

LBRIS

We know
books

FLORIN TUDOSE
CĂTĂLINA TUDOSE
LETIȚIA DOBRANICI

Tratat de psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi

Referent științific:
Academician prof. dr. Mircea Lăzărescu

3
TREI

Cuprins

<i>Mulțumiri</i>	21
<i>Argument</i>	23
Capitolul 1. Domeniul și instrumentele psihopatologiei	33
1.1. Definiția, obiectul și conținutul psihopatologiei	34
1.2. Raportul cu alte științe	35
1.3. Modele în psihopatologie	37
1.3.1. Modelul ateoretic	38
1.3.2. Modelul behaviorist (comportamentalist)	40
1.3.3. Modelul biologic	41
1.3.4. Modelul cognitiv	42
1.3.5. Modelul dezvoltării	43
1.3.6. Modelul ecosistemic	43
1.3.7. Modelul etnopsihopatologic	45
1.3.8. Modelul etologic	45
1.3.9. Modelul existențialist	46
1.3.10. Modelul experimental	46
1.3.11. Modelul fenomenologic	46
1.3.12. Modelul psihanalitic	47
1.3.13. Modelul social	48
1.3.14. Modelul structuralist	48
1.4. Modelul biopsihosocial	49
1.5. Elemente de neuropsihologie	52
1.5.1. Psihologul și neuropsihologia	52
1.5.2. Ce este neuropsihologia clinică?	52
1.5.3. Elemente de neuroanatomie funcțională	52
1.5.3.1. Sistemul limbic	53
1.5.3.2. Girusul cingulat	54
1.5.3.3. Ganglionii bazali	55
1.5.3.4. Lobii frontali	56
1.5.3.4.1. Funcțiile lobilor frontali	56
1.5.3.4.2. Elemente de patologie a lobilor frontali	57
1.5.3.4.2.1. Deteriorarea cognitivă	57
1.5.3.4.2.2. Afectarea gândirii abstracte, testării ipotezelor și modulării cogniției	58
1.5.3.4.2.3. Tulburări ale comportamentului și personalității	58
1.5.3.4.2.4. Deteriorarea limbajului	59
1.5.3.4.2.5. Deteriorarea funcției motorii	59
1.5.3.4.2.6. Deteriorarea reflexelor	59
1.5.3.4.2.7. Deteriorarea comportamentului social	60
1.5.3.4.2.8. Confabulații și sindromul de reduplicare	60
1.5.3.4.2.9. Sindroame de lob frontal	60

6	1.5.3.5. Lobii parietali	62
	1.5.3.5.1. Elemente de patologie a lobilor parietali	63
	1.5.3.5.1.1. Crizele de epilepsie senzitivă.	63
	1.5.3.5.1.2 Tulburările de sensibilitate	63
	1.5.3.5.1.3. Alte semne și simptome clinice	64
	care apar în afectarea lobului parietal	64
	1.5.3.5.1.4. Corelațiile neuropsihologice între zonele afectate din lobii parietali și manifestările patologice	64
	1.5.3.6. Lobii temporali	66
	1.5.3.7. Lobii occipitali	70
	1.6. Obiectul psihopatologiei	72
	Capitolul 2. Normă, normalitate, comportament normal	74
	2.1. Conceptul de normalitate	74
	2.2. Normalitatea ca sănătate	76
	2.3. Normalitatea ca valoare medie	77
	2.4. Normalitatea ca utopie	79
	2.5. Normalitatea ca proces	82
	2.6. Normalitate și comunicare	82
	2.7. Normalitate și adaptare	83
	Capitolul 3. Sănătate și boală mintală	87
	3.1. Conceptul de sănătate	87
	3.2. Anormalitate și boală	90
	3.3. Anormalitate și prejudecată	92
	3.4. Comportamentele anormale	92
	3.5. Conceptul de boală psihică	94
	3.6. Boală psihică și ecosistem	94
	3.7. Dimensiuni existențiale ale bolii psihice	95
	Capitolul 4. Personalitatea normală și patologică	96
	4.1. Încercări de definire a personalității	97
	4.2. Boală și personalitate	99
	4.3. Cauzele medicale ale schimbărilor de personalitate	100
	4.4. Tulburările de personalitate	102
	4.4.1. Caractere clinice generale ale dizarmoniei	105
	4.4.2. Recunoașterea tulburărilor de personalitate	106
	4.4.3. Clasificarea tulburărilor de personalitate și ipostaze medicale ale acestora	109
	4.4.3.1. Tulburarea de personalitate paranoidă	109
	4.4.3.2. Tulburarea de personalitate schizoidă	110
	4.4.3.3. Tulburarea de personalitate schizotipală	111
	4.4.3.4. Tulburarea de personalitate antisocială	111
	4.4.3.5. Tulburarea de personalitate borderline	112
	4.4.3.5.1. Elemente de etiologie și etiopatogenie	113
	4.4.3.5.2. Tabloul clinic al personalității borderline	114
	4.4.3.5.3. Strategii specifice de tratament în tulburarea de personalitate borderline	116
	4.4.3.6. Tulburarea de personalitate histrionică	118
	4.4.3.7. Tulburarea de personalitate narcisică	119
	4.4.3.8. Tulburarea de personalitate evitantă	120
	4.4.3.9. Tulburarea de personalitate dependentă	121
	4.4.3.10. Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă	122
	4.4.3.11. Alte tulburări de personalitate	122

4.4.4. O posibilă etiologie a tulburărilor de personalitate	124
4.4.5. Tratatamentul tulburărilor de personalitate	125
4.4.5.1. Modalități de abordare a pacientului cu tulburare de personalitate internat	126
4.4.5.2. Managementul medical al pacienților cu tulburări de personalitate	126
4.5. Tulburările globale (pervazive) de dezvoltare ale copilului	128
4.5.1. Tulburarea autistă	129
4.5.1.1. Criterii DSM-IV de diagnostic pozitiv pentru tulburarea autistă	129
4.5.1.2. Scurtă prezentare clinică	130
4.5.1.3. Epidemiologie, date de evoluție și prognostic	130
4.5.1.4. Abordare terapeutică	131
4.5.1.5. Tratatamentul psihofarmacologic	131
4.5.1.6. Tratatamentul psihoterapeutic	131
4.5.1.7. ABA — Applied Behavioral Analysis	132
4.5.1.8. PECS — Picture Exchange Communication System	132
4.5.1.9. TEACCH — Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children	132
4.5.1.10. RDI — Relationship Development Intervention	133
4.5.1.11. Floortime — DIR/Greenspan (Developmental Individual-Difference, Relationship-Based Model)	134
4.5.1.12. Programul Son-Rise	134
4.5.1.13. More Than Words	134
4.5.1.14. Metoda Mifne — Israel	135
4.5.2. Tulburarea Asperger	135
4.5.2.1. Criterii DSM-IV de diagnostic pozitiv pentru tulburarea Asperger	136
4.5.2.2. Scurtă prezentare clinică	136
4.5.2.2.1. Epidemiologie, date de evoluție și prognostic	137
4.5.2.2.2. Abordare terapeutică	137
4.6. Tulburări de personalitate și boală	138
Capitolul 5. De la simptom la cadrul clinic	140
5.0. Semiologia — limbajul necesar	143
5.1. Tulburările percepției	145
5.1.1. Cadrul conceptual	145
5.1.2. Clasificarea tulburărilor de percepție	147
5.1.2.2. Hipoestezia	147
5.1.2.3. Sinestezia	147
5.1.2.4. Agnoziile	147
5.1.2.5. Iluzia	147
5.1.2.5.2. Falsele recunoașteri	148
5.1.2.5.3. Falsele nerecunoașteri	148
5.1.2.5.4. Pareidoliile	148
5.1.2.5.5. Alte iluzii	148
5.1.2.6. Halucinațiile	148
5.1.2.6.1. Elemente de fenomenologie și fiziopatologie	148
5.1.2.6.2. Halucinațiile vizuale din migrenă	150
5.1.2.6.3. Halucinațiile din narcolepsie	151
5.1.2.6.4. Halucinațiile din stările confuzionale induse de boli somatice și stări toxice	152

5.1.2.6.5. Halucinațiile auditive	152
5.1.2.6.6. Halucinațiile olfactive și gustative	153
5.1.2.6.7. Fenomene de tip halucinator înrudite cu halucinațiile	154
5.1.2.6.8. Halucinațiile psiho-senzoriale	154
5.1.2.6.9. Halucinațiile psihice (pseudohalucinațiile)	157
5.1.2.6.10. Sindromul de automatism mintal Clérambault-Kandinski	158
5.1.2.6.11. Evaluarea experiențelor halucinatorii	158
5.2. Tulburările de atenție	160
5.2.1. Cadrul conceptual	160
5.2.1.1. Capacitatea atenției	161
5.2.1.2. Selectare și orientare	161
5.2.1.3. Selectarea răspunsului și controlul execuției	161
5.2.1.4. Atenția susținută	162
5.2.2. Hiperprosexia	162
5.2.3. Hipoprosexia	162
5.2.4. Aprosexia	162
5.3. Tulburările de memorie	163
5.3.1. Cadrul conceptual	163
5.3.2. Clasificarea memoriei	163
5.3.2.1. Memoria senzorială	164
5.3.2.2. Memoria de scurtă durată	164
5.3.2.3. Memoria de lungă durată	165
5.3.3. Dismnezii cantitative	167
5.3.3.1. Hipermneziile	167
5.3.3.2. Hipomneziile	168
5.3.3.3. Amneziile	168
5.3.4. Dismnezii calitative (paramnezii)	170
5.4. Tulburările de gândire	173
5.4.1. Cadrul conceptual	173
5.4.2. Tulburări în discursivitatea gândirii	176
5.4.2.1. Tulburări în ritmul gândirii	176
5.4.2.2. Tulburări în fluența gândirii	176
5.4.2.2.1. Fadingul mintal	176
5.4.2.2.2. Barajul ideativ (Kraepelin)	176
5.4.3. Tulburări în ansamblul gândirii	176
5.4.3.1. Ideile dominante	177
5.4.3.2. Ideile prevalente.	177
5.4.3.3. Ideile obsesive	177
5.4.3.4. Ideile delirante	177
5.4.4. Structurarea delirantă.	178
5.4.4.1. Delirurile sistematizate	178
5.4.4.2. Delirurile nesistematizate	179
5.4.5. Tulburări operaționale ale gândirii	179
5.4.5.1. Definiții ale inteligenței	179
5.4.5.2. Coeficientul de inteligență	180
5.4.5.3. Tipuri de inteligență	181
5.4.5.4. Conceptul de inteligență emoțională	184
5.4.5.5. Teste de evaluare a inteligenței	184
5.4.5.6. Scala de inteligență Binet-Simon	184
5.4.5.7. Scala de inteligență Stanford-Binet	185
5.4.6. Tipuri de tulburări operaționale ale gândirii	186

