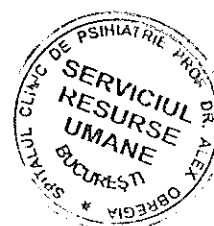
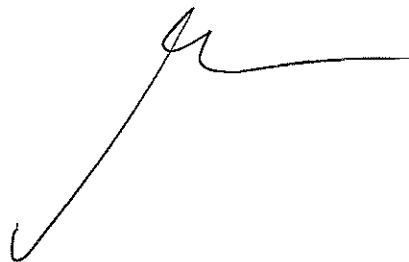


SUBIECTE PROBA SCRISA EXAMEN POST SPECIALIST PSIHIATRIE- 15 IULIE 2019-07-15

1. Abordarea categorială vs. abordarea dimensională în clasificarea tulburărilor psihice (tema 1)
2. Tulburări formale ale cursului gândirii (tema 11)
3. Tulburări psihice post-stroke. Enumerare și descriere clinică (tema 14)
4. Psihoza post-partum- tablou clinic și management terapeutic (tema 18)
5. Tulburări de conștiință cu substrat organic în epilepsie (tema 19)
6. Detoxifierea substitutivă și cea non-substitutivă în dependența la opiacee (tema 21)
7. Simptome negative primare în schizofrenie. Enumerare și descriere (tema 22)
8. Diagnosticul diferențial al amneziei disociative (tema 26)
9. Diagnostic pozitiv și diferențial al sindromului Rett (tema 37)
10. Indicații terapeutice ale beta-blocantelor în psihiatrie (tema 40)



1. Abordarea categorială vs. abordarea dimensională în clasificarea tulburărilor psihice

Clasificarea categorială- 5 p

- Clasificarea tulburărilor psihice în categorii presupune a reprezenta entități distincte- **0,5 p**
- **0,5 p**- ICD_10 și DSM utilizează un sistem, de clasificare sindromal, care se bazează pe identificarea unor:
 - Simptome discriminatorii- apar în sindromul definit și, mai rar, înalte domenii
 - Simptome caracteristice- apar în sindromul definit dar și în alte sindroame-

Pe baza acestor simptome se formulează:

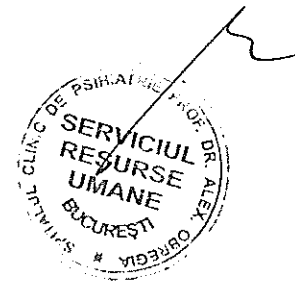
- Criterii conjunctive- trebuie satisfăcute în întregime
 - Criterii disjunctive- trebuie satisfăcute într-un număr dat-
-
- Caracteristicile sistemelor categoriale
 - Criterii clare în ceea ce privește normalul și anormalul- o tulburare psihică este fie prezentă fie absentă la un individ dat- **0,5 p**
 - Abordare descriptivă- definițiile tulburărilor psihice constau în general în descrieri ale trăsăturilor clinice esențiale și doar rareori se fac referiri etiologice- **0,5 p**
 - Formularea de criterii de diagnostic- includ o listă de caracteristici care trebuie îndeplinite pentru a se stabili diagnosticul- **0,5 p**
 - Descrierea sistematică- pentru fiecare afecțiune în parte sunt prezentate caracteristici asociate- elemente ce țin de vârstă, cultură, sex, pattern familial, prevalență, incidență, risc; evoluție- complicații; factori predispozanți; diagnostic diferențial; teste de laborator sau semne fizice atunci când sunt relevante- și nu se fac referiri la teorii etiologice, management/tratament- **0,25 p**
 - Prezența pacienților cu diagnostice multiple- duce la o ierarhizare implicită a categoriilor (dacă se pun 2 sau mai multe diagnostice, unul dintre ele va primi întâietate)- **0,25 p**
 - Obiecții
 - În privința valabilității- nu este sigur că aceste categorii reprezintă entități distincte- **0,5 p**
 - Definițiile și regulile de aplicare nu sunt întotdeauna suficient de clare, astfel încât să poată fi minuite cu siguranță- **0,5 p**
 - Multe tulburări psihice nu pot fi încadrate cu acuratețe într-o anumită categorie- cele mai frecvente diagnostice sunt tulburările nespecificate- **0,5 p**
 - După unii autori, îndepărtează de la problemele unice ale individului- **0,25 p**
 - Prin "etichetare" contribuie la agravarea dificultăților pacientului- **0,25 p**



