

Radiana-Carmen Marcu

**Introducere
în psihiatrie și psihopatologie
pentru psihologi**

**PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ
2025**

Cuprins

| | |
|---|----|
| Introducere | 9 |
| CAPITOLUL 1. Tulburări mentale organice, inclusiv simptomatice | 13 |
| 1.1. Demența în boala Alzheimer | 13 |
| 1.2. Demența vasculară | 15 |
| 1.3. Demența în alte boli, clasificate în altă parte | 17 |
| 1.4. Demența nespecificată | 21 |
| 1.5. Sindromul amnestic organic neindus de alcool sau de alte substanțe psihoactive | 21 |
| 1.6. Delirium, neindus de alcool sau de alte substanțe psihoactive | 22 |
| 1.7. Alte tulburări mentale datorate unor leziuni, disfuncții cerebrale sau boli somatice | 23 |
| 1.8. Tulburări ale personalității și comportamentului datorate unor boli, leziuni și disfuncții cerebrale | 26 |
| CAPITOLUL 2. Tulburări mentale și de comportament datorate consumului de substanțe psihoactive | 29 |
| 2.1. Tulburări cauzate de utilizarea alcoolului | 29 |
| 2.2. Tulburări cauzate de utilizarea opioidelor | 32 |
| 2.3. Tulburări cauzate de utilizarea canabinoizilor | 34 |
| 2.4. Tulburări cauzate de utilizarea sedativelor, hipnoticelor și anxioliticelor | 36 |
| 2.5. Tulburări cauzate de utilizarea cocainei | 39 |
| 2.6. Tulburări cauzate de utilizarea cafeinei | 41 |
| 2.7. Tulburări cauzate de utilizarea halucinogenelor | 45 |
| 2.8. Tulburări cauzate de utilizarea tutunului | 45 |
| 2.9. Tulburări cauzate de utilizarea solvenților volatili | 47 |
| 2.10. Tulburări cauzate de utilizarea altor substanțe psihoactive | 48 |
| 2.11. Specificitatea stărilor clinice ale tulburărilor mentale și de comportament datorate consumului de substanțe psihoactive | 49 |

| | |
|---|------------|
| CAPITOLUL 3. Schizofrenia, tulburarea schizotipală și tulburările delirante | 55 |
| 3.1. Schizofrenia | 55 |
| 3.2. Tulburarea schizotipală | 63 |
| 3.3. Tulburări delirante persistente | 64 |
| 3.4. Tulburări psihotice acute și tranzitorii | 66 |
| 3.5. Tulburarea delirantă indusă | 69 |
| 3.6. Tulburări schizoafective | 70 |
| 3.7. Alte tulburări psihotice nonorganice | 72 |
| CAPITOLUL 4. Tulburări ale dispoziției afective | 73 |
| 4.1. Episodul maniacal | 73 |
| 4.2. Tulburarea afectivă bipolară | 78 |
| 4.3. Episodul depresiv | 82 |
| 4.4. Tulburarea depresivă recurentă | 85 |
| 4.5. Tulburări persistente ale dispoziției (afective) | 88 |
| 4.6. Alte tulburări ale dispoziției (afective) | 92 |
| CAPITOLUL 5. Tulburări nevrotice, asociate cu stresul și tulburări somatoforme | 93 |
| 5.1. Tulburări anxios-fobice | 93 |
| 5.2. Alte tulburări anxioase | 100 |
| 5.3. Tulburarea obsesiv-compulsivă | 105 |
| 5.4. Reacție la stres sever și tulburări de adaptare | 109 |
| 5.5. Tulburări disociative (de conversie) | 115 |
| 5.6. Tulburări somatoforme | 128 |
| 5.7. Alte tulburări nevrotice | 132 |
| CAPITOLUL 6. Sindroame comportamentale asociate cu tulburări fiziologice și factori somatici | 135 |
| 6.1. Tulburări ale instinctului alimentar | 135 |
| 6.2. Tulburări de somn nonorganice | 140 |
| 6.3. Disfuncții sexuale nedatorate unor boli sau tulburări organice | 149 |
| 6.4. Tulburări mentale și comportamentale asociate cu puerperiul | 153 |