5.4.6.1. Staționare (nedezvoltarea gândirii)	186
5.4.6.2. Progressive (demențele)	186
5.5. Tulburările comunicării	186
5.5.1. Aspecte neuropsihologice ale limbajului	187
5.5.2. Tipuri de afazii	189
5.5.2.1. Afazia nonfluentă	190
5.5.2.2. Afazia fluentă	190
5.5.3. Teste neuropsihologice de evaluare a limbajului	191
5.5.4. Tulburări ale comunicării verbale	192
5.5.4.1. Tulburări ale expresiei verbale	192
5.5.4.2. Tulburări ale expresiei grafice	195
5.5.4.3. Afaziile	197
5.5.5. Tulburări ale comunicării nonverbale	197
5.5.5.1. Ținuta	197
5.5.5.2. Mimica	198
5.5.5.3. Gestică	198
5.6. Tulburările de voință	199
5.6.1. Cadrul conceptual	199
5.6.2. Elemente de neuropsihologia voinței	202
5.6.3. Tipologia tulburărilor de voință	202
5.7. Tulburările de conștiință	203
5.7.1 Cadrul conceptual	203
5.7.2. Tulburările câmpului de conștiință	205
5.7.2.1 Tulburările clarității și capacității de integrare a câmpului de conștiință	206
5.7.2.2. Evaluarea stării de conștiință	206
5.7.2.2.1. Scala Glasgow (GCS, Glasgow Coma Scale)	207
5.7.2.3. Tulburări ale structurii câmpului de conștiință	209
5.7.2.3.1. Îngustarea câmpului de conștiință	209
5.7.2.3.2. Starea crepusculară	209
5.7.2.3.2.1. Starea crepusculară isterică	209
5.7.2.3.2.2. Personalitatea multiplă	210
5.7.2.3.3. Confuzia mintală (stările confuzionale)	210
5.7.3. Tulburările conștiinței de sine	213
5.7.3.1. Tulburările conștiinței corporalității (somatognozia)	213
5.7.3.1.1. Tulburări de schemă corporală de tip neurologic	213
5.7.3.1.2. Tulburări de schemă corporală de natură psihică	213
5.7.3.1.3. Desomatizarea	214
5.7.3.2. Tulburările conștiinței realității obiectuale	214
5.7.3.3. Tulburări ale conștiinței proprii persoane	215
5.7.3.3.1. Personalitatea multiplă (alternă)	215
5.7.3.3.2. Depersonalizarea	215
5.7.3.3.3. Sindromul de automatism mintal (Kandinski-Clérambault)	216
5.8. Conduita motorie și tulburările ei	216
5.8.1. Cadrul conceptual	216
5.8.2. Tulburări de mișcare psihogenice	216
5.8.2.1. Definiție	216
5.8.2.2. Caracteristici generale ale tulburărilor de mișcare psihogenice	217
5.8.2.3. Prognosticul tulburărilor de mișcare psihogenice	219
5.8.2.4. Principalele tipuri de tulburări de mișcare psihogenice	219

5.8.2.4.1. Tremorul periferic (al extremităților) și generalizat psihogenic	219
5.8.2.4.2. Reacții exagerate de tresărire	219
5.8.2.4.3. Distonia psihogenică	220
5.8.2.4.4. Parkinsonismul psihogenic	220
5.8.2.4.5. Tulburări de mers și postură psihogenice	220
5.8.2.4.6. Ticuri și mioclonii paroxistice psihogenice	220
5.8.2.4.7. Convulsiile nonepileptice psihogenice	221
5.8.2.4.8. Paralizia funcțională și tulburările senzoriale	221
5.8.3 Dezorganizarea conduitelor motorii	221
5.8.4. Tulburări motorii induse de tratamentul cu neuroleptice	222
5.8.4.1. Distonia acută	223
5.8.4.2. Akatisia	223
5.8.4.3. Diskineziile	223
5.8.4.4. Sindromul parkinsonian	224
5.9. Tulburările afectivității	225
5.9.1. Cadrul conceptual	225
5.9.2. Tulburările dispoziției	225
5.9.2.1. Hipotimiile	226
5.9.2.2. Hipertimiile	226
5.9.2.2.1. Anxietatea	226
5.9.2.2.2. Depresia.	229
5.9.2.2.3. Euforia	231
5.9.2.3. Tulburările dinamicii dispoziționale	232
5.9.3. Tulburări ale emoțiilor elaborate	232
5.9.3.1. Paratimiile	232
5.9.3.2. Fobiile	232
5.9.3.3. Extazul	234
5.10. Comportamente agresive extreme	234
5.10.1. Agresivitatea ca simptom. Cadrul conceptual	234
5.10.2. Elemente de neuropsihologie a impulsivității și agresivității	234
5.10.3. Evaluarea agresivității	236
5.10.4. Scale de evaluare a agresivității	237
5.10.5. Ipostaze clinice ale agresivității	238
5.10.6. Suicidul	239
5.10.6.1. Definiție. Cadrul conceptual	239
5.10.6.2. Instanțe ale fenomenului suicidar	241
5.10.6.2.1. Ideea de suicid veleită	241
5.10.6.2.2. Șantajul cu suicidul	241
5.10.6.2.3. Tentativele suicidare	241
5.10.6.2.4. Sindromul presuicidar	242
5.10.6.2.5. Suicidul disimulat (travestit)	242
5.10.6.2.6. Raptusul suicidar	242
5.10.6.2.7. Suicidul cronic (parasuicidul)	242
5.10.6.2.8. Conduita suicidară	242
5.10.6.3. Suicidul în doi (suicidul dual)	242
5.10.6.4. Suicidul colectiv	242
5.10.6.5. Conduitele pseudosuicidare (falsele suiciduri)	243
5.10.6.6. Factori de risc pentru suicid	243
5.10.6.6.1. Factori socio-economici	243
5.10.6.6.1.1. Statutul marital	243
5.10.6.6.1.2. Suicidul în funcție de sex	243

5.10.6.6.1.3. Habitudinile	243
5.10.6.6.1.4. Statutul profesional	244
5.10.6.6.2. Factorii meteorologici și cosmici	244
5.10.6.6.3. Factorii somatici	244
5.10.6.6.4. Ereditatea	244
5.10.6.6.5. Suicidul în funcție de vârstă	244
5.10.6.7. Suicidul în bolile psihice	246
5.10.6.7.1. Suicidul în depresie	246
5.10.6.7.1.1. Bilanțul evaluării riscului suicidar	247
5.10.6.7.1.2. Gradul de angajament într-o criză suicidară	247
5.10.6.7.1.3. Simptomatologia actuală	247
5.10.6.7.1.4. Antecedente personale	247
5.10.6.7.1.5. Context psihosocial	248
5.10.6.7.1.6. Personalitate	248
5.10.6.7.1.7. Antecedente familiale	248
5.10.6.7.1.8. Evaluarea gravității unei tentative suicidare	249
5.10.6.7.2. Suicidul în schizofrenie	249
5.10.6.7.3. Suicidul în epilepsie	249
5.10.6.7.4. Suicidul în întârzierea mintală	249
5.10.6.7.5. Suicidul în demențe	250
5.10.6.7.6. Suicidul în alcoolism și toxicomanii	250
5.10.6.7.7. Suicidul în nevroze	251
5.10.6.7.8. Suicidul în tulburările de personalitate	251
5.10.6.8. Mituri și false păreri despre suicid	251
5.10.6.9. Tipuri particulare de suicid	252
5.10.6.9.1. Sinuciderea de abandon	252
5.10.6.9.2. Sinuciderea „samsonică”	253
5.10.7. Homicidul	254
5.10.8. Infanticidul	255
Capitolul 6. Realitatea bolii psihice. Cadru clinic și intervenție psihologică	257
6.1. Principiile etiologiei	262
6.1.1. Factorii genetici	263
6.1.2. Constituția fizică	263
6.1.3. Personalitatea	264
6.1.4. Bolile somatice	264
6.1.5. Stresul psihosocial	264
6.2. Tulburări psihice cu determinare organică	265
6.2.1. Întârzierea mintală	268
6.2.1.1. Definiție	268
6.2.1.2. Scurtă prezentare clinică	270
6.2.1.3. Epidemiologie, date de evoluție și prognostic	271
6.2.1.4. Factori etiopatogenici implicați în apariția tulburării	271
6.2.1.5. Investigații psihologice specifice	272
6.2.1.6. Posibilități de intervenție terapeutică a psihologului clinician	275
6.2.2. Demențele	275
6.2.2.1. Conceptul de demență	275
6.2.2.2. Diagnosticul de demență	276
6.2.2.3. Etape în investigarea demenței	278
6.2.3. Deficitul cognitiv minor (Mild Cognitive Impairment)/MCI	287
6.2.3.1. MCI — cadru conceptual	287

6.2.3.2. Criterii de diagnostic	289
6.2.3.3. MCI — entitate clinică heterogenă	290
6.2.3.4. Aspecte neuropsihologice în MCI	291
6.2.3.5. Perspective terapeutice în MCI	292
6.2.4. Deteriorarea în îmbătrânirea normală și patologică	292
6.2.5. ADHD	296
6.2.5.1. Definirea ADHD	296
6.2.5.2. Istoric	296
6.2.5.3. Date epidemiologice și etiopatogenie	296
6.2.5.4. Diagnosticul ADHD	297
6.2.5.5. Tabloul clinic ADHD	298
6.2.5.6. Comorbiditatea ADHD	299
6.2.5.7. Scale specifice de măsurare ADHD	300
6.2.5.8. Tratament ADHD	300
6.2.5.9. Adhd la adulți	302
6.2.6. Tulburări psihopatologice în epilepsie	304
6.3. Nevrozele	307
6.3.1. Tulburările anxioase	314
6.3.1.1. Tulburarea anxioasă generalizată	314
6.3.1.1.1. Definiție	314
6.3.1.1.2. Scurtă prezentare clinică	315
6.3.1.1.3. Epidemiologie, date de evoluție și prognostic	317
6.3.1.1.4. Factori etiopatogenici implicați în apariția tulburării	317
6.3.1.1.5. Investigații psihologice specifice	319
6.3.1.1.6. Intervenția psihofarmacologică în tulburările anxioase	322
6.3.1.1.7. Posibilități de intervenție terapeutică a psihologului clinician	324
6.3.1.2. Tulburarea de panică	325
6.3.1.2.1. Definiție	325
6.3.1.2.2. Prezentare clinică	325
6.3.1.2.3. Epidemiologie, date de evoluție și prognostic	326
6.3.1.2.4. Factori etiopatogenici implicați în apariția tulburării	326
6.3.1.2.5. Investigații psihologice specifice	327
6.3.1.2.6. Posibilități de intervenție terapeutică a psihologului clinician	328
6.3.1.3. Tulburările fobice anxioase — fobiile	329
6.3.1.3.1. Prezentare clinică	331
6.3.1.3.2. Categoriile de fobie	332
6.3.2. Tulburările obsesiv-compulsive (TOC)	344
6.3.2.1. Tabloul clinic al tulburărilor	344
6.3.2.1.1. Obsesia	344
6.3.2.1.2. Compulsia	345
6.3.2.1.3. Principalele teme obsesive	345
6.3.2.1.4. Ritualuri compulsive frecvente	345
6.3.2.1.5. Lentoarea obsesivă	347
6.3.2.1.6. Anxietatea	347
6.3.2.2. Tabloul clinic al tulburării în copilărie	347
6.3.2.3. Tulburări asociate	347
6.3.2.4. Criterii de diagnostic	348
6.3.2.5. Epidemiologie, date de evoluție și prognostic	349
6.3.2.6. Factori etiopatogenici implicați în apariția tulburării	349
6.3.2.6.1. Factori biologici	349