1

Clasificarea dimensională

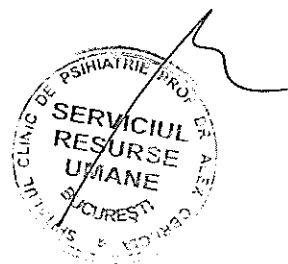
- Caracteristici:
 - Sistemele dimensionale sau de la spectru acceptă faptul că există un interval între normal și anormal, iar un pacient dat se poate situa în oricare punct dintre cele două extreme- **1 p**
 - Un număr mai mic de categorii diagnostice- **1 p**
 - Mai puține comorbidități- **0,5 p**
 - Posibilitatea existenței unor forme ușoare/atenuate de boală- **0,5 p**
- Obiecții
 - Sistemele dimensionale depind considerabil de ipotezele inițiale și de alegerea metodelor de lucru- **1p**
 - Deși util în cercetar, sunt greu de aplicat pacienților în practica clinică de zi cu zi- **1 p**



2. TULBURĂRILE FORMALE ALE CURSULUI GÂNDIRII

a. Accelerarea ritmului ideativ

- Fuga de idei
 - Caracteristici- 0,5 p
 - Exemple din patologie- 1 p
 - Forma particulară- mentismul- 0,5 p
- Incoerența gândirii
 - Salata de cuvinte- 1p
 - Verbigeratia- 1 p
 - largonalia- 1p
- Încetinirea ritmului ideativ
 - Fading mental- 1 p
 - Baraj ideativ- 1 p
 - Sărăcirea ideativă- 1 p
 - Gândirea circumstanțială- 0,25 p
 - Anideția- 1 p
 - Deambulația anideică- 0,25 p
 - Automatism anideic- 0,5



3. Tulburări psihice post-stroke. Enumerare și descriere clinică

1. Tulburări cognitive/demență

- Persistența pe termen lung a stării de inconștiență- deficite mentale severe și extensive- **0,25 p**
- Agitația, depresia sau apatia în stadiile incipiente post-AVC- falsă impresie de demență- **0,25 p**
- Perturbarea limbajului; contribuie la adâncirea handicapului- **0,25 p**
- În unele cazuri demența poate apărea înaintea stroke-ului; estimare incidență demențăpost-stroke 6-32%- **0,25p**
- Stroke-ul determină dublarea riscului de demență Alzheimer în anii de după stroke- **0,25 p**
- Factori de risc pentru demența post-stroke
 - ✓ Nivel educațional scăzut **0,25 p**
 - ✓ Declin cognitiv pre-stroke (dar nu suficient pentru a diagnostica o demență)- **0,25 p**
 - ✓ Mai multe AVC severe- **0,25 p**
 - ✓ AVC în emisfera cerebrală stângă- **0,25 p**
 - ✓ Atrofie cerebrală- **0,25 p**

2. Tulburări de personalitate

- Pot însoți tulburările intelectuale (**0,2 p**) pot fi preludiu pentru demență (**0,2p**)
- Pacienții nu pot aprecia noul context și devin
 - ✓ Anxioși- **0,2 p**
 - ✓ Iritabili - **0,2 p**
 - ✓ Depresivi- **0,2 p**
 - ✓ Necooperanți la eforturi mici- **0,2 p**
 - ✓ Devin tiranici/abuzivi cu cei care îi îngrijesc- **0,2 p**
 - ✓ Îngrijorări hipocondriace- **0,2 p**
 - ✓ Accentuarea predispozițiilor constituționale- **0,2 p**
- Cele mai mari tulburări de personalitate apar în contextul depresiei inițiale- **0,2p**

3. Depresia-

- Reacția depresivă este foarte frecventă la supraviețuitorii AVC- **0,25 p**
- Caracteristicile depresiei post-stroke
 - ✓ Mai multe simptome fizice- **0,25 p**
 - ✓ Fatigabilitate- **0,25 p**
 - ✓ Perturbări ale somnului- **0,25 p**
- Incidență mai mare a depresiei post-stroke față de pacienții cu traumatisme cerebrale cu același grad de handicap fizic- **0,25 p**
- Predictorii ai severității depresiei post-stroke
 - ✓ Severitatea afectării cerebrale **0,25**
 - ✓ Dizabilitate fizică- **0,25 p**
 - ✓ Tulburări cognitive- **0,25 p**
 - ✓ AVC în emisfera stg- **0,25 p**



