

# Simpozionul de Psihiatrie

Timișoara, 4 - 6 Mai 2017

## Debut și evoluție longitudinală în tulburările psihotice

### *Coordonatori volum:*

**Cristina Bredicean  
Liana Dehelean  
Virgil Enătescu  
Cătălina Giurgi Oncu  
Ion Papavă  
Radu Romoșan**





**Colecția: MANIFESTĂRI ȘTIINȚIFICE**

# Simpozionul de Psihiatrie

Timișoara, 4 - 6 Mai 2017

## Debut **și evoluție longitudinală** **în tulburările psihotice**

*Coordonatori volum:*

Cristina Bredicean  
Liana Dehelean  
Virgil Enătescu  
Cătălina Giurgi Oncu  
Ion Papavă  
Radu Romoșan

Editura "Victor Babeș"  
Timișoara, 2019



**Editura „Victor Babeș”**

Piața Eftimie Murgu 2, cam. 316, 300041 Timișoara

Tel./ Fax 0256 495 210

e-mail: [evb@umft.ro](mailto:evb@umft.ro)

***www.umft.ro/editura***

**Director general: Prof. univ. dr. Dan V. Poenaru**

**Director: Prof. univ. dr. Andrei Motoc**

**Colecția: MANIFESTĂRI ȘTIINȚIFICE**

**Indicativ CNCIS: 324**

© 2019 Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate.

Reproducerea parțială sau integrală a textului, pe orice suport, fără acordul scris al autorilor este interzisă și se va sancționa conform legilor în vigoare.

**ISBN 978-606-786-040-5**

## Cuprins

<b>PSIHOPATOLOGIA PSIHOZELOR ȘI NORMALITATEA. VIZIUNEA SECOLULUI XX.....</b>	<b>7</b>
M. Lăzărescu – Timișoara	
<b>TULBURĂRILE PSIHOTICE – PROBLEMA PRINCIPILOR FUNDAMENTALE.....</b>	<b>9</b>
M. Dehelean, Liana Dehelean <sup>1</sup> , Pompilia Dehelean – Timișoara	
<b>IMPLICAȚIILE PSIHEDUCAȚIEI ÎN COMPLIANȚA TERAPEUTICĂ ȘI CONȘTIENȚIZAREA BOLII.....</b>	<b>11</b>
Pompilia Dehelean, Liana Dehelean <sup>1</sup> , M. Dehelean – Timișoara	
<b>FACTORI DE RISC CARDIOVASCULARI LA PACIENȚII CU PSIHOZĂ TRATAȚI CU ANTIPSIHOTICE LONG ACTING: UN STUDIU COMPARATIV OLANZAPINA VERSUS RISPERIDONA .....</b>	<b>13</b>
Liana Dehelean <sup>1</sup> , Ana Maria Romoșan <sup>2</sup> , Minodora Marinela Manea <sup>3</sup> , R. Romoșan <sup>1</sup> , Ion Papavă <sup>1</sup> , Cristina Bredicean <sup>1</sup>	
<b>PRIMUL EPISOD DE PSIHOZĂ ȘI ÎNGRIJIRILE PRIMARE DE SĂNĂTATE.....</b>	<b>15</b>
Ileana-Pepita Stoica <sup>1</sup>	
<b>COGNIȚIA SOCIALĂ: ROLUL ÎN VIAȚA DE ZI CU ZI .....</b>	<b>17</b>
Cristina Bredicean <sup>1</sup> , Ion Papavă <sup>1</sup> , Ruxandra Barboianu <sup>2</sup> , Ioana Riviș <sup>2</sup> , Mădălina Cristanovici <sup>3</sup> , Hogeia Lavinia <sup>1</sup> , Claudia Homorogan <sup>2</sup> , Catalina Giurgi-Oncu <sup>1</sup> – Timișoara	
<b>RAPORTUL SINGULARITATE - GENERALITATE.....</b>	<b>19</b>
G. Cornuțiu – Oradea	
<b>BOALA LUI EMINESCU .....</b>	<b>20</b>
B. C.S. Pîrvu – Botoșani	
<b>PORTRETUL INCENDIATORULUI VĂZUT DIN PERSPECTIVA EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE.....</b>	<b>22</b>
Rădulescu Simona Delia <sup>1</sup> , I. Papavă <sup>2</sup> , Manea Mihaela Oana <sup>1</sup> , Enache Alexandra <sup>2</sup>	

