**ELEMENTE DE SEMIOLOGIE ŞI PSIHIATRIE CLINICĂ**

**Sef Lucr.Dr. Ion Udristoiu**

**Sef Disciplina**

**Conf ,univ Dr Anca Livia Chirita**

**Sef Lucr. Dr. Ileana MARINESCU**

Material in curs de reeditare pentru omologarea ca si curs on-line

Prezentul material a fost realizat la nivelul *Universităţii de Medicină şi Farmacie din Craiova*, sub conducerea **Prof. univ. dr. Dragoş Marinescu** (coordonator) în cadrul programului de elaborare/redactare a curriculei de instruire personalul medical ce lucrează în sistemul de îngrijiri de sănătate mintală (Sub programul 3.1 MS publicat in 2012 si care a servt ca si baza de pornire in invatamintul paihiatric/ sanatate mintala .:

Coautor

**Sef lucr.. drd. Mihail Pîrlog**, *Universitatea de Medicină şi Farmacie din Craiova*

**Sef lucr. Dr Felicia Militaru**

**Sef lucr Dana Glavan**

**Asistent Univ.Dr Victor Gherman**

Consultanţi ştiinţifici:

* **Prof. univ. dr. Delia Marina Podea**, *Universitatea de Vest Vasile Goldiş Arad, Facultatea de Medicină*
* **Conf. univ. dr. Maria Ladea**, *Universitatea de Medicină şi Farmacie Carol Davila Bucureşti*

**INTRODUCERE**

Modulul ON-LINE **în Psihiatrie** se adresează pregătirii specifice necesare, absolventilor Facultatii de Medicina generala din UMF din Craiova si medicului generalist îşi propune prezentarea unui set de cunoştinţe clinice, etiopatogenice şi terapeutice, care să permită recunoaşterea precoce a afecţiunilor şi optimizarea calităţii asistenţei psihiatrice.

Dinamica evolutivă a psihiatriei a determinat în ultimul secol trecerea de la o etapă predominent descriptivă asociată cu model explicative predominent de inspiraţie psihologistă la modelul medical al bolii psihice, care readuce psihiatria în rândul specialităţilor medicale, conferind fiecărei entităţi nosologice un model explicativ etiopatogenic, responsabil de tabloul simptomatic şi sindromologic, evoluţia bolii şi răspunsul terapeutic.

Tulburările psihice prezintă ca şi particularitate comună situarea lor la graniţa comprehensibilităţii medicale, impactul şi stigma socială a bolii psihice determinând o scotomizare a patologiei psihiatrice şi o tendinţă de a evita într-o manieră cât mai îndelungată diagnosticul psihiatric.

Costurile sociale şi economice ale tulburărilor psihice, asocierea acestora cu numeroase comorbidităţi somatice, precum şi tulburările comportamentale determinate de îngrijirea inadecvată a suferinţelor psihiatrice impun o reevaluare a dimensiunii psihiatriei în contextul social actual.

O ţintă importantă a demersului educativ este reprezentată depistarea precoce a factorilor de risc şi a vulnerabilităţilor specifice pentru dezvoltarea unei tulburări psihiatrice, precum şi a factorilor de risc determinaţi de o suferinţă psihiatrică în generarea unor comorbidităţi somatice severe (infarctul de miocard, stroke-ul, cancerul) sau a unor atitudini discomportamentale, mergând de la adicţia comorbidă pentru substanţe ilegale şi culminând cu actele hetero- sau autoagresive (suicidul).

Prezentul material constituie baza teoretică a pregătirii educaţionale în domeniul psihiatriei clinice şi biologice, fiind utilizat de autori ca şi suport educaţional fundamental supus unei permanente actualizări, în activităţile didactice formativ-educative specifice. Scopul urmărit este realizarea unei viziuni unitare la toate nivelele echipei de îngrijire complexă ce se ocupă de pacienţii cu suferinţe psihiatrice.

1. **SEMNE ŞI SIMPTOME PREZENTE ÎN BOLILE PSIHIATRICE – SEMIOLOGIE ŞI SINDROMOLOGIE PSIHIATRICĂ**

Principalele funcţii psihice sunt determinate de echilibrul între suportul structural cerebral reprezentat de unitatea celulară neuronală şi glială şi capacitatea de întreţinere funcţional-metabolică a acestuia prin procesele metabolice, vasculare şi de oxigenare. Integritatea funcţională a psihicului este oglinda integrităţii structurale, la care se suprapun modelele comunicării neurobiochimice reprezentate de neuromediatori şi neuromodulatori. În momentul actual se discută de o stare funcţională latentă (*resting state*) care poate interveni în mod compensator în momentele de dezechilibru ale activităţii cerebrale.

Boala psihică ar reprezenta un pattern stabil a unei anumite modalităţi de răspuns patologic a activităţii cerebrale faţă de multiplii factori perturbatori, metabolici, vasculari, neuobiochimici sau structurali.



**1.1 TULBURĂRI ALE PROCESELOR COGNITIVE**

# Semiologia percepţiei

***Senzaţia*** este un act psihic elementar „monomodul”, ce conduce la realizarea unei imagini singulare, a unei însuşiri a obiectelor şi fenomenelor. Ea se realizează prin acţiunea lumii înconjurătoare asupra organelor de simţ şi prin ea luăm cunoştinţă de proprietăţile elementare ale materiei.

***Percepţia*** reprezintă un proces senzorial care se distinge prin sintetism, unitate şi integritate redând realitatea obiectuală în imagini de ansamblu, fapt care îi conferă caracterul „multimodal”.

Cunoaşterea lumii se realizează prin întrepătrunderea a două nivele:

* percepţia propriu-zisă;
* apercepţia (condensarea tuturor cunoştinţelor şi ideilor legate de momentul percepţiei).

Principalii factori care influenţează calitatea percepţiei ar fi:

* claritatea câmpului conştiinţei;
* starea anatomo-fiziologică a analizatorului (receptor, căi şi zone de proiecţie corticală);
* condiţiile în care se realizează percepţia;
* calitatea atenţiei;
* apercepţia.

******

*\*Agnoziile reprezintă o categorie de tulburări calitative ale percepţiei correlate cu leziuni cerebrale, fiind specifice patologiei neurologice sau unor afecţiuni neurodegenerative de tipul bolii Alzheimer.*

***Elemente de neurofiziologie***

Percepţia se realizează cu ajutorul analizatorilor: vizual, auditiv, olfactiv, gustativ, tactil, proprioceptiv şi interoceptiv. Fiecare analizator cuprinde receptori, căi de transmisie şi o zonă de proiecţie corticală, care sintetizează semnalele din periferie, realizând percepţia.

**Tulburări cantitative**

***Hiperestezia*** – trăită ca impresia de creştere a intensităţii senzaţiilor. Apare în: surmenaj, neurastenie, prodroamele bolilor infecto-contagioase, debutul unor psihoze (mai ales cele paranoide).

***Hipoestezia*** – reprezintă scăderea intensităţii senzaţiilor şi se întâlneşte în: stări reactive acute, nevroză şi psihoze isterice, tulburări de conştienţă, schizofrenie, oligofrenii, demenţe.

***Anestezia*** – se referă la anularea senzaţiilor dureroase şi se întâlneşte în criza isterică şi la cazuri foarte rare de schizofrenie.

Aceste tulburări cantitative sunt funcţionale şi ele trebuie diferenţiate de modificările determinate de leziuni (receptori, căi de conducere) sau induse de substanţe (anestezia chirurgicală).

**Tulburări calitative (majore sau productive)**

***Iluziile*** – definite ca percepţii deformate cu obiect real:

* iluzii fiziologice (optico-geometrice, de volum etc.) caracterizate prin faptul că subiectul îşi corectează greşeala;
* iluzii patologice pe care bolnavul nu le corectează, ci le consideră veridice în ciuda evidenţei lor patologice. Ca şi cele fiziologice sunt caracterizate prin obiectualitate, fiind întotdeauna generate de un excitant real.

Unele iluzii nu au ca mecanism o percepţie falsă ci se bazează pe *interpretarea senzorială*, în care pacientul identifică obiectul, dar interpretează sui generis.

Vom descrie deci iluzii propriu-zise (prin percepţie eronată) şi interpretări senzoriale.

* Iluziile propriu-zise se referă practic numai la analizatorul vizual. Pot fi:
* comune:
* dismegalopsii (modificarea dimensiunilor – macropsii, micropsii)
* metamorfopsii (modificarea formei, până la schimbarea completă a obiectului real)
* poropsii (modificarea distanţei faţă de obiectul perceput)
* particulare:
* pareidolia (bolnavul interpretează desenele anodine ale unui covor sau perete ca fiind animale fantastice, ochi etc.)
* falsele recunoaşteri (identificarea greşită a persoanelor)
* Interpretările senzoriale (percepţie corectă sau aproape corectă cu interpretare eronată):
* vizuale – iluzia sosiilor, variantă particulară a falselor recunoaşteri; de exemplu, un pacient cu schizofrenie este convins că deşi mama sa arată la fel sau aproape la fel, nu este cea adevărată, ci numai o înlocuitoare (sosie) a acesteia
* auditive – diverse sunete sau zgomote percepute au o semnificaţie particulară (paşii sunt ai duşmanilor, cântecul păsărilor din grădină are scopul de a-l descuraja etc.)
* viscerale – perceperea eronată a funcţionării unor organe sau aparate; apar în stări hipocondriace, schizofrenie, melancolii (sindrom Cotard), demenţe.

Recapitulând, iluziile se pot întâlni la:

* oamenii normali – favorizate de condiţii improprii de percepţie, sugestibilitate, stări emoţionale deosebite;
* bolnavi cu tulburări funcţionale sau leziuni ale receptorilor, căilor de conducere sau zonelor integrative (mai ales lobul temporal);
* bolnavi cu stări febrile, boli infecto-contagioase, intoxicaţii endogene sau exogene;
* bolnavi cu stări confuzionale de diverse etiologii;
* bolnavi nevrotici (isterici, obsesivo-fobici);
* bolnavi psihotici (stări delirante şi depresive, schizofrenie, psihoze paranoide, demenţe).

***Halucinaţiile*** – definite de Ball ca fiind „percepţii fără obiect de perceput” se clasifică în:

* halucinaţii psiho-senzoriale („adevărate”);
* halucinaţii psihice („pseudohalucinaţii”);
* halucinoze;
* alte manifestări halucinatorii.

*Halucinaţiile psiho-senzoriale* au următoarele caracteristici:

* proiecţie spaţială: fenomenele halucinatorii sunt situate de bolnav în câmpul perceptiv (campin) sau dincolo de limitele acestuia (extracampin);
* bolnavul are convingerea fermă a existenţei reale a acestora;
* sunt percepute prin căile şi modalităţile senzoriale obişnuite;
* au grad variabil de intensitate, durată şi complexitate (de la elementare până la complexe);
* pot fi intermitente sau continue;
* au rezonanţă afectivă (de obicei sunt anxiogene dar pot fi şi plăcute).

După natura senzorială pe care o îmbracă, halucinaţiile psihosenzoriale pot fi auditive, vizuale, gustative, olfactive, tactile şi corporale (proprioceptive şi interoceptive).

*Halucinaţiile psihice* sunt autoreprezentări aperceptive, fără proiecţie spaţială, care se desfăşoară „în mintea”, „în capul”, „în interiorul corpului” bolnavului. Bolnavii sunt convinşi de realitatea existenţei lor resimţindu-le ca fiind rezultatul unor acţiuni ce vin din afară, având caracterul de „făcute” sau provocate de cineva. Se caracterizează prin stranietate, exogenitate şi automatism.

Pseudohalucinaţiile depăşesc domeniul analizatorilor, cuprinzând o serie de fenomene impuse legate de gândire, stări emoţionale şi chiar de motricitate.

După aria de manifestare pseudohalucinaţiile se clasifică în:

* auditive: ecoul gândirii, sonorizarea gândirii, voci interioare;
* vizuale: scene „în cap”, diverse imagini în spaţiul subiectiv;
* gustative şi olfactive (gusturi şi mirosuri provocate, „făcute”);
* tactile: apar sub forma unor senzaţii extrem de neplăcute şi penibile (de ex., „biciuirea neutronică”);
* corporale: legate de noţiunea de „lipsă de libertate interioară”, „de stăpânire interioară”, „de influenţă”;
* psihestezice (influenţare psihică): furtul gândirii, ghicitul gândurilor, gânduri impuse, tranzitivism (pacientul simte că ideile sale circulă prin lume şi sunt cunoscute de toţi), stări emoţionale impuse („mă fac să plâng”, „mă fac să râd”), teleghidarea întregii persoane;
* kinestezice (motorii): se exprimă clinic prin perceperea executării unor mişcări impuse, realizând în cadrul sindromului de automatism mintal două aspecte particulare: halucinaţii motorii grafice şi halucinaţii motorii verbale.

*Halucinozele* – halucinaţii a căror semnificaţie patologică este recunoscută de bolnav şi apar în leziunile neurologice pedunculare (Lhermitte şi Van Bogaert), leziunile de trunchi cerebral, stări toxice şi infecţioase).

Alte manifestări halucinatorii:

* *halucinaţii funcţionale* – percepţia unor excitanţi obiectivi determină apariţia unor percepţii false de tip halucinator (de ex., apa ce curge la robinet este percepută sub forma unor voci care îl injuriază pe bolnav). Caracteristic acestor halucinaţii este faptul că ele sunt percepute atâta timp cât există excitantul real;
* *halucinoidele* – fenomene psihopatologice de aspect halucinator situate între reprezentări vii şi halucinaţii vagi, ce nu reuşesc să convingă pe deplin bolnavul asupra existenţei lor reale;
* *imaginile eidetice* – reproiectarea în exterior a imaginilor unor obiecte sau fiinţe, la persoane dotate cu forţe receptive deosebite;
* *halucinaţiile fiziologice* – apar la alternarea stărilor de veghe şi somn; se denumesc hipnagogice cele de adormire şi hipnapompice cele de trezire.

Importanţa clinică a fenomenelor halucinatorii:

* halucinaţiile elementare şi mai ales halucinozele au valoare orientativă privind localizarea suferinţelor cerebrale;
* halucinaţiile psihosenzoriale şi mai ales pseudohalucinaţiile aparţin în marea lor majoritate tulburărilor psihice de intensitate psihotică (sindroame paranoide);
* au caracter de urgenţă medicală, întrucât experienţa halucinatorie este intens trăită de bolnav, cu mare încărcătură anxioasă, generând un comportament de apărare (comportament halucinator), cu potenţial auto- şi heteroagresiv;
* în cadrul psihozelor paranoide bolnavul poate nega existenţa halucinaţiilor, ceea ce reprezintă disimularea fenomenelor halucinatorii;
* pseudohalucinaţiile fac parte integrantă din sindromul de automatism mintal descris de Kandinski şi Clerambault, specific schizofreniei paranoide şi parafreniei.

***Cenestopatia*** (termen introdus de Duprè) este o senzaţie neplăcută situată în corp, nejustificată prin recepţie sau suport anatomo-fiziologic. Se caracterizează prin:

* extremă fugacitate;
* absurditate anatomo-fiziologică;
* modalitate „personală” de prezentare.

Aparţine nevrozelor şi unor debuturi psihotice semnificând deficit de comunicare, gândire magică sau nivel socio-cultural redus. Strict semiologic ar putea fi situată între iluzie şi halucinoză.

***Agnoziile*** sunt tulburări de percepţie datorate unui defect de integrare gnozică, având semnificanţă clinică privind localizarea leziunilor cerebrale (studiul lor aparţine neurologiei). Exemple:

* agnozia vizuală (cecitatea psihică) – leziunea lobului occipital;
* prosopagnozia (nerecunoaşterea fizionomiilor cunoscute) – leziuni ale emisferului drept;
* agnozia culorilor – leziuni ale emisferului stâng;
* agnozia auditivă (surditatea psihică) – leziuni bilaterale de lob temporal.

# Semiologia atenţiei

***Atenţia (Prosexia)*** – funcţie psihică elementară prezentă în orice sector sau moment al existenţei conştiente (totală şi ubicuitară). Direcţionează procesele cognitive şi are un important rol adaptativ, mediind contactul între lumea interioară şi cea exterioară.

**Scop**: autoreglarea activităţii psihice pe microintervale în mod intermitent.

**Calităţi** (însuşiri):

* stabilitate şi mobilitate;
* volum şi concentrare;
* distributivitate (atenţie selectivă).

**Clasificare**:

* *involuntară* – reacţia de orientare nespecifică;
* *voluntară* – reacţia de orientare specifică;
* *habituală* – starea de pregătire pentru o recepţie corectă.

**Acţiuni** (cu implicarea altor procese psihice):

* selectarea mesajelor;
* ajustarea anticipativă;
* polarizarea intermitentă a vieţii psihice.

**Subordonare**:

* clarităţii conştiinţei;
* stărilor afective;
* personalităţii.



Vigilenţa atenţiei este definită ca şi „capacitatea de a putea răspunde corect la problematica pusă de mediul înconjurător”. Depinde de celelalte instanţe psihologice ale individului, dar mai ales de claritatea câmpului de conştiinţă, calitatea memoriei şi nivelul cognitiv. Aceste instanţe realizează *reacţia de orientare*, care poate fi:

* *nespecifică* – reflexă sau învăţată – de exemplu întoarcerea capului spre direcţia unde s-a produs un zgomot puternic sau închiderea ochilor în momentul unei lumini puternice;
* *specifică* – motivată (cognitiv sau afectiv), de exemplu orientarea spre jocul adversarului într-un meci de box.

Orientarea se poate exprima în plan verbal (orientarea verbală) sau comportamental (orientarea practică).

Diminuarea vigilităţii atenţiei se asociază frecvent cu confuzia mintală conducând la mari *tulburări de orientare* privind:

* *orientarea temporală* (situarea corectă în timp a propriei persoane şi capacitatea elaborării unor planuri în timp);
* *orientarea spaţială* (identificarea corectă a spaţiului imediat şi capacitatea elaborării unor scheme spaţiale);
* *orientarea asupra altor persoane* (allopsihică);
* *orientarea asupra propriei persoane* (autopsihică).



***Elemente de neurofiziologie***

Atenţia este legată în special de sistemul reticulat activator ascendent al trunchiului cerebral care are un efect tonic, difuz şi durabil asupra cortexului. Formaţiunea reticulată diencefalică are efecte de scurtă durată, fiind importantă pentru mobilizarea atenţiei.