- ✓ Existența suportului social/ interpersonal- 0,25
- ✓ Trăsături premorbide ale personalității- 0,25 p
- ✓ Istoric de depresie post-stroke- 0,25 p

4. Tulburările psihotice-

- sdr. paranoid, halucinații auditive și vizuale- 0,3 p
- idei de urmărire, prejudiciu, gelozie, autoacuzare- 0,3 p
- se asociază cu agitație psihomotorie și stări confuzionale - 0,3 p
- halucinoză- vizuale și auditive- 0,3 p

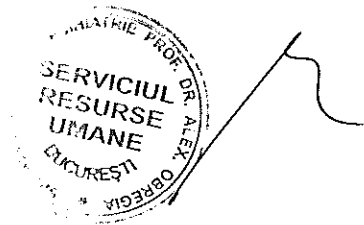
5. Tulburări afective-

Manie și hipomanie- 0,4p

Sdr. maniacal- relativ rar; agitație, idei de grandoare, delir fragmentar; oscilații ale dispoziției- 0,4p

6. Tulburare de anxietate generalizată

Poate apărea agitație psihomotorie (0,25p) stări confuzionale (0,25p)



5

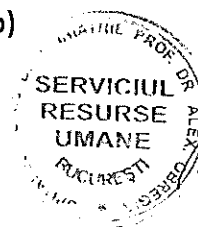
4. Psihoza post-partum

Tablou clinic-

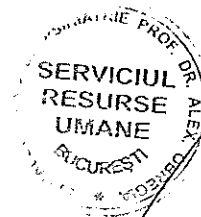
- Simptomele pot debuta la câteva zile după naștere dar în general debutul este în interval de 2-3 săptămâni și nu mai târziu de 8 săptămâni- **0,25 p**
- Există și cazuri cu debut tardiv (3-5 luni) care să prezintă în general ca o depresie severă cu elemente psihotice- **0,25**
- Caracteristic, simptomatologia psihotică floridă este precedată de simptome prodromale precum:
 - Fatigabilitatea- **0,1**
 - Insomnia- **0,1**
 - Neliniște psihomotorie – **0,1p**
 - Episoade de plâns și lăblitate emoțională- **0,1 p**
 - Tulburări cognitive ușoare **0,1**
- Ulterior apar
 - Ideea delirantă de tip paranoid, de grandoare, de persecuție, de vinovăție. De relație- centrată în special pe copil
 - ✓ Ideea că nou-născutul este mort sau prezintă defecte majore- **0,1 p**
 - ✓ Negarea căsniciei- **0,1 p**
 - ✓ Autoculpabilizare, suspiciozitate- **0,1 p**
 - Halucinații auditive sau vizuale/pseudohalucinații- **0,1 p**
 - ✓ Congruente cu ideea delirantă- **0,1 p**
 - ✓ Vocile cu caracter imperativ, care îndeamnă la suicid sau la pruncucid, sunt elemente de urgență maximă- **0,5 p**
 - Elemente de delirium sau dezorientare, confuzie- **0,25 p**
 - Incoerență, afirmații iraționale- **0,25 p**
 - Irascibilitate, heteroagresivitate, agitație psihomotorie- **0,25 p**
 - Tulburări severe de judecată- **0,25 p**
 - Nivle crescute de impulsivitate care pot contribui la riscul crescut de suicid și pruncucid- **0,25**

Management

- Urgență psihiatrică- internare într-o unitate de psihiatrie (**0,5 p**) inclusiv în regim non-voluntar, este imperativă, în caz de tentativă de suicid sau pruncucid (**0,25p**)
- Tratament farmacologic
 - Doze mici de antipsihotic incisiv (**0,25 p**) - 1-2 mg Haloperidol (**0,25 p**)- sunt suficiente pentru a controla simptomatologia
 - Cu haloperidol pacienta poate continua să alăpteze dar necesită supravegherea atâră a nou-născutului pentru semne extrapiramidale, distonie, sedare (**0,25p**); în cazul apariției acestor simptome trebuie întreruptă alăptarea (**0,25p**)
 - Pacienta trebuie să continue tratamentul cel puțin 6 săptămâni de la dispariția simptomelor psihotice (**0,5p**) deoarece riscul de recădere este foarte mare, am ales în primele 2 luni post-partum (**0,5p**)