| | |
|--|------------|
| 6.5. Factori psihologici și comportamentali asociați cu tulburări sau boli clasificate în altă parte | 155 |
| 6.6. Abuz de substanțe care nu produc dependență | 155 |
| CAPITOLUL 7. Tulburări ale personalității și comportamentului adultului | 157 |
| 7.1. Tulburări specifice ale personalității | 157 |
| 7.2. Tulburări mixte și alte tulburări de personalitate | 170 |
| 7.3. Modificări durabile ale personalității, nedatorate unor leziuni sau afecțiuni cerebrale | 170 |
| 7.4. Tulburări ale obiceiurilor și impulsurilor | 173 |
| 7.5. Tulburări de identitate de gen | 177 |
| 7.6. Tulburări ale preferinței sexuale | 180 |
| 7.7. Tulburări psihologice și comportamentale asociate cu dezvoltarea și orientarea sexuală | 186 |
| 7.8. Alte tulburări ale personalității și comportamentului adultului | 188 |
| CAPITOLUL 8. Întârzierea mintală | 191 |
| 8.1. Întârzierea mintală ușoară | 192 |
| 8.2. Întârzierea mintală moderată | 195 |
| 8.3. Întârzierea mintală severă | 197 |
| 8.4. Întârzierea mintală profundă | 200 |
| 8.5. Alte forme de întârziere mintală | 202 |
| CAPITOLUL 9. Tulburări ale dezvoltării psihologice | 203 |
| 9.1. Tulburări specifice de dezvoltare a vorbirii și limbajului | 203 |
| 9.2. Tulburări specifice de dezvoltare a abilităților școlare | 208 |
| 9.3. Tulburarea specifică de dezvoltare a funcției motorii | 212 |
| 9.4. Tulburări specifice mixte de dezvoltare | 214 |
| 9.5. Tulburări pervazive de dezvoltare | 215 |
| CAPITOLUL 10. Tulburări de comportament și emoționale cu debut în copilărie și adolescență | 225 |
| 10.1. Tulburări hiperkinetice | 225 |
| 10.2. Tulburări ale conduitei | 227 |

| | |
|---|-----|
| 10.3. Tulburări mixte ale conduitei și emoției | 232 |
| 10.4. Tulburări emoționale cu debut specific în copilărie | 237 |
| 10.5. Tulburări ale funcționării sociale cu debut specific în copilărie și adolescență | 242 |
| 10.6. Ticuri | 246 |
| 10.7. Alte tulburări de comportament și emoționale cu debut obișnuit în copilărie și adolescență | 250 |
| Bibliografie | 261 |

CAPITOLUL 1.

Tulburări mentale organice, inclusiv simptomatice

Aceste tulburări au o etiologie organică care poate fi demonstrată, ele fiind determinate de boli sau leziuni cerebrale care duc la o disfuncție a creierului. Disfuncția poate fi primară (în bolile sau leziunile care afectează direct encefalul) sau secundară (în bolile sau tulburările care afectează atât encefalul, cât și alte organe și sisteme).

În funcție de manifestările lor esențiale, tulburările mentale organice pot fi grupate în două categorii: o categorie în care predomină afectarea cogniției (intelect, memorare, învățare) sau tulburările senzoriale, ale capacității de atenție și de concentrare și o altă categorie în care predomină manifestări ale percepției (halucinații), ale conținutului gândirii (idei delirante), ale dispoziției și afectivității (anxietate, depresie), iar afectarea cognitivă sau senzorială este scăzută (ICD-10, 2016).

În DSM-5, regăsim aceste tulburări sub denumirea de tulburări neurocognitive, care includ delirium și sindroamele tulburare neurocognitivă majoră și tulburare neurocognitivă ușoară, fiecare cu subtipurile ei etiologice. Este de precizat faptul că ele nu sunt tulburări de dezvoltare, în sensul că deficiturile cognitive și funcționale sunt dobândite și este necesar să existe un declin față de nivelul anterior de funcționare al individului (DSM-5, 2016).