Formaţiunea reticulată exercită un rol protector asupra cortexului, permiţând trecerea anumitor mesaje (filtru). Există un filtraj negativ pentru stimuli inutili, care nu mai „activează” creierul şi un filtraj pozitiv care favorizează accesul stimulilor relevanţi către cortex. Prin acest mecanism se realizează concentrarea şi stabilitatea atenţiei. Un alt mecanism care intervine în stabilitatea atenţiei este habituarea senzorială: stimulii repetitivi devin după o vreme nesemnificativi şi nu mai sunt selectaţi.

Contradicţia dintre impulsurile activator-facilitatoare ascendente şi cele inhibitor-moderatoare descendente este foarte importantă pentru funcţionarea optimă a atenţiei.

**Tulburările atenţiei (disprosexiile)**

Atenţia în psihopatologie nu poate fi privită într-un singur plan ca în psihologie, ci într-o manieră sincronă cu alte funcţii şi procese psihice, ceea ce creează premiza unei viziuni integrative şi nu analitice.

***Hiperprosexia*** poate prezenta două variante:

* globală sau nespecifică – se observă în stări maniacale, psihoze delirante;
* prin hipervigilitate (sectorizată sau specifică) se întâlneşte în melancolie, paranoia, nevroza obsesivo-fobică.

***Hipoprosexia*** reprezintă un deficit de filtraj al informaţiilor şi dificultăţi de selectare a răspunsurilor. Apare în tulburările câmpului conştiinţei, nedezvoltările sau deteriorările de intelect şi personalitate, schizofrenie, nevroze, surmenaj.

***Aprosexia*** ce apare în stări confuzionale grave, stări comatoase.

# Semiologia memoriei

***Memoria*** – proces psihic cognitiv care fixează şi stochează (depozitează) informaţiile, asigurând evocarea şi recunoaşterea experienţei trăite. Reprezintă „zestrea persoanei” şi se compune în mod analitic din:

* memoria perceptuală (percepţiile trăite);
* memoria gândirii;
* memoria afectivităţii;
* memoria activităţii.

Delay extinde noţiunea şi descrie:

* memoria biologică (filo- şi ontogenetică);
* memoria socială (propriu-zisă, ca proces psihic);
* memoria autistă (probabil manifestă în vis şi în bolile psihice).

Sectoare cronologice ale memoriei:

* Psihopatologic:
* memoria de fixare;
* memoria de evocare (voluntară sau automată).
* Psihologic:
* memoria imediată;
* memoria recentă;
* memoria de lungă durată.



***Elemente de neurofiziologie***

Memoria pare a avea un suport material – engrama – constituită din acid ribonucleic (ARN); cantitatea de ARN creşte în procesul învăţării, odată cu memorizarea.

Din punct de vedere anatomic, Papez a descris, ca suport ale memoriei, un circuit cortico-subcortical (care-i poartă numele): hipocamp-fornix-corpi mamilari-talamus-girus cinguli-hipocamp. Acest circuit ar fi în strânsă legătură cu cortexul prefrontal.

O serie de argumente vin în sprijinul importanţei acestui circuit pentru memorie: instalarea afaziei în leziunile lobului temporal dominant, concentraţia superioară de ARN în zonele respective, lezarea aproape constantă a corpilor mamilari în sindromul Korsakov (amnestic).

Prezenţa hipocampului ar putea explica aşa-numita memorie afectivă (este bine cunoscut faptul că reţinem mai bine evenimentele cu încărcătură afectivă mai mare).

Din punct de vedere bioelectric, s-a ipoteza circuitelor reverberante. Aceste reţele de neuroni ar juca un rol de „amplificator” care determină stocarea informaţiilor prin creşterea excitabilităţii neuronale.

Putem deci afirma că în funcţionarea memoriei sunt implicate atât mecanisme bioelectrice şi biochimice (memoria imediată şi de scurtă durată), cât şi mecanisme structurale (memoria de lungă durată).

**Tulburări (dismnezii) cantitative**

***Hipomnezia*** este scăderea în diferite grade a funcţiilor mnezice (stări confuzionale şi sindroame deficitare uşoare, patologia vârstei înaintate).

***Amnezia*** reprezintă prăbuşirea funcţiei mnezice (sindroame deficitare şi stări confuzionale grave, sindrom Korsakov). Poate fi:

* anterogradă (de fixare), cu alterarea fixării şi conservarea evocării;
* antero-retrogradă – amnezie progresivă ce alterează atât fixarea cât şi evocarea;
* lacunară, ce delimitează o perioadă în care fixarea nu s-a efectuat (goluri de memorie);
* electivă (tematică), reprezentând uitarea unor anumite evenimente sau persoane în relaţie cu o puternică încărcătură afectivă.

În legătură cu ordinea instalării amneziei, Delay elaborează legea disoluţiei memoriei (pierderea amintirilor se petrece de la complex la simplu), pe baza legii regresiunii memoriei a lui Ribot (amintirile se pierd în ordinea inversă achiziţiilor).

***Hipermneziile*** reprezintă exagerarea evocărilor (sindromul maniacal şi paranoia).

În general se reţin mai bine evenimentele cu încărcătură afectivă crescută. O variantă deosebită ar fi *viziunea retrospectivă* (derularea unor perioade lungi de viaţă în câteva secunde) întâlnită în situaţii limită.

**Tulburările (dismneziile) calitative**

Reprezintă amintiri deformate, neconforme cu realitatea:

* *Criptomnezia* – evocarea unor conţinuturi netrăite de pacient (mai frecvent materiale ştiinţifice, artistice), acesta fiind convins că îi aparţin (deteriorări de personalitate, paranoia);
* *Înstrăinarea amintirilor* – pacientul nu recunoaşte apartenenţa unor experienţe trăite, considerându-le ca auzite sau citite (fenomen invers criptomneziei, întâlnit în deteriorări de personalitate);
* *Falsa recunoaştere mnezică* (dèja vu, dèja veçu) – pacientul recunoaşte persoane şi situaţii pe care nu le-a cunoscut sau trăit; fenomenul opus – *falsa nerecunoaştere* (jamais vu, jamais veçu);
* *Paramnezia* de reduplicare Pick – dedublarea evenimentelor trăite, cu senzaţia că s-a aflat în situaţii asemănătoare dar nu identice;
* *Pseudoreminiscenţele –* falsificare a ordinii cronologice, adică trăirea în prezent a unor evenimente reale din trecut;
* *Confabulaţia* (halucinaţie de memorie) – pacientul „umple” goluri din memorie cu evenimente netrăite sau total greşit plasate în timp; în general apar la insistenţa examinatorului (caracter provocat). Dupre a descris trei variante de confabulaţie după conţinut:
* „de încurcătură”, „de jenă”;
* mnezice (conţinut verosimil);
* fantastice;
* onirice.

Datorită caracterului lor neintenţional, au mai fost numite „minciuni adevărate” şi sunt specifice sindromului Korsakov.

* *Ecmnezia* – pacientul confundă trecutul cu prezentul, retrăieşte cu intensitatea prezentului perioade de mult trecute (demenţă senilă).

O variantă particulară, dificil de încadrat este *anecforia* care constă în posibilitatea evocării unor evenimente pe care subiectul le credea uitate.

# Semiologia gândirii

Gândirea este un proces central al vieţii psihice care realizează o reflectare mijlocită şi generalizată a realităţii, cu evidenţierea esenţialului şi abstractului, pe baza experienţei şi prelucrării informaţiilor.

Operaţiile gândirii, la nivel elementar, sunt:

* analiza – procesul de descompunere a obiectelor în părţi componente;
* sinteza – procesul de reunire a părţilor componente într-un tot unitar;
* comparaţia – prin care se stabileşte asemănarea sau deosebirea dintre obiecte şi fenomene;
* generalizarea – grupează obiectele şi fenomenele după caracteristicile lor comune;
* individualizarea – revine la individ pe baza caracteristicilor particulare;
* abstractizarea – permite diferenţierea însuşirilor esenţiale de cele neesenţiale;
* concretizarea – reconstruieşte mintal obiectul sau fenomenul în totalitatea trăsăturilor caracteristice.

La nivel logic, gândirea operează cu noţiuni, judecăţi şi raţionamente.

***Noţiunea*** reprezintă conceptul verbalizat ce cristalizează însuşirile comune şi esenţiale ale obiectelor şi fenomenelor.

***Judecata*** constă în stabilirea unor relaţii logice între noţiuni, reflectând raporturile existente între obiectele şi fenomenele din realitate.

***Raţionamentul*** grupează logic mai multe judecăţi obţinând elemente noi asupra raporturilor existente în realitate. După structură, raţionamentul poate fi:

* inductiv – extragerea unei concluzii generale din câteva judecăţi particulare;
* deductiv – extragerea mai multor concluzii particulare dintr-un adevăr deja demonstrat sau postulat (axiomatic).

Un rol important în procesul gândirii îl au *asociaţiile* între noţiuni, realizate prin următoarele mecanisme: contiguitate, asemănare, contrast, cauzalitate. După tipurile dominante de asociaţii, gândirea se consideră a fi asociativ-mecanică (asociaţii prin contiguitate, asemănare şi contrast) sau asociativ-logică (asociaţii prin cauzalitate).



**Tulburările gândirii**

* de formă: de ritm (flux) ideativ şi coerenţă;
* de conţinut: ideile patologice;
* deficitare;
* tulburările limbajului vorbit şi scris.

**Tulburările de ritm şi coerenţă**

*Tahipsihia* – accelerarea fluxului ideativ, însoţită de o accelerare cvasiglobală a vieţii psihice; se întâlneşte în sindromul maniacal, schizofrenia hebefrenică, intoxicaţii, stări de excitaţie psihomotorie.

O formă particulară, relativ specifică sindromului maniacal, este „*fuga de idei*”, în care pacientul trece rapid de la un subiect la altul, face asociaţii prin asonanţă, rime, fără a fi incoerent.

*Mentismul* descris ca o desfăşurare rapidă şi incoercibilă a reprezentărilor şi ideilor. Se întâlneşte în stări de tensiune emoţională, oboseală, intoxicaţii cu excitante, sindromul obsesiv, schizofrenie (unde îmbracă un caracter particular, mentismul xenopatic).

*Bradipsihia –* încetinirea ritmului ideativ, însoţită de o încetinire globală a vieţii psihice; se întâlneşte în stări de epuizare, sindrom depresiv, schizofrenie, sindroame psihoorganice, sindroame deficitare.

*Vâscozitatea psihică şi adezivitatea* reprezintă forme specifice de lentoare ideativă în epilepsie.

*Fading-ul mintal* este o încetinire treptată (epuizare) a fluxului ideativ, mergând până la oprire, eventual cu reluarea progresivă a acestuia; apare în schizofrenie.

*Barajul ideativ*, descris ca oprirea bruscă a fluxului ideativ, deci şi a discursului, este caracteristic schizofreniei.

*Scăderea productivităţii ideilor* ce dă impresia de sărăcie ideativă mergând până la stereotipia tematică (monoideaţie). Apare în surmenaj, schizofrenie, stări depresive, demenţe.

*Anideaţia* reprezintă dispariţia în totalitate a fluxului ideativ şi nu poate fi acceptată decât în stările comatoase profunde.

*Tulburarea legăturilor asociative* (Bleuler – simptom fundamental în schizofrenie), constă în scăderea sau pierderea caracterului logic al asociaţiilor. A mai fost numită „ataxie intrapsihică” (Stranski).

*Incoerenţa* reprezintă o tulburare în care conţinuturile gândirii îşi pierd legăturile logice, în diverse grade, de la nivelul ideativ la cel noţional. *Schizofazia* este forma extremă a incoerenţei, în care gândirea devine un amalgam de noţiuni. Se exprimă prin „salata de cuvinte” sau/şi verbigeraţie.

*Verbigeraţia* – termen introdus de Kahlbaum, desemnează un discurs redus la o suită de cuvinte lipsite de sens sau neologisme, ce se declanşează cvasiautomat pe durata a câteva ore, debitate pe un ton patetic sau cântat (litania declamativă a lui Chaslin). Această tulburare se observă în regresia schizofrenică foarte accentuată.

Incoerenţa gândirii, clasic specifică schizofreniei, se poatre întâlni şi în stările confuzionale, sindroamele deficitare (nedezvoltarea sau deteriorarea personalităţii).

**Tulburările de conţinut**

Se referă în primul rând la ideile patologice. Principalele caracteristici ale ideilor patologice sunt persistenţa şi/sau slăbirea, sau chiar pierderea relațiilor cu realitatea. O altă dimensiune importantă a ideilor patologice constă în relațiile acestora cu personalitatea pacientului. În cadrul ideilor patologice se descriu: ideea fixă, ideea prevalentă, ideea delirantă și ideea obsesivă.

***Ideea fixă (dominantă)*** – se impune pe perioade lungi gândirii subiectului, influențând comportamentul acestuia. Poate fi reversibilă și aparține în general sferei normalului, dar poate fi întâlnită și în psihopatologie ca de exemplu în melancolie (monoideism), după stări onirice (ideea fixă post-onirică), în psihopatii.

***Ideea prevalentă*** reprezintă de fapt un mod de gândire, în care elemente din realitate sunt înglobate (forțate) ca argumente în sprijinul unei idei. Relațiile cu realitatea sunt deformate, subiectul utilizând o logică proprie, subiectivă, denumită în psihopatologie „mecanism interpretativ”.

Are tendință la dezvoltare (prin „construcția” de noi argumente bazate pe o semantică personală) şi potenţial psihopatologic delirant.

Ideea prevalentă apare în: psihoze reactive, stări post-onirice, psihoza maniaco-depresivă, stări hipocondriace și în toate stările predelirante (pregătește și potențează „invazia delirantă”).

***Ideea delirantă***este reprezentată de judecățile și raționamentele car reflectă în mod eronat realitatea și modifică în sensul lor patologic concepția despre lume a bolnavului precum și comportamentul său. Are următoarele caracteristici:

* este o judecată eronată ce stăpânește și domină conștiința bolnavului, modificându-i în sens patologic comportamentul;
* este impenetrabilă la contraargumente și inabordabilă prin confruntare în ciuda contradicțiilor evidente cu realitatea;
* este incompatibilă cu existența atitudinii critice, bolnavul fiind lipsit de capacitatea de a sesiza esența ei patologică.

Ideea delirantă este specifică tulburărilor psihice de intensitate psihotică, realizând delirul (una sau mai multe idei delirante bine constituite) – partea cea mai spectaculoasă a semiologiei psihiatrice.

Conținutul (tematica) delirului:

* *Idei delirante expansive* (expansiunea delirantă a Eului): de mărire, bogăție, grandoare, de invenție, de reformă, de filiație, erotomane, delirul mistico-religios;
* *Idei delirante depresive* (retracția delirantă a Eului): de negație, de autoacuzare, anticipare catastrofică, de vinovăție (culpabilitate), de ruină socială, morală, materială, de pierdere a stimei de sine, de lipsă de demnitate, de incapacitate, de autoliză (suicidare), hipocondriace;
* *Idei delirante de persecuție*: delirul de prejudiciu (material, moral), delirul de urmărire/supraveghere, delirul de influență exterioară, delirul de otrăvire sau amenințare a vieții prin diferite mijloace și metode;
* *Idei delirante mixte*: delirul de interpretare (de gelozie, de relație), delirul metafizic.

Conținutul delirului:

* *Delir sistematizat* – în care există un nucleu de idei delirante stabile, exprimate coerent și comprehensibil; exemplul clasic îl reprezintă delirul paranoiac;
* *Delir nesistematizat* – în care ideile delirante se succed fără legătură, nu au stabilitate în timp și au cel mai adesea un caracter de incomprehensibilitate (de exemplu, delirurile cronice din schizofrenie și parafrenie).

Volumul delirului:

* *Delir bogat – polimorf;*
* *Delir sărac;*
* *Delir rezidual.*

Modalități de apariție a delirului:

* *Delirul primar*, specific schizofreniei:
* dispoziția delirantă (pregătirea delirantă);
* percepția delirantă;
* intuiția delirantă;
* automatismul mental.
* *Delirul secundar*:
* prin prelucrarea delirului primar;
* prin mecanism halucinator;
* prin mecanism interpretativ.

***Ideea obsesivă*** – asediază gândirea (obsidio = a asedia), impunându-se conștiinței, deși este în dezacord cu personalitatea individului. Acesta îi sesizează caracterul parazit sau patologic și încearcă să scape de ea. Clinic poate îmbrăca următoarele forme:

* „*boala îndoielii*”, „*boala scrupulelor*” în care subiectul este într-un perpetuu dubiu, întrebându-se și analizând continuu eventualele posibilități;
* *amintiri şi reprezentări obsesive* se exprimă clinic prin perseverarea, resimţită penibil de bolnav, a rememorării unor evenimente neplăcute;
* *obsesiile fobice sau fobiile* ce reprezintă temeri nejustificate cu obiect real;
* *obsesiile impulsive sau compulsiunile* reprezintă teama de a nu comite acte impulsive cu consecinţe negative pentru subiect;
* *acţiuni obsesive* (conduite de evitare, ritualuri şi ceremonialuri obsesive).

Spre deosebire de celelalte idei patologice, ideea obsesivă se află în dezacord cu personalitatea subiectului, car acţionează împotriva obsesiei şi nu în sprijinul ei.

Toate aceste tulburări sunt specifice nevrozei obsesivo-fobice sau psihopatiei psihastenice, dar pot fi întâlnite şi în fazele de debut ale schizofreniei.

**Tulburările deficitare ale gândirii**

După etiologia lor, tulburările de tip deficitar pot fi grupate în două mari categorii:

* Deficit de gândire prin nedezvoltarea personalităţii – întâlnit în oligofrenii.
* Deficit de gândire prin deteriorarea personalităţii – întâlnit în sindroamele deteriorative şi demenţiale.

**Semiologia tulburărilor de limbaj**

Reprezintă o dublă verigă neurologică şi psihiatrică, în tulburările limbajului vorbit existând implicate o serie de anomalii de neurodezvoltare ce sugerează o vulnerabilitate de tip disconectiv ce poate fi asociată sau nu tulburărilor cantitative ale gândirii, incapacitatea de expresie corectă a limbajului vorbit nefiind simetrică cu deficitul cognitive.

****

**Tulburările limbajului vorbit şi ale expresiei verbale**

Cuprinde o serie de aspecte specific, încadrabile în interpretarea atitudinii de comunicare a pacientului cu anturajul şi considerate de unii autori ca şi tulburări de comunicare.