6.3.2.6.2. Factori psihosociali	350	13
6.3.2.7. Investigații psihologice specifice	351	
6.3.2.8. Posibilități de intervenție terapeutică a psihologului clinician	352	
6.3.2.8.1. Terapia comportamentală	352	
6.3.2.8.2. Terapia familială	353	
6.3.2.8.3. medicație	354	
6.3.2.8.4. Psihochirurgia	354	
6.3.3. Neurastenia	354	
6.3.3.1. Istoricul și dezvoltarea conceptului	354	
6.3.3.2. Ipoteze etiologice în sindromul oboselii cronice	355	
6.3.3.3. Neurastenia — definiție	356	
6.3.3.4. Criteriile ICD 10 pentru neurastenie	357	
6.3.3.5. Consensul de neurastenie	358	
6.3.3.6. Câteva date epidemiologice	358	
6.3.3.7. Aspecte etiologice	360	
6.3.3.8. Cadrul clinic al neurasteniei și oboseala (epuizarea) ca simptom central	361	
6.3.3.9. Neurastenia și tulburările somatoforme	364	
6.3.3.10. Neurastenia și sindromul burnout	365	
6.3.3.11. Alte sindroame înrudite cu neurastenia	367	
6.3.3.12. Profilaxia și tratamentul neurasteniei	368	
6.3.4. Tulburarea de stres posttraumatic	369	
6.3.4.1. Definiție	369	
6.3.4.2. Scurtă prezentare clinică	371	
6.3.4.3. Epidemiologie, date de evoluție și prognostic	375	
6.3.4.4. Factori etiopatogenici implicați în apariția tulburării	376	
6.3.4.4.1. Factori neuro-bio-psihologici	376	
6.3.4.4.2. Factorul genetic	377	
6.3.4.4.3. Teoria psihanalitică	377	
6.3.4.4.4. Teoria comportamentală	377	
6.3.4.4.5. Teoria cognitivă	377	
6.3.4.5. Investigații psihologice specifice	378	
6.3.4.6. Intervențiile psihofarmacologice	378	
6.3.4.7. Posibilități de intervenție terapeutică a psihologului clinician	379	
6.3.4.7.1. Psihoterapia de grup	379	
6.3.4.7.2. Terapia comportamentală	380	
6.3.4.7.3. Terapia cognitiv-comportamentală	380	
6.3.4.7.4. Psihoterapia senzitivo-motorie	380	
6.3.4.7.5. Terapia prin expunere prelungită pentru PTSD	381	
6.3.4.7.6. Terapia familială	383	
6.3.5. Dismorfofobia	384	
6.3.5.1. Definiție. Istoric	384	
6.3.5.2. Dismorfofobia ca simptom	384	
6.3.5.3. Sindromul dismorfofobic în diferite circumstanțe	385	
6.3.5.4. Dismorfofobia — tablou psihopatologic	385	
6.3.5.4.1. Automutilarea ca o consecință a dismorfofobiei	386	
6.3.5.4.1.1. Automutilarea majoră	387	
6.3.5.5. Abordare terapeutică	389	
6.3.6. Hipocondria	390	
6.3.6.1. Semantică și semiologie	390	
6.3.6.2. Hipocondria și psihanaliza	390	
6.3.6.3. Organodinamismul și hipocondria	392	

6.3.6.3.1. Clasificările lui H. Ey	393
6.3.6.4. Modelul cognitiv al hipocondriei	394
6.3.6.5. Fenomenologie și hipocondrie	396
6.3.6.6. Medicul și hipocondriacul — un cuplu inseparabil	396
6.3.6.7. Hipocondria — o viziune psihopatologică românească	396
6.3.6.8. Repere somatice și psihice în psihopatologia hipocondriei	398
6.3.6.9. Epidemiologia hipocondriei	399
6.3.6.10. Evoluție și prognostic	400
6.3.6.11. În căutarea unei strategii terapeutice	400
6.3.6.11.1. Tratamentul medicamentos	400
6.3.6.11.2. Psihoterapiile	402
6.3.6.12. Hipocondria și anxietatea referitoare la sănătate la vârstnici	404
6.4. Conceptul de psihoză	408
6.4.1. Tulburările paranoide	410
6.4.1.1. Definiție	411
6.4.1.2. Prezentare clinică	411
6.4.1.3. Subtipuri de tulburare delirantă	411
6.4.1.4. Elemente și tulburări asociate	413
6.4.1.5. Paranoia	413
6.4.1.6. Parafrenia	414
6.4.1.7. Delirul senzitiv de relație	414
6.4.1.8. Epidemiologie, date de evoluție și prognostic	414
6.4.1.9. Factori etiopatogenici implicați în apariția tulburării	414
6.4.1.10. Investigații psihologice specifice	415
6.4.1.11. Posibilități de intervenție terapeutică a psihologului	416
6.4.2. Schizofrenia	416
6.4.2.1. Definiție	417
6.4.2.2. Prezentare clinică	418
6.4.2.2.1. Criteriile DSM-IV pentru schizofrenie	419
6.4.2.2.2. Criterii de schizofrenie ICD 10	420
6.4.2.3. Forme clinice de schizofrenie	421
6.4.2.3.1. Schizofrenia dezorganizată	421
6.4.2.3.2. Schizofrenia catatonică	422
6.4.2.3.3. Schizofrenia paranoidă	423
6.4.2.3.4. Schizofrenia reziduală	423
6.4.2.3.5. Schizofrenia simplă	423
6.4.2.3.6. Schizofrenia nediferențiată	424
6.4.2.4. Epidemiologie, date de evoluție și prognostic	424
6.4.2.5. Evoluția și prognosticul schizofreniei	425
6.4.2.6. Factori etiopatogenici implicați în apariția tulburării	426
6.4.2.7. Investigații psihologice specifice	426
6.4.2.7.1. Bateria de inteligență Wechsler (WAIS)	428
6.4.2.7.2. Proba de inteligență Raven	428
6.4.2.7.3. Testul Rorschach	429
6.4.2.7.4. TAT	430
6.4.2.7.5. Testul Szondi	430
6.4.2.7.6. Testul arborelui (Koch)	431
6.4.2.7.7. Testul persoanei (Machover, Human Figure Drawing — HFD)	432
6.4.2.7.8. Inventarul de personalitate Minnesota (MMPI)	432
6.4.2.7.9. PANSS — Positive And Negative Symptoms Scale	432
6.4.2.7.10. SAPS și SANS (Scalele de evaluare a simptomelor pozitive și negative)	433

6.4.2.8. Medicația antipsihotică — neuroleptice	443
6.4.2.8.1. Definiție	443
6.4.2.8.2. Efectele terapeutice ale neurolepticelor	444
6.4.2.8.3. Clasificarea neurolepticelor după activitatea psihofarmacologică	444
6.4.2.8.4. Efecte adverse	445
6.4.2.8.5. Antipsihotice depozit (după Taylor D., 1999)	445
6.4.2.9. Posibilități de intervenție terapeutică a psihologului clinician ..	446
6.4.3. Tulburările afective	447
6.4.3.1. Tulburarea afectivă bipolară	447
6.4.3.1.1. Definiție	448
6.4.3.1.2. Scurtă prezentare clinică	448
6.4.3.1.3. Episodul maniacal	448
6.4.3.1.4. Episodul depresiv	451
6.4.3.1.4.1. Diagnosticul episodului depresiv major	452
6.4.3.1.4.2. Tulburări asociate	453
6.4.3.1.4.3. Ghid de depistare a depresiei	454
6.4.3.1.4.4. Factorii primari de risc pentru depresie	454
6.4.3.1.4.5. Importanța istoricului de depresie	455
6.4.3.1.4.6. Diagnostic pozitiv de depresie	455
6.4.3.1.4.7. Interviu clinic este cea mai eficientă metodă de diagnostic	455
6.4.3.1.5. Episoade mixte	456
6.4.3.1.6. Epidemiologie, date de evoluție și prognostic	457
6.4.3.1.7. Clasificare și modalități de evoluție în tulburarea bipolară	458
6.4.3.1.8. Aspecte psihosociale ale PMD	461
6.4.3.1.9. Comorbiditate	461
6.4.3.1.10. Factori etiopatogenici implicați în apariția tulburării ..	462
6.4.3.1.11. Investigații psihologice specifice	462
6.4.3.1.12. Medicația în boala bipolară	468
6.4.3.1.13. Intervenția terapeutică a psihologului clinician	478
6.4.3.2. Distimia	480
6.4.3.2.1. Scurtă prezentare clinică	480
6.4.3.2.2. Diagnosticul de distimie după criteriile DSM-IV	480
6.4.3.2.3. Epidemiologie, date de evoluție și prognostic	481
6.4.3.2.4. Aspecte terapeutice	481
6.4.3.3. Ciclotimia	482
6.4.3.3.1. Scurtă prezentare clinică	482
6.4.3.3.2. Faza depresivă	482
6.4.3.3.3. Faza hipomaniacală	483
6.4.3.3.4. Complicații	483
6.4.3.3.5. Posibilități de evoluție	483
6.4.3.3.6. Aspecte terapeutice	484
6.5. Toxicomaniile și alcoolismul	484
6.5.1. Conceptul de adicție — <i>addiction</i>	484
6.5.1.1. O perspectivă dinamică în adicție	485
6.5.2. Alcoolismul	485
6.5.2.1. Definiție	485
6.5.2.2. Epidemiologia alcoolismului	486
6.5.2.3. Complicații ale alcoolismului	486
6.5.2.4. Predispoziție și factori de risc în alcoolism	486

6.5.2.5. Circumstanțe patologice induse de alcool	487
6.5.2.6. Intoxicația alcoolică	487
6.5.2.7. Delirium tremens	487
6.5.2.8. Tulburarea psihotică indusă de alcool	488
6.5.2.9. Probleme în consultarea pacienților cu abuz de alcool sau medicamente	488
6.5.2.10. Tratamentul în alcoolism	489
6.5.2.10.1. Strategia terapeutică în alcoolism	489
6.5.2.10.2. Psihoterapiile în alcoolism	491
6.5.2.11. Intervenția psihologului în alcoolism	492
6.5.3. Toxicomania	493
6.5.3.1. Definiție	493
6.5.3.2. Criterii de diagnostic pentru intoxicația cu o substanță, după DSM-IV	493
6.5.3.3. Criterii de diagnostic pentru abținerea de o substanță	494
6.5.3.4. Craving sau apetența	494
6.5.3.5. Dependența	494
6.5.3.5.1. Dependența fizică	494
6.5.3.5.2. Dependența psihică	495
6.5.3.6. Principalele droguri	496
6.5.3.7. Factori implicați în consumul de droguri	496
6.5.3.8. Droguri empatogene și entactogene	497
6.5.3.9. Derivații de opiu	498
6.5.3.9.1. Criterii de diagnostic pentru intoxicația cu opiacee (DSM-IV)	499
6.5.3.9.2. Sevrăjul la opiacee	499
6.5.3.10. Cocaina	500
6.5.3.10.1. Criterii de diagnostic pentru intoxicația cu cocaină (DSM-IV)	500
6.5.3.11. Halucinozenele	501
6.5.3.11.1. Criteriile de diagnostic pentru tulburarea de percepție persistentă halucinoză (flashbacks)	501
6.5.3.12. Derivații de cannabis (hașiș, marijuana)	501
6.5.3.13. Barbituricele	502
6.5.3.13.1. Intoxicația cu barbiturice	502
6.5.3.14. Tranchilizantele	502
6.5.3.14.1. Criterii de diagnostic pentru intoxicația cu sedative, hipnotice sau anxiolitice	503
6.5.3.14.2. Criterii de diagnostic pentru abținerea de sedative, hipnotice sau anxiolitice	503
6.5.3.14.3. Probleme în consultarea pacienților cu abuz de medicamente sau droguri	504
6.5.3.15. Strategii terapeutice în toxicomanii	504
6.5.3.15.1. Tratamentul în toxicomania cu heroină	504
6.5.3.16. Alte toxicomanii și toxicofilii medicamentoase	508
6.5.3.16.1. Etnobotanicele	508
6.5.3.16.2. Toxicofiliile medicamentoase	509
6.5.3.17. Intervenția psihologului în toxicomanii	510
6.6. Bolile factive și simularea	511
6.6.1. Definiția bolilor factive	511
6.6.1.1. Descriere generală	512
6.6.1.2. Particularități clinice	513

