

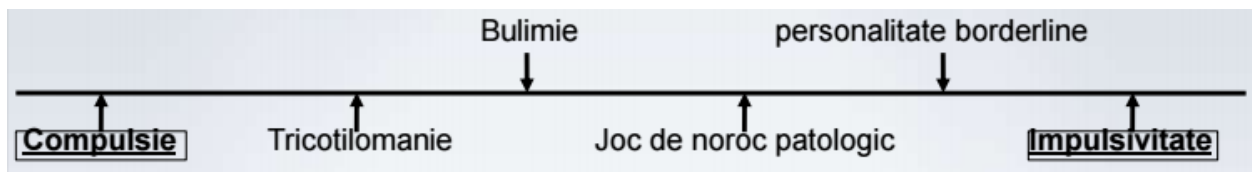
Dependența și impulsivitatea

Curs

2012

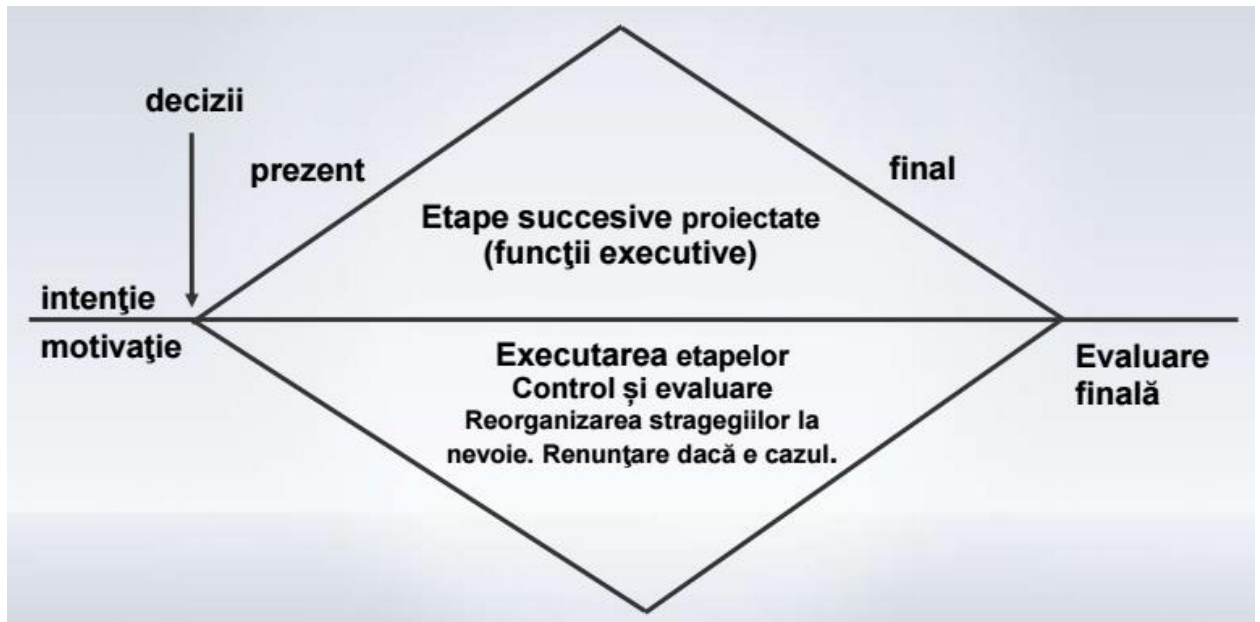
Introducere

Impulsivitatea și adicția au fost comentate în ultimul deceniu în corelație cu obsesionalitatea. Una din cele trei axe ale ”spectrului tulburării obsesiv compulsive” se întinde, după Hollander, între obsesionalitate și compulsivitate.



De aceea e util dacă în comentariul impulsivității (și adicției) se evocă tulburări de personalitate obsesiv-compulsivă (anankastă, psihastenă), a cărei problemă principală este axată pe activitate, pe ”funcția executivă”. În corelație cu TPOC se poate aminti sd. Abulic psihasten.