**Tulburările formale ale vorbirii** pot fi corelate cu:

* Debitul verbal:
  + creşterea debitului – bavardajul: creşterea fluxului cuvintelor
  + caracteristică persoanelor sănătoase, vorbăreţe, paranoia
  + logoree – ritm şi debit verbal crescut
  + apare în episoadele maniacale, în agitaţia psihomotorie
  + mutism: absenţa vorbirii printr-o inhibiţie de natură afectivă
  + mutismul apare în stările de stupoare, catatonie, isterie, depresie, tulburările cronice delirante
  + mutacismul: seamănă cu mutismul - un mutism deliberat
  + apare în simulare şi la histrionici
* Ritmul discursului:
  + accelerarea ritmului (tahilalie)
  + apare în oboseală, surescitare, insomnie, intoxicaţie acută
  + încetinirea ritmului (bradilalie)
  + apare în depresie, demenţă, retard mintal, epilepsie
  + afemia: imposibilitatea vorbirii, în ciuda eforturilor mimice şi gestuale; este rară
* Intonaţia
  + se referă la intensitatea vorbirii
  + voce de intensitate crescută, tonalitate înaltă, strigăte, interjecţii, injurii
    - apare în excitaţia maniacală, hipomaniacală, intoxicaţii acute, sindroame paranoide (în special în tulburările de personalitate de tip paranoid)
  + voce de intensitate scăzută, şoptită – caracterizează cu precădere depresia, histrionismul

**Tulburări fonetice, semantice şi sintactice:**

* tulburări ale foneticii – de articulaţie şi de pronunţie
  + apar în balbismul tonic, clonic sau tonico-clonic, în boala ticurilor
* tulburări ale semanticii, sintacticii – afectează înţelesul cuvintelor:
* paralogism – cuvânt uzual folosit în alt sens (apare în schizofrenie)
* neologism – creează cuvinte noi (de asemenea în schizofrenie)
* agramatismul: utilizarea unui limbaj telegrafic, redus la esenţă
* stereotipiile: repetarea monotonă de cuvinte izolate cu caracter rimat
* ecolalia: repetarea cuvintelor şi intonaţiei interlocutorului (în demenţă)
* psitacismul (vorbirea de papagal): vorbire lipsită de sens
* verbigeraţia: debitarea unor cuvinte fără sens; forma extremă este cunoscută sub denumirea de „salată de cuvinte“
* schizofazia: debutează cu un discurs destul de comprehensibil, apoi se transformă într-un limbaj ermetic
* jargonofazia: crearea unui limbaj nou
* incoerenţa: alterarea maximă a vorbirii

**Tulburări specifice ale limbajului vorbit** sunt interpretări semiologice ale tulburărilor generice de limbaj, în cadrul unei organizări de inspiraţie neurobiologică:

***Dislogii*** (tulburări mentale ale limbajului):

* Tulburări de formă ale activităţii verbale:
* *hiperactivitatea verbală*:
* simplă
* logoree
* bavardaj
* verbigeraţia
* *hipoactivitatea verbală*:
* bradifemia
* mutismul
* afemia
* Tulburări de conţinut ale funcţiei lingvistice (semantice):
* *paralogisme*
* *neologisme*

***Disfaziile sinonime afaziilor***

***Dislaliile*** – tulburări de pronunţare:

* *rotascism*
* *sigmatism*
* *balbism tonic sau clonic.*

**Aspecte particulare ale discursului la psihotici**

***Glosomania*** – este o formă de discurs în care cuvintele sunt folosite (alese) nu după intenţia de a comunica ci în funcţie de calităţile lor intrinseci de formă (asonanţă) sau de sens (omonime, sinonime, antonime).

***Glosolalia*** – este un discurs pe care auditorul îl percepe ca neologic – există „mai multe limbaje neologice”. Această tulburare se deosebeşte de jargonofazie prin faptul că este un monolog adaptat unei teme (scop) ca propagandă, rugăciune etc., iar jargonul glosolalic se observă numai în dialog.

N. Andreasen – 1979, face un studiu extrem de interesant asupra discursului bolnavilor psihotici (depresivi, maniacali şi schizofreni), analizând 113 pacienţi diagnosticaţi după criteriile RDC (Research Diagnostic Criteria). Rezultatele arată că unele sunt excepţionale (indiferent de diagnostic): barajul, ecolalia, neologismele, paralogismele.

La depresivi nu s-au decelat veritabile tulburări ale comportamentului verbal, ci numai o încetinire şi o oarecare sărăcire a conţinutului, dar discursul nu este niciodată ilogic sau incoerent.

La maniacali a predominat logoreea (mai mult de 150 de cuvinte pe minut), fuga de idei şi distractibilitatea (stimulii exteriori determină divagaţia discursului).

La schizofreni tulburările au variat după stadiul de evoluţie al bolii, cele mai frecvente fiind:

* relaxarea asociaţiilor
* ilogisme
* sărăcirea discursului (răspunsuri scurte şi elaborate)
* sărăcirea conţinutului discursului (vag, lipsit de informaţie, hiperconcret sau hiperabstract, repetitiv, stereotip)
* răspunsuri alături, discurs tangenţial
* incoerenţă.

Comportamentul verbal al schizofrenului nu este uniform şi variază de la un pacient la altul, iar la acelaşi pacient, de la un moment evolutiv la altul. Barajele, neologismele, paralogismele şi schizofazia, considerate de autorii clasici ca tulburări cvasipatognomonice, sunt rare astăzi şi nu aparţin numai schizofreniilor. Ceea ce caracterizează din punct de vedere formal discursul bolnavilor schizofreni este discontinuitatea şi lipsa de fluenţă a acestui discurs.

**Tulburările limbajului scris**

* *Tulburări psihografice* (corespunzătoare dislogiilor):
* hiperactivitate grafică:
* graforee
* incontinenţă grafică
* hipoactivitate grafică
* *Tulburări morfologice*:
* grifonaj, scris în oglindă, scris în ghirlandă etc.
* *Tulburări ale semanticii grafice*:
* paragramafisme
* neografisme

**TULBURĂRI ALE AFECTIVITĂŢII ŞI VOINŢEI**

# Semiologia afectivităţii

***Afectivitatea*** este procesul psihic cel mai legat de personalitate, exprimând subiectivitatea şi culoarea fiinţei psihice proprii şi determinând în bună măsură caracterul original, unic, irepetabil al fiecărei existenţe.

Delay defineşte afectivitatea ca acea stare de dispoziţie fundamentală, bogată în conţinuturi emoţionale şi instinctuale, care dă fiecăreia din trăirile noastre sufleteşti o tonalitate agreabilă sau dezagreabilă, oscilând între cei doi poli extremi – plăcerea şi durerea.



Afectivitatea dispune de trăsături „constante” dar şi de manifestări „dinamice”. Din punct de vedere psihologic, afectivitatea cuprinde:

* *Starea de afect*, definită ca o puternică încărcătură emoţională însoţită de modificări mimico-pantomimice şi neurovegetative (tahicardie, oscilaţii tensionale, paloare sau eritroză facială). Ca reacţie emoţională primitivă, în sfera normalului, poate fi exemplificată prin furie, mânie etc.
* *Emoţia* exprimă răsunetul afectiv al raportului dintre subiect şi lumea înconjurătoare, fiind o manifestare spontană, bruscă sau de lungă durată în care tensiunea afectivă are o amplitudine mult diminuată faţă de starea de afect. Trăirile emoţionale se pot împărţi după modul în care satisfac sau nu trebuinţele sau aspiraţiile subiectului în *pozitive* (plăcerea, satisfacţia) şi *negative* (neplăcerea, frica). De asemenea, în funcţie de tonalitatea lor, emoţiile pot fi *stenice* sau *astenice*, după cum cresc sau scad capacitatea de reacţie. Sub aspect temporal emoţiile determină starea afectivă a subiectului într-un moment dat al existenţei sale.
* *Dispoziţia* reprezintă starea afectivă generală, de fond cu intensitate medie şi durată lungă. Ea este determinată atât de gradul de adaptare la ambianţă cât şi de starea emoţională, fiind o rezultantă a emoţiilor determinate de mediul extern şi intern combinate cu impulsuri inconştiente.
* *Sentimentele* sunt trăirile cele mai complexe, cu caracter stabil şi generalizat, exprimând în cel mai înalt mod trăirea raportului subiectului cu mediul ambiant. Ele angajează întreaga viaţă psihică şi personalitatea, au un obiect precis şi influenţează comportamentul. Pot fi exemplificate prin prietenie, dragoste, stimă, dar şi prin ură, dispreţ, invidie.
* *Pasiunile* sunt asemănătoare sentimentelor, deosebindu-se totuşi prin amplitudinea mai mare a trăirii, prin angajarea mai profundă a persoanei cu puternică instrumentare voliţională şi polarizare comportamentală. În funcţie de orientarea lor, pot fi pozitive (pasiunea pentru artă, ştiinţă, profesie) sau negative (egocentrice, individualiste, mizantropice).

Starea afectivă normală poartă denumirea de *eutimie* sau *normotimie*. Această stare nu reprezintă un „status quo” cu dispune de un dinamism intern permanent, ondulant, culisând de la starea de tristeţe la cea de bucurie. Tocmai această capacitate de a putea oscila, de a nu rămâne pe o singură direcţie dispoziţională caracterizează normalul. Cea de-a doua trăsătură esenţială este concordanţa dispoziţiei cu evenimentele interne sau externe şi cu elementele motivaţionale.

Dispoziţia, stare de fond a timiei, dă culoare vieţii, dar şi gândirii noastre. Concordanţa între trăirea afectivă şi conţinutul gândirii poartă denumirea de *catatimie* sau fenomenul de *congruenţă*.

Având ca etalon această eutimie, afectivitatea poate prezenta:

* tulburări cantitative
* tulburări calitative
* aspecte particulare.

**Tulburările cantitative**

**Hipertimia** reprezintă o creştere a tonalităţii şi intensităţii afective, depăşind capacitatea integrativă şi adaptativă a personalităţii. Reprezintă de fapt o exacerbare patologică a dispoziţiei spre polul pozitiv (euforia) sau spre polul negativ (depresia).

***Hipertimia pozitivă – euforia*** („veselia patologică”, dispoziţia expansivă) se caracterizează prin exaltare dispoziţională, o stare de foarte bine şi de satisfacţie, optimism exagerat, supraestimare, megalomanie, dezinhibiţie instinctuală şi voliţională. Această stare se poate însoţi de idei catatime, idei delirante expansive sau de o ideaţie în neconcordanţă cu tonalitatea afectivă – idei delirante incongruente. Aceste tulburări se întâlnesc specific în cadrul episodului maniacal din boala afectivă. Atunci când tulburarea este însoţită de incongruenţă ideativă este vorba de o tulburare schizoafectivă, iar când intensitatea este de mică amplitudine vorbim despre hipomanie (stare hipomaniacală).

În cadrul psihopatiilor se descrie timopatul euforic, apropiat hipomaniacalului dar la care caracterul dominant este cel al inadaptabilităţii sociale, familiale şi profesionale.

Euforia (dispoziţia expansivă) mai poate fi întâlnită în:

* intoxicaţii exogene: alcool, amfetamine, cafeină, cocaină, LSD etc.;
* iatrogenii: după administrare de hormoni tiroidieni, cortizoni;
* pe fond organic cerebral, când alături de tulburarea afectivă se decelează fenomene deteriorative ale intelectului şi personalităţii (paralizia generală progresivă) sau sindromul moriatic în patologia de lob frontal (euforia este caracterizată printr-o tendinţă la glume cu tentă pornografică, calambururi, jocuri de cuvinte puerile pe fondul unui deficit intelectual şi scăderii simţului moral).

Starea euforică însoţeşte frecvent, probabil tot prin componentă frontală, scleroza multiplă în stadiul terminal şi aşa-numita „boală a ticurilor” (maladia Gilles de la Tourette) caracterizată prin euforie nătângă şi vorbire scatologică.

În cadrul schizofreniei hebefrenice se întâlneşte pseudoexpansivitatea, o veselie neroadă, rece, puerilă.

***Hipertimia negativă – depresia*** este caracterizată prin tristeţe profundă, dezgust de viaţă, cantonarea într-un trecut existenţial plin de evenimente negative şi trăirea unui prezent chinuitor şi lipsit de speranţă, la care se poate adăuga comportamentul suicidar.

Depresia severă este însoţită de alte tulburări:

* *pierderea stimei de sine*;
* *tristeţe vitală* – trăirea dureroasă a lui „a fi în lume”;
* *durere morală* – torturarea Eului de către Supraeul absolut;
* *anhedonia* – pierderea capacităţii de a trăi bucuria, sinonimă cu pierderea interesului şi a plăcerii pentru activităţi habituale ce altă dată îi făceau plăcere;
* *anestezia psihică dureroasă* – în care bolnavul se plânge că nu mai poate „trăi afectivitatea”, se simte golit de sentimente. Dispoziţia depresivă determină bradipsihie şi inhibiţie instinctual-voliţională, mergând până la starea stuporoasă (melancolia stuporoasă sau depresia inhibată). Ideaţia catatimă depresivă este reprezentată de ideile depresive, care pot ajunge la intensitate delirantă.

*Anxietatea* este un simptom asociat frecvent depresiei ca şi preocupările hipocondriace. Alături de anxietate un alt simptom cardinal ce însoţeşte depresia este insomnia, în special insomnia de trezire.

În forma sa tipică, depresia se manifestă în episodul depresiv din boala afectivă primară. De asemenea, se evidenţiază la timopaţii depresivi în cadrul psihopatiilor, precum şi în ciclotimie şi distimie.

În schizofrenie depresia poate fi întâlnită atât în debutul acesteia (depresie atipică), cât şi pe parcursul evoluţiei bolii (schizofrenia afectivă, însoţită de incongruenţă ideativă) dar şi la sfârşitul episodului acut (depresia post-neuroleptică sau reactivă).

Depresia poate fi un simptom important în sindroamele psihoorganice deteriorative de diverse etiologii sau al unor tumori cerebrale (mai frecvent de lob frontal) şi al encefalopatiei din sindromul de imunodeficienţă.

Atât hipertimia pozitivă – euforia, cât şi cea negativă – depresia, sunt departe de a fi omogene sub aspectul descrierilor semiologice clasice. Adesea simptomatologia maniacală este intricată cu cea depresivă sub forma *stărilor mixte*.

**Hipotimia** reprezintă o diminuare a capacităţii de rezonanţă afectivă, pacientul „vibrând” minim la stimulii afectivi, pozitivi sau negativi. Această hipotimie conduce la incapacitatea modulării dispoziţionale rezultând „demodularea afectivă”.

Atât hipotimia cât şi demodularea afectivă sunt specifice schizofreniei, denumită şi „psihoza hipotimică”. Această tulburare afectivă generează haloul de straniu, nefiresc, incomprehensibil al schizofreniei.

**Atimia** se caracterizează prin scăderea profundă a conţinuturilor afective, cu indiferenţă cvasitotală faţă de ambianţă. Kraepelin situa acest simptom în nucleul psihopatologic al demenţei precoce (schizofrenie) pe care el o denumea „demenţă afectivă”.

La schizofrenia timia pare a fi legată mai mult de retracţia autistă a Eului, ruperea contactului cu realitatea, decât de această relaxare a tonusului afectiv. În prezent această tulburare este rară, datorită posibilităţilor terapeutice, în special biologice care au condus la o veritabilă „încălzire” a schizofreniei.

**Athymhormia**, descrisă de Dide şi Guiraud în 1922, ar reprezenta un defect al dismorfismului vital instinctiv şi timic din care ar deriva dezinteresul şi inafectivitatea.

**Apatia** se defineşte ca o lipsă de tonalitate afectivă, ca o „inerţie a afectivităţii”, cu o scădere concomitentă a voinţei. Este cunoscută starea apto-abulică descrisă în schizofrenie.

**Tulburări calitative (paratimii)**

Reprezintă grupul manifestărilor afective caracterizate prin inadecvanţă, alură stranie, bizară, aberantă, discrepanţă motivaţională. Aceste tulburări întâlnite specific în schizofrenie, dar şi în alte psihoze paranoide, sunt:

* *Inversiunea afectivă* – reprezintă ostilitatea sau ura manifestată de pacient faţă de persoanele pe care anterior îmbolnăvirii le-a iubit (în special membrii familiei); apar în schizofrenie, parafrenie, delirul de gelozie;
* *Ambivalenţa afectivă* – este trăirea simultană a două stări afective diametral opuse (dragoste-ură, simpatie-antipatie); tulburarea este considerată specifică schizofreniei, ca o expresie a procesului disociativ;
* *Investiţia afectivă inadecvată (bizară)* – în care pacientul se leagă intens de persoane, animale, obiecte, scopuri sau valori cu semnificanţă inadedcvată sau bizară;
* *Discordanţa afectivă* – constă în trăirea afectivă aberantă a conţinuturilor psihice şi constituie expresia discordanţei generale a vieţii psihice din schizofrenie;
* *Trăirea afectivă paradoxală* – specifică schizofreniei (poate apărea şi în cursul reacţiilor psihotice), se caracterizează prin faptul că pacientul, la aflarea sau trăirea unui eveniment intens psihotraumatizant, dramatic, răspunde prin euforie.

**Tulburări particulare**

***Labilitatea emoţională*** reprezintă incapacitatea de a controla emoţiile. Poate apărea la persoane timide sau cu impresionabilitate crescută ca şi la unele stări de surmenaj sau sindrom neurastenic.

***Versatilitatea timică (labilitatea afectivă)*** constă în treceri rapide ale dispoziţiei de la polul depresiv la cel euforic.

***Cameleonismul afectiv*** este capacitatea exagerată pe care o au personalităţile demonstrative de a se adapta afectiv mediului şi nu trăirii interioare motivaţional-intelectuale a situaţiei date. Este semnul unei imaturităţi afective şi se întâlneşte specific în suferinţele isterice, ca variantă accentuată a versatilităţii afective.

***Incontinenţa afectivă*** în care pacientul trece de la „râsul spasmodic” la „plânsul spasmodic”; trecerea de la o stare emoţională la opusul ei este incoercibilă şi extrem de rapidă, semn caracteristic pentru demenţa aterosclerotică.

***Rigiditatea afectivă*** reprezintă incapacitatea de a se adapta afectiv datorită unei flexibilităţi reduse a controlului catatim. Este specifică personalităţilor paranoiace putând apărea însă şi în melancolie (depresia ostilă).

***Disforia*** este o dispoziţie depresiv-anxioasă cu disconfort somatic şi nelinişte psihomotorie în care se asociază logoreea, excitabilitatea crescută, impulsivitatea şi comportamentul coleros.

***Anxietatea*** a fost definită de către Janet drept „*teamă fără obiect*”. Poate fi generalizată (difuză) şi paroxistică (atacul de panică). Ea este însoţită de comportamentul de evitare mai ales în cadrul nevrozelor fobice şi neurasteniei.

Anxietatea poate fi întâlnită în psihiatrie în debutul unor psihoze endogene: schizofrenia (stare de tensiune delirantă) sau psihoza depresivă (depresie însoţită de anxietate). De asemenea, însoţeşte evoluţia psihozelor endogene (de ex., anxietatea paroxistică din cursul experienţelor halucinatorii).