Majoritatea tulburărilor mentale organice apar la vârsta adultă sau la vârstnici, fiind în general progresive și ireversibile. Ele implică atât deteriorarea cognitivă, senzorială și perceptivă, cât și alterarea conduitelor sociale, tulburări ale afectivității și ale patternului general al personalității și comportamentului (ICD-10, 2016; Tudose et al., 2011). În stadiile timpurii, simptomele afective reprezintă un element foarte important de care trebuie să ținem cont, aceasta putând să ducă la o recunoaștere clinică și la o intervenție rapidă. La persoanele vârstnice, o tulburare neurocognitivă ușoară este mai dificil de evidențiat, deoarece ea se poate confunda cu îmbătrânirea normală.

1.1. Demența în boala Alzheimer

Boala Alzheimer reprezintă o afecțiune cerebrală degenerativă primară, cu etiologie complexă și incomplet elucidată până în prezent. Demența în boala Alzheimer

(denumită și demență degenerativă primară de tip Alzheimer) se caracterizează printr-un debut insidios și o deteriorare lentă, progresivă. Acest tip de demență implică un declin cognitiv cu o evoluție continuă, progresivă și ireversibilă, fără faze de platou prelungit (pot să apară faze de platou, dar ele sunt de scurtă durată).

Demența în boala Alzheimer se manifestă atât prin simptome cognitive, cât și comportamentale, precum: deteriorare cognitivă, afazie, agnozie, apraxie, amnezie, deficite ale funcțiilor executorii (de organizare, planificare și abstractizare). În faza ușoară a bolii, apar cu predilecție deficitele de memorie și de învățare, iar uneori și deficitele executive, cogniția și funcționarea socială nefiind afectate. Memoria procedurală poate fi păstrată (de exemplu, bolnavul își poate păstra capacitatea de a dansa sau de a cânta la un instrument muzical). În faza severă și moderată, apar și deficite motorii, perceptivă, de integrare vizuală și spațială, precum și deteriorarea limbajului. Referitor la simptomatologia din sfera comportamentală, a dispoziției și a afectivității, în forma ușoară pot să apară manifestări de apatie sau depresie, în timp ce în forma moderată și severă se pot observa și elemente psihotice, iritabilitate, agitație, combativitate, mers fără scop (DSM-5, 2016).

Unul dintre criteriile importante ale diagnosticului de demență Alzheimer este „absența unui debut brusc, apoplectic și absența în fazele insidioase a unor semne neurologice de leziune de focar (hemipareze, pierderea capacităților senzoriale, defecte ale câmpului vizual și tulburări de coordonare), deși aceste elemente se pot suprapune ulterior” (ICD-10, 2016, p. 88).

Prevalența bolii este de 2–4% în populația peste 65 de ani, fiind mai înaltă la femei (Ionescu, 2000). Prevalența globală crește treptat cu vârsta, aceasta fiind cel mai puternic factor de risc (ajungând la 25% în cazul persoanelor de peste 80 de ani). Evoluția bolii este treptată și ireversibilă, către demență severă și deces. Durata medie de supraviețuire post diagnostic, este de aproximativ 10 ani, fapt datorat, probabil, și vârstei înaintate a bolnavilor.

Comorbidități: acest timp de demență poate să apară concomitent cu boala cerebrovasculară (demența vasculară), ceea ce face mai dificilă stabilirea diagnosticului, în special atunci când demența vasculară precedă boala Alzheimer. În acest caz, trebuie făcut un diagnostic dublu, cu o codificare dublă, conform standardelor ICD-10. Cele două tipuri apar concomitent în aproximativ 10–15% din toate cazurile de demență (ICD-10, 2016).

Un alt aspect important de care este necesar să ținem cont atunci când ne referim la comorbidități este faptul că demența Alzheimer apare în cele mai multe cazuri la vârstnici, care au multe alte afecțiuni medicale, iar acest lucru face mult mai dificil diagnosticul și intervenția.