Sindromul abulic psihasten se manifestă în domeniul capacității subiectului de a decide relativ liber și a controla acțiunea până la realizarea finală.



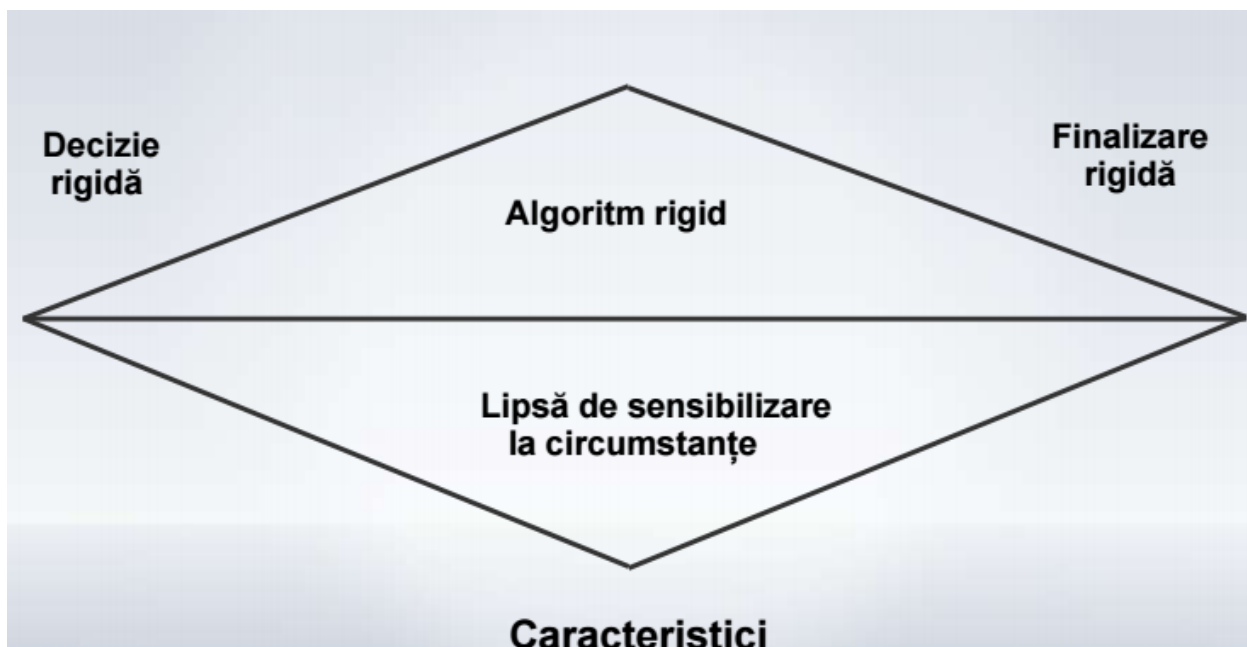
În sindromul abulic psihasten întâlnim:

- indecizie marcată, ambientală;
- dificultatea trecerii la act;
- proiecte și variante posibile multe și inutile;
- autocontrol exagerat al situației și a execuției, verificări exagerate;
- lipsa continuității, revenirii, finalizare dificilă.

Se cere subliniat:

- hiperreflexie în toate etapele;
- laxitatea limitelor acțiunii, împrăștiere, dezordine;
- ambivalență interpersonală, dependență/opoziție.

Un model comportamental simetric, în oglindă cu cel abulic psihasten, îl întâlnim în comportamentul anankast rigid.



În varianta anankastă, după decizie și formularea planului, subiectul execută acțiunea precis și rigid până la capăt, fără să fie atent la informațiile de pe parcurs. Nu se adaptează circumstanțelor, are întotdeauna frică de ceea ce e nou.

Nu comunică și nu acceptă sugestiile altora; nu colaborează.

Acțiunea e rigidă, delimitată. După încheiere, începe imediat alte activități; nu se poate relaxa.