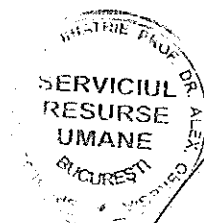
- Uneori se utilizează o combinație- antipsihotic atipic (risperidonă 0,1 p, aripiprazol 0,1 p, olanzapină 0,1 p) + litiu (0,5p) + antidepressiv SSRI (0,2p) dar numai în condițiile întreruperii alăptării
- În cazul mamelor care nu doresc să întrerupă alăptarea, nu se recomandă administrarea de clozapină din cauza riscului de agranulocitoză la nou-născut (0,5p)
- Terapie electro-convulsivantă – 1 p
- Măsuri non-farmacologice
 - ✓ Modificarea unor factori externi- creșterea suportului din partea soțului sau familiei- 0,5 p
 - ✓ Contactul cu nou-născutul- de obicei ajută dacă mama dorește dar numai sub supraveghere strictă- 0,5 p
 - ✓ Psihoterapia- indicată după remisia psihozei acute (accent pe creșterea adaptării la rolul de mamă)- 0,5 p



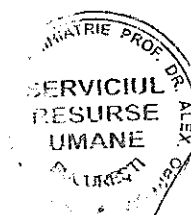
5. Tulburări de conștiință cu substrat organic în epilepsie

1. Îngustarea câmpului conștiinței

- Starea crepusculară- 1,8 p
 - ✓ Îngustare a câmpului conștiinței cu durata de ore-zile- 0,25p
 - ✓ Tulburări de percepție, ideășie și afectivitate- 0,25p
 - ✓ Depresia, anxietatea, neliniștea psihomotorie pot constitui baza comportamentului aberant, autoagresiv sau a comprotamentului de apărare cu agitație, fugă- 0,25 p
 - ✓ Cel mai fercvent alterarea conștiinței pe fondul căreia apar acte sau acțiuni automate, lipsite de critică
 - Contact parțial cu realitatea- 0,1p
 - Perceperea corectă a ambianței este imposibilă- 0,1p
 - Activitatea, deși coordonată, este strălnă de personalitatea bolnavului- 0,1 p
 - Lentoarea percepțiilor, ideășiei, reacțiilor- 0,1p
 - Răspunsuri scurte, evazive, incoerente- 0,1p
 - Expresie mimică perplexă, nătângă- 0,1 p
 - Acte neașteptate, ilogice, uneori de o agresivitate extremă, urmate de amnezie lacunară (cu importanță medico-legală)- 0,1 p
 - Fără tulburări motorii sau de limbaj- 0,1 p
 - ✓ Dispariție bruscă sau progresivă, urmată de un somn prelungit- 0,25 p
- ✓ Automatism ambulator epileptic- 1,2 p
 - ✓ Păstrarea coordonării și coerenței motorii- 0,2 p
 - ✓ Bolnavul poate să execute acțiuni mai mult sa mai puțin complexe, urmate de amnezia lacunară a actului respectiv- 0,2 p
 - ✓ Actele sunt cel mai adesea ciudate, bizare, uneori chiar cu caracter antisocial (furturi, acte criminale); alteori pot aparține de sfera profesională- 0,2 p
 - ✓ Poate dura până la câteva săptămâni- 0,2 p
 - ✓ Poate urma unui acces epileptic major- variantă a stării crepusculare- 0,2 p
 - ✓ Poate reprezenta chiar un acces epileptic- 0,2 p
- ✓ Fuga epileptică- 1,5 p
 - ✓ Descrisă în cadrul crizei focale cu simptomatologie complexă sau în cadrul epilepsiei de lob temporal- 0,3 p
 - ✓ Dezordonată și intempestivă 0,3 p
 - ✓ Apare brusc și nemotivat, cu imposibilitatea evitării pericolelor- 0,3 p
 - ✓ Caracter primitiv, elementar- 0,3 p
 - ✓ În cursul ei bolnavii pot avea tendințe piromanice- 0,3 p
- ✓ Stări delirante și halucinatorii 1,5 p
 - ✓ Variante ale stării crepusculare- 0,25p



