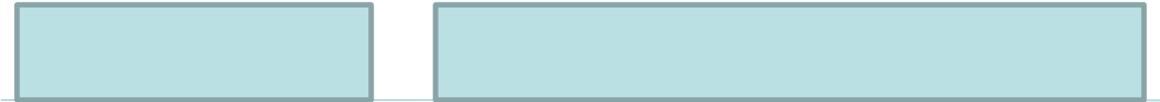
AMNEZIE LACUNARĂ

Comă

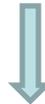
Stare confuzională

Criză epileptică majoră

Blackout



Frustrare
dezamăgire



AMNEZIE ELECTIVĂ

Tulburare disociativ-
conversivă (nevroza
isterică)

Reacția acută la stres



AMNEZII

- LAPSUS:
 - aparentă amnezie de evocare
 - caracter parazitant
 - necesită un efort de voință pentru găsirea răspunsului sau consultarea dicționarului
 - apare în condiții normale
 - a nu fi confundat cu înțelesul psihanalitic al termenului (acte ratate)

HIPERMNEZIILE

- De fixare:
 - Rarisime
 - Fenomenul de EIDETISM: capacitatea de a fixa în toate detaliile și de a reproduce identic corect; nu e considerat patologic
- De evocare:
 - În manie (avalanșă mnezică)
 - În toxicomanii
 - Cu caracter panoramic la indivizii care trăiesc iminența unui pericol vital (experiențe la granița morții)

PARAMNEZIILE

- ECMNEZIA: plasarea în prezent a unor amintiri din trecut (demență)
- CRIPTAMNEZIA: persoana își atribuie un material făcut de altcineva (dg≠ plagiat care e făcut cu bună știință)
- DEJA / JAMAIS VU, CONNU, VECU : în normalitate și în patologia de lob temporal (anunță crizele epilepsiei temporale)

TULBURĂRILE DE MEMORIE

- Apar mai ales în patologia ORGANICĂ (degenerescență, tulburări circulatorii) sau indusă de SUBSTANȚE PSIHOACTIVE
- În PSIHIATRIE apar mai ales tulburări de randament

INTELECTUL

FACULTĂȚI DISTINCTE:

- 1. Inteligența rațională (gândirea logică):**
rapiditatea găsirii unei soluții într-o situație dată
- 2. Intuiția :** găsirea unei soluții pe care individul a încetat să o caute în psihismul conștient
- 3. Imaginația:** operează cu imagini, amintiri care prin combinație duc la o neoproducție cu funcție anticipativă

IMAGINAȚIA

- Capacitatea de a forma noi imagini care nu sunt percepute prin intermediul simțurilor.
- Necesită achiziția și dezvoltarea gândirii simbolice (de la sfârșitul stadiului senzomotor și apoi în cursul stadiilor ulterioare: preoperational, stadiul operațiilor concrete și stadiul operațiilor formale)
- Prin reprezentarea mentală a obiectelor, persoanelor sau situațiilor (inteligența reprezentativă) o persoană poate opera cu imagini și propoziții, poate rezolva probleme sau poate prevedea consecințele unei decizii (inteligența operațională).

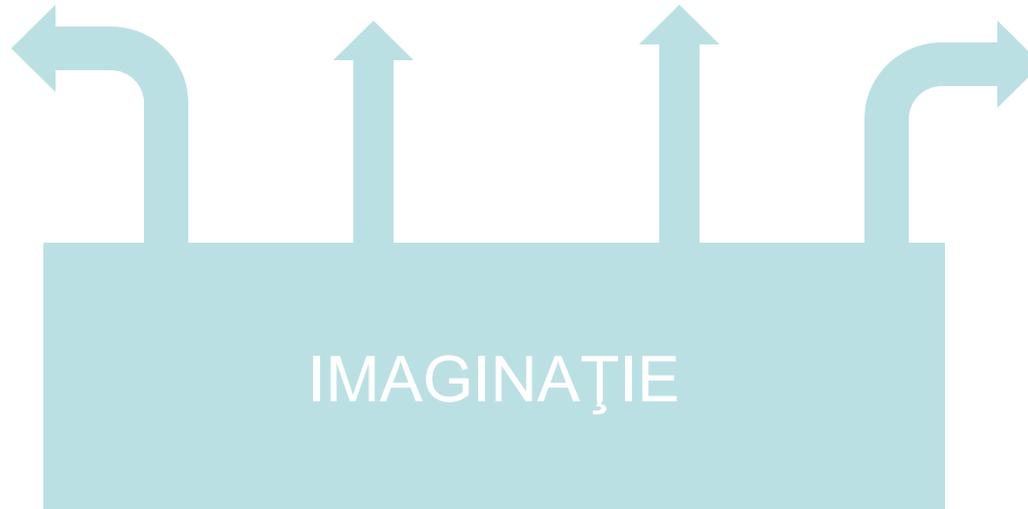
IMAGINAȚIA

CONFABULAȚIA constă în relatarea din imaginație, fără nici o legătură cu realitatea, a unor evenimente de viață legate de trecut sau prezent.
Spre deosebire de minciună este involuntară și inconștientă.
Se întâlnește în Sd. KORSAKOV și participă la geneza delirului din PARAFRENIE

IMAGINAȚIA MORBIDĂ
Se referă la imaginarea unor eventualități catastrofice privitoare la derularea în viitor a evenimentelor
Apare în ANXIETATE

MITOMANIA se referă la deformarea imaginativă a relatării evenimentelor trăite în sensul valorizării proprii persoane.

MINCIUNA constă în deformarea adevărului în scopul de a deruta sau de a obține un beneficiu.
E utilizată frecvent de PSIHOPAȚII ANTISOCIALI



INTELIGENȚA

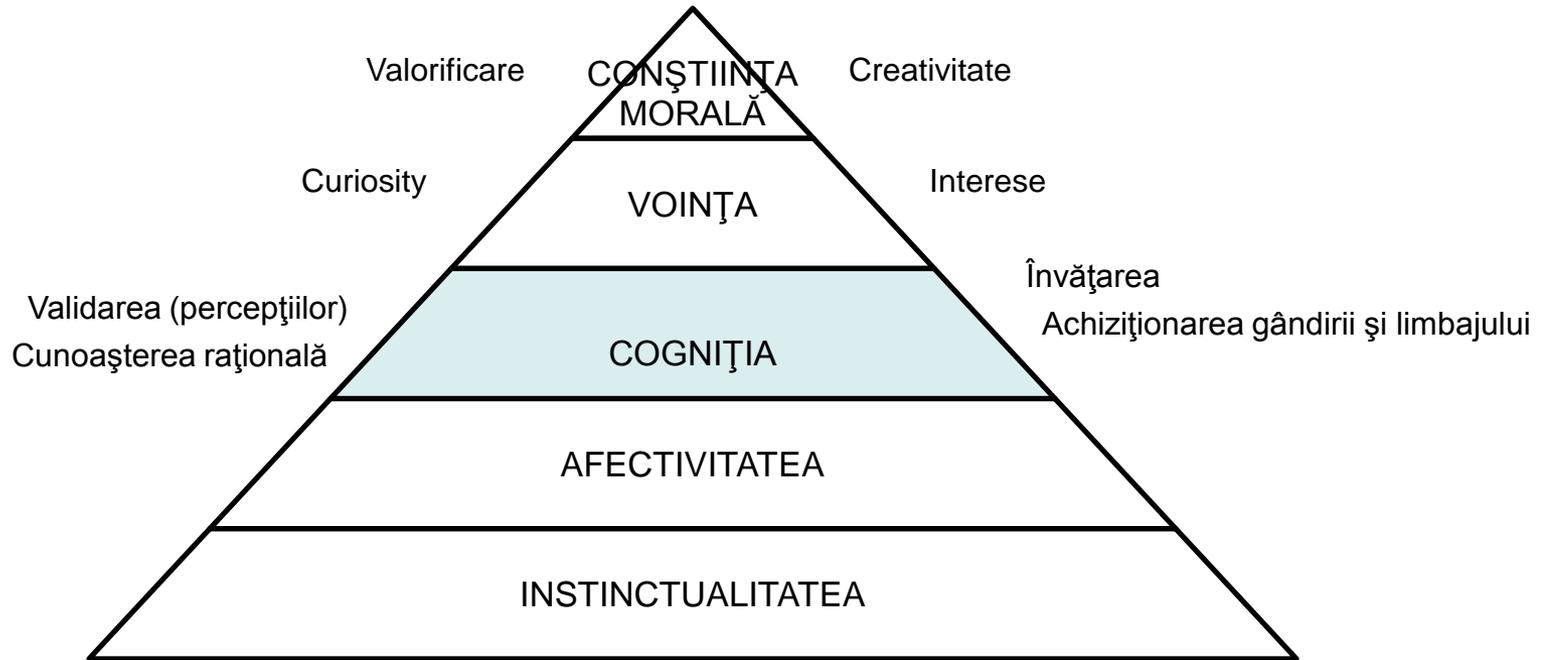
Definiție: capacitatea de a găsi soluția corectă în cel mai scurt timp

Etimologie: din latină pentru a înțelege, sau a discerne

OPERAȚIUNI:

1. **Validarea** informațiilor primite din exterior, interior
2. **Învățarea (achiziționarea)** informațiilor noi
3. **Gândirea și limbajul** interior și exprimat verbal, în scris și gesturi
4. **Cunoașterea rațională** a realității (înțelegere, aprofundare)
5. **Motivația**: curiozitatea, interesul
6. **Creativitatea**: capacitatea de a crea valori materiale și spirituale manifestate în domeniul științei și culturii
7. **Valorizarea**: aplicarea normelor valorice (etice, estetice) cu capacitatea de selecție

INTELIGENȚA



INTELIGENȚA ȘI MĂSURAREA ACESTEIA

$$\text{Coeficientul de inteligență (QI)} = \frac{\text{Vârsta mentală (VM)}}{\text{Vârsta cronologică (VC)}} \times 100$$

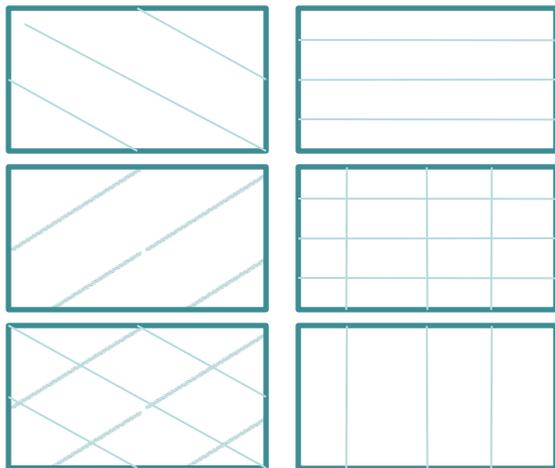
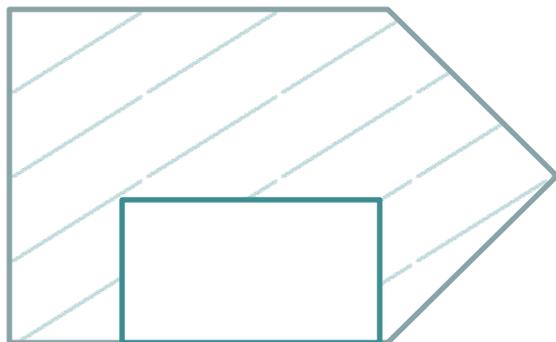
QI mediu: 100

QI Normal: 70 -130

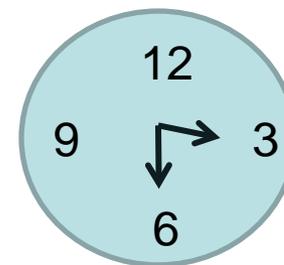
Indicele se calculează în funcție de niște baremuri de cunoștințe stabilite pentru fiecare vârstă. În funcție de media copiilor de o anumită vârstă se stabilește vârsta mentală care se raportează la vârsta cronologică.

Exemple de teste: matricele progresive ale lui Raven, Wechsler Adult Intelligence Scale, Stanford-Binet.

Există o multitudine de baterii de teste;
pentru cei care nu știu să scrie se folosesc
imagini (matrici progresive din testul Raven)



cronometrare



Etalonare necesară pentru
fiecare populație pe care este
aplicat testul

RETARDUL MINTAL / OLIGOFRENIA

- Dezvoltare mintală incompletă/oprire în dezvoltare a psihismului în ansamblul său
- Impactul asupra psihismului în dezvoltare (intrauterin și primii 3 ani de viață) este ORGANIC și DEFINITIV

RETARDUL MINTAL: CAUZE



- Genetice/metabolice
 - cromozomopatii: Sd. Down, Sd. Klinefelter, Sd. Turner
 - metabolismul amino acizilor fenilcetonurie
 - metabolismul purinelor: Lesh-Nyhan
 - metabolismul glicoproteinelor: Hunter, Hurler, Sanfilippo
 - metabolismul glicolipidelor: Tay-Sachs, Gaucher
 - metabolismul fosfolipidelor: Nieman-Pick
- Endocrine: hipotiroidism
- Hipoxie
- Traumatisme: perinatale, postnatale
- Infecții: antenatal (sindromul Torch: toxoplasmoză, rubeolă, citomegalvirus, herpes), postnatal (meningoencefalite)
- Intoxicații

INTELECTUL DE LIMITĂ

- QI: 70-90
- Nu are nevoie de protecție socială
- Prezintă tulburări de memorie și de învățare când e pus în situații suprasolicitante care depășesc nivelul lui de inteligență
- E bun executant

RETARD MENTAL UȘOR (DEBILITATE MENTALĂ)

- QI: 50-69
- Pot învăța limbajul vorbit, scrisul, cititul și calculul dar într-un timp dublu decât ceilalți copii (școli ajutătoare)
- Nu achiziționează gândirea abstractă
- Au capacitate de autoîngrijire (spălat, control sfincterian, mâncat, îmbrăcat)
- Au capacitatea de autoadministrare, pot presta munci manuale necalificate
- Pot să-și întemeieze o familie (între doi retardați). Nu e indicat să facă copii (sunt greu de convins)
- Sunt ușor de manipulat devenind instrumente ale personalităților psihopate (executanți, “gorile”)
- Pot să prezinte tulburări de conduită socială (dizarmonici) neînțelegând consecințele actelor lor sau pot să aibă un comportament ce nu deranjează societatea (armonici)
- Rar pot prezenta: epilepsie, autism, hiperkinezie, dismorfii faciale, paralizie cerebrală spastică, tulburări de auz și văz

RETARD MENTAL MODERAT/SEVER (IMBECILITATE)

- QI: 35-49 – RM moderat
- QI: 20-34 – RM sever
- Pot învăța doar limbajul vorbit (nu și scrisul, cititul, calculul)
- Achiziționează mersul
- Au capacitate de autoîngrijire (spălat, control sfincterian, mâncat, îmbrăcat) dar cu supraveghere
- Nu au capacitatea de autoadministrare,
- Pot presta munci simple stereotipe (cusut), uneori remunerate, sub supraveghere.
- Au nevoie de îngrijire în instituții speciale.
- Adesea prezintă: epilepsie, autism, hiperkinezie, dismorfii faciale, paralizie cerebrală spastică, tulburări de auz și văz

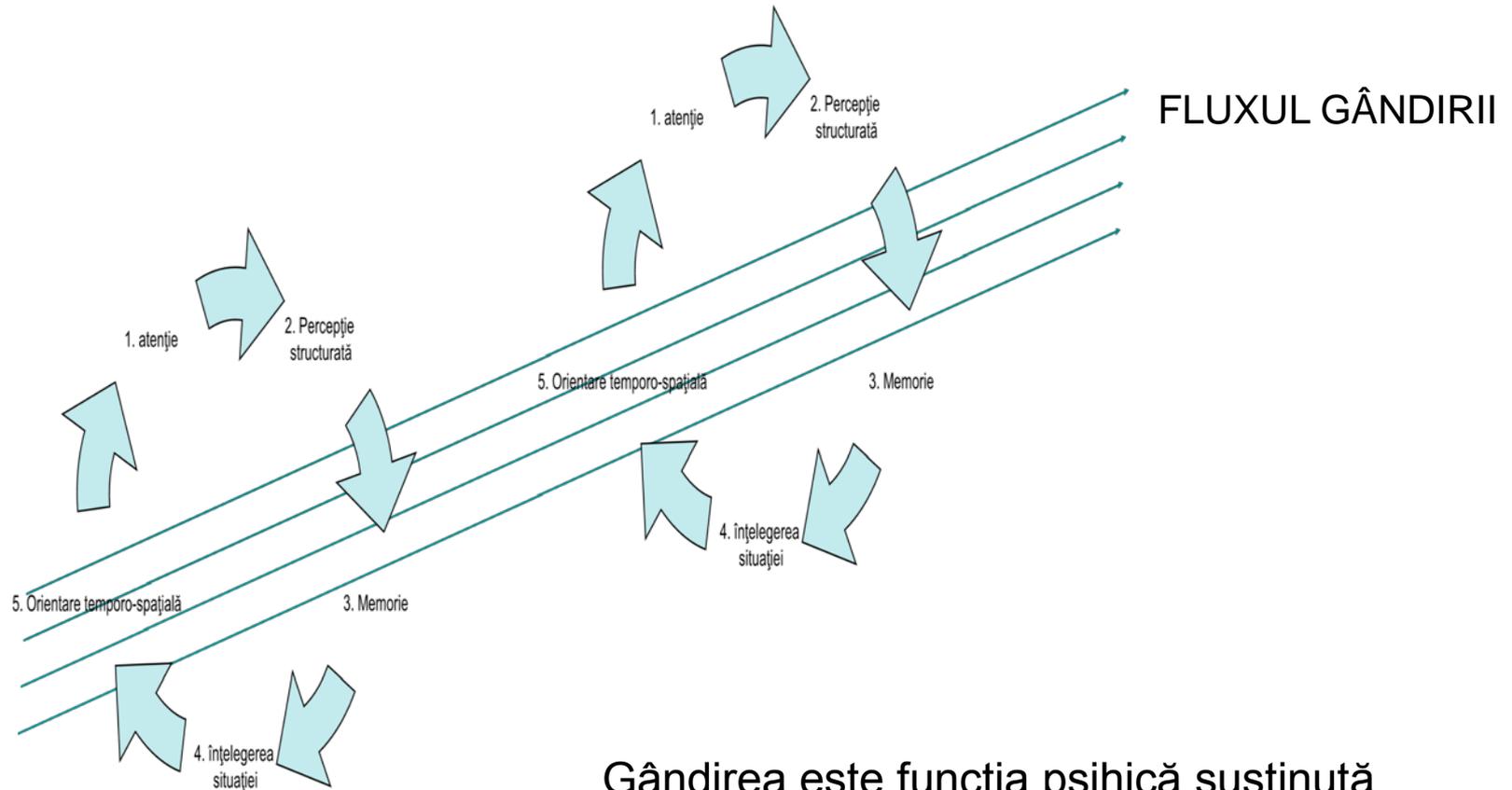
RETARD MINTAL PROFUND (IDIOȚIE)

- QI: <20. Viața psihică e rudimentară
- Nu achiziționează limbajul vorbit, scrisul, cititul, calculul. Comunicarea este nonverbală (urlete, sunete nearticulate)
- Nu achiziționează mersul
- N-au capacități de autoîngrijire (spălat, control sfincterian, mâncat, îmbrăcat) și nici nu pot fi învățați.
 - Pacientul care nu are control sfincterian = pacient gatos (oligofrenie, demență, comă)
 - Nu fac distincție între ceea ce e comestibil și ce nu (își pierd sau își mănâncă hainele)
- Nu au capacitatea de autoadministrare.
- Au nevoie de îngrijire în instituții speciale.
- Prezintă: epilepsie, autism, hiperkinezie, dismorfii faciale, paralizie cerebrală spastică, tulburări de auz și văz.

RETARD MENTAL (OLIGOFRENIA)

SEVERITATEA RM	UȘOR	MODERAT	SEVER	PROFUND
QI	69-50	49-35	34-20	19-0
TERMENI VECHI	DEBILITATE MENTALĂ	IMBECILITATE		IDIOȚIE
Gândire abstractă	Nu	Nu		Nu
Limbaj vorbit, scris, citit, calcul	Da, dar în timp dublu față de un copil normal	Pot achiziționa doar limbajul vorbit		Nu
Mers	Da	Da		Nu
Autoîngrijire (spălat, control sfincterian, mâncat, îmbrăcat)	Da	Da, dar necesită supraveghere		Nu
Autoadministrare, munci manuale, necalificate	Da	Nu, pot presta sub supraveghere munci simple, stereotipe		Îngrijire în instituții speciale
Tulburări de conduită	Da: dizarmonici Nu: armonici			
Familie și copii	Da	Nu		Nu
Epilepsie, autism, hiperkinezie, dismorfii faciale, paralizie cerebrală spastică, tulburări de auz și văz	Rar	Adesea		Da

GÂNDIREA



Gândirea este funcția psihică susținută de un flux ideativ logic și continuu

LIMBAJUL

- Cuvintele: simboluri abstracte ale unor fenomene, obiecte sau concluzii elaborate în planul gândirii abstracte
- Limbajul verbal este expresia selectată a gândirii
- Comunicarea nonverbală constă în:
 - mimică,
 - gestică,
 - postură
 - ritmul și intonația vorbirii

EXPRESIVITATEA MIMICO-GESTUALĂ

- Hiperexpresivitatea mimico-gestuală: mimică și gestică exagerată
 - personalitate histrionică
 - episod maniacal
- Hipoexpresivitate mimico-gestuală: mimică și gestică redusă, săracă
 - depresie
 - schizofrenie simplă
- Ecopraxie, ecomimie: imitarea gesturilor și mimicii altor persoane
 - schizofrenia catatonă
- Grimasele: contorsionare voluntară sau involuntară a mușchilor feței
 - schizofrenia hebefrenă: “botul schizofren”
 - efect secundar medicației neuroleptice incisive
 - durere
- Manierismele: expresivitate mimico-gestuală exagerată care și-a pierdut semnificația funcțională (comportamente stereotipe care imită gesturile ce privesc conveniențele sociale)
 - Schizofrenie hebefrenă
- Facies depresiv: comisurile în jos, omega depresiv
- Facies anxios: încordat, încruntat, exprimând teamă

POSTURA

- Distoniile secundare medicației neuroleptice incisive
 - Crize oculogire cu blocarea globilor oculari într-o parte sau plafonarea privirii
 - Torticolis, retrocolis
 - Opistotonus
- Postura parkinsoniană (în semn de întrebare) cu flexia capului, coatelor, genunchilor – efect secundar al medicației neuroleptice incisive
- Postura depresivă: privirea în jos, capul flectat, mâinile în poale
- Postura catatonă: flexibilitatea ceroasă: menținerea pentru o lungă perioadă de timp a unei poziții incomode induse de examinator (membrul superior ridicat, perna psihică)

GÂNDIREA

- Bogată/săracă
- Rapidă / lentă
- Elaborată/simplă, stereotipă
- Abstractă/concretă
- Logică/incoerentă
- Sintetică/ analitică

GÂNDIREA

- **RAȚIONAMENTUL:** Operațiune mintală prin care din două sau mai multe judecăți (premise) se obține o judecată nouă ce decurge logic din primele
- **JUDECATĂ:**
 - capacitatea de a gândi logic sau
 - formă de gândire exprimată printr-o propoziție în care se afirmă sau se neagă ceva

GÂNDIREA

- DEDUCȚIA: raționament logic, independent de experiență
 - SILOGISMUL: raționament deductiv alcătuit din trei judecăți, a treia reprezentând concluzia care se deduce din prima judecată prin intermediul celei de a doua
- INDUCȚIA: afirmă o lege generală pornind de la un mare număr de fapte. Nu este un raționament logic.

GÂNDIREA

- INTUIȚIA: formă de cunoaștere imediată pe baza experienței și a cunoștințelor achiziționate anterior și nu prin raționament (a vedea = tueri, lat)
 - soluția apare brusc după ce individul a încetat să o caute în psihismul conștient
 - probabil se bazează și pe emoții conectate cu experiențe anterioare

TULBURĂRILE DE GÂNDIRE

CANTITATIVE (ritm și cantitate)

FUGA DE IDEI

LENTOAREA FLUXULUI IDEATIV

CALITATIVE (conținut)

DELIRUL

OBSESIA

TULBURĂRI FORMALE

GÂNDIREA DIGRESIVĂ

GÂNDIREA CIRCUMSTANȚIALĂ

DISOCIAȚIA (INCOERENȚA)

TULBURĂRILE CANTITATIVE ALE GÂNDIRII

- Se referă la ritmul fluxului ideativ:
 - Gândirea rapidă: se datorează unei accelerări a ansamblului vieții psihice = tahipsihie (în manie)
de ex: FUGA DE IDEI are ca și expresie verbală: vorbire telegrafică (individul nu poate vorbi în ritmul în care gândește și cuvintele de prisos sunt eliminate).

TAHILALIE, LOGOREE, GRAFOREE

- În normalitate gândirea rapidă apare în condiții de bună dispoziție
- Mai apare în intoxicația etanolică (cantități mici), intoxicație cu droguri stimulante

TULBURĂRILE CANTITATIVE ALE GÂNDIRII

- Se referă la ritmul fluxului ideativ:
 - Gândirea lentă: se datorează unei încetiniri a ansamblului vieții psihice = bradipsihie (în depresie, la personalitatea epileptoidă)
de ex: BRADILALIE
Pacientul vorbește în ritm lent, cu latențe mari între întrebare și răspuns și răspunsuri cât mai scurte, monosilabice. De obicei nu inițiază dialogul.
- Gândirea lentă apare:
 - în normalitate în condiții de somnolență
 - în depresie
 - în intoxicația etanolică
 - la personalități epileptoide: gândire lentă și neselectivă

TULBURĂRI CANTITATIVE

- Conținut:
 - Bogat: LOGOREE, manie
 - Sărac: VORBIRE LACONICĂ: concisă, cu răspunsuri scurte, uneori monosilabice (da /nu): depresie
 - Nu! : BARAJUL MENTAL

TULBURĂRI CANTITATIVE

- **BARAJUL MINTAL** = întreruperea bruscă și nemotivată a fluxului gândirii și vorbirii,
 - pe care pacientul o resimte ca pe un “gol” (sentimentul de cap gol)
 - care pot fi reluate după o pauză
 - în schizofrenie sau la cei care fac multe divagații
- **FADING MENTAL**= lentoare progresivă a fluxului gândirii până la baraj
- **MENTISMUL**= apariția bruscă a unui mare număr de gânduri care se derulează rapid și necontrolabil (avalanșă deranjantă de gânduri imposibil de oprit de către individ)

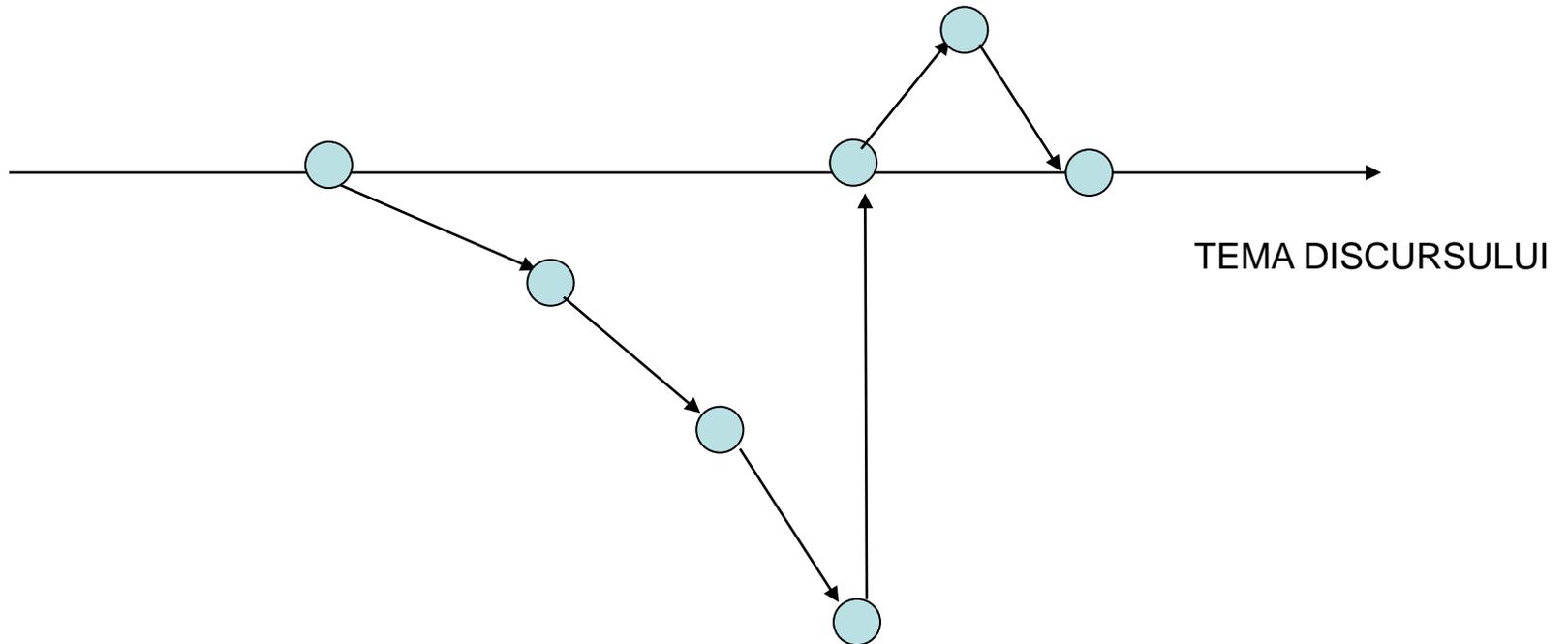
TULBURĂRI CANTITATIVE

- Manie: tahilalie+logoree + fugă de idei
- Depresie: bradilalie+vorbire laconică
- Schizofrenie: baraj mintal sau mentism

TULBURĂRILE FORMALE DE GÂNDIRE

- GÂNDIREA DIGRESIVĂ:
 - Se corelează uneori cu tahipsihia
 - Persoana se abate de la tema discursului făcând digresiuni dar până la urmă ajunge din nou la tema discursului

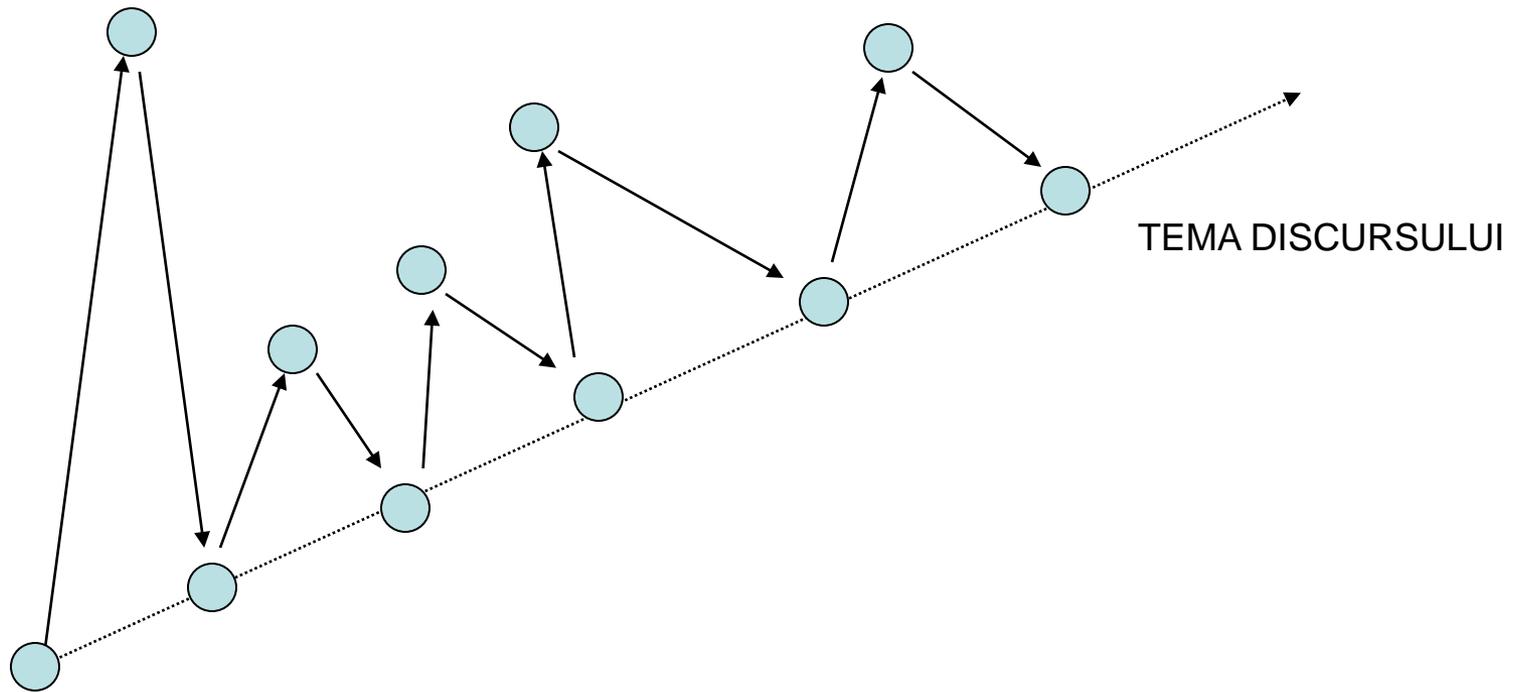
GÂNDIREA DIGRESIVĂ



TULBURĂRILE FORMALE DE GÂNDIRE

- GÂNDIREA CIRCUMSTANȚIALĂ
 - Se corelează cu bradipsihia
 - La epileptoid: gândire vâscoasă (comparată cu mierea care se scurge lent):
 - Adezivitate puternică la temă (odată întreruptă, persoana răspunde la întrebare apoi sare din nou la tema veche din punctul de unde a fost întreruptă)
 - Incapacitate de sinteză, selectivitate (persoana ridică amănuntele la rang de esențial)

GÂNDIREA CIRCUMSTANȚIALĂ



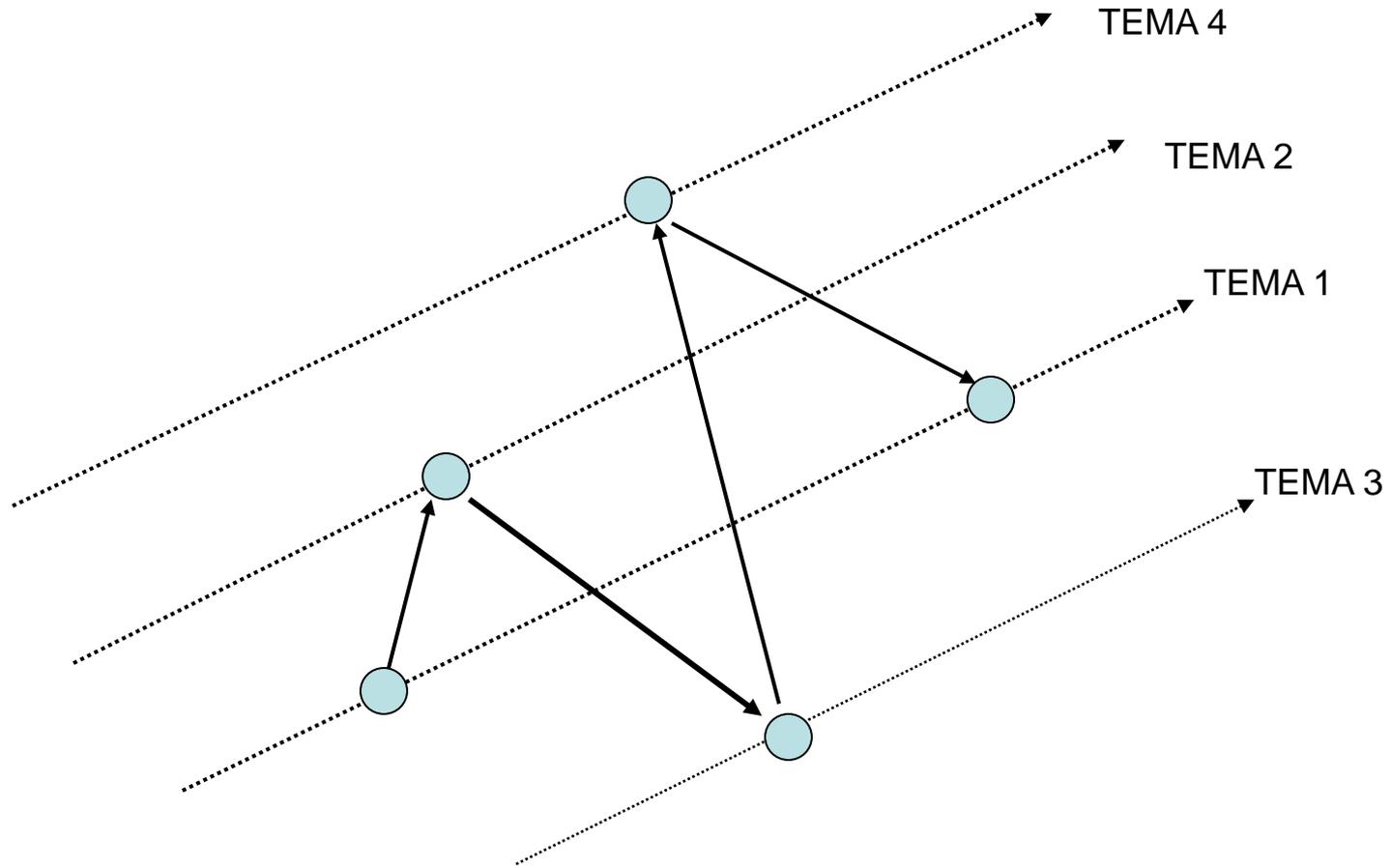
TULBURĂRI FORMALE DE GÂNDIRE

- DISOCIAȚIA IDEO-VERBALĂ: "scindare" a gândirii astfel încât gândirea își pierde coerența:
 - Ideile se asociază la întâmplare
 - Cuvintele se asociază fără nici o regulă
 - Se pierde structura gramaticală
 - Se pierde sensul
 - În planul limbajului: SALATA DE CUVINTE, text incomprehensibil

TULBURĂRI FORMALE DE GÂNDIRE

- DISOCIAȚIA IDEO-VERBALĂ:
 - Uneori cuvintele se asociază prin asonanță: **albă, nalbă, salbă**
 - Uneori se inventează cuvinte “neologisme” (≠ neologismele adevărate): **statovnicie**
 - Uneori se atribuie alte sensuri unor cuvinte care în mod normal au un sens cunoscut de toată lumea: **mov = moarte**
 - Se fac sciziuni la nivelul cuvintelor:
 - Ai dușmani?**
 - Duș am făcut azi dimineață, ani am mulți**
- Apare caracteristic în schizofrenie

DISOCIAȚIA IDEO-VERBALĂ (INCOERENȚA)



TULBURĂRILE CALITATIVE DE GÂNDIRE (CONȚINUT ANORMAL AL GÂNDIRII)

- IDEEA OBSESIVĂ:
 - Gânduri, rumații, imagini, impulsii sau îndoieli intruzive, persistente, recurente, egodistonice, care parazitează conștiința individului
 - Individul îi recunoaște caracterul patologic (≠ delir)
 - Individul recunoaște gândurile ca fiind proprii (≠ sd. de transparentă-influență)
 - Conținut:
 - abstract: unde este Dumnezeu?, unde e sfârșitul Universului (ruminații)
 - Banal: ordine, simetrie (ruminații)
 - Rușinos, agresiv, stânjenitor (impulsii)
 - În normalitate:
 - Conștiința morală generează cel mai frecvent obsesii
 - Lapsus-ul = obsesia noțiunii uitate
 - Muzica: melodie parazitantă
 - În patologie:
 - Tulburarea obsesiv-compulsivă (obsesii și sau compulsii)
 - Depresie (ruminații depresive)
 - Tulburarea de stres posttraumatic (flashbackuri)
 - Schizofrenie (caracter bizar)

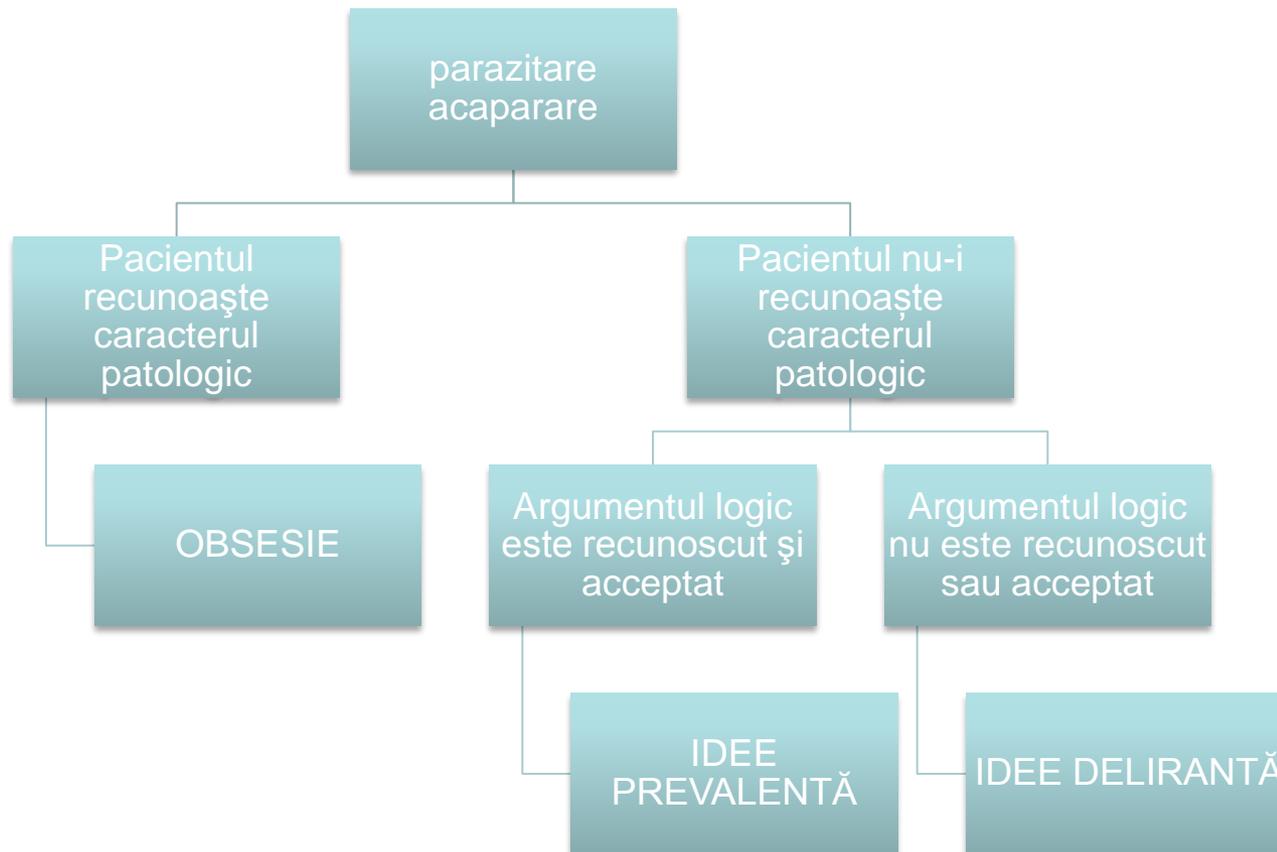
TULBURĂRILE CALITATIVE DE GÂNDIRE (CONȚINUT ANORMAL AL GÂNDIRII)

- IDEEA DELIRANTĂ:
 - Def: convingere patologică, fără substrat real (convingere absolută într-o idee falsă)
 - Apare pe câmp de conștiință clar (≠ delirium /stare confuzională)
 - Trebuie ținut cont de credințele socio-culturale la care persoana aderă
 - Pacientul nu-i recunoaște caracterul patologic
 - Nu poate fi combătută cu argumente logice
 - Premiza nu e firească: **e otrăvit**
 - Comportamentul corespunde delirului (comportament motivat delirant): **pungă cu mâncare de acasă pe care o ține cu el pentru a nu fi otrăvit**
 - Parazitează gândirea: pacientul trăiește prin și pentru delirul său.

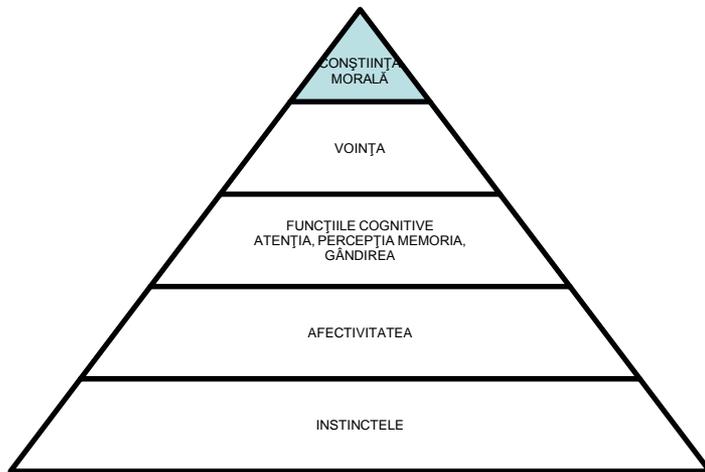
TULBURĂRILE CALITATIVE DE GÂNDIRE (CONȚINUT ANORMAL AL GÂNDIRII)

- **IDEEA PREVALENTĂ:**
 - Def: idee ce pornește de la un fapt real din viața pacientului care îi acaparează toate preocupările
 - Pacientul nu-i recunoaște caracterul patologic
 - Pacientul nu se poate sustrage parazitajului, ideea prevalentă dominându-i viața și subordonând alte idei.

TULBURĂRILE CALITATIVE DE GÂNDIRE (CONȚINUT ANORMAL AL GÂNDIRII)

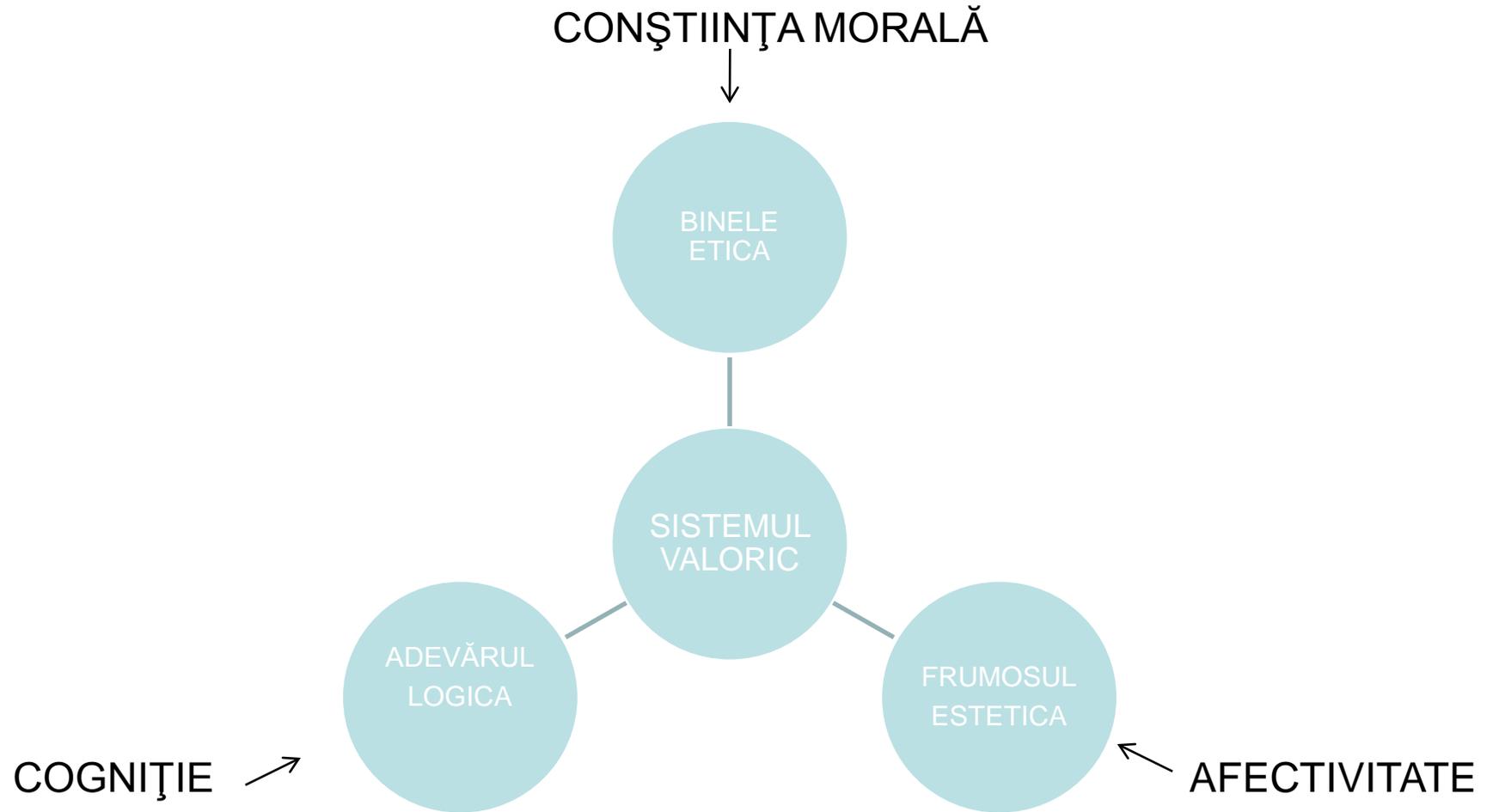


NIVELUL SPIRITUAL VALORIC

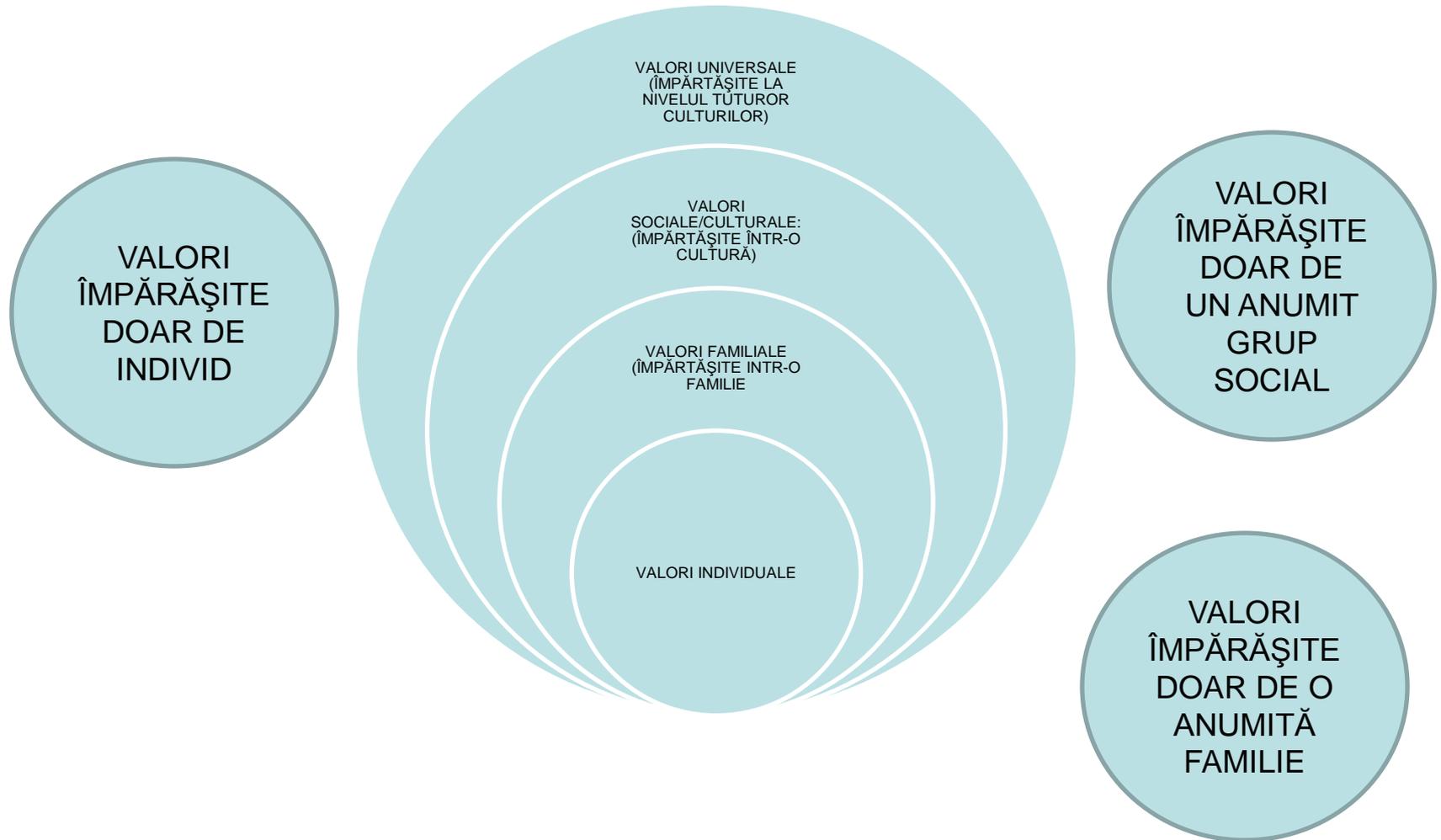


- Diferențiază omul de animal
- 3 valori : binele, adevărul și frumosul

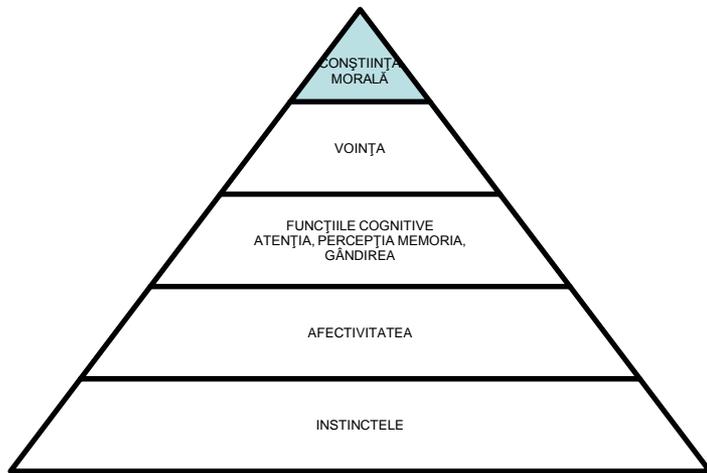
SISTEMUL VALORIC



SISTEMUL VALORIC

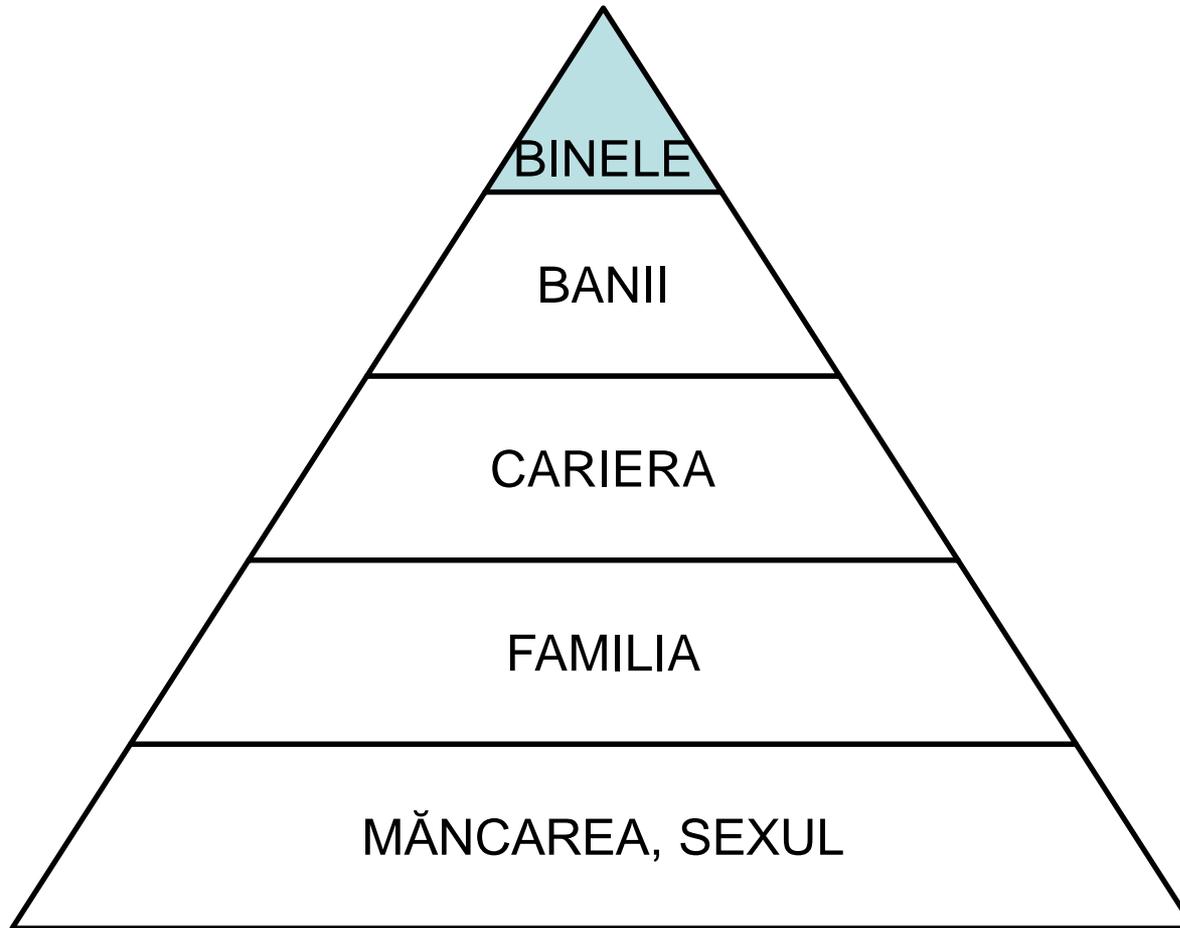


DIMENSIUNEA MORALĂ A PSIHISMULUI UMAN

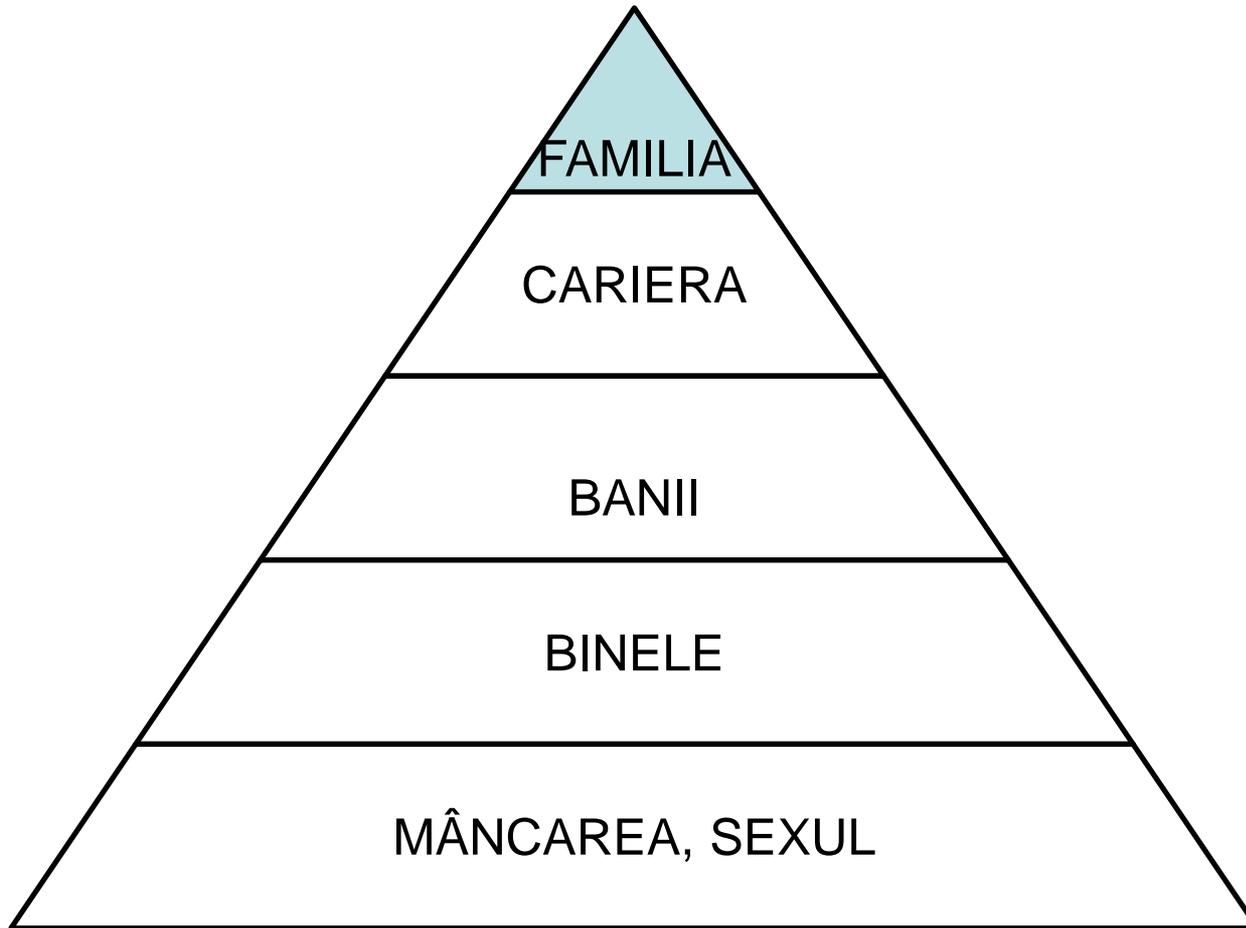


- CONȘTIINȚA MORALĂ: totalitatea valorilor, normelor morale care stau la baza funcționării în societate
- Sistemul valoric este ierarhizat

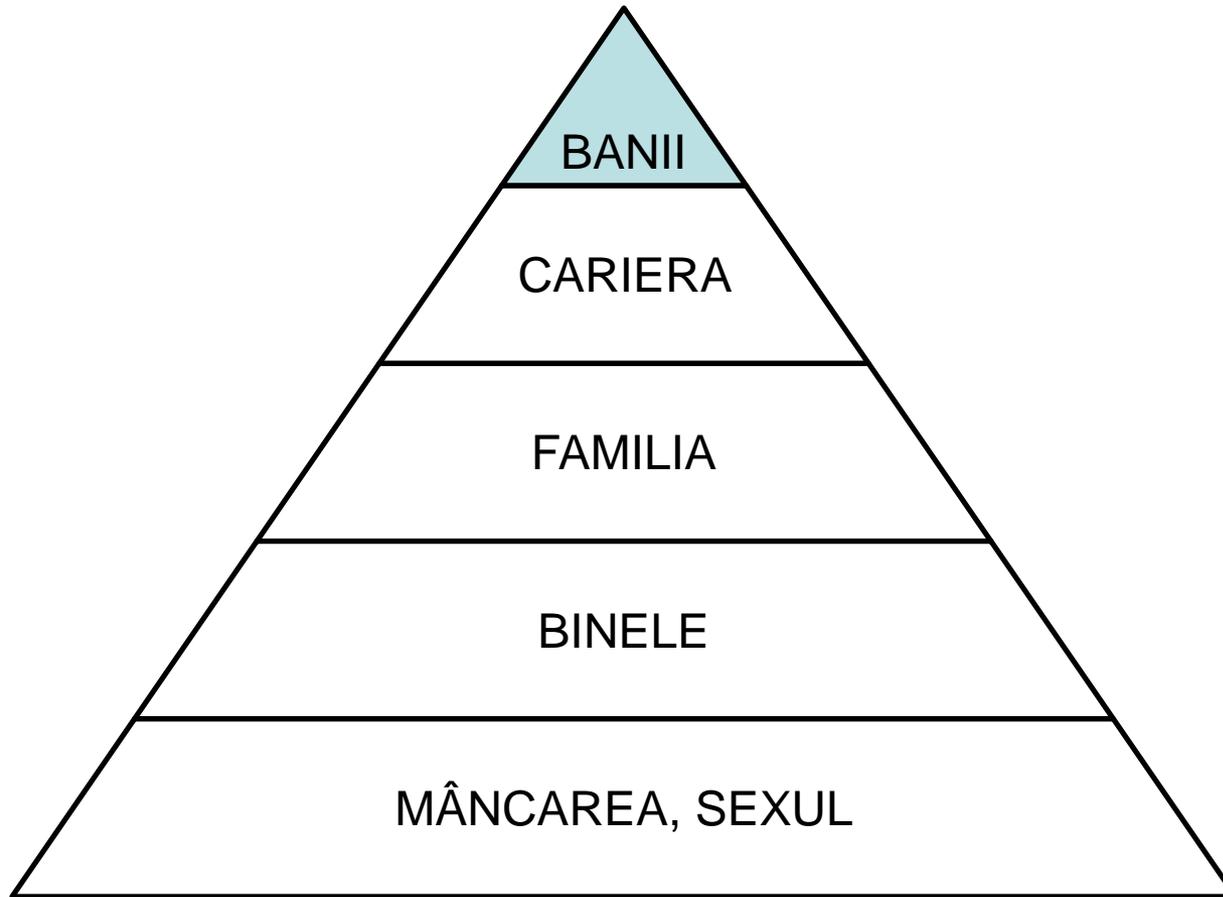
SISTEMUL IERARHIZAT DE VALORI



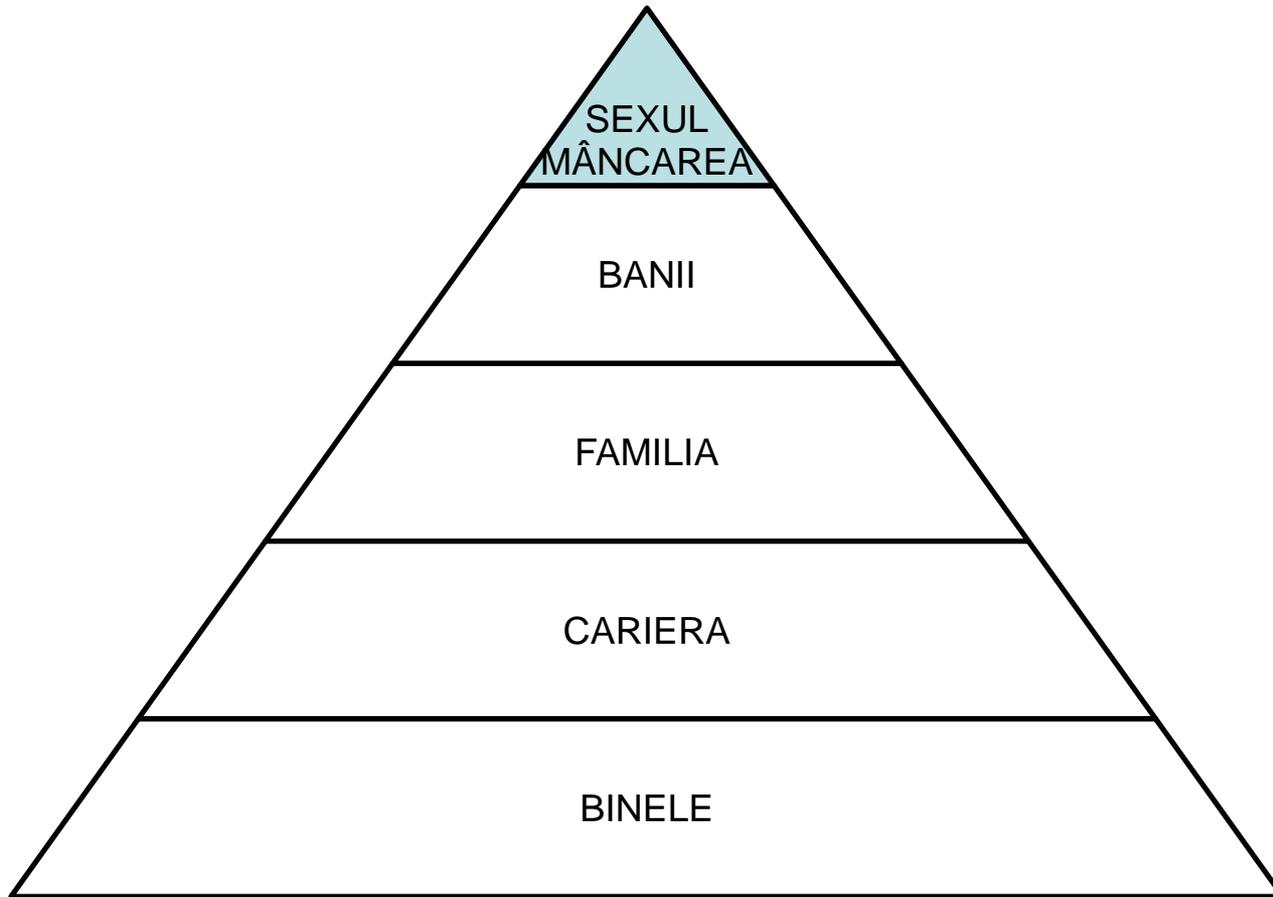
SISTEMUL IERARHIZAT DE VALORI



SISTEMUL IERARHIZAT DE VALORI



SISTEMUL IERARHIZAT DE VALORI



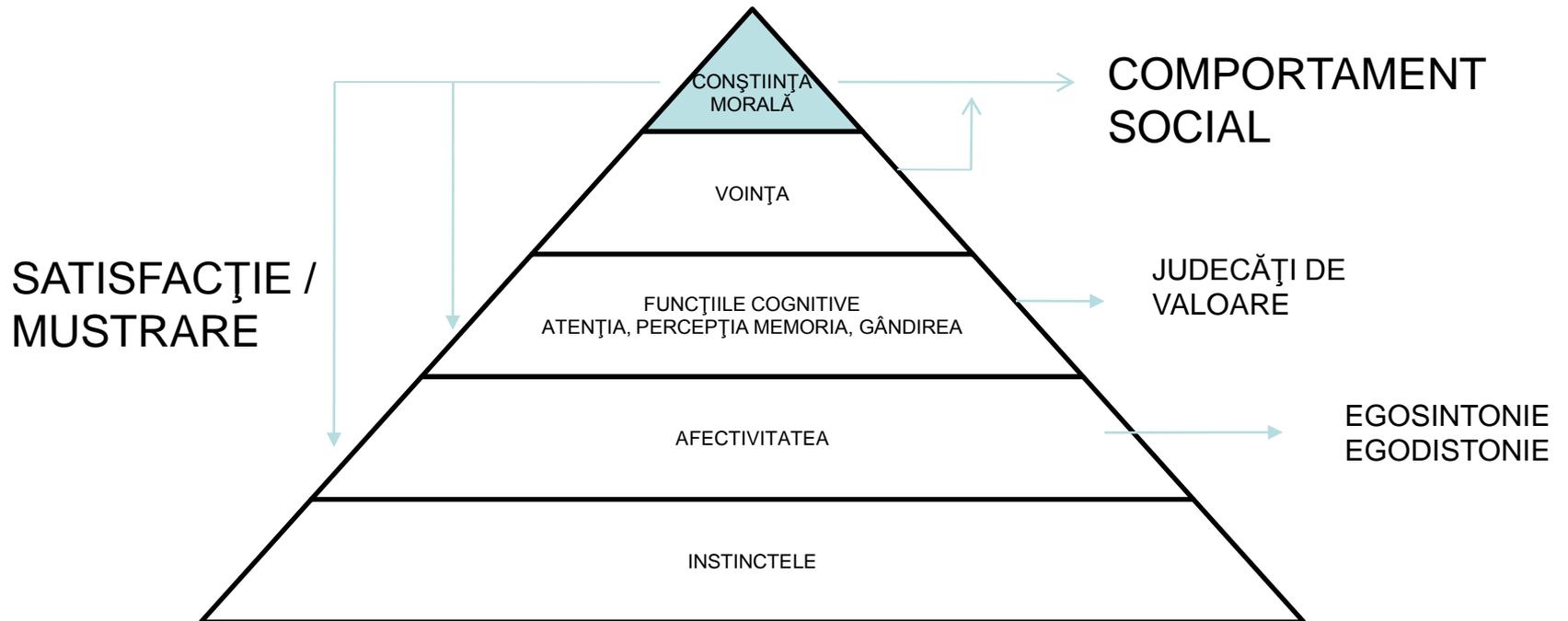
DIMENSIUNEA MORALĂ A PSIHISMULUI UMAN

- Copil:
 - 3 ani: egocentrice, nu au noțiunea de bine și rău
 - 7 ani: învață să asculte de reguli și să se controleze
 - învață să facă distincția dintre bine și rău
- Adolescent: reorganizare a normelor valorice:
 - contestarea valorilor părinților, școlii, familiei, societății în general cu
 - edificarea propriului sistem de valori
- Adult: asumarea LIBERĂ (acceptarea) unui anumit sistem valoric care poate sau nu să coincidă cu valorile societății

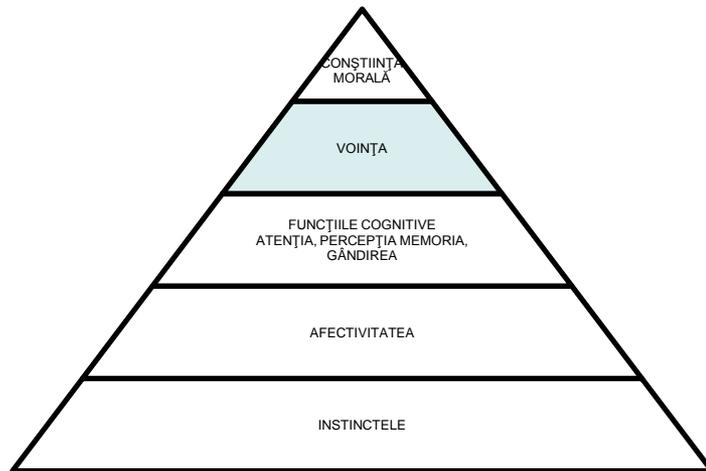
DIMENSIUNEA MORALĂ A PSIHISMULUI UMAN

- Indivizii cu RETARD MENTAL:
 - nu fac deosebirea între bine și rău
 - nu sunt responsabili de actele lor
- Indivizii cu TULBURARE DE PERSONALITATE de tip DISSOCIAL (SAU ANTISOCIAL):
 - au un QI care le permite să facă diferența între bine și rău dar aleg răul
 - sunt responsabili de actele lor!

DIMENSIUNEA MORALĂ A PSIHISMULUI UMAN



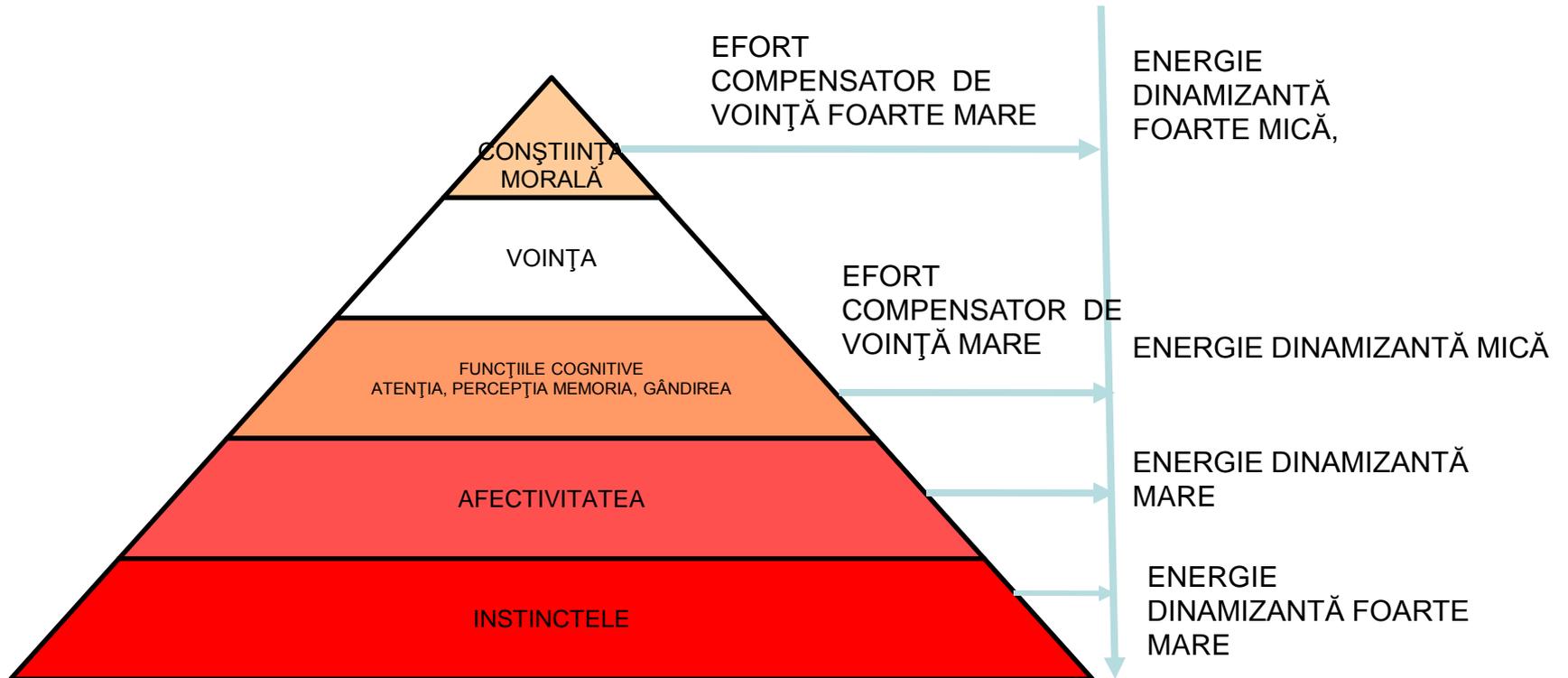
NIVELUL VOLIȚIONAL: VOINȚA



Bouleuterion-ul din Priene

VOINȚĂ = BOULE (gr.) = consiliu

DIMENSIUNILE PSIHISMULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL ENERGIEI DINAMIZANTE (MOTIVAȚIONALE)



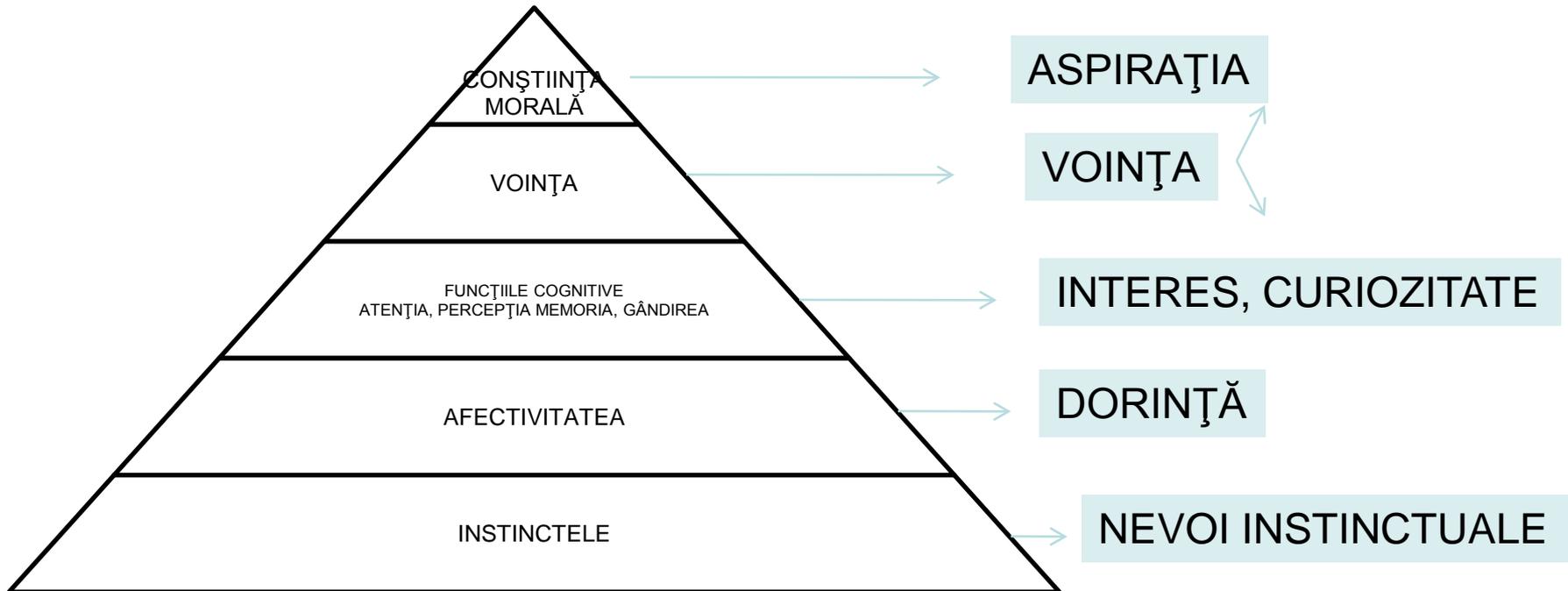
NIVELUL VOLIȚIONAL

- Nivelele instinctual și afectiv au energie dinamizantă proprie putând declanșa un comportament
- Nivelele cognitiv și spiritual-valoric neavând un substrat energetic eficient, trebuie susținute prin voință

TEORIA MOTIVAȚIONALĂ ȘI COMPORTAMENTUL

- INSTANȚELE MOTIVAȚIONALE
- ETAPELE PROCESULUI MOTIVAȚIONAL
- NEUROBIOLOGIA ȘI NEUROANATOMIA
SISTEMULUI MOTIVAȚIONAL

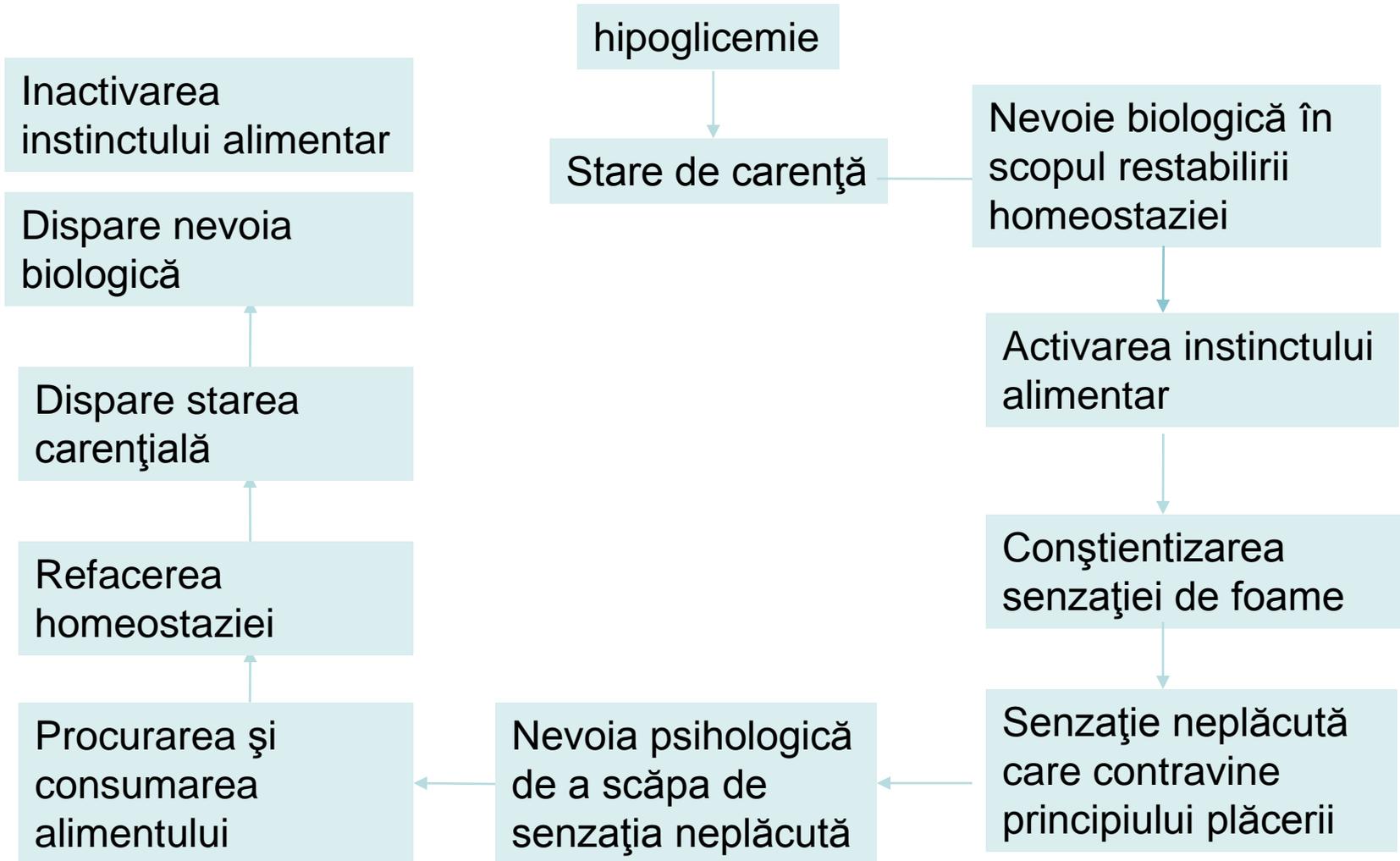
INSTANȚELE MOTIVAȚIONALE



ETAPELE PROCESULUI MOTIVAȚIONAL

1. Activarea instanțelor motivaționale
2. Deliberarea: la nivel cognitiv (strategii, judecăți valorice, calcularea consecințelor)
3. Etapa decizională
4. Trecerea la act
5. Persistența în act necesară atingerii scopului

ETAPELE PROCESULUI MOTIVAȚIONAL



ETAPELE PROCESULUI MOTIVAȚIONAL

- Obiectivul: dispariția senzației de foame
- Funcțiile psihice:
 - din pdv. al pulsionii alimentare: orice aliment e bun
 - din pdv. al afectivității: preferințele alimentare
 - din pdv. al rațiunii: trebuie consumate alimente sănătoase
 - din pdv. al conștiinței morale: alimentele nu pot fi procurate prin orice mijloace

ETAPELE PROCESULUI MOTIVAȚIONAL

- Punctele de vedere pot fi diferite: etapa deliberării sunt expuse punctele de vedere precum și argumentele pro și contra
- Decizia o ia rațiunea care e slab energetică față de instincte și afectivitate
Intervine voința
 - Dacă e slabă: decizia nu va fi pusă în act
 - Dacă e puternică: trecerea la act în vederea obținerii obiectivului

ETAPELE PROCESULUI MOTIVAȚIONAL

- Trecerea la act trebuie susținută în vederea atingerii scopului. Dacă durata e mai lungă, voința trebuie să realizeze persistența în act
- De ex: în manie trecerea la act este rapidă dar persistența în act este afectată, acțiunile nefiind finalizate
- Din când în când se face un bilanț: a fost respectat planul, au apărut elemente noi

NIVELUL VOLIȚIONAL

- HIPERBULIA
 - Nu e considerată patologică
 - Poate apărea la unii bolnavi paranoiaci
- HIPOBULIA /ABULIA:
 - Poate fi o trăsătură de personalitate
 - Depresie
 - Schizofrenia simplă
 - Demența Pick

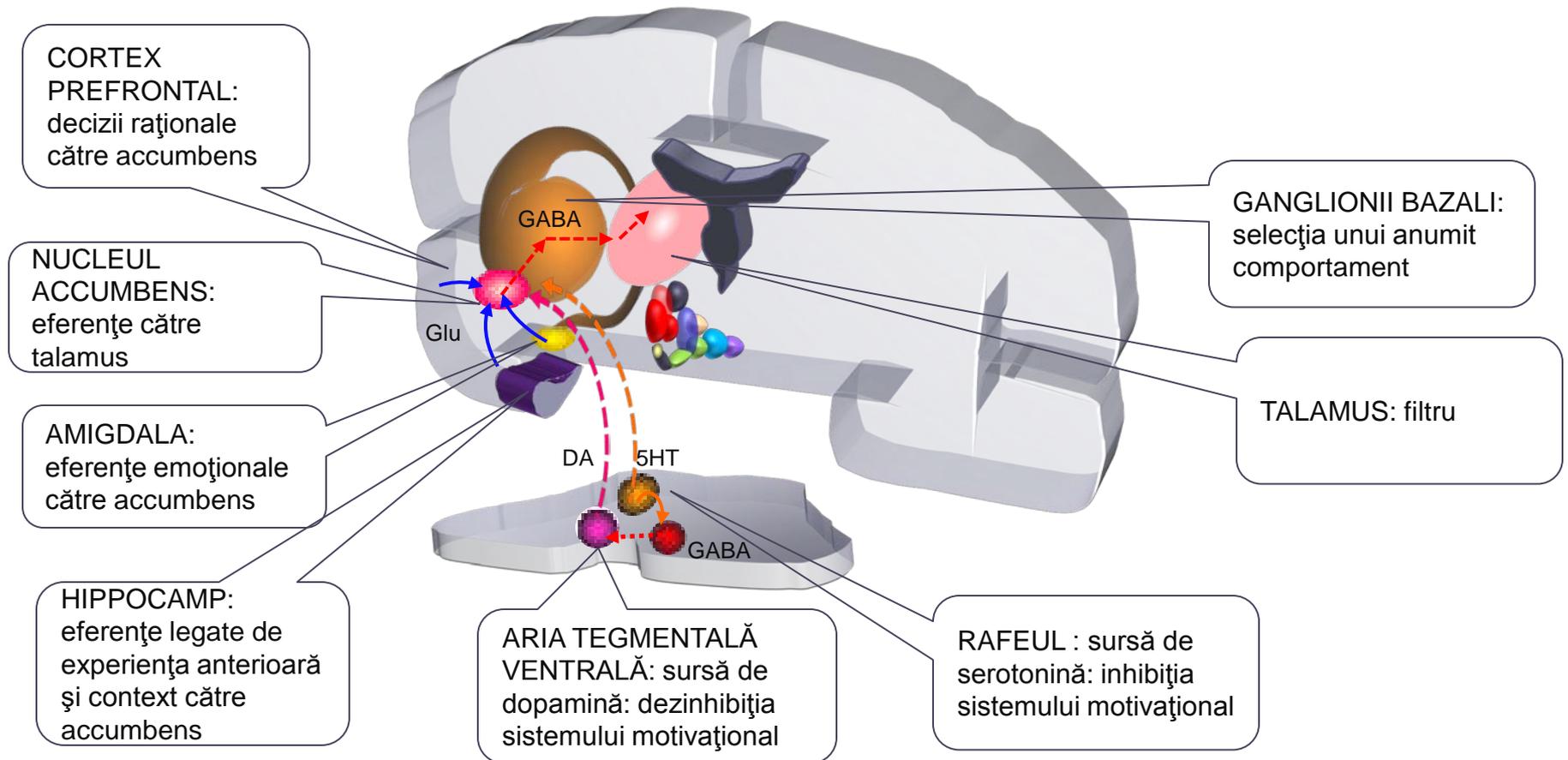
ETAPELE PROCESULUI MOTIVAȚIONAL ÎN PATOLOGIE

1. Activarea instanțelor motivaționale: slabă în schizofrenia simplă și depresie, ușoară în manie
2. Deliberarea: lungă în depresie, pripită în manie, inexistentă (scurt-circuitată) la personalitățile impulsive
3. Luarea deciziilor: dificilă la personalitățile dependente (necesită o altă persoană care să-și asume responsabilitatea sau să supervizeze)
4. Trecerea la act: dificilă în depresie, rapidă în manie, imediată la personalitățile impulsive
5. Persistența în act: dificilă în manie

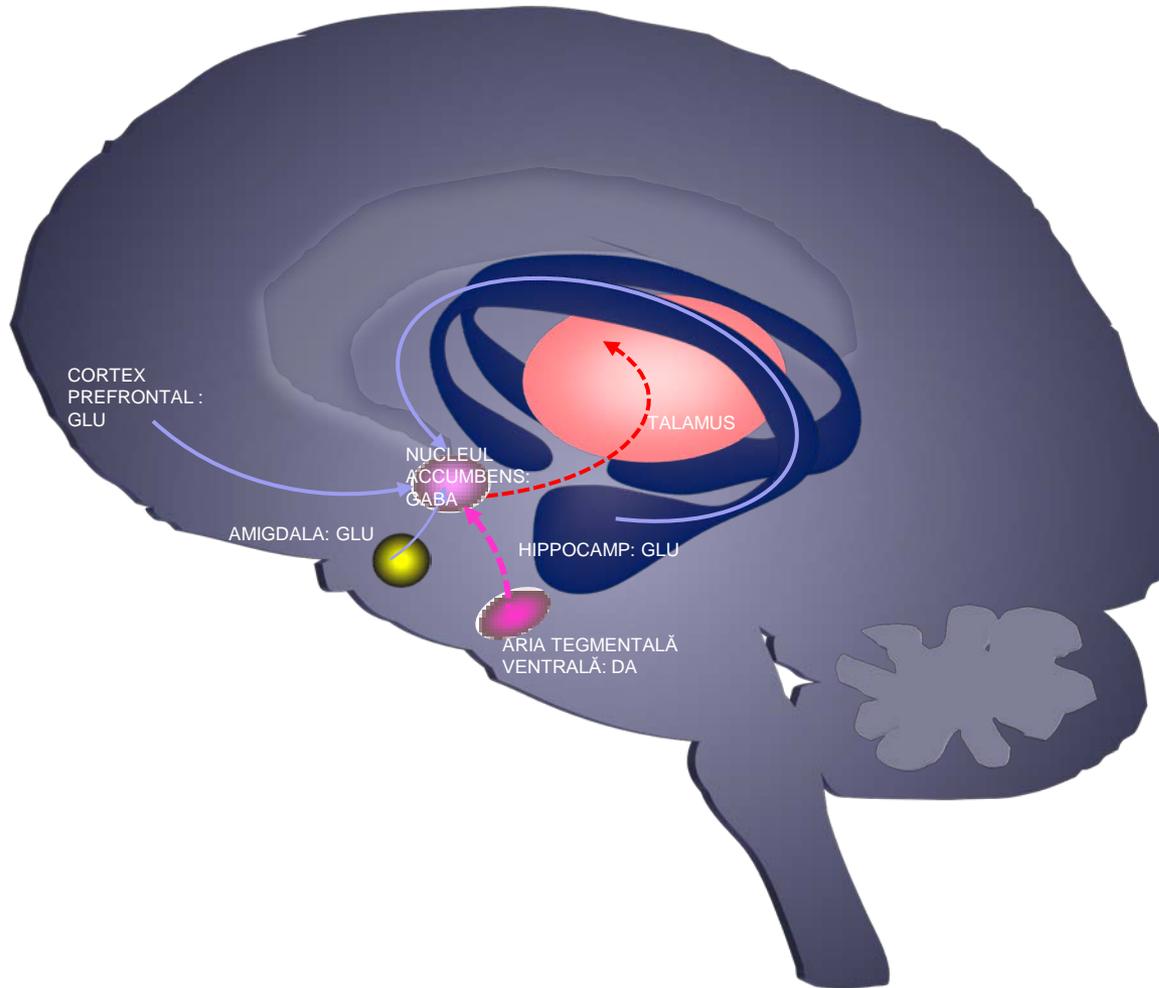
NEUROANATOMIA ȘI NEUROBIOLOGIA SISTEMULUI MOTIVAȚIONAL

- CORTEXUL PREFRONTAL (eferențe glutamatergice către nucleul accumbens):
 - Funcții executive (rezolvarea de probleme: planificare, predicții, feedback)
 - Decizii raționae
- AMIGDALA (eferențe glutamatergice către nucleul accumbens): deciziile cortexului prefrontal sunt influențate de emoții. În absența procesării raționale la nivelul cortexului prefrontal sau a procesării ținând cont de context prin intervenția hipocampului, deciziile se iau pe baza emoțiilor.
- HIPPOCAMPUL (eferențe glutamatergice către nucleul accumbens): deciziile cortexului prefrontal trebuie să țină cont de context sau de experiența anterioară a individului
- NUCLEUL ACCUMBENS: este dificil de activat doar de cortexul prefrontal (sunt necesare eferențe din hipocamp și/sau amigdală)
- GANGLIONII BAZALI: rol în selecția unui anumit comportament
- TALAMUS: filtrarea deciziilor, percepțiilor și comportamentelor
- ARIA TEGMENTALĂ VENTRALĂ (ATV): eferențe dopaminergice (DA) către nucleul accumbens nucleus. Efect global de dezinhibiție asupra sistemului motivațional (trecere la act)
- RAPEUL: eferențe serotoninergice (5HT) către ATV inhibând secreția de dopamină. Reducerea nivelurilor de serotonină a fost corelată cu impulsivitatea

NEUROANATOMIA ȘI NEUROBIOLOGIA SISTEMULUI MOTIVAȚIONAL



LUAREA DECIZIILOR



L. Del

TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT

MODIFICĂRI CANTITATIVE

HIPOKINEZIA ȘI BRADIKINEZIA

INHIBIȚIA PSIHO-MOTORIE

STUPORUL

HIPERKINEZIA ȘI TAHIKINEZIA

NELINIȘTEA PSIHO-MOTORIE

AGITAȚIA PSIHO-MOTORIE

MODIFICĂRI CALITATIVE

TREMOR

TICURI

DISKINEZII

STEREOTIPII, PERSEVERĂRI

TULBURĂRILE CANTITATIVE DE COMPORTAMENT:

- Neliniște psihomotorie
 - Anxietate generalizată
 - Hipomanie
 - Psihoze secundar trăirilor halucinatorii și delirante
 - Akatizie: neliniște psiho-motorie indusă de medicația neuroleptică incisivă
- Agitație psihomotorie: grad maxim de neliniște psiho-motorie dezordonată, lipsită de sens însoțită de agresivitate
 - Furie
 - Atac de panică foarte intens
 - Manie cu ocuparea întregului spațiu aflat la dispoziție, influențată de evenimente – “furor maniacalis”
 - Psihoze secundar trăirilor halucinatorii și delirante
 - Schizofrenia catatonă: agitație limitată la un spațiu mic, stereotipă, neinfluențată de evenimente și scurtă (raptus)
 - Stare confuzională: agitație haotică, nu are scop (intoxicație cu droguri stimulante, sevraj la droguri sedative)

Tahikinezie + hiperkinezie (mișcări rapide și multe) – manie

TULBURĂRILE CANTITATIVE DE COMPORTAMENT

- Inhibiție psiho-motorie
 - Depresie: mișcări lente, răspunsuri lente cu perioadă mare de latență
 - Personalitatea epileptoidă: lentoare foarte mare în tot ceea ce face
 - Astenie
 - stare confuzională (intoxicație cu droguri sedative)
- Stupor: grad maxim de inhibiție psiho-motorie cu absența mișcărilor spontane sau la comandă
 - Depresiv: cu hipotonie: depresia severă
 - Cataton: cu hipertonie și flexibilitate ceroasă: schizofrenia catatonă
 - Reactiv: într-un atac de panică, emoții
 - Organic: suferință organică cerebrală

Bradikinezie + hipokinezie (mișcări lente și puține) - depresie

- Negativism
 - pasiv: subiectul ignoră salutul sau comenzile examinatorului
 - activ: subiectul face contrariul a ceea ce i se comandă –
 - în schizofrenia catatonă

SD CATATON

- STUPOR cataton sau AGITAȚIE catatonă
- Hipertonie musculară generalizată (rigiditate)
- Flexibilitate ceroasă (catalepsie)
- Stereotipie de poziție sau stereotipie de mișcare
- Negativism pasiv: nu se mișcă, nu răspunde, rămâne nemișcat când i se dă mâncare, refuză controlul sfincterian (incontinență)
- Negativism activ (întoarce capul în direcția opusă când i se dă să mănânce sau se încearcă comunicarea, refuzul activ de a urina – risc de glob vezical, de a defeca – risc de fecalom)
- Sugestionabilitate crescută: echomimie, echopraxie, echolalie

Urgență: trebuie alimentat și hidratat !