Acest model se intersectează cu stilul autistului cu înaltă funcționare socială care se manifestă rigid, cu intoleranță la nou.

Sindromul adictiv

Viața și sănătatea omului depinde de aporturi exterioare, activități și colaborare cu alții. În mod normal subiectul are o suficientă independență și autodeterminare putând controla aceste domenii. În psihopatologie se poate întâlni un deficit în această direcție fapt ce conduce la sindromul de dependență sau adicție.



A. Tulburarea de personalitate dependentă

Criterii de diagnostic după DSM-IV TR Subiectul prezintă în decursul vieții, începând de la vârsta adultă, o nevoie continuă și excesivă de a fi îngrijit, fapt ce conduce la supunere exagerată și frică de separare.

Sunt prezente cel puțin 5 din următoarele:

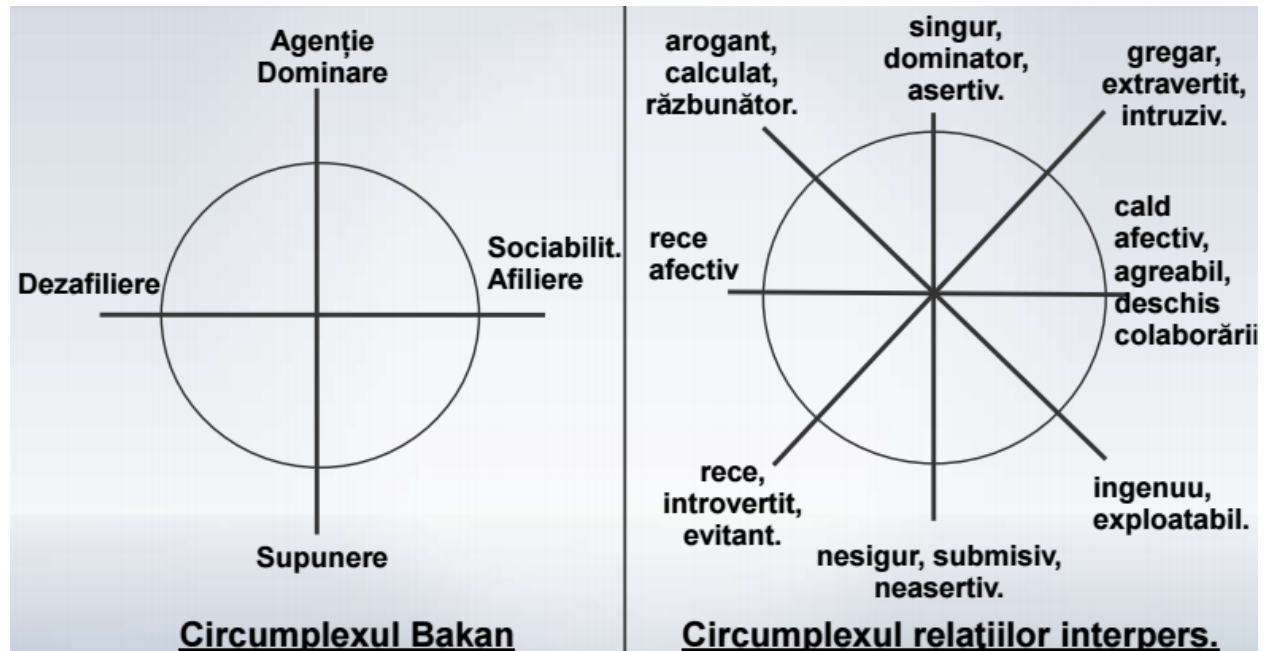
- are dificultăți în a lua decizii în viața de zi cu zi, fără consilierea și asigurarea altora;
- nevoie de alții să-și asume responsabilitățile în majoritatea ariilor vieții sale;
- are dificultăți în a-și manifesta dezacordul cu alții de frică de a nu pierde suportul sau aprecierea acestora;

A. Tulburarea de personalitate dependentă

- are dificultăți în a încheia proiecte și să le realizeze singur (datorită neîncrederii în propria judecată, în abilitățile sale și nu din lipsă de motivație sau energie);
- face eforturi deosebite pentru a obține suport din partea altora, pentru aceasta fiind în stare să facă lucruri neplăcute;
- se simte inconfortabil și lipsit de ajutor dacă rămâne singur, datorită fricii exagerate că nu e în stare să-și poarte singur de grijă;
- dacă suportul dispare, caută rapid o altă persoană de suport;

- este în mod nerealist preocupat cu frica de a nu fi capabil să aibe grijă de sine.