Diagnosticul diferențial se face cu:

- alte demențe primare (boala Pick, boala Huntington, boala cu corpi Lewi, etc.);
- demențe secundare care apar în diverse boli cerebrale sau sistemice (boli tiroidiene, deficit de vitamina B, hipercalcemie, neurosifilis, etc.);
- tulburarea depresivă;
- delirium;
- sindromul amnestic organic;
- retardul mental ușor, moderat sau sever.

Tipuri de demență Alzheimer:

Demența în boala Alzheimer cu debut timpuriu (cod ICD-10: F00.0)

- demența presenilă de tip Alzheimer sau boala Alzheimer tip II;
- debutează înaintea vârstei de 65 de ani;
- evoluția este relativ rapidă, cu o deteriorare multiplă și semnificativă a funcțiilor corticale superioare, cu manifestări de afazie, alexie, agrafie și apraxie;
- există posibilitatea unui istoric familial de boală Alzheimer, sindrom Down sau limfom.

Demența în boala Alzheimer cu debut tardiv (cod ICD-10: F00.1)

- demența senilă de tip Alzheimer sau boala Alzheimer tip I;
- debutul este tardiv, începând pe la 65 de ani, dar de regulă la persoane peste 70 de ani sau mai în vârstă;
- evoluția este lentă, dar progresivă;
- tabloul clinic ilustrează o deteriorare predominant mnezică.

Demența în boala Alzheimer, atipică sau de tip mixt (cod ICD-10: F00.2)

- aici sunt incluse demența mixtă Alzheimer și demența vasculară;
- manifestările vasculare cerebrale interferează cu cele specifice bolii Alzheimer.

1.2. Demența vasculară

Demența vasculară (demența de tip arteriosclerotic) este o tulburare care apare în urma unor accidente vasculare cerebrale și prezintă un tablou clinic eterogen datorită faptului că etiologia vasculară este variată. Boala cerebrovasculară se poate datora unor atacuri ischemice tranzitorii și/sau unor accidente vasculare cerebrale (în succesiune), sau unui accident vascular major unic. Infarctele sau hemoragiile pot fi unice sau multiple, afectând vase mici sau vase mari, porțiuni mai restrânse sau mai largi ale encefalului. Leziunile pot fi localizate (uni sau multi-focale), difuze sau combinate. În consecință, tabloul clinic al demenței vasculare poate varia în

funcție de tipul, mărimea și localizarea accidentelor vasculare. Astfel, debutul poate fi brusc și evoluția fluctuantă, în trepte, cu perioade de platou sau chiar de ameliorare relativă episodică, dar în unele cazuri poate fi și un debut treptat, cu progresie lentă – în acest din urmă caz se impune cu precădere diferențierea între demența vasculară și demența Alzheimer, având în vedere simptomatologia similară și faptul că cele două se suprapun de multe ori. În cazul demenței vasculare, este foarte importantă legătura temporală dintre debutul deficitelor cognitive și evenimentele cerebrovasculare, iar pentru acuratețea diagnosticului se impune examinarea neuroimagică.

Demența vasculară se poate manifesta prin:

- afectarea memoriei și a gândirii;
- manifestări neurologice (agnozie, afazie, apraxie);
- semne tranzitorii de focar (pareze, tulburări de vedere);
- deficite ale funcțiilor executorii (organizare, planificare, deliberare, abstractizare);
- hipertensiune, suflu carotidian;
- episoade tranzitorii de delirium;
- modificări de personalitate și dispoziție (depresie, abulie, labilitate emoțională, plâns sau râs exploziv, apatie, dezinhibiție) – chiar dacă în unele cazuri personalitatea rămâne relativ stabilă, se poate observa o accentuare a unor trăsături anterioare, precum iritabilitate, excentricitate, atitudini paranoide.

Prevalența: demența vasculară este a doua ca frecvență după demența Alzheimer. Poate să apară la orice vârstă, dar de obicei apare după vârsta de 65 de ani, fiind mai frecventă la bărbați. În primele 3 luni după producerea unui accident vascular cerebral, între 20–30% dintre pacienți sunt diagnosticați cu demență (DSM-5, 2016).

