

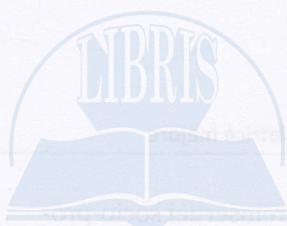
Coordonator:
Dr. Simona TRIFU

Lista autorilor

ABORDARE FENOMENOLOGICĂ a patologiei psihiatrice majore



EDITURA MEDICALA
București, 2016



Cuprins

Pruncucidere și pulsiune de viață	7
Tulburare delirantă fixată pe autodistrugere	25
Schizofrenie și inversiune afectivă. Problematika alegerii tutorelului	42
Schizofrenia paranoidă și fondul de personalitate de tip obsesiv. Aspecte clinice	57
Identificarea potențialului restant în schizofrenie	68
Între descriptiv și dinamic. Modelul stress diateză și perspectiva transculturală în boala psihică	83
Particularități psihodinamice ale exprimării delirului sistematizat în Schizofrenia paranoidă	98
Mecanismul negării psihotice în Schizofrenia afectivă. Construcția unei alte realități	111
Caracteristici ale Eului, caracteristici ale Sinelui în producerea episodului maniacal	128
Depresia psihotică. Aspecte clinice și elemente de diagnostic diferențial ...	141
Endogenitate și pulsiune suicidală în episodul depresiv major prelungit .	151
Particularități ale exprimării Schizofrenice paranoide în registrul depresiv	159
Trauma cumulativă și contribuția sa la dezvoltarea tulburării Schizoafective	180
Schimbară durabilă de personalitate și mecanismele sale defensive din perspectiva traumei cumulative	196

Schizofrenia paranoidă. Soluții terapeutice adecvate reinserției socio-profesionale	208
Tulburare afectivă bipolară tip II suprapusă unei structuri borderline cu intelect subcultural	221
Patologie de tip inductor-indus favorizată de deficitul intelectual versus structurarea de personalitate de tip paranoic	230
Tulburare schizofreniformă. Debut medico-legal	239
Episod psihotic acut de coloratură oniroidă pe fond de organicitate cerebrală	248
Construcția unei tulburări Schizofren like într-o manieră etapizată și suprapusă unui fond de organicitate cerebrală	254
Pierderea identității și sărăcirea ideo-afectivă în Schizofrenie	275
Particularități psihodinamice ale ideății de persecuție în Tulburarea delirantă	288
Potențial de periculozitate în episodul expansiv sever cu fenomene psihotice. Obligatorietatea la tratament	303
Tulburarea de personalitate antisocială. Măști diagnostice	310
TPAS versus Tulburarea organică de personalitate. Aspecte clinice și elemente de diagnostic diferențial	326
Conceptul de Distrugere în viziunea unui Intelect afectat	337
Ucidere și negare în nedezvoltarea cognitivă. Antisocialitate și Schizofrenie	346
Manipulare și Joc patologic de șansă. Polimorfism diagnostic	360
Dimensiunea narcisică malignă în Tulburarea de Personalitate Antisocială	375



Pruncucidere și pulsivitate de viață

Silvia RĂDUȚ
Simona TRIFU

Rezumat

Descrierea generală a cazului: Tulburarea de personalitate antisocială implică o relaționare deficitară, un comportament impulsiv și lipsa sentimentului de vinovație. În ciuda acestor trăsături comune, regăsite la persoanele cu tulburare de personalitate antisocială, actele pe care aceștia le săvârșesc sunt extrem de diversificate, ele variind de la acte discomportamentale continue, până la crimă (pruncucidere în cazul de față).

Obiectivele studiului: Demonstrarea faptului că pentru pacienta de față, **negarea** reprezintă principalul mecanism de apărare la care aceasta recurge, în încercarea de a depăși evenimentul traumatic cu care se confruntă (o sarcină nedorită, cu care se identifică).

Ipoteză: Mecanismul disocierii de faptă este unul psihotic, chiar dacă diagnosticul psihiatric nu atinge ca intensitate acest nivel (se iau în discuție *Reacția acută la un factor de stress, Tulburarea de adaptare și alte tulburări afective* care nu au asociat niciodată fenomenele de tip halucinator și/sau delirant).

Material și metode: studiul documentelor medico-legale ale pacientei, analiza istoricului psihiatric al acesteia, examen psihic la internare cu monitorizarea stării prezente în funcție de tratamentul

psihotrop administrat, supraveghere, internare de lungă durată, evaluare psihologică prin inventar multifazic de personalitate și teste proiective, harta vieții.

