

MINISTERUL EDUCAȚIEI AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT „ALECU RUSSO” DIN BĂLȚI
FACULTATEA DE ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI, PSIHOLOGIE ȘI ARTE
CATEDRA DE PSIHOLOGIE

Silvia BRICEAG

Psihopatologia

Curs universitar

BĂLȚI, 2017

CZU 616.89(075.8)

B 83

Aprobat și recomandat pentru editare de către Catedra de psihologie, proces verbal nr. _____, din _____ și Consiliul Științific al Facultății de Științe ale Educației, Psihologie și Arte a Universității de Stat „Alec Russo” din Bălți, proces verbal nr. _____, din _____

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Briceag, Silvia.

Psihopatologia : Curs universitar / Silvia Briceag ; Univ. de Stat “Alec Russo” din Bălți, Fac. de Științe ale Educației, Psihologie și Arte, Catedra de Psihologie. – Bălți : Universitatea de Stat “Alec Russo” din Bălți, 2017. – 267 p. : tab.

Bibliogr.: p. 152-156 (55 tit.). – 50 ex.

ISBN 978-9975-50-195-8.

Psihopatologia își propune să pătrundă în *universul morbid al subiectului* pentru a cunoaște viața psihică anormală în realitatea sa, mijloacele sale de exprimare, raporturile sale de ansamblu. Născută în marginea practicii medicale psihiatrice, psihopatologia poate releva lucruri esențiale despre om, despre infrastructura existenței conștiente și aduce mărturie despre situații limită în care persoana umană conștientă alunecă spre minusul dezorganizării și anulării specificității sale afirmă M. Lăzărescu (1989) abordând domeniul dintr-o perspectivă antropologică).

La finele acestui curs universitar studentul va fi capabil sa:

- Înțelege mecanismele prin care factorii cognitivi, emoționali, comportamentali și sociali pot influența sănătatea psihică (mintală);
- Recunoască factorii de risc pentru îmbolnăviri și a factorilor de menținere și promovare a sănătății psihice (mentale.);
- Înțelege reperele ce ghidează elaborarea metodelor de diagnosticare a tulburărilor psihice;
- Cunoască modalitățile de intervenție pentru reducerea și combaterea factorilor de risc pentru sănătate mintală;
- Explice diferențele dintre programele comunitare, instituționale și de grup în cazul intervențiilor pe teren în instituțiile speciale (Spital psihiatric, Clinică psihiatrică);
- Aplice tehnici de diagnostic a diferitor tulburări psihice (tulburări de conștiință, tulburări a sferei cognitive, afective, volitive, de personalitate etc.);
- Respecte diferențele de vârstă, gen, religie, cultură, orientare sexuală în investigația tulburărilor psihice.

CUPRINS

	Pag.
Tema 1. Obiectul de studiu al psihopatologiei	7
1.1. Delimitări conceptuale	7
1.2. Obiectivele psihopatologiei	16
1.3. Importanța cunoașterii psihopatologiei de către viitorii psihologi.....	19
Tema 2. Normalitate și anormalitate în psihopatologie	21
1. Conceptul de normalitate	22
2. Conceptul de anormalitate II	25
Tema 3. Etiologia și clasificarea tulburărilor psihice	26
1. Noțiunile de sănătate și boală mintala	28
2. Cauzele bolilor psihice	29
3. Clasificarea bolilor psihice	33
Tema 4. Tulburările de conștiință	34
Preliminarii	37
1. Tulburările câmpului de conștiință	38
1. 1. Destrukturările predominant cantitative ale conștiinței	43
1. 2. Destrukturările predominant calitative ale conștiinței	48
2. Tulburările conștiinței de sine	54
Tema 5. Tulburări de percepție	55
Preliminarii	57
1. Agnoziile, pseudoagnoziile	57
2. Iluziile	60
3. Halucinațiile, pseudohalucinațiile	64
Tema 6. Tulburări de memorie	64
<i>Preliminarii</i>	65
1. Dismneziile cantitative	66
2. Dismneziile calitative	68
Tema 7. Tulburări de gândire	69
Preliminarii	70
1. Tulburări de ritm și coerență ale gândirii	70
1.1. Accelerarea ritmului ideativ	71
1.2. Încetinirea ritmului ideativ	72
1.3. Tulburările asociației de idei	73
2. Tulburările de conținut	73
2.1. Idei delirante	74
2.1.1. Idei delirante expansive	75
2.1.2. Idei delirante depresive	76
2.1.3. Idei delirante mixte	77

Tema 8. Tulburările comunicării verbale	78
1. Dislogiile	78
1.1. Tulburări de formă	78
1.2. Tulburările de ritm	78
1.3. Tulburările de coerență verbală	80
2. Tulburările de conținut	80
2.1. Disfaziile	81
2.2. Dislaliile	81
Tema 9. Tulburări psihomotorii	82
1. Tulburările conduitei motorii	82
1.1. Hiperactivitatea	82
1.2. Hipoactivitatea	83
Tema 10. Tulburări ale imaginației și voinței	86
Preliminarii	86
1.1. Tulburările calitative ale imaginației	88
1.2. Tulburările de voință – disabulii	89
Tema 11. Tulburări ale proceselor afective	90
1. Depresia și mania-poli opuși ai spectrului afectiv	90
2. Tulburări afective cantitative	92
2.1. Hipertimia pozitivă	93
2.2. Hipertimia negativă	93
2.3. Anestezia psihică	93
3. Tulburări afective calitative – Paratimiile	94
4. Tulburări ale dinamicii relațiilor afective	94
Tema 12 Tulburările anxioase	95
1. Anxietatea generalizată și atacul de panică	95
2. Tulburări anxios-fobice	96
3. Tulburări obsesiv-compulsive	97
4. Reacție la stres sever și tulburări de adaptare	99
Tema 13. Dereglări de personalitate	101
Preliminarii	101
1. Conceptul de „tulburare de personalitate”	106
2. Tulburarea de personalitate paranoică	107
3. Tulburarea de personalitate schizoidă	108
4. Tulburarea de personalitate antisocială (dissocială)	109
5. Tulburarea de personalitate borderline	110
6. Tulburarea de personalitate histrionică	112
7. Tulburarea de personalitate ezitantă	113
8. Tulburarea de personalitate dependentă	114
9. Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă	115
10. Tulburarea delirantă (paranoia)	117
11. Terapia tulburărilor de personalitate	119

Tema nr.14. Tulburările instinctuale	120
Preliminarii	120
1. Tulburările instinctului alimentar	121
2. Tulburările instinctului de apărare	123
3. Tulburările de somn	123
3.1. Insomnia și hipersomnia	123
3.2. Coșmarul, pavorul nocturn și somnambulismul	125
Tema 15. Psihopatologia infantilă	128
1. Retardarea mentală și intelectul de limită	128
1.1. Retardarea mentală (oligofrenia)	128
1.2. Intelectul de limită	133
1.3. Cauzele (etiologia) retardării mentale și a intelectului de limită	134
1.4. Educarea copilului deficient mental	136
2. Tulburările de comunicare și de învățare	138
3. Tulburarea autistă	141
4. Tulburările de deficit de atenție și de comportament disruptiv	143
5. Ticurile	150
Bibliografie	152
Anexe	157
Anexa nr.1. Scale de depresie	158
Anexa nr.2. Scale de anxietate	195
Anexa nr.3. Stres posttraumat	222
Anexa nr.4. Evaluare: fobii, panică, anxietate difuză J. Cottraux	231
Anexa nr.5. Scala de atitudine disfuncțională	250

Tema 1. Obiectul de studiu al psihopatologiei.

1.1. Delimitări conceptuale

1.2. Obiectivele psihopatologiei

1.3. Importanța cunoașterii psihopatologiei de către viitorii psihologi.

1.1. Delimitări conceptuale

Orice încercare de abordare a psihopatologiei se confruntă cu dificultăți inerente, dintre cele mai variate. Dincolo de precizarea și abordarea directă a „obiectului” psihopatologiei, se ridică bariere de ordinul „ideologiilor intelectualiste” referitoare la modul de a considera obiectul psihopatologiei raportat la o anumită mentalitate sau chiar tradiție doctrinară. Faptul se datorește unor atitudini intelectuale venite din direcții diferite, dintre care cea mai importantă este, în mod incontestabil, atitudinea medicală, aparent simplist-reducționistă de a nu recunoaște nici un fel de diferență între psihiatria clinică, considerată ca disciplină și specialitate medicală și psihopatologie, ca disciplină aparținând domeniului științelor umane. Natural ca, făcând această afirmație, nu negăm înrudirea psihiatriei clinice cu sfera umanismelor, dar, spre deosebire de psihopatologie, aceasta rămâne o ramură a medicinei. Din aceste considerente orice abordare a psihopatologiei trebuie să înceapă prin a-i delimita sfera de domeniul psihiatriei clinice, cu care de multe ori a fost asimilată în mod eronat. Trebuie prin urmare făcută în mod exact această delimitare epistemologică, între *psihiatrie și psihopatologie*.

Psihiatria, ca specialitate clinică în cadrul științelor medicale, se ocupă cu studiul bolilor psihice, urmărind cauzele care le produc, stabilirea formei clinice a bolii prin intermediul diagnosticului pozitiv și diferențial, încheind prin instruirea unui tratament de specialitate adecvat în scopul combaterii cauzelor îmbolnăvirii și al restabilirii stării de echilibru psihic care este *sănătatea mintală*.

Obiectul psihiatriei îl reprezintă *bolnavul psihic*, considerat din punct de vedere clinic ca un om în suferință. Avînd în vedere aceste aspecte ale patologiei vieții psihice, psihiatria se situează într-o poziție opusă psihologiei, care este știința care studiază procesele psihice și personalitatea omului normal sau sănătos psihic.

Dacă *psihiatria*, ca specialitate medicală, este o disciplină analitico-descriptivă a bolilor psihice, *psihologia* ca știință umană este o disciplină analitico-descriptivă a proceselor psihice, a actelor și manifestărilor exterioare ale personalității indivizilor normali psihic.

Metodologic, psihiatria se bazează pe observația și anamneza clinică a bolnavilor mintali, iar psihologia pe observația și psihodiagnosticul subiecților normali.

În cazul acesta ne punem întrebarea „ce este psihopatologia?” și în al doilea rînd „ce loc ocupă ea în raport cu psihiatria și psihologia?”

Psihopatologia

Psihopatologia își propune să pătrundă în *universul morbid al subiectului* pentru a cunoaște viața psihică anormală în realitatea sa, mijloacele sale de exprimare, raporturile sale de ansamblu. Născută în marginea practicii medicale psihiatrice, psihopatologia poate releva lucruri esențiale despre om, despre infrastructura existenței conștiente și aduce mărturie despre situații limită în care persoana umană conștientă alunecă spre minusul dezorganizării și anulării specificații sale (afirmă M. Lăzărescu (1989) abordînd domeniul dintr-o perspectivă antropologică).

Definirea noțiunii de psihopatologie rămîne încă supusă diferitelor paradigme, cu atît mai mult cu cît uzitarea unor sinonime de tipul „patopsihologiei” sau „psihologiei patologice” dispune la confuzia cu „psihologia clinică”. *Dicționarul LAROUSSE* [<https://app.box.com/s/m6yscrjw99se918o12am>] consideră că există o sinonimie între psihopatologie și psihologia patologică (*disciplina avînd drept obiect studiul tulburărilor de comportament, de conștiință și de comunicare*)

Psihopatologia se plasează la jumătatea drumului dintre psihologie și psihiatrie și completează abordarea clinică prin metode experimentale, teste și statistică. Uneori există tendința de a suprapune domeniul psihopatologiei psihologiei medicale și de a o prezenta pe aceasta ca forma în care medicul sau psihologul ia cunoștință de tulburările psihice. Pentru alți autori psihopatologia este un studiu sistematic care presupune evidențierea etiologiei, simptomatologiei și evoluției bolilor mintale, iar alții consideră că este parte a psihologiei patologice care se ocupă cu boala psihică, cu manifestările psihice ale bolii somatice sau cu dezadaptarea.

Se poate ușor observa că psihopatologia își suprapune domeniul peste cel al psihiatriei de care este despărțită de intervenția psihoterapeutică. Totuși, există deja descrieri psihopatologice privind patologia adăugată prin intervenția terapeutică fie că aceasta este biologică sau psihologică studiază fenomenul psihic morbid, separându-se în felul acesta de psihiatrie, cât și de psihologie, sau mai exact, situându-se între aceste două domenii.

Ea nu se interesează de bolile psihice ca psihiatria, nefiind disciplina medicală, ci utilizează „materialul psihiatric”, comparându-l cu „normalul psihic” oferit de psihologie. În raporturile sale cu psihologia, psihopatologia utilizează principiile metodologice aplicate la studiul „normalității psihice” în procesul de evaluare al „fenomenului psihic morbid”.

Ca metodologie specifică, psihopatologia apelează la metoda fenomenologică în interpretarea fenomenelor morbide ale vieții psihice. Ea se constituie, în felul acesta, ca o „atitudine reflexivă”, căutând a cunoaște și înțelege natura și semnificația „fenomenelor morbide”. Din acest punct de vedere, metodologia psihopatologiei se deosebește atât de observația clinico-medicală a psihiatriei, dar și de tehnicile psihodiagnostice specifice ale psihologiei. Ea va utiliza în explorarea anormalității psihice „metoda filosofică” adaptată la cerințele specifice ale

obiectului său. Prin aceasta *psihopatologia* se situează net în câmpul științelor umane, devenind o *psihoantropologie* a morbidității.

Fenomenul psihic morbid este privit de psihopatologie atât ca natură a persoanei, prin urmare ca pe o dimensiune *antropologică* particulară a ființei, cât și ca o nouă modalitate de a exista a acesteia, prin urmare ca pe un dat *ontologic*. Natura morbidului psihologic rămâne însă permanent interioară ființei umane, persoanei, ea fiind un fapt de experiență sufletească proprie subiectului ca „natura trăită” de acesta.

Dacă psihiatria analizează „din exterior” tulburările mintale considerate ca „simptome clinice”, „sindroame” sau „boli” cu un caracter specific obiectivat și net individualizate în spațiul clinico-medical, iar *psihologia* studiază organizarea personalității, procesele psihice și manifestările comportamentale ale acestora, tot „din exterior”, *psihopatologia* caută să pătrundă în „interioritatea” persoanei umane, prin descifrarea sensului fenomenului psihic morbid ca modalitate de „a fi” a bolnavului psihic în comparație cu omul normal.

Metoda comprehensiva, propusă de *K. Jaspers* este, în primul rând, o „atitudine metodologică” care descrie o nouă direcție a cercetării în acest sens. Ea este completată cu „*analiza existențială*” a lui *L. Binswanger* și cu „*hermeneutica actului psihiatric*” de către *H. Tellenbach*.

Toate aceste metode, de inspirație filosofică, își recunosc filiera în fenomenologia husserliană și existențialismul heideggerian. Persoana umană aflată în suferință psihică este înțeleasă într-un sens antropologic largit, ca păstrătoarea unei „istorii interioare sufletești” de o formă particulară (*L. Binswanger*), constituindu-se din cunoașterea acesteia o „antropologie psihopatologică” (*V. E. von Gebattel, R. Kuhn, A. Zutt, A. Christian*).

Ideea unei antropologii psihopatologice o regăsim încă de la *I. Kant* care, pe lângă analiza fenomenelor psihice normale, se ocupă de „bolile psihice” și suicid, acordându-le o atenție deosebită. Al doilea moment în analiza antropologică a vieții

psihice o regăsim la *Maine de Brian*, care scoate în evidența valoarea introspecției. În sec. XX, filosofi de marcă vor relua studiile de antropologie filosofică aducând importante și noi contribuții în acest domeniu (*W. Dilthey, L. Lavelle, H. Bergson, E. Husserl, M. Heidegger, Cl. Levi-Strauss, G. Gusdorf, J. P. Sartre, M. Foucault*). Un aport important este adus, în ambele planuri ale antropologiei psihologice, atât normale, cât și patologică, de către *K. Jaspers, Lbinswanger, V. E. von Gebsattel, K. Sneider, E. Minkowski, G. E. Morselli, M. Manfredi, D. Cargnello*.

Putem afirma, din acest moment, că psihopatologia se constituie ca o psihoantropologie a fenomenului psihic morbid, avînd ca metodă de *studiu reflecția filosofică*. Deși este net delimitată și cu individualitate specifică în seria științelor umane, psihopatologia va continua permanent să se situeze între psihiatria clinică, de la care, cum spuneam mai sus, ia „materialul de studiu” și psihologia normală de la care ia sistemul de organizare al vieții psihice, al personalității, criteriile de evaluare ale „normalului” și „patologicului” în viața psihică.

Se poate însă ridica o problemă firească în acest caz. Dacă *psihologia* este știința care pune în evidență procesele psihice normale și le analizează metodic după tehnici bine stabilite și dacă *psihiatria* este știința care studiază aspectele patologice ale vieții psihice după o metodologie la fel de bine condusă, pentru ce mai este necesară, în cazul acesta, *psihopatologia*? Mai mult chiar decît atît, se pune întrebarea” ce aduce nou” sau „ce aduce în plus” psihopatologia? Este necesară, sau, dimpotrivă, constituie un domeniu artificial creat de o altfel de metodologie” decît cele utilizate de psihologie sau de psihiatrie?

Iată cîteva probleme care, cel puțin formal, pot pune serios în discuție domeniul psihopatologiei și legitimitatea acesteia. Mai mult chiar decît atît și psihopatologia și psihiatria sunt și ele tot discipline care se cuprind în sfera științelor umane. Și din nou atunci se pune întrebarea „de ce psihopatologia?”. Nu se poate înainta fără să se răspundă la aceste întrebări. de parte de a slabi poziția

psihopatologiei, vin ca să o consolideze. Răspunsurile la aceste întrebări vin din sfera științelor umane. Spuneam mai sus, că atât psihologia, cât și psihiatria au ca obiect descrierea și clasificarea proceselor psihice și a manifestărilor acestora în stare normală sau patologică. În ambele cazuri însă, pentru a putea explica și înțelege aceste procese, se iau ca model de referință științele naturii, legându-se în ambele situații viața psihică de activitatea creierului. Limita, dar concomitent și conexiunea dintre științele naturii și psihologie, este reprezentată prin „neuropsihofiziologie”, așa cum au demonstrat *Fechner și Wundt*, domeniu care ulterior s-a extins și a căpătat o dezvoltare considerabilă devenind disciplina științifică de sine stătătoare – *neuropsihologia* – și care cuprinde atât aspecte ale normalității cât și ale patologicului.

În mod egal limita dintre antropologie și psihologie, pe de o parte, și psihiatrie, pe de altă parte, a dus la apariția unui domeniu nou, cu o configurație particulară și o identitate proprie - *psihopatologia*. În sensul acesta este suficient să menționăm contribuțiile aduse de *C. von Monakow și R. Mourgue, K. Goldstein și Gelb, H. Jackson, H. E. E. Minkowski, K. Jaspers, L. Binswanger, D. Cargnello, G. E. Morselli, M. Manfredi*.

Din acest moment situația anterior prezentată ne apare complet schimbată. Atât *psihologia*, ca domeniu al normalității psihice, cât și *psihiatria*, ca domeniu al anormalității psihice, sunt cuprinse între neuropsihologie care le leagă de științele naturii și psihopatologie care le conexează prin antropologie la științele umane.

Pentru *W. Dilthey* (ideile se regăsesc în: *Construcția lumii istorice în științele spiritului*) care vede în psihologie o știință fundamentală ce sistematizează toate cunoștințele despre spirit, psihologia are două surse fundamentale [9]. Pe de o parte științele naturii reprezentate prin biologie (neuropsihologie), iar pe de altă parte științele umane, reprezentate prin filosofie (psihoantropologie). Acest aspect, adus în discuție de *W. Dilthey* în sec. XIX pentru psihologie, este reluat în sec. XX pentru psihiatrie, căreia i se subliniază dubla apartenență la științele biologice (ca

specialitate medicală) și la științele umane (ca antropologie) (*K. Jaspers, L. Binswanger, V. E. von Gebsattel, R. Kuhn, A. Zutt, H. Tellenbach, H. Ey*).

Această remarcă este foarte importantă pentru precizarea locului și a identității psihopatologiei care se legitimează ca disciplină științifică de sine stătătoare.

W. Dilthey dinspre științele umane și *K. Jaspers* dinspre medicină fac distincția bipolarității originii psihologiei și a psihiatriei, dar analiza lor este axată pe aspectele exterioare, de contingenta ale acestor domenii [9]. Din acest motiv concluziile lor vor fi în primul rând de ordin metodologic.

Ceea ce trebuie pus ca problematică centrală este obiectul și ulterior metodele. Și *W. Dilthey* și *K. Jaspers* cultiva ordinea sigură a spiritului metodic. Astfel, pentru *W. Dilthey* „psihologia nu se va achita de sarcinile sale ca știință fundamentală decât dacă se va ține în limitele unei științe descriptive care nu face decât să constate faptele și concordanța faptelor”, idee pe care *K. Jaspers* o preia și o aplică în cazul psihopatologiei. Concluzia teoretică a unei atare atitudini metodologice este pentru *W. Dilthey* trecerea de „psihologia descriptivă” la „psihologia explicativă”, al cărui obiectiv final este de „a da o structură logică ansamblului vieții spiritului” [9]. Revenind la domeniul psihopatologiei, vom remarca aceeași intenție metodologică la *K. Jaspers* în cazul proceselor psihice morbide, cu ajutorul „metodei psihologice comprehensive” de a explica semnificația „fenomenelor psihice morbide”.

Ceea ce trebuie reținut din cele de mai sus este faptul că se conturează o relație particulară între „obiect” și „metoda” în sfera psihopatologiei. Metoda fiind descriptivă sau explicativă, va aduce în câmpul cunoașterii cele două laturi ale obiectului în primul caz latura sa externă iar în cel de-al doilea caz latura sa internă.

Psihologia și *psihiatria*, descriind faptele, vor fi discipline descriptive, pe când *psihopatologia*, care va căuta să explice semnificația fenomenului psihic morbid, va fi o *disciplină explicativă*. Ea va căuta ca să pătrundă semnificația

interioară a „*nebuniei*”, sensul ființei alienate, nu ca „simptome clinice” vizibile, ci ca „sensuri interioare” ale umanului. Psihiatria este o disciplină clinico-medicală, pe când psihopatologia este o disciplină filosofico-antropologică.

Psihopatologia ca disciplina explicativa, prin natura obiectului și metodologia utilizată, se va deosebi fundamental de psihologie și psihiatrie. Ea se va separa însă fără a se rupe, așa cum de altfel am arătat mai sus.

În psihopatologie observația obiectului este înlocuită cu reflecția filosofică (*W. Dilthey, K. Jaspers*) [9]. Pentru *W. Dilthey* „filosofia trebuie, în primul rând, să ne învețe să surprindem, printr-o experiență pură realitatea și realul, și să le analizăm ținându-ne în limitele pe care ni le oferă critica cunoașterii” [9].

În cadrul acestei atitudini metodologice, *W. Dilthey* distinge două direcții de orientare în cunoașterea obiectului: „reflecția introspectivă” și ‘cunoașterea metafizică’ [9]. În cazul acesta, fie că ne referim la introspecție, fie la metafizică, psihopatologia, prin metoda reflecției filosofice, va transcende obiectul, obligînd în felul acesta manifestările clinico-psihiatrice, simptomele clinice obiective să se întoarcă în planul subiectiv intern al ființei bolnavului. În acest mod nu mai sunt descrise simptomele, ci sunt interogate, mergîndu-se în felul acesta către „explicarea” semnificației intrapsihice a acestora în raport cu persoana bolnavului.

Din acest moment metodologia psihopatologiei devine „interogație pură” a subiectului ființei alienate psihic. Ea se va modela nuanțat în raport cu „tematicile” oferite de „fenomenul psihic morbid”, menținîndu-și însă constant, ca principiu, aceeași metodologie [9].

Interogația metodică a psihopatologiei își află răspunsul în metoda comprehensivă inspirată de reducția fenomenologică, împrumutată de la Ed. Hesserl și introdusă în psihopatologie de către *K. Jaspers* și *E. Minkowski* [47]. Din acest moment întreaga metodologie psihopatologică devine o complexă și nuanțată reflecție filosofică, care urmărește descifrarea semnificației interne a manifestărilor psihice morbide.

Un pas important metodologic, care adâncește și introduce un grad suplimentar de rigoare, este reprezentat de „analiza hermeneutică” a faptului „psihiatric” introdusă de H. Tellenbach. Se poate afirma din acest moment că psihopatologia se înfățișează ca o disciplină bine individualizată, care-și definește în mod clar obiectul și metodologia în raport cu psihologia și psihiatria clinică de care se va separa, încetînd a se mai confunda cu acestea.

Spre deosebire de psihiatrie, care considera tulburările psihice ca expresie a iniei boli, legîndu-le de o cauză care a dus la perturbarea echilibrului psihic, psihopatologia considera tulburările psihice ca pe niște experiențe sufletești care se înscriu în durata desfășurării existenței persoanei umane. Aceste experiențe sunt intrapsihice, strict personale și din acest motiv ele pot fi, așa cum remarca *K. Jaspers*, cunoscute dar nu și înțelese, întrucît rămîn strict individuale. Din acest motiv, ceea ce trebuie să intereseze psihopatologia, în sens lărgit, este, de fapt, „experiența vieții interioare” morbide sau „istoria interioară a omului bolnav psihic” la care face referință *L. Binswanger*. Psihopatologia se va interesa de natura transformării ființei umane și de destinul acesteia ca o nouă conduită ontologică (*R. Allendy*). Evoluția bolii psihice nu mai este considerată ca o „evoluție a bolii”, ci ca o nouă formă de „a fi în lume” a persoanei alienată psihic. Este o cu totul altă viziune. O nouă perspectivă a cunoașterii se deschide asupra persoanei umane, în spiritul existențialismului.

Astfel pusă problemă, se remarcă neta individualitate a psihopatologiei care ni se înfățișează ca o știință a fenomenului psihic morbid, situată în interiorul domeniului psihoantropologiei.

Din cele de mai sus rezulta faptul că psihopatologia este o disciplină cuprinsă între psihologie și psihiatrie, avînd ca obiect „fenomenele psihice morbide”.

1.2.Obiectivele psihopatologiei sunt următoarele:

- a) analiza structurilor morbide ale personalității bolnavilor psihici;
- b) cunoașterea semnificației acestor tulburări, a dinamicii morbide a personalității, legate de noul regim sufletesc al persoanei umane;
- c) urmărește delimitarea unor „forme” sau „modele” de personalitate morbida;
- d) consideră anormalitatea psihică ca fiind în corelație directă cu starea de normalitate, în interiorul căreia se dezvoltă, ca o variantă accidentală a acesteia;
- e) consideră boala psihică ca pe un fenomen psihic morbid, integrat experiențelor sufletești ale persoanei umane și, prin urmare, cuprinsă în „psihobiografia” individului, privită ca o modalitate particulară a „istoriei sale interioare”
- f) fiind un moment sau un fragment psihobiografic, boala psihică din punctul de vedere al psihopatologiei va avea, dincolo de aspectele evoluției sale clinice, o semnificație ontologică
- g) psihopatologia integrează datele obținute din analiza aspectelor morbide ale personalității umane în teoria despre om, fundamentând o „antropologie psihiatrică”.

În acest fel pusă problema, distingem în sfera psihopatologiei mai multe componente, după cum urmează:

➤ **Psihopatologia generala**, avînd un caracter teoretic, studiază și precizează „obiectul acestei discipline”, „metodele de studiu” ale acesteia, urmărind cunoașterea semnificațiilor interne ale „fenomenului psihic morbid” și „integrarea acestuia în sfera științelor umane. Ea este de fapt „psihopatologia antropologica” (K. Jaspers, L. Binswanger, E. Minkowski, V. E. von Gebsattel, R. Kuhn, A. Zutt).

- **Psihopatologia clinică** se ocupă cu analiza organizării sistemului personalității și dinamica psihopatologică a fenomenelor psihice morbide, în comparație cu procesele psihice normale. Ea studiază în mod sistematic alterările diferitelor procese psihice, semnificația sindroamelor psihopatologice, precum și clasificarea nosologică a manifestărilor clinice.
- **Psihopatologia nosologică** studiază marile categorii clinico-psihiatrice din punct de vedere psihopatologic, natura și semnificația bolilor psihice, considerate din punct de vedere antropologic și ontologic ca experiențe sufletești morbide ale ființei umane raportate la psihobiografia acesteia.
- **Psihopatologia antropologica și socială** este consacrată studiului modelelor de personalitate și psihobiografice în psihopatologie, psihozelor experimentale și psihozelor colective, încheindu-se cu discutarea raporturilor psihopatologiei cu celelalte discipline umane.

Se poate desprinde din cele de mai sus faptul că domeniul psihopatologiei reprezintă un veritabil spațiu epistemologic bine conturat, în care viața psihică anormală ne dezvăluie aspecte extrem de interesante, de un mare polimorfism și complexitate, deschizând noi perspective în cunoașterea și înțelegerea persoanei umane. Concluziile care se desprind din orice studiu psihopatologic invită la o reflecție particulară asupra ființei umane, a sensului și destinului acesteia, poate mai mult decât ne oferă ca posibilități de înțelegere psihologia și psihanaliza. Psihopatologia este o „întâlnire” unică cu persoana bolnavului psihic în intersubiectivitatea și interioritatea acestuia, o revelație a experiențelor sufletești cele mai intime, dincolo de care descoperim sensurile cele mai adânci și poate ultime ale umanului, dar și drama sa cea mai profundă.

Dincolo de faptul că este o știință de graniță, putem spune despre psihopatologie că este un produs emergent al mai multor științe, deoarece ea își ia obiectul de studiu din psihiatrie, metodele și principiile din psihologie, iar viziunea primordială, de ansamblu asupra vieții psihice - în general, și asupra suferinței

psihice - în particular, a fost preluată din filosofie (aceasta fiind considerată prima știință care s-a interesat de conținutul și natura suferinței psihice).

Relația PP cu alte domenii

Psihologia medicală

Psihologia medicală se referă la atitudinea față de bolnav și boală, față de sistemele de îngrijire a sănătății, atât ale individului bolnav, cât și ale celui sănătos, acest lucru incluzând logic și atitudinea medicului și celor ce lucrează în domeniul medical față de propria profesiune.

Încercînd să simplifice domeniul de definiție, W. Huber (1992) definește psihologia clinică arătînd că este ramura psihologiei care are drept obiect problemele și tulburările psihice ca și componenta psihică a tulburărilor somatice. Este deci studiul problemelor psihice care se manifestă în conduitele normale și patologice și ale intervenției în aceste conduite. Această definiție îi permite autorului francez să refere psihologia medicală nu doar la cele trei domenii deja clasice: situația de a fi bolnav, relația medic-pacient, psihologia profesiei medicale, ci să o extindă către psihologia sănătății și psihologia comunitară. În ceea ce privește alegerea între sintagmele „psihologie medicală” și „psihologie clinică” credem că fără a fi similare, cele două formulări acoperă un câmp asemănător de preocupări, psihologia clinică putînd fi considerată un subdomeniu al psihologiei medicale.

Raportul psihopatologia - psihologie medicală și clinică – psihologie

Psihopatologia se dezvoltă azi din întrepătrunderea cu alte domenii de cunoaștere și cercetare cum ar fi: psihologia holistică și antropologia, psihanaliza și psihologia dinamică, crenobiologia, etologia, sociologia, psihologia experimentală și neurofiziologia. Cu fiecare din aceste domenii ***Psihopatologia*** are legături biunivoce și face un schimb continuu de informații. Ea este legată de domeniul psihologiei generale prin aspectele legate de comunicare, aspectele legate de psihologia dezvoltării, aspectele legate de personalitate.

Relații ale psihopatologiei cu domeniul științelor medicale și biologice: Psihiatria; Psihoneurofiziologia; Psihofarmacologia; Psihosomatica; psihologia medicala;

1.3. Importanța cunoașterii psihopatologiei de către viitorii psihologi

Psihologul lucrează cu persoane, grupuri sau comunități umane aflate în situații problematice. El se ocupă de acele persoane care nu se pot adapta prin forțe proprii la societatea în care trăiesc. Posibil ca contingentul de clienți care ar solicita ajutorul psihologului să se confrunte cu probleme ca șomajul, sărăcia, delinquența, consumul de droguri, violența domestică, abandonul copiilor și multe altele.

În general se pune întrebarea: „din ce cauză ajunge o persoană într-o astfel de situație? Cine este de vină pentru situația sa?” Explicația nu este niciodată simplă. Pentru a răspunde la o asemenea întrebare trebuie să luăm în considerare două categorii de factori:

- caracteristicile biologice și psihice ale individului (de ex. nivelul de inteligență, tipul de personalitate, bolile somatice sau psihice de care suferă persoana);
- factorii sociali, cum ar fi situația socială a familiei, caracteristicile social - economice ale comunității din care face parte individul.

Tulburările psihice uneori reprezintă cauza, alteori consecința acelor probleme pentru care un om devine asistat psihologic:

- însușirile psihice nefavorabile, bolile psihice pot contribui la apariția unor probleme care necesită intervenția psihologului.
- problemele grave cu care se confruntă o persoană pot determina declanșarea unor tulburări psihice. Un om care își pierde locul de muncă nu va avea doar probleme materiale, ci de multe ori are și probleme psihice (depresie, anxietate etc.), probleme pe care poate nu le-ar fi avut dacă nu ar fi ajuns în șomaj.

Bineînțeles, nu trebuie să ajungem la exagerări: unii oameni cu boli psihice se pot adapta social, și invers, nu toți asistații psihologic suferă de boli psihice.

Psihologul poate avea nevoie de cunoștințe privind psihopatologia în toate etapele muncii pe care o desfășoară cu clientul (bolnavul). Activitatea cu clientul are două componente principale: evaluarea și intervenția.

Procesul oferirii de ajutor începe cu **evaluarea** problemelor clientului (bolnavului). De la primul contact cu clientul, psihologul dorește să afle care sunt necesitățile, problemele cu care se confruntă acesta; în același timp el dorește să afle cât mai multe despre personalitatea sa, pentru a vedea care sunt resursele psihice de care dispune, și care sunt însușirile care ar trebui modificate (în limita posibilităților).

Atunci când completează o fișă de evaluare individuală, psihologul descrie profilul psihologic al clientului (bolnavului). Uneori el se poate baza pe informațiile obținute de la un medic psihiatru, dar sunt și multe cazuri în care, în absența acestor informații, trebuie să se bazeze pe propriile observații și propriile cunoștințe de psihologie și psihopatologie. Dacă psihologul lucrează cu un bolnav psihic, informațiile pe care le adună și le prezintă în fișa de evaluare pot fi de o mare importanță pentru ceilalți membri ai echipei care se ocupă de caz.

Munca psihologului nu are un caracter „pasiv”. El nu se limitează la a observa clientul și a-l evalua; evaluarea se continuă cu **intervenția**, prin care clientul este ajutat să ajungă în situația în care necesitățile sale sunt satisfăcute cât mai bine posibil.

În faza de intervenție, psihologul face consiliere, psihoterapie, iar pentru realizarea cu succes a acestora, cunoștințele de psihopatologie sunt nu numai utile, ci și indispensabile.

Întrebări de autoevaluare

1. Efectuați o paralela calitativă între psihopatologie și psihiatri
2. Care din obiectivele psihopatologiei este cel mai esențial? Argumentați
3. Prezentați 5 motive : De ce un psiholog trebuie să cunoască psihopatologia?

Tema 2. Normalitate și anormalitate în psihopatologie

1. Conceptul de normalitate

2. Conceptul de anormalitate

1. *Conceptul de normalitate*

Ce este normalitatea?

Normalitatea este chiar mai dificil de definit decât anormalitatea, dar majoritatea psihologilor sunt de acord că următoarele calități indică **bunăstarea emoțională**. Aceste caracteristici nu fac distincții precise între sănătatea mentală și afecțiunea mentală; mai degrabă ele reprezintă trăsături pe care le posedă persoana normală într-o măsură mai mare decât individul care este diagnosticat ca anormal [33, p.114].

1. Percepția eficientă a realității.
2. Cunoașterea de sine.
3. Abilitatea de a exercita un control voluntar asupra comportamentului
4. Aprecierea de sine și acceptarea.
5. Abilitatea de a avea relații afective
6. Productivitatea.

Tipuri de personalitate

Personalități mature psihologic și social, ce se disting printr-o mare complexitate structural-funcțională, prin adaptarea lor suplă și flexibilă la cele mai diverse situații, prin eficiență sporită [33]. Ei sunt capabili, pe baza unei abilități adecvate de testare a realității să dea situațiilor semnificația pe care o merită și să aprecieze corect valoarea unui obiect (cu sens extins de ființă sau numai lucru). Această apreciere „corectă” se adresează inclusiv propriilor aptitudini și propriilor limite. Personalitățile mature deseori sunt capabile să-și amâne satisfacerea unor pulsioni pînă în clipa în care acestea pot fi – în diferite moduri agreate social – satisfăcute. Această satisfacere se poate realiza direct sau simbolic. Personalitățile

mature au de asemenea, o anumită detașare de situație, care le permite să privească obiectiv problema cu care se confruntă; o anumită forță a Eu-lui rezultată din confruntarea realistă cu problemele și din succesul întreprinderilor sale. Nu e mai puțin adevărat că este prezentă și o anumită doză de scepticism/reținere în a accepta ce este neobișnuit, dar această trăsătură nu afectează substanțial percepția pozitivă a vieții.

Rezumativ, putem prezenta personalitatea individului matur astfel [33]:

1. ***extensiunea simțului E-ului***, adică incorporare a unor noi și nenumărate sfere ale interesului uman, astfel încât ele să devină personale în mod semnificativ;
2. ***depășirea egocentrismului***, stabilirea relațiilor cu alte persoane, „raportarea caldă a Eului la alții”; manifestarea capacității de intimitate, compasiune, toleranță relațională;
3. ***dispun de echilibru emoțional, de autocontrol, de simțul proporției***, își asumă, conștient, noi riscuri și noi șanse de eșec, sunt tolerante la frustrare, se acceptă pe ele însele;
4. ***percep, gîndesc și acționează cu interes în conformitate cu realitatea externă***, pe care o reflectă veridic;
5. ***sunt capabile de a fi ele însele***, dispun de capacitatea de autoobiectivare, de intuiție, autocunoaștere, umor;
6. ***trăiesc în armonie cu o filosofie de viață unificatoare***, sunt capabile de a-și forma o concepție generală despre lume pe care o vor transpune constant, în practică [32, p.260].

Nu putem să nu observăm că numai trăsăturile personalității mature se pot circumscrie perfect în normalitate.

2. Conceptul de anormalitate

Comportamentul (a)normal. [8]. Acest comportament este propriu indivizilor care au tulburări mentale grave, cât și asupra celor care au dezvoltat stiluri de viață

autodistructive. Linia de demarcație între comportamentul „normal” și cel „anormal” este departe de a fi clară.

Definirea anormalității. Ce înțelegem prin comportament „anormal”? Care sunt criteriile de diferențiere de comportamentul „normal”? În privința anormalității nu există un consens, dar majoritatea încercărilor de a descrie anormalitatea sunt fundamentate pe una sau mai multe dintre următoarele definiții.

Devierea de la normele statistice. Cuvântul anormal înseamnă în primul rând „alături de normă” [8]. O definiție a anormalității are la bază frecvența statistică: comportamentul anormal nu are frecvență statistică sau este deviat de la normă. Dar, potrivit acestei definiții, persoana care este extrem de inteligentă sau extrem de fericită va fi clasificată ca anormală. Prin urmare, la definirea comportamentului anormal, trebuie să luăm în considerare ceva mai mult decât frecvența statistică.

Devierea de la normele sociale. Fiecare societate are anumite standarde, sau norme, pentru un comportament acceptabil; comportamentul care deviază pronunțat de la aceste norme este considerat anormal [8]. Comportamentul care este considerat normal de către o societate, poate fi considerat anormal de către alta. De exemplu, membrii unor triburi africane nu consideră că este neobișnuit să auzi voci când de fapt nimeni nu vorbește sau să vezi ceva când nu există nimic acolo, dar asemenea comportamente sunt considerate anormale de către majoritatea societăților. O altă problemă este aceea a modificării în timp a conceptului de anormalitate în cadrul aceleiași societăți. Acum 30 de ani, majoritatea americanilor considerau că fumatul marijuanei sau apariția aproape gol pe plajă sunt comportamente anormale. Astăzi, aceste comportamente tind să fie văzute mai degrabă ca niște componente ale stilului de viață decât semnele unei anormalități. Orice definiție a anormalității trebuie să fie ceva mai complexă decât nivelul de înțelegere socială.

Comportament inadaptat. În locul definirii comportamentului anormal în termenii devianței de la normele statistice sau societale, numeroși oameni de știință

din domeniul social cred că cel mai important criteriu este modul în care comportamentul afectează bunăstarea individului sau a grupului social. În conformitate cu acest criteriu, comportamentul este anormal dacă el este inadaptat, dacă el are efecte adverse asupra individului sau asupra societății [24]. Unele tipuri de comportament deviant interferează cu bunăstarea individului (un bărbat poate să aibă o teamă atât de puternică de mulțime, încât să nu poată merge cu autobuzul la muncă; un alcoolic care consumă cantități mari de băutură nu poate să-și păstreze locul de muncă; o femeie care încearcă să se sinucidă). Alte forme de comportament deviant sunt nocive societății (un adolescent care are „explozii” violente de agresivitate; un individ paranoic care pune la cale asasinarea unei figuri publice). Dacă utilizăm criteriul inadaptării, toate aceste comportamente vor fi considerate anormale.

Disconfortul personal. Cel de-al patrulea criteriu postulează anormalitatea în termenii trăirii subiective a unor suferințe personale [24]. Majoritatea indivizilor diagnosticați cu o tulburare mentală se simt mizerabil. Ei sunt anxioși, deprimați sau agitați, iar mulți suferă de insomnie, apatie sau de numeroase dureri. Uneori, disconfortul personal poate fi singurul simptom de anormalitate; comportamentul individului pare normal unui observator obișnuit.

Nici una dintre aceste definiții nu asigură o descriere completă, satisfăcătoare a comportamentului anormal. În majoritatea cazurilor, toate cele patru criterii - frecvența statistică, deviația socială, comportamentul inadaptat și disconfortul personal - sunt luate în considerare la diagnosticarea anormalității.

Tipuri de personalitate

Personalități imature psihologic și social, caracterizate prin simplitatea structurilor psihice componente, prin lipsa corelației logice dintre ele, printr-o funcționalitate neeficientă, situațională, imprevizibilă, inegală, în sfârșit, prin capacități adaptive extrem de scăzute la situațiile comune și mai ales la cele noi; Sintetic, persoana imatură poate fi descrisă astfel [25]:

1. granițe limitate ale Eului, neimplicate în diverse activități, neparticipante în mod autentic, nu doar fizic, ci și psihologic;
2. centrate pe ele însele, închise în ele însele, posesive, sufocante, exclusiviste (cred că numai ele au trăit o anumită experiență, doresc să fie iubite, dar nu pot dărui iubirea);
3. emoțional zgomotoase, cu izbucniri de mînie și pasiune, întîmpină frustrările cu aversiune, sunt acuzatoare și autoacuzatoare;
4. modifică realitatea pe care o reflectă pentru a o adapta tendințelor și fanteziilor lor;
5. sunt afectate, „pozează”, caută să lase alte impresii asupra fondului lor, contrare celor pe care le dețin;
6. acționează fluctuant, ezitant, în funcție de situații, împrejurări [25].

Personalități accentuate, cu o serie de caracteristici ce ies din comun, mai acute față de media populației, care manifestă tendința de a aluneca în anormal, fără a deveni anormale, fapt care afectează serios capacitățile adaptative ale individului. K. Leonhard susține că jumătate din populațiile studiate de el prezentau caracteristici de personalități accentuate;

Personalități destructurate, care se deosebesc total față de media populației, incapabil de a se adapta solicitărilor și împrejurărilor vieții.

Întrebări de autoevaluare:

1. Care sunt elementele constitutive ale bunăstării afective?
2. Poate fi pus semnul = între normal și sănătos? Argumentați
3. De ce un psiholog trebuie să știe să facă diferența între normal-anormal?

Tema 3. Etiologia și clasificarea tulburărilor psihice

1. Noțiunile de sănătate și boală mintală

2. Cauzele bolilor psihice

3. Clasificarea bolilor psihice

1. Noțiunile de sănătate și boală mintală

Personalitatea poate fi concepută ca un sistem biopsihosocial. Sănătatea mintală poate fi concepută de asemenea ca având trei dimensiuni: una biologică, una psihologică și una socială.

Din punct de vedere **biologic** [22] omul este **sanatos** mintal dacă zestreă sa ereditară îi permite o dezvoltare intelectuală, afectivă și comportamentală normală și dacă nu suferă de boli somatice însoțite de tulburări psihice (de ex., unele boli ale creierului (tumorile) produc tulburări psihice; unele boli somatice grave pot determina reacții psihice (cancerul, leucemia, SIDA determină reacții depresive, anxioase, modificări de personalitate).

Psihologic omul este **sanatos** mental dacă [22]:

- nivelul său intelectual este în limite normale;
- nu are tulburări de conștiință. Omul sanatos mintal conștientizează corespunzător motivele sale, stările sale afective. El are conștiința realității adică înțelege corect mediul înconjurător (cel cu halucinații sau cu idei delirante înțelege deformat realitatea);
- afectiv este relativ echilibrat. În cea mai mare parte a timpului are o stare subiectivă de bine, liniște, pace interioară;
- suportă relativ bine frustrările, tensiunile, traumele psihice inerente vieții (îmbolnăviri, pierderi materiale, decese);
- rezistă atât la suprasolicitare (la serviciu, în familie) cât și la degajarea de sarcini (prin pensionare, plecarea copiilor din familie).

Din punct de vedere **social** omul este **sanatos** mental dacă [22]:

- se încadrează corespunzător în grupuri sociale (familie, grup de prieteni, colectiv de muncă, între vecini) și poate să întretină relații interpersonale armonioase;

- comportamentul său respecta cele mai importante norme sociale (respecta regulile, obișnuințele de conviețuire);
- își îndeplinește corespunzător rolurile sociale (rolul de soț, părinte, rolul solicitat de locul de muncă etc.) [22].

Între sănătatea mintală și boala mintală nu este o graniță precisă. Există numeroase comportamente, numeroase moduri de a simți și de a fi care nu pot fi considerate complet normale, dar totuși nu sunt boli mintale. De exemplu, unii oameni sunt foarte emotivi sau deosebit de inhibați, timizi – ceea ce îngreunează adaptarea lor în societate, dar până la un anumit nivel aceste particularități afective pot fi considerate normale. Unii oameni fac glume fără sens, râd fără motiv, alții au o capacitate mai redusă de învățare, dar și aceștia se pot încadra în limitele normalității (Athanasiu; Mironțov-Țuculescu).

Nu există o definiție unanim acceptată a noțiunii de **boală psihică (tulburare mentală)**. Bolile psihice au diferite denumiri și există mai multe sisteme de clasificare ale acestora. Pentru a defini boala psihică vom apela la definiția dată în DSM-IV (p.XXIX): tulburarea mentală este „un sindrom psihologic sau comportamental semnificativ clinic care apare la un individ și care este asociat cu o detresă¹ prezentă (de ex., simptom supărător) sau incapacitate (adică, deteriorare într-unul sau în mai multe domenii de funcționare) sau cu un risc crescut de a suferi moartea, durerea, infirmitatea sau o pierdere importantă a libertății”.

Tulburările mentale nu pot fi net delimitate între ele și nici de starea de sănătate mentală.

¹ Detresă = suferință cumplită, disperare (din limba franceză: détresse)

2. Cauzele bolilor psihice (etiologia)

Mulți oameni privesc foarte simplist această problema. Dacă cineva se îmbolnăvește psihic, cei din jurul sau găsesc imediat o serie de explicații care în general sunt naive, incorecte. (Ex.: dacă copilul este retardat mintal, cei mai mulți părinți cred că problemele copilului se datorează faptului că el, fiind mic, a căzut și s-a lovit la cap. În realitate aproape fiecare copil suferă lovituri minore de acest fel. Schizofrenia este pusă în legătură de multe ori cu conflictele din familie sau de la serviciu).

Surprinderea cauzelor bolilor psihice este dificilă pentru că nu este o **relație directă între cauze și efecte** [13]:

- aceeași cauză poate să ducă la mai multe efecte (exemplu: privarea copilului de afecțiunea părintească predispune la comportament antisocial, suicid, tulburare depresivă etc.

[<http://notiunigeneralepsihologie.blogspot.md/2012/03/psihopatologie.html>].

- același efect poate fi rezultatul mai multor cauze (ex.: handicap mintal se poate datora unor anomalii genetice, consumului de alcool al mamei în timpul sarcinii, encefalitei etc.).

Tulburarea psihică a unui bolnav în general este rezultatul a mai multor cauze. **Cauzele** se pot clasifica în cauze predispozante, precipitante și de întreținere.

- factorii predispozanți determină vulnerabilitatea persoanei față de factorii care vor acționa mai târziu. Dintre factorii predispozanți fac parte unele particularități ale zestrei genetice, anumite „evenimente” care au acționat în timpul vieții intrauterine (boli ale mamei sau malnutriția ei), boli sau psihotraume din primii ani de viață, tipul de personalitate.
- factorii precipitanți sunt evenimente care par să fie în legătură cu tulburarea psihică. Factori precipitanți pot fi unele boli (tumori cerebrale), traumatisme craniocerebrale, intoxicații cu medicamente sau

alte substanțe, conflictele cu cei din jur, frustrări etc. Capacitatea acestor factori de a produce tulburări cât și tipul de tulburare care apare depinde de factorii predispozanți (de ex. după divorț o persoană rămâne echilibrată psihic, alta face o reacție depresivă sau o tentativă de sinucidere, alta apelează la alcool - în funcție de structura sa premorbidă, dinaintea de boală).

- factorii de întreținere pot menține tulburarea, chiar după ce factorii precipitanți și-au încetat acțiunea (o persoană care a suferit de o boală psihică poate fi evitată de cunoștințele sale și după ce starea sa s-a ameliorat, ceea ce întreține în continuare unele simptome).

3. Clasificarea bolilor psihice

Primele încercări de clasificare a bolilor psihice au fost făcute la sfârșitul secolului XIX, începutul secolului XX (E. Kraepelin) [15]. În secolul XX au fost elaborate numeroase clasificări, au fost utilizate terminologii variate. Mulți autori au împărțit bolile psihice în **5 mari categorii**:

1. Tulburările psihice de natură organică;
2. Retardarea mintală;
3. Tulburările de personalitate (psihopatiile);
4. Nevrozele;
5. Psihozele [15]

În acest curs vom vorbi detaliat despre retardarea mintală și tulburările de personalitate. În continuare vom explica succint termenii „tulburări psihice de natură organică”, „nevroze” și „psihoze”.

Tulburările psihice de natură organică sunt tulburări care însoțesc bolile organice (boli la care se pot pune în evidență modificări anatomofiziologice ale sistemului nervos și / sau endocrin, de ex. tumorile cerebrale, epilepsia, traumatismele craniocerebrale grave, demențele, bolile endocrine etc.).

Nevrozele se caracterizează prin următoarele: [15]

- bolnavul *nu pierde contactul cu realitatea exterioară* (ca în psihoză);
- debutul bolii poate fi pus în legătură cu unele *evenimente psihotraumatizante*, din acest motiv se numesc și psihogenii (adică boli cu geneză, sau de origine psihică). Deși sunt în legătură cu evenimente psihotraumatizante, debutul și evoluția lor poate fi influențată de factori somatici favorizanți (de ex., de prezența unor boli somatice) sau de factori constituționali predispozanți. (de ex., o persoană care în general are o dispoziție afectivă depresivă, în urma unor psihotraume poate să facă o reacție nevrotică depresivă);
- nevrozele se manifestă prin *tulburări psihice* (anxietate, obsesii, fobii etc.) care pot fi însoțite de *simptome somatice* (tahicardie, transpirații, dureri abdominale etc.);
- nevroticul *are conștiința bolii* (știe că este bolnav), suferă din cauza problemelor sale psihice și somatice, face eforturi pentru a înfrînge boala. Din această cauză nu are sens să spunem nevroticului să încerce să-și înfrînge boala prin voință. Nevroticii doresc să se vindece, dar nu reușesc, au nevoie de ajutorul celor din jur: membrii familiei, prieteni, medici, psihoterapeuți etc.

Dintre nevroze fac parte: nevroza anxioasă, fobică, obsesivo - compulsivă, isterica, depresivă etc. [15]

Psihozele sunt cele mai grave boli psihice care se caracterizează prin următoarele:

- *înțelegerea realității este distorsionată* prin prezența halucinațiilor și a ideilor delirante;
- *adaptarea la mediu* (viața familială, socială și profesională) *este foarte grav afectată*;

- psihozele sunt *predominant endogene*, adică factorii externi, de mediu au un rol redus în declanșarea lor. Medicii considera ca aceste boli sunt determinate „din interior”, fiind în legatură cu zestrea genetică, tipul de personalitate, particularități ale funcționării sistemului nervos central. Psihotraumele au doar rolul de a pune în evidență aceste tendințe preexistente.
- bolnavul *nu are conștiința bolii*, nu își da seama de faptul că este bolnav. Din această cauză psihoticii de multe ori refuză să se interneze în spital și nu doresc să urmeze tratamentul de care ar avea nevoie.

Dintre psihoze fac parte schizofrenia, paranoia, psihoza maniaco-depresivă. După cum am arătat, există numeroase clasificări și terminologii, ceea ce a îngreunat schimbul de informații, colaborarea dintre medicii, psihologii din diferite țări, și a avut efecte negative asupra activității medicale. Spre sfârșitul secolului XX s-a simțit tot mai mult nevoia elaborării unei clasificări unitare. Experții Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) au întreprins măsurile necesare pentru elaborarea unei clasificări a maladiilor mentale care să devină un sistem comun de referință. În 1992, pe baza unor cercetări care s-au desfășurat în peste 100 de clinici din 40 de țări (printre care și România), a fost publicată lucrarea *ICD - 10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament* care descrie peste 300 de tulburări.

Asociația Americană de Psihiatrie a elaborat o clasificare asemănătoare cu titlul: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale) [DSM]. A patra ediție, apărută în anul 2000, este cunoscută prin prescurtarea DSM – IV - TRTM [13]. În prezent acest manual este adoptat în mod oficial în numeroase țări, inclusiv țara noastră.

În continuare vom enumera câteva categorii de tulburări descrise de DSM – IV - TRTM și vom menționa unele dintre tulburările care aparțin acestor categorii¹. În următoarele capitole ne vom referi mai pe larg la unele dintre aceste tulburări.

1. Tulburările diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, în copilărie sau adolescență [13]:

- retardarea mentală;
- tulburările de învățare (dislexie, discalculie, disgrafie);
- tulburarea de dezvoltare a coordonării;
- tulburările de comunicare;
- tulburările de dezvoltare pervasive (tulburare autistă);
- tulburările de deficit de atenție și de comportament disruptiv (tulburarea hiperactivitate / deficit de atenție, tulburare de conduită)
- ticurile.

2. Deliriumul, demența, tulburările amnestice și alte tulburări cognitive:

1. Tulburările în legătură cu o substanță[13]:

- tulburările în legătură cu alcoolul;
- tulburările în legătură cu canabisul;
- tulburările în legătură cu cocaina
- tulburările în legătură cu nicotina;
- tulburările în legătură cu opiaceele;

2. Schizofrenia și alte tulburări psihotice;

3. Tulburările afective:

- tulburările depresive;
- episodul maniacal;
- tulburările bipolare;

4. Tulburările anxioase;

¹ această clasificare nu este prezentată pentru a fi reținută ci numai pentru ca studenții să cunoască principalele grupe de boli psihice, așa cum apar ele în ICD-10, și să știe din care categorie fac parte tulburările care vor fi prezentate în continuare.

5. Tulburările somatoforme;

6. Tulburările sexuale și de identitate sexuală

7. Tulburările de comportament alimentar:

- anorexie nervoasă;
- bulimie nervoasă;

8. Tulburările de somn

9. Tulburările de personalitate:

- tulburarea de personalitate paranoică
- tulburarea de personalitate schizoidă
- tulburarea de personalitate antisocială (dissocială)
- tulburarea de personalitate borderline
- tulburarea de personalitate histrionică
- tulburarea de personalitate evitantă
- tulburarea de personalitate dependentă
- tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă

Întrebări de autoevaluare

1. Prezentați cîte 3 caracteristici esențiale ale sănătății și bolii
2. Care din cauze (predispozante, precipitante și de întreținere) au un impact mai grav asupra sănătății psihice?
3. Prezentați 3 diferențe calitative între neuroze și psihoze.