<b>PERSONALITATEA CA FACTOR DE MEDIERE A SIMPTOMATOLOGIEI DEPRESIVE ÎN PERIOADA PERINATALĂ.....</b>	<b>24</b>
V. R. Enătescu <sup>1</sup> , M. Craina <sup>1</sup> , A. Gluhovschi <sup>1</sup> , I. Papavă <sup>1</sup> , R. Romoșan <sup>1</sup> , Ileana Enătescu <sup>1</sup> , Bernad Elena <sup>1</sup>	
<b>COMORBIDITATEA ADHD – TULBURARE BIPOLARĂ. ETIOPATOGENIE, ASPECTE DEVELOPMENTALE, CONTROVERSE DIAGNOSTICE, IMPLICAȚII CLINICE ȘI TERAPEUTICE .....</b>	<b>26</b>
Anda Maria Jurma <sup>1</sup>	
<b>COMPORTAMENTUL HALUCINATOR NON-ORGANIC ȘI DETERIORAREA COGNITIVĂ LA PACIENȚII CU PSIHOZĂ FUNCȚIONALĂ .....</b>	<b>28</b>
A. Olteanu <sup>1</sup> , Liana Dehelean <sup>2</sup> , Ana Maria Romoșan <sup>1</sup> , R. Romoșan <sup>2</sup> , Rita Bălint <sup>1</sup> , S. Miloș <sup>1</sup>	
<b>FACTORI PREDICTIVI PENTRU SCHIMBAREA DE DIAGNOSTIC DIN SCHIZOFRENIE ÎN TULBURARE AFECTIVĂ BIPOLARĂ.....</b>	<b>30</b>
Rita Bălint <sup>1</sup> , Liana Dehelean <sup>2</sup> , Ana Maria Romoșan <sup>1</sup> , R. Romoșan <sup>2</sup> , A. Olteanu <sup>1</sup> , S.Miloș <sup>1</sup>	
<b>TULBURĂRI COGNITIVE LA PSIHOZELE ENDOGENE CENTRATE DE DELIR .....</b>	<b>32</b>
Papavă <sup>1</sup> , Vilceanu FD <sup>1</sup> , V. R. Enătescu <sup>1</sup> , Cristina Bredicean <sup>1</sup> , Liana Dehelean <sup>1</sup> , R. Romoșan Radu <sup>1</sup> , C. Ilie <sup>1</sup>	
<b>SIMULAREA CU SPECIFIC PSIHOPATOLOGIC – PREZENTARE DE CAZ .....</b>	<b>34</b>
Mihaela-Oana Manea <sup>1</sup> , Mieta Hațegan <sup>2</sup> , Alexandra Enache <sup>3</sup>	
<b>FENOTIPURI COMPORTAMENTALE ȘI VULNERABILITATEA GENETICĂ ÎN PSIHOZA POST-PARTUM COMPARATIV CU PSIHOZELE FUNCȚIONALE.....</b>	<b>36</b>
S. Miloș <sup>1</sup> , Liana Dehelean <sup>2</sup> , Ana Maria Romoșan <sup>1</sup> , R. Romoșan <sup>2</sup> , Rita Bălint <sup>1</sup> , A. Olteanu <sup>1</sup>	
<b>PSIHOTERAPIA FAMILIALĂ SISTEMICĂ – MODALITĂȚI DE INTERVENȚIE ÎN COMPLEXITATEA PATOLOGIEI PSIHIATRICE.....</b>	<b>38</b>
Ileana Radu – Timișoara	

## **PSIHOPATOLOGIA PSIHOZELOR ȘI NORMALITATEA. VIZIUNEA SECOLULUI XX**

M. Lăzărescu – Timișoara

Patologia psihotică ce reprezintă nucleul psihiatriei ca ramură a medicinei, a fost circumscrisă la cumpăna dintre secolul XIX și XX, ca fiind centrată pe semiologia halucinațiilor delirante, autiste și grave disfuncții dispoziționale.

Psihopatologia clinicii recente ce pune accent pe continuumul tulburării și pe spectrul malativ, a ridicat problema derivării sindroamelor psihotice din funcții psihice antropologice adaptative. Această concepție e aplicabilă evident delirurilor monotematice (de suspiciune, paranoid, gelozie, dismorfofobic, relațional) mai ales dacă se ține cont de cazuistica tradițională a tulburărilor de personalitate (paranoid, în variantă senzitivă și combativă). Ea poate fi extinsă însă și în direcția așa ziselor “deliruri bizare” ale psihiatriei din SUA, ce include simptomele de prim rang ale lui Kurt Schneider. Acestea devin cvasi comprehensibile odată cu delirurile religioase în care ființa supremă a lui Dumnezeu cunoaște, impune și dirijează gândurile și acțiunile subiectului. Analizele psihologiei dezvoltamentale privitoare la dezvoltarea atașamentului, manifestările mentalizării (ToM) și a diferențierii structurii intrapsihice între relaționarea intimă și

publică, sunt o a doua cale prin care “delirurile bizare” pot fi înțelese ca derivând din fenomenologia normalității adaptative. Aceeași analiză se desfășoară și în cazul tulburărilor dispoziționale și autiste de formulă psihotică.

Din perspectiva menționată, psihopatologia psihozelor ar urma să se centreze nu pe conținutul simptomatologiei, ci pe deficitul formal care condiționează derivarea acesteia din trăirile normale, adaptative.



## TULBURĂRILE PSIHOTICE – PROBLEMA PRINCIPILOR FUNDAMENTALE

M. Dehelean, Liana Dehelean<sup>1</sup>, Pompilia Dehelean – Timișoara

*1 – Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara*

Tulburările psihotice (concept fundamental supra-nosologic) reprezintă ansamblul categoriilor nosologice taxonomice și diagnostic care aparțin unui tip particular de patologie psihică și anume tulburarea psihotică. În cadrul general al psihiatriei tulburarea psihotică se diferențiază de celelalte tipuri de psihopatologie prin faptul că este o patologie evolutivă (și nu de tip defectiv), de tipp psihotic și nu nevrotic.

Dacă vom considera istoria psihiatriei prin prisma revizuirilor periodice ale instrumentelor de lucru psihiatrice ICD, WHO și DSM-APA vom constata prezența în timp a unor remanieri majore structurale și de conținut în cadrul domeniului medical al psihiatriei într-o mai mare măsură decât în cadrul domeniului medicinei organice. Un motiv invocat poate fi faptul că psihismul uman are o realitate ontologic distinctă prin comparație cu realitatea pur biologică, materială, a corpului uman. Pe de altă parte medicina nu este o știință exactă, nu are legi ca și științele pozitive, motiv pentru care cercetarea științifică în psihiatrie este

necesară dar nu și suficientă fiind indispensabilă și o cunoaștere speculă vă uneori primordială. În absența legilor, psihiatria nu se poate dispensa de exigența respectării unor principii generale care să restricționeze cercetarea evitând abordarea problemelor inexistente sau inaccesibile.