Rezultate: În absența halucinațiilor, pacienta își pierde capacitatea de a testa realitatea, este lipsită de remușcări și incapabilă de a empatiza. Ea îndeplinește ambii factori necesari manifestării comportamentului antisocial, *ereditatea și mediul*: ambii părinți au o structură de personalitate dură, iar mediul în care C. trăiește este format din persoane agresive și/sau dezinteresate.

Concluzii: Așadar, pacientei îi este imposibil să își identifice o figură de atașament, dezvoltând în timp un tip de *atașament dezorganizat*. Diagnosticul său psihiatric de *Tulburare de adaptare* pus în urma expertizei medico-legale este unul *transversal*, în momentul comiterii gestului pruncuciderii simptomatologia putând îmbrăca forma unei *Reacții acute la stress*, după cum în evoluția viitoare a cazului putem intui structurarea unei *Tulburări afective bipolare*.

Cuvinte cheie: negare psihotică a realității, mecanism de disociere la traumă, pruncucidere, tulburare de adaptare, reacție acută la un factor de stress, patologie afectivă.

Pacienta C. are 28 de ani, este fără ocupație în momentul prezent și necăsătorită.

Date anamnestice relevante

(cu posibile efecte psihologice/psihopatologice):

- **Familia de origine:**

C. mai are 2 frați gemeni, în vârstă de 23 de ani, tatăl este de profesie polițist, actualmente pensionar, iar mama scular-matrițer. Provine dintr-un **nivel socio-cultural și material modest, climatul familial fiind conflictual, tensionat, agresiv.**

- **Nivel de școlarizare**

- a urmat un liceu cu profil tehnologic; a fost corigentă la chimie în clasa a XII – a, media finală de absolvire fiind 7,37;
- Facultatea de Contabilitate și Informatică de gestiune – Învățământ la Distanță (nu a promovat examenul de licență, susținut de trei ori).



• **Performanța profesională**

– **domenii de activitate:**

- ✓ video-chat
- ✓ pizzerie
- ✓ firmă specializată în decorațiuni interioare
- ✓ agent de pază
- ✓ vânzătoare

– **randament, performanță** – mediu;

– **suprasolicitare fizică și/sau psihică** – uneori;

– **incidente, accidente de muncă** – nu au existat incidente majore;

– **integrare în grup, relaționare cu colegii, cu superiorii** – au existat neînțelegeri, reproșuri venite din partea colegilor.

• **Istoricul bolii psihice**

– în copilarie – prezența gândurilor suicidare;

– tentativă de suicid – pe 4 aprilie 2010 (când a luat 6-7 pastile de Xanax, care existau în casă ca tratament pentru bunică);

– a fost internată, consultată de un psihiatru și de un neurolog, i s-a recomandat tratament cu Velafaxina, 75 mg, pe care l-a urmat timp de un an și două luni;

– tentativa de suicid s-a produs în contextul acumulării unor nemulțumiri: conflict cu prietenul, incapacitatea de a-și îndeplini scopurile;

– diagnostic aprilie 2010 (afirmativ) – episod depresiv major.

Internarea actuală

Simptome:

- durere permanentă (cu simptome difuze, generalizate, nespecifice, descrise pervaziv și cvasiconstant la nivelul întregului corp);
- insomnie (somm superficial, multiple treziri pe parcursul nopții);
- fatigabilitate;
- atenție deficitară.

Motivul internării: urmare a unei Ordonanțe a Procurorului, fiind acuzată de pruncucidere.

Noaptea de dinaintea internării „o petrece” în arestul Poliției Capitalei, *destinație* similară cu locul de muncă al tatălui său. În urma comiterii faptei, declară referitor la relația sa cu parinții: „În fața lui Dumnezeu sunt iertați. Port în suflet o rană. Nu le port pică”.

De la momentul internării au fost făcute două expertize medico-legale. Internarea actuală a fost făcută inițial în baza articolului 117 Cod de Procedura Penală. În prezent, se află în spital în baza articolului 163 Cod de Procedura Penală, până la luarea deciziei de către Instanța de Judecată. Instanța va hotărî dacă va fi internată într-un Spital de Siguranță și Măsuri de Protecție Specială și va urma un tratament psihiatric (art. 114/110 actualmente CPP, în cazul în care se va stabili că în momentul săvârșirii faptei nu avea discernământ) sau va fi dispusă privarea de libertate (C. va fi transferată în închisoare).

Istoricul medical

- dureri pe traiectul nervului sciatic,
- handicap la nivelul degetelor 3 și 4 de la mâna dreaptă, consecutiv unui accident din copilărie (*Își dorește mult să bea vin alături de bunicul, direct de la furtun. Acesta îi temporizează dorința, spunându-i să își aducă un pahar. Din grabă se împiedică și își secționează tendoanele*). În momentul prezent handicapul este vizibil (defectual) și a necesitat multiple reintervenții și rearanjări „adaptative” pentru a-și putea folosi mâna.