Tema 4. TULBURĂRILE DE CONȘTIINȚĂ

Preliminarii

1. Tulburările cîmpului de conștiință

1. 1. Destructurările predominant cantitative ale conștiinței

1. 2. Destructurările predominant calitative ale conștiinței

2. Tulburările conștiinței de sine

Preliminarii

Conștiința este un atribut definitoriu al umanității, *cea mai evoluată formă de reflectare psihică a lumii obiective, caracterizată prin raționalitate și aprehensiunea propriei identități a individului*. Prin urmare, conștiința desemnează activitatea psihică rațională, însoțită permanent de a percepția Eului, ca agent unic, indivizibil și inconfundabil al tuturor actelor sale psihice (Gorgos, 1987). Conștiința individuală reprezintă *reflectarea subiectivă a existenței fiecărui om, avînd note de unicitate și irepetabilitate*.

K Jaspers consideră conștiința ca fiind „*viața psihică la un moment dat*”, fiecărui moment corespunzându-i o experiență trăită în corelație cu o anumită ordine sau claritate a conștiinței. Modelarea experiențelor trăite „*aici și acum*” (Henry Ey) se face în raport cu întreaga experiență existențială anterioară a subiectului. Conștiința este un domeniu fundamental de definiție al psihismului, conferindu-i acestuia specificitate umană și deosebindu-l decisiv și calitativ de orice altă manifestare cerebrală, prin faptul că raportează experiențele individului la trecut și viitor, la sisteme axiologice și la identitate unică a subiectului, percepută ca atare.

În *psihiatrie*, termenul de „**conștiință**” are diferite interpretări, în funcție de fundamentarea teoretică prin care se abordează studiul ei <http://www.rasfoiesc.com/educatie/psihologie/TULBURARILE-DE-CONSTIINTA:>

▪ **Abordarea neuropsihologică** înțelege prin conștiință procesul orientat, finalist, de integrare a întregului sistem nervos care, pe fondul stării de veghe, prelucrează informațiile oferite de aferentele senzitivo-senzoriale, realizînd o reflectare subiectivă a realității obiective și putînd oferi prin această un răspuns comportamental adecvat. Se admite o structurare a conștiinței în trei niveluri:

- **Conștiința elementară (conștiința)** – care asigură starea de veghe, prezentă și la animale și ținînd de structuri subcorticale;

- **Conștiința operațional-logică**, prin care se realizează, cu ajutorul percepției și gândirii, o reflectare coerentă a realității;
- **Conștiința axiologică**, care permite optarea pentru valori în funcție de criterii induse de societate [32].

Conform acestei abordări, conștiinței îi sunt recunoscute mai multe **calități**:

- substratul său material este creierul;
- nivelul maxim de dezvoltare a conștiinței la om a fost atins prin apariția limbajului;
- prezintă variații cantitative în timp, la același subiect, dar și variație ciclică (alternanța somn-veghe);
- presupune integritatea tuturor funcțiilor psihice: percepție, atenție, memorie, gândire, afectivitate.

Cercetările de neurofiziologie au stabilit contribuția definitorie a cortexului, nucleilor bazali, sistemului talamic difuz și a hipotalamusului în realizarea conștiinței.

▪ **Concepția organo-dinamistă a lui H. Ey** introduce noțiunea de „*câmp al conștiinței*”, [32] alcătuit din ansamblul fenomenelor psihice ale existenței, la un moment dat: percepție, imaginație, sentimente, pulsuni, activitate motorie, limbaj. Pentru **Ey**, conștiința este, ca și pentru **Jaspers**, „viața psihică la un moment dat, secțiunea transversală (structura sincronică, la nivelul existenței psihice a unui individ. **Conștiința** (luciditatea) este *echivalentul clarității câmpului conștiinței*. Secțiunea longitudinală (diacronică) a vieții psihice a individului, care trece prin totalitatea „clipelor” câmpului conștiinței, constituie „organizarea personalității”. În felul acesta, personalitatea ar fi alcătuită din derularea multiplelor cadre al prezentului. Pentru **Ey**, disoluțiile câmpului de conștiință și ale organizării conștiinței explică întreaga patologie psihiatrică. Astfel, **disoluțiile câmpului conștiinței** de *intensitate mică* determină **mînie** și **melancolie**, cele de *intensitate medie* – **psihozele delirante acute** și **stările oneiroide**, iar *disoluțiile profunde*

determină **stările confuzionale și confuzionice**. *Disoluțiile structurii profunde a conștiinței* determină, când sunt de *intensitate mică*, **dizarmonia**, când sunt de *intensitate medie* – **delirurile cronice și schizofrenia**, *cele mai grave* disoluții determinând **demențele**.

▪ Abordarea conștiinței din unghiul **psihologiei sociale** a condus la alte corelații. **Conștiința individuală** [33] exprimă structurarea superioară a fenomenelor psihice sub influența unor mecanisme de natură socială: limbaj, valori, simboluri. Cu cât cultura societății din care face parte individul este mai evoluată, cu atât individul își însușește mai mult din valorile ei, și cu atât este mai conștient de locul și rolul său în colectivitate, ca și de propriile sale motivații, pe care și le poate corela cu disponibilitățile și cerințele societății. Mediile familiale dezorganizate, microgrupurile cu nivel moral scăzut pot determina structurări dizarmonice ale personalității copilului sau adolescentului, contribuind la structurarea psihopatiei sau la dezvoltarea unor predispoziții spre psihoze sau nevroze.

Se mai disting **conștiința socială, conștiința grupului** din care face parte individul, **conștiința profesională, conștiința națională, conștiința morală**, fiecare dintre ele avînd un rol important în evoluția și menținerea coerenței și unicității individului.

Conștiința de sine constituie reflectarea în conștiința individului a propriei existențe psihice și sociale [33]. Se structurează în cadrul relațiilor sociale, individul cunoscîndu-se pe sine și delimitîndu-se de ceilalți prin comparare cu semenii săi. Individul devine, astfel, o conștiință personalizată, individualizată. *Personalitățile structurate dizarmonic* își structurează o imagine deformată atât despre lume, cât și despre sine. *Delirurile cronice* și mai ales *schizofrenia* determină o distorsionare delirantă sau o bulversare a conștiinței de sine.

C. Gorgos (1987) arată că, în funcție de accepțiunile psihiatrice ale termenului, se poate realiza o sistematizare didactică a principalelor modalități de existență a conștiinței și a tulburărilor ei [16]:

- **Cîmpul de conștiință**, care integrează prezența în lume, permițându-i subiectului să se situeze în raport cu semenii săi, să-i înțeleagă lucid și să se adapteze schimbărilor pe care le percepe.

➤ **Tulburările cîmpului de conștiință:**

<http://dictionar.romedic.ro/tulburari-de-constienta>

- *tulburările clarității și integrării cîmpului conștiinței (tulburări cantitative):* obtuzia, hebetudinea, torpoarea, obnubilarea, stuporul, soporul, suspendarea completă a conștiinței;
 - *tulburările structurii cîmpului conștiinței (tulburări calitative): îngustarea cîmpului conștiinței, starea crepusculară, confuzia mintală (stările confuzionale):* oneiroidia, amenția.
- **Conștiința de sine a subiectului**, ca sentiment al propriei identități.
 - **Tulburările conștiinței de sine:**
 - Tulburările conștiinței corporalității (somatoagnozia);*
 - *tulburări de schemă corporală de tip neurologic:* sindromul Gerstmann, sindromul Anton-Babinski;
 - *tulburări de schemă corporală de tip psihic:* cenestopatii, sindrom hipocondriac, sindrom Cotard;
 - *desomatizare:* dismorfofobia;
 - *tulburările conștiinței realității obiectuale:* derealizarea.
 - *tulburările conștiinței propriei persoane:* personalitatea multiplă, depersonalizarea, automatism mintal;
 - *tulburările somnului și visului:* insomnii, hipersomnii, visul.

- **Conștiința morală** se referă la capacitatea de înțelegere și judecată, reflectată în comportamentul subiectului, conform cu anumite norme deontice și un sistem axiologic obținut prin enculturație și auto-structurare.

1. Tulburările câmpului de conștiință

Atunci când se urmărește evidențierea unor tulburări de conștiință, se analizează următorii parametri (**Jaspers**) [16]:

- *dezinteresul față de lumea exterioară* (bolnavul înțelege cu dificultate ce se întâmplă în jurul lui, atenția este labilă, acționează fără să țină seama de situația reală);
- *dezorientarea* legată de dezinteres;
- *incoerența* (prin urmare, inteligibilitatea conduitei);
- *tulburări ale capacității de fixare și conservare.*

Tulburările de conștiință pot fi apreciate sub *aspect neurofiziologic* (criteriu pe care se bazează modificările denumite **cantitative** ale conștiinței), ca și sub aspect *psihologic*, al adecvării insului la realitate (criteriu pe care se bazează tulburările **calitative** ale conștiinței).

1.1. Destructurările predominant cantitative ale conștiinței – dezagregare a structurii conștiinței

Starea de veghe este caracterizată prin aceea că funcțiile psihice se desfășoară cu [32]:

- **claritate** (actele ideo-motorii sunt distincte și într-o corectă orientare);
- **luciditate** (orientare în realitate oportună și adecvată);
- **sub controlul rațiunii** (care impune respectarea unor norme și valori, în consens cu normele sociale).

Starea de virilitate a creierului își găsește baza neurofiziologică în sistemul reticulat activator ascendent (SRAA). Pe acest fond de virilitate, pot fi distinse (sub aspectul intensității) mai multe grade de tulburare a conștiinței. Aceste tulburări **nu se însoțesc de productivitate**, asociindu-se, o dată cu creșterea intensității lor, cu tulburări vegetative.

- b) Starea de obtuzie** – se manifestă, în plan senzorial, prin ridicarea pragurilor senzoriale, bradipsihie cu hipoprosexie, ceea ce duce la diminuarea mai mult sau mai puțin marcată a permeabilității și recepției. Aceasta se realizează cu imprecizie, inadecvare și latență. În plan cognitiv-ideativ, se traduce prin dificultăți asociative, pierderea mobilității și supleței ideative, lentoare în înțelegerea întrebărilor, individul neputând să-și precizeze și să-și formuleze ideile.
- c) Starea de hebetudine** – reprezintă o desprindere de realitate, pe care individul nu o mai poate cuprinde ca ansamblu, perplexitate și indiferență. Ea este considerată un prim pas spre **stupoare**, fiind de regulă trecătoare și asociată cu tulburări organice. Este considerată ca făcând parte din tabloul general al confuziei mintale.
- d) Starea de torpoare** – se manifestă prin bradikinezie, lentoarea proceselor ideative, hipobulie, reducerea marcată a participării afective, ușoară dezorientare temporospațială, cu stări de somnolență. Se întâlnește în sindroame confuzionale de diverse etiologii, disfuncții ale trunchiului cerebral, sindromul de impregnare neuroleptică, în nevroza instituțională, psihoze toxiinfecțioase, hipotiroidie, convalescența unor boli somatice grave.
- e) Starea de obnubilare** – reprezintă o denivelare mai importantă a virilității, cu hipoprosexie vira și dificultăți mnezice mixte, creșterea pragurilor senzoriale, dificultăți în înțelegere și sinteză, care se desfășoară cu o greutate sporită. Pe plan clinic, se manifestă prin răspunsuri vagi,

incomplete, uneori lipsite de sens, altele cu caracter de perseverare. Procesele imaginativ-representative sunt tulburate profund, iar evocarea evenimentelor parcurse, a faptelor trăite, se realizează dificil, uneori fiind imposibilă. La stimuli intenși sau la repetarea întrebărilor, răspunsurile pot crește în precizie și claritate.

f) Starea de stupeoare - reprezintă o tulburare severă a virilității, însoțită de inhibiție psihomotorie (mutism, akinezie, negativism alimentar). Bolnavul nu reacționează decât la excitații foarte puternice, nu răspunde la întrebări și pare a nu înțelege contextul în care se află. Mimica bolnavului este inexpresivă sau exprimă un grad mare de anxietate, atitudinea este inertă, dar opune rezistență la mișcările provocate. Se pot descrie mai multe tipuri de stupeoare:

- **stupeoare confuzională (stupeoare mintală)** – reprezentată de o scădere accentuată a activității psihice, asociată unei stări somatice alterate. Atitudinea generală amintește de starea de somn, hipertonia musculară este absentă. Amnezia episoadelor stuporoase confuzionale este parțială. Poate evolua pînă la comă.

- **stupeoare catatonică** – însoțită de tulburări de tonus: hipertonii localizate și variabile, tulburări de atitudine și mimică, tulburări vegetative majore. Activitatea psihică poate fi suspendată sau subiectul poate prezenta o stare confuzo-onirică. Este caracteristică variabilitatea simptomatologiei, putîndu-se înregistra dispariții bruște ale acesteia sau persistența ei îndelungată (luni, chiar ani).

- **stupeoare emotivă (conflictuală)** – rezultat al unei stări emoționale intense (siderare emotivă), al unui conflict grav între tendințele instinctive și cerințele etico-morale sau posibilitățile reale ale subiectului. Traduce o atitudine de „refuz a realității” (**Caloutsis** și **Guiraud**), avînd în patogeneză unele mecanisme de tip isteric debutul

reacțiilor psihotice este brusc, mimica denotă anxietate sau este golită de expresie, mutismul este de obicei invincibil. Bolnavul refuză alimentația.

- **stupoarea melancolică** – reprezintă o inhibiție parțială a activității motorii, subiacentă unor stări timice caracteristice. Bolnavul este absent, expresia feței și atitudinea generală evocând acest lucru. Apar constant tulburări vasomotorii. Bolnavul poate să se lase mobilizat pasiv sau, din contră, să aibă o atitudine opoziționistă. Posibilitatea apariției raptusului suicidar în timpul stării stuporoase ridică problema supravegherii deosebite a acestor bolnavi.

g) Starea de sopor – reprezintă o stare de somnolență patologică, în care contactul cu ambianța se face foarte dificil, fiind întretăiat de perioade de somn. Se apropie ca aspect clinic de starea de comă. Subiectul reacționează la stimuli dureroși, dar nu mai poate da răspunsuri verbale, coerente, chiar dacă este puternic stimulat. Se întâlnește în toate stările de îngustare a câmpului conștiinței care evoluează spre comă.

h) Suspendarea completă a conștiinței (starea comatoasă) – apare în criza epileptică, lipotimie, sincopă și comă. Se caracterizează printr-o suspendare a funcțiilor relaționale (apsihism), cu păstrarea funcțiilor vegetative, care însă, spre deosebire de somn, sunt alterate în diferite grade.

Coma reprezintă o stare patologică a neuropsihismului, afectînd profund și persistent starea de conștiință (practic abolită, în mod brutal sau lent, progresiv), funcțiile de relație, dar cu relativa păstrare a funcțiilor vegetative (în raport cu gradul de profunzime). Pentru clasificare, **Fischgold** și **Matis** (1959) iau în discuție *criteriul electrochimic*, distingînd patru stadii [16]:

- *Stadiul I* – **coma rigidă** – posibilitatea de terapie prin stimulare; conservarea reflexelor encefalice; absența tulburărilor funcțiilor vegetative; traseu EEG: ritm alfa încetinit sau aplatizat, scurte bufee de unde lente, cu păstrarea reactivității electroencefalografice;

- *Stadiul II* – **coma ușoară** – pierderea manifestă a conștiinței, cu scăderea semnificativă a reactivității (numai la stimuli puternici nociceptivi); reflexe pupilare și corneene evident diminuate, tulburări de deglutiție, absența controlului sfincterian; traseu EEG: ritmuri lente, cu reactivitate mult scăzută sau absentă;
- *Stadiul III* – **coma profundă** sau **carus** – absența totală a conștiinței, posibilitatea de reactivare; reflex cornean absent; midriază; deglutiție abolită; pe prim plan – tulburările cardiorespiratorii; traseu EEG: bradiritmie și monotonie; absența totală a reactivității;
- *Stadiul IV* – **coma depășită** – suprimare globală a activității encefalice; afectarea majoră a funcțiilor esențiale, hipotensiune arterială, hipotermie, hipotonie musculară, midriază fixă; traseu EEG: izoelectric.

După *conținutul etiopatogenic*, **Boudouresque** oferă următoarea clasificare:

- **come neurologice** – exprimînd afectarea structurilor encefalice, respectiv semne neurologice de focar: coma vasculară (hemoragii cerebrale, ramolimente, tromboflebite etc.), coma infecțioasă (meningite, encefalite, pneumonie etc.), coma traumatică (traumatismele craniu-cerebrale), coma din tumorile cerebrale (formațiuni cerebrale expansive benigne sau maligne), coma epileptică;
- **come metabolice** – prin tulburarea unor mecanisme umorale, caracterizate prin tablouri clinice specifice: coma uremică, coma diabetică, coma hipoglicemică, coma hepatică, comele endocrine;
- **come toxice** – prin acțiunea unor agenți toxici, *exogeni*: intoxicații profesionale (cu plumb, oxid de carbon etc.), intoxicații medicamentoase (cu insulină, opiacee etc.), intoxicații accidentale (cu ciuperci, alcaloizi de beladona), intoxicații din toxicomanii (alcool,

derivați de morfină etc.), intoxicații voluntare (tentative de suicid cu barbiturice, opiacee etc.).

1.2. Destructurările predominant calitative ale conștiinței – polarizarea și îngustarea întinderii sale

a) Îngustarea câmpului conștiinței – descrisă de **P. Janet** (1899), se caracterizează prin focalizarea conștiinței asupra unei idei, amintiri, acțiuni etc., de care subiectul nu se poate desprinde. Se referă mai ales la scăderea numărului și clarității trăirilor aflate la un moment dat în câmpul conștiinței, fără voia individului. Conștiința este incapabilă să cuprindă întreaga experiență preluată, în afară de cea psihotraumatizantă. Poate fi considerată ca o demodulare afectiv-ideativă, o neadecvare prin alterarea criteriului valoric, care duce la deformarea relației cu realitatea. Se întâlnește în depresie, surmenaj, hipnoză [8].

b) Confuzia mintală (stările confuzionale) reprezintă expresia comună a unei suferințe cerebrale acute, ce determină un ansamblu de tulburări acute și globale ale psihismului, în care locul central este ocupat de modificări cu caracter tranzitoriu în planul conștiinței. Are loc o disoluție mai mult sau mai puțin rapidă și completă a conștiinței (torpoare, hebetudine, obnubilare, obtuzie – cel mai frecvent), lentoarea percepției și a proceselor de orientare, deficit al atenției și al memoriei, care realizează o sinteză mentală cu aspect fragmentar și incoerent. **H. Ey** spune că starea de confuzie este un „fond” de destructurare a conștiinței, în care modalitatea de „a nu fi conștient” ajunge la un punct clinic maxim [8].

Circumstanțele etiologice ale confuziei mintale sunt: *intoxicații* (alcool, oxid de carbon, barbiturice, medicamente cu efect anticolinergic, inclusiv neuroleptice, antidepressive, tranchilizante); *infecții, toxiinfecții; dereglări metabolice* (diabet, uremie, encefalopatii etc.); *sindroame meningiene; encefalite; accidente vasculare*

cerebrale; traumatisme craniu-cerebrale; tumori cerebrale; boli psihice (psihoză maniaco-depresivă, reacții psihopatologice); *epilepsie*.

În ceea ce privește **aspectele clinice** [23], intrarea în starea de confuzie mintală se face, de obicei, brusc (ore, zile), într-un mod care sugerează clar aspectul de ruptură dintre situația actuală și comportamentul anterior al bolnavului (pentru care relatările aparținătorilor sunt valoroase). La primul contact, pacientul este ezitant, pare perplex și distrat, necesită să fie îndrumat pentru a se așeza și trebuie să i se repete de mai multe ori o indicație pentru a o înțelege. Ținuta sa este neglijentă, traducând indiferență, privirea este fie inexpresivă, uimită, fie vagă și răvășită, mimica este sărăcită, posacă. Bolnavul face eforturi vizibile să răspundă, dar cel mai adesea nu reușește, fie pentru că nu înțelege suficient, fie pentru că nu poate asambla ideile sau nu-și poate aminti cuvintele necesare. Dacă totuși izbutește să pronunțe cu greutate câteva fraze, ele exprimă numai inerție și indiferență. Pe fondul de pasivitate, apar episoade de agitație, iar uneori un murmur neînțeles sau răspunsuri nemotivate date unui interlocutor imaginar, denotă existența onirismului. Dezorientarea temporospațială este uneori evidentă, bolnavul întreabă unde se găsește, ce se petrece cu el, neștiind unde și în ce moment se află. Întrebat de mai multe ori despre același lucru, dă răspunsuri diferite și, parțial, conștient de greșeli; îndrumat de examinator, caută să le corecteze, însă fără succes, incapabil să se orienteze temporospațial, pacientul nu poate să evoce amintirile recente și nici să ordoneze logic imaginile ce apar în câmpul conștiinței, confundă persoanele, are false recunoașteri. Toate acestea explică amnezia lacunară care urmează episodului confuzional. Deficitul gândirii este global, realizând obnubilarea și perplexitatea, raționamentele sunt perturbate, pacientul invocând ca scuză uitarea datelor, oboseala sau iritarea. O evaluare obiectivă a acestui deficit este imposibilă în asemenea situații, neputându-se aplica testele psihologice de inteligență sau deteriorare. La fel ca și în orientare, pacientul prezintă fluctuații bruște, având momente de luciditate, în care răspunde cu precizie la întrebări.

Gândirea haotică, ineficace, vagă din confuzia mintală a fost comparată cu un nor (obnubilată). De obicei, persistă conștiința parțială a tulburărilor, subiectul manifestând uimire, perplexitate față de simptomele sale. Uneori se interferează episoade onirice care, fiind diferite de delir, au inconștiența și variațiile visului. Singurătatea și obscuritatea favorizează apariția delirului, care se poate greșa pe iluziile auditive, dezvoltându-se datorită dezorientării, hipoprosaxiei și deficitului de judecată. Onirismul se deosebește de vis sau coșmar prin participarea activă a pacientului la lumea imaginară terifiantă. În ceea ce privește comportamentul, subiectului aflat în confuzie mintală îi este caracteristică oscilația uneori foarte rapidă între stupoare și agitație, cu posibile accidente grave; somnul este tulburat în ritm și calitate. Semnele somatice care se pot pune în evidență sunt cefaleea, frecvent în cască, și dereglări neurovegetative.

Confuzia mintală apare în **circumstanțe etiologice** diferite [23]:

- afecțiuni intracraniene; traumatisme craniu-cerebrale, epilepsie, afecțiuni meningeale, afecțiuni cerebrale (encefalite, tumori cerebrale), accidente vasculare cerebrale;
- afecțiuni generale;
- alcoolism (beția acută, episoade subacute, delirium tremens);
- toxicomanii (barbiturice, amfetamine, heroină);
- intoxicații medicamentoase;
- intoxicații profesionale (arsenic, mercur, oxid de carbon etc.);
- intoxicații alimentare (ciuperci);
- encefalopatii metabolice (diabet, insuficiență hepatică, insuficiență respiratorie, insuficiență renală, hipoglicemie spontană);
- afecțiuni endocrine;
- stări de șoc (postoperatorii, traumatice, cardiovasculare);
- boli sanguine (leucemii, anemii);
- alte cauze (electrocutare, insolație, privarea de somn, avitaminoze);

- în cursul evoluției bolilor psihice (psihoze postpartum, schizofrenie, manie, depresie, demență).

În cadrul confuziei mintale, se disting două tulburări calitative mai pregnante:

oneiroidia și amenția.

Amenția reprezintă o tulburare de tip confuzional de intensitate psihopatologică maximă a conștiinței, constând în modificarea predominant calitativă a câmpului de conștiință, prezentă în toate psihozele. Tabloul este dominat de incoerență, dezorientare și agitație extremă, dezordonată, vorbirea subiectului devenind deseori neinteligibilă. Evoluția este discontinuă, putând apărea, inconstant, perioade stuporoase sau catatonice. Se mai asociază aici dezorientare accentuată, iluzii, idei delirante, oscilații afective care evoluează pe fondul prăbușirii fizice.

Oneiroidia este o formă particulară de tulburare a conștiinței, amestec de real și vis, la care subiectul nu participă activ, comportându-se ca simplu spectator, în ciuda trăirii afective care poate fi intensă. A fost descrisă de Meyer Gross. Spre deosebire de *onirism*, starea confuzională de fond este mai discretă, iar viziunile care apar nu sunt halucinații adevărate, ele apropiindu-se de reprezentările și producțiile cu caracter imaginar. Tematica viziunilor este fantastică, de inspirație literară și antologică și se caracterizează printr-o „coerență” mai mare decât în onirism. Există forme expansive, cu idei delirante de grandoare, fantastice și forme depresive, cu idei depresive și de autoacuzare. Nu este urmată de amnezie, deși nu se exclude posibilitatea manifestării unor dismnezii.

Se întâlnește în stări infecțioase, intoxicații, manie (forma confuzivă), schizofrenie catatonică. Unii autori încadrează stările oneiroide în grupul psihozelor delirante acute.

c) **Starea crepusculară** – reprezintă o tulburare a conștiinței în care se produce o „obnubilare mai mult sau mai puțin accentuată, cu dezorientare și defect consecutiv pe planul ideației, întretăiată de scurte faze

de luciditate relativă” (P. Guiraud) [16]. Tabloul clinic al stării crepusculare apare ca o modificare cu aspect „critic” (debut și final brusc) a clarității câmpului conștiinței, în diferite grade, cu îngustarea sa concomitentă, rămânând astfel posibilă efectuarea unei activități automate, deci cu acțiuni motorii coordonate, dar neadecvate în raport cu ocupațiile anterioare ale bolnavului. Față de perioada acestei stări (câteva momente, zile), și de conținutul ei, pacientul va avea o amnezie totală, lacunară sau parțială (depinzând de modificarea stării de virilitate). H Ey descrie experiența crepusculară ca pe un „eveniment prin care se pune realitatea între paranteze”, fiind legată, chiar la un astfel de nivel de destructurare a conștiinței, „de unele modalități ale constituției sale” (dramatism, artificialitate, mister). Tematica stării crepusculare simbolizează seismul dezorganizării conștiinței, ca un eveniment care marchează disperarea sau beția orgiacă. Circumstanțele etiologice sunt reprezentate, în ordinea frecvenței, de: epilepsie (temporală); beție patologică; isterie; reacții acute psihogene; boli toxico-infecțioase; hipoglicemie. Subiectul trăiește o stare de realizare, pe fondul căreia pot apărea organizări delirante sau halucinații, ce se apropie de onirism și care antrenează doar parțial subiectul. Starea afectivă poate fi profund tulburată prin exaltare sau angoasă, rezultând de aici o stare de agitație. Alteori, afectivitatea este neutră, actele și discursul pacientului părând normale la prima vedere, iar obnubilarea fiind puțin vizibilă. La un examen mai atent, se poate constata că automatismele nu sunt în concordanță cu personalitatea bolnavului, în continuitate logică cu perioada anterioară impactului psihotraumatizant: alteori, comportamentul devine anormal: acte bizare, fugi, agitație, crime. În ceea ce privește stările crepusculare isterice s-a observat că întotdeauna elementul confuzional este prezent în tabloul clinic: apar mai ales la sexul feminin și durata lor este variabilă, depășind rareori două săptămâni. Ele sunt exprimate prin existența

unei „idei fixe” (eveniment psihotraumatizant, pe care memoria îl reprimă în stare de veghe), generatoare a unei experiențe semiconștiente de depersonalizare și straniețe.

d) Starea secundă – reprezintă o tulburare constând în îngustarea conștiinței de tip isteric, care permite subiectului integrarea într-o activitate aparent normală, dar în discrepanță evidentă cu personalitatea lui anterioară și având un caracter „critic”. Este, după cum se vede, destul de greu de diferențiat de starea crepusculară; totuși, acesteia din urmă îi este caracteristică amprenta de confuzie globală, în timp ce starea secundă este numai o tulburare parțială a stării de conștiință.

După cum subliniază **Michaux**, activitatea subiectului în timpul stării secunde rămâne coordonată, dar pitorească și paradoxală, lipsită de periculozitate sau gravitate antisocială. Este urmată de amnezie lacunară și poate fi sistată prin sugestie și hipnoză (element de diagnostic diferențial cu starea confuzională). Majoritatea autorilor o înscriu în sfera unor tulburări de intensitate nevrotică.

În cadrul aceleiași tip de tulburări, ar intra somnambulismul și personalitatea multiplă, introduse de clasificarea DSM III în rândul tulburărilor disociative ale nevrozei isterice (amnezia psihogenă, fuga psihogenă și personalitate multiplă).

2. Tulburările conștiinței de sine [25]:

a) tulburările conștiinței corporalității (somatognozia)

Somatognozia reprezintă imaginea pe care individul și-o formează despre propriul său corp, ca obiect funcționând în spațiu. Conștiința propriului corp se constituie progresiv din date perceptive, realizând un cadru spațial pentru percepții, reprezentări, amintiri și emoții. Se raportează la noțiunile de schemă corporală și asomatognozie.

b) tulburări de schemă corporală de tip neurologic:

- **sindromul Gerstmann** – sindrom manifestat prin agnozie digitală, agrafie, acalculie, nediferențiere stînga-dreapta. *Agnozia digitală* este simptomul central și se caracterizează prin incapacitatea, ignorată de subiect, de a numi și deosebi între ele degetele proprii sau ale altcuiva, deși le poate utiliza pentru activități ce necesită diferențierea lor. *Nediferențierea stînga-dreapta* se manifestă prin incapacitatea de a deosebi partea dreaptă de partea stîngă a propriului corp sau a corpului altcuiva. **Acalculia** este simptomul cel mai puțin frecvent și se datorează incapacității evaluării semnificației cifrelor. Mecanismul psihopatologic esențial îl reprezintă o incapacitate a subiectului de a lega spațial obiectele care fac parte dintr-un tot. Ele s-ar datora unor leziuni difuze ale emisferului dominant [25].

- **sindromul Anton-Babinski**: reprezintă o manifestare clinică amplă, grupată în jurul a trei elemente majore:

- *Asomatognozie* – ignorarea sau nerecunoașterea unuia sau mai multor segmente ale corpului;
- *Anosognozie* – ignorarea sau nerecunoașterea propriei boli – chiar în condițiile în care sesizează o infirmitate;
- *Anozodiaforie* – indiferență față de boală, însoțită uneori de o euforie paradoxală.

Apare în leziuni de diferite etiologii, la nivelul răspîntiei parieto-temporo-occipitale drepte [25].

c) tulburări de schemă corporală de tip psihic:

- **cenestopatii** – reprezintă tulburări particulare ale cenesteziei, alterări locale ale sensibilității comune, de tip algic sau parestezic, putînd interesa orice zonă sau punct al organismului. Apar senzații corporale neplăcute, în absența unor modificări organice. În descrierile bolnavilor, apar ca trăiri stranii, amintind de ideile delirante. Cenestopatiile, considerate ca tulburări

perceptive, se pot înscrie într-un continuum de gravitate, mergând de la simple iluzii până la halucinații.

Principalele lor caracteristici ar fi: caracterul funcțional, anorganic, independent de orice leziune locală patogenă și existența lor autonomă. Cenestopatiile nu apar izolate, ci asociate cu anxietatea, depresia, tulburările obsesive. Pot apărea în întreaga patologie psihiatrică, dar sunt mai frecvente în neurastenii, nevroza anxioasă, isterică și depresivă, ateroscleroză cerebrală, unele deliruri.

- **autotopoagnozia** – defect de percepție și integrare ce face imposibilă localizarea unui segment al corpului. Este o agnozie de schemă corporală, fiind asociată adesea cu pierderea orientării dreapta-stîngă (sindrom Pick).
- **sindrom hipocondriac** – se caracterizează prin existența ideii (cu caracter obsesiv prevalent sau delirant) de suferință datorită unei boli somatice care evoluează fatal, convingere lipsită de suport real sau având un suport real insuficient. Hipocondriacul trăiește anxios și dureros această convingere, întărită uneori prin factori iatrogeni, fiind într-o permanentă căutare de medici și medicamente, în care nu are însă încredere, fiind convins de incurabilitatea bolii sale. Prin caracterul puternic afectiv conferit de anxietate și depresie, sindromul hipocondriac se deosebește de sindromul Munchausen, în care bolnavul încearcă să-și „fabrice” o falsă îmbolnăvire. Intensitatea ideilor hipocondriace este variabilă, conferind specificitate formelor clinice [32].
 - *Sindromul asteno-hipocondriac* din nevroza depresivă, neurastenii, debutul neurasteniform al psihozelor discordante sau în perioada lor de remisie, constă din apariția, pe fondul asteniei psihofizice, a unor temeri de boală sau chiar idei prevalente, alimentate de cenestopatii.
 - *Sindromul obsesiv-hipocondriac*, apărut în nevroza obsesiv-fobică, la structurile psihastenice, se traduce prin idei obsesive, teamă patologică de

îmbolnăvire, creând un complex de nosofobii: cancerofobie, sifilofobie, rabiofobie, SIDA-fobie.

- *Sindromul hipocondriac delirant* se constituie în teme delirante, mai mult sau mai puțin sistematizate, în cadrul depresiei (mai ales în melancolia delirantă), schizofreniei, delirurilor cronice, sistematizate, demențelor.

- **sindrom Cotard** – constă dintr-o asociere caracteristică de idei delirante, mai mult sau mai puțin sistematizate. Este întâlnit în melancolia delirantă (mai ales cea de involuție), în demențe (paralizia generală progresivă) și în unele stări confuzionale (mai ales cele de origine infecțioasă). Cuprinde idei delirante de negație, având ca punct de plecare tulburările cenestezice și preocupările hipocondriace, idei delirante de imortalitate și de enormitate, la care se pot adăuga și cele de posesiune. Când mecanismele de proiecție hipocondriacă eșuează, pentru a alunga realitatea penibilă, bolnavul o neagă: el neagă existența sau funcționalitatea unor organe sau a corpului, precum și realitatea exterioară, considerându-se condamnat să fie nemuritor, pentru a suferi mereu. Imortalitatea este însoțită de nedefinire în spațiu, de existența într-o lume gigant și atrage după sine delirul de enormitate, când se pierde controlul asupra limitelor corpului. Tulburările de sensibilitate în sensul existenței analgiei, tentativele suicidare, automutilările, ideile delirante de posesiune sunt alte elemente constitutive ale sindromului Cotard;

d) desomatizare:

- **dismorfofobia** – se apropie mai mult de depersonalizare. Ea exprimă sentimentul transformării în sens negativ al aspectului corpului sau doar a unor caracteristici ale acestuia (înălțime, greutate, raportul dintre segmente). Un interes special este acordat aspectului feței și al organelor genitale. **Koupernik** a descris această tulburare „psihoza urâțirii”; alți autori consideră că are un caracter normal și tranzitoriu la adolescenți (cu sentiment de inferioritate și stângăcie, depresie, izolare relațională, reacții

comportamentale). Motivată numai parțial și în anumite circumstanțe, dismorfofobia adolescentului poate fi o manifestare a crizei de originalitate sau de individualitate, dar și expresia unei nevroze, a unei psihoze sau a unei stări limită. Debutul unor schizofrenii poate avea drept sindrom central dismorfofobia, exprimată ca un veritabil „delir” dismorfofobic sau de transformare în care bolnavul se „dezidentifică”, însoțită de manifestări comportamentale: izolare, retragere, indiferență afectivă. Este trăită uneori cu anxietate maximă. Ajungând chiar la stări de agitație.

În psihastenie, studiul atent al detaliilor corpului, precum și lipsa de identitate față de propriul corp, duc la descoperirea unor „modificări” care îl îngrijorează în mod deosebit pe subiect, cu atât mai mult cu cât ele se asociază și cu alte tulburări ale identității corporale (desomatizare). Atitudinea bolnavului față de dismorfofobie și încercarea corectării ei poate îmbrăca forme diverse, de la tratamentele dermatologice, de chirurgie estetică și protejare, până la sinucidere;

e) tulburările conștiinței realității obiectuale:

- **derealizarea** - reprezintă o tulburare a conștiinței realității obiectuale, care apare extrem de rar ca fenomen izolat, făcând, de regulă, parte din sindromul de depersonalizare. Termen introdus de Mayer-Gross și Mapother, pentru a defini sentimentul de straniețate a lumii exterioare în absența oricăror tulburări perceptive. Pierzând „funcția realului” (P. Janet), subiectul se simte detașat, izolat de concretitudinea lumii, care-și pierde „familiaritatea”, devenind pentru acesta un spațiu străin. Fără a putea fi definită cu precizie, această „alienare de la realitate” (**Mayer-Gross**) poate îmbrăca nuanțe fine, cu forme de expresie foarte variate. De la forma minimă, în care lucrurile pot să pară false, artificiale, stranii, iar persoanele modificate, urâte, îmbătrânite, lipsite de „aerul personal”, în forma sa extremă de realizare îi dă subiectului senzația unei retrageri complete din lumea reală, de „plutire fără înălțime peste un deșert necunoscut”.

În condițiile modificării percepției subiective a timpului, apariției desincronizării de „ritmul lumii” și incapacității „de a mai simți curgerea timpului”, spațiul își pierde și el reperatele obișnuite, subiectul având impresia că este dezorientat (fără ca acest lucru să se confirme obiectiv).

Derealizarea este percepută de către subiect ca o modificare a vieții sale psihice, prin senzațiile chinuitoare pe care le încearcă. Ea este însoțită întotdeauna și de alte fenomene, legate mai ales de diversele grade de modificare a conștiinței. Este caracteristică în psihastenie, schizofrenie, depresii majore, intoxicații cu mescalină. Ea apare, după unii autori, în diverse grade în debutul oricărei psihoze.

Mayer-Gross – în evoluția schizofreniei, orice bolnav trece cu necesitate printr-un stadiu de derealizare-depersonalizare, în cazuri rare aceasta putând rămâne unica manifestare a unei stări defectuale. Și în stări de epuizare nervoasă pot apărea fenomene de derealizare, dar au un caracter pasager [16].

f) tulburările conștiinței proprii persoane:

- **personalitatea multiplă**

- **depersonalizarea** – este o tulburare a conștiinței proprii persoane, propriului Eu, subiectul având sentimentul pierderii identității somatopsihice personale. El trăiește dureros impresia că a devenit străin, diferit sau nereal, păstrând conștiința personalității sale anterioare. Curgerea existențială se destramă, viața părînd a se desfășura în gol, într-un ritm încetinit. Propriul Eu devine un spectacol dramatic pentru subiect. Afectivitatea este dominată de anxietate, care poate atinge apogeul într-un acces brutal de angoasă de depersonalizare, derivînd din îndoiala față de realitatea propriului Eu și față de ambianță. Sentimentele devin terne, apare senzația de vid emoțional, subiectul manifestă indecizie în acțiune, hipobulie, dificultăți în organizarea gândirii. Tabloul clinic este completat frecvent cu derealizare, desomatizare, analiză introspectivă (subiectul alunecă în subiectiv, consecutiv efortului de regăsire, desprinzându-se și îndepărtându-se de real). Se regăsește în

psihastenie, în stări depresive (prin modificarea percepției timpului trăit), în melancolie (sub forma acuzelor hipocondriace, a ideilor de transformare și negație din sindromul Cotard), în cadrul reacțiilor afective, în neurastenie, nevroză obsesiv-fobică, la personalități dizarmonice schizoide și isterice, în bufe delirante, în stările peritraumatice și posttraumatice. Poate constitui preludiul aurei în starea crepusculară. În psihozele toxice, se poate asocia sindromului halucinatoriu sau iluziilor senzoriale. În debutul pseudonevrotic al schizofreniei, se manifestă prin sentimentul înstrăinării propriului Eu, perplexitate față de propriul corp sau sentimentul de fragmentare corporală, alături de preocupări hipocondriace. Din punct de vedere psihanalitic, depersonalizarea s-ar explica printr-o fixare într-un stadiu genital și regresione narcisistă.

- **automatism mintal** – este o activitate independentă și spontană a întregii vieți psihice, sau a unui sector al ei, care se desfășoară în afara controlului conștiinței și voinței, poate exista ca fenomen normal sau patologic.

Întrebări de autoevaluare

1. Dezagregare a structurii conștiinței : Efectuați o paralela calitativa între starea de obtuzii și starea de obnubilare
2. Destructurările predominant calitative ale conștiinței: Descrieți varietățile confuziei mentale: amentia și oneiroidia.
3. Tulburările conștiinței de sine: Prezentați 5 diferențe dintre tulburările de schemă corporală de tip psihic/ tulburările de schemă corporală de tip neurologic.

Tema 5. Tulburări de percepție

Preliminarii

1. Agnoziile, pseudoagnoziile
2. Iluziile [2]
3. Halucinațiile, pseudohalucinațiile

Preliminarii

Senzațiile. Senzația este un act psihic elementar „monomodal” de realizare a imaginii singulare a unor însușiri ale obiectelor și fenomenelor lumii înconjurătoare. Senzațiile reprezintă izvorul inițial al tuturor informațiilor noastre, fiind imagini subiective ale lumii obiective, cu următoarele particularități:

- este instrument de reflectare nemijlocită a lumii materiale, între ea, ca element reflectat în conștiința și realitatea obiectivă existând doar sistemul analizator asupra căruia se acționează direct;
- senzația reprezintă întotdeauna reflectarea pe plan ideal a proprietăților separate ale obiectelor și fenomenelor concrete.

Percepțiile. Percepțiile sunt procese senzoriale elementare care se disting prin sintetism, unitate și integritate, redând realitatea obiectuală în imagini de ansamblu „Multimodală în mecanismul său acțional, percepția reflectă, în condiții de simultaneitate sau succesiune însușiri multiple ale obiectelor lumii externe [2].

Fenomen realizat printr-o multiplă și variată îmbinare a analizei cu sinteza, percepția este un produs cu caracter sistematic și integrat ce are la baza elemente constitutive aflate în raporturi logice și în interacțiune dialectică. În afara raporturilor și interacțiunilor, elementele sale se disting nu numai prin locul lor în cadrul ansamblului, ci și prin semnificația lor diferită, care conferă caracterul inedit al întregului.

Actul perceptiv nu poate fi conceput decât ca desfășurându-se în anumite limite spațiale și într-un anumit interval de timp: percepția realizează astfel nu numai imaginea ansamblului însușirilor, ci și a raporturilor spațio-temporale.

Marcând saltul calitativ față de senzații, ilustrând legătura între senzorialitate și cunoaștere, percepția include, în mod disimulat, însușirile generale și esențiale ale lucrurilor, însușiri care, la rândul lor, contribuie la conturarea și pregnanța individualului și concretului reflectat.

Coborîrea pragului senzorial determina o suprasensibilitate la excitanți care până atunci (subliminali) nu erau percepuți – *hiperestezie*, trăită ca o impresie de creștere a intensității senzațiilor și percepțiilor (stări de surmenaj, suprasolicitare nervoasă și fizică etc.)

Cenestopatiile reprezintă o formă mai aparte de hiperestezie, caracterizată printr-o tulburare conștientă a senzației și percepției intero- și proprioceptive. Aceste se definesc ca fiind senzații penibile, difuze, cu sediu variabil, care apar fără nici o modificare organică evidențiable cu mijloacele actuale de investigație.

Fenomenul invers, al ridicării pragului senzorial, *hipoestezia*, are drept consecință scăderea receptivității la diverși excitanți, scăderea acuității senzoriale.

1. Agnoziile

Agnoziile sînt tulburări care apar ca simptom în psihiatrie, dar au cauză neurologică cum ar fi leziunile de centri nervoși în sistemul nervos central [16]. Ele reprezintă defect de integrare gnozică (de transformare a excitației în senzație și a acesteia în imagine perceptivă), datorită lezării centrilor de integrare. În caz de agnozii se pierde capacitatea de a recunoaște obiectele după calitățile lor senzoriale

Tipologia agnoziilor

Agnozia vizuală reprezintă tulburarea recunoașterii semnificației obiectelor, imaginilor, persoanelor, deși vederea este intactă și conștiința este clară [8].

Caracteristic este că bolnavul nu recunoaște obiecte sau persoane, mișcarea sau contextul putînd însă, contribui la recunoaștere. Apare în leziunile de lob occipital, mai ales stîng.

Agnozia obiectelor animate

- **Prossopagnozia:** bolnavul nu recunoaște persoane foarte cunoscute sau nu se recunoaște pe sine în oglindă. Apare în leziunile de emisferă dreaptă;
- **Agnozia culorilor:** tulburarea clasificării culorilor, însoțită de amnezia numelui acestora. Apare în leziunile emisferei stîngi.
- **Agnozia simbolurilor grafice**

Caracteristic pentru acest tip de agnozii este imposibilitatea înțelegerii limbajului scris (alexia) – citește fiecare cuvânt, dar nu integrează sensul în frază, imposibilitatea scrierii cuvintelor (agrafia), sesizarea primelor cuvinte din frază cu omiterea celorlalte (dislexie), nerecunoașterea cifrelor (alexia cifrelor). Apare în leziuni parietale posterioare și occipitale (de graniță parieto-occipitală).

Agnozia spațială reprezintă tulburarea percepției spațiului cu pierderea posibilității de apreciere a distanțelor, pierderea posibilității de localizare a obiectelor, pierderea posibilității de comparare a mărimii și formelor. Apare ca urmare a leziunilor la nivel de lob parietal [8].

Agnozia auditivă fiind denumită și surditatea psihică. Caracteristic pentru acest tip de agnozii este : incapacitatea de a identifica sunete, zgomote sau cuvinte (surditate verbală), incapacitatea de a identifica melodii (amuzie) cu păstrarea posibilității de recunoaștere a ritmului, intensității și a localizării. *Apare în leziunile bilaterale de lob temporal; pot însoți mai ales crizele convulsive.*[16]

Agnozia tactilă se poate manifesta sub 2 forme : amorfognozie - incapacitatea de a recunoaște forma și volumul obiectelor; astereognozie - incapacitatea de a recunoaște obiectele în totalitate prin explorare tactilă. Apare în leziunile de lob parietal.

2. Iluziile

Iluziile fiziologice, nepatologice – rezultă din modificarea condițiilor perceptive, obiective a mediului perceptual sau a condițiilor interne, subiective.

Iluzii prin modificarea condițiilor perceptive – stimulare sub - sau supraliminară, depășirea capacității de discriminare a unui analizator, iluzii optico-geometrice.

Iluzii prin modificarea mediului perceptual – stimulare monotonă, deprivare senzorială.

Iluzii prin modificarea condițiilor interne: false identificări datorate unei atenții deficitare, iluzii datorate anumitor stări afective (frică, euforie), iluzii datorate

modificării stării de conștientă (iluzii hipnagogice – la adormire și hipnopompice – la trezire); iluzii datorate stărilor intense de oboseală, suprasolicitare, surmenaj.

Iluzii patologice sunt **percepții false cu obiect**, dar adesea însoțite de interpretări delirante, modificarea lucidității sau scădere a atenției, memoriei, proceselor asociative.

Dacă persoana normală se delimitează critic și corectează imaginea perceptivă, bolnavul consideră percepția sa ca fiind reală, uneori susținând-o cu argumente.

Iluzii vizuale: – cele mai frecvente și polimorfe (diverse).

✓ **Metamorfopsiile** – impresii de modificare și deformare ale obiectelor și spațiului. Ele pot fi:

- micropsii – obiectele par micșorate
- macropsii – obiectele se măresc
- dismegalopsii – obiectele se alungesc, răsucesc.

✓ **Porropsiile** – impresia de modificare a distanțelor până la obiect (lărgire sau strîmtare).

✓ **Pareidolia** – iluzie în care imagini anodine (norii de pe cer; desenul unui covor) sunt percepute ca fiind animale, ființe fantastice, monștrii (ex : ochi pe covor).

✓ **Falsele recunoașteri** sunt identificări greșite de persoane, fără a se confunda cu confuzia de persoane. Sunt frecvente în stările maniacale, fiind explicate prin labilitatea și dispersia atenției sau ca urmare a desfășurării accelerate a proceselor asociative. Apar în stări confuzionale, sindromul Korsakow, tulburări disociative, sindroame dementiale (de origine neurologică).

✓ **Fenomene de “deja vu, deja vecu, deja conu”** constituie o variantă a falselor recunoașteri, care se bazează pe tulburarea recunoașterii în memorie – apar în depersonalizare, derealizare, epilepsii de lob temporal.

✓ *Iluzia sosiilor*, frecventă în schizofrenie, constă în faptul că o persoană cunoscută nu este identificată ca atare, ci ca avînd oarecare asemănare cu aceasta; bolnavul crede că o persoană cunoscută, (de obicei persecutor) este multiplicată, iar chipul său a fost luat de alte persoane cu alte identități.

Iluziile auditive sunt percepții deformate ale stimulilor auditivi. Constau uneori în impresia că unele sunete sunt mai intense sau mai clare, conturate sau dimpotrivă mai discrete (iluzie cantitativă). Alteori impresia falsă poate fi produsă de excitanți reali (ex : picături de apă), care sunt percepute de bolnav ca strigăte de deznădejde, injurii. Tendința de a lua ceva drept altceva trebuie diferențiată de interpretarea senzorială, în care pacientul identifică corect stimulul, dar îi atribuie o semnificație personală.

Iluziile olfactive și gustative constau în perceperea eronată a mirosurilor și gusturilor. Sunt mai puțin frecvente, dar foarte diagnostice, fiind deseori subsumate unor interpretări delirante.

Iluzii viscerale – percepții eronate a funcționării unor organe, implicate frecvent în ipohondrie sau în stări delirante

Iluziile de modificare a schemei corporale reprezintă percepția deformată a mărimii, formei, greutateii și poziției propriului corp. Ele pot fi tulburări totale a schemei cu senzația de creștere sau scădere a dimensiunii sau greutateii corpului sau tulburări parțiale, de modificare a dimensiunilor sau transpoziția părților corpului („picioarele îi ies pe geam”). În cazul leziunilor organice, aceste reprezentări dispar prin controlul vederii, dar reapar după încetarea controlului vizual.

Se întâlnesc în schizofrenii, tulburări de conștiință, intoxicații, tulburări fobice (dismorfofobie = tulburări în perioada adolescenței).

Concluzii : Iluziile pot fi întâlnite și la persoane normale, în anumite circumstanțe, datorită unor modificări fiziologice sau stări febrile. În patologie apar în tulburări neurologice sau disfuncții la nivelul analizatorilor. În general sunt

percepute pe fondul tuturor tulburărilor nevrotice sau psihotice (tulburări obsesive, fobice, dissociative / schizofrenie, stări delirante, depresii), avînd anumite particularități în funcție de tulburare.

3.Halucinațiile, pseudohalucinațiile.

Halucinațiile reprezintă percepție fără obiect de perceput (H. Ey).

H. Ey observă că definiția explică halucinația prin eroarea fundamentală de percepție pe care o creează. Halucinațiile se însoțesc de grad de convingere mare – pacientul este convins de veridicitatea, de autenticitatea lor și de faptul că trebuie să le dea curs (asemeni ideilor delirante). *Constituie o urgență psihiatrică majoră!*

Halucinațiile funcționale (stadiu intermediar). Excitanți obiectivi determină apariția unor percepții false: Ex : zgomotul de roți este perceput în două moduri concomitent: zgomot de roți și cuvinte injurioase, amenințări [2]. Aceste halucinații persistă atîta timp cît persistă și excitantul real. Sunt diferite de iluzii. Pot avea caracter pasager.

Halucinoidele (stadiu intermediar) - reprezintă fenomene halucinatorii situate între reprezentările vii și halucinațiile vagi și nu izbutesc să convingă bolnavul asupra existenței lor. Sunt considerate forme prehalucinatorii. *Apar în perioada de dezvoltare a halucinațiilor și, mai rar, în cea de ștergere. Imaginile eidetice sunt reprojectări în exterior ale imaginilor unor obiecte sau ființe care au o forță vie .Sunt strâns legate de trăiri afective intense și apropiate de prezent ca desfășurare în timp.* Caracteristic pentru ele sunt 2 forme de halucinații:

- **halucinații hipnagogice** (în tranziția de la veghe la somn);
- **halucinații hipnapompice** (în tranziția de la somn la veghe) [2].

Pot să apară la normal.

Halucinozele sunt halucinații a căror semnificație patologică poate fi recunoscută de pacient (voci care discută despre el etc.) Bolnavul adoptă față de ele o atitudine critică,caută să le verifice autenticitatea.

De regula apar la persoane cu defecte de analizator, în stări toxice și infecțioase; secundar consumului de alcool, în psihozele delirant halucinatorii. *Se pot croniciza.*

Halucinațiile propriu-zise psihosenzoriale sunt tulburări de percepție ce corespund integral definiției. Caracteristic pentru ele este [16] :

- proiecție spațială situată în spațiul câmpin sau extracâmpin (ex: „violul de la distanță“)
- convingerea pacientului asupra „realității“ lor

Ele sunt percepute prin modalitățile senzoriale obișnuite (exteroceptive, interoceptive, proprioceptive) și pe căile senzoriale normale, au un grad de intensitate variabil (discret sau intens anxiogene), cu claritate diferită (voci „șoptite“ sau „puternice“), cu complexitate variabilă (de la simple zgomote la adevărate discursuri) precum și durată variabilă (de la câteva secunde sau minute la ore în șir), intermitente sau continue. Rezonanță afectivă este destul de manifesta: (dacă vocea „comentează“ acțiunile bolnavului): inițial anxiogene, apoi fără participare afectivă. Pot fi : *exteroceptive* (auditive, vizuale, olfactive, gustative, tactile); *interoceptive* (viscerale), *proprioceptive* (motorii, kinestezice).

Halucinațiile exteroceptive.

Halucinațiile auditive [16] sînt specifice mai mult pentru adult, fiind situate cel mai des în câmpul auditiv perceptibil și avînd o intensitate variabilă, complexitate variabilă: elementare (foneme – fâșâituri, pocnituri), comune (sunete, pași), verbale (complexe). Pot fi: episodice sau continue, cu ecoul afectiv: favorabil (comentative), defavorabil (comentative sau imperative). Pot fi concordante (în tulburarea afectivă) sau neconcordante (în schizofrenie) cu starea afectivă. Persoana poate auzi zgomote, muzică sau voci. Vocile pot pronunța cuvinte sau propoziții, se pot adresa pacientului sau pot vorbi între ele; în acest ultim caz ele vorbesc de regulă despre pacient. Uneori vocile pronunță gîndurile pacientului

(ecoul gândirii). Subiectul este ferm convins de faptul că vocile sunt reale; în cele mai grave cazuri aceste voci poruncesc ceva pacientului, care se supune, face ceea ce i se cere (chiar și acte de sinucidere sau crimă). Din acest motiv halucinațiile auditive reprezintă o **mare urgență psihiatrică**. Apar în schizofrenie, în tulburările afective.

Halucinațiile vizuale [16] sînt percepții ale unor obiecte, ființe, imagini inexistente în realitate în acel moment (adesea cu conținut mistic), mai frecvent întâlnite la copii. Pot fi monocromatice sau policromatice, percepute cu un ochi sau cu ambii. De regulă ocupă tot câmpul vizual sau pot fi scotom (cel mai frecvent – scotomul central Morel: pacientul vede ca pe lîngă un tub astupat). Proiecția spațială: poate fi campină sau extracampină. Halucinațiile vizuale pot fi : **elementare** (fosfeme), puncte complexe (figuri, obiecte, ființe); **scenice – statice** (panoramice) sau **cinematografice** (în mișcare). După durata pot fi : **permanente ; episodice**. *Apar în schizofrenie, în sevrăjul alcoolic.*

Halucinațiile autoscopice realizează imagine dublă. Bolnavul percepe propriul corp sau părți din el proiectate în afară. După apariție, pot fi: **episodice** (cîteva secunde) sau **persistente, continue**. Corpul perceput poate fi identic sau modificat (urîțit, înfrumusețat). *Se întîlnesc rar.*

Halucinațiile olfactive și gustative De regulă au caracter secundar, pot apare după alte tulburări de percepție sunt foarte greu de separat, deoarece substanțele sapide sunt și odorifice. Bolnavii de regulă acuză gusturi sau mirosuri cel mai frecvent neplăcute, dar și plăcute. Apar frecvent în afecțiuni organice, dar și în schizofrenie.

Halucinațiile tactile [8] se caracterizează prin impresia de atingere a suprafeței cutanate .Sunt percepute continuu (în rețea) sau discontinuu (punctiform), la suprafață (epidermice) sau în profunzime (hipodermice). Caracteristic sunt parazitozele halucinatorii (perceperea de insecte care infestază

suprafața pielii sau pătrund pe sub piele) – foarte rar întâlnite de sine-stătătoare. Apar frecvent în dependența alcoolică, mai frecvente la femei

Halucinațiile interoceptive (viscerale) se caracterizează prin senzația existenței unor ființe în corp; a schimbării poziției unor organe; a obstruării sau a perforării lor au frecvent localizare genitală [16]. Bolnavul acuză senzația de violare directă sau de la distanță. Caracteristic pentru aceasta grupă de halucinații sunt și manifestările halucinatorii în patologia schemei corporale (membrul-fantomă la amputați).