- ✓ Tabloul clinic dominat de tulburări de percepție și de gândire- 0,25p
 - ✓ Halucinații vizuale- scenice, fixe sau mobile, intens colorate- 0,25p
 - ✓ Halucinații auditive complexe- 0,25p
 - ✓ Idei delirante de persecuție și prejudiciu- 0,25 p
 - ✓ Participă la comportamentul aberant post critic- 0,25 p
2. Tulburări ale lucidității conștiinței- 2,2p
- ✓ Obnubilarea post-paroxistică
 - ✓ Tulburare de conștiință predominant calitativă- tulburare a lucidității conștiinței- interesând în specil claritatea și volumul conștienței- 0,2 p
 - ✓ Durata de câteva ore, rar 1-2 săptămâni- 0,2 p
 - ✓ Aspect caracteristic- 0,2
 - Posibilitatea de a stabili un oarecare contact cu realitatea dar de scurtă durată
 - Dezorientare temporală
 - ✓ Percepție întârziată- 0,2 p
 - ✓ Hipoprosexie- 0,2p
 - ✓ Uneori, hipomnezie de evocare și fixare- 0,2 p
 - ✓ Lentoare ideomotorie, asociații logice greoaie- 0,2 p
 - ✓ Răspunsuri vagi și aproximative, incomplete, uneori lipsite de sens; după multe insistențe din partea examinatorului- 0,2 p
 - ✓ Lentpare motorie atât pentru mișcările spontane cât și pentru cele voluntare- 0,2 p
 - ✓ Facues hipomimic- 0,2 p
 - ✓ Somnolență marcată- 0,2 p
3. Stări confuze- 1,8p
- ✓ Pacientul percepe realitatea estompat, sesizează și fixează greu – 0,3 p
 - ✓ Amnezia asupra perioadei- 0,3 p
 - ✓ Ideăție și acțiuni incoerente- 0,3 p
 - ✓ Producție delirantă- 0,3 p
 - ✓ Agitație psihomotorie- 0,3 p
 - ✓ Funcții vitale bune, se poate deplasa- 0,3 p



6. Detoxifierea substitutivă și non-substitutivă în dependența la opiacee

- Metadonă 2,5 p
 - opioid sintetic- 0,25p
 - agonist al rec. opioizi – 0,25 p
 - administrare orală- 0,25 p
 - doză uzuală- 20-80 mg/zi; maxim 120 mg /zi- 0,25 p
 - doză unică zilnică- 0,25
 - avantaje-
 - ✓ pacienții nu se mai injectează (scade incidența bolilor infecțioase)- 0,25
 - ✓ posibilitate de a induce disforia mai mică decât heroina- 0,25
 - ✓ induce mult mai rar sedare sau depresie în comparație cu heroina- 0,25
 - dezavantaje- pacienții rămân pe un opioid- 0,5p
- Clonidină- 2,5 p
 - ✓ 0,1-0,3 mg de 3-4 ori pe zi 2p
 - ✓ Potențial de hipotensiune arterială – 0,5 p
- Buprenorfină- agonist parțial al receptorilor opioizi- 2,5 p
 - ✓ Doză 8-10 mg/zi- 1p
 - ✓ Scade utilizarea heroinei- 0,5p
 - ✓ Poate fi administrată de 3 ori pe săptămână- 1p
- Antagoniști- 2,5 p
 - ✓ Nu au efecte sedative- 1p
 - ✓ Nu produc dependență- 0,5 p
 - ✓ Naltrexona- acțiune 72 de ore- 0,5 p
 - ✓ Nu apare euforie- 0,5 p



7. Simptomele negative primare în schizofrenie. Enumerare și descriere

NIMH- 5 categorii generale de simptome negative:

1. Avoliția- 1p

- inabilitatea de a iniția și a persista în activități orientate de un scop- 0,5 p
- este asociată cu deficitele din îngrijirea personală , cu afectarea progresului educațional și vocațional- 0,5 p