Anamneza psihologică

- dispoziție depresivă;
- sentiment de culpabilitate (față de unul dintre frați);
- anhedonie;
- rezistență scăzută la frustrare;
- iritabilitate;
- preocupări suicidare;
- autodeprecieri;
- sentimente de incapacitate și inutilitate.

Relatări ale pacientei

„Mă gândisem să abandonez copilul imediat după naștere, la spital. Dar s-a întâmplat să nasc acasă. Cred ca era mort la naștere, nu plângea. Am greșit că m-am luat după colegele cu care stăteam în casă. Ele mi-au zis să îl arunc și, de fapt, m-au mințit și s-au dus la Poliție.”

„Era mai bine să mor atunci.” (după tentativa de suicid din 2010).

„În copilărie îmi blestemam ziua de naștere, îmi doream să nu mă fi născut. Se uita lumea de pe stradă la mine că sunt murdară.”

„Mă simt a nimănui pentru că am un frate care nu se gândește la mine. Nu a mai venit să mă vadă de pe 23 aprilie, de ziua mea.”

„Lumea este perversă, își bate joc de mine.”

„Nu dau în alți pacienți, că îmi fac rău. Prietenul meu m-a rugat să fiu cuminte. Mai bine fumez.”

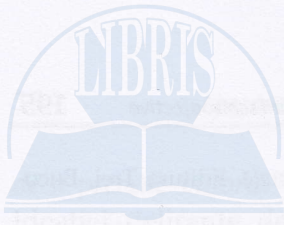
„Toate mi se întâmplă pentru că maică-mea nu a fost apropiată de mine. Nu mi-a răspuns cu dragoste. Tata a fost rău și o împingea și pe mama să fie rea.”

„În copilărie aveam stări de tristețe, plângeam noaptea și mă rugam să mă ia Dumnezeu. Nu aveam chef să trăiesc. Eram bătută pentru note, de îmi rămâneau semne. Copilăria mea nu a fost strălucită. Nu am avut copilărie. Părinții mă luau la vie, la săpat, la legat. Trebuia să mă chinui să fac ce vrea mama. Pentru ea erau importante doar cartea și munca. Mama nu era deșteaptă.”

Vulnerabilitatea pacientei (în modelul stress-diateză)

– elemente:

- lipsa unei figuri de atașament cu care să poată comunica eficient;
- dificultăți financiare, atât în prezent, cât și în ultimii ani;
- mediul familial agresiv → tată polițist, cu structură de personalitate rece și dură, mamă ce a agresat-o fizic în mod repetat
- comunicarea deficientă;
- incapacitatea de a finaliza studiile;
- absența sprijinului venit din partea familiei și a prietenilor.



Schimbarea durabilă de personalitate și mecanismele sale defensive din perspectiva traumei cumulative

Cătălin RUSU
Silvia RĂDUȚ

Rezumat

Motivația alegerii temei de cercetare: Cazul de față reprezintă un exemplu concret al contribuției pe care trauma cumulativă, suprapusă unui Eu fragil, a avut-o la apariția unei schimbări durabile de personalitate.

Obiectivele studiului:

- Identificarea mecanismelor de apărare caracteristice pacientei și a contribuției acestora la *încărcarea vulnerabilității*.
- Identificarea evenimentelor traumatizante, cărora le putem atribui rolul de **trigger** al declanșării bolii psihice.
- Identificarea efectelor pe care trauma cumulativă le-a lăsat și pe care *s-a construit* schimbarea durabilă de personalitate.
- Identificarea factorilor de natură psihosocială și financiară, care ar putea conduce la ameliorarea/agravarea stării psihice a pacientei.

Ipoteze:

*** Presupunem că mediul nu a permis pacientei să dezvolte mecanisme de coping mature, care să îi asigure existența unui echilibru între *resursele interne* și *evenimentele cu potențial traumatizant* cu care s-a confruntat.

*** Presupunem că trauma cumulativă a contribuit semnificativ la declanșarea schimbării durabile de personalitate.

Materiale și metode:

- Evaluare psihologică (examinare psihometrică): scalele Hamilton pentru depresie și anxietate; profilul trăsăturilor accentuate de personalitate (chestionarul Schmieschek); examen proiectiv: testul culorilor Luscher și testul analizei destinului Szondi;
- Interviu clinic, observație, interpretări psihodinamice.

Rezultate: În urma investigațiilor clinice, se reliefează aspecte ale unei personalități fragile, imature, primitive, insuficient diferențiate, orientate impulsiv, care permite și tolerează abuzul fizic și psihic prelungit, în condițiile existenței unor mecanisme de apărare dezadaptative.