În cadrul psihozelor toxice alcoolice acute, în stările confuzional-onirice în general, anxietatea poate fi extremă, generând un comportament de apărare ce poate lua forma unor manifestări auto- sau heteroagresive. Se poate manifesta în stările de sevraj la toxicomani, dar poate fi provocată şi iatrogen prin administrarea de medicamente anxiogene ca psihotonele, antidepresivele, cortizonul, bronhodilatatoarele.

Trebuie reţinut faptul că anxietatea poate constitui manifestarea iniţială sau precedentă a unor afecţiuni organice grave precuminfarctul miocardic, embolia pulmonară, hipertiroidia sau feocromocitomul, constituind o cauză a erorilor de diagnostic. Situaţia inversă conţine echivalenţe somatice ale unei stări de anxietate caracterizate prin: dispnee, senzaţie de sufocare, ameţeală, dezechilibru, vertij, leşin, palpitaţii, tremor generalizat, transpiraţii, dureri abdominale, parestezii, congestie facială, durere precordială etc.

În consecinţă, am putea spune că anxietatea, ca şi depresia, constituie un teritoriu de interferenţă al psihiatriei cu toate celelalte discipline medicale. Din aceste motive pacientul anxios trebuie investigat minuţios clinic şi paraclinic şi numai după excluderea unei componente somatice anxietatea va fi tratată ca atare.

***Angoasa*** reprezintă în mod clasic somatizarea unei stări de anxietate. În conceptul nosologic actual, este foarte dificil de diferenţiat angoasa ca simptom, de atacul de panică (anxietatea paroxistică), care poate fi complet sau cu simptome limitate.

# Semiologia voinţei

***Voinţa*** (procesul voliţional) reprezintă activitatea psihică orientată spre atingerea unor scopuri propuse conştient. Reprezintă o funcţie de reglaj a exprimării comportamentale conştiente.

Voinţa are la bază procesul decizional şi în realizarea scopului propus trebuie depăşite toate dificultăţile de ordin subiectiv şi obiectiv, interne sau externe, ce acţionează contrar scopului propus.

Procesul decizional impune necesitatea unei opţiuni orientate conştient către unul sau mai multe scopuri, a căror realizare necesită o serie de acţiuni. Cu alte cuvinte procesul decizional va implica unul sau mai multe acte voluntare.

Decizia traversează mai multe faze:

* *Formularea scopului* – în concordanţă cu aspiraţiile şi posibilităţile subiectului de a-l realiza.
* *Lupta motivelor* – fază intermediară extrem de importantă în care raţionalul trebuie să învingă subiectivul.
* *Adoptarea hotărârii* – va stabili clar obiectivul, caracterul acestuia (major-minor, imediat-de perspectivă), elementele contrarii, precum şi strategia de realizare.

În cadrul voinţei se pot distinge o componentă activatoare („voinţa activă”) şi una inhibitoare („voinţa pasivă”). Prima mobilizează forţele în realizarea scopurilor, iar a doua reprimă acţiunile sau pulsiunile care pot compromite acele scopuri.

Voinţa reprezintă deci funcţia psihică prin care se realizează trecerea conştientă de la o idee sau de la un raţionament la o activitate sau la inhibiţia unei activităţi, în vederea realizării unui anumit scop (V. Predescu, G. Ionescu).

Voinţa este influenţată de integritatea şi calitatea tutror celorlalte funcşii psihice, dar gândirea, afectivitatea şi motivaţia de suport pot suplini unele deficienţe constituţionale ale personalităţii.

Voinţa activatoare şi cea inhibitoare alcătuiesc un binom armonic şi complementar – dacă ar fi să luăm ca exemplu un automobil – un joc între frână şi acceleraţie; realizările depind atât de calitatea maşinii (celelalte funcţii şi procese), cât mai ales de cea a conducătorului (respectiv personalitatea).



**Tulburările voinţei**

Denumite şi disbulii sunt consecutive unei deficienţe motivaţionale (insuficienţa motivaţiei, motivaţia aberantă), unor tulburări cognitive sau afective. Clasic au fost descrise cantitativ şi calitativ.

***Tulburări cantitative***

*Hiperbulia* – exagerarea forţei voliţionale, are în general un caracter selectiv şi se observă la toxicomani şi obsesivi, dar mai ales la paranoia, unde efortul voliţional în sfera delirantă este de-a dreptul impresionant.

În cadrul normalului putem întâlni, destul de rar, creşteri constituţionale ale voinţei (personalităţi ferme, tenace).

*Hipobulia* – semnifică scăderea forţei voliţionale până la dispariţie (*abulie*) şi se traduce în plan comportamental prin scăderea în diverse grade a capacităţii de a lua decizii, deci de a acţiona. Spre deosebire de hiperbulie, hipobulia se întâlneşte în întreaga patologie psihiatrică (stări nevrotice, psihopatii, toxicomanii, traumatisme cranio-cerebrale, patologie afectivă, oligofrenii şi demenţe, schizofrenie).

O menţiune aparte trebuie făcută în cazul *abuliei* (imposibilitatea oricărui efort voliţional) întâlnită în schizofrenia catatonică şi în depresiile grave.

***Tulburări calitative***

*Disabulia* – dificultatea de a trece la o acţiune sau de a sfârşi o acţiune începută, având o rezonanţă afectivă negativă; apare în debutul schizofreniei şi în neurastenie.

*Parabulia* – insuficienţă voliţională determinată de pulsiuni sau acte parazite; se întâlneşte în nevroza ticurilor şi schizofrenii.

*Impulsivitatea* – insuficienţa voinţei pasive, inhibitorii, determinând comportamentul impulsiv (dezechilibrul dintre tendinţa impulsivă şi controlul voluntar). Poate apărea la temperamentele colerice şi la nevroticii anxioşi dar este caracteristică unor psihopatii (excitabilă-impulsivă) şi epilepsiei.

În concepţia noastră considerăm mult mai adecvat termenul de *disfuncţie volitiv-decizională*, ce subliniază complementaritatea celor două componente care conduc la o rezultantă unică – modul de realizare a scopului.

În acest sens, disfuncţiile volitiv-decizionale ar fi:

* Cantitative:
* hiperactivitatea voliţional-decizională prin exagerarea voinţei activatoare sau inhibitoare
* hipoactivitatea voliţional-decizională prin reducerea celor două componente ale voinţei.
* Calitative: discordanţa motivaţie-scop, disocierea binomului voliţional-decizional, inadecvare decizională şi motivaţională.

# Tulburările integrării comportamentale

În cadrul acestora se disting trei teritorii sau nivele diferite, pornind de la simplu la complex, şi anume:

* Tulburările vieţii instinctuale
* Tulburările activităţii psihomotorii
* Conduite comportamentale patologice.

**Tulburările vieţii instinctuale**

Prin instinct se înţelege energia psihică pusă în mod direct în serviciul satisfacerii unei nevoi biologice a individului – „instinctele fiziologice” şi nevoilor de conservare a speciei umane.

Şcoala psihanalitică utilizează noţiunea de pulsiune în locul celei de instinct, pulsiunea fiind forţa dinamizatoare – „pornire”, „scânteie” – care determină o serie de acte comportamentale în raport cu o situaţie sau cu un obiect exterior.

Instinctul ar reprezenta nivelul primar, elementar de mobilizare comportamentală, fiind condus de principiul autosatisfacţiei, „principiul plăcerii” în sensul freudian. El aparţine sferei inconştientului, Sinelui, fiind în mare măsură o moştenire filogenetică.

Energia psihică globală (pulsiunile centrate pe „libido”) este modelată de către activitatea conştientă, deci supusă „principiului realităţii”, atributul Eului conştient şi socializat prin istoria ontologică individuală şi colectivă.

Arbitrajul luptei între teritoriul instinctiv-pulsional şi cel adaptativ-social este realizat de setul normelor etico-morale şi educaţionale; acest arbitru „restrictiv, ameninţător şi punitiv” este Supraeul; în acest sens socio-psihologii (K. Lewin, Murphy) au descris:

* „Eu autentic” – nesocializat şi liber;
* „Eu inautentic” – socializat, educat şi adaptat, dar „închis în propria închisoare” – viaţa socială. Tot ceea ce omul „a creat” a fost un zid de apărare împotriva propriei instinctualităţi.

Capacitatea de dominare a pulsiunilor instinctive este proprie omului şi se realizează prin mecanismele de apărare ale Eului, descrise de Anna Freud: sublimarea, deplasarea, proiecţia etc.

Roger descrie următoarele categorii de instincte:

* *Instincte de conservare personală (autoconservare):*
* instinctul alimentar care, prin socializare, a generat „arta culinară”; legat de acest instinct este şi cel de migraţiune care a condus la descoperiri geografice şi colonizări;
* instinctul de apărare şi cel de grupare (de asociere) care, prin socializare, au dus la arta şi ştiinţa războiului, la organizarea familială şi socială.
* *Instinctul de conservare a scpeciei* – instinctul sexual ce a determinat dezvoltarea eroticii şi sexologiei.

Din punct de vedere psihopatologic vom prezenta tulburările conduitelor alimentare, de apărare şi sexuale.

***Conduita alimentară***

Menţionăm că preferăm termenul de conduită alimentară celui de instinct alimentar întrucât primul accentuează implicarea comportamentală.

**Tulburări cantitative**

* *Exagerarea instinctului alimentar*

Hiperfagia este o exagerare a aportului alimentare care se manifestă cu ocazia meselor curente sau în afara lor, mergând până la forma extremă – *bulimia –* nevoia coercibilă de a îngurgita alimente. Hiperfagia aparţine persoanelor gurmande dar şi anxioşilor, nevroticilor şi unor psihotici hipocondriaci. Bulimia se întâlneşte în sindroamele deteriorative şi demenţiale, dar şi în stările pseudodemenţiale din cursul evoluţiei cronic-defectuale a schizofreniei.

Aceste tulburări se însoţesc de modificări ponderale şi de „modificarea imaginii proprii” (dilatare corporală a Eului) asociată cu fenomene de culpabilizare şi autopedepsire, exprimată uneori prin vărsături provocate şi/sau diareea prin exces de laxative.

Când exagerarea conduitei alimentare se manifestă numai faţă de lichide – senzaţia de sete permanentă (în afara diabetului insipid) poartă numele generic de *potomanie* sau *dipsomanie*. Această tulburare este corelată de către unii psihopatologi de orientare comportamentalistă de toxicomania alcoolică.

* *Diminuarea conduitei alimentare*

Se manifestă prin pierderea apetitului alimentar – *anorexie* – fenomen ce însoţeşte boli organice, infecţioase şi psihice (mai ales depresiile şi stările reactive), fie printr-o restrângere voluntară şi uneori selectivă faţă de alimente – *sitiofobia*. Aceasta din urmă poate avea o motivaţie normală („cura de slăbire”) sau patologică în nevrozele fobice, obsesivo-compulsive, schizofrenie (teama delirantă de a nu fi otrăvit sau intoxicat), psihoze paranoide, paranoia.

Forma patologică cea mai frecventă este *anorexia mentală*, termen introdus de Lasegue şi Gull în 1873. Această tulburare se ănscrie într-un veritabil sindrom – „*anorexia mentală a tinerelor fete*”; cca. 95% din cazuri apar în adolescenţă, cu o frecvenţă de 0,1-1%, mai crescută în societăţile de tip occidental. Apare mai frecvent în familiile unde mama sau sora au avut un asemenea sindrom (Szmukler, 1985).

Menţionăm că anorexia mentală trebuie diferenţiată de negativismul alimentar ce aparţine sindromului catatonic din schizofrenie şi depresiilor stuporoase.

**Tulburări calitative**

* *Pica* – înghiţirea unor materiale necomestibile, cunoscută clasic ca „pica gravidelor” (consumă bucăţi de tencuială de pe ziduri);
* *Bizareriile alimentare* – utilizarea excesivă a unor alimente „exotice” sau „reţete proprii bizare”. Această tulburare poate fi întâlnită la caracteriopaţii „snobi”, în unele nevroze anxioase ca o hipercompensare a unei situaţii de inferioritate, dar poate marca (dacă „rupe” linia existenţială anterioară) debutul unei schizofrenii;
* *Pervertirea conduitei alimentare* – coprofagia (ingestia de materii fecale), necrofagia (ingerarea unor organe de la persoane decedate), canibalismul; evidenţiază o gravă afectare a vieţii psihice, întâlnindu-se în oligofrenii, demenţe, schizofrenie, dar şi în cadrul unor grupuri psihopatice („ritualuri sadice de grup”).

***Conduita sexuală***

Tulburările trebuie diferenţiate de la început de anumite obiceiuri, tabu-uri şi practici sexuale, ce aparţin diverselor culturi şi teritorii etnico-religioase ca manifestări izolate şi nu ca „reguli ale unei colectivităţi”.

**Tulburări cantitative**

* *Exagerarea conduitei sexuale – satiriazis* sau *donjuanism* pentru bărbaţi şi *nimfomanie*  pentru femei.

Această tulburare este corelată cu stările de excitaţie psihomotorie şi se întâlneşte în episodul maniacal al bolii afective, schizofrenia afectivă, la psihopaţii euforici şi în intoxicaţii (amfetamine, cocaină, alte excitante ale SNC). De asemenea, poate însoţi şi unele forme de oligofrenie, mai ales la femei unde „valorizarea sexuală” şi „prostituţia” compensează handicapul cognitiv.

* *Diminuarea conduitei sexuale –* termen impropriu după opinia noastră, pentru a desemna *impotenţa masculină* şi *feminină – frigiditate.*

În accepţiea noastră, nu găsim scăderea instinctului sexual decât la schizofreni, personalităţi schizotipale şi bolnavi depresivi, legată de diminuarea globală a interesului pentru activitatea sexuală (retragerea autistă sau depresivă). Considerăm mai potrivit termenul de tulburări de dinamică sexuală pentru a sublinia dificultăţile de obţinere a satisfacţiei sexuale. Aceste dificultăţi sunt:

* *Impotenţa* – imposibilitatea erecţiei sau erecţie incompletă ce nu permite penetrarea. Mai rar de cauză organică (endocrină, urologică, diabet etc.), peste 80% din cazuri sunt de origine psihică şi traduc fie surmenaj, fie suferinţe psihiatrice (nevroze – angoasa de castrare, stări depresive, schizofrenie, alcoolism), fie tratament prelungit cu sedative, barbiturice, neuroleptice.

Impotenţa se poate însoţi de idei prevalente sau delirante de gelozie, bazate pe o creştere a pulsiunilor sexuale în contradicţie cu imposibilitatea satisfacerii lor. În acelaşi context pot apărea comportamente sexuale deviante (exhibiţionism).

* *Ejacularea precoce* – disfuncţionalitate frecventă, constă în producerea erecţiei fără satisfacerea partenerei, datorită ejaculării fie înaintea penetrării („ante-portas”) sau imediat după penetrare. Tulburare legată de complexul lui Oedip, s-ar putea explica prin organizarea fantasmatică a vieţii sexuale (reprezentările anticipează cu mult realitatea) sau printr-o manifestare a sadismului (producerea plăcerii proprii în detrimentul partenerei).
* *Ejacularea întârziată*, chiar imposibilitatea ejaculării este un semn al declinului sexual la persoanele de vârsta a treia, iar la tineri reprezintă o componentă sadică de culpabilizare a partenerei (adesea constituie preambulul unor practici sexuale perverse). Poate fi legată de primele experienţe erotice cu o „iniţiatică erotico-sexuală perversă”.
* *Frigiditatea* (lipsa orgasmului, impotenţa feminină), preponderent tot de origine psihică, traduce fie un refuz al ”feminităţii”, fie o componentă sadică de inferiorizare a partenerului. Noţiunea de frigiditate trebuie folosită numai după excluderea unor cauze organice (genitale sau endocrine) şi numai dacă partenerul nu prezintă o tulburare disfuncţională. Poate fi legată de experienţe sexuale psihotraumatizante (viol, incest) şi apare în tulburări nevrotice anxios-fobice sau depresive, precum şi în unele psihoze mai ales melancolia şi schizofrenia.
* *Vaginismul*, contractura musculaturii vaginale de origine psihogenă, manifestare isterică sau fobică, reprezentând un „protest” faţă de penetrare (simptomul este foarte rar întâlnit).
* *Dispareunia*, durerea produsă de contactul sexual, apărută în afara cauzelor ginecologice, semnificând o tendinţă masochistă şi constituind o modalitate de a controla indirect actul sexual.
* *Diminuarea interesului sexual*, generată de refuzul rolului de partener sexual în favoarea celui de mamă, gospodină sau bună profesionistă. Este legată de un complex oedipian de negare a sexului şi identificarea soţului cu imaginea paternală sau fraternală (relaţii interzise). Refuzul sexualităţii şi dezinteresul pentru partener generează sentimentul de culpabilizare inconştientă şi refugiu în boală (fenomene depresive, obsesive şi idei de gelozie).
* *Comportamentul sexual evitant*, justificat uneori de o boală sau de teama de sarcină („coitus interruprus”), se observă la anxioşi, fobici şi depresivi, dar poate fi întreţinut de frica intens mediatizată faţă de boli venerice şi SIDA.
* *Tulburările orgasmice*, privesc trăirea personală a plăcerii sexuale, de la satisfacţie până la dezgust.