Dintre aceste principii enumerăm: 1. Necesitatea definirii obiectului de studiat prin definiții “per essen am”; 2. Primatul aspectelor de esență asupra aparențelor, a semnificativului față de ne semnificativ sau nerelevant, a primarității față de secundaritate, a primordialului față de auxiliar; 3. Neconfundarea planului de discuție propriu obiectului de studiat și evitarea argumentării din perspectiva altor planuri de discuții; 4. Neconfundarea planului de discuție nosologic cu cel semiologic; 5. Necontestarea primarității și primordialității categorialului în raport cu dimensionalul, developmentalul și perspectiva de tip spectru; 6. Menținerea distincției dintre patologie, anormalitate nepatologică și normalitate. Lista nu este exhaustivă.

Prezenta comunicare și ulterior, textul integral al acestei lucrări va argumenta și exemplifica cele de mai sus în planul de discuție al tulburărilor psihotice.

## **IMPLICAȚIILE PSIHOEDUCAȚIEI ÎN COMPLIANȚA TERAPEUTICĂ ȘI CONȘTIENTIZAREA BOLII**

Pompilia Dehelean, Liana Dehelean<sup>1</sup>, M. Dehelean –  
Timișoara

*1 – Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara*

Lucrarea se referă la experiența practică de psihoeducație derulată de-a lungul a trei ani în cadrul Clinicii Psihiatrice Timișoara. La orele de psihoeducație, desfășurate săptămânal, au participat pacienți cu diagnosticul de schizofrenie în diferite stadii de evoluție, în medie 15 pacienți la o ședință. La început s-a încercat omogenizarea grupului de pacienți din perspectiva stadiului de boală, dar experiența a dovedit că este cu mult mai eficientă participarea pacienților cu experiență de boală alături de cei la care boala abia a debutat. Nu s-a folosit, motivat, metoda Liebermann.

Participarea a fost totdeauna cu acordul pacienților (subliniem acest fapt pentru că au existat și pacienți care au refuzat participarea). Problemele țintă au fost: recunoașterea simptomelor, aderența la tratament și conștientizarea bolii.

Rezultatele s-au concretizat prin atingerea obiectivelor țintă la majoritatea pacienților participanți.

Unele din aceste rezultate s-au putut constata și în anii următori.

Experiența psihoeducației a dus la desprinderea unei concluzii pe care o considerăm importantă: recunoașterea simptomelor de boală îl conduce pe pacient la o complianță mai bună la tratament. Succesul ședințelor s-a concretizat și prin participarea în continuare a pacienților externați și chiar a unor pacienți cu experiență de boală, în stare de remisiune, care au aflat de acestea. Problema conștientizării bolii rămâne încă de discutat, mai ales din perspectiva trăirilor pacienților. Durata de evoluție a procesului de boală, și chiar remisiunea nu șterge amintirea „realității” simptomelor trăite, fapt confirmat în cursul desfășurării ședințelor de psihoeducație.

# FACTORI DE RISC CARDIOVASCULARI LA PACIENȚII CU PSIHOZĂ TRATAȚI CU ANTIPSIHOTICE LONG ACTING: UN STUDIU COMPARATIV OLANZAPINA VERSUS RISPERIDONA

Liana Dehelean<sup>1</sup>, Ana Maria Romoșan<sup>2</sup>, Minodora Marinela Manea<sup>3</sup>, R. Romoșan<sup>1</sup>, Ion Papavă<sup>1</sup>, Cristina Bredicean<sup>1</sup>

*1 – Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara*

*2 – Spitalul Clinic Județean de Urgență "Pius Brînzeu" Timișoara*

*3 – Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca*

**Context:** Pacienții tratați cu antipsihotice prezintă un risc crescut de complicații cardiovasculare.

**Obiectiv:** Compararea factorilor de risc cardiovascular la două loturi de pacienți cu psihoză aflați de cel puțin 2 luni în tratament ambulatoriu injectabil cu olanzapină sau risperidonă long acting (LAI).

**Metodă:** Au fost analizați factorii de risc cardiovascular (prezența sindromului metabolic și a subcomponentelor sale, numărul de țigări fumate per zi) la 64 de pacienți tratați cu olanzapină (33) sau risperidonă

(31). Diagnosticul de sindrom metabolic a fost pus folosind noile criterii ale Federației Internaționale de Diabet din 2006. Glicemia a jeun a fost determinată folosind glucometrul PalmLab SC-101, iar profilul lipidic folosind LipidPro ILM-0001A. Severitatea simptomelor psihiatrice a fost măsurată folosind scala BPRS -E.

**Rezultate:** Subiecții tratați cu risperidonă au prezentat mai frecvent valori crescute ale tensiunii arteriale sistolice ( $U=364.5$ ,  $Z=-1.993$ ,  $p=0.046$ ) și diastolice ( $U=357.5$ ,  $Z=-2.108$ ,  $p=0.035$ ), comparativ cu cei tratați cu olanzapină. S-a observat însă că pacienții care au prezentat hipertensiune arterială au avut o perioadă mai lungă de boală de la debut până la introducerea tratamentului injectabil LAI ( $U=170$ ,  $Z=-2.924$ ,  $p=0.003$ ), dar nu și durate mai lungi ale tratamentului LAI. Scorurile totale BPRS-E s-au corelat pozitiv cu durata intervalului de timp scurs de la debut până la introducerea tratamentului LAI. Nu au fost evidențiate diferențe între cele două loturi privind fumatul sau prezența sindromului metabolic.