Comorbidități: demența vasculară apare adesea concomitent cu demența Alzheimer, așa cum am amintit deja în subcapitolul dedicat acesteia din urmă. O altă comorbiditate apare între demența vasculară și depresie, cele două fiind asociate frecvent.

Diagnosticul diferențial se face cu:

- alte demențe primare (boala Alzheimer, boala cu corpi Lewi, etc.);
- alte afecțiuni medicale (tumoră cerebrală, scleroză multiplă, encefalită, hematom subdural, tulburări metabolice, etc.);
- delirium;
- tulburare depresivă;
- retard mental ușor sau moderat.

Tipuri de demență vasculară:

Demența vasculară cu debut acut (cod ICD-10: F01.0)

- apare în urma unei succesiuni de accidente vasculare cerebrale (tromboze, hemoragii, embolii);

- foarte rar poate să apară și ca urmare a unui infarct unic masiv;
- de obicei, are o evoluție rapidă;
- predomină simptomatologia neurologică, dar apar și tulburări cognitive și afective.

Demența multiinfarct (cod ICD-10: F01.1)

- este denumită și demență predominant corticală;
- este consecutivă unei serii de episoade ischemice minore care duc la o acumulare de infarcte în parenchimul cerebral;
- are un debut relativ lent și progresiv;
- predomină simptomatologia din spectrul cognitiv și afectiv.

Demența vasculară subcorticală (cod ICD-10: F01.2)

- este determinată de focare ischemice situate în substanța albă din profunzimea emisferelor cerebrale;
- de obicei, cortexul cerebral nu este afectat;
- tabloul clinic poate fi asemănător cu cel din demența din boala Alzheimer;
- este denumită și encefalopatie Binswanger, în situația în care se poate demonstra o demielinizare difuză a substanței albe.

Demența vasculară mixtă corticală și subcorticală (cod ICD-10: F01.3)

- se manifestă atât printr-un deficit psihic (deteriorări cognitive, afective, comportamentale), cât și printr-un deficit neurologic (afazie, apraxie, agnozie);
- cele două componente (corticală și subcorticală) pot fi decelate în urma rezultatelor investigațiilor și a trăsăturilor clinice specifice.

1.3. Demența în alte boli, clasificate în altă parte

În această categorie sunt incluse cazurile de demență care nu apar ca urmare a bolii Alzheimer sau a bolii cardiovasculare. Ele pot debuta oricând pe parcursul vieții, dar incidența lor scade odată cu înaintarea în vârstă.

Categorii specifice:

Demența în boala Pick (cod ICD-10: F02.0)

- de regulă, debutul survine între 50 și 60 de ani;
- evoluția bolii este progresivă, ea fiind mai gravă în cazul unui debut timpuriu;
- comparativ cu boala Alzheimer, unde predominau simptomele de lob temporal și parietal, în demența din boala Pick predomină simptomele de lob frontal;
- deteriorările din sfera manifestărilor socio-comportamentale (euforie, dezinhibiție, apatie sau agitație, intruzivitate, familiaritate nepermisă) le preced de obicei

pe cele din sfera mnezico-prosexică (bradipsihie, deteriorări ale intelectului, memoriei și funcțiilor de vorbire, reducerea capacității de fixare și evocare);

- diagnostic diferențial cu:
 - alte tipuri de demență (vasculară, Alzheimer, asociată altor boli);
 - hidrocefalie cu presiune normală;
 - alte tulburări neurologice sau metabolice.