**Tulburări calitative (deviaţii sexuale, parafilii)**

* *Deviaţii în alegerea partenerului*
* *masturbaţia* (*ipsaţia* sau *onania)* – producerea satisfacţiei prin autoerotism. Tulburarea este întâlnită în proporţii egale la ambele sexe, în perioada pubertară şi adolescentină. Nu are o semnificaţie patologică decât dacă persistă după începerea vieţii sexuale regulate sau devine singura modalitate de obţinere a plăcerii sexuale. Este legată de fantasmatica sexuală şi în patologie se întâlneşte la oligofreni, în stările de excitaţie maniacală şi schizofrenie.
* *homosexualitatea* masculină (*pederastia*) şi feminină (*lesbianismul*) sunt considerate patologice numai în măsura în care sunt contrare Eului – *homosexualitate egodistonică*. Poate fi o practică unică sau asociată cu heterosexualitatea. Kinsney apreciază frecvenţa homosexualităţii la 4% pentru bărbaţi şi 2% pentru femei, considerând că aceasta poate îmbrăca trei aspecte: experienţă unică, episodică şi ambisexualitate.
* *pedofilia* – tendinţa preferenţială de a întreţine relaţii sexuale cu copii, incestul fiind o formă particulară. Se întâlneşte cu frecvenţă crescută la persoanele cu sindroame psihoorganice şi stări deteriorative, precum şi la unii psihopaţi.
* *gerontofilia –* preferinţă sexuală pentru persoane în vârstă este o tulburare de tip oedipian şi însoţeşte violul patologic. Se întâlneşte în psihopatii şi stări psihopatoide, oligofrenii şi schizofrenie unde violul patologic poate constitui o modalitate de debut medico-legal.
* *zoofilia (bestialitatea)* – întreţinerea de raporturi sexuale cu animale, este mai ales întâlnită în situaţii de izolare, la oligofreni, în sindroame psihoorganice, deteriorative, alcoolism şi schizofrenie.
* *necrofilia* – raporturi sexuale cu cadavre sau persoane muribunde, se manifestă la personalităţi psihopatice, oligofreni şi extrem de rar la schizofreni, ce lucrează în condiţii favorizante (morgă, pompe funebre).
* *pigmalionismul –* atracţie sexuală pentru statui; o echivalenţă actuală ar fi utilizarea păpuşilor gonflabile.
* *Deviaţii ale actului sexual*
* *voyeurismul* – obţinerea satisfacţiei sexuale privind un act sexual executat de alte persoane. În prezent această practică este întreţinută de filmele pornografice.
* *exhibiţionismul –* cea mai narcisică dintre tulburările sexuale, constă în expunerea organelor genitale în public; important pentru subiect este faptul de a se expune privirii persoanelor de sex opus. Exhibiţioniştii îşi aleg locuri preferenţiale (şcoli, cămine, internate) şi o „victimă” sau un grup de „victime”. Tulburarea aparţine psihopatiilor, stărilor psihopatoide, alcoolismului, sindroamelor deteriorative, psihozei maniacale şi schizofreniei.
* *sadismul* – obţinerea satisfacţiei prin chinuirea partenerului, de la micile jocuri sexuale dureroase până la crima sadică. Se întâlneşte la psihopaţi impulsivi şi explozivi, la epileptici, în sindroame psihoorganice şi schizofrenie.
* *masochismul –* opusul sadismului se caracterizează prin obţinerea orgasmului prin suferinţă fizică, până la veritabile torturi. Frecvent cele două tulburări se asociază în cadrul unui cuplu sexual pervers, sado-masochist, fiecare din parteneri jucând unul sau celălalt rol.
* *fetişismul –* subiectul nu poate ajunge la plăcerea sexuală decât în prezenţa unui obiect investit cu puteri simbolice deosebite – fetişul. Acesta poate fi un obiect de lenjerie sau oricare obiect de uz personal şi se asociază cu participarea senzorială (un anumit parfum, atingerea unei bucăţi de catifea).
* *Tulburări ale scopului actului sexual*
* *travestitismul* – substituirea plăcerii sexuale prin purtarea hainelor sexului opus.
* *transexualismul –* refuzul de identificare cu sexul propriu, tulburare rară cu frecvenţa de 1/100.000 pentru femei şi 1/30.000 pentru bărbaţi. Atunci când sexul genetic este diferit de sexul pacientului se vorbeşte despre transsexualism veritabil; în acest caz se poate admite – la cererea pacientului şi prin hotărâre judecătorească – schimbarea sexului prin executarea unor operaţii estetice. Dacă sexul genetic este identic cu sexul pacientului, tulburarea se consideră psihogenă. Această tulburare este însoţită frecvent de homosexualitate, practici sadice şi delicte sexuale grave.

*Perversiunile sexuale* sunt dificil de definit şi conform DSM-IIIR sunt veritabile parafilii atunci când sunt practicate într-un scenariu pervers, indiferent de acordul sau dezacordul partenerului. Oricare din tulburările descrise mai sus şi care îndeplinesc aceste condiţii în afara altor tulburări mintale sunt potenţial încadrabile în perversiunile sexuale.

***Instinctul de apărare***

**Tulburări cantitative**

* *Exagerarea instinctului de apărare* conduce la agresivitate, de la conduita agresivă verbală până la violenţa fizică şi crima patologică. Se întâlneşte la bolnavi cu psihoze delirant-halucinatorii (schizofrenie, psihoze paranoide), în paranoia, la bolnavii cu sindroame psihoorganice, la oligofreni;
* *Diminuarea instinctului de apărare* determină aşa-numitul comportament de risc culminând cu actul suicidar. Tulburarea este întâlnită frecvent la pacienţii cu tulburări depresive, psihopatii sau sindroame psihoorganice. Suicidul poate apărea şi la pacienţii cu alte tulburări organice incurabile (SIDA, cancer etc.).

**Tulburări calitative**

* *Fuga patologică* – tulburare încadrabilă în reacţia psihotică acută (vezi psihogeniile). Caracterizată printr-o acţiune automată, cu motivaţie de apărare, executată pe un fond de îngustare a conştiinţei. Ca exemplu clasic se poate cita cazul războiului în care soldaţii din prima linie, de frică, fug pentru a scăpa de moarte direct înspre liniile inamice devenind din victime potenţiale victime sigure.
* *Reacţiile patologice de apărare* – apar la pacienţi care trăiesc experienţa dedublării halucinatorii a personalităţii sau drama depersonalizării (schizofreni).
* *Ritualurile de evitare* – compulsive, ale marilor obsesivi dar care pot apărea şi în schizofrenie.

**Tulburările conduitei motorii**

* Tulburări ale comportamentului expresiv
* Tulburări ale activităţii motorii generale

***Tulburări ale comportamentului expresiv***

Cuprind „limbajul corporal” al pacienţilor:

**Mimica** – expresie non-verbală involuntară şi reflexă. Mobilitatea şi „expresivitatea mimicii” poate prezenta următoarele tulburări:

* *Hipermimia –* exagerarea mobilităţi mimice; se întâlneşte în accesul maniacal.
* *Hipomimia –* diminuarea mimicii la bolnavii depresivi, schizofreni, parkinsonieni, confuzi, demenţi, oligofreni.
* *Paramimia –* tulburarea manifestă prin discordanţa mimicii faţă de conţinutul afectiv; este caracteristică schizofreniei. Această tulburare trebuie diferenţiată de mimica compensatorie care reprezintă afişarea voluntară a unei faţade mimice ce ascunde starea sufletească reală. În schizofreniile cu evoluţie cronică defectuală se poate ajunge la psitacismul mimic – hipermobilitatea incomprehensibilă şi inexpresivă a mimicii.
* *Ecomimia –* mimica în ecou, întâlnită în schizofrenie şi în sindroamele deficitare.
* *Amimia –* reprezintă imobilitatea mimicii şi se întâlneşte foarte rar în stările stuporoase melancolice, în cadrul schizofreniei catatonice şi în sindromul P.E.M.A. (palilalie, ecolalie, mutism, amimie) din demenţa Pick.

Sindromul de impregnare neuroleptică poate genera un sindrom hiperton-hiperkinetic cu diminuarea mimicii, faciesul pacientului arătând ca o „mască imobilă”.

**Gestica** poate reprezenta la rândul ei o exagerare a expresiei gestuale (sindrom maniacal, anxietate, unele forme de schizofrenie) sau o diminuare a acesteia (depresii, sindroame psihoorganice şi deteriorative).

* *Negativismul –* reprezintă rezistenţa activă sau pasivă faţă de orice stimul extern sau chiar faţă de realizarea nevoilor fiziologice (negativism intern). Poate fi pasiv, atunci când bolnavul este inert dar nu răspunde la solicitări, şi activ când bolnavul se opune executării unei acţiuni. În clinică întâlnim negativism motor, verbal, alimentar şi intern.
* *Parakineziile –* pervertirea (pierderea) sensului şi conţinutului natural şi logic al mişcărilor:
* manierismul – supraîncărcarea conduitelor şi gesturilor simple, acestea devenind artificiale, puerile, caricaturale (mers dansat, săltăreţ; când dă mâna întinde un sigur deget etc.);
* bizareria – este o pierdere a conţinutului logic al acţiunilor comportamentale, acestea căpătând un caracter incomprehensibil;
* stereotipiile – constau în repetarea într-o manieră identică a unei anumite mişcări, cel mai adesea bizară, perseverarea într-un anumit gest sau act comportamental şi păstrarea îndelungată a unei anumite poziţii („perna psihică”, „cocoş de puşcă”, „contractura cataleptică” şi „atitudinea catatonică”). Stereotipiile de mişcare (kinetice sau parakinetice) sunt cel mai frecvent întâlnite în schizofrenia catatonică, în demenţa senilă şi oligofrenii.
* *Ecopraxia –* imitarea gesturilor examinatorului, face parte din sindromul ecopatic alături de ecomimie şi ecolalie.

**Ţinuta şi vestimentaţia** exprimă legătura estetică a individului cu ambianţa şi este o „normă socială”, deseori încălcată de bolnavul psihic, constituind uneori primul semn al bolii. Tulburările acestora pot fi:

* *Dezordinea vestimentară* – ce trădează o stare confuzională, debutul unei psihoze (adesea schizofrenia), oligofrenie, demenţe.
* *Rafinamentul vestimentar exagerat* – este întâlnit la personalităţile psihopatice, isterice sau în cadrul bizareriilor de comportament din schizofrenie.
* *Excentricităţile vestimentare* (ţinută extravagantă, culori ţipătoare, ornarea cu decoraţii etc.) exprimă tendinţele megalomane, fiind întâlnite în stările de excitaţie maniacală sau în paranoia. Excentricitatea bizară mai poate apărea în hebefrenie şi în forma expansivă din paralizia generală progresivă.
* *Travestitismul –* utilizarea vestimentaţiei sexului opus.
* *Cisvestitismul –* ultilizarea vestimentaţiei corespunzătoare sexului, da inadecvată vârstei.

**Tulburări simbolice ale comportamentului expresiv** pot fi:

* *Ticurile* sau parapantomimiile sunt acte motorii repetitive involuntare, care dispar în somn şi care exteriorizează un conflict nevrotic (nevrozele mixte sau motorii).
* *Tulburările motorii de tip conversiv* apar în cadrul isteriei şi reprezintă manifestarea motorie a „conversiei isterice” (paralizii şi hiperkinezii isterice, crize epileptiforme).

**Tulburări ale activităţii motorii generale**

**Exagerarea activităţii motorii** poartă denumirea de *hiperkinezie*. Când pe acest fond se adaugă neliniştea şi dezorganizarea actelor motorii vorbim despre *excitaţie psihomotorie*, care în forma extremă de manifestare poartă denumirea de *agitaţie*.

* *Agitaţia psihomotorie* – tulburare de ansamblu a conduitelor motorii ce traduce o stare de excitaţie psihică. Ea exprimă pierderea controlului voluntar asupra propriilor acţiuni. Tabloul clinic al agitaţiei psihomotorii prezintă variante diverse:
* agitaţia reactivă – legată de o stare anxioasă (psihoza reactivă), este în raport direct cu un eveniment psihotraumatic şi relevă trăsăturile personalităţii (mai frecvent isterice – teatralism şi hiperexpresivitate). Are valoarea unei veritabile comunicaţii şi răspunde la măsuri psihoterapeutice simple şi la anxiolitice;
* agitaţia din psihozele delirant halucinatorii (bufeu delirant, schizofrenie, psihoze paranoide) – legată de experienţa delirantă şi halucinatorie trăită de bolnav. În schizofrenie mai ales are un aspect incoerent, bizar şi detaşat de ambianţă;
* agitaţia din accesul maniacal apare pe un fundal euforic, idei delirante expansive. Este însoţită de logoree, fugă de idei, şi se poate accentua la contradicţii minore, îmbrăcând forma coleroase. Poate ajunge la forma extremă – *furor maniacal*. Pacienţii au mare rezistenţă la oboseală, sunt dezinhibaţi instinctiv-voliţional şi pot comite acte medico-legale, în special delicte sexuale;
* agitaţia în psihopatii se caracterizează prin hiperexpresivitate şi tendinţă la şantaj; este declanşată de un conflict relaţional;
* agitaţia în melancolie – mai ales în forma anxioasă, fiind însoţită de idei de incurabilitate, pierderea stimei de sine şi autoacuzare. Prezintă mare risc suicidar;
* agitaţia din confuzia mintală şi stările confuzo-onirice – dezordonată, se desfăşoară pe fundalul unei stări de anxietate extremă. Pacientul este în mijlocul onirismului său, pe care îl trăieşte intens ca participant la scenariul halucinator, cel mai adesea terifiant;
* agitaţia în demenţe, mai ales vesperală sau nocturnă, frecvent însoţită de deambulare. Este alimentată de idei de prejudiciu material şi moral, poate fi agresivă; bolnavii au tendinţa la fugă şi vagabondaj, toate acestea constituind un motiv frecvent de spitalizare, care exprimă pierderea toleranţei anturajului faţă de pacient;
* agitaţia din oligofrenie – săracă, stereotipă, însoţită de acte clastice absurde, gesticulaţie incoerentă, tendinţe hetero- sau autoagresive;
* agitaţia din epilepsie – manifestată ca echivalenţă epileptică sau intercritic este declanşată de incitaţii ale anturajului. Poate atinge o formă extremă („*furor epileptic*”) care prin caracterul său automat poate conduce la acte de mare violenţă şi cruzime urmate de amnezia totală a episodului.

Agitaţia psihomotorie în psihopatologie exprimă starea psihică a bolnavului, gradul de dezorganizare a actelor fiind expresia conţinuturilor sale afective şi ideative.

**Diminuarea activităţii motorii** poate îmbrăca mai multe aspecte:

* *Hipokinezia* – expresia în plan clinic a inhibiţiei psihomotorii, este obiectivată prin: bradikinezie, lentoarea generală a mişcărilor, hipomimie, bradilalie.
* *Akinezia* – se caracterizează prin inhibiţie psihomotorie extremă manifestată prin:
* baraj motor – întreruperea bruscă şi întâmplătoare a oricărei mişcări, apare în schizofrenie. Se însoţeşte frecvent de baraj ideo-verbal şi trebuie diferenţiat de absenţa epileptică;
* fading-ul motor – diminuarea treptată până la dispariţie a unei acţiuni, apare în schizofrenie, depresii şi stări de epuizare;
* starea stuporoasă – siderarea tuturor funcţiilor psihice, însoţită de o stare de prostraţie completă, de suspendare a oricărei activităţi motorii, adinamie, amimie şi mutism. Bolnavul stuporos este imobil, păstrează patul, este inert, mut, nu reacţionează la stimuli şi refuză alimentaţia (negativism alimentar). Uneori la acest tablou se asociază incontinenţa sfincteriană (starea gatoasă descrisă de vechii autori). În spatele acestei „măşti stuporoase” se poate ascunde o mare încărcătură afectivă. Din punct de vedere psihopatologic, se descriu mai multe variante de stupoare (stupor):
* stupoarea melancolică – forma extremă a inhibiţiei depresive; de obicei se instalează insidios, pe un fundal depresiv psihotic. Mutismul maschează o activitate delirantă intensă (idei de culpabilitate, autoacuzare, negaţie), însoţită de durerea morală care torturează „conştiinţa depresivă”. Această stare se trădează clinic prin grimase ce exprimă o veritabilă durere, gemete şi prin prezenţa semnului clasic – „omega melancolic” – cuta intersprâncenoasă;
* stupoarea catatonică în care mimica este fie inexpresivă, fie enigmatică. Imobilitatea se însoţeşte de negativism activ (opoziţionism) şi catalepsie (conservarea atitudinilor impuse – „flexibilitate ceroasă”). Stupoarea se poate instala sau dispare brusc sau treptat, putând persista zile sau săptămâni;
* stupoarea reactivă – declanşată de un eveniment psihotraumatic major (catastrofe naturale sau personale), se traduce plastic prin expresia „împietrit de durere”. Este legată direct de evenimentul psihotraumatic (legătură cauzală) şi diminuă odată cu îndepărtarea de momentul psihotraumatic (legătură temporală);
* stupoarea confuzională – pacientul este apatic, inert, indiferent; seamănă cu starea de comă vigilă, punând probleme dificile de diagnostic diferenţial.
* *Catatonia* – descrisă de Kahlbaum – 1874, ca entitate nosologică independentă, inclusă de Kraepelin în cadrul demenţei precoce, a fost prezentată în 1911 de Bleuler ca o formă clinică a schizofreniei. Catatonia reprezintă un ansamblu de tulburări psihomotorii ce se desfăşoară pe fondul inerţiei şi catalepsiei. Se poate desfăşura pe un fond de claritate a conştiinţei – *catatonia lucidă*, sau pe fond confuziv – *catatonia onirică.*

Principalele simptome sunt: sugestibilitatea, catalepsia, negativismul, parakineziile (bizarerii, stereotipii, manierism); uneori pot apărea manifestările ecopatice (imitarea actelor examinatorului): ecomimie, ecolalie, ecopraxie.

**Conduite comportamentale patologice**

***Impulsiunea*** – nevoia imperioasă de a efectua în mod brusc un act motor iraţional, cu un caracter agresiv sau chiar periculos şi a cărui execuţie scapă de sub controlul voluntar al subiectului.

***Raptusul*** – o succesiune de manifestări impulsive paroxistice, pe care pacientul nu le poate ţine sub control; se manifestă exploziv, violent şi poate duce la heteroagresivitate sau la suicid (raptusul suicidar).

Impulsivitatea este caracteristică unor personalităţi dizarmonice sau borderline, psihozelor; alcoolul şi consumul de droguri favorizează descărcările impulsive. Exemple de conduite patologice impulsive sunt piromania, cleptomania, jocuri patologice etc.

***Compulsiunea*** – teama de a nu comite un act impulsiv, determină o deviere a agresivităţii care se poate manifesta în mod simbolic. Sunt specifice nevrozei obsesiv-compulsive şi personalităţilor psihastenice.

***Gesturile şi acţiunile suicidare*** – suicidul finalizat, tentativele de suicid şi echivalenţele suicidare (parasuicidul) se pot întâlni în depresii, psihopatii, alcoolism, dar şi în situaţii existenţiale limită.

***Fuga*** – abandon impulsiv cu părăsirea domiciliului sau locului de viaţă obişnuit. Ele se manifestă fără motiv sau la contrarietăţi minore fără un scop precis şi sunt limitate ca timp. Se descriu:

* fugi reactive (reacţia acută)
* fugi gregare (împreună cu un grup de prieteni)
* fugi automate (inconştiente, epileptice).

***Violenţa fizică*** – culminând cu crima de omor, poate avea o motivaţie delirantă şi poate constitui debutul schizofreniei (debutul monosimptomatic sau medico-legal); mai poate apărea în psihopatii, alcoolism, sindroame deteriorative, psihoze paranoide.