Halucinațiile proprioceptive pot fi motorii sau kinestezice

Bolnavul acuză impresia de mișcare sau deplasare a propriului corp. Apar în sindromul de automatism mental Kandinski-Clerambault (în schizofrenie).

Pseudohalucinațiile (halucinațiile psihice) sunt autoreprezentări aperceptive (nu au caracter psihosenzorial – „vede cu ochii minții“) [8]. Se caracterizează prin: incoercibilitate (adevăr imposibil de combătut, căruia nu trebuie să i se demonstreze veridicitatea) automatism, exogenitate – sunt impuse din afară. Bolnavul poate specifica „voci“ sau „vedenii“ stranii, speciale. Nu se proiectează în afară, ci se petrec în minte, sunt percepute de analizatori speciali. Bolnavul acuză că sunt „făcute“, „provocate“ din afară – au caracter impus. Specific este că respectă aceleași modalități senzoriale [8].

Pseudohalucinațiile auditive sunt definite ca voci interioare „ecou“, având și denumire de sonorizare a gândirii. Bolnavul acuză că alții pot descoperi, auzi sau ghici gândurile, el auzindu-le cu „urechile minții“. Îi pot fi și impuse gândurile prin telepatie, sugestie, unde ***Pseudohalucinațiile vizuale*** sunt percepute ca imagini izolate sau ca scene panoramice cu conținut variat: plăcut, neplăcut, terifiant, insultător. Pot apare în spațiul subiectiv, sunt văzute cu „ochii minții“, cu ochii „interiori“ și fac parte din **sindromul de automatism mental Kandinski-Clerambault**.

Pseudohalucinațiile gustative și olfactive apar de fiecare dată alături de halucinațiile gustative și olfactive, mai ales în cadrul organicității.

Pseudohalucinațiile tactile: senzații penibile provocate de la distanță, localizate cel mai des în sfera genitală.

Pseudohalucinațiile interoceptive [16] sînt asemănate cu „lipsa libertății interioare“. Bolnavul are senzația că este posedat de animale, de spirite care se localizează în diverse organe și determină simptomatologie specifică. Individul acționează după cum îi cere acea „ființă străină“.

Pseudohalucinațiile motorii (kinestezice) se caracterizează prin perceperea unor mișcări impuse, au caracter imaginar. *Se întîlnesc destul de rar.*

Întrebări pentru autoevaluare

1. Prezentați 3 diferențe calitative dintre agnozii și pseudoagnozii
2. Care este cea mai esențială deosebire dintre agnozie și halucinație?
3. Ce sunt pseudohalucinațiile?

Tema 6. Tulburări de memorie

Preliminarii.

- 1. Dismneziile cantitative.**
- 2. Dismneziile calitative.**

Preliminarii.

Memoria este un proces psihic al orientării retrospective realizat prin fixare (întipărire), conservare (păstrare) și reactualizare (evocare) ; oglindește experiența anterioară și constituie rezervorul gândirii și imaginației; suportul forței cognitive a individului; strîns corelată cu procesele afective.

Procesele memoriei:

• *memorarea*: transformări menite să asigure fixarea informației pe suporturi adecvate; factori obiectivi: volumul, natura materialului, gradul de organizare,

gradul de omogenitate a materialului, semnificația materialului; factori subiectivi: starea fiziologică, motivația, gradul de tensiune afectivă, vârsta; *păstrarea*; *reactualizarea* [22].

Tipuri de memorie

- Imediată: reproducerea sau recunoașterea unui material pînă la 10 secunde de la momentul prezentării;
- Recenta: reproducerea sau recunoașterea are loc la un interval mai mare de 10 secunde de la prezentare;
- A evenimentelor îndepărtate (memoria de lungă durată): evenimentele trăite de la începutul vieții și pînă în prezent.

1. Dismnezii cantitative

a) **Hipomnezii**: scăderea în diferite grade a forței mnemice; Apar în surmenaj, involuție, oligofrenie, depresie, anxietate, schizofrenie, la cei cu TCC, afectări cerebrale (postmeningoencefalita) [22]

b) **Amnezii**: pierderea totală a forței mnemice; rar poate fi înfîlnită o reală amnezie, practice sub această denumire se ascund hipomnezii severe; pot fi parțiale sau totale (în stările comatoase), retrograde și anterograde.

Amnezii anterograde (de fixare) [22]:

- se referă la imposibilitatea memorării evenimentelor de la îmbolnăvire spre prezent; sunt mai frecvente; - scade capacitatea de fixare - nu se poate evoca un eveniment recent, dar le conserva pe cele din trecut;

- apar în: sindromul Korsakov, de etiologie alcoolică, infecțioasă sau traumatică; stări confuzie; stări reactive (în situații traumatice majore, de masă); psihoză maniaco-depresivă; stări nevrotice și reacții psihogene;

amnezia retrogradă (de evocare):- tulburarea memoriei se întinde progresiv dinaintea bolii spre trecut, - destructurarea nu este atît de accentuată, înfîlnită în demente.

Amnezia lacunara = hiatus mnezic temporar. Apar în: stări confuzionale, traumatisme craniu-cerebrale, echivalente epileptice sau stări crepusculare, stări de beție patologică [22].

Unii autori împart în *Amnezii totale*: în come; *Amnezii parțiale* (par a fi hipomnezii): **amnezie tardivă** sau **întârziată**: legată de o tulburare de conștiință; apare progresiv; în stări confuzionale, epilepsie; **amnezia electiva** (tematica): înregistrare voluntare bine efectuată, recunoaștere imposibilă; influențată de stările afective negative (posttraumatic).

c) *Hipermnezile*

- evocări exagerate, tumultuoase, îndepărtează individul de la preocupările sale de moment;
- apar la - normal, legate de momente cu conținut afectiv negative sau pozitiv, psihopatia paranoia, oligofreni hidrocefali, stări febrile, narcoza cu eter, chloroform, barbiturice, șocurile cu insulină, stările hipnotice, stări de surmenaj, convalescenta unor boli somatice febrile;
- **Hipermnezii selective**: la paranoici, în intoxicații; bolnavul își mobilizează toată forța mnezica pentru tema pe care o are în minte: procurarea „actelor doveditoare” pentru a demonstra urmărirea etc., sau procurarea drogului;
- **mentismul**: derulare cu caracter tumultuos, caleidoscopic și incoercibil a ideilor și amintirilor, tulbură somnul pacientului care nu poate să doarmă din cauza amintirilor.

Alte hipermnezii [22]: **tematica**: afectogenă, **autistă**: în schizofrenie, **mecanica**, fără înțelegerea datelor (în oligofrenie), **oneiroida**: în toxicomanii, **viziunea retrospectivă**: derularea fulgerătoare a întregii vieți în ultimele câteva clipe dinainte de moarte, în momentele de mare anxietate și în crizele de epilepsie temporală

2. Dismnezii calitative - paramnezile

Paramneziile sunt amintiri deformate, false fie sub aspectul desfășurării cronologice, fie sub aspectul lipsei legăturii cu realitatea obiectivă trăită de pacient.

a) Tulburări ale sintezei mnezice imediate (pseudomnezii, iluzii de memorie)

- adevărate iluzii de recunoaștere, evocări eronate ale unor evenimente trăite în realitate, dar care nu sunt încadrate în timpul și spațiul real sau nu sunt recunoscute ca trăite sau netrăite.

Tipuri: [13]

- **Criptomnezia:** nerecunoașterea ca fiind străin un material citit sau auzit în realitate; bolnavul îl consideră a fi propriu.

Apare în - schizofrenie, deliruri sistematizate (paranoia și parafrenia), demente (senile, arteriosclerotice).

- **Înstrăinarea amintirilor:** = situația inversă criptomneziei, când bolnavul considera că evenimentele trăite sunt doar citite, auzite; în ambele scade capacitatea discriminatorie între evenimentele proprii și cele străine; apare în demente
- **falsa recunoaștere** - varianta de criptomnezie, ce constă în recunoașterea a ceea ce de fapt bolnavul nu cunoaște.

Se întâlnește în: - stări de surmenaj, - stări de obnubilare, - stări maniacale – schizofrenii. Este probabil starea premergătoare a fenomenelor de „djà vu”, „deja connu”, „deja eprouve”, în care pacientul are impresia de a mai fi văzut, cunoscut, persoanele sau situațiile respective:

- **iluzia de nerecunoaștere**, în care bolnavul crede ca recunoaște persoane pe care nu le-a cunoscut și nu este sigur că recunoaște persoane pe care le-a cunoscut **paramneziile de reduplicare (Pick)** (bolnavul crede că o persoană a fost multiplicată în mai multe exemplare, cu un anumit scop sau că a mai fost în situații asemănătoare) [2].

b) *Tulburările rememorării trecutului – allomnezii* sunt falsificări mnezice retrospective sau reproduceri ale unor evenimente reale din trecut, pe care le situează în prezent, sunt de mai multe feluri [13]:

- **Pseudoreminiscente**: reproduceri ale unor evenimente reale din trecut, pe care le traiește ca evenimente prezente. Apar în sindromul amnestic, în demente.

- **Confabulații (Pick) (halucinații de memorie)**: reproducerea unor evenimente imaginare, bolnavul nu spune adevărul dar nici nu minte. Pot fi: - mnestice (umplerea golurilor de memorie cu lucruri imaginare, dar plauzibile) ; - fantastice (descriu lucruri neplauzibile), - onirice (ca scenele de vis).

- **Ecmnezia**: tulburare globală de memorie, cu întoarcerea întregii personalități în trecut (pacientul confundă trecutul cu prezentul ; apare în stadiile tardive de demența senilă, în cadrul delirului senil (Jislin)

- **Anecforia**: posibilitatea reproducerii unor amintiri pe care le crede uitate; posibilă dacă se sugerează unul sau mai multe elemente; apare în surmenaj și în afecțiuni deteriorative (predemente și demente).

Tulburările de memorie pot fi observate din anamneza, dar sunt și metode specifice, cea mai utilizată fiind proba orașelor (se dau bolnavului 6-8 nume de orașe și i se atrage atenția că trebuie să le rețină, iar după ce i se distrage atenția un minut i se cere să le redea)

Întrebări de autoevaluare

1. Dismnezii calitative: Descrieți tulburările sintezei mnezice imediate.
2. Descrieți tulburările rememorării trecutului – allomneziile

Tema 7. Tulburări de gândire

Preliminarii

1. Tulburări de ritm și coerență ale gândirii

1.1. Accelerarea ritmului ideativ

1.2. Încetinirea ritmului ideativ:

1.3.Tulburările asociației de idei

2. Tulburările de conținut

2.1. Idei delirante

2.1.1. Idei delirante expansive

2.1.2. Idei delirante depresive

2.1.3.Idei delirante mixte

2.2. Idei obsesive

Preliminarii

Gîndirea este procesul psihic care are la bază memoria și atenția; lucrează cu cuvîntul; este un proces central al vieții psihice ce asigură distincția între esențial și fenomenal, în ordinea ideilor și lucrurilor, dar și edificarea relațiilor dintre ele, intercondiționarea lor [16].

Operațiile gîndirii sunt[12]:

1. **Analiza**: care este o separare mentală a părților componente ale obiectelor, fenomenelor;

2. **Sinteza**: care presupune reunirea mentală a părților componente, într-un ansamblu unitar.

3. **Comparația**: cu ajutorul căreia distingem asemănările și deosebirile dintre obiecte și fenomene;

4. **Abstractizarea**: care presupune extragerea unei însușiri esențiale a obiectului, făcând abstracție de restul trăsăturilor;

5. **Concretizarea**: prin care se concepe obiectul în toată varietatea trăsăturilor sale;

6. **Generalizarea**: care presupune ridicarea de la reflectarea unui obiect, la o categorie de obiecte, pe baza unor elemente comune și esențiale.

Gîndirea operează, lucrează cu cuvîntul. **Cuvîntul** este un element esențial în toate operațiile gîndirii cu ajutorul căruia se achiziționează, păstrează și

vehiculează informații. Cuvintele formează noțiuni. **Noțiunile** se exprimă printr-o varietate de cuvinte. Cu ajutorul noțiunilor se formează judecățile. **Judecățile** oglindesc obiecte și fenomene. **Raționamentele** sunt formate din judecăți și au o structură și o funcție logică.

Asociațiile sunt legături temporale între noțiuni, între ideile în permanentă desfășurare.

Mecanismele formării asociațiilor sunt [13]:

- **contiguitatea:** care presupune asociații pe plan ideativ între obiecte și fenomene ce sunt reprezentate simultan sau succesiv, coexistând în spațiu și timp (lucruri care se află în mintea noastră, care s-au atins);

- **asemănarea:** pe baza asemănării formei cuvintelor respective – particular: rima și asonanța;

- **contrastul:** presupune asocierea de noțiuni cu caracter opus (ex: bine-rău);

- **cauzalitatea:** cea mai complexă și frecventă, prin care se face legătura cauzală între fenomen și cauza sa.

Gândirea este o activitate superioară constând în reflectarea mijlocită a obiectelor și fenomenelor precum și a relației dintre acestea. Patologia gândirii, alături de patologia activității perceptivă constituie baza semiologiei psihiatrice. Tulburările gândirii sunt numeroase și greu de clasificat.

1. Tulburări de ritm și coerență ale gândirii [15]:

1.1. Accelerarea ritmului ideativ: Tahipsihia; Fuga de idei; Incoerența gândirii; Mentismul.

Accelerarea fluxului gândirii (tahipsihie) constă într-o succesiune de idei mult mai rapidă decât cea obișnuită, exprimând o hiperactivitate psihică. Tahipsihia se găsește în inspirația creatoare și în mod patologic în formele ușoare de beție și în mania acută.

Fuga de idei: se realizează asociații la întâmplare, după asonanță, se pierde din coerență, apar digresiuni multiple și idei lipsite de legătură. Se însoțește de creșterea forței imaginative, a forței reprezentative, a mobilității prosexice. Apare în episoadele expansive, în agitația psihomotorie.

Incoherența gândirii reprezintă asociația absurdă realizând astfel un limbaj de neînțeles cu repetiții, cuvinte deformate, tulburări sintactice, etc. Se întâlnește în unele schizofrenii sau demențe. În acest caz tulburarea asociativă vizează direct construcția gândirii. Gândirea este lipsită de schemele ideo-verbale și de posibilitatea comunicării conținutului acesteia prin limbaj.

Mentismul este ruminarea intelectuală în care ideile se repetă obsedant și monoton în perioadele de insomnie sau la trezirea matinală, sau în astenia psihică

Încetinirea ritmului ideativ [8]:

- Bradipsihie
- Vâscozitatea psihică
- Fadingul mental
- Barajul ideativ
- Anideația

1.2. Încetinirea ritmului gândirii (bradipsihie) este derularea lentă a activității psihice cu evocarea dificilă a amintirilor, cu răspunsuri întârziate și cu pauze prelungite între cuvinte. Se însoțește de bradikinezie. Se găsește în intoxicația cu oxid de carbon, demențe și epilepsie.

1. Perseverarea / Vâscozitatea psihică reprezintă un defect de fluiditate și spontaneitate a ideilor [32]. Constă în dificultatea de a se elibera rapid de o idee evocată pentru a putea trece la alta. Este opusul tahipsihiei. Se găsește în unele schizofrenii, stări confuzionale sau în demențe.

2. Fading-ul mental reprezintă epuizarea progresivă a cursului gândirii și se manifestă prin întreruperea treptată a unei fraze începute [21]. Vorbirea și gândirea

pacientului se sting progresiv înainte de a se finaliza. Se găsește în stări de surmenaj, astenie, schizofrenie și stări confuzionale.

3. Barajul de idei reprezintă tulburarea conținutului gândirii ce constă în oprirea bruscă a gândirii și vorbirii, însoțită de o mimică contradictorie, după care fluxul ideilor își reia cursul. Schizofrenie.

4. Inhibiția gândirii este o diminuare a conținutului ideativ, o sărăcire a acestuia astfel încât bolnavul face un efort inefficient de a gândi, ideile sale fiind lipsite de claritate și vigoare. Bolnavul răspunde la întrebări încet și cu întârziere.

5. Lipsa ideății (anideăție) — scăderea extremă a conținutului gândirii [21]. Se întâlnește în idiotie și demențe.

1.3. Tulburările asociației de idei — interesează capacitatea evocării succesive a reprezentărilor. Deficiența unei asociații de idei este legată de tulburări ale atenției spontane sau voluntare și constă în incapacitatea de a orienta viața psihică într-o singură direcție și în dificultatea operațiilor de analiză și sinteză necesare activității psihice. Există și **asociații de idei anormale** care reprezintă deficitul înlănțuirii de idei, este și expresia unor mecanisme patologice. În unele cazuri de schizofrenie apare **asociația bizară** care este introducerea în fluxul de idei a unor idei fără legătură, rezultând fragmentarea gândirii. În unele stări delirante se descrie **asociația polarizată** care este introducerea temei delirante în fluxul ideativ, pornind de la idei fără semnificație sau cu o semnificație foarte îndepărtată de tematica curentă [12].

Expresia verbală a tulburărilor de ritm ale gândirii corespunde formelor acestora: în accelerare avem bavardajul, tahifemia, logoreea; în încetinirea gândirii avem bradifemie; scăderea pînă la un grad extrem sau absența vorbirii se numește **mutism** care poate fi absolut ca în schizofrenia catatonică sau discontinuu ca în stările confuzionale. Incoerenței îi corespunde blocajul verbal. Alterarea sensului

cuvintelor este paralogism. Crearea de noi cuvinte (neologism). Limbajul incomprehensibil este glosolalie.

2. Tulburările de conținut sunt reprezentate de ideile patologice: *idei dominante, idei prevalente, idei obsesive și fobii, idei delirante*.

Cînd ideile nu mai sunt adaptate realității și cînd varietatea lor proprie omului normal tinde a se rarefia, avem **idei patologice** [13]. Acestea sunt idei fixe și prevalente, idei obsedante, fobii, idei ipohondrice și delirante. **Ideea fixă** impunîndu-se cu constanță și perseverență, orientează într-un singur sens cursul gândirii, realizînd un monoideism. Se integrează și se armonizează celorlalte reprezentări fiind acceptată de conștiință cu toate că aspectul său patologic nu este recunoscut de subiect. Prin tenacitatea ei, produce o stare de disconfort psihic (cefalee), fiind dezagreabilă și generînd dificultăți de concentrare, destructibilitate, acte ratate, anxietate și scăderea randamentului profesional. Ideea fixă intră în cadrul normal și face parte din actul creației inventatorului, artistului. Aspectele sale patologice apar în cadrul unei reacții la un șoc emotiv, fiind generate și de oboseală. Se află la limita patologicului în cadrul unei stări pasionale. Ideea fixă devine patologică în manie, epilepsie, etilism. Se află în bagajul multor suferințe nevrotice.

Ideile dominante: se detașează la un anumit moment de celelalte idei tranzitorii.

Ideile prevalente: se află în neconcordanță cu realitatea, ocupă poziția centrală în cîmpul conștiinței, sunt în concordanță cu sistemul ideativ al insului, organizează cursul gândirii, celelalte idei vin în jurul ei și o sprijină, poartă potențial delirant.

Ideile obsesive: sunt contradictorii personalității insului, vin de la periferia psihismului, asediază gândirea, se impun conștiinței, au caracter parazitar.

2.1. Ideile delirante

Ideile delirante [16] reprezintă o idee cu un conținut fals, pacientul avînd însă convingerea fermă a veridicității lor, neputînd fi convins asupra faptului că sunt eronate prin nici un argument logic sau dovezi.

Clasificare:

- **Idei delirante expansive** (macromanice): idei de mărire și bogăție (grandoare), idei de invenție, idei de reformă, idei de filiație, idei erotomanice, ideile mistice, religioase;
- **Idei delirante depressive** (micromanice): idei de persecuție, idei de revendicare, idei de gelozie, idei de relație, idei de autoacuzare și vinovăție, idei hipocondriace, idei de transformare și posesiune, idei de negație;
- **Idei delirante mixte** (în sensul că pot fi întîlnite atît pe fond euforic cît și pe fond depresiv): idei de influență, idei metafizice, cosmogonice.

2.1.1. Ideile delirante expansive (macromanice):

1. Idei de mărire și bogăție (grandoare) – pacientul este convins că este superior din punct de vedere fizic sau material. Acestea sunt legate de calitățile deosebite fizice și spirituale pe care subiectul le-ar avea, sau de bunurile materiale și situația socială pe care acestea le-ar poseda. Aceste idei se pot referi deci la: propria persoană (capacitățile sale) sau averea sa (posesiuni).

2. Idei de invenție – sunt legate de planuri sau experimente pentru o tehnologie de excepție care poate să aibă adesea nici un fel de legătură cu nivelul de pregătire și preocupările profesionale ale subiectului. Esențialul pentru delirant constă în monopolul absolut asupra invenției lor.

3. Idei de reformă – se referă la schimbarea unor sisteme filozofice, schimbări administrative, socio-politice sau economice care ar schimba întreaga omenire prin soluții puerile.

4. Idei de filiație – constau în convingerea bolnavului că nu aparține familiei sale ci ar fi descendentul unei familii renumite, foarte bogate, familii

superioare, sau chiar ar avea o descendență divină. Apare la copii abandonati care nu și-au cunoscut părinții. Corolarul acestor idei este nerecunoașterea părinților naturali, ura față de ei pentru substituția la care îl supun pe subiect.

5. Idei erotomanice – exprimă convingerea delirantă a bolnavului de a fi iubit de către o persoană de obicei cu un nivel socio-cultural superior și căreia îi atribuie în mod deliberat sentimente de dragoste față de el, interpretând în acest sens orice act sau manifestare întâmplătoare a acesteia. Aceste idei pot rămâne pasive, dar uneori, după o anumită perioadă, ele pot împinge pe cel în cauză, să dea curs, să realizeze practic legătura lor ideo-afectivă. Din faza dragostei, atunci când obiectul iubirii reacționează negativ sau ostil, se poate ajunge la răzbunare cu reacții agresive.

6. Ideile mistice, religioase – bolnavul are convingerea că este purtătorul unei misiuni de ordin spiritual, religios, al unui mesaj transcendent de a răspîndi în lume pacea și credința în forța divină.

2.1.2. Ideile delirante depresive (micromanice) [32] :

1. Ideile de persecuție – convingerea bolnavului că suferă prejudecii morale, materiale sau fizice, simțind lumea ca ostilă. Pacientul se va simți jignit de gesturi, cuvinte, atitudini, este convins că este observat și urmărit, că împotriva lui se complotază. La început comportamentul este resemnat, situație în care pacienții se ascund, își schimbă domiciliul, evită lumea, își va împușca relațiile interpersonale. Apoi comportamentul poate deveni revendicativ: va recurge la plîngerii, acuze, revendicări, reclamații, mai târziu chiar la acte de violență. În acest moment se realizează conversiunea persecutați-persecutori (se face inversarea de roluri: persecutații devin persecutori).

2. Idei de revendicare – izvorăsc din convingerea unei nedreptăți și se manifestă pe plan clinic printr-un sentiment perpetuu de frustrație. Bolnavii își

canalizează întreaga lor activitate spre revendicarea drepturilor lor, ei recurg chiar la procese sau la violențe, agresiuni și crime.

3. Idei de gelozie – interpretează atitudinea partenerului, întârzierile, chiar când ele sunt deplin motivate, dispoziția afectivă a acestora, ca fiind probe ale adulterului. Ideea de gelozie este alimentată în general de false recunoașteri, tulburări de memorie, scăderea potenței la alcoolici.

4. Idei de relație – convingerea bolnavului că anturajul și-a schimbat atitudinea față de el, că exercită asupra sa o influență negativă sau face aprecieri defavorabile asupra calităților sale morale, intelectuale, fizice sau sexuale.

5. Idei de autoacuzare și vinovăție – bolnavul se consideră vinovat de situația grea în care se află, de nereușita copiilor, de necazurile prietenilor și în general de nenorocirile altora.

6. Idei hipocondriace – (sunt considerate depresive deoarece ele evoluează pe o stare depresiv-anxioasă) – convingerea delirantă că ar avea o boală grea, incurabilă, cu sfârșit letal. Unele tulburări efemere și ne semnificative ale funcției diverselor organe sunt interpretate și amplificate.

7. Ideile de transformare și posesiune – se referă la transformarea corporală care conferă convingerea metamorfozei fizice, parțiale sau generale, sau transformarea în animale (idei ce dau conținut delirului metabolic sau zoonotic în care bolnavii poartă convingerea că sunt transformați parțial sau total în animale).

8. Ideile de negație – bolnavul nu recunoaște realități evidente, ajungând să nege realitatea funcțiilor vitale, existența unor organe, a unor aspecte din realitate.

2.1.3. Ideile delirante mixte:

1. Idei de influență – exprimă convingerea bolnavului de a se afla sub imperiul unei forțe xenopatice: diavol, ocultism, sugestie, hipnoză, unde electromagnetice, radiații atomice, raze cosmice. Această forță externă influențează

gândurile, sentimentele, actele pacientului inhibându-le, amplificându-le sau perturbându-le.

2. Ideile metafizice, cosmogonice – sunt orientate spre elucidarea originii vieții, a lumii, a sufletului, a reîncarnării.

3. Idei dominante – subordonează restul ideilor și a celorlalte interese. Ele domină G cu toate că pacientul nu le recunoaște caracterul patologic căutând o serie de argumente în favoarea susținerii temei, fiind opac la contraargument. Sunt nucleul ideilor delirante.

2.2. Ideile obsesive [32]:

– sunt idei care acaparează întreaga gândire cu toate că subiectul le recunoaște ca fiind neconforme cu G proprie, el făcând eforturi pentru a se debarasa de ele. Se întâlnesc în oboseală, după o psihotraumă, în urma unor situații penibile, umilitoare.

- **Compulsia** – o pornire irezistibilă spre a executa unele acte lipsite de rațiune, inacceptabile, ridicole. Un exemplu sunt ritualurile – o serie de acțiuni care se succed într-o anumită ordine, însoțite de anxietate mare. Anxietatea se atenuază numai dacă bolnavul îndeplinește suita respectivă da acțiuni.
- **Fobiile** – reprezintă o frică exagerată față de anumite situații, obiecte care în mod normal nu sunt o sursă de frică. Pacientul este conștient de caracterul irațional al fricii sale dar cu toate acestea el reacționează trăind o tensiune maximă sau evitând situația respectivă.

Întrebări de autoevaluare

1. Tulburări de ritm și coerență ale gândirii : Descrieți Încetinirea ritmului gândirii
2. Tulburările de conținut: Care este deosebirea dintre ideile delirante depresive si cele expansive?
3. Elaborați strategii de comportament cu bolnavul marcat de idei depresive.

Tema 8. Tulburările comunicării verbale

1. Dislogiile

1.1. Tulburări de formă

1.2. Tulburările de ritm

1.3. Tulburările de coerență verbală

2. Tulburările de conținut

2.1. Disfaziile

2.2. Dislaliile

În comunicarea verbală elementul principal este limbajul.

Limbajul reprezintă verbalizarea gândirii, este activitatea de comunicare, de realizare a gândirii verbale, noționale; este diferit de limbă – are un sistem de mijloace lingvistice – fonetice, lexicale, gramaticale, cu ajutorul cărora se realizează comunicarea[8].

1. Dislogiile

Categoriile tulburărilor de limbaj sunt:

Dislogiile reprezintă tulburări mentale consecutive modificărilor de formă și conținut ale gândirii, nu conțin nici o modificare a aparatului locomotor [5].

1.1. Varietățile tulburărilor de formă sunt: de intensitate, înălțime, timbru.

În practica psihiatrică întâlnim:

- ***o sporire*** a lor caracterizată prin : vorbirea mai tare, mai pițigăiată; se manifestă în agitația psihomotorie, în episodul maniacal, în catarsis afectiv;

- ***o scădere*** a lor caracterizată prin: latență între întrebare și răspuns, afirmații că nu pot să facă nimic, nu-i interesează nimic, nu vor să mai vadă nimic. Se întâlnesc în schizofrenie, depresie.

- ***Limbajul declamativ***, patetic apare în tulburările delirante și în paranoia.

1.2. Tulburările de ritm pot fi [34]:

Hiperactivitatea verbală simplă (*vorbăria*) sau **bavardajul**: apare la normali dar și în isterie.

Tahifemia: presupune accelerarea ritmului cu lipsa de sistematizare a comunicării verbale; apare în isterie.

Logoreea: creșterea patologică a ritmului și fluxului (curgerea verbală nestăpînită); apare în intoxicații ușoare, în episodul maniacal, în schizofrenia hebefrenică.

Hipoactivitatea verbală simplă: apare la timizi.

Bradifemia: scăderea ritmului, mai puțin a fluxului, cu vorbire monotonă; apare în depresie.

Mutismul psihic: presupune absența comunicării verbală dar cu motricitatea păstrată. Forme:

- **absolut**: apare în isterie, demență, oligofrenie; se face evident chiar și la contrarii minime și se instalează nejustificat.

- **reactiv**: pacientul nu dorește să comunice verbal dar comunică prin mimică, prin comportamentul non-verbal.

- **discontinuu** (*semitism*): pacientul comunică verbal doar în anumite momente sau perioade: stări confuze, delirante; se datorează unor modificări organice cerebrale.

- **electiv**: comunică numai cu anumite persoane, evită să povestească anumite situații; apare în paranoia, mai frecvent în isterie.

Mutitatea: este dată de o leziune cerebrală, neurologică, în zona de proiecție corticală a limbajului; este o afazie.

Musitația (mormăiala): pacientul vorbește în șoaptă, ininteligibil și dă impresia că nu poate vorbi; apare în schizofrenie, în isterie.

Mutacismul: presupune refuzul deliberat de a vorbi; apare la copii ca reacție de protest, la simulanți, în oligofrenie, în demență.

1.3. Tulburările de coerență verbală [33] sînt:

Incoerența verbală – exprimată în plan verbal:

- incoerența tematică la nivelul discursului,
- incoerența ideativă la nivelul propoziției,
- incoerența sintactică – apare în schizofrenie.

Blocajul verbal: presupune întreruperea ritmului verbal dar se păstrează luciditatea; apare în mari stări anxioase.

Barajul verbal: presupune oprirea bruscă a comunicării verbale; apare în schizofrenie (prin forțe xenopatiche); este impresia individului că întâlnește un obstacol în discurs; apare datorită tulburărilor de percepție (pseudohalucinații sau idei delirante).

Salata de cuvinte: presupune comunicarea ininteligibilă, este o formă gravă de incoerență, apar cuvinte fără nici o legătură și semnificație; apare în schizofrenie, în demențe.

Verbigeratia: este forma extremă de incoerență, asociată cu repetiția stereotipă a unor cuvinte, cu tendință de rimă; apare în demențe.

Psitacismul: presupune sonorizarea mecanică a unor foneme fără conținut semantic; apare în demențe, în oligofrenie.

Stereotipii: repetarea în plan verbal în aceeași formă a unui cuvânt; apare în schizofrenia catatonică, în demențe.

Ecolalia: presupune repetarea întocmai a cuvintelor auzite la interlocutor; apare în sindromul ecopatic din demențe, în schizofrenie, în oligofrenii.

Palilalia: repetarea întocmai a ultimului cuvânt al unei propoziții sau fraze; apare în demența Pick.

Onomatomania: repetarea obsedantă a unor expresii, cuvinte (grosolane) – înjurăturile.

2. Tulburările de conținut

Tulburările de conținut [37]: presupun tendința de a reda conținutul ideilor într-o manieră nouă, originală, se produc alterări ale sensului cuvintelor ce sunt fuzionate, modificate.

Paralogisme: presupun folosirea unui cuvânt cu alt sens decât cel consacrat.

Neologisme: persoana nu se exprimă prin cuvinte obișnuite.

- **active:** sunt cuvinte inventate,

- **pasive:** cuvinte realizate prin fuzionare; ex: „Eu mă duc la politehnică” în loc de „Eu mă duc la policlinică”.

Jargonofazia: este un limbaj cu multe neologisme active.

Glosolalia: este un limbaj bizar, incomprehensibil, deviat de la sensul sau/și funcția semantică.

La nivelul frazei:

Agramatisme: discursul se reduce la scheletul sau la comunicarea doar a subiectului și predicatului (vorbirea telegrafică).

Paragramatisme: frazele au expresii bizare, neoformații verbale și nu au semnificație.

Schizofazia: este o disociere a limbajului în care întâlnim părți comprehensibile alături de cuvinte asociate prin rimă și asonanță.

2.1. Disfaziile

Disfaziile [46] apar în afecțiunile neurologice.

2.2. Dislaliile

Dislaliile presupun imposibilitatea pronunției unor sunete, silabe, cuvinte dar numai atunci când se află în context.

Forme:

- **rotacismul,**

- **sigmatismul.**

- *balbismul*.

Întrebări de autoevaluare

1. Ce sunt dislogiile? Descrieți logoreea și mutismul.
2. Care sunt tulburările de conținut? Descrieți 3 dereglări.
3. Elaborați strategii de comportament cu bolnavul marcat de ecolalie.

Tema 9. Tulburări psihomotorii

1. Tulburările conduitei motorii

1.1. Hiperactivitatea

1.2. Hipoactivitatea

Activitatea – funcție efectorie, constă dintr-o succesiune de acte îndreptate spre un scop. Forme de activitate:

1. jocul – îmbinarea concretului cu imitativul și cu imaginarul;
2. munca productivă – urmărește obținerea unei finalități cu un randament maxim;
3. învățarea instituționalizată – presupune achiziționarea unor cunoștințe și deprinderi necesare unei profesii;
4. creația artistică – formă desăvârșită de activitate; finalitatea reprezintă opera.

1. Tulburările conduitei motorii.

Dezorganizarea activității motorii.

1.1. Hiperactivitatea:

1. polipragmazia – exaltare a activității, cu predominarea interesului ludic, gestică amplă, multiple acțiuni începute care nu se finalizează

2. agitația psihomotorie – dezorganizarea activității desfășurată aleator, necoordonată, scăpată de sub control volițional

Hiperactivitatea are următoarele stadii:

- enervare, stare de tensiune, agasare, iritabilitate greu de calmat, în ciuda eforturilor depuse;
- turbulență – excitație motrică lejeră, deplasare continuă, cverulentă;
- exaltarea unei agitații pasionale – excitație verbală, ideatică;
- furorul – agitație oarbă, aprinsă, deosebit de distructivă prin manifestările clasice și violența manifestă

3. Agitația psihomotorie poate apare brusc la incitații minime, are caracter stereotip *cu* tendința la agresivitate (verbală în demență, fizică în oligofrenie).

Are un colorit deosebit, specific:

În stările maniacale - cu manifestări de irascibilitate, agitație psihomotorie și polipragmatism, aspect ludic, furor maniacal;

În stările depresive – cu neliniște și dezordine motorie de mare violență, loviri, omucideri, sinucideri, raptus melancolic;

În epilepsie – cu intercritic la incitații minime; furor epilepticus urmat de amnezie;

În tulburări de personalitate – cu crize de manie, uneori alura teatrală. Tendința de a impresiona, șantajă;

În stări reactive, generate de sentimentul de frustrare și paroxisme anxioase - cu dezorganizare discretă, se mișcă încontinuu, își frâng mâinile, cer compasiune;

În schizofrenie agitația motora apare imprevizibil - cu incomprehensibilitate a conduitei, vorbirea și mișcările au caracter simbolic.

1.2. Hipoactivitatea:

- lentoare sau bradikinezie – apare în convalescență și depresie;

- inhibiția psihomotorie – extremă hipoactivitate ce apare în stupor, catatonie.

1. **Stupor** se caracterizează prin imobilitate aproape completă, mimică inexpressivă sau obtuză, aparentă suspendare a activității psihice, reactivitate întârziată, refuzul comunicării. Se distinge:

- stupoare – imobilitate completă, pacienți inerti, nu răspund solicitărilor din afară sau răspund foarte greu, mimică împietrită sau inexpressivă;
- stupoare nevrotică – isterie: apare brusc după stări conflictuale, mimică anxioasă;
- stupoare psihotică: depresie, facies melancolic schizofrenie – facies amimic, akinetic, hipertonii localizate și variabile, participă pasiv la activitatea anturajului;
- stupoarea confuzivă: activitate psihică aproape suspendată; interferează cu stări delirant-oneiroide;

2. **Catatonia** – dezintegrarea conduitei motorii prin lipsa inițiativei motorii.

Elemente catatonice sunt [<http://www.romedic.ro/catatonia>]:

- catalepsia – rezistența maselor musculare la mobilizarea pasivă;
- flexibilitatea ceroasă – modelarea segmentelor corpului și persistența în timp a atitudinilor, pozițiilor impuse;
- parakinezii – mișcări parazite, ecopraxie, iterație, perseverație;
- negativismul de tip: activ – presupune un răspuns motor contrar solicitării; pasiv – persoana nu reacționează deloc;
- sugestibilitate – urmarea ordinelor, imitația unor gesturi.

3. **Impregnarea neuroleptică** reprezintă inhibiție motorie în urma administrării acute sau îndelungate a neurolepticelor

Stadii [37]:

- distonia acută sau sindromul hipertonic hiperkinetic – apare după administrare acută;

- contractură generalizată, plafonarea privirii, protruzia limbii, torticolis;
- după tratament îndelungat se pierde maturația mișcărilor, tremor fin, rigiditate;
- akathisia – tremor, neliniște și balans al membrilor;
- dischineziile tardive – după ani de tratament – mișcări involuntare de tip coreic, grimase, suțiuena dentiției;
- sindromul neuroleptic malign – hipertonicitate, hiperpirexie.

4. Pervertirea conduitei se caracterizează prin [34]:

- manierismele – atitudini și activități exagerate, caricaturale;
- stereotipiile – mișcări repetitive, lipsite de sens;
- ambitendința – prezența simultană a unor tendințe contradictorii;
- comportament teatral demonstrativ cu gestică amplă;
- retragerea, izolarea socială treptată;

5. Tulburări ale conduitei motorii prin control volițional viciat:

- *impulsiunile* – acțiuni declanșate brusc, spontan sau reactive la un stimul minor, au caracter irațional; devin necesități imperioase, scăpate de sub control volițional; se manifestă brutal, cu grad mare de periculozitate, heteroagresivitate, crize clasice, autovătămări, suicid.

Forme de impulsivitate [32]:

- dromomania – plecarea nemotivată, intempestivă de acasă, fără un scop precis;
- piromania – incendierea unor obiecte și asistarea cu plăcere;
- cleptomania – furtul irezistibil de către persoane cu statut bun a obiectelor fără valoare;
- jocul de șansă patologic – atracție irezistibilă, în ciuda prejudiciilor multiple;
- tricotilomania – smulgerea părului;

Elemente comune ale impulsurilor:

- ✓ tensiunea premergătoare efectuării impulsului;
 - ✓ starea de detentă și gratificare la săvârșirea actului;
 - ✓ eventuală culpabilitate ulterioară;
 - ✓ apar în tulburările de personalitate, retardul mintal, tulburări organice;
- impulsivitatea – prefigurarea unor tendințe a unor persoane de a reacționa la impulsivitate;
 - raptusul – manifestare motorie paroxistică, drept urmare a unei tensiuni emoționale de nesuportat; aspect de automatism motor incoercibil auto-agresiv sau hetero-agresiv; este urmat de amnezie lacunară;
 - fuga – părăsirea irațională și imprevizibilă a domiciliului spre o destinație aleatorie; este limitată în timp; urmată de amnezie lacunară.
- Apare în reacții acute, schizofrenie, intoxicații.

Întrebări de autoevaluare

1. Tulburări ale conduitei motorii prin control volițional viciat: Descrieți impulsivitățile.
2. Forme de manifestare a hipoactivității: Descrieți catatonie.
3. Elaborați strategii de asistență psihologică în caz de joc de șansă patologic.

Tema 10. Tulburări ale imaginației și voinței

Preliminarii

1.1. Tulburările calitative ale imaginației

1.2. Tulburările de voință – disbulii

Preliminarii

Imaginația este un proces psihic de prelucrare, transformare și sintetizare a reprezentărilor și ideilor, în scopul făuririi de noi imagini și idei.

Formele imaginației:

Forma neintențională (pasivă) – toate tendințele, aspirațiile și dorințele, gândurile intime.

Forma intențională (activă):

Reproductivă: asocierea de elemente verbal-imaginative cu imagini ce vin din experiența proprie (cum este lectura)

Vis de perspectivă: proiectarea mentală a dorințelor, aspirațiilor și planurilor de viață.

Imaginație creatoare: se anticipează imaginativ ideea sau planul viitoarei acțiuni:

Voința

Voința este latura reglatoare a conștiinței, la baza căreia sta intenția și decizia subiectului; ea reprezintă activitatea psihică orientată spre atingerea unor scopuri propuse conștient pentru a căror realizare trebuie depășite anumite obstacole interne sau externe, care apar în calea îndeplinirii acțiunilor.

Desfășurarea unui act voluntar parcurge mai multe faze [2]:

- formularea scopului
- lupta motivelor
- adoptarea hotărârii
- execuția (îndeplinirea) acțiunii

Voința = funcția psihică prin care se realizează trecerea conștientă de la o idee sau de la un raționament la o activitate sau la inhibiția unei activități, în vederea realizării unui anumit scop. Admitem ca voința caracterizează forma de activitate socială determinată a comportamentului uman, ea fiind produsul orientării conștiente a activității individului.

În îndeplinirea oricărei acțiuni este vorba de participarea unei voințe active, care stă la baza perseverenței, tenacității și îndeplinirii izbutite a unei activități,

depășirii unui obstacol; are un rol mobilizator de susținere a efortului voliționial, fapt pentru care o putem numi voința de suport.

În afara voinței active exista încă un tip de voință desprinsă de act, aparent pasivă, cu caracter inhibitor, responsabilă de stăpânirea de sine, care determina reținerea în anumite situații, care frânează reacția imediată, nehibzuită sau impulsivă.

1.1. Tulburările calitative ale imaginației

Mitomania:

Pseudologica fantastică [25]: tendința morbidă de a altera adevărul, de a crea povestiri imaginare (fabulații). Este diferit de mincinos, alterează intenționat adevărul, este convins de realitatea spuselor sale, este victima propriilor producții. Mitomania este proprie persoanelor emotive, sugestibile.

Organizarea romanescă a trăirii: aspectul formal al discursului, care nu este adecvat conținutului și este sesizat de interlocutor

Alibiul existențial: indiferent de forma și conținutul relatării, ideile merg univoc unidirecțional spre supraestimarea propriei persoane, își clădește povestirea vieții pe baza expectanțelor sale și ale auditoriului.

Supra-semnificarea: trecerea de la simpla exagerare la fabulația cea mai amplă, pentru a atrage atenția asupra sa, jocul imaginativ se dezvoltă luxuriant.

Conduita de teamă: apare în urma posibilei descoperiri a caracterului fabulator al relatării; el trăiește crispat orice relație, care se poate nărui prin descoperirea adevărului.

Exista trei tipuri de mitomanie:

- ✓ Vanitoasă – răspunde unui orgoliu nemăsurat și nevoii de a afișa o existență romanescă. Apare la tulburările de personalitate, histrionici, debilitate mintală
- ✓ Malignă – bârfe, calomnii, anonime, denunțuri
- ✓ Perversă

Simulația este falsificarea adevărului în privința stării de sănătate. Fidelitatea simulării depinde de imaginația, inteligența și rezistența celui ce simulează.

Meta-simulația : După un episod psihotic acut, real, pacientul refăcut perseverează în acuzele sale anterioare.

Supra-simulația: Amplificarea simptomatologiei unei afecțiuni somatice sau psihice preexistente.

Disimularea: Ascunderea unor simptome psihice sau somatice, ori a unei boli, pentru a se sustrage de la tratamentul obligatoriu; depresia.

1.2. Tulburările de voință – disbulii

Hiperbulia [32] reprezintă exagerarea forței voliționale; apare la persoane voluntare. În patologie apare rar, deoarece se dezorganizează suportul motivațional. La toxicomani poate apare hiperbulie cu caracter unidirecțional și electiv în scopul procurării drogului, pe fondul general de hipobulie

Hiperbulia delirantă este concentrarea extremă a interesului și eforturilor cu predilecție spre temele delirante.

Hipobulia este scăderea forței voliționale ce se traduce prin scăderea capacității de a acționa. Are motivație slabă și antrenează implicit acțiuni lipsite de vigoare. Pacientul știe ce trebuie să facă, dar nu poate

Apare în: tulburări de personalitate, tulburări depresive, în oligofrenie, demențe, toxicomanii, în manie(datorită tulburărilor de atenție)

Hipobulia electivă vizează tematica fobică și compromite trecerea la anumite acțiuni

Abulia reprezintă lipsa de inițiativă, incapacitatea de a acționa.

Apare în catatonie, depresii profunde.

Tulburările calitative ale voinței:

Disabulia este dificultatea de a trece la o acțiune sau de a sfârși o acțiune începută, însoțită de perplexitate și notă afectivă negativă. Apare în schizofrenie.

Parabulia [32] este insuficiență volițională însoțită sau determinată de anumite dorințe, pulsioni sau acte paralele. Apare în nevroze motorii (ticurile).

Impulsivitatea este insuficiența voinței pasive, inhibitorii care duce la lipsa de frână și comportament impulsiv. Rezultă în acte impulsive, intempestive, cu un caracter antisocial, reprobabil și dramatic. Apare în tulburările de personalitate

Întrebări de autoevaluare

1. Care sunt tulburările calitative ale imaginației? Descrieți comportamentul psihologului cu astfel de clienți.
3. Care este strategia de comportament al psihologului în cazul când bolnavul suferă de pseudologia fantastică?
2. Cum se reflecta tulburările de voință asupra personalității bolnavului?

Tema 11. Tulburări ale proceselor afective

1. Depresia și mania-poli opuși ai spectrului afectiv

2. Tulburări afective cantitative

2.1. Hipertimia pozitivă

2.2. Hipertimia negativă

2.3. Anestezia psihică

3. Tulburări afective calitative - Paratimiile

4. Tulburări ale dinamicii relațiilor afective

Mania și depresia sunt polii opuși ai spectrului afectiv. În sindromul maniaco-depresiv starea afectivă de regulă este euforică, iar în depresie este tristă, pesimistă. Ambele sindroame afectează activitatea subiectului. Uneori același pacient prezintă succesiv episoade maniaco-depresive și depresive între care sunt perioade de normalitate. În aceste situații vorbim despre tulburare afectivă bipolară.

1. Depresia [32] se caracterizează prin dispoziție afectivă tristă și pesimism. Dispoziția afectivă nu se îmbunătățește în situații în care sentimentele obișnuite de tristețe s-ar alina (companie plăcută, aflarea unor vești bune). Depresia uneori se asociază cu anxietatea, neliniștea, iritabilitatea. Procesul afectat masiv de depresie este **gîndirea**. Bolnavul are idei depresive care se referă la prezent, trecut sau viitor:

- el vede partea neplăcută a fiecărui eveniment prezent, crede că are permanent eșecuri, ceilalți îl privesc ca pe un ratat; nu are încredere în sine, în capacitatea sa de a avea succes;

- cînd se gîndește la trecut, își amintește numai întîmplările triste, eșecurile, neplăcerile; se simte vinovat și se autoacuză pentru motive minore;

- atunci cînd se gîndește la viitor se așteaptă numai la lucruri rele, eșecuri, pierderi materiale, nenorociri pentru el și familia sa; consideră că viața nu mai are nici o valoare și moartea ar fi o eliberare. Aceste idei sumbre pot progresa spre idei și planuri de suicid.

Gîndirea este lentă. Lentoarea gîndirii se reflectă și în vorbire; el răspunde cu întîrziere la întrebări.

Tulburările depresive de intensitate medie sau severă pot fi însoțite de unele simptome „biologice”:

- lipsa apetitului și scăderea în greutate (deși unii bolnavi dimpotrivă, mănîncă mai mult ca de obicei și cîștigă în greutate);

- perturbarea somnului, care cel mai des se manifestă prin trezirea cu două sau trei ore mai înainte de ora obișnuită; bolnavul rămîne în pat, se simte obosit, neliniștit, agitat, are gînduri neplăcute (unii bolnavi dorm mai mult ca de obicei, dar și ei se trezesc oboșiți).

- pierderea libidoului;

- lentoarea psihomotorie este frecventă; cantitatea de energie este redusă, bolnavul obosește ușor chiar după un efort mic.

Aspectul exterior și comportamentul. Îmbrăcămintea este neîngrijită, umerii sunt aplecați, capul înclinat înainte, gesturile reduse. Pacientul merge și realizează acțiunile cu încetineală; de multe ori nu reușește să termine activitatea începută, nu își îndeplinește obligațiile, chiar dacă anterior bolii era o persoană conștiincioasă.

Bolnavul evită contactele sociale. El nu mai arată interes față de activități care anterior l-ar fi bucurat și nu mai simte nici un chef de a trăi.

Mania, după cum am menționat, este un sindrom caracterizat prin stare afectivă euforică, dar care, datorită labilității afective a pacientului, poate să se transforme în iritabilitate, mânie [33]. Atunci când se află într-o stare euforică pacientul pare bine dispus, vesel („veselie contagioasă”), optimist.

Gîndirea este accelerată. Aceste persoane vorbesc repede și sunt greu de urmărit. Iau decizii pripite (de exemplu, își dau demisia fără motive serioase). Unii bolnavi au idei delirante de grandoare. Ei se consideră persoane foarte importante.

Simptome biologice. Apetitul este accentuat. Somnul este redus; bolnavul se scoală devreme și se simte plin de energie. Dorințele sexuale sunt intense și comportamentul poate fi dezinhibat.

Aspectul exterior și comportamentul. Îmbrăcămintea reflectă adesea dispoziția afectivă veselă prin culorile sale vii și tendința de a se „decora” extravagant. Pacienții sunt deosebit de activi, dar nu finalizează activitățile începute. Ei au tendința de a cheltui mult.

În cele mai multe cazuri conștiința bolii este absentă.

Hipomania este un grad mai ușor de manie, în care dispoziția este ușor euforică, subiectul are multă energie și este foarte activ, se simte deosebit de bine, este mai sociabil și mai comunicativ ca de obicei, dar eficiența activității nu este grav afectată.

2. Tulburări afective cantitative

Exagerarea afectivității se traduce prin dezechilibrul vieții psihoafective.

2.1.Hipertimia pozitivă [33] se caracterizează prin **euforie** (trăiri plăcute, vesele, bucurie, râs, optimism, fugă de idei, logoree). Bolnavul este încrezător, comunicativ, are o stare de plenitudine generală, sănătate, putere, face glume contagioase. Are o mimică expansivă, bogată, gesturi largi. Are o tendință de supraapreciere cu exacerbarea tendințelor și trebuințelor (în special sexuale). Este tentat a începe multe lucruri și nu termină nici unul (polipragmazie). Scade necesarul de somn (nu insomnia). Apare în episoadele maniacale și în intoxicații ușoare, după succese de mică amplitudine.

Moria este veselie nejustificată asociată cu o stare psihică precară, simțul critic este abolit. Bolnavul face glume grosiere, avansuri sexuale.

Apare în tumorile de lob frontal.

Extazul este stare de beatitudine, contemplare pasivă a viziunilor onirice, mistice

Apare în epilepsie și în schizofrenie

2.2.Hipertimia negativă este caracteristică pentru depresie cu prăbușire dispoziției bazale spre polul negativ, tristețe profundă, pesimism exagerat, participare afectivă intensă, pe fonul sentimentul durerii morale, a inutilității, devalorizării. Specific este ideea lentă, cu conținut trist (bradipsihie). Pot apărea tulburări senzoriale: halucinații negative. Atenția este scăzută, memoria prăbușită, verbalizarea lentă. Bolnavul demonstrează inhibiție motorie marcată sau neliniște anxioasă. Acuză că în tot ce simte, întrezărește nenorocirea, prevestirea de rău. Mimică hipomobilă cu comisuri bucale coborâte. Corpul încovoiat, brațele pe lângă corp.

Forma culminantă poate antrena raptus suicidal (riscul mare de suicid este în perioada de inițiere sau terminală).

2.3.Anestezie psihică dureroasă. Bolnavul nu se poate bucura, întrista, înduioșa, nu mai poate simți intens afecțiunea pentru persoanele apropiate, pierde capacitatea de rezonanță afectivă.

Depresia și anestezia psihică dureroasă culminează prin exacerbări critice – raptus melancolic (afecțiune rapidă, bruscă, cu durată scurtă și foarte intensă, cu risc suicidal foarte mare).

Disforia este o tulburare afectivă mixtă, cu dispoziție depresivă (mai mult anxioasă), care apare și la alcoolicii cronici.

3. Tulburări afective calitative - Paratimiile.

Paratimiile [12] sînt reacții aberante, inadecvate contextului și întregii motivații care le declanșează. Specific pentru acest tip de dereglări este: afectivitatea paradoxală (răspuns foarte mare la un stimul foarte mic); ambivalența afectivă, adică trăiri afective opuse față de aceeași persoană (dragoste-ură, plăcere-neplăcere, atracție-respingere); inversiunea afectivă urmate de crize nemotivate, tendințe histrionice care se declanșează și se întrerup brusc.

Schizofrenia – patologia de elecție în care se întîlnesc

4. Din lista tulburărilor dinamicii relațiilor afective fac parte:

Labilitatea afectiva, care este frecvent întîlnită la pacienții în vîrstă, la cei cu arterioscleroză, la alcoolici după faza de euforie.

Rigiditatea afectivă cu trăiri de împietrire, imposibil să i se citească pe chip ceva.

Anxietatea și teamă difuză *fără* obiect, care este mai mult potențială decît prezentă.

Toate acestea se asociază cu o stare de neliniște psihomotorie, senzație de disconfort interior, sentimentul că nu poate să se odihnească, să stea locului, să ducă la bun sfîrșit un lucru. Se observă starea de „nestare“ a pacientului, care produce inconștient, involuntar, o oarecare descărcare. La bărbați apar manifestări cardio-vasculare, dureri, palpitații (mimează tulburările de ritm cardiac), parestezii ale membrelor superioare; durerea este de obicei migratorie. La femei, apare senzația de nod în gît; nu se pot alimenta, nu se pot hidrata, pot apărea manifestări

gastro-intestinale: greață, senzație de vomă, tranzit intestinal accentuat (diaree), precum și parestezii, cefalee migratorie cu diverse caracteristici, transpirație, fatigabilitate (apare în timpul zilei, după două-trei ore de activitate), micțiuni frecvente (în anxietatea paroxistică).

Tulburarea afectivă bipolară (psihoză maniaco-depresivă) se caracterizează prin episoade repetate de manie și depresie. Între episoade vindecarea de obicei este completă. Episoadele maniacale încep de obicei brusc și durează în medie 4 luni. Depresia tinde să dureze mai mult, în medie 6 luni (Gelder, Gath, Mayou; ICD-10).

Întrebări de autoevaluare

1. De ce depresia și mania sunt numite poli opuși ai spectrului afectiv?
2. Descrieți specificul comportamentului psihologului în relație cu clientul cu hipertimie negativă.

Tema 12 Tulburările anxioase

1. Anxietatea generalizată și atacul de panică

2. Tulburări anxios-fobice

3. Tulburări obsesiv-compulsive

4. Reacție la stres sever și tulburări de adaptare

1. Anxietatea generalizată și atacul de panică

Anxietatea generalizată se manifestă prin simptome psihice și somatice.

Simptomele psihice caracteristice sunt: anxietatea (teama fără obiect), îngrijorarea permanentă, presimțirea unui pericol iminent, neliniștea, iritabilitatea, dificultățile de concentrare a atenției (care determină impresia unei slăbiri a memoriei), hiperestezia senzorială (sensibilitatea exagerată față de zgomote).

Simptomele somatice [6] rezultă fie din hiperactivitatea sistemului nervos simpatic, fie din tonusul crescut al musculaturii. Dintre simptome menționăm:

- simptome digestive: uscăciunea gurii, dificultățile de deglutiție;

- simptome respiratorii: senzația de constricție toracică, hiperventilația, mișcări respiratorii rapide și superficiale ce duc la scăderea concentrației sanguine de bioxid de carbon) cu diferite consecințe neplăcute (amețeli, cefalee, senzația de slăbiciune, tendința la lipotimie, senzațiile de amorțeală și furnicături);
- simptome cardiovasculare: palpitații, senzație de disconfort precordial;
- tonusul crescut al musculaturii poate fi resimțit ca cefalee, senzații dureroase la nivelul spatelui sau umerilor, tremorul mâinilor.