**Concluzii:** Tratamentul cu risperidonă a fost asociat cu o frecvență mai mare a hipertensiunii arteriale atât sistolice, cât și diastolice, dar acest rezultat ar putea fi influențat de consecințele psihozei netratate sau tratate insuficient cu medicație per os până la introducerea tratamentului injectabil LAI.

## PRIMUL EPISOD DE PSIHOZĂ ȘI ÎNGRIJIRILE PRIMARE DE SĂNĂTATE

Ileana-Pepita Stoica<sup>1</sup>

*1 – Spitalul Clinic Județean de Urgență "Pius Brînzeu"  
Timișoara*

Studiile din ultimele două decenii au identificat întârzieri semnificative în referirea persoanelor care experimentează un prim episod de psihoză către serviciile specializate. Îngrijirile acordate acestor persoane sunt tardive și durata prelungită a psihozei netratate (DUP) are consecințe semnificative în plan individual și sistemic.

Integrarea îngrijirilor primare de sănătate și conectarea armonioasă cu îngrijirile de sănătate mintală s-a dovedit a avea un impact pozitiv asupra calității serviciilor în special în cazul problemelor de sănătate cronice și complexe. În plan internațional există suficiente modele și strategii comune pentru întărirea sistemelor de sănătate primare având ca rezultat pe termen lung îmbunătățirea stării de sănătate a populației.

În România există arii limitate și discontinue de colaborare cu medicina primară în domeniul sănătății mintale. Adaptarea acestor modele și în țara noastră ar putea crea oportunități de intervenții precoce și prevenție secundară în Primul Episod de Psihoză.

**Cuvinte cheie:** Primul Episod de Psihoză, durata psihozei netratate, îngrijiri primare de sănătate, integrare, colaborare.



## COGNIȚIA SOCIALĂ: ROLUL ÎN VIAȚA DE ZI CU ZI

Cristina Bredicean<sup>1</sup>, Ion Papavă<sup>1</sup>, Ruxandra Barboianu<sup>2</sup>, Ioana Riviș<sup>2</sup>, Mădălina Cristanovici<sup>3</sup>, Hogeia Lavinia<sup>1</sup>, Claudia Homorogan<sup>2</sup>, Catalina Giurgi-Oncu<sup>1</sup> – Timișoara

*1 – Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara*

*2 – Spitalul Clinic Județean de Urgență "Pius Brînzeu" Timișoara*

*3 – Oxford Health NHS Foundation Trust*

Ce este cogniția socială? La ce folosește unei persoane în viața de zi cu zi? Acestea sunt

întrebări la care psihiatria contemporană încearcă să găsească răspunsuri. Există mai multe studii care susțin ideea unui rol important pentru cogniția socială mai ales în ceea ce privește funcționarea socială a unei persoane cu patologie psihiatrică sau fără.

În general cogniția socială reprezintă capacitatea unei persoane de a identifica gândurile sau emoțiile unei alte persoane, de a interpreta această informație și de a acționa în consecință. O înțelegere a minții unei persoane este fundamentală pentru înțelegerea lumii sociale: ne permite să facem diferența între

comportamentul accidental și cel intenționat, dintre adevăr și înșelătorie.

Cogniția socială are patru componente: percepția socială, capacitatea de recunoaștere a emoțiilor, teoria minții și stilul atribuțional. Substratul anatomic este reprezentat de: cortex cingulat anterior, cortex prefrontal, cortex orbitofrontal, cortexul paracingular, amigdala și cortexul temporo-parietal. Patologia psihiatrică în care se discută de cogniția socială este foarte variată plecând de la schizofrenie, tulburările afective, patologia anxioasă și terminând cu patologia deteriorativă.

În concluzie putem afirma că rolul cogniției sociale în viața de zi cu zi este: de a comunica eficient cu alte persoane, de a construi planuri comune și în final de a avea o funcționare socială adecvată.

## RAPORTUL SINGULARITATE - GENERALITATE

G. Cornuțiu – Oradea

Nu există soluție practică despre care să putem afirma că nu este expresia unei soluții teoretice. Întâi a fost întrebarea, apoi răspunsul logic și la urmă aplicarea acestuia. Drumul invers de la aplicație la modul explica v, logic ține de un elementarism ce nu depășește nivelul unei intuiții palpabile, de specia manualității. Autorul abordează interogativ o problema de mare importanță teore că și practică medicală și anume posibilitatea deducerii riscului individual din riscul general.

**Cuvinte cheie:** risc individual, risc general, hiatus logic explicativ.

## BOALA LUI EMINESCU

B. C.S. Pîrvu – Botoșani

Studiul nostru patografic se nutrește dintr-o carte a noastră din 2016, *Mihai Eminescu. Anii 1883–1889* (sub redacția Prof. Dr. Doina Cozman) a cărei primă ediție se raporta constant la volumul deja clasic semnat de dr. Ion Nica – a doua ediție, deocamdată *sine die*, urmând să ia în calcul și două remarcabile contribuții mai noi, semnate de dr. Gheorghe Baciu, și, respectiv, dr. Gavril Cornuțiu, care completează fericit aportul din 2015 al Academiei Române, reprezentată de dr. Vladimir Beliş, dr. Călin Giurcăneanu, dr. Bogdan O. Popescu, dr. Dan Prelipceanu, dr. Victor A. Voicu și alții. După o examinare în detaliu a cvasitotalității documentelor de epocă – ele reconstruind ca într-un *puzzle* personalitatea bolnavului Eminescu în ultimii săi șase ani de viață – și după o așezare a lor în parul propus de DSM-5, deslușim un diagnostic de tulburare afectivă bipolară de tip I, cu îndeplinirea tuturor criteriilor și simptomelor pentru episodul maniacal și, în subsidiar, cu îndeplinirea tuturor criteriilor și a cel puțin 5 (A1, A3, A4, A5, A9), dacă nu cumva 6 simptome (A1, A2, A3, A4, A5, A9), pentru episodul depresiv sever.