* *infanticidul* – o formă particulară ce apare la sociopaţi, schizofreni, epileptici;
* *pruncuciderea* – uciderea copilului imediat sau la câteva zile după naştere se întâlneşte în psihozele post-partum. În aceste cazuri se impune de urgenţă separarea de copil şi consultul psihiatric;
* *crima altruistă* – aparţine melancoliei; bolnavul îşi ucide familia şi apoi se sinucide „pentru a-i scăpa de catastrofe sau chinuri îngrozitoare”; poate fi comisă şi de fanatici (uciderea unui întreg grup de sectanţi religioşi etc.);
* *crima sadică* - aparţine personalităţilor multiple, schizofreniei şi epilepsiei (caracterul vindicativ răzbunător).

***Explozivitatea intermitentă*** – episoade intermitente, la interval de luni sau ani, manifestate prin pierderea controlului şi descărcări exploziv-impulsive de mare amplitudine. O formă particulară o reprezintă sindromul impulsiv-exploziv premenstrual.

# Semiologia conştiinţei

Noţiune imposibil de definit datorită complexităţii şi multiplelor faţete subiective pe care le conţine. H. Ey definea conştiinţa ca „actualitatea experienţei trăite”, iar K. Jasper „totalitatea fenomenelor psihice la un moment dat”.

******

***Starea de conştienţă*** – practic sinonimă cu vigilitatea, se bazează pe integritatea funcţiilor elementare biologice şi psihologice, caracterizându-se prin luciditate, claritate şi control raţional. Pe această bază individul poate intra în „dialog” cu lumea reală.

Semantic, atributul conştient este precedat de verbul „a fi”, confirmând legătura fiinţei cu destinul său biologic. A fi conştient constituie o prezenţă obligatorie la spectacolul lumii, dar fără a garanta implicarea personală în acest spectacol. A fi conştient este o condiţie pentru receptarea şi prelucrarea informaţiilor dar este foarte departe de sensul existenţial al celebrului „a fi în lume”.

Invers, a nu fi conştient reprezintă o absenţă sau o imposibilitate de a fi prezent în mediu. Starea de conştienţă este individuală şi informativă, nu reflexivă.

**Conştiinţa** – structură duală biologică-spirituală, latura biologică suprapunându-se parţial peste starea de conştienţă, restul teritoriului acesteia din urmă fiind ocupat de ceea ce H. Ey numea „corpul somatic. Conştiinţa este obligatoriu conectată la lume, la ceilalţi; ea presupune reflexivitate şi implicare personală, filtrarea informaţiilor şi interpretarea lor într-o manieră proprie, pe un sistem de coordonate axiologice, etico-morale şi estetice.

Din punct de vedere psihopatologic, conştiinţa reprezintă o luptă a conştientului cu inconştientul, iar destructurarea conştiinţei este interpretată ca o invazie a inconştientului asupra conştiinţei.

Conştiinţa cuprinde mai multe nivele:

* *Conştiinţa de veghe* sau *elementară* este nivelul biologic superpozabil peste starea de conştienţă.
* *Conştiinţa operaţională* permite efectuarea etapelor logico-operaţionale ale proceselor cognitive şi integrarea informaţiilor la propriul sistem valoric.
* *Conştiinţa axiologică* reprezintă aderarea persoanei la un sistem axiologic concordant culturii sale.
* *Conştiinţa etico-morală* permite „prezenţa în lume” într-o manieră adecvată şi conformă normelor sociale.
* *Conştiinţa estetică* reprezintă atitudinea generală a individului faţă de realitate şi este latura expresivă a persoanei.

În acest context, destructurarea sau regresiunea atrage după sine următoarele tulburări psihopatologice:

* abolirea conştiinţei estetice determină inautenticitatea trăirilor şi o existenţă falsă, contrafăcută; este caracteristică suferinţei nevrotice;
* abolirea conştiinţei etico-morale duce la incapacitatea de adaptare şi integrare socială la nivel de micro- sau macrogrup; este specifică tulburărilor psihopatice;
* abolirea conştiinţei axiologice reprezintă pierderea sistemului de valori şi apare în psihoze şi psihopatii;
* diminuarea sau abolirea conştiinţei operaţionale are loc în sindroame deficitare (oligofrenii şi demenţe);
* diminuarea sau abolirea conştiinţei elementare determină tulburări cantitative ale câmpului de conştiinţă de la obtuzia mintală până la comă.

**Elemente de neurofiziologie**

Conştiinţa (în sensul de *conştienţă, vigilitate*) presupune integritatea structurilor de recepţie a informaţiilor, a formaţiunilor de transport, filtrare şi prelucrare a informaţiei (formaţiune reticulată şi scoarţă). Orice agresiune traumatică, toxică, infecţioasă, biochimică asupra uneia din secvenţele procesului conştiinţei, duce la tulburări ace acesteia din urmă.

Un rol deosebit este jucat de sistemul reticulat activator ascendent – SRAA, care ar produce „trezirea cortexului”.

Formaţiunea reticulată este alcătuită din mase de neuroni şi dintr-un sistem de fibre care părăsesc aferenţele sau eferenţele la nivelul trunchiului cerebral, intrând în relaţie cu masele neuronale ascendente şi descendente. Nucleii talamici nespecifici împreună cu cei ai hipotalamusului posterior şi lateral, fac parte din formaţiunea reticulată, constituind capătul cel mai rostral al acesteia.

Deci formaţiunea reticulată reprezintă un nod de întâlnire a căilor activatoare nespecifice care merg spre cortex şi a celor care coboară de la el, asigurând un efect dinamogen ascendent şi în acelaşi timp transmiţând impulsuri corticale descendente, care influenţează tonusul, activitatea neuronală, funcţia viscerală. Sistemul multineuronal reticulat ascendent erste capabil să „moduleze” impulsurile ascendente, contribuind la realizarea procesului de percepţie corticală, de aceea s-a numit sistem activator ascendent (SRAA).

Penfield a descris sistemul centrencefalic (părţi din diencefal, mezencefal şi punte) care împreună cu cortexul temporal ar constitui „centrul conştiinţei”.

În instalarea şi menţinerea vigilităţii intervin şi mecanisme unorale, pe primul plan situându-se sistemul adrenergic.

Jaspers a descris ***criteriile de apreciere a tulburărilor de conştiinţă***: detaşarea de realitate, tulburarea memoriei, dezorientarea, incoerenţa (numai în context).

Vom descrie tulburările de conştiinţă din punct de vedere semiologic, într-o ordina analitică.

**Tulburările cantitative**

Reprezintă tulburări ale conştienţei (vigilităţii), cu alte cuvinte diverse grade de îndepărtare de realitate.

* *Obtuzia* – diminuarea permeabilităţii şi recepţiei prin ridicarea pragurilor senzoriale, cu dificultăţi asociative sau pierderea supleţei ideative. Subiectiv, este resimţită ca o dificultate în precizarea şi formularea ideilor.
* *Hebetudinea* – dezinserţia pacientului din realitate. Acesta nu realizează şi nu poate stăpâni situaţia în care se află, situaţie ce i se pare străină, având în consecinţă o atitudine de perplexitate sau de indiferenţă.
* *Torpoarea* – dezorientare, scăderea tonusului afectiv-voliţional, hipokinezie, reducerea iniţiativei, apatie; poate fi comparată cu starea de somnolenţă.
* *Obnubilarea* – scăderea tonusului întregului psihism prin ridicarea marcată a pragurilor senzoriale. Recepţia est eîntârziată şi inadecvată, apar dificultăţi asociative şi de evocare mnestică, dezorientare temporo-spaţială şi allopsihică, bradikinezie. Răspunsurile bolnavului pot fi ameliorate prin intensificarea şi repetarea stimulilor.
* *Stuporul* – tulburare accentuată şi particulară a conştiinţei cu inerţie motorie totală. Bolnavul nu mai reacţionează decât la excitanţi foarte puternici, comportamentul său fiind total rupt de realitate. Graniţa cu coma este imprecisă.
* *Soporul* – agravare a stării de obnubilare, manifestată prin somnolenţă accentuată, cu reacţiile la stimuli foarte diminuate; uneori este greu de diferenţiat de coma vigilă.
* *Coma –* denumită de Guiraud stare de „apsihie”, se situează în afara interesului psihiatriei.
* *Suspendările pasagere ale conştiinţei –* lipotimia, sincopa şi crizele epileptice.

**Tulburările calitative**

Spre deosebire de cele cantitative, aceste tulburări afectează nivelele superioare ale conştiinţei, tulburând „adecvarea” la realitate.

* *Starea confuzională* – obnubilarea conştiinţei, dezorientare temporo-spaţială, tulburări mnezice importante şi dificultăţi logico-operaţionale. Ea conduce la dezorganizarea vieţii psihice, a proceselor cognitive şi de sinteză.
* *Starea confuzo-onirică* (onirismul) – se adaugă la confuzia mintală a onirismul – „starea de vis trăită în realitate” (Lassègue). Este o stare halucinatorie extrem de bogată, cu halucinaţii predominant psiho-senzoriale: vizuale panoramice şi auditive complexe (uneori gustative şi olfactive), cu conţinut dezagreabil, terifiant; conţinutul este mai frecvent zoopsic sau profesional. Bolnavul acţionează în consecinţă, participă activ, este un actor în „scenariul oniric”. Se citează frecvent reacţii de apărare şi comportament halucinator ce pot genera grave acte antisociale. Aceste tulburări se înmtâlnesc în psihoza alcoolică acută (delirium tremens), psihoze infecţioase, intoxicaţii exogene (droguri, ciuperci) şi în sindroame psihooganice post-traumatice, vasculare şi tumorale.

Starea confuzională şi cea confuzo-onirică implică o acţiune lezională cerebrală biologică sau toxică; se poate instala în boli somatice cu hipoxie, anoxie cerebrală sau cu perturbarea homeostaziei (insuficienţe renale, hepatice, respiratorii, cardiace etc.)

* *Oneiroidia* este „visarea patologică” în care pacientul în stare de perplexitate asistă la derularea pe un ecran virtual a unui scenariu de vis; a fost descrisă de M Gross ca debutul oneiroid al schizofreniei.
* *Starea crepusculară* este considerată diferit din punct de vedere semiologic de către şcoala anglo-saxonă care o consideră ca o stare oneiroidă prelungită şi de şcoala franceză şi germană care o înţeleg drept o îngustare marcată şi paroxistică a conştienţei cu derularea unor activităţi motorii automate, însoţite sau nu de fenomene halucinatorii. După ce îşi revine pacientul păstrează parţial amintirea experienţelor halucinatorii din timpul stării crepusculare sau prezintă amnezie lacunară.

Această tulburare se întâlneşte în general ca echivalenţă epileptică şi prezintă potenţial antisocial deosebit.

* *Îngustarea câmpului conştiinţei* reprezintă o slăbire a relaţiilor cu realitatea, determinând pacientul să reacţioneze în virtutea unui anumit conţinut psihic limitat. Se întâlneşte în psihopatii şi stări psihopatoide („scurt circuit”), psihoze reactive şi isterie (stare secundă).

Extinzând conceptul de conştiinţă din punct de vedere psihopatologic şi filozofic, am putea include la acest capitol experienţele delirant-halucinatorii din schizofrenie şi parafrenie, depersonalizarea din schizofrenie, precum şi comprimarea-dilatarea timpului din psihoza maniaco-depresivă.

# Tulburările de personalitate

Etimologic, personalitatea vine de la „persona” („mască” în latina antică); este vorba despre masca actorului sau mai exact masca împreună cu actorul din spatele ei.

În accepţiunea actuală, personalitatea este un concept imposibile de definit. Considerând-o ca „sinteză a trăsăturilor individuale” nu suntem departe de definiţia lui Boethius (sec. VI): „persoana este o substanţă individuală de natură raţională”.

Allport afirma, încă din 1936, că în limba engleză există cca. 18.000 de cuvinte referitoare la personalitate şi comportament.

Dacă teoria antică a umorilor a fost net dominantă aproape 20 de secole, în ultima sută de ani au fost elaborate diverse concepţii asupra personalităţii, bazate pe facultăţi (puteri), instincte, impulsuri, valori fundamentale (Murray), factori (Cattell), regiuni, trăsături, tendinţe.

Oricum, personalitatea este o entitate unică, irepetabilă şi relativ constantă în timp; se consideră pe bună dreptate o unitate bio-psiho-socială.

Ne vom opri pe scurt asupra a două concepţii de referinţă ale structurii personalităţii:

***Freud*** descrie „instanţele” (nivelele) personalităţii. Dacă într-o primă etapă acestea au fost inconştientul, preconştientul şi conştiinţa, mai târziu marele savant a descris cele trei „provincii ale aparatului psihic”:

* *Id (Sine)* – produs bioenergetic, complet dezorganizat, dominat de instincte, izvor primar de energie.
* *Ego (Eu)* – rezultat al experienţei proprii, în special din copilărie; este organizat şi „mediază” relaţiile dintre instincte şi viaţa exterioară.
* *SuperEgo (SupraEu) –* conţine valorile morale, interdicţiile, imaginile parentale, fiind o cenzură pentru celelalte instanţe. El operează la nivel inconştient ca şi Id-ul.

***G. Allport*** consideră personalitatea ca fiind „integrarea progresivă, dar niciodată completă, a tuturor sistemelor care primesc adaptările caracteristice la mediile sale variate”. Autorul descrie organizarea dinamică a personalităţii plecând de la reflexele condiţionate, ca cele mai simple forme învăţate ale comportamentului adaptativ. *Reflexele condiţionate* se integrează în „*deprinderi*”, iar acestea la rândul lor constituie „*trăsăturile personale, ca dispoziţii dinamice şi flexibile*”.

În sfârşit se formează „*sisteme de trăsături – Eu-ri*”, coerente între ele dar variabile în funcţie de situaţie, sisteme care constituie personalitatea.

**Tipologii de personalitate**

O manieră importantă de studiu a personalităţii este cea tipologică. De la Hipocrat şi până în zilele noastre au fost elaborate diverse tipuri umane, utilizându-se diverse *criterii (biologice şi /sau psihologice).*

Principalele scopuri ale acestor tipologii ar fi descoperirea unor predispoziţii pentru anumite boli şi predicţia comportamentului.

***Tipologii biologice***

* ***Hipocrate*** pe baza criteriilor morfologice a descris două tipuri:
* *structura apoplectică* ce predispune la crize ictale;
* *structura ftizică* ce predispune la tuberculoză.
* ***Galen*** aplică teoria unorilor şi corelează pentru prima dată caracteristici fiziologice cu unele trăsături psihologice:
* *temperamentul sangvinic* – predominenţa sângelui;
* *temperamentul coleric* – predominenţa bilei galbene;
* *temperamentul melancolic* – predominenţa bilei negre;
* *temperamentul limfatic* – predominenţa limfei.
* ***Viola***  la începutul secolului XX adoptă o clasificare morfologică:
* *tipul brevilin* – megalosplanhnic cu predominenţa trunchiului în raport cu membrele;
* *tipul longilin* – microsplanhnic;
* *normotipul*.
* ***Pende*** modifică această morfologie prin corelarea cu un nivel endocrin:
* *tipul longilin stenic* – care este un hipertiroidian şi hiperpituitar caracterizat pe plan psihomotor prin tahipsihie şi tasikinezie;
* *tipul longilin astenic* – hiposuprarenal şi hipogenital caracterizat prin tahipsihie, labilitate şi fatigabilitate;
* *tipul brevilin stenic* – hipersuprarenal şi hipergenital caracterizat prin expansivitate şi euforie;
* *tipul brevilin astenic* – hipotiroidian şi hipopituitar caracterizat prin depresie şi inerţie.
* ***Sigaud*** descrie şi el o tipologie cu nuanţă fiziologico-clinică:
* tipul respirator
* tipul muscular
* tipul digestiv
* tipul cerebral.

***Tipologii biopsihologice***

* ***Kretschmer*** este autorul unei tipologii morfopsihologice cu corelaţii psihopatologice:
* *tipul picnic* – cu predominenţa diametrelor transversale – temparamentul ciclotim, predispus la psihoza afectivă;
* *tipul leptosom* – cu predominenţa diametrelor longitudinale – temperamentul schizotim, predispus la schizofrenie;
* *tipul atletic* – vâscos – temperamentul vâscos, predispus la epilepsie;
* *tipul displastic* – idem.
* ***Sheldon*** corelează tipurile somatice cu dimensiunea psihologică descriind:
* *tipul endomorf* – caracterizat prin predominenţa diametrelor bazinului faţă de cele ale centurii scapulo-humerale, ale cărui dimensiuni psihologice ar fi viscerotonia: atitudine relaxată, hipokinezie, latenţă crescută în declanşarea reacţiilor, mică amplitudine emoţională, înclinaţie către confort fizic şi conduită hedonică, sociofilie, politeţe ceremonioasă, toleranţă, mulţumire de sine;
* *tipul mezomorf* – caracterizat prin dezvoltarea puternică a sistemului osteo-muscular cu predominenţa extremităţilor faţă de trunchi şi a diametrelor centurii scapulo-humerale faţă de bazin, a cărui dimensiune psihologică este somatotonia ilustrată prin: atitudine fermă, siguranţă în conduită şi mişcări, maturitatea aspectului general, puţină delicateţe în maniere, agresivitate competitivă, caracter energic, gust al riscului şi hazardului;
* *tipul ectomorf* – caracterizat prin dezvoltarea membrelor în raport cu trunchiul şi a craniului în raport cu masivul facial, a cărui dimensiune psihologică este cerebrotonia tradusă prin supleţe psihomotorie, mobilitate ideativă, promptitudine în reacţii şi mişcări, decenţă, discreţie şi preferinţă pentru intimitate, inhibiţia adresabilităţii sociale.