Aspectul extern al subiectului este caracteristic: fața sa este încordată, fruntea brăzdată, nu stă liniștit, deseori tremură. Pielea este palidă, transpirațiile sunt frecvente. Izbucnește cu ușurință în plâns. Somnul este perturbat, pacientul nu poate să adoarmă din cauza grijilor, se trezește frecvent, are vise neplăcute, dimineața se simte neodihnit.

Atacul de panică [10] se manifestă prin episoade bruște de anxietate severă, cu simptome somatice accentuate, însoțite de teama de o urmare gravă, cum ar fi un infarct sau un accident vascular cerebral. Aceste „crize” de anxietate apar neașteptat, și nu ca răspuns la un eveniment stresant, sau la o situație de care persoana se teme în mod firesc (fiind într-adevăr o situație periculoasă) sau irațional (ca în cazul fobiilor).

2. Tulburările anxios-fobice

Tulburările anxios-fobice [15] se caracterizează prin apariția anxietății în anumite situații sau în prezența unor obiecte care nu sunt în mod obișnuit periculoase. Bolnavul evită aceste situații sau obiecte; dacă ele nu pot fi evitate, are stări accentuate de anxietate. Atunci când se așteaptă la întâlnirea acestor situații sau obiecte resimte o anxietate anticipatorie. Anxietatea nu dispăre dacă subiectului i se explică faptul că pentru alții situația respectivă nu este amenințătoare, periculoasă.

Agorafobia [15] reprezintă frica de spații deschise sau anxietatea resimțită în aglomerații, în locuri din care pacientul nu poate ieși cu ușurință (autobuz, tren, supermarket, locul de la mijlocul unui rând dintr-o sală de spectacole etc.). În aceste situații este cuprins de o teamă intensă însoțită de simptome somatice (palpitații, amețeli) și se gândește cu groază la posibilitatea de a leșina. Pe măsură ce agorafobia progresează, pacienții evită tot mai multe situații, iar în cazurile severe ajung să se izoleze în casă. Simptomele scad în intensitate dacă pacientul este însoțit; uneori chiar prezența copilului sau a unui câine poate să le fie de ajutor.

Fobiile sociale. Bolnavul care suferă de această fobie devine foarte anxios în situațiile în care este observat și ar putea fi criticat (la petreceri, restaurante, seminarii, ședințe și alte situații în care poate fi nevoit să vorbească în public sau să facă unele acțiuni, chiar minore). El încearcă să evite aceste situații, iar dacă nu reușește se retrage într-un loc în care atrage mai puțin atenția, participă cât mai puțin posibil la conversații.

Fobia socială debutează de obicei la sfârșitul adolescenței, atunci când tinerii își extind contactele sociale și sunt în mod deosebit interesați de impresia pe care o fac altora.

Fobii specifice (izolate) [23] sînt fobiile care se manifestă în situații specifice cum ar fi: înălțimile (de a se afla la etajul unui bloc), furtunile, spațiile închise, anumite animale care nu sunt periculoase (păianjeni), cabinetul stomatologic, vederea sîngelui sau a leziunilor. Aceste fobii debutează de regulă în copilărie și dacă nu sunt tratate se pot menține toată viața. Majoritatea tulburărilor fobice sunt mai frecvente la femei. Tratamentul psihologic este de natură comportamentală și cognitivă.

3. Tulburări obsesiv-compulsive

Tulburările obsesiv-compulsive [26] se caracterizează prin prezența gândurilor obsesive și / sau a actelor compulsive.

Gîndurile obsesive [26] sînt idei, amintiri, imagini sau impulsuri care reapar mereu în mintea subiectului într-o formă stereotipă. Ele sunt supărătoare pentru bolnav. Subiectul încearcă să le îndepărteze din minte, dar în general nu reușește. Deși aceste idei, imagini, impulsuri apar involuntar, subiectul recunoaște că sunt gîndurile sale proprii (spre deosebire de unii schizofreni care consideră că unele dintre ideile lor sunt impuse din exterior, de alții).

Gîndurile obsesive pot lua forma unor cuvinte izolate, fraze sau rime care sunt considerate inutile; uneori cuvintele pot fi neplăcute deoarece sunt obscene sau blasfematoare. Uneori gîndurile obsesive iau forma unor dezbateri interioare (ruminații) în care argumentele pentru și contra unor activități cotidiene chiar foarte simple sunt reluate la nesfîrșit, bolnavul este preocupat de probleme pe care nu are cum să le rezolve sau care nu au sens (de ex., cînd și cum se va produce sfîrșitul lumii).

Uneori bolnavul are îndoieli obsesive: el are mereu îndoieli privind corectitudinea cu care a realizat unele acțiuni (a închis sau nu robinetul, a încuiat sau nu ușa etc., deși știe că a făcut corect acțiunea respectivă).

Impulsiunile obsesive reprezintă tendința de a realiza acțiuni despre care bolnavul își dă seama că nu trebuie realizate, care au un caracter violent sau penibil (de ex., să sară în fața unei mașini, să strige blasfemii în biserică, să lovească propriul copil cu cuțitul).

Imaginile obsesive sunt scene vii, imaginate de pacient, care de multe ori au un caracter violent sau dezgustător.

Actele compulsive (ritualurile) [26] sînt comportamente stereotipe care sunt repetate de nenumărate ori. Ele nu sunt repetate deoarece au un rezultat util sau pentru că produc plăcere. Uneori pacientul are impresia că prin realizarea acelor acțiuni pot fi prevenite unele nenorociri, dar în cele mai multe cazuri știe că totuși acțiunea este inutilă sau lipsită de sens. El încearcă să se opună executării acțiunii,

dar această rezistență produce anxietate. Realizarea acțiunii produce o ușurare temporară.

Majoritatea actelor compulsive se referă la curățenie (spălatul mâinilor de zeci de ori în aceeași zi, pentru a evita îmbolnăvirea), asigurarea ordinii și curățeniei în locuință, verificarea repetată a acțiunilor efectuate pentru a evita orice eroare care ar putea avea consecințe neplăcute. Actele rituale compulsive pot dura zilnic mai multe ore și uneori sunt asociate cu nesiguranță și lentoare. Din aceste cauze activitatea pacientului devine inefficientă (nu termină sarcinile de la serviciu pentru că reia de nenumărate ori verificările de teamă să nu facă vreo greșeală).

4. Reacție la stres sever și tulburări de adaptare

Această categorie cuprinde tulburări care au o cauză precisă: fie un eveniment stresant de intensitate deosebită care produce o reacție acută la stres; o schimbare semnificativă de viață ce determină traume persistente, care au ca rezultat o tulburare de adaptare; uneori situațiile stresante sau schimbările semnificative de viață determină tulburări care durează mai mult; în aceste cazuri vorbim despre tulburare de stres post-traumatică.

O caracteristică importantă a acestor tulburări este aceea că ele nu ar fi apărut fără cauzele menționate. Aceste cauze, prin natura și / sau intensitatea lor determină o suferință profundă la aproape oricine (în cazul celorlalte tulburări descrise în acest capitol – tulburarea anxioasă, obsesiv-compulsivă etc. – stresurile care preced debutul declanșează tulburarea numai în funcție de vulnerabilitatea individului, vulnerabilitate care depinde mai ales de factorii genetici și particularitățile personalității).

Reacția acută la stres este o tulburare tranzitorie de severitate semnificativă, ce se dezvoltă la un individ fără nici o altă tulburare mentală aparentă, ca răspuns la un stres excepțional (cutremure, inundații, incendii, atacuri teroriste, viol, conflicte neașteptate și deosebit de grave cu alte persoane etc.).

Imediat după confruntarea cu evenimentul stresant există o scurtă perioadă de perplexitate (uluire) cu îngustarea câmpului conștiinței și atenției (conștiința și atenția se fixează pe stimulul stresant și din această cauză persoana devine oarecum dezorientată și nu înțelege prea bine celelalte evenimente externe). Această stare poate fi urmată de o „retragere psihică” din situația respectivă (subiectul rămîne nemișcat, nu reacționează la stimuli, nu răspunde la întrebări, deși nu este inconștient), sau de agitație și hiperactivitate (face o serie de acțiuni relativ inutile). În această perioadă pot fi prezente anxietatea cu simptomele sale somatice, depresia, disperarea, mînia.

Tulburările se remit într-un interval de cîteva ore sau zile. Reacția poate fi urmată de amnezie parțială sau completă.

Tulburările de adaptare sunt tulburări ușoare care durează mai mult decît reacțiile acute la stres, apar la subiecți sănătoși mintal, sunt legate în timp și prin conținut de experiențe stresante reprezentate de schimbări semnificative de viață (situația de doliu, emigrarea, despărțirea, invaliditate produsă de un accident vascular cerebral sau accident rutier etc.). Simptomele sunt variate și includ îngrijorarea, anxietatea, depresia, sentimentul incapacității de a face față situației, de a face planuri de viitor, dificultatea de concentrare a atenției, iritabilitatea, comportamentul agresiv. Tulburările durează cîteva luni, timp în care se produce adaptarea la noua situație.

Tulburarea de stres posttraumatică este o reacție intensă și prelungită la stresori intenși, indiferent de durata acestora (cutremure, inundații, incendii, război, accident de o gravitate mai mare, internare în lagăre de concentrare, martor la moartea violentă a altora, victimă a violului, torturii, terorismului etc.). Cei care trec prin astfel de experiențe pot prezenta, după o perioadă de latență de cîteva săptămîni, amintiri tulburătoare care apar neintenționat și nu pot fi înlăturate din minte prea ușor, vise legate de aceste evenimente, coșmaruri la care uneori se adaugă un sentiment de „ocire emoțională”, detașare de alți oameni, reactivitate

scăzută la evenimentele prezente, scăderea capacității de a se bucura, evitarea activităților și situațiilor care amintesc trauma. Randamentul activității și relațiile interpersonale pot fi afectate și datorită iritabilității, anxietății, depresiei, dificultății de concentrare a atenției, ideilor suicidare, consumului excesiv de droguri sau alcool (ICD – 10).

Întrebări de autoevaluare

1. Cum asistam un bolnav marcat de gânduri obsesive?
2. Elaborați 3 recomandări pentru clientul care are tulburări de adaptare
3. Care este rolul psihologului în caz de tulburarea de stres posttraumatică?

Tema 13. Dereglări de personalitate

Preliminarii

1. Conceptul de „tulburare de personalitate”
2. Tulburarea de personalitate paranoică
3. Tulburarea de personalitate schizoidă
4. Tulburarea de personalitate antisocială (dissocială)
5. Tulburarea de personalitate borderline
6. Tulburarea de personalitate histrionică
7. Tulburarea de personalitate evitantă
8. Tulburarea de personalitate dependentă
9. Tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă
10. Tulburarea delirantă (paranoia)
11. Terapia tulburărilor de personalitate

Preliminarii

Persoana=mască. Caracteristica măștii este imobilitatea și a fost transferată în psihologie care consideră personalitatea funcția psihologică prin care un individ

se consideră un singur și un permanent eu. Hipocrate a descris structura corporală apoplectică semnificând persoanele care au o predispoziție la decesul prin apoplexie și structură corporală fizică.

Galen, pe plan fiziologic pe baze filosofice a elaborat teoria celor 4 temperamente. Această teorie pornește de la afirmația potrivit căreia cosmosul este alcătuit din elemente [15]. Bazat pe teoria similitudinilor dintre macro și microcosmos, a aplicat teoria elementelor la om. Cele 4 elemente sunt: focul, apa, aerul și pământul și sunt caracterizate prin cald, umed, rece și uscat. Acestea produc în organismul uman cele 4 umori fundamentale: sânge, flegmă, fierea galbenă și fierea neagră. Cele 4 elemente se află în sânge în cantități egale, iar în restul umorilor unul dintre acestea este în cantitate mai mare decât celelalte. În flegmă predomină apa, în fierea galbenă focul și în fierea neagră pământul. În funcție de umoarea care predomină în individ, acesta intră într-unul din cele 4 tipuri temperamentale.

Doctrinile științifice ale personalității atestă rolul factorilor biologici în formarea acesteia în temeiul legăturilor dintre temperament și caracteristicile psihologice. Factorii biologici ereditari constituie temperamentul ce se manifestă printr-un mod particular de reactivitate a sistemului nervos dirijat în mare măsură de glandele cu secreție internă. Factorii biologici dobândiți interesează personalitatea, acționând direct sau indirect. Factorii biologici sunt intricăți cu cei psihologici, aceștia din urmă având un rol important în determinarea personalității. Factorii sociali se evidențiază în primii ani de viață și este vorba de mediul familial, grupul social, etc. În studiul personalității se disting 3 direcții de orientare:

Personalitatea ca structură ierarhizată

Personalitatea este alcătuită din elemente structurate în mod ierarhic. Aristotel considera că sufletul are o regiune inferioară vegetativă comună atât plantelor cât și animalelor, o regiune senzorială numai la animale și una rațională specifică omului. Corespondențele acestor regiuni la Platon sunt: dorințele cu sediul în abdomen,

curajul și voința cu sediul în torace și rațiunea la cap. Dintre teoriile psihofiziologice ale personalității cu accent pe organizarea ierarhică a funcțiilor, consecință a ierarhizării neurofiziologice avem [19]:

Doctrina jacksoniană a regresiei sau a disoluției. Inspirat de concepția evoluționistă a lui Darwin și a sociologului Spencer, Jackson a formulat în legătură cu boala mintală și a factorilor săi concepția potrivit căreia funcțiile se înscriu și ierarhizează în sistemul nervos și tot astfel se pot dezintegra în sensul invers al evoluției lor după legi precise [19]. Evoluția urmează calea de la mai puțin organizat la organizat, de la centrii inferiori spre cei superiori mai mult organizați, disoluția este procesul invers urmînd traiectul de la organizat la mai puțin organizat, de la automat la voluntar. În tulburarea nervoasă corespunzătoare unui nivel de disoluție, există un element negativ corespunzînd suprimării funcției unui centru superior și un element pozitiv realizat prin hiperfuncția centrilor subiacenți. Bolile neurologice și psihice privite din perspectiva disoluției vor fi legate de profunzimea și rapiditatea disoluției, de vîrsta subiectului, de incidența stărilor organice și de influența personalității. Potrivit acestei doctrine dezintegrarea funcțiilor parțiale organizate în dispozitivele nervoase a cărei activitate este integrată în comportament, se identifică cu dezintegrările senzorio-motorii care fac subiectul neurologiei, urmînd ca de disoluțiile funcțiilor superioare să se ocupe psihiatria. Orice tulburare este efectul unei dezorganizări funcționale ce duce spre destructurare. Atunci cînd e dezorganizarea interesează integritatea persoanei, avem o destructurare a conștiinței și a personalității ceea ce constituie astfel boala psihică.

Teoria freudiană asupra ființei psihice este constituită din conștient, preconștient și inconștient, oferind explicația ierarhiilor psihologice ale personalității [35]. La începutul sec. XX, psihologia își restrînge domeniul, ea devine știința comportamentului, iar psihanaliza devine știința personalității. Rolul psihanalizei constă în a descoperi factorii latenți ai personalității, psihicul inconștient a cărui suprafață este mult mai mare decît a psihicului conștient.

Preconștientul este alcătuit din fapte psihice latente ce pot fi ușor evocate. Inconștientul este alcătuit din procese psihice refulate din conștiință și pe care o forță le oprește să vină la suprafața conștientului. Conflictele ivite între conștient și inconștient constituie cauza tulburărilor personalității exprimate prin nevroze. În 1920 Freud emite o nouă teorie a personalității în centru căreia este viața pulsională. El denumește aceste 3 instanțe: **sine**, **eu** și **supraeu**. **Sinele** este un produs al evoluției naturii biologice și reprezintă influența eredității. **Eul** este determinat de experiențele proprii ale individului și reprezintă relațiile acestuia cu lumea obiectivă constituind domeniul proceselor psihice superioare. **Supraeul** este produsul influențelor sociale. Eul se constituie pornind de la sine, iar supraeul pornind de la eu. Aceste 3 instanțe se întrepătrund permanent, constituind sisteme de motivație care aparțin sinelui, sisteme de apărare aparținând eului și cele de presiune socială aparținând supraeului.

1. Personalitatea ca expresie de trăsături de dispoziții sufletești

Trăsăturile și dispozițiile sufletești descriu ființa umană ca fiind liniștită sau violentă, curajoasă sau lașă, ceea ce presupune o reacție la o situație specifică și în consecință o clasificare după tipul de reacție. Numărul de trăsături sufletești este foarte mare. Exagerarea unora dintre acestea aparține patologiei psihiatrice.

Trăsăturile - dispoziții dinamice ce exprimă modalități caracteristice de reacție adaptativă la mediu [12]. Varietatea acestor trăsături este furnizată de elemente din morfologie, din datele fiziologice sau de reacțiile vegetative. Datele afective privesc sentimentele și caracterul care apare astfel ca o sumă de sentimente. Organizarea ierarhică implică predominarea unui sentiment ce va constitui motivul dominant ce dirijează întregul comportament spre un scop. În centrul caracterului este sentimentul eului. Pierderea considerației față de sine și de oameni duce la dezagregarea caracterului și slăbirea voinței.

2. Personalitatea ca o corelație somato-psihică

Concepția integralistă de unitate structurală somato-psihică are rădăcini hipocratice. Școlile moderne au reluat problema corelației dintre tipurile fizice și cele psihice din necesitatea de a descifra complexul personalității. Această reluare a acestei concepții are și o necesitate practică: de a face legătura dintre structura corpului și predispoziția către boală. Din punct de vedere psihologic este dificil a admite aprioric existența unui raport între structura corpului și activitatea psihică, testele statistice precum și unele investigații biometrice susțin existența unei astfel de corelații. Cercetările tipologice au ajuns la unele concluzii ce interesează psihiatria [35]:

- descrierea unor tipuri intermediare normale sau anormale și a unor tipuri extreme;
- predispoziția la anumite tipuri de îmbolnăviri.

Tipologiile pot fi morfologice sau psihologice. În fapt, ele sunt mixte. Tipurile fiind descrise după caracteristici morfologice, fiziologice, psihologice și prin corelația dintre acestea.

Școala franceză — luând drept criteriu predominanța unui sistem anatomo-funcțional asupra altora, școala franceză descrie 4 tipuri analoge celor hipocratice: respirator, digestiv, muscular și cerebral. Aceștia li se adaugă tipuri neregulate care vor fi luate de către Corman în funcție de structura feței și încadrate în tipul dilatat-extrovertit și cel retractat-introvertit [25].

Școala germană — prin Krestchmer a elaborat cea mai utilizată tipologie. Aceasta descrie 3 tipuri esențiale și un tip secundar. Frecvente în viața normală, aceste tipuri nu conțin nimic morbid, indicând unele predispoziții biologice din care o anumită parte vor deveni patologice.

1. Tipul lectosom - este tipul astenic și se caracterizează prin creșterea redusă în lățime și normală în lungime, corpul este subțire și nasul ascuțit. Este predispus la schizofrenie.

2. Tipul picknick - creșterea circumferințelor, dezvoltare viscerală și acumulare de grăsime. Acest tip este predispus la psihoza maniaco-depresivă.

3. Tipul athletic - dezvoltarea scheletului, musculaturii și epidermei. Corespunde temperamentului vâscos definit prin asociația dintre o stare de liniște și o oarecare explozivitate. Predispus la schizofrenie și epilepsie.

4. Tipul dizarmonic - dizarmonia este consecutivă unei disfuncții endocrine. Indivizii de statură foarte mare sau obezii și sunt predispuși la schizofrenie.

Tipologia psihofiziologică Pavlov-Smolenski

Corelează cele 2 procese fundamentale ce se petrec în sistemul nervos central cu un comportament adaptativ în funcție de rapiditatea, stabilitatea și intensitatea acestor procese. Aplicând în clinică observații experimentale și asimilându-le experimentelor hipocratice, Pavlov face următoarele corelații [12]:

- tipul excitabil – coleric – astenie, psihoză maniaco-depresivă;
- tipul inhibat – melancolic – isterie sau schizofrenie;
- tipul echilibrat – sangvin sau flegmatic – normalitate, viabilitate.

Pe baza acestei axiome, Pavlov și Smolenski împart oamenii în 3 grupe:

- a. Artiștii – cuprind toată realitatea, predomină gândirea emotiv–imaginativă;
- b. Gânditorii – fragmentează și schematizează realitatea, gândire verbal–logică;
- c. Mijlocii.

1. Conceptul de „tulburare de personalitate”

Termenul „tulburare de personalitate” are ca sinonimi termenii „personalitate anormală”, „personalitate structurată dizarmonic” sau „psihopatie”. Este un termen greu de definit, deoarece nu există o delimitare clară și precisă între „personalitatea normală” și cea „anormală”.

Tulburările de personalitate pot fi definite ca *modele de comportament neadaptat adânc înrădăcinate și durabile, care se manifestă ca răspunsuri inflexibile la o gamă largă de situații personale și sociale* (ICD 10, Gelder, Gath, Mayou). Ele reprezintă deviații extreme de la modul în care gîndește, simte și stabilește relații interpersonale un individ mediu dintr-o cultură dată. Aceste persoane se deosebesc de oamenii „obișnuiți” prin modul în care interpretează o mare parte din situațiile de viață, modul în care reacționează afectiv, stabilesc relații interpersonale, își controlează impulsurile.

Aceste tulburări apar în copilărie sau adolescență și se continuă în viața adultă, deși uneori devin mai puțin evidente la vîrsta medie sau înaintată. Acest diagnostic nu se prea poate pune înainte de vîrsta de 16 / 17 ani, deoarece personalitatea în copilărie nu este încă stabilă, ci este în formare. Pentru a pune acest diagnostic, este foarte important să se știe cînd a început o persoană să se comporte într-un mod deosebit (anormal). Dacă o persoană s-a comportat normal și a reușit să se adapteze corespunzător la mediu un timp îndelungat, iar la un moment dat a început să se comporte neobișnuit, atunci ea probabil suferă de o tulburare (boală) mintală. Dacă comportamentul său a fost întotdeauna la fel de anormal cum este și în prezent, se spune că are o tulburare de personalitate.

Tulburările de personalitate sunt asociate frecvent (dar nu întotdeauna) cu grade variate de suferință subiectivă și probleme în funcționarea și performanța socială. Astfel o personalitate anormal de sensibilă și tristă suferă ea însăși; o persoană rece emoțional și agresivă îi face pe cei din jur să sufere.

2. Tulburarea de personalitate paranoidă

Elementul esențial al acestei tulburări de personalitate este reprezentat de *neîncrederea și suspiciunea* manifestată față de alții. Intențiile celor din jur sunt deseori și nemotivat interpretate ca fiind răuvoitoare. Cei cu acest tip de personalitate sunt convinși de faptul că ceilalți doresc să îi exploateze, să profite de

ei, completează împotriva lor, vor să îi înșele. Nu au încredere în loialitatea și corectitudinea prietenilor, colegilor de serviciu, subordonaților și sunt tot timpul în căutarea unor dovezi privind intențiile lor ostile.

Uită greu ofensele, insultele care le-au fost aduse, sau pe care cred că le-au primit. Sentimentele de ostilitate persistă mult timp. Dacă au impresia că au fost ofenșați, contraatacă.

Acești indivizi au mari dificultăți în relațiile interpersonale. Față de alții sunt rigizi, critici, nu au capacitatea de a colabora, au mari greutatea în a accepta critica. Ei par a fi „reci”, obiectivi, raționali, insensibili. Cu toate acestea pot avea reacții neașteptate cu caracter agresiv, atunci când se simt ofenșați.

O caracteristică importantă a lor este *orgoliul excesiv*, [15] supraestimarea de sine, atitudinea disprețuitoare față de cei din jur. Sunt foarte interesați de putere și titluri. Cel cu această personalitate se consideră un luptător împotriva nedreptăților și este convins de faptul că are întotdeauna dreptate. O expresie caracteristică acestui tip de personalitate este: „nu suport să fiu contrazis când știu că am dreptate” (DSM IV).

3. Tulburarea de personalitate schizoidă

Indivizii cu această tulburare de personalitate par a fi *dezinteresați de relațiile sociale*. <http://www.sfatulmedicului.ro/Schizofrenia-si-alte-tulburari-psihice/tulburarea-de-personalitate-schizoida> 102 Ei nu manifestă dorința de a stabili relații strânse cu alte persoane, dau impresia că pentru ei nu are prea mare importanță dacă aparțin sau nu unei familii sau unui grup de prieteni de muncă etc. Nu au prieteni sau confidenți apropiați, cu excepția posibilă a unei rude apropiate. Manifestă un interes redus față de relațiile sexuale.

Cei cu tulburare de personalitate schizoidă par indiferenți la aprobarea, lauda sau critică venită din partea celor din jur și nu sunt interesați de ce gândesc cei din jur despre ei.

Ei au probleme în relațiile interpersonale din cauza *abilității reduse de a-și exprima emoțiile* și de a înțelege semnalele nonverbale ale stărilor afective exprimate de alții. Aceste persoane par a fi distante, reci și răspund foarte rar în cursul interacțiunilor sociale prin expresii faciale sau gesturi cum ar fi zîmbetul sau înclinarea capului. Din această cauză ei dau impresia că sunt lipsiți de emoții.

Ei sunt „singuratici”, adică preferă să-și petreacă timpul singuri. Sunt puține activități care le fac plăcere, iar acestea sunt aproape întotdeauna activități solitare, care nu necesită stabilirea unor relații cu cei din jur (jocuri pe calculator, pescuit etc.).

Activitatea lor profesională este afectată de această tulburare dacă implică stabilirea și menținerea unor relații interpersonale, dar pot avea rezultate bune, dacă lucrează în condiții de izolare socială (DSM IV).

4. Tulburarea de personalitate antisocială (dissocială)

[<https://indrumarpsihologic.wordpress.com/2011/01/23/b-tulburarile-de-personalitate-antisociala-borderline-histrionica-si-narcisista/>]

Elementul esențial al acestei tulburări este reprezentat de *desconsiderarea și încălcarea frecventă a drepturilor altora*. Acești indivizi nu țin seama de dorințele, drepturile, sentimentele celor din jur. Ei mint cu ușurință, simulează, îi înșală și îi manipulează pe cei din jur pentru a obține un profit personal (bani, putere, etc.). Nu respectă legile și comit în mod repetat acte pentru care ar putea fi / sunt arestați (distrugerea proprietății, furt, practicarea unor profesii ilegale, agresivitate fizică etc.).

Aceste persoane tind a fi *iritabile, agresive, impulsive*. Datorită iritabilității și impulsivității ajung cu ușurință în conflicte cu cei din jur, conflicte care se pot termina cu bătaie. Fiind impulsive, aceste persoane nu au capacitatea de a-și face planuri dinainte. Au tendința de a lua decizii pe moment și nu iau în considerare

consecințele posibile. Din această cauză pot absenta fără motive serioase de la serviciu, își pot abandona serviciul sau familia etc.

Indivizii cu această tulburare manifestă o capacitate redusă de a avea un comportament responsabil. *Iresponsabilitatea* lor se poate manifesta prin acte ca neachitarea datoriilor sau neluarea măsurilor necesare pentru a-i întreține pe cei care depind de ei (copii, părinți în vârstă și bolnavi sau fără venit).

Aceste persoane pot avea o stimă de sine exagerată și pot fi arogante. Ele manifestă *dezinteres față de siguranța lor și a celor din jur*. Aceasta duce la utilizarea unor substanțe sau la stabilirea unor relații sexuale cu risc crescut de consecințe dăunătoare. Tot din acest motiv au tendința de a conduce mașina depășind viteza legală sau sub influența băuturilor alcoolice, fără a fi interesate de consecințele posibile. Aceste persoane pot neglija propriul copil sau pot să îl pună în pericol.

În relațiile interpersonale unii din acești indivizi *reușesc să creeze cu ușurință o impresie favorabilă* deoarece sunt volubili, se exprimă cu ușurință, știu să se facă plăcuți. Datorită acestui farmec aparent, dar superficial, reușesc să câștige încrederea oamenilor naivi care se lasă cu ușurință escrocați de acești oameni.

După ce au făcut acte condamnabile ei *nu manifestă remușcare*. Sunt indiferenți față de victimele lor și susțin că acestea și-au meritat soarta sau au devenit victime din propria lor vină („de ce s-a plimbat tocmai pe strada pe care a fost atacată?”) (DSM IV).

5. Tulburarea de personalitate borderline

Problemele esențiale ale celor cu tulburare de personalitate borderline sunt instabilitatea relațiilor interpersonale, a imaginii de sine, a stărilor afective și impulsivitatea.

Relațiile interpersonale ale acestor indivizi sunt *instabile*, dar în același timp și foarte *intense*. De exemplu, un om cu o astfel de personalitate își formează o

imagine nerealistă și idealizată despre o persoană pe care o întâlnește pentru prima sau a doua oară; se atașează de ea, îi povestește (fără ca cealaltă persoană să ceară așa ceva) diferite probleme intime, îi cere să petreacă mult timp împreună. Dar dacă are impresia că celălalt nu îi acordă suficientă atenție, el trece de la această admirație și dependență excesivă și nejustificată la devalorizarea celuilalt. Îi reproșează faptul că nu se ocupă suficient de el, își exprimă furia și respingerea față de el. Astfel, aceste persoane realizează schimbări dramatice în părerile lor despre ceilalți.

Cei cu această tulburare *suportă greu singurătatea* și manifestă o puternică dorință de a fi împreună cu alții. În același timp ei au o imagine de sine nefavorabilă, se consideră răi sau imorali. Din aceste motive la ei apare destul de frecvent *teama că ceilalți ar putea să îi abandoneze*. Orice despărțire (chiar motivată sau inevitabilă) poate fi interpretată ca o încercare de abandon. În aceste situații ei pot reacționa prin disperare, furie, pot face acte de automutilare sau tentative de suicid (de exemplu, ei pot deveni disperați atunci când psihoterapeutul anunță că s-a terminat ședința de psihoterapie, deoarece se simt abandonați, chiar dacă li s-a comunicat de la început care este durata ședinței; se pot înfuria dacă prietenul / soțul întârzie câteva minute).

Imaginea de sine a acestor persoane este de asemenea *instabilă*. În imaginea de sine se produc schimbări bruște, exteriorizate prin schimbări ale obiectivelor, valorilor, aspirațiilor profesionale. Astfel ele pot abandona nemotivat școala cu puțin înainte de absolvire sau pot întrerupe o relație interpersonală chiar când devine clar că relația ar putea dura.

O altă caracteristică a acestei tulburări este *instabilitatea afectivă*. Aceste persoane rar au stări de mulțumire, satisfacție. Starea afectivă de bază este cea depresivă care se poate transforma în disperare, panică sau mînie, în funcție de circumstanțele externe, în special comportamentul persoanelor din jur față de ele. Se plictisesc frecvent și au deseori un sentiment neplăcut de vid interior.

Datorită *impulsivității* personalitățile borderline se implică în activități care pot avea consecințe negative (jocuri de noroc, abuz de o substanță, mâncat compulsiv, relații sexuale periculoase, conducerea unui automobil în mod imprudent) (DSM IV, Ionescu, 1997).

6. Tulburarea de personalitate histrionică

Elementele esențiale ale acestei tulburări sunt dorința exagerată de a fi în centrul atenției și exprimarea exagerată a emoțiilor.

Cei care fac cunoștință cu o astfel de persoană la început sunt încântați de comportamentul ei. Ea este adaptabilă, comunicativă, deschisă, entuziastă, știe să se facă plăcută. Într-un grup devine repede „sufletul reuniunii”. Dar curînd ceilalți observă că ea face tot posibilul pentru a fi mereu *în centrul atenției*. Indivizii cu această tulburare se folosesc de aspectul lor fizic pentru a atrage atenția asupra lor. Ei cheltuiesc mulți bani pe îmbrăcăminte, produse cosmetice etc. Adesea aspectul lor este provocator.

Dacă nu este în centrul atenției, cel cu o personalitate histrionică face ceva de efect (inventează întâmplări deosebite, face scene). Dacă nu reușește să capteze atenția, devine iritabilă sau depresivă. În cazuri extreme poate recurge la amenințări cu suicidul sau tentative de suicid, pentru a atrage atenția.

Acești indivizi au tendința de a se exprima vag. Opiniile sunt exprimate pe un ton dramatic, dar explicațiile sunt vagi, difuze, fără detalii care să le susțină. De exemplu, o astfel de persoană poate afirma pe un ton impresionant că este foarte bolnavă psihic, dar nu poate preciza nici o problemă concretă pe care ar avea-o.

O caracteristică fundamentală a celor cu personalitate histrionică este *teatralismul și exprimarea exagerată a stărilor afective*. De exemplu, plîng necontrolat în situații în care ceilalți nu reacționează astfel, își exprimă bucuria sau tristețea prin gesturi dramatice, au crize de furie din motive minore. Dar aceste emoții sunt superficiale și schimbătoare, ele apar și dispar repede, ceea ce arată că ele nu sunt resimțite profund.

Aceste persoane sunt influențabile. Opiniile și sentimentele lor pot fi influențate ușor de cei din jur. Sunt mereu dornice de noutate, stimulare, senzații tari. Tolerează greu frustrările. Nu pot aștepta satisfacerea dorințelor lor, au nevoie de recompense imediate. Au o perseverență redusă; deseori încep cu entuziasm o activitate, dar interesul lor diminuează repede.

Din cauza comportamentului, aceste persoane au probleme în relațiile interpersonale. De multe ori ele cred sau doresc să creeze impresia că relațiile lor sunt mai intime decât cum le percepe cealaltă persoană. De exemplu, despre cunoștințe superficiale afirmă că sunt prietenii profunde. Despre persoane importante (directori, medici, oameni politici), dar nu foarte bine cunoscute, vorbesc folosind numele lor de botez sau subliniind că sunt la „purtu”. Cei cu personalitate histrionică pot avea greutăți în relațiile cu partenerii lor deoarece au un comportament contradictoriu: pe de o parte sunt provocatori și manipulatori, pe de altă parte sunt dependenți de partener. Au greutăți și cu prietenii de același sex deoarece, avînd un comportament provocator, sunt percepuți ca un potențial rival.

7. Tulburarea de personalitate evitantă

Elementele esențiale ale acestei tulburări sunt inhibiția socială, sentimentele de inadecvare în situațiile sociale și hipersensibilitatea la evaluarea negativă.

Caracteristica principală a celor cu această tulburare de personalitate este *inhibiția socială*, teama de relațiile interpersonale și evitarea situațiilor sociale.

Acești oameni, deși își doresc să stabilească relații, evită contactele interpersonale deoarece *nu au încredere în abilitățile lor de a stabili relații cu cei din jur* și au o stimă de sine scăzută [<http://www.romjpsychiat.ro/article/terapii-cognitive-pentru-tulburarile-de-personalitate>]. Ei au impresia că sunt inferiori altora, cred că nu sunt capabili să găsească subiecte interesante de discuție, au impresia că ceea ce spun nu interesează pe nimeni. Dacă nu pot evita situația de a fi în societate, sunt timizi, rămîn tăcuți, preferă să nu fie observați de ceilalți, să nu

atragă atenția prin nimic (devin aproape invizibili). Nu au curajul să își spună părerea de teamă să nu fie contrași sau dezaprobați. Au greutate în a vorbi despre ei înșiși și nu își exteriorizează sentimentele, pentru a nu fi ridiculați. Acceptă să participe la activități de grup doar dacă ceilalți îi asigură în mod repetat că le vor oferi suport și protecție.

Aceste persoane sunt foarte sensibile și pot fi ușor afectate de orice remarcă cu caracter negativ. Le este teamă să nu se facă de rîs în prezența altora, se gîndesc că cei din jur ar putea să fie prea critici față de ele. Uneori, din cauza acestor frici, evită să vorbească în public, nu se prezintă la un interviu sau un examen, evită diferite situații sociale, ceea ce duce la pierderi pe plan profesional sau social.

8. Tulburarea de personalitate dependentă

Elementele esențiale ale acestei tulburări de personalitate sunt necesitatea excesivă de a fi tutelat de cineva, comportamentul supus, aderent și frica de separare.

Aceste persoane nu au încredere în sine și au impresia că nu sunt capabile de a acționa adecvat, fără ajutorul altora. Din această cauză sunt dependente de alții, simt nevoia de a fi tutelate de cei din jur. Acești indivizi sunt nesiguri și cred că alții pot face totul mai bine decît ei. Din această cauză nu au curajul de a iniția diferite activități. Au curajul de a face ceva doar în măsura în care știu că o persoană importantă pentru ei îi supraveghează, îi îndrumă, îi aprobă.

În general sunt pasivi și permit altor persoane (de regulă părinții, soțul / soția, fratele / sora) să ia inițiativa și să-și asume responsabilitatea pentru problemele esențiale ale vieții lor (adulții cu această tulburare cer celor din jur să ia decizii privind unde să locuiască, ce serviciu să accepte, cu cine să se împrietenească etc.). Ei au nevoie de sfaturile altor persoane chiar și atunci când trebuie să ia decizii de mai mică importanță (ce să cumpere, cum să își petreacă timpul liber).

Cei cu această tulburare se tem să nu piardă suportul persoanei de care depind (să nu fie abandonați de această persoană), și pentru a evita această

posibilitate i *se subordonează*, fac tot ce le cere aceasta (chiar și acțiuni cu care nu sunt de acord sau pe care le consideră umilitoare; pot permite să fie maltratate verbal, fizic sau sexual); nu au curajul să i se opună, să o contrazică. La unii există chiar frica de a deveni competenți, pentru că în această situație cred că ar fi abandonați (dacă învață să se descurce singur, persoana de care este dependent își dă seama că nu mai are nevoie de ea și îl lasă să acționeze independent) [<http://aplr-doctorat.blogspot.md/2010/06/trasaturile-de-personalitate-dependenta.html>].

Dacă o relație strânsă se termină (de ex. printr-un deces), cel cu această tulburare de personalitate caută imediat o altă relație, pentru a obține în continuare tutela de care are nevoie.

Persoanele cu această tulburare de personalitate au tendința de a fi pesimiste și de a se autosubaprecia. Consideră că orice critică sau dezaprobare venită din partea altora este un semn al lipsei lor de valoare. Ele se simt neplăcut atunci când sunt singure, pentru că le este teamă că nu vor reuși să se descurce singure. Au obiceiul de „a se ține” după alte persoane numai pentru a evita să rămână singure, chiar dacă nu sunt interesate de ceea ce face această persoană. Tendința de subordonare și teama de a-i contrazice pe alții nu se manifestă numai în relația cu persoana / persoanele de care sunt dependente, ci în cele mai multe relații interpersonale.

Această tulburare de personalitate poate afecta grav viața socială și activitatea profesională. Relațiile sociale sunt reduse la acele câteva persoane de care individul este dependent. Activitatea profesională este afectată dacă aceasta necesită un anumit grad de independență. Aceste persoane au greutate atunci când trebuie să ia singure decizii și nu reușesc să facă față solicitărilor unor posturi de răspundere.

9. Tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă

Elementele esențiale ale acestei tulburări de personalitate sunt preocuparea pentru ordine, perfecționismul și rigiditatea.

Aceste persoane sunt *perfecționiste* în activitate și își impun standarde înalte de eficiență. Ele doresc ca fiecare detaliu să fie realizat perfect, și din această cauză termenele nu sunt respectate sau activitatea nu este terminată niciodată. În același timp celelalte aspecte ale vieții individului sunt neglijate. Mai ales la femei, poate exista o preocupare excesivă pentru activitățile domestice, în special pentru ordinea și curățenia din casă.

Aceste persoane doresc să aibă *sentimentul de a controla evenimentele* cotidiene, și în acest scop acordă o atenție excesivă planurilor, regulilor, detaliilor banale, astfel încât aceste elemente devin mai importante decât obiectivul major al activității. Ele au tendința de a efectua verificări repetate, pentru a depista orice eroare posibilă. Din aceste cauze nu reușesc să termine la timp activitățile și au probleme cu colaboratorii (care sunt enervați de acest comportament).

Indivizii cu această tulburare au greutăți în a colabora cu alții. Ei cer ca și ceilalți să facă acțiunile în maniera lor, să le respecte regulile. Dau altora indicații extrem de detaliate privind cum trebuie să fie făcute acțiunile și sunt deranjați dacă ceilalți au alte propuneri. Pot refuza ajutorul altora, deoarece cred că numai ei sunt capabili să facă ceva corect.

Aceste persoane sunt excesiv de devotate muncii, astfel încât din viața lor sunt excluse activitățile recreative (fără a exista o justificare de natură economică). Ele simt că nu își pot permite să își ia o zi liberă pentru a se relaxa. Când își fac timp pentru activități recreative, iau cu ei ceva de lucru „să nu piardă timpul”. Hobbyurile sunt abordate ca activități serioase, în care totul trebuie bine organizat. (Înainte de a pleca în excursie, își fac planuri extrem de detaliate și fac tot posibilul să respecte acest plan; atunci când se joacă cu un copil, îi impun respectarea multor reguli – inutile) [<http://www.despresuflet.ro/forum/obsesii-f28/tulburarea-de-personalitate-obsesivo-compulsiva-t1649.html>].

Indivizii cu această tulburare de personalitate sunt *inflexibili din punct de vedere moral*. Au principii morale foarte stricte, rigide, pe care le respectă ei înșiși,

și le pretind și de la ceilalți. Nu acceptă nici un compromis, nici un motiv pentru încălcarea regulilor.

O caracteristică a acestor persoane este *tendința lor de a păstra obiectele uzate*, lipsite de valoare, chiar dacă acestea nu au valoare sentimentală. Ei consideră aruncarea obiectelor ca pe un semn de risipă și afirmă că “nu știi niciodată când ai nevoie de acest obiect”. Au tendința de a fi *excesiv de economi*, trăiesc sub nivelul pe care și l-ar putea permite, deoarece se tem de posibile „catastrofe” cărora nu le-ar putea face față dacă nu au destul de mulți bani puși deoparte.

Aceste persoane pot avea dificultăți în relațiile interpersonale deoarece au tendința de a fi foarte serioși, au greutate în a-și exprima stările afective, nu agreează persoanele care sunt expresive emoțional.

10. Tulburarea delirantă (paranoia)

Tulburarea delirantă (paranoia) are ca **simptom** principal dezvoltarea unor idei delirante care de obicei sunt foarte persistente, menținându-se uneori toată viața. Deși pacientul prezintă idei delirante durabile și de nezdruncinat, celelalte funcții psihice nu sunt afectate. În cele mai multe cazuri el continuă să muncească, iar viața sa socială se menține relativ bine. Conștiința bolii este absentă.

Debutul bolii de obicei este la vârsta mijlocie sau înaintată.

Tulburarea delirantă are mai multe forme, în funcție de tema delirantă predominantă, dintre care vom menționa tipul de persecuție, de gelozie, erotoman și de grandoare.

Tipul de persecuție este cel mai frecvent subtip [25]. Persoana este convinsă de faptul că există o conspirație la adresa sa, că este spionată, urmărită, otrăvită, drogată, împiedicată să își atingă obiectivele etc. Bolnavii pot fi convinși că li s-a făcut o mare nedreptate; ei au diferite revendicări, fac nenumărate reclamații împotriva celor care i-au nedreptățit. Unii dintre ei sunt și “procesomani”; ei inițiază numeroase procese („paranoia cverulentă”) [15]. Uneori prin aceste procese

ei pierd mult mai mult decât ce câștigă. Acești bolnavi pot recurge la violență contra celor despre care cred că i-au nedreptățit.

Tipul de gelozie apare mai ales la bărbați. Principalul simptom este convingerea anormală că partenera este infidelă, convingere care poate fi însoțită de ideea că se complotază împotriva lui, partenera încearcă să-l otrăvească, să-l contamineze cu boli venerice etc. Ideea de gelozie este susținută de dovezi, argumente, raționamente lipsite de logică. Această convingere nu poate fi influențată de argumente raționale.

Comportamentul bolnavului are o serie de particularități caracteristice: el caută permanent dovezi ale infidelității; urmărește partenera sau angajează chiar un detectiv particular care să o urmărească; pune fără încetare întrebări partenerei și o amenință; în acest fel ei pot ajunge la certuri violente sau chiar la agresiune fizică.

Pentru a preveni infidelitatea bolnavii pot lua măsuri de precauție bizare.

De ex. Un tâmplar instalase în casă un complicat sistem de oglinzi, astfel încât să-și poată privi soția din altă cameră.

Un pacient evita să aștepte la semafor alături de alt automobil, pentru ca soția sa, care stătea pe locul din dreapta, să nu poată stabili pe ascuns o întâlnire cu alt șofer.

Un soț a interzis soției să iasă din casă; timp de 10 ani soția nu a părăsit locuința; ea nu avea voie nici să privească pe geam.

Tipul erotoman este întâlnit de obicei la femei. Bolnava este convinsă de faptul că un anumit bărbat este îndrăgostit de ea (deși în realitate de multe ori bărbatul nici nu o cunoaște). Acest bărbat de obicei este inaccesibil pentru ea fiind căsătorit sau având un statut social mult mai înalt. Femeia crede că el o iubește, dar din motive variate (timiditate, teamă de soție sau de alte persoane) nu poate să-și dezvăluie dragostea. Uneori bolnava își exprimă sentimentele față de el în public, îi cere explicații pentru „lipsa lui de curaj” de a se apropia de ea și creează astfel situații deosebit de penibile.

Tipul de grandoare. Bolnavul este convins de faptul că are un talent deosebit, sau că a făcut o mare descoperire care nu este recunoscută de cei din jur. Uneori ideile delirante au un conținut religios (de exemplu, persoana crede că are un mesaj special de la divinitate).

Tratamentul psihologic în aceste cazuri este dificil deoarece pacientul este suspicios, nu are încredere în psiholog sau medic. Psihoterapeutul trebuie să arate un interes plin de înțelegere pentru convingerile pacientului, dar fără a le condamna sau aproba. El trebuie să arate compasiune, dar să nu facă promisiuni care nu pot fi îndeplinite. Unul din obiectivele psihoterapiei poate fi cel de reducere a tensiunilor prin aceea că se oferă posibilitatea ca pacientul să-și exprime sentimentele. Dacă pacientul face amenințări la adresa persecutorilor, persoanei care îl (o) înșală etc. sau amenințări cu suicidul, acestea trebuie luate în serios și în cazurile cele mai periculoase se recurge la internarea obligatorie (DSM-IV, Gelder, Gath, Mayou.).

11. Terapia tulburărilor de personalitate

La vârsta adultă personalitatea, atât ce a normală cât și cea „anormală”, se poate schimba foarte greu. Din această cauză terapia persoanelor cu tulburări de personalitate nu se orientează în general spre încercarea de a modifica personalitatea, ci spre ajutarea persoanei să-și găsească un mod de viață care este în concordanță cu însușirile sale. Atunci când ne ocupăm de astfel de persoane trebuie să descoperim părțile bune și slăbiciunile persoanei, pentru a întări trăsăturile favorabile și a le modifica pe cele nefavorabile. Condițiile de viață trebuie să fie studiate cu grijă, pentru a descoperi situațiile care au tendința de a provoca comportamentele nedorite și condițiile în care aceste comportamente nu se manifestă. Individul agresiv nu este agresiv în toate circumstanțele, cel timid și fără încredere în sine nu se simte neplăcut în toate contactele sale sociale. În funcție de cele constatate se pot da unele sfaturi fie în sensul modificării condițiilor de viață, fie în sensul ameliorării deprinderilor comportamentale. De exemplu, problemele

unei personalități obsesiv-compulsive se pot ameliora dacă evită slujbele care implică prea multă responsabilitate.

Întrebări de autoevaluare

1. Elaborați strategii de comportament și asistență psihologică a bolnavului cu dereglare histrionică de personalitate.
2. Elaborați strategii de comportament și asistență psihologică a bolnavului cu dereglare obsesiv-compulsivă
3. Elaborați strategii de comportament și asistență psihologică a bolnavului cu paranoia.

Tema nr.14. TULBURĂRILE INSTINCTUALE

Preliminarii

- 1. Tulburările instinctului alimentar**
- 2. Tulburările instinctului de apărare**
- 3. Tulburările de somn**

3.3. Insomnia și hipersomnia

3.4. Coșmarul, pavorul nocturn și somnambulismul

Preliminarii

Instinctele sunt însușiri înnăscute care determină motivația unui comportament caracteristic speciei și îndreptat spre realizarea unor cerințe biologice fundamentale. Se acordă instinctului o serie de caracteristici:

- prezența unui obiect și a unui conținut bine determinat;
- desfășurare periodică, repetitivă în etape;
- transformarea și dezvoltarea în funcție de contextul social în care acționează.

Instinctele sunt grupate în 2 categorii în funcție de obiectivul lor principal:

1. instincte care vizează conservarea individului.
2. instincte care vizează conservarea speciei.

Localizarea zonelor cerebrale care controlează trăirile instinctuale agreabile se corelează în prezent cu identificarea encefalicelor și a endorfinelor care participă semnificativ atât în perceperea durerii cât și în mecanismele de adicție la substanțele euforizante. Identificarea acestor substanțe a plecat de la demonstrarea faptului că opiaceele cuplează atât în sistemul nervos central cât și în periferie cu receptori specifici. Encefalinele au fost descoperite în creier în 1973. S-au obținut din hipofiza și creierul uman polipeptide morfino-mimetice cu lanț mai lung (endorfine). Cea mai puternică endorfină este β -endorfina [<http://ru.scribd.com/doc/187229925/Referat-Tulburari-Instinctuale-Psihiatrie#scribd>].

1. Tulburările instinctului alimentar

Anorexia nervoasă și bulimia nervoasă

Anorexia nervoasă este o tulburare caracterizată prin refuzul de a menține greutatea corporală la cel puțin greutatea normală minimă pentru etatea și înălțimea pacientului. Pacienta este foarte preocupată de problema greutății și manifestă o frică intensă de a nu lua în greutate sau de a deveni grasă, chiar dacă este subponderală. Ea are o imagine deformată asupra corpului său, crezându-se a fi prea grasă, chiar dacă este mult sub greutate. Această imagine deformată explică de ce mulți pacienți nu doresc să fie ajutați să ia în greutate. Pentru a slăbi, pacientele mănâncă puțin și evită mai ales glucidele. Unele încearcă să piardă în greutate prin inducerea vomei, gimnastică excesivă, utilizarea laxativelor. Anorexia nervoasă este însoțită de simptome psihice și somatice.

Dintre *simptomele psihice* fac parte depresia, labilitatea dispoziției, iritabilitatea, izolarea socială, lipsa interesului sexual [27]. Aproape jumătate din paciente prezintă episoade de supraalimentare necontrolată (bulimie).

Consecințele *somatice* ale înfometării sunt sensibilitatea la frig, constipația, tensiunea arterială scăzută, bradicardia. Cei care își provoacă vărsături pot avea eroziuni ale smalțului dentar. La femei un simptom somatic important este amenoreea. Boala debutează în general în adolescență, pe la 14 – 18 ani. Majoritatea pacienților sunt femei tinere (90 – 95%). Se apreciază că aproximativ 1 – 2 % dintre eleve și studente au această problemă [27].

Anorexia nervoasă este întâlnită mai frecvent în țările occidentale, la persoane din clasa socială mijlocie sau înaltă. În aproximativ 15% din cazuri evoluția este nefavorabilă și se ajunge la deces fie datorită tulburării, fie prin suicid (DSM – IV; ICD – 10; Gelder, Gath, Mayou).

Bulimia nervoasă se caracterizează [32] prin repetate „crize” de supraalimentare în cursul cărora se consumă mari cantități de mâncare în perioade scurte de timp (gustatul continuu de mici cantități de mâncare de-a lungul zilei nu este un simptom al bulimiei). În timpul acestor episoade se consumă cantități mari de mâncare. Frecvent sunt consumate dulciuri. În general alimentele sunt consumate în singurătate.

Episoadele de bulimie apar mai frecvent atunci când persoana se confruntă cu probleme stresante. La început mîncatul determină o eliberare de tensiunea internă, dar ușurarea este urmată de sentimente de vinovăție și dezgust. Pacientul este preocupat de ideea de îngrășare și pentru a preveni luarea în greutate ia măsuri extreme, ca de exemplu își provoacă intenționat voma (la început prin introducerea degetelor în faringe, ulterior reușește să o provoace și fără această măsură), utilizează laxative sau alte medicamente, face exerciții fizice excesive. Între episoade se încearcă respectarea unei diete cu aport redus de calorii.

Bulimia poate fi însoțită de simptome psihice, în special de depresie, și de simptome somatice datorate vomelor repetate (slăbiciune, aritmii cardiace, leziuni renale etc.).

Spre deosebire de pacienții cu anorexie nervoasă, cei cu bulimie de obicei au o greutate normală. Și în acest caz majoritatea pacienților sunt femei, dar ele au menstrule normale. Boala apare în țările dezvoltate (DSM – IV; ICD- 10; Gelder, Gath, Mayou).

2. Tulburările instinctului de apărare.

Exagerarea instinctului de apărare se manifestă sub forma agresivității crescute ce reprezintă o desfășurare explozivă de acte psihomotorii cu un mare grad de pericolozitate. Există 2 tipuri de agresivitate:

a) Constituțională care este consecința unei structuri biopsihologice cu un plus nativ de violență și impulsivitate și se întâlnește la psihopați sau la epileptici. Tot aici este inclusă și agresivitatea paranoicilor, agresivitate exercitată lucid asupra diverselor persoane considerate inamice.

b) Cîștigată care se datorează unor factori nocivi care exacerbează cruzimea, violența și irascibilitatea: traumatisme craniu-cerebrale, alcoolism, intoxicații cronice, oligofrenie sau schizofrenie.

Diminuarea instinctului de apărare aduce cu sine creșterea indiferenței față de pericolele adevărate și de situații primejdioase. Bolile psihice unde apare acesta, sunt: schizofrenia, oligofrenia și toxicomaniile cu substanțe halucinogene. În melancolie, în prezența delirului de autoacuzare, se poate ajunge la automutilare ca expresie a unei autosancțiuni pe care bolnavul și-o aplică pentru o faptă pe care consideră că a comis-o în trecut. În unele epilepsii sau stări confuzive, autotoniile apar ca impulsii realizate sub influența halucinațiilor imperative și a tulburărilor de conștiință sau ca expresie a unor convingeri sectare.

3. Tulburările de somn

3.1. *Insomnia și hipersomnia*

Mulți oameni au probleme de somn atunci când se confruntă cu situații stresante (de ex., înaintea unui eveniment foarte important). Această insomnie ocazională nu are o semnificație patologică.

Insomnia propriu-zisă se caracterizează printr-o cantitate sau calitate nesatisfăcătoare a somnului, care persistă o perioadă considerabilă de timp. Nu este ușor de precizat care este cantitatea normală de somn, și de la ce cantitate în jos ar trebui să vorbim despre insomnie. Unii oameni, deși dorm foarte puțin, nu se plâng de insomnie. La alții cantitatea de somn este în limite normale, ei totuși suferă din cauza slabei calități a somnului. Cei cu insomnie au 3 probleme principale:

- dificultatea de a adormi;
- dificultatea de a rămîne adormit;
- trezirea precoce.

Pacienții care suferă de insomnie seara, la vremea culcării, devin tensionați, anxioși, îngrijorați sau depresivi. Ei se gîndesc la faptul că nu vor putea dormi și la consecințele insomniei: oboseala, somnolența cu care se vor confrunta a doua zi. Alții se gîndesc la problemele lor personale, la starea sănătății sau la alte lucruri neplăcute. Aceste gînduri creează un cerc vicios, și înrăutățesc situația pacientului. Pentru a putea dormi, ei iau medicamente sau consumă alcool. Dacă nu au reușit să doarmă, dimineața se simt oboseți fizic și mental, iar în timpul zilei sunt deprimați, îngrijorați, iritabili.

Insomnia debutează în general în timpul unor perioade de viață dificile. Insomnia persistă adesea mult după ce problema s-a rezolvat, datorită condiționării negative pentru somn. În perioada în care a fost foarte stresată, persoana nu reușea să adoarmă, petrecea mult timp în pat gîndindu-se la lucruri neplăcute. În această perioadă se formează niște reflexe condiționate nefavorabile somnului. Datorită lor, când se apropie ora culcării organismul intră în alertă (într-o stare de excitație) care o împiedică să adoarmă, chiar dacă problema s-a rezolvat deja.

Insomnia poate fi primară sau secundară. În *insomnia primară* nu se poate pune în evidență nici o cauză de natură psihică sau somatică prin care ar putea fi explicată insomnia (15% din cazuri). Cei mai mulți pacienți suferă de *insomnie secundară*, adică problemele de somn se datorează unor stări fizice dureroase, tulburărilor depresive sau anxioase, demențelor, consumului excesiv de cafeină sau alcool etc.

Insomnia apare mai ales la femei, la persoanele cu o vîrstă mai înaintată și dezavantajate economic. Aproximativ 20% dintre oameni suferă de insomnie.

