

PE SCURT DESPRE TULBURARILE MINTALE

*Dan Ghenea,
octombrie 2009*

Trei motive pentru a ști mai mult despre tulburările mintale

Tulburările mintale sunt frecvente

În cifre rotunde globale, **o persoană din 12** suferă în acest moment de o tulburare mintală, **o persoană din 4** va prezenta o tulburare mintală de-a lungul vieții, **o cincime dintre copiii și adolescenții lumii** (sub 16 ani) suferă de tulburări mintale

Tulburările mintale sunt dizabilitante

Cinci dintre primele zece cauze de dizabilitate sunt de natură psihiatrică. Este vorba despre:

- ❖ **depresie,**
- ❖ **abuzul de alcool,**
- ❖ **tulburarea afectivă bipolară,**
- ❖ **schizofrenie și**
- ❖ **tulburarea obsesiv-compulsivă.**

Tulburările mintale sunt tratabile

Ideea incurabilității tulburărilor mintale este una foarte răspândită, dar conține prea puțin adevăr. Pentru schizofrenie, o tulburare severă (și care este probabil prototipul bolii psihice în mintea omului obișnuit), cifrele sunt următoarele : cu tratament clasic, 20% dintre pacienți prezintă un singur episod psihotic, 35% au mai multe episoade, dar cu perioade lungi de remisiune completă, 35% necesită îngrijire continuă, dar nu spitalizare continuă, și doar 10% nu răspund la tratament. În legătură cu eficiența tratamentului, studii recente au arătat că medicamentele antidepresive au o eficiență superioară antihipertensivelor.

Scurte descrieri ale unor tulburări mintale

Episodul depresiv

În episoadele depresive tipice subiectul suferă de obicei de :

- (A) dispoziție depresivă,
- (B) pierderea intereselor și bucuriilor și
- (C) reducerea energiei ce duce la o fatigabilitate crescândă și la o activitate diminuată.

Acestea sunt simptomele esențiale ale depresiei; prezenta a cel puțin două dintre ele este necesară pentru diagnostic. Alte simptome comune sunt:

- (a) reducerea capacității de concentrare și a atenției;
- (b) reducerea stimei și încrederii de sine;
- (c) idei de vinovăție și lipsă de valoare (chiar în episoadele de severitate ușoară);
- (d) viziune tristă și pesimistă asupra viitorului;
- (e) idei sau acte de autovătămare sau suicid;
- (f) somn perturbat;
- (g) apetit diminuat.

Dispoziția scăzută variază puțin de la zi la zi, și este adesea neinfluențată de circumstanțe, dar poate totuși manifesta o variație diurnă caracteristică. Aspectele clinice manifestă marcate variații individuale, manifestările atipice fiind comune în special în adolescență. În unele cazuri, anxietatea și agitația psihomotorie pot fi uneori mai proeminente decât depresia, iar schimbarea dispoziției poate fi de asemenea mascată de trăsături adiționale cum ar fi iritabilitatea, consumul excesiv de alcool, comportamentul histrionic, exacerbarea simptomelor fobice sau obsesionale preexistente, sau a preocupărilor hipocondriace. Pentru episoadele depresive, indiferent de gradul de severitate, este necesară pentru stabilirea diagnosticului o perioadă de minimum 2 săptămâni, dar pot fi acceptate perioade de timp mai scurte dacă debutul este rapid, iar simptomele neobișnuit de severe. Unele din simptomele de mai sus pot fi marcate și se dezvoltă trăsături caracteristice care sunt larg acceptate ca având o semnificație clinică specială. Cel mai tipic exemplu îl reprezintă simptome numite „somatice” :

- pierderea interesului sau a plăcerii în activități în mod normal plăcute;
- lipsa reacției emoționale la circumstanțe și evenimente externe plăcute;
- trezirea matinală cu 2 ore mai devreme decât de obicei;
- agravarea matinală;

- dovezi evidente și obiective de lentoare sau agitație psihomotorie;
- scăderea marcată a apetitului,
- pierderi în greutate (5% din greutatea corporală sau mai mult, in ultima lună);
- scăderea marcată a libidoului.

De obicei, acest sindrom somatic este luat în considerare numai dacă sunt prezente cel puțin 4 simptome de acest tip.