Demența în boala Creutzfeldt–Jakob (cod ICD-10: F02.1)

- este o demență progresivă, cu debut brusc și cu o evoluție rapidă, de la câteva luni până la 1–2 ani (atât cât reprezintă speranța de viață în cazul acestei boli);
- debutul poate avea loc oricând în perioada vârstei adulte, dar de obicei are loc în jurul vârstei de 50 ani;
- este determinată de modificări neuropatologice specifice (encefalopatie spongiformă subacută), cauzate de un agent transmisibil;
- conform lui Ionescu (2000), cauzele care stau la baza acestei boli sunt prionii („virusurile lente”), iar aproximativ 10% dintre cazuri sunt de natură ereditară;
- tabloul clinic este ilustrat printr-o simptomatologie neurologică extinsă și severă, cuprinzând:
 - paralizia spastică progresivă a membrelor;
 - tulburări extrapiramidale: tremor, rigiditate, mișcări coreoatetozice;
 - ataxie, pierderea vederii, fibrilații musculare.
- deteriorarea cognitivă este progresivă, cu tulburări mnezico-prosexice și bradipsihie;
- în plan afectiv și comportamental, se constată anxietate, depresie, astenie, irascibilitate;
- diagnostic diferențial cu:
 - boala Alzheimer;
 - boala Pick;
 - boala Parkinson;
 - sindromul parkinsonian postencefalitic.

Demența în boala Huntington (cod ICD-10: F02.2)

- este o boală cu un debut insidios și cu o evoluție progresivă, speranța de viață fiind de 10–15 ani de la debutul simptomelor motorii;
- debutează în jurul vârstei de 40 de ani (există și o formă cu debut precoce, anterior vârstei de 20 de ani, denumită boala Huntington juvenilă, care se diferențiază de forma cu debut la vârsta adultă, prin predominanța distoniei și a rigidității, dar absența mișcărilor coreiforme caracteristice;

- transmiterea bolii se face printr-o genă autozomal dominantă, aproximativ 50% dintre descendenții celor cu boala Huntington riscând să dezvolte, la rândul lor, această boală (Ionescu, 2000);
- având în vedere faptul că este o boală cu transmitere genetică, principala investigație în diagnosticarea ei o reprezintă testarea genetică;
- simptomatologia se manifestă inițial în plan afectiv și comportamental (depresie, anxietate, iritabilitate, apatie, dezinhibiție, impulsivitate, simptome obsesiv-compulsive), iar ulterior în plan cognitiv, urmând apoi manifestările motorii tipice (bradichinezie și coree);
- simptomele psihiatrice și cognitive le pot preceda pe cele motorii cu cel puțin 15 ani;
- primele simptome motorii observabile constau într-o agitație a extremităților și o ușoară apraxie, în special în ceea ce privește mișcările fine;
- boala evoluează cu instabilitate posturală și o ataxie progresivă care afectează în mod iremediabil mersul, bolnavii devenind, în timp, nedeplasabili;
- comunicarea este foarte mult îngreunată de faptul că deficitul motor afectează vorbirea, producând disartrie;
- în stadiul final al bolii, apare și afectarea motorie a proceselor de alimentație și deglutiție, ceea ce duce la deces prin pneumonie de aspirație;
- diagnostic diferențial cu:
 - alte forme de demență (Alzheimer, Pick, Creutzfeldt–Jacob);
 - alte tulburări de mișcare (boala Wilson, coreea Sydenham, coreea senilă, lupusul eritematos sistemic).

Demența în boala Parkinson (cod ICD-10: F02.03)

- este denumită și demența în paralizia agitată;
- apare cu precădere în formele severe și avansate de Parkinson, având un debut insidios și o evoluție progresivă;
- debutul are loc de obicei după vârsta de 60 de ani, fiind cel mai frecvent la începutul celei de a șaptea decade de viață;
- tabloul clinic se caracterizează prin:
 - tulburarea funcțiilor executorii;
 - hipoprosexie și hipomnezie severă;
 - bradipsihie, bradichinezie, tremor, rigiditate;
 - dispoziție depresivă, apatie, anxietate;
 - halucinații, idei delirante;
 - modificări ale personalității;
 - tulburări de somn și somnolență excesivă în timpul zilei.

- prevalența crește constant odată cu vârsta, boala fiind mai frecventă la bărbați;
- dintre cei cu boala Parkinson, până la 75% vor dezvolta demență pe parcursul bolii (DSM-5, 2016);
- diagnostic diferențial cu:
 - alte demențe secundare unor afecțiuni medicale (tumori cerebrale, atrofia multisistemică, hidrocefalia cu presiune normală, degenerarea corticobazală, paralizia supranucleară progresivă);
 - demența multiinfarct asociată cu hipertensiune sau diabet;
 - demența din boala Alzheimer;
 - parkinsonism indus de neuroleptice;
 - delirium;
 - alte afecțiuni medicale (hipotiroidism sever, deficit de vitamina B12).