TULBURĂRILE CALITATIVE DE COMPORTAMENT

- Tremorul: mișcări involuntare ritmice ale extremităților sau ale membrelor și capului (tremor generalizat)
 - Parkinsonian de repaus secundar administrării neurolepticelor incisive
 - Anxios (în atacul de panică)
 - Conversiv (în tulburarea disociativ-conversivă)
- Ticurile: mișcări bruște, repetitive și involuntare
 - Boala ticurilor: ticuri motorii și verbale cacofonice (Gilles de la Tourette)
 - Ticuri anxioase la copii
- Diskinezia: mișcări involuntare de tip buco-facial (mestecat, protruzia limbii), sau de tip coreo-atetozic induse de medicația neuroleptică incisivă:
 - Mișcări coreice: mișcări ample și bruște de la rădăcina membrelor (dansul Sf. Vitus)
 - Mișcări atetozice: mișcări de amplitudine mică, lente, la nivelul extremităților membrelor
- Stereotipiile: repetarea fără sens a unor mișcări sau cuvinte care nu au avut niciodată sens – schizofrenia hebefrenă, catatonă sau în retardul mental
- Perseverările: repetarea fără sens a unor mișcări sau cuvinte inițial adecvate – schizofrenia hebefrenă

TULBURĂRI DE COMPORTAMENT

- Bizar
 - Secundar dezorganizării ideo-verbale în schizofrenia hebefrenă
 - Motivat halucinator (pacientul execută ordinele date de halucinațiile imperative sau se uită în direcția halucinațiilor apelative)
 - Motivat delirant (comportament revendicativ secundar delirului de prejudiciu în paranoia)
 - Comportament impus de la distanță secundar sindromului de transparență-influență
- Dramatic, teatral
 - La personalitățile histrionice: gesturi, mișcări exagerate
- Decenzurat: dezinhibiție în planul conduitei sociale - subiectul se adresează unor străini în termeni excesiv de familiari, cântă, dansează, spune glume inadecvate situației sau “adevăruri” ce deranjează
 - Manie
 - Demență prefrontală

TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT

- Compulsiv
 - Acte fizice sau mentale utilizate de pacienți pentru a reduce tensiunea generată de obsesii, sau fără legătură cu obsesiile (apare în tulburarea obsesiv-compulsivă)
- Impulsiv: detensionare prin trecerea imediată la act
 - Tulburări de control al impulsurilor: piromanie, trichotilomanie, cleptomanie
 - Bulimia nervosa
 - Personalități de tip instabil-emoțional, histrionic sau antisocial
- Evitant: evitarea unor situații fobogene (tulburările fobice) sau a relațiilor cu persoane necunoscute (personalitățile anxios-evitante)
- Securizant: luarea de însoțitori, purtarea de obiecte protectoare (amulete) pentru a face față expunerii într-o situație fobogenă care nu poate fi evitată.

PERSONALITATEA

- Definiție: stilul habitual al unui individ de a:
 - Gândi
 - Simți
 - Tinde
 - Acționa
 - Reacționa
- Dimensiuni: corporală, psihologică și spirituală

DIMENSIUNEA SPIRITUALĂ A PERSONALITĂȚII

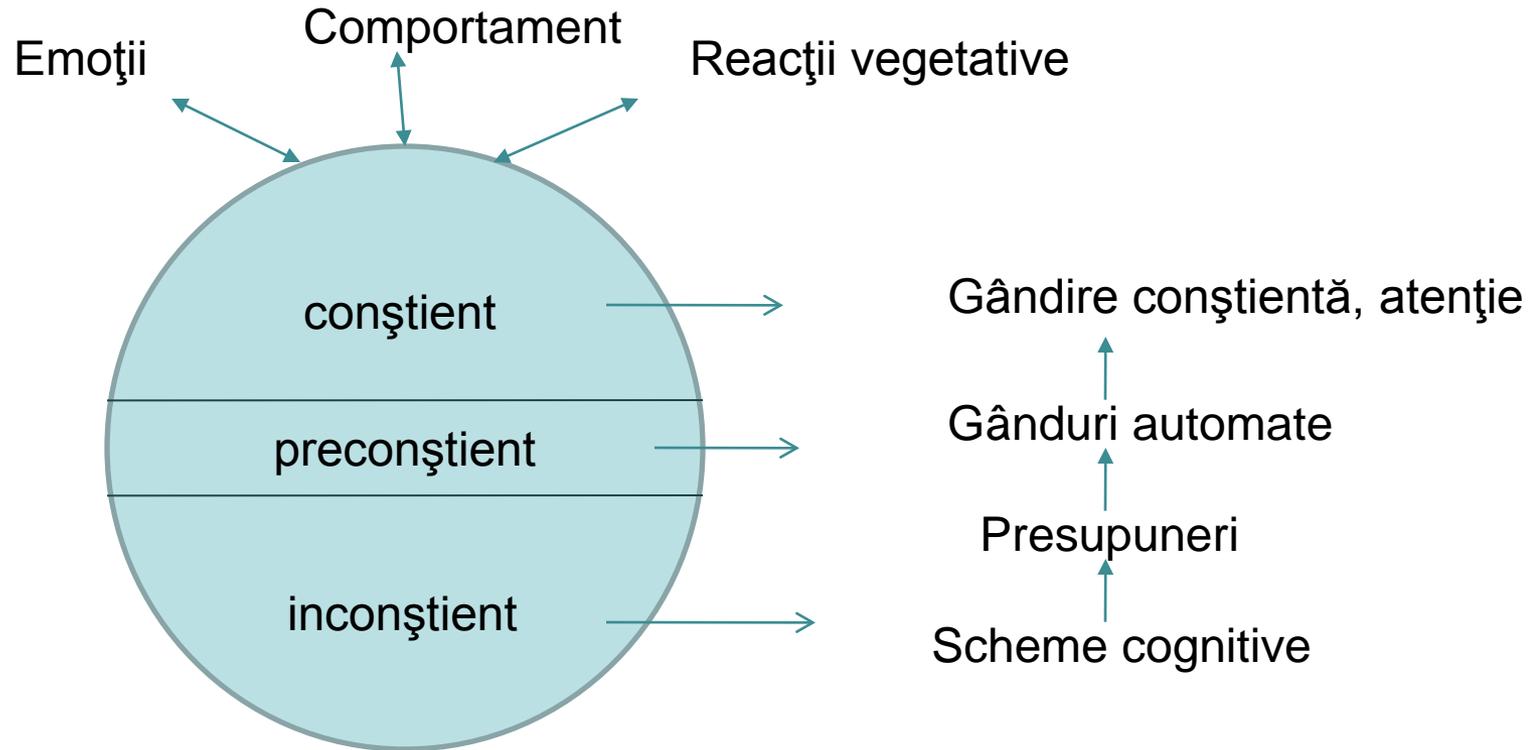
“Deoarece omul creează valori ce depășesc sfera vieții biologice și psihologice, nivelul spiritual este indispensabil pentru a fi considerat o persoană”

Max Scheller

DIMENSIUNEA PSIHOLOGICĂ: COGNITIVISMUL ȘI PERSONALITATEA

- Schema: structură cognitivă care organizează materialul perceput pentru a-i da un sens
- Schemele
 - Organizează (categorisesc) experiența pentru a-i da un sens (reguli de interpretare a lumii), pentru stocaj mnezic și pentru adaptare
 - Dictează comportamentul (comportamentul reflectă schema)

COGNITIVISUMUL ȘI PERSONALITATEA



COGNITIVISMUL ȘI PERSONALITATEA

TP	Schema de autoevaluare	Schema de evaluare a celorlalți	Schema afectivă	Strategia
paranoidă	Nedreptățit de alții	Trădători, manipulatori	Teama de manipulare, furia împotriva abuzului	Hipervigilență Suspiciozitate Luptă
schizoidă	Autosuficiență	Intruzivi	Anxietate de intruzivitate	Izolare
histrionică	Meritând atenția altora	Acceptați dacă mențin interesul	Tema de rejecție	Dramatizare, autovictimizare, parasuicid, furie
antisocială	Greșit tratat	Ceilalți desconsiderați	Furie	Acte antisociale
evitantă	Incompetent social	Critici, periculoși	Teama de critică	Evitare atragerii atenției asupra sa
dependentă	Incompetent decizional	Ideali	Teama de abandon	Cultivarea relației cu persoana care ea deciziile
anankastă	Responsabil față de sine și ceilalți	Iresponsabili, incompetenți	Teama de dezordine	Standarde înalte control, verificări

DIMENSIUNEA CORPORALĂ: TEORIA UMORILOR (HIPPOCRATE- GALEN)

Hippocrate			Galen
Sânge	vesel	aer	sangvin
Bilă neagră	sumbru	pământ	melancolic
Bilă albă	entuziast	foc	coleric
flegmă	calm	apă	flegmatic



Hippocrate Empedocle Galen

PERSONALITATEA ȘI CONSTITUȚIA CORPORALĂ – Ernst Kretschmer

biotip	psihotip
picnic	ciclotim
leptosom (astenic)	schizotim
atletic	epileptoid



E. Kretschmer (1888-1964)



picnic

leptosom (astenic)

atletic

EXTRAVERSIA-INTROVERSIA

- Carl Gustav Jung: 8 tipuri personologice descrise pe baza a
 - 2 atitudini: extraversia și introversia
 - 4 funcții:
 - Luarea deciziilor ținând cont de rațiunea obiectivă sau de afectivitatea subiectivă
 - Perceperea informațiilor cu ajutorul simțurilor sau cu ajutorul intuiției



Carl Gustav Jung (1875-1961)

PERSONALITATEA – K. Schneider

1. Hipertimic
2. Depresiv
3. Senzitiv
4. Anankast
5. Fanatic
6. Căutând valorizarea, atenția
7. Cu voință redusă
8. Lipsit de afecțiune
9. Astenic
10. Labil emotiv



K. Schneider (1887-1967)

Această clasificare stă la baza taxonomiei tulburărilor de personalitate din DSM și ICD

CLONINGER ȘI 7 DIMENSIUNI ALE PERSONALITĂȚII

- 4 temperamente:
 - Căutarea noului: explorare, extravaganță, impulsivitate – dopamină
 - Evitarea traumei : pesimism, frică , timiditate - serotonină și GABA
 - Dependența de recompensă: sociabilitate, deschidere – noradrenalină și serotonină
 - Persistența: determinare, ambiție, perfecționism – glutamat și serotonină
- 3 dimensiuni ale caracterului
 - Autodirecționare (self directedness): responsabilitate, scop, self acceptance
 - Cooperare: empatie, compasiune ajutorare
 - Autotranscendența (self transcendence): spiritualitate idealism, iluminare
- Tulburările de personalitate au scoruri reduse la dimensiunile caracteriale de autodirecționare și cooperare
- cluster A al DSM asociat cu scoruri mici la dependența de recompensă
- cluster B al DSM asociat cu scoruri mari la căutarea noului
- cluster C al DSM asociat cu scoruri mari la evitarea pericolului



CR Cloninger (1944-)

TEMPERAMENTUL

- Definiție: trăsături simple, de origine biologică, observabile la sugari în opoziție cu noțiunea mai complexă de personalitate a adultului (după Rutter)

TEMPERAMENTUL

- 9 aspecte (Chess și Thomas):
 1. Nivelul de activitate
 2. Regularitatea funcțiilor biologice
 3. Apropierea sau retragerea din fața situațiilor noi
 4. Responsivitate la stimularea senzorială
 5. Intensitatea reacției la stimuli
 6. Adaptabilitatea la situațiile noi
 7. Calitatea dispoziției afective
 8. Distractibilitate
 9. Persistența atenției

CARACTERUL

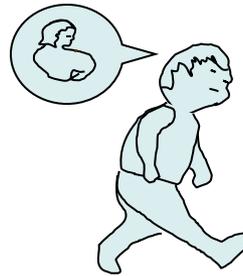
- Aspectul vizibil al personalității: comportamentul
- Folosit în psihanaliză în formula “structură de caracter”, reunind trăsături motivaționale care, fiind în strânsă corelație între ele, formează o structură rezistentă la schimbare.
- Aspectul moral al personalității: caracter bun-rău, frumos-urât, “e de caracter”
- Tenacitatea individului: tăria de caracter

STRUCTURI DE CARACTER (rezistente la schimbare) – S. Freud

CARACTERUL FALIC

Stadiul falic: 3-6 ani

Caracter falic-narcisic: rece, rezervat, arogant, ambițios, încrezător în sine, imprudent, agresivitate de tip defensiv, exhibiționist, impulsiv
Promiscuu amoral sau puritan asexual



CARACTERELE ANALE

Stadiul anal: 1-3 ani

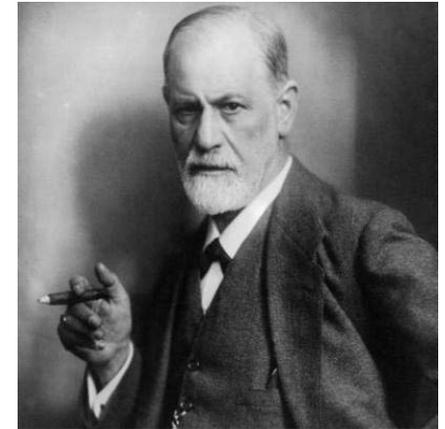
Faza expulzivă: caracterul anal-expulziv
-megalomanie, suspiciozitate, dezordine, sfidător,
Faza retentivă: caracterul anal-retentiv:
- autocontrol, obstinație, ordine, pedanterie, parcimonie
meticulozitate, devotament față de reguli



CARACTERELE ORALE

Stadiul oral: 0-1 ani:

Faza suptului: caracter oral-dependent
- optimism naiv, dependență, superficialitate afectivă
Faza mușcăturii: caracter sadic-oral
- pesimist, agresiv verbal, independent, dominator



S. Freud (1856-1939)

PERSONOGENEZĂ

- Personalitatea se formează încă din copilărie și se încheie după adolescență
- După 18-25 ani se consideră personogeneza încheiată
- Un diagnostic de tulburare de personalitate se poate pune doar după vârsta de 18 ani

TREI CLUSTERE (GRUPĂRI)

- Cluster A (al bizarilor): TP paranoidă, TP schizoidă
- Cluster B (al extravagantilor): TP histrionică, TP instabil emoțională, TP antisocială
- Cluster C (al nesigurilor): TP anankastă, TP anxios evitantă, TP dependentă

CARACTERISTICI GENERALE ALE TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

- Trăsăturile de personalitate sunt în mod global și excesiv accentuate.
- Egosintonie: subiectul este mulțumit cu sine însuși
- Comportamentul e rigid (inflexibil într-o mare varietate de situații), deci predictibil
- Alloplasticitate: subiectul nu simte nevoia să se schimbe, ci încearcă să-i facă pe alții să se adapteze la propria personalitate
- Comportament maladaptativ: afectează funcționarea individului în societate, familie, la locul de muncă
- Patoplasticitate: tabloul clinic al bolilor comorbide este influențat de personalitate (exagerarea sau mascarea simptomelor)

TP DE TIP PARANOID

1. Megalomanie
2. Sensibilitate mare la critică
3. Tendința la rachiună și răzbunare (secundaritate)
4. Suspiciozitate
5. Hipervigilență (nu se confesează nici prietenilor)
6. Interpretativitate: subiectul are tendința de a interpreta totul în defavoarea sa.
7. Tenacitate în lupta pentru drepturile proprii
8. Comportament revendicativ, cverulent, procesoman.

Tulburarea de personalitate de tip paranoid vulnerabilizează individul spre tulburările delirante persistente (paranoia)

TP DE TIP SCHIZOID

1. Dezinteres pentru relații strânse sau intime
2. Indiferență la critică sau laudă
3. Excentricitate, nonconformism
4. Viață solitară
5. Răceală afectivă
6. Preocupare pentru fantezii și introspecție
7. Preferință pentru activitățile solitare și abstracte

Tulburarea de personalitate de tip schizoid nu predispune propriu-zis la dezvoltarea schizofreniei, dar s-a observat că în familiile pacienților cu schizofrenie există multe persoane cu tulburare de personalitate schizoidă.

TP DE TIP INSTABIL- EMOȚIONAL

- Tipul impulsiv: instabilitate emoțională+ lipsa controlului impulsurilor
- Tipul borderline:
 1. Relații interpersonale intense și instabile
 2. Eforturi disperate de a evita un abandon real sau imaginar
 3. Impulsivitate cu potențial de autovătămare (cheltuieli excesive, sex, abuz de substanțe, bulimie, șofat imprudent)
 4. Instabilitatea imaginii de sine
 5. Instabilitate afectivă cu reacții afective intense (euforie, anxietate, iritabilitate, furie)
 6. Comportament de autovătămare, tentative, amenințări cu suicidul
 7. Sentiment de gol interior, ideeație paranoidă

Tulburarea de personalitate de tip borderline predispune individul spre depresie, suicid și abuz de droguri.

TP DE TIP HISTRIONIC

1. Nevoia de a fi în centrul atenției, de fi admirat, iubit: egoism de tip captativ cu slabă capacitate de transfer afectiv
2. Sociabilitate superficială (prietenii se fac ușor și tot la fel se pierd)
3. Superficialitatea afectivă cu labilitate emoțională
4. Toleranță redusă la frustrare cu hiperemotivitate (exagerare în exprimarea emoțiilor), plâns facil
5. Sugestionabilitate crescută
6. Comportament dramatic (teatral), manipulator afectiv (uneori șantaj afectiv prin parasuicid), seducător de atragere a atenției asupra sa

Tulburarea de personalitate histrionică predispune individul spre tulburarea disociativ-conversivă și tulburarea de somatizare (entități nosologice provenite din vechea nevroză isterică)

TP DE TIP DISOCIAL (ANTISOCIAL)

1. Dispreț pentru drepturile și sentimentele celorlalți
2. Dispreț față de legi și normele sociale cu violarea acestora
3. Utilizarea minciunii, intrigilor, șantajului, complicităților în vederea obținerii profitului personal
4. Iresponsabilitate la locul de muncă (nu se poate adapta, schimbă numeroase locuri de muncă), sau în familie (părăsirea partenerii și copiilor)
5. Toleranță redusă la frustrare și impulsivitate
6. Agresivitate
7. Incapacitatea de a simți remușcare și de a învăța din pedepse

Tulburarea de personalitate de tip antisocial este precedată în copilărie de tulburările de conduită și se poate complica cu abuz de droguri.

TP DE TIP ANANKAST

1. Standarde exagerate autoimpuse (perfecționism inhibant) și impuse și celorlalți
2. Devoțiune pentru muncă (nejustificată din punct de vedere material) în dauna timpului liber (hobby, relații interpersonale)
3. Aderență la convențiile sociale și normele morale (corectitudine, punctualitate)
4. Neputința de a se dispensa de obiecte inutile
5. Parcimonie
6. Reticență de a-și delega responsabilitățile
7. Autoritarism și verificarea subordonaților
8. Rigiditate
9. Controlul exprimării emoțiilor

Tulburarea de personalitate de tip anankast poate vulnerabiliza individul spre tulburări anxioase sau depresive și secundar acestora spre alcoolism

TP DE TIP ANXIOS-EVITANT

1. Preocupare excesivă și frică de a fi rejectat și criticat
2. Sentimente de inferioritate, de inadecvare în plan social,
3. reticență în a lega relații interpersonale dacă nu e sigur că e plăcut
4. Reticență față de relațiile intime
5. Inhibiție în relațiile interpersonale noi
6. Reticență în a-și asuma riscuri sau responsabilități
7. Evitarea activităților ce implică relații interpersonale

Tulburarea de personalitate de tip anxios-evitant predispozează spre tulburări anxio-fobice (mai ales fobia socială).

TP DE TIP DEPENDENT

1. Neîncrederea în capacitățile proprii
2. Dificultate în luarea deciziilor fără supervizare sau de a iniția proiecte proprii
3. Nevoia ca alții să-și asume responsabilitatea pentru el
4. Sentiment de neajutorare atunci când trebuie să ia singur deciziile
5. Incapacitate de a-și exprima dezacordul sau acceptarea unor sarcini neplăcute pentru a obține sau a evita pierderea suportului din partea celorlalți
6. Căutarea neîntârziată a unei noi relații de supervizare atunci când precedenta se destramă
7. Preocupare nejustificată, frică de a nu fi lăsat să se descurce pe cont propriu.

Tulburarea de personalitate de tip dependent predispune spre tulburări anxioase, depresive și comportament addictiv secundar anxietății sau depresiei.

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

- Modificarea personalității de cauze organice:
 - Sd. moriatic (tumori în lobul frontal)
 - Demența prefrontală Pick
- Schimbări durabile de personalitate după o psihotraumă (hipervigilență, senzitivitate, izolare sau dependență de alte persoane, reconsiderarea sau desconsiderarea valorilor morale

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

- Abuzul de substanțe psiho-active se poate complica cu comportament antisocial: oferirea de droguri prietenilor pentru a face rost de bani, furtul și vânzarea bunurilor din casă, tâlhărie, agresivitate verbală și fizică până la crimă.

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE: EVOLUȚIE ȘI COMPLICAȚII

- TP sunt anevolutive. TP de tip anankast se poate accentua cu vârsta
- TP se pot complica cu:
 - Anxietatea
 - Depresia
 - Comportamentul suicidar sau automutilarea
 - Tulburările conversiv-disociative și de somatizare
 - Tulburările psihotice
 - Toxicomaniile
 - Tulburările alimentare

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE: TRATAMENT

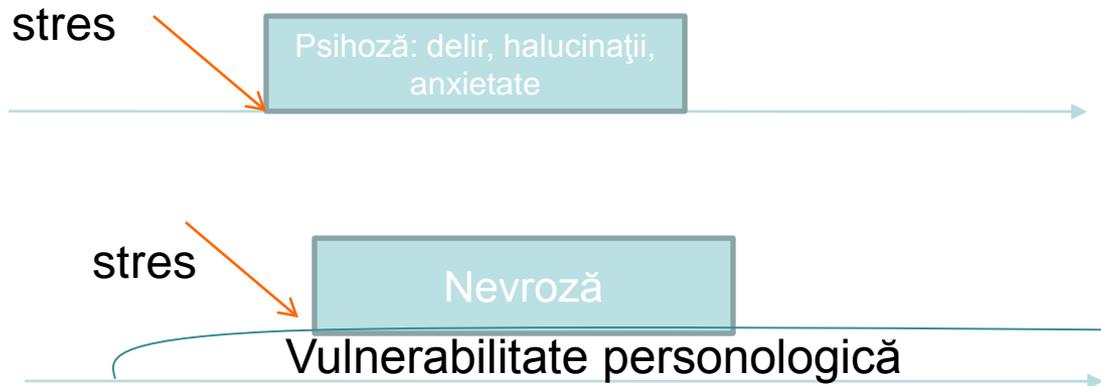
- Rezultate discutabile
- Psihoterapie:
 - individuală: psihanaliză, psihoterapie cognitiv-comportamentală, psihoterapie familială sistemică
 - De grup
- medicație: anxiolitice, antidepresive, stabilizatori afectivi, antipsihotice

REAȚIILE PSIHOPATOLOGICE

- Definiție:afecțiuni psihice cu determinism exogen, declanșate de un eveniment stresant care copleșește capacitatea de adaptare sau generează răspunsuri maladaptative.

REAȚIILE PSIHOPATOLOGICE

- Dg. diferențial:
 - Tulburări psihotice acute și tranzitorii cu stres acut asociat
 - Tulburările nevrotice corelate cu stresul



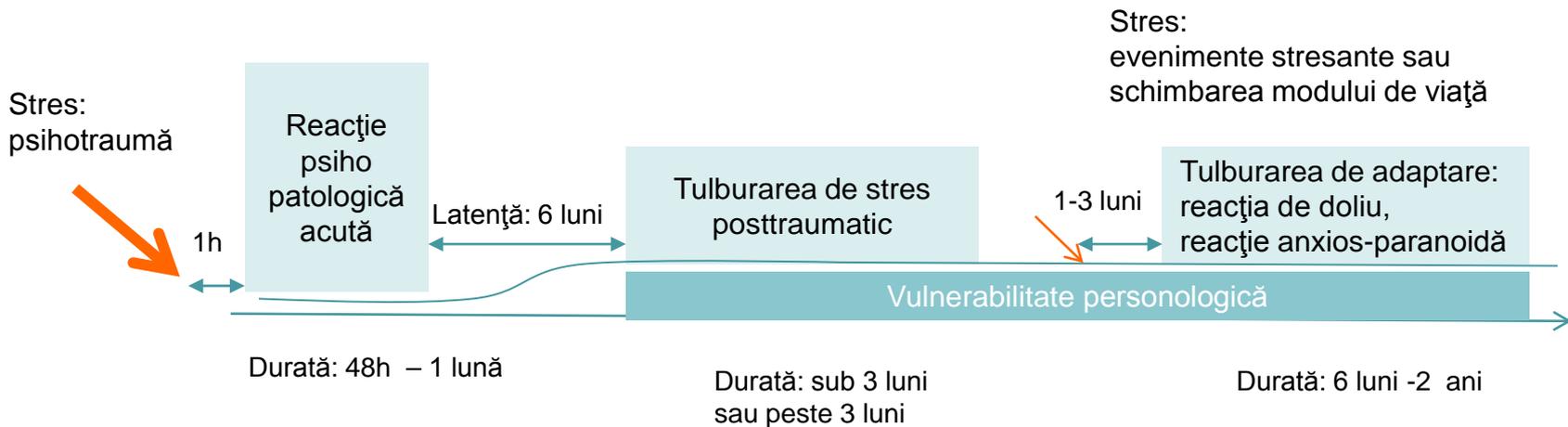
REAȚIILE PSIHOPATOLOGICE

- Evenimentul stresant:
 - Pierdere: persoană, bun material, prestigiu, situație profesională
 - Pericol: natural sau produs de om
 - Deprivare senzorială: surzire, cecitate, mediu socio-cultural străin cu necunoașterea limbii
 - Frustrare: situația în care persoana nu obține ceea ce crede că este îndreptățită să primească

REAȚIILE PSIHOPATOLOGICE

- Reacția acută de stres
- Reacția de stres post-traumatică
- Tulburările de adaptare (doliul patologic, șocul cultural, reacția anxios-paranoidă, Sd. Ganser)

TULBURĂRILE REACTIVE



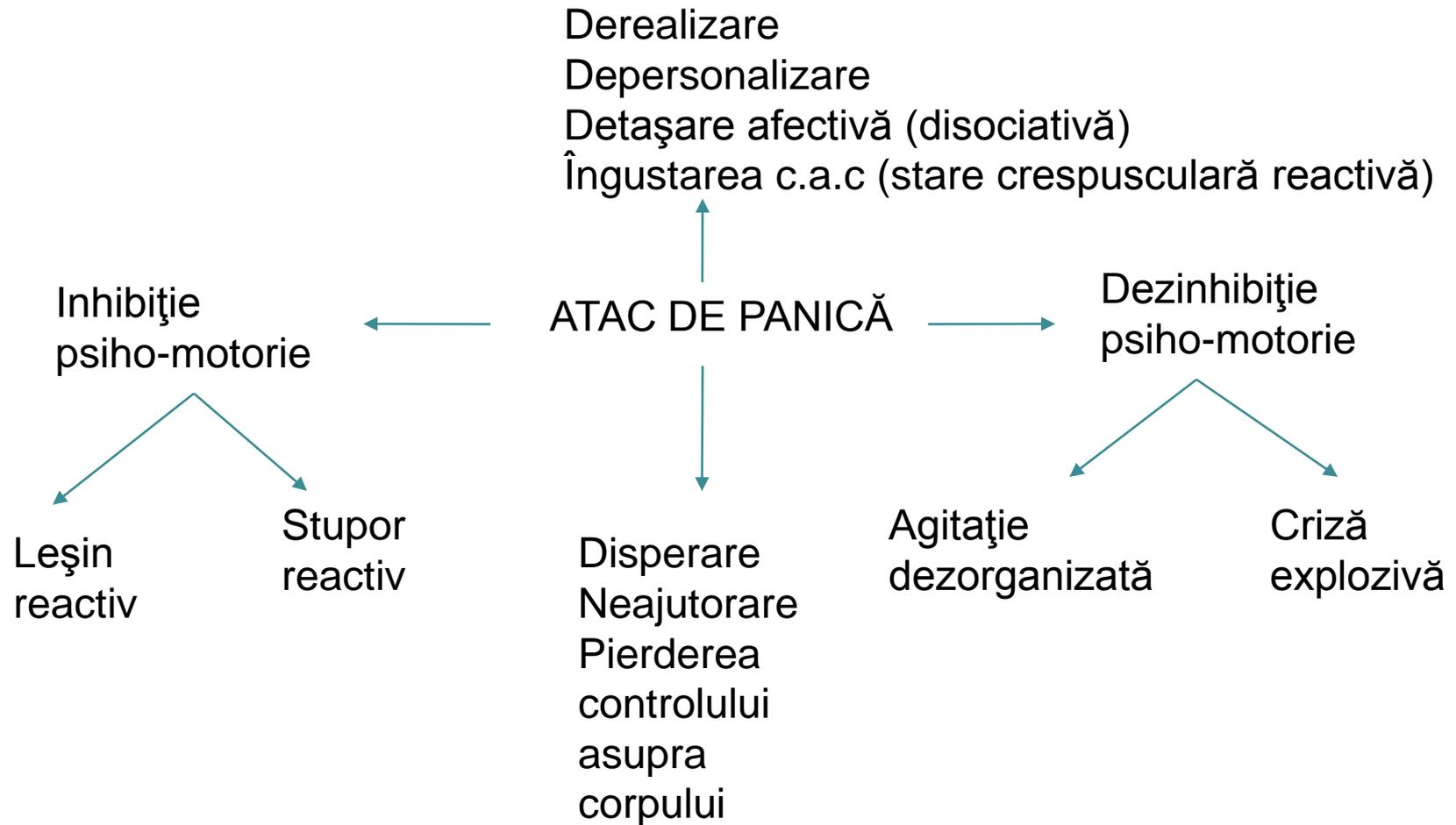
REAȚIA ACUTĂ DE STRES

- Apare imediat (într-o oră) ca urmare a unei psihotraume
- Clinic: reacție anxioasă intensă – ATAC DE PANICĂ
- Durată: 48 ore – max. 1 lună
- Complicații: alcoolism, tulburări de adaptare provocate de consecințele psihotraumei
- Tratament:
 - intervenția în criză
 - tehnici de abreacție (debriefing)= pacientul e ajutat să vorbească despre eveniment și să-și exprime emoțiile
 - strategii de prevenire a
 - abuzului de alcool, droguri
 - tulburării de adaptare provocată de consecințele psihotraumei
 - anxiolitice

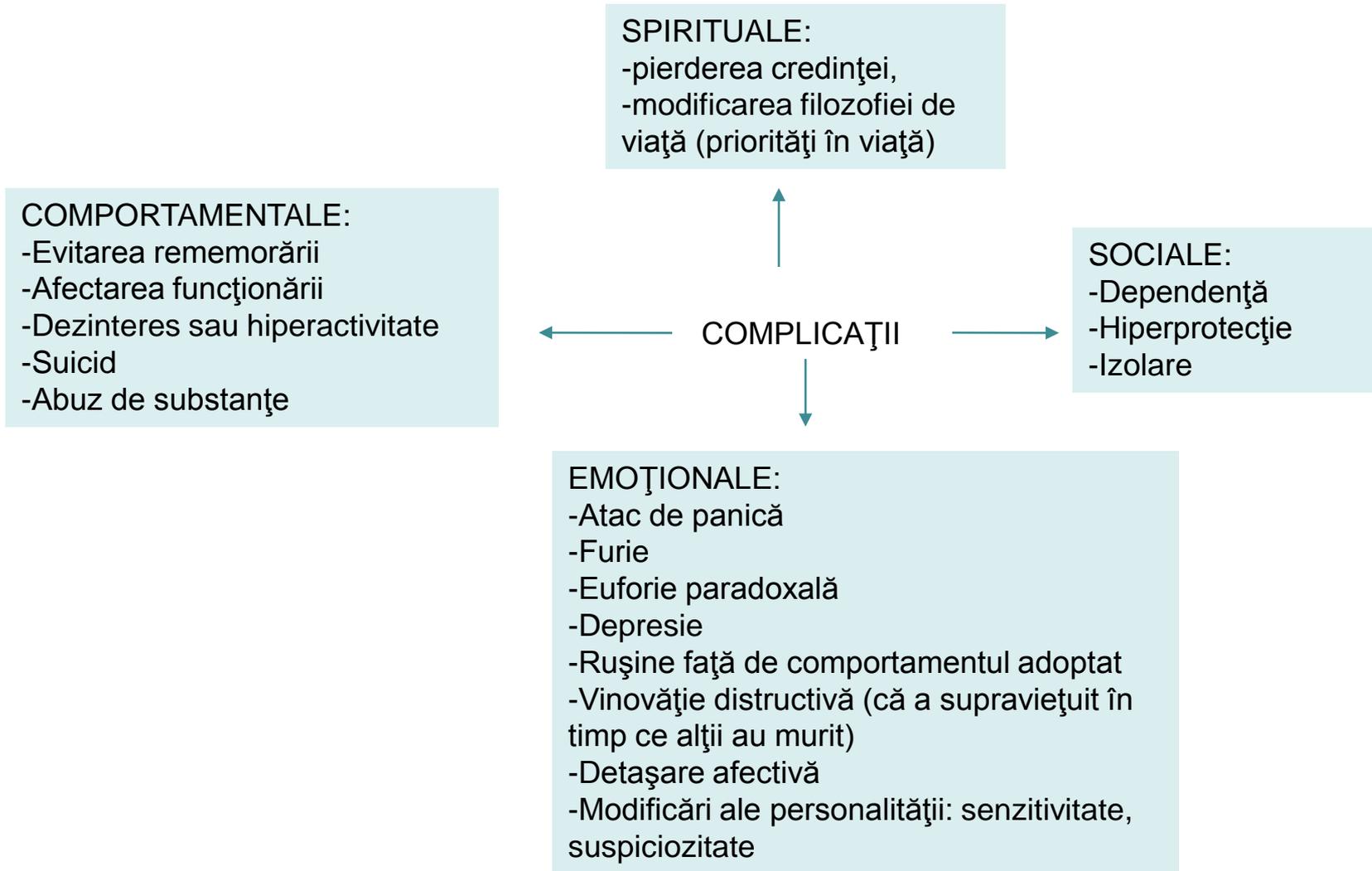
REAȚIA ACUTĂ DE STRES

- Cază: PSIHOTRAUMA= eveniment ce amenință viața sau integritatea subiectului sau a altor persoane (subiectul e doar martor):
 - Cataclisme naturale: cutremure, incendii, inundații, tsunami, erupții vulcanice
 - Catastrofe provocate de om: viol, tâlhărie, accidente grave, războaie, tortură, acte teroriste
- Important: evenimentul trebuie să fie perceput de subiect ca traumatic (semnificația psihotraumei: amenințare sau pierdere)
- Este vorba de evenimente ce copleșesc chiar și subiecții normali

REAȚIA ACUTĂ DE STRES



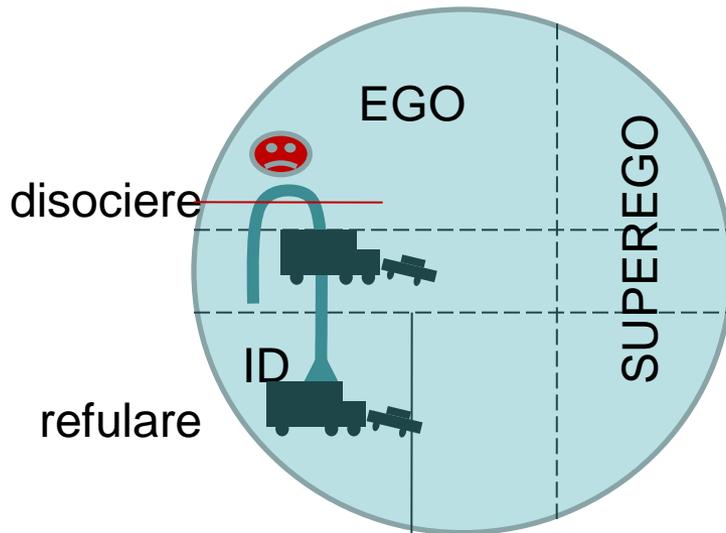
REAȚIA ACUTĂ DE STRES: COMPLICAȚII



REAȚIA ACUTĂ LA STRES: MECANISME DE DEFENSĂ

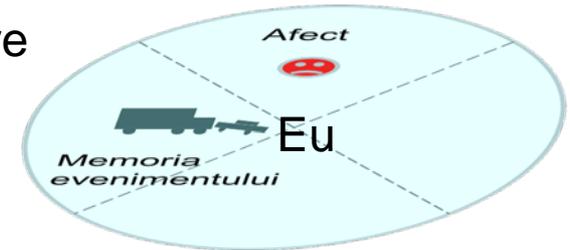
- Pentru a face față cu succes psihotraumei, simptomele DISOCIATIVE reactive încearcă să păstreze controlul asupra minții, atunci când controlul asupra corpului a fost pierdut :
 - DETAȘARE AFECTIVĂ: aparenta lipsă a răspunsului emoțional la psihotraumă
 - ÎNGUSTAREA CÂMPULUI ACTUAL DE CONȘTIINȚĂ (stare crepusculară reactivă)
 - DEREALIZARE și DEPERSONALIZARE: sentimentul că lumea sau eul par schimbate, stranii, ireale, uneori sentimentul de detașare față de corp
 - AMNEZIA DISOCIATIVĂ: amnezia de evocare a psihotraumei

DISOCIAȚIA TRAUMATICĂ



Disociația pe verticală (Freud):
urma mnezică a evenimentului
este refulată în inconștient și
disociată de afect

disociere



Disociația pe orizontală (Janet):
urma mnezică a evenimentului
este separată de afect printr-un
fenomen de dezagregare mintală

INTERVENȚIA ÎN CRIZĂ

1. Aprecierea severității crizei: persoana e rănită sau violentă
2. Securizare
3. Explorarea problemei: ascultare empatică
4. Explorarea expresiei emoționale (poate afecta dialogul)
 - detașare emoțională sau
 - hiperexpresivitate emoțională (plânsul e permis)
5. Respect pentru persoană (pentru valorile persoanei, lipsa judecății)
6. Oferire de soluții alternative posibile
7. Dezvoltarea unui plan de acțiune:
 1. specific,
 2. concret (pe puncte),
 3. limitat în timp, monitorizat,
 4. acceptat de subiect

TULBURAREA DE STRES POST-TRAUMATIC

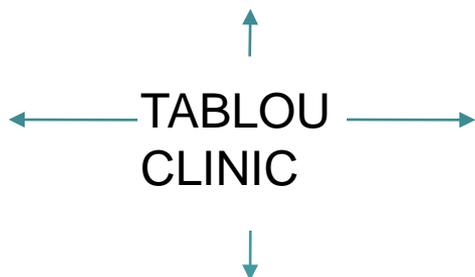
- Femei: bărbați = 2:1
- Debut: orice vârstă
- Vindecare la 1 an (50%) sau evoluție cronică sau fluctuantă
- Complicații:
 - Depresie +/- suicid
 - Abuz de droguri
 - Schimbare durabilă a personalității

TULBURAREA DE STRES POST-TRAUMATIC

RETRĂIREA OBSESIVĂ a
psihotraumei: rememorări
spontane sub formă de:
Flashback-uri în starea de veghe
Coșmaruri recurente

FENOMENE DISOCIATIVE:

- Amnezie de evocare a evenimentului
- Detașare afectivă



EVITARE FOBICĂ

a persoanelor, locurilor sau
situațiilor corelate cu
psihotrauma

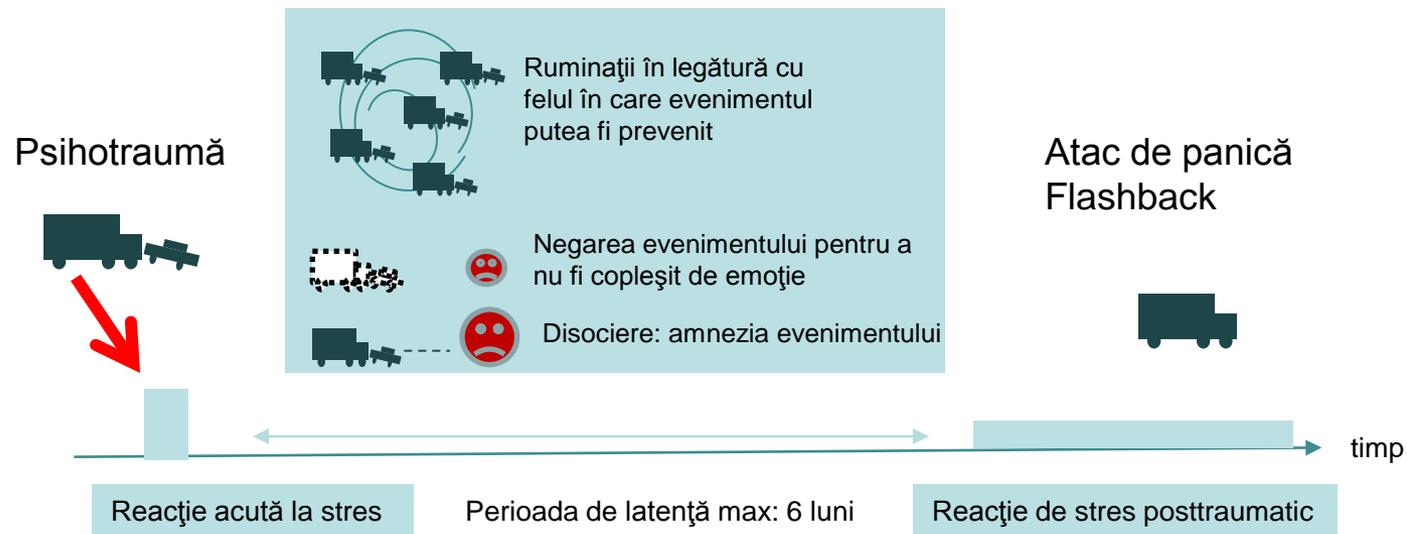
ANXIETATE GENERALIZATĂ:

- Insomnie de adormire
- Treziri repetate
- Hipoprosexie de concentrare
- Tresăriri
- Iritabilitate

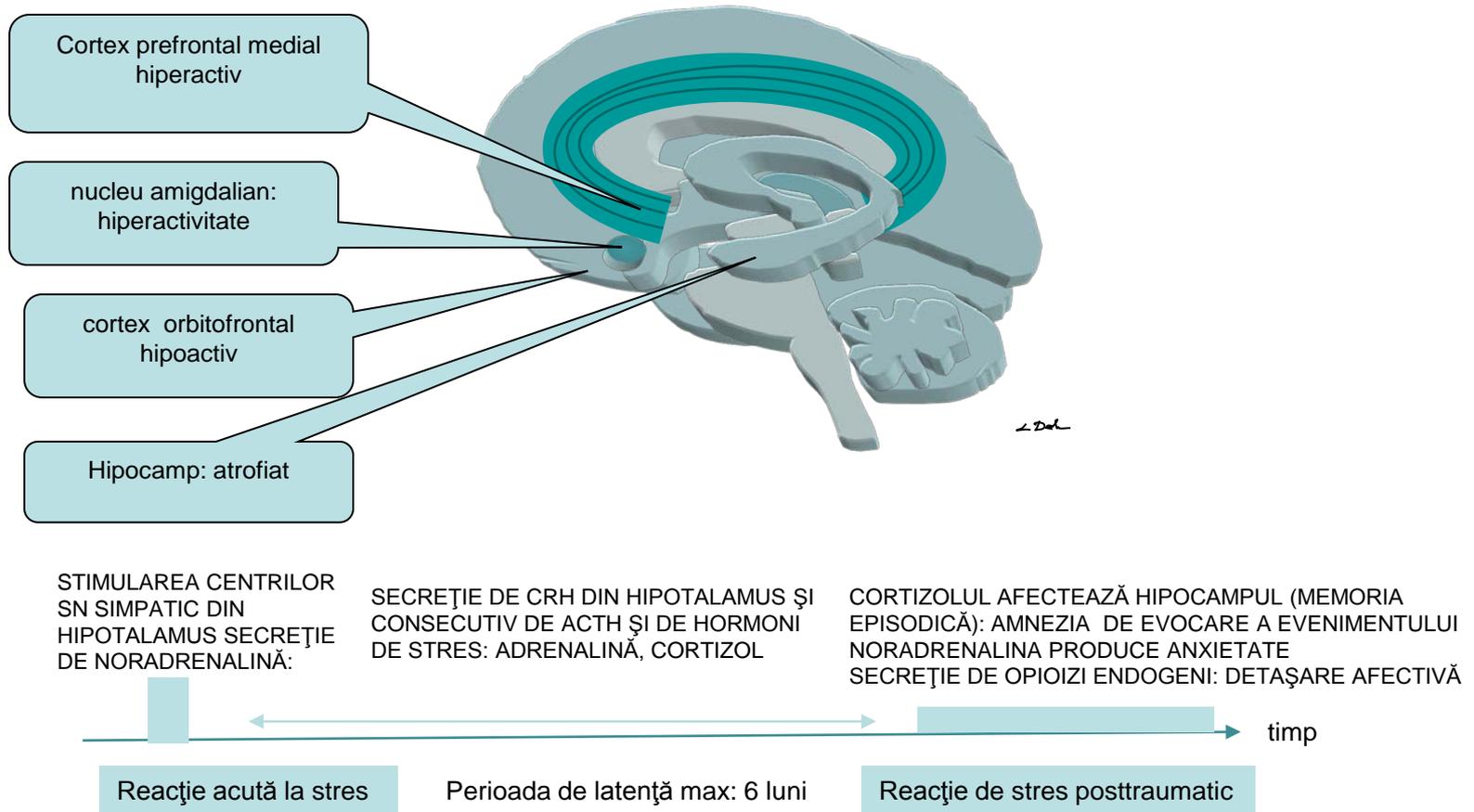
PATOGENIE: EXPLICAȚII PSIHOLOGICE

După psihotraumă se reajustează schemele cognitive (concepția individului despre sine și lume)

Mecanisme de apărare: negarea (pentru a nu fi copleșit de emoție) și disociația pot afecta integrarea psihotraumei în schemele cognitive



PATOGENIE: EXPLICAȚII BIOLOGICE



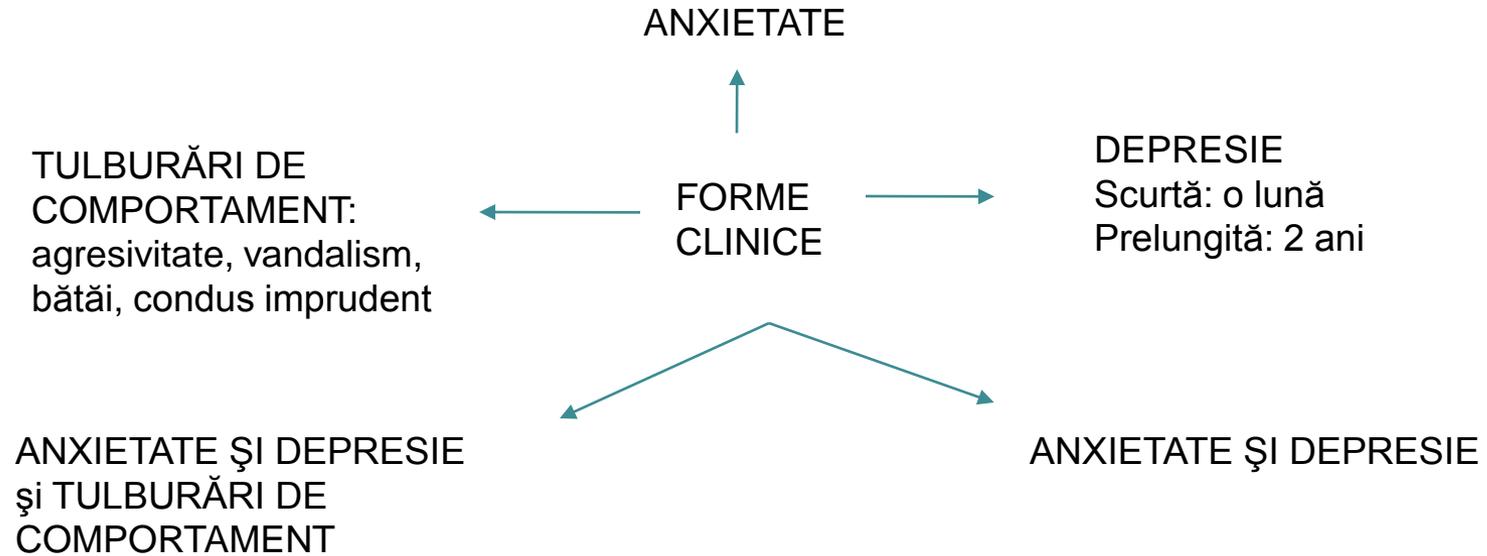
TULBURAREA DE STRES POST-TRAUMATIC

- Tratament:
 - Imediat: psihoterapie suportivă, intervenție în criză
 - În perioada de latență: tehnici de abreacție (debriefing)= pacientul e ajutat să vorbească despre eveniment și să-și exprime emoțiile
 - După instalarea PTSD
 - Anxiolitice, antidepresive
 - Terapie de grup
 - Terapie cognitiv-comportamentală de desensibilizare

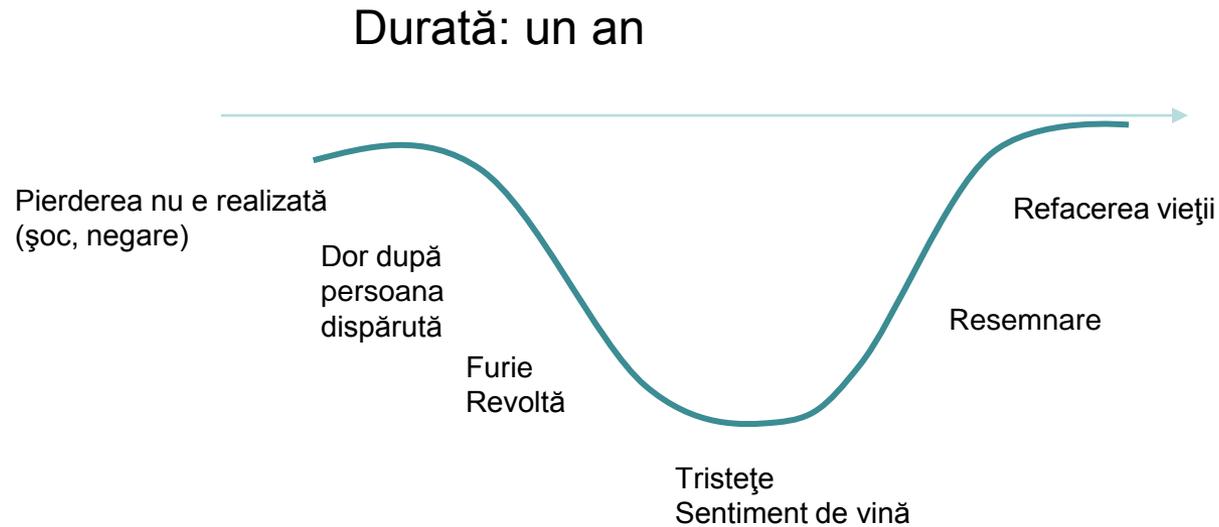
TULBURĂRILE DE ADAPTARE

- Debut până la o lună de la evenimentul stresant sau schimbarea modului de viață.
- Simptomele nu persistă mai mult de 6 luni (cu excepția reacției depresive prelungite (max. 2 ani))
- Complicații: alcoolism, depresie, anxietate
- Tratament:
 - psihoterapie suportivă
 - antidepresive, anxiolitice

TULBURĂRILE DE ADAPTARE



REAȚIA NORMALĂ DE DOLIU



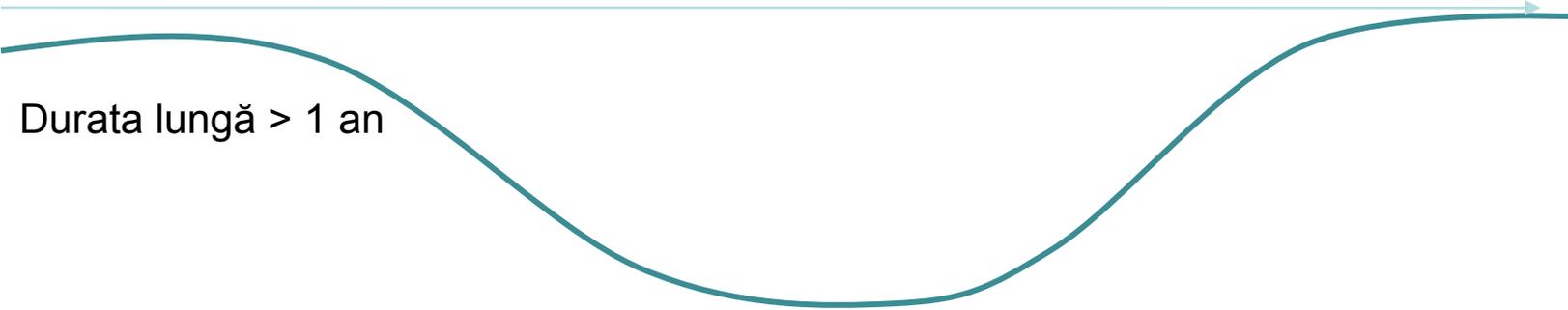
Nu necesită tratament psihiatric

REAȚIA PATOLOGICĂ DE DOLIU



Negare prelungită sau
Reprimare prelungită a exprimării emoțiilor

SAU:



Durata lungă > 1 an

REAȚIA GANSER

- La structuri histrionice de personalitate
- Apare la condițiile unui arest în așteptarea sentinței
- Clinic: simptome ce reflectă viziunea pacientului despre cum ar trebui să se manifeste o boală psihică
 - răspunsuri “alături” (răspunsuri absurde dar legate de întrebare): Câte picioare are cățel ? Cinci
 - comportament pseudo-demențial (pseudodemența isterică)
- Diagnostic diferențial cu simularea premeditată

REAȚIA ANXIOS PARANOIDĂ

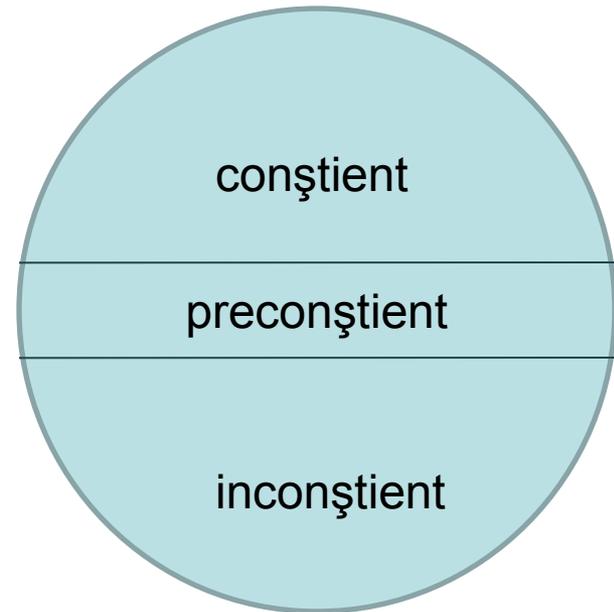
- În condiții de pericol social (revoluții)
- Delir paranoid + halucinații auditive, anxietate și agitație psihomotorie

NEVROZELE

- Caracteristici generale:
 - Contactul cu realitatea nu este abolit
 - Conștiința bolii este prezentă
 - Egodistonie
 - Teren predispozant: tulburări de personalitate
 - Factori declanșanți: conflict intrapsihic, evenimente stresante de viață
 - Tratament: medicație psihotropă + psihoterapie + psihoeducație

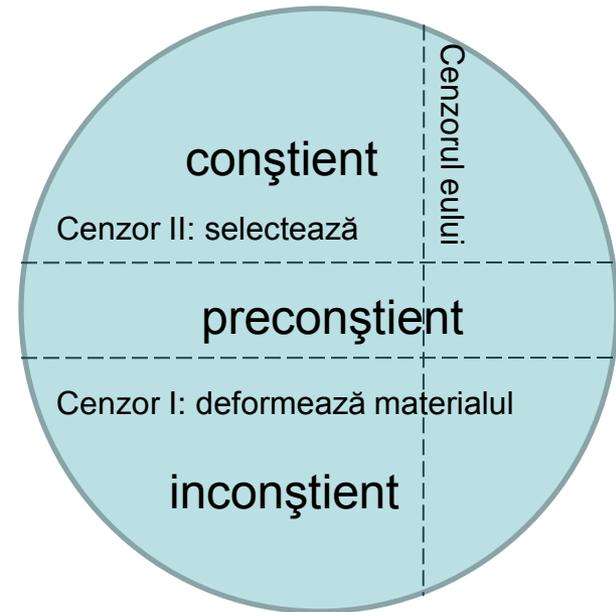
PSIHANALIZA

- PSIHISMUL UMAN:
 - Inconștient: pulsuni, instincte, dorințe refulate
 - Preconștient: material inconștient dar care poate fi conștientizat
 - Conștient: afectivitate, percepție, gândire



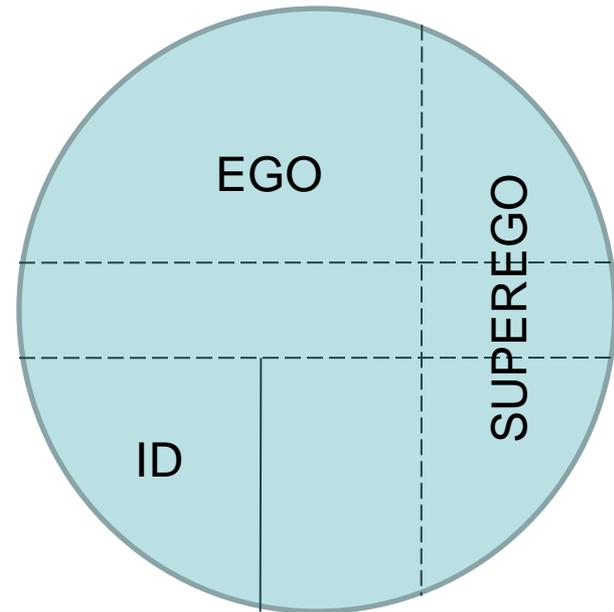
CENZURA

- Cenzor secundar: la granița dintre preconștient și conștient: rol de selecție
- Cenzor primar: la granița dintre inconștient și preconștient: rol de deformare



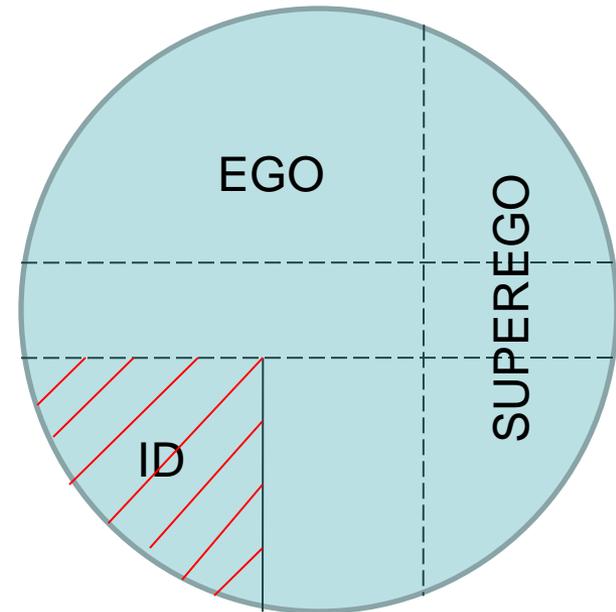
PSIHANALIZA

- PSIHISMUL UMAN:
(aspectul topic, structural)
 - ID (SINELE)
 - EGO (EUL)
 - SUPEREGO (SUPRAEUL)



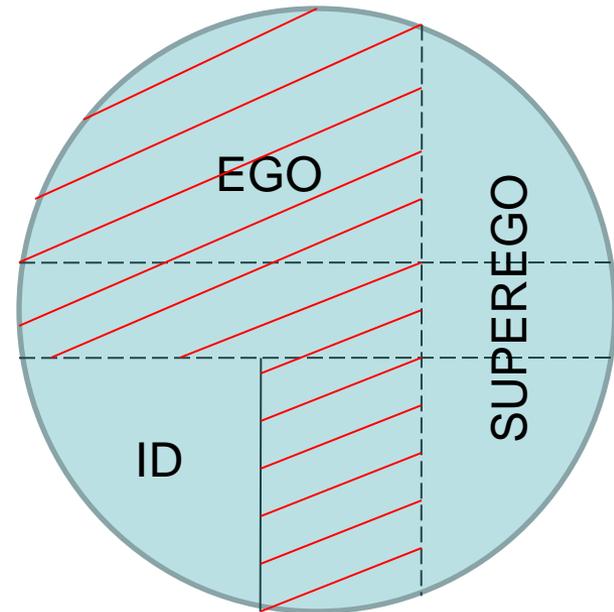
PSIHANALIZA

- ID (SINELE)
 - Materia psihică din care se vor diferenția ego și superego
 - Determinat de trecut, influențe genetice
 - Impersonal
 - Inconștient
 - Conține pulsuni (sexuale și agresive) și dorințe, temeri, traumatisme refulate
 - Funcționează după principiul plăcerii
 - Procese primare



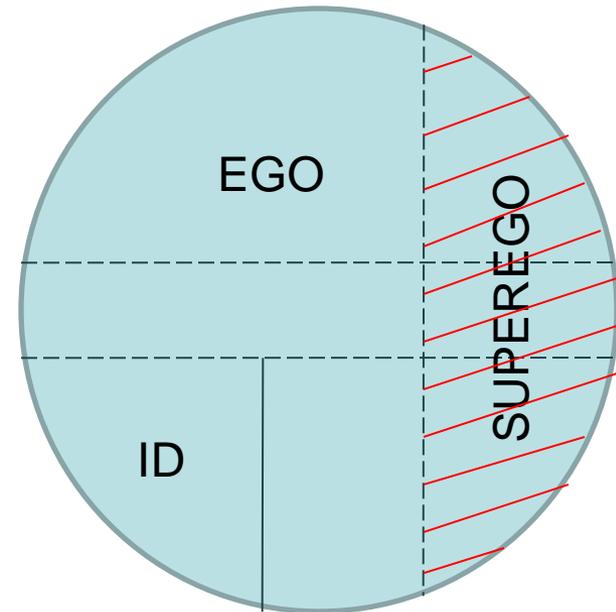
PSIHANALIZA

- EGO (EUL)
 - Se diferențiază din Id în urma contactului cu realitatea
 - Determinat de experiența proprie a individului
 - Sintează a personalității
 - Inconștient, preconștient și conștient
 - Sediul gândirii, raționamentului
 - Funcționează după principiul realității
 - Rol: soluționarea conflictelor intrapsihice și adaptarea la mediu

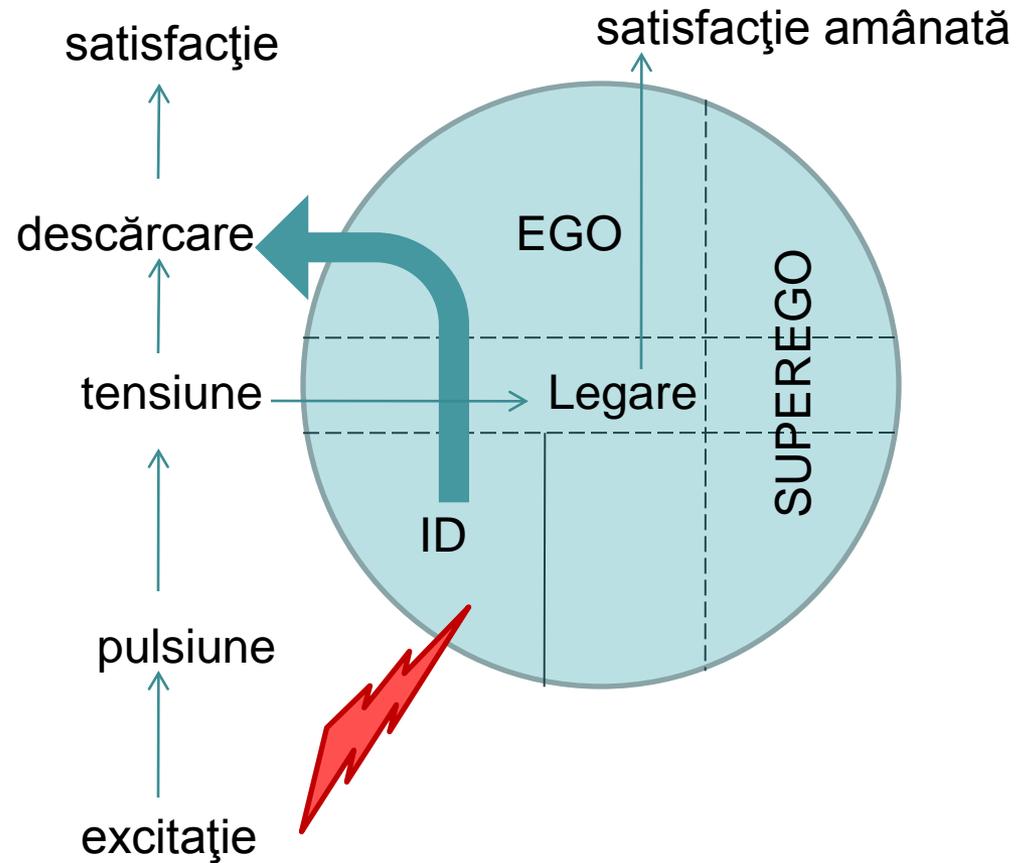


PSIHANALIZA

- SUPEREGO (SUPRAEUL)
 - Se diferențiază din ego prin internalizarea interdicțiilor și expectanțelor familiale
 - Determinat de trecut: influența părinților și a societății
 - Inconștient, preconștient și conștient
 - Funcționează după principiul idealului
 - E format din:
 - Ego ideal: prescrie (dictează)
 - Conștiința morală: proscribe (interzice)



ASPECTUL ECONOMIC



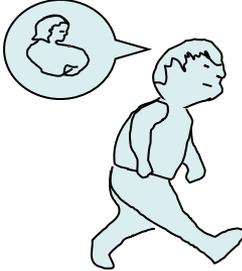
CORPUL: zone erogene:

- gura,
- anusul,
- uretra,
- mamelonul, organele genitale

DEZVOLTAREA PSIHO-SEXUALĂ



Stadiul genital: pubertatea 12-18 ani
Plăcerea e dată de actul sexual cu
partenerul de sex opus, creativitate,
utilitate socială
Zona erogenă: organele genitale
Obiectul plăcerii: partenerul de sex opus



Stadiul de latență: 6-12 ani
Sexualitatea este sublimată prin activități
școlare și intelectuale



Stadiul falic: 3-6 ani
Plăcerea e dată de autostimularea organului genital și de
doriința de posesiune a părintelui de sex opus
Zona erogenă: organele genitale
Obiectul plăcerii: la băiat: penisul + mama (complexul Oedip),
la fată: clitorisul + tatăl (complexul Electra)

Stadiul uretral?



Stadiul anal: 1-3 ani
Plăcerea e dată de eliminarea /retenția
materiilor fecale
Zona erogenă: mucoasa ano-rectală
Obiectul plăcerii: materiile fecale

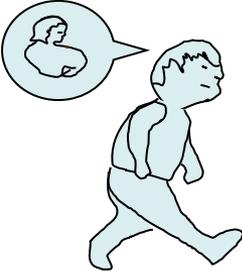


Stadiul oral: 0-1 ani
Plăcerea e dată de supt
Zona erogenă: mucoasa bucală
Obiectul plăcerii: sânul mamei

DEZVOLTAREA PSIHO-SEXUALĂ



Stadiul genital: pubertatea 12-18 ani
Caracteristică: persoană bine adaptată,
echilibrată



Stadiul de latență: 6-12 ani
Calm



Stadiul falic: 3-6 ani
Caracteristici: identificarea sexuală și moralitatea
Interes pentru organele genitale și competiția cu părintele de același sex pentru părintele de sex opus ceea ce e socialmente inacceptabil
Depășirea complexului Oedip /Electra (6 ani) prin identificarea cu părintele de același sex



Stadiul anal: 1-3 ani
Caracteristici: învățarea autocontrolului și obedienței
Părinții pot fi prea autoritari sau prea indulgenți



Stadiul oral: 0-1 ani
Caracteristici: dependență
Nevoile copilului sunt adecvat îndeplinite: trecere la stadiul următor
Nevoile copilului nu sunt îndeplinite (frustrare) - pesimism
Nevoile copilului sunt excesiv îndeplinite – optimism exagerat

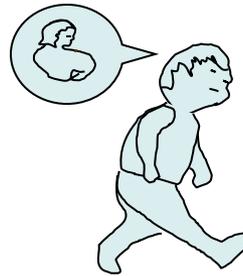
TULBURĂRILE DE DEZVOLTARE - CONSECINȚE CARACTERUL ADULTULUI

CARACTERUL FALIC

Stadiul falic: 3-6 ani

Caracter falic-narcisic: rece, rezervat, arogant,
ambitios, încrezător în sine, imprudent, agresivitate
de tip defensiv, exhibiționist, impulsiv

Promiscuu amoral sau puritan asexual



CARACTERELE ANALE

Stadiul anal: 1-3 ani

Faza: expulzivă: caracterul anal-expulziv

-megalomanie, suspiciozitate, dezordine, sfidător,

Faza retentivă: caracterul anal-retentiv:

- autocontrol, obstinație, ordine, pedanterie, parcimonie
meticulozitate, devotament față de reguli



CARACTERELE ORALE

Stadiul oral: 0-1 ani:

Faza suptului: caracter oral-dependent

- optimism naiv, dependență, superficialitate afectivă

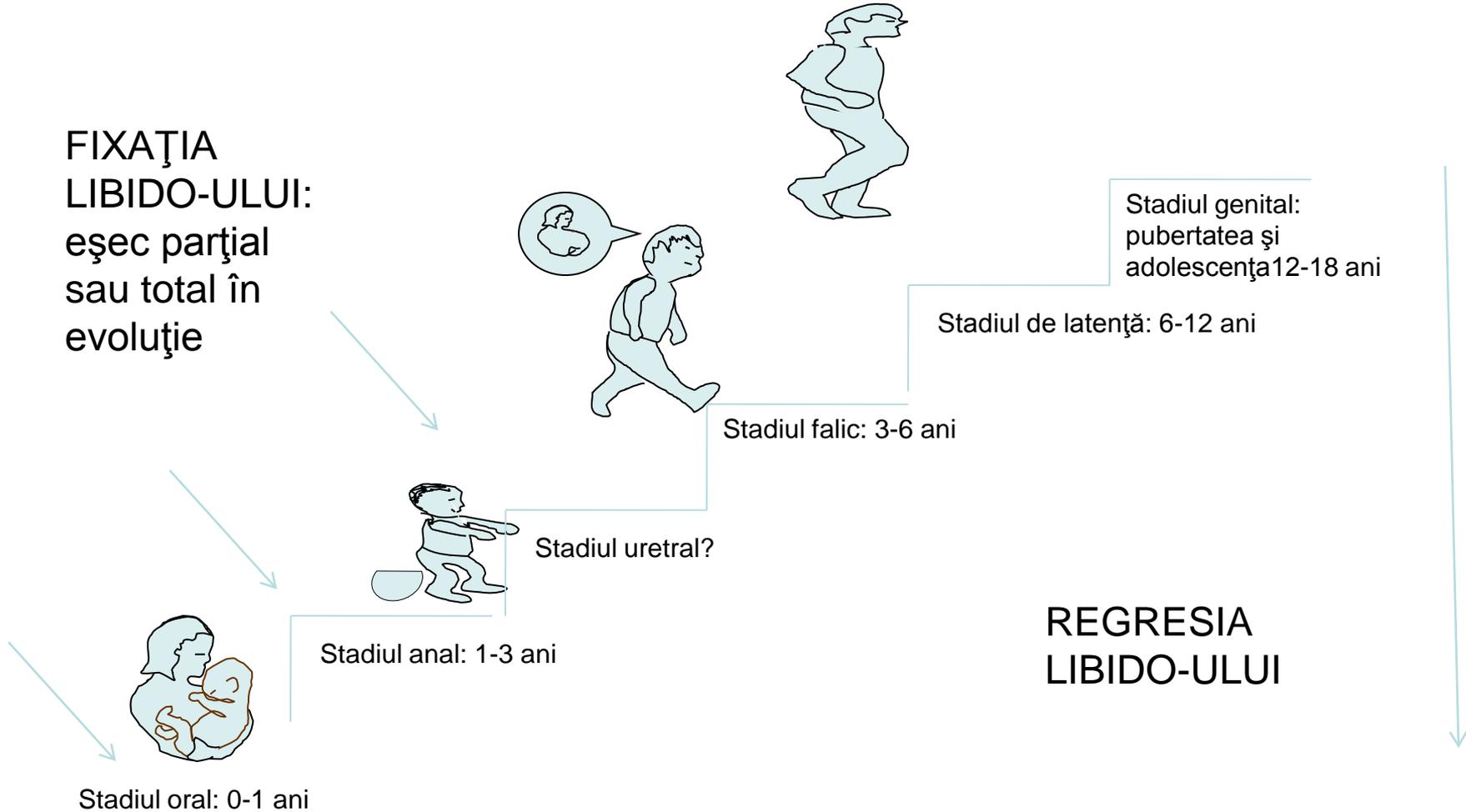
Faza mușcăturii: caracter sadic-oral

- pesimist, agresiv verbal, independent, dominator



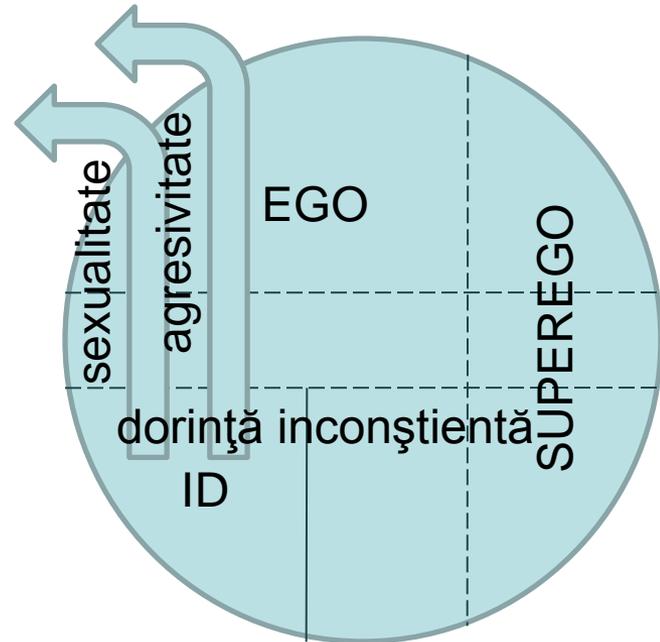
PREZENȚA LA ADULT A UNOR TRĂSĂTURI INFANTILE SE EXPLICĂ PRIN:

FIXAȚIA
LIBIDO-ULUI:
eșec parțial
sau total în
evoluție



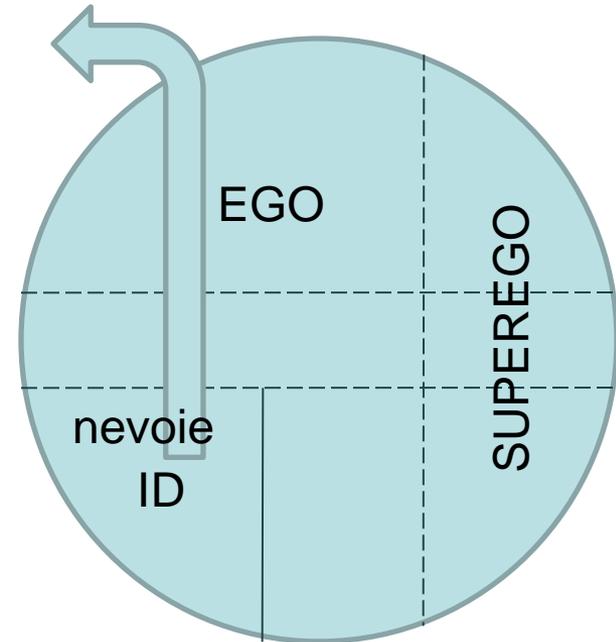
PULSIUNEA

- Pulsione: energia psihică
 - sexuală (principiul Eros-ului): dorința omului de căutare a plăcerii
 - agresivă (principiul Thanatos-ului): dorința omului de căutare a morții (de reîntoarcere la starea anterioară, primordială)
- Este consecința unei excitații venite din interiorul organismului ≠ excitațiile exterioare
- Pulsione sexuală și agresivă ≠ instinct (pulsione de conservare, pulsionile eului)
- Termenul de sexual include genitalul, nu se reduce numai la acesta



NEVOIA

- Vitale: alimentație, protecție, reproducere: instinctele
- Afective: dragoste, stimă
- Cognitive: de a înțelege, de a ști
- Determină o stare de tensiune internă
- Tensiunea internă se asociază cu o nuanță afectivă = emoție
- Tensiunea internă își găsește satisfacere printr-o acțiune specifică care procură obiectul adecvat (hrană)



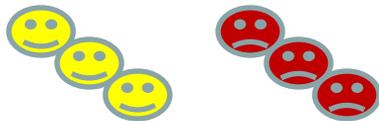
ASPECTUL ECONOMIC

- Pulsiunea:

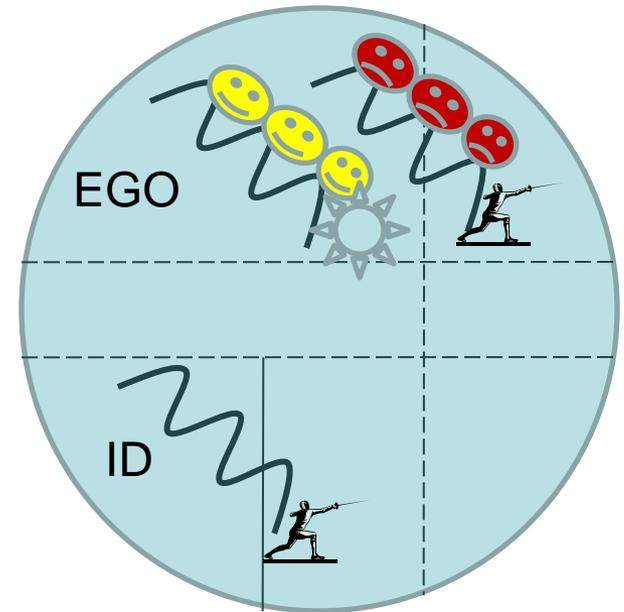
- Aspectul cantitativ al pulsuni
sexuale = LIBIDO (poftă)



- Aspectul subiectiv îl reprezintă
AFECTUL (quantum-ul de afect)

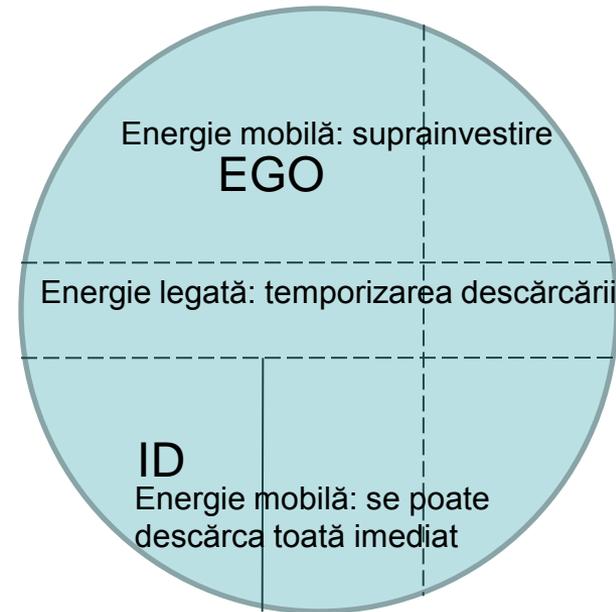


- Conținutul = REPRESENTAREA:
(imagini, gânduri, amintiri)



ASPECTUL ECONOMIC

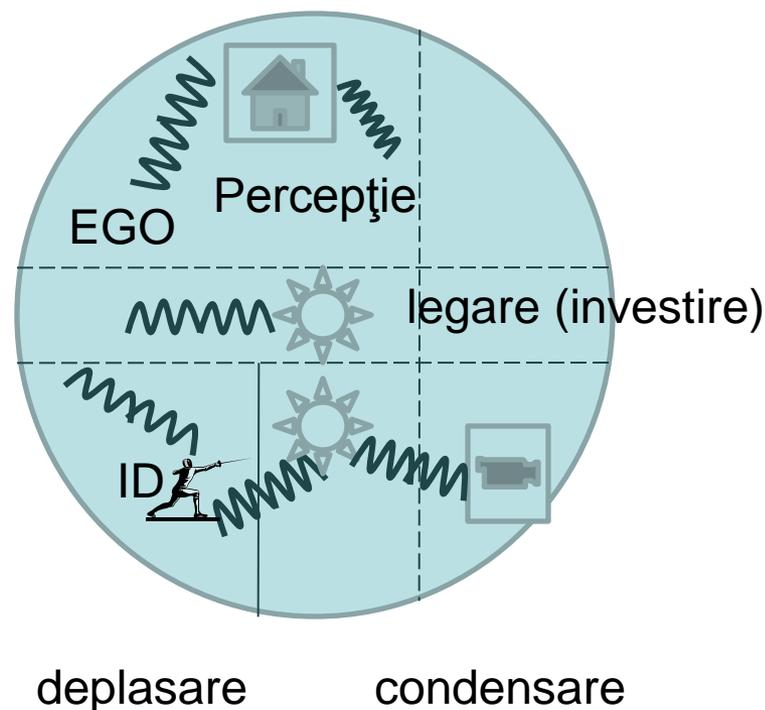
- Proces primar: energia psihică se deplasează și se condensează liber de la o reprezentare la alta
- Procesul secundar: energia este legată (investită) înainte de a se scurge controlat



ASPECTUL ECONOMIC

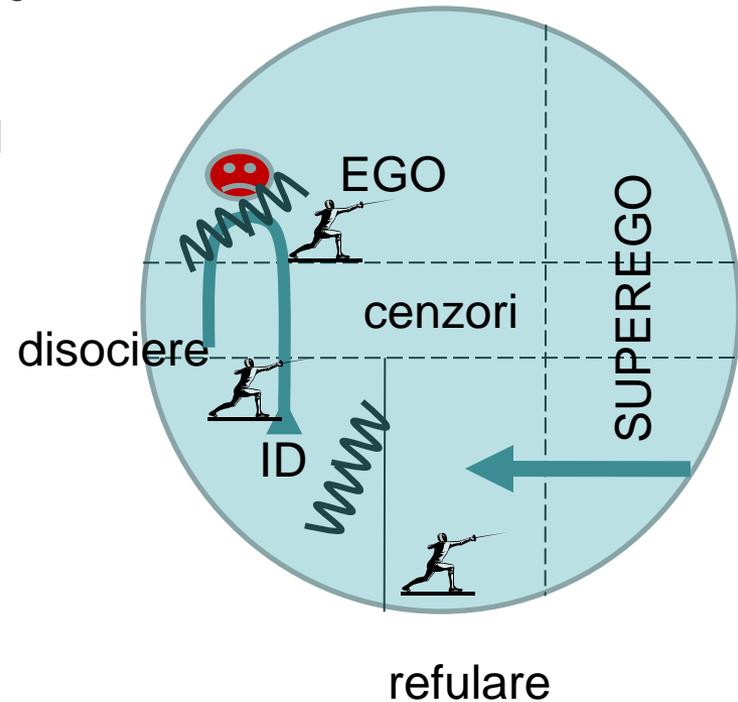
- Suprainvestirea: investirea suplimentară a unei reprezentări deja investite
- Investirea: legarea energiei psihice de o reprezentare, un obiect sau o parte a corpului
- Deplasarea: energia investită pe o reprezentare se detașează de aceasta și circulă liber (proces primar) sau restricționat de-a lungul unor căi asociative (proces secundar)
- Condensarea: o reprezentare unică exprimă mai multe lanțuri asociative a căror intersecție este

Suprainvestire: atenție



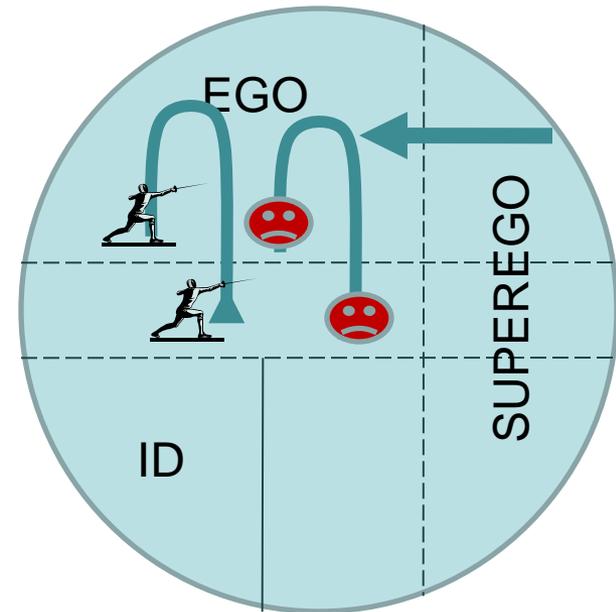
ASPECTUL DINAMIC: REFULAREA ȘI DISOCIEREA

- Refularea: proces inconștient prin care subiectul încearcă să respingă în incoștient sau să mențină în inconștient reprezentările pulsionilor
- Ca urmare reprezentările sunt disociate de afect
- Apare când satisfacerea pulsionii este inacceptabilă, irealizabilă sau dureroasă pentru ego venind în contradicție cu superego sau cu realitatea



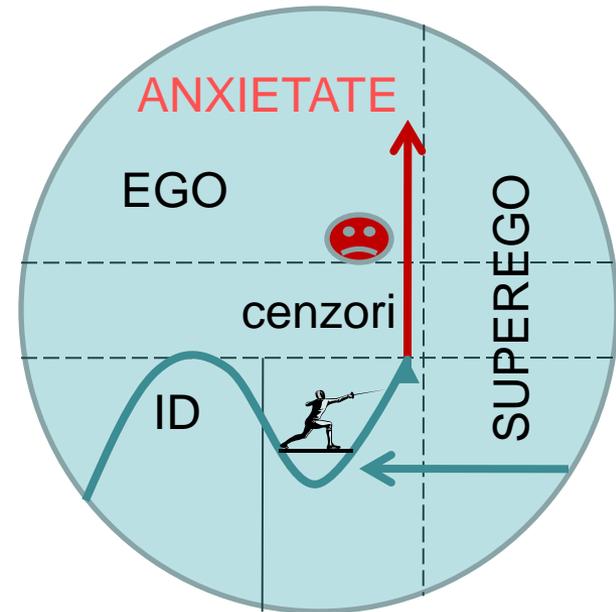
ASPECTUL DINAMIC: REPRESIA

- Represia: proces conștient prin care subiectul încearcă să respingă sau să mențină în preconștient o reprezentare sau un afect neplăcut (gânduri sau dorințe interzise sau irealizabile) ce determină frustrări
- Apare când reprezentarea sau afectul contravin exigențelor morale



ASPECTUL DINAMIC: CONFLICTELE

- Ego-ul trebuie să medieze între
 - exigențele id-ului: (vreau) și
 - interdicțiile superego-ului (nu este permis)
- Când există posibilitatea scăpării de sub control a pulsionilor refulate, apare ANXIETATEA de SEMNAL
- Ego-ul atenționează și intensifică defensiva chemând și alte mecanisme auxiliare



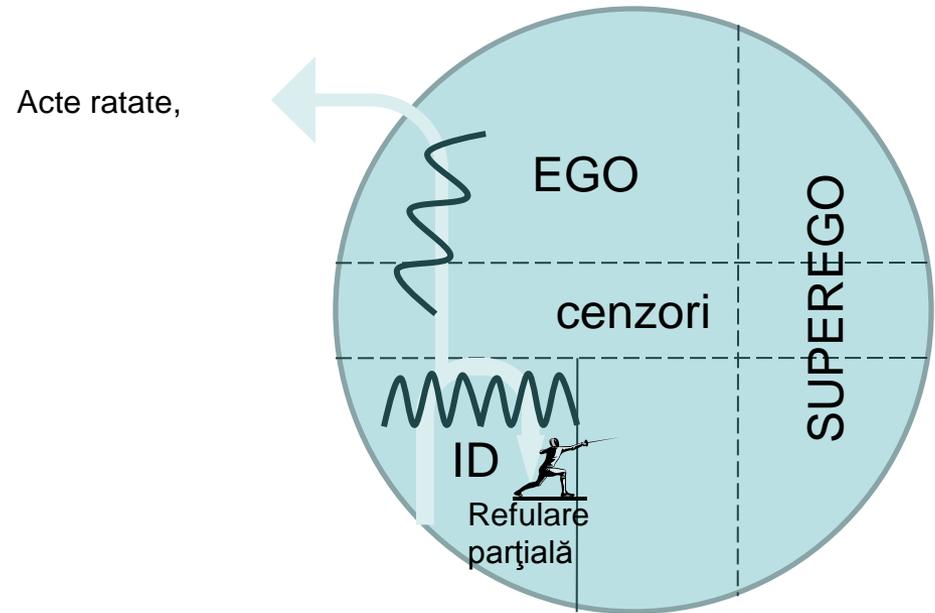
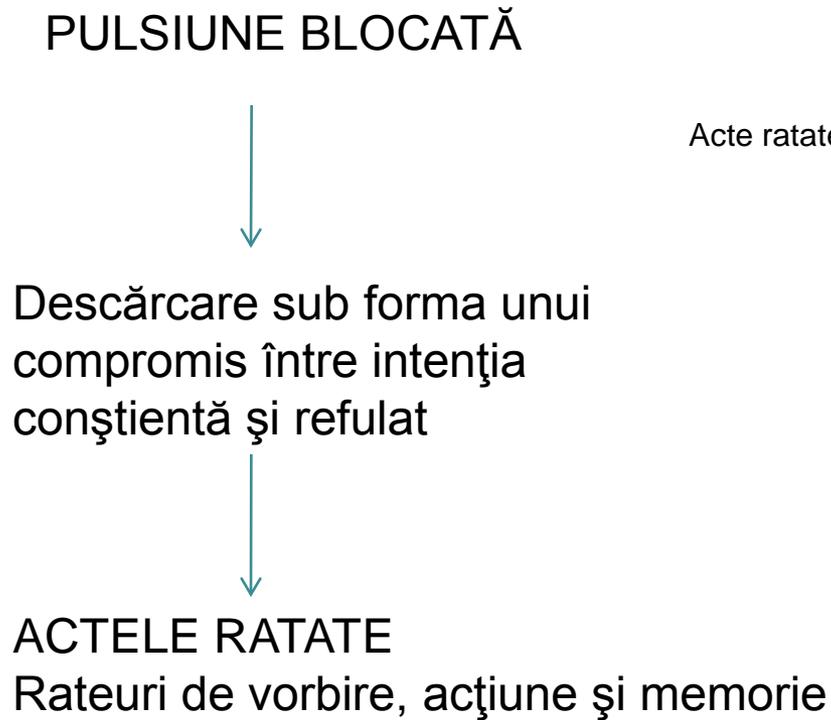
MECANISMELE DE APĂRARE (DEFENSĂ)

- Represia: decizia conștientă de a nu da curs sentimentelor sau impulsurilor inacceptabile
- Negarea: evitarea conștientizării unor informații senzoriale externe greu de înfruntat
- Deplasarea: mutarea sentimentelor asociate unui obiect asupra altui obiect care seamănă cu originalul
- Introiecția: internalizarea calităților unei persoane semnificative ca o modalitate de a accepta pierderea acelei persoane
- Proiecția: atribuirea propriilor sentimente inacceptabile unei alte persoane pentru a face aceste sentimente mai acceptabile

MECANISMELE DE APĂRARE (DEFENSĂ)

- Formarea reactivă: transformarea unei dorințe sau unei pulsioni inacceptabile în opusul lor
- Idealizarea: atribuirea unor calități perfecte altor persoane pentru a evita sentimentele negative față de acea persoană
- Identificarea: asumarea unui comportament sau idei aparținând altei persoane pentru a putea suporta mai ușor o despărțire
- Sublimarea: transformarea scopurilor condamnabile din punct de vedere social sau inacceptabile pentru individ într-unele acceptabile
- Regresia: întoarcerea la o fază anterioară de dezvoltare pentru a evita tensiunile asociate cu nivelul prezent de dezvoltare
- Raționalizarea: justificarea inconștientă a unei atitudini sau comportament inacceptabil pentru a-l face acceptabil

ÎNTOARCEREA REFULATULUI



SOMNUL

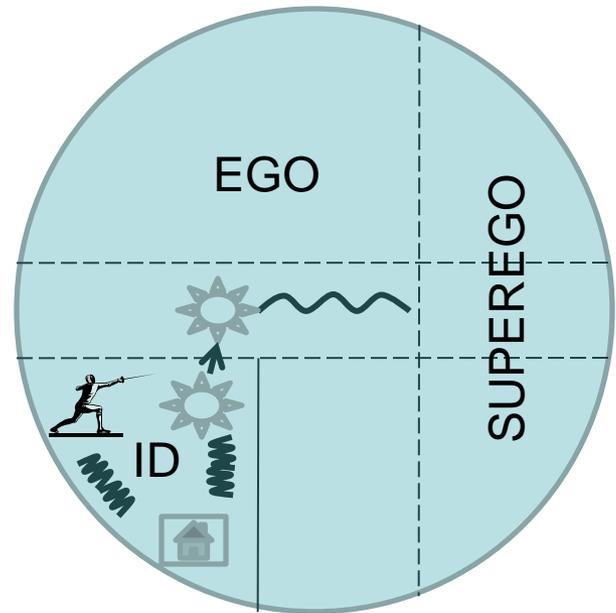
- Reprezintă o stare de slăbiciune a eului în raport cu sinele și supraeul ceea face ca eul să fie mai puțin capabil de a se apăra împotriva pulsioniilor inacceptabile
- Energia psihică se DEPLASEAZĂ liber de la o reprezentare inconștientă la alta fără a ține cont de logică: visul apare lipsit de sens
- VISELE exprimă dorințele inconștiente refulate ale individului sub o formă laconică și criptată prin
 - CONDENSARE: o reprezentare unică exprimă mai multe lanțuri asociative al căror intersecție este
 - SUPRADETERMINAREA este efectul travaliului de condensare
 - SIMBOLIZARE: criptarea conținutului latent pentru a-l face inofensiv

Conținut manifest

Ceea ce-și amintește individul din vis

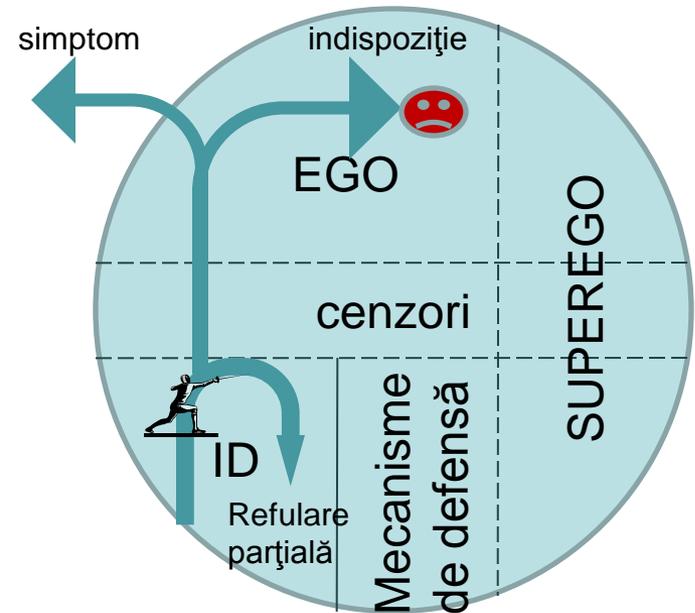
Conținut latent

(reprezentări și dorințe refulate)



PSIHANALIZA: ORIGINEA SIMPTOMULUI NEVROTIC

- Simptomul psiho-nevrotic este un compromis între pulsione și defensă datorită faptului că refularea este incompletă
- Conflictul intrapsihic este elaborat prin DERIVARE: pulsionea se va descărca parțial sub formă deghizată (satisfacere substitutivă) de simptom: relaxarea tensiunii: BENEFICIU PRIMAR
- Deoarece descărcarea nu e completă: INDISPOZIȚIE
- Simptomul permite individului să influențeze anturajul: BENEFICIUL SECUNDAR



CONVERSIUA SOMATICĂ (tulburarea conversiv-disociativă)

PULSIUNEA este refulată
AFECTUL este transformat
(convertit) într-un simptom
somatic



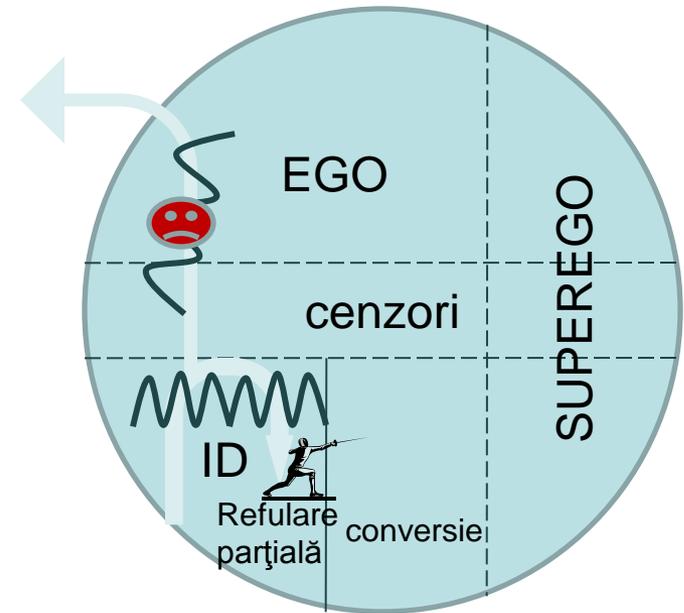
Descărcare prin simptom
senzorial sau motor
CONVERSIE SOMATICĂ



ISTERIA DE CONVERSIE
+

TOLERANȚA PARADOXALĂ
(LA BELLE INDIFFÉRENCE)

Simptom
senzorial sau
motor



FOBIILE

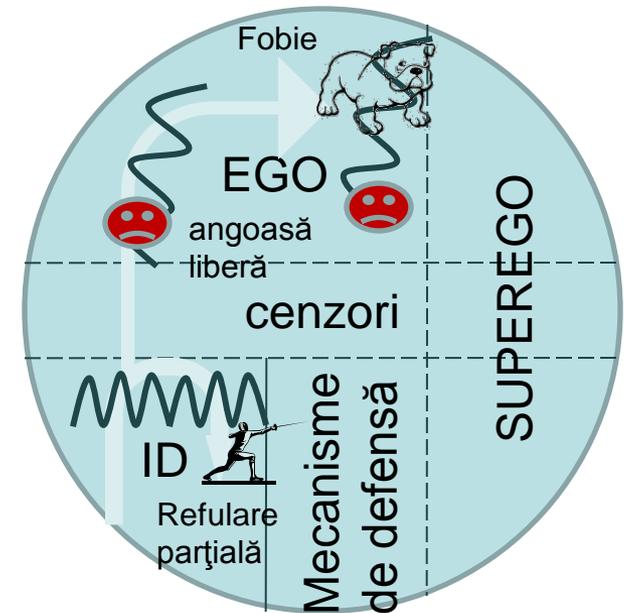
PULSIUNE BLOCATĂ

Separată de memoria traumatică e
deplasată pe un obiect neutru asociat care
devine irațional

↓
FOBIE

↓
ISTERIA DE ANGOASĂ
(tulburare fobică)

Ușurare parțială a tensiunii



OBSESIILE

PULSIUNE BLOCATĂ

Separat de memoria traumatică e deplasat pe un obiect neutru asociat care devine irațional

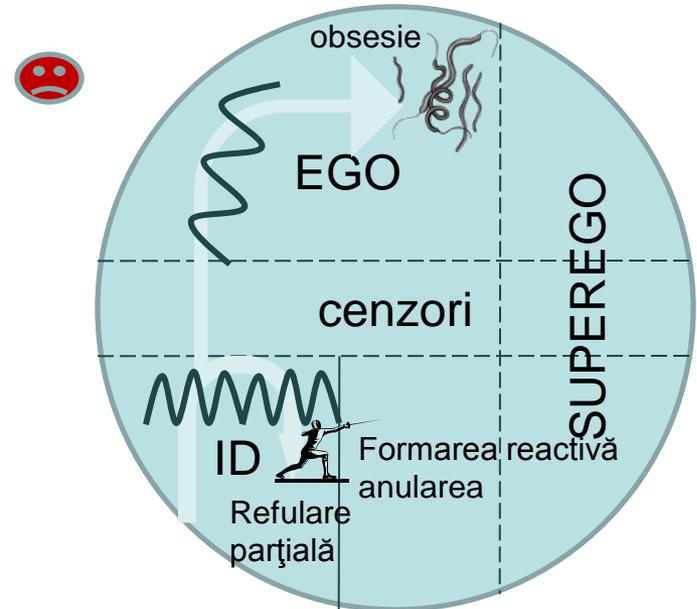


OBSESIE



NEVROZA OBSESIONALĂ
(tulburare obsesiv-compulsivă)

Ușurare parțială a tensiunii



NEVROZA ISTERICĂ

- Tulburarea conversiv-disociativă
- Tulburarea de somatizare

- Alte forme:
 - “spasmofilia”
 - “colita”

TULBURAREA DISOCIATIV-CONVERSIVĂ

- Simptome disociative:
 - Amezia disociativă electivă:
 - pierderea memoriei selectiv pentru evenimente puternic încărcate emoțional (traumatice)
 - Caracter retrograd
 - Amnezia disociativă globală

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

SIMULARE
CONȘTIENȚĂ

Amnezia
disociativă

BOLI ORGANICE:

- Sd. Korsakov
- Delirium
- Demență
- Ictus
- Traumatisme
- AVC

TULBURĂRI DE
MEMORIE INDUSE DE
SUBSTANȚE

PSIHOACTIVE:

- Alcool (blackouts) – în
intoxicație
- Marijuana
- Anxiolitice
- Barbiturice

TULBURĂRI PSIHICE

- Tulburarea de stres posttraumatic
- Tulburarea acută de stres
- Depresie
- Anxietate
- Tulburări de somatizare

TULBURAREA DISOCIATIV-CONVERSIVĂ

- Simptome disociative

- Fuga disociativă:

- Părăsirea domiciliului sau a locului de muncă, fără scop, după un eveniment stresant (frustrare, eșec), în afara zonei obișnuite de deplasare a subiectului
 - Stare crepusculară cu îngustarea câmpului de conștiință și acte automate
 - E posibilă interacțiunea socială minimală
 - Comportamentul cvasinormal
 - Amnezie globală cu sau fără asumarea unei alte identități
 - Dg. diferențial: fuga epileptică
vagabondaj

TULBURAREA DISOCIATIV-CONVERSIVĂ

- Simptome conversive (pseudo-neurologice)
 - Mutism
 - Cecitate (vedere în tunel), diplopie
 - Disfagie (“globus hystericus”)
 - Afonie (tuse prezentă)
 - Surditate
 - Anestezie în șosetă sau mănușă cu păstrarea dermatoamelor
 - Paralizie cu reflexe păstrate
 - Parestezii
 - Tremor generalizat
 - Tulburări de echilibru
 - Crize pseudo-epileptice (cădere teatrală fără lovire, convulsii dezordonate, fără mușcarea limbii, fără emisie de materii fecale, fără pierderea cunoștinței).