Persoana dependentă se plasează la polul inferior pe circumplexul relațiilor interpersonale, model după circumplexul lui Bakan.



Pe lângă dependența patologică de altă persoană ce se manifestă în cazul TP dependente, există dependențe interpersonale firești, așa cum sunt: dependența dintre copil și mamă, dintre elev și profesor, dintre subordonat și șef, mai ales dintre persoane care sunt intim atașate una de alta ca în cazul iubirii.

Apropierea afectivă în dependența interpersonală e importantă pentru împărtășirea opiniilor, atitudinilor, pentru luarea deciziilor și cunoaștere interpersonală. Sugestia psihică are la bază și această dependență. Dependența interpersonală intervine în mai multe fenomene psihopatologice.

B. Dependența de acțiuni

a. Dependența de munci. Aceasta a fost descrisă inițial în Japonia la persoane care nu puteau să se desprindă de muncă. Este caracteristică T.P. obsesiv

compulsiv anankast; persoana nu știe să se relaxeze și să se distreze (de ex. în vacanță); e tot timpul preocupată de activități și munci, iar când termină un lucru începe imediat altul; nu “pierde vremea” în discuții cu alții sau prin relaxare.

b. Dependența de hobby-uri. Preocuparea unor oameni în timpul liber, distinctă de profesie, poate fi dominantă, să-l pasioneze excesiv și să-i perturbe echilibrul programului. Colecționarism, jocul de șah, timpul petrecut pe facebook, preocupări față de cursa de cai sau chiar jogging-ul poate deveni adictiv, în sensul că subiectul nu se mai poate desprinde de aceste activități.

c. Unele comport. impulsive - pot deveni adictive: ca de exemplu jocurile de noroc patologic.

d. Unele conduite - corelate instinctualității (alimentare, sexuale) pot fi și ele analizate în perspectiva adictivității (deficiența de autocontrol, de “voință”)

C. Addicția de substanțe psihoactive

Caracteristicile sd. Adictiv cu substanțe au fost studiate cel mai mult la alcoolism. Se manifestă prin:

- consum continuu care tinde să devină zilnic;
- în cantitate nocivă;
- consum neadecvat – ca loc, moment, stil; subiectul pierde autocontrolul consumului, atât în ceea ce privește cantitatea cât și în modul de consum, împrejurările de consum (își pierde “libertatea” în raport cu consumul);
- tendința de creștere a dozelor, prin creșterea toleranței, cu nevoia unor doze mai mari pentru a obține același efect;
- consumul este nociv pe termen scurt și/sau lung prin efectele biologice, prin cele psihice și sociale; deși ajunge la consum nociv, subiectul nu se abține;
- consumul răspunde unei nevoi psihologice pe care subiectul o resimte în absența aportului – tensiune, anxietate, iritare, obsesie puternică; se ajunge la o nevoie irezistibilă de consum imediat și în cantitate patologică (“craving”);

- consumul modifică starea biologică , psihică, reducând starea neplăcută inițială, conducând de obicei la satisfacție și plăcere de moment, iar în absența substanței starea subiectivă de rău reapare accentuat;

- starea psihică modificată prin consum nu e adaptativă; apar modificări ale funcțiilor psihice: cognitiv, instinctiv, afectiv, comportamentale – și perturbări dezadaptative în comportamentul interpersonal. De obicei se instaurează o detașare de ambianță, de realitate, cu trăiri în izolare, într-o lume proprie;

În timpul consumului pot apărea stări psihopatologice descrise în sindroamele standard: delirium, anxietate, delir, halucinații.