Demența în boala cu virusul imunodeficienței umane dobândite HIV – SIDA (cod ICD-10: F02.4)

- denumită și encefalopatia sau encefalita subacută HIV / sindromul demențial SIDA;
- este o tulburare cu debut brusc și cu o evoluție rapidă (săptămâni sau luni), dar există și cazuri cu evoluție fluctuantă, în care boala poate stagna, se poate ameliora sau se poate agrava lent;
- simptomatologia este eterogenă, datorită faptului că virusul HIV – SIDA afectează regiuni cerebrale diferite;
- tabloul clinic cuprinde:
 - deficit marcat al funcției executive;
 - deficit de învățare și reducerea vitezei de procesare a informațiilor;
 - alterarea memoriei, dificultăți de concentrare și de rezolvare a problemelor;
 - dificultăți în realizarea sarcinilor care solicită atenția;
 - reducerea fluenței verbale;
 - simptome neuromotorii: ataxie, bradichinezie, probleme severe de coordonare și de echilibru, tremor, hipertonie, hiperreflexie generalizată;
 - dispoziție depresivă, apatie, retragere socială, agresivitate, inadecvare emoțională;
 - stări confuzionale, ideație delirantă, manifestări halucinatorii.
- atunci când apare la copiii infectați cu HIV, demența este ilustrată printr-o tulburare de dezvoltare neurologică, manifestată prin întâzieri de dezvoltare, microcefalie, hipertonie;
- deși tratamentul cu antiretrovirale combinate nu a redus semnificativ numărul total al cazurilor de demență în infecția cu HIV, el a reușit să reducă foarte mult cazurile severe de demență – dintre cei infectați cu HIV, 25% dezvoltă

simptome de demență ușoară și mai puțin de 5% dezvoltă simptome de demență severă (DSM-5, 2016);

- diagnostic diferențial cu:
 - alte forme de demență (Alzheimer, vasculară) – în special la vârstnici, unde o deteriorare progresivă sugerează o etiologie neurodegenerativă sau vasculară, în timp ce un status neurocognitiv fluctuant, dar care nu evoluează sau chiar se poate ameliora, sugerează o etiologie HIV.

Demența în alte boli specificate, clasificate în altă parte (cod ICD-10: F02.8)

- în această categorie sunt incluse forme de demență care apar în urma altor boli neurologice și somatice, precum:
 - epilepsie;
 - lipidoza cerebrală;
 - scleroza multiplă;
 - neurosifilis;
 - lupus eritematos sistemic;
 - hipercalcemie;
 - hipotiroidism dobândit;
 - deficiența de vitamina B12.

1.4. Demența nespecificată

Reprezintă o categorie pe care o utilizăm doar atunci când există simptomele caracteristice demenței, dar nu sunt îndeplinite criteriile complete pentru a putea încadra demența într-una dintre tulburările amintite anterior.

Aici sunt incluse demența senilă sau presenilă nespecificată.

1.5. Sindromul amnestic organic neindus de alcool sau de alte substanțe psihoactive

Acest sindrom, denumit și sindromul Korsakoff nealcoolice, este caracterizat în primul rând printr-o simptomatologie mnezică, în care predomină alterarea gravă a memoriei recente și de lungă durată, asociată cu amnezie anterogradă și retrogradă și cu reducerea capacității de învățare. Bolnavul este dezorientat în timp și nu mai are capacitatea de a fixa, conserva și evoca datele, faptele și evenimentele recente, în special cele care au avut loc după debutul bolii. Pot să apară, de asemenea, confabularea, modificările emoționale și lipsa conștientizării stării actuale, dar ele nu sunt invariabil prezente. Percepția și intelectul rămân de regulă intacte, iar memoria imediată nu este afectată.