TULBURAREA DISOCIATIV-CONVERSIVĂ

- Diagnosticul este unul de excludere (a bolilor neurologice mai ales)
 - epilepsie parțială complexă cu automatisme motorii,
 - criză epileptică Grand Mal,
 - deficite senzoriale și motorii de cauză neurologică sau toxică

TULBURAREA DISOCIATIV-CONVERSIVĂ

- Elemente ce facilitează diagnosticul:
 - Structură histrionică de personalitate
 - Prezența unei terțe persoane
 - Toleranța paradoxală (detașare afectivă inexplicabilă în raport cu severitatea deficitelor)
 - Sugestionabilitatea mare a subiecților permite îmbogățirea tabloului clinic prin sugestie negativă sau dispariția simptomelor prin sugestie verbală uneori armată prin injectarea unei substanțe placebo.

TULBURAREA DE SOMATIZARE

- Simptome corporale
 - multiple
 - variate
 - imprecis localizate
 - persistente
 - recurente
 - fără fundament organic

TULBURAREA DE SOMATIZARE

- 4 clase de simptome:
 - Simptome gastro-intestinale: greață, vomă, balonare, diaree
 - Simptome algice: cefalee, durere toracică, abdominală, de spate, la urinat, la activitatea sexuală, la menstruație, la articulații, la extremități, durere rectală
 - Simptome sexuale: pierderea apetitului sexual, disfuncție erectilă sau ejaculatorie, cicluri neregulate, hipermenoree,
 - Simptome neurologice: paralizie, pareză, anestezie, parestezie, amnezie, afonie, cecitate, surditate, disfagie

TULBURAREA DE SOMATIZARE

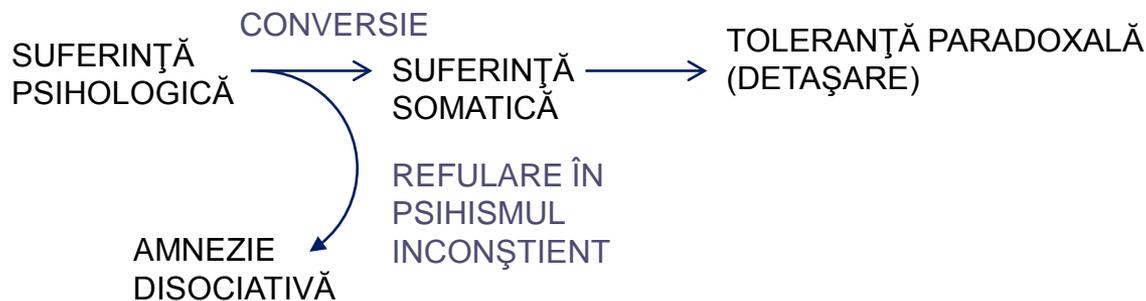
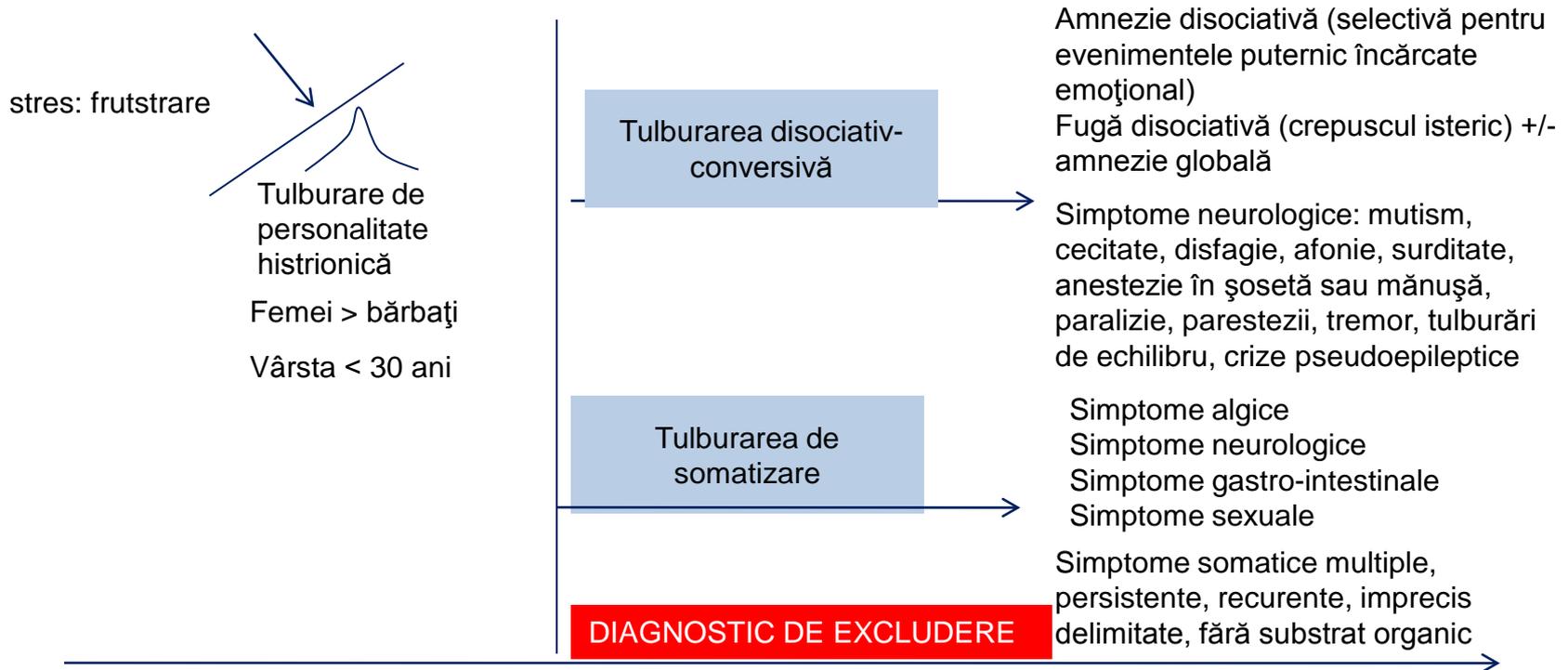
- Debut sub 30 ani
- Prevalența la femei e mai mare ca la bărbați.
- Evoluție cronică oscilantă
- Complicații:
 - Abuz de medicamente
 - Operații multiple
 - Anxietate
 - Depresie
 - Hospitalism

TULBURAREA DE SOMATIZARE

- Diagnostic diferențial:
 - Anxietate
 - Depresie
 - Tulburare hipocondriacă
 - Scleroză multiplă
 - Porfirie
 - Simulare premeditată
- Tratament:
 - Psihoterapie (psihanaliză, de inspirație psihanalitică)
 - Medicație psihotropă: anxiolitice, antidepresive, hipnotice

TULBURAREA CONVERSIV-DISOCIATIVĂ

TULBURAREA DE SOMATIZARE



Simptomele apar în prezența unei terțe persoane

Tratament: psihoterapie psihodinamică, sugestie armată

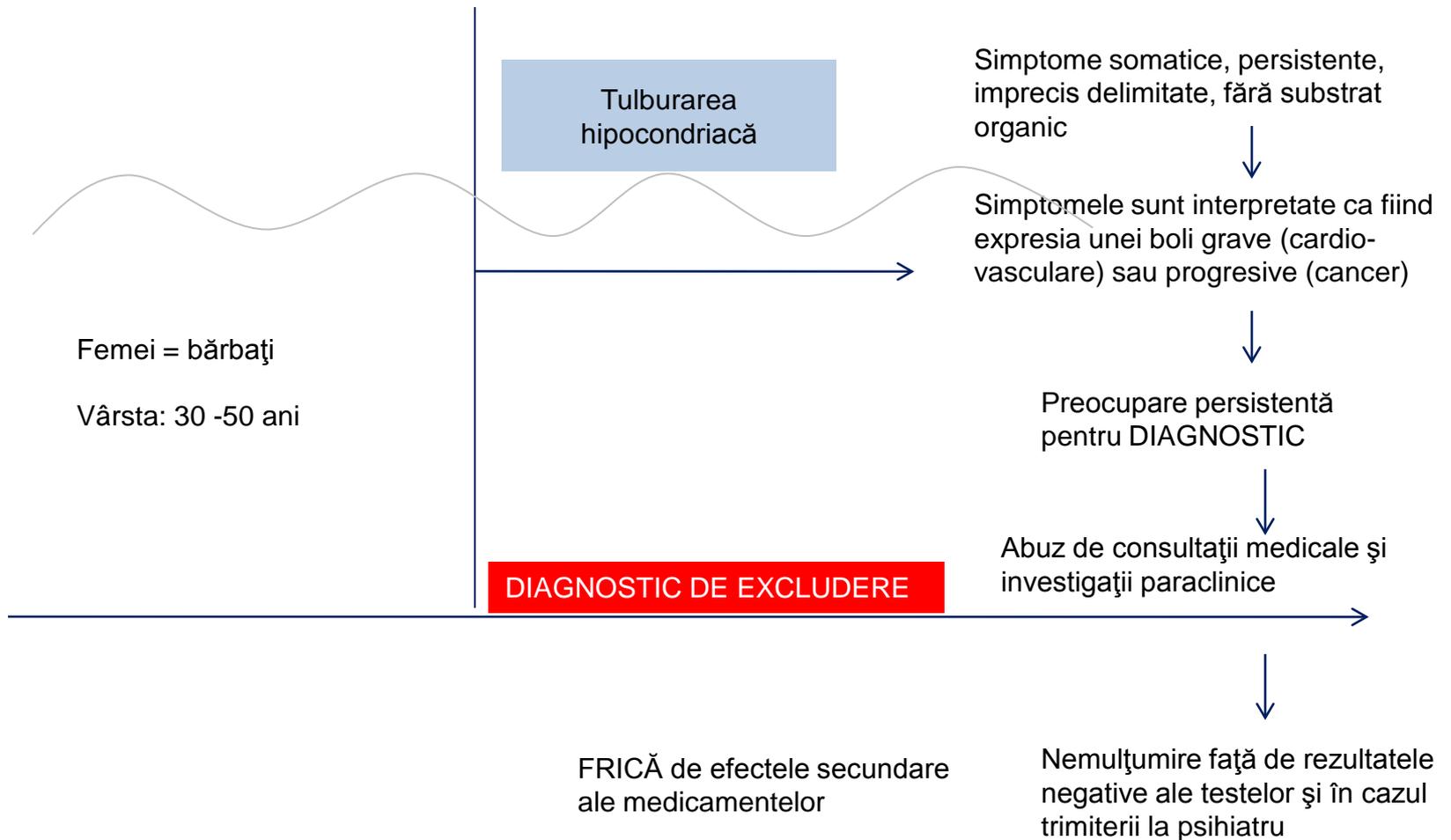
TULBURAREA HIPOCONDRIACĂ

- Acuze somatice persistente, imprecis localizate, interpretate ca semne ale unei boli grave (cardio-vasculare) sau progresive (gastro-intestinale)
- Preocupare persistentă a subiectului pentru diagnosticul bolii (nenumărate analize medicale sau consulturi la diferiți doctori)
- Frică de efectele secundare medicamentoase
- Pacientul este nemulțumit de rezultatele negative ale testelor și ofensat când în urma multiplelor consulturi medicale i se sugerează să se prezinte la psihiatru
- Comportament de atragere atenției asupra naturii somatice (histrionic)

TULBURAREA HIPOCONDRIACĂ

- Debut: 30-50 ani
- Prevalență egală între femei și bărbați
- Evoluție cronic fluctuantă
- Complicații: abuz de analize și consultații medicale, anxietate
- Include: nosofobia, dismorfobia nedelirantă
- Diagnostic diferențial:
 - Anxietate
 - Depresie
 - Tulburare de somatizare
 - Tulburare delirantă persistentă.

TULBURAREA HIPOCONDRIACĂ



NEURASTENIA

- Acuze persistente și supărătoare de fatigabilitate crescută după efort mental sau acuze persistente și supărătoare privind slăbiciunea și epuizarea corporală după efort minim
- Dureri musculare
- Amețeli
- Tulburări de somn
- Iritabilitate
- Incapacitate de relaxare
- Diagnostic diferențial:
 - Sd. de burn-out
 - Oboseala post hepatită
 - Oboseala post virală

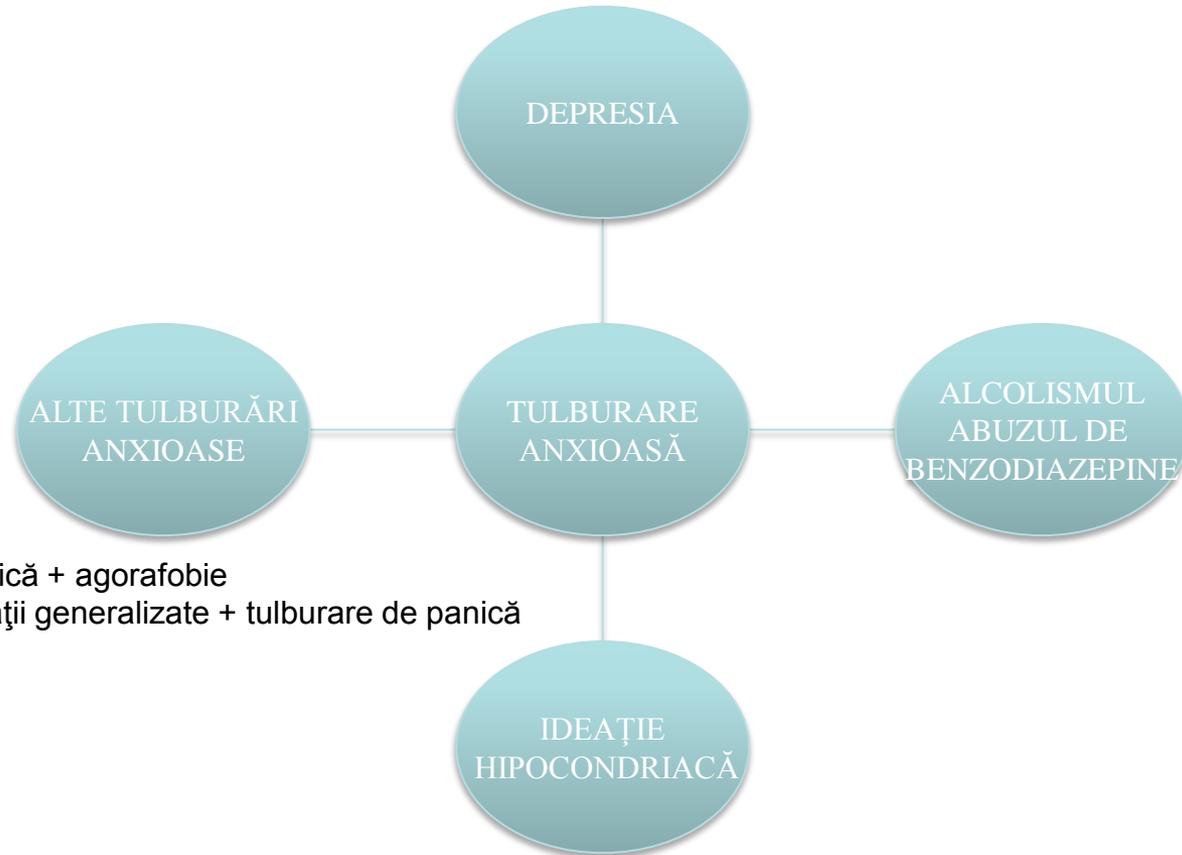
IMPORTANȚA ANXIETĂȚII

- Anxietatea este suferința psihică prin excelență
- Este întâlnită în:
 - Afectări organice generale sau cerebrale
 - Toxicomanii: alcoolism, bad trip (cannabis)
 - Tulburări psihice:
 - Reactive: reacția acută la stres, tulburarea posttraumatică de stres, tulburări de adaptare
 - Nevrotice: tulburarea anxietății generalizate, tulburarea de panică, tulburările fobice, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea hipocondriacă
 - Psihotice: schizofrenie, tulburări afective periodice
 - Tulburări de personalitate (anxietatea structurală: t.p anxios-evitantă, dependentă, anankastă, instabil-emoțională, paranoidă)

TULBURĂRILE ANXIOS-FOBICE

- Tulburarea anxietății generalizate (TAG)
- Tulburarea de panică (TP)
- Agorafobia
- Fobia socială (anxietatea socială)
- Fobii specifice (simple)

TULBURĂRILE ANXIOASE: COMORBIDITATE

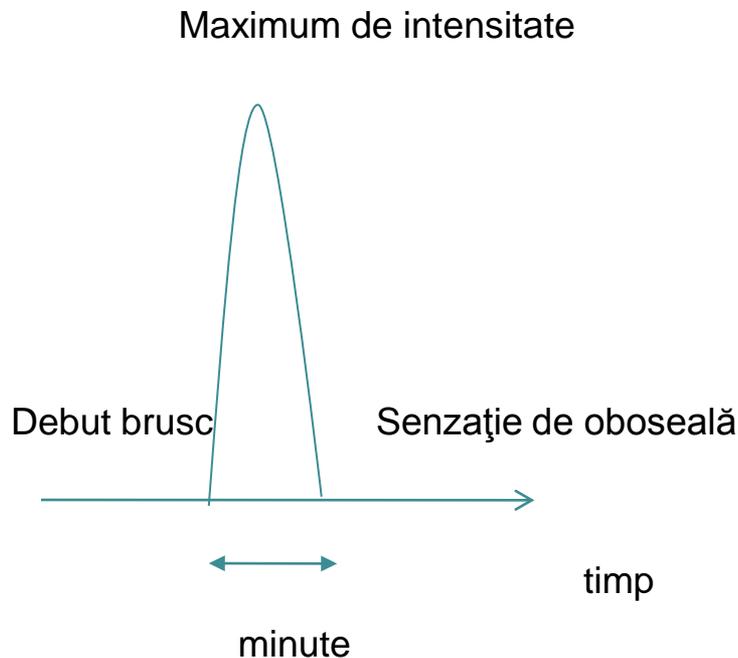


De ex:

Tulburarea de panică + agorafobie

Tulburarea anxietății generalizate + tulburare de panică

ATACUL DE PANICĂ



Definiție: criză paroxistică de frică intensă, tematizată

Sindromul atacului de panică:

simptome psihice:

- frică de moarte iminentă
- derealizare sau depersonalizare
- frică de a pierde controlul,
- frica de a „înnebuni”

simptome vegetative

- palpitații, tahicardie
- transpirații reci sau valuri de căldură
- tremurături
- uscăciunea gurii

simptome toracice și abdominale sau neurologice

- dispnee
- durere sau disconfort toracic
- disconfort abdominal
- paretezii
- senzație de leșin, lipsă de echilibru
- paretezii

comportament:

- inhibiție psiho-motorie
- neliniște psiho-motorie

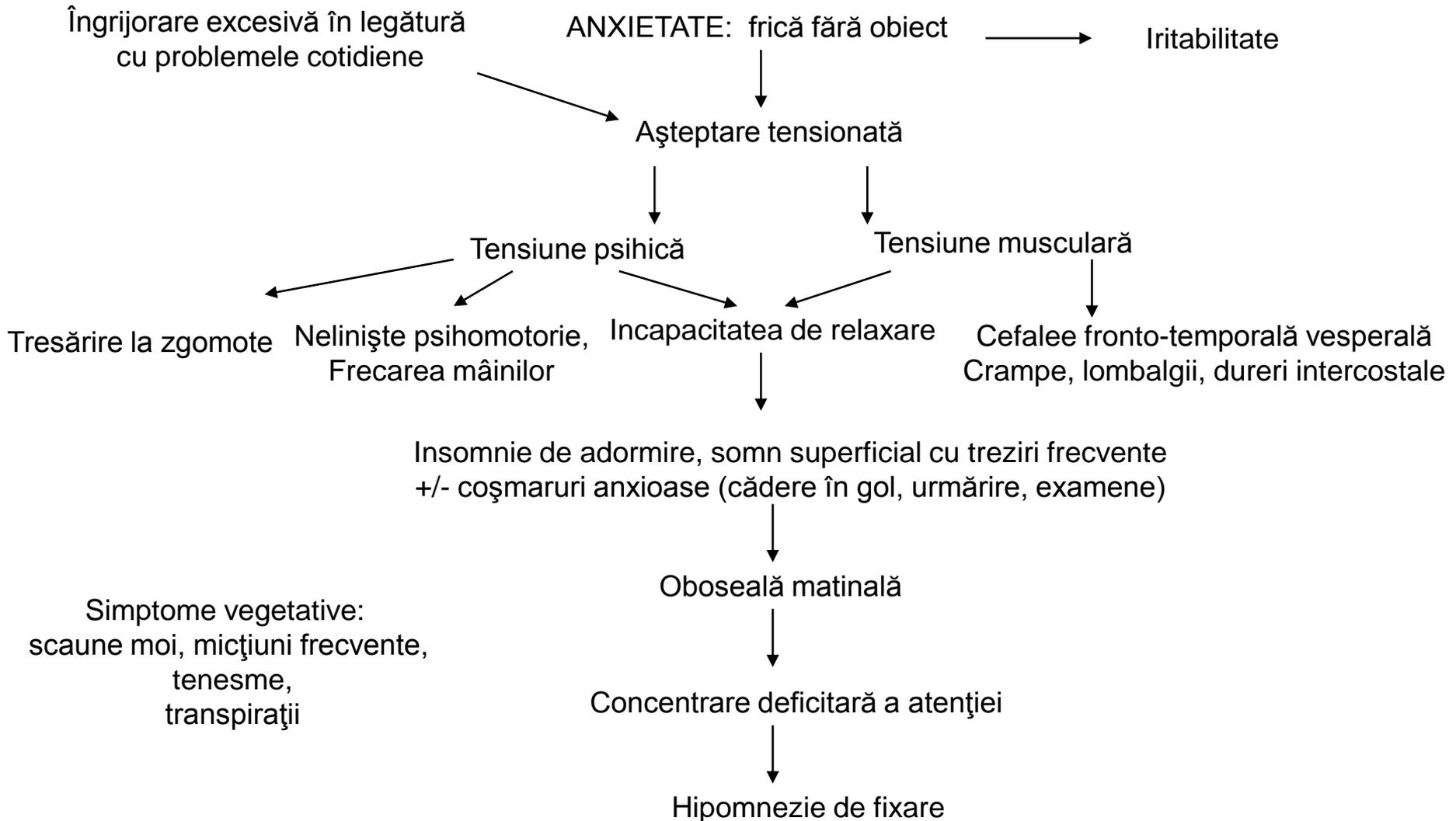
TULBURAREA ATACURILOR DE PANICĂ

- Diagnostic:
 - peste 4 atacuri de panică într-o lună
 - Atacurile de panică trebuie să fie imprevizibile (nedeclanșate de vreun obiect sau situație fobogenă, conflicte, substanță psiho-activă, boală organică etc.)
 - Deoarece atacurile de panică nu pot fi legate de un context anume apare frica de noi atacuri de panică (“frica de frică”)

TULBURAREA ATACURILOR DE PANICĂ (TP)

- Debut: adultul tânăr
- Prevalență: femei>bărbați
- Evoluție: episoade recurente de atacuri de panică ce alternează cu perioade asimptomatice
- Complicații:
 - Depresie
 - Hipocondrie
 - Alcoolism secundar sau abuz de benzodiazepine

ANXIETATEA GENERALIZATĂ



ANXIETATEA GENERALIZATĂ

Definiție: anxietatea este o frică fără obiect (subiectul nu poate preciza ce îi produce frica)

Sindromul anxietății generalizate:

- Anxietate
- Îngrijorare în legătură cu problemele de zi cu zi
- Neliniște psihomotorie accentuată vespéral
- Așteptare tensionată (tensiune intrapsihică)
- Tensiune musculară generatoare de cefalee (frontală, fronto-temporală, occipitală, în bandă sau generalizată), crampe, lombalgii, dureri intercostale în punct fix și imposibilitatea de relaxare
- Insomnie de adormire secundară îngrijorării și imposibilității de relaxare
- Coșmaruri anxioase (cădere în gol, urmărire, examene)
- Somn superficial cu treziri frecvente
- Oboseală matinală
- Iritabilitate
- Hipoprosexie de concentrare a atenției
- Hipomnezie de fixare
- Tresăriri la zgomote, sonerie, telefon
- Tulburări vegetative: scaune moi și micțiuni frecvente, tenesme, transpirație
- Privire încruntată, investigatorie, frecarea mâinilor

TULBURAREA ANXIETĂȚII GENERALIZATE (TAG)

- Debut: adultul tânăr
- Prevalență: femei>bărbați
- Durata unui episod: 6 luni de zile
- Evoluție: de lungă durată: episoade anxioase alternând cu perioade asimptomatice
- Complicații:
 - Depresie
 - Alcoolism secundar sau abuz de benzodiazepine
 - Atacuri de panică survenite pe fondul anxietății generalizate

AGORAFOBIA

Definiție: frica de a se afla într-o situație în care scăparea este dificilă în condițiile apariției unui atac de panică

Tablou clinic: sindromul fobic

1. Situația fobogenă
2. Atac de panică în situația fobogenă
3. Conduită de evitare a situației fobogenei sau de securizare (persoană sau obiect securizant)
4. Anxietate anticipatorie în cazul în care situația fobogenă nu poate fi evitată

AGORAFOBIA

Situații fobogene:

- Spații largi aglomerate: piețe, restaurante, săli de cinematograf, stadioane
- Mijloace de transport în comun, poduri, tuneluri
- Spații deschise

“Agora” = piață (lb. greacă)

AGORAFOBIA

- Debut: adultul tânăr
- Prevalență: femei>bărbați
- Evoluție: unele cazuri sunt precedate de tulburare de panică, agorafobia fiind o complicație
- Complicații:
 - pierderea locului de muncă
 - izolarea la domiciliu
 - depresie
 - alcoolism sau abuz de anxiolitice

FOBIA SOCIALĂ

Definiție: frica exagerată și irațională de a vorbi în public

Tablou clinic: sindromul fobic

1. Situația fobogenă
2. Atac de panică în situația fobogenă
3. Conduită de evitare a situației fobogenei sau de securizare (persoană sau obiect securizant)
4. Anxietate anticipatorie în cazul în care situația fobogenă nu poate fi evitată

FOBIA SOCIALĂ

- Situațiile fobogene în care subiectul riscă de a se comporta într-un mod stânjenitor sau de a afișa anxietatea (roșirea feței, tremor, bâlbâială, vomă, urgență micțională, defecare imperioasă):
 - de a fi în centrul atenției:
 - vorbitul în public
 - luarea mesei în public
 - de a veni în contact cu persoane străine
- Debut: în copilărie sau adolescență
- Evoluție: cronică
- Complicații:
 - Depresie
 - Alcoolism secundar

FOBIILE SPECIALE

Fobia: frică patologică cu obiect (disproporționată ca intensitate față de gradul de pericolozitate al obiectului fobogen și percepută ca irațională de către subiect, care însă nu poate controla frica)

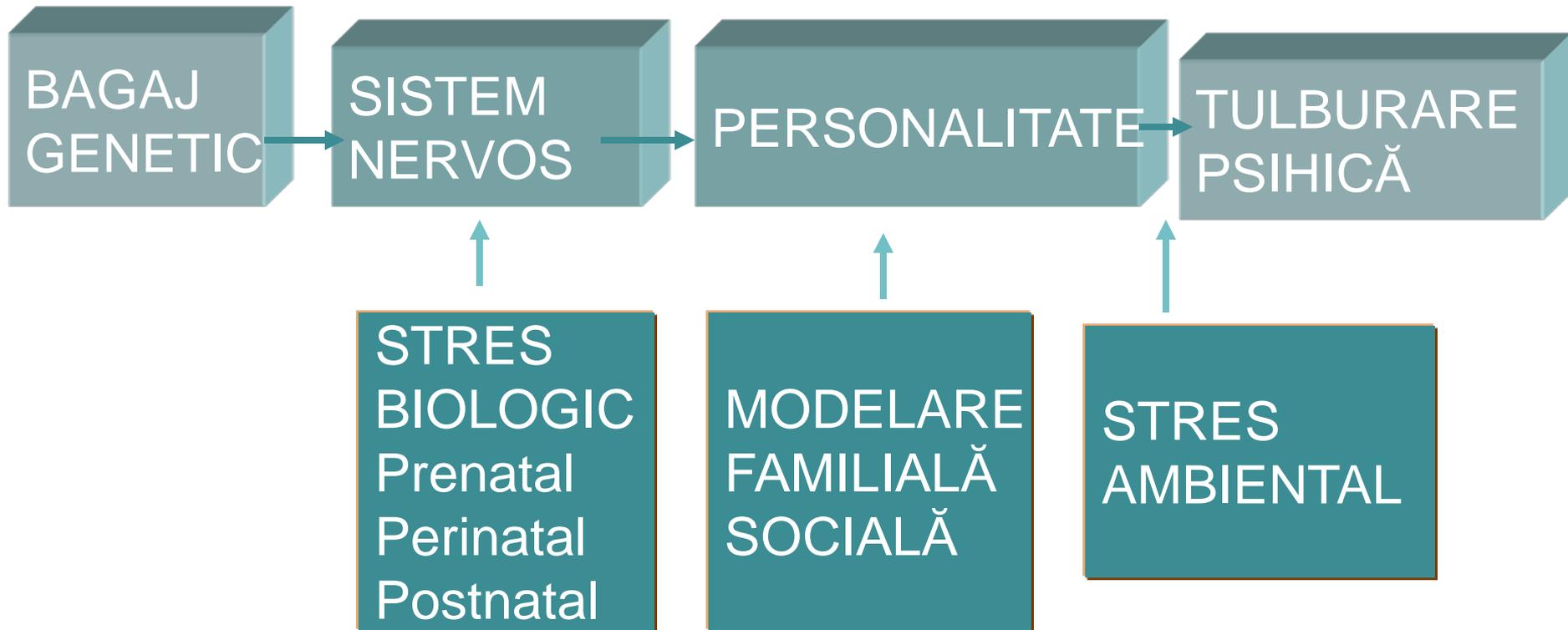
Tabloul clinic: sindromul fobic

1. Existența situației fobogene sau obiectului fobogen
2. Atac de panică la confruntarea cu obiectul fobogen
3. Conduită de evitare a situației fobogene sau de securizare (persoană sau obiect securizant)
4. Anxietate anticipatorie în cazul în care situația fobogenă sau obiectul fobogen nu pot fi evitate

Obiecte fobogene:

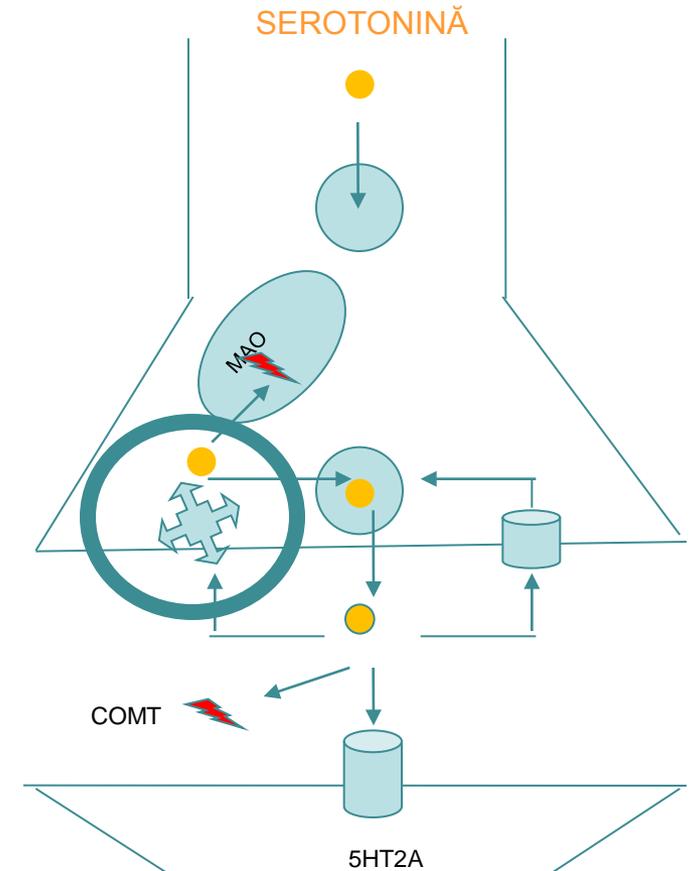
- animale: insecte, câini, șerpi
- elemente naturale: furtună, apă, înălțime
- situații speciale: ascensoare, tuneluri, înălțime, spații înguste
- sânge – injecții - rănire caracterizat prin răspuns vaso-vagal intens

ASPECTE ETIO-PATOGENICE



FACTORII GENETICI

- Importanța factorilor genetici este moderată (studii familiale și pe gemeni): riscul de a moșteni boala variază pentru
 - TAG: 20-30%
 - TP: 30-40%
- Afectarea enzimatică: COMT, MAO-A
- Afectarea receptorilor unor neuromediatori sau hormoni: serotoninină (5HT2A), CCK
- Afectarea pompelor de recaptare (transportorilor neuromediatorilor)
 - O activitate redusă a pompei de recaptare a noradrenalinei (NET) crește riscul de apariție a ATACURILOR DE PANICĂ
 - În TULBURAREA ANXIETĂȚII GENERALIZATE, în unele familii există un polimorfism al genei pentru pompa de recaptare a serotoninei
- TULBURAREA ANXIETĂȚII GENERALIZATĂ ar avea o diateză genetică comună cu DEPRESIA



FACTORII DEVELOPMENTALI: TEORIA ATAȘAMENTULUI



John Bowlby (1907-1990)

În primul an de viață, mama anxioasă și nesigură poate transmite nonverbal anxietate și nesiguranță copilului

Între 8 luni și 3 ani **RELAȚIA DE ATAȘAMENT** cu imaginea maternă se poate realiza:

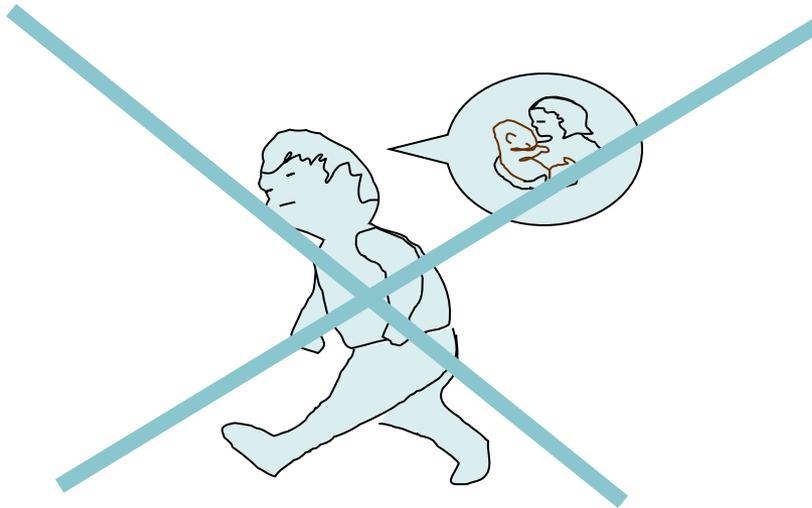
- sigur

- nesigur

ATAȘAMENTUL, EXPLORAREA LUMII ȘI ANXIETATEA DE SEPARAȚIE

În această perioadă apare ANXIETATEA DE SEPARAȚIE DE MAMĂ și ANXIETATEA la contactul cu persoane noi.

Un atașament nesigur poate inhiba comportamentul de investigare și explorare al copilului



MODELELE EDUCAȚIONALE PARENTALE

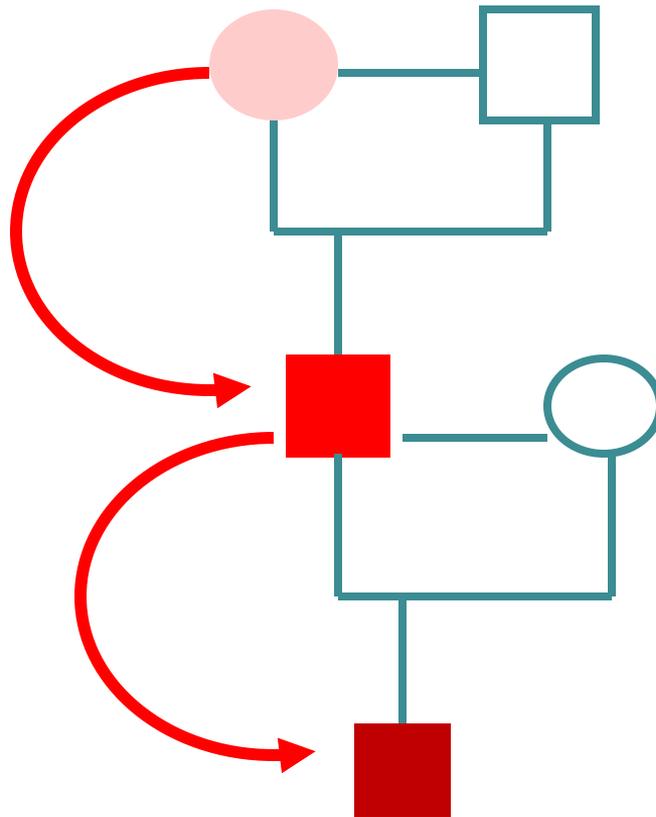
Modelele educaționale parentale exercitate de-a lungul copilăriei pot favoriza structurarea unei persoane nesigure de sine, care evită situațiile noi și preluarea de responsabilități proprii

De ex: HIPERPROTECȚIA COPILULUI

COMUNICAREA INTRAFAMILIALĂ ȘI TRANSMITEREA TRANSGENERAȚIONALĂ A ANXIETĂȚII

Relațiile foarte strânse între membrii unei familii creează un sentiment de dependență afectivă foarte mare în relațiile dintre aceștia. Acest lucru generează anxietate la membrii familiei.

Adulții proveniți din aceste familii vor transmite propriul lor model familial transmitând și amplificând anxietatea copiilor



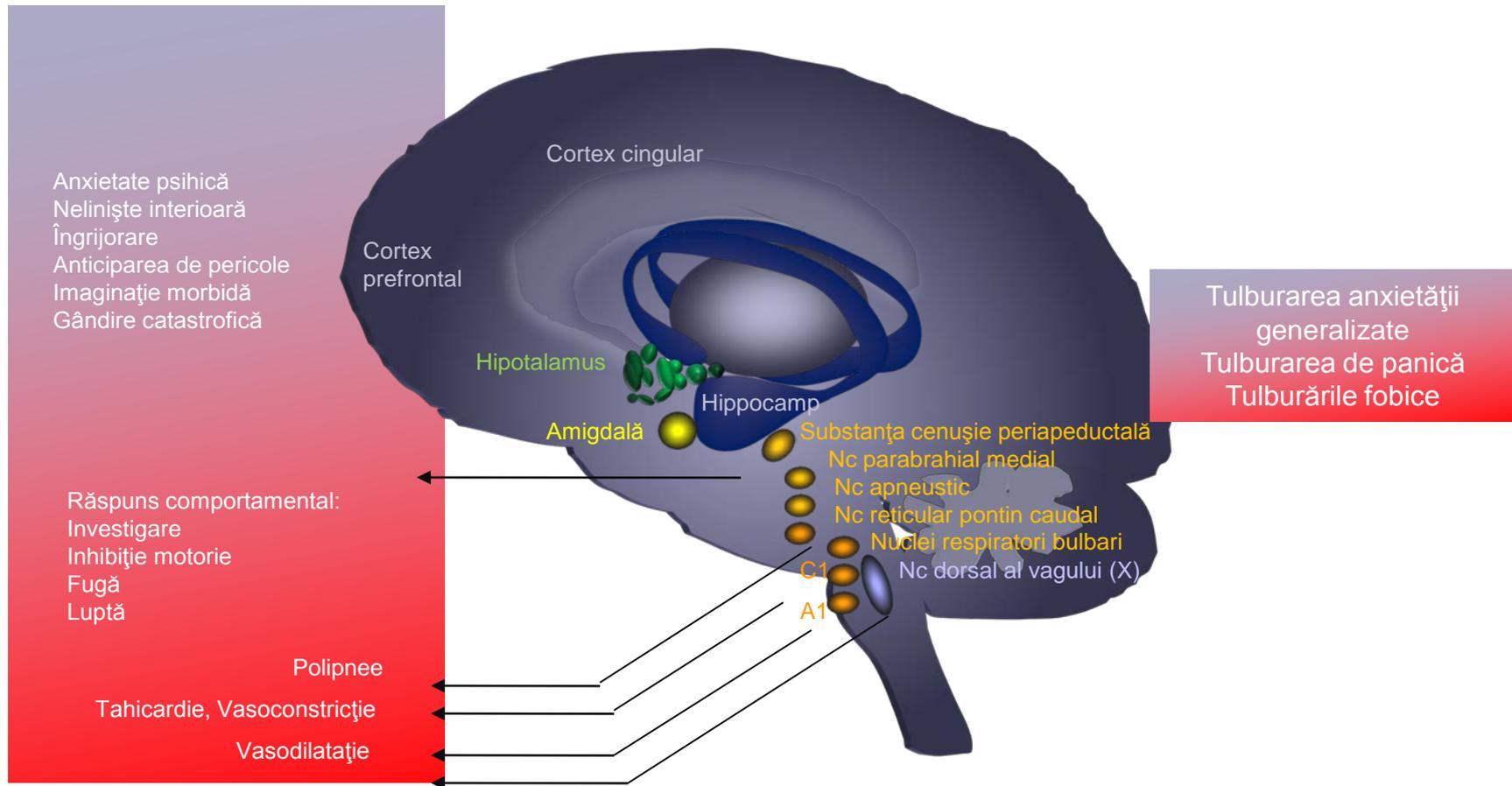
EVENIMENTELE DE VIAȚĂ

- Frica se învață în mare măsură prin experiențe de viață și prin coerciție.
- Situații generatoare de frică:
 - Anxietatea de a pierde unul din părinți prin amenințarea cu divorțul
 - Certuri între părinți cu folosirea violenței verbale și fizice
 - Violență verbală și fizică asupra copilului

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE VULNERABILE

- Tipurile cele mai frecvent întâlnite în tulburările anxios-fobice:
 - ANXIOS-EVITANTĂ
 - DEPENDENTĂ
 - ANANKASTĂ

ANXIETATEA: NEUROANATOMIE FUNCȚIONALĂ



ANXIETATEA: NEUROANATOMIE FUNCȚIONALĂ

- HIPOTALAMUS:
 - Centrii SN simpatic (hipotalamusul posterior) și ai SN parasimpatic (hipotalamusul anterior)
 - Nucleul paraventricular: secretă CRH care controlează secreția de ACTH din hipofiza anterioară, iar acesta din urmă secreția hormonilor de stres (cortizol și adrenalină) din glanda suprarenală
 - Eferențe spre SCPA, LC, nucleii parabrahiali, nucleul reticular pontin caudal, nucleii parasimpatici ai trunchiului cerebral
- AMIGDALA: asociază o semnificație emoțională unui stimul. Activează hipotalamusul, SCPA, LC, nucleii parabrahiali, centrii respiratori, nucleul dorsal al vagului
- TRUNCHIUL CEREBRAL
 - SUBSTANȚA CENUȘIE PERIAPEDUCTALĂ (SCPA): inhibiție motorie, analgezie, simptome cardio-vasculare
 - RAFEUL MEDIAN: secreție de serotonină care controlează secreția de noradrenalină
 - LOCUS COERULEUS (LC): cel mai bogat conținut în noradrenalină. Rol în monitorizarea modificărilor în homeostazie orientând atenția spre stimuli noi relevanți din pdv biologic și crescând starea de alertă corticală
 - NUCLEII PARABRAHIALI: polipnee, controlul micțional
 - NUCLEUL RETICULAR PONTIN CAUDAL: reflexul de tresărire
- NUCLEUL BAZAL AL LUI MEYNERT: amplifică starea de alertă corticală
- CORTEXUL PREFRONTAL: controlul conștient și inconștient al anxietății

HIPOVENTILAȚIA ȘI HIPERVENTILAȚIA

- Cel mai important stimul pentru centrul respirator este presiunea arterială a CO₂
- Ipoteza falsei alarme de sufocare a lui Klein: pacienții cu atacuri de panică au o sensibilitate crescută la hipercapnie a centrilor respiratori (creșterea concentrației CO₂ stimulează centrul respirator)
- Noaptea, pe măsură ce somnul devine tot mai profund (somnul NREM), răspunsul ventilator CO₂ scade. În timpul somnului REM răspunsul ventilator la CO₂ scade și mai mult cu riscul apariției apneei. Hipercapnia ce rezultă de aici poate declanșa atacuri de panică nocturne.
- Hiperventilația produce alcaloză respiratorie prin pierderea CO₂ în timpul expirului. Modificarea de pH sanguin va stimula legarea fracției libere a calciului de proteine inducând o hipocalcemie tranzitorie. Aceasta la rândul său, va produce simptome asemănătoare tetaniei la unii pacienți cu atacuri de panică (de unde și confuzia cu “spasmofilia”)

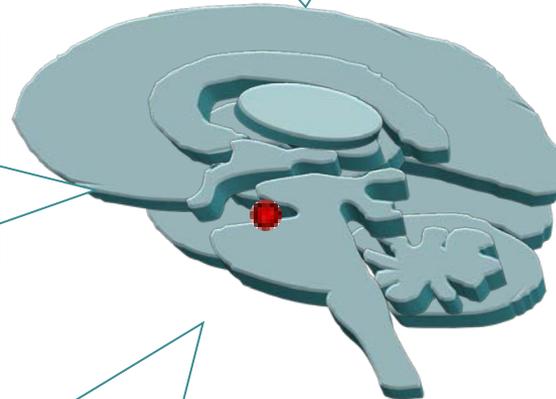
STRUCTURI CEREBRALE IMPLICATE ÎN TULBURĂRILE ANXIOASE

TULBURAREA ATACURILOR DE PANICĂ
Amigdală hiperactivă
Regiunea parahipocampică dreaptă hiperactivă

TULBURAREA DE STRESS POSTTRAMATIC

Amigdală hiperactivă
Arii corticale frontale hipoactive
Hipocamp redus ca volum

TULBURAREA ANXIETĂȚII GENERALIZATE
Amigdală hiperactivă
Cortex prefrontal hiperactiv

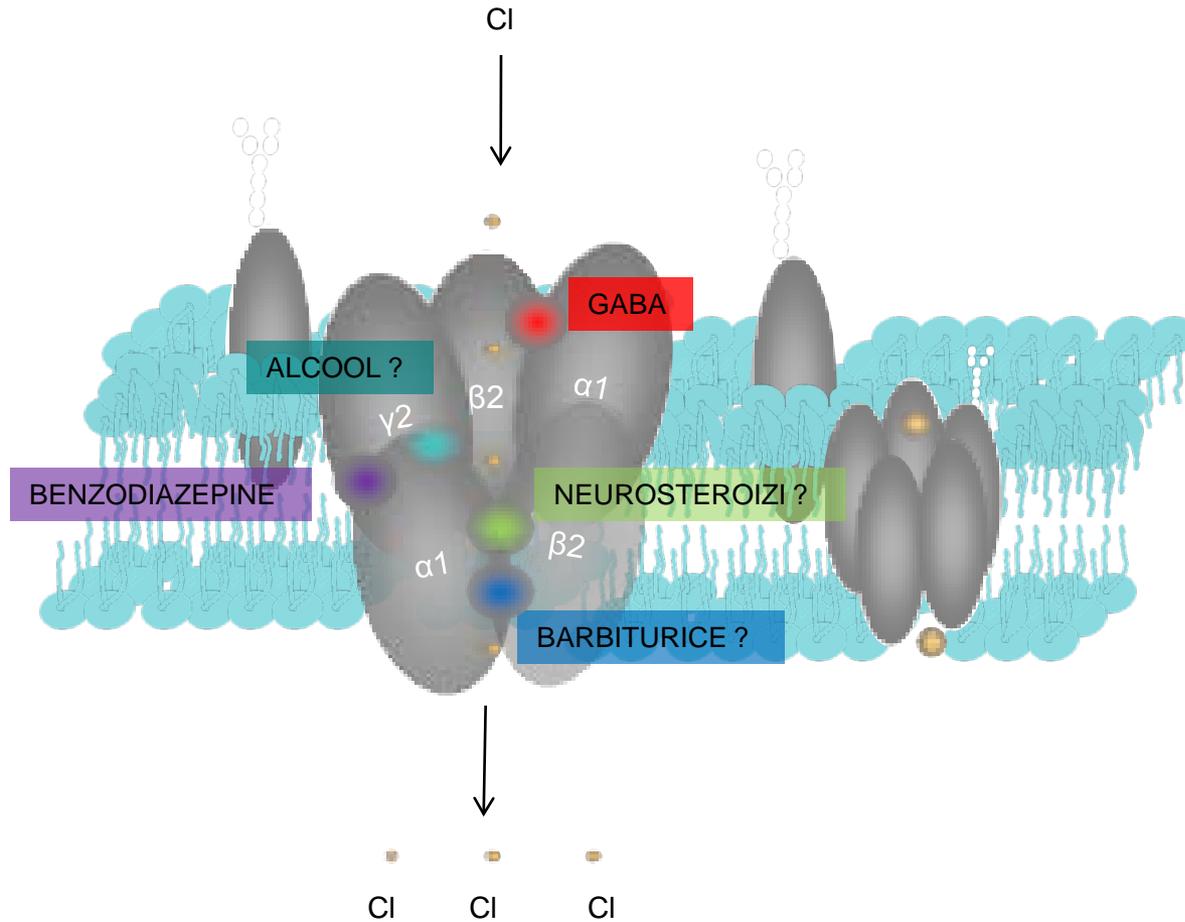


FOBIE SOCIALĂ
Hiperactivitate la nivelul amigdalei
Hiperactivitate a cortexului cingulat anterior (monitorizarea comportamentului)
Hipoactivitate a ganglionilor bazali

SISTEMELE DE NEUROTRANSMISIE CEREBRALĂ PERTURBATE ÎN ANXIETATE:

- SISTEMUL GABAERGIC
- SISTEMUL NORADRENERGIC
- SISTEMUL SEROTONINERGIC
- NEUROPEPTIDE: CCK, NPY
- HORMONI: CRH, CORTIZOL, ADRENALINA

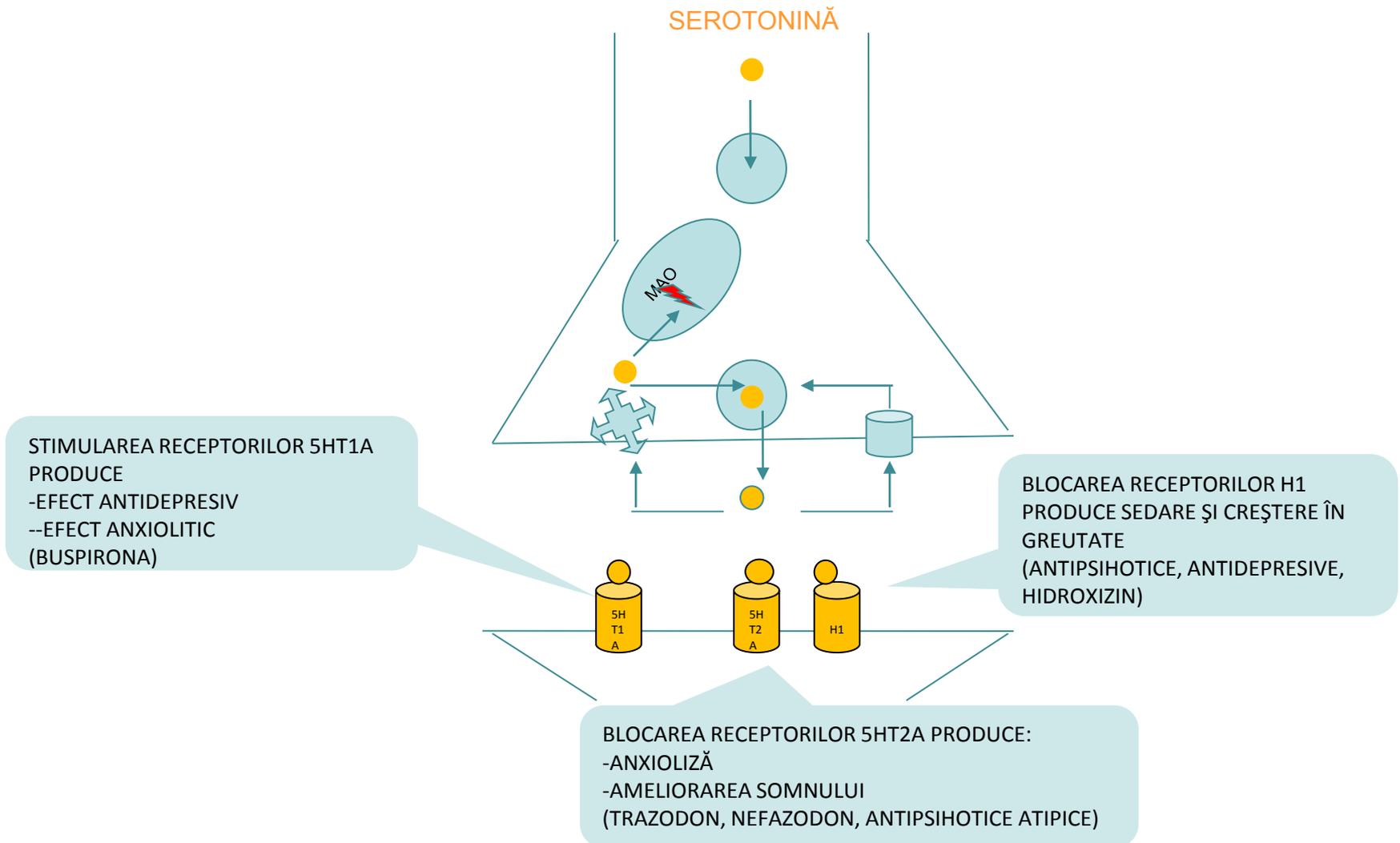
RECEPTORUL GABA A



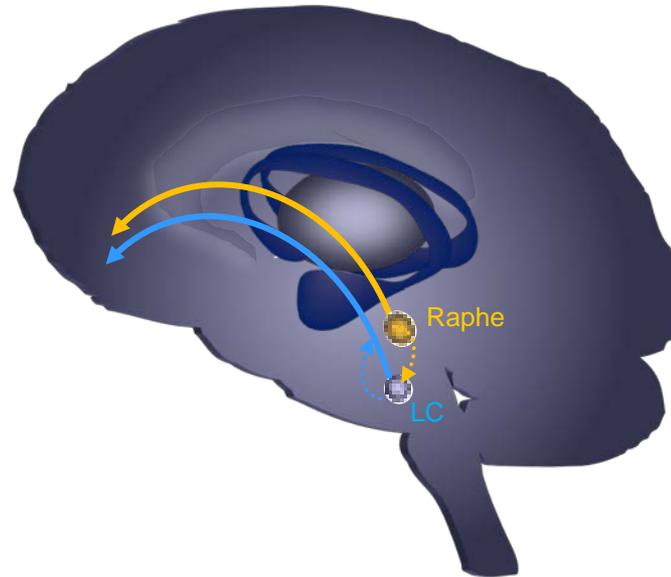
Intrarea sarcinilor negative de clor în neuroni determină
HIPERPOLARIZAREA CELULEI (HIPOEXCITABILITATE)

L. Delu

SEROTONINA, ANXIETATEA ȘI SOMNUL



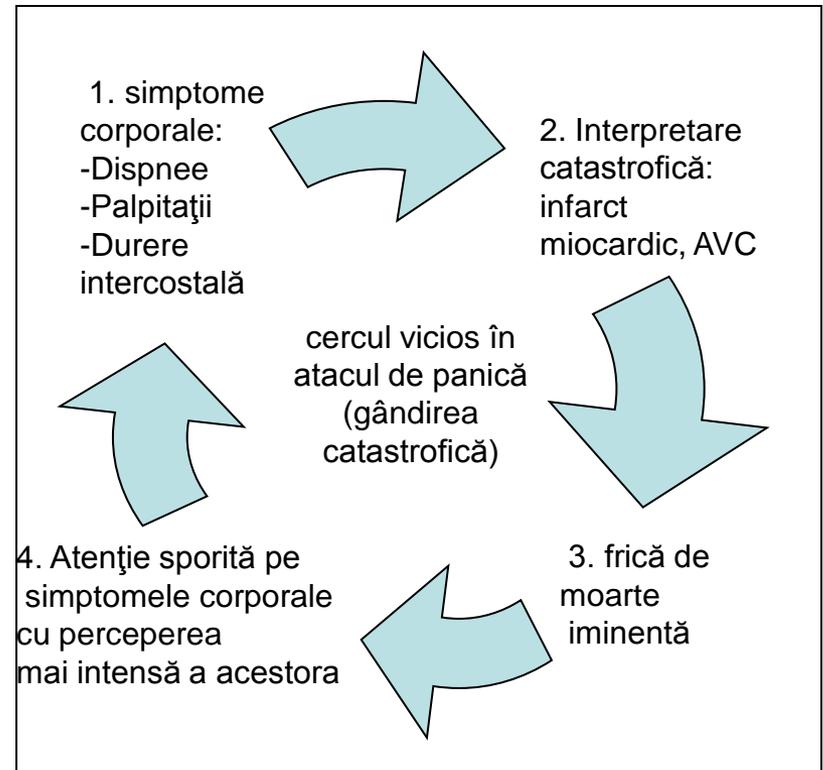
CĂILE SEROTONINERGICE ȘI NORADRENERGICE NEUROMODULARE RECIPROCĂ



SEROTONINA inhibă tonic NORADRENALINA

TRATAMENTUL PSIHOTERAPEUTIC ÎN ATACUL DE PANICĂ

- restructurare cognitivă:
identificarea gândurilor automate catastrofice și antrenarea pacientului de a-și comuta atenția de la simptomele atacului de panică și de la supraevaluarea acestora
- tehnici comportamentale:
modificarea funcționării propriului corp prin tehnici de respirație



TRATAMENTUL PSIHOTERAPEUTIC ÎN TAG

- Programe de relaxare (psihică și musculară) de tip
 - training autogen (antrenament autogen) bazate pe autosugestie și concentrarea pe senzația de relaxare musculară, greutate și căldură - tehnica Schultz
 - relaxare progresivă (contractie-relaxare) - tehnica Jacobson
- Meloterapie

TRATAMENTUL PSIHOTERAPEUTIC ÎN TULBURĂRILE FOBICE

-Desensibilizare sistematică (expunere progresivă la obiectul sau situația fobogenă) - tehnica Wolpe

1. Ierarhizarea fobiilor
2. Antrenamentul relaxării sau relaxare indusă medicamentos
3. Desensibilizarea propriu-zisă începând cu situația cea mai puțin anxiogenă

-Expunere directă imaginativă sau în realitate în situația cea mai anxiogenă (implozia, imersie)

-Modelare Bandura: urmărirea unei alte persoane (modelul) care se expune situației fobogene de care suferă pacientul în realitatea sau într-un film

! Decondiționarea fricii nu este definitivă



J. Wolpe (1915-1997)



A. Bandura

TRATAMENTUL PSIHOTERAPEUTIC ÎN FOBIA SOCIALĂ

- Tehnici cognitiv-comportamentale menționate anterior
- Tehnici de asertivitate (de afirmare de sine):
instruire, modelare, joc de rol, feed-back
- Tehnici de antrenament al aptitudinilor sociale:
instruire, modelare, joc de rol, feedback

TRATAMENTUL MEDICAMENTOS ÎN TULBURĂRILE ANXIOASE

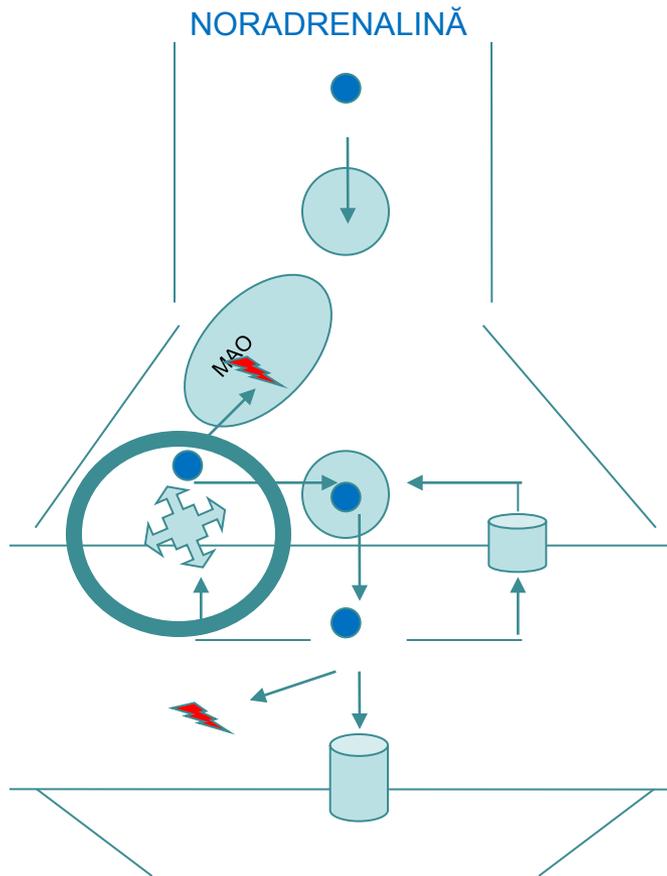
- ANTIDEPRESIVE
- ANXIOLITICE
- HIPNOTICE

TULBURAREA ATACURILOR DE PANICĂ

Prevenirea atacurilor de panică se face cu :

1. Antidepresive ce blochează în special recaptarea serotoninei:
 1. Antidepresive triciclice:
 - Clomipramină (Anafranil),
 - Imipramină (Antideprin)
 2. Inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (SSRI):
 - Fluoxetină (Prozac)
 - Sertralină (Zoloft)
 - Paroxetină (Seroxat)
 - Fluvoxamină (Fevarin)
 - Escitalopram (Cipralex)
2. Benzodiazepine potente
 - Alprazolam (Xanax) cu timp de înjumătățire mai scurt
 - Clonazepam (Rivotril) cu timp de înjumătățire mai lung

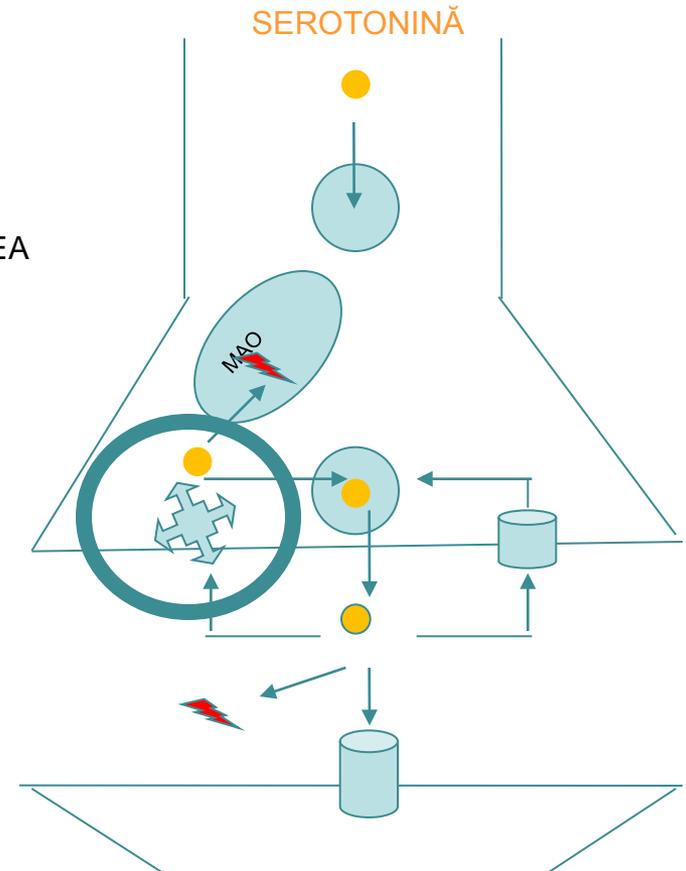
ANTIDEPRESIVELE - CRESC NIVELUL DE SEROTONINĂ DIN FANTA SINAPTICĂ



ANTIDEPRESIVELE
BLOCHEAZĂ

NESELECTIV RECAPTAREA
SEROTONINEI ȘI
NORADRENALINEI
ADT,
VENLAFAXINĂ,
MILNACIPRAN,
DULOXETINĂ

SELECTIV RECAPTAREA
SEROTONINEI
SSRI:
escitalopram,
sertralină,
fluvoxamină,
fluoxetină,
paroxetină



REGULILE TRATAMENTULUI CU ANTIDEPRESIVE

1. Tratamentul se inițiază cu doze mici pentru a preveni accentuarea simptomatologiei anxioase, precum și alte efecte secundare
2. SSRI sunt medicamente cu mai puține efecte secundare decât triciclicele care însă sunt mai potente.
3. Există o perioadă de latență de 2 săptămâni până să apară efectul terapeutic
4. Efectul terapeutic se apreciază după 4-6 săptămâni
5. Tratamentul se menține câteva luni după care se scad progresiv dozele

TULBURAREA ATACURILOR DE PANICĂ

- Deoarece antidepresivele dinamizante (SSRI, imipramină, clomipramină) pot provoca o accentuare inițială a anxietății, tratamentul se va începe cu doze mici care se vor crește treptat.
- Tratamentul va fi inițiat cu administrarea anxioliticelor potente în combinație cu antidepresivele serotonergice pentru a combate anxietatea inițială indusă de antidepresivele serotonergice
- Deoarece benzodiazepinele dau dependență biologică în cazul unui tratament de lungă durată în doze terapeutice, tratamentul de întreținere se va face cu antidepresive.

REGULILE TRATAMENTULUI CU BENZODIAZEPINE

1. Tratamentul trebuie să fie de scurtă durată la dozele terapeutice pentru nu a crea dependență
2. Doza mai mare se dă seara pentru a nu produce sedare în timpul zilei
3. Dozele se scad treptat pentru a se evita apariția reacției de sevraj (mai frecventă și mai importantă la benzodiazepinele cu timp de înjumătățire mic și potență mare)
4. Se evită asocierea cu alcoolul datorită riscului de cumulare a efectelor deprimante SNC
5. Se evită folosirea lor în caz de:
 - șofat la conducătorii auto (datorită efectului miorelaxant cu scăderea reflexelor)
 - glaucom cu unghi închis (risc de criză acută de glaucom)
 - miastenia gravis (datorită efectului miorelaxant)
 - afecțiuni respiratorii importante (risc de depresie a centrilor respiratori)

CLASIFICAREA MEDICAMENTELOR SEDATIVE ȘI HIPNOTICE

anxiolitice		hipnotice	
Benzodiazepine	Non benzodiazepine	Benzodiazepine	Nonbenzodiazepine
Alprazolam	Meprobamat	Triazolam	Cloralhidrat
Lorazepam	Hidroxizin	Temazepam	Glutetimid
Bromazepam	Buspironă	Nitrazepam	Fenobarbital
Oxazepam		Flunitrazepam	Ciclobarbitol
Diazepam		Loprazolam	Zolpidem
Clordiazepoxid		Lormetazepam	Zopiclone
Clorazepat			
Clobazam			
Clotiazepam			
Medazepam			

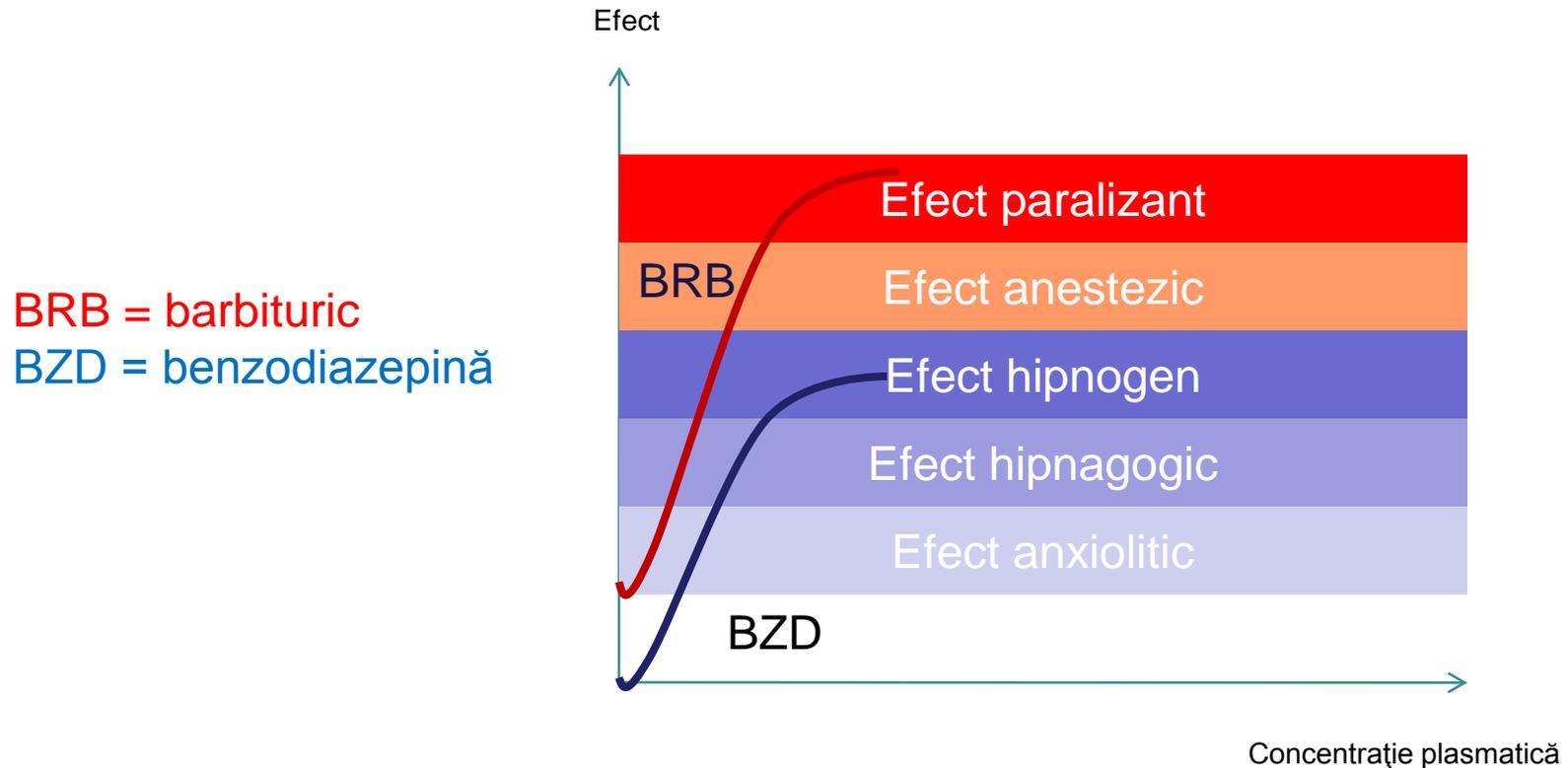
CLASIFICAREA BZD ÎN FUNCȚIE DE TIMPUL DE ÎNJUMĂTĂȚIRE

T1/2 < 5h	5h<T1/2 < 24h	T1/2> 24h
Midazolam	Alprazolam	Clordiazepoxid
Triazolam	Lorazepam	Clorazepat
Clotiazepam	Oxazepam	Clonazepam
	Temazepam	Diazepam
		Medazepam

CLASIFICAREA BZD ÎN FUNCȚIE DE POTENȚĂ

	BZD cu potență mare	BZD cu potență mică
Doze	1-4 mg	10-30 mg
Exemple	Alprazolam Lorazepam Clonazepam	Diazepam Clordiazepoxid Medazepam
Acumulare	Nu	Da
Anxietate între prize	Frecvent	Rar
Risc de dependență	Crescut	Redus
Apariția rc de sevraj	1-3 zile	4-7 zile
Severitatea rc de sevraj	Mare	Mică /Moderată
Metaboliți activi	nu sau puțini	Mulți
Amnezie	Frecvent	Rar
Efect paradoxal	Frecvent	Rar

EFECTELE DEPENDENTE DE DOZĂ ALE BENZODIAZEPINELOR ȘI BARBITURICELOR

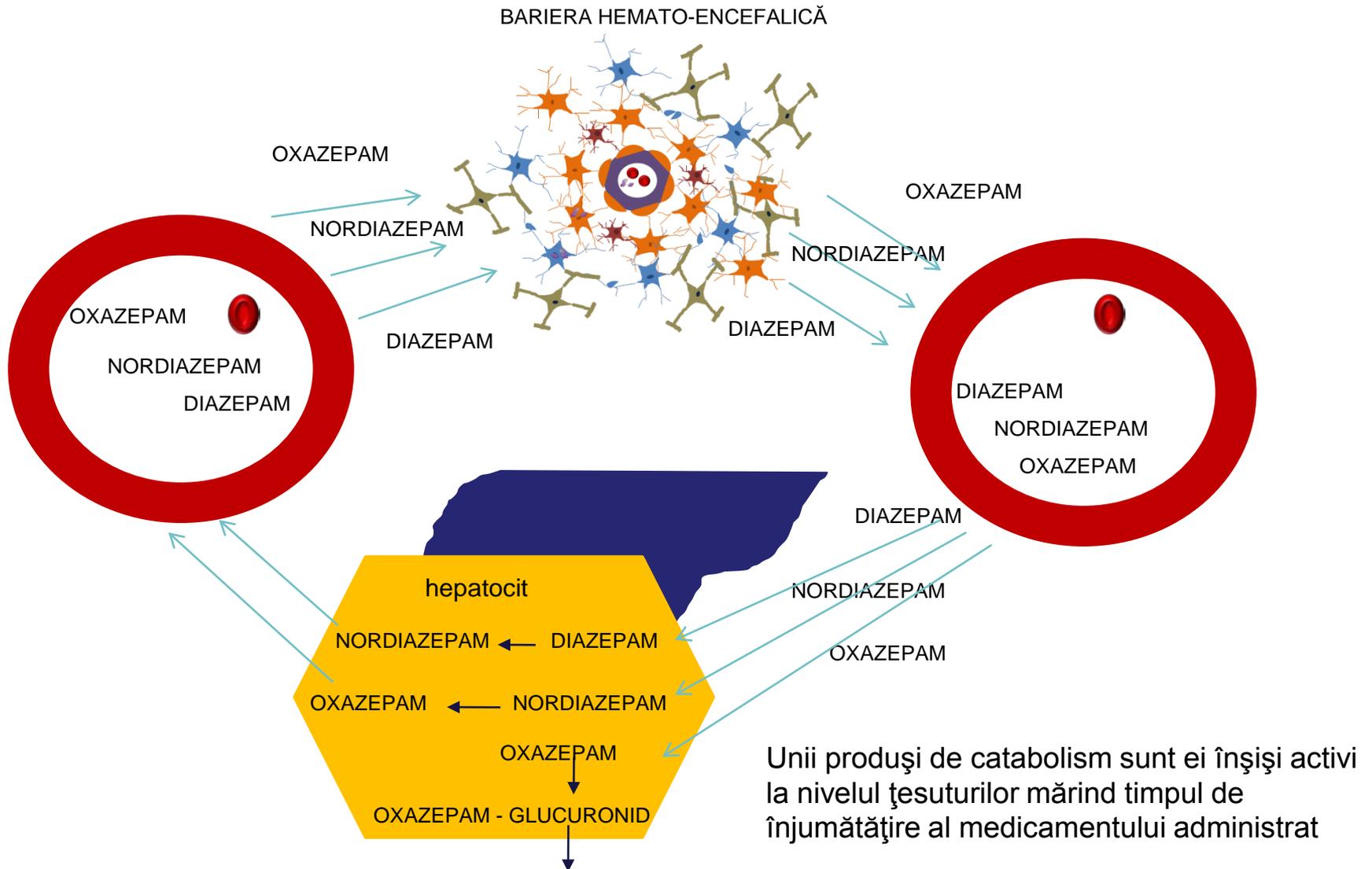


După Lullmann H, Mohr K, Ziegler A, Bieger D, "Color Atlas of Pharmacology", Thieme, 2000

SEVRAJUL LA BENZODIAZEPINE

- Insomnie
- Anxietate, agitație
- Hiperestezie, dureri
- Tahicardie, HTA
- Tremor
- Convulsii
- Transpirații, Vărsături
- Confuzie cu halucinații

PRODUȘII ACTIVI DE CATABOLISM



MEDICAMENTE FĂRĂ METABOLIZARE HEPATICĂ

- ANTIDEPRESIVE:
 - TIANEPTINĂ
 - MILNACIPRAN
- SEDATIVE – BENZODIAZEPINE
 - OXAZEPAM
 - LORAZEPAM

TULBURAREA ANXIETĂȚII GENERALIZATE

TAG răspunde mai bine la benzodiazepinele cu timp de înjumătățire lung (Diazepam)

- avantaje: efect anxiolitic + efect miorelaxant)
- riscuri: instalarea toleranței cu dependență fizică și psihică

Deoarece TAG are o evoluție îndelungată, benzodiazepinele sunt înlocuite în timp cu antidepresive sedative pentru a nu exista risc de dependență.

TAG răspunde mai bine la antidepresivele sedative

- avantaje: sedare (blocarea receptorilor H1) fără risc de dependență + sunt eficiente și în cazul comorbidității DEPRESIA
- dezavantaje: latența mai mare a acțiunii terapeutice, efecte secundare mai puternice decât în cazul benzodiazepinelor

Tratamentul de întreținere se poate face cu

1. Antidepresive sedative

Antidepresive triciclice: Doxepin

Antidepresive tetraciclice: Mianserină

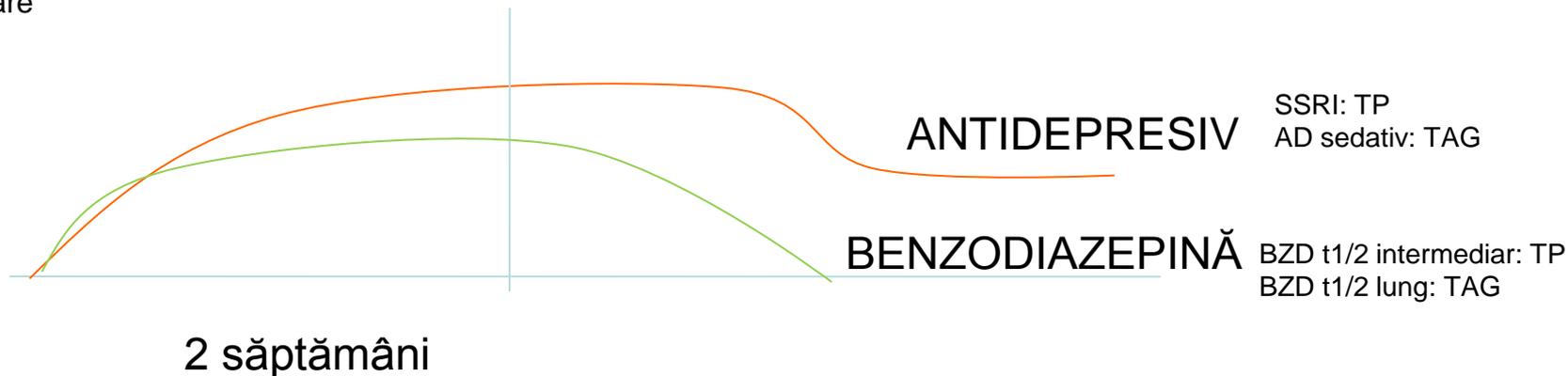
Trazodon

2. Anxiolitice nonbenzodiazepinice:

Buspirona

ASOCIEREA ANTIDEPRESIV + ANXIOLITIC ÎN TRATAMENTUL TULBURĂRILOR ANXIOASE

Creștere progresivă a dozelor pentru a evita efectele secundare



Efectele secundare ale antidepresivelor apar

Titrare pentru a minimiza efectele secundare

Efectele terapeutice ale antidepresivului se fac simțite

Reducere progresivă a dozelor de BZD pentru a evita reacția de sevraj

TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ (TOC)

- Prevalența (pe toată durata vieții) 2-3%
- Prevalența la femei=bărbați
- Debut:
 - 20 ani
 - Copilărie (la băieți)
- poate fi precedată de către ticuri în copilărie
- Considerată o nevroză (conștiința bolii este prezentă la majoritatea pacienților)

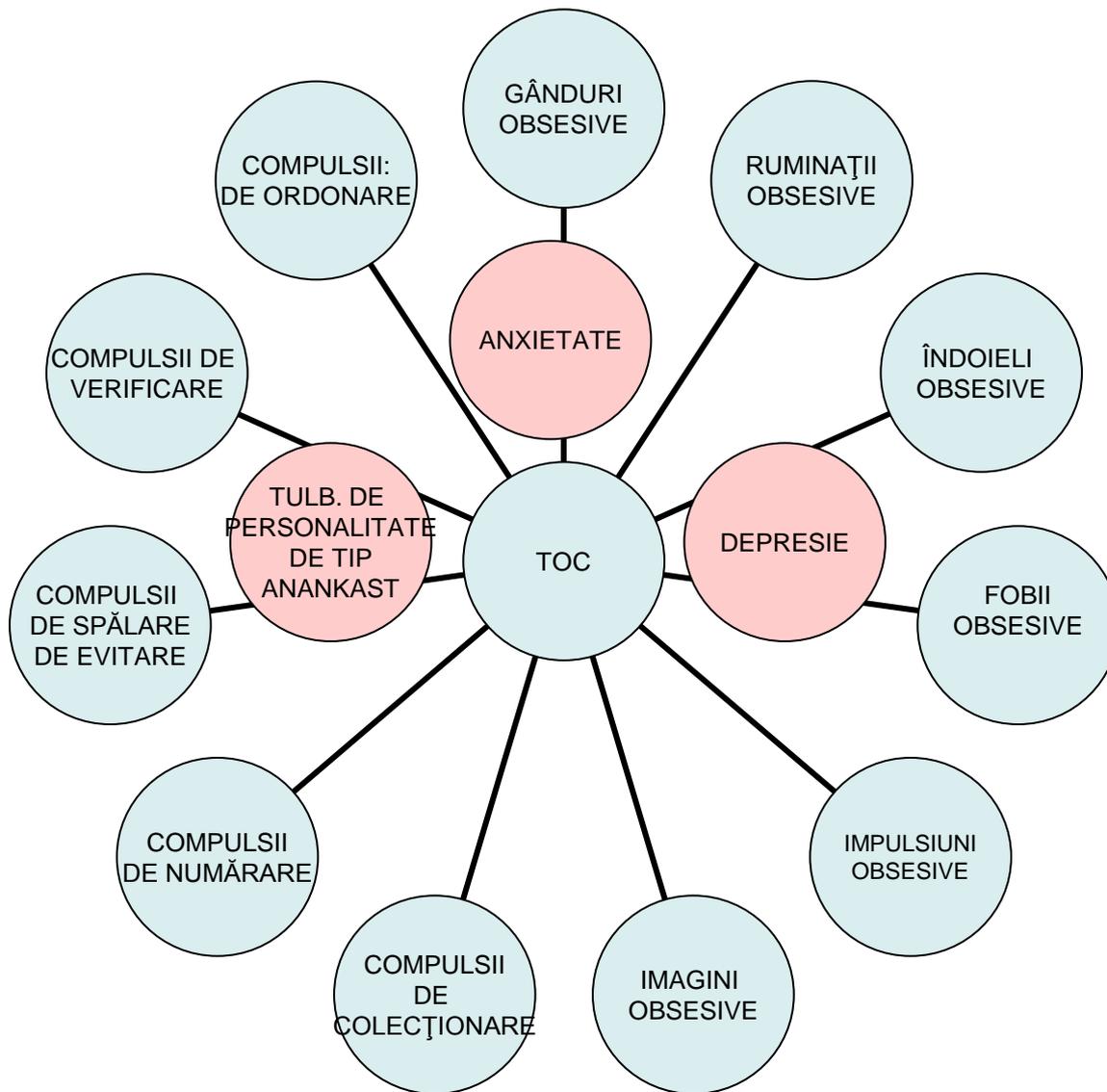
TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

- Tablou clinic:
 - Obsesii:
 - gânduri, ruminății, impulsuni, îndoieli, fobii obsesive, imagini
 - Caracter: intruziv, recurent, persistent, parazitant (produc suferință), irațional, aparțin subiectului
 - Compulsii:
 - Acte comportamentale (spălat, verificat, colecționat, evitare) sau mintale (aritmomania)
 - Caracter: repetitiv, stereotip (ritualuri), excesiv, parazitant și consumând mult timp
 - Pot fi corelate (mecanism de luptă împotriva obsesiilor) sau nu cu obsesiile
 - Anxietate în cazul abținerii de la compulsie
 - Depresie
 - Lentoare

TULBURAREA OBSESIV- COMPULSIVĂ

- Rumiuațiile = cugetări sterile, fără finalitate pe teme banale (ordine) sau sofisticate (metafizice)
- Impulsiunile = tendințe spre un act periculos sau stânjitor:
 - Autoagresiv (aruncare de al etaj), heteroagresiv (împlântarea unui cuțit în membrii familiei)
 - Sexual
 - Blasfemiator (numai la persoanele credincioase)
- Fobii obsesive: frici cu obiect care apar și în afara situației fobogene

TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ (TOC)



TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

- Evoluție: cronică:
 - Fazică (episoade separate prin perioade de remisiune)
 - Fluctuantă (remisiuni incomplete și exacerbări)
 - Constantă
 - Progresivă (agravare)
- Complicații:
 - Izolare, celibat
 - Depresie, suicid
 - Anxietate

TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

- Factori de prognostic negativ:
 - Debut la vârstă tânără
 - Absența conștiinței bolii
 - Durata episodului
 - Prezența simptomelor psihotice: delir, halucinații, compulsii bizare
 - Prezența tulburării de personalitate

TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

– Forme clinice:

- TOC + obsesii și compulsii
- TOC + obsesii
- TOC + compulsii

– Dg. diferențial:

- Tulburări de control al impulsurilor: tricotilomania, piromania, cleptomania
- Parafilii
- Bulimia nervosa
- Toxicomaniile
- Schizofrenia

TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

– Etiopatogenie:

- Aspecte biologice:

- factor genetic

- Spectru genetic: Boala Ticurilor Gilles de la Tourette
 - Infecție streptococică

- Anatomopatologic:

- Afectarea lobului frontal
 - Afectarea ganglionilor bazali (nc. caudat) – boala ticurilor și coreea Sydenham
 - Afectarea sistemului limbic (girus cingulat)

La nivelul acestor formațiuni PET a pus în evidență o creștere a fluxului sanguin și a consumului de glucoză

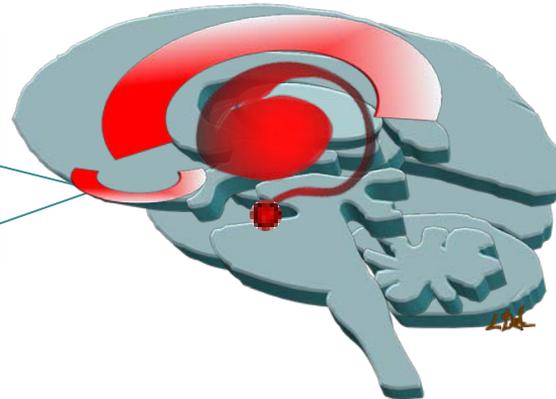
- Fiziopatologic:

- Disfuncție serotoninergică (impulsivitate)

STRUCTURI CEREBRALE IMPLICATE ÎN TULBURAREA OBSESIV - COMPULSIVĂ

TOC
Cortex cingulat hiperactiv

TOC
Cortex orbitofrontal hiperactiv

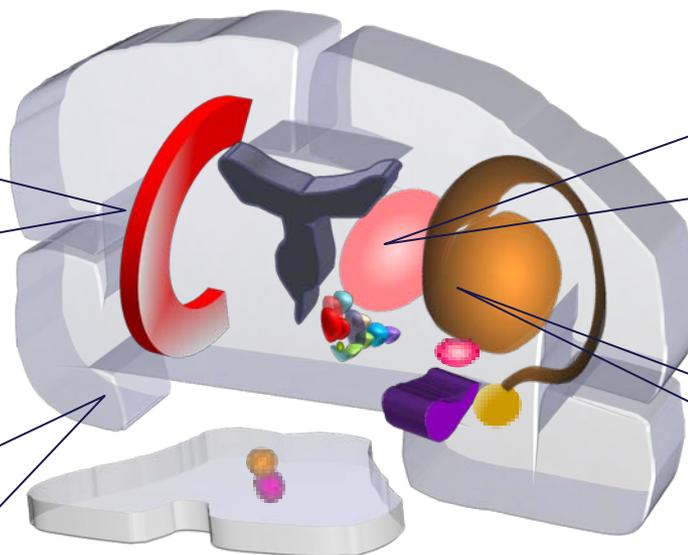


TOC
Ganglioni bazali hiperactivi

TULBURAREA OBSESIV - COMPULSIVĂ: NEUROANATOMIE FUNCȚIONALĂ

CORTEX PREFRONTAL MEDIAL ȘI CINGULAT
(rol în atenuarea stărilor emoționale intense: frica): în TOC generează ANXIETATE

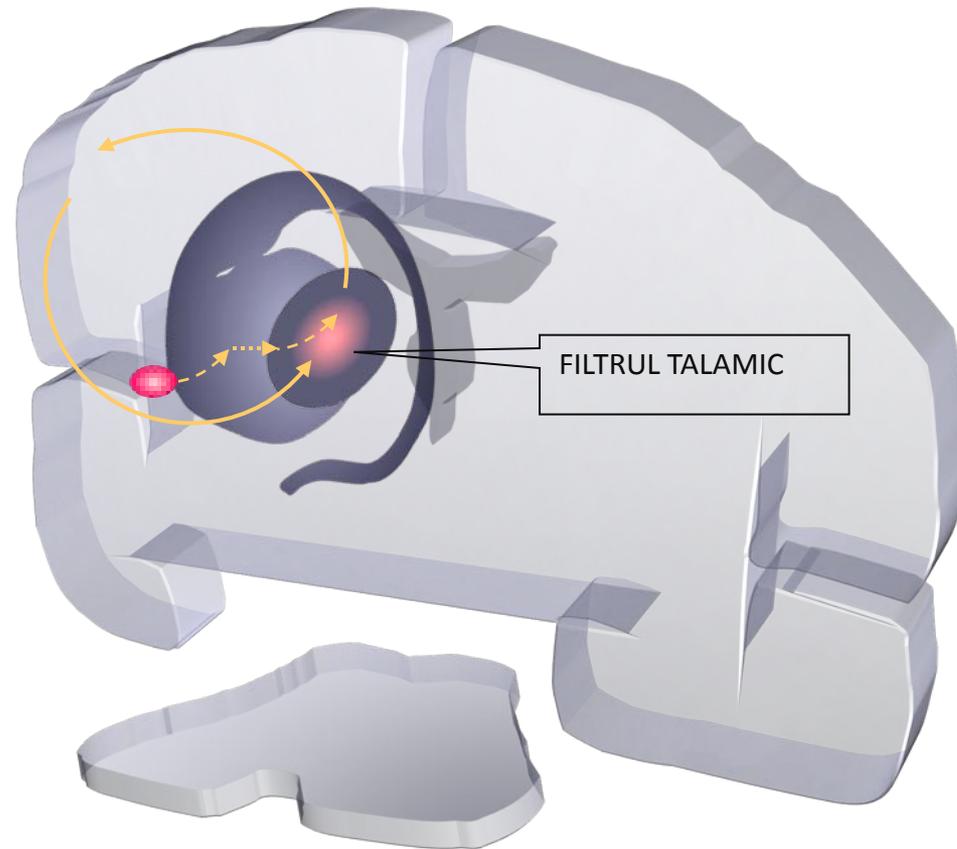
CORTEX ORBITO-FRONTAL
(rol în inhibarea răspunsului la stimuli aversivi sau plăcuți, controlul comportamentului): în TOC e responsabil de INCAPACITATEA DE A CONTROLA COMPULSIILE



TALAMUS:
(rol în filtrarea informațiilor destinate cortexului) : în TOC perturbarea circuitului cortico strio-talamo cortical determină apariția de GÂNDURI INTRUZIVE (OBSESIILE)

GANGLIONII BAZALI
(rol în modularea activității motorii și a comportamentului): în TOC generează COMPULSIILE

FILTRUL TALAMIC: CIRCUITELE CORTICO-STRIO-TALAMO-CORTICALE



TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

– Etiopatogenie:

- Cauze psihologice:

- Teoria vulnerabilitate stres:

- Teren vulnerabil: TP de tip anankast (Schneider), psihasten (Janet), caracterul anal (Freud): obstinație, parcimonie, pedanterie, ordine
 - stres

- Teoria psihodinamică (Freud)

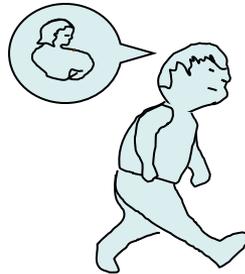
- Fixare în stadiul anal al dezvoltării psiho-sexuale și regresia ulterioară de la faza falică la faza anală
 - Mecanisme de defensă:
 1. izolare
 2. formațiune reactivă
 3. anulare (undoing)

DEZVOLTAREA PSIHO-SEXUALĂ

Stadiul genital: pubertatea 12-18 ani



Stadiul de latență: 6-12 ani



Stadiul falic(complexul Oedip),



Stadiul uretral?