Oprirea consumului induce o stare de sevraj caracterizată prin:

- stare subiectivă de neplăcere cu anxietate, depresie, iritare, tensiune, neliniște, agitație, insomnie, nevoie irezistibilă de consum;

- uneori pot apărea în sevraj tulburări psihice grave cu: delir, halucinații, agitație, delirium;

- prezența unei stări biologice alterate, cu afectări cardiocirculatorii, respiratorii, disvegetozice, deshidratare, tremor, fenomene neurologice (crize comițiale);

După starea de sevraj, dacă acesta e dependent sau dacă abstinerea e doar circumstanțială, subiectul poate rămâne mult timp cu o vulnerabilitate crescută, astfel încât se poate ajunge din nou la consum și dependență cu ocazia unor mici stresori sau după consum incidental.

Dependența de alcool și substanțe psihoactive conduce la multe complicații somatice ca urmare a modalităților neadecvate de administrare (injecții în cazul drogurilor) a efectului nociv direct al substanțelor asupra organismului și stilului de viață (subnutriție, promiscuitate).

Dependența de substanțe este frecvent o tulburare comorbidă cu alte tulburări psihice:

- tulburări de personalitate (mai ales cluster B);
- tulburări anxioase;
- tulburări depresive și bipolare;
- schizofrenia;
- tulburări impulsive.

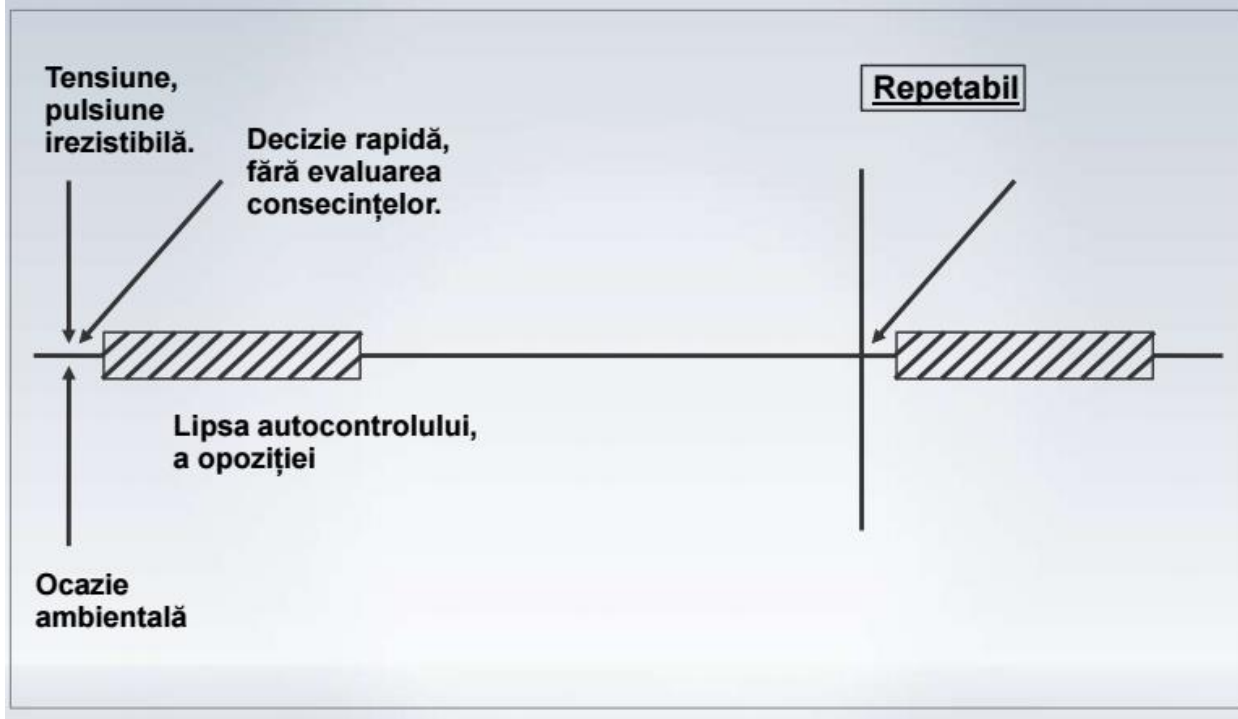
Tratamentul vizează nu doar dependența substanței ci a celorlalte tulburări psihopatologice și de personalitate.