***Tipologii psihanalitice***

* ***Sigmund Freud***, părintele psihanalizei a descris o tipologie care se bazează pe tipurile libidinale:
* *tipul oral* – caracterizat prin pasivitate, dependenţă, nevoia de afecţiune, protecţie şi siguranţă;
* *tipul anal* – dominat de zgârcenie, corectitudine, ordine, simetrie, pedanterie, iritabilitate şi încăpăţânare;
* *tipul uretral* – ilustrat prin orgoliu, ambiţie şi tendinţe competitive;
* *tipul falic* – caracterizat prin siguranţă, iniţiativă şi dezinvoltură;
* *tipul genital* – ilustrat prin calităţi ideale de personalitate.
* ***Horney*** edifică o clasificare a personalităţii în funcţie de relaţia individului cu ambianţa:
* *tipul complezant* – caracterizat prin tendinţa de a se dirija spre oameni;
* *tipul agresiv* – cu tendinţa de dirijare împotriva oamenilor;
* *tipul detaşat* – caracterizat prin tendinţa de a se îndepărta de oameni.
* ***From*** bazat pe aceleaşi principii psihosociale descrie tipuri de orientare socială:
* *orientare receptivă* – îşi realizează tendinţele din surse externe;
* *orientare de acumulare* – persoana se bazează şi se construieşte prin economisirea şi conservarea a ceea ce produce;
* *orientare comercială* – personalitatea este adaptată ca şi o marfă ce poate fi vândută sau cumpărată;
* *orientare productivă* – îşi foloseşte calităţile în vederea realizării aspiraţiilor şi edificării personalităţii.
* ***A. Roback*** realizează o tipologie bazată pe principiile reglatoare în modelarea conduitei (modul de inhibare a instinctelor depinzând de însuşirile personalităţii):
* *caracter superior* – are ca principiu reglator intuiţia;
* *caracter înalt* – bazat pe principii etico-logice, estetice şi religioase;
* *caracter mijlociu* – generat de mijloace sociale şi juridice;
* *fără caracter* – se bazează pe mijloace fizice – „dresajul social”.
* ***E. Sprangler*** elaborează o tipologie caracterială („predispoziţia pentru trăiri şi acţiuni”):
* *tipul practic* – egoist – condus de principiul utilităţii;
* *tipul teoretic* – individualist – caracterizat prin construcţii intelectuale;
* *tipul estetic* – ce sfidează practica dar şi preocupările şi îşi savurează existenţa într-o conduită ludică;
* *tipul religios* – înclinat spre comunicare cu forţe supranaturale;
* *tipul dominator* – domină şi foloseşte toate mijloacele pentru realizarea acestui scop;
* *tipul social* – este altruistul ce îşi risipeşte viaţa pentru a satisface pe ceilalţi.
* ***Jung*** bazat pe fenomenul contradicţiei bipolare (zi-noapte, flux-reflux, naştere-moarte etc.) distinge:
* *tipul extravertit* – predominenţa relaţiilor cu ceilalţi;
* *tipul introvertit* – predominenţa vieţii interioare.

În prima parte a vieţii predomină extraversiunea, iar în ultima parte introversiunea.

* ***Rorschach*** descrie o tipologie în funcţie de rezonanţa afectivă:
* *tipul extratensiv* – realizează cu uşurinţă legături interpersonale, este labil, instabil, renunţă uşor;
* *tipul introtensiv* – caracterizat prin rigiditate, fermitate, discreţie;
* *tipul coarctat* – retractat, cu slabă energie instinctivă;
* *tipul ambiegal*.

# Semiologia personalităţii

În scop didactic, considerăm util să descriem trei domenii semiologice:

* depersonalizarea – derealizarea
* hipocondria
* dizarmonia de personalitate.

***Depersonalizarea*** descrisă de Krishaber în 1873 drept „nevropatie cerebro-cardiacă” este foarte greu de definit, ea nesemnificând un simptom, sindrom sau entitate nosologică, fiind mai degrabă o stare sau „un moment de evoluţie” (P. Janet).

Elementul esenţial al acestei tulburări este impresia de schimbare pe care bolnavul o percepe şi o trăieşte; poate fi impresie de schimbare psihică (aşa-numita „desanimare”) sau impresie de schimbare somatică (desomatizare). Bolnavul trăieşte dramatic sentimentul anxiogen al modificării propriului Eu, descriind această stare, în lipsa unor elemente de referinţă, prin expresia „ca şi cum” n-ar mai fi sigur de propria identitate, nu s-ar mai recunoaşte; pierzându-şi simţul unităţii propriei persoane, căutând permanent să se regăsească pe ei înşişi.

Depersonalizarea este descrisă de bolnav prin sentimentul de vid interior, de încetinire a cursului vieţii, de devalorizare şi diminuare până la dispariţie a forţei de rezonanţă afectivă sau chiar prin sentimentul de dedublare (bolnavul asistă ca un spectator la derularea vieţii sale) iar ăn cazurile extreme prin sentimentul de moarte psihică.

Tulburarea implică forul cel mai intim al pacientului reunind în cadrul aceleiaşi trăiri patologice anxietatea, perplexitatea şi stranietate; în cazul predominenţei pe plan somatic bolnavul are impresia devitalizării, „a scurgerii vieţii din propriul corp”.

Efortul făcut de bolnavi în scopul regăsirii de sine conduce la o permanentă verificare introspectivă care contrar dorinţei de a elucida le accentuează interiorizarea şi îi îndepărtează de real.

Stări asemănătoare pot fi întâlnite şi în cadrul normalităţii (cu manifestare mult diminuată) în stări afectiv-negative reactive, surmenaj, momente de scădere a vigilităţii (trecerea de la veghe la somn). În patologie se întâlneşte în stările depresive, bufeuri delirante acute, dar este caracteristică în forma ei completă schizofreniei şi psihasteniei (în care se desfăşoară pe fondul clarităţii conştiinţei ceea ce îi accentuează caracterul dramatic).

O formă particulară, dar frecventă, de manifestare este „sindromul de automatism mintal” constituit din trăiri complexe de influenţă exterioară („furtul şi ghicitul gândurilor”, gânduri impuse, stări emoţionale impuse, mişcări impuse etc.). Se întâlneşte în schizofrenie.

***Derealizarea*** reprezintă impresia de înstrăinare, de nefamiliaritate a realităţii trăite, care îi apare bolnavului ca iluzorie, ireală, stranie, încărcată de semnificaţii misterioase. Ea trebuie întotdeauna legată de depersonalizare exprimând aceeaşi pierdere a autenticităţii, a apartenenţei la propriul Eu.

***Hipocondria*** ar putea fi considerată ca formă a desomatizării. Ea cuprinde o gamă largă de „schimbări corporale”, de la preocupări excesive de boală până la forme delirante.

În varianta minoră (nevrotică) poate îmbrăca forme obsesive, fobice sau isterice şi se referă la diverse boli, fără suport real dar trăite intens de pacienţi.

Forma majoră (delirantă) este în contradicţie flagrantă cu realitatea; un exemplu ar fi „sindromul Cotard” constituit din idei de negaţie şi transformare a propriilor organe („nu mai am ochi, stomacul mi-a putrezit”) şi idei de imortalitate („nici nu mor, sunt condamnată să trăiesc în această situaţie”). Se întâlneşte în psihoze depresive grave, mai ales la vârstă înaintată.

O formă rară de hipocondrie, întâlnită în schizofrenie, este delirul metabolic în care pacientul trăieşte o transformare a întregului corp şi se comportă în consecinţă (se consideră câine, pisică, obiect de sticlă etc.).

***Dizarmonia*** de personalitate, manifestată prin dezechilibru şi instabilitate, caracterizează personalităţile anormale (psihopatii şi stări psihopatoide încadrate la capitolul tulburări de personalitate). Aceste personalităţi se caracterizează prin incapacitatea de adaptare la condiţii sociale obişnuite în prezenţa unei dezvoltări normale a proceselor cognitive.

În general, tulburările de personalitate sunt dificil de obiectivat, datorită caracterului lor deosebit de subiectiv şi abstract, precum şi a multiplelor influenţe socio-culturale.

**Tulburările ritmului somn – veghe**

Studiul acestor tulburări a fost amplificat în decursul ultimilor ani, odată cu descoperirea particularităţilor electrofziologice ale somnului şi legăturile existente între unitatea funcţională a creierului şi activitatea ritmică nictemerală sau sezonieră. Considerăm utilă informarea studenţilor cu principalele elemente de tip semiotic legate de tulburările ritmului somn-veghe:

* Tulburări de adormire şi în menţinerea somnului:
  + Insomnia
    - Totală
    - Parţială – la adormire sau la trezire
  + Somnolenţa excesivă: narcolepsia, apneea în somn
* Tulburări asociate stadiului de somn:
  + Somnambulism: automatism ambulator în timpul somnului
  + Pavor nocturn: agitaţie în timpul somnului
  + Enuresis (encomprezis): pierderea de materii fecale în timpul somnului
  + Bruxismul: scrâşnirea dinţilor în timpul stadiului I şi II
  + Crize epileptice morfeice

Gruparea semiologică a simptomelor psihiatrice este realizabilă în sindroame psihopatologice, a căror specificitate diagnostică este limitată. Tendinţa nosografică actuală încearcă o globalizare a psihopatologiei pe baza unor criterii diagnostice predominent statistice a căror veridicitate este discutabilă. Progresele neurobiologice evidente ale ultimelor două decenii au permis elucidarea etiopatogeniei majorităţii tulburărilor psihiatrice, putându-se discuta de o veritabilă sindromologie biologică în psihiatrie. În scop didactic, considerăm că în primă instanţă, clasificarea sindromologică în funcţie de intensitatea patologică a simptomatologiei este cea mai utilă studentului.

Pe baza acestei clasificări, principalele sindroame psihiatrice sunt:

* Sindroame nevrotice
* Sindroame psihopatice
* Sindroame psihotice
  + afective – depresiv şi maniacal
  + delirante (delirant-halucinatorii)
  + hipocondriace
  + catatonic
  + confuzional
* Sindroame deficitare
  + amnestic
  + deteriorativ-demenţial
* Nedezvoltării de personalitate (va fi descris la capitolul oligofrenii)

**Sindroamele nevrotice**

Sindroamele nevrotice prezintă prin frecvenţa şi polimorfismul lor o dificultate diagnostică deosebită, datorată şi nespecificităţii simptomatologiei. Ele constituie o sursă majoră de erori diagnostice, putând masca fie o altă afecţiune psihiatrică, fie o tulburare organică gravă cerebrală sau somatică. Din toate sindroamele nevrotice, singurele cu o oarecare specificate sunt sindroamele compulsive şi, în oarecare măsură, sindroamele fobice.

**S**indroamele nevrotice se caracterizează prin:

* *prezenţa conştiinţei bolii* - subiectul se recunoaşte ca bolnav şi pune trăirile sale patologice pe seama bolii;
* *conservarea capacităţilor adaptative* – eventualele probleme de adaptare sunt minime; nevroticul este în conflict cu el însuşi, nu cu ceilalţi;
* *personalitatea* rămâne, în esenţa ei, păstrată.

În general, simptomatologia este de mică intensitate, dar este trăită penibil de către pacient. Sindroamele nevrotice pot acompania numeroase boli somatice, existând o permanentă dispută între rolul etiopatogenic al tulburărilor psihice în determinismul unor boli somatice sau rolul unor boli somatice în generarea suferinţei psihiatrice.

Principalele sindroame nevrotice sunt:

* Sindromul astenic (neurastenia);
* Sindromul anxios care curpinde tulburarea de anxietate generalizată, atacul de panică, tulburarea fobică şi tulburarea obsesiv-compulsivă;
* Sindromul nevrotic de conversie (nevroza isterică);
* Sindromul manifestărilor motorii ca şi echivalenţe conversive (nevroza ticurilor).

**Sindroamele psihopatice sau tulburările de personalitate**

Cuprind un grup heterogen de tulburări psihice, situate din punctul de vedere al intensităţii între sindroamele nevrotice şi psihotice; se caracterizează prin incapacitatea subiectului de a se adapta la condiţii sociale, familiale şi profesionale obişnuite. Această incapacitate este generată de alterări ale structurilor caracteriale (caracteriopatii) şi de atrofia instanţelor etico-morale ale conştiinţei (anetopatii).

*Din punct de vedere psihopatologic* sindroamele psihopatice se divid în două mari categorii:

* ***Sindroamele psihopatice nucleare*** – cu determinism puternic genetic (se implică tot mai frecvent o anomalie a sistemului serotoninic), în care manifestările comportamentale antisociale şi inadaptabilitatea se manifestă precoce, din mica copilărie şi urmăresc ca un fir roşu întreaga existenţă a individului (radicalii de personalitate psihopatică nucleară ai lui Binder). Aceste tulburări sunt specifice psihopatiilor.
* ***Dezvoltările dizarmomice*** ale personalităţii reprezintă o modulare defectuoasă, o structurare deviantă, conjuncturală a personalităţii – fiind determinată de factorii de vulnerabilitate genetico-biologici, dar şi sociali. Exemplul tipic este cel al comportamentului antisocial învăţat în cadrul unui grup etnic, religios fanatic, politic, sau al copilului crescut în medii ostile, lipsite de afectivitate (orfelinate, internate, şcoli de reeducare etc.).

Tulburările de personalitate, atât nucleare, cât şi dezvoltările patologice de tip psihopatic (dizarmonic) ale personalităţii, răspund la patru *criterii diagnostice clinice*:

* *Criteriul totalităţii* – deşi este alterată numai instanţa etico-morală, întreaga personalitate a psihopatului este modificată, reacţionând în situaţii frustrante ca un „tot unitar”. Acest criteriu poate fi asemănat cu fenomenul „petei de ulei” – picătura iniţială fiind alterarea nivelului caracterial care se întinde şi cuprinde întreaga personalitate.
* *Criteriul continuităţii* – „seria neagră” a comportamentului dezadaptativ, o multitudine de conduite antisociale sau lipsite de etică şi morală care urmăresc întreaga existenţă a pacientului (radicalii lui Binder).
* *Criteriul intensităţii* – situează psihopatiile într-o poziţie intermediară, între nevroze şi psihoze.
* *Criteriul dinamicii* – oricând structura psihopatică (dizarmonică) poate suferi decompensări atât nevrotice, cât şi psihotice.

Din punct de vedere nosografic, sindroamele psihopatice pot fi întâlnite într-o arie destul de largă de suferinţe:

* fără substrat organic demonstrabil:
* psihopatii
* tulburări de comportament la copii şi adolescenţi
* debutul schizofreniei (pseudopsihopatic)
* în context lezional:
* stări psihopatoide de etiologie toxică, traumatică
* debutul suferințelor deteriorative (demenţe).

Existenţa diagnosticului de tulburare de personalitate este asociată în concepţia clinică cu integritatea structurală şi funcţională cerebral, adevăr parţial, întrucât tehnicile neuroimagistice au putut evidenţia unele modificări de mică amplitudine, *leziuni la nivelul punctelor strategice de interferenţă conectivă*, ce determină organizarea lezională de personalitate. Modificarea personalităţii, *fractura personalităţii*, determinată de o condiţie traumatic, toxică, infecţioasă, ce adduce lezarea structurală şi funcţională defineşte organizarea lezională a personalităţii.

**Sindroamele psihotice**

Au drept caracteristică comună pierderea contactului cu realitatea şi alterarea profundă a integrării şi funcţionării sociale a pacientului pe durata manifestării unui asemenea sindrom. Principalele sindroame psihotice sunt:

* + sindroame afective – depresiv şi maniacal
  + sindroame delirante (delirant-halucinatorii)
  + sindroame hipocondriace
  + sindroame catatonice
  + sindroame confuzionale

**Sindroamele afective**

Nucleul central al acestor sindroame este ocupat de modificările extreme ale dispoziţiei, cuprinzând:

* sindroamele depresive
* sindromul maniacal.

**Sindroamele depresive**

Se caracterizează prin triada:

* Hipertimie negativă – depresie, „tristeţe vitală”, o modificare profundă a stării timice în sens negativ, însoţită de durere morală şi pierderea raportului de integrare obiectivă a Eului în subiectivitatea temporală. Depresivul este cantonat într-un trecut chinuitor şi plin de păcate, prezentul dureros şi viitorul lipsit de speranţă fiind practic eludate. El pierde plăcerea de „a fi în lume”, acest dat devenind o pedeapsă.
* Inhibiţie psihomotorie cu reducerea modalităţilor şi conduitelor expresive şi instinctive. Depresivul traversează timpul cu „minimum de viteză”. Mimica este hipomobilă, cu „omega” melancolic, privire stinsă, comisurile bucale lăsate, realizând „masca tristeţii”. Gestica este redusă, pantomima fiind a unei „umbre” ce traversează în obscuritate şi îngrozitor de încet „scena vieţii”, fiind copleşit de trăirea suferinţei propriului destin.

Pierderea interesului şi a plăcerii pentru activităţi habituale ce altădată îi făceau plăcere devine o condiţia a existenței depresive. Vocea este stinsă, discursul coerent, bradipsihia, bradilalia şi bradifemia fiind prezente. Răspunsurile sunt monosilabice, acompaniate de gesturi şi suspine sau plâns ce subliniază poziţia de resemnare, de înfrângere, disperare şi neputinţă în faţa destinului. Această inhibiţie atinge intensitatea maximă în stuporul melancolic.

* Tulburarea calitativă a conţinutului gândirii – sistemul delirant depresiv – cuprinzând idei de inutilitate, autoacuzare şi vinovăţie (pacientul se acuză de greşeli mărunte sau imaginare, toată existenţa sa fiind dominată de erori decizionale ce au atras eşecul celor apropiaţi), pierderea stimei de sine, a speranţei de viitor, idei hipocondriace, de ruină somatică sau anticipare catastrofică. Totul conduce la ideea suicidară (de autoliză), pacientul socotind suicidul ca fiind singura cale de ieşire din acest permanent „chin existenţial”.

La aceste componente de bază în sindroamele depresive se mai pot asocia:

* Anxietatea – mergând de la o senzaţie difuză generalizată de disconfort şi pierdere a siguranţei propriei existenţe până la crizele anxioase paroxistice însoţite de agitaţie psihomotorie, putându-se ajunge la raptusul melancolic suicidar. Prezenţa anxietăţii creşte riscul suicidar.
* Modificări caracteriale mai evidente la persoanele în vârstă, acestea fiind dominate de iritabilitate, intoleranţă, ostilitate şi agresivitate faţă de anturaj.
* Tulburările somnului:
* insomnia, mai ales cea din a doua jumătate a nopţii (insomnia de trezire), dar se citează şi dificultăţi de adormire şi treziri multiple de-a lungul nopţii;
* hipersomnia, mai rar întâlnită.
* Tulburări somatice:
* tulburări digestive dominate de anorexie, slăbire în greutate şi constipaţie;
* multiple acuze somatice pe un fond hiperestezic disconfortant, reprezentând punctul de plecare al prelucrărilor hipocondriace;
* tulburări sexuale cu scăderea libidoului, impotenţă sau frigiditate.

**Forme clinice ale sindroamelor depresive**

* *Depresia simplă* în care tulburarea dispoziţiei este centrală, celelalte simptome fiind prezente, dar mai puţin exprimate.
* *Depresia anxioasă* se alătură dispoziţiei depresive generând un potenţial suicidar major.
* *Depresia inhibată* sau stuporoasă este forma în care inhibiţia psihomotorie atinge punctul maxim, apărând starea stuporoasă, negativismul alimentar şi verbal. În spatele acestei faţade se ascunde de asemenea un mare potenţial suicidar.
* *Depresia delirantă* are în nucleul central al simptomatologiei edificiul delirant depresiv.
* *Depresia bipolară* este reprezentată de existenţa unui sindrom depresiv în cadrul unei tulburări bipolare.