Hipersomnia se caracterizează prin [32]:

- somnolență excesivă în timpul zilei, care duce fie la ațipeli intenționate (care totuși nu îl ajută să se simtă odihnit), fie la episoade involuntare de somn. Episoadele involuntare de somn survin în situații de substimulare (de ex., în timp ce ascultă conferințe, citește, privește la televizor).
- somn nocturn prelungit (8 – 12 ore) care este urmat de o deșteptare dificilă. Deși pacientul a dormit mult, dimineața nu se simte odihnit, dimpotrivă, este confuz, iritabil. Această trecere dificilă de la starea de somn la cea de veghe se numește „beție de somn”.

Datorită hipersomniei apar greutăți de concentrare a atenției, scade capacitatea de memorare și învățare. Ca urmare scade randamentul în activitatea profesională. Hipersomnia poate fi periculoasă dacă individul conduce sau manipulează o mașină.

Hipersomnia poate avea o bază organică, se poate asocia cu depresia, sau poate fi independentă de alte tulburări.

3.2. Coșmarul, pavorul nocturn și somnambulismul

Coșmarul se caracterizează prin apariția unor *vise terifiante* care duc la deșteptarea din somn [32]. Conținutul visului se poate referi la pericole fizice iminente pentru individ (urmărire, atac, vătămare corporală) sau la eșecuri,

dificultăți personale. Deși cele mai multe coșmaruri nu se referă la probleme reale, unele coșmaruri reproduc, într-o anumită măsură, experiențe traumatice prin care a trecut subiectul. Uneori același vis terifiant se repetă într-o formă mai mult sau mai puțin asemănătoare.

La trezire, individul este orientat, poate comunica cu cei din jur, își amintește conținutul visului și îl poate povesti. De multe ori starea de teamă se menține după trezire și îngreunează reluarea somnului.

Uneori din cauza coșmarurilor apare teama de a dormi sau deșteptările nocturne sunt frecvente. În aceste cazuri individul poate fi somnolent în timpul zilei și activitatea poate fi perturbată datorită reducerii capacității de concentrare a atenției, cât și a depresiei, anxietății, iritabilității.

Coșmarurile pot debuta din copilărie, de la vârsta de 3 – 6 ani. Ele apar mai ales la copiii expuși unor factori stresanți de mare intensitate (maltratare, neglijare etc.). Cel puțin 3% din adulții tineri au coșmaruri. Coșmarurile apar frecvent după evenimente psihotraumatizante.

Teroarea nocturnă (pavorul nocturn). În timpul unui episod tipic de teroare nocturnă individul se scoală brusc din pat, țipă, are o expresie de teamă și are semne vegetative de anxietate intensă (tahicardie, respirație rapidă, transpirație, dilatarea pupilelor) [32]. El poate face mișcări care sugerează încercări de a se autoapăra sau de a lupta împotriva unei amenințări (poate să fugă, să lovească cu pumnul). Aceste mișcări necontrolate pot duce la vătămare corporală.

În timpul crizei individul nu răspunde adecvat la eforturile celorlalți de a-l trezi sau a-l liniști. Dacă s-a trezit într-o oarecare măsură, este confuz, dezorientat, nu poate povesti un vis care l-ar fi speriat (ca cei care au coșmaruri). Dar cel mai frecvent nu se trezește complet, adoarme din nou și dimineața nu își amintește ceea ce s-a întâmplat (are amnezie pentru acest eveniment). Episodul are loc în prima treime a perioadei de somn și durează 1 – 10 minute.

Teroarea nocturnă începe de regulă la copii între 4 – 12 ani și se rezolvă spontan în timpul adolescenței. La adulți poate debuta între 20 – 30 de ani. Uneori apare la persoane care au trecut prin situații psihotraumatizante grave.

Somnambulismul (mersul în somn). Individul cu această tulburare, în timpul somnului nocturn se ridică în șezut și face mișcări repetitive sau se scoală din pat și merge, într-o manieră mecanică, dar evitând obiectele obișnuite. El poate să facă acțiuni mai puțin complexe (să deschidă geamul sau ușa, să mănânce). El poate chiar să iasă din casă. Riscul de a se răni este destul de mare, din această cauză se recomandă ca ușile și geamurile să fie bine închise, iar obiectele periculoase să fie îndepărtate.

În timpul episodului individul are o față inexpresivă, cu privire fixă, nu răspunde deloc sau aproape deloc la încercările celor din jur de a comunica cu el. Poate fi trezit cu mare dificultate. Dacă este trezit, o perioadă scurtă de timp poate fi confuz și dezorientat. Trezirea lui de către cei din jur nu are efecte negative asupra activității mentale sau a comportamentului. Dacă nu se trezește, se reîntoarce de obicei în patul său. La trezire (fie dintr-un episod, fie dimineața) are amnezia episodului.

Mersul în somn are loc de obicei în prima treime a somnului nocturn, după cele mai profunde stadii ale somnului (stadiile 3 și 4). Majoritatea episoadelor durează de la câteva minute până la o jumătate de oră.

Somnambulismul debutează în general în copilărie, între 4 - 8 ani. Uneori debutul coincide cu o boală febrilă. Poate să debuteze și la adulți, fiind asociat uneori cu unele boli psihice sau neurologice.

Tema 15. Psihopatologia infantilă

1. Retardarea mentală și intelectul de limită

1.1. Retardarea mentală (oligofrenia)

1.2. Intelectul de limită

1.3. Cauzele (etiologia) retardării mentale și a intelectului de limită

1.4. Educarea copilului deficient mental

2. Tulburările de comunicare și de învățare

3. Tulburarea autistă

4. Tulburările de deficit de atenție și de comportament disruptiv

5. Ticurile.

1. Retardarea mentală și intelectul de limită

1.1. Retardarea mentală (oligofrenia)

Termenul „oligofrenie” provine de la cuvintele grecești oligos = puțin și frenos = minte. În prezent, în cele mai cunoscute manuale de psihiatrie este utilizat termenul sinonim de retardare mentală.

DSM - IV - TRTM. utilizează următoarele trei **criterii de diagnostic** pentru retardarea mentală:

1. Funcționarea intelectuală generală semnificativ sub medie: un coeficient de inteligență (IQ) de aproximativ 70 sau sub, la un test administrat individual.

2. Deficite sau deteriorări concomitente în activitatea adaptativă prezentă în cel puțin două din următoarele domenii: comunicare, autoîngrijire, viață de familie, aptitudini sociale / interpersonale, uz de resursele comunității, autoconducere, aptitudini școlare funcționale, muncă, timp liber, sănătate și siguranță.

3. Debut înainte de 18 ani.

Funcționarea intelectuală generală este evaluată cu unul sau mai multe teste de inteligență standardizate, administrate individual. Funcționarea adaptativă se

referă la cât de eficient face față subiectul cerințelor obișnuite ale vieții, raportat la vârsta pe care o are și mediul socio-cultural din care face parte.

În diagnosticarea retardării mentale sunt luate în considerare ambele criterii. Prin urmare, este posibil să se pună acest diagnostic la indivizii cu un IQ între 70 – 75, care prezintă deficite semnificative în comportamentul adaptativ [25]. Invers, nu se pune acest diagnostic la o persoană cu un IQ mai mic decât 70, dacă funcționarea adaptativă este corespunzătoare.

Retardarea mentală este mai frecventă printre persoanele de sex masculin; raportul între persoanele de sex masculin și feminin este de 1,5:1.

Retardarea mentală are următoarele grade:

1. Retardare mentală profundă: IQ sub 20 / 25.
2. Retardare mentală severă: IQ de la 20 / 25 până la 35 / 40.
3. Retardare mentală moderată: IQ de la 35 / 40 până la 50 / 55.
4. Retardare mentală ușoară: IQ de la 50 / 55 până la aproximativ 70.

1. Retardarea mentală profundă (oligofrenia gradul III sau idiotia). Cei care se încadrează în această categorie au un IQ mai mic de 20 / 25. [25]. Ei reprezintă aproximativ 1 – 2 % dintre cei retardați mental. Aceste persoane, chiar și la vârsta adultă, au o vîrstă mintală de cel mult 2 - 3 ani.

Din punct de vedere fizic, mulți dintre ei prezintă malformații și tulburări neurologice. Unii dintre ei nu învață să meargă în picioare. Mulți nu învață să se hrănească singuri. În formele grave nu se formează controlul sfincterian.

Limbajul, în majoritatea cazurilor, se rezumă la țipete nearticulate. Unii învață să pronunțe câteva cuvinte.

În cazurile cele mai grave activitatea acestor indivizi este lipsită de scop. Stau în pat indiferenți sau se balansează ritmic. Devin agitați fără motiv, se lovesc sau devin agresivi. Sunt incapabili să se apere de pericole. Au nevoie permanentă de supraveghere și îngrijire.

Aceste persoane se dezvoltă mai bine într-un mediu înalt structurat, cu ajutor și supraveghere constantă și o relație individualizată. Dezvoltarea motorie, autoîngrijirea și aptitudinile de comunicare se pot ameliora dacă beneficiază de un antrenament corespunzător. Unii indivizi pot efectua sarcini simple, în condiții de protecție și supraveghere strictă.

2. *Retardarea mentală severă* (oligofrenia gradul II sau imbecilitatea). IQ-ul [32] acestor indivizi este cuprins între 20 / 25 și 35 / 40. Cei care au acest nivel reprezintă aproximativ 3 – 4 % dintre retardații mental. La vârsta adultă ei au o etate mintală de 3 – 4 ani. Mulți dintre ei au tulburări somatice asociate.

În mica copilărie ei achiziționează foarte puțin sau deloc limbajul comunicativ. După vârsta de 6 / 7 ani pot învăța să vorbească; vorbirea lor, și la vârste mai mari, este incorectă din punct de vedere gramatical. Tot după vârsta de 6 / 7 ani își pot forma deprinderi elementare de autoîngrijire. De asemenea, își pot însuși unele cunoștințe sau deprinderi pe care copiii sănătoși și le însușesc la vârsta preșcolară.

În perioada adultă ei pot deveni capabili să efectueze sarcini simple, în condiții de supraveghere strictă. Cei mai mulți se adaptează bine la viața în comunitate, în cămine sau în familiile lor.

3. *Retardarea mentală moderată*. Mai demult această categorie, împreună cu categoria anterioară, formau o singură categorie numită oligofrenie gradul II sau imbecilitate [15].

Cei cu retardare mentală moderată au un IQ cuprins între 35 / 40 și 50 / 55. Ei reprezintă aproximativ 10% dintre retardații mental. La vârsta adultă au o etate mintală cuprinsă între 4 și 7 ani.

Din punct de vedere fizic unii dintre ei prezintă malformații și / sau tulburări neurologice (ex. epilepsie).

Cei mai mulți învață să vorbească în timpul copilăriei; ei reușesc să comunice cu cei din jur, dar fac multe greșeli gramaticale, vocabularul lor este restrâns și prezintă defecte de articulație.

Nu reușesc să-și însușească scris-cititul. Dacă totuși reușesc, aceste deprinderi rămân mecanice, neutilizabile (citesc fără să înțeleagă sensul celor citite, scriu câteva cuvinte simple prin copiere sau dictare, dar nu pot comunica prin scris). Unii învață să numere, dar nu își însușesc calculul aritmetic. Atenția și memoria sunt diminuate. Gîndirea lor este concretă.

Din punct de vedere afectiv unii sunt indiferenți, pasivi, stabilesc greu relații cu cei din jur. Alții sunt afectuoși, atașați de persoana care se ocupă de ei. Nu au sentimente de inferioritate, deoarece nu conștientizează problemele pe care le au. Unii dintre ei au o capacitate redusă de autocontrol emoțional; ei au crize nemotivate de plîns sau de furie. Integrarea lor socială poate fi afectată de aceste tulburări emoționale.

Oamenii cu acest nivel intelectual se pot alimenta singuri, au deprinderi elementare de igienă, se pot apăra de pericole fizice imediate. Ei pot învăța să se deplaseze singuri în locuri familiare (în apropierea locuinței); deși nu cunosc valoarea banilor, pot învăța să facă cumpărături (în general familia îi trimite să facă cumpărături în magazinele unde sunt cunoscuți de vânzători, cu o listă de cumpărături și bani potriviți). Acești oameni se descurcă în situații familiare relativ simple, dar au greutăți mari în situațiile nefamiliare.

La vîrsta adultă pot efectua munci simple sub supraveghere, eventual în ateliere protejate. Se adaptează mai bine în mediul rural. Ei rămân dependenți social toată viața; au nevoie de supraveghere și sprijin din partea familiei și a societății.

4. *Retardarea mentală ușoară* (oligofrenia gradul I sau debilitate mentală).

La testele de inteligență acești indivizi au un IQ cuprins între 50 / 55 și 70. La vârsta adultă au o vîrstă mintală de 8-12 ani. Ei reprezintă aproximativ 85% dintre retardații mintal .

Limbajul lor se formează în general cu întârziere; copiii încep să vorbească la vârsta de 3 - 4 ani. Vocabularul rămîne limitat și la vârsta adultă, dar vorbesc destul de corect gramatical.

La unii copii cu retardare mentală ușoară atenția este în limite normale, la alții este deficitară.

Memoria de asemenea, la unii este normală, compensând într-o oarecare măsură deficiențele gîndirii, la alții este slabă. Memorarea este predominant mecanică. Gîndirea persoanelor cu retardare mentală ușoară se dezvoltă parcurgînd aceleași etape ca și gîndirea copiilor sănătoși dar, spre deosebire de copiii sănătoși, la cei retardați mental dezvoltarea se realizează într-un ritm mai lent. Gîndirea retardatului mental rămîne „neterminată”, adică rămîne în stadiul operațiilor concrete și la vârsta adultă, nu ajunge niciodată în stadiul operațiilor formale.

Acești copii, dacă frecventează școala, pot învăța să scrie, să citească și să efectueze calculul aritmetic; în perioada școlarității obligatorii își pot însuși cunoștințele și deprinderile pe care copiii sănătoși și le însușesc în școala primară. Bineînțeles și între copiii cu retardare mentală există mari diferențe. Unii dintre ei sunt mai ambițioși, perseverenți, beneficiază de mai mult ajutor din partea cadrelor didactice și a familiei; acești copii își vor însuși mai multe cunoștințe și deprinderi decît cei care au alte însușiri și alte condiții școlare / familiale.

La multe persoane cu retardare mentală ușoară afectivitatea este imatură, labilă. Unii retardați mintal au posibilități reduse de autocontrol emoțional. La aceștia manifestările emoționale deseori sunt exagerate în raport cu cauza care le-a produs (frică nejustificată, crize de rîs, crize de furie, reacții agresive produse de motive minore). Alții sunt indiferenți afectiv și din această cauză au o capacitate redusă de a stabili relații interpersonale.

Tulburările de comportament sunt mai frecvente la persoanele cu retardare mentală ușoară decât la persoanele cu intelect normal din cauza trebuinței lor de satisfacții imediate (nu pot aștepta să li se satisfacă dorințele), cât și deoarece sunt influențabile și au o capacitate redusă de a prevedea consecințele acțiunilor lor. Aceste persoane pot fi folosite de delicvenți ca „unelte” în furturi sau chiar crime.

La vârsta adultă mulți oameni cu retardare mentală ușoară duc o viață relativ independentă. Ei pot lucra ca muncitori necalificați sau cu o calificare redusă în locuri care nu implică pericole, sub supravegherea altor muncitori. Ei pot avea greutăți în înțelegerea și rezolvarea unor probleme mai dificile, și în asemenea situații au nevoie de sprijin. Unii dintre ei au greutăți în viața familială din cauza capacității reduse de autocontrol; părinții retardați mintal nu au suficientă maturitate pentru a-și educa copiii [32].

Printre asistații sociali procentajul celor cu retardare mintală este mai mare decât în populația generală pentru că retardații mintal au mari greutăți de adaptare la mediu. Ei ajung mai ușor în situația de a rămâne neșcolarizați, de a nu găsi / de a-și pierde locul de muncă, de a trăi în sărăcie. Dacă nu beneficiază de ajutorul familiei, comunitatea are „datoria” de a-i sprijini.

1.2. Intelectul de limită

Intelectul de limită reprezintă o zonă cuprinsă între inteligența normală și retardarea mentală. La testele de inteligență cei cu intelect de limită obțin un IQ cuprins între 70-79. La vârsta adultă ei au o vârstă mintală de 12-13 ani. Persoanele cu intelect de limită reprezintă aproximativ 6 - 7% din populație.

Copiii cu intelect de limită au numeroase insuccese școlare. Pentru ei școala devine un factor frustrant care, pe lângă faptul că produce numeroase nemulțumiri elevului, duce și la numeroase sancțiuni din partea familiei, profesorilor, colegilor. Una din consecințele posibile este abandonul școlar.

La mulți copii liminari factorii afectiv-motivaționali și voliționali sunt deficitari. Ei au interese specifice copiilor mai mici, sunt labili emoțional, imaturi socio-afectiv (motiv pentru care mulți dintre ei preferă compania copiilor mai tineri).

După terminarea școlii, persoanele cu intelect de limită se integrează destul de bine în mediul social. Diferențele dintre cei cu intelect de limită și cu intelect normal se estompează. Acești oameni obțin rezultate acceptabile în meserii care nu necesită gândire abstractă. Ei nu fac față sarcinilor care implică organizarea activității și asumarea unor responsabilități și este preferabil să lucreze sub îndrumarea și supravegherea colegilor. Ei sunt capabili să ducă o viață socială (inclusiv familială) relativ normală [32].

Intelectul de limită se situează în zona de tranziție dintre sănătatea mintală și tulburarea psihică. Ei reprezintă o populație vulnerabilă, cu risc, datorită frecvenței mai mari decât în populația cu intelect normal a cazurilor de eșec profesional și social. Aceste persoane se decompensează psihic relativ ușor, prezentând reacții nevrotice sau comportamentale [23]. Există două situații tipice care favorizează decompensările psihice ale adulților cu intelect de limită:

- dacă în copilărie au apărut probleme psihice ale căror efecte se resimt și după terminarea școlii;
- dacă și la vârsta adultă sunt confrunțați cu probleme de natură intelectuală care le depășesc posibilitățile (de exemplu la locul de muncă).

Din punct de vedere psihopedagogic problema esențială este aceea de a ajuta adaptarea familială și școlară a copiilor cu acest nivel mintal, pentru a se preveni complicațiile care ar putea afecta integrarea socială la vârsta adultă.

1.3. Cauzele (etiologia) retardării mentale și a intelectului de limită

Retardarea mentală și intelectul de limită pot avea numeroase cauze. Factorii etiologici pot fi în principal biologici, în principal psihosociali sau o combinație a

ambelor categorii. Deși au fost făcute multe cercetări, la aproximativ 30 – 40% dintre copiii retardați mental, și la un procent mult mai mare de copii cu intelect de limită nu se poate preciza cu siguranță cauza deficienței intelectuale. Cauza poate fi determinată mai ușor în cazul copiilor cu retardare mentală profundă sau severă decât în cazurile mai ușoare.

Factorii etiologici pot fi împărțiți, în funcție de perioada în care acționează, în factori care acționează prenatal sau postnatal. Dintre factorii prenatali amintim (DSM – IV, 2003).

- Anomaliile cromozomiale. Există multe anomalii cromozomiale care pot fi însoțite de retardare mintală, cea mai cunoscută fiind *sindromul Down*. Această boală se datorează trisomiei parțiale sau totale a cromozomului 21. Cele mai multe persoane cu sindrom Down au un IQ cuprins între 20 și 50, aproximativ 15% au un IQ peste 50. Acești copii în general sunt afectuoși, liniștiți.

- Tulburările metabolice. Cea mai frecventă eroare metabolică ereditară este *fenilcetonuria*. Aceasta este o boală autozomal recesivă. Boala poate fi depistată din primele luni de viață și prin respectarea unui regim alimentar poate fi prevenită instalarea retardării mintale.

- Infecțiile mamei cu rubeolă, sifilis, toxoplasmoză.

- Intoxicațiile mamei cu medicamente, plumb, alcool. Medicii au descris *sindromul alcoolic al fătului* (sau embriopatia alcoolică), sindrom care apare la unii copii născuți de mame care beau excesiv. Acest sindrom constă din anomalii faciale, statură mică, greutate scăzută la naștere, inteligență redusă, hiperactivitate psihică [32].

- Afectarea somatică a mamei prin traumatisme, iradiere.

- Boli endocrine ca hipotiroidismul sau hipoparatiroidismul.

- Malnutriția mamei.

Dintre *factorii perinatali* menționăm:

- Asfixia la naștere.

- Hemoragia intraventriculară.

Factori postnatale care pot determina retardarea mentală pot fi [32]:

- Traumatismele craniu-cerebrale grave.
- Infecțiile: encefalite, meningite.
- Intoxicația cu plumb; copiii absorb plumbul mai rapid decât adulții și poluarea aerului (în special cu aditivi de plumb din benzină) îi afectează mai mult.
- Malnutriția. Copiii care nu au asigurată rația de proteine corespunzătoare nu pot avea o dezvoltare intelectuală normală. Aceasta se explică prin faptul că aminoacizii (care provin din proteine) sunt precursorii neuro-transmițătorilor care au un rol esențial în funcționarea sistemului nervos (de exemplu, tirozina este precursorul dopaminei și noradrenalinei, triptofanul este precursorul serotoninei). Unii apreciază că malnutriția în primii doi ani de viață este probabil cea mai frecventă cauză a retardării mentale, mai ales în țările slab dezvoltate [25].
- Mediul social în care trăiește copilul. Cercetările care au pus în evidență existența unei relații între mediul social în care trăiește familia și deficiența mentală au fost de două tipuri: unele au studiat frecvența deficienței mentale în mediile socio-economice favorabile / nefavorabile; alte cercetări au studiat efectele îmbunătățirii condițiilor de mediu. Numeroase cercetări au arătat că o mare parte a persoanelor cu deficiență mintală provine din familii cu un statut socio-economic redus; dintre factorii „responsabili” de apariția deficienței mintale fac parte sărăcia, instabilitatea mediului familial, carențele educaționale și / sau afective, psihotraumele suferite de copil.

1.4. Educarea copilului deficient mental

În cazul copiilor cu intelect de limită și retardare mentală părinții și cadrele didactice au tendința să facă *două greșeli educative*.

Prima greșală, mai frecventă, este substimularea intelectuală a copilului. Observând că rezultatele școlare sunt slabe părinții și cadrele didactice „îl

abandonează”, renunță să îl stimuleze intelectual. Învățătorul, profesorii îl trec din clasă în clasă fără să îi pretindă să depună efort intelectual. În felul acesta dezvoltarea intelectuală se oprește la un nivel care este sub nivelul posibilităților intelectuale reale. Copilul nu își însușește cunoștințele, nu își formează deprinderile, priceperile pe care ar fi putut să și le însușească dacă ar fi beneficiat de o educație adecvată nivelului său intelectual.

A doua greșeală este reprezentată de formularea unor pretenții exagerate în raport cu capacitățile copilului. Uneori aceste pretenții se interiorizează și copilul însuși devine nemulțumit de sine. În acest caz la unii copii apar sentimente de inferioritate, nesiguranță, neîncredere în sine, anxietate. Alți copii încearcă să reducă tensiunea internă căutând compensații în alte direcții. O „soluție” este evadarea copilului în lumea jocurilor, viselor, aventurilor. În cazurile mai grave elevul începe să absenteze, ceea ce reprezintă primul pas spre tulburările de conduită. Tulburările emoționale sau de conduită nu se datorează nivelului intelectual redus, ci faptului că părinții și cadrele didactice nu au înțeles la timp problemele copilului și nu au luat măsurile potrivite pentru a le preveni.

Educația elevilor deficienți mintal trebuie să urmărească în același timp două scopuri: să îi ajute pe elevi să se integreze în comunitate atât la vârsta școlară, cât și ulterior, la vârsta adultă și să creeze condițiile pentru ca fiecare elev să-și valorifice la maximum posibilitățile intelectuale. În prezent se consideră că cea mai bună soluție pentru copiii cu deficiențe este *integrarea lor în școlile de masă*. Aceasta nu înseamnă că educația lor se realizează la fel cu cea a celorlalți elevi. Educația lor trebuie să se realizeze în funcție de particularitățile lor, adică să fie o *educație diferențiată sau personalizată*.

Deficiența intelectuală nu este în mod necesar o tulburare pe toată durata vieții. Indivizii care au avut retardare mentală ușoară sau intelect de limită în copilărie și din această cauză au avut eșec școlar, cu antrenament și oportunități

adecvate pot dezvolta aptitudini adaptative bune în alte domenii, și la vârsta adultă este posibil să nu mai fie diagnosticați ca fiind deficienți mintal [25].

2. Tulburările de comunicare și de învățare

Deosebim: a) Tulburările de comunicare (de limbaj) b) Tulburările de învățare

a. Tulburările de comunicare (de limbaj)

Din categoria tulburărilor de limbaj fac parte *deficiențele de înțelegere și exprimare orală*. Dintre tulburările de limbaj vom vorbi despre dislalie, bâlbâială, alalie și afazie [15].

Dislalia (pelticia) este o tulburare de pronunție. Este cea mai frecventă tulburare de limbaj care poate fi întâlnită la vârsta preșcolară sau școlară mică în proporție de aproximativ 13 % [15]. Dislalia se caracterizează prin omiterea, înlocuirea sau deformarea sunetelor sau silabelor (în loc de șoarece se pronunță soarețe, în loc de alb - ab, albastru - abastu, tractor – taractor etc.).

Până la vârsta de 3 – 4 ani majoritatea copiilor vorbesc dislalic (dislalie fiziologică). Cu acești copii nu trebuie să se facă exerciții speciale de vorbire, sunt suficiente modelele corecte de vorbire. Corectarea copilului poate avea consecințe grave deoarece copilul își conștientizează defectul de vorbire și își fixează atenția asupra modului în care pronunță sunetele. Vorbirea este o acțiune automatizată, încercarea de a controla mișcările de pronunție dereglează automatismele, ceea ce poate avea ca și consecință, de exemplu, apariția bâlbâielii.

Dislalia se poate datora unor tulburări de motricitate ale organelor periferice implicate în vorbire (limbă, buze) sau unor malformații, ca de exemplu anomaliiile maxilo-dentale, despicăturile palatului, parezele vălului palatin. În aceste cazuri copilul pronunță greșit unele sunete, dar le scrie corect, deoarece le aude și diferențiază corect sunetele respective de sunetele relativ asemănătoare.

Unii copii au anumite forme de hipoacuzie. Ei aparent au auzul normal, dar în realitate nu diferențiază unele sunete (cel mai frecvent s, z, ș, j, ț). Din această cauză la ei pronunțarea defectuoasă este însoțită de greșeli în scriere [15].

Bâlbâiala (balbism), deși are o frecvență redusă (1, 28 % la preșcolari și 0,36% la elevii de 15 – 18 ani, după Boșcaiu (1983) [10], poate fi considerată una dintre cele mai grave tulburări de vorbire datorită consecințelor pe care le are asupra afectivității și a relațiilor interpersonale. Bâlbâiala este de trei ori mai frecventă printre băieți decât printre fete.

Bâlbâiala are două forme care de multe ori se asociază:

- forma clonică se manifestă prin repetarea unor silabe;
- forma tonică se manifestă prin apariția unui spasm (contractii musculare la nivelul gurii) care împiedică pronunțarea primei silabe.

Mulți presupun că bâlbâiala se datorează unei psihotraume (copilul s-a speriat o dată de ceva). În realitate, în majoritatea cazurilor, bâlbâiala nu are o singură cauză și nu se datorează unui singur eveniment de viață.

În cele mai multe cazuri bâlbâiala apare în perioadele în care copilul începe să se exprime în propoziții (2 – 3 ani) sau să scrie (6 – 8 ani). O cauză a bâlbâielii ar putea fi aceea că în aceste perioade adulții devin extrem de exigenți privind modul în care copiii încep să se exprime în limbajul oral sau scris Orton, după Boșcaiu, (1983) [15]. Unii părinți observă disfluențele din vorbirea copilului și, pentru „a-l ajuta” să vorbească fluent, adoptă măsuri educative greșite: îl atenționează frecvent, îi cer să repete propozițiile pe care nu le-a spus corect, îl pedepsesc. Aceste măsuri îl fac pe copil să-și conștientizeze dificultățile de exprimare. Copilul devine tensionat, anxios, încearcă să se controleze, și cu cât se controlează mai mult, vorbește mai greșit.

Părinții fac și alte greșeli care pot genera bâlbâiala. Dintre acestea amintim atitudinea exagerat de autoritară, dominatoare a părinților, pretențiile excesive și

rigide asupra modului de comportare a copiilor, sau contrazicerea continuă a părerilor pe care le au copiii (Moncur, La Follette, Darley).

Alalia (audiomutitatea). La copiii care au această tulburare auzul este normal, nu au o retardare mintală accentuată, dorința de a comunica cu cei din jur este prezentă dar limbajul nu se dezvoltă sau se dezvoltă foarte târziu și insuficient. Ei nu înțeleg ce li se spune și / sau nu reușesc să își însușească vorbirea. Afazia se manifestă printr-o degradare a limbajului, după ce acesta s-a format. Ambele tulburări au cauze de natură organică.

Copiii cu tulburări de limbaj, și mai ales cei cu bâlbâială, au frecvent sentimente de inferioritate, sunt nervoși, timizi, nu au încredere în sine. Unii dintre cei cu bâlbâială suferă și de logofobie (teamă de a vorbi). Din aceste motive elevii cu probleme de vorbire pot avea rezultate școlare sub nivelul capacităților lor intelectuale. Unii dintre ei se integrează greu în colectivul clasei. Pentru a preveni aceste reacții este interzis să fie certați, ironizați, criticați pentru defectul lor de vorbire.

Tulburările de limbaj pot fi corectate (într-o oarecare măsură) prin metode speciale, de către logoped. Nu se recomandă ca părinții sau învățătoarea să încerce să corecteze defectul de vorbire, în special bâlbâiala, deoarece vor da copilului sfaturi „de bun simț”, dar greșite, de tipul: „vorbește mai lent”, „repetă cuvântul pe care l-ai pronunțat greșit”. Cu cât copilul este mai atent la modul în care vorbește, va vorbi mai rău. Ei vor face exerciții de vorbire cu acești copii numai după ce a discutat problema cu un logoped [15].

b. Tulburările de învățare

Dintre tulburările de învățare fac parte dislexia, disgrafia și discalculia [8].

Dislexia și disgrafia se manifestă prin greutăți deosebit de mari în însușirea citirii și scrierii la un copil care frecventează regulat școala și care are un nivel intelectual care ar trebui să-i permită formarea acestor deprinderi. Copiii cu *dislexie* au mari dificultăți la citire: deși cunosc literele, nu reușesc să le lege nici în clasele

mai mari; cei care citesc într-o oarecare măsură fac confuzii, inversiuni, omisiuni, citesc silabisit, lent și nu înțeleg aproape nimic din ceea ce au „citit”. Cei cu *disgrafie* au probleme la scriere: confundă literele, fac inversiuni, omisiuni, adăugiri de litere sau silabe, scriu cuvintele unit, pun literă mare la mijlocul cuvântului, scriu foarte urât. Dislexia și disgrafia de multe ori sunt asociate.

Discalculia este o tulburare care afectează însușirea aritmeticii. Elevii cu discalculie au greutate în înțelegerea semnelor matematice (cifrele, semnele care indică operațiile), au mari dificultăți în însușirea calculului aritmetic, deși frecventează regulat școala și au un nivel intelectual care ar trebui să le permită însușirea acestor deprinderi.

Cauzele dislexiei, disgrafiei, discalculiei nu sunt bine cunoscute. Unii susțin că cea mai probabilă cauză este o tulburare în maturizarea zonelor cerebrale implicate în aceste activități [16].

Problemele de învățare au numeroase consecințe negative asupra activităților care necesită scris-cititul sau calculul aritmetic (în particular asupra activității școlare). Proporția de abandon școlar printre copiii cu tulburări de învățare este mai ridicată decât în populația de elevi care nu are astfel de probleme. Adulții cu această tulburare au greutate în a-și găsi un serviciu. La mulți indivizi tulburările de învățare se asociază cu tulburarea de conduită, comportamentul hiperkinetic, tulburarea depresivă.

3. Tulburarea autistă

Autismul este o boală despre care se vorbește destul de mult, deși este rar întâlnită. Se apreciază că sunt 3 – 4 cazuri la 10 000 de copii, fiind de patru ori mai frecventă la băieți decât la fete (Rutter).

Cele mai importante simptome ale **autismului** sunt incapacitatea de a stabili relații interpersonale adecvate și dificultățile de comunicare. Aceste persoane nu pot stabili relații emoționale calde cu alți oameni.

Sugarii autiști nu răspund prin zîmbet sau gîngurit comportamentului afectuos al părinților. Dimpotrivă, se pare că nu le face plăcere să fie luați în brațe și săruțați. Un semn caracteristic este evitarea privirii, lipsa contactului ochi în ochi. Acești copii nu sunt mai apropiați de părinții lor decât de străini.

În copilărie autiștii manifestă un interes redus sau nu manifestă deloc dorința de a stabili relații cu copii de vîrsta lor. Cei mai mari pot dori să stabilească legături cu cei de aceeași vîrstă, dar manifestă o accentuată inabilitate în a stabili relații. La mulți autiști este deteriorată „conștiința de alții”. Ei nu înțeleg regulile pe care ar trebui să le respecte în relațiile cu cei din jur, nu înțeleg stările afective trăite de alții, dorințele altora, nu caută să împărtășească cu alții interesele sau realizările lor. Nu participă la jocurile colective, ci preferă activitățile solitare, nu doresc să arate altora ce au făcut. Nu există nici o diferență în comportamentul lor față de oameni și față de obiecte. Ei îi implică pe cei din jur în activitățile lor numai ca pe niște „instrumente” (de exemplu, ei pot utiliza mîna unui părinte pentru a obține obiectul dorit, fără a realiza contactul vizual, ca și cum doar mîna, și nu persoana ar fi importantă).

La unii autiști *limbajul verbal* nu se formează niciodată. La alții se dezvoltă normal pînă la doi ani, și apoi dispare parțial sau complet. La aproximativ 50 % din copiii autiști limbajul se formează, dar cu mare întîrziere. Ei au un limbaj simplu, cu un vocabular restrîns. Sunt prezente multe deficiențe în utilizarea limbajului, ca de exemplu utilizarea incorectă a pronumelor sau ecolalia (repetarea inutilă a cuvintelor auzite de la alții). Chiar dacă limbajul s-a format, au mari greutăți în a iniția sau a susține o conversație. Vorbirea lor nu este însoțită de gesturi sau mimică adecvată.

Copiii autiști *suportă foarte greu schimbările*, chiar minore, în mediul înconjurător. Ei preferă uniformitatea, și au comportamente stereotipe. Pot avea reacții extrem de intense dacă, de exemplu, se schimbă modul de aranjare a mobilei din cameră; ei pot cere să li se dea zilnic aceeași mîncare, insistă să poarte aceleași

haine, doresc să țină în brațe aceeași jucărie, doresc să meargă zilnic exact pe același drum la școală etc.

Mulți autiști manifestă un interes deosebit față de jucăriile, obiectele care se învîrt. Acești copii manifestă o imaginație redusă în jocurile lor solitare; ei repetă frecvent același joc, de regulă simplu (de exemplu, aranjează mereu jucăriile în același mod). Unii copii autiști au comportamente bizare: se învîrt continuu, se leagănă, își răsucesc degetele, își scutură brațele etc.

Autismul poate fi însoțit și de alte tulburări psihice, ca de exemplu de hiperactivitate, reducerea volumului atenției, impulsivitate, agresivitate, accese de furie, comportamente automutilante. Aproximativ 75% dintre copiii autiști sunt *retardați mintal*.

Unii autiști au aptitudini deosebite, dar în general nu au capacitatea de a le pune în valoare.

De exemplu, o fată de 4 ani și jumătate, cu tulburare autistă, este capabilă să „citească”, fără a înțelege sensul celor citite. Un băiat de 10 ani are o capacitate deosebit de bună de a calcula, dar fără să-și poată valorifica această aptitudine în vreun domeniu. Unii rețin numeroase informații relativ inutile (mersul trenurilor, date istorice, formule chimice) pe care le repetă deseori, indiferent de contextul social.

Prognosticul autismului depinde de nivelul intelectual și de dezvoltarea limbajului. La cei cu o dezvoltare corespunzătoare în aceste domenii, evoluția poate fi bună. Aproximativ 30 – 40 % dintre copiii autiști reușesc să frecventeze școala. La vârsta școlară la unii autiști se observă o creștere a interesului față de activitățile sociale. O parte dintre autiști la vârsta adultă devin relativ independenți. Totuși, chiar și aceștia continuă să aibă probleme în interacțiunile sociale și au o sferă restrânsă de activități și preocupări (DSM IV, 2003).

4.Tulburările de deficit de atenție și de comportament disruptiv

Deosebim: a) Tulburarea hiperactivitate / deficit de atenție; b) Tulburarea de conduită.

a). Tulburarea hiperactivitate / deficit de atenție

Copiii hiperactivi (hiperkinetici) [15] cu deficit de atenție creează mari probleme în primul rând în familie. Ei sunt impulsivi, neliniștiți, gălăgioși, în continuă mișcare. Din cauza numeroaselor probleme, părinții de multe ori se simt epuizați fizic. Încă din primele zile de grădiniță sau școală, acești copii atrag atenția cadrelor didactice prin comportamentul lor greu de controlat.

Elementul esențial al tulburării hiperactivitate / deficit de atenție îl constituie un pattern persistent de inatenție și / sau de hiperactivitate – impulsivitate, care este mai frecvent și mai sever decât este observat de regulă la indivizii cu un nivel comparabil de dezvoltare (DSM - IV, 2003). Tulburarea are trei simptome principale: deficitul atențional, impulsivitatea și hiperactivitatea.

Deficitul atențional. Copilul are mari dificultăți în a-și focaliza atenția asupra stimulilor relevanți pentru sarcină și de a ignora stimulii irevanți. El nu se poate concentra asupra unei sarcini o perioadă mai lungă de timp. Din această cauză el fie nu finalizează sarcinile pe care le are de îndeplinit, fie le termină foarte repede, dar lucrează superficial și face multe greșeli din neatenție.

Impulsivitatea se manifestă prin nerăbdare, dificultate în a aștepta și în a-și amâna satisfacerea dorințelor [27]. Copilul impulsiv are tendința de a acționa brusc, fără a se gândi la consecințele acțiunii sale. La grădiniță copilul impulsiv nu are răbdare să își aștepte rîndul, ia jucăria pe care și-o dorește de la colegi. La școală întrerupe învățătoarea sau colegul care răspunde, începe o activitate înainte ca ea să fi fost bine explicată. Impulsivitatea poate să ducă la accidente (spargerea unor obiecte, atingerea unor obiecte periculoase, lovirea neintenționată a altor persoane, cădere urmată uneori de fracturarea membrelor etc.).

Hiperactivitatea constă într-o neliniște excesivă care apare mai ales în situațiile în care copilul trebuie să stea relativ liniștit [27]. Preșcolarul care are

această tulburare se mișcă tot timpul, aleargă prin casă, se cațără pe mobilă; la grădiniță deranjează activitățile de grup (de exemplu, nu poate asculta în liniște o poveste). Elevul hiperactiv nu stă liniștit pe scaun / în bancă, se mișcă tot timpul, se ridică în picioare, eventual se plimbă prin clasă în timpul orei.

Aceste simptome apar mai ales în cursul activităților impuse de alții și care necesită efort intelectual (de exemplu, participarea la ore sau realizarea temelor). Ele sunt mai puțin intense sau chiar absente în cazul în care copilul se află într-un mediu nou, dacă este puternic controlat, dacă comportamentul dezirabil este recompensat corespunzător sau dacă desfășoară o activitate pentru care este bine motivat (cum ar fi jocurile la calculator).

Tulburarea de hiperactivitate / deficit de atenție are trei subtipuri [27]:

- tulburarea de hiperactivitate / deficit de atenție de tip combinat;
- tulburarea de hiperactivitate / deficit de atenție, tip predominant de inatenție;
- tulburarea de hiperactivitate / deficit de atenție, tip predominant de hiperactivitate.

Tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție este mai frecventă la băieți. Proporția copiilor de vârstă școlară cu această tulburare este de aproximativ 3 – 7 (DSM - IV, 2003).

Etiologia tulburării de hiperactivitate / deficit de atenție. Până în prezent nu a fost pus în evidență un factor principal, răspunzător de apariția acestei tulburări. Se consideră că există o multitudine de factori determinanți, unii fiind de natură biologică, alții de natură psihosocială. Multe studii au arătat că influențele genetice reprezintă factorul etiologic cel mai important. Condițiile familiale nefavorabile asociate cu această tulburare sunt: familia dezorganizată, locuința mică relativ la mărimea familiei și tulburarea psihică a mamei.

Copiii hiperkinetici au numeroase greutăți în situațiile sociale. Ei intră deseori în conflict cu colegii de grupă sau de clasă deoarece au un comportament

dominator și agresiv, nu respectă regulile impuse de grup. Au o toleranță scăzută la frustrare, ceea ce poate să ducă la explozii de furie. Rezultatele școlare sunt slabe din cauza capacității reduse de concentrare a atenției.

Interacțiunile dintre copiii hiperactivi cu deficit de atenție și cei din jur (părinți, frați, educatoare, învățătoare, colegi) în general sunt încordate. Copiii sunt certați, pedepsiți, învinovați frecvent pentru problemele lor. Din aceste motive mulți copii hiperkinetici au probleme emoționale: stimă de sine redusă, încredere scăzută în propriile capacități, nesiguranță în situațiile sociale, anxietate, stări depresive. Eșecul școlar de cele mai multe ori duce la scăderea motivației față de activitatea școlară (Döpfner și colab., 2006). Toate acestea au consecințe pe termen lung, influențând negativ adaptarea socială la vârsta adultă.

Tulburarea de conduită

Tulburările de conduită¹ se manifestă prin comportamente care încalcă drepturile fundamentale ale altora sau normele și regulile sociale. Aceste comportamente se încadrează în patru grupe principale:

- conduită agresivă (amenințări, inițierea unor bătăi, comportament crud cu oameni sau animale etc.);
- distrugerea proprietății (de exemplu prin incendiere);
- fraude sau furturi;
- violări serioase ale regulilor (fugă de la școală, de acasă etc.).

Pentru a fi diagnosticate ca tulburări de conduită, aceste comportamente trebuie să aibă o mare gravitate (să nu se reducă la obrăzniciiile obișnuite ale copiilor sau la „răzvrătirea” adolescenților) și să fie persistente (să se mențină timp de cel puțin 6 luni). De obicei același copil prezintă mai multe dintre aceste comportamente.

Frecvența acestei tulburări este de 3 - 5 %. Tulburarea de conduită este mai frecventă la băieți.

¹ Conduita = activitatea umană cu cele două laturi ale sale: psihică și comportamentală

Tulburările de conduită pot debuta chiar înainte de vârsta de 10 ani. În perioada preșcolară în general tulburarea se manifestă ca un comportament agresiv acasă. În primii ani de școală debutul este de obicei tot în familie, cu furt, minciună, nesupunere, agresivitate verbală și fizică. Mai târziu tulburarea se manifestă și în afara familiei, mai ales la școală, cu fugă de la școală, furturi, distrugerii, agresivitate, abuz de alcool etc.

Tulburările de conduită nu au o cauză unică. De cele mai multe ori sunt o reacție la *atitudinile educative greșite ale părinților*: carențele afective, respingerea afectivă, atitudinea exagerat de rigidă, perfecționistă, severitatea excesivă cu pedepse fizice grave. Școala poate contribui la apariția sau agravarea tulburărilor de conduită dacă nu ține seama de unele particularități individuale cum ar fi intelectul de limită, retardarea mentală, bâlbâiala etc. S-a constatat că tulburările de conduită sunt frecvent asociate cu eșecurile școlare, în special cu întârzierile în însușirea citirii. *Mediul în care locuiește familia* are de asemenea importanță. Tulburările de conduită sunt mai frecvente la copiii care locuiesc în zone defavorizate (Gelder, Gath, Mayou; Neamțu, Gherguț ; DSM – 1V, 2003).

Sugestii privind terapia comportamentului hiperkinetic și a tulburărilor de conduită. Nu există o „rețetă” unică, a cărei aplicare să conducă cu siguranță la rezolvarea problemelor copiilor hiperkinetici sau a celor cu tulburări de conduită. Pentru a fi eficientă, terapia trebuie să fie multimodală. Ea include tehnici centrate pe copil, pe familie și pe grădiniță / școală (Döpfner și colab., 2006; Gilbert, 1998).

Demersurile centrate pe copil includ terapia medicamentoasă, exersarea unor metode de auto-educație, auto-management, traininguri centrate pe dezvoltarea competențelor sociale, rezolvarea de probleme, training prin joc pentru preșcolari etc. Eficiența acestor metode este redusă, dacă ele nu sunt completate prin realizarea unor modificări importante în mediul familial și școlar.

Prin intermediul demersurilor centrate pe familie se urmărește modificarea condițiilor familiale care mențin simptomele copilului. Vom prezenta câteva dintre sugestiile pe care le dau psihologii părinților.

În multe familii nu există un *acord între părinți privind regulile* pe care trebuie să le respecte copilul. Unul dintre ei interzice anumite lucruri, celălalt permite copilului același lucru. Este foarte important ca cei doi părinți să discute regulile familiei și să impună copilului cerințe asemănătoare.

Pentru copiii hiperkinetici cu deficit de atenție este foarte importantă *ambianța organizată, previzibilă*. Este utilă stabilirea unor rutine pentru momentele principale ale zilei (scularea, luarea meselor, realizarea temelor, culcarea). Dacă copilul știe (sau i se reamintește) care sunt acțiunile ce urmează a fi realizate de el și de membrii familiei, va reuși să se organizeze mai bine.

Studiile longitudinale au pus în evidență modul în care influențează *interacțiunea părinte-copil* evoluția acestor tulburări. Datorită tulburării de care suferă, copiii de multe ori nu fac ceea ce li se cere sau nu respectă regulile impuse de părinți. Părinții repetă cerința sau regula. Dacă în continuare copilul face ceea ce i se cere, părintele nu acordă atenție acestui fapt, pentru că i se pare normal că este ascultat. Dacă copilul nu ascultă de părinte, părintele își orientează atenția asupra copilului, îl amenință, îl ceartă, îl pedepsește sau - renunță la a-i cere să facă activitatea respectivă.

Ce învață copilul din acest mod de a interacționa? El învață că dacă face ceea ce i se cere, nu i se mai acordă atenție; dacă nu face, beneficiază în continuare de atenție, chiar dacă aceasta este o atenție cu caracter negativ; în același timp, învață și că la un moment dat părintele renunță, adică din interacțiune el „iese învingător” (Barkley, după Döpfner și colab., 2006). Acest mod de a interacționa, care se poate repeta de mai multe ori pe zi, contribuie la cronicizarea tulburării. Dar conștientizarea acestor interacțiuni deficitare și înlocuirea lor cu altele, eficiente,

reprezintă și baza terapiei comportamentale utilizate în tulburările de comportament.

Mulți părinți ai copiilor cu tulburări de comportament sunt focalizați pe comportamentele greșite ale copilului și observă foarte greu aspectele pozitive. Din această cauză ei sunt încurajați *să observe calitățile copilului, comportamentele sale bune, și să acorde atenție acestor comportamente*, care în general sunt neglijate. În același timp li se cere ca, în măsura posibilităților, să ignore comportamentele greșite (cum ar fi crizele de nervi ale copilului).

Părinții copiilor hiperkinetici sunt învățați *să ceară copilului să facă doar câte un singur lucru deodată, și să-l răsplătească* imediat după ce a terminat sarcina respectivă. Răspătata poate fi lauda, o activitate comună cu părintele, o activitate preferată a copilului etc.

Copilul cu probleme comportamentale poate fi ajutat să-și cheltuiască surplusul de energie prin practicarea unui *sport*. Sunt recomandate mai ales sporturile care se practică individual (mersul cu bicicleta, alergarea, înotul etc.); în acest fel pot fi evitate conflictele cu membrii echipei în care ar fi încadrat copilul.

Intervențiile centrate pe grădiniță sau școală sunt necesare dacă problemele se manifestă și în acest mediu. La început cadrele didactice, împreună cu psihologul, vor defini problema comportamentală a copilului într-un mod cât mai concret. Se fixează obiectivele intervenției, care se referă la diminuarea / înlăturarea acestor probleme comportamentale. Ar fi nerealistă încercarea de a înlătura toate problemele deodată; problemele vor fi abordate succesiv.

Profesorii (ca și părinții) pot aplica unele elemente de terapie comportamentală cum ar fi recompensarea comportamentelor potrivite (valorizarea în fața colegilor, acordarea unor note bune) și neîntărirea comportamentelor greșite care pot fi ignorate. Bineînțeles, nu pot fi ignorate acele comportamente prin care copilul face rău altora sau lui însuși.

Modificările comportamentale nu se pot obține prin nici o metodă prea repede și prea ușor. Pentru a se obține rezultate stabile, programul de intervenție trebuie aplicat cât mai repede, iar adulții care se ocupă de copil trebuie să colaboreze bine atât între ei, cât și cu psihologul / asistentul social care coordonează programul.

5. Ticurile

Un tic este o mișcare sau o vocalizare bruscă, rapidă, stereotipă, repetitivă și fără sens. Ticul poate fi simplu sau complex. Dintre *ticurile motorii simple* fac parte clipitul, încrețirea nasului, scuturarea capului, ridicarea umărului, grimasele faciale. Ele durează mai puțin de o secundă. *Ticuri motorii complexe* pot fi gesturile manuale neobișnuite și inutile, săritul, atinsul, mersul în pași de dans, mirosirea repetată a unui obiect, luarea unor poziții ciudate în timpul mersului sau al șederii etc. Aceste ticuri au o durată de câteva secunde sau chiar mai mult. Tot aici se încadrează *copropraxia* (un tic care imită un gest vulgar) și *ecopraxia* (imitarea spontană, involuntară a gesturilor cuiva).

Ticurile vocale simple sunt sunete fără sens. *Ticurile vocale complexe* includ pronunțarea bruscă și fără sens a unui cuvânt sau a unor propoziții. Tot ticuri vocale sunt considerate a fi și *ecolalia* (repetarea ultimelor sunete sau cuvinte auzite) cât și *coprolalia* care se manifestă prin pronunțarea involuntară a unor cuvinte inacceptabile social.

Unele ticuri debutează în perioade de viață dificile pentru copil, în care au loc evenimente deosebite care sunt însoțite de tulburări emoționale (neliniște, anxietate etc.). O astfel de perioadă este cea în care copilul începe să frecventeze școala.

Ticurile sunt mai frecvente la băieți.

Unii copii nu sunt conștienți de ticurile lor. Alții le conștientizează, și le pot suprima un timp oarecare, dar aceasta duce la creșterea tensiunii interne. Cei care au ticuri au impresia că ticurile se află între acțiunile „involuntare” și „voluntare”. Ei simt o stare de tensiune sau o senzație somatică într-o parte a corpului înainte de

realizarea ticului, și o stare de ușurare sau de reducere a tensiunii după efectuarea ticului.

Ticurile pot fi mai mult sau mai puțin frecvente și intense în funcție de context. În general ticurile încetează în timpul somnului (sunt și excepții). La mulți copii ticurile sunt mai frecvente atunci când se relaxează acasă (de ex., se uită la televizor) și se reduc atunci când fac o activitate care necesită concentrare și efort. Ticurile sunt agravate de anxietate. Ele pot deveni mai intense în perioadele mai stresante, ca de exemplu perioada tezelor, examenelor (DSM IV, 2003; Gath, Gelder, Mayou, 1994).

Multe ticuri, pe lângă faptul că atrag atenția asupra individului și sunt inestetice, pot afecta și activitatea școlară sau profesională. Părinții și cadrele didactice încearcă să-l „dezobișnuiască” pe copil de tic, și pentru aceasta îi fac observație, îi cer să se abțină să facă ticul, îl ceartă sau îl pedepsesc. Dar toate aceste măsuri pot agrava situația copilului, care de fapt nu vrea să aibă acel tic. O recomandare foarte importantă care se poate da părinților și cadrelor didactice este aceea ca ei să nu atragă atenția copilului asupra ticului, să nu-l certe, să nu-i ceară să se controleze, deoarece toate acestea duc la creșterea tensiunii interne și situația se va înrăutăți. Ei trebuie să ceară sfatul unui medic psihiatru și a unui psiholog care vor stabili măsurile care pot fi luate (Morand de Jouffrey, 2003).

Întrebări de autoevaluare

1. Descrieți strategii de comportament cu bolnavii marcați de tulburarea autistă
2. Descrieți strategii de comportament cu bolnavii marcați de tulburări de deficit de atenție și de comportament disruptiv.

BIBLIOGRAFIE

1. BIRCH, ANN.; HAYWARD, SHEILA. Diferențe interindividuale . Trad. În lb. română de L. Gavriliță. București : Ed. Tehnică , 1999. - 262 p.
2. BREDICEAN, A.-C.; et. al. Curs de psihiatrie generală. Timișoara: Ed."Victor Babeș", 2014. 215 p.
3. BUIE, F.; HOTARAN, S.; ZUBA, D. *Psihopatologia copilului și adolescentului*. Accesat 23.11.2015. Disponibil: xa.ying.com/kq/.../psihopatologia+copilului+și+adolescentului+F.doc
4. CALANCEA, VERONICA.; MELNICIU, ALEXANDRU. Practicum la psihologia clinică Ch. : Cetatea de Sus, 2012. 194 p. ISBN 978-9975-4367-9-3.
5. Cucu-Ciuhan, G. Tulburările psihice la copil. In: *Mitrofan, I. Cursa cu obstacole a dezvoltării umane*. Iași, 2003.
6. DAVID, DANIEL. Psihologie clinică și psihoterapie : Fundamente. Iași: Polirom, 2006. 323 p. ISBN 973-681-917-5; ISBN 978-973-681-917-9. Bibliogr. p. 320-322.
7. DEWEY, RUSSELL, A. Introducere în psihologie. 2013 [<http://www.scientia.ro/homo-humanus/107-introducere-in-psihologie-de-russ-dewey.html>]
8. DICȚIONARUL LAROUSSE Psihiatrie. In: <https://app.box.com/s/m6yscrjw99se918ol2am>
9. DILTHEY, W. Construcția lumii istorice în științele spiritului. București: Dacia, 1999
10. DINDELEGAN, C. M. Elemente de psihopatologie și psihologie clinică. Oradea: Ed. Univ., 2006.
11. ENĂCHESCU, CONSTANTIN. Expresia plastică a personalității. București : Știința, 1975. 178p.
12. ENĂCHESCU, CONSTANTIN. Tratat de psihopatologie. Ed. a 3-a, rev. și adăug. București : Polirom. 550 p. ISBN 973-681-966-3.
13. FOUCAULT, MICHEL. Boala mentală și psihologia. Timișoara: Ed. Amarcord, 2000. 103 p. ISBN 973-9244-78-5.

14. FREUD, SIGMUND. Psihopatologia vieții cotidiene : (despre uitare, greșeli de vorbire, superstiție și eroare). Ed. a 2-a. București : Ed. Trei, 2010. 328 p. ISBN 978-973-707-419-5.
15. HOLDEVICI, IRINA. Tratat de psihoterapie. București: Ed. Trei, 2009.
16. GORGOS, C.; et.al. Dictionar enciclopedic de psihiatrie, vol. I – IV, Ed. Medicala, Bucuresti: Ed. Medicală, 1987.
17. GROSU, ALVINA. Psihopatologie : (material didactic.) Ch., 2001. 152 p. ISBN 9975-70-003-9.
18. IONESCU, G. Ce este psihopatologia?. București, 1979. 127p.
19. IONESCU, G. Tulburările personalității. București: Ed. Asklepios, 1997
20. IONESCU, ȘERBAN; Jacquet, Marie-Madeleine; Lhote, Claude. Mecanismele de apărare : Teorie și aspecte clinice. Iași: Polirom, 2007. 331 p. ISBN 973-46-0578-X; ISBN 978-973-46-0578-1.
21. IONESCU, ȘERBAN. 14 abordări în psihopatologie. Iași: Polirom, 2006. 316 p. SBN 973-681-850-0; ISBN 978-973-681-850-9.
22. LĂZĂRESCU, MIRCEA Ce este tulburarea mentală : Evoluționism, cultură, psihopatologie. Iași: Polirom, 2014. 459 p. ISBN 978-973-46-4190-1.
23. LĂZĂRESCU, MIRCEA. Psihopatologie clinică. Timișoara: Helicon, 1994. 478 p. ISBN 973-9159-29-X.
24. LĂZĂRESCU, MIRCEA.; BĂRĂNESCU, RAMONA. Psihopatologie descriptivă : Semne și sindroame în tulburările mentale. Iași : Polirom, 2011. 254 p. ISBN 978-973-46-2315-4
25. LĂZĂRESCU, MIRCEA; NIREȘTEAN, AUREL. Tulburările de personalitate. Iași : Polirom, 2007. 470 p. ISBN 978-973-46-0760-0.
26. LĂZĂRESCU M, ILE L. Tulburarea obsesiv–compulsivă: circumscriere, modele și intervenții. Iași: Polirom, 2009.
27. MARCELLI, DANIEL. Tratat de psihopatologia copilului. București: Ed. Fundației Generația, 2003.