6.6.1.2.1. Tulburările factice cu simptome somatice predominante	513
6.6.1.2.2. Tulburări factice cu simptome psihologice dominante	515
6.6.1.2.3. Tulburări factice cu simptome combinate, somatice și psihologice	516
6.6.1.3. Variante moderne ale sindromului Münchhausen	516
6.6.1.3.1. Sindromul Münchhausen by proxy	516
6.6.1.3.2. Sindromul Münchhausen pe internet	516
6.6.1.4. Considerații psihodinamice	518
6.6.1.5. Prevalență și genetică	519
6.6.1.6. Tratament și intervenție psihologică	520
6.6.2. Simularea	521
6.6.2.1. Caracteristici clinice	522
6.6.2.2. Management	523
Capitolul 7. De la psihosomatică la somatizare	525
7.1. Definiții și cadru conceptual	525
7.2. Somatizarea între psihanaliză și neurobiologie	526
7.3. Somatizare și medicină psihosomatică	526
7.4. Grupa tulburări somatoforme în DSM-IV	527
7.5. Tulburări somatoforme și normativitate	528
7.6. Afectivitatea negativă și somatizarea	528
7.7. Somatizare și conștiință	529
7.8. Somatizarea — un comportament în fața bolii	530
7.9. Genetică și somatizare	531
7.10. Somatizare și personalitate	531
7.11. Posibile modele ale somatizării	532
7.11.1. Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic	532
7.11.2. Somatizarea ca amplificare nespecifică a suferinței	533
7.11.3. Somatizarea ca tendință de a apela la îngrijiri medicale	534
7.11.4. Somatizarea ca o consecință a suprautilizării asistenței medicale ..	535
7.12. Etiologie și ontologie în somatizare	536
7.13. Fiziologie și psihiatrie în determinarea simptomelor funcționale	538
7.14. Factorii psihosociale și somatizarea	538
7.15. Comorbiditate și somatizare	539
7.16. Nosografie și somatizare	539
7.17. Antropologie și somatizare	540
Capitolul 8. Repere în psihosexologie	541
8.1. Problema sexualității în lumea contemporană	542
8.2. Medicul și sexualitatea — o situație inedită	544
8.3. Disfuncțiile sexuale psihogene	548
8.4. F 52 — Clasificarea disfuncțiilor sexuale în psihiatrie	548
8.4.1. Disfuncțiile sexuale masculine	549
8.4.1.1. Disfuncția erectilă	549
8.4.1.1.1. Disfuncția erectilă și depresia	552
8.4.1.1.2. Modalități de abordare a disfuncției erectile psihogene ...	553
8.4.2. Disfuncțiile sexuale feminine	554
8.4.2.1. Vaginismul	554
8.4.2.1.1. Forme de manifestare în vaginism	555
8.4.2.1.2. Managementul dispareuniei și vaginismului	556
8.4.2.2. Orgasmul și frigiditatea	557
8.4.2.2.1. Ciclul răspunsului sexual feminin	557

6.4.2.8. Medicația antipsihotică — neuroleptice	443
6.4.2.8.1. Definiție	443
6.4.2.8.2. Efectele terapeutice ale neurolepticilor	444
6.4.2.8.3. Clasificarea neurolepticilor după activitatea psihofarmacologică	444
6.4.2.8.4. Efecte adverse	445
6.4.2.8.5. Antipsihotice depozit (după Taylor D., 1999)	445
6.4.2.9. Posibilități de intervenție terapeutică a psihologului clinician ..	446
6.4.3. Tulburările afective	447
6.4.3.1. Tulburarea afectivă bipolară	447
6.4.3.1.1. Definiție	448
6.4.3.1.2. Scurtă prezentare clinică	448
6.4.3.1.3. Episodul maniacal	448
6.4.3.1.4. Episodul depresiv	451
6.4.3.1.4.1. Diagnosticul episodului depresiv major	452
6.4.3.1.4.2. Tulburări asociate	453
6.4.3.1.4.3. Ghid de depistare a depresiei	454
6.4.3.1.4.4. Factorii primari de risc pentru depresie	454
6.4.3.1.4.5. Importanța istoricului de depresie	455
6.4.3.1.4.6. Diagnostic pozitiv de depresie	455
6.4.3.1.4.7. Interviu clinic este cea mai eficientă metodă de diagnostic	455
6.4.3.1.5. Episoade mixte	456
6.4.3.1.6. Epidemiologie, date de evoluție și prognostic	457
6.4.3.1.7. Clasificare și modalități de evoluție în tulburarea bipolară	458
6.4.3.1.8. Aspecte psihosociale ale PMD	461
6.4.3.1.9. Comorbiditate	461
6.4.3.1.10. Factori etiopatogenici implicați în apariția tulburării	462
6.4.3.1.11. Investigații psihologice specifice	462
6.4.3.1.12. Medicația în boala bipolară	468
6.4.3.1.13. Intervenția terapeutică a psihologului clinician	478
6.4.3.2. Distimia	480
6.4.3.2.1. Scurtă prezentare clinică	480
6.4.3.2.2. Diagnosticul de distimie după criteriile DSM-IV	480
6.4.3.2.3. Epidemiologie, date de evoluție și prognostic	481
6.4.3.2.4. Aspecte terapeutice	481
6.4.3.3. Ciclotimia	482
6.4.3.3.1. Scurtă prezentare clinică	482
6.4.3.3.2. Faza depresivă	482
6.4.3.3.3. Faza hipomaniacală	483
6.4.3.3.4. Complicații	483
6.4.3.3.5. Posibilități de evoluție	483
6.4.3.3.6. Aspecte terapeutice	484
6.5. Toxicomaniile și alcoolismul	484
6.5.1. Conceptul de adicție — <i>addiction</i>	484
6.5.1.1. O perspectivă dinamică în adicție	485
6.5.2. Alcoolismul	485
6.5.2.1. Definiție	485
6.5.2.2. Epidemiologia alcoolismului	486
6.5.2.3. Complicații ale alcoolismului	486
6.5.2.4. Predispoziție și factori de risc în alcoolism	486

- 6.5.2.5. Circumstanțe patologice induse de alcool 487
- 6.5.2.6. Intoxicația alcoolică 487
- 6.5.2.7. Delirium tremens 487
- 6.5.2.8. Tulburarea psihotică indusă de alcool 488
- 6.5.2.9. Probleme în consultarea pacienților cu abuz de alcool sau medicamente 488
- 6.5.2.10. Tratamentul în alcoolism 489
 - 6.5.2.10.1. Strategia terapeutică în alcoolism 489
 - 6.5.2.10.2. Psihoterapiile în alcoolism 491
- 6.5.2.11. Intervenția psihologului în alcoolism 492
- 6.5.3. Toxicomania 493
 - 6.5.3.1. Definiție 493
 - 6.5.3.2. Criterii de diagnostic pentru intoxicația cu o substanță, după DSM-IV 494
 - 6.5.3.3. Criterii de diagnostic pentru abținerea de o substanță 494
 - 6.5.3.4. Craving sau apetența 494
 - 6.5.3.5. Dependența 494
 - 6.5.3.5.1. Dependența fizică 494
 - 6.5.3.5.2. Dependența psihică 495
 - 6.5.3.6. Principalele droguri 496
 - 6.5.3.7. Factori implicați în consumul de droguri 496
 - 6.5.3.8. Droguri empatogene și entactogene 497
 - 6.5.3.9. Derivații de opiu 498
 - 6.5.3.9.1. Criterii de diagnostic pentru intoxicația cu opiacee (DSM-IV) 499
 - 6.5.3.9.2. Sevrăjul la opiacee 499
 - 6.5.3.10. Cocaina 500
 - 6.5.3.10.1. Criterii de diagnostic pentru intoxicația cu cocaină (DSM-IV) 500
 - 6.5.3.11. Halucinozenele 501
 - 6.5.3.11.1. Criteriile de diagnostic pentru tulburarea de percepție persistentă halucinoză (flashbacks) 501
 - 6.5.3.12. Derivații de canabis (hașiș, marijuana) 501
 - 6.5.3.13. Barbituricele 502
 - 6.5.3.13.1. Intoxicația cu barbiturice 502
 - 6.5.3.14. Tranchilizantele 502
 - 6.5.3.14.1. Criterii de diagnostic pentru intoxicația cu sedative, hipnotice sau anxiolitice 503
 - 6.5.3.14.2. Criterii de diagnostic pentru abținerea de sedative, hipnotice sau anxiolitice 503
 - 6.5.3.14.3. Probleme în consultarea pacienților cu abuz de medicamente sau droguri 504
 - 6.5.3.15. Strategii terapeutice în toxicomanii 504
 - 6.5.3.15.1. Tratamentul în toxicomania cu heroină 504
 - 6.5.3.16. Alte toxicomanii și toxicofilii medicamentoase 508
 - 6.5.3.16.1. Etnobotanicele 508
 - 6.5.3.16.2. Toxicofiliile medicamentoase 509
 - 6.5.3.17. Intervenția psihologului în toxicomanii 510
- 6.6. Bolile factice și simularea 511
 - 6.6.1. Definiția bolilor factice 511
 - 6.6.1.1. Descriere generală 512
 - 6.6.1.2. Particularități clinice 513

6.6.1.2.1. Tulburările factice cu simptome somatice predominante	513
6.6.1.2.2. Tulburări factice cu simptome psihologice dominante	515
6.6.1.2.3. Tulburări factice cu simptome combinate, somatice și psihologice	516
6.6.1.3. Variante moderne ale sindromului Münchausen	516
6.6.1.3.1. Sindromul Münchausen by proxi	516
6.6.1.3.2. Sindromul Münchausen pe internet	516
6.6.1.4. Considerații psihodinamice	518
6.6.1.5. Prevalență și genetică	519
6.6.1.6. Tratatament și intervenție psihologică	520
6.6.2. Simularea	521
6.6.2.1. Caracteristici clinice	522
6.6.2.2. Management	523
Capitolul 7. De la psihosomatică la somatizare	525
7.1. Definiții și cadru conceptual	525
7.2. Somatizarea între psihanaliză și neurobiologie	526
7.3. Somatizare și medicină psihosomatică	526
7.4. Grupa tulburări somatoforme în DSM-IV	527
7.5. Tulburări somatoforme și normativitate	528
7.6. Afectivitatea negativă și somatizarea	528
7.7. Somatizare și conștiință	529
7.8. Somatizarea — un comportament în fața bolii	530
7.9. Genetică și somatizare	531
7.10. Somatizare și personalitate	531
7.11. Posibile modele ale somatizării	532
7.11.1. Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic	532
7.11.2. Somatizarea ca amplificare nespecifică a suferinței	533
7.11.3. Somatizarea ca tendință de a apela la îngrijiri medicale	534
7.11.4. Somatizarea ca o consecință a suprautilizării asistenței medicale ..	535
7.12. Etiologie și ontologie în somatizare	536
7.13. Fiziologie și psihiatrie în determinarea simptomelor funcționale	538
7.14. Factorii psihosociale și somatizarea	538
7.15. Comorbiditate și somatizare	539
7.16. Nosografie și somatizare	539
7.17. Antropologie și somatizare	540
Capitolul 8. Repere în psihosexologie	541
8.1. Problema sexualității în lumea contemporană	542
8.2. Medicul și sexualitatea — o situație inedită	544
8.3. Disfuncțiile sexuale psihogene	548
8.4. F 52 — Clasificarea disfuncțiilor sexuale în psihiatrie	548
8.4.1. Disfuncțiile sexuale masculine	549
8.4.1.1. Disfuncția erectilă	549
8.4.1.1.1. Disfuncția erectilă și depresia	552
8.4.1.1.2. Modalități de abordare a disfuncției erectile psihogene ...	553
8.4.2. Disfuncțiile sexuale feminine	554
8.4.2.1. Vaginismul	554
8.4.2.1.1. Forme de manifestare în vaginism	555
8.4.2.1.2. Managementul dispareuniei și vaginismului	556
8.4.2.2. Orgasmul și frigiditatea	557
8.4.2.2.1. Ciclul răspunsului sexual feminin	557