2. Anhedonia- 2 p

- lipsa abilității de a descoperi sau a produce plăcere/ recompensă din activități sau relații interpersonale- 0,5 p
- ar putea fi cel mai persistent simptom negativ, prevalența estimată la peste 50 % din bolnavii din UK- 0,5p
- deși este prezentă în sindroamele depresive, atunci când anhedonia este o parte a sindromului negativ din schizofrenie, nu ar trebui considerată ca o manifestare a depresiei- 0,5 p
- conceptul de pierdere a abilității de a simți plăcere sau recompensă pare uneori în contradicție cu descrierile pacienților. De ex- fumatul țigărilor una după alta "deoarece este singurul lucru care îmi face plăcere" pare să sugereze o căutare excesivă a recompensei, care ar nega anhedonia. Explicația ar fi că pacienții cu schizofreni pot simți niveluri similare de plăcere cu loturile control, atunci când sunt implicați în activități plăcute; dar prezintă niveluri mult scăzute de plăcere anticipatori se corelează cu scăderea motivației; explică corelațiile puternice dintre avoliție și anhedonie- 0,5 p

3. Tocirea afectivă- 3 p

- inabilitatea de a exprima emoții- 0,5 p
- dificultăți în a înțelege și recunoaște emoțiile afișate de ceilalți- 0,5 p
- factor predictor important al afectării funcționale din schizofrenie- 0,5 p
- mimica individului pare imobilă și neresponsivă- 0,25 p
- contact vizual slab- 0,25 p
- limbaj al corpului redus- 0,25 p
- mai comună la bolnavii de sex masculin- 0,25 p
- la pacienții cu debut precoce al bolii sau cu funcționare premorbidă mai proastă 0,5 p

4. Retragera socială-2,5 p

- indiferența la relațiile sociale- 0,5 p
- scăderea dorinței de a socializa 0,5 p
- relații limitate cu prietenii sau familia- 0,5 p
- scăderea intereselor sexuale 0,5 p



[Handwritten signature]

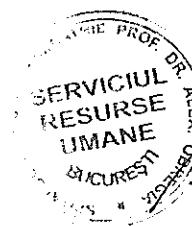
- inabilitatea de a simți intimitate sau apropiere- 0,5 p

5. Alogia- 1p

- Scădere a producției/ comunicării verbale- creștere a latenței răspunsurilor, răspunsuri scurte, lacunare; scăderea sau absența producției verbale spontane- 0,5 p
- Prezența la aproximativ 25% din pacienții cu schizofrenie- 0,25 p
- Sărăcia conținutului în prezența unui flux normal, este uneori inclusă în definiția alogie, dar această situație este mai semnificativ corelată cu dezorganizarea decât cu simptomele negative- 0,25 p

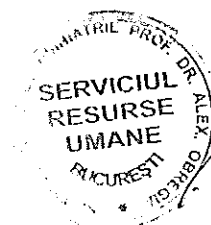
Simptomele negative primare sunt cele care par intrinseci proceselor psihopatologice ale schizofreniei- 0,25 p

Sunt cele mai puțin variabile simptome ale schizofreniei; prezența lor la debut este factor predictiv negativ pentru viitoare dizabilități- 0,25 p