28. MASCIO, PATRICK DI. Freud după Auschwitz : psihanaliza. Timișoara : Ed. Amarcord, 2000. - 196 p. ISBN 973-9244-84-X.
29. MINULESCU M. Conceptul de normalitate psihică în Plozza BL, lamandescu IB. Dimensiunea psihosocială a practicii medicale. Ed. Infomedica, 2002, pp. 347-353
30. MITROFAN, IOLANDA; et.al. Cursa cu obstacole a dezvoltării umane : psihologie, psihopatologie, psihodiagnoză, psihoterapie centrală pe copil și familie. Iași: Polirom, 2003. 480 p. ISBN 973-681-440-8.
31. PIROZYNSKI, TADEUSZ; SCRIPCARU GHEORGHE; BERLESCU, MIRCEA EUGEN. Psihopatologie relațională. Iași : Junimea, 1996. 234 p. ISBN 973-37-0244-7.
32. PREDESCU, V. Psihiatria. Vol.I. București: Ed. Medicală, 1989.
33. ROMILĂ, A. Psihiatrie. Ed. a 2.a. București: Ed. Medicală, 2004.
34. SÎRBU, M. Curs de Psihiatrie. București, 2014.
35. TUDOSE, FLORIN; TUDOSE, CĂTĂLINA; DOBRANICI, LETIȚIA. Tratat de psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi. București : Ed. Trei , 2011. 693 p. ISBN 978-973-707-551-2.
36. VANCEA, FLORIN. Elemente de psihopatologie și psihiatrie. Sibiu: Ed. Psihomedica, 2008.
37. VASILE, DANIEL.; VASILIU, O. Psihopatologie generală : Curs : Caiete de psihiatrie București: Printech. Vol.1 : Semiologie psihiatrică, 2009. 297 p. ISBN 978-606-521-356-2. Vol.2 : Sindromologie psihiatrică, 2009. 210 p. ISBN 978-606-521-357-9.
38. WIDLOCHER, DANIEL; BRACONNIER ALAIN. Psihanaliză și psihoterapii: Psihopatologie, scopuri București: Ed. Trei, 2006. 425 p. ISBN 973-707-094-1; ISBN 978-973-707-094-4.
39. WILMSHURST, LINDA. Psihopatologia copilului : Fundamente. Iași: Polirom, 2007. 375 p. ISBN 978-973-46-0863-8.

40. ЗЕЙГАРНИК, Б. В. Введение в патопсихологию. М. : Изд-во Моск. ун-та, 1969. 172 р.
41. ЗЕЙГАРНИК, Б. В. Личность и патология деятельности. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1971. 100 р.
42. ПУХОВСКИЙ, Н.Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. М. : Акад. проект, 2000. 286 р. ISBN 5-8291-0094-0.
43. РУСТАНОВИЧ, А.В.; Шамрей, В. К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2001. 204 р. ISBN 5-93979-012-7.
44. ФЕЙГЕНБЕРГ, ИОСИФ М. Мозг, психика, здоровье. М. : Наука, 1972. 111 р.
45. ФРЕЙД, АННА. Психопатологии детства. М.: Изд-во Nota Bene, 2000. 224 р. ISBN 5-8188-0026-1.
46. ЦВЕТКОВА, Л. С. Мозг и интеллект : Нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. М.: АО Учеб. лит., 1995. 304 р. ISBN 5-09-004989-0.
47. ШПИГЕЛЬБЕРГ, Г. Феноменология в психологии и психиатрии. Северо-западный университет Press, 1972. 237. ISBN 0810103575
48. <http://aplr-doctorat.blogspot.md/2010/06/trasaturile-de-personalitate-dependenta.html>]
49. <http://ru.scribd.com/doc/187229925/Referat-Tulburari-Instinctuale-Psihiatrie#scribd>.
50. <http://www.despresuflet.ro/forum/obsesii-f28/tulburarea-de-personalitate-obsesivo-compulsiva-t1649.html>
51. <http://www.romjpsychiat.ro/article/terapii-cognitive-pentru-tulburarile-de-personalitate>
52. <https://indrumarpsihologic.wordpress.com/2011/01/23/b-tulburarile-de-personalitate-antisociala-borderline-histrionica-si-narcisista/>
53. <http://dictionar.romedic.ro/tulburari-de-constienta>

54. <http://www.rasfoiesc.com/educatie/psihologie/TULBURARILE-DE-CONSTIINTA>
55. http://www.sfatulmedicului.ro/Schizofrenia-si-alte-tulburari-psihice/tulburarea-de-personalitate-schizoida_102

Anexe

Scale de depresie

Globale: Hamilton: M.A.D.R.S.H.A.R.D. Cognitive: Beck

SCALA HAMILTON

1. *DEPRESIE (0-4)*

Nu este ușor de evaluat; în general apare ca pesimism față de viitor, disperare, tendința de a plânge, izbucniri în plîns. Ca o regulă, depresia ușoară este scăzută, cel puțin în parte, de grupul de companie sau de o stimulare externă. Este important să ținem seama că pacienții pot interpreta cuvîntul de depresie în diferite feluri. Un mod frecvent este acel „lowering of spirit”, întunecarea spiritului. Există o convingere generală că femeile plâng mai ușor decît bărbații în condiții normale, aceasta însă nu se poate extrapola foarte ușor și asupra depresiei. Nu este nici un motiv să considerăm pentru moment că o evaluare a frecvenței crizelor de plîns ar induce în eroare atunci cînd cotăm intensitatea depresiei la femei.

ÎNTREBĂRI:

Acum aș dori să vă pun cîteva întrebări despre cum v-ați simțit în ultima lună:

- 1.V-ați simțit suficient de bine dispus sau dimpotrivă depresiv, îngrijorat?
- 2.Îmi puteți descrie? Cum este starea dvs.?
- 3.Vă merge prost?
- 4.Sunteți descurajat?
- 5.Sunteți trist?
- 6.Cît de des v-ați simțit astfel?
- 7.Vă simțeați mai bine dacă erați cu cineva?
- 8.Cît de mult a ținut?
- 9.Ați dorit să plîngeți?

10.Faptul că ați plîns v-a ușurat?

11.Simțiți că nu mai sunteți în stare să plîngeți?

12.Este afît de rău încît devine chinuitor sau foarte dureros?

COTARE:

0 – absentă - absență totală sau ușoară, sentimentele ocazionale nu mai intense decît sentimentele normale ale pacientului în stare de bine, normală.

1 – ușoară - semnalată doar dacă subiectul este întrebă, redată ca sentimentul de a-i merge prost,indispus, descurajat; mai intense decît cele ocazionale - pot fi ușurate prin companie, prezență la muncă, activitate.

2 – moderată - semnalată spontan - sentimente persistente de depresie; abătut - simte des nevoia de a plînge, uneori chiar o face - nu este foarte simplu de ușurat prin companie.

3 – marcată - comunicată nonverbal - sentimente și mai intense - plînge frecvent - persistă pe timpul zilei și de la o zi la alta.

4 – severă - persistența sentimentelor severe - subiectul nu vorbește decît despre stările lui afective - este descrisă frecvent ca nemaifiind în stare să plîngă; durează - sentimente chinuitoare, agonizante, persistente, sentimente imposibil de ușurat.

2.VINOVĂȚIE (0-4)

Este ușor de evaluat, dar trebuie făcută și aici o distincție între sentimentul de vinovăție patologic și un sentiment de vinovăție normal (ex. pentru unele acțiuni care precipită declanșarea crizei, pacientul consideră d.p.d.v. rațional autoblamarea ca fiind întemeiată. De exemplu, pacientul poate accepta inițiere a unor acțiuni dar creșterea bruscă a responsabilității îi poate precipita căderea. Cînd el se blamează pentru astfel de reacții el caută o cauză și nu exprimă neapărat un sentiment de vinovăție patologic.)

COTARE:

0 – absent sau foarte ușoare sentimente de autoblamare, vinovăție – aflate la granița cu normalitatea.

1 – ușoară – părere proastă despre sine, persistă sentimentele de regret pentru acțiunile trecute care în sine nu sunt foarte neobișnuite, autoreproșuri, ideea de a fi cauzat un prejudiciu oamenilor.

2 – moderată – sentimente insistente și persistente de vinovăție și autoblamare – care sunt evaluate ca fiind patologice de cel care face cotarea; rumații asupra erorilor trecute sau asupra unor acțiuni condamnabile.

3 – severă – sentimente de vinovăție, autoblamare sau lipsa de interes față de multiple arii ale existenței. Apar adesea idei ca: boala = pedeapsa pentru greșelile din trecut; idei delirante de culpabilitate.

4 – iluzia condamnării, învinovățirii; convingerea vinovăției cu sau fără halucinații auditive – voci acuzându-l, denunțându-l sau halucinații vizuale.

ÎNTREBĂRI PENTRU INTERVIU:

1. Aveți o părere mai proastă – nu prea bună despre dumneavoastră?

2. Ați fost în mod deosebit critic cu dvs., simțind că nu faceți bine, că greșiți în tot ce intenționați să faceți?

3. V-ați învinovățit pentru lucruri făcute în trecut sau mai recent?

4. V-ați simțit vinovat pentru ceva?

5. Ați simțit că v-ați abandonat la greu familia, prietenii sau că nu ați fost în stare să-i ajutați atunci când aveau nevoie?

6. Ați simțit că sunteți de blamat pentru boala dvs.? Puțin? Mult? Considerați această boală ca fiind o pedeapsă?

3. SUICID (0-4)

Acoperă o arie largă de sentimente de la cele ca: „viața nu merită trăită”, pînă la comportamente suicidare. Evaluarea intenției suicidare necesită o investigație

atentă folosind instrumente ca SIS (SuicideScale Intent – Beck & all., 1974) – se folosește atunci când pacientul începe să manifeste simptome care ar putea duce la un deznodământ de acest tip sau folosește amenințarea cu sinuciderea ca o armă pentru a obține ajutor sau pentru a-i amenința pe alții.

0 – absent.

1 – are impresia că viața nu merită efortul de a fi trăită – sentiment persistent sau care revine.

2 – își dorește moartea dar fără gânduri clare de sinucidere.

3 – idei suicidare, planuri elaborate asupra sinuciderii sau chiar gesturi, creșterea cu cuțitul, luarea unor cantități de medicamente mai mari dar nu o doză letală.

4 – tentative de suicid.

ÎNTREBĂRI PENTRU INTERVIU:

1. Ați simțit vreodată că viața nu merită trăită?

2. V-ați dorit vreodată să fiți mort?

3. V-ați gândit vreodată să vă luați viața?

4. V-ați făcut vreodată vreun plan în acest sens?

5. Ați avut vreodată vreo tentativă de acest gen?

4. INSOMNII DE ADORMIRE (0-2)

În aprecierea acestora trebuie să se țină seama atât de frecvență cât și de severitate. Dacă insomnia nu este prezentă în fiecare noapte, folosiți sistemul de cotare prezentat mai jos, dacă aceasta apare cel puțin o dată la 3 nopți.

0 – absentă sau ușoare perturbări ale adormirii – nu mai dese decât cele normal experiențiate.

1 – ușoare – dificultăți de adormire (durata 30-60 min.) (până la 30 min. considerată normală).

2 – severe – dificultăți de adormire în fiecare seară (1h-2h).

5. INSOMNII ÎN TIMPUL NOPTII (0-2)

Cel mai greu de cotat – fiind în fapt un construct al sistemului de cotare.

0 – absenta sau treziri normale, fiziologice.

1 – treziri de 2-3 ori pe noapte fără probleme de readormire.

2 – se trezește peste noapte frecvent și readoarme greu.

6. INSOMNII DE TREZIRE (0-2)

0 – absente – somn cu durata normală, trezire normală.

1 – ușoară – se trezește mai devreme decât ora obișnuită de trezire cu ½ sau 1h dar readoarme.

2 – severă – trează cu mai mult de 1 h față de timpul uzual, incapabil să mai adoarmă dacă se trezește (rezistența la medicamente hipnotice, prezentă deseori fără alte tipuri de insomnie).

ÎNTREBĂRI GENERALE PENTRU INTERVIU:

1. Ați luat vreodată pastile de dormit? Când? Cât timp?

2. Ați avut dificultăți de adormire sau de trezire? Când? Le mai aveți? Cât timp au durat, mai durează încă?

3. Când dormiți, dormiți bine? Vă treziți obosit, odihnit?

4. La ce oră și cum vă treziți dimineața?

5. Vi s-a întâmplat să vă treziți noaptea? Când? De ce?

7. MUNCA ȘI ACTIVITATEA (INTERESE) (0-4)

Unul din lucrurile de care trebuie să se țină seama este acela de a-i separa pe cei care și-au pierdut interesul pentru muncă și activitate de cei care înregistrează scăderea performanței (atenție: nu trebuie inclusă aici fatigabilitatea și pierderea de energie – cotarea se referă la scăderea eficienței și efortul deosebit necesar pentru a face orice). Când pacientul trebuie internat în spital deoarece simptomele sale îl fac incapabil să facă față, cotarea se face pe sistemul prezentat mai sus.

Acest sistem nu se aplică atunci când prezența acestora în spital este doar în scopul investigării și observării. Când pacientul consideră că se poate întoarce la muncă trebuie evaluată exact natura muncii, volumul acesteia și solicitările la care este supus pacientul.

Acesta este cazul de exemplu al casnicilor – există unele femei casnice care consideră că această activitate constituie un efort dar care consideră că ar trebui să ia lucrurile mai ușor sau dimpotrivă, care afirmă că au neglijat unele aspecte sau că ceilalți membri ai familiei ar trebui să-și mărească contribuția la rezolvarea problemelor gospodărești. Este însă foarte rar pentru o casnică să nu se mai intereseze deloc de casă – chiar și-n cazul în care are un oarecare serviciu foarte scurt ca durată în afara casei, acestea dacă vor trebuie să-și neglijeze casa pentru a-și păstra serviciul vor renunța mai degrabă la acesta din urmă.

De asemenea, pentru cei care nu se angajează în diferite hobby-uri, pierderea interesului nu pare atât de gravă. Pacienții pot avea probleme și datorită faptului că nu sunt capabili să simtă afecțiune pentru familia lor (sau invers). Această problemă este însă tratată și în alte părți și nu este necesar, chiar dimpotrivă, să fie abordată în mai multe locuri. Pe de altă parte, pe cât de importantă este dacă este menționată ca simptom, pe atât de „fals”relevantă poate fi atunci când apare ca răspuns la o întrebare.

COTARE:

0 – absența dificultății – activitate desfășurată normal.

1 – ușoară – o pierdere definită dar ușoară a interesului (și bucuriei sau plăcerii) pentru muncă, hobby-uri, activități casnice sau sociale. Sarcinile esențiale sunt îndeplinite bine în continuare. Gînduri de incapacitate, slăbiciune, oboseală cu referire la muncă, activități.

2 – moderată – scăderea performanței, pierdere semnificativă a interesului „dezertării” repetate de la îndeplinirea sarcinilor chiar și a celor esențiale, indecizii, ezitări (descrise direct sau indirect).

3 - marcată – pierderea eficienței devine imposibil de ascuns, deficiențele apar peste tot dând naștere la comentariu, sarcinile casnice nu mai sunt îndeplinite, munca este total dezorganizată, igiena și autoîngrijirea lasă de dorit, probleme cu prietenii (abandon).– în spital se cotează cu 3 puncte dacă bolnavul nu petrece cel puțin 3h pe zi în activități ca:ajută infirmierele sau terapie ocupațională (se exclud sarcinile de rutină din salon).

4 – incapabil să se descurce în viață, în societate, caută spitalul ca o protecție (nu vine pentru investigație sau observație) sau abandonarea muncii datorită bolii sale actuale. Rudele sau vecinii îi fac cumpărăturile și treburile în casă, incapabil să aibă grijă de sine însuși.

ÎNTREBĂRI PENTRU INTERVIU:

- 1.Ați simțit vreo scădere a capacității dvs. de muncă?
- 2.Care sunt efectiv activitățile pe care le realizați la muncă, acasă, hobby-uri, viața socială?
- 3.V-ați simțit vreodată depășit de sarcinile pe care le aveți de realizat?
- 4.Cum v-ați petrecut timpul ultimele zile?
- 5.Ați fost interesat de ce ați făcut?
- 6.Ați renunțat la activități obișnuite? Dacă da, de ce?

8. ÎNCETINEALĂ, LENTOARE (0-4)

Forme severe ale simptomului sunt rare, iar formele ușoare sunt greu de perceput. Mulți pacienți spun că au observat că gândesc mai încet și că răspunsul lor emoțional este mai întârziat decât de obicei. Întrebările pe această temă de obicei conduc pe o cale falsă. De aceea evaluarea se va face funcție de ceea ce observă evaluatorul și nu funcție de afirmațiile pacientului. Se referă la lentoarea gândirii și a limbajului, scăderea capacității de concentrare, scăderea activității motrice.

0 – absenta – limbaj și gândire normale.

1 – ușoară – încetinirea ușoară a conversației, comunicării, fixitatea expresiei sau oscilații ale răspunsului emoțional.

2 – moderată – vizibilă în conversație – voce monotună, întârzierea răspunsului, tendința de a sta fără să se miște.

3 – marcată – conversație dificilă – răspunsurile sunt date cu o asemenea încetineală, încât fac interviul dificil prelungindu-l peste măsură.

4 – severă – conversație imposibilă, stupoare.

9. AGITAȚIE (0-4)

Agitația severă când pacientul se mișcă tot timpul, își pișcă fața, își smulge părul, hainele de pe el este foarte rară. În cazul agitației ușoare componentele esențiale sunt agitația motorie, impresia de tensiune și stres. Deși agitația și lentoarea par două simptome total opuse în forma lor ușoară pot apare împreună.

0 – absentă sau minimă – în limite normale.

1 – ușoară – se joacă cu mâinile, părul, picioarele.

2 – moderată – se trage de păr, își strânge, șifonează în palme batistele, hainele.

3 – marcată – se mișcă tot timpul, nu poate sta liniștit în timpul interviului.

4 – severă – se mișcă atât de mult încât interviul poate fi luat doar pe fugă.

10. ANXIETATE (simptome psihice) (0-4)

Multe simptome sunt incluse aici, ca de exemplu, tensiune și dificultate în relaxare, iritabilitate, griji pentru probleme minore, teama, panica, dificultăți în concentrare, uitare, sentimentul de permanentă cădere. Cotarea se face ținând cont de modificările patologice care apar în timpul bolii; trebuie să se facă o distincție clară între acestea și o dispoziție anxioasă. Dacă un subiect fobic evită anxietatea printr-o restrângere a activității astfel încât să fie evitați stimulii anxiogeni, cotarea se va face luând în considerare severitatea restricției.

0 – absentă – ușoară – tensiune subiectivă și iritabilitate – griji nefondate, tensiuni care nu sunt permanente, care nu ocupă tot timpul pacientului.

2 – moderată – simptome frecvente și de mare intensitate și care preocupă subiectul un timp îndelungat.

3 – marcate – fobie, riscă apariția reacțiilor de panică – neliniște evidentă în expresia facială și limbaj(anxietate severă).

4 – severă – temeri exprimate fără a i se pune întrebări, anxietate intensă, vecină panicii care domină viața mentală a pacientului și întreaga discuție în timpul interviului. Atacuri frecvente de panică și fobie(atacuri de panică invalidante).

ÎNTREBĂRI PENTRU INTERVIU:

1. V-ați simțit nervos, anxios sau înspăimântat?
2. V-ați simțit tensionat sau incapabil de a vă relaxa?
3. V-ați simțit vreodată ca și cum ceva groaznic tocmai ar trebui să se întâmple?

11. ANXIETATE SOMATICĂ (manifestări fizice ale anxietății) (0-4)

Se referă la efectele ușor de recunoscut ale unei hiperactivități a sistemului respirator,cardiovascular, gastrointestinal și urinar. Pacienții se mai pot plânge de asemenea și de atacuri de amețală, voalare a imaginilor vizuale, ștergere a capacității de diferențiere a nuanțelor. Aceste ultime 3simptome par a fi mai frecvente la femei decât la bărbați.

0 – absentă – ușoară (discretă) – gastrointestinale – gura uscată, tulburări digestive, diaree, colici, eructații – apar mai rar decât de 2 ori pe săptămână.

2 – moderată – crește intensitatea și severitatea simptomelor – apar mai des decât de 2 ori pe săptămână.

3 – marcată – cardio-vasculare, cefalee persistente, frecvente, apar zilnic. Ocazional apar simptome foarte severe, invalidante.

4 – severă – simptome severe și persistente – incapacitate funcțională.

ÎNTREBĂRI PENTRU INTERVIU:

1. Ați avut următoarele simptome? Gastrointestinale; gura uscată; indigestie; diaree; crampe; vărsături; balonări; cardiovasculare; palpitații; respiratorii; oftat; hiperventilație; transpirații; nevoia de a urina mai des; dureri de cap etc.
2. Cît de des?
3. Cât de intense erau aceste simptome?

12.SIMPTOME GASTROINTESTINALE (0-2)

Unul din simptomele caracteristice în depresie este pierderea apetitului. Apare uneori și constipația însă este mai puțin obișnuită. În anumite ocazii mai rare pacienții acuză senzația de durere abdominală. Simptome ca indigestia, gaze și dureri sunt frecvent asociate anxietății. În depresia ușoară mulți pacienți câștigă în greutate.

0 – absente – apetit normal.

1 – pierderea poftei de mâncare, dar mănâncă fără a fi îndemnat de infirmiere; senzație de greutate abdominală; apariția constipației

2 – severă – simptome accentuate, distincte – scăderea progresivă a apetitului, instalarea definitivă a constipației, reclamând folosirea unei cantități neobișnuite de laxative.

ÎNTREBĂRI PENTRU INTERVIU

1. Cum este apetitul dvs.?
2. Ați suferit de constipație?

13.SIMPTOME SOMATICE GENERALE (0-2)

Se împart în două grupuri: fatigabilitate – pînă la gradul în care pacienții se simt obosiți tot timpul. În plus pacienții reclamă o pierdere de energie care pare a fi legată de dificultățile în începerea unei acțiuni; al doilea grup este reprezentat de dureri musculare difuze și greu de definit sau localizat, care apar cu precădere în

zona spatelui și uneori în membre; senzația de greutate. Nu este neobișnuit la femei să atribuie unei dureri de spate o cauză genitală, de aceea acest simptom necesită o investigație atentă.

0 – absente.

1 – ușoară – oboseală ce apare disproporționată față de efortul depus; greutate la spate, cap sau membre; pierderea energiei, fatigabilitate.

2 – severă – simptome accentuate, distincte, nevoia frecventă de a se odihni, se simte epuizat de activitățile fizice, dificultate de a susține un efort, simte corpul greu, epuizare.

ÎNTREBĂRI PENTRU INTERVIU:

1. Obosiți ușor?
2. Tot timpul?
3. Aveți multă energie?
4. Este un efort să faceți orice?
5. Vă petreceți mult timp odihnindu-vă?
6. În pat?

14.SIMPTOME GENITALE (pierderea libidoului) (0-2)

Este un simptom caracteristic depresiei, dificil de decelat la persoane în vârstă și la cei la care obișnuit activitatea sexuală înregistrează un nivel scăzut ex. pacienți singuri, fără partener. Evaluarea se bazează pe modificările patologice, tulburări determinate de boala pacientului. Informațiile inadecvate sau lipsa informațiilor sunt cotate ca nule.

0 – absentă – activitate normală.

1 – ușoare – o pierdere ușoară a interesului sau o scădere a activității.

2 – severă – absență totală a interesului și activității.

ÎNTREBĂRI PENTRU INTERVIU:

1. Ați observat vreo schimbare a interesului dvs. pentru sex în ultima vreme?

2.V-ați pierdut interesul pentru celălalt sex de curînd?

3.Ați avut anumite tulburări de dinamică sexuală?4.Ați avut relații sexuale mai puține decît de obicei?

15.IPOHONDRIE (0-4)

Forma severă a simptomului se referă la idei delirante și halucinații în legătură cu diferite blocaje sau boli invalidante (sentimentul de distrugere treptat); sunt neobișnuite la bărbați. Excesiva preocupare pentru funcțiile corpului, atenția concentrată asupra propriului corp este esențială în ipohondrie.

0 – absentă.

1 – ușoară – atenția concentrată asupra propriului corp, relevată atunci cînd pacientul este întrebant, cînd nu este chestionat asupra acestor probleme ele nu apar spontan în discuție.

2 – moderată – preocupare pentru simptomele fizice și gînduri asupra unor afecțiuni organice, relevate voluntar.

3 – marcată – convingere irațională puternică de a fi bolnav fizic – plîngeri frecvente, cerere de ajutor, se pot desprinde informații și din starea pacientului.

4 – severă – idei delirante ipohondrice.

ÎNTREBĂRI PENTRU INTERVIU:

1.V-ați gîndit mult în ultimele zile la sănătatea dvs., atenția dvs. s-a fixat pe corp, pe funcționarea organismului dvs.?

16.SCĂDERE ÎN GREUTATE (0-2)

Cel mai simplu mod de a cota această variabilă este prin evaluarea diferenței în greutate prin cîntărire repetată – problema este că nu toți pacienții se cîntăresc frecvent, nu-și cunosc greutatea.

DUPĂ SPUSELE BOLNAVULUI:

0 – absentă – nici o pierdere în greutate.

1 – ușoară – pierdere de greutate legată probabil de boala actuală.

2 - marcată – pierdere de greutate semnificativă.

APRECIATĂ DE CÎNTĂRIRI:

0 – absentă – mai puțin de 500 gr. / săptămână1 – ușoară – peste 500 gr. / săptămână.

2 – marcată – mai mult de 1000 gr. / săptămână.

17.CONȘTIINȚA BOLII (0-2)

Nu apare cu necesitate atunci cînd pacientul neagă că suferă de boli mintale. Poate însemna și că aceștia nu recunosc faptul că sunt nebuni dar pot recunoaște că suferă de o afecțiune nervoasă. Cînd apar astfel de situații, de incertitudini se pun întrebări suplimentare legate de sentimentul de vinovăție și de ipohondrie.

0 – prezentă – recunoaște că este deprimat și bolnav.

1 – pierdere parțială – recunoaște că este bolnav, dar atribuie aceasta hranei, climei, surmenajului, unui virus, unei nevoi de liniște.

2 – absentă – neagă că este bolnav.

SCALA HAMILTON

(versiunea NIMH – 26 itemi)

Denumirea scalei: **Scala Hamilton de depresie** (versiunea NIMH67)

Autor: M. Hamilton

Domeniul de aplicație:

Această scală este o măsură a depresiei. Există mai multe versiuni ale scalei de depresie a lui M. Hamilton (HDRS 1960). Versiunea avînd 26 itemi (NIMH 67) este de origine americană. Sunt păstrați itemii: „variații diurne ale simptomatologiei”, „de personalizare de realizare”, „simptom delirant” și „simptome obsesiv-compulsive”.

La aplicarea acestei variante, itemul 16 „scădere în greutate” (după spusele bolnavului și apreciată prin cântar) este împărțită în doi itemi separați, de aceea versiunea însumează, în final 26 itemi). Utilizare: aceleași indicații ca și la versiunea anterioară.

Date normative:

1. După L. Collet și J. Cottraux: extremele 17-47; media 31,92; mediana 32; abaterea standard 6,61.
2. După H. Baumann și A. Setrakian: scor mediu 29,1; întindere 0-77.

Validare:

1. Datele normative după L. Collet și J. Cottraux au fost realizate pornind de la un studiu pe 50 pacienți depresivi ambulatorii, reținuți după criteriile lui Feigner (31 bărbați și 19 femei cu vârste de la 19 la 68 ani).

2. Datele după H. Baumann și A. Setrakian au fost realizate pornind de la o populație de 1354 pacienți (869 femei, avînd vârsta media 44-46 ani și 485 bărbați, cu vârsta media e 43-45 ani) tratați ambulatoriu în cursul spitalizării, în cadrul unui studiu multicentric,

3. O analiză factorială a fost realizată în Franța pe o populație de 125 depresivi pentru stare depresivă majoră, neschizofrenică și neorganică. Vârsta mijlocie era de 47 ani cu o întindere între 18 și 70 ani. Eșantionul cuprinde 87 femei și 38 bărbați.

Doi factori: depresia și anxietatea somatizată au fost reținuți. Aceste rezultate diferă de rezultatele analizei factoriale publicate de Cleary și Guy în 1975 în ECDEU dar ele au câteva puncte comune cu analiza lui M. Hamilton (1967) (Guelfi și colaboratorii).

SCALA

Punctele 1-17 sunt identice cu cele ale scalei Hamilton (17 itemi, 0-52 valori).

18. VARIATII DIURNE (de dimineață) ale simptomatologiei (0-2)

0 = nici una.

1 = ușoare.

2 = importante.

19.VARIATII DIURNE (după amiaza) ale simptomatologiei (0-2)

0 = nici una.

1 = ușoare.

2 = importante.

20.DEPERSONALIZARE ȘI DEREALIZARE (0-3)

0 = absentă.

1 = ușoară (de ex. sentimentul că lumea nu este reală).

2 = medie (idei de negare).

3 = gravă, atingând o incapacitate funcțională.

21.SIMPTOME DELIRANTE (de persecuție) (0-3)

0 = nici unul.

1 = bănuieli.

2 = idei de referință.

3 = idei delirante de referință și persecuție.

22.SIMPTOME OBSESSIVE ȘI COMPULSIVE (0-2)

0 = absente.

1 = ușoare.

2 = grave.

23.SENTIMENT DE NEPUTINȚĂ (0-4)

0 = nu e prezent.

1 = impresie subiectivă pusă în evidență numai prin întrebări.

2 = bolnavul exprimă spontan sentimentele sale de neputință.

3 = are nevoie de a fi stimulat, ghidat și liniștit pentru îndeplinirea sarcinilor de rutină în salon și îngrijirile de toaletă.

4 = are nevoie de un ajutor fizic pentru a se îmbrăca, a-și face toaleta, a mânca, pentru igiena personală.

24.SENTIMENTUL LIPSEI DE SPERANȚĂ (0-4)

0 = nu este prezent.

1 = îndoială intermitentă că “lucrurile vor merge mai bine” dar poate fi liniștit.

2 = are constant impresia că “nu mai e nici o speranță” dar acceptă să fie liniștit

3 = exprimă sentimente de descurajare, disperare, pesimism asupra viitorului, care nu pot fi risipite.

4 = perseverează spontan și de o manieră improprie în a afirma “nu voi mai fi niciodată bine” sau lucruri asemănătoare.

25.SENTIMENT DE DEVALORIZARE (0-4)

Merge cu o ușoară pierdere a stimei de sine, sentimente de inferioritate, autodeprecieri, cu ideea delirantă că subiectul nu poate face absolut nimic.

0 = nu este prezent.

1 = indică sentimente de devalorizare (pierderea stimei de sine) numai dacă este interogat.

2 = indică spontan sentimente de devalorizare.

3 = diferă de cota 2 prin intensitate: bolnavul indică spontan “că el nu poate nimic, că este inferior etc.”

4 = idei delirante de devalorizare, de exemplu “nu sunt decât o grămadă de deșeuri, rămășițe” sau alte lucruri asemănătoare.

SCALA M.A.D.R.S. (10 itemi, 0-60)

Autor: S. Montgomery & M. Asberg

Domeniu de aplicare:

Scala vizează studierea modificărilor datorate efectelor terapeutice. Cuprinde 10 itemi cotați în 6 niveluri de intensitate și surprinde schimbările la tratament (heteroevaluare). Indicații:

Evaluarea se face în cadrul unei examinări clinice, cu ajutorul unui interviu, plecând de la întrebări generale despre simptomele pacientului până la întrebări mai detaliate, care vor permite o apreciere precisă a severității simptomelor. Medicul ce face evaluarea trebuie să decidă dacă simptomatologia corespunde punctelor bine definite (0, 2, 4, 6) din scală sau punctelor intermediare (1, 3,5). Pentru fiecare rubrică se notează acele cazuri ce caracterizează mai bine starea pacientului (aceste stări sunt indicate de scală).

Cotare:

Nota totală se obține adunând scorurile obținute la cei 10 itemi.

Date normative:

1. Studiu lui J. Pellet, D. P, Bobon & colab. – nota totală medie pe un lot de 24 subiecți depresivi = 23.7 scorul MADRS în funcție de evaluarea globală a sindromului depresiv:

Cotare	Ușor/Absent	Mediu	Puternic/f. puternic
	n - 15	n - 20	n - 7
m	15.66	21.85	32.28
σ	6.99	5.01	8.66

2. Studiul lui T. Lemperiere & colab.

Scor mediu = 36.7

Interval = 0 – 60

Validare:

1.Studiul lui J. Pellet & colab a fost efectuat pe un lot de 44 pacienți (20 bărbați și 24 femei) în vârstă de 19 și 69 de ani (media de vârstă = 42 ani) repartizați astfel:

- depresii: 24 din care 19 nevrotici și 5 melancolici
- psihoze, agitație maniacală, anxietate: 7
- nevroze nondepressive: 6
- altele

Rezultatele obținute la MADRS sunt echivalente celor obținute la scala Hamilton pe același eșantion.

2.Studiu lui T. Lemperiere & Colab conținea 79 pacienți având depresii severe/foarte severe, ceea ce explică importanța scorului mediu în raport cu cel obținut de J. Pellet & colab.

CHESTIONAR M.A.D.R.S.

Evaluarea se face pe baza unui examen clinic, cu ajutorul unui interviu, plecând de la întrebări generale despre simptomatologia pacientului și mergând pînă la întrebări detaliate care vor permite o apreciere precisă a severității simptomelor. Medicul implicat în evaluare va trebui să decidă dacă simptomele corespund punctelor bine definite din scala (0, 2, 4, 6) sau punctelor intermediare (1, 3, 5).

Pentru fiecare rubrică se notează acele propoziții care caracterizează cel mai bine starea pacientului.

1.TRISTEȚE APARENTĂ

Corespunde descurajării, depresiei și disperării (mai mult decât o proastă dispoziție pasageră) reflectate în cuvinte, mimică, postură.

Se cotează numai profunzimea și incapacitatea de decizie.

0 = fără tristețe.

1

2 = pare descurajat, dar se poate înveseli fără dificultate.

3

4 = pare trist și nefericit cea mai mare parte din timp.

5

6 = pare nefericit tot timpul.

2. TRISTEȚE EXPRIMATĂ

Corespunde expresiei unei dispoziții depresive, care poate fi aparentă sau nu. Include proasta dispoziție, descurajarea sau sentimente de disperare (suferința) fără speranță

Se cotează numai intensitatea, durata și gradul actual al dispoziției care este influențat de evenimente

0 = tristețe ocazională în raport cu circumstanțele.

1

2 = tristețe / proastă dispoziție, dar se înveselește fără dificultate.

3

4 = sentiment copleșitor de tristețe / depresie.

5

6 = tristețe, disperare / descurajare permanentă / fără fluctuații.

3. TENSIUNE INTERIOARĂ

Corespunde sentimentelor de suferință / boală nedefinită, iritabilității, agitației interioare, tensiunii nervoase, mergând până la panică, groază (teroare) / angoasă.

Se cotează numai intensitatea, frecvența, durata, stadiul de restabilire necesar.

0 = calm. Tensiune pasageră.

1

2 = sentiment ocazional de iritabilitate și suferință nedefinită.

3

4 = sentimente permanente de tensiune interioară / panică intermitentă pe care pacientul n-o poate controla decât cu greutate.

5

6 = groaza / angoasa continuă. Panica copleșitoare.

4.REDUCEREA SOMNULUI

Corespunde unei diminuări a duratei sau profunzimii somnului în comparație cu somnul individului care nu este bolnav

0 = doarme ca de obicei.

1

2 = ușoară dificultate de a adormi sau somn redus, superficial sau agitat.

3

4 = somn redus sau întrerupt după mai puțin de 2 ore.

5

6 = mai puțin de 2 sau 3 ore de somn.

5.REDUCEREA APETITULUI

Corespunde sentimentului pierderii apetitului în comparație cu apetitul obișnuit.

Se cotează absența dorinței de a mânca sau nevoia de a se forța pentru a mânca.

0 = apetit normal sau crescut.

1

2 = apetit ușor scăzut.

3

4 = lipsa poftei de mâncare. „Alimente fără gust”.

5

6 = nu mănâncă decât dacă este forțat.

6.DIFICULTĂȚI DE CONCENTRARE

Corespunde dificultății de a-și aduna gândurile mergînd până la incapacitatea de a se concentra.

Se cotează intensitatea, frecvența, gradul incapacității.

0 = fără dificultăți de concentrare.

1

2 = dificultăți ocazionale.

3

4 = dificultăți de concentrare și de menținere a atenției, ceea ce diminuează capacitatea de a citi sau susține o conversație.

5

6 = incapacitatea de a citi sau de a conversa fără o mare dificultate.

7.OBOSEALA, PLECTISEALA

Corespunde unei dificultăți de a începe o activitate sau lentoare în activitățile cotidiene,

0 = luptă cu dificultatea de a se mobiliza; fără lentoare.

1

2 = dificultăți de a începe o activitate.

3

4 = dificultăți de a începe activități de rutină care necesită efort.

5

6 = mare oboseală sau plectiseală. Incapacitatea de a face ceea ce trebuie fără ajutor.

8.INCAPACITATEA DE A RESIMȚI / PERCEPE

Corespunde experienței subiective de reducere a interesului pentru lumea înconjurătoare sau activități care-i produc plăcere în mod normal. Capacitatea de a răspunde emoțional față de anumite circumstanțe sau persoane.

0 = interes normal pentru lumea înconjurătoare și pentru oameni.

1

2 = capacitate scăzută de a se bucura de interesele cotidiene.

3

4 = pierderea interesului pentru lumea înconjurătoare (amici, cunoștințe).

5

6 = sentimentul de a fi paralizat emoțional, incapacitatea de a resimți furia, tristețea (supărarea, amărăciunea) sau plăcerea și imposibilitatea completă sau dureroasă de a resimți ceva pentru părinți și amicii apropiați.

9.GÂNDURI PESIMISTE

Corespunde ideilor de culpabilitate, inferioritate, autoacuzare, păcate, remușcare și ruină.

0 = fără gânduri pesimiste.

1

2 = idei intermitente de eșec, autoacuzare și autodepreciere.

3

4 = autoacuzări persistente sau idei de culpabilitate sau păcate precise, dar încă raționale. Pesimism progresiv față de viitor.

5

6 = idei delirante de ruină, remușcare sau păcate inexplicabile, Autoacuzări absurde și ferme.

10.IDEI DE SINUCIDERE

Corespunde sentimentului că viața nu merită să fie trăită, că moartea naturală ar fi binevenită, precum și ideilor suicidare și pregătirii pentru suicid. Tentativele de suicid nu trebuie să influențeze cotarea.

0 = se bucură de viață sau o ia așa cum este.

1

2 = obosit de viață; idei suicidare doar pasagere.

3

4 = ar vrea să fie mort. Ideile de suicid sunt curențe și suicidul este considerat o soluție posibilă, dar fără proiect sau intenție precisă.

5

6 = proiecte explicite de sinucidere dacă se ivește ocazia. Pregătiri pentru sinucidere

SCALA H.A.R.D.

Autor: J.C. Rufin, M. Ferreri

Domeniu de aplicare: Scala H.A.R.D. este utilă în evaluarea stărilor depresive în practica curentă din patologia psihiatrică. Obiectivul său principal este acela de a se adresa medicilor generaliști.

Conține 12 itemi repartizați în 4 grupe de câte 3 itemi și presupune depistarea tulburărilor /dificultăților legate de dispoziție, anxietate, hipokinezie și de pericolul pe care pacientul îl prezintă pentru el însuși.

Pentru autori, punctul esențial al acestei scale îl reprezintă vizualizarea aspectelor simptomatice sub forma unei diagrame de 4 cote, care permite ușurarea diagnosticului în funcție de aspectul diagrame irealizate.

Aplicare:

În timpul interviului clinic și pe baza întrebărilor simple, examinatorul poate folosi 12 criterii semiologice cotate de la 0 la 6.

Cotare:

Trebuie calculate 4 cote totale (H, A, R, D) înainte de raportarea la diagramă. După părere a autorilor, aspectul vizual al diagramei permite determinarea:

- intensității globale a depresiei: se apreciază pe baza segmentelor HA și RD (a ansamblului acestor segmente)

- severității stării depresive (dată de suprafața generală a figurii) și potențialul suicidar (dat de poziția sub mediană a figurii). Acest indice este evaluat pornind de la cei 2 poli A și D, raportați la scorul global, dar trebuie nuanțată prin funcționarea unor parametri ca: anturaj, stress etc.

- tipului de depresie: proporția relativ diferită a diverselor elemente componente duce la forme diferite, Ferreri descrie 7 tipuri fundamentale de stări depresive în cadrul utilizării figurii (ținând seama de prevalența fiecărui pol se pot distinge formele anxiogene, hipokinetice, mixte etc.)

- alegerii tratamentului: poziția relativă a lui A și D informează asupra tipului de antidepressiv utilizat.

Acordarea cotelor:

Între 20 – 34 puncte = stare depresivă moderată

Între 35 – 49 puncte = stare depresivă serioasă

Între 50 – 72 puncte = depresie severă

Atitudinea față de cele 35 de puncte se schimbă radical dacă potențialul suicidar este crescut sau relativ moderat.

Interval: 0-72

Validare:

Scorul global obținut la chestionarul HARD este puternic corelat cu scorul MADRS și puțin semnificativ cu cel de la scala Hamilton (26 itemi).

Populația reținută pentru studiu se compunea din 51 pacienți de 23-78 ani (37 femei și 14 bărbați) cu diferite diagnostice, dar la care scorul la scara H era superior de 18 (Depardieu).

DIAGRAMA DE DEPRESIE H.A.R.D.

(RUFIN & FERRERI, 1984)

DISPOZIȚIE (H)

a) *T r i s t e ț e*

0 = absentă

1

2 = pare descurajat: cereri de a fi susținut

3

4 = pesimism exprimat spontan sau la interogare. Tristețe aparentă (prin mimica, atitudini, voce, tendința de a plânge)

5

6 = sentiment pregnant de disperare exprimat verbal sau / și prin atitudini

b) *D e z i n t e r e s*

0 = interes normal pentru lume și alții

1

2 = puțin interes pentru plăcerile obișnuite

3

4 = pierderea interesului pentru cei apropiați: absența interesului pentru lumea înconjurătoare

5

6 = concentrarea asupra preocupărilor pesimiste. Inerție dureroasă a emoțiilor „Mai nimic nu mă atinge!”

c) *A p e t i t*

0 = normal

1

2 = ușor redus

3

4 = găsește mâncarea fără gust. Se forțează pentru a mânca

5

6 = nu mănâncă decât dacă este forțat

TOTAL H=

ANGOASA (A)

a) Anxietate psihică

0 = calm

1

2 = neliniștit. Tensiune pasageră neobișnuită

3

4 = sentiment permanent de tensiune interioară; așteptare dureroasă. Crize
intermitente de anxietate

5

6 = anxietate majoră, durabilă. Confuzie

b) Anxietate somatică

0 = absentă

1

2 = discretă: frecvente preocupări corporale: dispepsie, algii diverse

3

4 = medie: tulburări vaso-motorii, extremități reci, bufeuri de căldură,
senzație de apăsare, sufocări, cefalee, grețuri, tulburări de tranzit, palpitații, tendințe
bulimice

5

6 = angoasa importantă: aceste tulburări devin permanente și incapacitante

c) *I n s o m n i e*

0 = somn normal

1

2 = insomnie de adormire

3

4 = treziri frecvente. Somn redus sau întrerupt după mai puțin de 2 ore, agitație, tulburări de somn(coșmaruri)

5

6 = mai puțin de 3 ore de somn în 24 de ore, insomnie regulată dimineața (fără a putea readormi)

TOTALA=

ÎNCETINIRE (R)

a) *O b o s e a l a*

0 = absentă

1

2 = dificultăți în a întreprinde activități (profesionale, școlare, domestice).

Predomină astenia de dimineață

3

4 = sentiment penibil de efort pentru a duce la capăt activitățile cotidiene.

Impresia intermitentă de a fi „vid”, „blocat”

5

6 = oboseala extremă, Epuizare permanentă: incapacitatea de a face ceva fără ajutor

b) *C o n c e n t r a r e*

0 = fără dificultate

1

2 = concentrarea și memoria reclamă un efort neobișnuit

3

4 = scăderea capacității intelectuale (atenția, concentrarea, memoria), capacitatea de a citi, de a conversa, calcula, de a privi la TV.

5

6 = tulburări jenante de a menține o conversație. Dificultăți de înțelegere și memorizare a informațiilor banale.

c) *A t t i t u d i n e a*

0 = fără încetinire aparentă

1

2 = mimica, limbaj sau mers ușor încetinit

3

4 = mimica, limbaj sau mers marcat de hipokinezie

5

6 = încetineala care afectează întreținerea

TOTALR=

PERICOL (D)

a) *D e v a l o r i z a r e*

0 = nici una

1

2 = sentiment de inferioritate; pierderea stimei de sine dacă îl interogăm

3

4 = propoziții de devalorizare neliniștitoare: „Nu vreau nimic; sunt inferior”

5

6 = idei delirante de autodepreciere: „Sunt un nimic!”

b) *i d e i s u i c i d a r e*

0 = nici una

1

2 = se întreabă despre necesitatea vieții.

3

4 = “idei negre”. Suicidul este evocat ca o soluție dacă tratamentul nu aduce îmbunătățiri.

5

6 = intenții suicidare manifeste. Tentative recente de suicid.

c) Idei delirante (de culpabilitate și / sau de nevindecare și / sau de persecuție)

0 = nici una

1

2 = deformarea realității; “a vedea totul în negru”

3

4 = viziune alterată de lumea dominată de suspiciune, dramă

5

6 = autoacuzare fățișă. Idei delirante de culpabilitate, nevindecare, hipocondrie, ruină, persecuție. Halucinații răutăcioase.

TOTAL D =

TOTALH+A+R+D=Intensitatea depresiei:

-

depresie discretă = 20 – 34

-

depresie medie = 35 – 49

-

depresie severă = 50 – 72

SCALA DE DEPRESIE BECK

(21 itemi)

Autor: A-T Beck & Colab.

Domeniu de aplicare:

Pentru autori, nota globală a acestui chestionar indică „profundimea subiectivă a depresiei”, care dă o estimare cantitativă a intensității simptomatologiei subiective a depresiei.

Utilizare / aplicare:

Se cere subiectului să completeze chestionarul, încercuind numărul care corespunde propoziției alese. El poate încercui într-o serie mai multe numere, dacă acele propoziții sunt în acord cu ceea ce simte(îi convin)

Cotarea:

Aceleași reguli ca la forma scurtă

Date normative: J. Delay, P. Pichot & Colab

Media unui lot de 79 subiecți depresivi = 27.01

	Endogen	Psihogen	Involuție
m	28.09	25.32	29.08
σ	10.81	6,25	9,04

Raportarea valorilor date de A-T. Beck în funcție de severitatea depresiei, analiza din punct de vedere clinic psihiatric:

	Absentă	Ușoară	Medie	Gravă
m	10.9	18.7	25.4	30.0
σ	8.1	10.2	9.6	10.6

Interval: 0-63

Alături de forma scurtă (13 itemi) și forma completă (21 itemi) există și o formă de 25 itemi elaborată de Beck-Pichot, Bobon & Colab. (1982), Von Frenckell & Colab. (1981)

Validare:

Studiul francez a fost realizat pe 79 bolnavi deprimăți (nu e dată nici o altă precizare din partea autorilor). Cum scorurile depresiei de involuție erau ușor superioare celor pentru depresia psihogenă, diferențele în grupul studiat nu sunt semnificative.

SCARA BECK

(21 ITEMI)

Chestionarul conține afirmații grupate. Vă rugăm să citiți cu atenție fiecare grup de afirmații. Alegeți din fiecare grup acea afirmație care descrie cel mai bine starea dvs., începând cu săptămîna trecută și pînă astăzi (inclusiv). Încercuiți numărul afirmației alese. Dacă credeți că vi se potrivesc mai multe afirmații dintr-un grup, încercuiți-le pe toate. Vă rugăm să citiți cu atenție toate afirmațiile unui grup, înainte de a alege.

10 – nu sunt trist:

1 – sunt trist sau am o dispoziție apăsătoare.

2a – tot timpul sunt trist și nu pot ieși din starea asta.

2b – mă simt atât de trist și de nefericit încât nu mai pot să suport.

20 – viitorul nu mă sperie în mod deosebit:

1 – viitorul mă sperie.

2a – simt că nu pot să aștept nimic de la viitor.

2b – cred că viitorul meu este fără speranță și că situația mea nu se va schimba.

30 – nu simt că aș fi eșuat:

1 – am impresia că am mai multe nereușite decît alții.

2a – am impresia că am acumulat foarte puține lucruri valabile / având o oarecare semnificație.

2b – făcînd un bilanț al vieții mele, îmi văd șirul eșecurilor.

3 – ca om, consider că am eșuat total.

40 – lucrurile mă mulțumesc la fel de mult ca altădată:

1a – sunt nemulțumit cea mai mare parte din timp.

1b – nu știu să profit în mod adecvat de circumstanțe.

2 – ca să fiu sincer, nimic nu mă mai mulțumește.

3 – sunt nemulțumit sau indiferent față de toate.

50 – nu mă învinovățesc în mod deosebit:

1 – mă simt rău sau indignat o bună parte din timp.

2a – mă simt vinovat.

2b – aproape întotdeauna mă învinovățesc pentru ceva.

3 – tot timpul mă învinovățesc și am impresia că nimic nu merge.

60 – nu mă simt vinovat în mod deosebit:

1 – simt că poate am meritat o pedeapsă.

2 – simt că mi-am meritat pedeapsa.

3 – aș vrea să fiu pedepsit.

70 – nu m-am dezamăgit pe mine însumi.

1a – sunt dezamăgit de mine.

1b – nu mă plac (nu mă iubesc).

2 – propria persoană mă dezgustă.

3 – mă urăsc.

80 – nu simt că aș fi mai rău decât oricare altul:

1 – mă judec pentru greșelile și slăbiciunile mele.

2a – întotdeauna mă acuz pentru greșelile mele.

2b – mă acuz pentru toate relele care s-au întîmplat (am sentimentul de a fi comis foarte multe fapte grave).

90 – nici nu mă gândesc să-mi fac vreun rău:

1 – mă gândesc câteodată la sinucidere, dar nu pot să o fac.

2a – cred că moartea mă va elibera.

2b – am planuri precise pentru a mă sinucide.

2c – am impresia că familia mea va fi liberă dacă eu voi fi mort.

10 0 – nu plîng mai mult decît de obicei.

1 – în ultimul timp, plîng mai mult decît de obicei.

2 – în ultimul timp, plîng tot timpul.

3 – cîndva, puteam să plîng; acum nu mai pot, nici dacă aş vrea.

11 0 – nu sunt mai irascibil decît de obicei:

1 – nu mă supăr mai repede sau nu devin iritat mai repede decît de obicei

2 – în ultimul timp, sunt mereu iritat.

12 0 – interesul meu față de alții nu a scăzut:

1 – acum ceilalți mă interesează mai puțin decît înainte.

2 – interesul meu față de ceilalți a scăzut simțitor.

3 – mi-am pierdut tot interesul față de ceilalți și ei îmi sunt total indiferenți.

13 0 – mă decid la fel de repede ca altădată:

1 – în ultimul timp îmi amîn deciziile.

2 – față de altădată, mă decid foarte greu.

3 – nu mai pot lua decizii în nimic.

14 0 – nu cred că arăt mai rău decît înainte:

1 – mă tem că arăt bătrîn și urît.

2 – simt că m-am schimbat în rău și sunt mai puțin atrăgător

3 – cred că sunt urît

15 0 – lucrez la fel de bine ca și altădată:

1a – este un efort deosebit pentru mine să mă apuc de ceva.

1b – nu mai lucrez la fel de bine ca altădată.

2 – este un efort foarte mare pentru mine să fac orice.

3 – nu mă simt în stare să fac nimic.

160 – dorm la fel de bine ca altădată:

1 – nu dorm la fel de bine ca altădată (dimineața mă trezesc mai obosit decât altădată).

2 – mă trezesc cu 2-3 ore mai repede decât de obicei și readorm greu.

3 – mă trezesc cu mai multe ore mai repede decât de obicei și nu mai pot să readorm.

170 – nu obolesc mai repede decât înainte:

1 – obolesc mai repede decât înainte.

2 – aproape orice fac, mă obosește.

3 – sunt mult prea obosit ca să mai fac ceva.

180 – mănânc la fel de bine ca înainte:

1 – nu mai am așa poftă de mâncare ca înainte.

2 – în ultimul timp, mi-a scăzut simțitor pofta de mâncare.

3 – nu mai am deloc poftă de mâncare.

190 – nu am slăbit mai mult decât altădată:

1 – am slăbit mai mult de 2 kg în ultimele 2 luni.

2 – am slăbit mai mult de 4-5 kg în ultimele 2 luni.

3 – am slăbit mai mult de 7-8 kg în ultimele 2 luni.

200 – nu mă preocupă sănătatea mai mult decât de obicei:

1 – mă îngrijorez din cauza problemelor cu stomacul sau a durerilor

2 – sunt foarte îngrijorat din cauza problemelor mele medicale și mi-e greu să mă gândesc la altceva

3 – sunt atât de îngrijorat de problemele mele medicale încât nu mă pot gândi la altceva

210 – nu am observat nici o schimbare importantă în ceea ce privește apetitul meu sexual:

1 – sexul mă preocupă mai mult decât înainte

- 2 – în ultimul timp sexul mă preocupă mai puțin decît înainte
3 – mi-am pierdut cu totul apetitul sexual.

SCALA BECK

(varianta scurtă, 13 itemi, 0-39)

Autor: A-T. Beck

Domeniu de aplicare:

Versiunea prescurtată a chestionarului Beck este o măsură a depresiei.

Fiecare item este construit din 4 propoziții corespunzând a 4 nivele de intensitate progresivă, ce caracterizează simptomele. Această măsură este o autoevaluare.

Utilizare:

Se cere subiectului să completeze chestionarul încercuind numărul care corespunde propoziției alese.

Subiectul poate încercui mai multe numere în cadrul unei serii, dacă mai multe propoziții îi sunt pe plac.

Cotare:

Se ține cont de cota cea mai mare aleasă de subiect în aceeași serie. Scorurile celor 13 itemi se însumează.

Date normative:

1.Studiul lui I. Collet & J. Cottreaux

Media=18.02; Abaterea standard= \pm 6.19; Valori extreme=4 –33; Interval=0–39

2.Studiul lui Lemperiere & Colab.

Scorul mediu = 22.4

Validare:

1.Studiul lui Collet și Cottreaux a fost realizat pe 50 pacienți deprimați, ce urmau tratament ambulatoriu și care au fost selectați după criteriul lui Feighner (31 bărbați și 19 fete / femei în vîrstă de 18-68 ani).Scorul total la scala Beck a fost

corelat cu scorul global obținut la scala Hamilton (26 itemi) și cu scorul global al scalei de încetinire aparținând lui Widlocher. Cele două corelații nu diferă semnificativ.

2.Studiul lui Lemperiere & Colab. a fost realizat pe 79 subiecți deprimați; era vorba de o depresie severă / foarte severă în cele mai multe din cazuri. Pacienții erau spitalizați în 2/3 din cazuri. Compararea diferitelor instrumente de evaluare a arătat că, capacitatea chestionarului Beck de a discrimina între cele 7 stadii de gravitate reținute de criterii, apare ca inferioară scalei Hamilton (17itemi), scalei Montgomery și Asberg (MADRS).

CHESTIONARUL BECK

(varianta scurtă)

Chestionarul cuprinde mai multe serii de 4 propoziții. Pentru fiecare serie, citiți cele 4 propoziții, apoi alegeți cea propoziție care descrie cel mai bine starea dvs. Actuală. Încercuiți numărul care corespunde propoziției alese. Dacă într-o serie, mai multe propoziții vă apar ca fiind convenabile, încercuiți numerele corespunzătoare propozițiilor respective.

10 – nu sunt trist.

1 – sunt trist sau am o dispoziție apăsătoare.

2 – tot timpul sunt trist și nu pot ieși din starea aceasta.

3 – mă simt atât de trist și de nefericit încât nu mai pot să suport.