8.4.2.2.2. Orgasmul — vaginal/clitoridian	559
8.4.2.2.3. Frigiditatea	559
8.4.2.2.3.1. Frigiditate versus hipogineism	560
8.4.2.2.3.2. Frigiditate ca sexism	560
8.4.2.2.3.3. Frigiditatea ca disfuncție sexuală	560
8.4.2.2.3.4. Clasificarea frigidității	561
8.4.2.2.3.5. Incidență și prognostic	561
8.4.2.2.3.6. Consultul în frigiditate	561
8.4.2.2.3.7. Considerații psihodinamice în frigiditate	562
8.4.2.2.4. Tratamentul anorgasmiei	565
8.4.3. Disfuncțiile sexuale ale cuplului	567
8.4.4. Factori implicați în disfuncțiile sexuale ale cuplului	567
8.4.5. Tipuri de psihoterapie folosite în tratamentul disfuncțiilor sexuale	568
8.4.5.1. Indicațiile psihoterapiei cognitiv-comportamentale în disfuncțiile sexuale (Hawton, 1995)	569
8.4.5.2. Factorii responsabili de succesul tratamentului	569
8.5. Ce este perversiunea?	569
8.5.1. Un punct de vedere psihopatologic	570
8.5.2. Parametri ai severității parafiliei	571
8.5.3. Clasificarea parafiliilor — de la Freud la nosografia contemporană	573
8.5.3.1. Perversiuni de obiect	573
8.5.3.2. Perversiuni de scop	574
8.5.3.3. Perversiuni „prin supraestimare sexuală“	574
8.5.3.4. Perversiuni legate de alegerea și numărul partenerilor	574
8.5.4. Criteriile diagnostice pentru perversiunile sexuale cuprinse în ICD	575
8.5.5. Tulburări multiple ale preferinței sexuale	576
8.5.6. Alte tipuri de preferință sexuală	576
8.5.7. Principalele perversiuni sexuale	576
8.5.7.1. Travestismul	576
8.5.7.2. Fetișismul	577
8.5.7.3. Exhițiționismul	579
8.5.7.4. Voyeurismul	579
8.5.7.5. Sadomasochismul	580
8.5.7.6. Pedofilia	582
8.5.7.7. Adicția sexuală (dependența la sex, comportamentul sexual compulsiv)	584
8.5.7.8. Cybersexul — o enigmă contemporană	588
8.5.8. Există o terapie a perversiunilor?	590
8.5.8.1. Instaurarea controlului extern	590
8.5.8.2. Scăderea libidoului	590
8.5.8.3. Tratarea afecțiunilor comorbide	591
8.5.8.4. Terapia cognitiv-comportamentală	591
8.5.8.5. Psihoterapia psihodinamică	591
Capitolul 9. Examinarea bolnavului psihic	593
9.1. Examenul psihiatric	594
9.2. Examinarea stării psihice	597
9.2.1. Istoricul personal al pacientului	598
9.2.2. Istoricul școlar	599

9.2.3. Istoricul sexual	599
9.2.4. Istoricul marital	599
9.2.5. Istoricul profesional	600
9.2.6. Circumstanțe sociale prezente	600
9.2.7. Istoricul medico-legal	600
9.2.8. Istoricul medical anterior	600
9.2.9. Personalitatea premorbidă	603
9.2.10. Interviuul unui aparținător	604
9.2.10.1. Impresii asupra persoanei care informează	604
9.2.11. Boala actuală	605
9.2.12. Antecedente psihiatrice heredo-colaterale	605
9.2.13. Istoricul psihiatric	605
9.3. Examenul psihic	605
9.3.1. Prezentare și comportament	607
9.3.1.1. Reacția față de examinator	608
9.3.1.2. Activitatea motorie	608
9.3.2. Tulburări de vorbire și gândire	609
9.3.2.1. Viteza vorbirii	609
9.3.2.2. Continuitatea vorbirii	609
9.3.2.3. Tulburări în exprimarea gândirii	609
9.3.2.3.1. Fuga de idei	610
9.3.2.3.2. Perseverarea	610
9.3.2.4. Funcțiile cognitive	610
9.3.2.4.1. Orientarea	611
9.3.2.4.2. Atenția și concentrarea	611
9.3.2.4.3. Înregistrarea și memoria de scurtă durată	612
9.3.2.4.4. Memoria recentă	613
9.3.2.4.5. Memoria de lungă durată	613
9.3.2.4.6. Inteligența	614
9.3.2.4.7. Abstractizarea	614
9.3.2.4.8. Tulburările de conținut ale gândirii	615
9.3.2.4.8.1. Preocupări	615
9.3.2.4.8.2. Convingeri (credințe) anormale	615
9.3.3. Afectivitatea și dispoziția	616
9.3.3.1. Tulburările dispoziției	616
9.3.3.1.1. Dispoziția subiectivă	617
9.3.3.1.2. Observarea obiectivă a dispoziției	617
9.3.4. Reactivitatea neurovegetativă	618
9.3.5. Percepția	619
9.3.5.1. Halucinațiile	620
9.3.6. Critica bolii și capacitatea de judecată	620
Capitolul 10. Psihoterapiile	622
10.1. Conceptul de psihoterapie	622
10.2. Relația terapeutică	623
10.3. Psyche și soma	624
10.4. Principalele orientări psihoterapeutice	624
10.4.1. Psihoterapiile de încurajare	626
10.4.2. Psihoterapiile de susținere	626
10.4.3. Sugestia	626
10.4.3.1. Autosugestia	626
10.4.4. Hipnoza	627

10.4.5. Reveria dirijată	627
10.4.6. Reeducarea individuală	628
10.4.7. Biofeedbackul	628
10.4.8. Art-terapia	630
10.4.9. Meloterapia	630
10.4.10. Cromoterapia	631
10.4.11. Psihoterapiile scurte	631
10.4.12. Psihoterapia nondirectivă de tip rogersian	632
10.4.13. Logoterapia	633
10.4.14. Analiza existențială (Daseinsanalyse)	633
10.4.15. Psihanaliza	633
10.4.16. Psihoterapia jungiană	633
10.4.17. Psihoterapia adleriană	634
10.4.18. Terapiile de grup	634
10.4.19. Psihodrama	634
10.5. Terapiile familiale	635
10.6. Medicul ca psihoterapeut	635
10.7. Psihoterapie și iatrogenie	637
10.8. Părinții psihoterapiei	638
Capitolul 11. Amenințări și provocări la adresa psihiatriei.	
Orientări contemporane. Psihiatria — o practică etică	642
11.1. Direcția psihobiologică	642
11.2. Dogmă și eclecticism	642
11.2.1. Dogma inexistenței bolii psihice	643
11.2.2. Ereditate și degenerescență	643
11.2.3. Învățarea socială	643
11.2.4. Boală psihică și sexualitate	643
11.2.5. Stresul — cauză unică	644
11.3. Noile patologii și sănătatea mintală	644
11.4. Hărți genetice și viitorul psihopatologiei	645
11.5. Psihiatria — o practică etică	646
11.6. Despre abuzul psihiatric	647
11.7. Diagnostic psihiatric și etică	647
11.8. Diagnostic și etichetare	648
11.9. Terapie și etică	649
11.9.1. Confidențialitatea	649
11.9.2. Etică, transfer și contratransfer	650
11.9.3. Psihofarmacologie și etică	652
11.10. Boală și stigmatizare	653
11.11. Drepturile pacienților	654
<i>Mic dicționar de nume ilustre</i>	659
<i>Bibliografie</i>	671

Argument

„— De data asta o să-ți răspund fără povești, nebulia este incapacitatea de a-ți împărtăși ideile. Ca și cum ai fi într-o țară străină, ai vedea totul, ai înțelege ce se întâmplă în jurul tău, dar ai fi incapabil să te explici și să fii ajutat pentru că nu înțelegi limba vorbită acolo.

— Toți am simțit asta.

— Toți, într-un fel sau altul, suntem nebuni.”

PAULO COELHO

Când, în urmă cu un deceniu, am luat decizia temerară și, de ce nu, originală de a scrie o carte de psihiatrie și psihopatologie cu adresă precisă, adică de a realiza un instrument de lucru operațional pentru psihologul clinician, au existat rumori atât în comunitatea psihologilor, cât și în cea a psihiatrilor. Prima se temea de un cadou otrăvit care i-ar fi accentuat dependența de psihiatru, cea de a doua considera această trecere de tezaur un demers inutil, chiar periculos, care pune la îndemâna psihologilor doar o nouă modalitate de a-și satisface fantasma tradițională prin care se consideră niște medici mai spiritualizați, care văd în profunzime realitatea bolii psihice.

Nu am ținut seama de aceste rumori și ne-am concentrat asupra comprehensibilității lucrării de către persoane mai puțin familiarizate cu modelul clasic al bolii, cu algoritmi diagnostici medicali și cu modelele intervenției terapeutice biologice, cel mai adesea etiopatogenică. O a doua coordonată pe care am construit și pe care reconstruim cartea este cea a funcționalității maxime pe principiul ca un specialist în domeniu să nu aibă nevoie de a mai consulta altă lucrare pentru a-și lămurii o problemă sau a-și organiza o strategie evaluatorie sau terapeutică. Proba necruțătoare a timpului, trecută fără emoții, și succesul constant de librărie ne-au îndemnat spre actuala rescriere a unei cărți care și-a găsit publicul nu doar printre psihologii clinicieni care au avut pentru prima oară o „centură de siguranță” mereu la dispoziție, ci și printre studenții și doctoranzii la psihologie și la medicină, ca și în alte domenii care privesc comportamentul uman. Nu în ultimul rând, cititorii acestei cărți au fost pasionații de psihologie, din publicul larg, care au avut prilejul să-și însușească o terminologie de specialitate, destul de complicată, și să descopere noile repere teoretice și practice în cețoasa patologie a minții.

Psihologia și psihiatria s-au născut în același timp ca domenii specifice de cunoaștere și de acțiune, adică la începutul secolului al XIX-lea. Deși sursele lor au fost complet diferite, filosofia în cazul psihologiei și medicina în cel al

psihiatriei, întâlnirea lor, fertilă pentru ambele domenii, avea să se producă la scurt timp.

Cartea vizionarului medic **Philip Pinel** — nume emblematic în psihiatria modernă —, publicată în 1801, purta titlul de „Tratat medico-filosofic asupra alienării mintale”, conturând de la început o nouă dimensiune a medicinei și o coordonată indispensabilă psihiatriei, cea filosofică.

Istoria comună a devenit infinit mai densă, dar și mai complicată, odată cu apariția lucrărilor lui **Pierre Janet** și **Sigmund Freud** — medici care au spart pur și simplu tiparele doctrinare ale epocii, multiplicând demersul psihologiei și îmbogățind conceptele fundamentale ale acesteia.

Opera de tinerețe a medicului și filosofului **Karl Jaspers** a dat consistență fenomenologică psihopatologiei, principiile metodologice elaborate de el au completat și au contribuit la aprofundarea sistematică a rezultatelor abordării clinice pe care școala kraepeliniană le obținuse și au oferit premise critice de raportare la școala psihanalitică și chiar la existențialism.

De altfel, fenomenologia se va dovedi una din cele mai fertile surse de dezvoltare și înțelegere a psihopatologiei.

Modelul de boală psihică kraepelinian, orientat spre biologia cerebrală postulând atingerea creierului, a fost relativizat și îmbogățit de viziunea dinamică a lui **Adolf Mayer**, care a adăugat dimensiunea psihosocială determinismului bolii.

Perspectiva neo-kraepeliniană	Perspectiva modelului bio-psiho-social
Există o graniță între oamenii normali și cei bolnavi.	Granița care separă persoanele sănătoase psihic de cele bolnave psihic este fluidă, deoarece și normalii se pot îmbolnăvi ușor dacă sunt expuși unor traume suficient de severe.
Doctorii psihiatri ar trebui să se concentreze asupra aspectelor biologice ale bolii mintale.	O combinație de mediu dăunător și conflict psihic provoacă boli mintale.
Ar trebui manifestată o preocupare explicită și intenționată în privința diagnosticului și a clasificării.	Boala mintală este creată de-a lungul unui <i>continuum</i> al gravității de la nevroze, stări borderline la psihoze.
Criteriile de stabilire a diagnosticului ar trebui codificate și ar trebui ca o zonă legitimă și valoroasă a cercetării să valideze astfel de criterii prin diverse tehnici.	Mecanismele prin care se evidențiază bolile mintale la individ sunt mediate psihologic.
Tehnicile statistice ar trebui folosite în eforturile de cercetare îndreptate către îmbunătățirea calității și validității diagnosticelor și clasificărilor.	Postmodernitatea oferă doctorilor ocazia redefinirii rolurilor și responsabilităților lor.
<i>Emil Kraepelin: „Observația clinică trebuie să fie suplimentată prin examinarea creierelor sănătoase și a celor bolnave”.</i>	<i>Alfred Meyer: „În mod obișnuit, un diagnostic face dreptate doar unui segment al faptelor și este pur și simplu o conveniență a nosografiei”.</i>

Progresul enorm al medicinei în ultimile decenii s-a răsfânt și asupra psihiatriei, atât în ceea ce privește configurarea nosografică, cât și asupra interpretării mecanismelor etiopatogenice sau a semnificațiilor psihopatologice. Progresul uriaș al psihofarmacologiei a antrenat și dezvoltarea unor domenii de graniță cum ar fi neuropsihoendocrinologia, neurolingvistica, psihoimunologia, care vin să întregescă patrimoniul de cunoaștere al psihiatriei moderne. Acceptarea tehnicilor psihoterapeutice în tratamentul tulburărilor psihice a dus la enorma lor dezvoltare și a restabilit un teritoriu de comunicare fertilă între psihiatru și psiholog.