Ca la prima noastră incursiune din 2014 în universul eminescian, ca și la consecvențele în cărți și reviste științifice ori culturale, ne ferim a da cumva

impresia că ne instituim într-o bornă ultimă a patografiei eminesciene, ca înainte de noifu "genuine", iar odată cu noi "negura eternă" va să se desfacă "în șii". Deci, pentru a ocoli orice vorbă rea despre cutare diagnoză, ne străduim a ne întoarce mereu în timp și a rostui acea diagnoză în ecuația timpului ei. Cum spunea un recenzent al nostru, distinsul scriitor Mircea Radu Iacoban, "medicina" iar nu "medici diverși" (că se vor numi dr. Alexandru Suțu sau dr. Francisc Iszak!) poartă răspunderea unui eventual malpraxis. Ni se pare a fi, acesta, poate că singurul discurs etic lucrativ, pe deplin corect din punct de vedere clinic.

# PORTRETUL INCENDIATORULUI VĂZUT DIN PERSPECTIVA EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE

Rădulescu Simona Delia<sup>1</sup>, I. Papavă<sup>2</sup>, Manea Mihaela Oana<sup>1</sup>, Enache Alexandra<sup>2</sup>

*1 – Doctorand – Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” Timișoara*

*2 – Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” Timișoara*

**Cuvinte cheie:** incendiator, expertiza medico-legală psihiatrică, tulburare psihică

**Introducere.** Incendiile afectează economia unei țări, dar reprezintă și o importantă cauză de pierderi umane și materiale, la nivel mondial.

**Scopul studiului** este de a contura portretul incendiatorului, care a fost expertizat în cadrul comisiei psihiatrico-legale.

**Materiale și metode.** Au fost selectați un număr de cinci subiecți, care au săvârșit o faptă penală de incendiere, în perioada 2013-2016 și care au fost examinați psihiatric în cadrul Institutului de Medicină Legală din Timișoara. Următoarele date au fost examinate: parametrii socio-demografici (sex, vârstă, nivel instructiv-profesional, statut marital, mediu de proveniență), diagnosticul psihiatric, motivul comiterii

faptei, consumul de alcool sau alte substanțe psihoactive, măsura medicală de siguranță care a fost aplicată, precum și rețeaua de suport social.

**Rezultate:** Studiul a reușit să creioneze profilul incendiatorului, acesta fiind: bărbat, tânăr, singur, slab educat, neangajat, care locuiește în mediul rural, cu consum de alcool sau substanțe ilicite, la momentul comiterii incendiului. În ceea ce privește tulburările psihice, cele mai frecvente au fost: psihozele, tulburările mixte de personalitate, tulburările mentale și de comportament induse de consumul de substanțe și întârzierea mintală. În majoritatea cazurilor, comisia a stabilit, în urma efectuării expertizei psihiatrice, că discernământul subiecților a fost abolit, la momentul săvârșirii faptei. Astfel, aceștia au fost încadrați într-o măsură medicală de siguranță.

**Concluzii.** Studiul de față a încercat să stabilească care sunt cele mai frecvente tulburări psihice ale incendiatorilor, care au fost expertizați psihiatric în cadrul Institutului de Medicină Legală Timișoara. Motivația comiterii incendiierilor, a fost de asemenea discutată. Pacienții au fost atât deliranți cât și furioși. Astfel, am încercat să schițăm portretul incendiatorului iar sugestiile sunt făcute pentru strângerea de noi informații în vederea stabilirii profilului, cât mai concret al incendiatorului.

## PERSONALITATEA CA FACTOR DE MEDIERE A SIMPTOMATOLOGIEI DEPRESIVE ÎN PERIOADA PERINATALĂ

V. R. Enătescu<sup>1</sup>, M. Craina<sup>1</sup>, A. Gluhovschi<sup>1</sup>, I. Papavă<sup>1</sup>,  
R. Romoșan<sup>1</sup>, Ileana Enătescu<sup>1</sup>, Bernad Elena<sup>1</sup>

*1 – Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara*

**Introducere și obiective:** depresia perinatală reprezintă o entitate nosologică tot mai mult recunoscută și detectată la femeile aflate în perioada perinatală. Cercetarea de față și-a propus ca obiectiv să estimeze contribuția diferitelor fațete ale personalității la apariția depresiei perinatale, ante- și post-partum.

**Material și metodă:** s-a efectuat o cercetare prospectivă în Clinica și Ambulatorul de Obstetrică a Clinici "Bega" Timișoara, care a recrutat inițial la prima evaluare 118 gravide în perioada ante-partum. Dintre acestea, 80 au participat și la o a doua evaluare în perioada dintre săptămânile 6 – 8 post-partum. Pentru depresia perinatală a fost utilizat un prag de  $> 13$  în Scala Edinburgh pentru Depresie Postnatală. Personalitatea a fost evaluată dimensional cu ajutorul chestionarului NEO-FFI bazat pe modelul five-factor. Au fost realizate două analize prin regresie lineară multiplă pentru a estima capacitatea de predicție a diverselor fațete ale personalității în apariția depresie ante-partum și post-partum.