Stadiul anal: 1-3 ani
Plăcerea e dată de eliminarea /retenția materiilor fecale
Zona erogenă: mucoasa ano-rectală
Obiectul plăcerii: materiile fecale



Stadiul oral: 0-1 ani

CARACTERELE ANALE

Faza retentivă: caracterul anal-retentiv:
- autocontrol, obstinație, ordine,
pedanterie, parcimonie meticulozitate,
devotament față de reguli

TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

– Etiopatogenie:

- Cauze psihologice:

- Teoria învățării:

- » Std 1. condiționarea clasică: stimulii neutrii (cuvinte, imagini) sunt asociați cu anxietatea devenind stimuli condiționați
 - » Std. 2. condiționarea operantă: persoana descoperă că o anumită acțiune reduce anxietatea ce însoțește gândul obsesiv, dezvoltând compulsii și ritualuri. Dacă acestea sunt eficiente vor fi utilizate mai departe

TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

Tratament:

- Psihoeducație: oferirea de informații cu privire la simptome și tratament pacientului și familiei
- Farmacologic:
 - Antidepresive triciclice: Clomipramina, imipramina !
Efecte secundare importante !
 - SSRI: fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram

Dozele de antidepresive sunt duble față de cele necesare pentru tratamentul depresiei și pe o durată dublă de timp (4 săptămâni)

- Anxiolitice
- Hipnotice
- Antipsihotice

TULBURAREA OBSESIV- COMPULSIVĂ

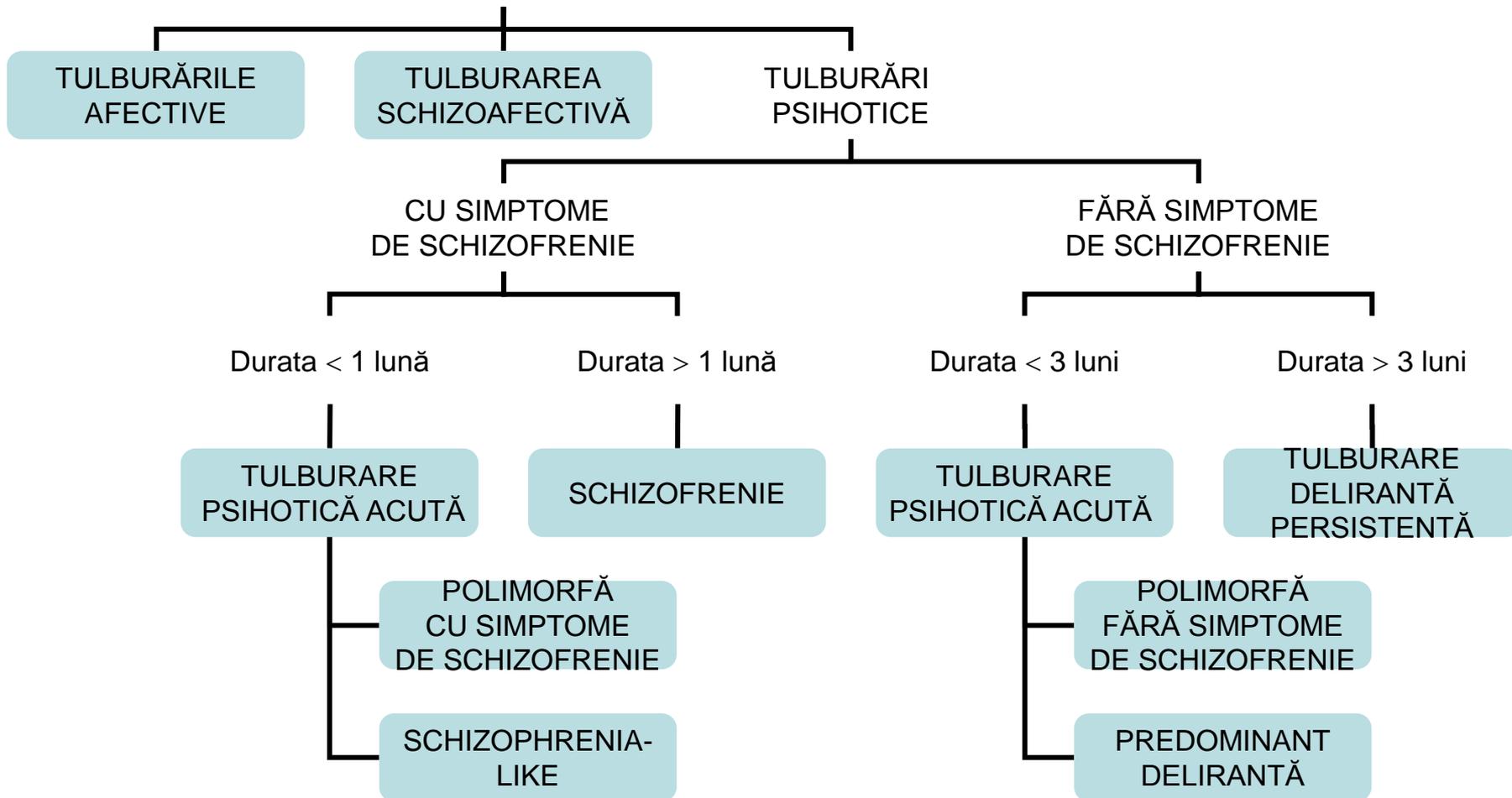
– Tratament:

- Psihoterapie de tip cognitiv-comportamental
 - » Expunere + prevenirea răspunsului
 - » expunere + modelare (Bandura)
 - » Oprirea gândurilor
- TEC (tratament electroconvulsivant)
- Psihochirurgie: întreruperea fibrelor ce leagă cortexul prefrontal de ganglionii bazali

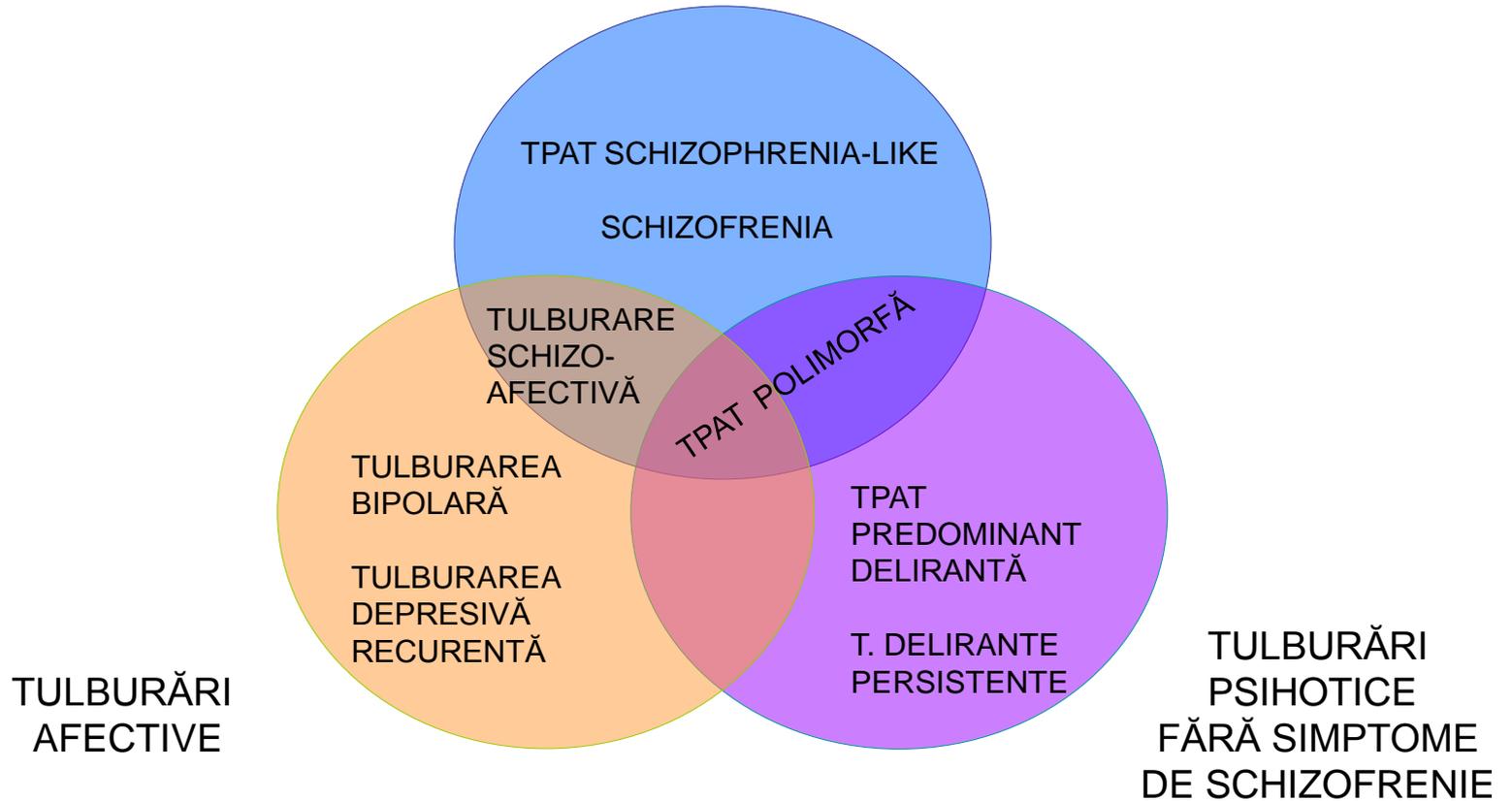
PSIHOZELE

- Caracteristici generale:
 - Contactul cu realitatea este abolit
 - Conștiința bolii este absentă
 - Egosintonie
 - Teren predispozant: rolul factorilor genetici mai important decât în cazul nevrozelor
 - Factori declanșanți: consum de droguri, evenimente stresante de viață
 - Tratament: medicație psihotropă + psihoterapie + psihoeducație

PSIHOZELE



TULBURĂRI
PSIHOTICE
CU SIMPTOME
DE SCHIZOFRENIE



TPAT: tulburare psihotică acută și tranzitorie

SCHIZOFRENIA: EPIDEMIOLOGIE

PREVALENȚĂ: risc pe viață :1%
punctiformă: 4 ‰

INCIDENȚĂ: 1: 10000 (incidența e mai mică deoarece boala e cronică)

Femei = bărbați

Vârsta de debut: 15-35 ani (la bărbați boala debutează la vârste mai tinere decât la femei)

Rată de COMORBIDITATE mare cu abuzul de droguri (mai ales nicotină)

Rata SUICIDULUI : 10%

SCHIZOFRENIA: ISTORIC

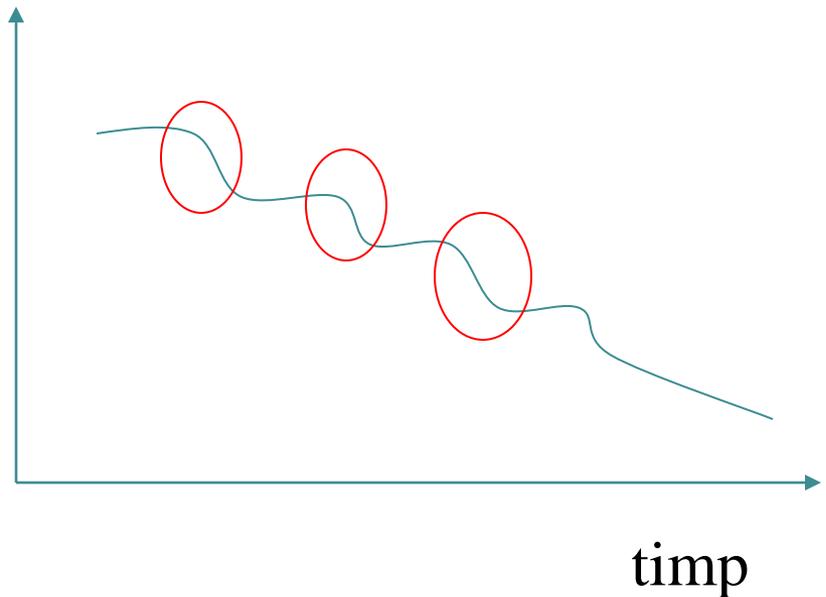


E. Kraepelin (1856-1926)

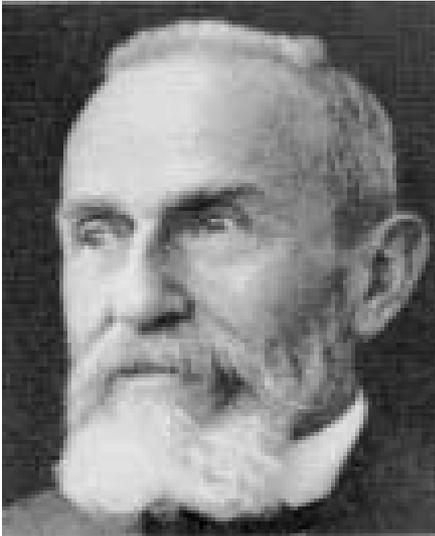
PSIHOZA
MANIACO-
DEPRESIVĂ

DEMENTIA
PRAECOX

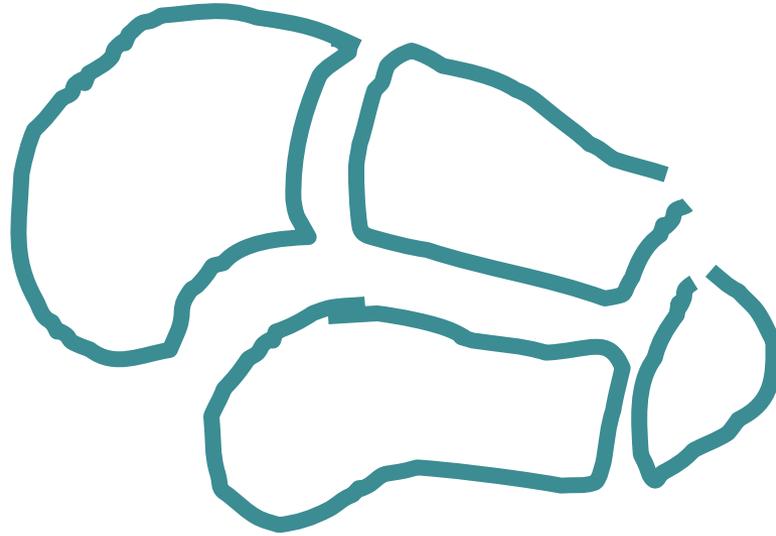
DIFERENȚIAZĂ “dementia praecox” de psihoza maniaco – depresivă și melancolie, afirmând că cea dintâi duce la deteriorare cognitivă definitivă (dementia) și apare la tineri (praecox). Accentul e pus pe evoluție



SCHIZOFRENIA: ISTORIC

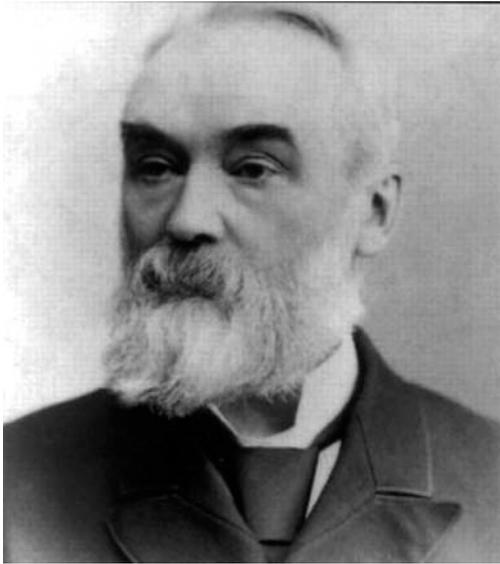


E. Bleuler (1856-1939)

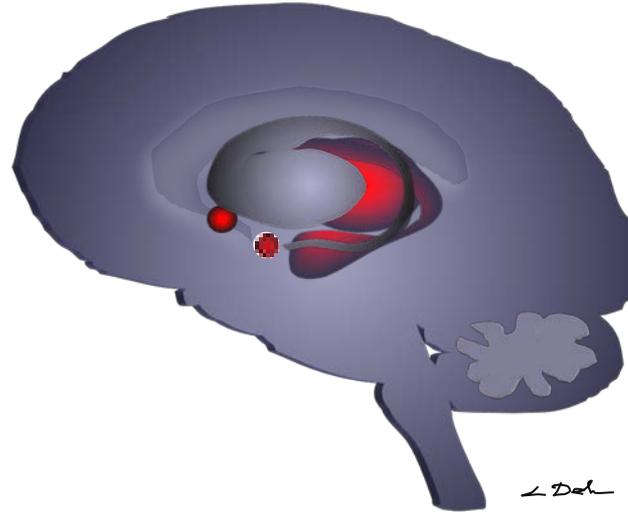


Introduce termenul de SCHIZOFRENIE punând accentul pe disociație (dezorganizarea gândirii) și nu pe deteriorare

SCHIZOFRENIA: ISTORIC



J. Hughlings Jackson (1835-1911)



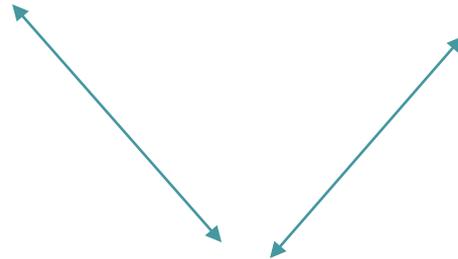
Adevăratele simptome ale bolii sunt nu sunt cele pozitive (halucinațiile și delirurile), ci mai degrabă cele negative. Simptomele pozitive reflectă scoaterea de sub inhibiție a formațiunilor subcorticale ca urmare a afectării primare a cortexului cerebral

ETIOPATOGENIE: PLURIFACTORIALĂ

**FACTORI
BIOLOGICI:**
genetici, biochimici,
anatomo-patologici

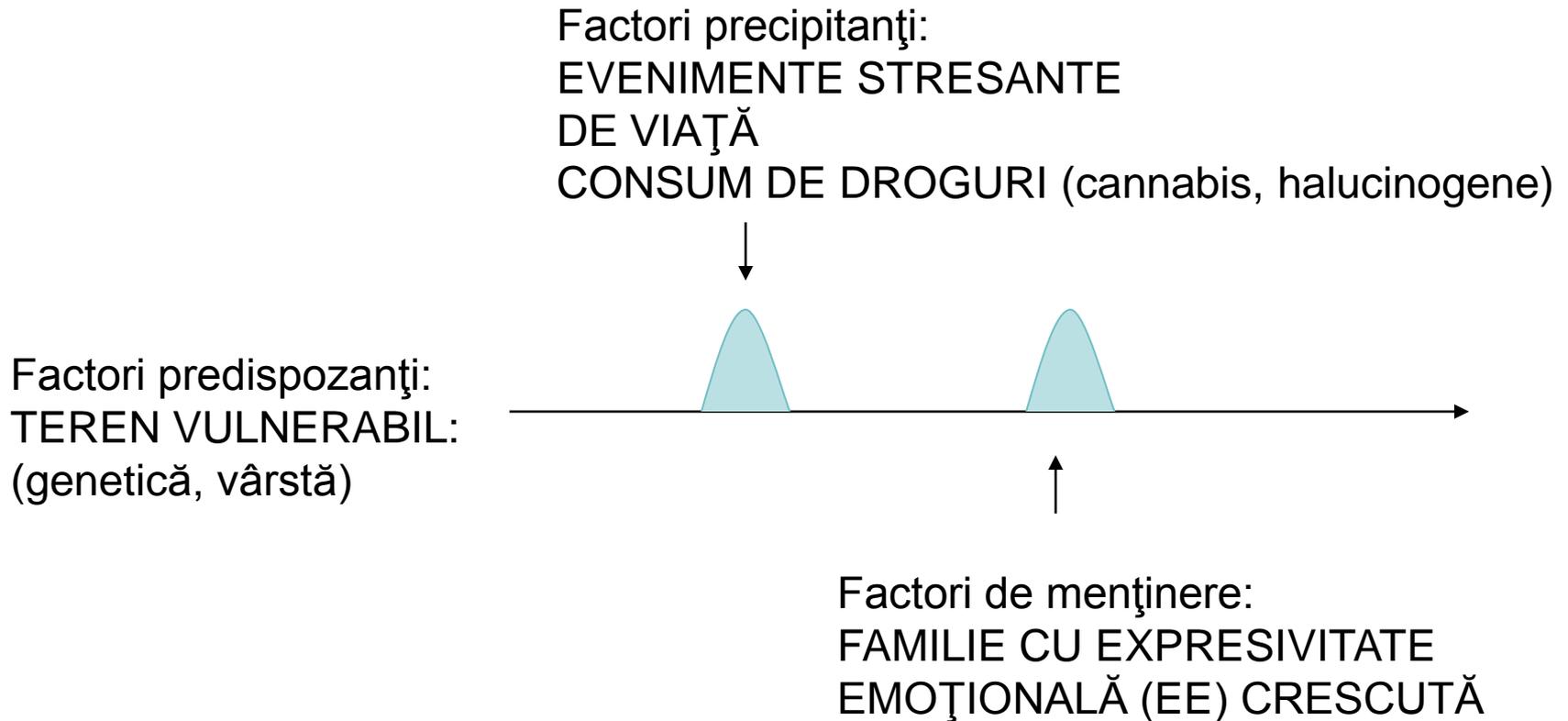


FACTORI SOCIALI (familiali):
Dubla legătură (mesaje contradictorii)
Mama schizofrenogenă (rece, anxioasă /
hiperprotectoare)
Familii cu expresivitate emoțională (EE)
crescută



FACTORI PSIHOLOGICI :
personalitatea schizoidă

SCHIZOFRENIA: ETIOPATOGENIE



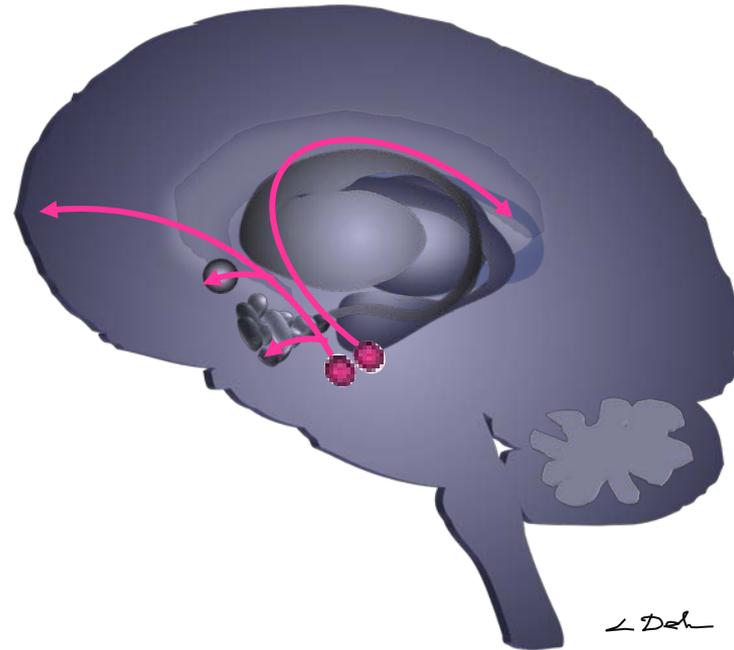
ETIOPATOGENIE: IPOTEZA DOPAMINERGICĂ

CALEA NIGRO-STRIATĂ

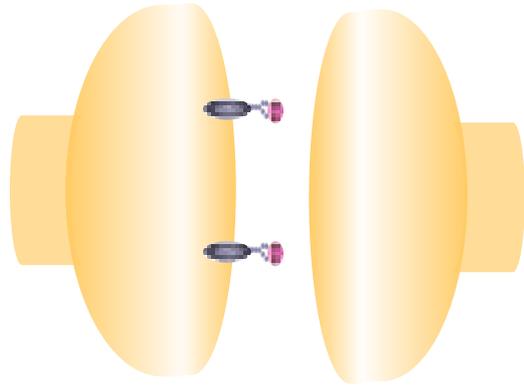
CALEA MEZO - CORTICALĂ

CALEA MEZO - LIMBICĂ

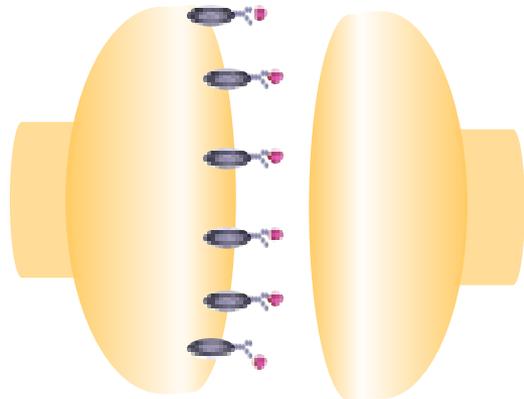
CALEA TUBERO-INFUNDIBULARĂ



SCHIZOFRENIA: IPOTEZA DOPAMINICĂ



CORTEX PREFRONTAL:
hipofuncție dopaminergică



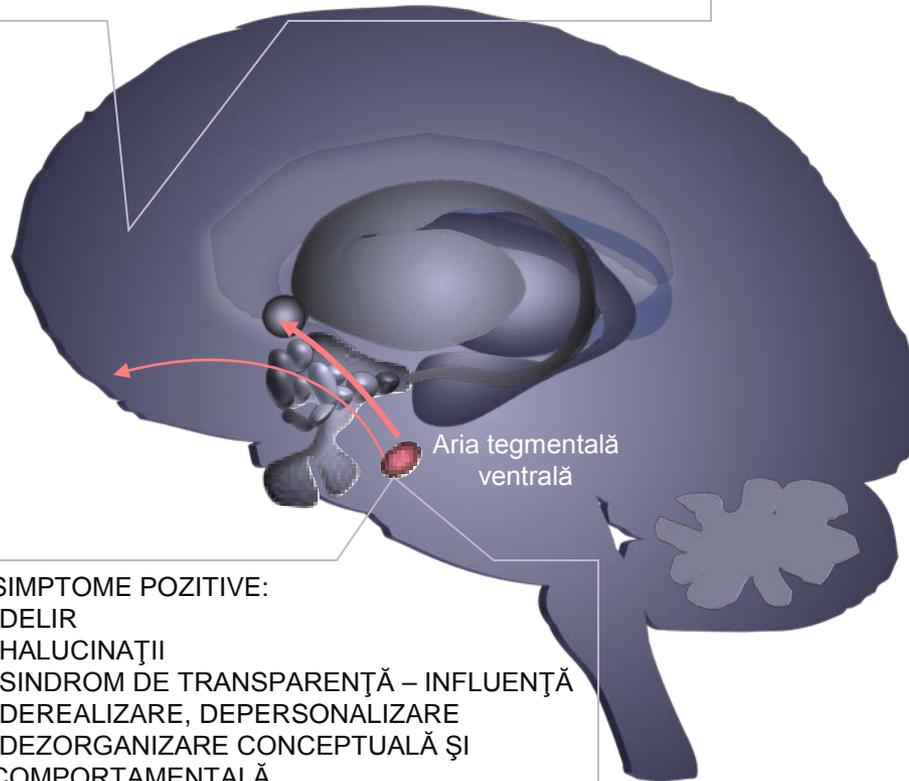
SISTEM LIMBIC:
hiperfuncție dopaminergică

SIMPTOME NEGATIVE:

- APLATIZARE AFECTIVĂ
- ALOGIE
- ABULIE
- IZOLARE SOCIALĂ

DEFICITE COGNITIVE:

- TULBURĂRI ALE ATENȚIEI ȘI MEMORIEI DE LUCRU
- DISFUNCȚII EXECUTIVE

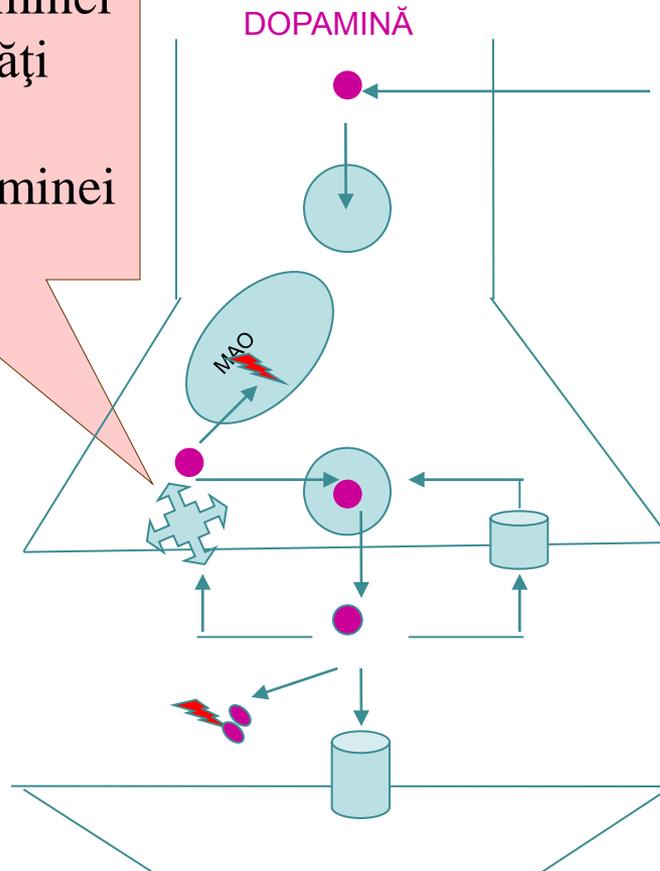


SIMPTOME POZITIVE:

- DELIR
- HALUCINAȚII
- SINDROM DE TRANSPARENTĂ – INFLUENȚĂ
- DEREALIZARE, DEPERSONALIZARE
- DEZORGANIZARE CONCEPTUALĂ ȘI COMPORTAMENTALĂ

FACTORI GENETICI ȘI NEUROTRANSMISIA DOPAMINERGICĂ

În cortexul prefrontal, transportorul dopaminei se găsește în cantități reduse, principalul inactivator al dopaminei fiind COMT

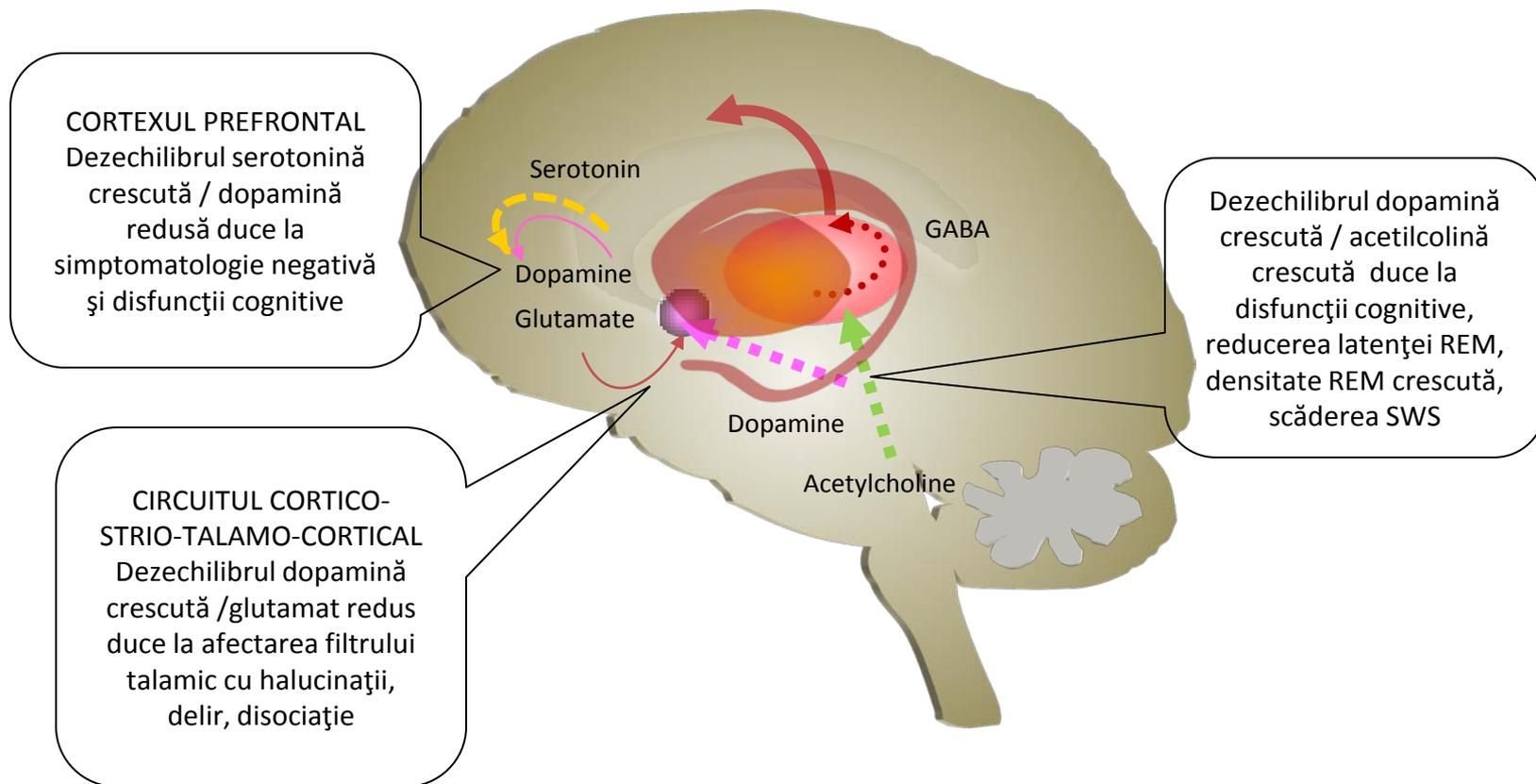


Deleția 22q11: microdeleție la nivelul cromozomului 22 banda q11

Gena care codifică sinteza COMT se află pe 22q11

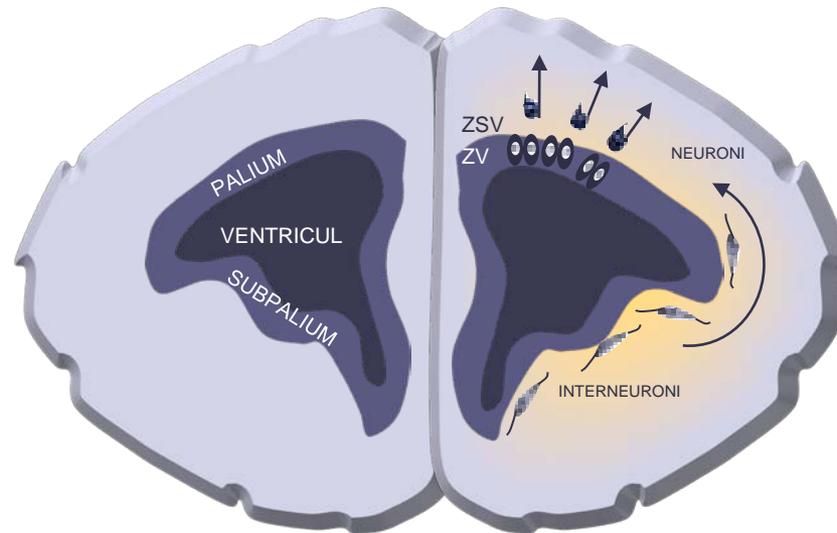
Deleția 22q11 poate crește riscul de a face schizofrenie

SCHIZOFRENIA: DEZECHILIBRE MULTIPLE AFECTÂND CORTEXUL PREFRONTAL, FILTRUL TALAMIC, SOMNUL



NEUROGENEZA: MIGRAREA RADIALĂ ȘI TANGENȚIALĂ

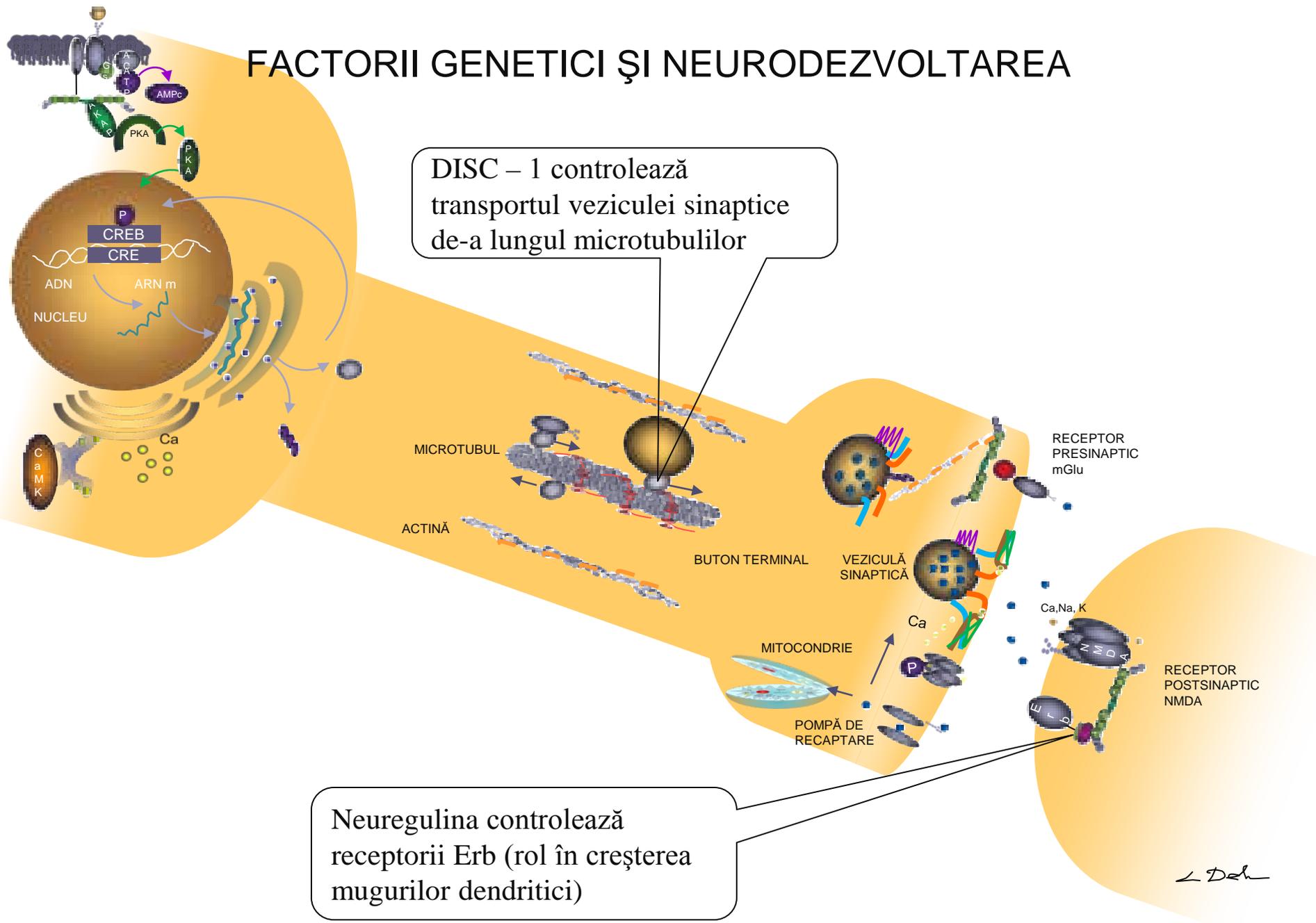
MIGRARE RADIALĂ: neuroblaști ce migrează de-a lungul celulelor gliale radiale și care vor genera neuronii piramidali corticali. Necesită prezența REELINEI



MIGRARE TANGENȚIALĂ: neuroblaști care vor genera interneuronii inhibitori GABAergici în "coșuleț" sau în "candelabru". Necesită prezența NEUREGULINEI

ZV = ZONA VENTRICULARĂ
ZSV = ZONA SUBVENTRICULARĂ

FACTORII GENETICI ȘI NEURODEZVOLTAREA

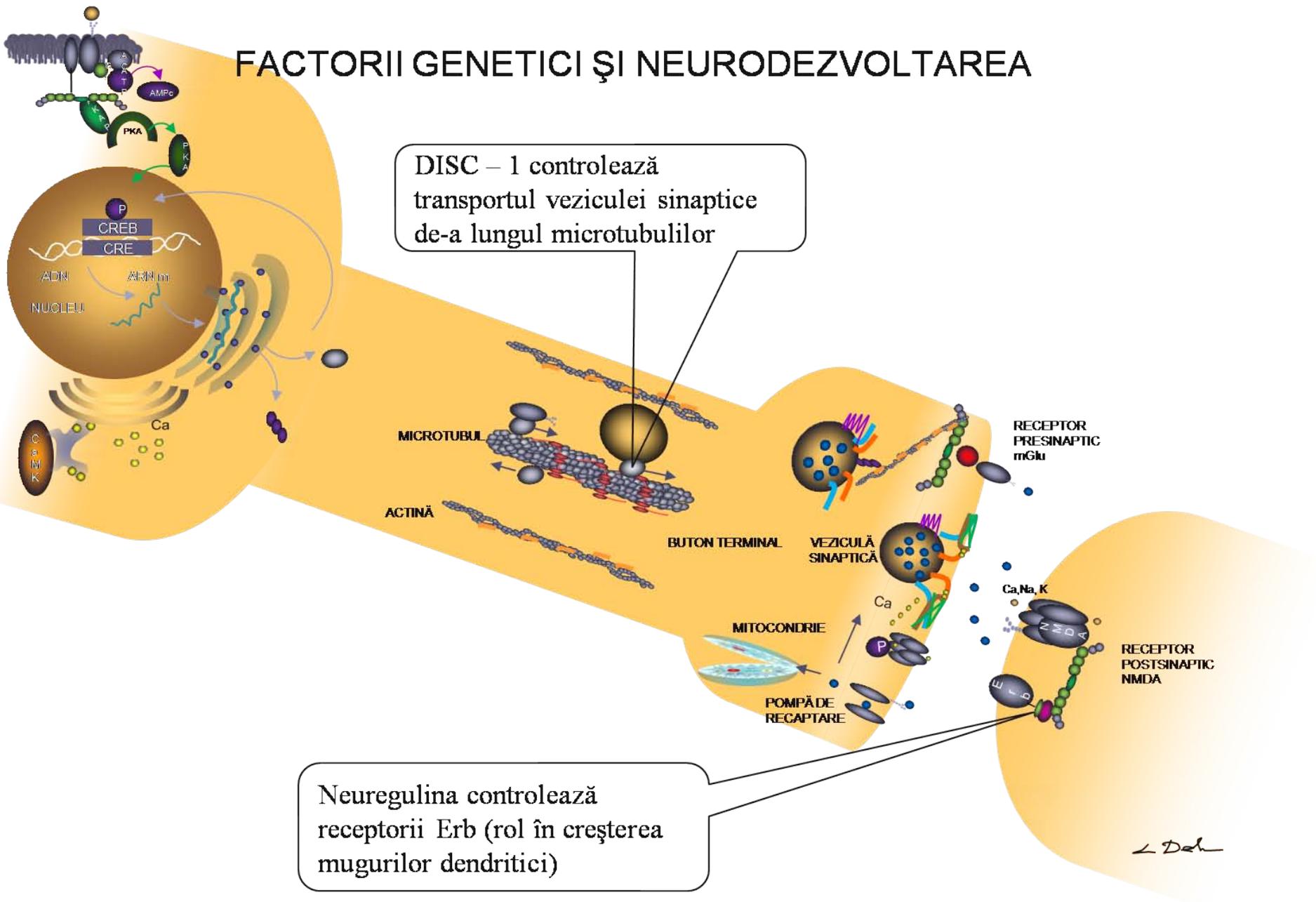


DISC - 1 controlează transportul veziculei sinaptice de-a lungul microtubulilor

Neuregulina controlează receptorii Erb (rol în creșterea mugurilor dendritici)

L. Delu

FACTORII GENETICI ȘI NEURODEZVOLTAREA

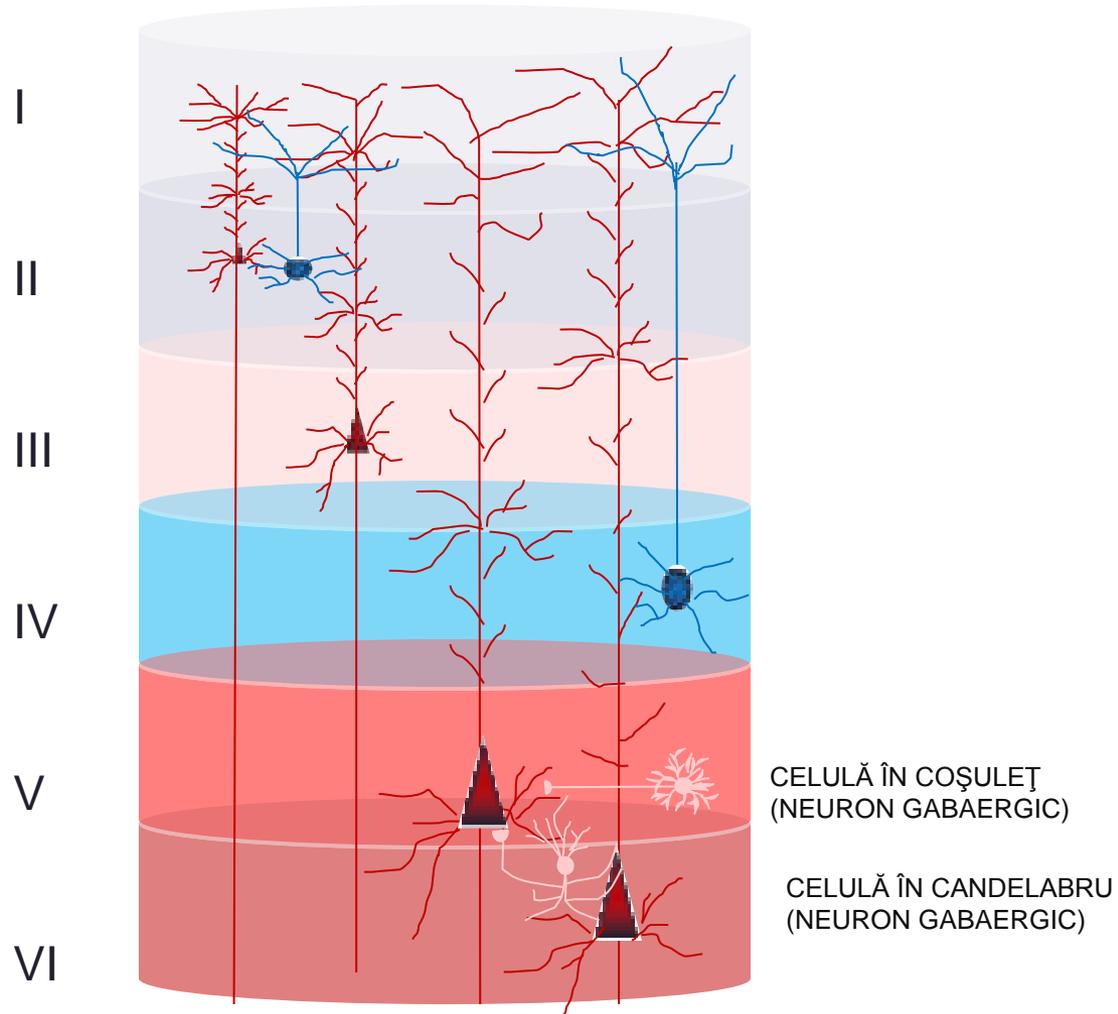


DISC – 1 controlează transportul veziculei sinaptice de-a lungul microtubulilor

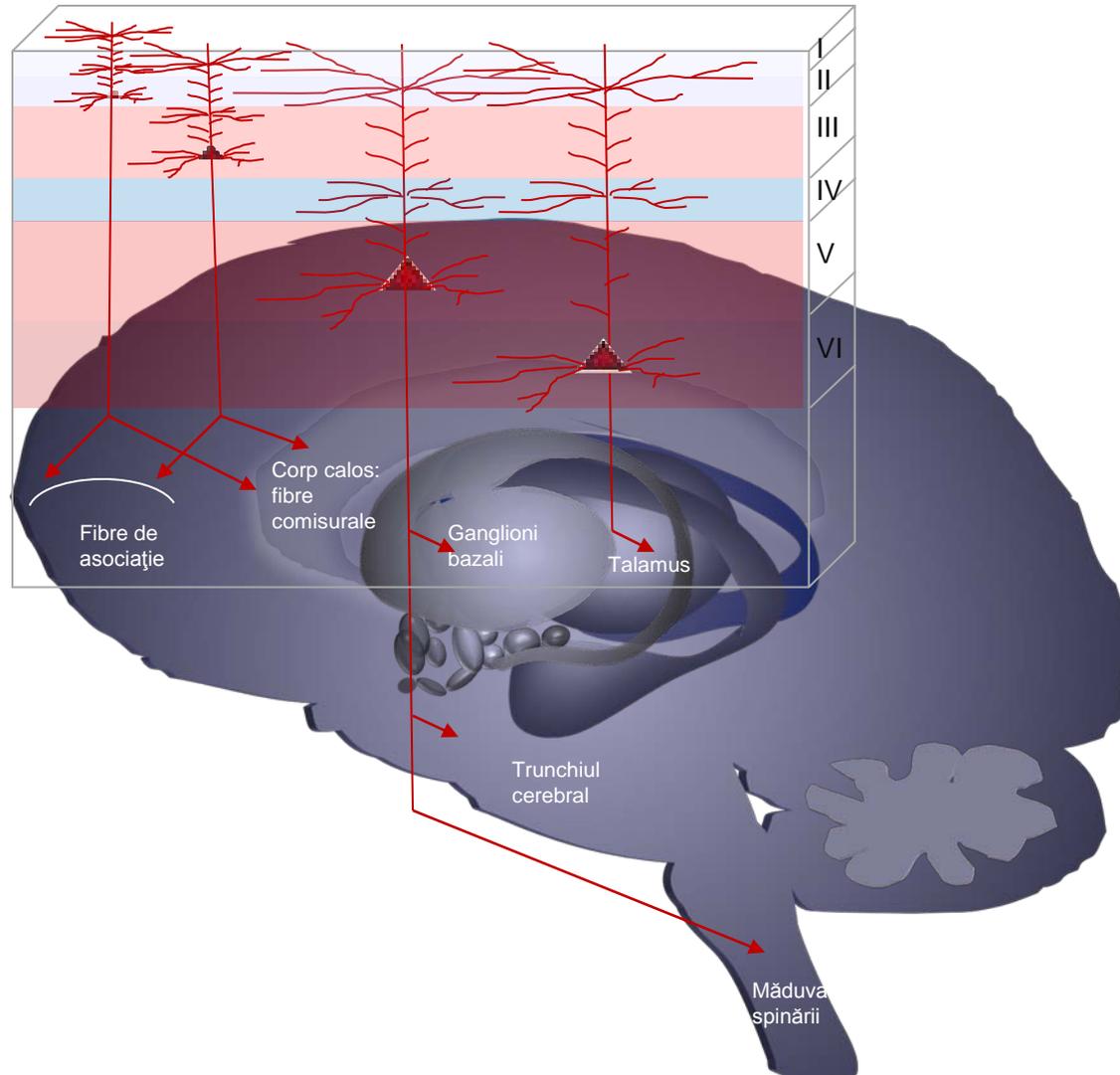
Neuregulina controlează receptorii Erb (rol în creșterea mugurilor dendritici)

L. Dela

MODULUL SAU COLOANA FUNCȚIONALĂ

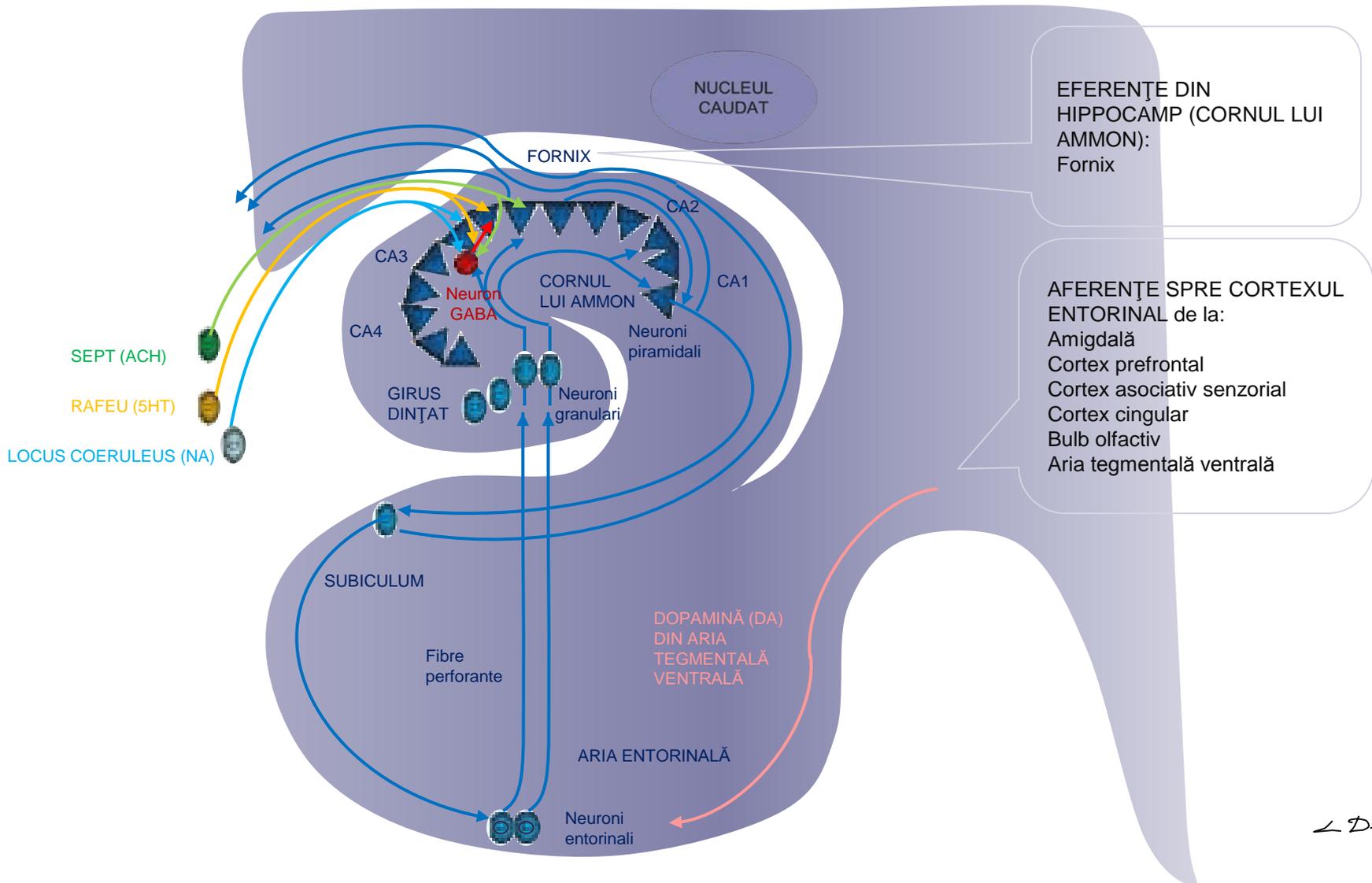


CORTEXUL CEREBRAL: NEURONII PIRAMIDALI



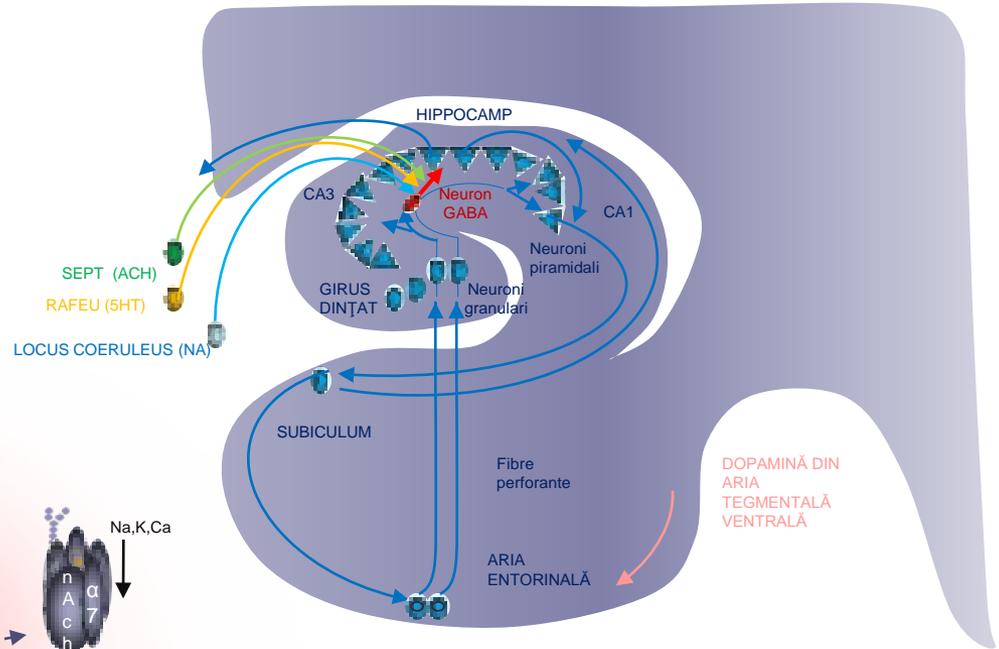
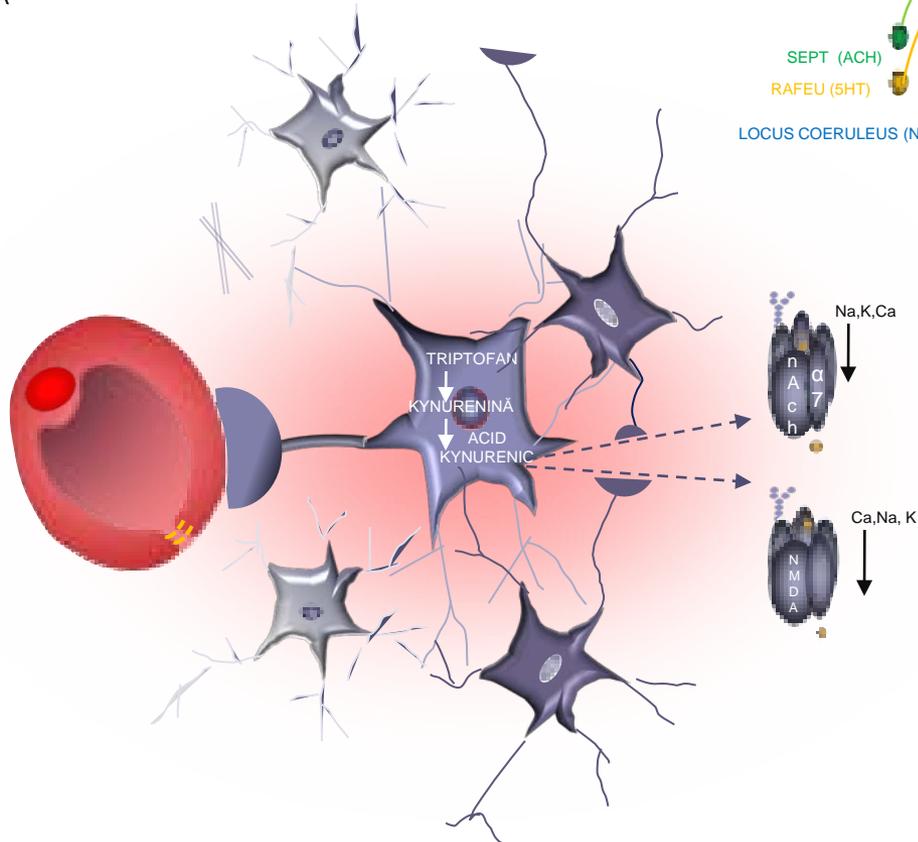
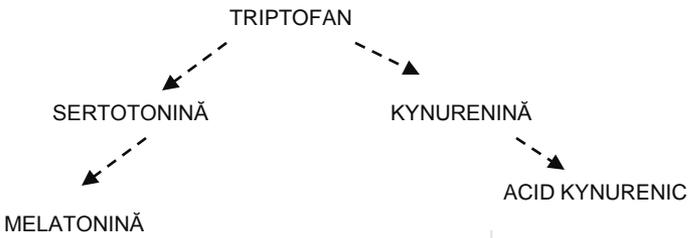
L. Delu

FORMAȚIUNEA HIPPOCAMPICĂ



L. Delu

ACIDUL KYNURENIC ȘI SCHIZOFRENIA



L. Delu

ACIDUL KYNURENIC ȘI SCHIZOFRENIA

- Acidul kynurenic inhibă receptori ($\alpha 7$ nicotinic și NMDA) implicați în funcțiile cognitive
- NMDA este necesar pentru consolidarea memoriei (long-term potentiation)
- Receptorul $\alpha 7$ nicotinic din hipocamp stimulează interneuronii GABAergici implicați în filtrul informațional al hipocampului
- Infecția cu toxoplasma gondii poate afecta metabolismul triptofanului ducând la un exces de acid kynurenic

MODIFICĂRI MORFOLOGICE ÎN SCHIZOFRENIE

- Atrofie:
 - hippocamp
 - cortex prefrontal
 - talamus
 - habenulă
- Dilatare ventriculară: prognostic prost
- Absența asimetriei normale între emisfere
- Modificări de citoarhitectură:
 - Neuronii mici, compactați, cu arborizație redusă
 - Deficit al neuronilor GABAergici în “candelabru” sau “coșuleț”
- Modificările nu sunt specifice și nici constante în schizofrenie !

SCHIZOFRENIA ETIOPATOGENIE- SINTEZĂ

PRENATALI



PERINATALI



POSTNATALI



SCHIZOFRENIE

VULNERABILITATE
GENETICĂ (MZ >DZ)
NEUROINFECȚIE IN UTERO (GRIPĂ)

+

TRAUMATISME
OBSTETRICALE
HIPOXIE
INFECȚII

+

MODIFICĂRI PUBERTARE IMUNO ENDOCRINE
CONSUM DE DROGURI
EMIGRARE
MEDIU URBAN
FAMILII CU EE CRESCUTĂ

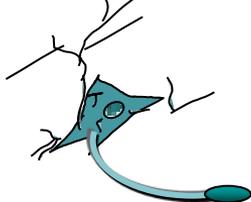
TULBURĂRI DE
NEURODEZVOLTARE implicând
procesele de:

TULBURĂRI DE NEUROANATOMICE:
microscopice: citoarhitectură alterată cu neuroni mici
compactați, cu arborizație redusă
macroscopice: ventriculomegalie, atrofie în
hipocamp, cortex prefrontal, talamus

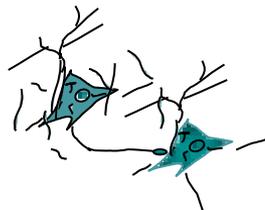
MIGRARE



ARBORIZARE ȘI
MIELINIZARE

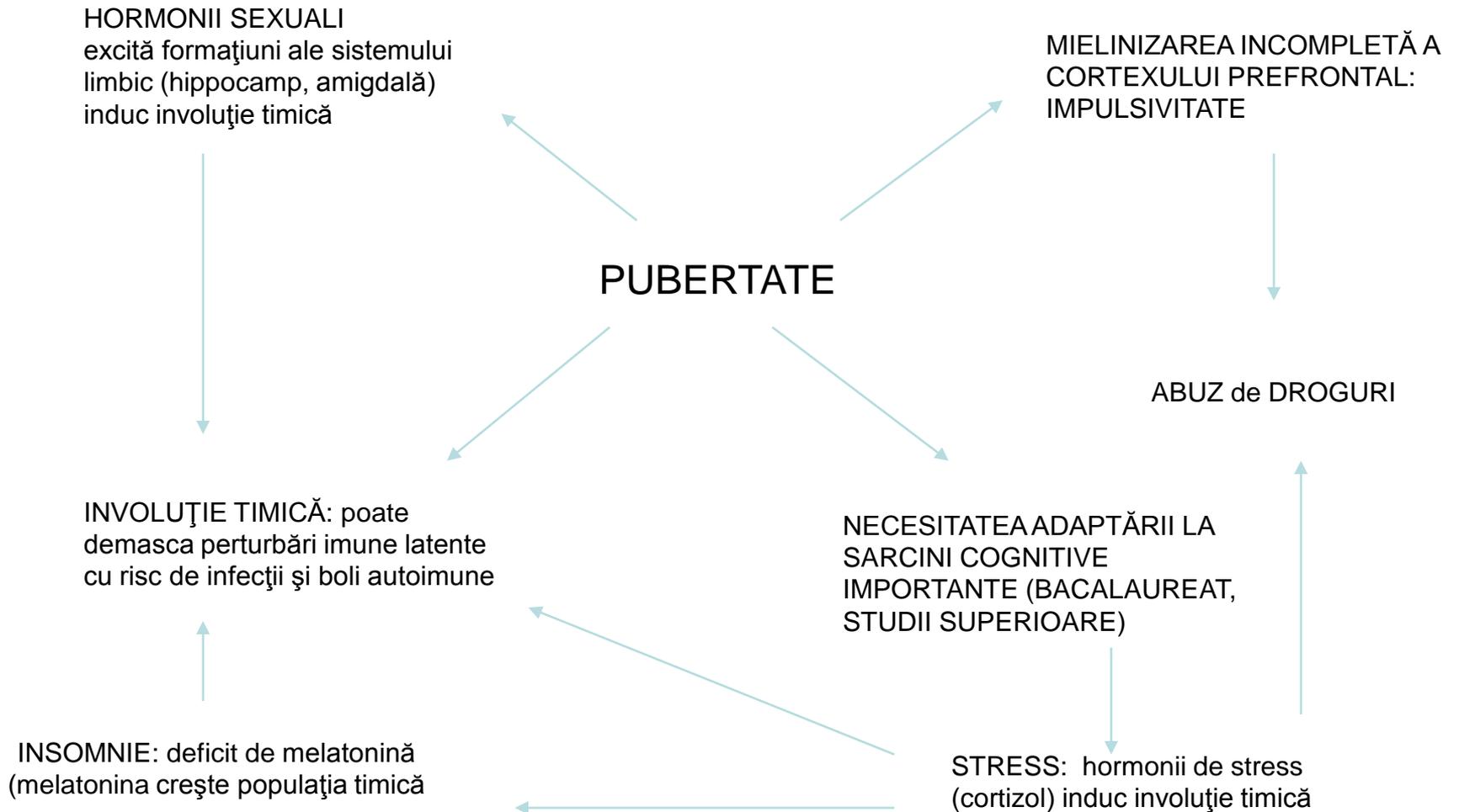


CONECTARE ȘI
DECONECTARE



TULBURĂRI DE NEUROTRANSMISIE

SCHIZOFRENIA: DEBUT ÎN ADOLESCENȚĂ SAU ADULT TÂNĂR (15-30 ANI)



SCHIZOFRENIA: DEBUT

- Insidios (6 luni - 2 ani) :
 - deficite cognitive
 - simptome negative
- subacut:
 - derealizare, depersonalizare
 - dispoziție delirantă (anxietate)
- acut:
 - halucinații,
 - delir paranoid
 - anxietate
 - comportament bizar

FORMELE CLINICE DE SCHIZOFRENIE

SCHIZOFRENIE PARANOIDĂ:

- forma cea mai frecventă
- predomină simptomele pozitive (sindromul productiv):
 - delir bizar și nesistematizat: paranoid, de control (de influență xenopatică inclus în sindromul de transparență-influență), mistic, de posesiune demonică, de referință, de grandiozitate
 - halucinații
 - auditive comentative, imperative, injurioase, apelative
 - vizuale
 - olfactive, gustative
 - kinestezice, tactile
 - sindrom de transparență-influență (automatismul mental):
 - pierderea intimității vieții psihice (transparența gândirii: citirea gândurilor, transmiterea gândurilor la distanță, ecoul gândirii)
 - pierderea controlului asupra minții și corpului: furtul gândurilor sau inducerea de la distanță de gânduri, emoții, mișcări, gesturi sau comportamente străine cu ajutorul unor aparate speciale (cip-uri, antene, telefoane), prin telepatie dau magie
 - Simptome asociate: pseudohalucinații, mentism

FORMELE CLINICE DE SCHIZOFRENIE

SCHIZOFRENIE CATATONĂ:

-Formă mai rară

-Sindrom cataton:

-stupor: stereotipie de poziție (lipsa mișcărilor și vorbirii spontane sau la comandă) + hipertonie musculară cu flexibilitate ceroasă (catalepsie)+ negativism pasiv

-raptus (ieșirea bruscă din stupor cu agitație și agresivitate)

-agitație catatonă: stereotipă, în spațiu restrâns, + automatism la comandă sau + sugestionabilitate (ecomimie, ecolalie, ecopraxie), sau + negativism activ

FORMELE CLINICE DE SCHIZOFRENIE

SCHIZOFRENIE HEBEFRENĂ (DEZORGANIZANTĂ)

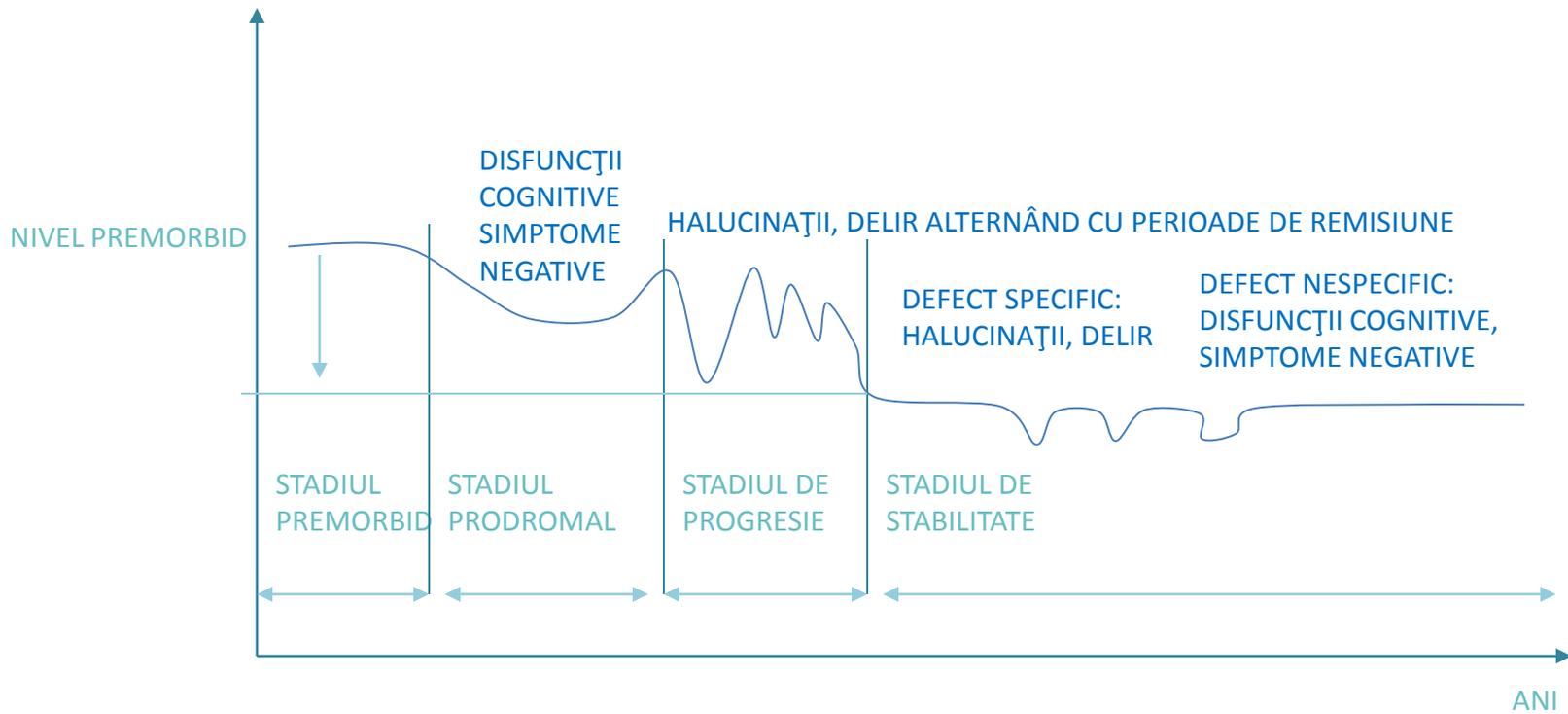
- forma cea mai caracteristică
- debut la vârste tinere
- prognostic prost
- disociație ideo-verbală, ambivalență, incongruență afectivă, manierisme (sindrom pseudo-maniacal)

SCHIZOFRENIE SIMPLĂ:

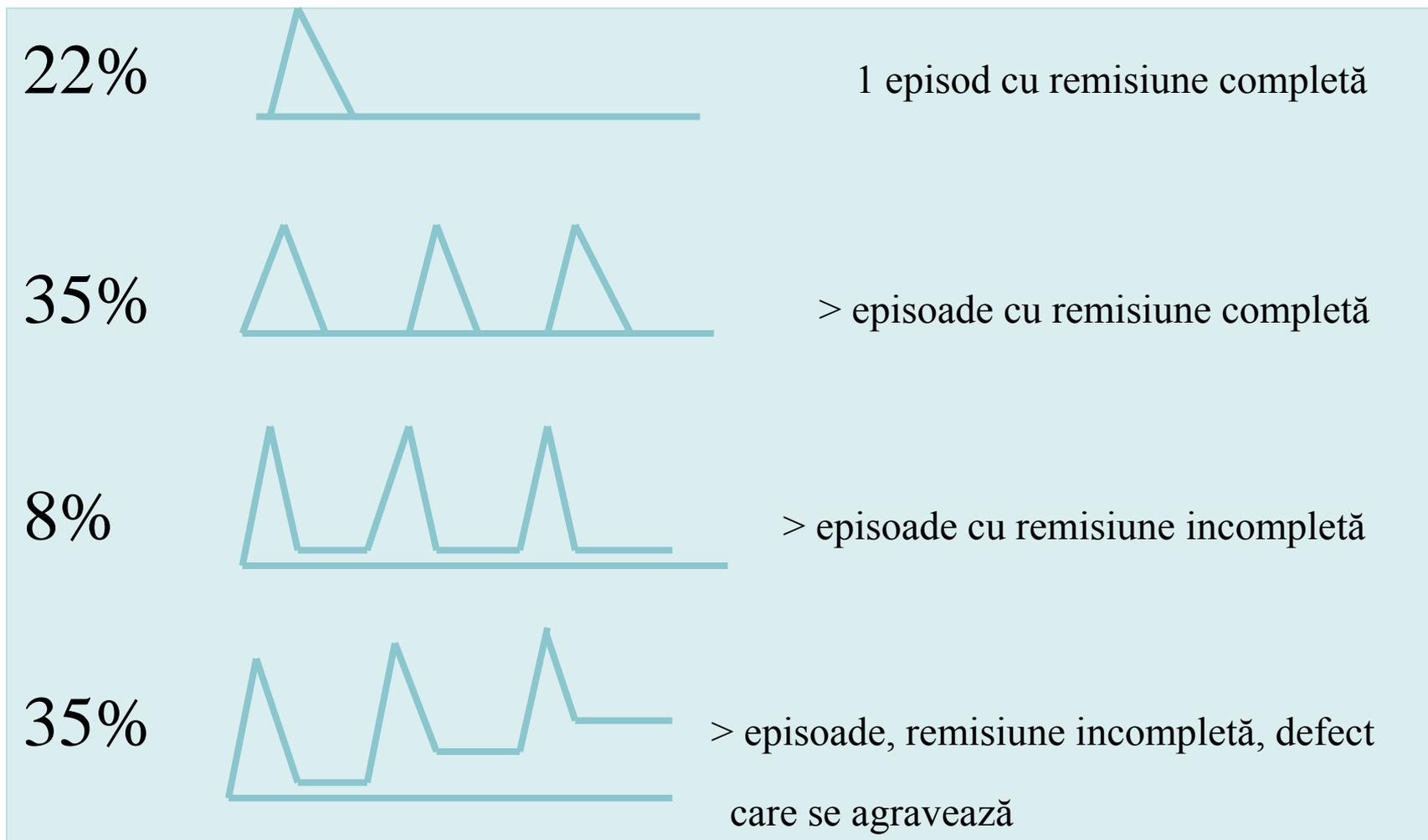
- prognostic prost
- simptome negative: alogie, aplatizare afectivă, abulie, izolare socială,
- deficite cognitive: tulburări de atenție, de memorie, gândire concretă, disfuncții executive (incapacitate de organizare a informațiilor de planificare, de automonitorizare, de predicție a consecințelor unei acțiuni)

FORMA MIXTĂ: TULBURAREA SCHIZOAFECTIVĂ: episoade schizo-depresive alternând cu episoade schizo-maniacale

SCHIZOFRENIA: EVOLUȚIE



EVOLUȚIA NATURALĂ (FĂRĂ TRATAMENT) A SCHIZOFRENIEI ÎN PRIMII 5 ANI DE LA DEBUT



FACTORII DE PROGNOSTIC

POZITIV

Debut în decada III

Debut acut

Forma paranoidă

Afectivitate bogată

Rețea de suport social

Durată scurtă a episodului

Funcționare premorbidă bună

Complianță bună la tratament

NEGATIV

Debut la vârste tinere

Debut insidios

Forma cu simptome negative

Afectivitate săracă

Rețea redusă de suport social

Durată lungă a episodului

Funcționare premorbidă deficitară

Lipsa complianței la tratament

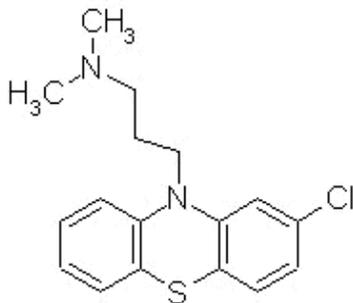
NEUROLEPTICELE (ANTIPSIHOTICELE CONVENȚIONALE)



H. Laborit (1914-1995)

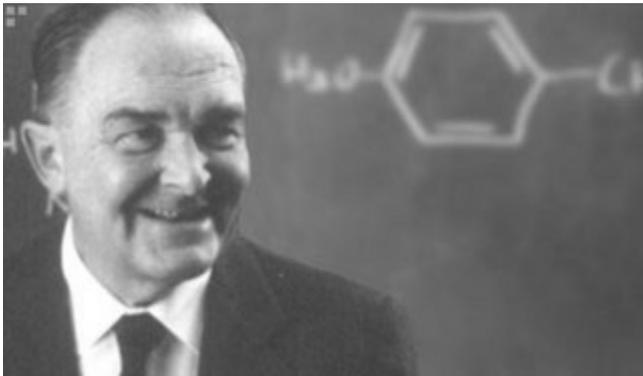
“ Mi se reproșează uneori că am inventat cămașa de forță chimică. Fără îndoială, însă cei care îmi fac acest reproș au uitat vremurile când, fiind medic de gardă în cadrul Marinei, intram cu un revolver în pavilioanele cu bolnavi agitați, însoțit de cei doi infirmieri zdrahoni, pentru că bolnavii se zbăteau în cămășile de forță, transpirând și urlând...”