Așa cum psihiatru nu va putea să ignore nicio clipă în demersul său medical datele pe care psihologia ca știință a comportamentului le oferă, psihologul nu ar putea schița niciun gest terapeutic fără o cunoaștere temeinică a psihopatologiei și psihiatriei.

Subliniem faptul că psihologul modern nu se mai poate opri doar la studiul psihopatologiei, atât timp cât psihiatru prin definiție este un vindecător (*iatros — vindicare*). Ignorarea sau minimalizarea unei părți din mijloacele pe care terapia contemporană le pune la dispoziția medicului ar fi o greșeală în defavoarea celui în suferință, dar și un gest anetic și neprofesional.

Evaluator sau psihoterapeut, cercetător sau practician, psihologul este obligat, în demersul său, să-și asimileze tezaurul complex de noțiuni și concepte cu care psihiatria operează și, subliniem cu plăcere dar și îngrijorare, pe cel al psihopatologiei. Îngrijorarea noastră este generată de apariția unor modele mai mult sau mai puțin ateoretice care abordează psihiatria nu din perspectiva fundamentală a faptului psihopatologic — singurul care evidențiază dimensiunea antropologică a psihiatriei —, ci într-o manieră tehnicistă, în care biologia, biochimia, statistica, sociologia sau chiar informatica țin locul *dimensiunii firești a psihopatologiei — cea cultural-spirituală*.

Psihologia nu a fost, cum ar fi fost de așteptat, un aliat și un susținător al psihiatriei, deși confuzia psihiatru/psiholog este una frecventă (ba, chiar, una întreținută deliberat de unii psihologi!). Au existat deseori „pactizări” ale psihologilor cu opinia publică în jurul unor prejudecăți privind natura și imaginea bolii psihice. Aceste prejudecăți au fost sintetizate de **Mihăilescu R. (1999)** astfel:

1. nu există boală psihică
2. boala psihică este ereditară
3. boala psihică este rezultatul unei dezvoltări psihologice distorsionate
4. boala psihică este rezultatul unei sexualități anormale
5. boala psihică este o consecință a stresului.

Același autor notează pertinent că prejudecățile amintite reflectă exagerările unor curente teoretice, cel mai adesea reduționiste, care au dominat gândirea psihiatrică. Trecerea lor în revistă ni se pare utilă în acest moment, în care există o puternică tendință psiho-biologică ce tinde să transforme psihiatria și psihopatologia într-un soi de alchimie neuronală care nu vede individul decât prin

perspectiva sinapsei. Psihiatria devine acum o „tautologie neurologică”. (Bracken P., Thomas P., 2001).

Dogma inexistenței bolii psihice a fost esența antipsihiatriei care a negat apartenența tulburărilor psihice la conceptul de boală și, de aici, necesitatea de a institui măsuri terapeutice medicale. Psihopatologia este redusă la un conflict generic individ–societate.

Originile curentului antipsihiatrie s-au aflat în Statele Unite, având în **Thomas Szasz** cel mai puternic susținător; dincolo de Ocean, în Marea Britanie i-a avut drept reprezentanți marcanți pe **Laing D.R.** și **Cooper J.** (primul fiind și creatorul termenului de antipsihiatrie în 1967), dar și-a găsit repede adepți și în restul Europei (Italia, Franța).

Inițial antipsihiatria a relevat importanța analizei sociologice și a poziției sociogenetice în determinarea cauzelor bolii psihice, cadru depășit rapid prin contestarea instituțiilor psihiatrice și, ulterior, a psihiatrilor, care devin personajele-țintă acuzate de promulgarea violenței sanatoriilor împotriva celor „etichetați” drept bolnavi. Folosindu-se cu multă abilitate de toate „fisurile” doctrine și metodologice ale psihiatriei „oficiale”, autorii antipsihiatriei (mulți dintre ei, foști psihiatri de renume) au publicat o serie de lucrări, ale căror titluri senzaționale, pe lângă deosebitul talent literar al unora dintre autori (mai ales **Laing, Foucault, Esterson**), le-au transformat pe multe dintre ele în „best-sellers” ale anilor ‘60: „Eul divizat”, „Asylum”, „Istoria nebuniei”, „Politica experienței”, „Mitul bolii mintale” etc.*

Bosseur Ch. subliniază faptul că antipsihiatria apare ca un curent de idei scandalos, percutant contestatar, uneori folcloric, născut în deceniul al șaptelea. Antipsihiatria caută explicații noi pentru boala psihică, pentru etiologia ei; ea neagă tablourile psihopatologice considerate ca fiind rezultat al ambiguității limbajului și relației pacient–medic, mergând până la desființarea barierei normal/bolnav psihic și afirmând inexistența fenomenului patologic pe care îl consideră doar „diferit”. Astfel, schizofrenia devine un „mit” cultivat de societate și psihiatrie, o simplă ficțiune socială. Inspirată de filosofia existențialistă și de fenomenologie (**Kierkegaard, Jaspers, Heidegger, Binswanger, Ivan Illich, Sartre**), ca și de o serie de teze ale școlii de la Frankfurt (**Marcuse, Adorno, Fromm, Horkheimer**), antipsihiatria găsește obscure determinări socioculturale ale bolii psihice, afirmând potențialul patogenetic al societății și pe cel al celulei familiale, considerate structuri ale violenței.

Foucault pretinde că tratamentele umaniste inventate la începuturile psihiatriei de **Pinel** și **Tuke** nu erau deloc mai blânde decât cele anterioare, terapiile adverse și cămașa de forță fiind doar noi forme de pedeapsă și agresiune împotriva pacientului. El va afirma că boala și sănătatea nu sunt decât constructe sociale care nu se regăsesc în tipare comportamentale care să le poată deosebi. Pentru

* Imaginea denaturată a psihiatriei a fost creată și de anumite producții cinematografice prezentând spectaculos, tragic, dar evident deformat, viața din spitale; în acest sens un loc deosebit îl deține filmul lui M. Forman „Zbor deasupra unui cuib de cuci”. Oricine poate face o comparație între acest film și recent laureatul Oscar (2002) — „O minte strălucitoare” pentru a se convinge că astăzi cinematografia/opinia publică nu mai crede că psihiatria creează boala psihică, pentru a o reprima.

a-și susține tezele, antipsihiatrii și-au luat argumentele din cele mai diverse domenii de activitate, amestecând excesele psihiatriei naziste cu abuzurile psihiatrice din fosta Uniune Sovietică și ajungând să compare tinerii rebeli în conflict cu familia cu disidenții politici internați obligatoriu.

Cu toată zgomotoasa contestare și negație, antipsihiatria nu a reușit să ofere nimic în schimbul „modelelor” pe care le dorea dispărute, transformându-se așa cum arăta Ey H., prin lipsa de coerență și metodă, ca și prin abordarea inadecvată a concepțiilor teoretice și științifice pe care psihiatria se fondează, într-o mișcare antimedicală, antiinstituțională și anticivilizatorie. Realitatea bolii psihice, corelațiile sale organice și transculturale, suferința și alienarea bolnavului psihic, precum și nevoia acestuia de ajutor constituie adevărurile cu care psihiatria operează eficient, dar pe care antipsihiatria le-a negat cu vehemență, construindu-și un eșafodaj de fantasmă care au transformat-o în „apsihiatrie”.

Este interesant că „fenomenul antipsihiatric” a apărut ca o contestare de stânga a modelelor tradiționale și nu a avut, în perioada sa de glorie, niciun efect asupra psihiatriei din Est, conflictul individ-societate neputând fi aici pus în discuție. După modificările sociale din 1989, au existat încercări timide de reluare a tezelor antipsihiatrice în fostele țări comuniste, într-o globală contestare a sistemului prăbușit.

Boala psihică este ereditară — cea de-a doua mare prejudecată își are rădăcini istorice importante în secolul al XIX-lea, vezi celebra degenerescență —, dar este și un reflex al exagerărilor biologizante gata să găsească genele fiecărui comportament sau simptom. Teoriile învățării sociale și datele psihologiei comportamentale creditează cea de-a treia prejudecată, după care boala psihică este rezultatul distorsiunilor din copilărie. Versantul social este aici cel pe care se rostogolește avalanșa de confuzii. Prezentarea bolii psihice ca rezultat al unei sexualități anormale rezultă din exagerarea și vulgarizarea teoriei psihanalitice freudiene, colportată într-o manieră folclorică. În sfârșit, prezentarea bolii psihice ca o consecință a stresului este exogenizarea maximă a cauzalităților. Stresul — maladia epocii informaționale — este, cel puțin după opinia mass-mediei, cauza princeps a bolii psihice, putând fi găsit drept componentă-cauză în cvasitotalitatea bolilor. Este interesantă participarea entuziastă a unor medici organiciști la această teorie explicativă în care este implicat stresul — *acest veritabil flagel al vieții contemporane ne modifică actele comportamentale ce se constituie în adevărați factori de risc pentru îmbolnăvire (Iamandescu I.B., 2002)*. La fel de pasionate par să fie și unele importante grupuri de psihologi, pentru care această versiune simplificată a bolii ca reacție este suficient de intelectualizată pentru a căpăta legitimitate.

Am prezentat pe larg aceste câteva prejudecăți (sau poate fantasmă) legate de domeniul psihiatriei și psihopatologiei, în special „atacul” antipsihiatric, pentru că, în ciuda unor progrese metodologice, științifice și praxiologice excepționale, *psihiatria este specialitatea medicală cea mai controversată. (Teodorescu R., 2000)*.

Abordările dogmatice legate de anumite curente de gândire care au dominat sau domină psihologia la un moment dat, oricât de seducătoare ar fi în dimensiunea lor explicativă sau ordonatoare, s-au dovedit incomplete. Am preferat de

28 aceea, cu toate limitele sale, abordarea eclectică și pragmatică, recunoscând că psihiatria „a devenit un spațiu de constelație a tuturor direcțiilor după care se studiază natura umană” (Lăzărescu M., Ogodescu D., 1993).

În ultimii ani, în special în ultimul deceniu, s-a manifestat o tendință importantă de a acorda interes unor perturbări, disfuncții sau dizabilități aflate într-o fază preclinică sau poate doar la granița dintre patologie și cenușiul unor trăiri normale dezagreabile (neliniștea, teama, tristețea, oboseala, frica, indifeerența). Preocuparea deosebită a societății moderne pentru sănătatea mintală văzută nu doar ca o componentă fundamentală a sănătății, ci și ca o cheie de boltă a „fericirii perpetue” (Bruckner P.) căutată de lumea occidentală a extins de asemenea câmpul de intervenție a psihiatriei. Cu toate acestea, psihiatria nu se poate extinde la nesfârșit nici chiar sub acoperirea acestui concept extrem de mediatizat, numit sănătate mintală. Psihiatrul nu este un grănicer care păzește o frontieră care își schimbă permanent traseul, transformându-l într-un Sisif al normalității.

O recentă sinteză arăta că, pe măsură ce perspectiva soluțiilor la problemele de sănătate mintală este din ce în ce mai bogată, prin tratamentele psihiatrice, granițele tradiționale ale tulburării psihiatrice s-au lărgit. Problemele zilnice considerate ca teritoriu al altor sfere sociale s-au „medicalizat” prin psihiatrie. Se consideră că îngrijirea sănătății mintale poate funcționa ca o soluție pentru multe probleme personale și sociale diferite. Spre exemplu, diagnosticul tulburării deficit de atenție/hiperactivitate la copii a crescut dramatic în ultimii ani în țările anglosaxone, în paralel cu o creștere la fel de explozivă a prescrierilor de medicamente stimulante. Totuși comportamentul copiilor la care se identifică tulburarea deficit de atenție/hiperactivitate se suprapune cu comportamentul care apare frecvent la copii când aceștia se simt frustrați, anxioși, plictisiți, abandonați sau stresați în orice alt mod.