Cuvinte cheie: trauma cumulativă, schimbare durabilă de personalitate, mecanisme de apărare, vulnerabilitate.

Pacienta A este casnică, în vârstă de 53 de ani și divorțată

Date anamnestice relevante:

(cu posibile efecte psihologice/psihopatologice)

• Familia de origine:

– structura familiei:

- biparentală (ambii părinți decedați)
- o soră de 49 de ani, căsătorită
- doi frați (unul de 51 de ani, căsătorit, celalalt decedat de 5 ani).

– nivel de școlarizare: a absolvit 10 clase la un Liceu cu profil de construcții, având rezultate bune („Am avut numai premiul I”).

– performanța profesională: a lucrat ca gestionară în diverse locuri.

• **Istoricul bolii psihice:**

Internarea actuală: A fost adusă de către organele de Poliție, având un comportament violent și dezorganizat. Se exprimă cu dificultate, iar fața sa prezintă vânătăi în urma unor lovituri primite „de la toată lumea”, pentru că „fura flori din parc” și pentru că „a căzut în fața Primăriei”. Nu are acte de identitate de ani de zile și nici un domiciliu stabil. Internarea într-un spital de psihiatrie înseamnă pentru sine, implicit, separarea de un mediu violent.

• **Examenul psihic al stării prezente:**

Prezentare și comportament general: evidenta degradare fizică; fizionomia prezintă diferite semne de lovituri (echimoze), iar la nivelul lobilor ambelor urechi se pot observa plăgi necicatrizate; tonul este plat și invocă milă; prezintă mișcări rigide și este relativ cooperantă.

Orientare: slab orientată TS, auto- și allopsihic, precum și în istoria personală de viață.

Percepția: hipoestezie, provocată de abuzurile fizice repetate.

Atenția: hipoprosexie spontană și voluntară, dificultăți de concentrare, stabilitate și selectivitate a atenției.

Memoria: hipomnezie de fixare și evocare (evocări lente și dificile).

Limbaj: lentoare în exprimare; vocabular relativ sărac; parțial dezorganizat.

Gândire:

- discurs centrat pe linia abuzului, („Eram numai vânătăi”, „Mă goneau cu pietre”, „Mă țineau afară ca pe un câine”, cumnatul, alături de familia extinsă de romi la care a locuit circa zece ani și cărora le-a îngrijit și crescut copiii fiind cei care au bătut-o); lentoare ideativă; fading mintal.
- idei de intensitate prevalențială de persecuție („Mă băteau toți”, „Am fost lovită de oameni răi”, „tratată ca un «câine»”, „Mi-au distrus viața!”).
- idei prevalente de grandoare (ca planuri de viitor, dorește să îl găsească pe fostul soț și „să facă cea mai mare cramă din Odobești”, unde „Toți oamenii amărâți să se servească gratis!”; va veni o vreme când se va răzbuna pe toți: „Nu-i las așa, pentru că mi-au distrus viața!”; discurs revendicativ.

Afect: aplatizată emoțional (chiar și în momentele sale de bucurie, aceasta este mai mult trăită ideativ și mimantă).

Dispoziție: apatie, rigiditate, nuanțe depresive.

Activitate: impulsivitate, agresivitate (ia parte la conflicte fizice, pe unele chiar le provoacă).

Viața instinctuală: preocupări scăzute pentru sfera sexualității (idealizează relația cu fostul soț; despre relația cu bărbatul de etnie rroma, mai tânăr, susține că *este lipsită de sexualitate*; refuză cu obstinție să facă un control ginecologic, sugerând că acest act medical are conotația unui abuz).

Somn: indus parțial de medicamente.

Critica bolii: scăzută, se percepe ca fiind „o victimă”, care „va fi salvată cu certitudine”.

Funcționarea socială: scăzută; relații puține și conflictuale.

Personalitate: dependentă cu semnificative trăsături din arealul sado-masochist, deteriorată în momentul prezent de tip rezidual postprocesual, deși se află la prima internare în serviciile de psihiatrie. Întreaga viață psihiacă a celei în cauză este jalonată de dimensiunea abuzului/abuzurilor reale sau fantasmate. (Johnson, 2012)

Teste aplicate

- ❖ **Examenul schemei bazale (mnezico prosexic):** capacitatea de concentrare și distributivitate este scăzută în raport cu performanța expectată de la grupa de vârstă.
- ❖ **Examenul psihometric:** Structuri sindromatice (scale clinice):
 - Anxietate (Hamilton): moderată.
 - Depresie (Hamilton): moderată
- ❖ **Profile de personalitate:** Chestionarul trăsăturilor accentuate (Schmiescheck):
 - Distimie, manifestată prin posomorare permanentă și seriozitate exagerată.
 - Emotivitate, exprimată prin perturbarea trăirilor afective.