8. Diagnosticul diferențial al amneziei disociative

1. Uitarea normală și amnezia non-patologică- 0,5 p
 - Criteriile DSM-IV TR specifică faptul că tulburarea mnezică trebuie să fie suficient de extensivă încât să nu poată fi explicată prin uitarea normală
 - Forme de amnezie non-patologică
 - ✓ Amnezia infantilă și a copilăriei
 - ✓ Amnezia din timpul sarcinii
 - ✓ Amnezia hipnotică
2. Declinul cognitiv- 0,5 p
 - ✓ Ușoară scădere a capacității cognitive care însă nu atinge nici un scor patologic la testele neuropsihologice
3. Demența, delirium, tulburarea amnestică organică- 1 p
 - ✓ Amnezia informațiilor personale face parte dintr-un tablou mai amplu de tulburări cognitive (care include și tulburări de limbaj, atenție, funcții executive), tulburări ale funcțiilor motorii, tulburări de comportament, semne și simptome neurologice
4. Afecțiuni neurologice cu episoade discrete de pierdere de memorie
 - ✓ Amnezia posttraumatică- 1 p
 - Anamnestice se identifică- trauma, o perioadă de pierdere a conștienței +/- amnezie lacunară- 0,5 p
 - Semne clinice obiective ale traumei cerebrale- 0,5 p
 - ✓ Amnezia globală tranzitorie TGA- 1p
 - Poate fi confundată cu amnezia disociativă, mai ales că ambele pot fi precedate de evenimente stresante de viață- 0,25 p
 - În TGA apare brusc amnezia retrogradă completă și incapacitatea de a învăța abilități, amnezie retrogradă pronunțată, preservarea memoriei identității personale, conștientizarea anxiogenă a pierderii memoriei, comportament în general normal- 0,25 p
 - Afectează de obicei persoane peste 50 de ani care prezintă factori de risc pentru boala cerebrovasculară deși în unele cazuri au implicat epilepsia și migrena- 0,25 p
 - Afectează de obicei persoane de peste 50 de ani care prezintă factori de risc pentru boala cerebrovasculară, deși în unele cazuri au fost implicate epilepsia și migrena- 0,25 p
 - ✓ Amnezia legată de tulburările epileptice 1 p
 - Prezentarea clinică diferă semnificativ de cea a tulburărilor disociative, cu prezența unor evenimente paroxistice și sechelare- 0,5 p
 - Uneori pacienții cu crize parțiale complexe recurente pot prezenta comportament bizar, tulburări menizice, iritabilitate, agresivitate, în cadrul automatismului ambulator



epileptic punând probleme de diagnostic diferențial cu
tulburările disociative- 0,25 p

- Pacienții cu crize pseudoepileptice pot prezenta și simptome disociative precum amnezia și istoric de traumă psihologică- 0,25 p

5. Amnezii legate de consumul de substanțe- 1p

- ✓ Alcool -0,1 p
- ✓ Sedative-hipnotice -0,1 p
- ✓ Agenți anticolinergici -0,1 p
- ✓ Cannabis -0,1 p
- ✓ Psihedelice -0,1 p
- ✓ Fenciclidina -0,1 p
- ✓ Hipoglicemianți -0,1 p
- ✓ Betablocante -0,1 p
- ✓ carbonat de litiu-0,1 p
- ✓ steroizi -0,1 p

6. alte tulburări disociative 1p

- ✓ fuga disociativă- 0,5 p
- ✓ tulburare disociativă de identitate- 0,5 p

Se poate prezenta cu forme acute de amnezie și episoade de fugă; dar de obicei tabloul clinic este mult mai complex decât al amneziei disociative

7. tulburarea acută de stress, PTSD, tulburări somatoforme- 1 p

- ✓ DSM IV TR le menționează la criterii de excludere- 0,25 p
- ✓ Greu de diferențiat- mulți pacienți cu amnezie disociativă îndeplinesc în întregime sau parțial criteriile pentru PTSD sau tulburarea acută de stress- 0,5 p
- ✓ În practică alegerea diagnosticului se face pe baza judecății clinice și experienței medicului- 0,25 p

8. Episodul psihotic- 0,5p

- ✓ Amnezia episodului psihotic când revine la starea non-psihotică

9. Episod afectiv- 0,5 p

- ✓ Amnezia unor detalii ale episodului maniacal când este depresiv și vice-versa sau când este eutimic

10. Tulburări factice 1 p

- ✓ De obicei există un beneficiu urmărit sau sunt victime ale sugestibilității



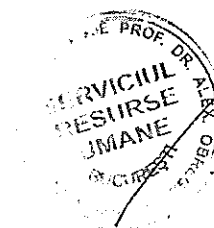
9. Diagnostic pozitiv și diferențial al sindromului Rett

Definiție- Tulburarea Rett constă în apariția unor deficite severe, după o perioadă de funcționare normală după naștere- **0,5 p**