H. Laborit



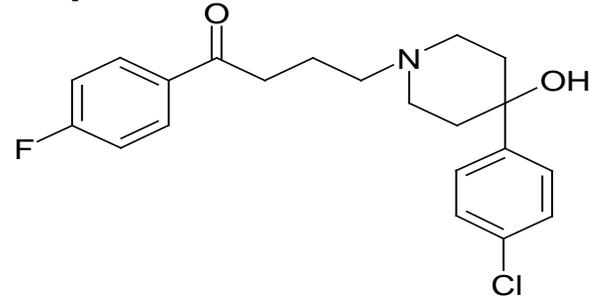
Structura chimică a clorpromazinei

NEUROLEPTICELE (ANTIPSIHOTICELE CONVENȚIONALE)

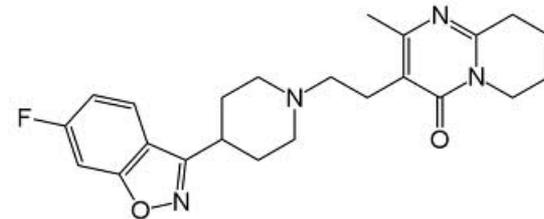


P. Janssen (1926-2003)

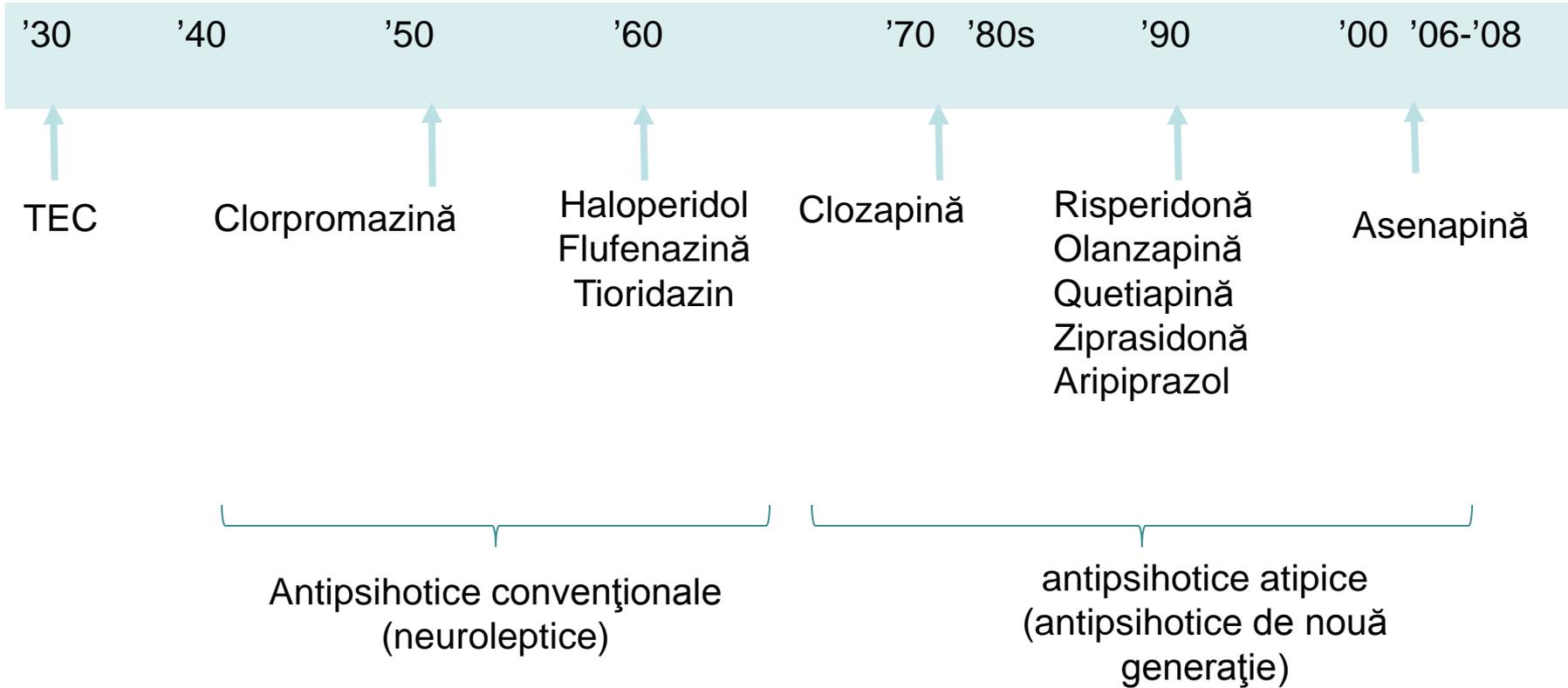
Haloperidol



Risperidona



ANTIPSIHOTICELE ÎN PSIHIATRIE



NEUROLEPTICELE: CLASIFICARE

SEDATIVE:

Clorpromazină

Levomepromazină

Tioridazină

INCISIVE:

Haloperidol

Trifluoperazină

Flupentixol

Flufenazină

BIMODALE:

Sulpirid

Amisulprid

ATIPICE

Clozapină

Olanzapină

Quetiapină

Risperidonă

Ziprasidonă

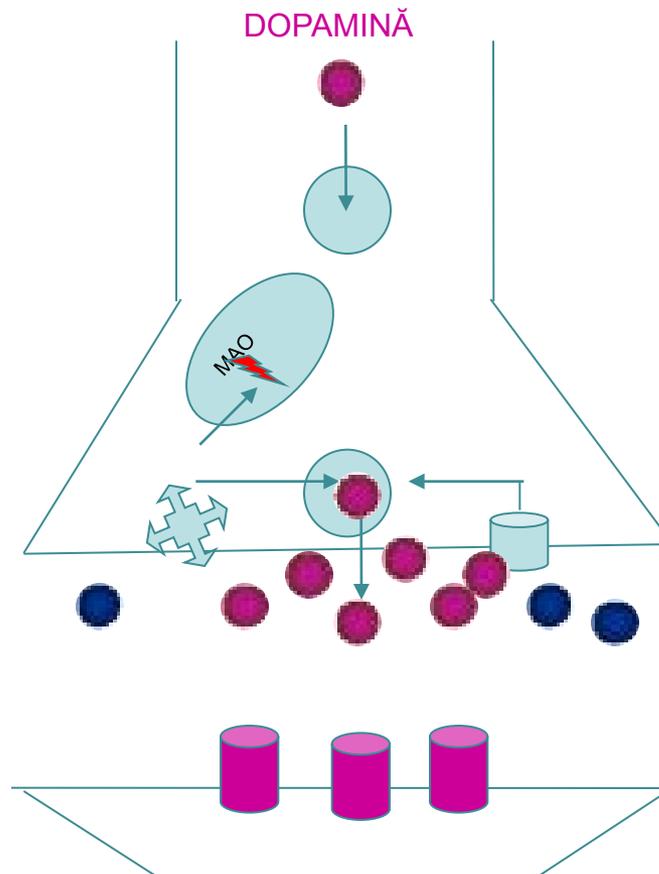
Sertindol

Asenapină

NEUROLEPTICELE – MECANISM DE ACȚIUNE

NEUROLEPTIC

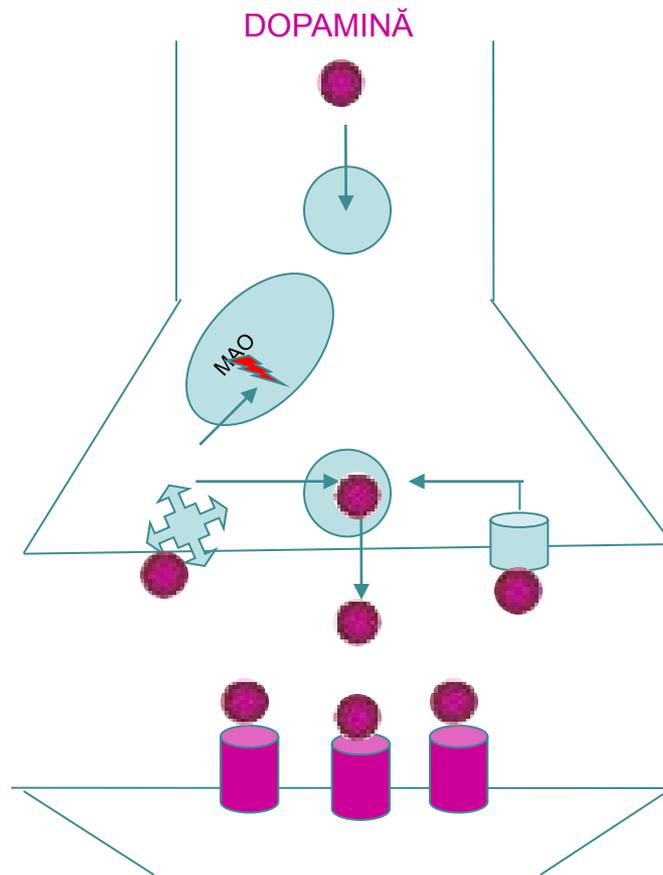
- blochează receptorii dopaminei intrând în competiție cu aceasta pentru receptorii dopaminergici



NEUROLEPTICELE – MECANISM DE ACȚIUNE

NEUROLEPTIC

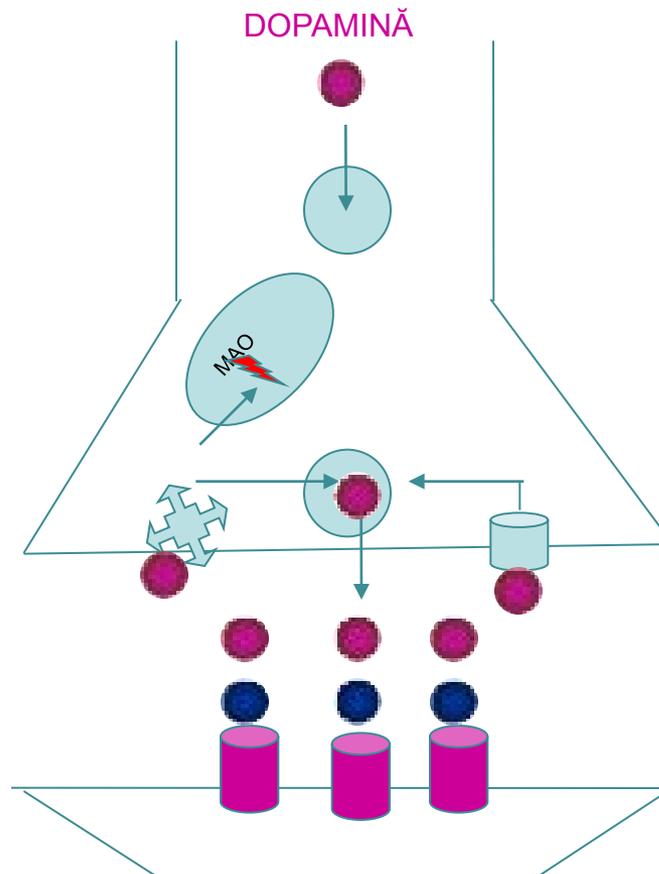
- blochează receptorii dopaminei intrând în competiție cu aceasta pentru receptorii dopaminergici



NEUROLEPTICELE – MECANISM DE ACȚIUNE

NEUROLEPTIC

- blochează receptorii dopaminei intrând în competiție cu aceasta pentru receptorii dopaminergici



EFECTELE MEDICAȚIEI NEUROLEPTICE

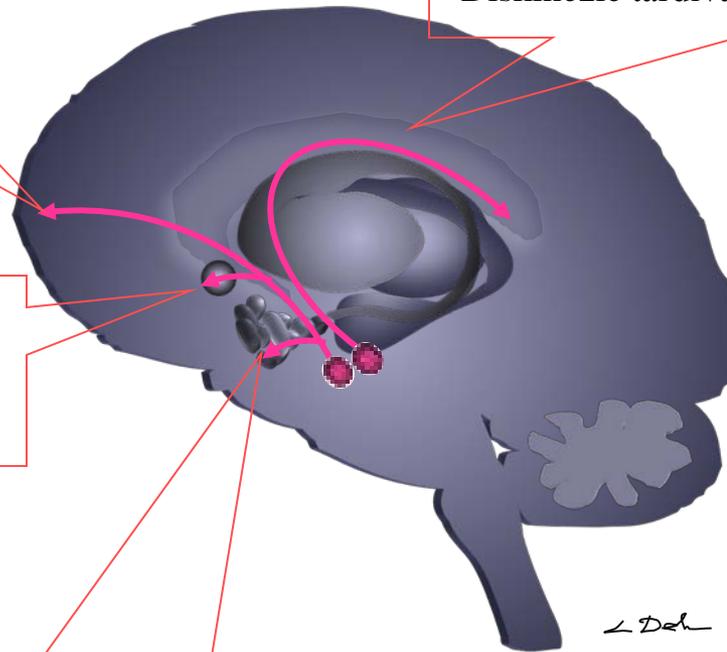
CALEA MEZO-CORTICALĂ:
Blocarea dopaminei accentuează simptomele negative și deficitul cognitiv

CALEA NIGRO-STRIATĂ
Blocarea dopaminei generează **SINDROM EXTRAPIRAMIDAL:**

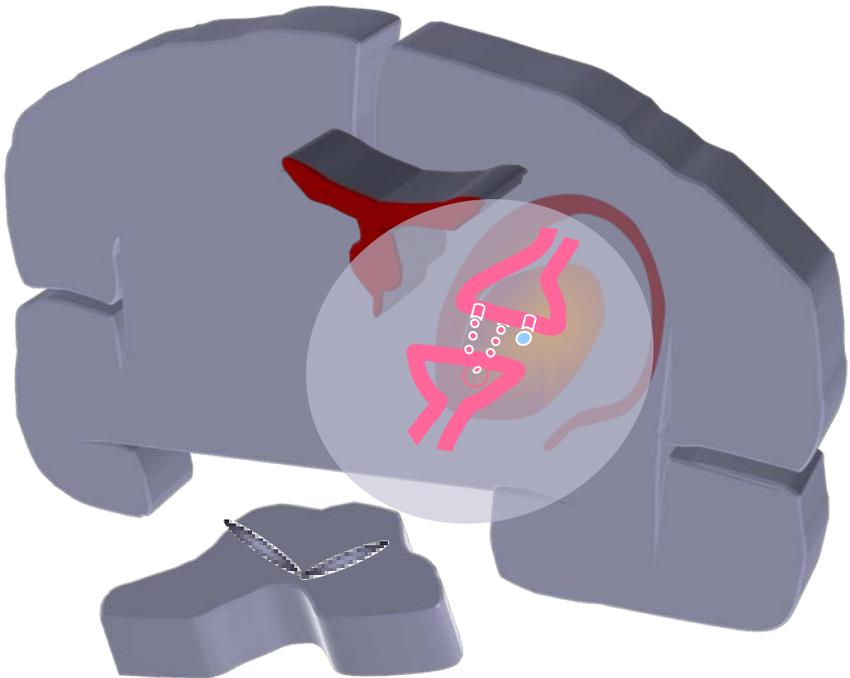
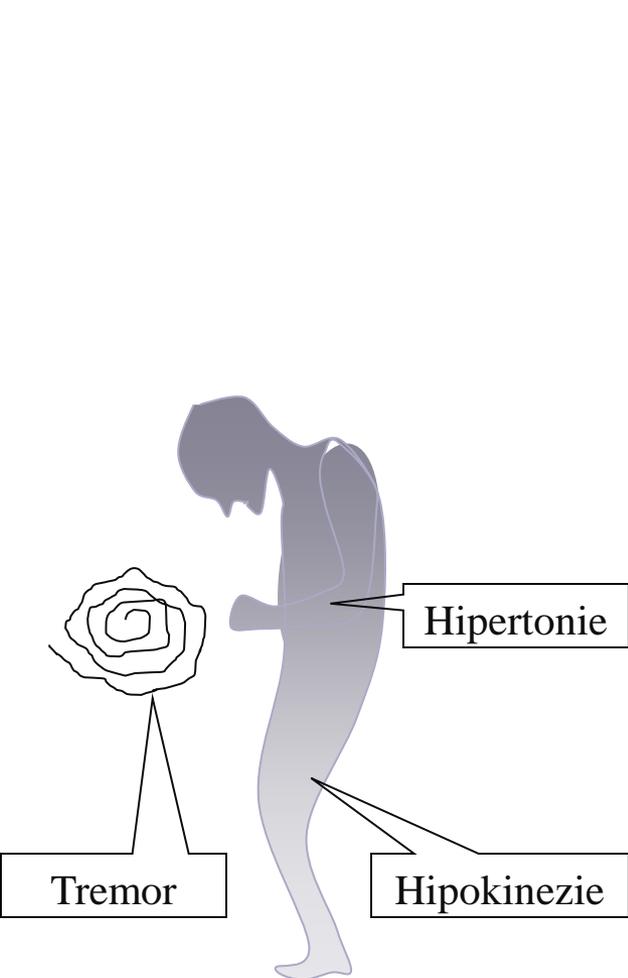
- Distonie acută (debut după 24-48 h)
- Akatzie (debut în săptămâni)
- Sindrom Parkinsonian (debut în săptămâni)
- Diskinezie tardivă (debut după luni, ani)

CALEA MEZO-LIMBICĂ:
Blocarea dopaminei are efect antipsihotic (antihalucinator și antidelirant)

CALEA NIGRO-INFUNDIBULARĂ
Blocarea dopaminei generează **SINDROM AMENOREE- GALACTOREE**



SINDROMUL PARKINSONIAN INDUS DE NEUROLEPTICE



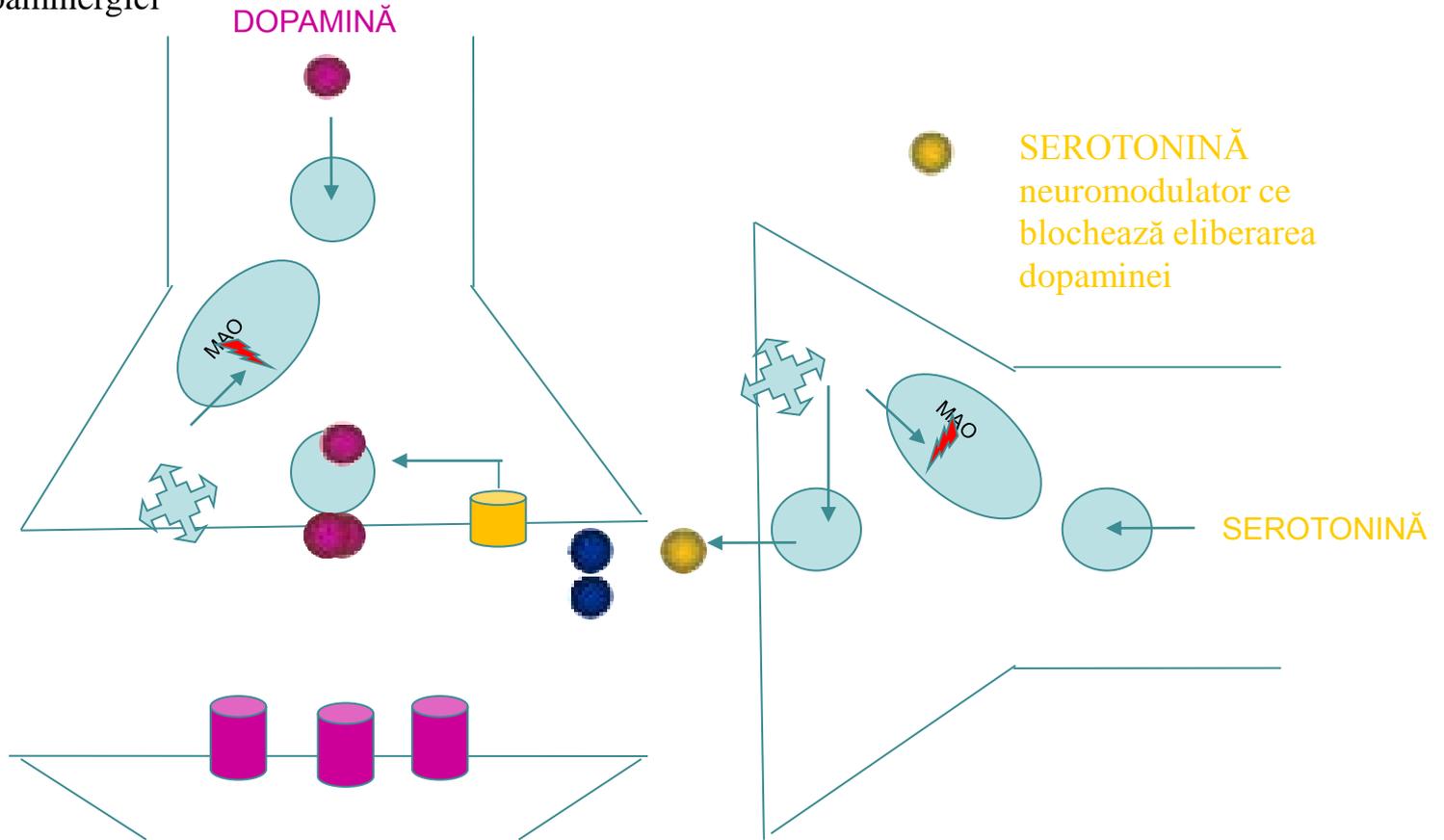
L. Delu

ANTIPSIHOTICELE ATIPICE – MECANISM DE ACȚIUNE

ANTIPSIHOTIC ATIPIC

blochează receptorii

- serotoninei stimulând eliberarea de dopamină
- dopaminei intrând în competiție cu aceasta pentru receptorii dopaminergici

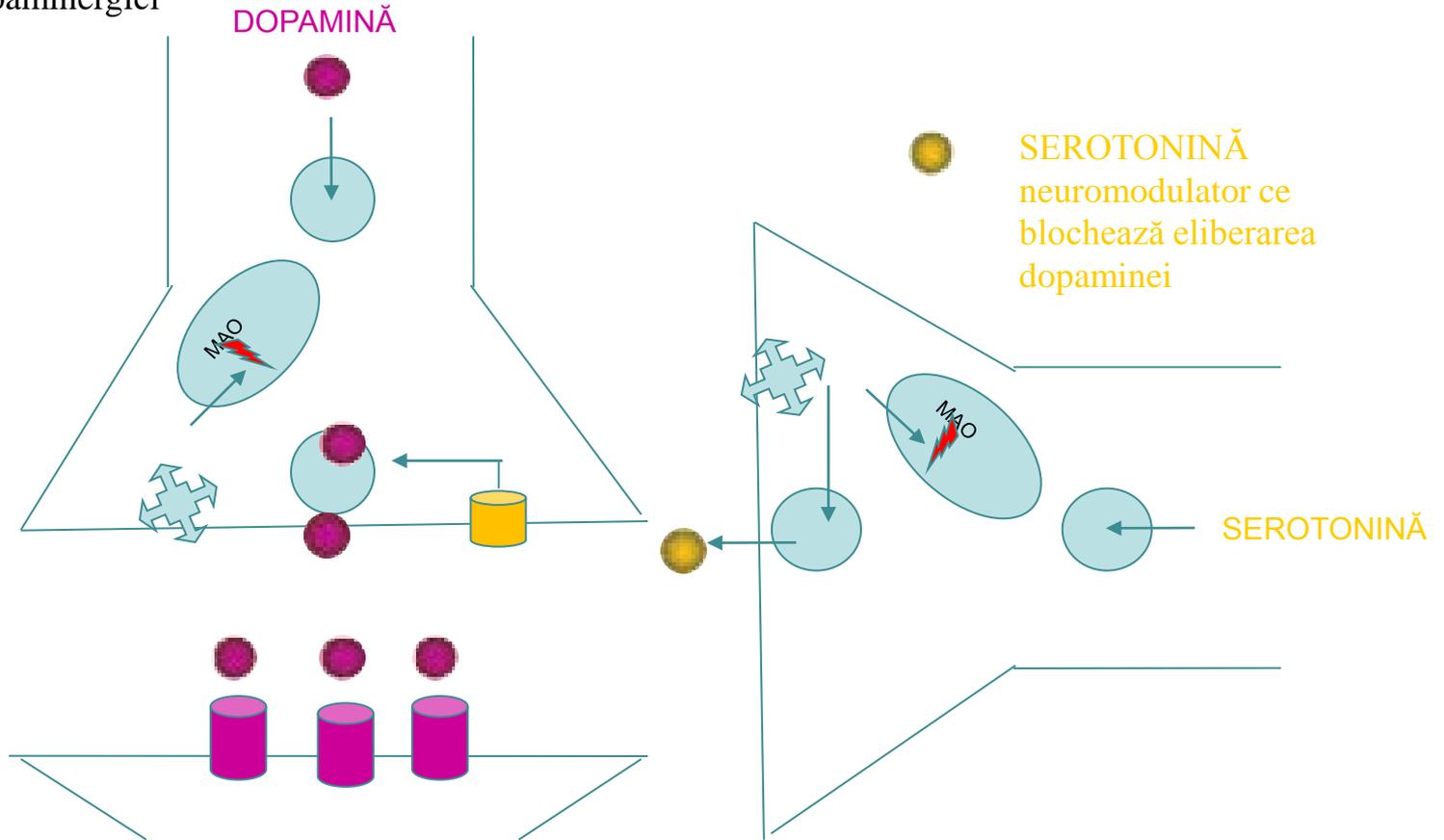


ANTIPSIHOTICELE ATIPICE – MECANISM DE ACȚIUNE

ANTIPSIHOTIC ATIPIC

blochează receptorii

- serotoninei stimulând eliberarea de dopamină
- dopaminei intrând în competiție cu aceasta pentru receptorii dopaminergici

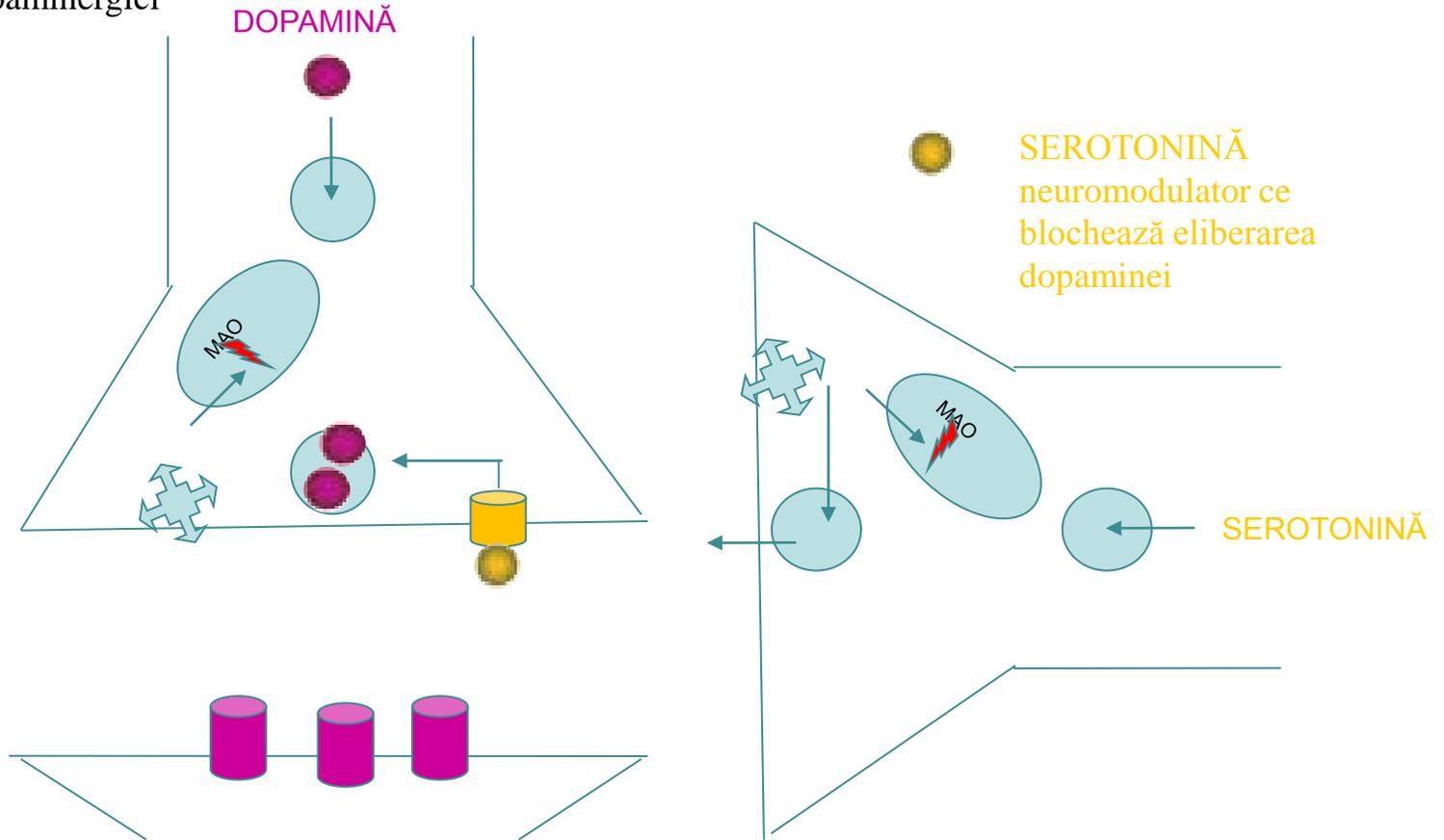


ANTIPSIHOTICELE ATIPICE – MECANISM DE ACȚIUNE

ANTIPSIHOTIC ATIPIC

blochează receptorii

- serotoninei stimulând eliberarea de dopamină
- dopaminei intrând în competiție cu aceasta pentru receptorii dopaminergici

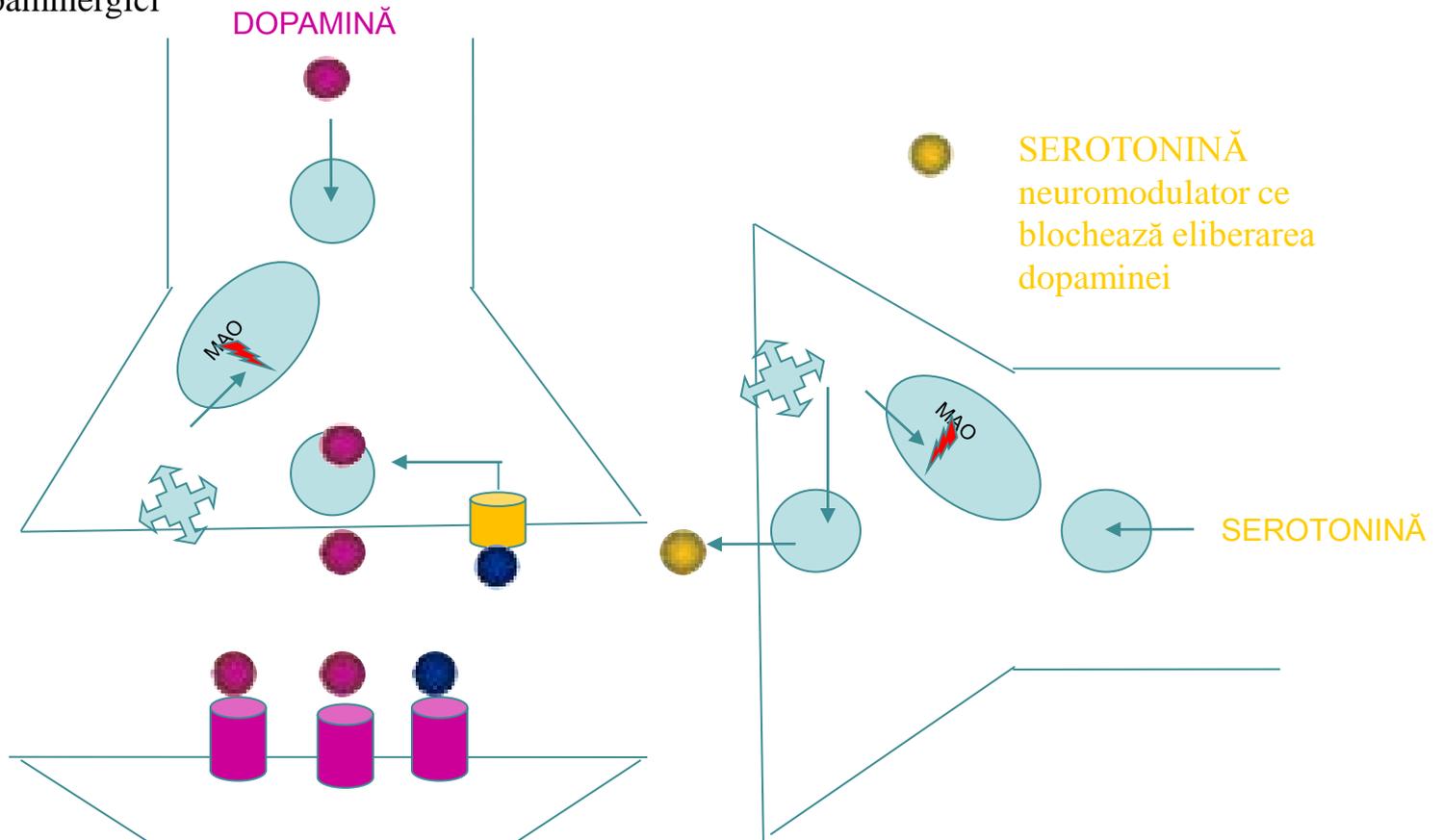


ANTIPSIHOTICELE ATIPICE – MECANISM DE ACȚIUNE

ANTIPSIHOTIC ATIPIC

blochează receptorii

- serotoninei stimulând eliberarea de dopamină
- dopaminei intrând în competiție cu aceasta pentru receptorii dopaminergici



NEUROLEPTICELE – EFECTE SECUNDARE

Efect antihistaminic H1:

- Sedare
- Creștere în greutate

Efect anticolinergic:

- Uscăciunea mucoaselor
- Retenție urinară
- Constipație
- Midriază
- Disfuncție erectilă

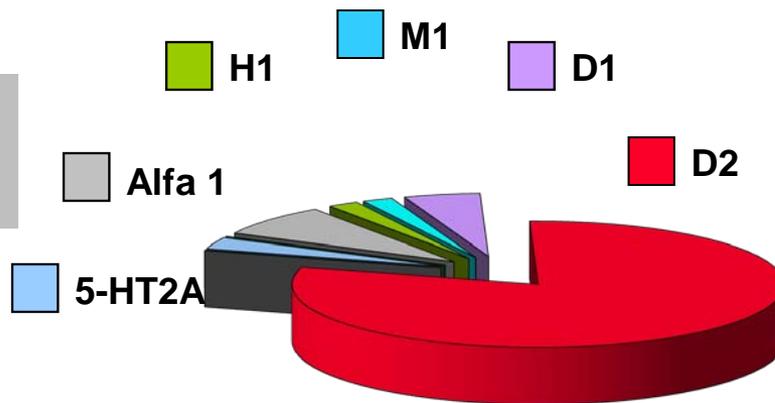
Accentuarea simptomelor negative și a deficitelor cognitive

Efect antiadrenergic alfa 1:

- Hipotensiune ortostatică
- Disfuncție ejaculatorie

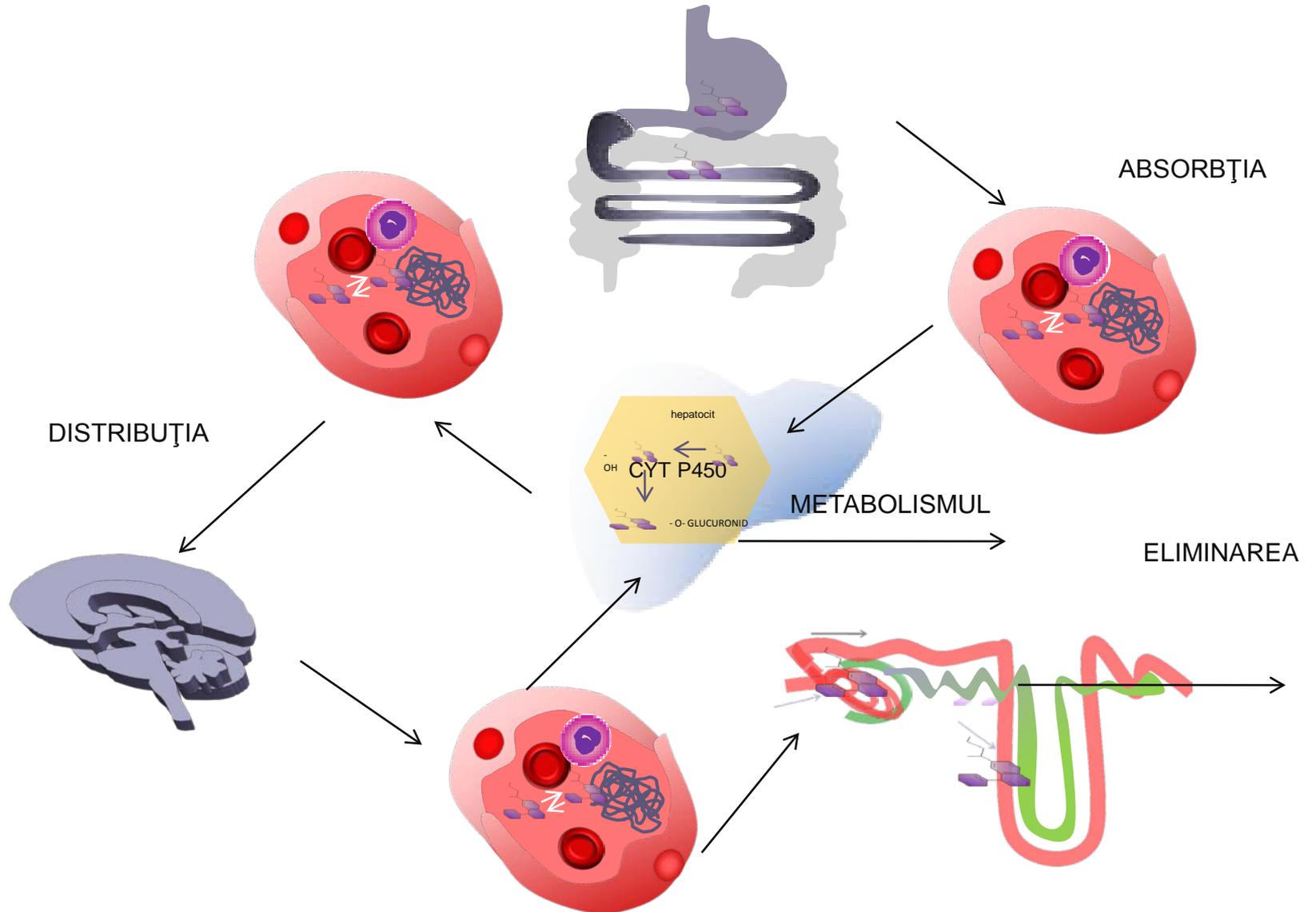
Efecte extrapiramidale:

- Distonie acută
- Akatizie
- Sindrom Parkinsonian
- Diskinezie tardivă

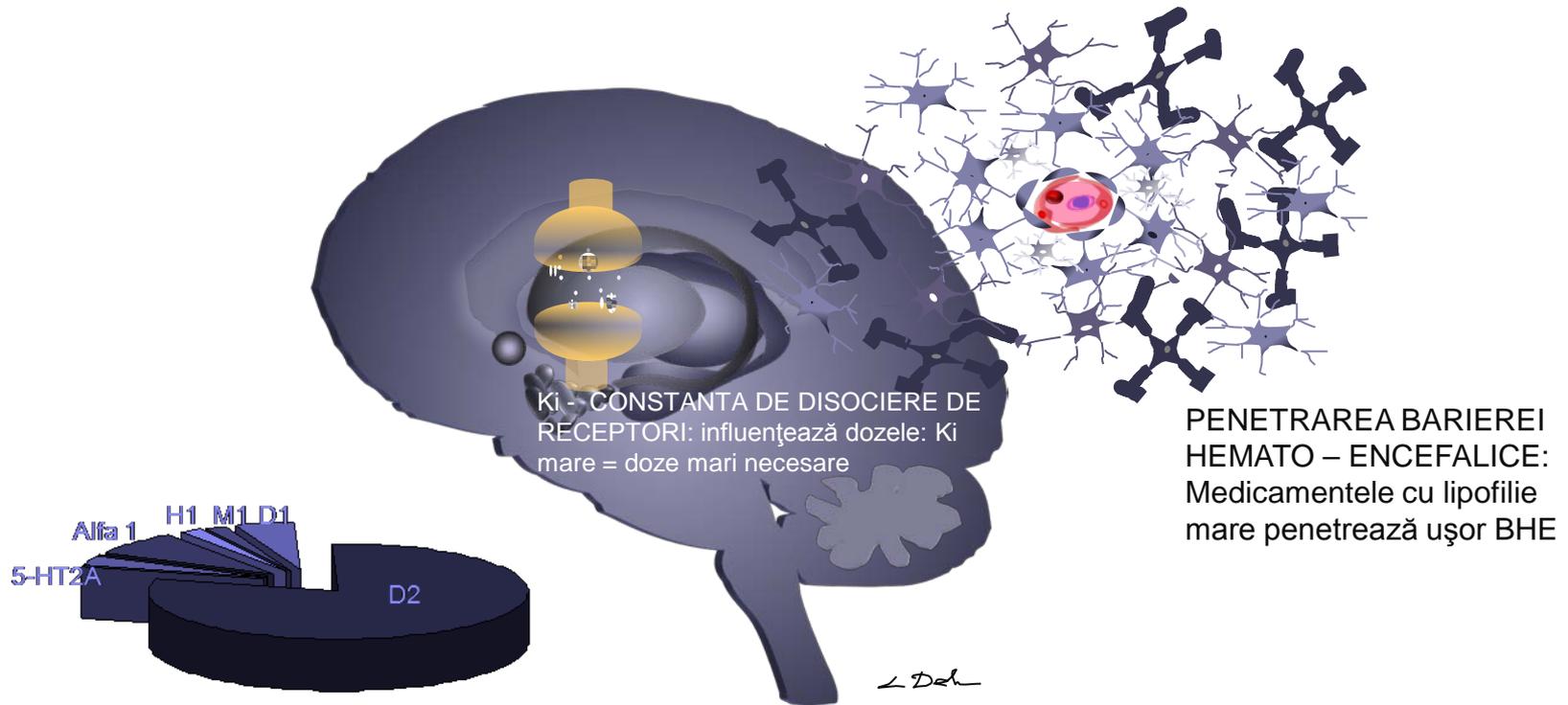


Sindrom amenoree-galactoree

ASPECTE FARMACOCINETICE



ASPECTE FARMACODINAMICE



PROFILUL RECEPTORAL:
medicamente mai sedative sau
mai puțin sedative

L. Delu

SCHIZOFRENIE: TRATAMENT

Tratament medicamentos (oral /injectabil) vizând:

Simptomele pozitive:

neuroleptice incisive sau antipsihotice bimotoale (doze mari) sau antipsihotice atipice

Simptomele negative:

antipsihotice atipice sau antipsihotice bimotoale (doze mici)

Agitația psihomotorie și anxietatea:

antipsihotice sedative, anxiolitice

Efecte secundare ale tratamentului neuroleptic:

Medicație anticolinergică

Tratament electro-convulsivant în formele catatonice sau nonresponsive la medicație

Tratament medicamentos de întreținere:

- neuroleptice depôt:
 - haloperidol decanoat,
 - flupentixol decanoat,
 - flufenazină decanoat
- antipsihotice atipice long acting:
 - risperidonă LAI
 - paliperidonă LAI
 - olanzapină LAI
 - aripiprazol LAI

Psihoterapie, socioterapie

- Psihoeducație
- Terapie familială
- Psihoterapie individuală
- Art terapie
- Ergoterapie

Obiective:

1. Ameliorarea simptomelor
2. Acceptarea bolii, cunoașterea simptomelor și medicației
3. Bună funcționare cognitivă
4. Bună funcționarea în societate, familie, locul de muncă

FAZA ACUTĂ

REMISIUNE

Monitorizare: TA, glicemie, lipide, greutate, ECG, prolactina, hormonii tiroidieni

Durata tratamentului medicamentos: primul episod – 1 an, mai multe episoade - toată viața

TULBURĂRILE PSIHOTICE ACUTE ȘI TRANZITORII

- Durată scurtă de evoluție (sub 1-3 luni) cu remisiune completă
- Debut brusc (2 zile – 2 săptămâni), uneori precipitat de evenimente stressante de viață
- Tablou clinic:
 - Psihotic polimorf (simptome psihotice și afective variabile ca intensitate și tematică în cursul unei zile sau de la o zi la alta)
 - Simptome schizofrenia-like
 - Delir de persecuție, relație
- Evoluție spre:
 - Alte episoade psihotice acute
 - Schizofrenie
 - Tulburări delirante persistente
 - Tulburări afective
- Tratament: antipsihotice

TULBURĂRILE DELIRANTE PERSISTENTE

- PARANOIA și PARAFRENIA
- Debut după 40 ani
- Nu alterează nucleul personalității
- Evoluție cronică
- Diagnostic diferențial cu:
 - Schizofrenia
 - Tulburările psihotice acute
 - Tulburările afective periodice cu delir incongruent

PARANOIA

- Personalitate premorbidă: personalitatea paranoidă (megalomanie, suspiciozitate, interpretativitate, cverulență)
- Delir paranoiac: cronic, monotematic sau pluritematic sistematizat în sector sau rețea
- Tematică:
 - Megalomană (invenții, personalitate ilustră, reformă socială)
 - De persecuție
 - De prejudiciu: revendică o ascendență ilustră, moșteniri, pensii, daune, malpraxis, invenții
 - Erotoman (mai ales la femeie: iubește și se crede iubită de un bărbat cu statut socio-economic mai înalt)
 - De gelozie (mai ales la bărbat: convins de infidelitatea soției)
 - De relație (aluzii răuvoitoare din partea celorlalți)
 - Somatic (dismorfofobia delirantă)
- Nu există conștiința bolii
- Frecvent persoana delirantă
 - este persuasivă și induce delirul partenerului de viață (delir indus = folie à deux)
 - perturbă microgrupul social (certuri, procesomanie)
- Forme de boală:
 - paranoia activă (de luptă): delir de persecuție sau prejudiciu; persoana luptă pentru drepturile sale, scrie memorii, reclamații denunțuri, procese (din persecutat devine persecutor)
 - paranoia pasivă (senzitivă): delir de persecuție sau relație; persoana este adesea timidă, complexată, lipsită de energie, punând eșecurile pe seama altora, nu ripostează agresiv, episoade anxios-depresive, acuze hipocondriace
- Nu răspunde la tratament



H. Daumier – PORTRETUL LUI VICTOR SCHOELCHER

PARAFRENIA

- Tablou clinic:
 - Delir cronic sistematizat cu tematică fantastică
 - Halucinații predominant vizuale și auditive
 - Sindrom de transparență-influență
- Dubla contabilitate: persoana face distincție între lumea reală și cea fantastică
- Decompensarea presupune pierderea dublei contabilități (intricarea lumii reale cu cea fantastică)
- Forme de boală:
 - Sistematică: predomină sindromul de transparență-influență
 - Expansivă: predomină delirul megaloman, dispoziție afectivă expansivă
 - Fantastică: predomină delirul fantastic (magie, evenimente cosmice)
 - Confabulatorie: delirul e îmbogățit din imaginație, amintiri, lecturi
- Tratament: vizează restabilirea dublei contabilități

TULBURĂRILE AFECTIVE PERIODICE

	TULBURAREA DEPRESIVĂ RECURENTĂ	TULBURAREA AFECTIVĂ BIPOLARĂ
Prevalența	5-10 %	1%
Femei : bărbați	2:1	1:1
Vârsta la debut	40	30 ani (tendință de scădere)
Durata medie a episoadelor	Depresive: 6 luni	Depresive: 6 luni Maniacale: 4 luni
Nr. mediu de episoade	4-5	8-10
Remisiune	Frecvent incompletă Tot mai scurtă	Frecvent completă

SINDROMUL DEPRESIV

- NIVEL INSTINCTIV
 - Izolare socială
 - Inapetență cu scădere ponderală
 - Apetit sexual diminuat
 - Diminuarea instinctului matern
 - Ideeație suicidară
- NIVEL AFECTIV
 - Depresie (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, uneori idei delirante:
 - » delir de vinovăție, de inutilitate, de incapacitate (autodeprecieri)
 - » delir hipocondriac (cancer, sifilis SIDA),
 - » delir Cotard (negare, imortalitate, enormitate)

SINDROMUL DEPRESIV

- 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 (cu hipotonie)
- 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
 - Manie (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, uneori delirant:
 - » delir megaloman (personalitate ilustră, filiație ilustră, omnipotență, omnisciență)
 - » delir de bogăție, delir mesianic, de reformă socială

SINDROMUL MANIACAL

- NIVEL VOLIȚIONAL
 - Deliberare pripită
 - Lipsa perseverenței în act
- ASPECT
 - Extravagant cu fardare excesivă, podoabe în exces, vestimentație în culori vii
- VORBIREA
 - Tahilalie, logoree, exprimare telegrafică
 - Aparent incoerentă (în cazul fugii de idei)
 - Pe ton ridicat
- EXPRESIVITATEA MIMICO-GESTUALĂ
 - Hiperexpresivitate mimico – gestuală
- HIPERKINEZIE până la agitație
- COMPORTAMENT
 - expansiv
 - decenzurat
- SOMNUL
 - Nevoie redusă de somn (de ex. 3 ore de somn pe noapte) fără a simți oboseală a doua zi

4 TIPURI DE TULBURĂRI AFECTIVE



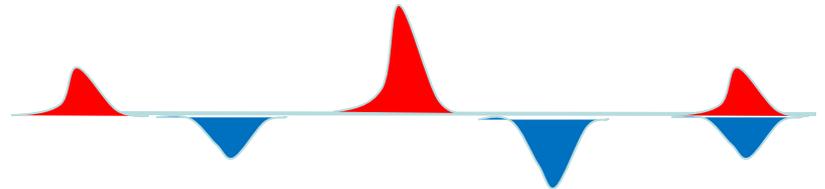
DISTIMIA



TULBURARE DEPRESIVĂ RECURENTĂ (MONOPOLARĂ)



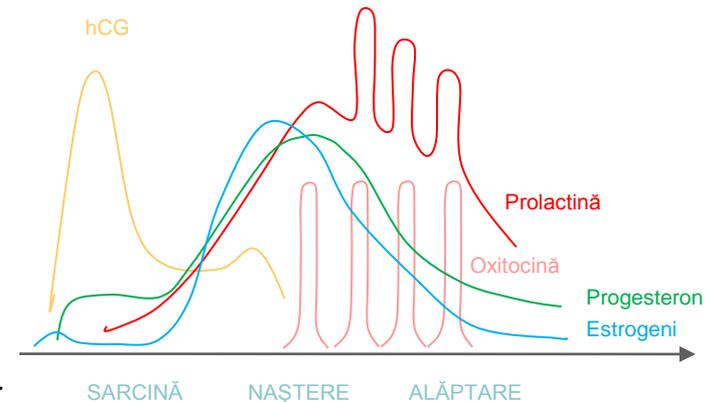
CICLOTIMIA



TULBURARE AFECTIVĂ BIPOLARĂ

DEPRESIA POSTPARTUM

- Debut la 4 săptămâni după naștere
- Prevalență 10-15 %
- Factori de risc:
 - Istoric familial de boală afectivă
 - Sarcină nedorită
 - Lipsa alăptării la sân
 - Relații disfuncționale cu tatăl copilului
 - Lipsa suportului
 - Lipsa locului de muncă
- Cauze:
 - Disfuncție serotoninergică scăderea brutală a nivelelor hormonilor implicați în comportamentul matern (estrogeni, oxitocină, alopregnanolon, prolactină)
 - hipotiroidism
 - hipercortizolemie
- Complicații: suicid și / sau pruncucidere
- Diagnostic diferențial:
 - Baby blues: labilitate afectivă ce apare în primele zile după naștere
 - Psihoza postpartum (puerperală): simptome afective (maniacale / depresive) simptome psihotice (halucinații, deliruri). Este mai apropiată de tulburarea afectivă bipolară și disfuncțiile tiroidiene
- Tratament: antidepresive + psihoterapie



TULBURĂRILE AFECTIVE PERIODICE: ETIOPATOGENIE

FACTORII GENETICI

TULBURĂRILE DE NEUROTRANSMISIE CEREBRALĂ

TULBURĂRI ALE AXELOR HIPOTALAMO-HIPOFIZARE ȘI

TULBURĂRI DE BIORITM NICTEMERAL

FENOMENUL DE KINDLING

PERSONALITATEA

EVENIMENTE DE VIAȚĂ ÎN COPILĂRIE (pierderea mamei la vârste mai mici de 11 ani e corelată cu depresia la vârsta adultă)

NEAJUTORAREA ÎNVĂȚATĂ (experimentele pe animale, inițial supuse unor șocuri electrice pe care nu le pot evita, evidențiază că aceste animale nu evită șocul electric nici în situațiile când ar avea această posibilitate)

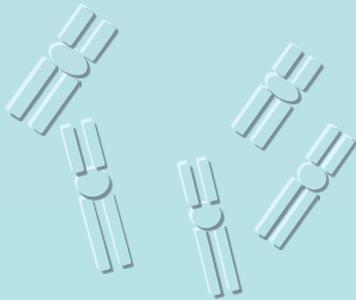
DISTORSIUNI COGNITIVE

TULBURĂRILE AFECTIVE PERIODICE FACTORII GENETICI

STUDII DE LINKAGE

CROMOZOMI IMPLICAȚI:

X, 11, 18,



STUDII FAMILIALE:

peste 50% din depresivii monopolarii au o rudă de gradul I cu tulburare a dispoziției afective, cel mai frecvent depresie monopolară

90% dintre bipolarii au o rudă de gradul I cu tulburare a dispoziției afective, cel mai frecvent tulburare bipolară

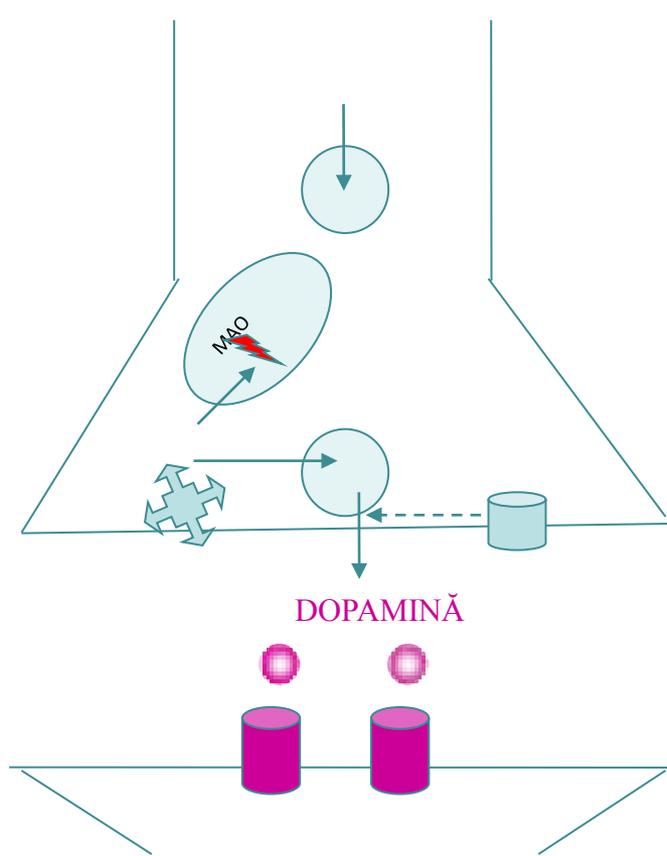
STUDII PE GEMENI:

Depresie monopolară: concordanța la monoziгоți: 50% iar la dizigoți 15%

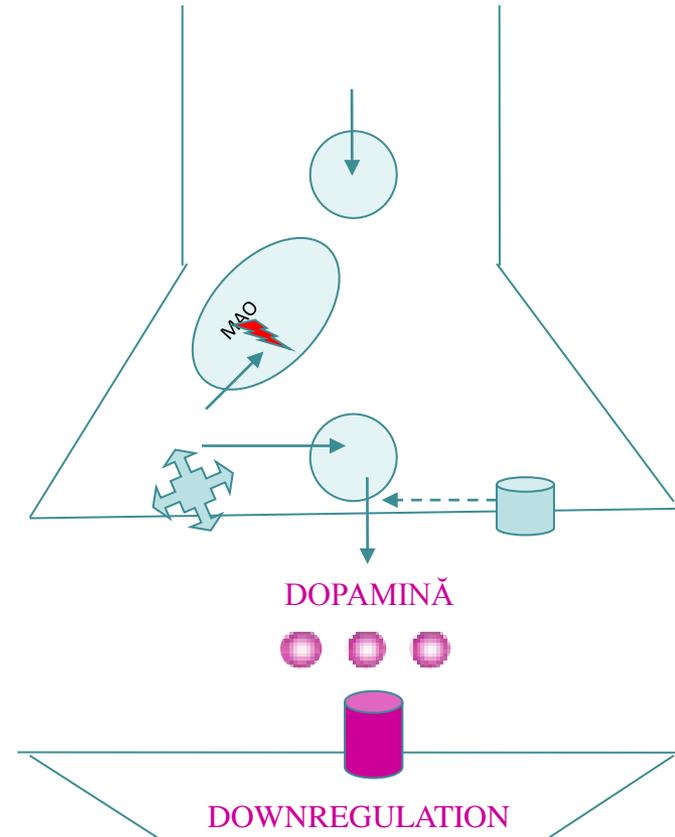
Tulburare bipolară: concordanța la monoziгоți: 33-90% iar la dizigoți 5-25%

STUDII DE ADOPTIE: confirmă importanța factorului genetic

FACTORII BIOCHIMICI: IPOTEZA MONOAMINELOR

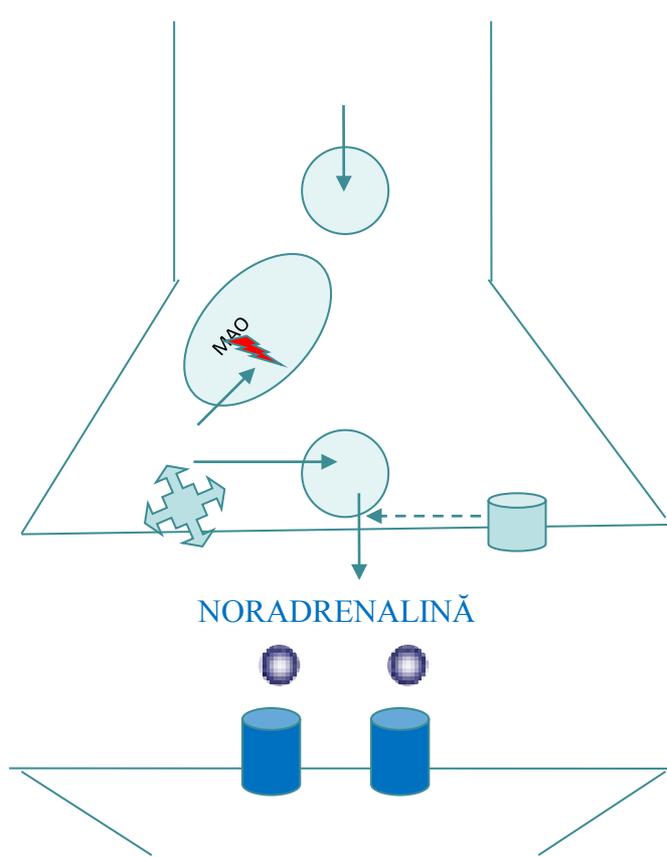


NORMALITATE



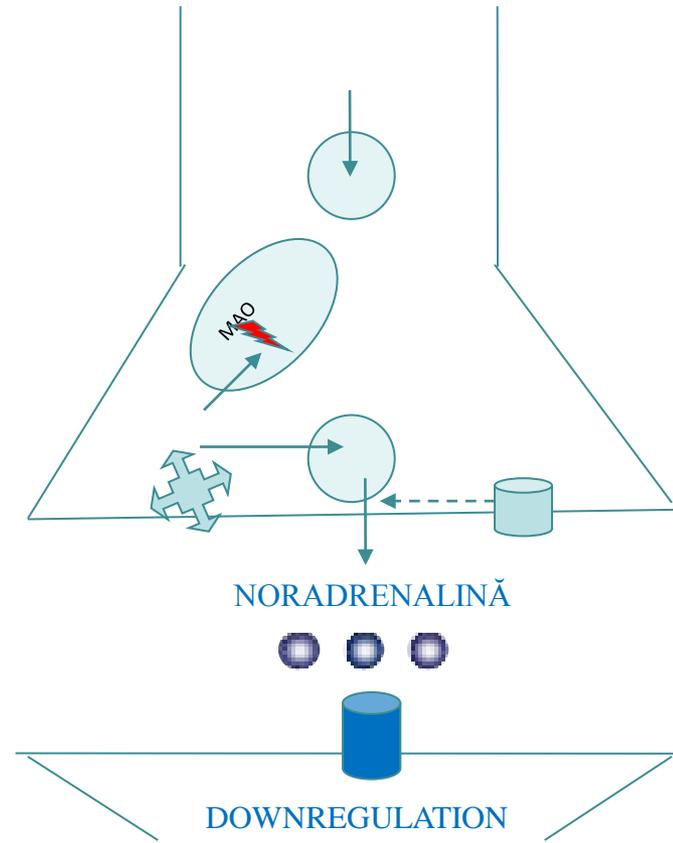
MANIE:
exces de dopamină: comportament
hedonic

FACTORII BIOCHIMICI: IPOTEZA MONOAMINELOR



NORADRENALINĂ

NORMALITATE



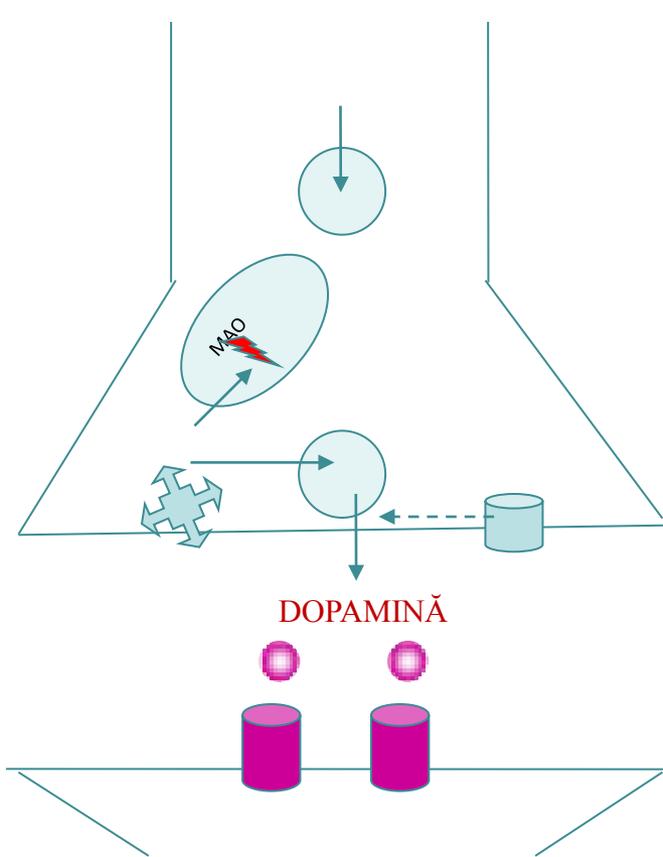
NORADRENALINĂ

DOWNREGULATION

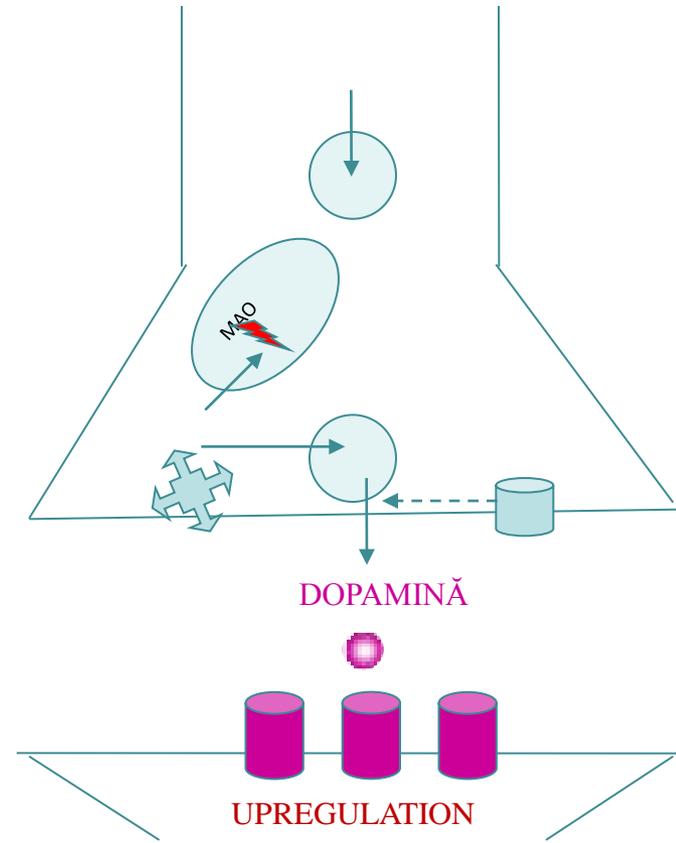
MANIE:
exces de noradrenalină: energie
crescută

L. Del

FACTORII BIOCHIMICI: IPOTEZA MONOAMINELOR

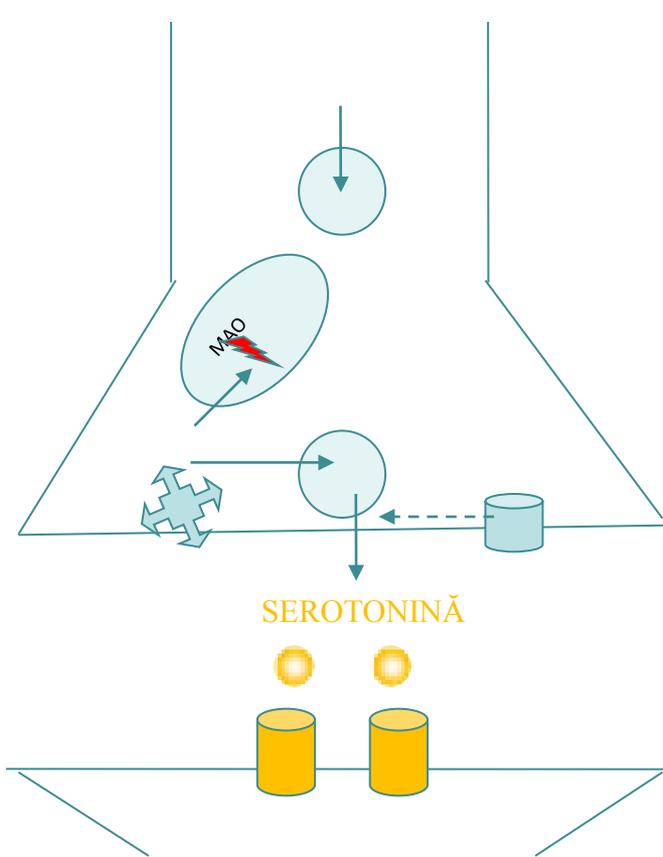


NORMALITATE

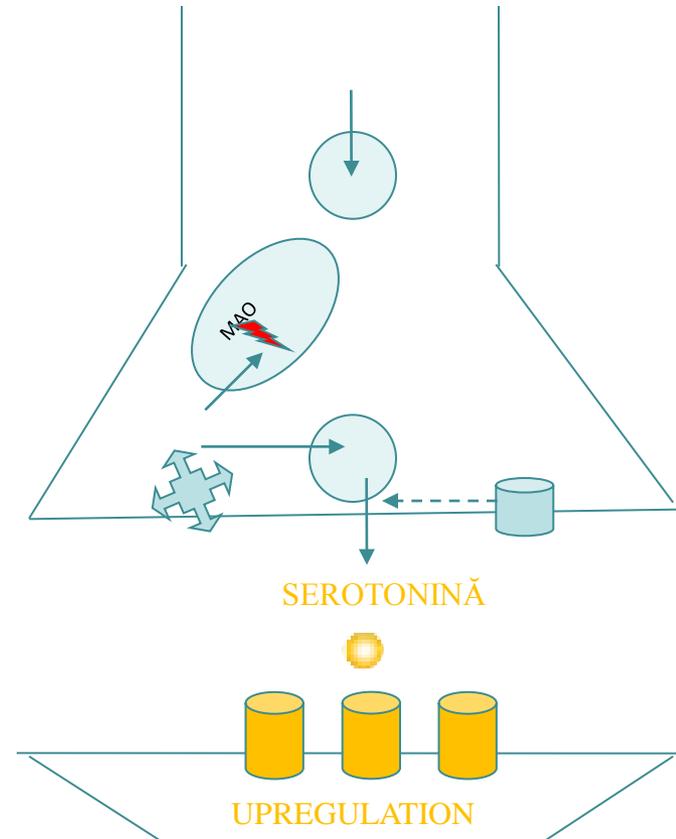


DEPRESIE
Deficit de dopamină: anhedonie

FACTORII BIOCHIMICI: IPOTEZA MONOAMINELOR



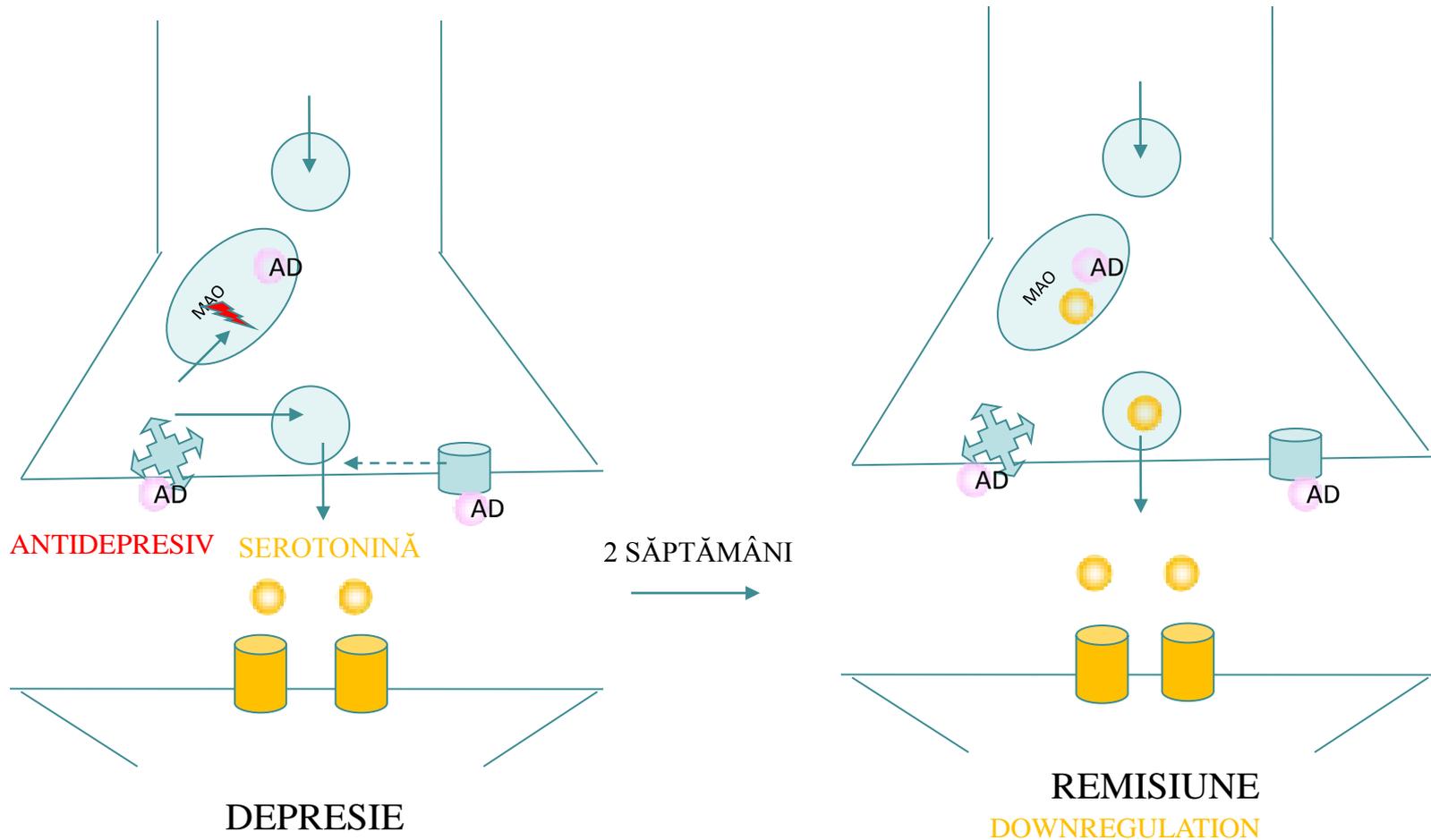
NORMALITATE



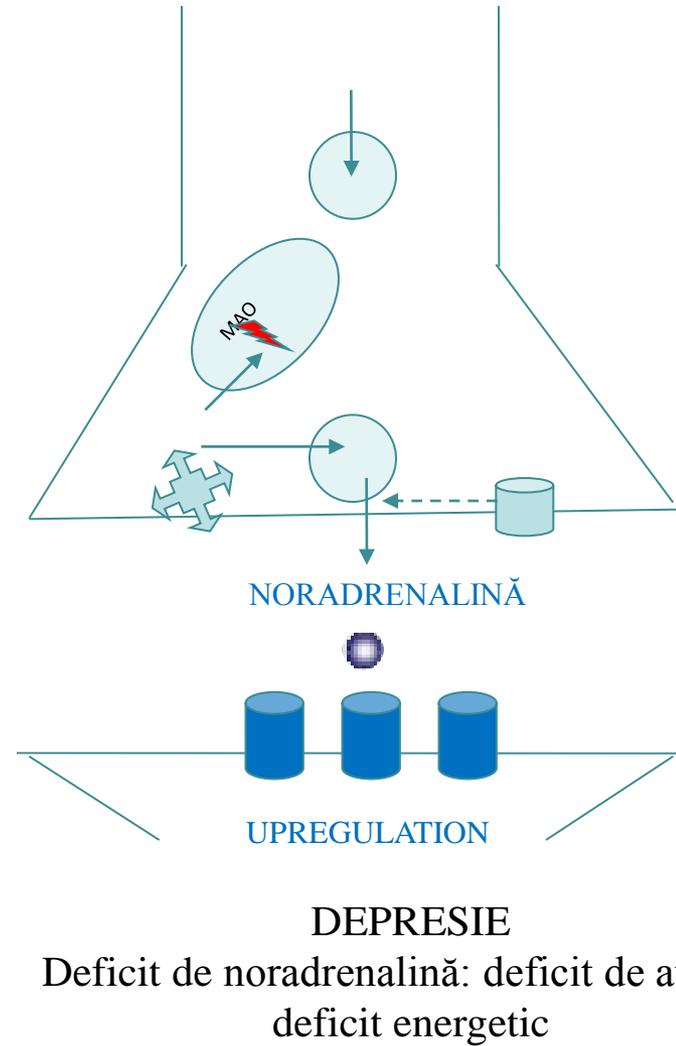
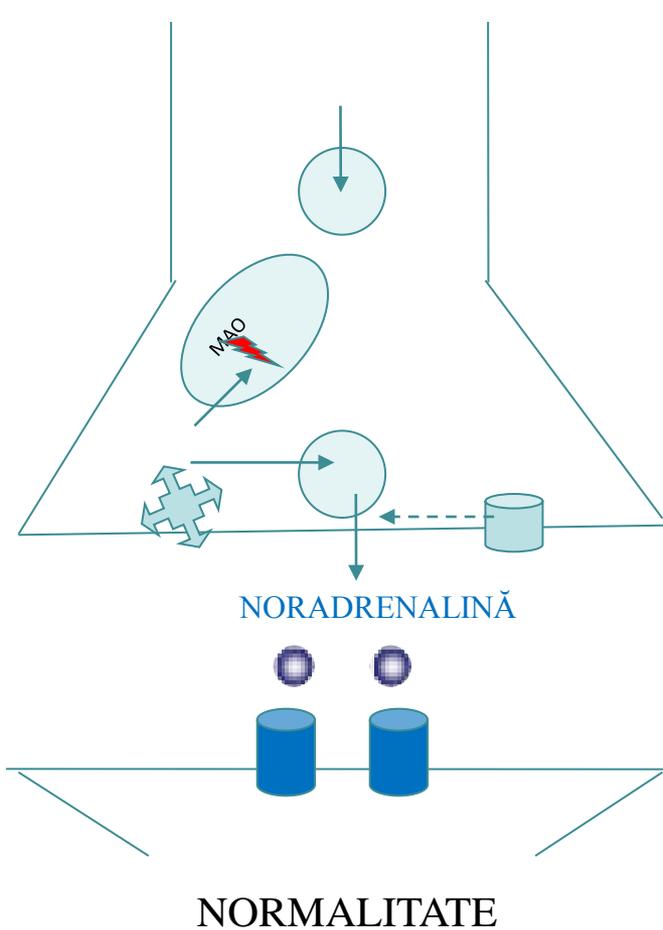
DEPRESIE
Deficit de serotonină: depresie,
impulsivitate

L. Delu

EFECTUL ANTIDEPRESIVELOR

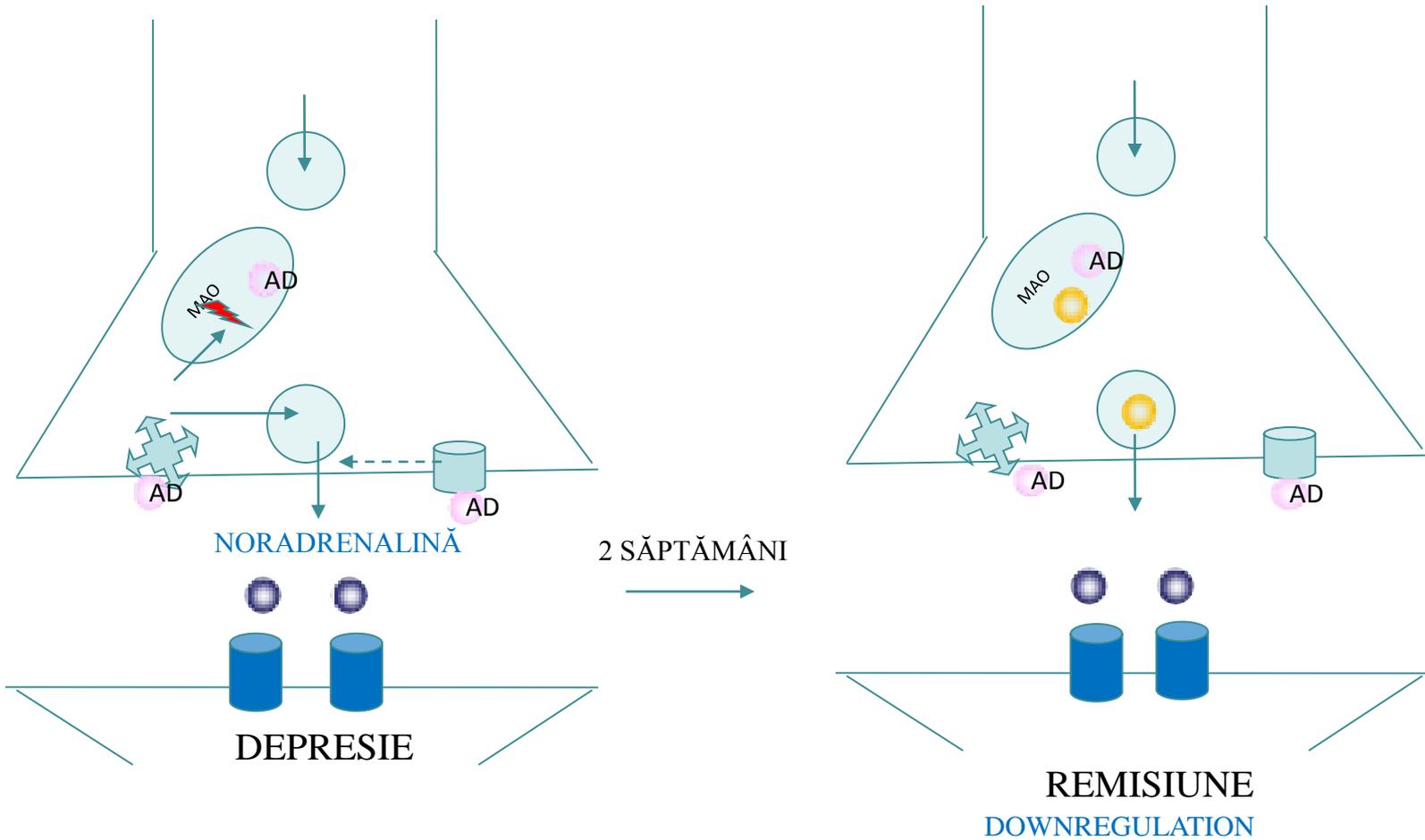


FACTORII BIOCHIMICI: IPOTEZA MONOAMINELOR



L. Del

EFECTUL ANTIDEPRESIVELOR

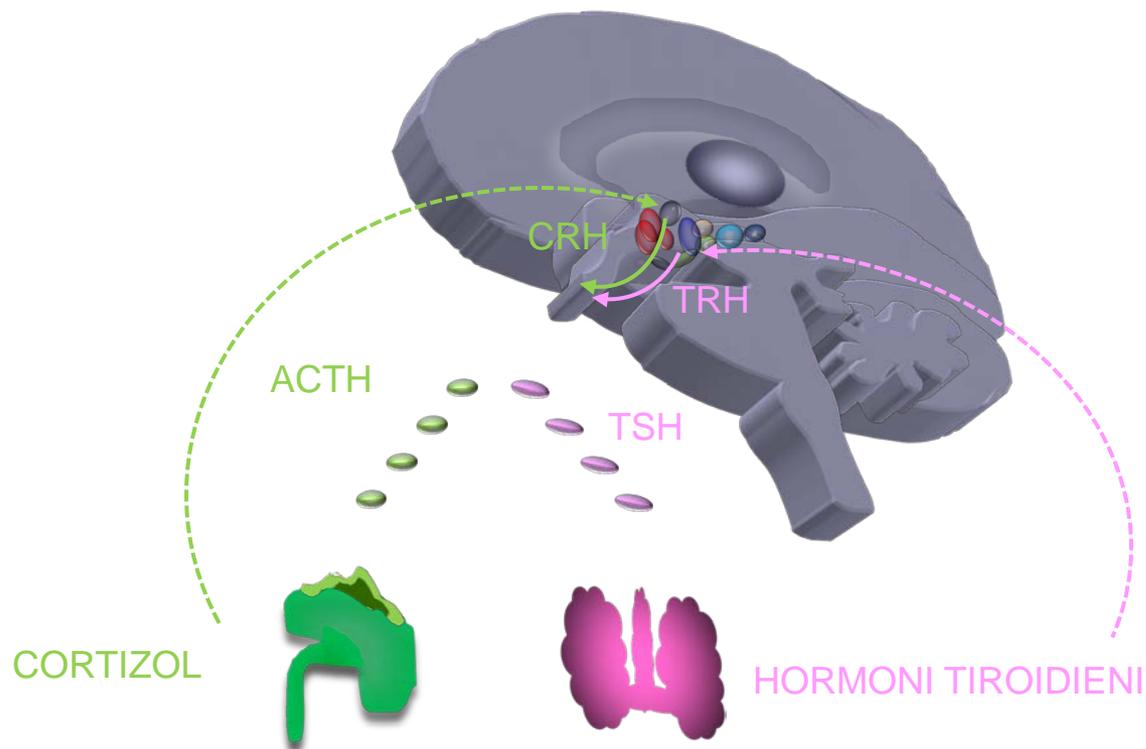


L. Delu

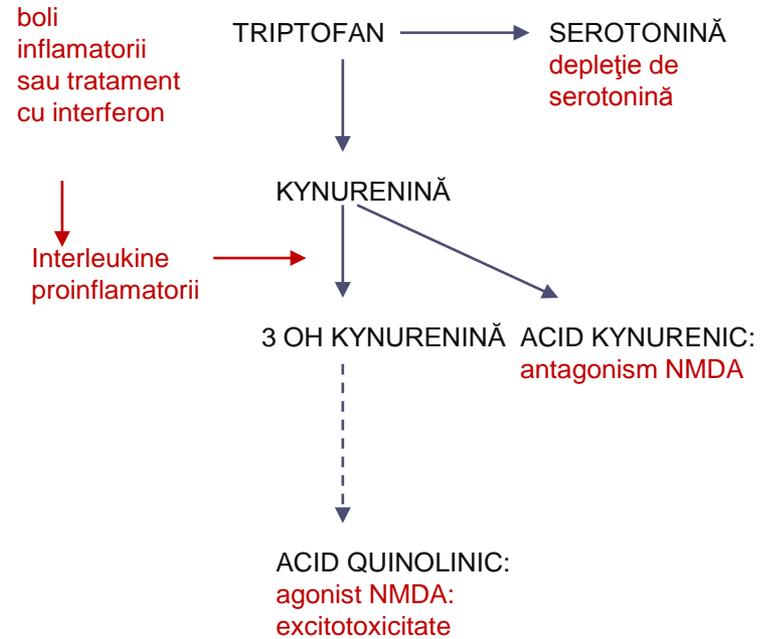
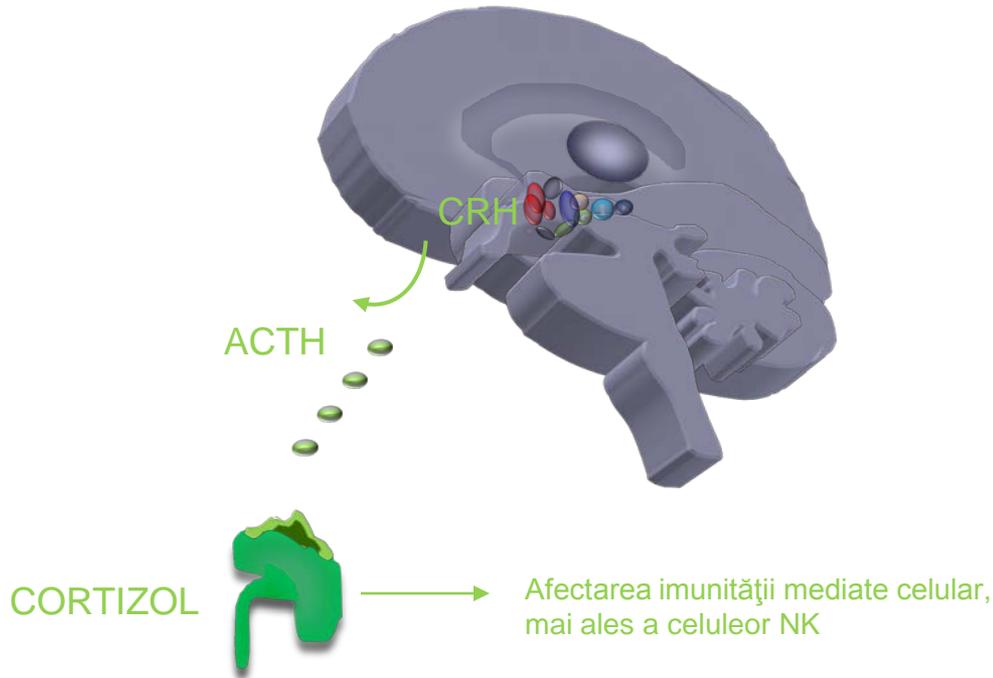
DEPRESIA SEVERĂ CU ANOMALII ENDOCRINE

AXUL HIPOTALAMO-HIPOFIZO-CSR
neresponsiv la inhibiția cu DEXAMETAZONĂ

AXUL HIPOTALAMO-HIPOFIZO-TIROIDIAN
hiporesponsiv la stimularea cu TRH

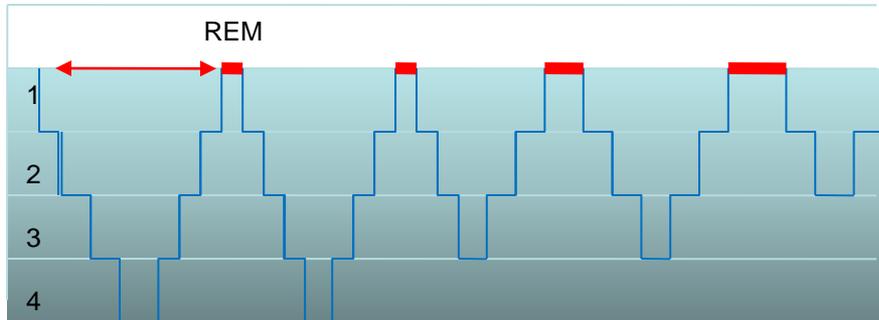


DEPRESIA: ANOMALII IMUNE



DEPRESIA ȘI TULBURĂRILE DE SOMN

STARE DE VEGHE



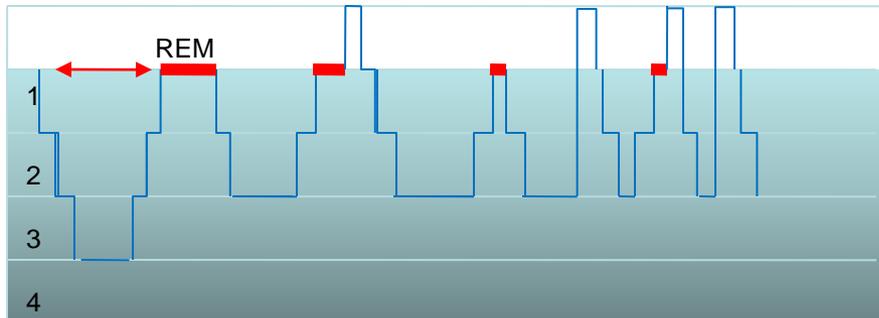
NORMAL:

Latența REM: 90 min

Somnul REM predomină în a doua jumătate a nopții

Somnul nonREM are 4 stadii de profunzime

STARE DE VEGHE



DEPRESIE:

Scade latența REM: 60 min

Scade durata REM spre a doua jumătate a nopții

Scade profunzimea somnului nonREM

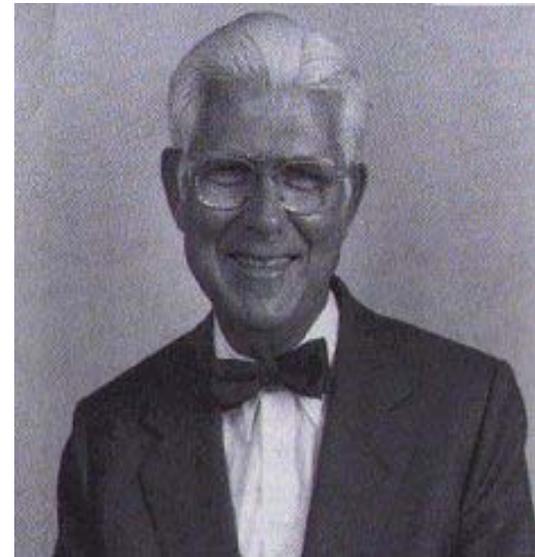
Insomnie de trezire

DISTORSIUNILE COGNITIVE

BECK a descris triada cognitivă din depresie:

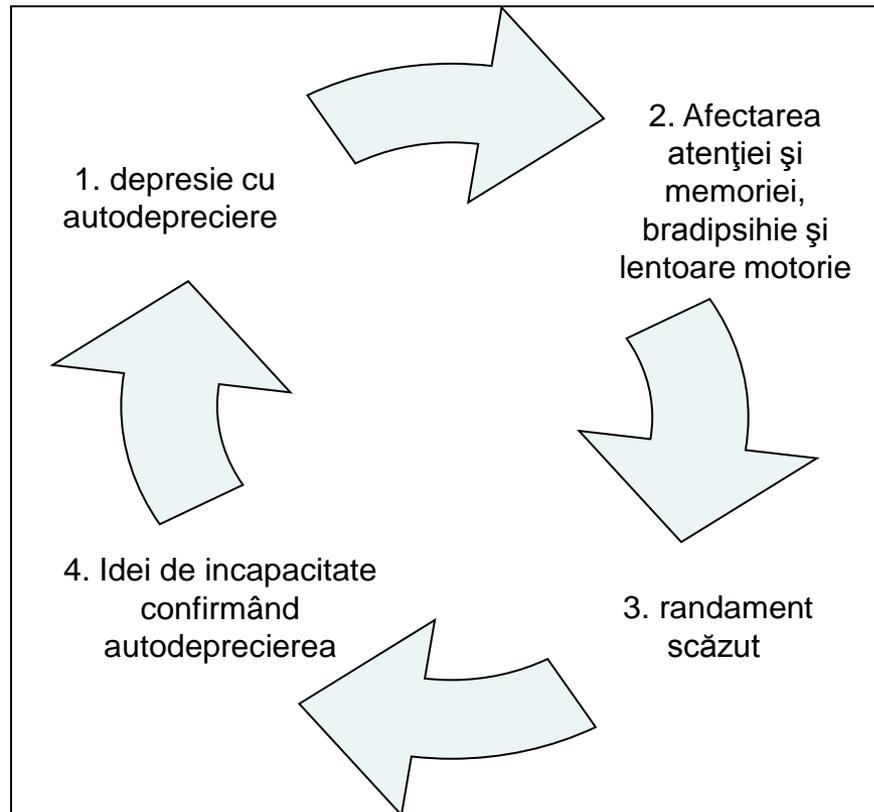
1. Autodevalorizare
2. Interpretarea negativă a evenimentelor de viață
3. Expectanță negativă în ceea ce privește viitorul

Nu se poate stabili cu certitudine dacă gândirea negativă despre sine, lume și viitor precede sau e urmarea depresiei



A.T. Beck (1921-)

DISTORSIUNILE DE GÂNDIRE ȘI CERCUL VICIOS DIN DEPRESIE



PERSONALITATEA PREMORBIDĂ

Typus melancholicus (Tellenbach) ----- depresie

Personalitatea ciclotimă -----tulburarea bipolară

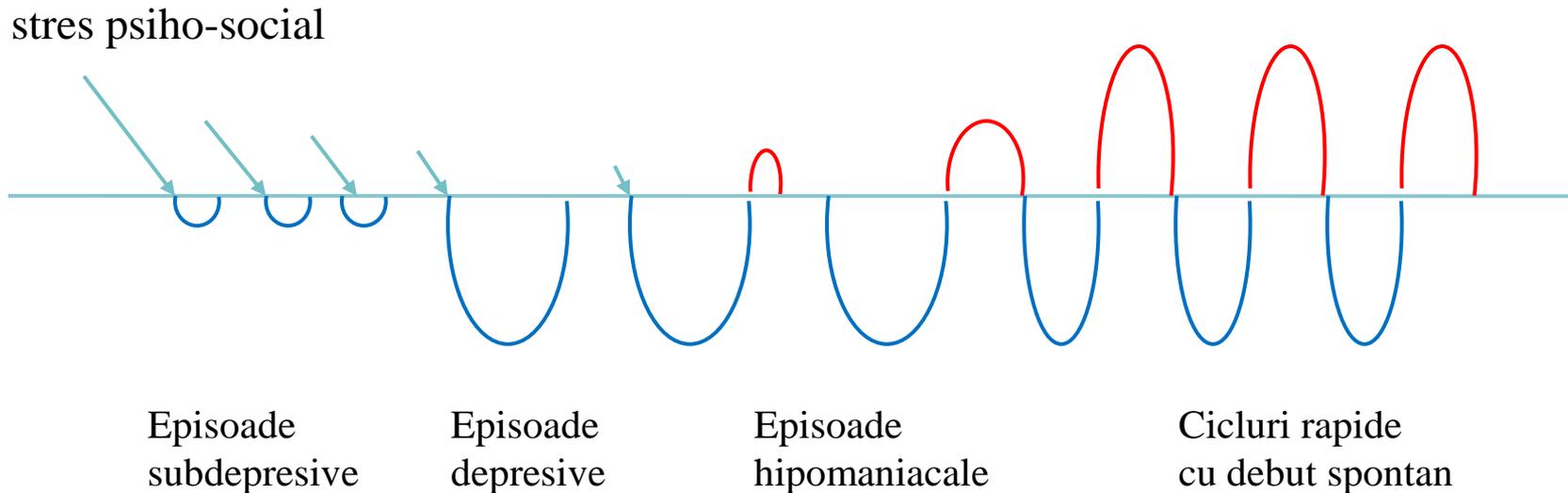
Tulburări de personalitate predispuse spre depresie:

- TP anankastă
- TP dependentă

FENOMENUL DE KINDLING (“APRINDERE”)

KINDLING= fenomenul prin care după stimularea subliminală repetată a creierului, se produc crize epileptice.

Acest fenomen explică de ce antiepilepticele (carbamazepina) sunt folosite ca stabilizatori ai afectivității



În evoluție episoadele tind să apară după stresori din ce în ce mai slabi ce sensibilizează sistemul limbic ducând în final la episoade ce apar spontan

TULBURĂRI AFECTIVE PERIODICE ETIOPATOGENIE- SINTEZĂ

PRENATALI

POSTNATALI

COPIILĂRIE

MATURITATE

TULBURARE AFECTIVĂ

VULNERABILITATE GENETICĂ (MZ >DZ)

+

PIERDEREA MAMEI LA O VÂRSTĂ < 10 ANI

+

LIPSA UNUI LOC DE MUNCĂ ÎNGRIJIREA MAI MULTOR COPII MICI

VULNERABILITATE PERSONOLOGICĂ

ANOMALII ENDOCRINE



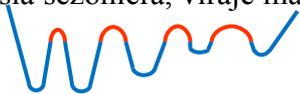
TULBURĂRI DE NEUROTRANSMISIE



TUMORI CEREBRALE (manie)
BOALĂ PARKINSON (depresie)
HIPOTIROIDISM (depresie)



IPOTEZE CRONOBIOLOGICE
(depresia sezonieră, viraje maniacale)



MEDICAȚIE CE INFLUENȚEAZĂ SNC:

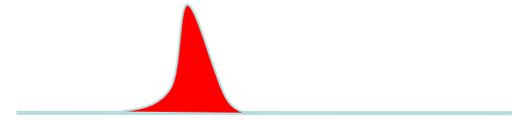
- antihipertensive centrale (depresie)
- interferon (depresie)
- prednison (depresie / manie)

TIPURI DE EPISOADE

- Episod hipomaniacal
 - Nu necesită internare
- Episod maniacal:
 - Necesită internare
 - Cu sau fără simptome psihotice congruente sau nu
 - Cu sau fără agitație psiho-motorie
- Episod depresiv:
 - Ușor (cu/fără simpt somatice)
 - Mediu (cu/fără simpt somatice sau anxietate)
 - Sever (stupor, risc suicidar, simptome psihotice congruente sau incongruente (delir paranoid, halucinații))
- Episod mixt (simptome maniacale și depresive prezente simultan)



EPISOD HIPOMANIACAL



EPISOD MANIACAL



EPISOD DEPRESIV

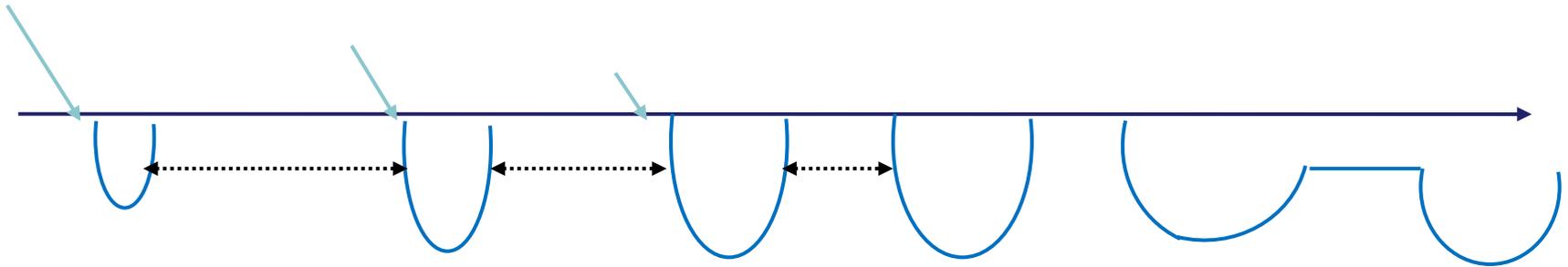


EPISOD MIXT

TULBURAREA DEPRESIVĂ RECURENTĂ (TDR)

Episodul depresiv netratat:
durată aproximativ 6 luni de
zile

Riscul recurențelor crește dacă remisiunea este
incompletă



Vârsta medie de debut: 40 ani
femei/bărbați: 2/1

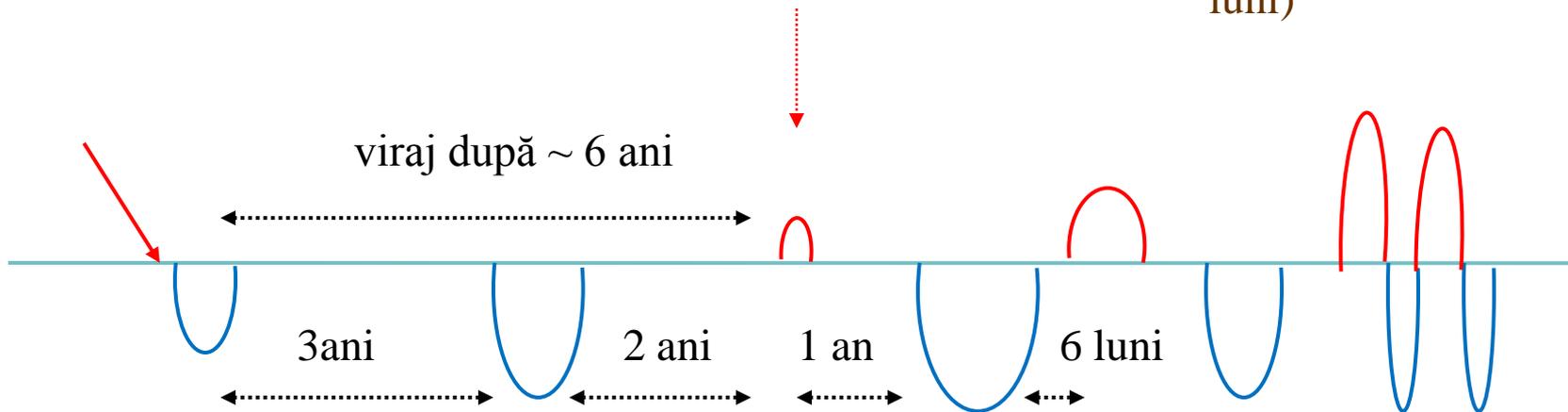
Cu cât numărul de recurențe este mai mare, cu
atât intervalul dintre episoade va fi mai mic

EVOLUȚIA NATURALĂ A TULBURĂRII AFECTIVE BIPOLARE

La 50% din bipolari
boala debutează cu
episoade depresive

diagnosticare
cu TAB

20% din bipolari
prezintă cicluri rapide
(≥ 4 episoade în 12
luni)



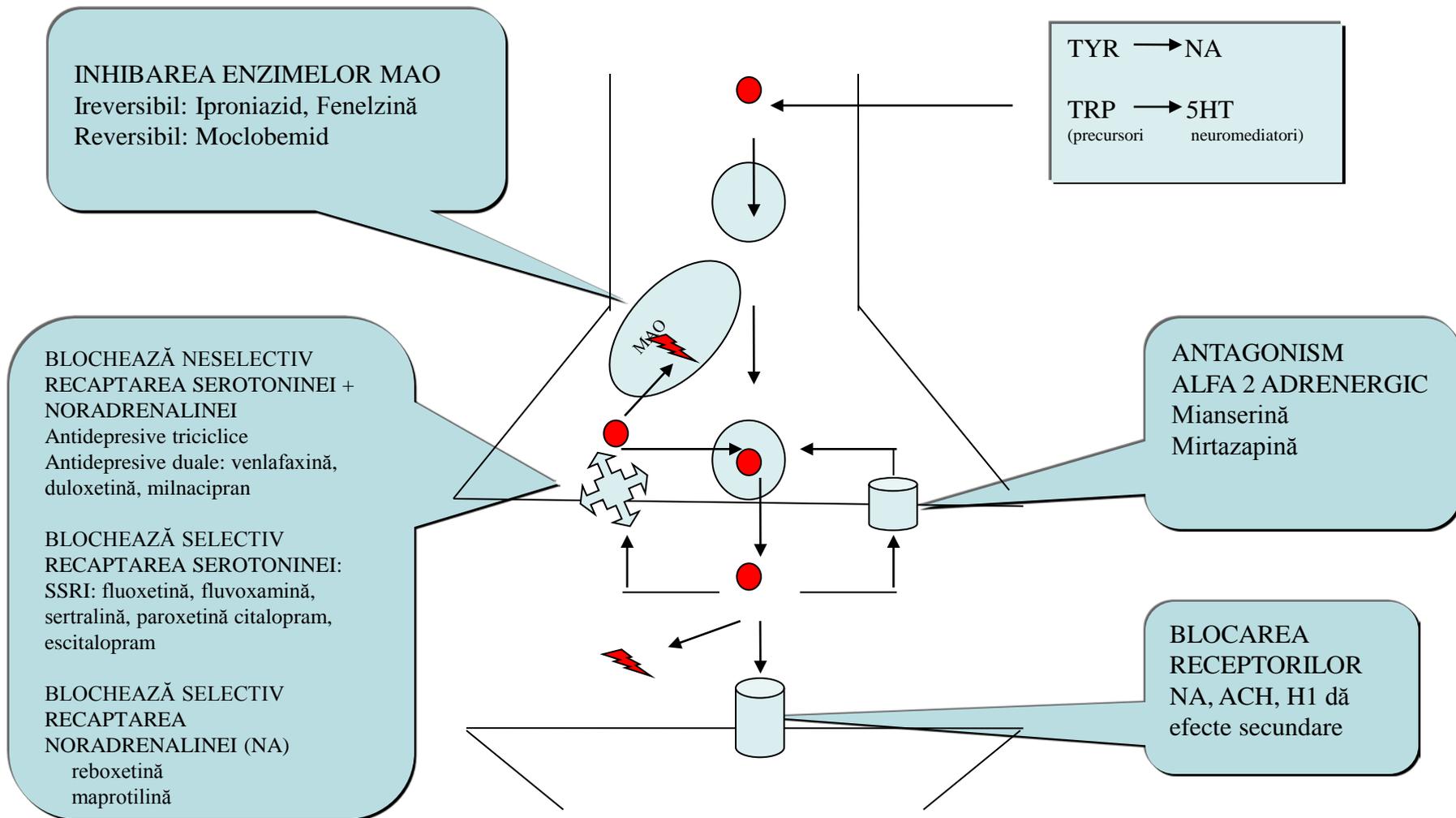
Debut la orice vârstă dar
Vârsta medie de debut a scăzut
de la 30 la 19 ani
Raport femei/bărbați: 1/1

Intervalul dintre episoade se scurtează în
cursul evoluției bolii, ca apoi să devină fix
(6-9 luni)
Episoade depresive tot mai frecvente

TULBURĂRILE AFECTIVE: COMPLICAȚII

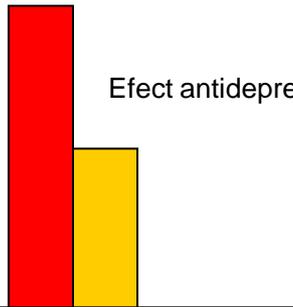
- MORBIDITATE ȘI MORTALITATE crescute în cazul depresiei (mortalitate mai mare la cardiaci sau la cei care au suferit accidente vasculare cerebrale dacă sunt depresivi)
- ADDICȚIE: 25% dintre depresivii monopolari
50% dintre bipolari
- SUICID: 15% dintre depresivi, păstrarea familiei
risc mai mare în cazul tulburării bipolare comparativ cu tulburarea monopolar depresivă, destrămarea familiei

ANTIDEPRESIVELE- MECANISME DE ACȚIUNE



CLASIFICAREA ANTIDEPRESIVELOR

Efect dinamizant



Efect antidepresiv

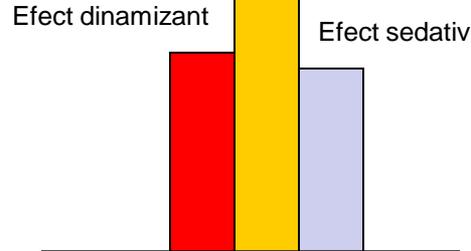
INHIBITORI AI MAO

ireversibile
IPRONIAZIDĂ
IZONIAZIDĂ
FENELZINĂ

reversibile
MOCLOBEMID

Multiple contraindicații !
Nu se asociază cu alte antidepresive

Efect antidepresiv



Efect dinamizant

Efect sedativ

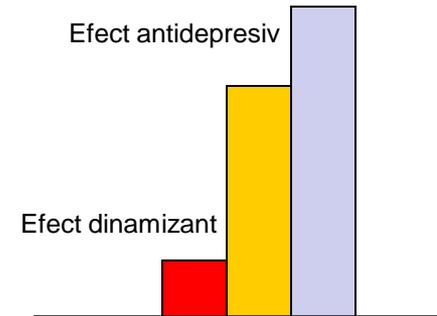
TIMOANALEPTICE (antidepresive de zi)

Triciclice:
IMIPRAMINĂ
CLOMIPRAMINĂ
NORTRIPTILINĂ

Tetraciclice
MAPROTILINĂ

indicații:
depresia inhibată
depresia cu atacuri de panică

Efect sedativ



Efect dinamizant

Efect antidepresiv

TIMOLEPTICE (antidepresive de seară)

Triciclice:
AMITRIPTILINĂ (75-150-200 mg/zi)
TRIMIPRAMINĂ
DOXEPIN

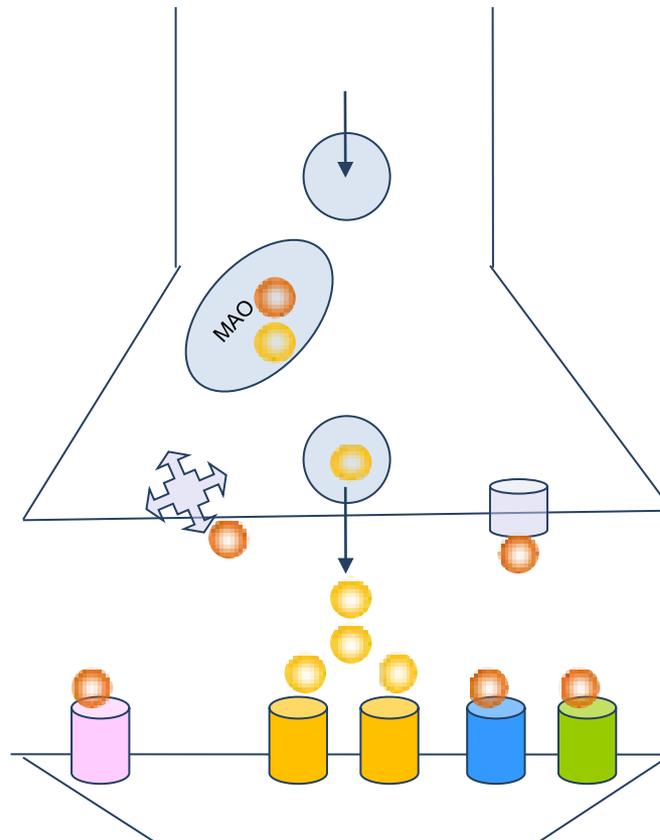
Tetraciclice
MIANSERINĂ (30-60 mg/zi)

Alte:
TRAZODONĂ (300-600 mg/zi)
TIANEPTINĂ

indicații:
depresia cu anxietate generalizată

ANTIDEPRESIVELE – EFECTE SECUNDARE

- antidepresiv
- neuromediator



Efect antihistaminic H1:
-Sedare
-Creștere în greutate

Efect anticolinergic:
-Uscăciunea mucoaselor
-Retenție urinară
-Constipație
-Midriază
-Disfuncție erectilă

Efect antiadrenergic alfa 1:
-Hipotensiune ortostatică
-Disfuncție ejaculatorie

L. Delu

SINDROMUL CHINIDINIC (proaritmie)

FACTORI DE RISC:

- QTc lung congenital
- Boli cardiace
- Medicație ce alungește QT
- Dezechilibre hidro-electrolitice

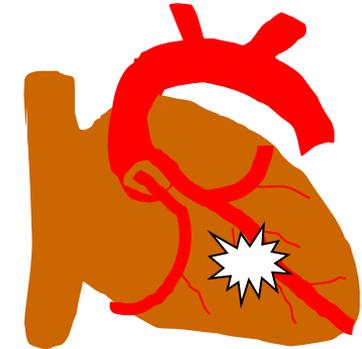


QTc lung :
Femei > 470 ms
Bărbați > 450 ms

Stimul simpatic (ESV)



fenomenul R/T



Torsada vârfurilor



REGULI DE PRESCRIERE A MEDICAȚIEI ANTIDEPRESIVE

1. Alegerea antidepresivului va ține cont de:

- Forma clinică (depresie inhibată, anxioasă, iritabilă)
- Tulburarea de fond (tulburare monopolar depresivă sau bipolară: la bipolari se preferă antidepresive de tip SSRI)
- Comorbiditatea psihiatrică (atacuri de panică, fobii, obsesii)
- Comorbiditatea somatică (cardio-vasculară, hepatică, neurologică)
- Vârstă
- Factori socio-economici

2. Se preferă MONOTERAPIA cu antidepresive (altfel se însumează efectele secundare)

Se pot adăuga la antidepresiv: anxiolitice, hipnotice, antipsihotice de nouă generație) în caz de simptome psihotice

De multe ori e utilă asocierea stabilizatorilor timici (pentru a preveni virajul maniacal)

3. Dozele se cresc progresiv în funcție de toleranță, se mențin la doza terapeutică și apoi se scad progresiv.

Schimbarea antidepresivului se face după 4-6 săptămâni de lipsă de răspuns la tratament. Înlocuirea se va face după ce primul antidepresiv s-a eliminat din organism

INHIBITORII SELECTIVI AI RECAPTĂRII SEROTONINEI (SSRI)

Mecanismul de acțiune este reprezentat blocarea pompelor de recaptare a serotoninei (transportorilor serotoninei numiți și SERT).