20 – viitorul nu mă sperie în mod deosebit

1 – viitorul mă sperie.

2.– simt că nu pot să aștept nimic de la viitor.

3 – cred că viitorul meu este fără speranță și că situația mea nu se va schimba.

30 – nu simt că aș fi eșuat.

1 – am impresia că am mai multe nereușite decât alții.

2 – făcând un bilanț al vieții mele, îmi văd șirul eșecurilor.

3 – ca om, consider că am eșuat total (în relația cu părinții, partenerul, copiii).

40 – lucrurile mă mulțumesc la fel de mult ca altădată.

1 – nu știu să profit în mod adecvat de circumstanțe.

2 – ca să fiu sincer, nimic nu mă mai mulțumește.

3 – sunt nemulțumit sau indiferent față de toate.

50 – nu mă învinovățesc în mod deosebit.

1 – mă simt vinovat.

2 – aproape întotdeauna mă învinovățesc pentru ceva.

3 – tot timpul mă învinovățesc și am impresia că nimic nu merge.

60 – nu m-am dezamăgit pe mine însumi.

1 – sunt dezamăgit de mine.

2 – propria persoană mă dezgustă.

3 – mă urăsc.

70 – nici nu mă gândesc să-mi fac vreun rău.

1 – cred că moartea mă va elibera.

2 – am planuri precise pentru a mă sinucide.

3 – m-aș sinucide dacă aș putea.

80 – interesul meu față de alții nu a scăzut.

1 – acum ceilalți mă interesează mai puțin decât înainte.

2 – interesul meu față de ceilalți a scăzut simțitor.

3 – mi-am pierdut tot interesul față de ceilalți și ei îmi sunt total indiferenți.

90 – mă decid la fel de repede ca altădată.

1 – în ultimul timp îmi amân deciziile.

2 – față de altădată, mă decid foarte greu.

3 – nu mai pot lua decizii în nimic.

100 – nu cred că arăt mai rău decât înainte.

1 – mă tem că arăt bătrîn și urît.

2 – simt că m-am schimbat în rău și sunt mai puțin atrăgător.

3 – cred că sunt urît.

11 0 – lucrez la fel de bine ca și altădată.

1 – este un efort deosebit pentru mine să mă apuc de ceva.

2 – este un efort foarte mare pentru mine să fac orice.

3 – nu mă simt în stare să fac nimic.

12 0 – nu obolesc mai repede decît înainte.

1 – obolesc mai repede decît înainte.

2 – aproape orice fac, mă obosește.

3 – sunt mult prea obosit ca să mai fac ceva.

13 0 – mănînc la fel de bine ca înainte.

1 – nu mai am așa poftă de mîncare ca înainte.

2 – în ultimul timp, mi-a scăzut simțitor pofta de mîncare.

3 – nu mai am deloc poftă de mîncare.

SCALE DE ANXIETATE

Anxietate : STAI Hamilton A.M.D.P.

INVENTARUL DE ANXIETATE STARE – TRĂSĂTURĂ STAI

STAI este alcătuit din 2 scale de autoevaluare pentru măsurarea a două concepte distincte privind anxietatea. Starea de anxietate (A-stare) și anxietatea ca trăsătură (A-trăsătură). Deși inițial a fost creat ca un instrument de cercetare pentru investigarea anxietății la adulții „normali”(fără probleme psihiatrice), S T A I s-a dovedit a fi util în măsurarea anxietății la studenți, precum și la pacienți din domeniul neuropsihiatrie, cei din clinicile medicale sau din serviciul de chirurgie.

Scala (A-trăsătură) constă din 20 de descrieri pe baza cărora oamenii exprimă modul în care se simt ei în general. Scala (A-stare) constă de asemenea, din 20 de descrieri dar instrucțiunile cer subiecților să indice modul în care ei se simt la un moment dat. Cercetătorii pot utiliza (A-stare) pentru a determina nivelurile actuale ale stărilor de anxietate, induse prin proceduri experimentale stresante sau ca un indice al nivelului de autocontrol(doive level), așa cum a fost numit acest concept de Hull (1943) și Spense (1958).

S-a demonstrat că scorurile la scala (A-stare) cresc în urma variatelor tipuri de stres și descresc în urma antrenamentului de relaxare (relaxation training).

Scala (A-trăsătură) oferă posibilitatea depistării la studenții din învățământul superior sau de colegiu a înclinațiilor anxiogene precum și a evaluării extinderii cu care studenții care apelează la serviciile de consiliere și orientare se confruntă cu probleme de tip nevrotic sau anxiogen.

Scala (A-stare) este un indicator bun al nivelului de anxietate tranzitorie resimțită de clienți și pacienți în consiliere, psihoterapie, terapie comportamentală sau în domeniul psihiatric. Ea poate fi de asemenea, utilizată pentru măsura schimbările de intensitate ale stării anxiogene care apar în aceste situații. Conceptele: stare anxiogenă și anxietatea ca trăsătură (State Trait Anxiety). Starea

anxiogenă. A-stare reprezintă o stare emoțională tranzitorie sau condiții ale organismului uman, caracterizată prin sentimente subiective, conștient percepute de tensiune și teamă și activitate sporită a SNV. A-stare poate varia în intensitate și fluctua în timp. Anxietatea ca trăsătură se referă la diferențele individuale relativ stabile în înclinația spre anxietate, ce diferențiază oamenii în ceea ce privește tendința de a răspunde la situațiile percepute ca amenințătoare cu creșteri ale intensității stării de anxietate. Ca și concept psihologic – trăsătura - anxietate are caracteristicile unei clase de constructe pe care Atkinson le numește „motive” și la care Campbell se referă ca și „dispoziții comportamentale”. În general, aceia care obțin scoruri mari la A-trăsătură vor manifesta creșteri ale A-stare mai frecvent decât indivizii care obțin scoruri mici la A-trăsătură, deoarece ei tind să reacționeze la un mare număr de situații, considerându-le periculoase sau amenințătoare.

Persoanele care obțin scoruri mari la A-trăsătură răspund de asemenea cu A-stare crescută și în situațiile care implică relații interpersonale ce amenință stima de sine. S-a arătat, de exemplu, că acele condiții în care este trăit insuccesul, sau în care este evaluat nivelul individual (ex. aplicarea unui test de inteligență) sunt amenințătoare în special pentru persoanele care obțin scoruri mari la A-trăsătură. Dar dacă, într-adevăr, oamenii care diferă în scorurile la A-trăsătură vor prezenta diferențe în A-stare depinde de modul în care o situație specifică este percepută de un individ ca periculoasă sau amenințătoare, iar în acest lucru este puternic influențat de experiența trecută a individului

ADMINISTRARE:

STAI a fost de așa natură construit încât să poată fi autoadministrat, fiind aplicabil atât individual cât și în grup. Aplicarea inventarului nu necesită limită de timp.

Validitatea STAI se bazează pe presupunerea că subiectul a înțeles instrucțiunile pentru A-stare care îi cer să relateze cum se simte în acel moment și cele pentru A-trăsătură care îl solicită să indice cum se simte în general. Subiectul

va fi atenționat asupra faptului că instrucțiunile sunt diferite pentru cele două părți ale inventarului și i se va spune că ambele seturi de instrucțiuni trebuie citite atent. Este bine ca subiectul să citească instrucțiunile în gând, iar apoi examinatorul să le citească cu voce tare și să ofere subiectului posibilitatea să pună întrebări. Dacă subiectul pune întrebări în cursul testării, examinatorul va răspunde în mod evaziv. Răspunsuri de genul „Indicați cum vă simțiți în general” sau „Indicați cum vă simțiți acum” sunt de obicei suficiente. În standardizarea STAI, scala A-stare forma X1 - se aplică itemii, urmată apoi de scala A-trăsătură, forma X2, această ordine fiind recomandată când ambele scale sunt aplicate împreună. Întrucât scala A-stare este sensibilă la condițiile în care testul est administrat, scorurile la această scală pot fi influențate de atmosfera emoțională care poate fi creată dacă scala A-trăsătură este aplicată prima. În contrast, s-a determinat că scala A-trăsătură este relativ neinfluențată de condițiile în care este aplicată (Johnson, 1968; Johnson, Spielberger, 1968). Instrucțiunile pentru STAI scala A-trăsătură vor fi întotdeauna cele tipărite pe formular. Pentru STAI A-stare, instrucțiunile pot fi modificate pentru a evalua nivelul intensității stării de anxietate pentru o situație sau un interval de timp ce interesează experimentatorul sau clinicianul. Când sarcina este de durată, este utilă instruirea subiectului să răspundă cum se simte la începutul sarcinii și apoi cum se simte în timpul lucrului la porțiunea finală a sarcinii. Pentru a măsura schimbările în intensitatea stării de anxietate în timp, este recomandat ca scala A-stare să fie aplicată de fiecare dată când este necesară o măsură a stării de anxietate. În cazurile în care de exemplu, măsurători repetate ale stării de anxietate sunt dorite în timpul realizării unei sarcini experimentale, scale foarte scurte constând în 4-5 itemi ai scalei A-stare pot fi utilizate pentru a obține măsuri valide ale stării de anxietate (O Neil, Spielberger și Hansen, 1969). În plus, completarea acestor scale scurte pare să nu interfereze cu performanța la sarcina experimentală.

COTARE:

Scorurile posibile pentru forma X a STAI variază de la un scor minim de 20 de puncte la un scor maxim de 80, în ambele subscale A-stare și A-trăsătură. Subiecții răspund la fiecare item a STAI, evaluând ei înșiși pe o scală cu 4 puncte.

Cele patru categorii pentru scala A-stare sunt: 1) deloc, 2) puțin, 3) destul, 4) foarte mult.

Categoriile pentru scala A-trăsătură sunt: 1) aproape niciodată 2) câteodată 3) adeseori 4) aproape totdeauna.

Unii dintre itemii STAI de exemplu, „sunt încordat(ă)”, sunt organizați de așa natură încât o cotă de 4 indică un nivel înalt de anxietate în timp ce alți itemi de exemplu, „sunt bine-dispus(ă)” sunt organizați astfel încât o cotă mare indică anxietate scăzută. Ponderile scorurilor pentru itemii ale căror cote ridicate indică o anxietate crescută sunt aceleași ca și numărul încercuit.

Pentru itemii ale căror scoruri ridicate indică o anxietate redusă, ponderile scorurilor sunt inverse. Scorurile ponderate ale răspunsurilor marcate 1,2, 3, 4 pentru itemii inverși sunt 4,3,2,1. Pentru a reduce influența potențială a unui set pentru răspunsurile la STAI, este de dorit ca în cadrul scalelor A-stare și A-trăsătură să se realizeze balansarea cu un număr egal de itemi pentru care scorurile înalte indică niveluri crescute, respectiv scăzute de anxietate. Scala A-stare este balansată cu 10 itemi cotați direct și cu 10 cotați invers. Totuși, nu a fost posibil să se dezvolte o scală balansată A-trăsătură pornind de la itemii originali amestecați. Scala A-trăsătură are 7 itemi inverși și 13 itemi cotați direct. Itemii cotați invers în subscalele STAI sunt: scala A-stare 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. Scala A-trăsătură: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19.

Șabloanele sunt utile pentru a cota scalele A-trăsătură și A-stare de mână.

CHESTIONAR DE AUTOEVALUARE: S.T.A.I. – forma X1

Instrucțiuni: Mai jos sunt date diferite descrieri ale unor stări sufletești. Citiți fiecare descriere în parte și încercuiți acea cifră din dreapta descrierii care

corespunde cu modul în careva simțiți acum în acest moment. Nu există răspunsuri bune sau rele. Nu pierdeți prea mult timp cu vreo deosebire și dați acel răspuns care pare să înfățișeze cel mai bine felul cum vă simțiți în prezent.

	Deloc	Puțin	Destul	Foarte mult
1. Mă simt calm(ă).	1	2	3	4
2. Mă simt liniștit(ă)	1	2	3	4
3. Sunt încordat(ă).	1	2	3	4
4. Îmi pare rău de ceva.	1	2	3	4
5. Mă simt în apele mele.	1	2	3	4
6. Sunt trist.	1	2	3	4
7. Mă îngrijorează niște neplăceri posibile.	1	2	3	4
8. Mă simt odihnit(ă).	1	2	3	4
9. Mă simt neliniștit(ă).	1	2	3	4
10. Mă simt bine.	1	2	3	4
11. Am încredere în puterile mele.	1	2	3	4
12. Mă simt nervos(nervoasă).	1	2	3	4
13. Sunt speriat(ă).	1	2	3	4
14. Mă simt iritat(ă).	1	2	3	4
15. Mă simt relaxat(ă).	1	2	3	4
16. Mă simt mulțumit(ă).	1	2	3	4
17. Sunt îngrijorat(ă).	1	2	3	4
18. Mă simt agitat și „scos din fire”.	1	2	3	4
19. Mă simt vesel(ă).	1	2	3	4
20. Mă simt bine dispus(ă).	1	2	3	4

CHESTIONAR DE AUTOEVALUARE S.T.A.I – forma X2

Instrucțiuni: Mai jos sunt date mai multe descrieri ale unor stări sufletești. Citiți fiecare descriere în parte și încercuiți acea cifră din dreapta descrierii care corespunde cu felul în care vă simțiți în general. Nu există răspunsuri bune sau rele. Nu pierdeți prea mul timp cu vreo deosebire și dați acel răspuns care pare să descrie felul în care vă simțiți în general.

1. Sunt bine dispus(ă).
2. Obosesc repede.
3. Îmi vine să plîng.
4. Aș dori să fii fericit(ă) cum par alții să fie.
5. De multe ori îmi scapă unele lucruri pentru că nu mă pot decide destul de repede.
6. Mă simt odihnit(ă).
7. Sunt calm(ă), „cu sînge rece” și concentrat(ă).
8. Simt că mi e adună greutate și nu le mai pot face față.
9. Mă frămîntă prea mult anumite lucruri care în realitate nu au importanță.
10. Sunt fericit(ă).
11. Sunt înclinat(ă) să iau lucrurile prea în serios.
12. Îmi lipsește încrederea în puterile mele.
13. Mă simt în siguranță.
14. Încerc să evit un moment critic sau o dificultate.
15. Mă simt abătut(ă).
16. Mă simt mulțumit(ă).
17. Îmi trece prin minte câte un gând lipsit de importanță și mă sâcăie.
18. Așa de mult pun dezamăgirile la suflet încât nu mai pot scăpa de ele.
19. Sunt un om echilibrat.

20. Cînd mă gîndesc la necazurile mele prezente devin nervos(nervoasă) și prost dispus(ă).

Este un chestionar de autoevaluare, fiind desemnat pentru autoadministrare. *Atenția* examinatorului trebuie îndreptată asupra faptului că instrucțiunile sunt diferite pentru cele două părți ale inventarului. Anxietatea stare este conceptualizată ca o stare emoțională tranzitorie sau o condiție a organismului uman care este caracterizată prin trăiri conștient percepute, subiectivale tensiunii precum și o activitate crescută a sistemului nervos autonom. Aceste stări pot varia în intensitate și fluctua în timp. Anxietatea trăsătură se referă la diferențe relativ stabile în tendința de a răspunde la situații percepute ca amenințătoare cu creșteri ale anxietății stare.

COTARE:

Se cotează invers itemii 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 ai subscalei A-stare și itemii: 1, 6,7, 10, 13, 16, 19 ai subscalei A-trăsătură.

Talon orientativ pentru

STAI	trăsătură	Femei	Bărbați
Media:		42,11	40,16
Abaterea			
Standard:		7,04	8,33S
TAI stare			
Media		41,39	40,38
Abaterea			
Standard:		8,30	7,21

SCALA DE ANXIETATE HAMILTON (HAS)

Examinatorul evaluează prezența și intensitatea simptomului în momentul întrevederii;simptomele ce nu pot fi observate direct de către acesta sunt evaluate cerîndu-se subiectului să le descrie într-o perioadă ce cuprinde cele 3 zile de

dinaintea interviului. Durata întrevederii nu poate depăși 30 de minute, aceasta fiind bine să se desfășoare la aceeași oră a zilei (de obicei între orele 9-10 dimineața, pentru a se evita variațiile circadiene ale simptomatologiei). Interviuul este asemănător oricărui alt interviu clinic. Scala HAS poate fi aplicată fie o singură dată fie la începutul și sfârșitul unui tratament, fie săptămânal, pentru a urmări evoluția anxietății. Pentru toți itemii s-a convenit că fiecare nivel îl include pe cel precedent (de exemplu, nivelul 3 include nivelurile 2 și 1). O funcționare normală se cotează întotdeauna cu 0.

Pentru evaluarea cantitativă a atacurilor de panică se recomandă utilizarea următoare a scalei: HAS – P (Hamilton Anxiety Scale - panique), spre deosebire de HAS – G (Hamilton Anxiety Scale -Generalisee).

1. HAS – P (atacul de panică). Atacul de panică se definește ca fiind un atac de anxietate spontană dezvoltându-se timp de maximum 10 minute, urmare sau nu a unor factori de stres asociați și definit de cel puțin 3 din simptomele de anxietate citate de fișa de cotare de la A la L. Se înregistrează numărul atacurilor de panică din ultimele 3 săptămâni sau se fac înregistrări săptămânale atunci când se încearcă, de exemplu, un anumit tratament. Se completează fișa de cotare HAS – P cu privire la atacul de panică din perioada cercetată. Se notează criteriile DSM-III așa cum sunt ele precizate în fișă. Cotarea se face conform unei scale de la 0 la 4, în funcție de intensitatea simptomului, așa cum este ea descrisă în definirea itemilor.

2. HAS – G (anxietatea generalizată). Dacă a existat un atac de panică în ultimele 3 zile înaintea examinării, examinatorul trebuie să se întrebe cu privire la anxietatea dintre atacuri. În asemenea cazuri sau atunci când nu există atacuri de panică clinicianul se servește de HAS – G pentru a evalua anxietatea generalizată; criteriile HAS pentru anxietatea generalizată sunt – scor global 0-5 = absența anxietății /6-14 = anxietate minoră / superior sau egal cu 15 = anxietate majoră.

DEFINIREA ITEMILOR ȘI COTAREA LOR

1. Anxietatea:

Stări emoționale de incertitudine cu privire la viitor mergând de la neliniște, sentimente de insecuritate, iritabilitate, aprehensiune pînă la o teroare imposibil de controlat.

0 = fără tulburări.

1 = subiectul se simte puțin mai nesigur și poate puțin mai iritabil ca de obicei.

2 = subiectul exprimă mai clar anxietatea, aprehensiunea și iritabilitatea, pe care le găsește greu de stăpînit. Totuși, acestea nu îl tulbură în viața cotidiană.

3 = Anxietatea și nesiguranța perturbă uneori viața lui cotidiană.

4 = Trăirea terorii este atît de frecventă încât perturbă grav viața obișnuită a subiectului.

2. Tensiunea:

Acest item include incapacitatea de a se relaxa, nervozitatea, tensiunile corporale, tremurăturile incapacitatea de sta locului precum și fatigabilitatea.

0 = fără tulburări.

1 = subiectul spune că e ceva mai tensionat și mai nervos ca de obicei.

2 = subiectul exprimă clar faptul că este incapabil de-a se relaxa, că este stăpînit de o agitație interioară pe care nu o poate controla decît cu greu, dar care rămîn totuși fără o influență majoră asupra vieții lui cotidiene.

3 = agitația interioară și nervozitatea sunt atît de intense și frecvente încât perturbă pe moment munca cotidiană a subiectului.

4 = tensiunea interioară și agitația perturbă în permanență viața cotidiană a subiectului.

3. Frica:

Este un tip de anxietate particulară care crește în clipele în care subiectul se găsește în situații mai speciale, de ex. camere deschise sau închise, călătoria cu

trenul sau autobusul. Subiectul se simte bine dacă evită aceste situații. Este important să notăm dacă anxietatea fobică a fost mai pronunțată în timpul actualului episod decât de obicei.

0 = absența fricii;

1 = îndoială cu privire la existența unei asemenea frici;

2 = pacientul a resimțit anxietatea fobică, dar numai rar și a putut s-o controleze în întregime;

3 = pacientul are dificultăți în a stăpîni sau a învinge anxietatea fobică care a perturbat până la un anumit grad viața și munca lui cotidiană;

4 = anxietatea fobică perturbă sever și continuu viața cotidiană;

4. Insomniile:

Acest item include doar experiența subiectivă a pacientului asupra lungimii somnului (or de somn/24 de ore) și asupra profunzimii acestuia (somn superficial și întrerupt sau somn profund și continuu). Cotarea se face apreciind cele 3 nopți anterioare examinării prezente. Nu se ține seama de sedative sau hipnotice.

0 = absența insomniilor

1 = durata somnului poate fi ușor diminuată din cauza dificultății de a dormi, dar profunzimea este intactă;

2 = profunzimea somnului este la rândul ei perturbată, somnul fiind mai superficial; somn global perturbat.

3 = durata și profunzimea somnului sunt sever perturbate, în același timp; se doarme doar câteva ore pe zi neîntrerupt;

4 = somnul este atât de superficial încât subiectul relatează doar scurte perioade de ațipire sau somnolență, dar nu este somn adevărat

5. Dificultăți de concentrare ale memoriei și atenției

Acest item descrie dificultățile de concentrare, de luare a deciziilor în probleme cotidiene și de memorie.

0 = fără tulburări

1 = ușoare dificultăți de concentrare ale atenției

2 = chiar cu un efort mare, subiectul are dificultăți de a se concentra asupra muncii cotidiene

3 = dificultăți mai pronunțate de concentrare ale atenției, de luare a unei decizii, de memorare. De exemplu, dificultăți în a citi în întregime un articol din ziar sau a privi un spectacol. Cotați 3 dacă aceste tulburări nu afectează întrevederea.

4 = dificultățile sunt atât de mari încât deranjează chiar interviul.

6. Dispoziție depresivă

Acest item înglobează comunicările verbale și nonverbale de tristețe, de descurajare, de depresie, disperare și neputință.

0 = fără tulburări

1 = subiectul este vag mai depresiv decât de obicei

2 = subiectul exprimă mai clar o trăire subiectivă dezagreabilă, simțindu-se uneori neputincios și descurajat;

3 = semne verbale și nonverbale de descurajare și disperare.

4 = în timpul întrevederii predomină sentimentele de descurajare și de neputință sau componentele lor nonverbale, subiectul neputând fi distras de le ele.

7. Simptome generale musculare

Include slăbiciunea musculară, rigiditatea musculară, sensibilitatea musculară ca origine a unor dureri mai mult sau mai puțin difuze (de exemplu, dureri cervicale, maxilo-mandibulare)

0 = fără tulburări.

1 = subiectul indică că mușchii săi sunt puțin mai rigizi sau mai sensibili ca de obicei.

2 = simptomele au un caracter dureros.

3 = durerile musculare jenează moderat viața cotidiană.

4 = durerile musculare sunt prezente aproape tot timpul, perturbând net viața subiectului.

8. *Simptome somatice senzoriale*

Acest item include o fatigabilitate exprimată puternic și o slăbiciune, ce stau la originea unor perturbări senzoriale funcționale: vâjâitul urechilor, tulburări de vedere, bufeuri de căldură sau de frig și senzația de furnicături;

0 = fără tulburări.

1 = senzații jenante sau de furnicături în urechi, ochi sau piele mai accentuate ca de obicei.

2 = zumzet în urechi, tulburări vizuale, paretezii la nivelul pielii.

3 = simptomele senzoriale generalizate perturbă moderat viața.

4 = simptome senzoriale generalizate perturbă net viața, fiind prezente aproape tot timpul.

9. *Simptome cardiovasculare*

Include tahicardia, palpitațiile, presiunea toracică, durerile în piept, zbaterea unor vase de sânge, senzațiile de sincopă.

0 = fără tulburări.

1 = prezența unor simptome este dificil de afirmat.

2 = simptomele sunt prezente, dar rar și fără a influența viața.

3 = subiectul are uneori dificultăți în a controla simptomele sale cardiovasculare care perturbă moderat viața sa cotidiană.

4 = simptomele sunt prezente în majoritatea timpului, perturbând net viața subiectului

10. *Simptome respiratorii:*

Include senzația de greutate în piept, de nod în gât (constricția gâtului), dispnee ca origine a senzației de sufocare și a oftatului.

0 = fără tulburări.

1 = prezența unor simptome dificil de afirmat în mod cert.

2 = simptomele sunt prezente, dar subiectul le controlează.

3 = uneori dificultăți de control ale simptomelor, ceea ce duce la perturbarea moderată a vieții cotidiene.

4 = simptomele sunt prezente în majoritatea timpului, perturbând net viața subiectului.

11. *Simptome gastrointestinale*

Include dificultăți de înghițire, senzația de nod în stomac, dispepsia (gastralgia, arsurile de stomac, dureri abdominale înainte sau după mâncare, balonări, senzația de vomă, grețuri, diaree).

0 = fără tulburări.

1 = prezența simptomelor este mai degrabă neobișnuită, neputând fi afirmată cu certitudine.

2 = cel puțin unul dintre simptomele gastro-intestinale descrise mai sus este prezent, însă subiectul îl controlează.

3 = subiectul are dificultăți uneori în a controla simptomele.

4 = simptomele sunt prezente în cea mai mare parte a timpului și perturbă net viața și munca cotidiană.

12. *Simptome genito-urinare*

Include simptome non-organice sau psihice cum sunt: micțiuni frecvente sau urgente, iregularități menstruale, anorgasmie, dispare unea, ejacularea precoce sau absența erecției

0 = fără tulburări.

1 = prezența vreunui simptom este greu de afirmat (neobișnuită).

2 = cel puțin unul din simptomele citate mai sus este prezent, dar el este controlat de către subiect.

3 = subiectul prezintă pentru moment unul sau mai multe dintre simptomele mai sus citate, cu o intensitate ce perturbă viața și munca pacientului (prin pierderea controlului micțiunilor).

4 = simptomele sunt prezente în majoritatea timpului și perturbă net viața și munca subiectului.

13. *Simptome ale sistemului nervos autonom:*

Include uscăciuni ale gurii, accese de paloare sau de roșeață a feței, tendința de a transpira și vertijul.

0 = fără tulburări

1 = prezența tulburărilor este dificil de afirmat.

2 = cel puțin unul din simptomele mai sus descrise este prezent, dar nu perturbă viața subiectului.

3 = subiectul prezintă pentru moment unul sau mai multe dintre simptomele descrise mai sus, dar el este capabil să le controleze; aceste simptome influențează în mică măsură viața subiectului.

4 = simptomele sunt prezente în majoritatea timpului, perturbând viața subiectului.

14. *Comportamentul în timpul întrevederii.* Acest item este bazat pe comportamentul subiectului în timpul întrevederii. Este subiectul tensionat, nervos, agitat, incapabil să stea liniștit, nerăbdător, tremurător, palid, cu o respirație gâfâită sau transpirând? Se face o estimare globală, plecând de la aceste elemente:

0 = subiectul nu pare anxios.

1 = este dificil de afirmat că subiectul ar fi anxios.

2 = subiectul este moderat anxios.

3 = subiectul este în mod clar anxios.

4 = subiectul este foarte anxios, agitându-se și tremurând din tot corpul.

FIȘA HAS – P (ATAFUL DE PANICĂ)

Conform DSM III, atacul de panică se manifestă printr-o perioadă delimitată de frică sau teamă comportând cel puțin 4 din simptomele ce urmează în timpul fiecărui atac:

A – dispnee

B – palpitații

C – dureri sau jenă toracică

D – senzație de sufocare (strângere de gât)

E – amețeli, vertij, senzație de instabilitate

F – senzația de ireal

G – parestezii

H – bufeuri de căldură sau de frig

I – transpirații

J – impresia de leșin

K – tremurături musculare

L – frica de moarte, de a deveni nebun sau de a comite acte necontrolate

HAS – P definește criza de angoasă majoră printr-un scor de cel puțin 2 la itemul 1 și printr-un scor de cel puțin 2 la 3 din itemii următori: 2, 8, 9, 10, 13

DSM III

ITEMUL

COTA

1. Anxietate

2. Tensiune

3. Frica

4. Insomnii

5. Dificultăți de concentrare ale atenției și tulburări de memorie

6. Dispoziție depresivă

7. Simptome somatice musculare G,H

8. Simptome somatice senzoriale B,J

9. Simptome cardio-vasculare A,C,D

10. Simptome respiratorii

11. Simptome gastrointestinale

12. Simptome genito-urinare E,I

13. Simptome ale sistemului nervos autonom

14. Comportamentul în timpul interviului

NOTA GLOBALĂ:

Numărul atacurilor de panică:

Sunt criteriile DSM III satisfăcute : DA, NU

Criză majoră după HAS – P: DA, NU

FIȘA HAS – G (anxietate generalizată)

Conform DSM III, anxietatea generalizată se manifestă prin cele 4 categorii care urmează:

A – tensiune motorie

B – Tulburări neurovegetative

C – așteptare tensionată, plină de teamă

D – explorarea hipervigilentă a mediului înconjurător

HAS – G poate fi utilizată pentru a evalua cele 4 categorii (criterii). Criteriul A include itemii 2, 7 și 14. Criteriul B include itemii 9, 10, 12 și 13. Criteriul C include itemii 1 și 3. Criteriul D include itemii 4 și 5.

După DSM III, anxietatea generalizată este prezentă dacă cel puțin unul dintre itemii corespunzători pentru criteriile A, B, C și D are un scor de cel puțin 2 (adică de cel puțin un item la fiecare criteriu trebuie să aibă scorul de minim 2).

DSM III	ITEMUL	COTA
C	1.Anxietate	
A	2.Tensiune	
C	3.Frică	
D	4.Insomnii	
D	5.Dificulități de concentrare, tulburări de memorie	
	6.Dispoziție depresivă	
A	7. Simptome generale musculare	

B	8. Simptome generale senzoriale
B	9. Simptome cardiovasculare
B	10. Simptome respiratorii
B	11. Simptome gastrointestinale
B	12. Simptome genito-urinare
B	13. Simptome ale sistemului nervos autonom
A	14. Comportamentul în timpul interviului

NOTA GLOBALĂ: Sunt criteriile pentru anxietate generalizată îndeplinite:

DA, NU

SCALĂ DE ANXIETATEAMDP-AT

D. Bobon & colab., 1985

Istoric AMDP-AT-ul a fost extras din AMDP în 1985 de către D. P. Bobon și colaboratorii săi, cu scopul de a obține o scală specifică mai scurtă decât inventarul în sine, cu aplicare mai rapidă și completând bateria de scale ce însoțesc AMDP.

CONSTRUCȚIE. După revizuirea AMDP din 1981, grupul francofon a completat instrumentul cu ajutorul unor itemi care erau deficitari în versiunea germană. Două analize factoriale au pus în evidență un factor stabil: „anxietate”, astfel încât a apărut posibilitatea realizării unei scale. Autorii au utilizat un eșantion de 439 de pacienți, evaluați de 10 centre belgiene și franceze cu ajutorul AMDP 4, un inventar de 115 itemi psihopatologici (100 de itemi de bază și 15 itemi de rezervă), AMDP 5, inventar de 47 itemi somatici (40 itemi de bază și 7 itemi de rezervă) și AMDP de sindrom conținând 13 itemi corespunzători factorilor stabili care au putut fi izolați în analizele factoriale ale AMDP. 116 din acești pacienți au fost - pe de altă parte - evaluați cu ajutorul scalei de anxietate Hamilton (HAMA). Pacienții corespundeau unui larg evantai nosologic diagnosticat în conformitate cu ICD 9. O analiză în componente principale a fost efectuată pe acest eșantion după ce au fost eliminați itemii rari (prezenți în mai puțin de 5% din observații). După o rotație

Varimax, itemii a căror saturație era mai mică de, 25 au fost suprimați, ajungându-se la o rezolvare cu 13 factori: obsesii, dramatizări, anxietate, depresie, apatie-încetinire, sindroame psiho-organice, disocieri, delir, manie-agitație, ostilitate, iritabilitate, dureri somatice, sindroame neurovegetative, insomnii. Factorul „anxietate” subzistă chiar reducând numărul factorilor la 6. În rezolvările cu 5 factori, el este absorbit de factorii „depresie”, „dureri somatice”. Factorul „anxietate” din soluția cu 6 factori a fost reținut ca scală. Cei 17 itemi pe care îi conține (1-anxietate psihică resimțită, 2-anxietate somatică, 3-anticipare anxioasă, 4-tendință de dramatizare, 5-fobii, 6-anxietate în situații sociale, 7-disforie, 8-tensiune, 9-iritabilitate, 10-hiperemotivitate, 11-labilitate afectivă, 12-ambivalență afectivă, 13-agitație interioară, 14-vise/coșmaruri, 15-tulburări ale stării vitale, 16-perplexitate, 17-anxietate observată) formează un ansamblu în acord cu noțiunile clinice obișnuite. AMDP-AT este compus esențial din itemi psihopatologici, cu excepția itemului „anxietate somatică” și a celui „vise/coșmaruri”. Astfel se diferențiază net de HAMA și de scala lui Tyrer. Nu conține nici un item apropiat de depresie, cum se întâmplă frecvent în cazul scalelor de anxietate. Totodată, explorează simptome de fac parte din anxietate dar care nu sunt explorate în mod obișnuit, ca disforia, agitația internă, ambivalența și labilitatea afectivă, tendința de dramatizare. Este deci, puternic „tipizată”: mai bogată pe plan psihopatologic decât „concurrentele” sale imediate, ea acoperă cu mai puțină finețe aspectele somatice. Fiecare item este cotate cu 5 puncte, de la zero la patru, plus cotea „nu știu” care nu se folosește decât în mod excepțional.

STUDII DE VALIDARE Un studiu care comportă, în afară de AMDP-AT, scalele lui Tyrer și ale lui Covi. La ora actuală, datele existente referitoare la validitatea sa concurrentă rezultă dintr-o comparație cu HAMA. Din 116 cazuri, nota globală a AMDP-AT este corelată cu .59 la nota globală HAMA și, respectiv, cu .63 și cu .38 cu notele de anxietate psihică și de anxietate somatică ale aceleiași scale. Cele două instrumente au aceeași aptitudine de a diferenția gradele

crescătoare ale anxietății evaluate cu ajutorul scalei „sindromice” a ADMP, în ceea ce privește gradele „puțin”, „mediu”, „mult”.AMDP diferențiază greu gradele „mult” și „foarte mult” ($p=0,07$). Nu există încă rezultate referitoare la consistența internă a AMDP-AT. Amplitudinea notelor se întinde de la 0 la 68. Nota de început a fost calculată reținând-o pe cea care departajează cel mai bine pacienții anxioși de cei non-anxioși, luând nota HAMA ca și criteriu exterior. Această notă este 10. Autorii recomandă totuși utilizarea notei 20 pentru includerea într-un eseu. Această notă corespunde gradului mediu de evaluare globală.

MOD DE ADMINISTRARE. Scala este completată după un interviu semi-structurat. Sunt indicate întrebările care pot fi puse și fiecare item este explicat. Astfel, AMDP-AT poate fi completat fără ca persoana care cotează răspunsurile să aibă cunoștințe aprofundate despre sistemul AMDP. Totuși, este de preferat deținerea acestor cunoștințe.

COTARE

Prin însumarea notelor fiecărui item (0-4)

APLICAȚII

AMDP-AT a fost utilizat în mai multe studii de psihofarmacologie.

INTERESE – LIMITE

A. Interese. Interesul principal pe care îl poate suscita acest instrument rezidă în greutatea scăzută a itemilor somatici. Acest fapt ar trebui să-l recomande pentru explorarea bolnavilor somatici, pentru că în aceste cazuri există riscul ca simptomele fizice să crească în mod artificial nota globală de anxietate. În plus, scala este lipsită de itemi depresivi, ceea ce reprezintă un avantaj în ciuda covarianței clasice a itemilor depresivi și a celor de anxietate.

B. Limite. Limitele sunt determinate tot de accentul foarte mic pus pe itemii somatici, fapt care poate duce frecvent la înlocuirea sa cu instrumente mai echilibrate în condiții obișnuite, cu atât mai mult cu cât AMDP-AT este puțin mai lung decât HAMA și mult mai lung decât scala Tyrer. AMDP-AT nu abordează

inhibiția anxioasă pentru care există o scală specială WP2 (Widlocher și Pull). În fine, validarea sa nu este terminată și apare întrebarea firească dacă etalarea datelor care au fost acceptate nu este criticabilă vis-a-vis de cele acceptate pentru alte instrumente.

FIȘA HAS – P (ATACUL DE PANICĂ)

Conform DSM III, atacul de panică se manifestă printr-o perioadă delimitată de frică sau teamă comportând cel puțin 4 din simptomele ce urmează în timpul fiecărui atac:

A – dispnee

B – palpitații

C – dureri sau jenă toracică

D – senzație de sufocare (strângere de gât)

E – amețeli, vertij, senzație de instabilitate

F – senzația de ireal

G – parestezii

H – bufeuri de căldură sau de frig

I – transpirații

J – impresia de leșin

K – tremurături musculare

L – frica de moarte, de a deveni nebun sau de a comite acte necontrolate

HAS – P definește criza de angoasă majoră printr-un scor de cel puțin 2 la itemul 1 și printr-un scor de cel puțin 2 la 3 din itemii următori: 2, 8, 9, 10, 13

DSM III

ITEMUL

COTA

1. Anxietate

2. Tensiune

3. Frica

4. Insomnii
5. Dificultăți de concentrare ale atenției și tulburări de memorie
6. Dispoziție depresivă
7. Simptome somatice musculare G,H
8. Simptome somatice senzoriale B,J
9. Simptome cardio-vasculare A,C,D
10. Simptome respiratorii
11. Simptome gastrointestinale
12. Simptome genito-urinare E,I
13. Simptome ale sistemului nervos autonom
14. Comportamentul în timpul interviului

NOTA GLOBALĂ:

Numărul atacurilor de panică:

Sunt criteriile DSM III satisfăcute : DA, NU

Criză majoră după HAS – P: DA, NU

FIȘA HAS – G (anxietate generalizată)

Conform DSM III, anxietatea generalizată se manifestă prin cele 4 categorii care urmează:

A – tensiune motorie

B – Tulburări neurovegetative

C – așteptare tensionată, plină de teamă

D – explorarea hipervigilentă a mediului înconjurător

HAS – G poate fi utilizată pentru a evalua cele 4 categorii (criterii). Criteriul A include itemii 2, 7 și 14. Criteriul B include itemii 9, 10, 12 și 13. Criteriul C include itemii 1 și 3. Criteriul D include itemii 4 și 5.

După DSM III, anxietatea generalizată este prezentă dacă cel puțin unul dintre itemii corespunzători pentru criteriile A, B, C și D are un scor de cel puțin 2 (adică de cel puțin un item la fiecare criteriu trebuie să aibă scorul de minim 2).

DSM III	ITEMUL	COTA
C	1.Anxietate	
A	2.Tensiune	
C	3.Frică	
D	4.Insomnii	
D	5.Dificulțăți de concentrare, tulburări de memorie	
	6.Dispoziție depresivă	
A	7. Simptome generale musculare	
B	8. Simptome generale senzoriale	
B	9. Simptome cardiovasculare	
B	10. Simptome respiratorii	
B	11. Simptome gastrointestinale	
B	12. Simptome genito-urinare	
B	13. Simptome ale sistemului nervos autonom	
A	14. Comportamentul în timpul interviului	

NOTA GLOBALĂ:Sunt criteriile pentru anxietate generalizată îndeplinite:
DA, NU

SCALĂ DE ANXIETATEAMDP-AT

D. Bobon & colab., 1985

Istoric AMDP-AT-ul a fost extras din AMDP în 1985 de către D.P. Bobon și colaboratorii săi, cu scopul de a obține o scală specifică mai scurtă decât inventarul în sine, cu aplicare mai rapidă și completând bateria de scale ce însoțesc AMDP.
CONSTRUCȚIE. După revizuirea AMDP din 1981, grupul francofon a completat

instrumentul cu ajutorul unor itemi care erau deficitari în versiunea germană. Două analize factoriale au pus în evidență un factor stabil: „anxietate”, astfel încât a apărut posibilitatea realizării unei scale. Autorii au utilizat un eșantion de 439 de pacienți, evaluați de 10 centre belgiene și franceze cu ajutorul AMDP 4, un inventar de 115 itemi psihopatologici (100 de itemi de bază și 15 itemi de rezervă), AMDP 5, inventar de 47 itemi somatici (40 itemi de bază și 7 itemi de rezervă) și AMDP de sindrom conținând 13 itemi corespunzători factorilor stabili care au putut fi izolați în analizele factoriale ale AMDP. 116 din acești pacienți au fost - pe de altă parte - evaluați cu ajutorul scalei de anxietate Hamilton (HAMA). Pacienții corespundeau unui larg evantai nosologic diagnosticat în conformitate cu ICD 9. O analiză în componente principale a fost efectuată pe acest eșantion după ce au fost eliminați itemii rari (prezenți în mai puțin de 5% din observații). După o rotație Varimax, itemii a căror saturație era mai mică de, 25 au fost suprimați, ajungându-se la o rezolvare cu 13 factori: obsesii, dramatizări, anxietate, depresie, apatie-încetinire, sindroame psiho-organice, disocieri, delir, manie-agitație, ostilitate, iritabilitate, dureri somatice, sindroame neurovegetative, insomnii. Factorul „anxietate” subzistă chiar reducând numărul factorilor la 6. În rezolvările cu 5 factori, el este absorbit de factorii „depresie”, „dureri somatice”. Factorul „anxietate” din soluția cu 6 factori a fost reținut ca scală. Cei 17 itemi pe care îi conține (1-anxietate psihică resimțită, 2-anxietate somatică, 3-anticipare anxioasă, 4-tendință de dramatizare, 5-fobii, 6-anxietate în situații sociale, 7-disforie, 8-tensiune, 9-iritabilitate, 10-hiperemotivitate, 11-labilitate afectivă, 12-ambivalență afectivă, 13-agitație interioară, 14-vise/coșmaruri, 15-tulburări ale stării vitale, 16-perplexitate, 17-anxietate observată) formează un ansamblu în acord cu noțiunile clinice obișnuite. AMDP-AT este compus esențial din itemi psihopatologici, cu excepția itemului „anxietate somatică” și a celui „vise/coșmaruri”. Astfel se diferențiază net de HAMA și de scala lui Tyrer. Nu conține nici un item apropiat de depresie, cum se întâmplă frecvent în cazul scalelor de anxietate. Totodată,

explorează simptome de fac parte din anxietate dar care nu sunt explorate în mod obișnuit, ca disforia, agitația internă, ambivalența și labilitatea afectivă, tendința de dramatizare. Este deci, puternic „tipizată”: mai bogată pe plan psihopatologic decât „concurrentele” sale imediate, ea acoperă cu mai puțină finețe aspectele somatice. Fiecare item este cotate cu 5 puncte, de la zero la patru, plus cota „nu știu” care nu se folosește decât în mod excepțional.

STUDII DE VALIDARE Un studiu care comportă, în afară de AMDP-AT, scalele lui Tyrer și ale lui Covi. La ora actuală, datele existente referitoare la validitatea sa concurrentă rezultă dintr-o comparație cu HAMA. Din 116 cazuri, nota globală a AMDP-AT este corelată cu .59 la nota globală HAMA și, respectiv, cu .63 și cu .38 cu notele de anxietate psihică și de anxietate somatică ale aceleiași scale. Cele două instrumente au aceeași aptitudine de a diferenția gradele crescătoare ale anxietății evaluate cu ajutorul scalei „sindromice” a ADMP, în ceea ce privește gradele „puțin”, „mediu”, „mult”. ADMP diferențiază greu gradele „mult” și „foarte mult” ($p=0,07$). Nu există încă rezultate referitoare la consistența internă a AMDP-AT. Amplitudinea notelor se întinde de la 0 la 68. Nota de început a fost calculată reținând-o pe cea care departajează cel mai bine pacienții anxioși de cei non-anxioși, luând nota HAMA ca și criteriu exterior. Această notă este 10. Autorii recomandă totuși utilizarea notei 20 pentru includerea într-un eseu. Această notă corespunde gradului mediu de evaluare globală.

MOD DE ADMINISTRARE. Scala este completată după un interviu semi-structurat. Sunt indicate întrebările care pot fi puse și fiecare item este explicat. Astfel, AMDP-AT poate fi completat fără ca persoana care cotează răspunsurile să aibă cunoștințe aprofundate despre sistemul AMDP. Totuși, este de preferat deținerea acestor cunoștințe.

COTARE

Prin însumarea notelor fiecărui item (0-4)

APLICAȚII

AMDP-AT a fost utilizat în mai multe studii de psihofarmacologie.

INTERESE – LIMITE

A. Interese. Interesul principal pe care îl poate suscita acest instrument rezidă în greutatea scăzută a itemilor somatici. Acest fapt ar trebui să-l recomande pentru explorarea bolnavilor somatici, pentru că în aceste cazuri există riscul ca simptomele fizice să crească în mod artificial nota globală de anxietate. În plus, scala este lipsită de itemi depresivi, ceea ce reprezintă un avantaj în ciuda covarianței clasice a itemilor depresivi și a celor de anxietate.

B. Limite. Limitele sunt determinate tot de accentul foarte mic pus pe itemii somatici, fapt care poate duce frecvent la înlocuirea sa cu instrumente mai echilibrate în condiții obișnuite, cu atât mai mult cu cât AMDP-AT este puțin mai lung decât HAMA și mult mai lung decât scala Tyrer. AMDP-AT nu abordează inhibiția anxioasă pentru care există o scală specială WP2 (Widlocher și Pull). În fine, validarea sa nu este terminată și apare întrebarea firească dacă etalarea datelor care au fost acceptate nu este criticabilă vis-a-vis de cele acceptate pentru alte instrumente.

SCALA DE ANXIETATE AMDP-AT

D. BOBON & Co., 1985

Nume _____ Prenume _____

Sex _____, Vîrstă _____, Data _____

Examinator _____ (0-deloc, 1-puțin, 2-mediu, 3-mult, 4-foarte mult, 5-nu știu) 0 1 2 3 4 5

Anxietate psihică resimțită

Sunteți neliniștit, anxios, îngrijorat ?

2. Anxietate somatică

Aceasta se manifestă în plan fizic? (palpitații, nod în gât etc.) Ce vă provoacă anxietatea?

3. Anticipare anxioasă

Există impresia că lucrurile vor merge rău? Că vor urma nenorociri? Teamă de viitor?

4. Tendința de a dramatiza

Cele mai mici contradicții/nemulțumiri ale vieții? Aveți tendința de a exagera orice?

5. Fobii

Există anumite lucruri sau situații, bine precizate, față de care aveți o teamă irațională, nemăsurată? (de ex. a fi într-un ascensor, pe stradă; câini, obiecte ascuțite etc.)

6. Anxietate în situații sociale

Faptul că vă aflați în public? Să vorbiți, să mâncați, să roșiți în public? Să întâlniți străini?

7. Disforie

Vă aflați adesea într-o stare de proastă dispoziție, de nemulțumire?

8. Tensiune

Vă simțiți crispat(ă), tensionat(ă)?

9. Iritabilitate

Sunteți nervos, iritat ?

10. Hiperemotivitate

Sunteți emotiv, hipersensibil?

11. Labilitate emotivă

Aveți o stare schimbătoare? Treceți ușor de la răs la lacrimi, de exemplu?

12. Ambivalență afectivă

Vi se întâmplă să simțiți în același moment și față de aceeași persoană, sentimente contrare, ca de exemplu, dragoste și ură?

13. Agitație interioară

Vă simțiți agitat în interior ?

14. Vise/coșmaruri

Somnul dumneavoastră e tulburat de coșmaruri?

15. Tulburări ale stării vitale

Cum vă simțiți fizic?

16. Perplexitate, nedumeriri

De observat confuzia pacientului față de sine, față de situația sa, față de tot ce-l înconjoară, viitorul său etc. Se întreabă ce se întâmplă, ce trebuie să gândească, să facă. Nu se cotează aici perplexitatea cognitivă, indecizia

17. Anxietatea observată _____

Anexa 3

Stres posttraumati

Horowitz
Penn

SCALA IMPACTULUI EVENIMENTELOR (HOROWITZ)

Urmează o listă de comentarii pe care oamenii le fac după evenimente stresante. Vă rog să verificați fiecare item, indicînd cît de frecvent aceste comentarii au fost adevărate pentru dumneavoastră în timpul ultimelor 7 zile. Dacă nu au apărut în această perioadă, vă rog marcați în coloana “deloc”.

Deloc	Rar experiențială	Deloc experiențială	Adesea experienția lă
0	1	2	3

1. Mă gîndeam la evenimentul stresant cînd nu vroiam acest lucru
2. Evitam să fiu supărat cînd mă gîndeam la el sau cînd mi-l aminteam
3. Încercam să mi-l scot din memorie
4. Aveam probleme cînd trebuia să dorm
5. Aveam sentimente puternice în legătură cu evenimentul
6. Visam evenimentul
7. Încercam să stau departe de eveniment
8. Simțeam că nu s-a întîmplat sau că nu a fost real
9. Încercam să nu vorbesc despre el
10. Imagini ale evenimentului mă invadau
11. Alte lucruri mi-l aminteau
12. Eram conștient că încă mai am multe sentimente în legătură cu el, dar nu încercam să-l rezolv
13. Încercam să nu mă gîndesc la el
14. Orice amintire îmi înapoia sentimentele legate de eveniment
15. Sentimentele mele erau amorțite

NOTĂ:

- componente de intruziune: 1, 4, 5, 6, 10, 11, 14

- componente de evitare: 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13, 15

HAMMARBERG'S PENN INVENTORY

Numele _____, Data _____

În acest chestionar sunt grupuri de afirmații. Vă rog să citiți fiecare grup cu atenție, apoi să extrageți afirmația din fiecare grup care descrie cel mai bine modul în care v-ați simțit în timpul săptămânii trecute, inclusiv azi ! Încercuiți numărul de lângă afirmația pe care ați ales-o. Asigurați-vă că ați citit toate afirmațiile din fiecare grup înainte de a face alegerea.

1). 0 - Nu mă simt foarte diferit de majoritatea oamenilor de vârsta mea.

1 - Mă simt întrucîtva diferit decît majoritatea oamenilor de vârsta mea.

2 - Mă simt atît de diferit decît majoritatea oamenilor de vârsta mea, încît aleg cu cine sunt și cînd.

3 - Mă simt total înstrăinat de majoritatea oamenilor de vârsta mea, astfel încît stau departe de ei cu orice preț.

2). 0 - Îmi pasă tot atît de mult de consecințele a ceea ce fac, ca și majorității oamenilor.

1 - Îmi pasă mai puțin de consecințele a ceea ce fac decît majorității oamenilor.

2 - Îmi pasă mult mai puțin de consecințele a ceea ce fac, decît majorității oamenilor.

3 - Adesea gîndesc "Dă-le încolo de consecințe!", pentru că nu-mi pasă de ele deloc.

3). 0 - Când vreau să mă distrez pot să găsesc pe cineva cu care s-o fac, dacă vreau.

1 - Sunt capabil să fac ceva pentru a mă distra, chiar dacă nu găsesc pe cineva cu care s-o fac.

2 - Îmi pierd interesul în a face ceva pentru a mă distra, când nu am pe nimeni cu care s-o fac.

3 - Nu mă interesează să fac ceva pentru a mă distra când nu am cu cine.

4). 0 - Rar mă simt nervos.

1 - Uneori mă simt nervos.

2 - Adesea mă simt nervos.

3. Mă simt nervos tot timpul.

5). 0 - Știu pe cineva lângă mine care într-adevăr mă înțelege.

1 - Nu sunt sigur că există cineva lângă mine care într-adevăr mă înțelege.

2 - Sunt îngrijorat pentru că nimeni de lângă mine nu pare că mă înțelege.

3 - Sunt extrem de tulburat că nimeni de lângă mine nu mă înțelege deloc.

6). 0 - Nu mi-e teamă să-mi arăt mânia, pentru că nu este mai bună sau mai rea decât a altora.

1 - Uneori mi-e teamă să-mi arăt mânia pentru că se accelerează mai mult decât a altor oameni.

2 - Adesea mi-e teamă să-mi arăt mânia pentru că se poate transforma în violență.

3 - Mi-e atât de teamă să devin violent, încât nu-mi permit să îmi exprim vreodată mânia

7). 0 - Nu am traume trecute care să mă facă anxios.

1 - Când ceva îmi amintește de traumele mele trecute mă simt anxios, dar pot să le tolerez.

2 - Când ceva îmi amintește de traumele mele trecute mă simt foarte anxios, dar pot utiliza căi speciale pentru a le tolera.

3 - Cînd ceva îmi amintește de traumele mele trecute, mă simt atât de anxios încît cu greu le pot suporta și nu am nici o cale de a le tolera.

8). 0 - Nu am reexperiențiat un flashback (revenire) la evenimente traumatice “ca și cum s-ar fi petrecut din nou”.

1 - Am reexperiențiat un flashback (revenire) la evenimente traumatice “ca și cum aș fi fost din nou acolo”, pentru cîteva minute sau mai puțin.

2 - Reexperiențierea unei reveniri la un eveniment traumatic uneori a durat o bună parte dintr-o oră.

3 - Reexperiențierea unei reveniri la un eveniment traumatic adesea a durat o oră sau mai mult.

9). 0- Sunt mai puțin ușor de distras decît altădată.

1 - Sunt tot atît de ușor de distras ca și altădată.

2 - Sunt mai ușor de distras decît altădată.

3 - mă simt distras tot timpul.

10). 0- Viața mea spirituală îmi furnizează mai multă semnificație decît obișnuiam.

1 - Viața mea spirituală îmi furnizează tot atîtea semnificații ca și altădată.

2 - Viața mea spirituală îmi furnizează mai puțină semnificație decît în mod obișnuit.

3 - Nu-mi pasă de viața mea spirituală.

11). 0 - Mă pot concentra mai bine decît altădată.

1 - Mă pot concentra tot atît de bine ca și altădată.

2 - Nu mă pot concentra tot atît de bine ca și atunci cînd obișnuiam să o fac.

3 - Nu mă pot concentra deloc.

12). 0 - Am vorbit unui prieten sau unui membru de familie despre părțile importante ale majorității experiențelor traumatice.

1 - Sunt atent în alegerea părților din experiențele traumatice pe care le spun prietenilor sau membrilor de familie.

2 - Unele părți ale experiențelor traumatice sunt atât de greu de înțeles că aproape nu vorbesc nimănui despre ele.

3 - Nimeni nu poate înțelege experiențele traumatice cu care trebuie să trăiesc.

13). 0 - În general, nu am coșmaruri.

1 - Coșmarurile mele sunt mai puțin problematice decât erau altădată.

2 - Coșmarurile mele sunt tot atât de problematice ca și altădată.

3 - Coșmarurile mele sunt mai problematice decât altădată.

14). 0 - Nu mă simt confuz în legătură cu viața mea.

1 - Mă simt mai puțin confuz în legătură cu viața mea decât altădată.

2 - Mă simt tot atât de confuz în legătură cu viața mea ca și altădată.

3 - Mă simt mai confuz în legătură cu viața mea ca și altădată.

15). 0 - Mă cunosc mai bine decât altădată.

1 - Mă cunosc tot atât de bine ca și altădată.

2 - Nu mă cunosc tot atât de bine ca și altădată.

3 - Simt că de fapt nu știu cine sunt.

16). 0 - Știu mai multe căi de a-mi controla sau reduce mânia decât majoritatea oamenilor.

1 - Știu tot atâtea căi de a-mi controla sau reduce mânia ca și majoritatea oamenilor.

2 - Știu mai puține căi de a-mi controla sau reduce mânia decât majoritatea oamenilor.

3 - Nu cunosc căi de a-mi controla sau reduce mânia.

17). 0 - Nu am experiențiat o traumă majoră în viață.

1 - Am experiențiat una sau mai multe traume de intensitate limitată.

2 - Am experiențiat traume supărătoare și foarte intense.

3 - Traumele pe care le-am experiențiat au fost atât de intense încât părți din ele mă invadează, fără să mă atenționeze.

18). 0 - Sunt capabil să aranjez lucrurile pentru a-mi atinge scopurile.

1 - Sunt capabil să aranjez lucrurile pentru a-mi atinge unele scopuri.

2 - Scopurile mele nu sunt clare.

3 - Nu știu cum să-mi aranjez lucrurile pentru a-mi atinge scopurile.

19). 0 - Sunt capabil să-mi concentrez atenția pe sarcini, în ciuda unor gânduri nedorite

1 - Când gânduri nedorite îmi vin în minte sunt capabil să le recunosc și apoi să îmi recentrez atenția pe sarcini.

2 - Am dificultăți în a elimina gândurile nedorite și nu știu cum să îmi recentrez atenția pe sarcini.

3 - Niciodată nu sunt capabil să elimin gândurile nedorite.

20). 0 - Realizez majoritatea lucrurilor pe care le vreau.