Dintr-o perspectivă critică, este evident că fenomenul social de supraîncărcare medicamentoasă a copiilor nu indică o creștere reală a frecvenței unei tulburări mintale, ci o strategie de mutare a accentului de la sarcina dificilă de îmbunătățire a calității vieții de familie și a sistemelor școlare. Recurgerea la tratament medicamentos descurajează însă asumarea responsabilității individului, deci exacerbează dificultățile pe care acesta ar trebui să le remedieze.

Un alt exemplu este cel al tulburării de stres posttraumatic, oficial admisă în clasificări în Statele Unite în urma unor repetate intervenții la nivel politic pentru a recunoaște suferința psihică a veteranilor de război din Vietnam, care au trecut prin situații dramatice. Nu după mult timp, diagnosticarea a început să se asocieze cu experiențe mai puțin extreme, ceea ce a încurajat cererile de recompensare pentru daune psihologice. Cu toate acestea, medicalizarea suferinței umane traumatice prezintă riscul reducerii acesteia la nivelul unei probleme tehnice.

Exemplele pot continua cu adevărate noi capitole de patologie, cum ar fi cazul anxietății sociale. Este deosebit de interesant că adepții viziunilor biologice în psihiatrie nu numai că nu neagă noile entități, ci găsesc modele neurochimice cu o suspectă ușurință creatoare. Mai mult, marile companii producătoare de psihotrope produc, într-un vârtej amețitor de înnoire, medicamente precis circumscrise

noilor entități. La fel de inventivi, psihoterapeuții de cele mai diverse orientări doctrinare găsesc soluții rapid adaptate noilor provocări.

O serie de medici, sociologi și psihologi arată că psihiatria trebuie să-și reducă excesele, în special pe cele biologizante, reîntorcându-se și limitându-se cu insistență la modelul bio-psiho-social.

O nouă direcție, numită postpsihiatrie (**Bracken P. și Thomas P., 2001**), ridică o serie de probleme în această perioadă în care societatea trece, împreună cu medicina, în epoca postmodernă. Întrebările pe care reprezentanții acestui curent le consideră legitime ar fi următoarele:

- (1) Dacă psihiatria este produsul instituției, nu putem să nu ne întrebăm care va fi capacitatea sa de a determina natura îngrijirilor postinstituționale.
- (2) Putem să ne imaginăm o altfel de relație între medicină și bolnavul psihic diferită de cea care s-a format în sistemul azilar al epocilor precedente?
- (3) Dacă psihiatria este produsul unei culturi preocupate de raționalitate și individualitate, ce fel de sănătate mintală se potrivește lumii postmoderne în care aceste preocupări sunt în evidentă scădere?
- (4) Cât de adecvată este psihiatria occidentală pentru grupurile culturale care sunt adeptele unei ordini spirituale a lumii și a punerii unui accent etic asupra importanței familiei și comunității?
- (5) Cum am putea interveni și separa problematica îngrijirilor în domeniul sănătății mintale de excluderea socială și coerciția exercitată în ultimele două secole în acest domeniu?

Provocările cărora psihiatria postmodernă va trebui să le facă față sunt următoarele:

- Încrederea în puterea științei și tehnologiei de a soluționa problemele sociale și umane este în scădere;
- Psihiatria trebuie să meargă dincolo de caracterul său „modernist” pentru a se corela cu propunerile guvernamentale cele mai recente și cu puterea din ce în ce mai mare a utilizatorilor de servicii;
- Postpsihiatria accentuează contextele sociale și culturale, pune etica înaintea tehnologiei și încearcă să reducă, cât de mult posibil, controlul medical al intervențiilor coercitive.

Această direcție se dorește o cale de mijloc între excesele psihiatriei și orgoliile antipsihiatriei, dar sunt mulți aceia care arată că psihiatria poate trece fără secuse în epoca postmodernă, dacă pregătirea medicilor își păstrează dimensiunea antropologică și filosofică și dacă psihiatria este gata să își asume responsabilitățile pe care le-a avut întotdeauna.

Există încercări de reformare a psihiatriei de tip radical dezvoltate, în special în America de Nord, care ajung până la proclamarea unor devize ca „Terapia este schimbare și nu acomodare”, insistând asupra unor autentice politici comunitare în care asistența socială, terapia familială, consilierea și autoajutorarea ar putea transforma psihologul clinician într-un nou psihiatru.

	Antipsihiatrie	Psihiatrie critică	Postpsihiatrie
<i>Practicienii / avocați</i>	Psihiatri, sociologi	Psihiatri	Psihiatri
<i>Locul intervențiilor</i>	Pavilionul 21, Kingsley Hall, Spitalul din Trieste Psihiatria Democratică	Serviciul Public de Sănătate	Serviciul Public de Sănătate și ONG (comunitate)
<i>Rolul diagnosticului</i>	De regulă împotriva	Da, dar profund sceptici în ceea ce privește neo-kraepelinianismul reprezentat de DSM și ICD	Da, dar foarte sceptici în privința neo-kraepelinianismului DSM și ICD
<i>Rolul medicației</i>	Împotriva medicamentelor	Are un rol, dar medicina bazată pe dovezi supraapreciază cazul	Are un rol, dar medicina bazată pe dovezi supraapreciază cazul
<i>Rolul psihanalizei</i>	Da, forma modificată a teoriei relației obiectuale	Nu, dar vede un rol în psihoterapie și consiliere	Nu, și critică masiv unele terapii de tip consiliere suprastandardizate
<i>Rolul științei biologice</i>	Critic și respingere masivă	Critic (de ex., influența industriei farmaceutice), dar valoros în unele domenii	Critic (de ex., influența industriei farmaceutice și dualism), dar valoros în unele domenii
<i>Filosofie</i>	Existențialism – Sartre, Heidegger, Wittgenstein	Inițial școala de la Frankfurt (Habermas) apoi diverși	Heidegger, Merleau-Ponty, Foucault, Wittgenstein

Se demonstrează că afirmația de acum trei decenii a școlii de la Timișoara, tutelată de spiritul profesorului **Pamfil**, după care „Psihiatria constituie un document autentic al curajului, generozității și responsabilității de a înfrunta, descifra și asista una dintre cele mai cumplite și, în același timp, misterioase tragedii ale ființei umane, numită generic *boală psihică*” (**Lăzărescu M., Ogodescu D., 1993**), este mai actuală ca niciodată.

Psihiatrul modern orientat dinamic trebuie să se străduiască să fie bilingv, limbajul creierului și limbajul minții trebuie ambele stăpânite, pentru a-i putea oferi pacientului o îngrijire optimă. (**Gabbard O.G.**)

O carte de psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi este un deziderat mai vechi, a cărui transpunere în pagină am dorit să fie făcută astfel încât la nivelul specialistului, cu precădere al celui în formare, să ajungă noțiunile fundamentale cu conținut teoretic și practic, punându-l nu doar într-o situație de comunicare reală cu psihiatrul, ci și într-un demers diagnostic și terapeutic comun.

Parcursul acestui manual nu va transforma în niciun caz psihologul într-un psihiatru simplificat. Reiterăm până la banalizare ideea că psihiatria și psihopatologia aparțin domeniului medical. Așa cum psihologii care lucrează în laboratoarele de neuropsihologie, de exemplu, nu devin neurologi, nici psihologul clinician nu va substitui psihiatru.

Într-o vreme în care „mareea informațională” se materializează nu rareori în voluminoase tratate în domeniu, ne-am orientat efortul pentru o carte de sinteză, un ghid accesibil celui aflat la început de drum. O descifrare corectă a orizontului suferinței psihice va îmbogăți nu doar percepția profesională a fiecărui specialist, ci și viziunea mai largă, umanistă, pe care psihologul trebuie să o aibă.

Această carte este și o încercare de a defini locul în care demersul psihologului este maxim, în echipa terapeutică sau individual, într-o afecțiune sau alta. Am pus la îndemâna celor doritori și unele din instrumentele de evaluare (chestionare și teste) pe care, într-o entitate sau alta, psihologul le poate folosi pentru a sublinia relevanța unor simptome sau evoluția acestora sub terapie. Suntem conștienți că acest demers ar putea să devină în timp incomplet, dar suntem siguri că orice încercare de acest fel este perfectibilă.

Faptul că specialistul din echipa terapeutică va avea de acum un ghid comprehensibil va fi cea mai importantă contribuție pe care o astfel de lucrare o poate aduce.

Domeniul și instrumentele psihopatologiei

„Nu căutăm niciun organ în particular ca fiind locul nebulniei, nici nu pretindem să operăm direct asupra sufletului și minții, ci avem scopul de a studia pacientul ca pe o unitate individuală în toate relațiile sociale, psihice, intelectuale, morale.”

H. VAN LEENWEN

1.1. DEFINIȚIA, OBIECTUL ȘI CONȚINUTUL PSIHOPATOLOGIEI

1.2. RAPORTUL CU ALTE ȘTIINȚE

1.3. MODELE ÎN PSIHOPATOLOGIE

1.3.1. MODELUL ATEORETIC

1.3.2. MODELUL BEHAVIORIST (COMPORTAMENTALIST)

1.3.3. MODELUL BIOLOGIC

1.3.4. MODELUL COGNITIVIST

1.3.5. MODELUL DEZVOLTĂRII

1.3.6. MODELUL ECOSISTEMIC

1.3.7. MODELUL ETNOPSIHOPATOLOGIC

1.3.8. MODELUL ETOLOGIC

1.3.9. MODELUL EXISTENȚIALIST

1.3.10. MODELUL EXPERIMENTAL

1.3.11. MODELUL FENOMENOLOGIC

1.3.12. MODELUL PSIHANALITIC

1.3.13. MODELUL SOCIAL

1.3.14. MODELUL STRUCTURALIST

1.4. MODELUL BIOPSIHOSOCIAL

1.5. ELEMENTE DE NEUROPSIHOLOGIE

1.5.1. PSIHOLOGUL ȘI NEUROPSIHOLOGIA

1.5.2. CE ESTE NEUROPSIHOLOGIA CLINICĂ?

1.5.3. ELEMENTE DE NEUROANATOMIE FUNCȚIONALĂ

1.5.3.1. SISTEMUL LIMBIC

1.5.3.2. GIRUSUL CINGULAT

1.5.3.3. GANGLIONII BAZALI

1.5.3.4. LOBII FRONTALI

1.5.3.4.1. Funcțiile lobilor frontali

1.5.3.4.2. Elemente de patologie a lobilor frontali

1.5.3.4.2.1. Deteriorarea cognitivă

1.5.3.4.2.2. Afectarea gândirii abstracte, testării ipotezelor și modulării cogniției

1.5.3.4.2.3. Tulburări ale comportamentului și personalității

1.5.3.4.2.4. Deteriorarea limbajului

1.5.3.4.2.5. Deteriorarea funcției motorii

1.5.3.4.2.6. Deteriorarea reflexelor

1.5.3.4.2.7. Deteriorarea comportamentului social

1.5.3.4.2.8. Confabulații și Sindromul de reduplicare

1.1. Definiția, obiectul și conținutul psihopatologiei

Definirea noțiunii de psihopatologie rămâne încă supusă disputelor, cu atât mai mult cu cât folosirea unor sinonime de tipul patopsihologiei sau psihologiei patologice dispune la confuzia cu psihologia clinică.

Astfel, dicționarul LAROUSSE consideră că există o sinonimie între psihopatologie și psihologia patologică; aceasta ar fi *disciplina având drept obiect studiul tulburărilor de comportament, de conștiință și de comunicare (Sillamy N., 1995)*. Ea este plasată, după opinia acestui autor, la jumătatea drumului dintre psihologie și psihiatrie și completează abordarea clinică prin metode experimentale, teste și statistică. Există uneori chiar tendința de a suprapune domeniul psihopatologiei peste cel al psihologiei medicale și a o prezenta pe aceasta ca formă în care medicul ia cunoștință de tulburările psihice.