Preparate:

- fluoxetină (PROZAC)- doze terapeutice 20-40 mg/zi
- Sertralină (ZOLOFT) - doze terapeutice 50-200 mg/zi
- Fluvoxamină (FEVARIN) - doze terapeutice 100-200 mg/zi
- Paroxetină (SEROXAT) - doze terapeutice 20-50 mg/zi
- Citalopram - doze terapeutice 20-60 mg/zi
- Escitalopram (CIPRALEX) - doze terapeutice 10-20 mg/zi

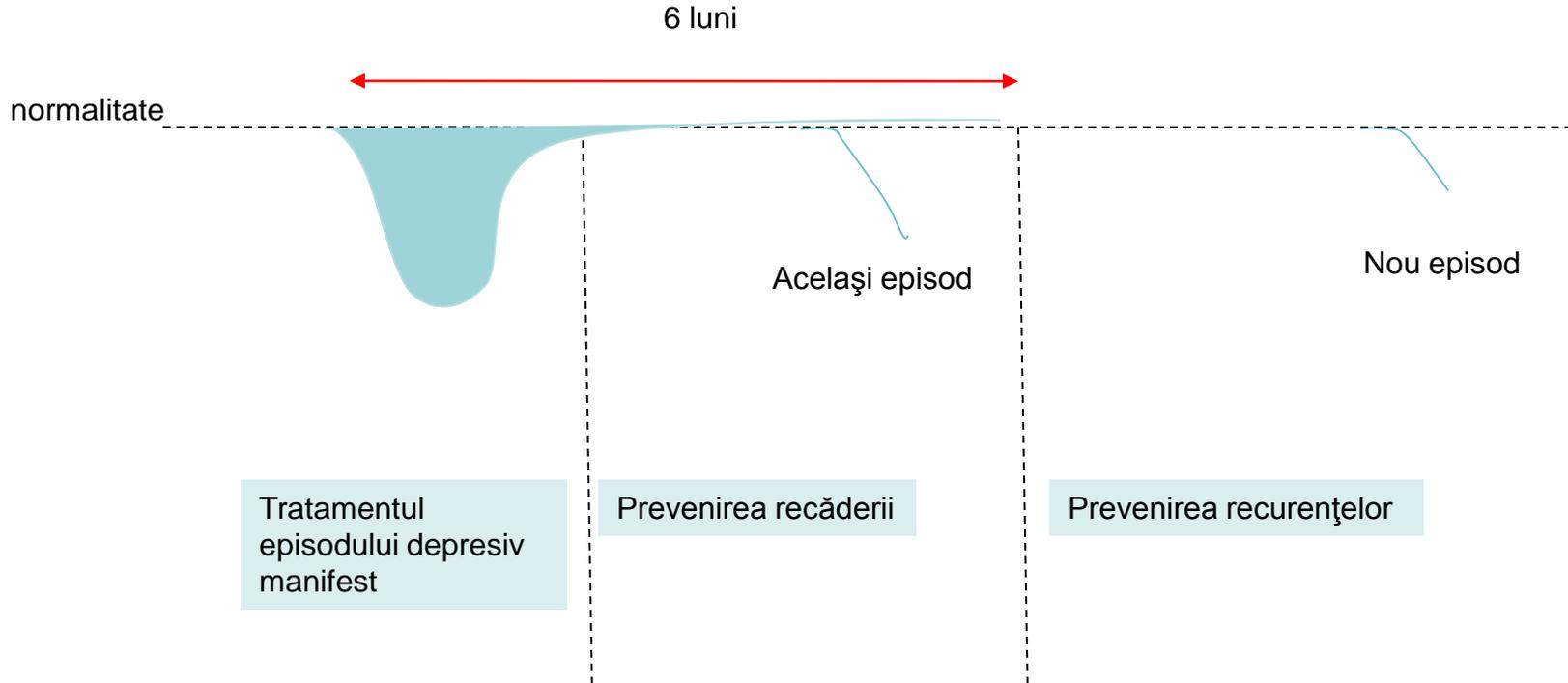
Sunt utile și în: tulburarea atacurilor de panică, fobia socială, tulburarea obsesiv-compulsivă, bulimie

Efecte secundare:

- anxietate, neliniște, insomnie (stimularea receptorilor 5HT_{2A} de către serotonină)
- tremor, mioclonii nocturne, akatizie (stimularea receptorilor 5HT_{2A} de către serotonină)
- disfuncție sexuală (stimularea receptorilor 5HT_{2A} de către serotonină)
- anorexie, grețuri, vărsături, diaree (stimularea receptorilor 5HT₃ de către serotonină)
- cefalee (stimularea receptorilor 5HT₃ de către serotonină)
- sindrom serotoninergic major : diaree, neliniște, tremor, ataxie, mioclonii, convulsii, febră, confuzie, comă

DURATA TRATAMENTULUI ÎN DEPRESIE

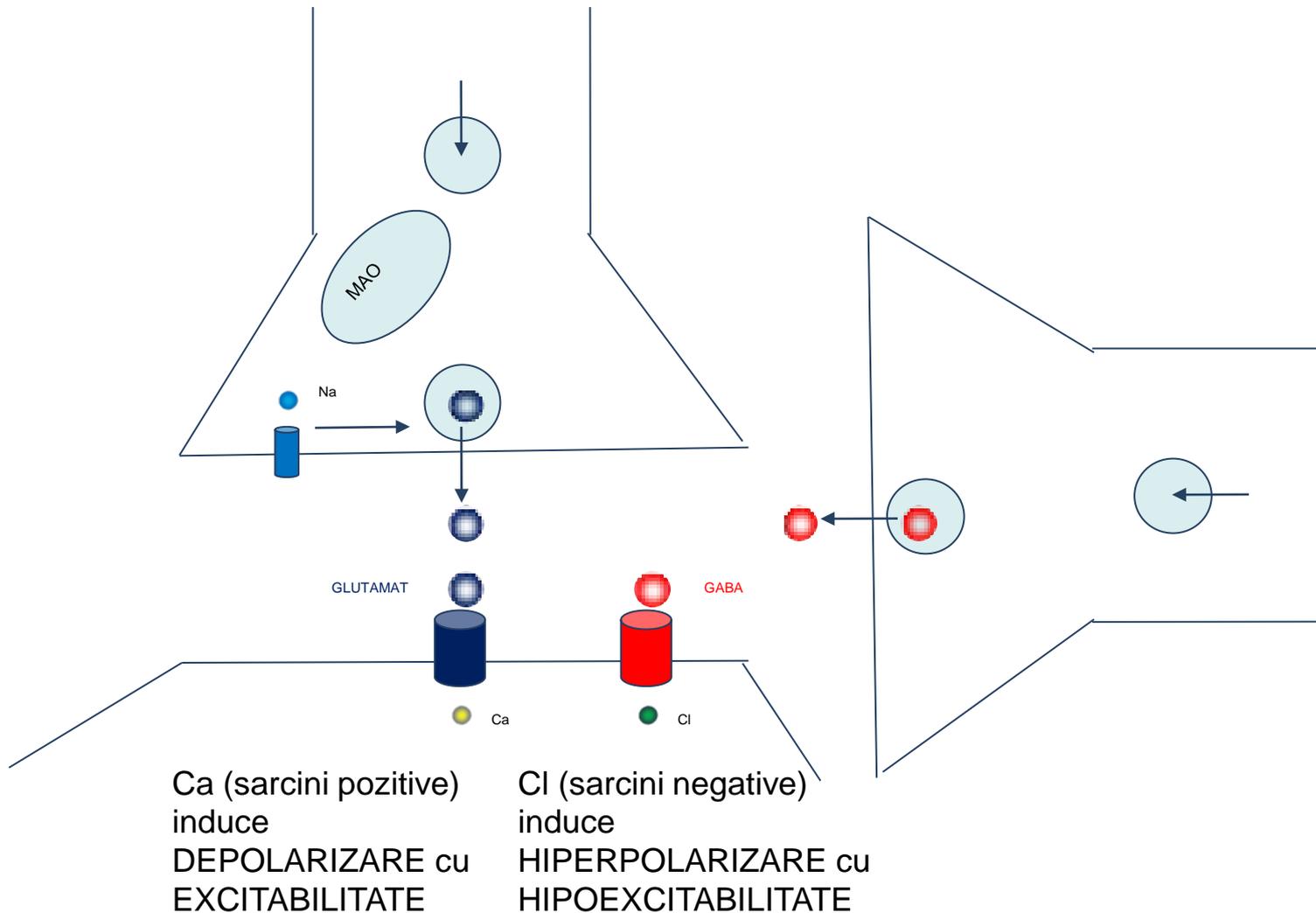
Pentru a preveni recăderea și recurența tratamentul cu antidepresive trebuie continuat cel puțin 6 luni, 2 ani, uneori mai mult



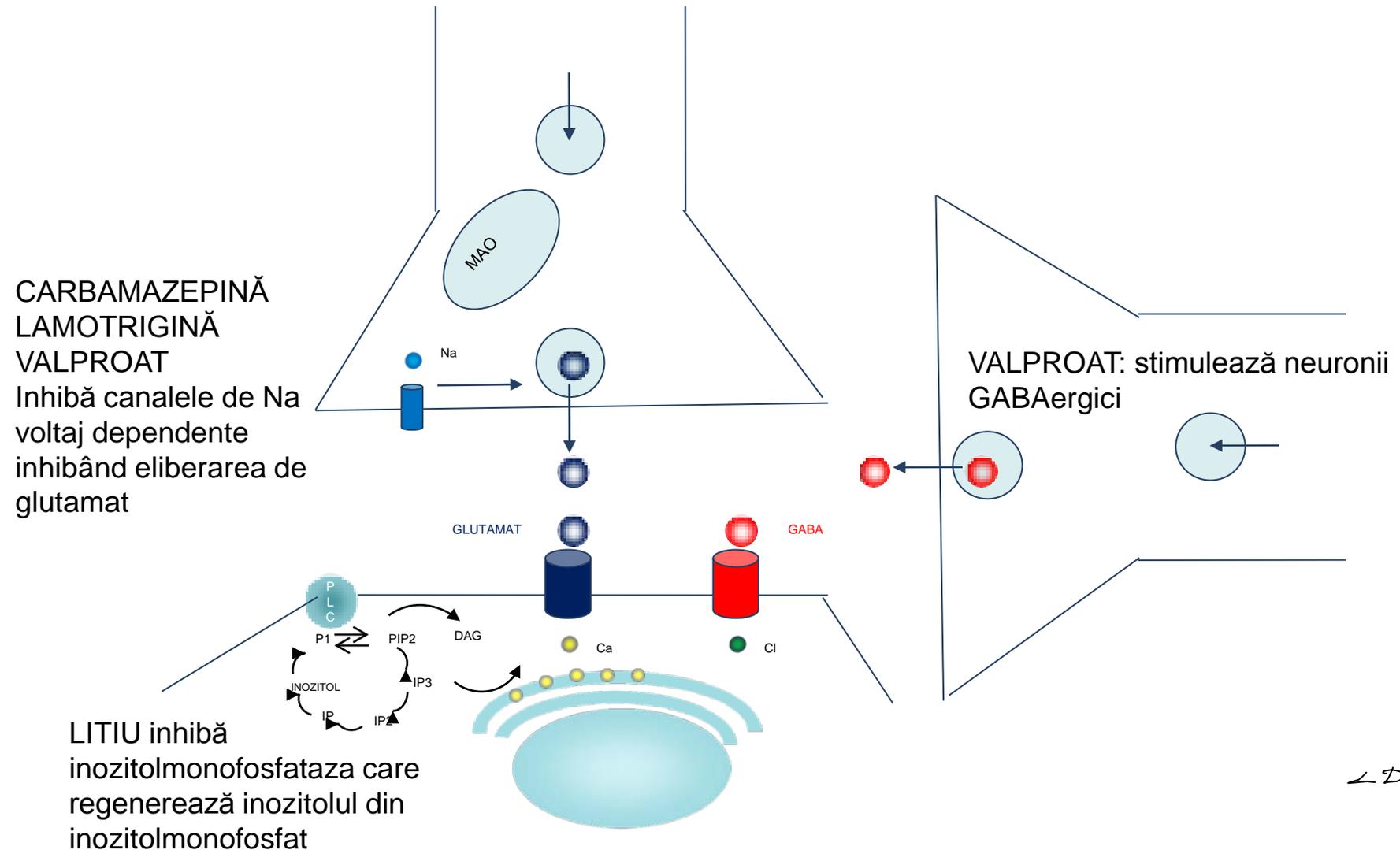
TRATAMENTUL ÎN MANIE

- Antipsihotic:
 - Convențional Haloperidol (efect antipsihotic și antimaniacal) + anticolinergic (efect de prevenire a reacțiilor extrapiramidale)
 - Atipic (efect antipsihotic, antimaniacal și stabilizator afectiv)
- Stabilizator timic:
 - Valproat
 - Carbamazepină
 - Săruri de litiu (gold standard în studiile clinice)
- Benzodiazepină (efect sedativ)
- Hipnotic

EXCITABILITATEA NEURONALĂ (RESPONSIVITATEA LA STIMULI)



STABILIZATORII AFECTIVI



L. Deh

PRINCIPALII STABILIZATORI TIMICI

CARBONAT DE LITIU	CARBAMAZEPINĂ	VALPROAT
Doza trebuie să genereze un nivel plasmatic de: 1-1,2 mEq/l – în manie 0,6-0,8 mEq/l - întreținere	Doza în manie: 600-2400 mg/zi Doza întreținere: 600-1800 mg/zi	Doza în manie: 20mg/Kg/zi Doza întreținere: 600-2400 mg/zi
Efecte secundare: Tremor, ataxie, crize comițiale, greață, vărsături Hipotiroidie cu creștere ponderală, tulburări mnezice Diabet insipid	Leucopenie Ataxie Sedare Interacțiuni medicamentoase (inductor enzimatic la nivelul CYT P450)	Creștere în greutate Sedare Trombocitopenie Creșterea transaminazelor
Analize de laborator: Litemia Hormoni tiroidieni Funcția renală	Hemoleucogramă	Hemoleucogramă Funcția hepatică

PSIHOTERAPII

PSIHOTERAPIA COGNITIVĂ

- are ca scop schimbare distorsiunilor cognitive (atitudini preconștiente distorsionate) moștenite din copilărie, implementate în cursul biografiei și care predispun la o stimă de sine scăzută, subevaluarea propriilor realizări și supraevaluarea celor realizate de alții

TERAPIA INTERPERSONALĂ (potențează abilitățile de relaționare a subiectului cu alții)

TERAPIA FAMILIALĂ care modelează relațiile cu familia

LOGOTERAPIA (găsirea unui rost, sens existențial)

ALTE TRATAMENTE

ELECTROȘOCUL- în formele stuporoase sau rezistente la tratament

EXPUNEREA LA LUMINĂ STRĂLUCITOARE mai multe ore pe zi,
în cazul depresiilor sezoniere

DEPRIVAREA DE SOMN una sau mai multe zile din săptămână: se
intervine asupra tulburărilor de bioritm

MELOTERAPIA

TOXICOMANIILE



ETIOPATOGENIE

INDIVIDUL

Genetică

-enzime

Personalitate

-Impulsivitate

-Sociopatie

-Timiditate

-Abulie

Vârstă

-începutul
decadei a III-a
(sociabilizare)

Suferință psihică

și/sau fizică

-Anxietate

-Depresie

-Manie

-Schizofrenie

-Cancer

DROGUL

Disponibilitate



TOXICOMANIE



SOCIETATEA

Permisivitate/interdicție

-Religie

-Legislație

-Norme culturale:

cine când, cât, ce și cum
consumă drogul

FAMILIA

-Familii dezorganizate

-Consum în familie

LOCUL DE MUNCĂ

-accesibilitate

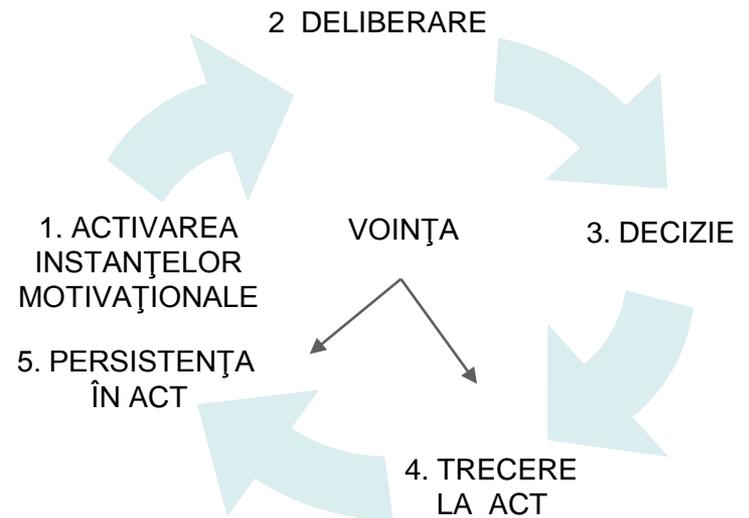
-protocol

“ Intrăm în toxicomanie pe
poarta durerii, pe cea a
voluptății și pe cea a tristeții”

Ball

SISTEMUL MOTIVAȚIONAL

- MOTIVAȚIA este procesul prin care sunt generate, menținute și controlate comportamentele.
- Procesul motivațional este alcătuit din următoarele etape: activarea instanțelor motivaționale, deliberarea între mai multe soluții, luarea unei decizii, trecerea la act și persistența în act
- Instanțele motivaționale sunt:
 - la nivel instinctual: nevoile biologice
 - La nivel afectiv: dorința
 - La nivel cognitiv: interesul și curiozitatea
 - La nivel spiritual-valoric: aspirațiile
- VOINȚA compensează deficitul energetic al nivelelor cognitiv și spiritual valoric, ajutând luării deciziilor și inițierii comportamentelor



SISTEMUL MOTIVAȚIONAL

- cortexul prefrontal: deliberare, decizie rațională, anticiparea consecințelor acesteia, monitorizarea rezultatelor unei acțiuni
- cortexul parieto-temporo-occipital: depozitează experiența anterioară a individului (memoria de lungă durată),
- girusul cingulat: conștientizarea semnificației pozitive sau negative a stimulilor
- amigdala: orientează răspunsul organismului în funcție de importanța biologică stimulilor
- hipocampusul: orientează răspunsul organismului ținând cont de context sau experiența anterioară,
- sistemul ganglioni bazali (nucleul accumbens) – talamus: selecția unui anumit comportament,
- mezencefalul (aria tegmentală ventrală și rafeul): modulează răspunsul ganglionilor bazali prin secreția de dopamină și serotonină.

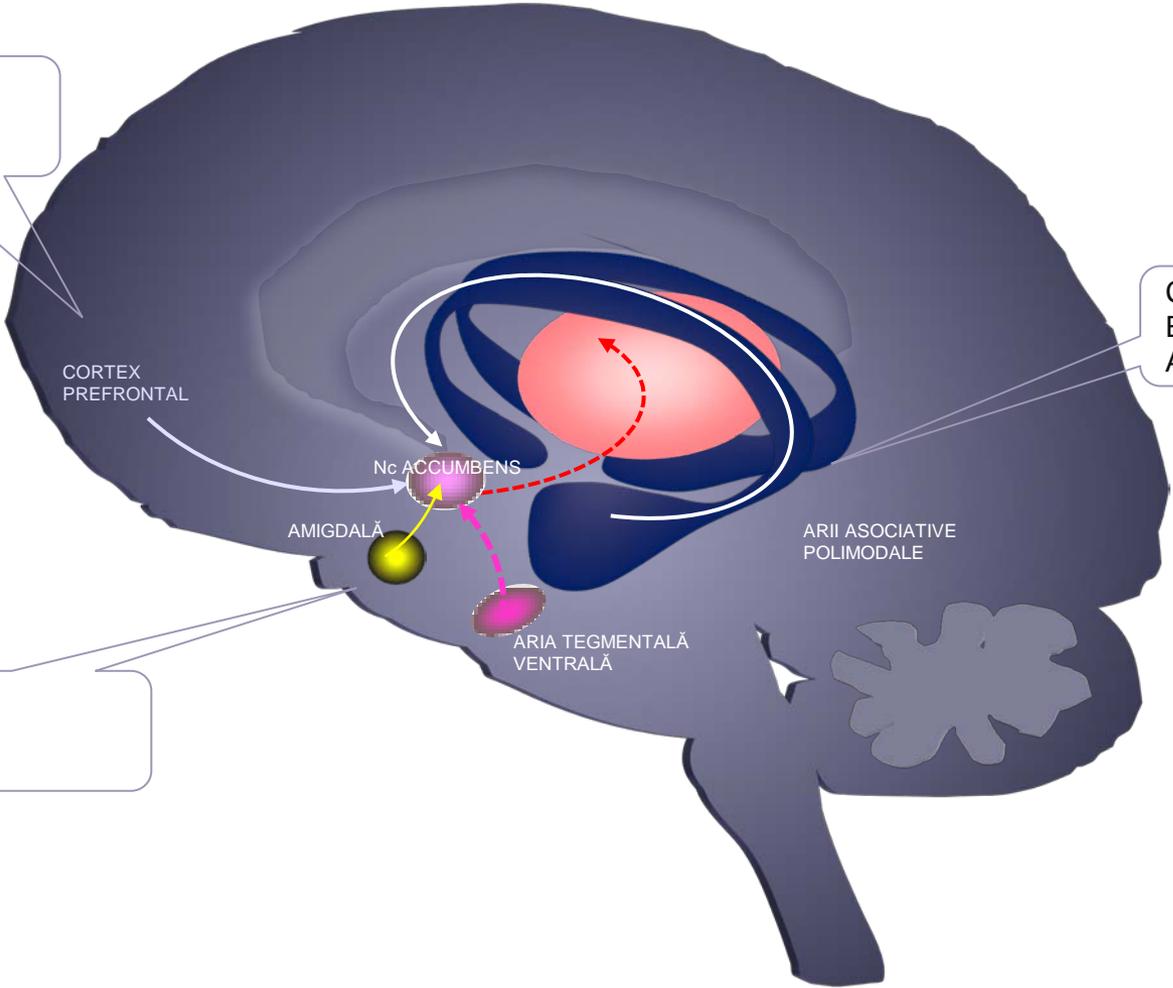
SISTEMUL MOTIVAȚIONAL

- Neuromediatorii sistemului motivațional sunt:
 - Dopamina
 - Serotonina
 - Acetilcolina
 - GABA
 - Glutamatul
- Dopamina crește probabilitatea apariției unui comportament inhibând filtrul talamic
- Serotonina inhibă descărcarea de dopamină din aria tegmentală ventrală (stimulând neuronii inhibitori GABAergici)
- Drogurile influențează neuromediatorii sistemului motivațional ducând la creșterea eliberării de dopamină în NUCLEUL ACCUMBENS

CORTEXUL PREFRONTAL ȘI DECIZIILE

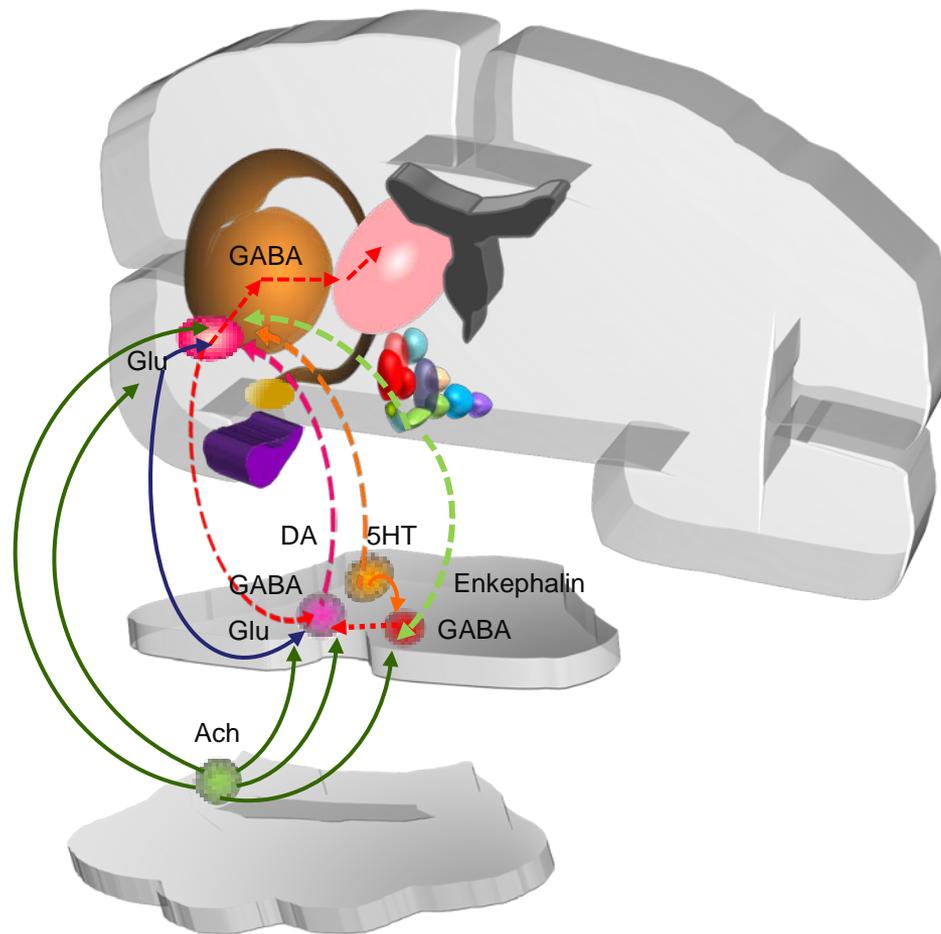
RAȚIUNEA

CONTEXTUL
EXPERIENȚA
ANTERIOARĂ



EMOȚIILE

SISTEMUL MOTIVAȚIONAL: NEUROMODULARE



ALCOOLISMUL ACUT ȘI CRONIC



TIPUL CONSUMULUI DE ALCOOL

- CONSUM EXPERIMENTAL: testarea efectului diverselor tipuri de băutură și a rezistenței la alcool
- CONSUM INTEGRAT SOCIAL: consum ce ține cont de normele social-culturale
- CONSUM ABUZIV (NOCIV PENTRU SĂNĂTATE): intoxicații alcoolice repetate în ciuda problemelor provocate de alcool:
 - Deteriorarea sănătății fizice și mentale
 - Accidente sau conflicte la locul de muncă
 - Conflicte în familie, societate
 - Conflicte cu legea
- DEPENDENȚA ALCOOLICĂ: consum cronic, în doze progresiv crescânde și cu progresie spre băuturi cu conținut alcoolic ridicat

EPIDEMIOLOGIE

În trecut:

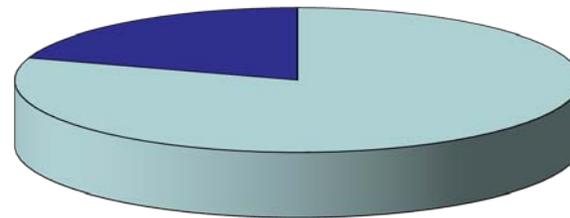
Bărbați/femei: 10/1 ,

Vârsta de debut a
consumului: adult

În prezent:

Bărbați/femei: 4/1

Vârsta de debut a
consumului: adolescență



■ **consum
integrat social**

■ **alcoolism
maladiv**

Tradițional au existat zone de consum de vin, bere, distilate alcoolice. În prezent consumul este nediferențiat în toate regiunile globului



EXISTĂ DIFERENȚE ÎNTRE ȚĂRI, ÎN CEEA CE PRIVEȘTE CONSUMUL PE CAP DE LOCUITOR



au existat/există încercări de prohibiție totală sau parțială, cu rezultate limitate

cea mai serioasă este prohibiția RELIGIOASĂ

CIRCUITUL ALCOOLULUI ÎN ORGANISM

DISTRIBUȚIE:

Alcoolul se răspândește în organism în toate țesuturile, inclusiv la nivelul neuronilor

ALCOOLEMIA este un indice al nivelului alcoolului în țesuturi

METABOLISM: (în ficat)

ALCOOL

Alcool
dehidrogenaza

ACETALDEHIDĂ

Acetaldehid
dehidrogenaza

ACETAT



ELIMINARE

Alcoolul se elimină prin:

respirație
transpirație
urină

fecale

ACETALDEHIDA este mai toxică decât alcoolul când se acumulează. La nivelul alveolelor pulmonare se evaporă și este expirată

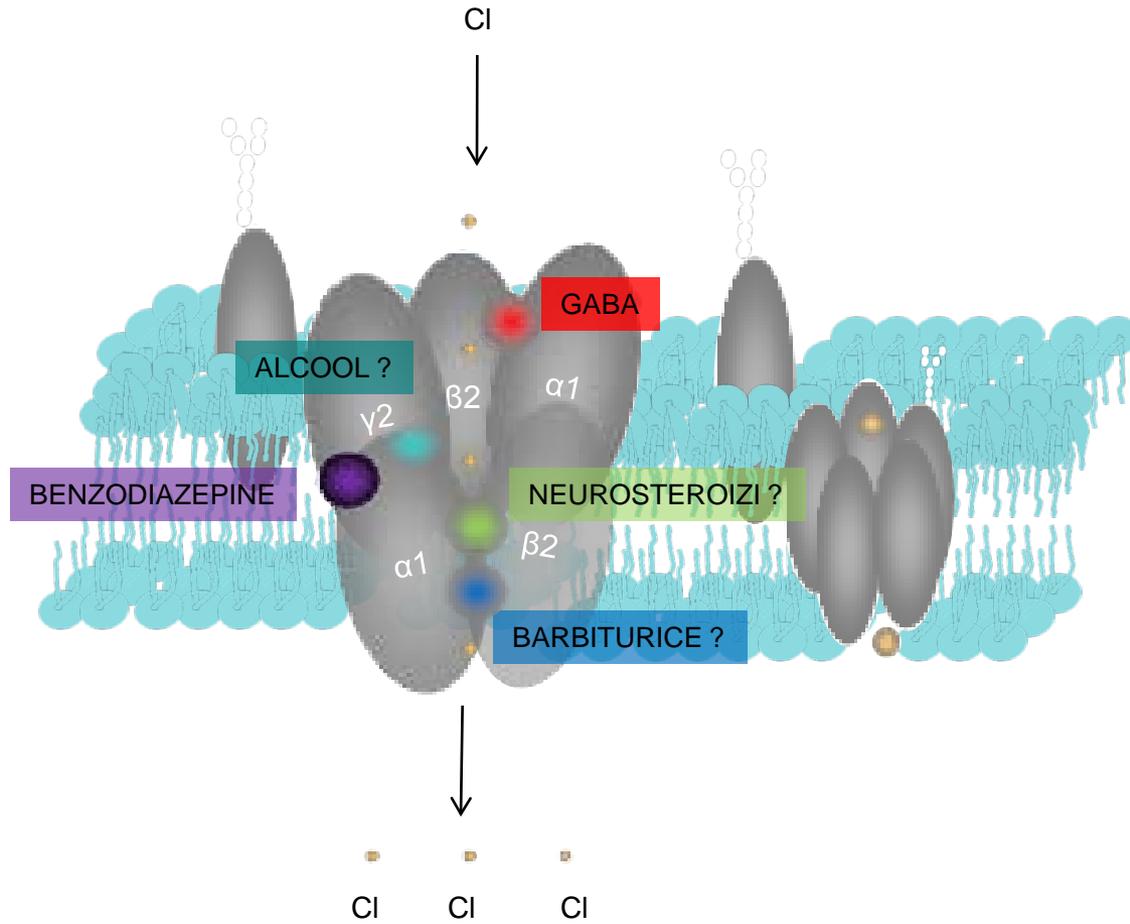
ABSORBȚIE:

predominant în duoden și jejun

în stomac pentru băuturile carbogazoase (șampania)

Absorbția e mai LENTĂ în prezența alimentelor sau dacă băutura e foarte concentrată în alcool

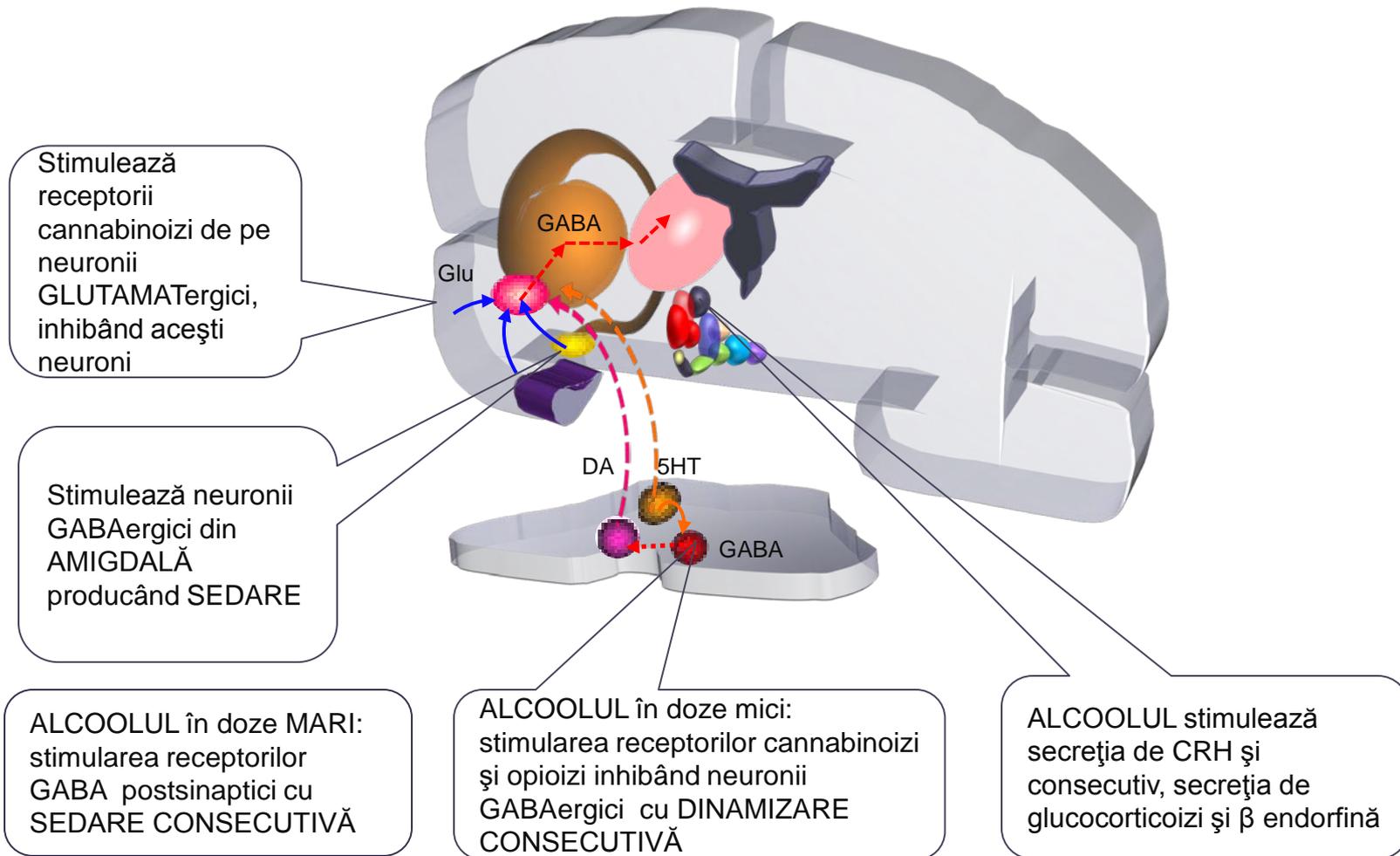
RECEPTORUL GABA A



HIPERPOLARIZAREA CELULEI (HIPOEXCITABILITATE)

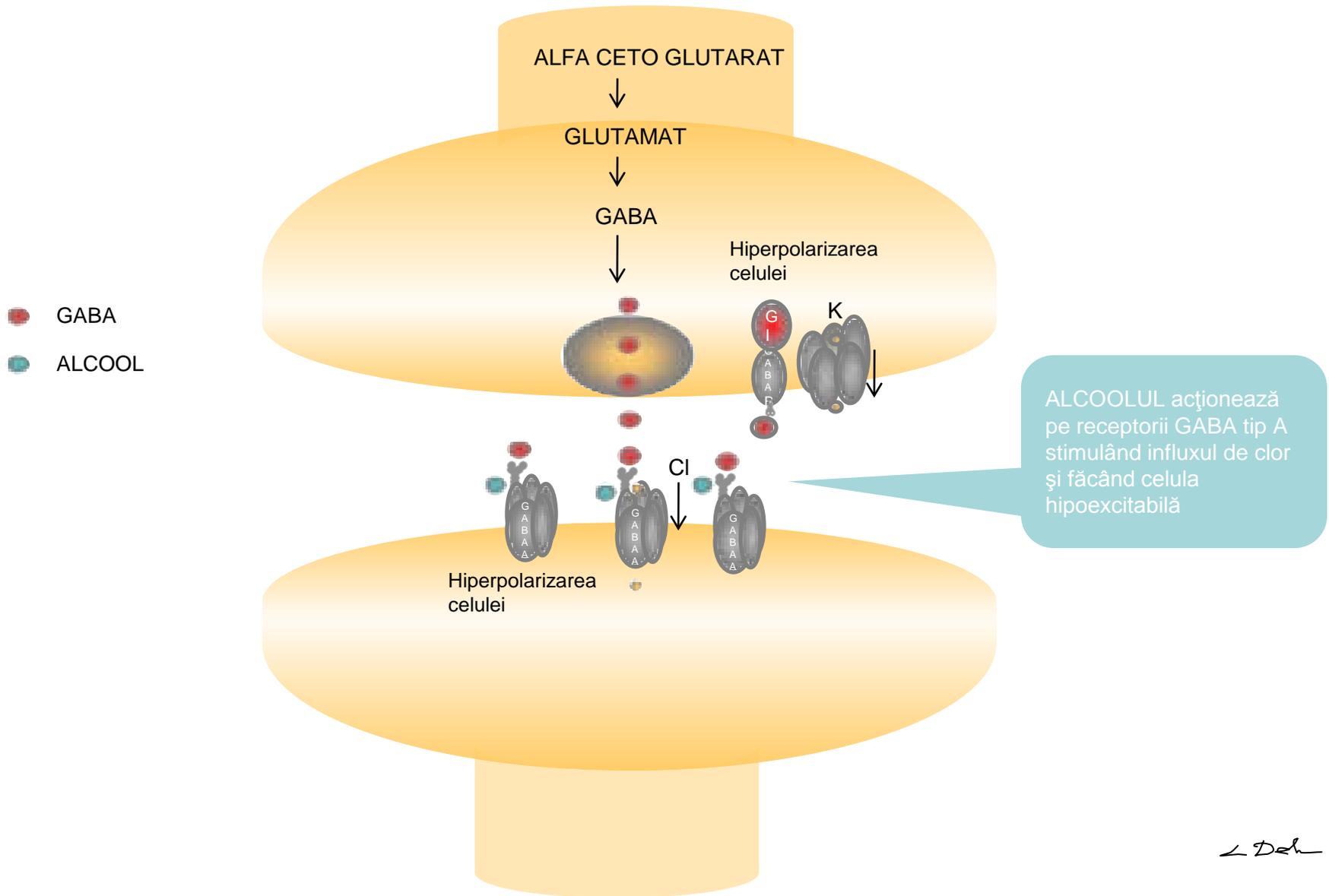
L. Delu

ALCOOLUL: MECANISM DE ACȚIUNE

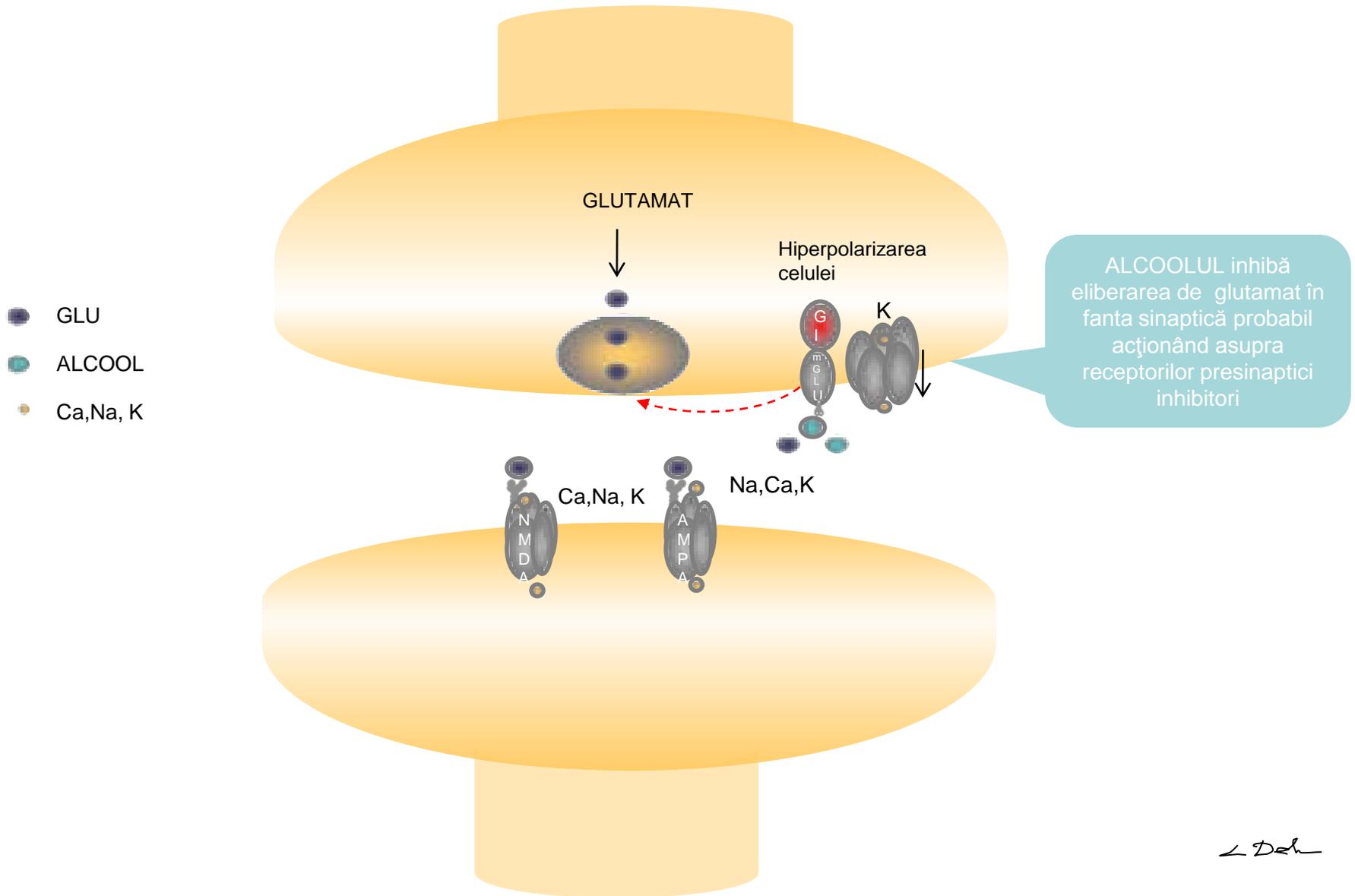


L. Delu

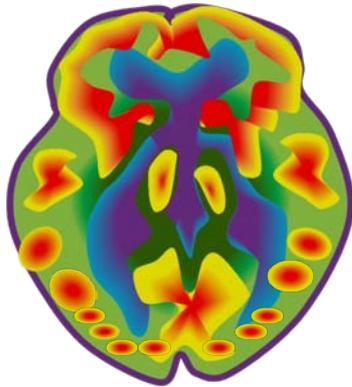
EFFECTUL ALCOOLULUI ASUPRA NEURONILOR GABA-ERGICI



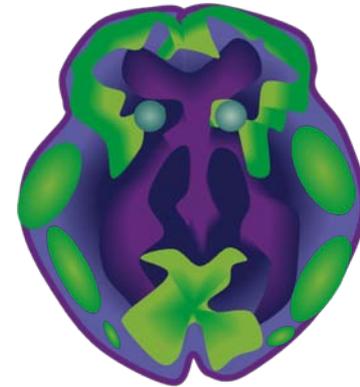
EFECTELE ALCOOLULUI ASUPRA NEURONILOR GLUTAMAT-ERGICI



PET ÎN INTOXICAȚIA ALCOOLICĂ ACUTĂ



Subiect normal



Subiect intoxicat cu alcool



Metabolism crescut

INTOXICAȚIA ALCOOLICĂ ACUTĂ

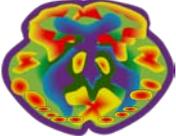
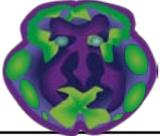
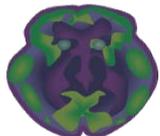
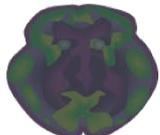
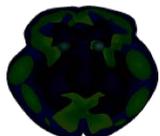
Poate apărea la:

Persoane care nu sunt consumatoare de alcool (accidental)

Consumatori habituali

Consumatori dependenți

TABLOU CLINIC: simptome psihice și neurologice

	Alcoolemie 0,8‰	Scăderea vederii laterale
	1,5‰	Dezinhibiție psihică, logoree, euforie
	2‰	Percepție diminuată, orientare dificilă, confuzii de persoane, vorbire dificilă, mers ebrios, gesticulație neadecvată
	2,5‰	Confuzie extremă, astazo-abazie, somn,
	3-4‰	Comă alcoolică: hipotonie, reducerea progresivă a reflexelor, bradipnee, hipoTA, hipotermie, deces

BEȚIA PATOLOGICĂ

Apare la o persoană cu microleziuni cerebrale (deseori după traumatisme craniene)



La cantități mici de alcool, se instalează o STARE CREPUSCULARĂ cu mare potențial AGRESIV și AMNEZIE LACUNARĂ a episodului

Utilizată de personalitățile antisociale / disociale la tribunal pentru a-și scuza actele antisociale dând vina pe alcool

EEG: spike-uri în lobul temporal
Proba de provocare

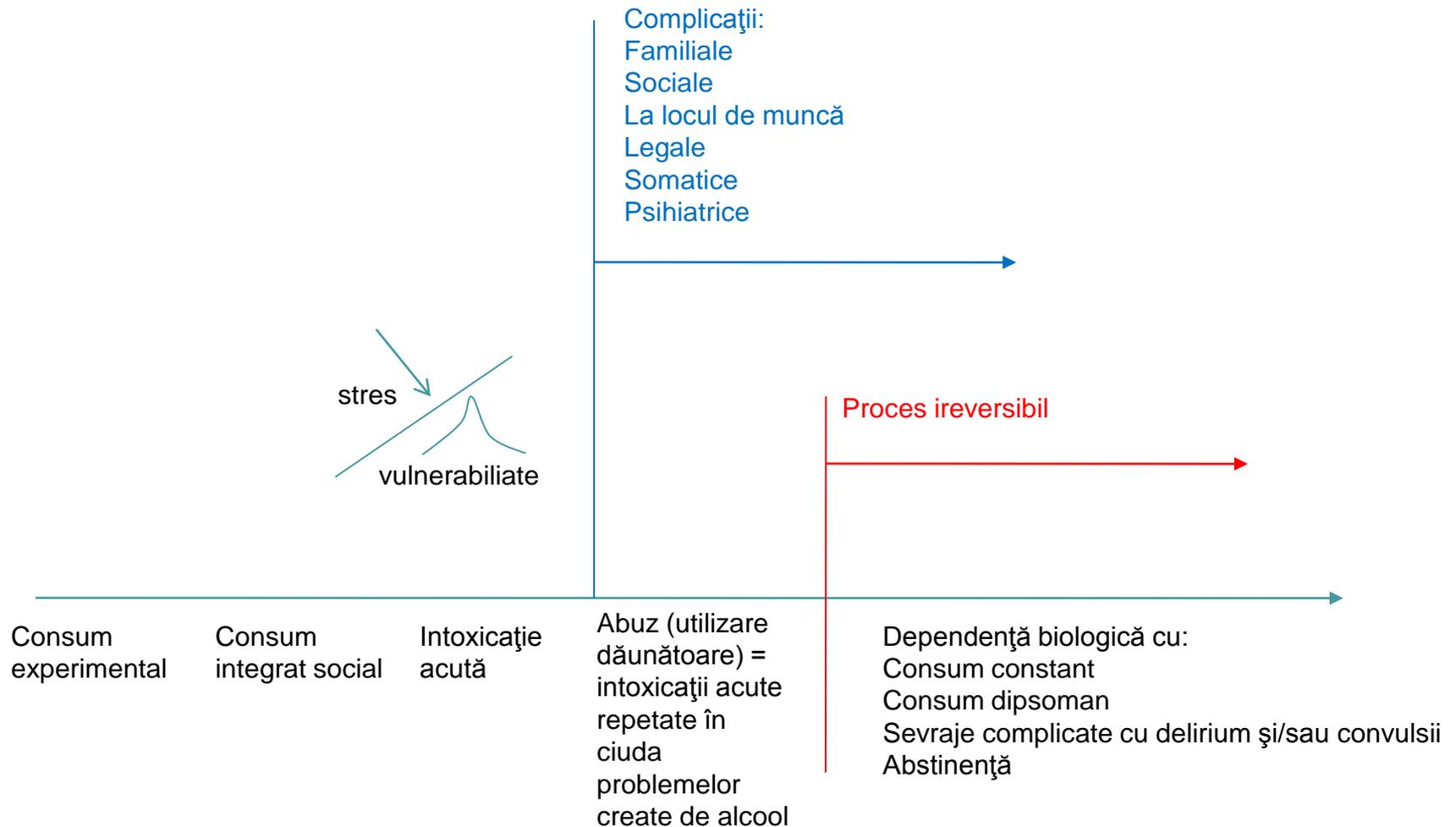
INTERDICȚIA DE A MAI CONSUMA ALCOOL !

COMPLICAȚIILE INTOXICAȚIEI ALCOOLICE ACUTE

- COMĂ
- HIPOTERMIE
- HEMATOM SUBARANHOIDIAN



CONSUMUL DE ALCOOL: EVOLUȚIE



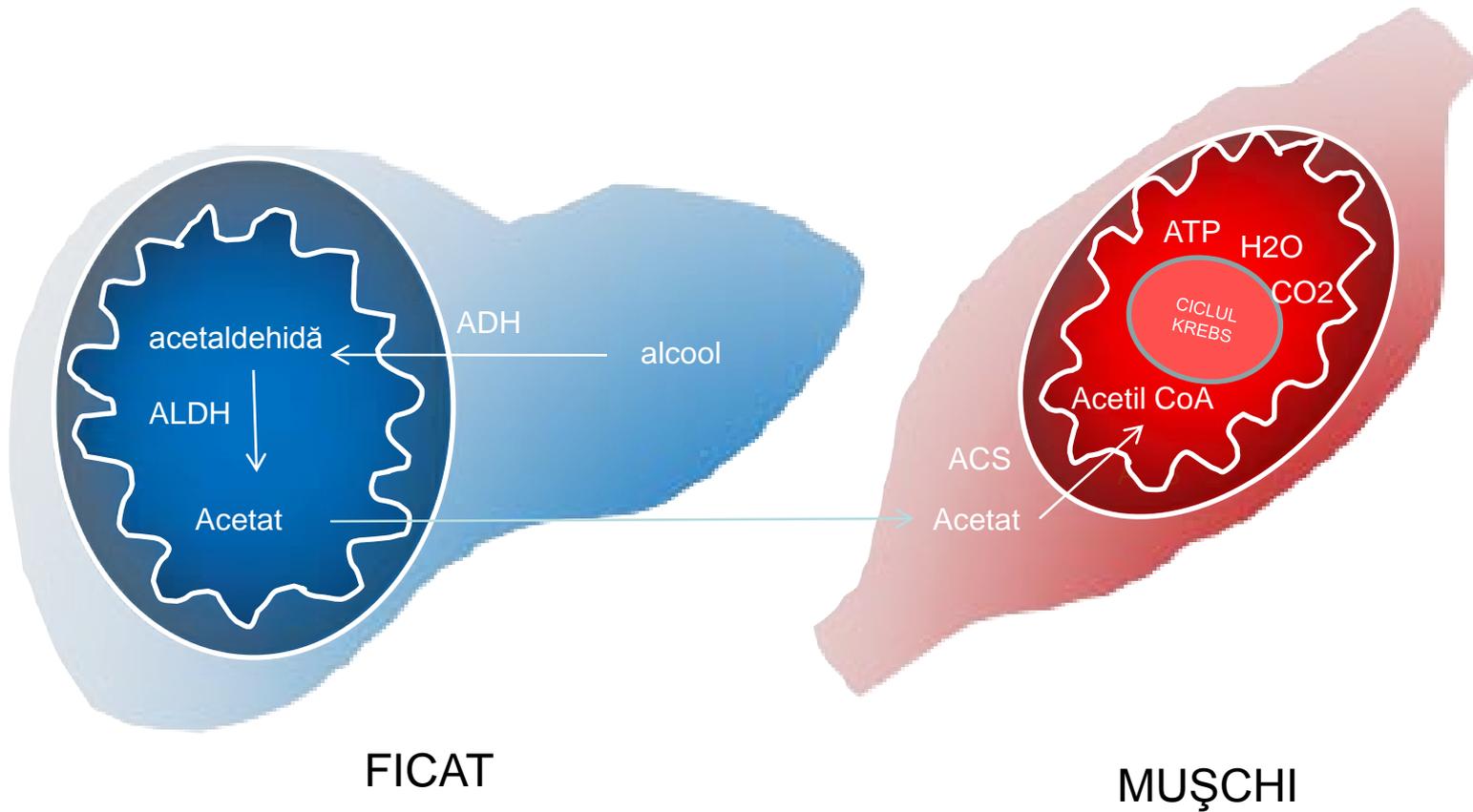
ALCOOLISMUL: ETIOPATOGENIE

- Factorii genetici: mai multe gene implicate
 - Studii pe gemeni: rata de concordanță la gemenii monoziгоți față de cea la gemenii dizigoți
 - Studii familiale: istoric de depresie prezent !
 - studiile de adopție: efectul educației (învățarea prin imitație)
- Factorii biochimici:
 - Deficitul de acetaldehid dehidrogenază: efecte secundare de tip acetaldehidic la ingestia de alcool (China, Japonia)
- Personalități predispuse:
 - Dependentă, anankastă, anxios-evitantă (factori de risc: depresia și anxietatea)
 - Instabil emotivă (factor de risc: impulsivitatea)
 - Antisocială (factor de risc: impulsivitatea)

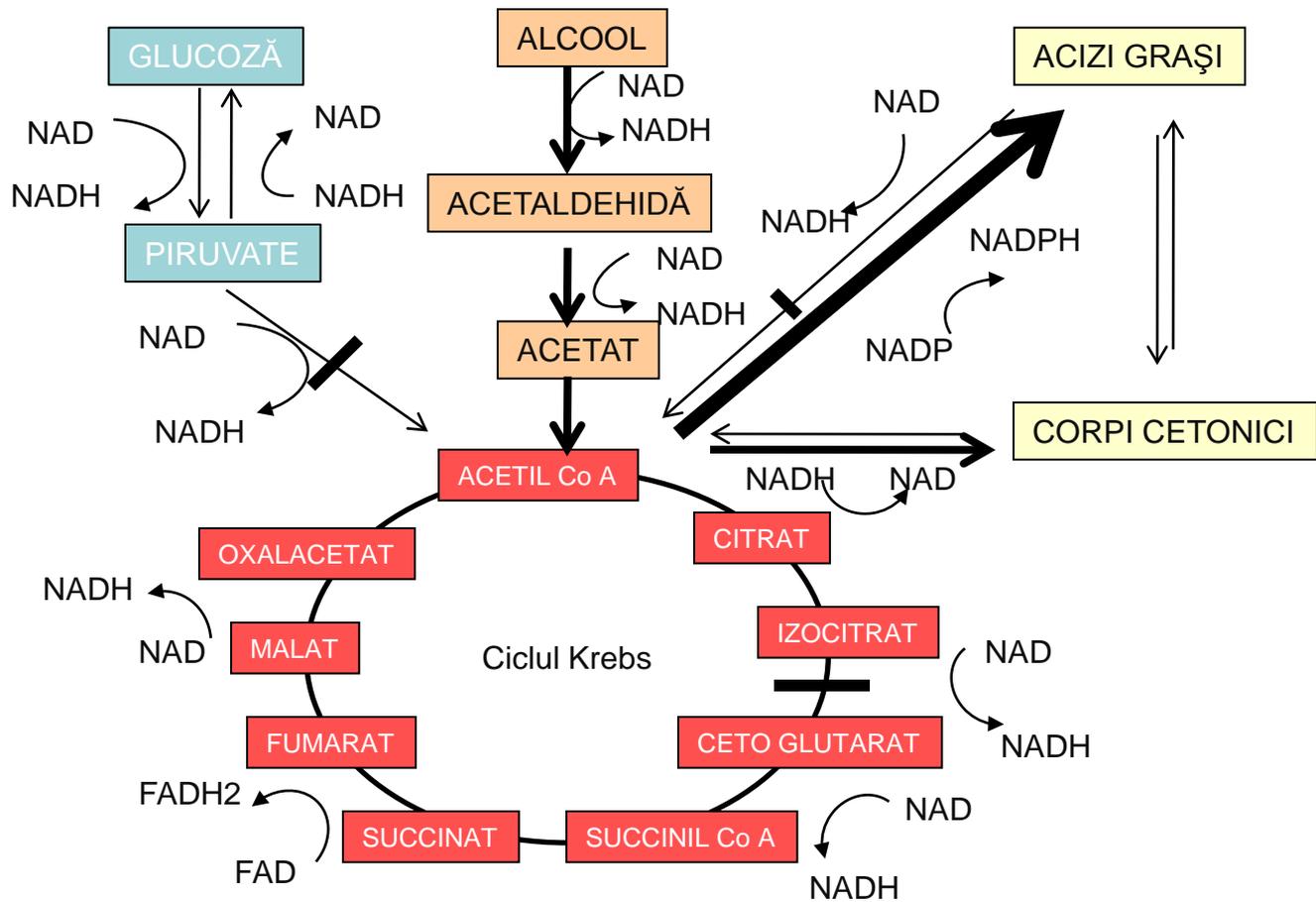


Carl Wernicke

CATABOLISMUL ALCOOLULUI

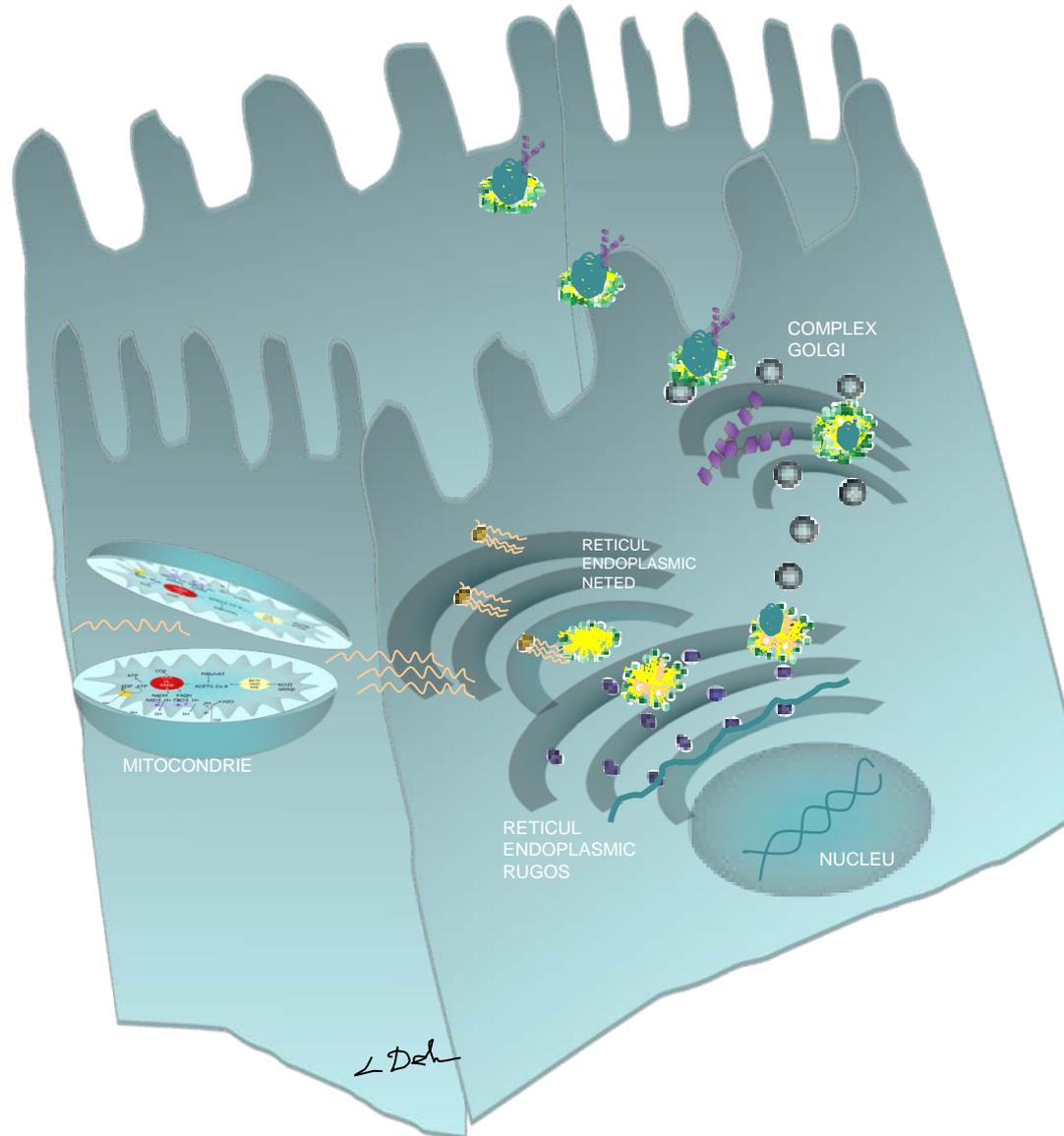


ADH alcohol dehydrogenase
ALDH aldehyde dehydrogenase
ACS: acetyl-CoA synthetase

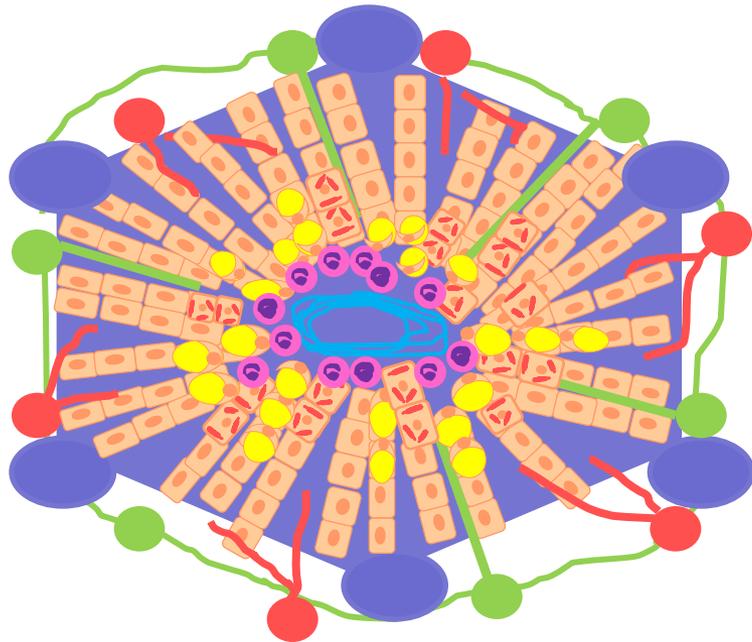


Atomii de hidrogen rezultați din dehidrogenare epuizează stocurile de NAD (raport NADH/NAD⁺ crescut)
 Prin urmare metabolismul va fi orientat spre sinteză de acizi grași, lipide și corpi cetonici care se vor acumula în hepatocite

AFECTAREA METABOLISMULUI LIPIDIC



HEPATITA ALCOOLICĂ



Hepatocite încărcate gras
(inel cu pecete)



Hepatocite cu corpi Mallory



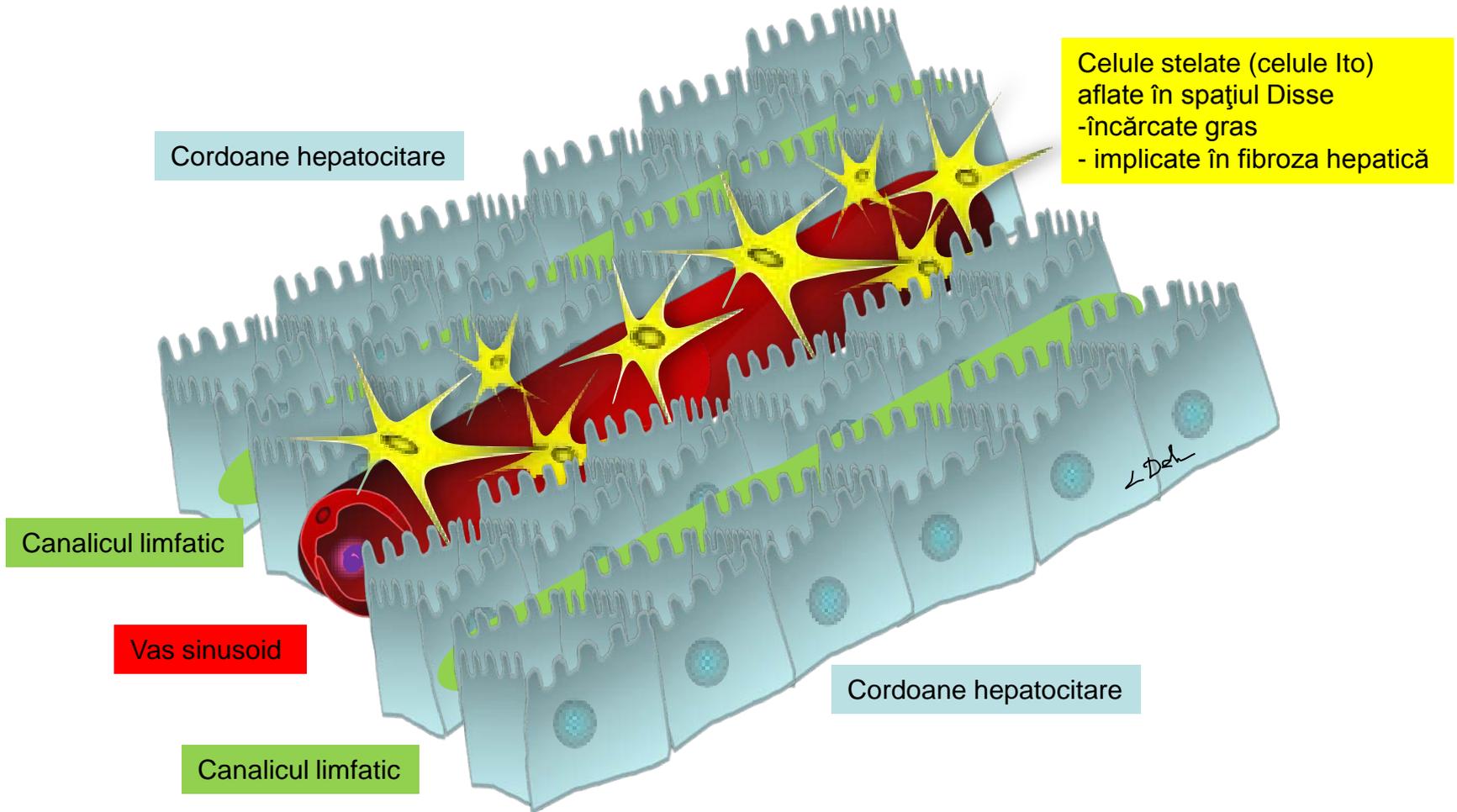
Neutrofile



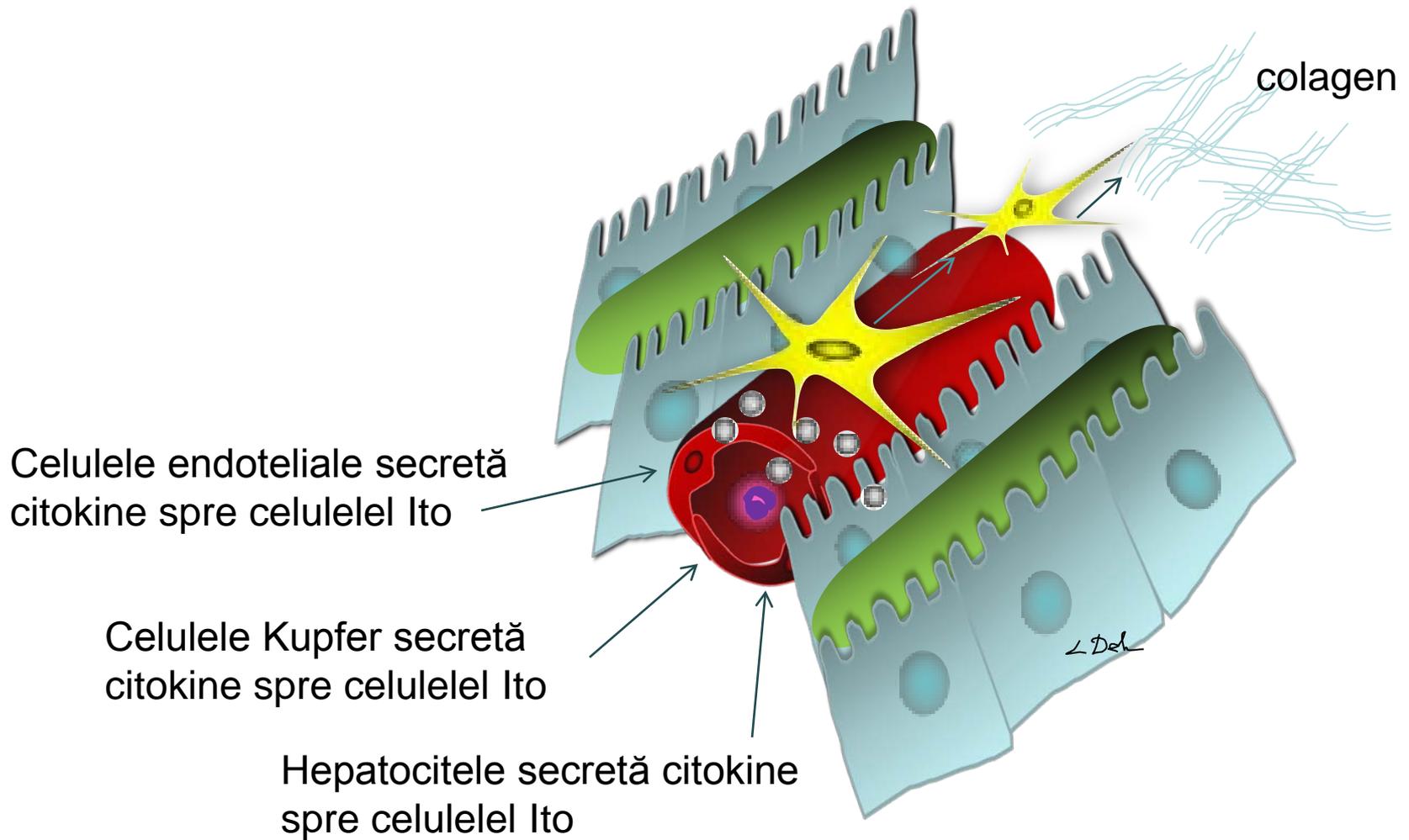
Macrofage
(celule Kupfer)



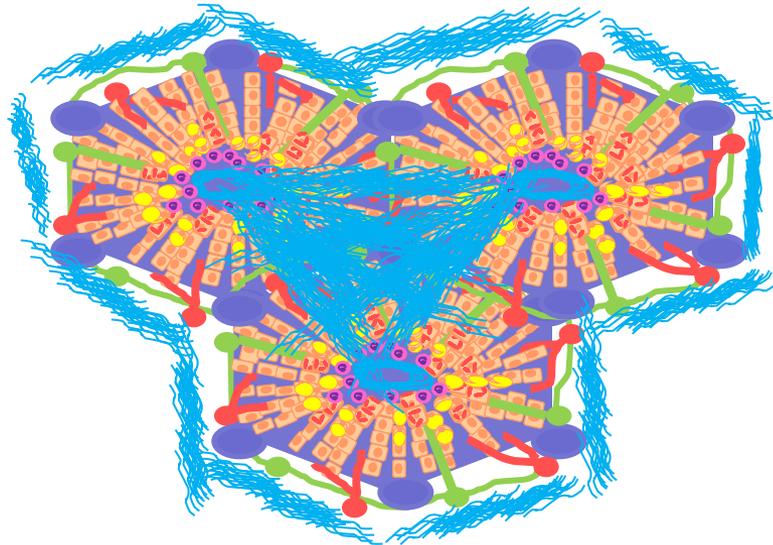
SINUSOIDE, SPAȚIUL DISSE



INFLAMAȚIE ȘI FIBROZĂ



CIROZA HEPATICĂ

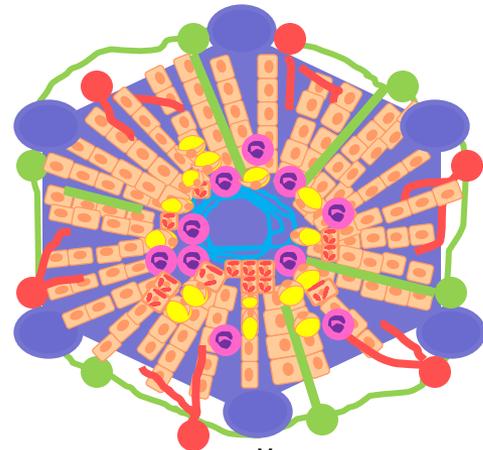
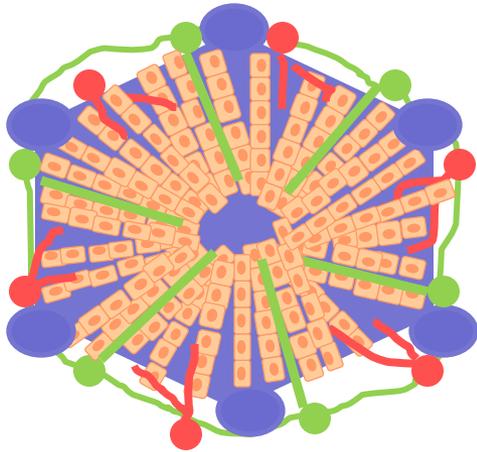


Fibroză între venele centrale:
distrugerea arhitecturii
lobulare

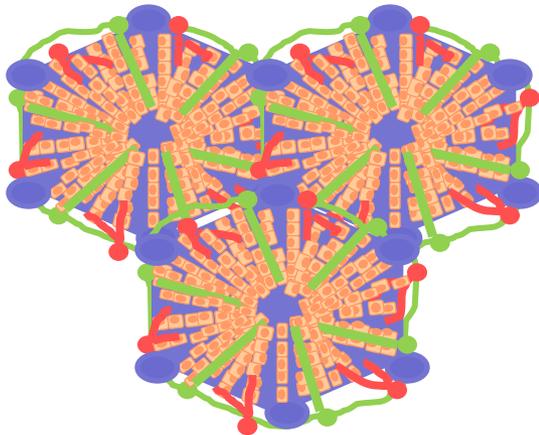
Fibroză în jurul venelor centrale:
hipertensiune portală

Fibroză periportală

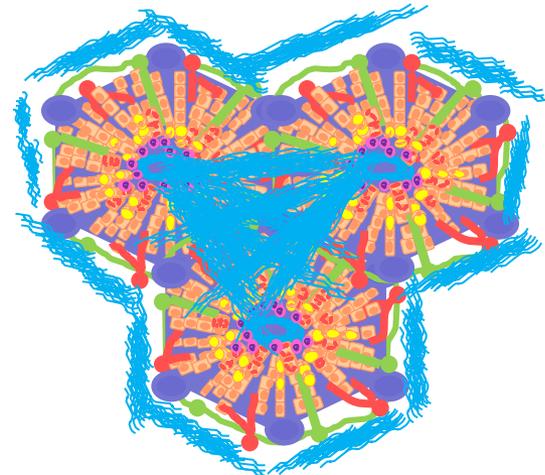
ALCOOLISMUL MALADIV: HISTOPATOLOGIE



HEPATITĂ ALCOOLICĂ

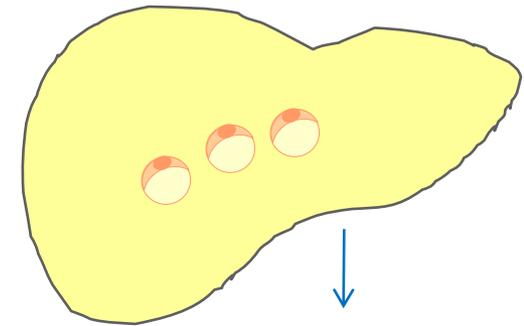
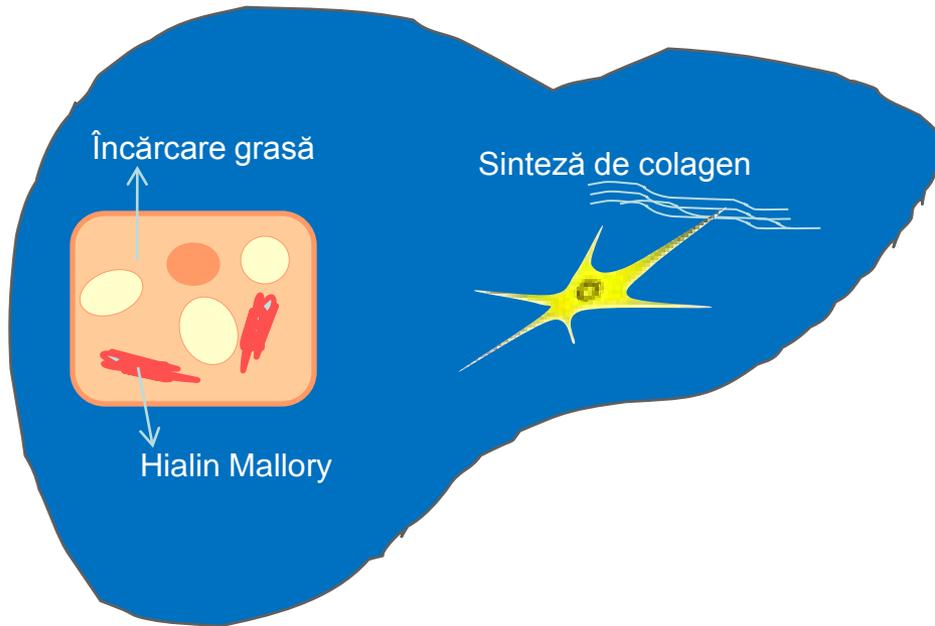


NORMAL

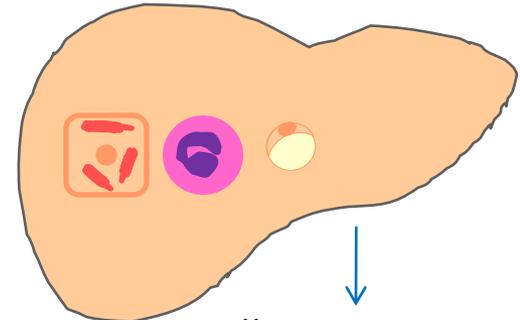


CIROZĂ ALCOOLICĂ

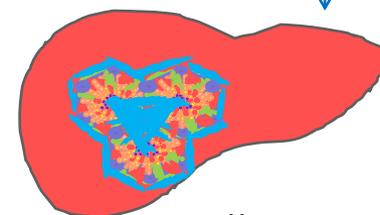
APECTAREA HEPATICĂ



STEATOZĂ HEPATICĂ

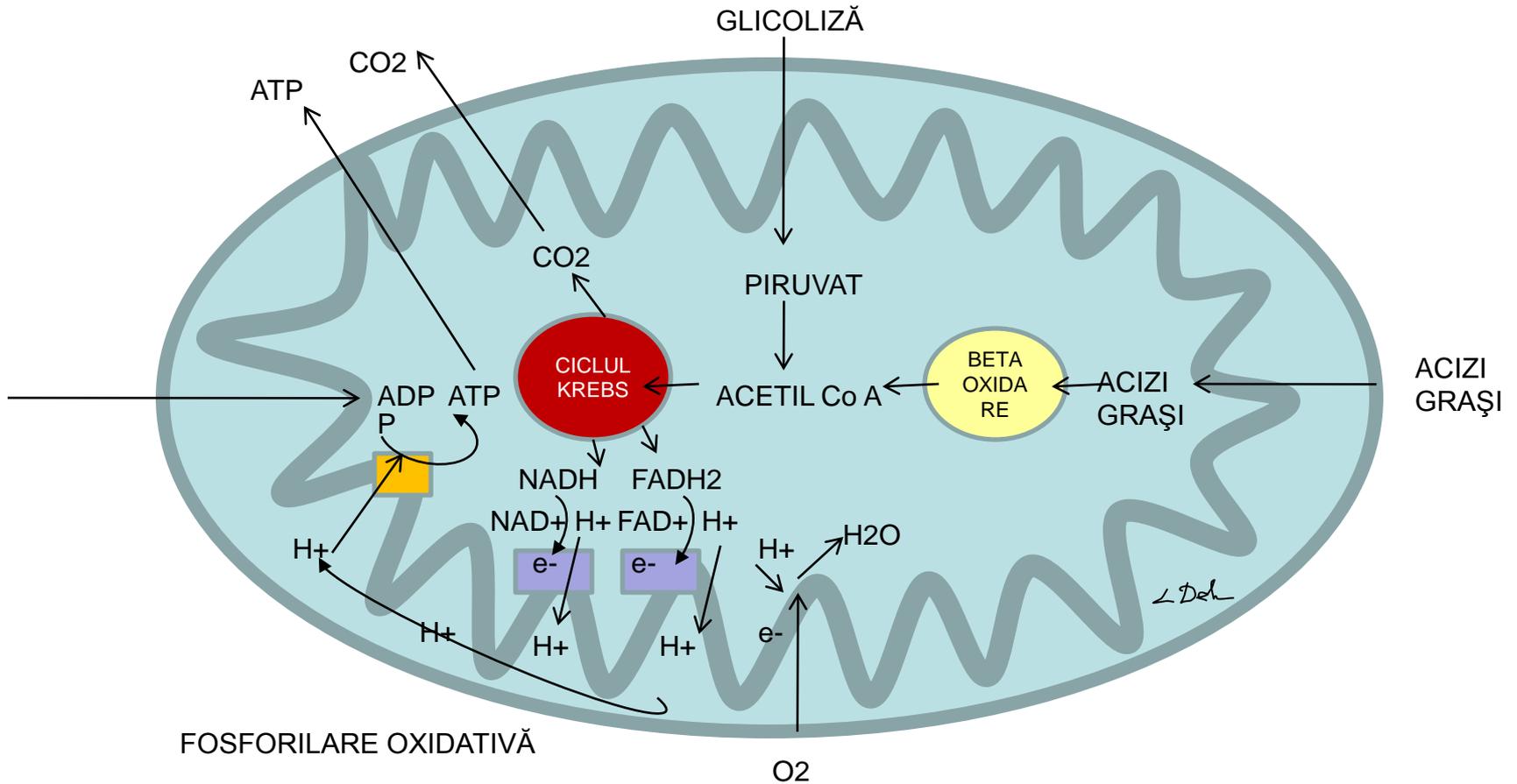


HEPATITĂ ETANOLICĂ

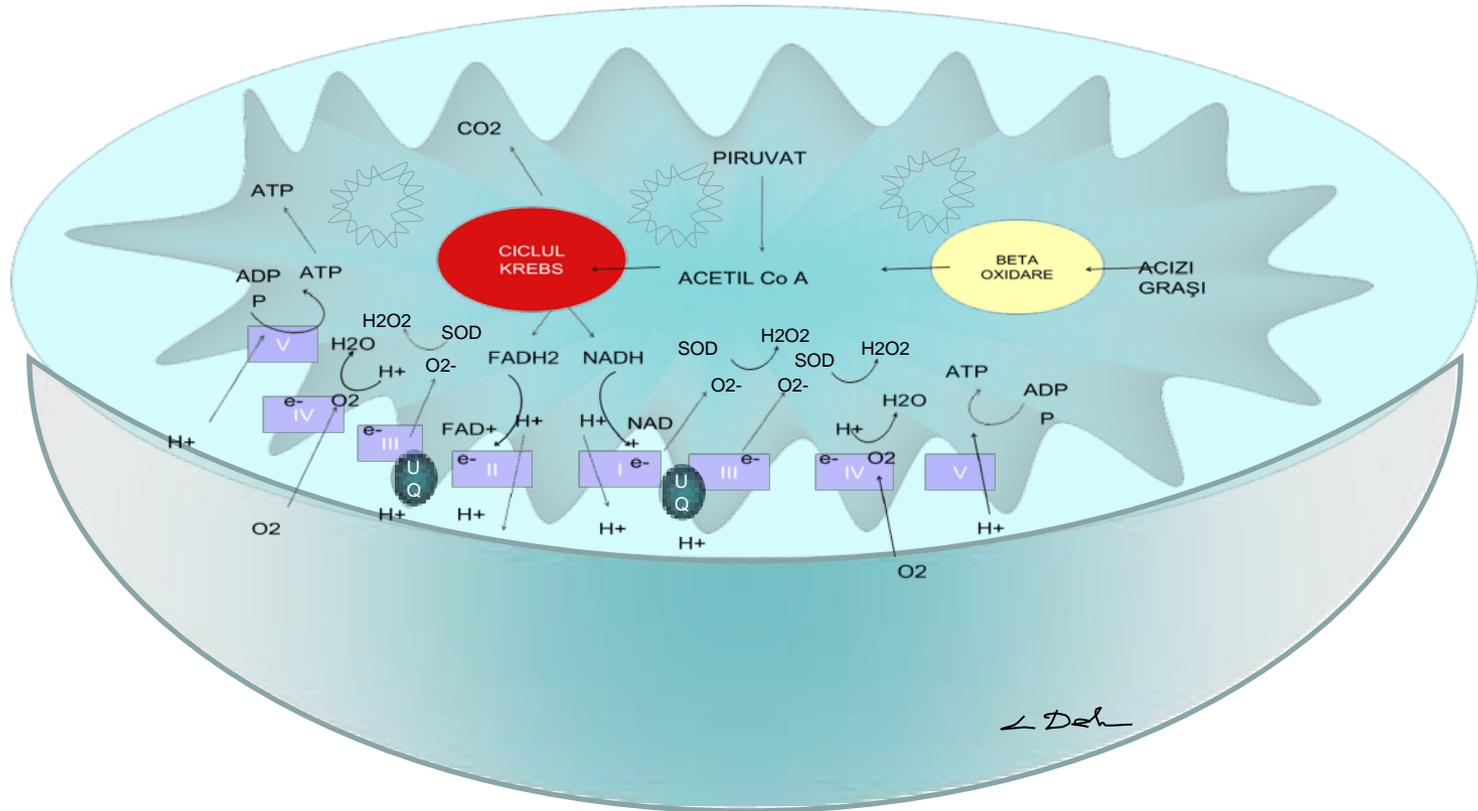


CIROZĂ HEPATICĂ

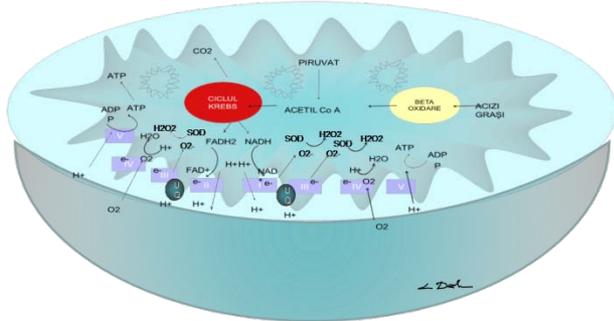
CICLUL KREBS ȘI FOSFORILAREA OXIDATIVĂ



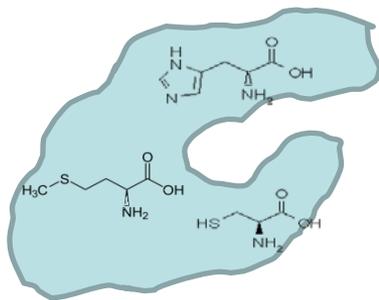
CICLUL KREBS ȘI FOSFORILAREA OXIDATIVĂ



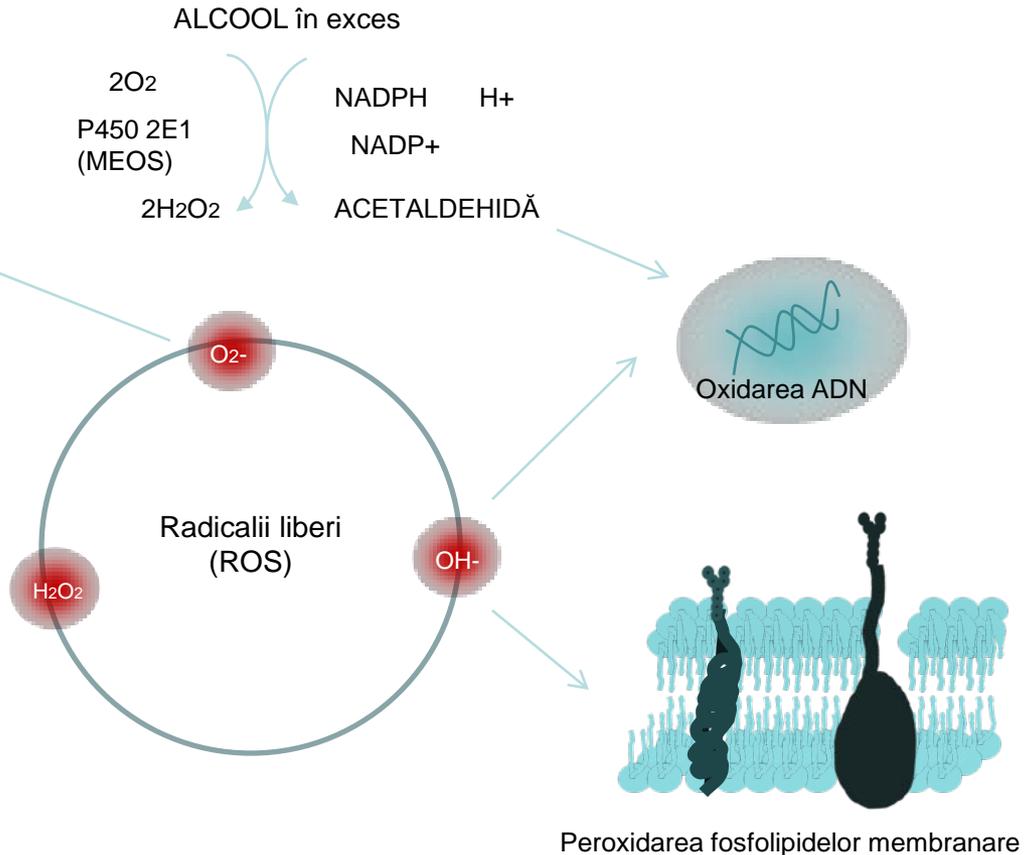
ROS (REACTIVE OXYGEN SPECIES) SUPEROXID O_2^- , PEROXID H_2O_2 , HIDROXIL OH^-



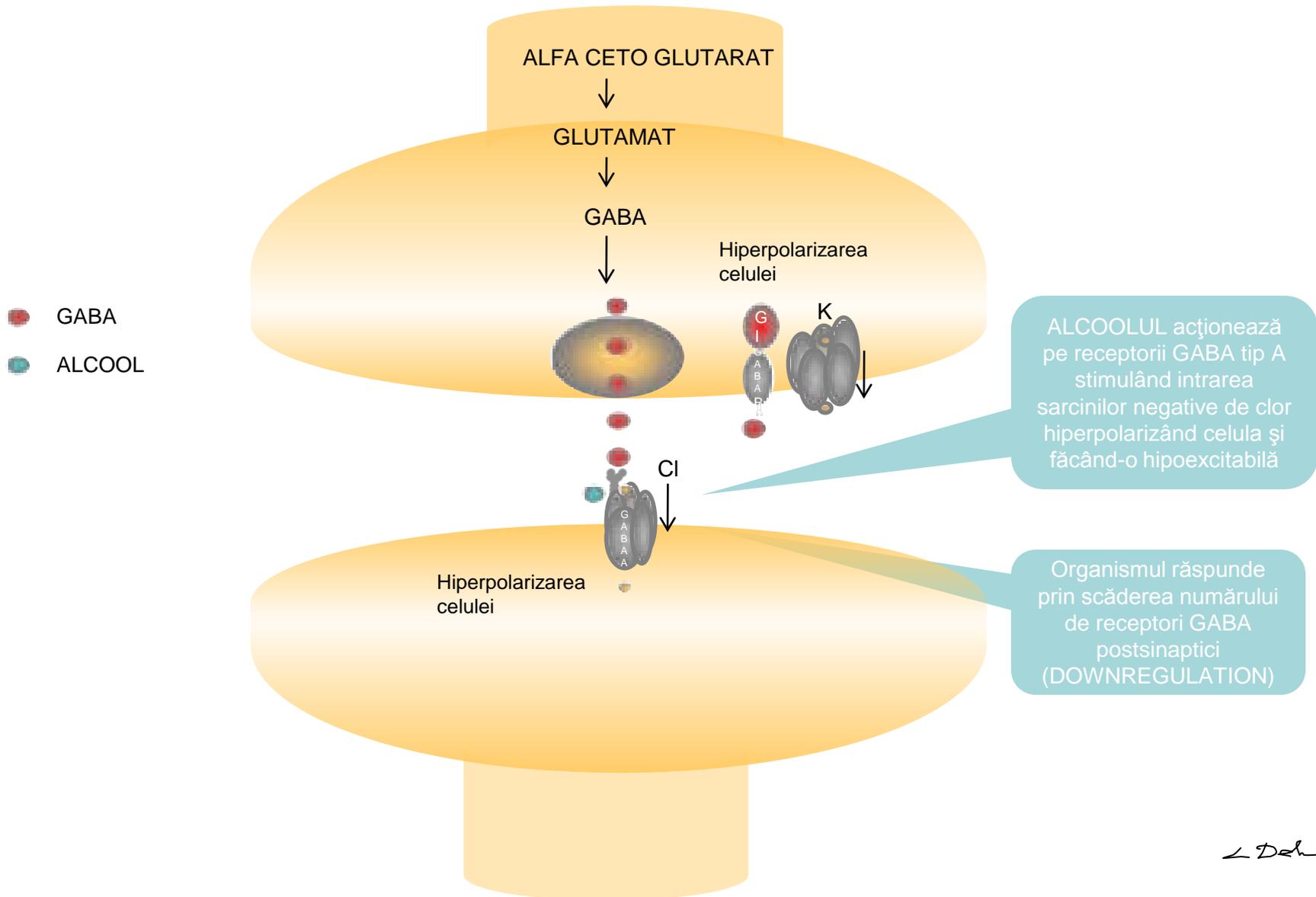
Metaloproteinele (conțin Fe și S), sunt enzime (reductaze și hidrogenaze) implicate în procesul de fosforilare oxidativă din mitocondrii (complexele I, II, III conțin Fe și S)