Tulburarea de panică

Trăsătura esențială constă în atacuri recurente de anxietate severă (panică), care nu sunt limitate la nici o situație panticulară sau la vreun set de circumstanțe, și sunt, din acest motiv, imprevizibile. Un atac de panică este definit de prezența a cel puțin patru dintre următoarele simptome:

1. palpitații / tahicardie
2. transpirații
3. tremor
4. senzație de sufocare
5. dispnee
6. durere toracică
7. greață sau disconfort abdominal
8. amețală, senzație de instabilitate
9. derealizare / depersonalizare
10. teama de a înnebuni
11. teama că va muri
12. paretezii
13. frisoane / bufeuri

Există aproape invariabil teamă secundară de a muri, de pierderea controlului, sau de a deveni nebun. Atacurile individuale apar brusc, ating maximum de intensitate în cel mult 10 minute, durează de la câteva minute până la 20-30 de minute. Frecvența și cursul lor evolutiv sunt mai degrabă variabile. Pacienții în atacul de panică trăiesc adesea un crescendo de frică și simptome vegetative, plecând de obicei în grabă de oriunde s-ar afla. Dacă atacul apare într-o situație specifică, cum ar fi într-un autobuz sau într-o mulțime, pacienții pot ulterior evita situația respectivă. În mod similar, atacuri de panică frecvente și imprevizibile pot produce teama de a fi singur, sau de a merge în locuri publice. Un atac de panică este adesea urmat de o teamă persistentă de a avea un alt atac.

Fobia socială

Debutează adesea în adolescență și sunt conturate în jurul fricii de a fi privit (examinat) de alți oameni, în grupuri mici (nu mulțimi), ducând la evitarea situațiilor sociale. Spre deosebire de majoritatea altor fobii, fobiile sociale sunt în egală măsură comune bărbaților și femeilor.

Există trei tipuri de fobie socială :

- a) legat de efectuarea anumitor acțiuni – subiectul nu poate efectua în public anumite activități pe care le îndeplinește cu ușurință atunci când este singur;
- b) tipul interactiv limitat – fobia este limitată doar la una sau două situații sociale (de exemplu, a solicita o întâlnire sau a merge la o petrecere);
- c) tipul generalizat – situațiile fobice includ majoritatea situațiilor sociale

Confruntarea directă, ochi în ochi, poate fi în mod particular stresantă în unele culturi. Fobiile sociale sunt de obicei asociate cu o scădere a respectului de sine și teama de a fi criticat. Ele pot fi relatate ca episoade de roșeață a feței, tremor al capului, greață sau nevoia urgentă de a urina, pacientul uneori fiind convins că una dintre aceste manifestări secundare ale anxietății sale este problema primară; simptomele pot progresa spre atacuri de panică. Evitarea este adesea marcată, iar în cazuri extreme poate avea ca rezultat o izolare socială aproape completă.

Tulburarea obsesiv-compulsivă

Trăsătura esențială a acestei tulburări este reprezentată de gânduri obsesive sau acte compulsive recurente. Gândurile obsesionale sunt idei, imagini, sau impulsuri care intră mereu în mintea subiectului într-o formă stereotipă. Ele sunt aproape invariabil supărătoare (deoarece sunt violente, sau obscene, sau doar pentru că sunt percepute ca lipsite de sens), iar subiectul încearcă, adesea fără succes, să le reziste. Ele *sunt* totuși recunoscute ca gânduri proprii ale subiectului, deși sunt involuntare și frecvent repugnante. Actele compulsive sau ritualurile sunt comportamente stereotipe care sunt repetate mereu și mereu. Ele nu sunt inerent plăcute și nici nu au drept rezultat îndeplinirea unor sarcini utile. Pacientul le vede adesea ca prevenind unele evenimente improbabile obiectiv, adesea implicând un rău la adresa lui, sau provocat de el. De obicei, deși nu invariabil, acest comportament este recunoscut de subiect ca fiind fără sens și ineficient, și el face repetate încercări de a rezista impulsului; în cazurile de foarte lungă durată, rezistența poate fi minimă. Simptomele anxietății somatice sunt adesea prezente, dar sentimentele supărătoare (ce provoacă suferință) de tensiune internă sau psihică fără o activare vegetativă evidentă sunt de asemenea comune. Există o strânsă legătură între simptomele obsesionale, în special gândurile obsesionale, și depresie. Pacienții cu tulburări obsesivo-compulsive au adesea simptome depresive, iar pacienții ce suferă de tulburare depresivă recurentă pot dezvolta gânduri obsesionale în timpul episoadelor de depresie. În ambele situații, creșterea sau descreșterea în severitate a simptomelor depresive este, în general, însoțită de schimbări paralele în severitatea simptomelor obsesionale.