1 - Realizez multe lucruri pe care le doresc.

2 - Realizez unele lucruri din cele pe care le doresc.

3 - Realizez puține lucruri din cele pe care le doresc.

21). 0 - Dorm tot atât de bine ca și altădată.

1 - Nu dorm tot atât de bine ca și altădată.

2 - Mă trezesc mai frecvent sau mai devreme decât altădată și am dificultăți în a readormi.

3 - Adesea am coșmaruri sau mă trezesc mult mai devreme (cu câteva ore) decât în mod obișnuit și apoi nu mai pot să adorm.

22). 0 - Nu am probleme în a-mi reaminti lucrurile pe care trebuie să le știu.

1 - Am mai puține probleme decât altădată în a-mi reaminti lucrurile pe care trebuie să le știu.

2 - Am aproape aceleași probleme ca și altădată în a-mi reaminti lucrurile pe care trebuie să le știu.

3 - Am mai multe probleme decât altădată în a-mi reaminti lucrurile pe care trebuie să le știu.

23). 0 - Scopurile mele sunt mai clare decît erau înainte.1 - Scopurile mele sunt tot atît de clare ca și altădată.2 - Scopurile mele nu sunt tot atît de clare ca și altădată.3 - Nu știu care sunt scopurile mele.

24). 0 - În mod obișnuit sunt capabil să-mi șterg din memorie amintirile neplăcute.

1 - Uneori o amintire neplăcută îmi revine, dar pot s-o modific, s-o înlocuiesc sau s-o dau deoparte.

2 - Când amintirile neplăcute mă invadează, nu știu cum să scap de ele.

3 - Mi-e teamă că înnebunesc pentru că amintirile neplăcute se păstrează în memorie.

25). 0 - În mod obișnuit mă simt înțeleș de alții.

1 - Uneori nu mă simt înțeleș de alții.

2 - Majoritatea timpului nu mă simt înțeleș de alții.

3 - Nimeni nu mă înțeleșe deloc.

26). 0 - Nu am pierdut nimic sau pe nimeni drag mie.

1 - Am fost îndoliat (mâhnit) pentru acei pe care i-am pierdut și acum pot să merg mai departe.

2 - Încă nu mi-a trecut mâhnirea (doliul) pentru cei pe care i-am pierdut.

3 - Durerea pierderii mele este atît de mare încît nu pot să mai plâng și nu știu cum să o iau de la început.

17 itemi, 0 - 52 valori)

Denumirea scalei: Scala de depresie Hamilton (17 itemi)

Autor: M. Hamilton

Domenii de aplicație:

Această scală este o măsură a depresiei și cuprinde 17 itemi, cotați pe 3-5 grade și apare ca fiind un bun indicator al intensității globale a sindromului

depresiv, suficient de sensibilă pentru a aprecia schimbarea sub tratament antidepressiv. Scala include itemi de evaluare a componentelor cognitive, comportamentale dar mai ales somatice.

Această scală este o scală în care se iau în considerație toate observațiile asupra stării curente mentale a pacientului. Acestea pot fi suplimentate cu un interviu; sunt reproduse câteva din aceste întrebări standard.

Scala nu poate fi folosită pentru a stabili un diagnostic, dar poate fi folosită pentru evaluare a gradului de severitate la pacienții la care depresia a fost deja diagnosticată. Itemii sunt cotați de evaluator în timpul interviului, scorul total (de la 0-100) reprezintă suma scorurilor date de 2 evaluatori sau dublarea scorului unuia din ei. A devenit mai des utilizat sistemul de raportare a scorului unui evaluator la punctajul maxim de 50 și de a se interpreta scorul de 14 sau mai mult ca fiind un indiciu al depresiei care justifică tratamentul și scorul de 6-7 sau mai puțin ca fiind un indiciu al remisei (Ziegler, 1976, Knesevich, 1977). Hamilton (1982) sugera că atunci când scorul HRS(D) a fost redus la o treime sau chiar mai puțin din valoarea acestuia înainte de tratament se poate spune că pentru pacient tratamentul a avut succes.

Utilizare: Este folosită de evaluator după conversația cu pacientul. Numărul de întrebări directe trebuie să fie minim și întrebările puse sub o formă pozitivă sau negativă în caz de necesitate (Dormiți bine? Dormiți rău?)

Cotare: Este suficientă însumarea scorurilor obținute la diferiți itemi. Date normative: Se consideră că este necesar un scor de cel puțin 18 pct. pentru a vorbi de o depresie moderată; $m=42,9$ în debutul tratamentului la depresiile severe. Întindere: 0 – 52

Validare: Analiza funcțională a lui M. Hamilton a pus în evidență 3 factori principali: încetinire, apatie; simptome somatice; anxietate. Validitatea de conținut este de 0.84-0.90 și prezintă corelații ridicate cu alte scale inclusiv scale de autor mărire (pentru detalii vezi Rehm 1981)

Fobii, compulsii, obsesii:

Cottraux

Marks & Matthews

Marks

Atitudini disfuncționale

Deznădejde

Scala de lentoare

Psihodrama

Evaluarea clinică

Ana-Maria MOGA

EVALUARE: FOBII, PANICĂ, ANXIETATE DIFUZĂ J. Cottraux

ISTORIC ȘI PREZENTARE Această scală derivă din două surse.

1. Scalele care măsoară simptomele-țintă ale fobiei, puse la punct de Marks și colaboratorii (1977), traduse și adaptate în franceză (Cottraux, 1979, Bouvard și Legeron, 1985)

2. Criteriile de atacuri de panică descrise în DSM-III R (1987). O primă versiune a scalei corespunzătoare cu DSM-III (1980) a fost publicată (Cottraux, Bouvard și Legeron, 1985). Prezentăm aici scala în varianta sa actuală, care corespunde criteriilor DSM-III R (1987).

CONSTRUCȚIE

Pentru evaluarea fobiilor, am înregistrat scalele de simptome fobice țintă publicate de Marks și colab. (1977). Au fost testate mai multe prezentări scrise referitoare la ceea ce este un atac de panică și anxietatea generalizată pe un număr de 50 de pacienți fobici cu ameliorare progresivă.

Scala a fost ulterior utilizată pentru a măsura modificările terapeutice ale subiecților fobici (agorafobie, fobii sociale și fobii simple) sau obsesivi, în cursul terapiei comportamentale.

Este vorba de o scală care este:- cantitativă:

- permite măsurarea a trei dimensiuni: fobii, atacuri de panică, anxietate difuză. Măsurătoarea se referă la săptămâna trecută.

- calitativă: permite verificarea faptului că pacientul prezintă criteriile DSM-III R referitoare la tulburările de panică. Măsurătoarea se referă la luna care a trecut.

STUDIUL DE VALIDARE.

O validare convergentă a părții de „fobii” a scalei a fost realizată la pacienți agorafobici și fobici sociali. Corelații semnificative au fost găsite la

scorurile chestionarului stărilor de frică, acesta fiind validat în versiunile sale engleză și franceză.

La 34 fobici sociali s-a găsit o corelație de .41 ($p < .01$) între scorul de fobii sociale ale chestionarului de temeri și scorul obținut la fobia principală pe scala prezentă.

La 45 de agorafobici s-a găsit o corelație de .51 ($p < .01$) între scorul agorafobiei din chestionarul de temeri și scorul fobiei principale pe scala prezentă. Scala este sensibilă la modificările terapeutice în ceea ce privește scorurile fobiilor, panicii și anxietății difuze la 81 subiecți agorafobici cu atacuri de panică, tratați prin terapie cognitiv-comportamentală (Cottraux, 1986). Scala este sensibilă și la efectele chimioterapiei antidepresive (Ansseau, 1989).

MOD DE APLICARE Este vorba despre un instrument care poate fi folosit ca o scală de auto - sau de heteroevaluare. O prezentare adecvată joacă un rol important pentru o înțelegere bună din partea subiectului. Examinatorul trebuie să aibă la început un interviu cu subiectul pentru a preciza cele trei tipuri de anxietate pe care acesta le poate prezenta. Aceste tipuri de anxietate sunt adesea percepute într-o manieră globală de către subiect, ca o indispoziție generală sau ca o boală fizică. Examinatorul și subiectul definesc împreună cele 2 situații fobogene principale care reprezintă un handicap (astfel încât transformarea lor prin terapie ar modifica considerabil viața subiectului). Aceste situații trebuie stabilite imediat, înainte ca subiectul însuși să coteze itemii fobie I și fobie II. Dacă scala este utilizată pentru autoevaluare, examinatorul trebuie să-i explice subiectului ceea ce se înțelege prin panică, anxietate generalizată, înainte ca acesta să coteze itemii corespunzători. Dacă scala este utilizată pentru heteroevaluare, examinatorul trebuie, în plus, să citeze frazele corespunzătoare ale scalei pentru fobii, atacuri de panică, anxietate generalizată și, eventual, să dea câteva explicații dacă acestea sunt cerute de către subiect.

COTARE

Șapte scoruri pot fi derivate din această scală:

- 1). Fobie I (întindere 0 - 8)
- 2). Fobie II (întindere 0 - 8)
- 3). Scor mediu al fobiilor I și II (întindere 0 - 8)
- 4). Frecvența atacurilor de panică (întindere 0 - 8)
- 5). Numărul simptomelor de panică în sensul DSM-III R (întindere 0 - 13)
- 6). Intensitatea anxietății generalizate (întindere 0 - 8)

7). Scor global de anxietate: poate fi obținut prin însumarea scorului mijlociu al fobiilor I și II cu frecvența atacurilor de panică și cu intensitatea anxietății generalizate (întindere 0 - 24).

Doi itemi calitativi permit cunoașterea prezenței sau absenței la subiect a criteriilor DSM-III R referitoare la panică.

APLICAȚII

Această scală a fost utilizată în țările anglo-saxone și în Franța pentru măsurarea repetată a trei tipuri de anxietate în cursul evaluării tratamentelor comportamentale sau chemoterapeutice. Nu a fost utilizată în epidemiologie unde chestionarul de temeri este fără îndoială mai adaptat.

INTERESE – LIMITE

Avantajul acestei scale este simplitatea sa și ușurința cu care se administrează: este completată în mai puțin de 5 minute. Totuși, trebuie subliniat faptul că o înțelegere deplină a celor 3 tipuri de anxietate și a delimitării lor trebuie să existe pentru pacient și pentru examinator, ceea ce nu este întotdeauna ușor datorită dificultății practice și teoretice de a face distincția între anxietate - panică și anxietate generalizată.

Doar fragmentul “fobii” al scalei a primit până acum o validare concurrentă. În fine, Este vorba de o măsurare „ipsativă” a comportamentului fobic: fiecare

subiect este confortabil cu sine însuși, pentru că sunt definite împreună cu el comportamentele-țintă sau situațiile fobogene care-i sunt specifice.

Este, deci, preferabil de completat această măsurătoare cu chestionarul de temeri care conține 15 itemi fobici standardizați, regrupați în trei grupe: agorafobie, fobie de sânge și de răni și fobii sociale. Chestionarul de temeri și scala „Fobii, panică, și anxietate difuză” sunt complementare în evaluare a anxietății.

EVALUARE: FOBII, PANICĂ, ANXIETATE DIFUZĂ J. COTTRAUX

NUME _____, PRENUME _____

SEX _____, VÂRSTĂ _____, DATA _____

FOBII

De definit împreună cu subiectul cele două situații fobogene principale. Vindecarea lor va schimba considerabil viața subiectului.

Fobia

I _____

Fobia

II _____

Evaluați intensitatea neliniștii dvs. și gradul dvs. de evitare în cazul fobiilor I și II, marcând un X în căsuța corespunzătoare. Utilizați scala centrală (de la 0 la 8). Nu marcați decât un singur X pe scală pentru fiecare dintre cele două fobii.

Fobia I		Fobia II	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nici o indispoziție în această situație	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mă simt neliniștit, dar nu evit situația	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

		Îmi este destul de frică și am tendința de a evita situația		
		Îmi este frică de situație și o evit pe cât posibil		
		Îmi este foarte frică de situație și o evit întotdeauna		

ATAAC SPONTAN DE PANICĂ

1). Ați resimțit săptămîna trecută atacuri spontane de panică în care să vă fi simțit dintr-odată terorizat(ă) fără vreun motiv aparent. Aceste atacuri survin în afara situațiilor pe care dvs. le evitați de obicei. Ele sunt de scurtă durată: 1 min - 2 ore (maximum). Intensitatea maximă este atinsă în mai puțin de 6 minute.

Marcați dedesubt

Niciodată		
Cel puțin o dată		
Câteodată		
O dată pe zi		
De mai multe ori pe zi		

În timpul acestor atacuri de panică ați simțit următoarele fenomene:

	Respirație întreruptă, sufocare	A	U
	Neatenție, instabilitate, leșin		

	Palpitații, puls accelerat		
	Tremurături sau secuse musculare		
	Transpirație		
	Senzația de a fi sugrumat		
	Greață sau jenă abdominală		
	Stranietate, irealitate a sinelui sau a lumii exterioare		
	Amorțeală, ațipire		
0	Căldură, frisoane, cald-frig		
1	Durere, jenă toracică		
2	Teama de moarte		
3	Teama de a înnebuni sau de a comite un act necontrolat		
	TOTAL „DA”		

3). Ați simțit asemenea atacuri spontane de panică de cel puțin 4 ori în ultimele 4 săptămâni? Marcați căsuța corespunzătoare. DA NU

--	--

4). Cel puțin unul dintre aceste atacuri a fost urmat de o perioadă de cel puțin o lună de frică persistentă că va urma un alt atac ? Marcați căsuța respectivă:DA NU

--	--

ANXIETATE GENERALIZATĂ

În ce grad ați simțit constant o neliniște, o tensiune, o insomnie, o lipsă de concentrare sau agitație în cursul ultimei săptămîni ? Nu notați aici fobiile, ritualurile, panicule, ci anxietatea prezentă în mod constant: „zgomotul de fond al anxietății”.

Marcați dedesubt:

Problemă ușoară		
Problemă moderată		
Problemă severă		
Handicap sever		

CHESTIONAR DE EVALUARE A FRICII AUTO-EVALUAREA FOBILOR

Autori MARKS și MATTEWS

ISTORIC ȘI PREZENTARE

Chestionarul derivă dintr-unul mai extins, aplicat la subiecți aparținând unui club englez pentru persoane cu fobii. O versiune redusă a acestui chestionar a fost testată pe 171 pacienți de la Spitalul Maudsley. Un chestionar paralel a fost aplicat persoanelor fobice la Oxford.

MOD DE CONSTRUIRE Este vorba de un chestionar care conține două părți:

1). O parte „descriptivă”. Itemul 1 permite subiectului să descrie și să evalueze (de la 0 la 8) principala fobie pe care vrea să o trateze.

Itemul 17 permite adăugarea unei fobii care nu figurează pe lista celor 15 fobii (itemii 2 -16).Astfel, se poate lua în considerare o fobie simplă care nu e nici o fobie la sânge sau răni.

În același fel, itemul 23 permite descrierea și evaluarea tuturor sentimentelor dezagreabile resimțite de pacient în afara celor 5 itemi ai scalei anxietate-depresie.

2). O parte „normativă”. Ea este formată din itemii închiși, regrupați în trei părți:

a). o scală a fobiei formată din 15 itemi (0 - 120) subdivizați în:

- 5 itemi ai agorafobiei (AG) - itemii 5, 6, 8, 12, 15 (0 - 40);

- 5 itemi ai fobiei față de sânge sau răni (R) - itemii 2, 4, 10, 13, 16 (0 -40);

- 5 itemi ai fobiei sociale (S) - itemii 3, 7, 9, 11, 14, (0 - 40).

b). o scală de anxietate-depresie (0 - 40): itemii 18 până la 22. Acești itemi permit evaluarea în special a stărilor de panică (itemul 20), a depresie (itemul 18), depersonalizarea (itemul 22).

c). o scală ce măsoară jena consecutivă unui comportament fobic (0 - 8).

STUDII DE VALIDARE Trei analize factoriale au fost efectuate plecând de la aceste trei eșantionări și s-a obținut izolarea a 4 factori: trei factori fobici: agorafobia, fobia socială, fobia la afecțiuni ale țesuturilor și un factor de anxietate-depresie. O simplificare a acestui chestionar a fost efectuată, conservând numai factorii cu o pondere crescută, obținându-se versiunea actuală a chestionarului de către Marks (1977) și Marks și Mathews (1979).Traducerea franceză a fost realizată de către J. Cottraux (Cottraux, Bouvard, Legeron, 1985). Un studiu de validare și analiză factorială a fost publicat (Cottraux, Bouvard, Messy, 1987). A fost realizat pe patru grupe de subiecți: agorafobici, persoane cu fobie socială, obsesionali și grupul de control. Versiunea franceză arată că este vorba de o scală validă, sensibilă la schimbarea terapeutică. Scorul anxietate-depresie nu

diferențiază grupele patologice între ele, dar le opune grupului de control. Chestionarul discriminează cu dificultate persoanele cu fobii sociale de cele obsesionale, punând astfel o problemă nosografică: obsesionalii nu prezintă în aceeași măsură trăsături psihologice comune cu ale persoanelor cu fobii sociale. Analiza comportamentelor principale permite izolarea a patru factori suprapozabili cu cei ai versiunii engleze:1). Anxietate-depresie și panică (31% din variația explicată) 2). Sânge și răni (7,6%)3). Agorafobie (6%)4). Fobie socială (5,5%) Sub scalele fobiei sociale și agorafobiei permit discriminarea pacienților cu fobii, conform DSMIII (Cottraux și alții, 1987 - Van Zuuren, 1988).

MOD DE APLICARE

Este vorba de o scală de auto-evaluare care este prezentată pacientului în forma anexată. Dacă este necesar, câteva explicații complementare asupra chestionarului pot fi oferite pacientului, dar în cea mai mare parte a cazurilor prezentarea în forma scrisă a instrucțiunilor este suficientă.

COTAREA

Fiecare item fobic este cotate cu cifre de la 0 la 8 în ceea ce privește evitarea și angoasa resimțită, deși într-un studiu preliminar s-a obținut o corelație foarte ridicată între evitare și angoasă: din această cauză nu mai apare ca utilă o distincție între cele două dimensiuni ale comportamentului fobic (Marks și Mathews, 1979). Aceasta explică instrucțiunile oferite pacientului pentru completarea scalei ce evaluează comportamentul fobic.

Segmentarea permite individualizarea a 7 scoruri:

- 1). Scorul total al fobiilor (itemii de la 1 la 17) cuprins între 0 și 136
- 2). Sub-totalul fobiilor: regrupând itemii închiși (de la 2 la 16) măsurăm agorafobia (AG), fobia la sânge și răni (R) și fobia socială (S): cuprins între 0 și 120. Prezentarea grupată a întrebărilor chestionarului permite individualizarea următoarelor trei scoruri.
- 3). Scorul agorafobiei: cuprins între 0 – 40

4). Scorul fobiei față de sânge și răni: cuprins între 0 – 40

5). Scorul fobiei sociale: cuprins între 0 – 40

6). Scorul total al anxietății și depresiei obținut prin adăuția scorurilor realizate la itemii 18-22: cuprins între 0 – 40

7). Scorul global al jenei resimțite ca urmare a unui comportament fobic (itemul 24):cuprins între 0 - 8.

În practică, de cele mai multe ori, scorul agorafobiei, al fobiei față de sânge și răni organice, al fobiei sociale și al anxietății-depresiei sunt singurele de care se ține cont.

APLICAȚII

Chestionarul de evaluare a fricii este utilizat pentru a măsura diferitele dimensiuni ale comportamentului fobic, nu numai la subiecții cu fobii, ci pentru ansamblul problemelor psihopatologice.

Ușurința aplicării și validarea dovedită fac din acest chestionar un instrument epidemiologic foarte ușor de utilizat.

Până acum au fost mai mult studiate scorurile agorafobiei, fobiei la sânge și la răni organice, fobiei sociale, de asemenea, scorul global al anxietății-depresiei pentru a evalua efectul tratamentelor comportamentale sau farmacologice.

AVANTAJE – LIMITE

Cum am văzut, chestionarul este un instrument precis, ușor de mânăuit, acceptat de cercetările asupra anxietății unde tulburările sunt, în general, multimodale. Chestionarul nu permite măsurarea cu multă precizie a atacurilor de panică, ceea ce face “Scala fobie, panică, anxietate” realizată de Cottraux. Gruparea anxietate-depresie poate fi observată în tulburările timice, anxietatea generalizată sau în de personalizare – de realizare. Se cuvine deci a-i asocia măsurarea ad-hoc a depresiei și atacurilor de panică. Bibliografie: Cottraux, J, Bouvard, M și Legeron, P - Metode și scale de evaluare a comportamentului

CHESTIONAR DE EVALUARE A FRICII AUTO-EVALUAREA FOBIILOR

Autori Marks și Matthews

NUME _____, PRENUME _____

SEX _____, VÂRSTĂ _____, DATA _____

1). Alegeți o cifră din scala de mai jos: ea vă permite să codificați punctul de la care evitați, datorită fricii (sau a unor senzații sau sentimente dezagreabile) fiecare dintre situațiile enumerate mai jos. Apoi scrieți numărul ales în căsuța corespunzătoare fiecărei situații.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nu o evit ați		o evitați		uneori o evitați des		o evitați f. des		o evitați întotdeauna
1.	Principala fobie pe care vreți să o tratați (descrieți-o în felul dumneavoastră, cotați-o cu cifre de la 0 la 8							
2.	Injecții și intervenții chirurgicale minime							
3.	A mânca și a bea cu ceilalți							
4.	A merge la spital							
5.	A face singur(ă) călătorii cu autobuzul sau cu mașina							
6.	A vă plimba singur(ă) pe străzi							
7.	A fi privit(ă) insistent de cineva							
8.	A merge într-un magazin plin de lume							
9.	A vorbi cu superiorii ierarhici sau cu persoanele ce exercită o autoritate							
10.	A vedea sânge							
11.	A fi criticat(ă)							
12.	A pleca singur(ă) departe de casă							
13.	A gândi că puteți fi rănit(ă) sau bolnav(ă)							

14.	A vorbi sau a acționa în public	
15.	Marile spații vide	
16.	A merge la dentist	
17.	Alte situații care vă provoacă frica și pe care le evitați (descrieți-le și cotați-le cu cifre de la 0 la 8)	

NU COMPLETAȚI

AG R S

Suma parțială

TOTAL

2). Alegeți din scala următoare o cifră care arată la ce nivel de suferință se situează problemele enumerate mai jos; înscrieți această cifră în căsuța alăturată, din dreptul fiecărei afirmații.

0	1	2		4	5	6	7	8
nu suferiți deloc		Suferiți puțin		suferiți cu adevărat		suferiți mult		suferință extremă

8.	Sentimentul de a fi nefericit sau deprimat	
9.	Sentimentul de a fi iritat sau furios	
0.	A vă simți panicat, tensionat	
1.	A avea sufletul chinuit de gânduri neliniștitoare	
2.	A simți că vecinătatea dumneavoastră (lucruri, persoane) sunt ireale sau străine	
3.	Alte sentimente penibile (descrieți-le)	

TOTAL.

3). La ce valoare evaluați actualmente jena care reprezintă în viața dumneavoastră comportamentul fobic? Desemnați o cifră din scala următoare și înscrieți-o în această casuță :

0	1	2	3	4	5	6	7	8
nici o problemă		puțin jenat		jenat		foarte jenat		jenat în mod extrem

LISTA OBSESIILOR – COMPULSIILOR LA O MARKS și colab., 1977

ISTORIC ȘI PREZENTARE

Această scală a fost creată și publicată de către Marks I.M. și alții (1977). Traducerea franceză a fost realizată de J. Cottraux (1979). Versiunea engleză a fost validată în 1987 (Freund și co.). Versiunea franceză a fost, de asemenea, validată (J. Cottraux și alții, 1988).

MOD DE CONSTRUCȚIE

Lista permite evaluarea tulburării care reprezintă comportamentul obsesional în activități ale vieții cotidiene, în funcție de timpul repetițiilor sau evitărilor (37 itemi, plus itemul „alte situații” complete de către pacient). Evaluarea tulburării se face pe o scală cotate cu cifre de la 0 la 3 (0 - nici o problemă, 3- incapacitate de realizare a activității respective). Itemul 38, care este un item liber, poate fi sau nu completat de către pacient.

STUDII DE VALIDARE

Scala este sensibilă la modificările terapeutice din timpul terapiilor comportamentale și chemoterapiilor antidepresive ale subiecților obsesivi (Marks și alții, 1980). Un studiu de validare realizat pe versiunea engleză a fost efectuat în SUA (Freund și colab., 1987). Studiul de validare a versiunii franceze a fost

efectuat de M. Bouvard și publicat în teza sa de psihologie (1985), apoi într-un studiu colectiv (Cottraux, Bouvard și Legeron, 1985). O analiză factorială realizată asupra versiunii franceze, a dus la eliminarea unui număr de itemi. Acesta a fost publicat de către Cottraux și alții (1988). Versiunea franceză a fost validată pe o populație de 180 de subiecți (vârsta medie - 33 de ani, 85- bărbați, 95- femei) repartizați astfel: 55 de subiecți în grupul de control (studenți și salariați ai Spitalului Neurologic din Lyon), 45 subiecți obsesivi, (criterii după DSM-III), 46 agorafobici (criterii după DSM-III), 34 subiecți cu fobii sociale (Criterii după DSM-III). Vârsta, sexul și nivelul de instruire sunt comparabile în cele patru grupe; analiza statistică arată că lista activităților obsesionale distinge grupul de control de cele trei grupe patologice și, de asemenea, populația obsesivă de celelalte grupe patologice. Date normative: grupul de control obsesivi agorafobici fobii sociale n = 55 n = 45 n = 46 n = 34 media 5,0933,3720,2816,91 abaterea standard 4,9519,3514,459,98 Eroarea de măsurare este de +3, -3. Aceste calcule au fost realizate pe 37 de itemi închiși și asupra itemului deschis. Scala apare empiric validată, sensibilă la schimbări clinice, dar ea este moderat fiabilă. Consistența internă este satisfăcătoare ($\alpha=0.94$) Analiza factorială pe componente principale, realizată pe 180 de subiecți, arată că scala este unidimensională. Un prim factor explică 32% din variație. El reflectă severitatea compulsiunilor de spălare și de curățenie. Nouă alte componente principale au fost izolate, dar valoarea lor redusă le face neglijabile. Analiza factorială a permis extragerea unei forme prescurtate a scalei, care e prezentată în anexă, după forma completă.

MOD DE APLICARE

Această listă este completată, în mod obligatoriu, de către pacient. Uneori, i se cere și însoțitorului, ca „evaluator independent”, să evalueze comportamentul obsesiv al pacientului. Poate fi utilizată și ca instrument de hetero-evaluare. Ea este completată, în general, în mai puțin de 5 minute și nu necesită explicații particulare.

COTAREA

Este suficientă adunarea scorurilor, pe coloane, pentru obținerea notei totale. Scala prezintă o întindere de la 0 la 114.

APLICAȚII

Lista este destinată evaluării compulsivității comportamentale la subiecți normali și patologici. Datele normative prezentate sugerează că persoanele cu agorafobie și fobie socială obțin scoruri mai ridicate pe scală decât subiecții ce formează grupul de control. Lista poate fi utilizată ca un instrument complementar în studii epidemiologice. AVANTAJE – LIMITE Importanța acestei liste rezidă din standardizarea sa și simplitatea de utilizare. Totuși, trebuie completată prin măsurarea simptomelor țintă, a duratei totale a ritualurilor pe zi (Marks, tradus de Cottraux, Bouvard și Legereon, 1985) și de rezistența subiectului la ritualuri. Lista evaluează comportamentul, nu și gândurile obsesive. A fost elaborată o „listă a gândurilor obsesive” (LPO). Ea a fost validată de către Bouvard, Yale-Brown de goodman (versiunea franceză, Mollard și colab., 1989) realizând o integrare a acestor dimensiuni diferite. Este vorba de un instrument complex ce necesită o oră de aplicare și un antrenament pe video pentru cotare.

LISTA OBSESIILOR – COMPULSIILOR

LA O Marks și colab., 1977

Nume _____, Prenume _____

Sex _____, Vîrstă _____, Data _____

INSTRUCȚIUNI

Evaluăți fiecare activitate pe scala de mai jos, în funcție de jena resimțită în realizarea ei.

0 - Nu sunt probleme, aveți nevoie în realizarea acestei activități de același timp ca oricine altcineva, nu este nevoie să o repetați sau să o evitați.

1 - Activitatea vă ocupă de două ori mai mult decât celor mai mulți dintre oameni, trebuie să o repetați de două ori sau tindeți să o evitați.

2 - Activitatea vă ocupă de trei ori mai mult timp decât celor mai mulți dintre oameni, trebuie să o repetați de trei sau de mai multe ori sau, de obicei, o evitați.

3 - Incapacitate de a realiza activitatea respectivă. 0 1 2 3

		0	1	2	3
1.	A face duș sau baie				
2.	A vă spăla pe mâini și pe față				
3.	A vă spăla, pieptăna, peria părul				
4.	A vă spăla pe dinți				
5.	A vă îmbrăca și dezbrăca				
6.	A urina la toaletă				
7.	A defeca la toaletă				
8.	A atinge pe ceilalți sau a fi atins de ceilalți				
9.	A arunca resturile la gunoi				
10.	A spăla rufe				
11.	A spăla vesela				
12.	A face de mâncare				
13.	A face curat în casă				
14.	A ține lucrurile în ordine				
15.	A face patul				
16.	A curăța pantofii				
17.	A atinge clanțele ușilor				

18.	Atingerea părților genitale, mângâierile, raporturile sexuale				
19.	A vizita un spital				
20.	A deschide sau a închide robinetele și lumina				
21.	A închide sau a zăvorî ușile și ferestrele				
22.	A utiliza un aparat electric				
23.	A face calcule aritmetice				
24.	A merge la serviciu				
25.	A vă îndeplini sarcinile				
26.	A scrie				
27.	A completa un formular				
28.	A expedia scrisori				
29.	A citi				
30.	A merge pe stradă				
31.	A călători cu trenul, autobuzul sau mașina				
32.	A vă ocupa de copii				
33.	A mânca la restaurant				
34.	A merge la toalete publice				
35.	A avea întâlniri				
36.	A arunca obiecte				
37.	A cumpăra obiecte dintr-un magazin				
38.	Alte situații (descrieți-le)				

LISTA OBSESIILOR – COMPULSIILOR

LA O Marks și colab., 1977

Nume _____,

Prenume _____

Sex _____,

Vîrstă _____,

Data _____

INSTRUCȚIUNI

Evaluăți fiecare activitate pe scala de mai jos, în funcție de jena resimțită în realizarea ei.

0 - Nu sunt probleme, aveți nevoie în realizarea acestei activități de același timp ca oricine altcineva, nu este nevoie să o repetați sau să o evitați.

1 - Activitatea vă ocupă de două ori mai mult decât celor mai mulți dintre oameni, trebuie să o repetați de două ori sau tindeți să o evitați.

2 - Activitatea vă ocupă de trei ori mai mult timp decât celor mai mulți dintre oameni, trebuie să o repetați de trei sau de mai multe ori sau, de obicei, o evitați.

3 - Incapacitate de a realiza activitatea respectivă.

		0	1	2	3
1.	A face duș sau baie				
2.	A vă spăla pe mâini și pe față				
3.	A vă spăla, pieptăna, peria părul				
4.	A vă îmbrăca și dezbrăca				
5.	A utiliza toaleta				
6.	A arunca resturile la gunoi				
7.	A spăla rufe				
8.	A spăla vesela				

9.	A face de mâncare				
10.	A face curat în casă				
11.	A ține lucrurile în ordine				
12.	A face patul				
13.	A atinge clanțele ușilor				
14.	A închide sau deschide robinetele sau lumina				
15.	A închide sau zăvorî ușile și ferestrele				
16.	A face calcule aritmetice				
17.	A vă îndeplini sarcinile				
17.	A expedia scrisori				
19.	Alte situații (descrieți-le)				

SCALA DE ATITUDINE DISFUNCȚIONALĂ

(WEISSMAN & BECK, 1978), (DAS)

Acest instrument a fost dezvoltat pentru a identifica afirmațiile care în general stau la baza gândirii idiosincratice tipic depresive.

Scala originală de 100 de itemi are două forme paralele DAS, conținând câte 40 de itemi fiecare.

În fiecare formă (40 itemi) se solicită informații asupra disfuncțiilor individuale care acționează ca scheme pe baza cărora este construită lumea (Weissman & Beck, 1978).

Weissman & Beck raportează un coeficient de fidelitate (Cronbach) de 0.89 pentru ambele forme și o corelație de 0.81.

Cotare

1. Fiecare item din DAS (forma A sau B) este cotațat de la 1 la 7. În funcție de conținut, itemii sunt cotați în fiecare direcție.

2. Următorii itemi sunt cotați ca fiind adaptativi dacă răspunsul merge spre aprobare sau acord total:

Forma A: itemii 3,4,9,14,17,20,25,29,33,34,37

Forma B: itemii 1,5,6,10,12,13,14,15,20,30,34,35

Se notează astfel:

1 = cu totul de acord

2 = în mare măsură de acord

3 = întrucâtva de acord

4 = neutru

5 = întrucâtva în dezacord

6 = în mare măsură în dezacord

7 = în dezacord total

3. Ceilalți itemi în formele A și B sunt cotați în direcția inversă:

1 = dezacord total ... 7 = acord total

4. Dacă subiectul omite să dea răspunsuri la un număr mare de itemi, atunci testul nu se ia în considerare.

Etalonare/normare

Grup normal N = 355, media = 119.4 σ = 27.2 (Weissman, 1979).

Forma B

- depresie endogenă m = 142.7, σ = 39.7

- depresie nonendogenă: m = 166.7, σ = 38.1 (Robins, 1990)

Depresie puternică (gravă)

- N = 35

- în criză: m = 147.45

- în remisie : m = 113.31 (Silverman, 1984)

Grup de depresie gravă în terapie cognitivă - înainte:

m = 160.3,

σ = 28.8

- după: m = 114.4, σ = 44.6 (Simans, 1984)

Grup în terapie medicamentoasă antidepresivă (triciclică)

- N = 14

- înainte de terapie: m = 157.5, σ = 29.2

- după: m = 128.1, σ = 51.3

SCALA ATITUDINII DISFUNȚIONALE

Forma A

Nume și prenume

Data

Acest chestionar cuprinde o serie de atitudini și convingeri prezentate de către unele persoane. Citiți cu atenție fiecare afirmație și decideți în ce măsură sunteți de acord cu ea. Utilizați pentru fiecare afirmație din codul prezentat mai jos

cifra care corespunde în cea mai mare măsură modului în care gândiți. Pentru a vă asigura că o anumită atitudine vă caracterizează, aveți în vedere modul în care gândiți în majoritatea timpului.

1 sunt în dezacord total	2 sunt în mare măsură în dezacord	3 sunt întru – în câțva în dezacord	4 neutru	5 sunt întru- câțva de mare acord	6 sunt în cu totul măsură de acord	7 de acord
-----------------------------------	---	---	-------------	--	--	------------------

Afirmații

Răspuns

01 Oamenii mă vor aprecia probabil în mai mică măsură dacă voi comite o greșeală.

02 Dacă nu reușesc să fiu o persoană productivă, creativă și utilă, viața mea nu are nici un sens.

03 Îmi face mai multă plăcere să fac acele lucruri pe care eu vreau să le fac decât cele pe care le fac pentru a fi pe placul altora.

04 Controlând modul în care interpretez diferitele situații, îmi pot controla de fapt emoțiile.

05 Dacă nu pot face un lucru ca lumea, nici nu merită să mă apuc.

06 Este foarte important ce cred alții despre mine.

07 Oamenii trebuie să se pregătească pentru ce poate fi mai rău; altfel riscă să fie decepționați.

08 Ar trebui să fiu în stare să fiu pe placul tuturor.

09 Chiar dacă omul nu poate controla tot ceea ce i se întâmplă, el trebuie măcar să-și controleze gândurile.

10 Este rușinos să-ți manifesti slăbiciunile.

11 Dacă cineva rămâne singur un timp, el va suferi de singurătate.

12 Omul trebuie să se străduiască să fie cel mai bun în tot ce face.

13 Fără succes, viața nu are sens.

- 14 Dacă întâmpini obstacole în cale, nu trebuie neapărat să te simți frustrat.
- 15 Dacă am spus o prostie, înseamnă că sunt prost.
- 16 Trebuie să am întotdeauna controlul desăvârșit asupra sentimentelor mele.
- 17 Mă pot aprecia, chiar și atunci când nu sunt pe placul altora.
- 18 Dacă nu-mi fixez aspirații înalte, voi deveni o persoană “de mâna a doua”.
- 19 Dacă nu reușesc să fac totul bine, nu voi fi respectat de alții.
- 20 Trebuie să caut soluții practice pentru probleme și nu soluții ideale.
- 21 Valoarea mea personală depinde în mare măsură de părerea celorlalți despre mine.
- 22 Omul trebuie să facă bine tot ce face.
- 23 Dacă cineva nu este de acord cu mine, asta înseamnă probabil că nu mă simpatizează.
- 24 Nu pot fi fericit atât timp cât majoritatea cunoștințelor nu mă plac.
- 25 Este mai important ce cred eu despre mine, decât ce cred alții.
- 26 Dacă nu sunt amabil, corect și atent față de ceilalți, înseamnă că sunt un individ infect.
- 27 Este îngrozitor să fii dezaprobat de oamenii pe care îi consideri importanți.
- 28 Dacă nu ai pe cine te sprijini, vei fi condamnat la tristețe.
- 29 Ceilalți mă vor iubi chiar dacă nu am succes.
- 30 Dacă alții află cum ești în realitate, te vor aprecia în mai mică măsură.
- 31 Ori de câte ori risc sau îmi încerc norocul, sfârșesc prin a da de bucluc.
- 32 Dacă eviți problemele, ele dispar.
- 33 Cuvintele altora nu mă pot răni. Cel care mă rănește sunt chiar eu, prin modul în care reacționez la cuvintele ce mi se adresează.
- 34 Celorlalți le poate păsa de mine, chiar dacă îmi cunosc slăbiciunile.
- 35 Dacă eșuez în parte, este la fel de rău ca și când aș eșua total.
- 36 Lumea te va respinge dacă îți descoperă toate slăbiciunile.
- 37 Pot realiza lucruri importante chiar dacă nu mă hărțuiesc ca pe un sclav.

38 Fericirea mea depinde în mai mare măsură de alții decât de mine.

39 Dacă cineva la care țin nu mă iubește, înseamnă că nu pot fi iubit.

40 Ar trebui să îmi pot rezolva problemele repede și fără prea mari eforturi.

SCALA ATITUDINII DISFUNCȚIONALE

Forma B

Nume și prenume

Data

Acest chestionar cuprinde o serie de atitudini și convingeri prezentate de către unele persoane. Citiți cu atenție fiecare afirmație și decideți în ce măsură sunteți de acord cu ea. Utilizați pentru fiecare afirmație din codul prezentat mai jos cifra care corespunde în cea mai mare măsură modului în care gândiți. Pentru a vă asigura că o anumită atitudine vă caracterizează, aveți în vedere modul în care gândiți în majoritatea timpului

1 sunt în dezacord total	2 sunt în mare măsură în dezacord	3 sunt întru – în câtva în dezacord	4 n eutru	5 sunt întru-câtva de mare acord	6 sun t în cu totul măsură de acord	7 d e acord
--------------------------------------	---	---	-----------------	--	--	-------------------

Afirmații

Răspuns

01. Pot fi fericit chiar dacă nimeni nu mă iubește.

02. Cei care poartă marca succesului (arată bine, sunt celebri, bogați) au mai multe șanse să fie fericiți decât ceilalți.

03. Ar trebui să fiu tot timpul fericit.

04. A cere sfatul sau ajutorul cuiva este un semn al slăbiciunii.

05. Faptul că alții nu mă consideră atrăgător nu trebuie să mă necăjească.

06. Pot fi fericit chiar dacă pierd multe lucruri bune în viață.

07. Numai egoiștii comit fapte egoiste.
08. Când întreb ceva creez impresia că sunt inferior.
09. Dacă cineva îmi este indiferent, asta înseamnă că nu ține la mine.
10. Fericirea depinde în mai mare măsură de atitudinea mea față de mine decât de ce simt alții față de mine.
11. Înainte de a se apuca de ceva, omul trebuie să spere că are sorți de izbândă.
12. Poți câștiga respectul cuiva, chiar dacă nu ești deosebit de talentat într-un domeniu oarecare.
13. Poți fi o persoană fericită, chiar dacă nu renunți la tine însuți, doar de dragul de a fi pe placul cuiva.
14. Nu trebuie să renunț la a face ceva pentru propriul meu bine, numai pentru că ceea ce fac s-ar putea să displacă cuiva.
15. Pot răspunde doar de propriile mele fapte, nu și de ale altora.
16. Cei care au idei bune, sunt mai valoroși decât ceilalți.
17. Nu poți fi fericit dacă ceilalți nu te plac.
18. Chiar și asumarea unui risc aparent minor poate fi un lucru nesăbuit, consecințele pe care le antrenează pot fi dezastruoase.
19. Dacă nu sunt la fel de bun ca alții, înseamnă că sunt o persoană inferioară.
20. Pot influența comportamentul altora, dar nu-l pot controla.
21. Dacă nu am parte de succes, înseamnă că am trăit degeaba.
22. Este îngrozitor ca oamenilor de care îți pasă să nu le pese de tine.
23. Dacă eșuez la locul de muncă, sunt un ratat.
24. Trebuie să te gândești mai puțin la tine dacă ceilalți nu te acceptă.
25. Dacă ceva îmi iese bine, asta se datorează probabil norocului; în schimb, dacă lucrurile ies prost, mă gândesc că probabil am greșit eu ceva.
26. Cel care greșește trebuie criticat.

27. Trebuie să excelez în tot ceea ce întreprind, cu condiția să mă străduiesc îndeajuns.
28. E greu să fii fericit dacă nu ești frumos, inteligent, bogat și creativ.
29. Nu pot avea încredere în alții, deoarece m-ar putea trata cu cruzime.
30. Fericirea mea nu depinde de aprobarea altora.
31. Trebuie să aspir la mai mult decât alții.
32. Dacă cel pe care îl iubesc nu mă iubește, înseamnă că sunt un nimeni.
33. Omul trebuie să aibă sub control ceea ce i se întâmplă.
34. Activitatea îți poate furniza plăcere indiferent de rezultatul ei.
35. Pentru a fi fericit nu este nevoie să fii foarte iubit.
36. Izolarea de ceilalți te face nefericit.
37. Cel care solicită ajutor, dă dovadă de slăbiciune.
38. Nu pot fi valoros, fără a mă evidenția într-un domeniu.
39. Dacă vreau să fiu o persoană bună și morală, trebuie să ajut pe oricine care are nevoie de ajutor.
40. Trebuie să fiu o persoană utilă, productivă și creativă; altfel, viața nu are rost.

SCALA DE DEZNĂDEJDE

(BECK, 1974)

Această scală măsoară perspectiva subiectului asupra viitorului sau gradul de deznădejde. Un pacient depresiv sau cu potențial suicidar poate suporta boala sa dacă are speranțe pentru viitor. Când începe să vadă viitorul în termeni total negativi, viața devine insuportabilă și pacientul atinge un risc mare pentru suicid. Acest risc există în special dacă pacientul este depresiv, dar ocazional deznădejdea apare la pacienții care nu au simptome fizice ale depresiei. (Un factor suplimentar pentru terapeut de a considera dacă pacientul are o natură impulsivă, care poate crește riscul comportamentului suicidar).

Cotare: Se acordă 1 punct pentru fiecare item cu următorul răspuns (total maxim = 20):

1. F

2. A

3. F

4. A

5. F

7. A

8. F.

9. A

10. F

11. A

12. A

13. F

14. A

15. F

16. A

17. A

18. A

19. F

20. A

Semnificația scorurilor:

După Beck, fiecare pacient cu încercări de suicid a fost evaluat de către clinicieni după gradul de deznădejde. A fost administrată această scală.

Media și abaterea standard pentru grupurile categorizate de clinicieni după gradul de deznădejde au fost calculate și a fost notată următoarea tentativă pentru fiecare categorie:

0 – 3 = nul sau minim

4 – 8 = ușor sau slab

9 – 14 = moderat.

Nu prezintă pericol imediat, dar trebuie supravegheat. Situația de viață este stabilă. 15+ =sever. Risc suicidar crescut.

Beck, Weissman & All (1974) au raportat $m = 9,0$ și $\sigma = 6,1$ pentru 384 de tentative de suicid.

Greene (1981): $m=4,45$; $\sigma=3,09$ pe populația normală (396 de adulți aleși întâmplător).

SCALA DE DEZNĂDEJDE

Foaie de înregistrare

										sever
										moderat
										slab

											normal

↑
2
0
1
8
1
6
1
4
1
2
↓



← Timp (de ex. zile) →

Numele: _____

Data nașterii: _____

(Forma posibilă de înregistrare zilnică sau săptămânală pentru scorurile la deznădejde)

BECK HS

Numele: _____

Starea civilă: _____, Vîrsta: _____,

Sexul: _____

Ocupația: _____,

Studii: _____

Acest chestionar conține 20 de afirmații. Vă rugăm să le parcurgeți pe rând cu atenție. Dacă o afirmație este valabilă pentru descrierea stării dvs. sufletești

începând cu săptămâna trecută și până astăzi, încercuiți litera A, semnificând “adevărat”. Dacă fraza nu descrie starea / atitudinea dvs., încercuiți litera F semnificând “fals”. Vă rugăm să parcurgeți fiecare afirmație cu atenție.

1. Mă gândesc la viitor cu speranță și entuziasm A F
2. Aș putea să și renunț pentru că nu pot face nimic pentru ca să îmbunătățesc situație mea A F
3. Când îmi merge rău, mă ajută să mă gândesc că lucrurile nu pot rămâne așa pentru totdeauna A F
4. Nu-mi pot imagina cum va fi viața mea peste vreo zece ani A F
5. Am timp destul ca să fac lucrurile pe care vreau să le fac A F
6. În viitor, mă aștept să-mi rezolv problemele cât mai bine A F
7. Viitorul meu îl văd cam întunecat A F
8. Mă consider cu deosebire norocos și mă aștept să scot de la viață mult mai multe lucruri bune decât alții A F
9. Simt că nu pot stăpâni situația și nu am nici un motiv să cred că în viitor voi putea A F
10. Experiențele mele trecute m-au pregătit bine pentru viitor A F
11. Tot ce pot să văd în fața mea este mai mult neplăcut decât plăcut A F
12. Nu mă aștept să am ceea ce aș vrea cu adevărat să am A F
13. Când mă gândesc la viitor, mă aștept să fiu mai fericit decât acum A F
14. Lucrurile nu merg așa cum aș vrea A F

15. Am mare încredere în viitor A F
16. Niciodată nu obțin ceea ce vreau, deci ar fi o prostie să mai vreau ceva A F
17. Este foarte improbabil să am vreo satisfacție reală în viitor A F
18. Viitorul îmi pare vag și nesigur A F
19. Pot să mă gândesc la mai multe lucruri (perioade) bune decât rele A F
20. Nu prea are sens să mă străduiesc cu adevărat să obțin ceva pentru că probabil nu voi reuși A F

SCALA DE HIPOKINEZIE

(Încetinire, lentoare)

Numele scalei:

Scala de hipokinezie (EDR) –15 itemi; 0 – 56

Autor: D. Widlocher & Colab.

Domeniu de aplicare:

Această scală indică diferitele aspecte ale încetirii ideomotorii, care apar ca răspuns comportamental emoțional de bază al sindromului comun tuturor formelor clinice de depresie (Widlocher,1981).Scala este utilizată de evaluator în timpul conversației

Aplicare / utilizare:

După un interviu clinic, evaluatorul notează fiecare item, după modelul următor:

0 = normal

1 = îndoieli asupra caracterului patologic al fenomenului observat

2 = semn patologic discret

3 = semn patologic evident

4 = masiv În ideea existenței unui factor extrinsec al încetinirii (alt factor patologic, medicament sedativ etc.) rezultatele unui item sau a doi itemi singuri pot fi modificate. Construcția scalei permite obținerea unor rezultate valide.

Cotare:

Itemul 15, „apariția generală a încetinirii” nu este luat în calcul în nota globală la scală, care este obținută prin însumarea la primii 14 itemi.

Acordarea cotelor:

1. Jouvet & colab.

media = 20

abaterea standard = ± 6

2 L. Collet & Cottraux

media = 19.34

abaterea standard = ± 6.63

interval = 0 – 56

mediana = 19, cu un item de 0-4 de apreciere globală

valoare extremă = 7- 40

Validare:

1. Studiul efectuat de Jouvent a fost realizat pe 84 de pacienți depresivi, ambulatoriu (criteriu de selecție Feighner) : 32 bărbați și 52 femei.

2. Studiul a fost realizat pe 50 de pacienți depresivi ambulatoriu selectați pe baza criteriului (31 bărbați, 19femei, în vârstă de 18-68 de ani) (L. Collet & J. Cottraux).

SCALA DE HIPOKINEZIE

Fiecare item trebuie cotat de la 0 la 4, după modelul următor (exemplele date trebuie să vă permită să alegeți între cele două cotați în caz de ezitare):

0 = normal

1 = îndoieli asupra caracterului patologic al fenomenului observat

2 = semne patologice discrete

3 = semne patologice evidente

4 = masiv

Există un factor extrinsec al temperaturii (încetirii) ca: alt factor patologic, medicament sedativ, anxietate, care poate să influențeze rezultatele. În cazul modificării rezultatului la 2 itemi izolați acesta trebuie precizat la sfârșitul scalei.

DA

NU

Dacă există un astfel de factor, precizați-l

MAJORAT: 1

REDUS: 2

1. Deplasare, maniere standard

0 = normală

1 = temperare lejeră; nu există caracterul patologic

2 = se remarcă o singură particularitate din următoarele:

- lipsește suplețea în deplasare sau balansarea brațelor

- pacientul târâie pașii

- deplasare înceată, pași mici

3 = mai multe din aceste semne sunt nete

4 = pacientul trebuie sprijinit pentru a merge

2. Lentoarea și raritatea mișcărilor: membre, trunchi

0 = mișcări adaptate, normale în amplitudine, suplețe și ritm, trunchiul are o poziție confortabilă, umeri relaxați. Atitudinea și mișcarea sunt în armonie cu discursul

1 = există o tensiune ușoară dificil de interpretat

2 = o anumă înțepeneală este indiscutabilă

3 = își mișcă rar membrele, lent, un gest stângaci, brațele rigide, doar mâinile se mișcă, trunchi imobil

4 = refuzul de a se scula din pat sau complet imobil în fotoliu

3. Lentoarea și raritatea mișcărilor capului și a gâtului; mimica

0 = capul este mobil, mișcări suple, privirea explorează camera și fixează alternativ examinatorul și pe ceilalți, manifestă interes într-o formă adaptată.

Mișcările gurii au amplitudine normală

1 = poate exista o reducere a mobilității, dificil de afirmat

2 = reducerea mobilității este indiscutabilă, dar lejeră. Privirea fixează și încă este capabilă de mobilitate. Mimica încă expresivă, monotonă (are expresivitate monotonă)

3 = bolnavul nu își mișcă capul, nu explorează camera, privirea fixată în jos, privește rar pe examinador. Articulează prost cuvintele, buzele sunt mobile, nu zâmbește niciodată. Mimica este încrămențită

4 = facies încrămențit și total inexpressiv

4. Debit verbal

0 = debit normal (presupus a fi normal)

1 = scăderea comunicării verbale, perceperea unei oarecare dificultăți în vorbire

2 = scăderea comunicării verbale este evidentă, stânjenitoare în cursul conversației

3 = ritmul lent al debitului verbal face conversația dificilă

4 = semimutism. Mutism

5. Modularea vocii

0 = normală (presupusă normală)

1 = descurajare, dificultate perceptibilă (perceperea dificultății)

2 = voce slabă, descurajată, obligă examinadorul să-și concentreze atenția asupra a ceea ce spune.

3 = stânjenală clară, obligă examinadorul să-l facă să repete anumite fragmente

4 = discurs imperceptibil

6. Răspunsuri scurte

0 = subiectul nu are dificultăți în a da răspunsuri de o lungime normală
(adaptată)

1 = răspunsurile par puțin scurte

2 = răspunsuri scurte, care nu împiedică cursul conversației

3 = răspunsuri foarte laconice (1 sau 2 cuvinte)

4 = răspunsuri monosilabice.

7. Varietatea temelor spontane abordate: inițiativa ideatică

0 = asocierea ușoară a ideilor. Tematica bogată și variată

1 = tematica relativ bogată și variată, însă pacientul poate prezenta dificultăți în trecerea rapidă de la o idee la alta

2 = abordarea spontană a temelor noi este rară și săracă

3 = abordarea spontană a temelor noi este absentă, tendința spre ruminăție

4 = nici o elaborare, discurs foarte săracăcios, chiar inexplorabil.

8. fluiditatea ideatică (pe o temă propusă eventual de examinator)

0 = asocierea ușoară a ideilor

1 = tematica relativ bogată și variată, dar pacientul poate prezenta dificultăți în trecerea de la o idee la alta

2 = teme noi sunt rare, puțin variate

3 = abordarea spontană a temelor noi este absentă. Tendința spre ruminăție

4 = nici o elaborare, discurs foarte săracăcios

9. Experiența subiectivă legată de ruminăție

0 = sentimentul că pacientul gândește liber, fără rețineri, ca înainte

1 = o stare situată între starea 0 și 2

2 = impresia pacientului că gândirea este focalizată pe câteva teme relevante, fără sens, jenante în viața curentă, incompatibile cu lumea în care trăiește.

3 = pacientul are sentimentul că gândirea sa spontană tinde să rămână tot timpul asupra unei singure preocupări dureroase.

4 = pacientul dovedește o incapacitate totală de a se rupe de ruminația sa dureroasă.

10. Fatigabilitatea (extenuarea, oboseala)

0 = extenuarea nu este semnalată spontan și nu se regăsește în interogatoriu

1 = extenuarea nu este semnalată spontan, dar poate fi evidențiată prin interogatoriu

2 = bolnavul este jenat de extenuarea sa în cursul vieții cotidiene (când mănâncă, când își face toaleta, când urcă scările)

3 = extenuarea îl obligă pe bolnav să-și reducă activitatea

4 = reducerea aproape totală a activității, pe baza extenuării

11. Interesul pentru activități cotidiene

0 = bolnavul se opune spitalizării făcând apel la activitățile sale cotidiene

1 = bolnavul invocă diminuarea unui anumit număr de obligații / sarcini pentru care are interes dacă se va interna; invocă toate pretextele existente.

2 = dezinteresul pentru anumite activități (TV, ziar, tricotat) e relevat pe motiv că ar fi o stare morbidă.

3 = dezinteresul este foarte extins, chiar asupra viitorului bolnavului (persistă câteva centre de interes: vizite, familie)

4 = dezinteres total

12. Percepția asupra scurgerii timpului prezent

0 = Identică cu cea cotidiană / obișnuită

1 = timpul prezent trece încet, dar acesta ține de inactivitate, spitalizare etc.

2 = perceperea mai accentuată a trecerii timpului, care însă nu e evidentă într-un interogatoriu mai precis.

3 = bolnavul semnalează spontan sau ușor trecerea mai dificilă a timpului prezent, dacă este întrebat acest lucru printr-o întrebare directă.

4 = tulburarea este suficient de importantă pentru a da impresia că timpul prezent este suspendat. Nici o activitate de anticipare.

13. Memoria

0 = subiectul afirmă că nu prezintă nici o problemă mnezică; experimentatorul nu semnaleză nici el o astfel de tulburare

1 = bolnavul acuză o oarecare dificultate, dar e greu de pus în valoare

2 = tulburarea mnezică este obiectivată, dar este puțin jenantă

3 = tulburarea mnezică este descrisă ca un handicap

4 = amnezie

14. Concentrarea

0 = capacitatea de concentrare normală

1 = bolnavul crede că are o capacitate de concentrare normală, dar anumite sarcini cer un efort de concentrare, par dificil de realizat

2 = bolnavul semnaleză dificultăți / jenă în realizarea unor activități care implică concentrare (lectură, calcul, sarcini profesionale)

3 = dificultate importantă de concentrare care face imposibilă înțelegerea informațiilor banale (TV, ziar etc.)

4 = tulburarea face dificilă chiar și conversația

15. Aprecierea generală a încetinerii / hipokineziei

0 = nulă

1 = îndoieli

2 = neechivocă, se pune clar în evidență existența încetinelii

3 = importantă

4 = foarte gravă

16. Timp (durată) perturbat din alte cauze. Precizări:

Nota : Preluat din Ana-Maria Moga Evaluare clinica.