Inactivare enzimatică prin modificări conformaționale datorită oxidării aminoacizilor: cisteină, metionină, histidină

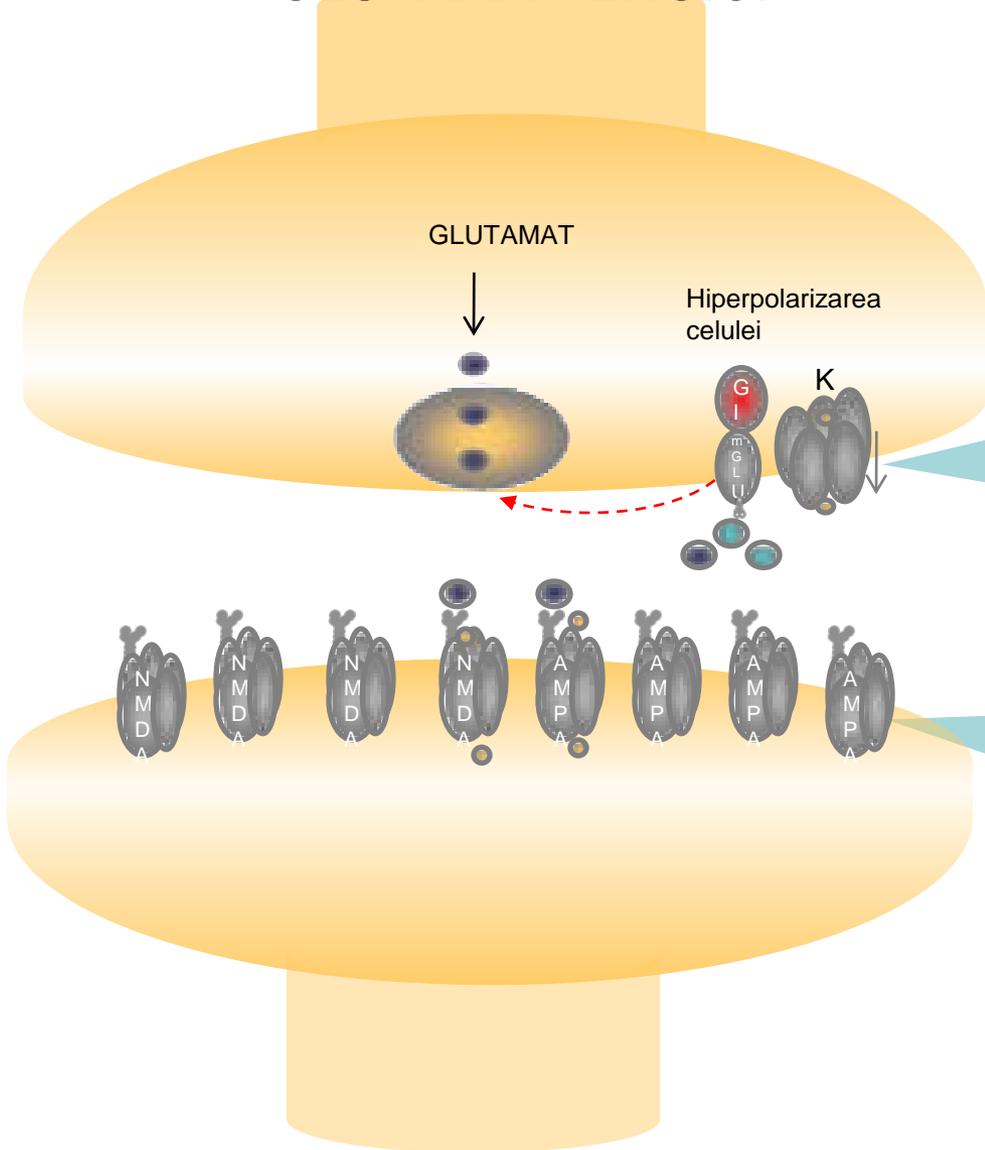


EFECTUL CONSUMULUI CRONIC DE ALCOOL ASUPRA NEURONILOR GABA-ERGICI



EFFECTUL ALCOOLISMULUI CRONIC ASUPRA NEURONILOR GLUTAMAT-ERGICI

● GLU
● ALCOOL



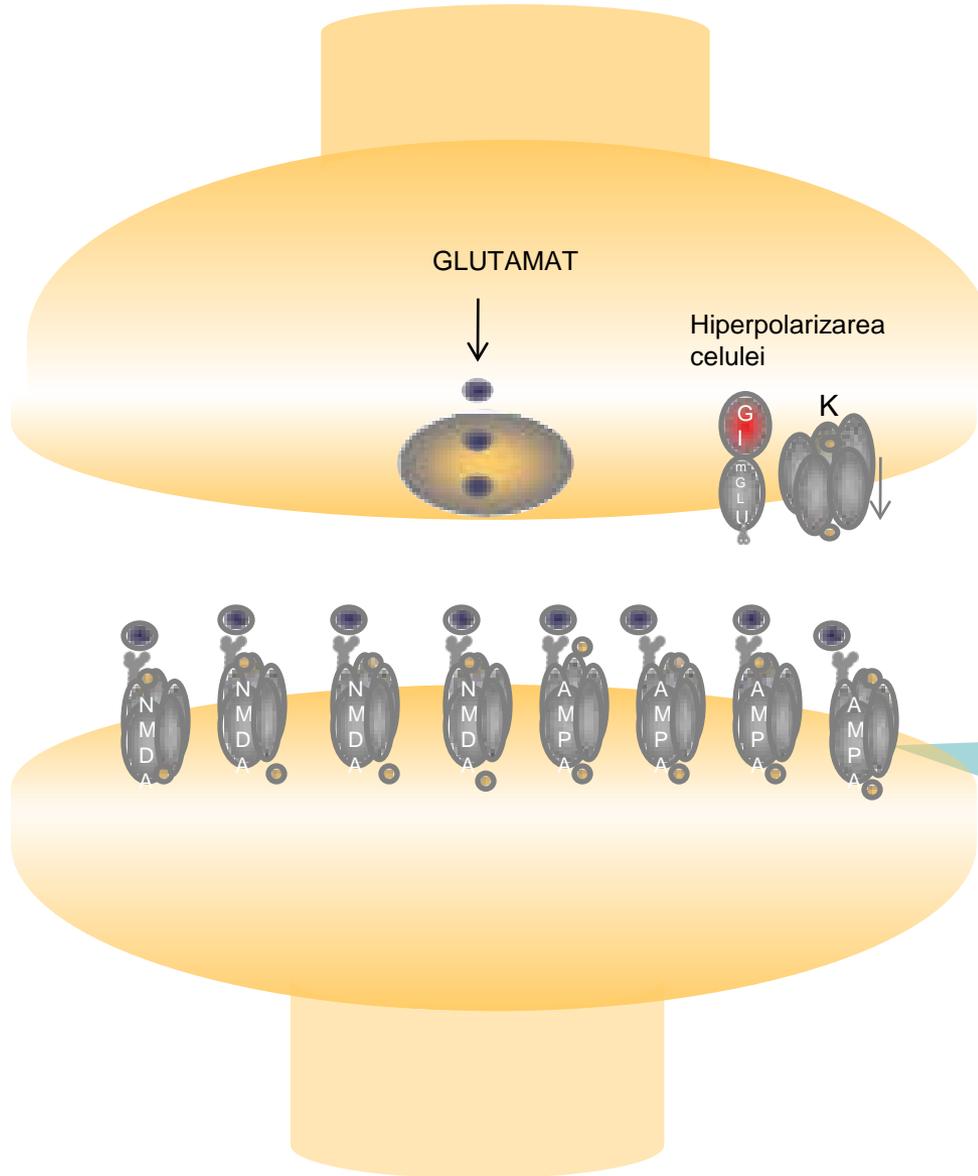
ALCOOLUL inhibă eliberarea de glutamat în fanta sinaptică probabil acționând asupra receptorilor glutamatergici presinaptici inhibitori

Organismul răspunde prin stimularea sintezei de receptori glutamatergici postsinaptici (UPREGULATION)

L. Deh

SEVRAJUL ALCOOLIC

- GLU
- ALCOOL



Dezinhibiția glutamatului în absența alcoolului duce la hiperactivitate glutamatergică cu stimulare neuronală

DEPENDENȚA ETANOLICĂ

- Dependența etanolică poate fi:
 - PRIMARĂ când nu preexistă o altă tulburare psihică
 - SECUNDARĂ
 - anxietății
 - depresiei,
 - ciclotimiei
 - tulburărilor de personalitate

DEPENDENȚA DE ALCOOL

1. Persoana simte o dorință puternică, compulsivă de a consuma alcool
2. Persoana consumă alcool în cantități mai mari și pe perioade mai lungi decât își propune. Consumul de alcool devine stereotip (în ceea ce privește tipul de alcool și contextul consumului)
3. Persoana își utilizează timpul liber pentru a procura și consuma alcool
4. Persoana consumă alcool în ciuda efectelor nocive ale alcoolului asupra propriei sănătăți
5. Persoana consumă alcool în ciuda problemelor produse de alcool în cadrul familiei, la locul de muncă, cu organele de ordine
6. Apare toleranța la alcool, care la început crește iar apoi după afectarea ficatului se prăbușește (toleranța: organismul se obișnuiește cu alcoolul și pentru a obține aceleași efecte individul trebuie să consume o doză mai mare)
7. Persoana dorește și are multiple tentative eșuate de a opri consumul
8. În cazul opririi bruște a consumului de alcool, apare reacția de sevraj
9. După o cură de dezintoxicare și de abținere, reluarea consumului de alcool reinstalează dependența biologică la alcool

Se analizează în
cazul
DEPENDENȚEI
ETANOLICE

MODALITATEA CONSUMULUI: inițial consum
intermitent (dipsomanie) cu reducerea progresivă a
intervalului liber și consum continuu

DURATA CONSUMULUI pacientul ajunge la
dependență biologică după mai mulți ani de consum
zilnic

CANTITATEA: pacientul consumă zilnic câteva sute de
grame de alcool pur

TIPUL BĂUTURII consumate:

-bere: 4 grame de alcool pur

-vin : 12 grame de alcool pur

-vodcă, țuică, whiskey: 40 grame de alcool pur

CONSUM:

-dimineața: pentru a corecta efectele sevrajului în
timpul nopții

-singur sau în cadrul unui grup de consumatori
cronici de alcool

DEPENDENȚA ETANOLICĂ

Cantitatea consumată zilnic se evaluează în UNITĂȚI (DRINK-uri) constând în echivalentul unui pahar de vin, 30g de bere, 20g băuturi concentrate

Consumul normal nu trebuie să depășească 21 unități pe săptămână la bărbați și 14 la femei



1 unitate alcool (8g)



½ halbă de bere



1 măsură băutură spirtoasă

1 pahar de vin

COMPLICAȚIILE ETILISMULUI CRONIC MALADIV

SOMATICE

Neoplasme : oral, esofagian, hepatic

Gastro-intestinale: sindrom Mallory-Weiss, gastrită/ulcer, steatoză hepatică, hepatită alcoolică, ciroză, pancreatită acută și cronică, enterită cu malabsorbție vitaminică (B1, B6)

Cardio-vasculare: cardiomiopatie dilatativă

Sânge: anemie macrocitară

NEUROLOGICE:

tremor, simptome cerebeloase,

encefalopatie Wernicke Sd. Amnestic Korsakov, polinevrită (deficit de B1)

crize comițiale

PSIHATRICE:

intoxicație la doze mai mici de alcool (prin scăderea toleranței)

stare confuzională prin sevraj sau intoxicație

disfuncție sexuală

afectarea somnului REM cu tulburări de memorie

demență

depresie cu risc suicidar

anxietate

delir sistematizat de gelozie

halucinoză Wernicke (simptome asemănătoare schizofreniei)

modificarea personalității (furt, minciună, acte antisociale)

PROBLEMELE SOCIALE ÎN ETILISMUL CRONIC

- Reducerea participării la viața socială în afara casei și serviciului. Rețeaua socială se va reduce progresiv prin pierderea locului de muncă și rejecția familială.
- Concentrarea relațiilor sociale ale individului pe partenerii de consum. Aceștia nu reprezintă însă o reală rețea de suport social
- Comportamente disociale: conflicte, agresiuni fizice, delikte, accidente de muncă sau circulație, suicid, crime
- Scăderea performanței profesionale, absenteism, retrogradare profesională, schimbarea și pierderea serviciului
- Perturbarea vieții familiale: conflicte familiale, rejecție din partea rudelor și a partenerului conjugal-divorț.
- Existență izolată, cu unul sau doi susținători, concomitent cu degradarea biologică și psihică, internări frecvente
- Pierderea locuinței, vagabondaj

SEVRAJUL ALCOOLIC

Oprirea bruscă
a consumului
de alcool

48 h

72 h

PREDELIRIUM

Psihic:

- Neliniște
- Anxietate, atacuri de panică

-Insomnie

-Incapacitatea de a face ceva productiv

Somatic

- Transpirații
- Tremurături

Uneori crize
comițiale inaugurale

DELIRIUM TREMENS (forma maximă)

Psihic:

-Stare confuzională (reducerea vigilității + dezorientare temporo-spațială, false recunoașteri

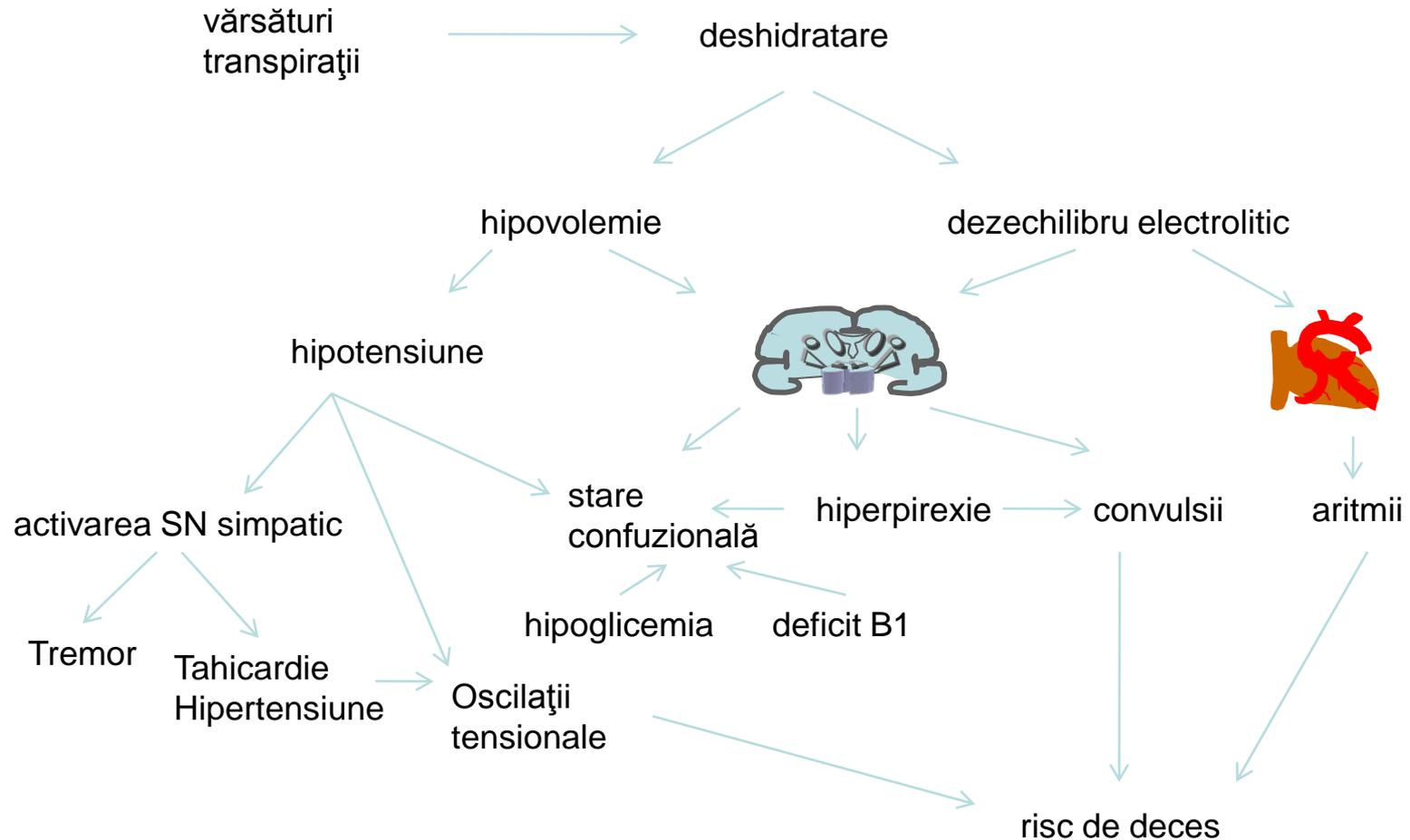
- Gândire haotică cu vorbire incoerentă, comportament agitat și haotic

-Halucinații predominant vizuale și cutanate (animale mici ce se urcă pe corp) dar și scene panoramice (stare confuz-onirică)

Somatic:

- vărsături, transpirații, deshidratare cu oscilații tensionale, hiperpirexie, crize comițiale, aritmii, tahicardie, tremor

SEVRAJUL ALCOOLIC



TRATAMENTUL SEVRAJULUI ALCOOLIC

HIDRATARE per os sau în perfuzie 3-4 l/zi
(refacerea dezechilibrului hidro-electrolitic și caloric)

VITAMINE B1, B6

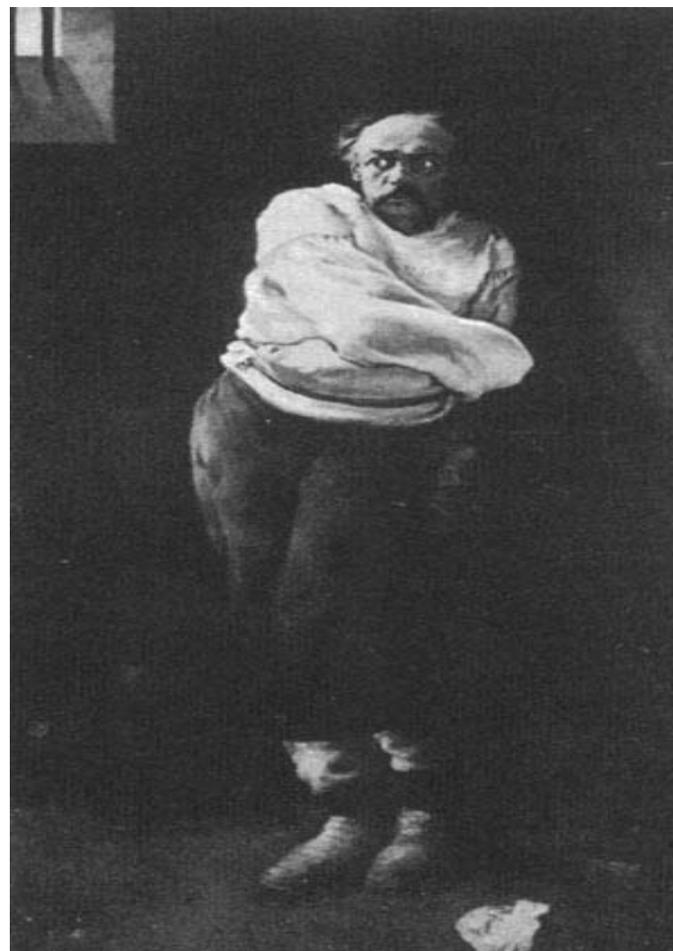
ANXIOLITICE: pentru reducerea anxietății:
lorazepam, oxazepam, meprobamat (evită
metabolismul hepatic) sau în caz de agitație psiho-
motorie: diazepam im

ANTIPSIHOTICE în caz de agitație psiho-motorie
sau halucinații: haloperidol, tiaprid

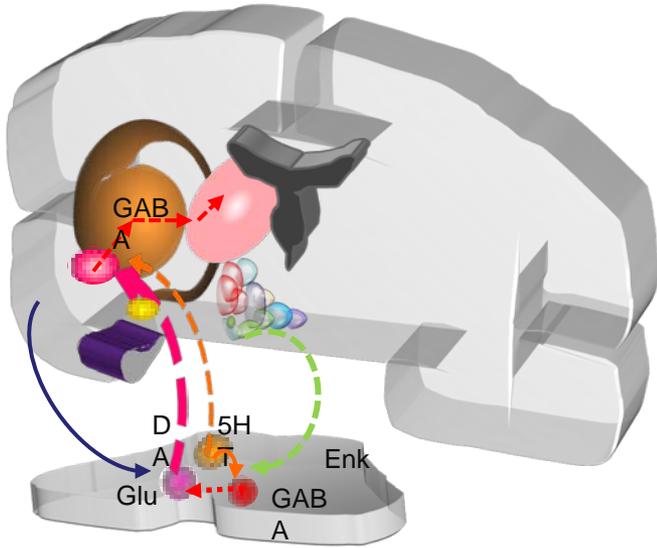
ANTICONVULSIVANTE
Carbamazepină

A SE EVITA MEDICAȚIA CU EFECT
HIPOTENSOR DATORITĂ TENDINȚEI LA
COLAPS

Mortalitate: până la 5%



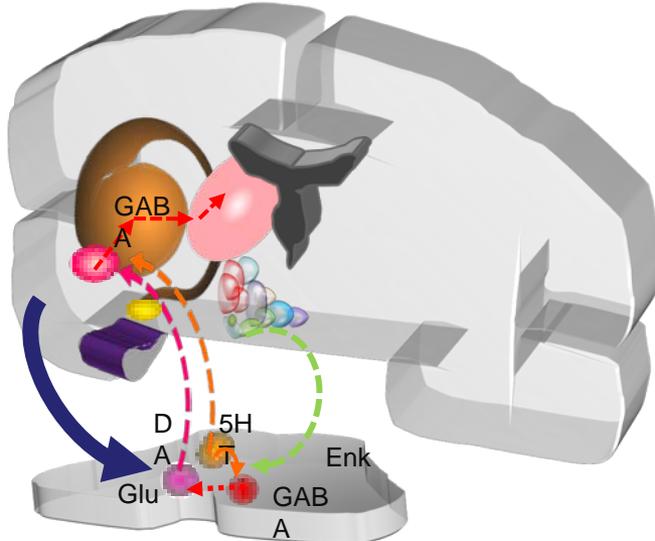
MEDICAMENTE UTILIZATE ÎN TRATAMENTUL ALCOOLISMULUI



ÎN TIMPUL CONSUMULUI DE ALCOOL:

ALCOOL + NALTREXONĂ: tratament ce are ca scop blocarea efectelor euforizante ale alcoolului prin blocarea de către naltrexonă a receptorilor opioizi

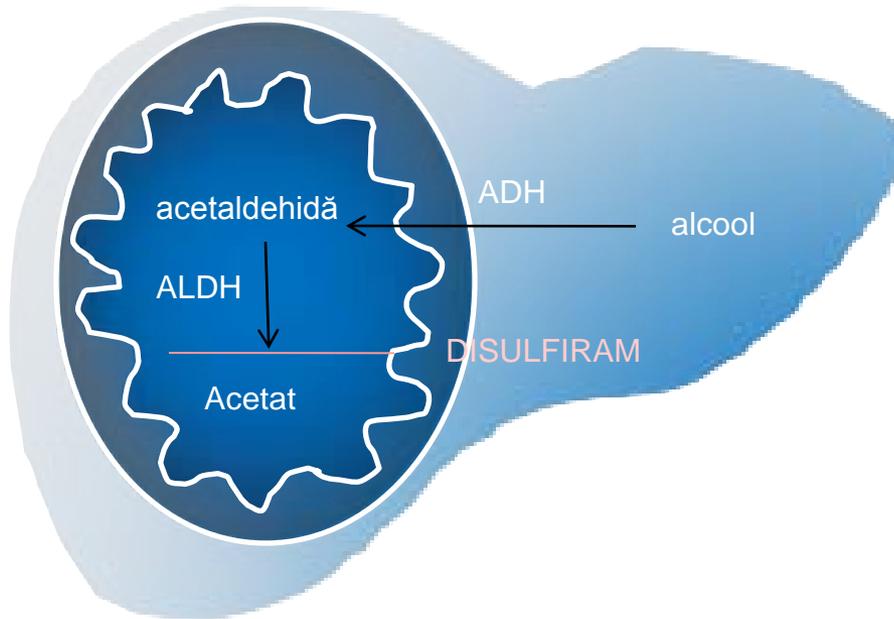
ALCOOL + DISULFIRAM: tratament aversiv (ce are ca scop condiționarea negativă la alcool): blocarea acetaldehid dehidrogenazei de către disulfiram va produce cefalee, vărsături, flush (reacția antabuse)



ÎN TIMPUL SEVRAJULULUI ALCOOLIC:

ACAMPROSAT (inhibă Glu și stimulează GABA): terapie de substituție în sevrajul alcoolic

TRATAMENTUL CU DISULFIRAM



ALCOOL + DISULFIRAM : tratament ce are ca scop condiționarea negativă: blocarea acetaldehid dehidrogenazei de către disulfiram va produce cefalee, vărsături, flush (reacție antabuse)

RISC ↑
BENEFICII ↓

ALCOOLUL CA SOLUȚIE

- ALCOOLUL este o soluție PROASTĂ dar RAPIDĂ și IEFTINĂ la problemele individului
 - Comportament hedonic de obținere a plăcerii în cazul indivizilor care nu-și pot procura plăcere prin hobby-uri
 - Inducerea somnului pentru a uita de probleme (depresie, anxietate)

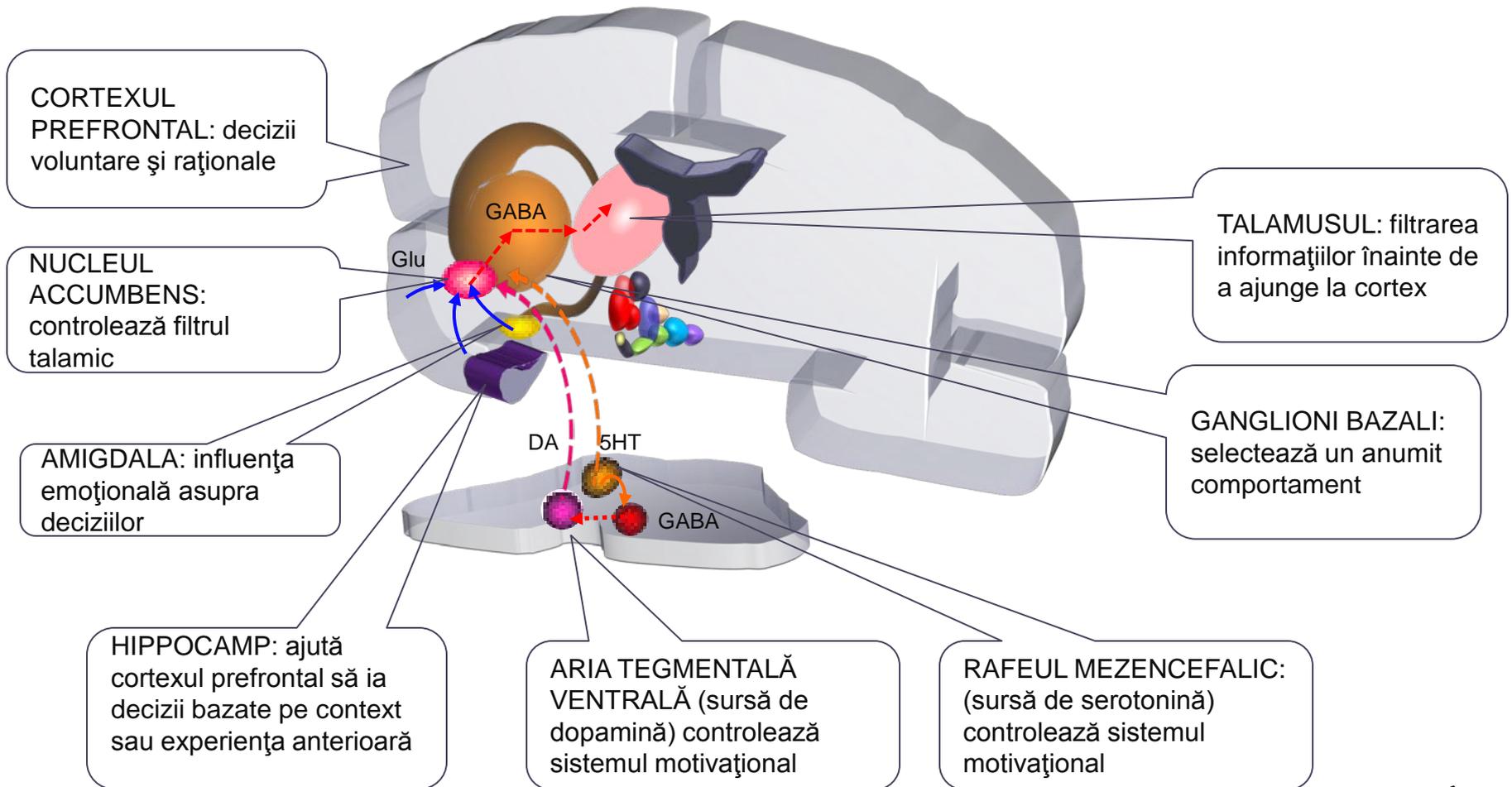
INTERVENȚII TERAPEUTICE

- Tratament medicamentos: medicamente ce nu afectează ficatul
 - Al complicațiilor psihiatrice:
 - Anxiolitic: lorazepam, oxazepam (timp limitat)
 - Antidepresiv: tianeptină, milnacipran
 - Al complicațiilor somatice, neurologice
- Tratament psihoterapeutic
 - Individual: logoterapie (găsirea unor alte soluții la probleme)
 - Terapie de grup: Alcoolicii Anonimi – ABSTINENȚĂ! (“Pentru un alcoolic un pahar este prea mult, iar o mie sunt prea puține”)
 - Terapie familială: pentru o mai bună comunicare în sânul familiei, pentru identificarea secvențelor de escaladă a violenței (profilaxia abuzului fizic secundar consumului de alcool)

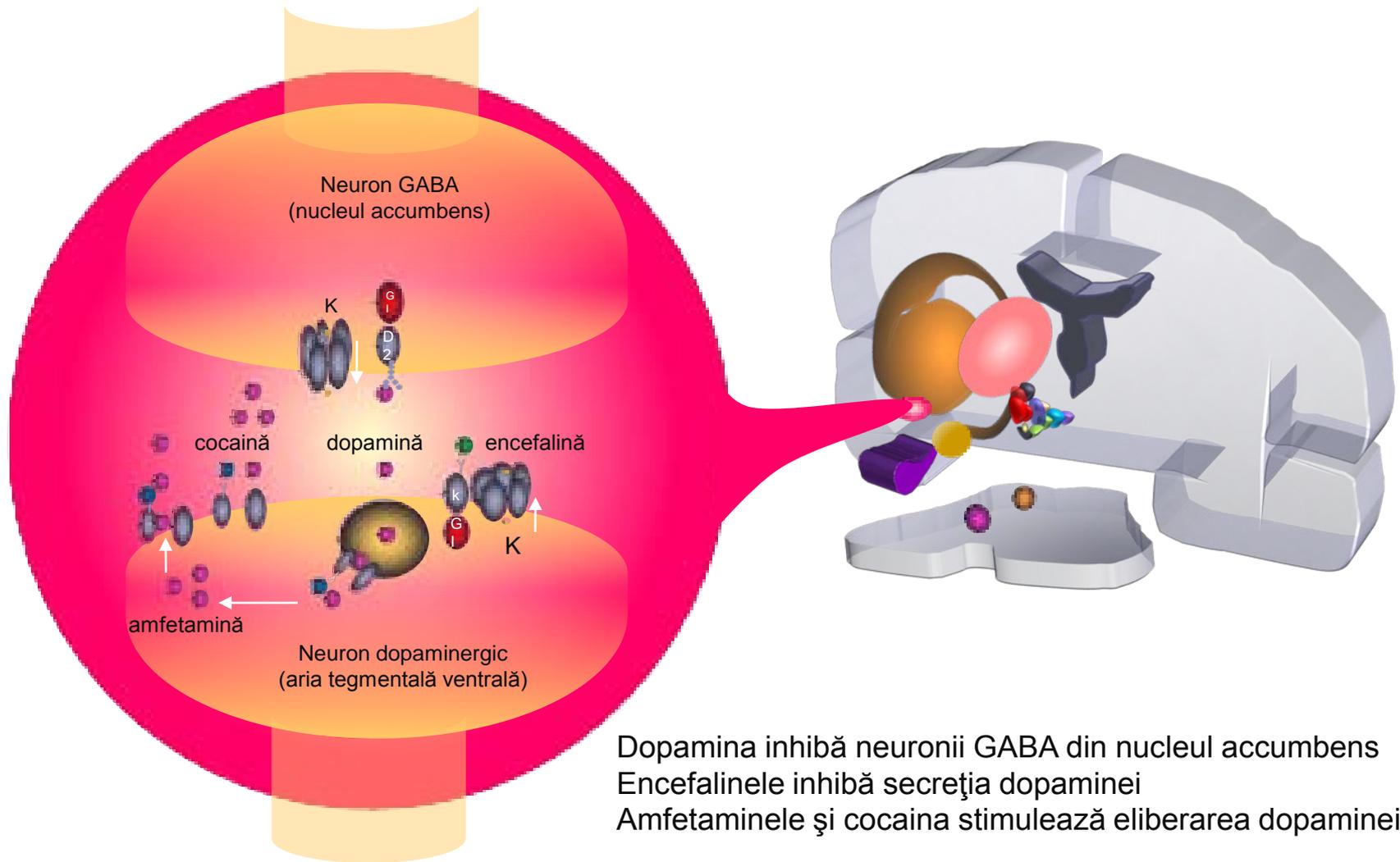
ALTE TOXICOMANII



DROGURILE ȘI CIRCUITELE MOTIVAȚIONALE

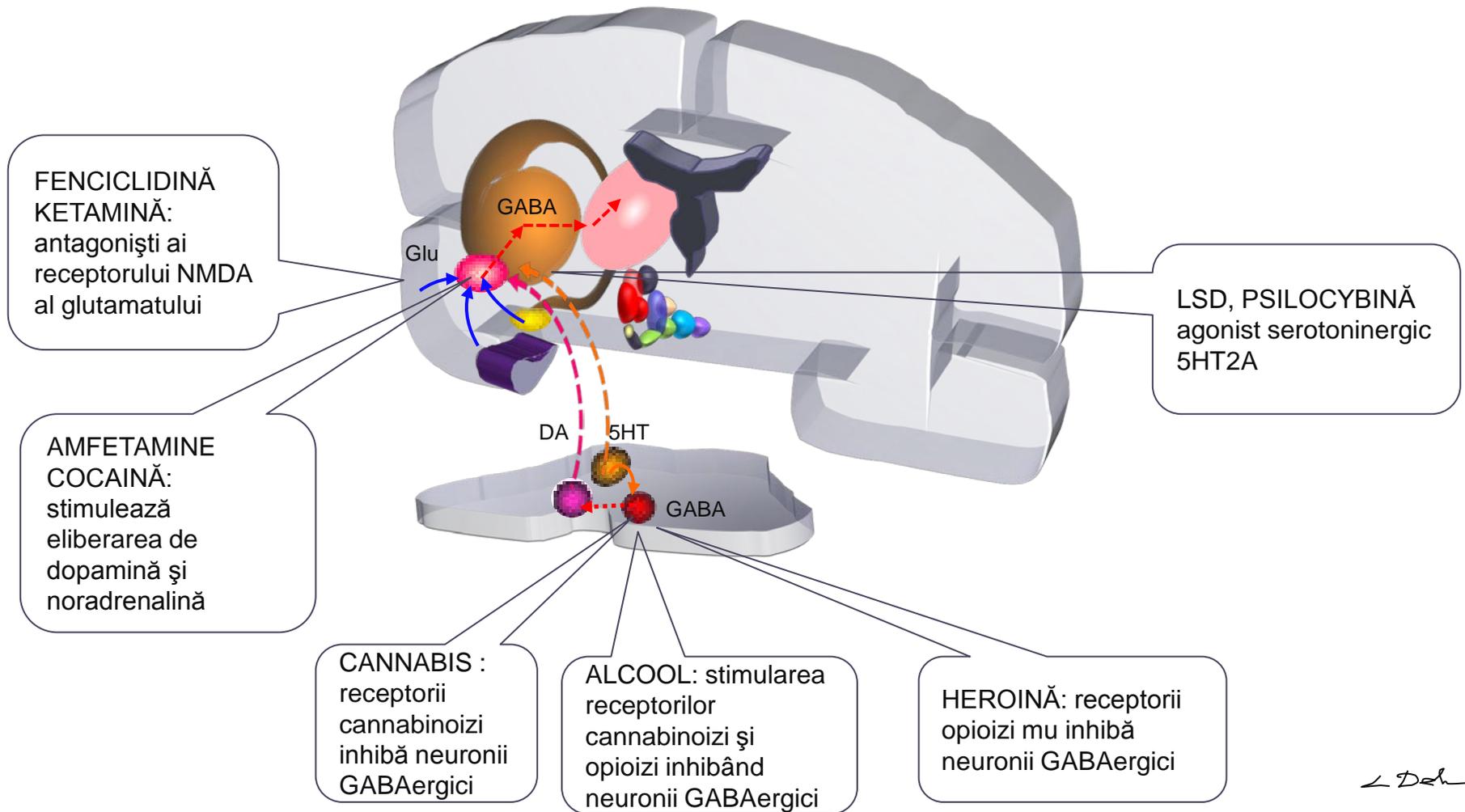


NUCLEUL ACCUMBENS



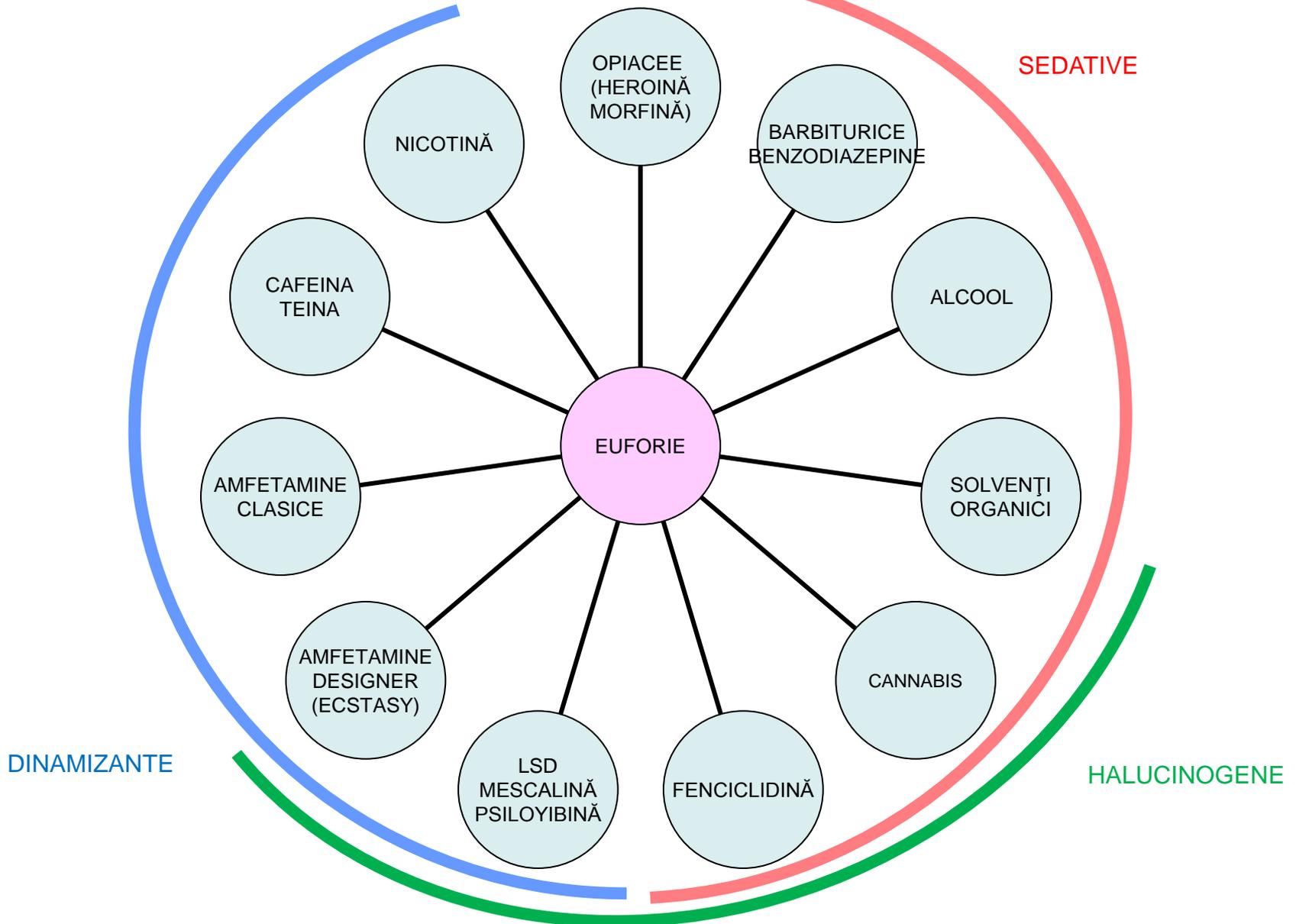
Dopamina inhibă neuronii GABA din nucleul accumbens
Encefalinele inhibă secreția dopaminei
Amfetaminele și cocaina stimulează eliberarea dopaminei

DROGURILE ȘI CIRCUITELE MOTIVAȚIONALE



L. Delu

DROGURILE

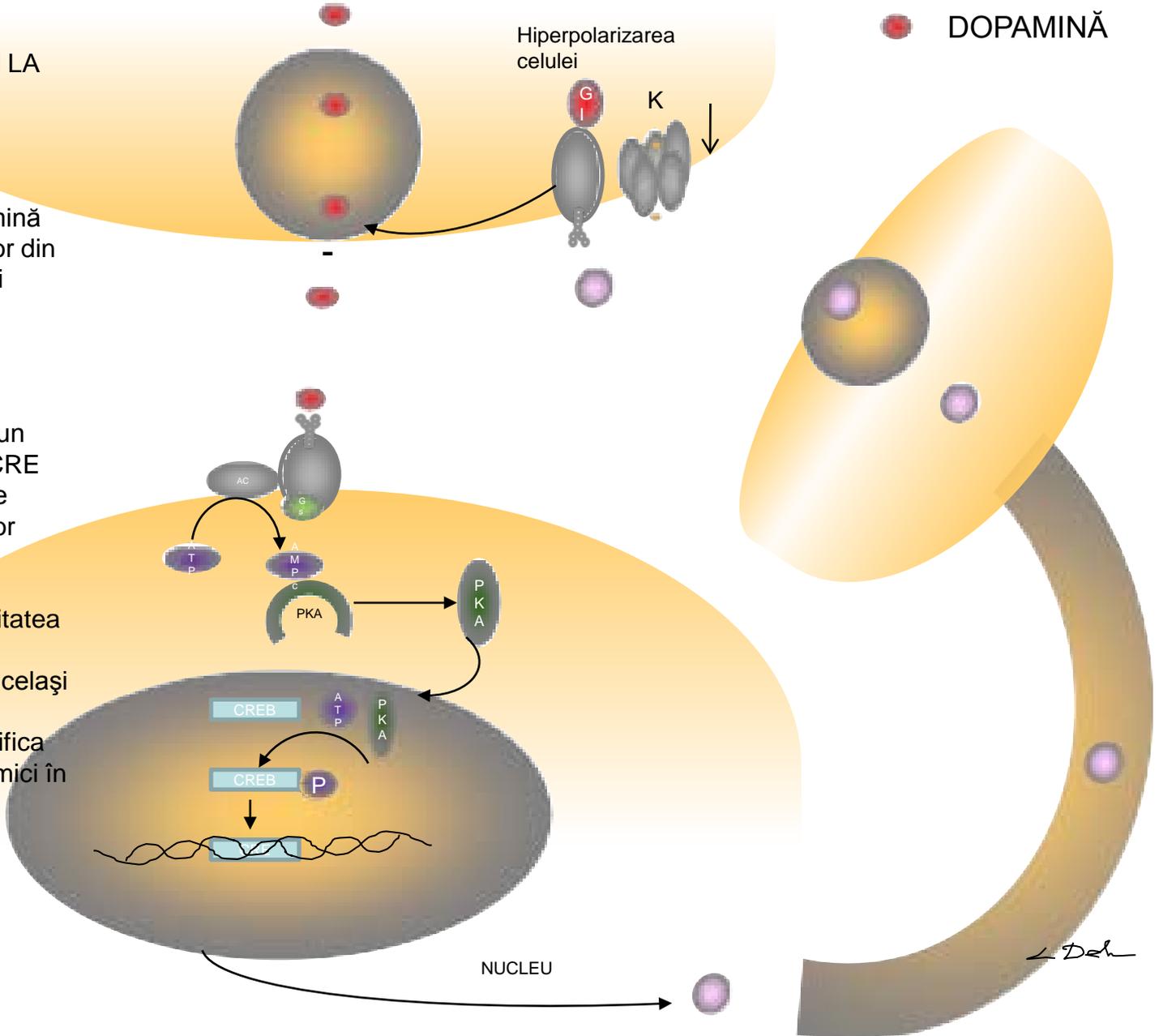


 DINORFINĂ
 DOPAMINĂ

MECANISMUL TOLERANȚEI LA DROGURI ȘI EFECTELE PE TERMEN LUNG ASUPRA NEURONILOR:

organismul se adaptează la stimularea excesivă cu dopamină prin alterarea expresiei genelor din neuronii căilor mezo-limbică și mezo-corticală

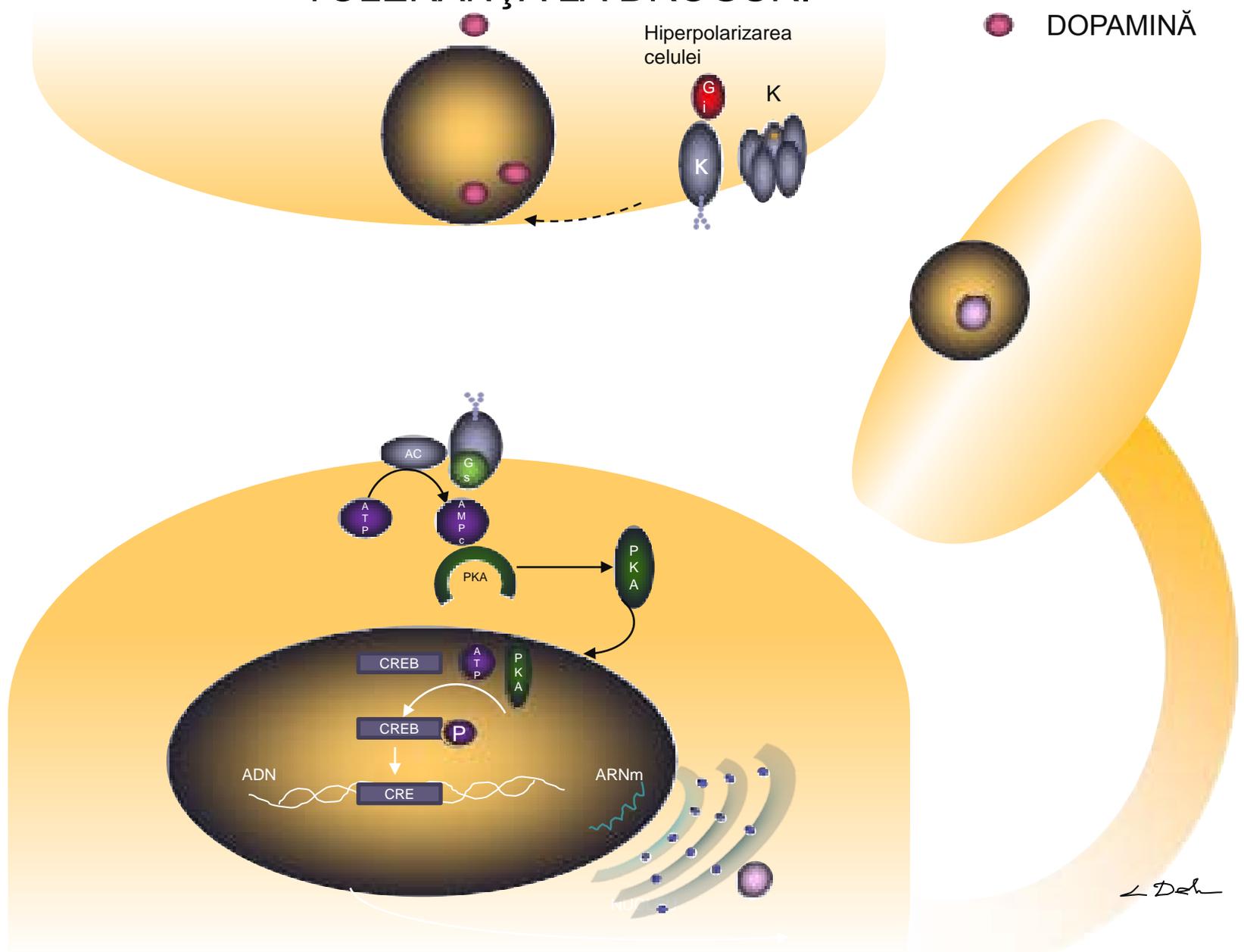
1. AMPc activează PKA
2. PKA intră în nucleu, unde fosforilează proteina CREB
3. Proteina CREB e fixată de un element de reglare genetică CRE
4. Rezultă sinteza de proteine (dinorfină de exemplu) care vor inhiba eliberarea dopaminei diminuând plăcerea
5. În consecință, apare necesitatea de a crește doza la o nouă administrare pentru a obține același efect
6. Pe termen lung se vor modifica durabil neuronii (neuroni mai mici în cazul opiaceelor sau contacte sinaptice numeroase în cazul drogurilor stimulante)



Del

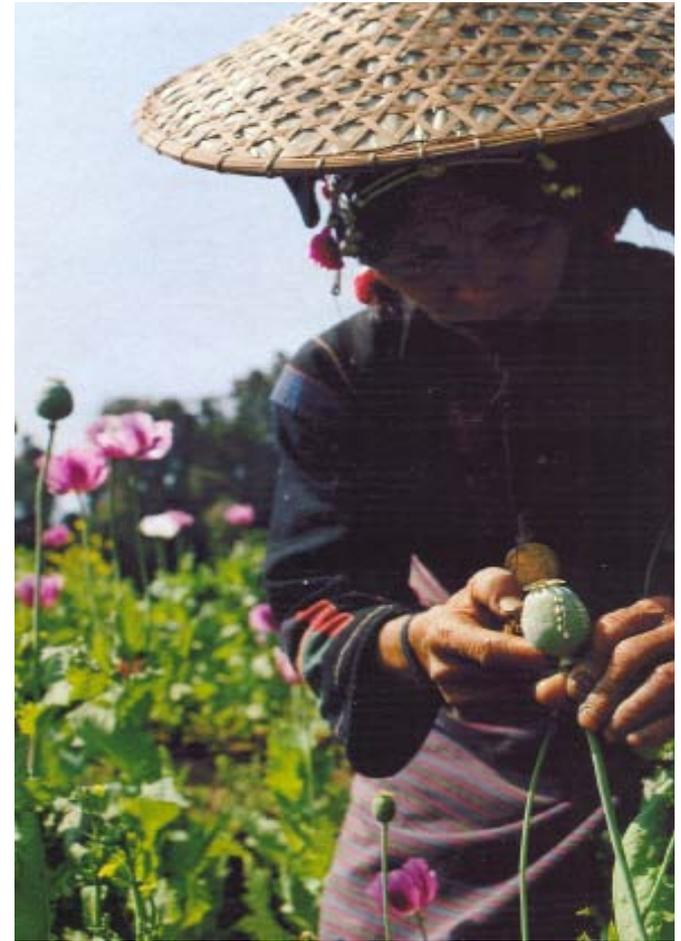
TOLERANȚA LA DROGURI

-  DINORFINĂ
-  DOPAMINĂ



L. Delu

OPIOZII



OPIOZII: NARCOTICE, STUPEFIANTE

OPIUL= PAPAVER SOMNIFERUM

ALCALOIZII DIN OPIU (42):

MORFINA

CODEINA

PAPAVERINA

PRODUȘI SEMISINTETICI/SINTETICI:

DIACETILMORFINA (HEROINA)

PENTAZOCINA (FORTRAL)

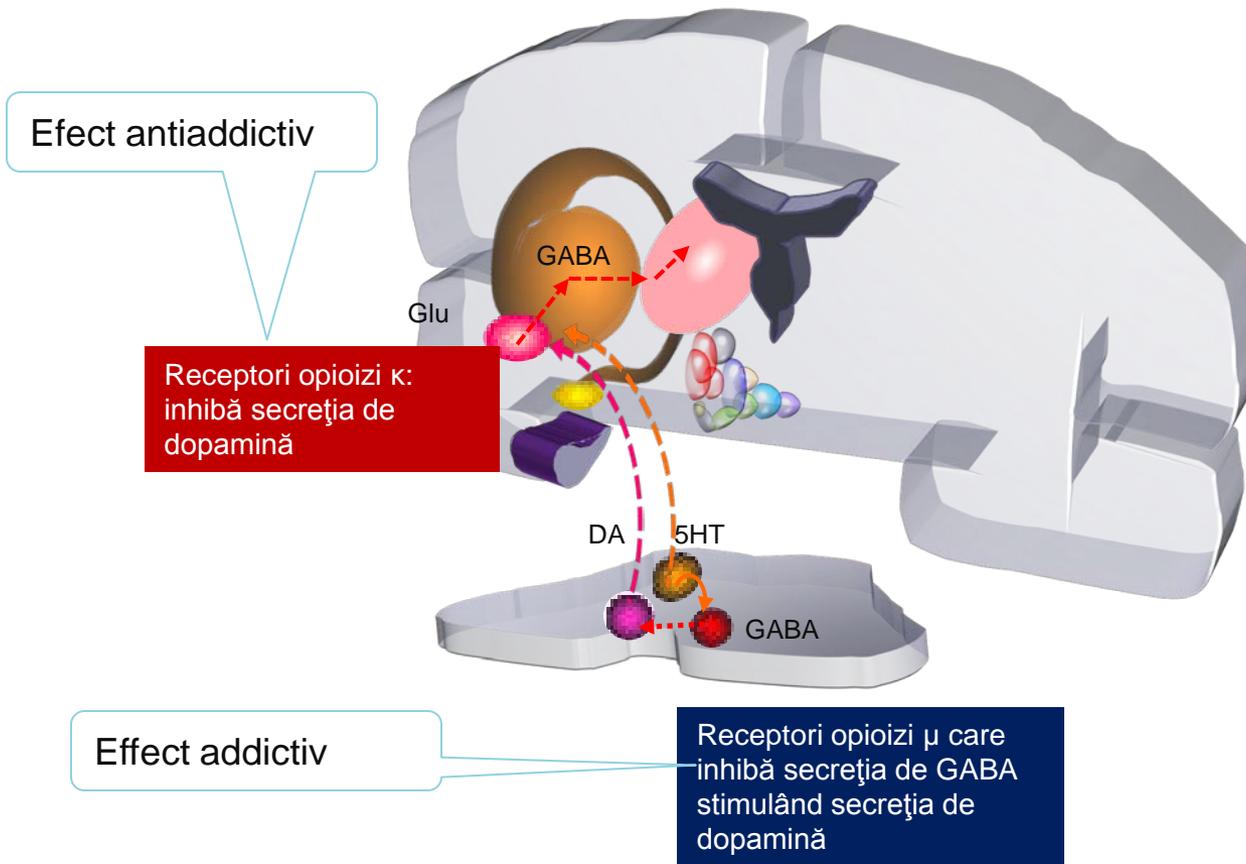
PETIDINA / MEPERIDINA (MIALGIN)

BUPRENORFINA

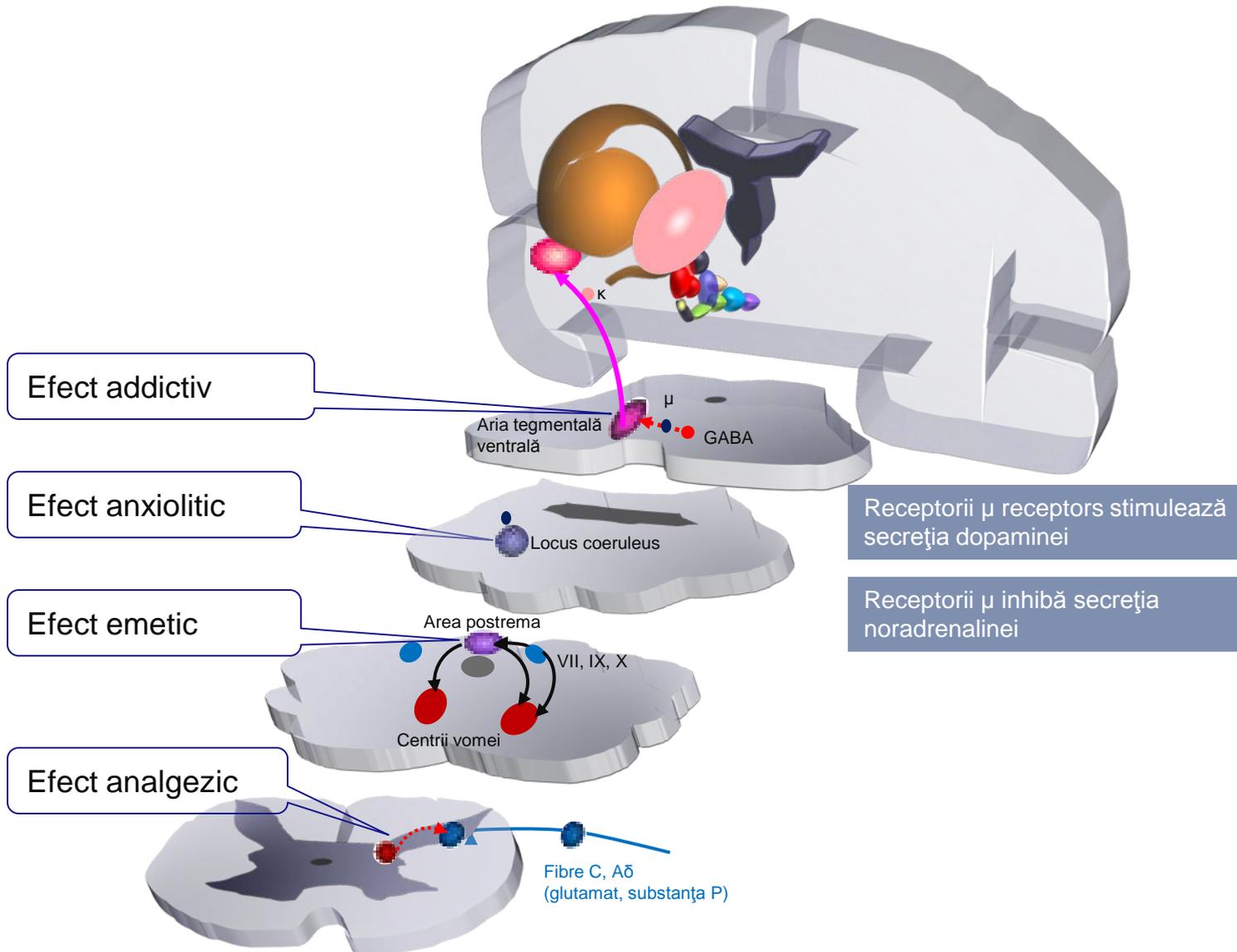
METHADONA

FENTANYL

DROGURILE ȘI CIRCUITELE MOTIVAȚIONALE



OPIOIDS



L. Delu

OPIOIZII

ADMINISTRARE

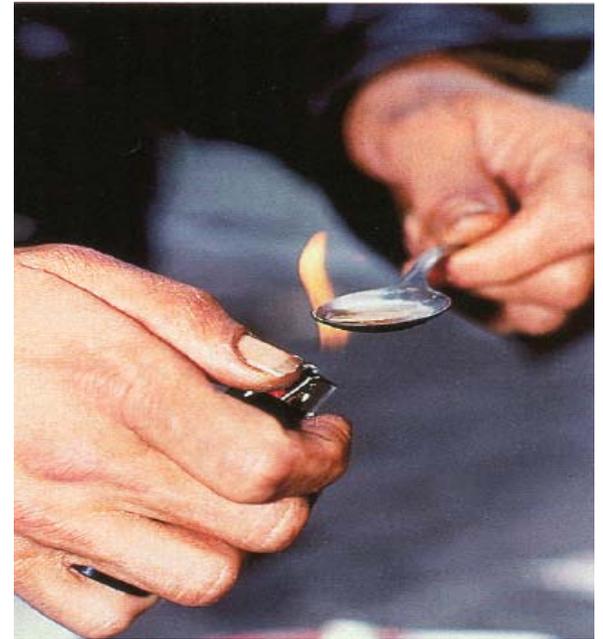
OPIUL: ingerat, fumat

MORFINA: ingerată, injectată sc sau im

HEROINA: injectată (shoot), fumată, prizată

Heroina pură e o pulbere albă cu gust amar, frecvent este amestecată (cut) cu chinină, stricnină, glucoză, talc, făină, bicarbonat și devine colorată.
!risc de reacție anafilactică

SPEED BALL(dublu flash): injectarea unui amestec de opiacee cu cocaină sau amfetamină



INTOXICAȚIA CU OPIOIZI

<p>INTOXICAȚIA: PSIHIC</p> <p>EUFORIE</p> <p>CU SEDARE (FERICIRE PASIVĂ)</p> <p>APATIE, detașare de lumea exterioară, Distractibilitate</p> <p>Sentimente de pace, uitare</p> <p>Injecția iv produce o senzație intensă de plăcere asociată cu căldură (flash), comparată adesea cu orgasmul</p>	<p>INTOXICAȚIA: SOMATIC</p> <p>ANALGEZIE</p> <p>BRADICARDIE, DEPRESIE RESPIRATORIE ȘI A REFLEXULUI DE TUSE</p> <p>CONSTIPAȚIE</p> <p>GREAȚĂ, VĂRSĂTURI</p> <p>VASODILATAȚIE PERIFERICĂ (cu senzație de căldură, furnicături, transpirație)</p> <p>MIOZĂ</p>
<p>INTOXICAȚIA SEVERĂ:</p> <p>OBNUBILARE, COMĂ</p> <p>MIOZĂ</p> <p>DEPRESIE RESPIRATORIE</p> <p>COLAPS</p> <p>EDEM PULMONAR ACUT</p>	<p>TRATAMENTUL INTOXICAȚIEI</p> <p>Cu antagoniști:</p> <p>NALORFINA</p> <p>NALOXON</p>

REAȚIA DE SEVRAJ

OPIOIZII dau TOLERANȚĂ,
DEPENDENȚĂ PSIHICĂ ȘI
BIOLOGICĂ

Durata de acțiune a preparatelor:

PENTAZOCINA 2-3 ore

MEPERIDINA 2-3 ore

HEROINA ȘI CODEINA 3-4 ore

MORFINA 3-4 ore

METHADONA 12-24 ore

Sevrajul la heroină apare la 8-10 ore
de la ultima priză:

CRAMPE ABDOMINALE, MIALGII ÎN
MEMBRE

RINOREE, LACRIMAȚIE, DIAREE,
TRANSPIRAȚII, GREAȚĂ, FEBRĂ

MIDRIAZĂ, PILOERECȚIE

ANXIETATE, INSOMNIE, AGITAȚIE,
NEVOIA DE DROG

TRATAMENT

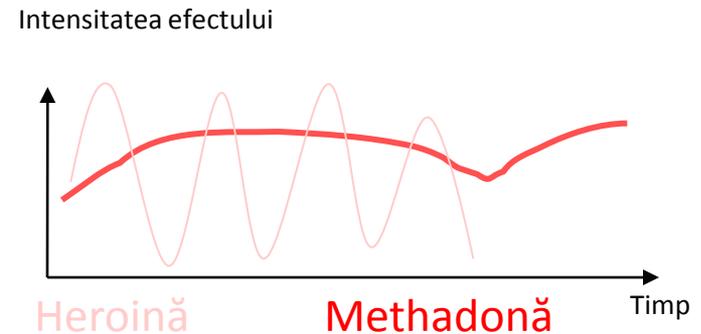
Reechilibrare hidro-electrolitică,
Anxiolitice injectabile, neuroleptice,
antalgice non morfinice, hipnotice non-
barbiturice

OPIOIZI: COMPLICAȚII

- SUPRADOZĂ
- ȘOC ANAFILACTIC
- NEFROPATIE
- TBF, ABCESE,
- SEPTICEMIE, ENDOCARDITĂ
- HEPATITĂ B, SIDA
- SD AMENOREE GALACTOREE

TRATAMENTUL DEPENDENȚEI DE OPIOIZI

- Substituirea heroinei ($t_{1/2}$: 3h) cu methadonă ($t_{1/2}$: 24 h) or LAAM ($t_{1/2}$: 72h)
- Substituirea heroinei cu agoniști parțiali ai receptorilor μ (Buprenorfină)
- Substituirea heroinei cu antagoniști ai receptorilor opioizilor cu $t_{1/2}$ lung - Naltrexonă ($t_{1/2}$: 24-72 h)



CANNABIS

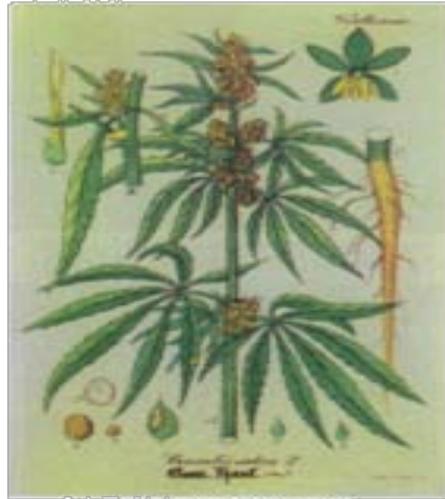


CANNABIS INDICA

Se găsește în podișurile înalte din Hindustan, Iran, Africa de Nord, e scundă și secretă o rășină cu proprietăți fiziologice active

CANNABIS SATIVA (cânepa) se găsește în regiunile temperate, e mai înaltă și are doar valoare textilă

CANNABIS



Cannabis Sativa



Planta de cannabis



Franza de cannabis



Marijuana

CANNABIS

- Substanța activă = DELTA 9 TETRAHIDROCANNABINOL (THC)
- Planta femelă ca atare: frunze, vârfuri înflorite are conținut mai mic de THC:
 - MARIJUANA
 - KIF
 - BHANG
- Rășina secretată are un conținut mai mare de THC
 - HAȘIȘ
- Uleiul de hașiș are conținut mare de THC

CANNABIS

Efectul se realizează prin intermediul neuronilor GABA

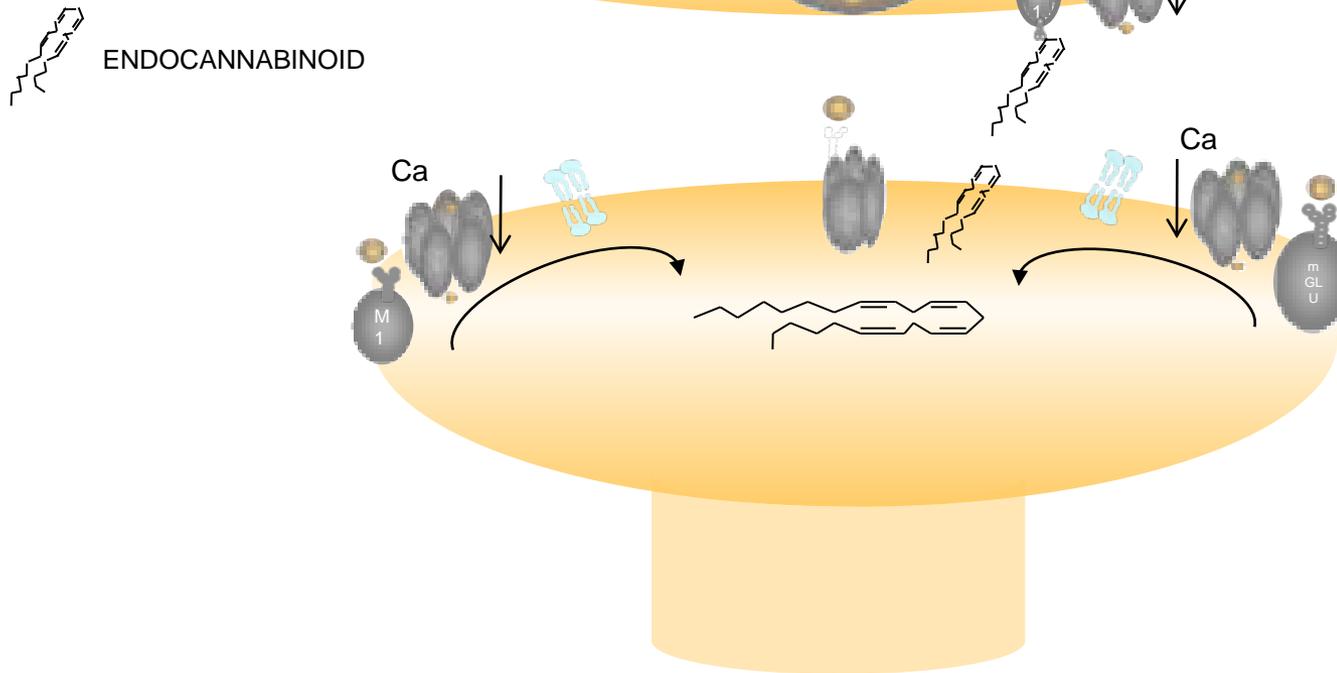
Există analogi endogeni: de ex. ANANDAMIDA (ananda= fericire)

Dă dependență psihică și toleranță instalată lent

E considerat drog slab, dar este totodată, poarta de trecere spre droguri mai puternice

Se poate doza în urină

ENDOCANNABINOIZII



CANNABIS

Mod de utilizare:

- **INHALARE:** efectul se instalează rapid (după câteva minute și durează câteva ore)
 - Țigară: cannabis amestecat cu tutun sau cocaină (JOINT)
 - Pipă specială
- **INGESTIE:** efectul este întârziat (3 ore) și mai slab
 - Dulciuri
 - Băuturi

CANNABIS

<p>INTOXICAȚIE ACUTĂ</p>	<p>SOMATIC</p> <p>Conjunctive injectate</p> <p>Tahicardie</p> <p>Foame (hipoglicemie)</p> <p>Uscăciunea gurii</p> <p>Hipotermie</p> <p>Hipotensiune</p>	<p>PSIHIC</p> <p>Beția cannabică</p> <p>Delirium toxic</p> <p>Psihoză paranoidă</p> <p>Atac de panică (horror trip)</p>
<p>INTOXICAȚIE CRONICĂ</p>	<p>Atrofie cerebrală</p> <p>Deprimarea spermatogenezei</p> <p>BPCO, cancer bronho-pulmonar</p>	<p>Sindrom amotivțional:</p> <ul style="list-style-type: none">•apatie•dezinteres <p>Încetinire intelectuală</p> <p>Afectarea memoriei</p>

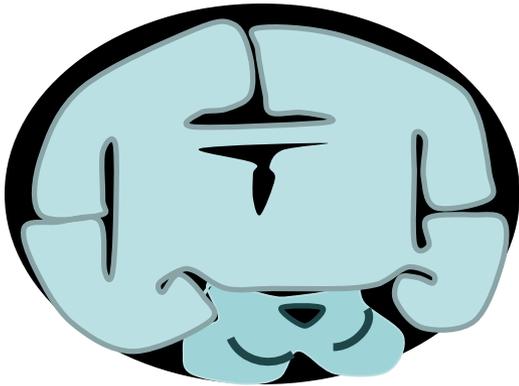
BEȚIA CANNABICĂ

I	EXCITAȚIE EUFORICĂ	Euforie Expansivitate Logoree
II	EXALTARE SENZORIALĂ ȘI AFECTIVĂ	Hiperestezie senzorială Hiperemotivitate, ilaritate, impulsivitate, agresivitate
III	EXTAZ liniștit	Distorsiuni perceptivă în timp și spațiu halucinații
IV	SOMN	

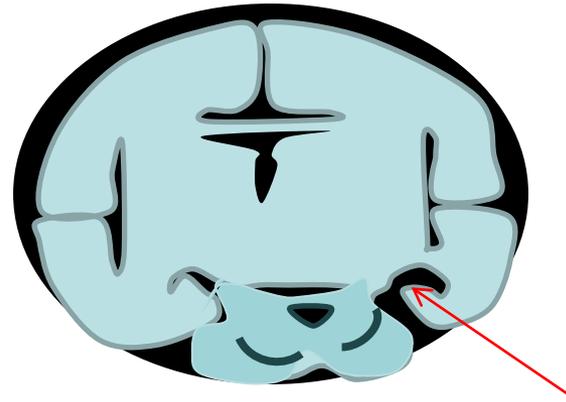
După Timothy Leary: efectele depind atât de starea de spirit și așteptările consumatorului de drog (set) dar și de mediul în care e consumat drogul (setting)

CANNABIS: EFECTE PE TERMEN LUNG

Subiect normal



Consumator cronic de cannabis

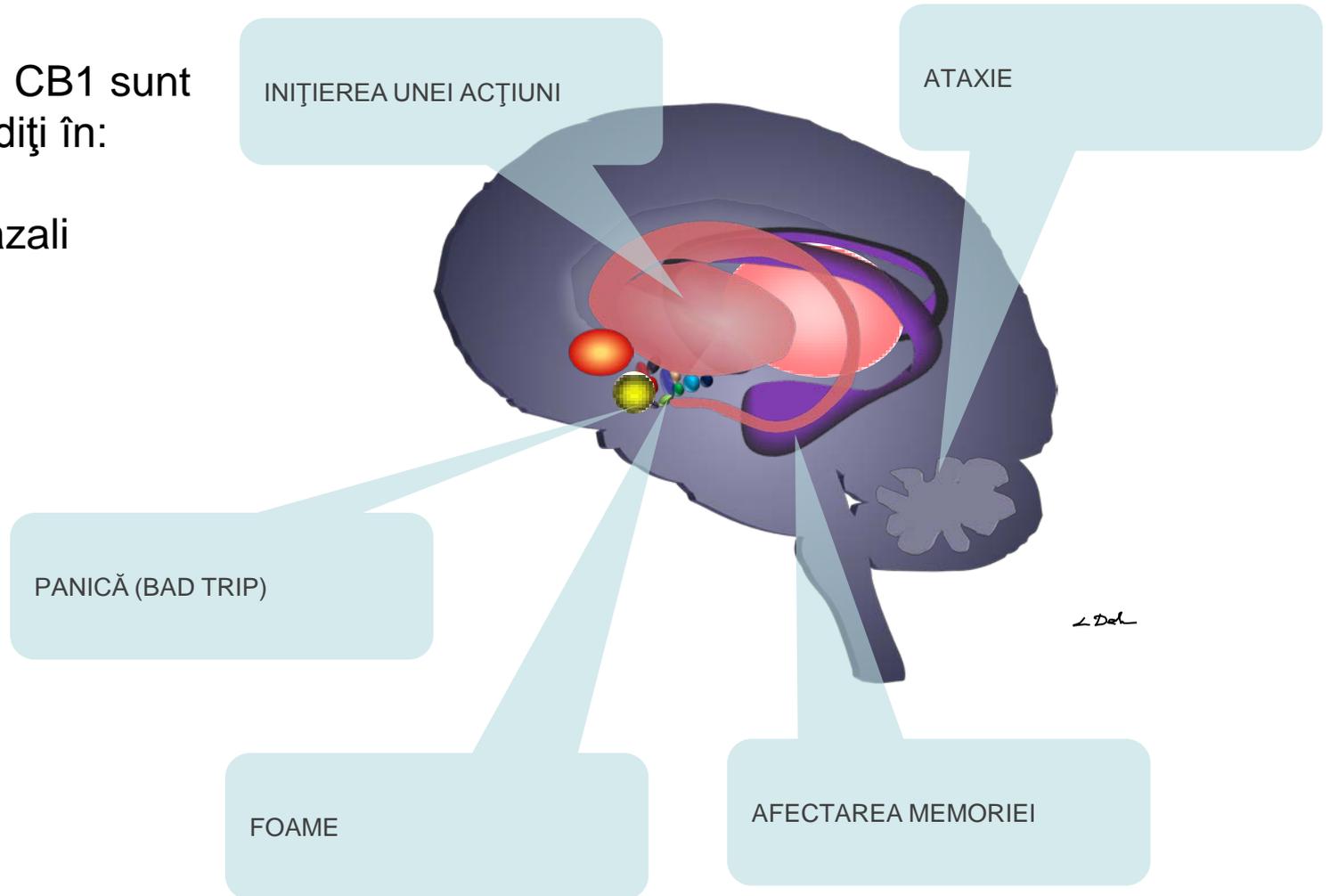


Dilatarea fisurii perihippocampice stângi secundară degenerării neuronilor din hipocampul stâng

CANNABIS: EFECTE

RECEPTORII CB1 sunt foarte răspândiți în:

- Cerebel
- Ganglionii bazali
- Amigdală
- Hipotalamus
- Hippocamp



INIȚIEREA UNEI ACȚIUNI

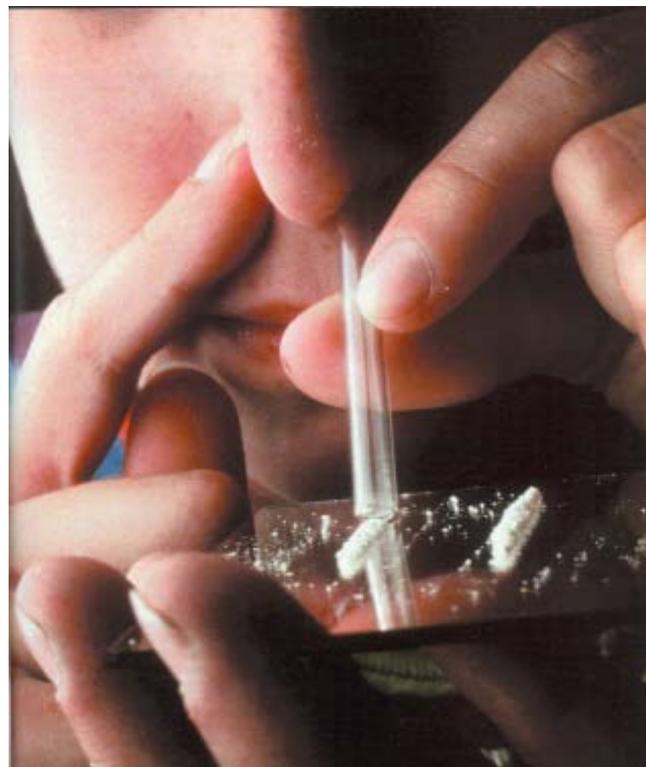
ATAXIE

PANICĂ (BAD TRIP)

FOAME

AFECTAREA MEMORIEI

COCAINA



COCAINA



ARBUSTUL DE COCA
(ERITHROXYLON)

COCAINA - FORME DE PREZENTARE

CLORHIDRAT DE COCAINĂ
(COKE, ZĂPADĂ)

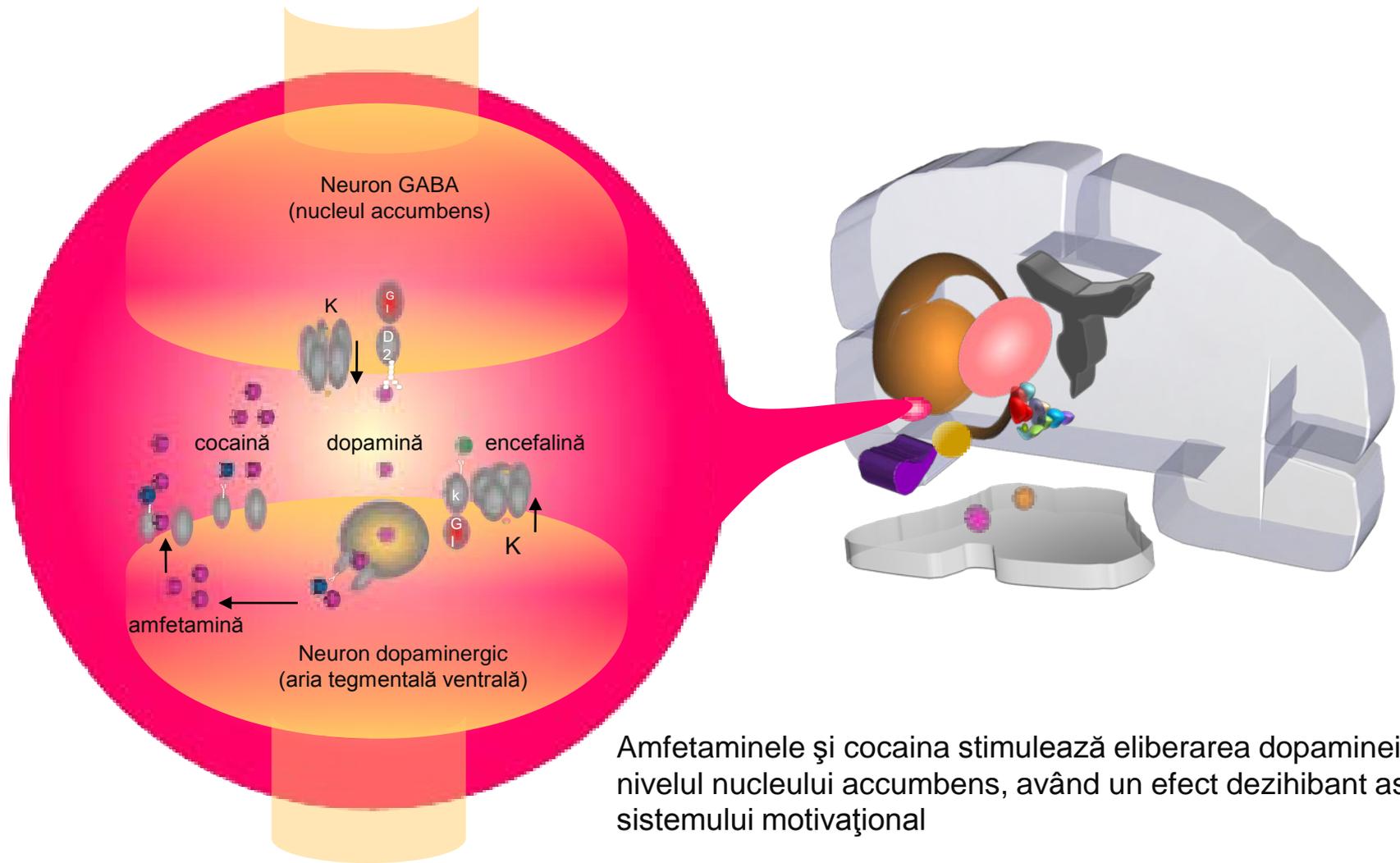
- Pudră care se prizează
- Efect rapid 15-60 min
- Durata 4-6 ore
- Se dizolvă și se administrează ca băutură revigorantă sau se
- Injectează iv (flash): cocaină cu heroină iv – speedball
- Pudra se poate aplica pe mucoase

ALCALOID DE COCAINĂ

- FREEBASE (cocaină clorhidrat cu alcalii și eter)
- CRACK (cocaină clorhidrat cu bicarbonat de sodiu, amoniac și apă)

Se fumează în pipe sau în țigarete de marijuana

COCAINA ȘI AMFETAMINELE: SEDIUL ACȚIUNII



Amfetaminele și cocaina stimulează eliberarea dopaminei la nivelul nucleului accumbens, având un efect dezhibant asupra sistemului motivațional

COCAINA

INTOXICAȚIA ACUTĂ	PSIHIC Euforie activă Insomnie Apetit redus Energie crescută Încredere în sine Logoree Anxietate Delirium toxic	SOMATIC Midriază HTA +/- AVC Aritmii +/- IMA Febră Transpirații Convulsii Greață Prurit și leziuni de grataj
INTOXICAȚIA CRONICĂ	Apatie sau violență Psihoză cocainică (halucinații vizuale, tactile, paranoidie)	Cașexie Perforații ale mucoasei nazale Emfizem pulmonar

Efectul euforizant (high) DUREAZĂ PUȚIN și este urmat de o senzație de iritabilitate care împinge cocainomanul să continue consumul până la epuizarea sa sau a stocului. După aceea se instalează CRASH-UL cu depresie, foame, oboseală, anxietate și o dorință chinuitoare de a-și procura drogul (dependența psihologică, craving-ul)

AMFETAMINELE

AMFETAMINELE CLASICE stimulează
eliberarea dopaminei:

LEVOAMFETAMINA, DEXTROAMFETAMINA
METHAMFETAMINA (SPEED)
DEXTROMETHAMFETAMINA (ICE)
METILFENIDAT (RITALINA)

AMFETAMINE DESIGNER stimulează
eliberarea dopaminei, noradrenalinei și
serotoninei combinând efectele amfetaminelor
clasice cu cele ale halucinogenelor
MDMA (ECSTASY, ADAM)
MDEA (EVE)
MDA
DOM



AMFETAMINELE -UTILIZARE

UTILIZATORI:

- Studenti înainte de examenelor
- Oameni de afaceri surmenați
- Sportivi înainte de competițiilor
- Soldați în marșurile lungi
- Șoferii de cursă lungă pentru a combate somnul
- Femei pentru a slăbi

UTILIZAREA ÎN MEDICINĂ

- Decongestionare nazală (methamfetamina)
- Narcolepsie
- Sindrom hiperkinetic
- Depresii rezistente la tratament

Căile de administrare.