- A. Toate din următoarele
1. Dezvoltare prenatală și postnatală aparent normală- **1 p**
 2. Dezvoltare psihomotorie aparent normală în primele 5 luni după naștere- **1 p**
- B. Debutul tuturor celor de mai jos după o perioadă de dezvoltare normală
1. Decelerarea creșterii capului între 5 și 48 de luni- **1 p**
 2. Pierderea, între 5 și 48 de luni, a abilităților manuale anterior achiziționate cu apariția ulterioară a mișcărilor stereotipe a mâinilor, răsucitul mâinilor, spălatul mâinilor- **1 p**
 3. Pierderea angajării sociale timpuriu în evoluție (deși deseori interacțiunea socială se dezvoltă mai târziu)- **1 p**
 4. Apariția de mișcări ale mersului și ale trunchiului slab coordonate- **1p**
 5. Afectarea severă a dezvoltării limbajului expresiv și receptiv cu retard psihomotor sever- **1 p**

Diagnostic diferențial

Rett	Autism
Deteriorarea etapelor de dezvoltare – circumferința craniană, creștere în greutate- 0,5 p	Dezvoltarea este afectată de la început
Apar- mișcări specifice ale mâinilor - 0,5 p	Manierismele legate de mișcările mâinilor pot apărea sau nu
Slabă coordonare , ataxie, apraxie- 0,5 p	Multe persoane cu tulburare autistă au tulburări grave ale funcției motorii care nu sunt ușor remarcate
Abilitățile vorbirii sunt complet pierdute de obicei- 0,5 p	Pacienții folosesc limbaj aberant de obicei
Neregularități respiratorii- 0,25 p	Nu apar neregularități respiratorii
Apar frecvent convulsii- 0,25 p	De obicei nu apar convulsii; dacă apar sunt cu debut în adolescență



10. Indicațiile terapeutice ale beta-blocantelor în psihiatrie

1. Tulburări de anxietate
 - ✓ Propranololul – fobie socială, în special în anxietatea de performanță- 10-14 mg cu 30 min înainte de situația provocatoare de anxietate- **0,5p**
 - ✓ Tulburare de panică, PTSD, anxietate generalizată; eficiență inferioară BZD sau SSRI- **0,5 p**
 - ✓ Pindolol -2,5 mg/zi- augmentarea efectului SSRI în TOC- **0,5 p**
2. Tremor postural indus de litiu
 - ✓ Propranolol 20-160 mg/zi în 2-3 prize. Inițial se încearcă scăderea dozei de litiu, mutarea administrării seara, la culcare și eliminarea factorilor agravanți (cofeină)- **(0,75 p)**
 - ✓ Pentru tremorul postural indus de indus de alte medicamente (tricyclice, valproat)- **0,75 p**
3. Akatisia acută indusă de neuroleptice
 - ✓ Betablocantele sunt mai eficiente decât BZD și anticolinergicele în tratamentul akatiei induse de neuroleptice- **0,75 p**
 - ✓ Nu sunt eficiente în tratamentul distoniei acute sau parkinsonism indus de neuroleptice- **0,75 p**
4. Comportament agresiv și violent
 - ✓ Betablocantele sunt eficiente în reducerea numărului de izbucniri violente și agresive la pacienții cu tulburări ale impulsurilor, schizofrenie, tulburări organice (TCCC, tumori, encefalite, boli degenerative- Huntington, leziuni anoxice, dependență etanolică)- **1 p**
5. Sevrăj etanolic
 - ✓ Propranololul poate fi adjuvant util pentru BZD- **0,5 p**
 - ✓ Administrare în funcție de frecvența cardiacă- nu se administrează la mai puțin de 50 bpm; 50 mg la puls între 50-80 bpm; 100 mg la puls de peste 80 bpm- **0,5 p**
 - ✓ Există dovezi ale eficienței betablocantelor în sevrăjul la cocaină sau BZD- **0,5p**
6. Augmentarea tratamentului antidepressiv
 - ✓ Pindolol- augmentarea SSRI, tricyclice, ECT- **0,5 p**
 - ✓ Administrarea concomitentă cu antidepressivul, la începutul tratamentului, poate scurta perioada obișnuită de latență de 2-4 săptămâni a începutului efectului antidepressivului- **0,5 p**
 - ✓ Poate induce, de asemenea, depresie la unele persoane- **0,5 p**
7. Alte tulburări
 - ✓ Beneficii în schizofrenie (**0,5 p**), simptome maniacale (**0,5p**), balbism (**0,5p**)