Sindromologia depresivă poate constitui un element prodromal pentru debutul schizofreniei, bolilor neurodegenerative (Alzheimer, Parkinson) sau boli organice grave (neoplasme cerebrale sau somatice). Sindromul depresiv apărut pe parcursul evoluţiei unei boli somatice constituie un factor independent de prognostic evolutiv defavorabil. Ca şi în cadrul sindromului maniacal pe care îl vom prezenta mai jos, numeroase substanţe psihoactive (alcool), fie ilegale fie chiar unele medicamente pot genera sindroame depresive sau maniacale. Pentru depresie, specific este asocierea acesteia cu tratamentul cu interferon sau substanţe de tip betablocant (sindroame depressive induse de substanţe psihoactive).

**Sindromul maniacal**

Simptomatologia accesului maniacal este exprimată prin triada:

* *Dispoziţie expansivă* – eforie, cu optimism exagerat, plăcere de a trăi, supraestimarea persoanei proprii, generozitate.
* *Dezinhibiţie psihomotorie şi instinctivă* – agitaţie psihomotorie, excitabilitate instinctuală (mai ales sexuală), pacientul pierzându-şi cele mai elementare norme de cenzură. Se conduce numai după principiul plăcerii, totul fiindu-i permis şi neavând niciun fel de reticenţă sau jenă faţă de situaţiile pe care le creează (el este „stăpânul”!). Acest „cântec, joc şi voie bună” poate fi întretăiat de manifestări coleroase, de contrarietăţi.
* *Ideaţie expansivă*, caracterizată prin logoree, fugă de idei, idei delirante expansive, megalomanie, idei de filiaţie, de bogăţie, de invenţie etc.

Tabloul clinic este completat de alte tulburări:

* *Hipermnezie* – pacientul este invadat de o multitudine de amintiri, însă memoria de fixare este de slabă calitate datorită marii distractabilităţi a acestor pacienţi;
* *Hiperprosexie spontană* şi hipoprosexie voluntară, atenţia fiind distrasă de cel mai mic stimul de mediu;
* *Percepţia* superficială, putând genera iluzii şi false recunoaşteri;
* *Imaginaţia* este exaltată, conducând la o exaltare a trăirilor Eului, cu reconstrucţia trecutului în sensul megaloman;
* *Simptome somatice:*
* insomnie rebelă (practic lipsa nevoii de somn)
* deshidratare şi tulburări cardiace generate de continua agitaţie psihomotorie, putând conduce la stări confuzionale, hipertimie, oligurie;
* foame şi sete exagerate (crize dipsomanice)
* hiperexcitabilitate şi incapacitate de a satisface instinctul sexual descătuşat – fenomen ce duce la acte antisociale, delicte sexuale.

**Formele clinice** ale sindromului maniacal:

* *Hipomania* este o „caricatură”, o formă atenuată a excitaţiei maniacale;
* *Mania simplă* („veselă”) corespunde din punct de vedere clinic descrierii clasice a sindromului maniacal;
* *Mania coleroasă* sau forma crepusculară (după G. Ionescu), dominată de agitaţie psihomotorie externă, culminând cu furia maniacală (furor maniacal) în care bolnavul este devastator, comiţând acte de o violenţă extremă;
* *Mania delirantă* în care domină ideaţia delirantă expansivă;
* *Mania confuzivă* unde se suprapune un factor exogen, cel mai frecvent consumul exagerat (dispomanic) de alcool. Confuzia apărută pe parcursul evoluţiei unui acces maniacal poate fi consecinţa deshidratării şi perturbărilor homeostatice; suprapunerea unui factor infecţios intercurent poate conduce la o stare de delir acut cu risc letal;
* *Mania atipică* are drept caracteristică asocierea unor elemente delirante incongruente cu starea dispoziţională, precum şi a altor elemente din sfera schizofreniei. Se întâlneşte în schizofrenia afectivă şi în debutul pseudo-maniacal al schizofreniei.
* *Forme mixte*, în care se asociază elemente depresive.

**Sindroamele delirante**

Sindroame deliranteconstituie nucleul psihozelor endogene şi au fost descrise clasic ca fiind:

* sindromul paranoid
* sindromul paranoiac
* sindromul parafrenic
* sindromul de automatism mental.

***Sindromul paranoid*** conţine în esenţă un delir halucinator nesistematizat, lipsit de coerenţă, cu polimorfism tematic de persecuţie şi de grandoare, adesea incomprehensibil.

***Sindromul parafrenic*** estre un delir halucinator sistematizat, dominat de elemente fantastice („delirul de imaginaţie” al lui Duprè). Se caracterizează printr-o producţie delirantă pur imaginativă, uneori bazată pe confabulaţie – parafrenia confabulatorie.

***Sindromul paranoiac*** este un delir sistematizat nehalucinator, bine structurat, care are la bază mecanismele delirului de interpretare (Scrieux şi Capgras) sau cele ale delirurilor pasionale; este specific psihozei endogene denumită paranoia.

În cadrul sindromului paranoiac se descriu două variante:

* Delirul de interpretare dominat de tematica de persecuţie şi grandoare are o sistematizare şi o coerenţă remarcabile dând un aspect de verosimilitate. Clerambault le denumea plastic „deliruri cu structura în reţea”, deoarece sistemul delirant realizează o veritabilă frescă delirantă, un serial delirant. Paranoicul are o forţă de inducţie redutabilă, apărând clasicul delir indus („la folie a deux”), dar din păcate istoria ne-a demonstrat că indusul poate fi, dramatic, chiar un macrogrup.
* Delirurile pasionale ce reprezintă „deliruri în sector” fiindu-le specifice implicarea emoţională maximă şi binomul delirant persecuţie-megalomanie. Aici sunt incluşi:
* cverulenţii procesivi
* idealiştii pasionali (fanaticii religioşi/politici)
* inventatorii deliranţi
* delirul de gelozie
* delirul erotomanic – convingerea fermă că este iubit de o persoană cu statut social superior.

Sindroamele paranoiace pot fi întâlnite şi în cadrul alcoolismului (delirul de gelozie al alcoolicului) precum şi în cadrul sindroamelor psihoorganice vasculare sau involutive, dominate de idei de prejudiciu material şi moral, cverulenţă, procesivitate şi gelozie.

***Sindromul de automatism mental*** reprezintă cel mai specific sindrom din punct de vedree diagnostic, fiind semnificativ present în schizofrenie. Clasic s-a descris un triplu automatism mental: ideo-verbal, motor şi senzitiv.

* *Automatismul ideo-verbal* – în cadrul automatismului ideo-verbal se disting patru categorii de procese: pozitive continue, pozitive episodice, negative şi mixte.

Procesele pozitive continue cuprind:

* emanciparea abstractului şi emanciparea gândirii, fie nediferenţiată, fie formală – halucinaţia strictă psihică numită şi halucinaţia abstractă (Baillarger, Sèglas, Kandinski);
* violarea amintirilor

Procesele negative diverse caracterizate prin:

* dispariţia gândurilor şi uitării – lipsa posibilităţii de a gândi, gândirea vidată, goală ca „robinetul care nu debitează” sau „fântâna secată”, resimţită foarte penibil de către bolnav;
* oprirea gândurilor;
* perplexitatea fără obiect;
* îndoielile.

Procesele mixte cuprinzând:

* înlocuirea gândurilor;
* uitările şi îmbogăţirea gândurilor;
* aprosexia;
* fenomene de automatism afectiv, emoţional şi volitiv (bolnavul are impresia că „i se dă o veselie artificială”).
* *Automatismul senzitivo-senzorial* – cuprinde toate formele de sensibilitate şi în general sunt mai multe căi senzoriale afectate simultan. Se descriu:
* automatismul monocord sau „tactic” – înţepături, curenţi, praf etc;
* similare cu cele din intoxicaţia cu cocaină sau din alcoolism;
* tulburările cenestezice care în funcţie de personalitatea bolnavului pot viza hipocondria, posesiunea sau persecuţia.

Automatismul senzitiv este mia frecvent la femei şi este însoţit de mecanisme de interpretare în sfera sexuală cu tendinţe erotico-mixte.

* *Automatismul motor* – constă în senzaţii kinestezice diverse care pot genera sentimente de posesiune.

**Sindroamele hipocondriace**a căror importanţă rămâne validă sunt în general scotomizate de clasificările nosografice actuale, ocuând o poziţie semiologică intermediară, greu de validat. Hipocondria nu constituie o entitate nosologică de sine stătătoare (cu excepţia dezvoltărilor hipocondriace), ci poate îmbrăca o intensitate nevrotică sau psihotică.

**Sindromul catatonic**

Se caracterizează prin tulburări psihice de etiologie diversă (endogenă, exogenă, mai rar reactivă) ce se derulează pe un fond de claritate a conştiinţei sau confuziei, şi a căror unitate de expresie clinică este alterarea conduitei şi comportamentului psihomotor, interesând ân principal motricitatea voluntară).

Simptomatologia sindromului catatonic:

***Negativismul*** – exprimă conduitele de refuz ale comportamentului expresiv (negativism extern – verbal, gestual, alimentar) sau ale comportamentului sfincterian fiziologic (negativism intern) determinând glob vezical şi constipaţie extremă.

Negativismul poate fi activ – pacientul opunându-se activ la tentativele de mobilizare şi pasiv – pacientul refuzând prin absenteism psihic orice participare la actul comunicării.

De asemenea, poate fi total sau parţial – blocajul total al expresiei comportamentale fiind întrerupt de unele mişcări sau explozii verbale.

***Catalepsia*** – tulburare psihomotorie de tonus muscular şi de iniţiativă motrice, cu următoarele forme de expresie clinică:

* *flexibilitatea ceroasă* (descrisă de Wernicke), reprezintă rezistenţa plastică a musculaturii la tentativele de mobilizare, cu păstrarea atitudinii motorii imprimate (plasticitatea soldatului de plumb). Aceste atitudini pot fi nefireşti şi imposibil de conservat pentru o durată mai îndelungată de către individul normal. Catalepticul poate păstra aceste atitudini ore sau chiar zile, de exemplu „perna psihică” (dacă unui pacient cu catalepsie i se ia perna, capul păstrează aceeaşi poziţie ca şi cum perna s-ar afla în continuare la locul ei).
* *hipertonia rigidă* în care bolnavul pare ca o statuie şi prezintă o rezistenţă extremă la toate tentativele de mobilizare.
* *suspendarea oricărei iniţiative motorii* cu adinamie, amimie, incapacitate totală de mişcare spontană şi pasivitate absolută.

Catalepsia face parte din sindromul catatonic, dar poate exista şi în contexte etiopatogenice şi sindromologice independente:

* *catalepsiile din sindroamele striate* – mai ales cele parkinsoniene post-encefalitice şi în agresiunile traumatice sau tumorale ale lobului prefrontal;
* *catalepsia „isterică”* contestată la ora actuală şi care cuprinde somnul cataleptic, crizele cataleptice şi catalepsia hipnotică.

***Sugestibilitatea*** – grad crescut de reactivitate la sugestie (proces de influenţare a psihicului sau a comportamentului unei persoane de către o altă persoană). În cadrul sugestibilităţii catatonice este descris aşa-numitul sindrom ecopatic ce cuprinde:

* *ecomimia* – pacientul imită mimica examinatorului;
* *ecopraxia* – pacientul imită gestica examinatorului;
* *ecolalia* – pacientul repetă cuvintele examinatorului.

***Manierismul*** – afectarea şi patetismul tuturor conduitelor de expresie, ce capătă astfel un puternic caracter de „artificial” (grimase, gesturi ceremoniale sau patetice, mers dansant etc.) sau „pueril”.

***Stereotipiile*** – conduite expresive repetitive gestuale, de mişcare sau atitudine, verbale sau grafice.

***Impulsiunile*** – descărcări motorii sau verbale bruşte, extrem de violente, putând merge de la o agitaţie extremă – „raptusul catatonic” (adesea soldat cu crimă patologică) până la descărcări verbale stereotipe şi ininteligibile – „litania catatonică” (caricatură a unui ritual religios).

***Tulburări somatice*** – pot atinge nivele înalte de intensitate, cu alterarea gravă a stării generale: hipersalivaţie, hipersudoraţie, deshidratare, edeme, tulburări verbale şi motorii, hipertermie, creşterea azotemiei – tablou specific catatoniei mortale descrisă de Stauder.

După starea câmpului conştiinţei, sindroamele catatonice pot îmbrăca două forme:

* catatonia lucidă desfăşurată pe un câmp de conştiinţă clar;
* catatonia onirică desfăşurată pe un fond de confuzie mintală.

După cantitatea de mişcare, simptomatologia catatonică se poate manifesta destul de variat, de la *stuporul catatonic* (inerţie motorie totală, prostraţie) până la *agitaţia catatonică* (stereotipă, manieristă), instalată mai frecvent brusc, sub formă de raptus.

Forme clinico-etiologice ale sindromului catatonic:

* *Catatonismul* reprezintă schiţarea sau reducerea sindromului catatonic la semne minore; acesta se poate asocia oricărei forme clinice de schizofrenie.
* *Stupoarea catatonică* constituie tabloul specific şi complet al schizofreniei catatonice.
* *Forma hebefreno-catatonică a schizofreniei* are o evoluţie severă, progresivă, cu ajungerea la stadiul defectual pseudodemenţial în 3-4 ani.
* *Catatonia infecţioasă şi tonică* – elemente catatonice pot apărea în febra tifoidă şi paratifoidă, colibaciloze, encefalite, paralizia generală, intoxicaţii cu bulbucapnină, acetilcolină.
* *Catatonia simptomatică* din tumorile cerebrale, în special de la baza creierului, şi din traumatismele cranio-cerebrale.
* *Catatonia periodică* – descrisă de Gjessing, caracterizată prin episoade catatonice ce se repetă la anumite intervale, între acestea bolnavul prezentând o remisiune a simptomatologiei.
* *Catatonia mortală* – descrisă de Stauder, caracterizată prin debut brusc cu delir, halucinaţii, mari tulburări vegetative, agitaţie psihomotorie cvasipermanentă, negativism alimentar, deshidratare, azotemie crescută, hipertermie, cianoză. Această formă, foarte rară, are un pronostic extrem de nefavorabil, letalitatea fiind de 95%. Este asemănătoare delirului acut sau encefalopatiei acute hiperazotemice. Singurele rezultate terapeutice pozitive, dar limitate, erau obţinute prin utilizarea precoce a terapiei electroconvulsivante. Prin posibilităţile actuale de terapie intensivă, prognosticul s-a ameliorat net (letalitate de 30%). Din aceste motive, denumirea de catatonie mortală (Stauder) a fost înlocuită cu „catatonie pernicioasă” (Weitbrecht) sau „catatonie cu periculozitate vitală” (Pauleikhoff).
* *Catatonia tardivă* descrisă de Kraepelin aparţine după unii autori schizofreniei, iar după alţii demenţelor presenile şi se caracterizează prin fenomene catatonice, deteriorare intelectuală rapidă, demenţă şi sfârşit letal în 1-2 ani.
* *Catatonia experimentală –* Baruk şi Jong au provocat simptome catatonice prin administrarea de toxină colibacilară (extract de bilă umană şi LCR de la pacienţi cu schizofrenie şi tuberculoză).

**Sindromul confuzional**

Sindromul confuzional cuprinde clasic tulburările calitative ale conştiinţei, forma cea mai frecventă fiind starea confuzo-onirică, cuprinzând următoarele categorii de simptome:

* obnubilarea conştiinţei cu dezorientare temporo-spaţială, uneori allopsihică şi mai rar autopsihică;
* onirismul;
* alterarea stării generale.

Simptomatologie:

***Tulburări intelectuale*** – aşa-numita „dezordine în gândire”, datorată şi tulburărilor de memorie şi anomaliilor perceptive.

***Tulburări ale dispoziţiei şi de comportament*** – manifestate prin perplexitate anxioasă, conduite de apărare, gestică încetinită şi neconcordantă, incoerenţă verbală.

***Onirismul*** – caracterizat prin:

* prezenţa halucinaţiilor, mai ales vizuale, dar şi auditive, tactile, gustative, olfactive;
* tematică zoopsică, profesională, familială, mistică sau erotică;
* mobilitate deosebită – mergând până la „haos caleidoscopic”;
* intensitatea trăirii, ce explică agitaţia şi periculozitatea comportamentului acestor pacienţi;
* recrudescenţă vesperală.

**Sindroame deficitare**

***Sindroamele amnestice*** cuprind:

***Sindroamele amnezice organice***

*Amneziile organice persistente*:

* *Sindromul Korsakov* – descris în anul 1889 ca şi consecutiv unei carenţe tiaminice la alcoolicii subnutriţi. Se caracterizează prin următoarea simptomatolgie:
* amnezie de fixare;
* dezorientare temporo-spaţială;
* confabulaţii;
* false recunoaşteri.
* *Sindroamele amnezice bihipocampice* observate după lobectomia temporală bilaterală (tehnică utilizată în unele cazuri de epilepsie temporală rebelă), encefalite herpetice, encefalopatie post-anoxică şi care se caracterizează prin: amnezie anteroretrogradă masivă, confabulaţii, conştientizarea tulburărilor mnezice, tulburări cognitive şi comportamentale.

***Sindroamele amnezice psihogene***

Aceste sindroame se caracterizează printr-un debut brusc, legat de un eveniment psihotraumatic şi au tendinţă la remisiune totală.

***Sindromul demenţial***

Sindroamele deteriorative şi demenţiale sunt sindroame organice cerebrale care au următoarele caracteristici:

* diminuare continuă, importantă şi globală a activităţilor psihice, tradusă în plan clinic prin alterarea marcată a funcţionării intelectuale, afective şi sociale (sindrom demenţial);
* evoluţie cronică şi progresivă (sindrom deteriorativ);
* ireversibilitatea proceselor deteriorative.

În cadrul sindroamelor demenţiale se descrie în faza prodromală existenţa unui sindrom deteriorative specific – Mild Cognitive Impairment (MCI).

***Sindroamele de nedezvoltare cognitivă (oligofreniile):*** tulburări în mare măsură determinate de anomalii genetice sau de neurodezvoltare, dar şi consecinţe a unor traumatisme obstetricale severe sau a unor agresiuni toxice infecţioase sau traumatice asupra creierului în perioada copilăriei. Oligofreniile sunt acompaniate într-o manieră variabilă de prezenţa unor tulburări de tip comportamental sau a unor interferenţe de tip psihotic. Studiul oligofreniilor este specific psihiatriei copilului şi adolescentului, în psihiatria adultului, psihiatria socială având ca obiectiv îngrijirea acestei categorii de pacienţi care asociază dizabilităţilor cognitive multiple alte dizabilităţi şi incapacităţi.