**Rezultate:** Depresia perinatală a prezentat o dinamică semnificativă, astfel că depresia ante-partum a fost consemnată la 21 de gravide (N=118; 26,2%) iar post-partum la 28 mame (N=80; 8,8%). Dintre mamele care au refuzat să participe la a doua evaluare 7 (N=38; 18,4%) aveau depresie ante-partum. În urma analizelor prin regresie lineară multiplă s-a evidențiat faptul că Nevrostimul și Agreabilitatea au avut capacitate de predicție asupra apariției depresiei ante-partum (R=0,185; R ajustat=0,170; p=0,038) și doar Nevrotismul a avut capacitate de predicție pentru apariția depresiei post-partum (R=0,110; R ajustat=0,098; p=0,003).

**Concluzii:** Dinamica prezenței depresiei pe toată perioada perinatală este una semnificativă și în concordanță cu datele din literatură, fapt ce a determinat înlocuirea specificantului *post-partum* cu cel de *peripartum* legat de momentul de debut a unui episod de depresie majoră. Nevrotismul are putea reprezenta un factor de mediere în apariția depresiei perinatale posibil coroborat și cu prezența altor factori de stres psihosociali sau de natură fizică. Surprinzător, Agreabilitatea a avut o capacitate mai mică dar semnificativă de predicție a depresiei ante-partum. Considerăm că aceste rezultate argumentează identificarea și abordarea mamei cu risc de depresie perinatală cu administrarea unor intervenții specifice de tip psihoeducație sau chiar consiliere psihologică.

**Cuvinte cheie:** depresia post-partum, personalitate, psihopatologie.

# COMORBIDITATEA ADHD – TULBURARE BIPOLARĂ. ETIOPATOGENIE, ASPECTE DEVELOPMENTALE, CONTROVERSE DIAGNOSTICE, IMPLICAȚII CLINICE ȘI TERAPEUTICE

Anda Maria Jurma<sup>1</sup>

*1 – Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara*

Deși extinderea simptomelor ADHD în viața de adult și a Tulburării Bipolare în psihopatologia copilului nu este recentă, incertitudinea diagnosticului celor două tulburări continuă să fie o problemă diagnostică și terapeutică. Copiii și adolescenții diagnosticați cu Tulburare Bipolară au adesea diagnostice psihiatrice comorbide. Probabil cea mai mare provocare diagnostică este aceea a comorbidității cu ADHD, deoarece atunci când ele apar în combinație, complică procesul de diagnostic, tratament și prognosticul clinic. Comorbiditatea ADHD - Tulburare Bipolară în copilărie a fost asociată cu funcționarea globală deficitară, severitate mai mare a simptomelor și o rată crescută a internărilor. Studiile arată o relație bidimensională între ADHD și Tulburarea Bipolară, de vreme ce rate crescute de ADHD sunt prezente la copiii cu Tulburare Bipolară (85%) și rate crescute de Tulburare Bipolară sunt prezente la copiii cu ADHD (22%). Deși mulți cercetători

au susținut că ADHD și Tulburarea Bipolară sunt afecțiuni distincte, chiar și atunci când sunt comorbide, alții au susținut că tulburări cu afectarea comportamentului cum sunt ADHD sau Tulburarea Opoziționistă reprezintă o manifestare timpurie a Tulburării Bipolare, mai degrabă decât o tulburare independentă. Lucrarea prezentă are ca obiectiv clarificarea unor aspecte developmentale, etiologice și diagnostice legate de această comorbiditate precum și a implicațiilor clinice și terapeutice ce derivă din aceasta.

## COMPORTAMENTUL HALUCINATOR NON-ORGANIC ȘI DETERIORAREA COGNITIVĂ LA PACIENȚII CU PSIHOZĂ FUNCȚIONALĂ

A. Olteanu<sup>1</sup>, Liana Dehelean<sup>2</sup>, Ana Maria Romoșan<sup>1</sup>,  
R. Romoșan<sup>2</sup>, Rita Bálint<sup>1</sup>, S. Miloș<sup>1</sup>

*1 – Spitalul Clinic Județean de Urgență "Pius Brînzeu"  
Timișoara*

*2 – Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor  
Babeș" Timișoara*

**Context:** Datele din literatură sugerează că halucinațiile auditive sunt mai frecvente la pacienții cu schizofrenie la care boala debutează la vârste mai tinere. De asemenea, studiile efectuate pe copiii cu schizofrenie raportează prezența halucinațiilor cu o frecvență mai mare comparativ cu adulții.

**Obiectiv:** De a identifica prevalența comportamentului halucinator non-organic la pacienții cu psihoze funcționale, asociate sau nu cu deteriorare cognitivă.

**Metodă:** Studiu prospectiv efectuat pe un eșantion format din 41 de pacienți cu schizofrenie, 34 cu tulburare schizoafectivă și 22 cu tulburare bipolară. Am analizat: date socio-demografice, clinico-evolutive, severitatea simptomelor psihotice (BPRS-E), a deficitelor cognitive (MoCA) respectiv prezența modificărilor tomodensitometrice de atrofie cerebrală.

**Rezultate:** Halucinațiile auditive au fost identificate la 61,9% dintre subiecți, iar cele vizuale la 31%. Pacienții care au prezentat halucinații auditive și vizuale la intrarea în studiu au fost semnificativ mai tineri. Durata medie a episodului de boală a fost mai lungă la subiecții cu halucinații auditive, în timp ce durata totală a bolii a fost mai scurtă la cei cu halucinații vizuale. La 11 pacienți a fost stabilit un diagnostic de demență. Subiecții care au prezentat atrofie cerebrală neasociată unui diagnostic de demență, au fost semnificativ mai vârstnici, au avut un subscor BPRS-E semnificativ mai mic pentru comportamentul halucinator și subscoruri MoCA semnificativ mai mici pentru abilitățile visuospatiale.