Psihopatologia nu abordează simptomele dintr-o perspectivă organică, încercând să răspundă la întrebarea „de ce?“, ci se referă la desfășurarea acestora în comportamente anormale, răspunzând la întrebarea „cum?“. Ea își propune să pătrundă în *universul morbid al subiectului (Sillamy N., 1965)* pentru a cunoaște viața psihică anormală în realitatea sa, mijloacele sale de exprimare, raporturile sale de ansamblu (Jaspers K., 1928). Minkowski E. (1966) precizează că psihopatologia este, în raport cu psihologia, ceea ce patologia este în raport cu fiziologia, iar în raport cu clinica psihiatrică, are statutul unei surori mai mici.

Psihopatologia este un studiu sistematic al trăirilor anormale, cunoașterii și comportamentului; studiul manifestărilor tulburărilor mintale (Sims A., 1995).

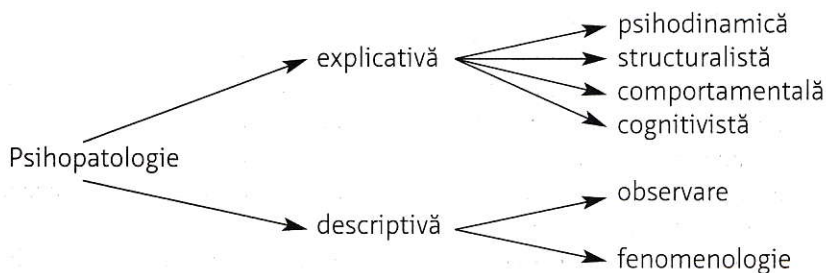


Fig. 1

Acest autor subliniază cele două direcții importante ale psihopatologiei: cea explicativă — aflată în raport cu construcțiile teoretice — și cea descriptivă — care descrie și clasifică experiențele anormale relatate de pacient sau observate în comportamentul său.

Psihopatologia se află la răscrucea mai multor modele teoretice clinice și terapeutice, fiind în măsură să formuleze un model integrativ al fenomenelor mintale și al comportamentelor patologice, fără a se lăsa subjugată de o singură abordare care ar determina-o să privilegieze formule de genul „totul stă în organic ori totul stă în afect”. (Montreuil M., Doron J.)

1.2. Raportul cu alte științe

După opinia lui Minkowski E., psihopatologia, știința manifestărilor patologice ale vieții psihice, se află în raport cu psihologia, în aceeași poziție în care se află patologia față de fiziologie în medicină. Pentru alți autori, psihopatologia este un studiu sistematic care presupune evidențierea etiologiei, simptomatologiei și evoluției bolilor mintale, iar alții consideră că este parte a psihologiei patologice, care se ocupă cu boala psihică, cu manifestările psihice ale bolii somatice sau cu dezadaptarea. Se poate ușor observa că psihopatologia își suprapune domeniul peste cel al psihiatriei de care este despărțită prin intervenția psihoterapeutică. Totuși există deja descrieri psihopatologice privind patologia adăugată prin intervenția terapeutică, fie că aceasta este biologică sau psihologică.

Născută la marginea practicii medical-psihiatrice, psihopatologia poate releva lucruri esențiale despre om, despre infrastructura existenței conștiente și aduce mărturie despre situații-limită în care persoana umană conștientă alunecă spre minusul dezorganizării și anulării specificității sale, afirmă Lăzărescu M. (1989), abordând domeniul dintr-o perspectivă antropologică.

Enăchescu C. (2000) este tranșant, afirmând că psihopatologia studiază fenomenul psihic morbid, separându-se în felul acesta atât de psihiatrie, cât și de psihologie sau, mai exact, situându-se între acestea. Același autor arată că psihopatologia, nefiind o disciplină medicală, nu este interesată de bolile psihice, ci utilizează *materialul psihiatric* comparându-l cu *normalul psihic* oferit de psihologie. Evident, această abordare implică definirea fenomenului psihic morbid care este privit de psihopatologie atât în dimensiunea sa antropologică, ca natură a persoanei, cât și în cea ontologică, ca o modalitate de existență a acesteia. În acest fel, se afirmă interioritatea morbidului psihologic, fiind un fapt de experiență sufletească proprie subiectului. De aici ar rezulta o altă delimitare de psihiatrie, care analizează tulburările mintale *din exterior*, considerându-le obiectivate în spațiul clinico-medical. Orice fapt psihopatologic implică, într-un fel sau altul, conștiința morală a subiectului (Lăzărescu M.). Este cert că, relevând prezența în individ a generalității umane spiritual-valorice, conștiința morală este un criteriu pentru o judecare ce evaluează și sancționează, susținând sensul acțiunii, al existenței persoanei care-și asumă și-și afirmă liber și sintetic ființarea în lume valorizând, regenerând și devenind.

O extindere dar și o conexiune importantă au intervenit între psihopatologie și restul medicinei, alta decât psihiatria, odată cu apariția viziunii psihosomatice. Având în centrul preocupărilor relația directă dintre tulburările emoționale și afective, tulburările de adaptare și bolile somatice, psihosomatica stabilește legături între faptul psihopatologic și leziunea biologică funcțională sau organică. Un specialist în medicină internă (**Jores, 1970**) citat de **Luban-Plozza B. (1991)** identifică drept *afecțiuni umane* specifice un grup de suferințe în care nu se exprimă atât de mult efectul fizic, ci mai degrabă problemele de viață ale pacientului și eșecurile acestuia, afecțiuni care nu se întâlnesc la animale decât dacă acestora li se schimbă în prealabil mediul psihosocial. El conchide că, dacă diferența nu este de natură biologică, ea trebuie să aibă sorgintea în specificul uman și că doar psihoterapia este capabilă să oprească o evoluție patologică de acest tip.

Medicina actuală se îndreaptă încet-încet spre o orientare psihologică, atât în privința aprecierii factorului psihic ca agent etiologic, factor de risc sau trigger în majoritatea bolilor somatice plurifactoriale, cât și în cea a considerării lui ca agent furnizor de sănătate (**Iamandescu Bradu I., 2000**).

Trebuie notată și distincția făcută de **Jaspers K.**, care arăta că, în timp ce psihiatria, știința aplicativă, are drept obiect individul, psihopatologia analizează generalul pentru a-l exprima în concepte și relații. Dacă **Jaspers K. (1913)** se referea la așa-numita psihopatologie generală, **Schneider K.** vorbește de psihopatologia clinică (**1955**) ca fiind studiul anormalității psihice, prin referire la cazuri clinice care conduc la cunoașterea simptomelor psihopatologice și la diagnostic. Folosind metoda descriptiv-analitică, psihopatologia clinică s-ar afla, după opinia acestui autor, sub semnul unui dualism empiric în abordarea anomaliilor psihice ca varietăți anormale ale ființei psihice, iar, dintr-o altă perspectivă, ca diferite consecințe ale bolilor și malformațiilor pe de o parte, iar pe de altă parte, prin subordonarea conceptelor și denumirilor diagnostice, uzuale în demersul diagnostic, atât direcției somatologice, cât și celei psihopatologice.

Este evidentă legătura psihopatologiei cu psihologia medicală, căreia îi oferă mijloacele de abordare ale unor situații decurgând din cunoașterea topografiei și dinamicii unor situații patologice. Noțiunile de psihopatologie vor face întotdeauna parte structurală din corpul psihologiei medicale. Credem că orice carte de psihologie medicală nu poate eluda problema prezentării sumare a elementelor de semiologie psihiatrică. Aceasta, pentru că nu se poate vorbi de tulburări fără să li se dea un conținut psihopatologic. Subliniem încă o dată că opoziția dintre psihologia clinică și psihologia experimentală este un fals, pentru că în realitate se opune o metodă unei profesii centrate pe individ (**Doron J., 2006**).

Cu atât mai mult cu cât, pentru medici, psihiatria a fost considerată doar o dexteritate, iar pentru psiholog, psihopatologia rămâne un țarm prea îndepărtat, considerat adesea al altora. În plus, necesitatea acestei prezentări este legată de circumstanțele diverse în care simptomele se regăsesc, circumstanțe care nu sunt de cele mai multe ori ale bolii psihice.

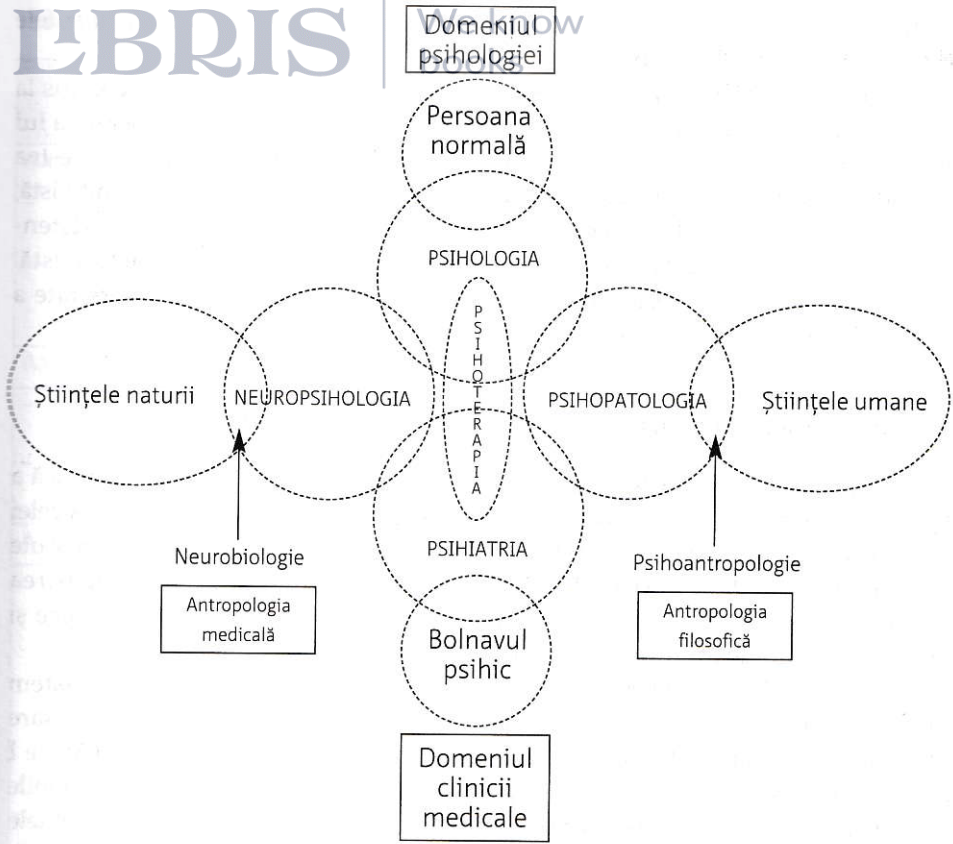


Fig. 2 Relațiile dintre disciplinele psihologice după Enăchescu C. (2000)

Domeniul psihologiei

1.3. Modele în psihopatologie

În domeniul psihopatologiei, termenul de „model” revine frecvent. Fără îndoială, așa cum sublinia **Rouanet H. (1983)**, „modelele sunt la modă”. În fiecare zi, întâlnim noi modele; le folosim și apoi, mai devreme sau mai târziu, le uităm, fără a fi încercat cu adevărat să aprofundăm nici motivele pentru care au fost la modă și nici pe cele ale declinului lor. Chiar dacă această aserțiune este parțial adevărată, rolul și funcția modelului sunt de netăgăduit și nimeni nu poate stabili adevărata valoare a unui model decât după o perioadă importantă de timp, așa cum vom demonstra în cazul modelului bio-psiho-social.

După **Rouanet H.**, există două tipuri de modele:

(a) modelul-cadru, model pe care nu îl readucem în discuție și care furnizează un context pentru interpretarea datelor culese. Acesta ar fi, după cum spunea **Canguilhem G. (1983)**, modelul ca instrument științific.