- Oral (efect după o oră și durează 6 ore)
- IV shooting
- IM
- Inhalare
- Fumat(durată ore)- ICE

Toxicomanii la amfetamine sunt denumiți speed freaks (monștrii vitezei)

AMFETAMINELE

INTOXICAȚIA ACUTĂ	PSIHIC Euforie activă Stimă de sine crescută Excitație Dispariția foamei, oboselii, somnului Creșterea pragului durerii Anxietate	SOMATIC Midriază Tahicardie Hiper TA Polipnee Hipertermie Scădere ponderală importantă
	PSIHOZA AMFETAMINICĂ (1-3 zile) Halucinații vizuale și tactile Efect PARANO Idei de urmărire, halucinații auditive	ÎN CAZURILE SEVERE: Fibrilație ventriculară Infarct miocardic Insuficiență cardiacă Crize HTA cu AVC Convulsii

AMFETAMINELE

- RUN = utilizarea în permanență în doze de până la 10 injecții pe zi mai multe zile/săptămâni până la epuizarea dozelor sau a organismului care cedează nemaiputând susține nici o activitate) după care urmează CRASH-UL:
 - DEPRESIE, IRITABILITATE
 - OBOSEALĂ
 - HIPERSOMNIE
 - FOAME
- Pentru a scăpa de depresie se asociază HIPNONTICE
- Depresia se poate complica cu SUICID
- POLITOXICOMANIA:
 - amfetamine + heroină iv = SPEED BALL
 - amfetamine + barbiturice = GOOF BALL

HALUCINOGENELE

psihedelice: produc senzația de
expansiune a minții

psihodisleptice: perturbă mintea

psihotomimetice: mimează psihoza

AMANITA MUSCARIA – Afganistan

ATROPA BELLADONA

MESCALINA – America Centrală - utilizată de azteci

PSILOCYBINA - America Centrală - utilizată de mayași

AYAHUASCA – America de Sud – jungla amazoniană

LSD dietilamida acidului lisergic (sintetizat în 1938 de Alfred Hofmann din ergotamină)

HALUCINOGENELE

- AMANITA MUSCARIA
 - Component posibil al băuturii rituale “soma” (indiană) sau “haoma” (iraniană) (după R. Gordon Wasson)
 - Componente active:
 - Muscarina (agonist al receptorilor muscarinici)
 - Acidul ibotenic (agonist al receptorilor glutamatergici NMDA) care este transformat în muscimol (agonist al receptorilor GABAergici)
 - Intoxicația:
 - greață,
 - hipotensiune, transpirații, sialoree
 - iluzii (macroscopice / microscopice), halucinații
 - euforia, relaxare
 - ataxia, tulburări de echilibru
 - delirium de intoxicație

HALUCINOGENE

- ATROPA BELLADONNA
 - conține atropină, scopolamină (hioscină) and hiosciamină
 - Intoxicația: efecte anticolinergice
 - Midriază, tahicardie
 - Cefalee
 - Rash
 - Gură uscată, retenție urinară, constipație
 - Dizartrie, tulburări de echilibru
 - Halucinații
 - Convulsii
 - Delirium de intoxicație
 - Antidot: fizostigmină , pilocarpină
 - Alte halucinogene cu componentă asemănătoare: DATURA

HALUCINOGENE

- MESCALINA – seamă de dopaminei
- PSILOCYBINA - seamă de serotoninei (4 hydroxy N,N-Dimethyltryptamine)
- AYAHUASCA – amestec de plante conținând
 - Alcaloizi de harmala (beta-carboline cu efect inhibitor al MAO): harmina, harmaline (inhibitori selectivi și reversibili ai MAO-A), și tetrahydroharmina care este un SSRI slab
 - DMT (N,N-Dimethyltryptamine) are nevoie de efectul inhibitor asupra MAO pentru a fi activ: exercită efecte serotonergice
- LSD – seamă de serotoninei

HALUCINOGENELE

EXPERIENȚA PSIHEDELICĂ

Faza I (2 ore)

- Relaxare
- Euforie
- Sociabilitate
- Luciditate
- Efecte somatice simpaticomimetice

Faza II (2 ore)

- Hiperestezii: crește intensitatea percepțiilor
- Sinestezii: vederea sunetelor, auzul culorilor, pipăirea mirosurilor
- Iluzii: distorsiuni ale formelor și distanțelor
- Halucinații: vizuale geometrice, kaleidoscopice

Faza III

- Perceperea distorsionată a timpului: se scurge prea lent, fuzionează trecutul cu prezentul și viitorul, reținerile unor evenimente foarte îndepărtate
- Sentiment de dedublare, de decorporare, depersonalizare, disoluția eului într-un extaz mistic, perceperea organelor interne
- Sentimentul de capacități deosebite, de invulnerabilitate
- Psihoză paranoidă, delirium

BAD TRIP

Experiență asemănătoare cu atacul de panică

Uneori se asociază halucinațiile și delirul

Efectul set and setting

FREE TRIP (FLASH BACK)

Recurențe spontane și tranzitorii ale experienței psihedelice (secunde, minute) care apar mult după ce drogul a fost eliminat din organism

ANESTEZICELE

- Fenciclidina (PCP, Angel dust), $t_{1/2}$ mai lung, potență mai mare
- Ketamina (Special K) $t_{1/2}$ mai scurt, potență mai mică
- Fenciclidina este un anesteziec disociativ: luciditate + sentimentul de decorporare + rigiditate
- Mecanism de acțiune:
 - antagonism pe receptorii glutamatergici NMDA : deprimarea SNC
 - agonism pe receptorii 5HT2 și D2: efecte halucinogene

BARBITURICELE

INTOXICAȚIE

Beția barbiturică:

Dezinhibiție psiho-motorie

Logoree

Labilitate emoțională

Iritabilitate, agresivitate

Ataxie, dizartrie,

Tulburări de atenție și memorie

Comă cu depresie respiratorie

Frecvent toxicomania la barbiturice se asociază cu abuzul de sedative, alcool sau amfetamine și reprezintă o complicație a pacienților anxioși care caută refugiu în somn

SEVRAJ

Brutal cu risc vital:

Anxietate, iritabilitate

Tahicardie, transpirații

Oscilații tensionale

Greață

Delirium

Mioclonii, convulsii

Sindrom deficitar

Apatie

Astenie

Lentoare

Sărăcire intelectuală

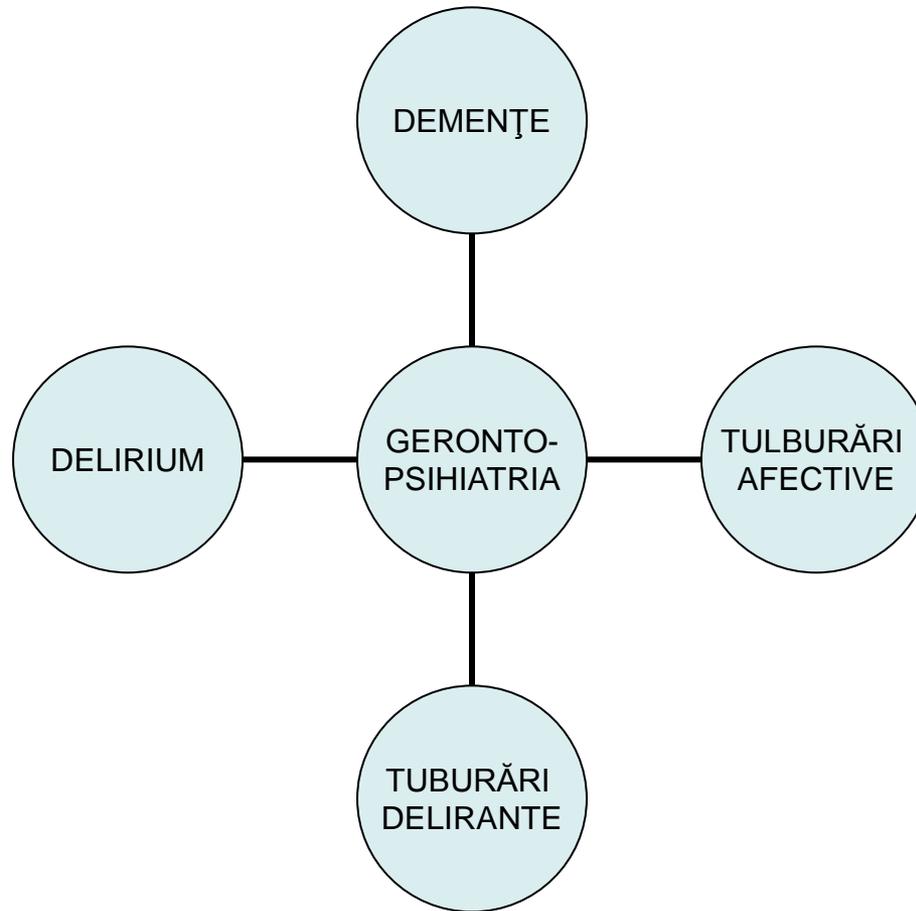
SOLVENȚII VOLATILI

- Sunt substanțe ce au la bază toluenul, acetona și tetraclorura de carbon.
- Aceste substanțe sunt folosite în general ca:
 - adezivi pentru aeromodele și navomodele
 - lacuri de unghii
 - propulsori pentru spray-uri
 - produse de scos pete (tricloretilenă)
 - solvenți pentru vopsele
 - produse petroliere (kerosen, gaz de brichetă, white spirit)
- Fac parte din clasa mai largă a substanțelor inhalante (monoxid de azot, eter, cloroform, halotan, ciclopropan, nitrit de amil).
- De obicei sunt folosiți de copiii preadolescenți (11-16 ani)
 - cu probleme familiale și școlare, în scop anxiolitic. Consumul este de obicei solitar și de durată
 - fără probleme familiale și școlare, din curiozitate într-un grup mic și în manieră ritualică. Consumul dispare după desfacerea grupului.
- Aceste substanțe efect euforic și predominant sedativ (deprimant SNC)
- Deoarece sunt liposolubile ajung repede în SNC producând o intoxicație rapidă (quick drunk)
- Dependența psihologică se instalează rapid
- Forma de administrare este prin inhalare din pungă.
- Datorită modului de administrare și efectelor secundare ale acestor substanțe, există riscul morții iminente prin asfixie, aritmii cardiace, accidente

SOLVENȚII VOLATILI

CONSUM ACUT	PSIHIC Quick drunk Euforie cu excitație asemenea alcoolului dar care se instalează rapid în 2-4 minute și durează 5-15 minute Halucinații vizuale caleidoscopice Sedare Delirium toxic Comă	SOMATIC Dizartrie ataxie diplopie nistagmus mers ebrios tremor deprimarea reflexelor
CONSUM CRONIC	PSIHIC - sindrom deficitar - impulsivitate, violență	SOMATIC - complicații hepatice, pulmonare, cardiace, renale, hematologice - rash perinazal, perioral - tuse persistentă cu secreții nazale, orale - halitoză, mirosul substanței volatile

GERONTOPSIHIATRIA



GERONTOPSIHIATRIA

- Gerontopsihiatria este acea ramură a psihiatriei al cărei domeniu de interes îl constituie tulburările psihice care pot surveni la vârsta a treia.
- Convențional s-a stabilit că vârsta a treia debutează după 65 de ani

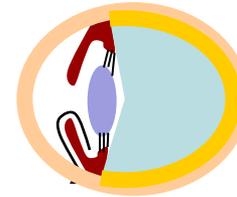
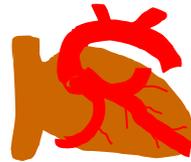
ÎMBĂTRÂNIREA NORMALĂ

- Îmbătrânirea biologică este procesul prin care organismul pierde în decursul timpului din capacitatea sa funcțională (autoreglare, reparare) care îi permitea adaptarea la mediul înconjurător.
- Îmbătrânirea primară se bazează pe limitarea genetic programată a supraviețuirii. Pe acest fundal poate interveni îmbătrânirea secundară datorată acumulării efectelor noxelor din mediul înconjurător sau bolilor de care organismul suferă.

ÎMBĂTRÂNIREA NORMALĂ ȘI PATOLOGIA ASOCIATĂ

hipertensiune sistolică ← arterioscleroză

ischemie ← atheroscleroză

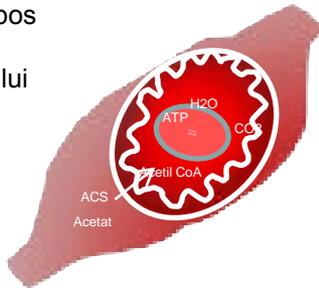


riscul apariției cataractei

Scăderea elasticității și creșterea opacității cristalinului
prezbiopie

ajustarea dozelor de medicament
surplusul se depune sub formă de țesut adipos

scăderea procentului de calorii arse în mușchi
reducerea masei musculare



artroza cu limitarea mobilității individului

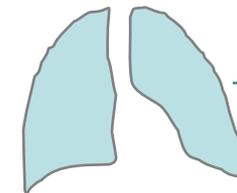


risc de fracturi de col femural
pierdere ușoară din înălțime
Osteoporoză (scăderea matricei proteice și demineralizare osoasă)

acuitatea auditivă scade mai ales pentru sunetele înalte
acuitatea gustativă și olfactivă diminuează

favorizarea apariției halucinațiilor și delirurilor

scade reflexul de tuse



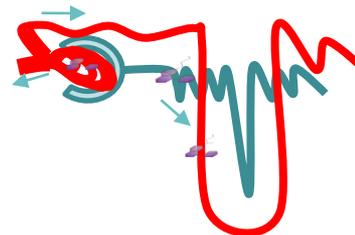
risc de infecții pulmonare

risc de gastrită atrofică, hernie hiatală

scade activitatea enzimatică în stomac și intestin

risc de malabsorbție, avitaminoză și diverticuloză

scade motilitatea colonului
scade: constipație

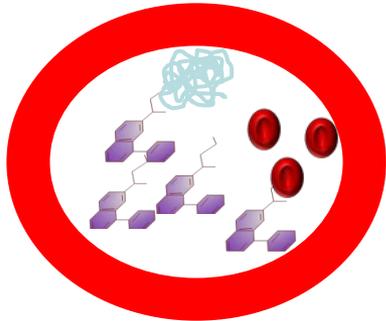


scăderea numărului glomerulilor, îngroșarea membranei bazale a glomerulilor și tubulilor
lărgirea prostatei

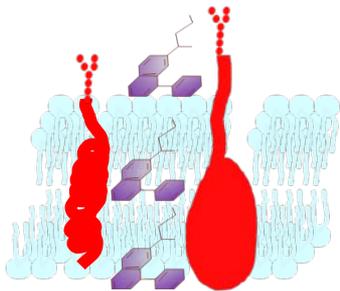
ajustarea dozelor de medicament

disurie

PARTICULARITĂȚILE FARMACOCINETICII LA VÂRSTNICI



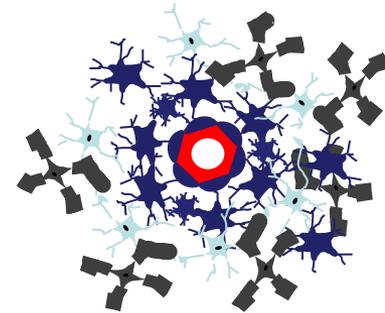
Mai puține proteine de care medicamentul să se poată lega: fracția liberă și activă mai mare



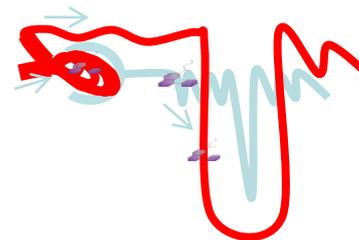
Volumul țesutului adipos crește cu vârsta



Ajustarea dozelor în sensul reducerii acestora !



Bariera hemato-encefalică este mai permeabilă



Filtrare glomerulară redusă

PRINCIPALELE BOLI CRONICE CU CARE SE CONFRUNTĂ O PERSOANĂ LA VÂRSTA A TREIA SUNT:

- artroza
 - bolile cardiovasculare (inclusiv hipertensiunea),
 - hipoacuzia cu sau fără tinitus,
 - cataracta, prezbiopia,
 - osteoporoza
-
- Bătrânețea se însoțește de o patologie cumulativă, mai puțin zgomotoasă clinic decât la tânăr, dar cronică.

SISTEMUL NERVOS: ÎMBĂTRÂNIREA DIN PERSPECTIVĂ COGNITIVĂ

- Creierul este structură dinamică capabilă de-a lungul vieții să achiziționeze sau să piardă din funcționalitatea sa
- Scăderea activității dopaminei determină lentoarea cu care se desfășoară operațiile mentale
- REZERVA FUNCȚIONALĂ:
 - la adultul tânăr, declinul funcțiilor cognitive nu este încă aparent deoarece acesta dispune de o rezervă funcțională încă mare
 - la vârstnic declinul funcțiilor cognitive se va face dintr-o rezervă funcțională tot mai mică
 - Compensarea se face prin abilitățile acumulate prin experiență

FUNCȚII COGNITIVE: MEMORIA

- declin în:
 - memoria de lucru
 - asocierea evenimentelor din trecut la contextul lor (de exemplu persoana își amintește o informație dar nu și sursa ei, persoana care i-a furnizat-o)
 - fixarea voluntară, activă (necesitând efort mental) a informațiilor noi
 - evocarea voluntară, activă (necesitând efort mental) a informațiilor din depozitele mnezice
- vor fi puțin sau deloc afectate:
 - memoria semantică (vocabularul)
 - memoria implicită
 - evocarea pasivă
 - recunoașterea informației (recunoașterea unor desene)

MODIFICĂRILE PSIHOLOGICE

- Trecerea către vârsta a treia reprezintă unul dintre momentele cheie al ciclului existenței unei persoane, deoarece impune nu numai adaptarea la modificările biologice secundare îmbătrânirii sau la bolile ce apar pe acest fond, ci și la schimbări de rol profesional, social și familial.

PENSIONARE

Pierdere de statut social
Pierderea avantajelor
Pierdere responsabilităților
Pierderea de relații sociale
Pierdere financiară
Pierderea unui colectiv
Pierderea programului
structurat impus de locul
de muncă

compensare

Nou rol în familie: creșterea nepoților
Participare la reuniuni publice,
activități de club sau caritabile

lipsa compensării

Sentiment de inutilitate
Sentiment de abandon
Reactivarea conflictelor conjugale

DECLIN BIOLOGIC

Deteriorarea stării de
sănătate
Cheltuieli cu medicația
Limitare funcțională
Limitări senzoriale

Medicație
Proteze auditive
Ochelari
Baston

Izolare socială
Sentiment de incapacitate

BILANȚ EXISTENȚIAL

Viitorul oferă satisfacții
limitate, atenția va fi
concentrată pe trecut:
împliniri și eșecuri

Anxietate, avariție,
depresie, suicid,
delir hipocondriac, delir
de prejudiciu

DEMENȚELE

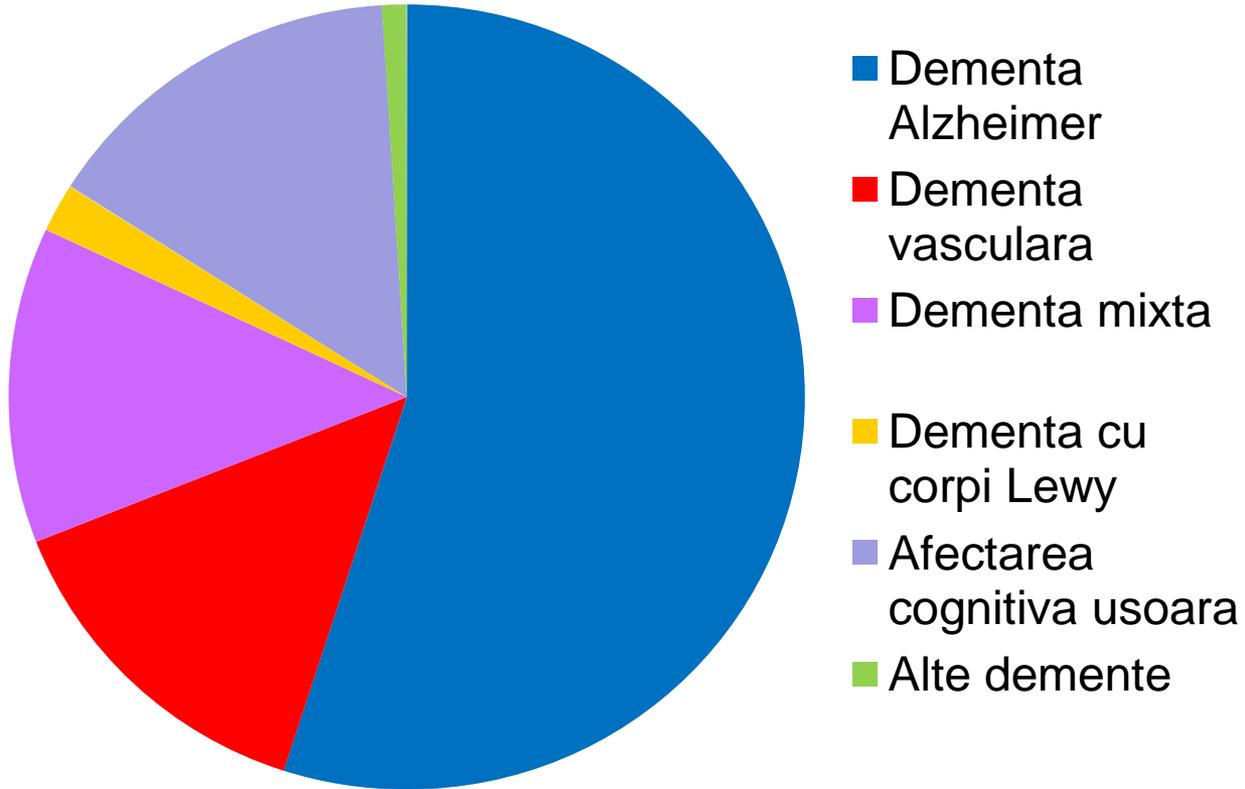
- DEMENȚA: deteriorare a psihismului
- globală
- dobândită
- progresivă
- spontan ireversibilă,
- care afectează funcțiile cognitive, viața afectivă și conduita socială, ducând în final la tulburări de deglutiție, cașexie și pierderea controlului sfincterian.

Dg diferențial:

Deteriorarea cognitivă parțială (Sd. amnestic vascular)

Retardul mintal: lipsă de dezvoltare globală a psihismului, care este congenitală și anevolutivă

DEMENȚELE



DEMENTE DEGENERATIVE:

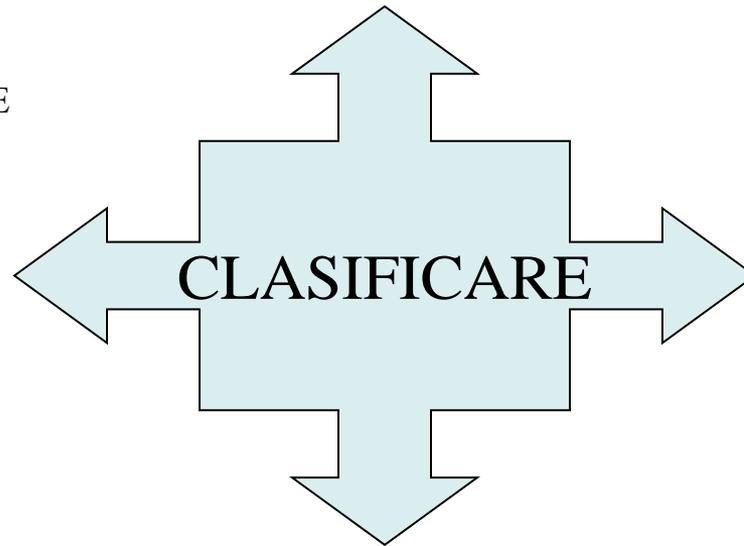
BOALA ALZHEIMER
BOALA PICK
BOALA PARKINSON
COREEA HUNTINGTON
DEMENTA CU CORPI LEWY

DEMENTE INDUSE DE BOLI
SOMATICE GENERALE:

SIDA, SIFILIS, PANENCEFALITA
SCLEROZANTĂ SUBACUTĂ
(PESS),
CREUTZFELDT-JAKOB
TUMORĂ CEREBRALĂ
HEMATOM CEREBRAL
ABCES CEREBRAL
TRAUMATISME CEREBRALE
(DEMENTIA PUGILISTICA)
HIDROCEFALIE CU PRESIUNE
NORMALĂ HIPOTIROIDISM
HIPERCALCEMIE
HIPOGLICEMIE
UREMIE
BOLI HEPATICE

DEMENTE INDUSE DE
CONSUMUL DE SUBSTANȚE
PSIHO-ACTIVE:

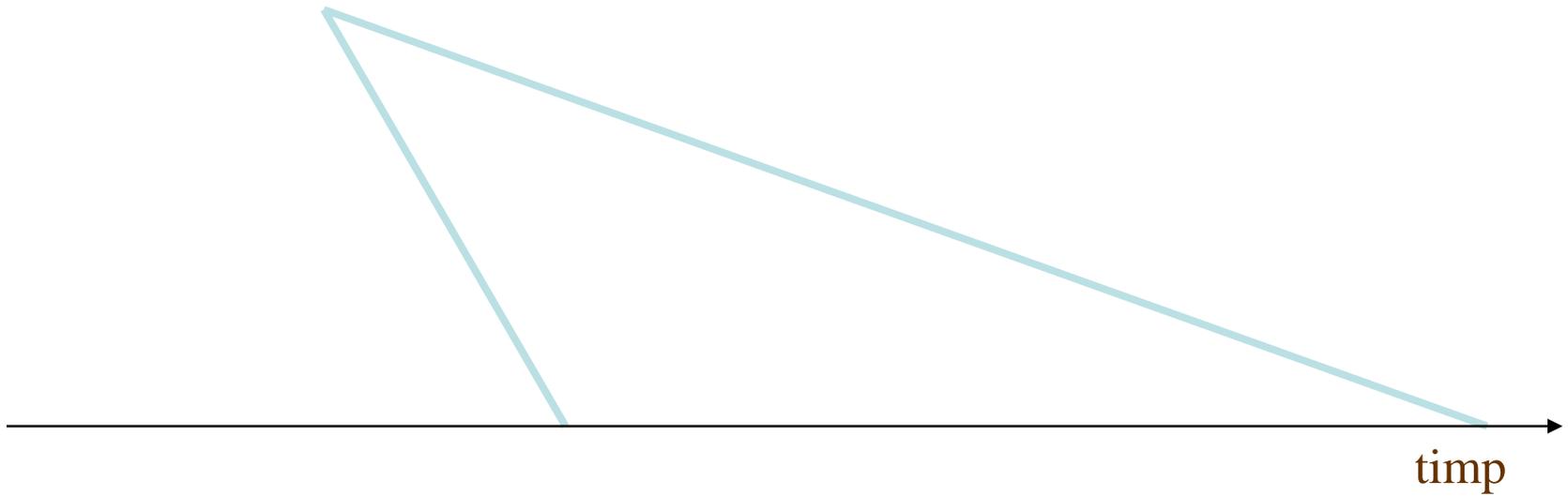
ALCOOL
MONOXID DE CARBON
CANNABIS



DEMENTELE VASCULARE

DEMENTA MULTIINFARCT
LACUNARISMUL CEREBRAL
INFARCTELE STRATEGICE

EVOLUȚIE



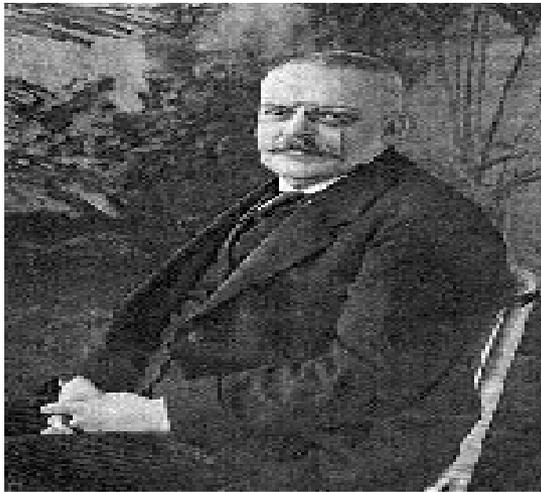
RAPID PROGRESIVĂ

Encefalite (PESS)
Boala Creutzfeld-Jakob
Demența Alzheimer cu AHC
Demența din SIDA

LENT PROGRESIVĂ

Demența Alzheimer
Demența din hidrocefalia cu
presiune normală

DEMENTIA ALZHEIMER

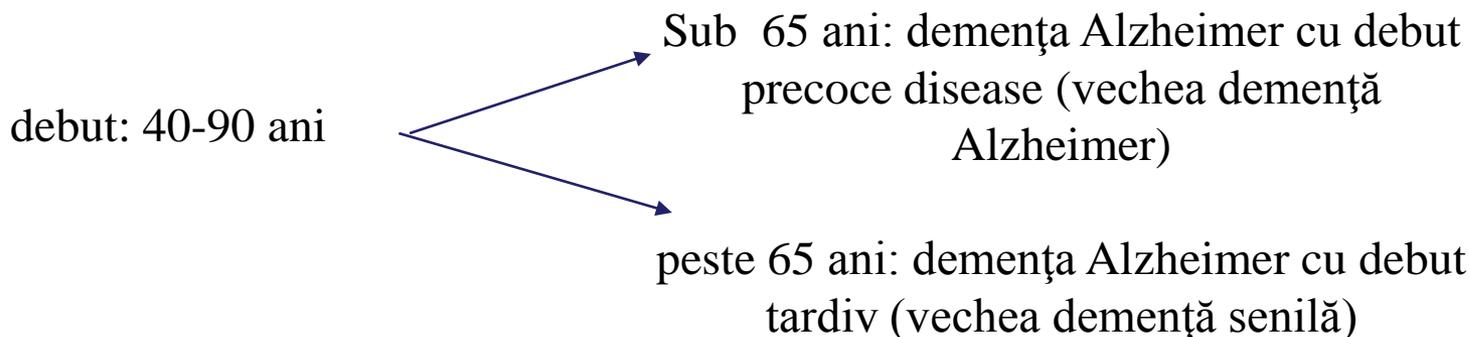


Alois Alzheimer (1864-1915)



DEMENȚA ALZHEIMER: EPIDEMIOLOGIE

- Cea mai frecventă formă de demență (55%)
- Mai frecventă la femei
- Debut:



- Vârsta ca și factor de risc
 - 5% din persoanele de peste 65 ani
 - 25% din persoanele de peste 80 ani
 - 50% din persoanele de peste 95 ani

DEMENȚA ALZHEIMER: ETIOPATOGENIE

- FACTORI GENETICI
- FACTORI BIOCHIMICI: transmisia acetilcolinergică
- Deficit hormonal (estrogeni)
- Factori vasculari
- Factori traumatici
- Exces de aluminiu
- Infecție cu virus lent
- Procese autoimune

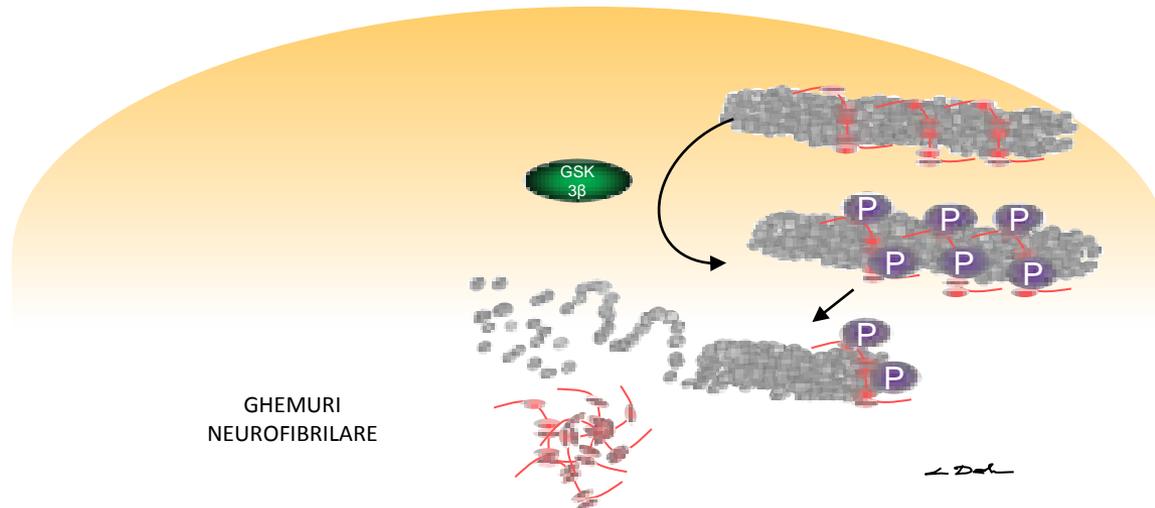
FACTORII GENETICI ÎN DEMENȚA ALZHEIMER

- 2% sunt forme genetice cu transmitere dominant autozomală
Debutul este precoce și evoluția rapidă (deces la 4 ani de la diagnosticare)
 - Cromozomul 21: gene pentru APP (demența complică Sd. Langdon-Down)
 - Cromozomul 14: gene pentru presenilina 1
 - Cromozomul 1: gene pentru presenilina 2
- 98% sunt forme multifactoriale
Debut insidios și evoluție lentă (deces la 8 ani de la diagnostic)
 - Cromozomul 19: gene pentru apolipoproteina E - alela ϵ 4 a apolipoproteinei E crește riscul apariției: forme sporadice de demență Alzheimer

HIPERFOSFORILAREA PROTEINEI TAU: GHEMURILE NEUROFIBRILARE

În mod normal, proteina tau este asociată microtubulilor pe care îi consolidează
MICROTUBULII au rol în transportul intracelular de la nucleu la butonul sinaptic și
sunt componente ale citoscheletului

Fosforilarea excesivă a proteinei tau, scade interacțiunea acesteia cu microtubulii
În DEMENTA, ALZHEIMER proteina tau hiperfosforilată se agregă sub formă de
ghemuri neurofibrilare ducând la degenerarea și moartea neuronilor



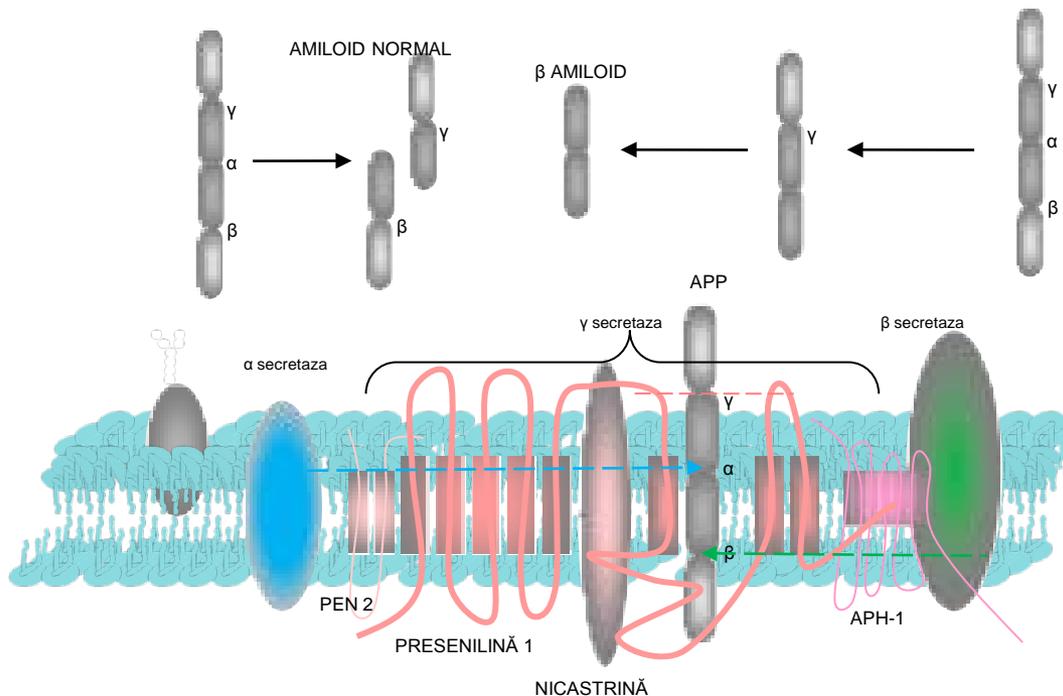
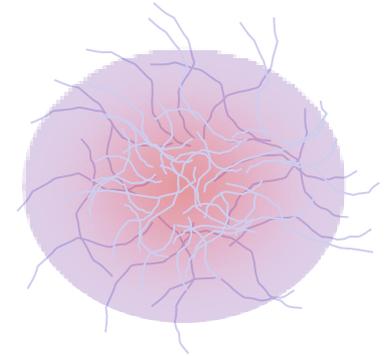
GHEMURI
NEUROFIBRILARE

L. Del

L. Del

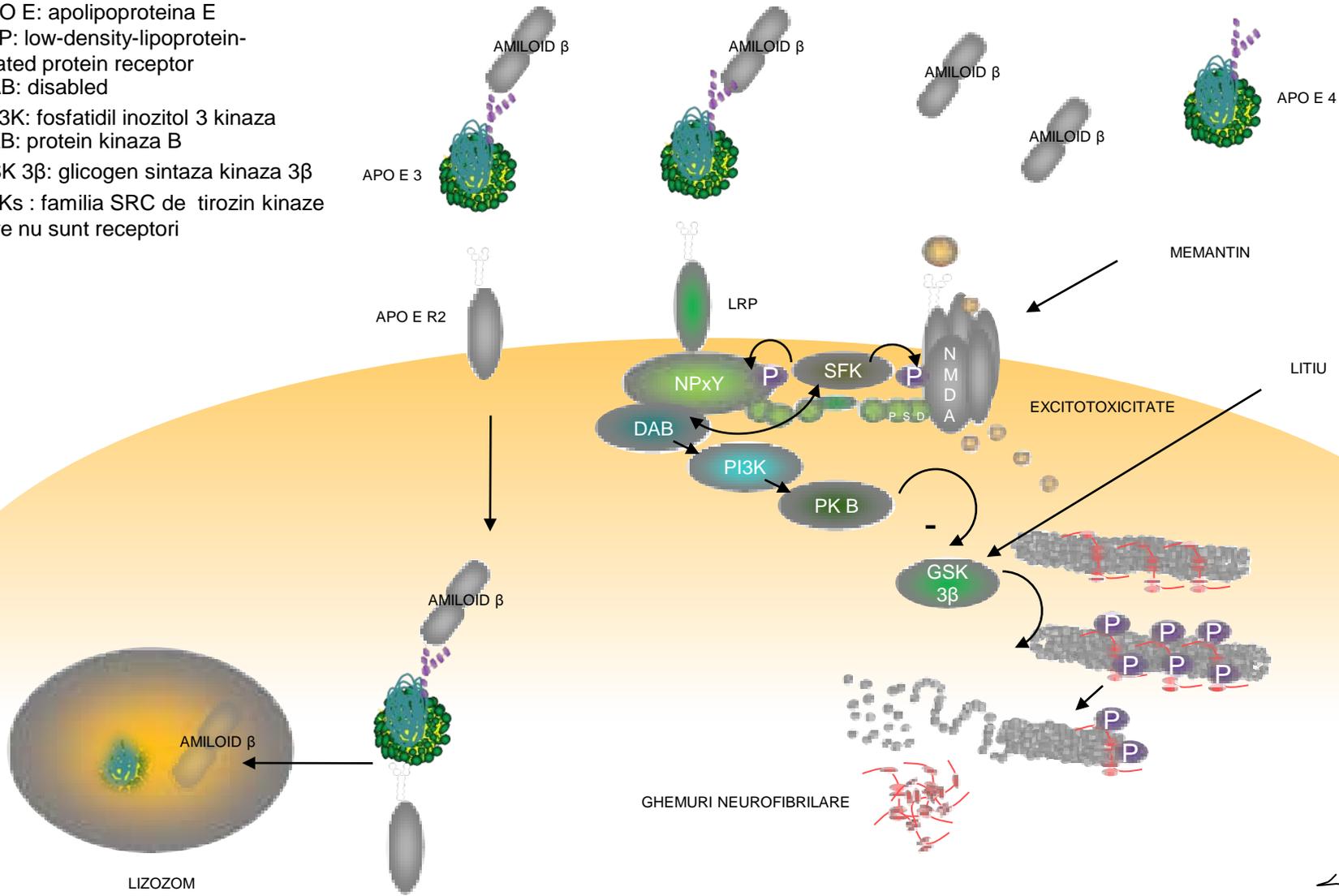
SECRETAZELE MEMBRANARE ȘI BETA AMILOIDUL

Amiloidul β provine dintr-o proteină precursoră (APP) care este clivată anormal de către enzimele secretaze. Amiloidul β se va acumula în plăcile senile ducând la afectarea transmisiei neuronale prin efect neurotoxic direct sau indirect, stimulând microgliile să producă citokine și radicali liberi.



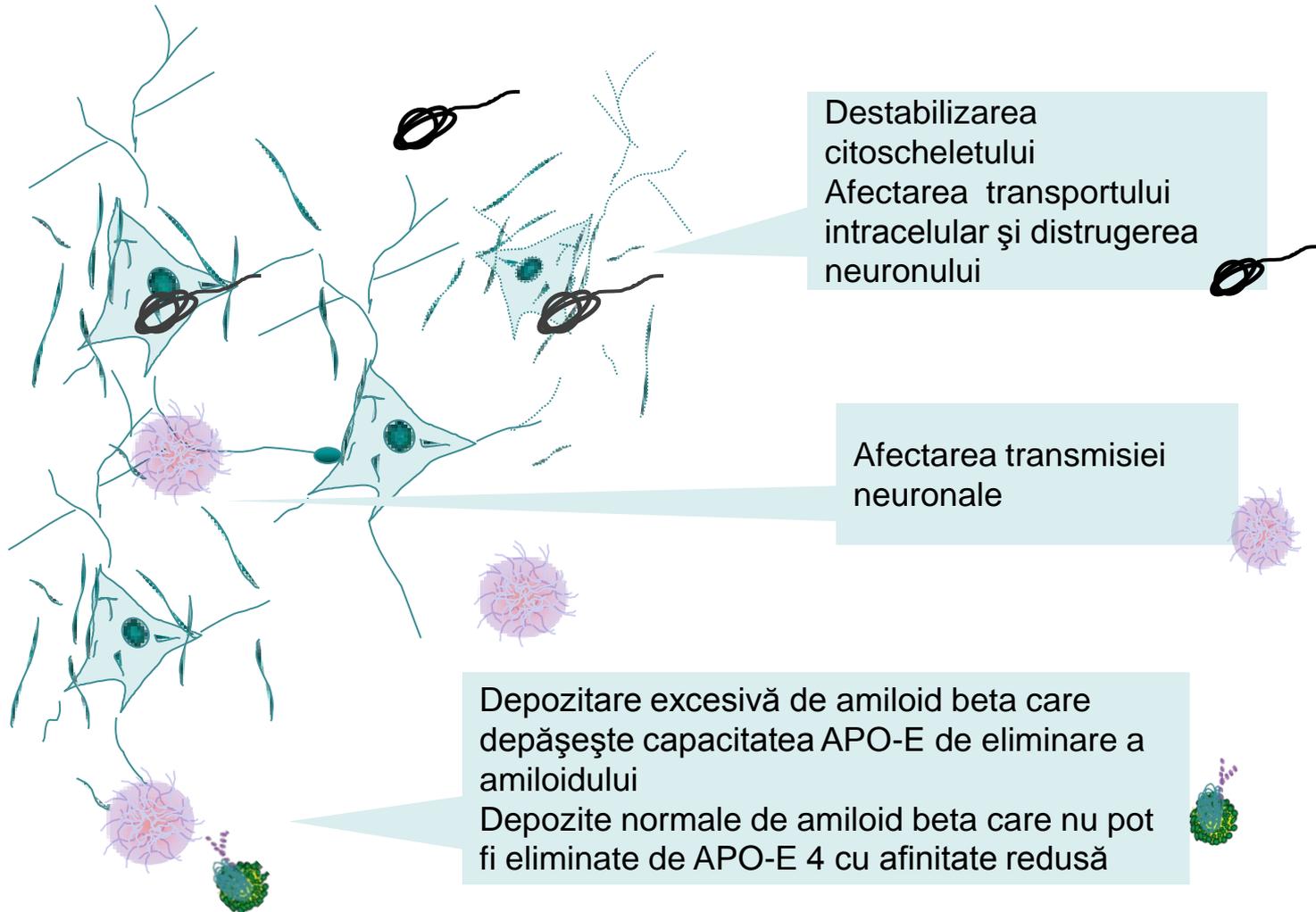
APOLIPOPROTEINELE E ȘI DEMENȚA ALZHEIMER

APO E: apolipoproteina E
 LRP: low-density-lipoprotein-related protein receptor
 DAB: disabled
 PI 3K: fosfatidil inozitol 3 kinaza
 PKB: protein kinaza B
 GSK 3 β : glicogen sintaza kinaza 3 β
 SFKs : familia SRC de tirozin kinaze care nu sunt receptori

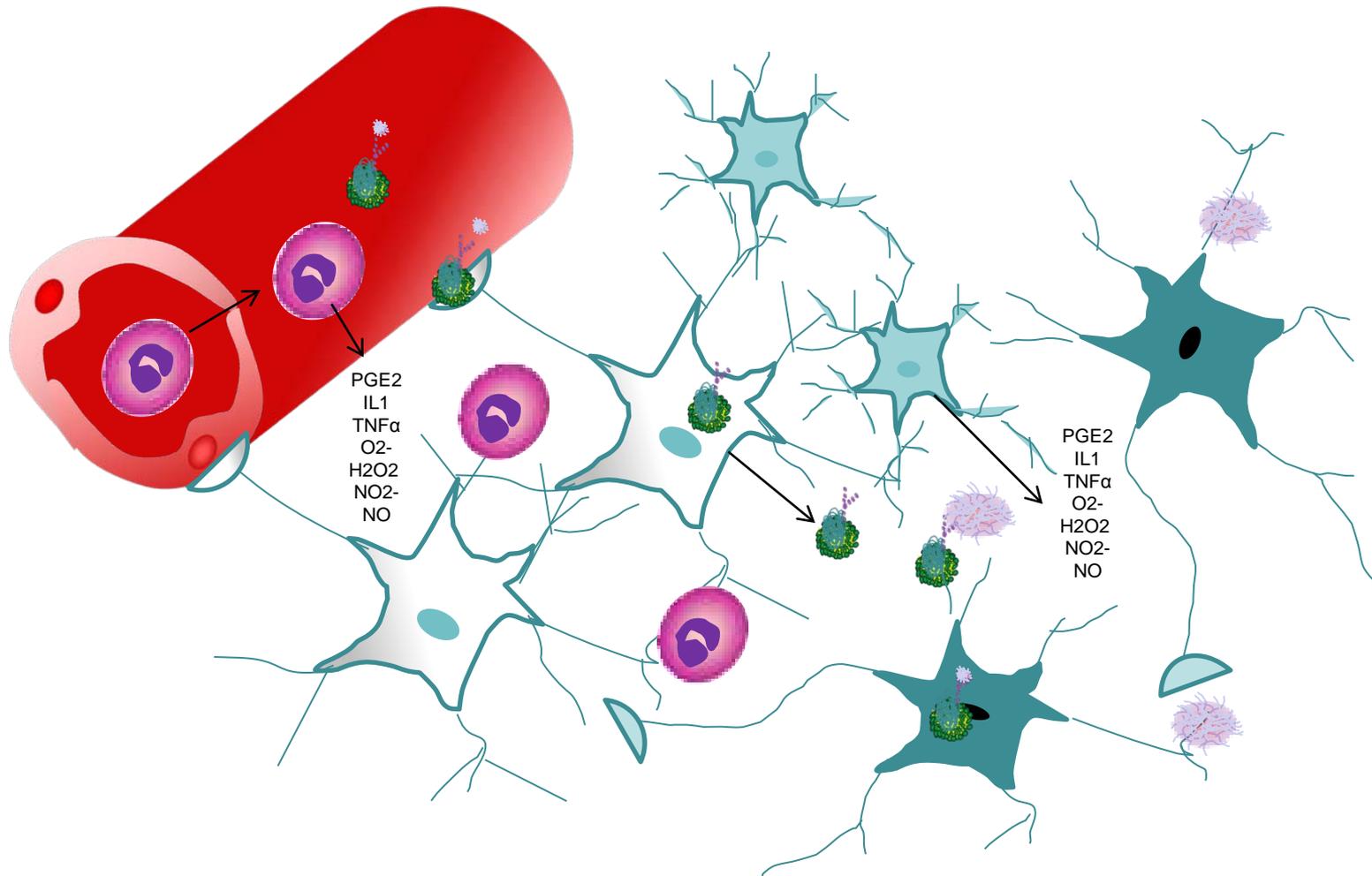


L. Del

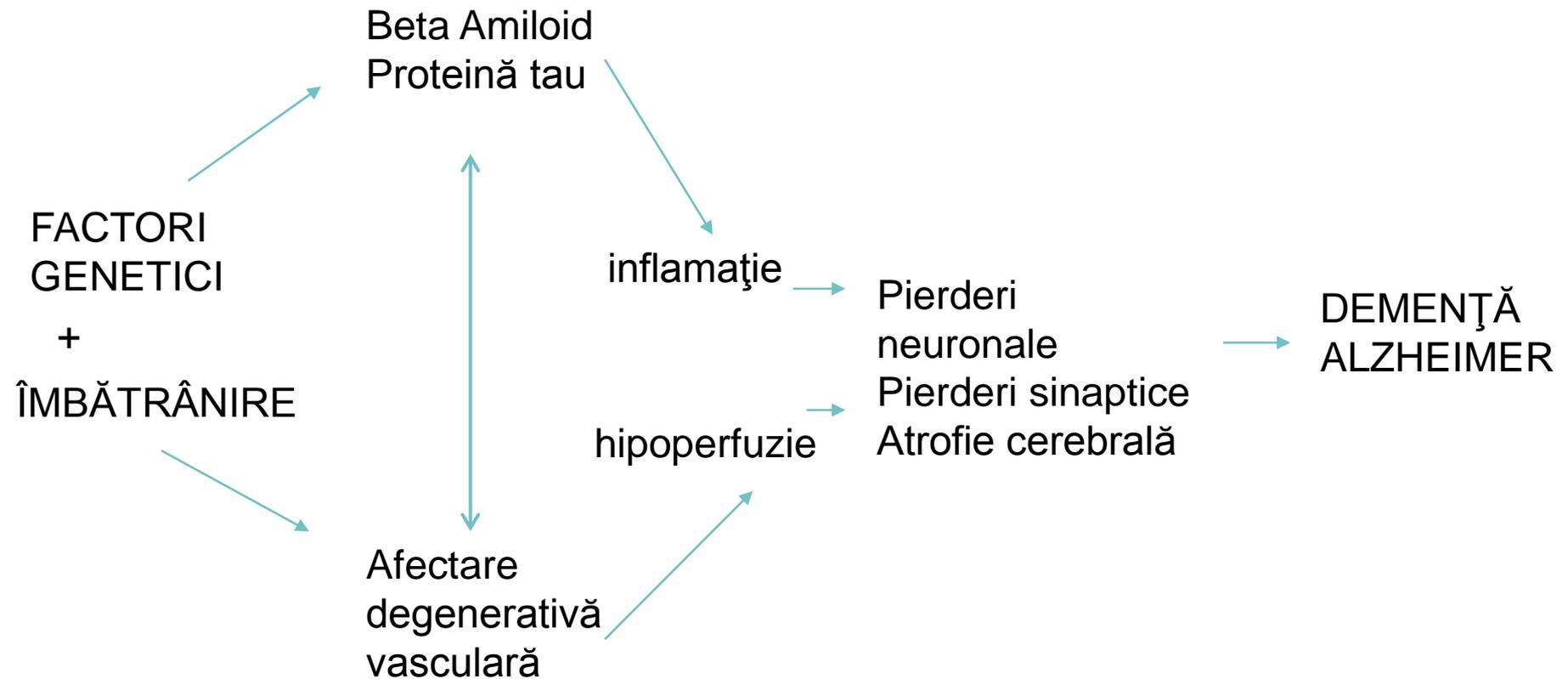
DEMENȚA ALZHEIMER: FIZIOPATOLOGIE



DEMENȚA ALZHEIMER: FENOMENELE INFLAMATORII



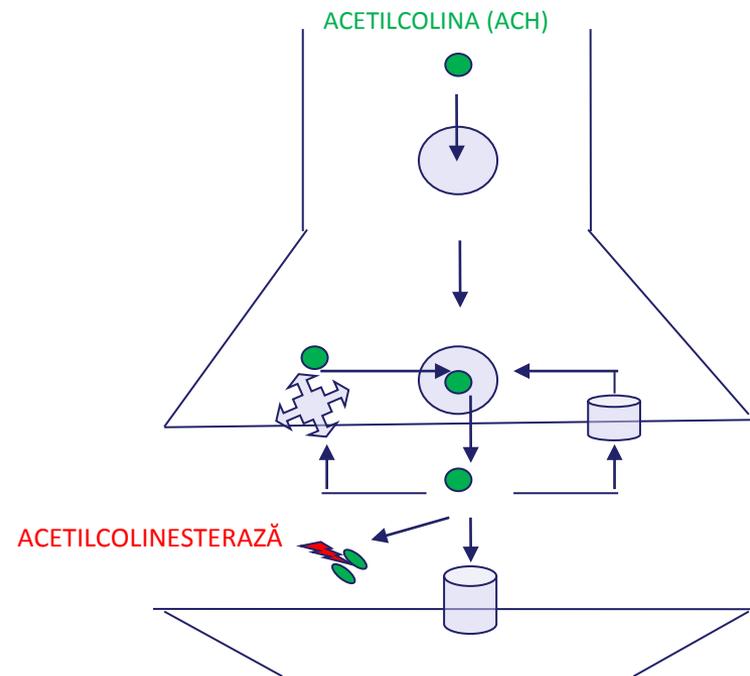
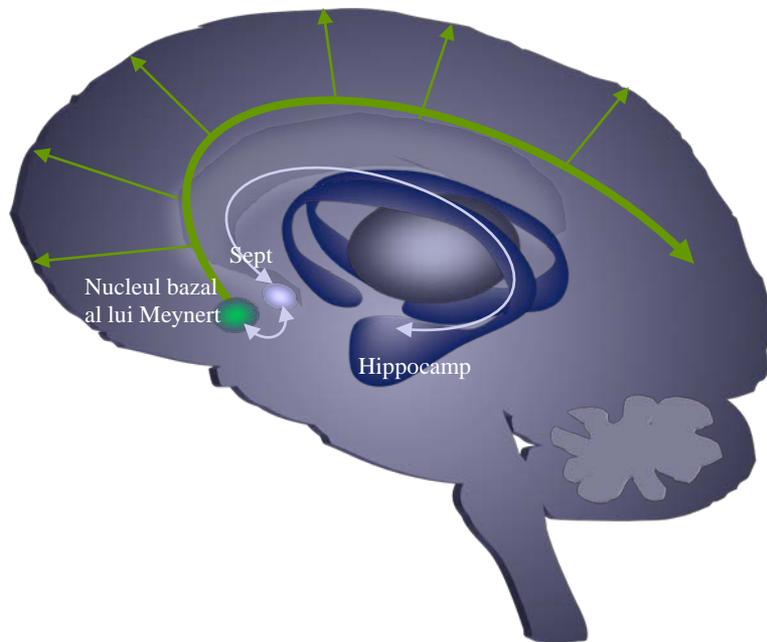
DEMENȚA ALZHEIMER: ROLUL CUMULATIV AL DIFERIȚILOR FACTORILOR ÎN PATOGENIE



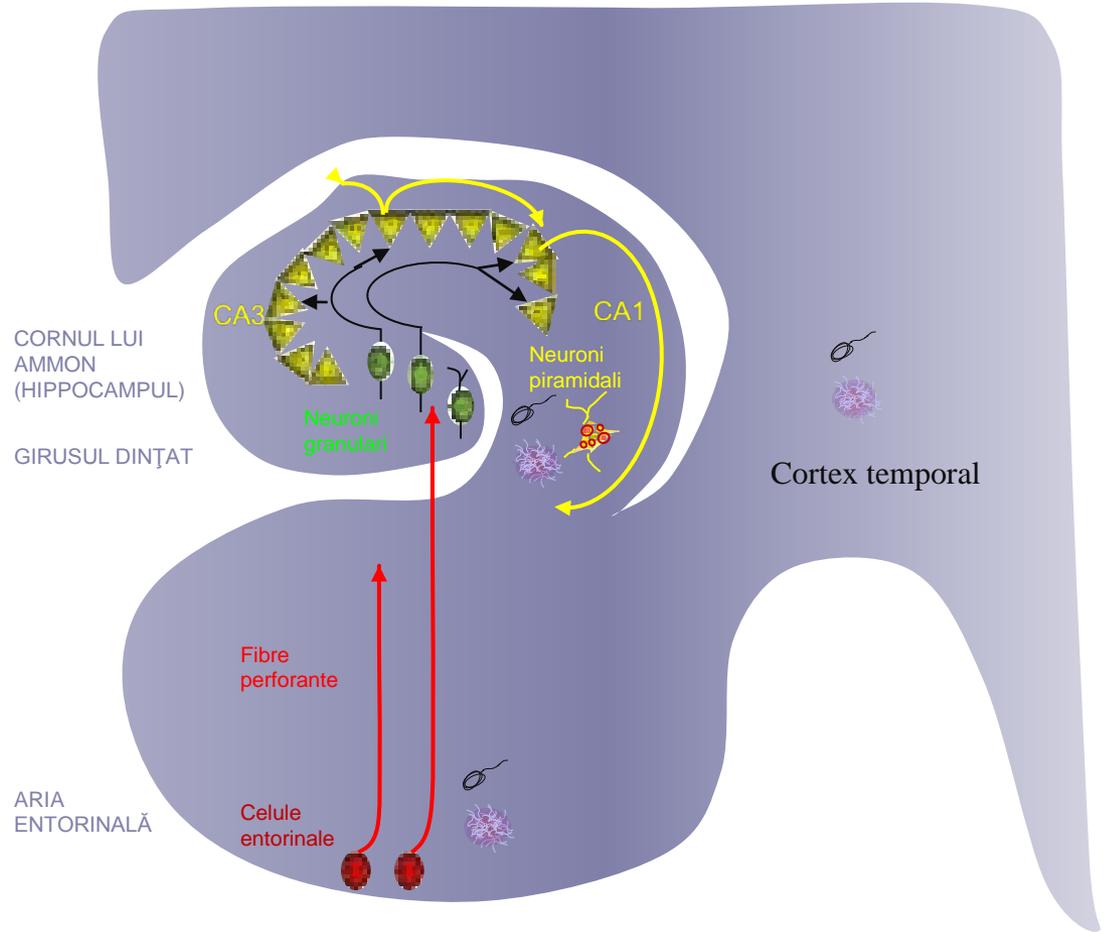
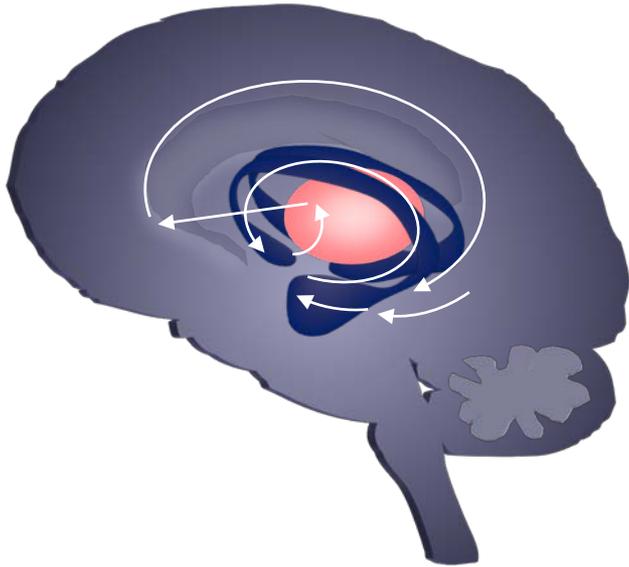
(după Emmerling, Gracon și Roher, 1999)

DEMENȚA ALZHEIMER: TRANSMISIA COLINERGICĂ

Pierderea sinapselor colinergice și degenerarea neuronilor colinergici din nucleul bazal al lui Meynert duc la afectarea atenției și memoriei de scurtă durată (fixarea și evocarea evenimentelor recente)



DEMENȚA ALZHEIMER: HIPPOCAMPUL



LEZIUNI CARACTERISTICE

 PLĂCI SENILE (amiloid beta)

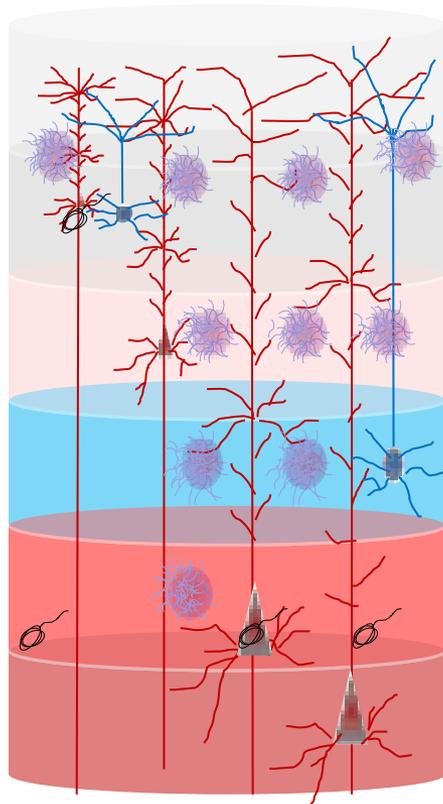
 GHEMURI NEUROFIBRILARE

 DEGENERAREA GRANULO-VACUOLARĂ a neuronilor piramidali din hippocamp

DEMENȚA ALZHEIMER: ANOMALII LA NIVELUL HIPPOCAMPULUI

- Există o corelație între numărul leziunilor histologice corticale (în special cel al leziunilor fibrilare în ariile asociative temporale) și gravitatea clinică a demenței
- Există o distribuție regională și temporală a leziunilor din boala Alzheimer:
 - inițial este afectat cortexul entorhinal, hipocampusul, cortexul temporal
 - apoi, în evoluție, leziunile se extind la cortexul frontal și parietal
- Ariile primare de proiecție senzorială și cortexul primar motor nu sunt afectate ceea ce explică absența semnelor neurologice de focar

DEMENȚA ALZHEIMER: CORTEXUL ASOCIATIV

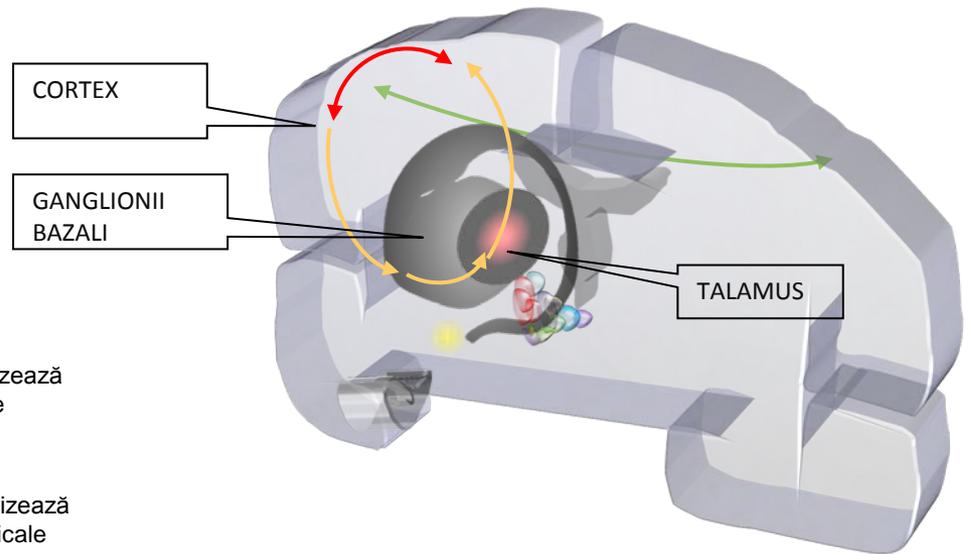


Str III : neuroni ce realizează legături cortico-corticale contralaterale

Str IV : neuroni ce realizează conexiuni talamo-corticale

Str V : neuroni ce realizează conexiuni cortico-striate și cu trunchiul cerebral

 Plăci senile (beta-amiloid)
 Ghemuri neurofibrilare

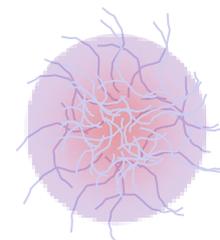


DEMENȚA ALZHEIMER: MARKERII HISTOPATOLOGICI

TRIADA DIAGNOSTICĂ:
MARKERII DIAGNOSTICULUI DE
CERTITUDINE



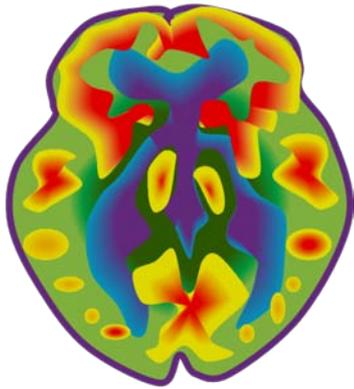
Ghemuri neurofibrilare
(intracelular)
în cortex și hipocamp



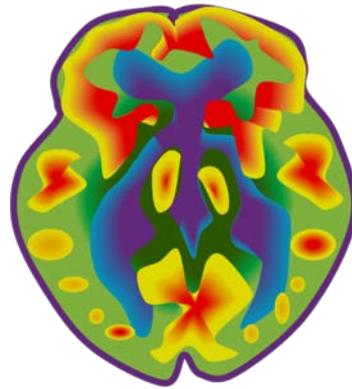
Plăci senile: coroană fibrilară
centrată de amiloid
(extracelular)
în cortex și hipocamp

Degenerare granulo-vacuolară
în hipocamp

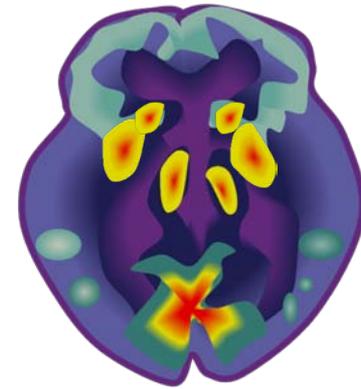
DEMENȚA ALZHEIMER EXPLORARE FUNCȚIONALĂ (PET)



Subiect 20 ani



Subiect 80 ani

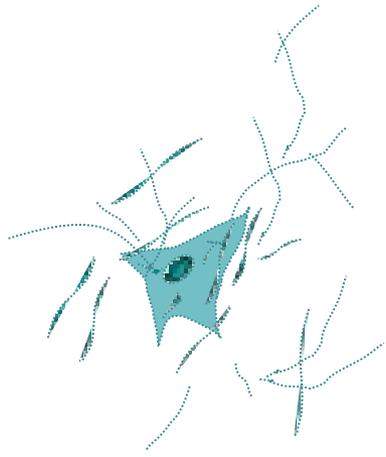


Subiect cu demență
Alzheimer



Metabolism crescut

DEMENȚA ALZHEIMER: HISTOPATOLOGIE

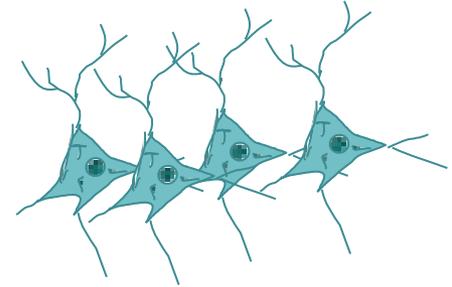


Neuron normal

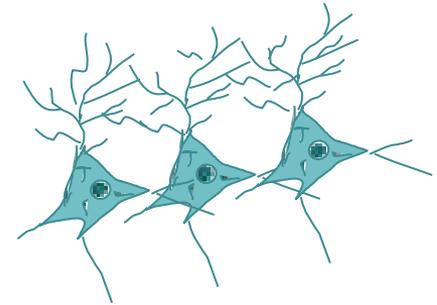


Neuron în demența Alzeimer

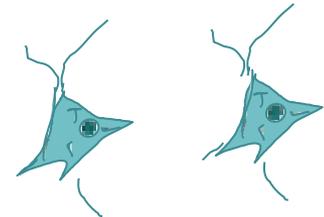
Adult



Bătrânețe
(neuroplasticitate)

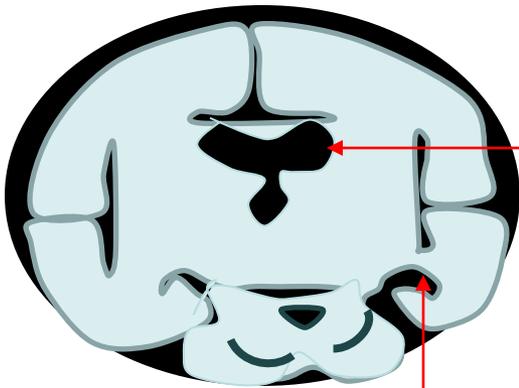


Demența Alzheimer



DIAGNOSTIC IMAGISTIC

STADIU PRECOCE



Dilatarea fisurii perihippocampice stângi secundară degenerării neuronilor din hipocampus stâng

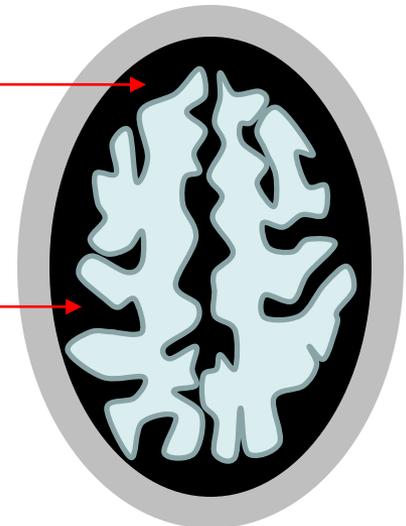
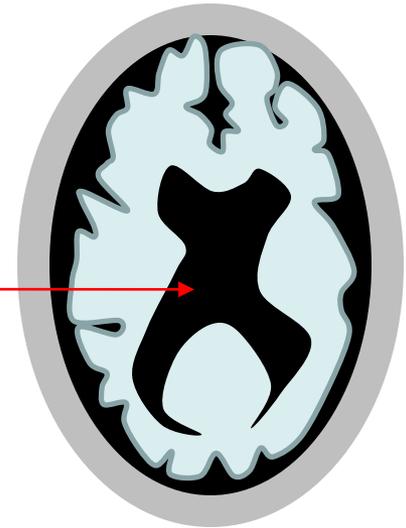
STADIU TARDIV

Creierul are aspectul unui miez de nucă

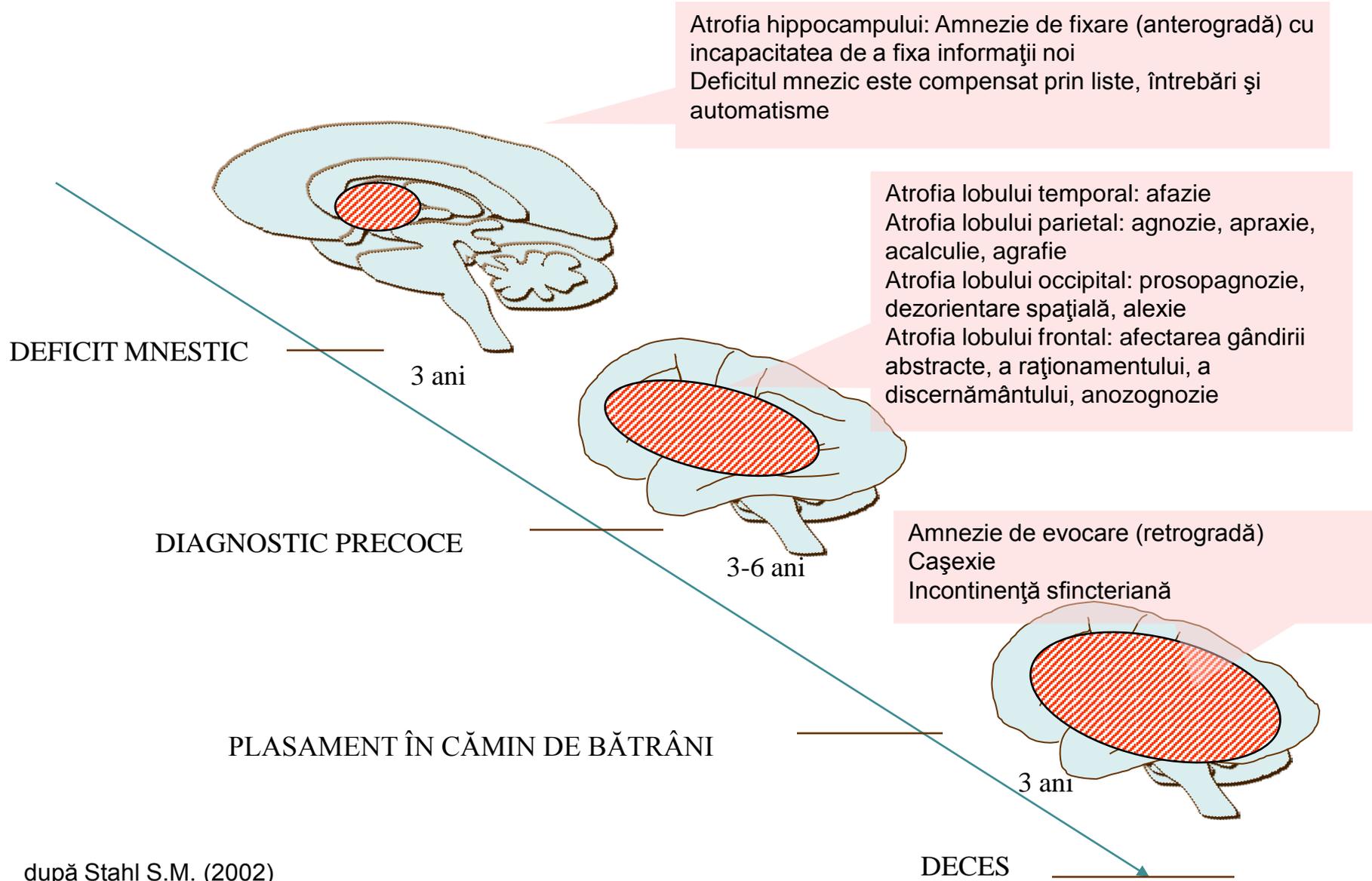
dilatare ventriculară

creșterea spațiului peri cerebral

dilatarea șanțurilor cerebrale

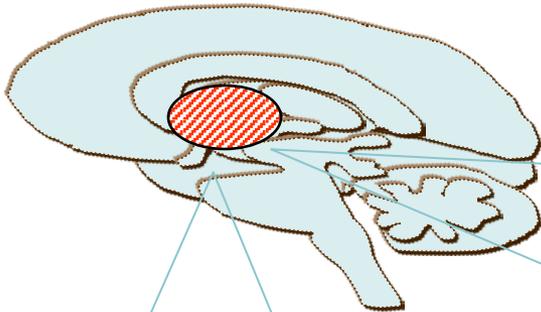


DEMENȚA ALZHEIMER EVOLUȚIE



DEMENȚA ALZHEIMER

TABLOU CLINIC: AFECTAREA HIPPOCAMPULUI



TULBURĂRI DE MEMORIE EPISODICĂ:

Afectarea memoriei de scurtă durată cu capacitate redusă de a achiziționa informații noi: uită nume, adrese, sarcini, figuri, cuvinte, locul unde a pus lucrurile sau face greșeli, este neglijent

Debutul este **INSIDIOS**, tulburările de memorie sunt subestimate: sunt tolerate de anturaj și puse pe seama vârstei sau pacientul, conștientizându-le, încearcă să le compenseze prin liste, întrebări, repetiții sau să le ascundă (invocând diverse scuze: nu urmăresc știrile, nu am la mine ochelarii)
DEFICITELE SUNT ADESEA COMPENSATE PRIN AUTOMATISME

Debutul **ACUT** apare în situații speciale (cu ocazia părăsirii locuinței: vizite la rude, internare în spital), pacientul decompensându-se prin pierderea reperelor

DEMENȚA ALZHEIMER

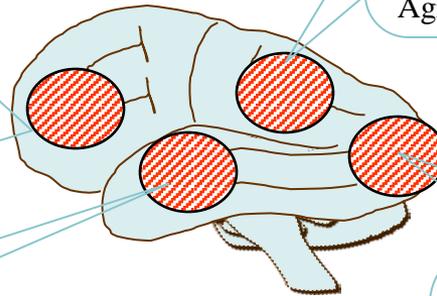
TABLOU CLINIC: AFECTAREA LOBILOR CORTICALI

LOBUL FRONTAL

Afectarea memoriei de lucru: dificultăți în a realiza simultan mai multe sarcini
Amnezie retrogradă ce interesează mai ales amintirile recente
Interesele și activitățile se restrâng treptat
Afectarea funcțiilor executive (incapacitate de organizare, planificare, automonitorizare, predicție)
Afectarea gândirii abstracte,
Afectarea discernământului,
Anosognozie

LOBUL TEMPORAL

Afazie
Parafazie



LOBUL PARIETAL

Agnozie (amnezie semantică)
Apraxie construcțională, de îmbrăcare, motorie, ideo-motorie
Acalculie
Agrafie

LOBUL OCCIPITAL

Prosopagnozie (nu recunoaște fizionomii)
Afectarea aprecierii distanțelor (desenul pentagoanelor, desenul ceasului)
Dezorientare în spațiu (se rătăcește în oraș, agitație nocturnă)
Alexie

DEMENȚA ALZHEIMER: MODIFICĂRI ALE GÂNDIRII, AFECTIVITĂȚII ȘI PERSONALITĂȚII

- GÂNDIREA și vorbirea devine sărace, concrete, stereotipe (repetă amintiri vechi)
- Uneori, secundar tulburărilor de memorie, apare DELIRUL DE PREJUDICIU (i se fură banii, actele) în care este implicat anturajul imediat (familie, vecini)
- PERSONALITATEA ȘI COMPORTAMENTUL: se accentuează egocentrismul și psihorigiditatea, avariția, colecționarismul. Existența se ritualizează
- În plan AFECTIV: pot apărea iritabilitate, depresie, labilitate emoțională sau tocire afectivă

DEMENȚA ALZHEIMER

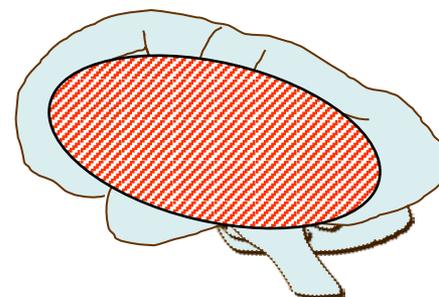
TABLOU CLINIC: DEFICIT SEVER

PLASAMENT ÎNTR-UN CĂMIN DE BĂTRÂNI

AMNEZIE RETROGRADĂ
interesând amintirile vechi, date
personale

INCONTINENȚĂ SFINCTERIANĂ
REFLEXE PRIMITIVE
CRIZE EPILEPTICE

CAȘEXIE CU HIPERTONIE
EXTRAPIRAMIDALĂ
TULBURĂRI DE DEGLUȚIȚIE



DECES

DEMENȚA ALZHEIMER

SEVERITATEA DEFICITULUI

Deficit MIC	Deficit MODERAT	Deficit SEVER
Pacientul e capabil de autoîngrijire, îndeplinește sarcini simple	Pacientul trebuie asistat în îndeplinirea sarcinilor simple și îngrijire	Pacientul e complet dependent de îngrijitor: (îmbrăcat, hrănit, spălat)
Măsuri: <ul style="list-style-type: none">- educarea familiei sau îngrijitorului- utilizarea de calendare- testament- tratament	<ul style="list-style-type: none">-de prevenire a accidentelor (căderi, incendii)-punere sub tutelă-tratamentul deficitului cognitiv, al depresiei, al agitației, al psihozei, al sindromului confuzional supraadăugat	<ul style="list-style-type: none">-instituționalizarea / plasamentul pacientului-tratamentul deficitului cognitiv este inefficient

ALZHEIMER'S DEMENTIA: DIAGNOSTIC DE PROBABILITATE

TABLOU CLINIC:
tulburări mnezice +
afazie/apraxie/agnozie +
tulburări ale funcțiilor executive
în stadii avansate:
cașexie, disfagie
incontinență sfincteriană,
crize comițiale

Absența stării confuzionale
Absența altor boli organice care
să explice deficitul cognitiv

DIAGNOSTIC DE PROBABILITATE

Vârsta: 40-90 ani
Istoric familial de demență
Evoluție progresivă
Afectarea comportamentului și
capacității de autoîngrijire

Mini Mental State Examination
Testul ceasului
LCR - normal
EEG: modificări absente sau
nespecifice
CT, RMN: atrofie cerebrală:
lărgirea sulcilor cerebrali, dilatarea
ventriculilor, spațiul pericerebral
lărgit

DIAGNOSTICUL DE CERTITUDINE: HISTOPATOLOGIC

Ghemuri neurofibrilare + plăci senile + degenerare granulo-vacuolară

BOALA ALZHEIMER: DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

- Îmbătrânirea normală
- Starea confuzională (delirium)
- Sindromul amnestic Korsakov (traumatic sau din alcoolismul cronic)
- Depresia la vârsta a III-a (pseudodemența)
- Alte demențe:
 - Demențele vasculare
 - Pick
 - Demența cu corpi Lewy
 - Demența din boala Parkinson, coreea Huntington
 - Demența din sifilis, SIDA, b. Creutzfeldt-Jakob
 - Deteriorarea cognitivă din mixedem

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL CU STAREA CONFUZIONALĂ (DELIRIUM)

DEMENȚĂ	DELIRIUM
Debut insidios	Debut acut
Evoluție cronică, progresivă, ireversibilă	Evoluție acută, fluctuantă, reversibilă
Durată: luni, ani	Durată: zile, săptămâni
Inițial vigilitatea și orientarea nu sunt afectate	Afectarea vigilității și orientării
Afectarea memoriei de scurtă durată și de lungă durată	Afectarea memoriei de scurtă durată datorită tulburărilor de atenție

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL ÎNTRE DEMENȚĂ ȘI DEPRESIE

DEMENȚĂ	DEPRESIE
Pacientul neagă, ascunde, rar acuză	Pacientul acuză deficit cognitiv
Afectarea memoriei de scurtă durată în măsură mai mare decât memoria de lungă durată	Afectarea în aceeași măsură a memoriei de scurtă durată și de lungă durată Memorie de lungă durată bună pentru evenimentele triste din trecut
Debut insidios, evoluție progresivă	Debut acut (precizabil) Durata deficitului cognitiv: săptămâni, luni
Tulburările dispoziției afective sunt labile, superficiale, suprapuse	Tulburarea afectivă e importantă și precede deficitul cognitiv
Agravarea simptomatologiei, spre seară	Stare de rău matinal

DEMENȚA ALZHEIMER: TRATAMENT

TRATAMENTUL DEFICITULUI COGNITIV:

ANTICOLINESTERAZICE

DONEPEZIL

RIVASTIGMINĂ

GALANTAMINA

ANTAGONIȘTI AI NMDA

MEMANTIN

NOOTROPE

PIRACETAM

PRAMISTAR

CEREBROLYSIN

ANTIOXIDANȚI

SELEGILINĂ

GINGKO BILOBA

ESTROGENI

VITAMINĂ E

VASODILATATOARE

PIRITINOL (ENCEFABOL)

PAPAVERINĂ

CINARIZINĂ

PENTOXIFILIN

NIMODIPINĂ

TRATAMENTUL BOLII ASOCIATE:

ANTIDEPRESIVE (tianeptină, trazodon, venlafaxină),

ANXIOLITICE (alprazolam)

Îngrijire inițial la domiciliu
(masă, spălare haine)

Corectarea altor deficite
(ochelari, proteze auditive)

Prevenirea accidentelor
(traumatisme, incendii, inundații) sau
decompensării unei boli somatice
comorbide (AVC, insuficiență cardiacă,
infecții intercurrente)

Punerea sub tutelă

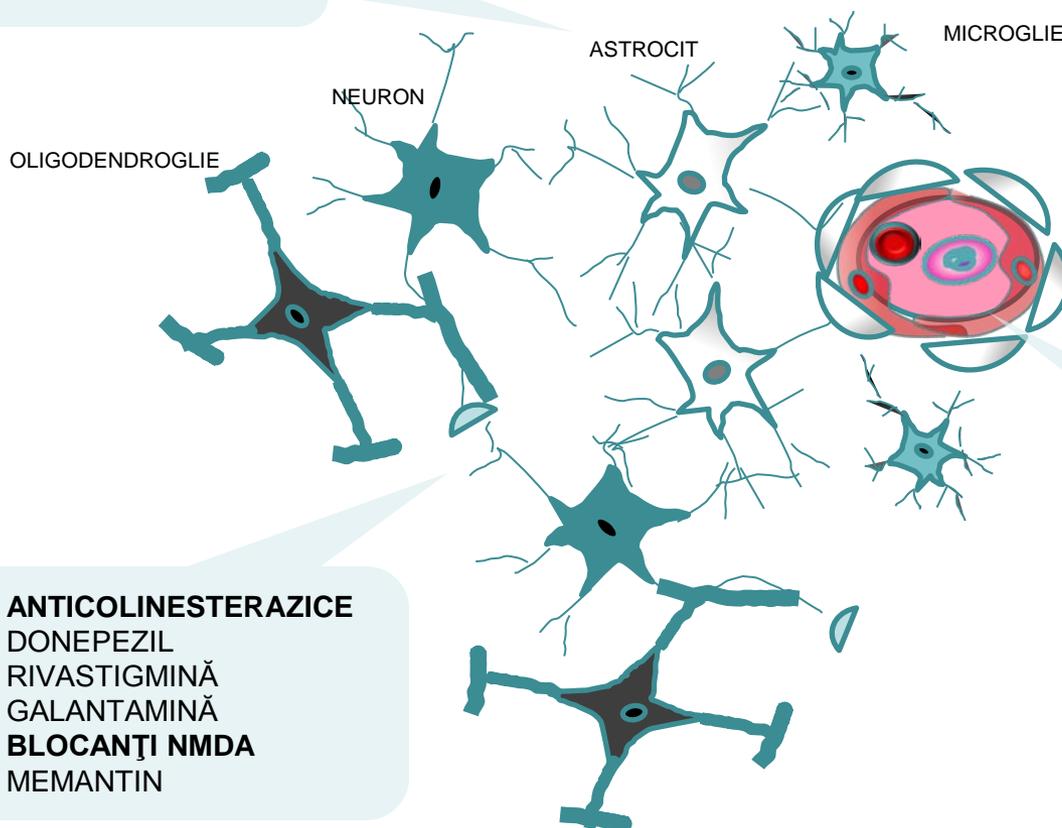
În final plasarea într-un cămin de bătrâni

Informarea, educarea și sprijinirea
aparținătorilor

MEDICAȚIA ÎN DEMENȚA ALZHEIMER

NOOTROPE
PIRACETAM
PRAMIRACETAM
CEREBROLYSIN

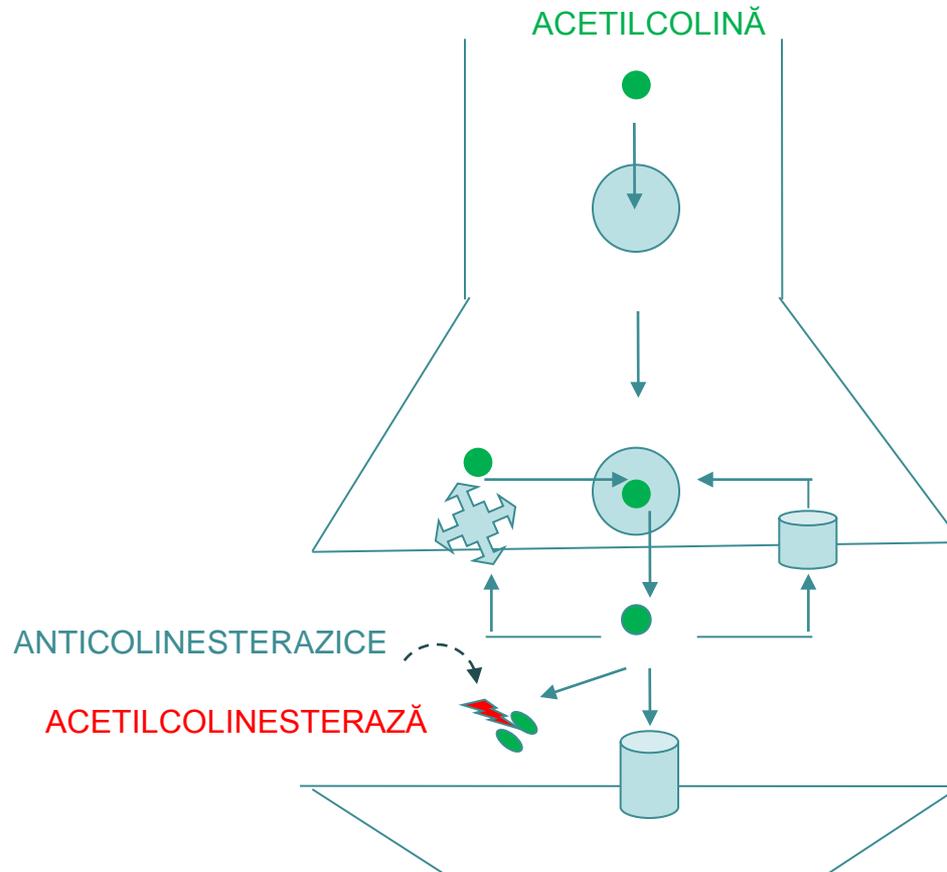
ANTIOXIDANȚI
SELEGILINĂ
GINGKO BILOBA
ESTROGENI
VITAMINĂ E



ANTICOLINESTERAZICE
DONEPEZIL
RIVASTIGMINĂ
GALANTAMINĂ
BLOCANȚI NMDA
MEMANTIN

VASODILATATOARE
PIRITINOL
PAPAVERINĂ
CINARIZINĂ
PENTOXIFILIN
NIMODIPINĂ

ANTICOLINESTERAZICELE: MECANISM DE ACȚIUNE



ANTICOLINESTERAZICELE

RIVASTIGMINĂ	DONEPEZIL	GALANTAMINĂ
Inhibitor neselectiv de acetilcolinesterază și butirilcolinesterază	Inhibitor selectiv de acetilcolinesterază	Inhibitor selectiv de acetilcolinesterază și modulator al receptorului nicotinic
Acțiune intermediară 2 prize zilnice	Acțiune lungă 1 priză zilnică (seara)	Acțiune intermediară (2 prize zilnice)
Efecte secundare sistemice	efecte secundare sistemice mai rare	Efecte secundare colinergice, accentuează astmul
Fără interacțiuni medicamentoase	Interacțiuni medicamentoase (metabolizare hepatică, citocromul P450)	Interacțiuni medicamentoase (metabolizare hepatică, citocromul P450), crește efectul anestezicelor

EFECTE SECUNDARE DE TIP COLINERGIC:

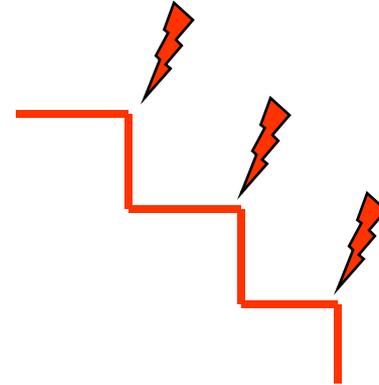
Depresie respiratorie, bradicardie, hipoTA, greață, vărsături, crampe abdominale, sialoree, transpirații, lăcrimare, convulsii

CONTRAINDICAȚII: astm bronșic, bloc sinusal sau atrio-ventricular, ulcer duodenal

DEMENȚA VASCULARĂ

TRĂSĂTURI CARACTERISTICE:

- debut acut (după un AVC)
- agravare în trepte
- intensitatea simptomelor e fluctuantă
- deficite cognitive în diferite sectoare
- semne neurologice de focar: sindrom piramidal, pseudobulbar, extrapiramidal
- conștientizarea deficitului uneori cu reacție catastrofică (plâns)
- explorări paraclinice sugestive pentru boala vasculară cerebrală
- antecedente de AVC, HTA



DEMENȚELE VASCULARE

DEMENȚA MULTIINFARCT:

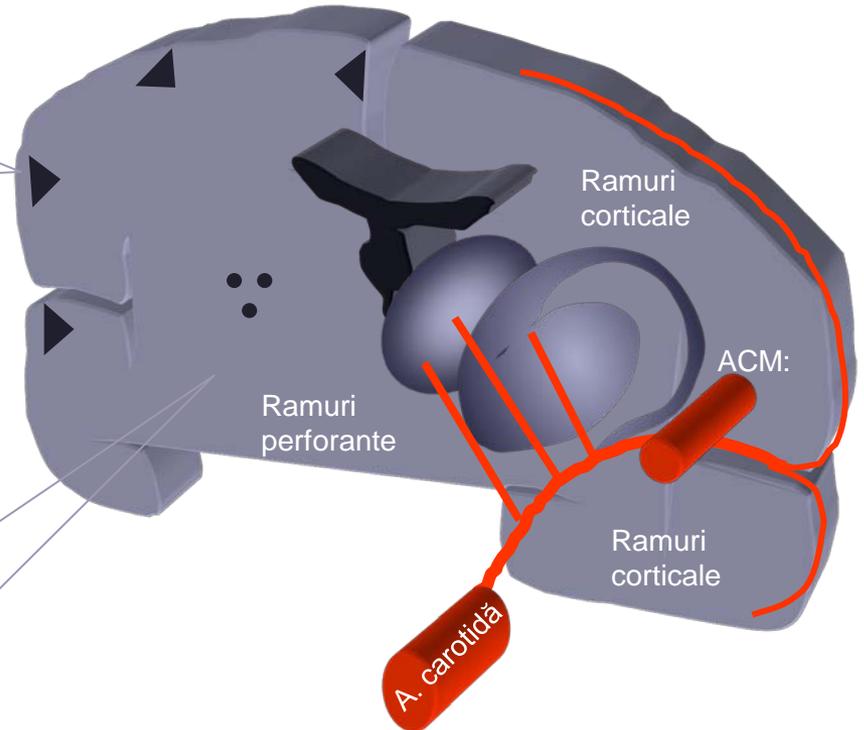
Infarcte corticale multiple prin afectarea ramurilor corticale ale ACM, ACA, ACP

Etiopatogenie: emboli proveniți din
-plăci ateromatoase carotidiene sau
-inimă: IMA, FiA

Clinic:

-Semne de AVC
-Semne de ateroscleroză
-Semnele bolii care a cauzat AVC

Paraclinic: profil lipidic, CT cerebral
(imagini hipodense situate cortical)



DEMENȚA DIN LACUNARISMUL CEREBRAL:

Infarcte subcorticale (în talamus, capsula internă, ganglionii bazali) de dimensiuni mici prin afectarea ramurilor perforante ACM și ACP

Etiopatogenie: HTA, lipohialinoză pe vasele mici

Clinic:

-sindrom piramidal, extrapiramidal, talamic
-complicațiile HTA

Paraclinic: profil lipidic, CT cerebral
(imagini hipodense situate subcortical = infarcte
Imagini hiperdense situate subcortical = hemoragii)

ACM: artera cerebrală medie

ACA: artera cerebrală anterioară

ACP: artera cerebrală posterioară

AVC: accident vascluar cerebral

IMA: infarct miocardic acut

FiA: fibrilație atrială

L. Delu

DEMENȚA PREFRONTALĂ – BOALA PICK



Arnold Pick

Debut <65 years

femei > bărbați

Antecedente heredo-colaterale prezente

Atrofie predominant frontală

Afectate în special: PERSONALITATEA și CONDUITA SOCIALĂ

Histopatologie:

Celulele Pick: neuroni cu incluzii citoplasmatiche argentafie

Rarefiere neuronală

Glioză astrocitară

DEMENȚA PREFRONTALĂ – BOALA PICK

Afectarea funcțiilor executive:

- Organizare
- Planificare
- Predicție
- automnitorizare

Afectarea capacității de judecată logică

Afectarea discernământului

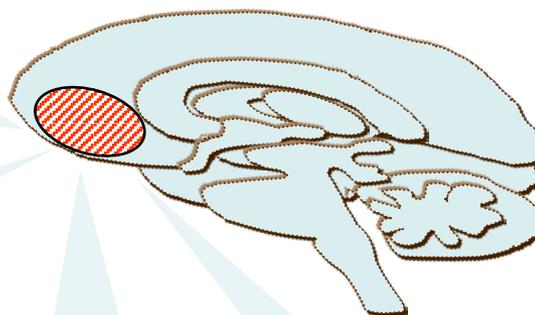
Afectarea capacității de abstractizare

Prin atrofia cortexului prefrontal dorsolateral

SPECT: hipoperfuzie fronto-temporală

PET: hipometabolism glucidic fronto-temporal

CT, RMN: atrofie predominant fronto-temporală



Apato-abulie prin atrofia cortexului prefrontal medial

Pusee de iritabilitate, euforie nejustificată sau depresie, impulsivitate, dezinhibiție instinctuală (alimentară, sexuală) sau sub aspectul conduitei sociale (bancuri nepotrivite, acte antisociale) prin atrofia cortexului orbitofrontal

Alte semne de lob frontal:
Reapariția reflexelor primitive
Incontinență sfincteriană
Anosognozie

DEMENȚA CU CORPI LEWY

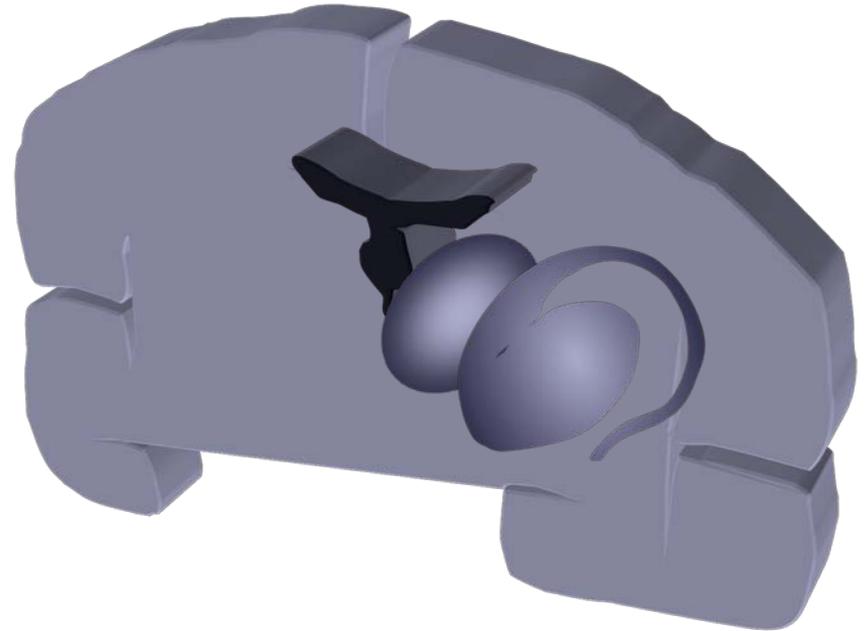
CARACTERISTICI:

- Performanțele cognitive fluctuează în timp
- Sincope cu cădere
- Halucinații vizuale frecvente
- Delir paranoid fără legătură cu deficitul cognitiv
- Sensibilitate mare la neuroleptice (risc de efecte secundare extrapiramidale)
- Frecvente semne extrapiramidale parkinsoniene bilaterale și moderate (rigiditate musculară, hipokinezie)

Evoluție rapid progresivă

Adesea confundată cu:

- demența Alzheimer
- demența vasculară
- Demența din boala Parkinson



Histopatologic: în cortexul fronto-temporal și în trunchiul cerebral corpii Lewy (incluziuni intracitoplasmatiche de alfa sinucleină, ubiquitină și neurofilamente) plăci senile

DEPRESIA LA VÂRSTA A TREIA

- este frecventă dar adesea nediagnosticată:
 - fiind mascată de simptome somatice
 - tulburările de memorie ce apar în depresie sunt uneori puse pe seama scăderii memoriei ca o consecință a îmbătrânirii normale

CARACTERISTICILE DEPRESIEI LA VÂRSTA A TREIA:

- depresie însoțită de anxietate și neliniște psihomotorie
- depresie mascată de simptomele somatice
- depresie cu delir hipocondriac sau de ruină materială
- sindromul Cotard (delir de negație a lumii sau a prezenței respectiv funcționalității unor organe, delir de imortalitate și delir de enormitate)
- depresie cu risc suicidar important !
- depresie cu stupor melancholic