**Concluzii:** Comportamentul halucinator, indiferent de tipul tulburării perceptivă, este mai frecvent la pacienții tineri și nu pare să fie legat de deficitul neurocognitiv.

# FACTORI PREDICTIVI PENTRU SCHIMBAREA DE DIAGNOSTIC DIN SCHIZOFRENIE ÎN TULBURARE AFECTIVĂ BIPOLARĂ

Rita Bálint<sup>1</sup>, Liana Dehelean<sup>2</sup>, Ana Maria Romoșan<sup>1</sup>, R. Romoșan<sup>2</sup>, A. Olteanu<sup>1</sup>, S.Miloș<sup>1</sup>

*1 – Spitalul Clinic Județean de Urgență "Pius Brînzeu" Timișoara*

*2 – Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara*

**Context:** Schimbarea de diagnostic între diferite psihoze funcționale ridică numeroase probleme taxonomice (fiabilitatea instrumentelor actuale de diagnostic, validitatea predictivă și discriminativă a diagnosticului și validitatea conceptului de psihoză unică) și terapeutice (reconsiderarea strategiei terapeutice). Există date care sugerează susceptibilitate genetică comună pentru schizofrenie și tulburarea afectivă bipolară dar fără diferențe specifice din punct de vedere al simptomatologiei.

**Obiectiv:** Identificarea unor potențiali factori predictive pentru schimbarea diagnosticului din schizofrenie în tulburare afectivă bipolară.

**Metoda:** Studiul este retrospectiv, pacienții incluși fiind împărțiți în două loturi, unul din 30 de pacienți cu diagnostic stabil de schizofrenie (lot SCH), al doilea din

31 de pacienți cu diagnosticul schimbat din schizofrenie în tulburare afectivă bipolară (lot SWITCH). Am analizat: date socio-demografice, clinico-evolutive, tentativele suicidare, antecedente heredo-colaterale psihiatrice, fumatul, prezența evenimentelor stresante de viață și simptomele prezente la debutul bolii.

**Rezultate:** În lotul SCH numărul mediu de episoade a fost de 6,96. În lotul SWITCH diagnosticul a fost schimbat după un număr mediu de 5 episoade de schizofrenie. Nivelul de educație a fost mai crescut la pacienții din lotul SWITCH. Din punct de vedere al simptomelor psihotice la debutul bolii, delirul de grandoare a fost mai frecvent în lotul SWITCH, în schimb la pacienții din lotul SCH au fost mai frecvente halucinațiile auditive și delirul mistic. Numărul total de episoade și numărul episoadelor neafective au fost mai crescute în lotul SWITCH, de asemenea aceștia au prezentat mai frecvent evenimente stresante de viață (abandon în copilărie, deces în familie, divorț/separare). Antecedentele heredo-colaterale de schizofrenie au fost mai frecvente în lotul SWITCH.

**Concluzii:** Pacienții diagnosticați cu schizofrenie la care se schimbă ulterior diagnosticul în tulburare afectivă bipolară par a avea mai multe recăderi de-a lungul anilor sub influența evenimentelor stresante de viață dar o susceptibilitate genetică comună pentru schizofrenie.

## TULBURĂRI COGNITIVE LA PSIHOZELE ENDOGENE CENTRATE DE DELIR

Papavă<sup>1</sup>, Vilceanu FD<sup>1</sup>, V. R. Enătescu<sup>1</sup>, Cristina Bredicean<sup>1</sup>, Liana Dehelean<sup>1</sup>, R. Romoșan Radu<sup>1</sup>, C. Ilie<sup>1</sup>

*1 – Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara*

Entitățile nosologice încadrate conform ICD 10 WHO la Alte tulburări delirante persistente (ATDP) reprezintă un grup de psihoze cu un tablou clinic foarte asemănător cu cel al schizofreniei paranoide. Deși sunt considerate de mulți psihiatri ca parte a schizofreniei, pacienții cu ATDP considerăm că nu prezintă aceeași afectare cognitivă ca cei cu schizofrenie paranoidă. Au fost selectate două loturi de 15 subiecți fiecare, unii cu diagnostic de Alte tulburări delirante persistente (F22.8), respectiv Schizofrenie paranoidă (F20.0) conform ICD 10 WHO. Tuturor subiecților li s-au aplicat scalele: testul d2 de atenție și testul MOCA (Montreal Cognitive Assessment) pentru aprecierea performanțelor cognitive, iar testul BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) pentru aprecierea severității simptomelor. Între cele două loturi nu au existat diferențe semnificative în ceea ce privește intensitatea simptomelor. Subiecții cu ATDP au avut rezultate mai bune pe toate ariile cognitive evaluate prin testul MOCA (abilitățile vizuo-spațiale, memoria semantică, atenția, limbajul, abstractizarea, memoria de scurtă durată și orientarea) decât cei cu



Schizofrenie paranoidă. De asemenea la Testul d2 de atenție, aceștia din urmă au prezentat o capacitate de concentrare și o viteză de lucru mai scăzută decât cei cu ATDP. În ciuda faptului că cele două psihoze au un tablou clinic foarte asemănător iar unii autori consideră că cele două entități nosologice nu sunt distincte și reprezintă aceeași maladie psihică, diferențele semnificative în ceea ce privește performanțele cognitive dintre cele două loturi reprezintă un argument în menținerea ca distincte a acestor psihoze endogene centrate de delir.