Tulburarea obsesivo-compulsivă este, în egală măsură, comună bărbaților și femeilor. Există adesea trăsături obsesive proeminente de personalitate, anterior debutului clinic al tulburării, de obicei în adolescență sau în prima parte a vârstei tinere.

Schizofrenia

Schizofrenia este o tulburare psihotică, având o etiologie doar parțial elucidată. Formele clinice ale schizofreniei sunt heterogene ca prezentare (paranoidă, catatonică, nediferențiată, dezorganizată, reziduală). Se caracterizează prin simptome pozitive și negative (deficitare). Cu toate că nu este o tulburare cognitivă, schizofrenia cauzează adesea afectări cognitive (de ex., gândire concretă, afectarea procesării informației). Simptomele schizofreniei influențează advers gândirea, sentimentele, comportamentul și funcționarea socială și ocupațională. Boala este de obicei cronică, cu o evoluție care include o fază prodromală, o fază activă și o fază reziduală. Fazele prodromală și reziduală se caracterizează prin forme atenuate ale simptomelor active, cum ar fi convingeri ciudate și gândire magică, precum și prin deficite în autoîngrijire și în relaționarea interpersonală. Este bine stabilit că schizofrenia este o tulburare a creierului, cu anomalități structurale și funcționale vizibile prin neuroimagică și cu o componentă genetică evidențiată în studiile pe gemeni.

SIMPTOME POZITIVE ȘI NEGATIVE ÎN SCHIZOFRENIE

Simptome pozitive

Deliruri
Halucinații
Comportament dezorganizat

Simptome negative

aplatizare afectivă
alogie
avoliție
anhedonie

Tulburarea afectivă bipolară

Este caracterizată prin episoade depresive alternând cu episoade expansive. Între episoade remisiunea este completă.

În episodul maniacal

- dispoziția este euforică,
- pacientul prezintă hiperactivitate,
- logoree,
- nevoie scăzută de somn,
- fugă de idei ; are idei grandioase (uneori chiar delirante) ;
- pot apărea tulburări de percepție.

Demența Alzheimer

Tulburările de memorie și fenomenele afazo-apraxo-agnozice sunt definitorii. Sindromul demențial poate asocia stare confuzională, stare depresivă, idei delirante sau tulburări comportamentale. Debutul afecțiunii este insidios și în primele stadii poate trece neobservat. Pe măsură ce boala evoluează, tulburările de memorie, de limbaj și scăderea dramatică a funcțiilor intelectuale devin tot mai evidente. În stadiile finale apare verbigerarea, ecolalia, mutismul. Afecțiunea progresează în 5-10 ani. Reprezintă jumătate din totalul demențelor.

Bibliografie

1. Prelipceanu, D., Mihailescu, R., Teodorescu, R.: Tratat de sănătate mintală, vol. 1, Ed. Enciclopedică, București, 2000
2. Georgescu, Marie: Psihiatrie – Ghid practic, 364pp., Ed. Național, București, 1998
3. Sadock, B., Sadock, Virginia: Manual de buzunar de psihiatrie clinică (trad. în lb. română), Ed. Medicală, 2001
4. Thornicroft, G., Tansella, M.: Modelul matriceal al sănătății mintale (trad. în lb. română), Ed. Medicală, 2001
5. Carter, Rosalynn: Cum să ajutăm bolnavul mintal (trad. în lb. română), Ed. Medicală, București, 2002
6. OMS: Clasificarea ICD-10 a tulburărilor mintale și de comportament. Simptomatologie și diagnostic clinic (trad. în lb. română), Ed. ALL, 1998