## SIMULAREA CU SPECIFIC PSIHOPATOLOGIC – PREZENTARE DE CAZ

Mihaela-Oana Manea<sup>1</sup>, Mieta Hațegan<sup>2</sup>, Alexandra Enache<sup>3</sup>

*1 – Doctorand Universitatea de Medicină și Farmacie  
"Victor Babeș" Timișoara*

*2 – Spitalul de Psihiatrie Gătaia*

*3 – Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor  
Babeș" Timișoara*

**Introducere:** Simularea reprezintă producerea intenționată de simptome fizice și/sau psihice, motivată întotdeauna de obținerea unor beneficii secundare. Simularea nu este o tulburare mentală, însă trebuie avută în vedere ca diagnostic diferențial în orice examinare psihiatrică. În practica medico-legală psihiatrică este oportun să discutăm despre aria simulării, tablourile psihopatologice simulate putând varia de la caz la caz, în funcție de capacitățile cognitiv-intelectuale și backgroundul educațional al individului evaluat.

**Discuții:** Descriem cazul unui bărbat în vârstă de 46 de ani, expertizat în vederea aprecierii discernământului raportat la o faptă de înșelăciune. Raportul efectuat inițial este contestat atât de către procuror care consideră pedeapsa acordată mult prea ușoară cât și de către expertizat care invocă iresponsabilitatea.

Pacientul prezintă un istoric îndelungat de internări în servicii de psihiatrie, precum și numeroase expertize medico-legale psihiatrice, majoritatea efectuate în cauze penale. La momentul examinării prezintă aspectul general al unei simulări grosiere neconcordantă cu diagnosticele pe care subiectul le prezintă și nici cu tipul faptei săvârșite.

**Concluzii:** Simularea se întâlnește frecvent, mai ales în practica medico-legală și este solicitantă pentru capacitatea profesională a medicului psihiatru care trebuie să își diversifice și adapteze în mod constant metodele de identificare a comportamentelor simulative.

**Cuvinte cheie:** expertiză medico-legală psihiatrică, tulburare de personalitate, simulare.

# FENOTIPURI COMPORTAMENTALE ȘI VULNERABILITATEA GENETICĂ ÎN PSIHOZA POST-PARTUM COMPARATIV CU PSIHOZELE FUNCȚIONALE

S. Miloș<sup>1</sup>, Liana Dehelean<sup>2</sup>, Ana Maria Romoșan<sup>1</sup>, R. Romoșan<sup>2</sup>, Rita Bálint<sup>1</sup>, A. Olteanu<sup>1</sup>

1 – Spitalul Clinic Județean de Urgență "Pius Brînzeu" Timișoara

2 – Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara

**Context:** Din perspectiva ICD-10, psihoza post partum (PP) este considerată de o entitate de sine stătătoare (tulburare mentală și comportamentală asociată cu puerperiul, care nu este clasificată în altă categorie – F53). În DSM-5 este fie o formă de tulburare afectivă cu simptome psihotice, fie o tulburare psihotică acută, declanșată de naștere.

**Obiectiv:** Compararea fenotipurilor comportamentale și a vulnerabilității genetice la pacienții cu PP, comparativ cu pacienții cu psihoză funcțională neasociată cu puerperiul.

**Metodă:** Au fost comparate două loturi: unul cuprinzând paciente diagnosticate conform ICD 10 cu psihoză post-partum la debut (lotul PP), iar celălalt paciente cu schizofrenie, tulburare schizoafectivă, sau tulburare bipolară (lotul non-PP). Am analizat date

socio-demografice, clinico evolutive, fenotipuri comportamentale (tentative suicidare, violență familială, toxicomanie) și antecedente familiale psihiatrice.

**Rezultate:** Studiul a fost realizat pe 62 de paciente: 31 în lotul PP respectiv 31 în lotul non-PP. Lotul non-PP a fost compus din 14 (45.2%) paciente cu schizofrenie sau tulburare schizoafectivă, și 17 (54.8%) cu tulburare bipolară. Nu am găsit diferențe semnificative între cele 2 loturi în ceea ce privește: tentativele suicidare, violența în familie, toxicomania sau antecedentele familiale psihiatrice. În lotul PP diagnosticul a evoluat spre: tulburare bipolară, tulburare depresivă recurentă, tulburare schizoafectivă și schizofrenie. 32.3% din pacientele cu PP au prezentat un unic episod psihotic. Pacientele cu un istoric familial de tulburări psihiatrice au avut un număr mai mare ( $Z=-2.114$ ,  $p=0.034$ ) de episoade psihotice.

**Concluzie:** Studiul prezent nu a identificat nicio diferență între psihoza post-partum și alte psihoze funcționale privind fenotipurile comportamentale și vulnerabilitatea genetică. Antecedentele familiale psihiatrice pot crește frecvența recurențelor psihotice.

# PSIHOTERAPIA FAMILIALĂ SISTEMICĂ – MODALITĂȚI DE INTERVENȚIE ÎN COMPLEXITATEA PATOLOGIEI PSIHATRICE

Ileana Radu – Timișoara

**Cuvinte cheie:** sistem, diagnostic dual, intrapsihic, interrelațional, disfuncționalitate, neuroplasticitate.

Complexitatea patologiei psihiatrice impune o lectură sistemică. Familia este un sistem în care disfuncționalitatea poate crea și întreține patologie dar în același timp poate fi și un teritoriu al resurselor prin mutualitate și interdependență.

Intrapsihic și interrelațional sunt ingrediente ale procesului patogenic; medicina bazată pe dovezi, dar și psihoterapia bazată pe evidențe demonstrează neuroplasticitatea ca bază a ambelor fațete.

Diagnosticul dual, psihiatric/familial, a devenit o paradigmă în lectura psihopatologiei, dar și în abordarea terapeutică.

Prezentarea se constituie într-o pledoarie pentru echiparea în psihoterapie familială sistemică ca resursă în procesul terapeutic dar și ca o componentă de bază a rezilienței profesionale.