Sindromul comportamentului impulsiv

Comportamentul uman normal presupune deliberare și argumentare, astfel încât deciziile se iau în funcție de amploarea și semnificația problemei în cauză, mai repede sau mai lent, presupunând evaluarea consecințelor actelor și implicând libertatea și responsabilitatea persoanei.

Situațiile normale, în care decizia este dificilă și mult deliberată precum și cele în care ea este luată fără multe analize, se articulează între ele și se prelungesc în psihopatologie. Hiperdeliberarea și indecizia se întâlnesc mai ales în patologia obsesivă, incluzând sd. Abulic, iar scurtcircuitarea motivațională în comportamentul impulsiv și cel maniacal.

Sindromul comportamentului impulsiv



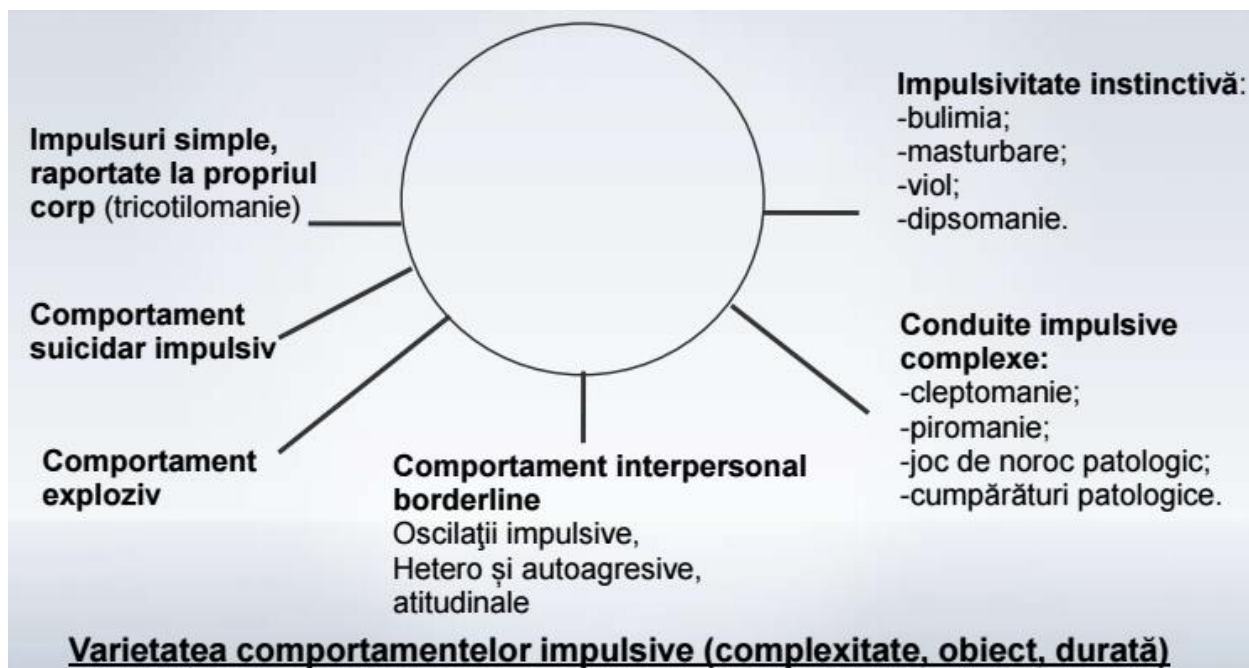
Sindromul psihopatologic al impulsivității se caracterizează prin decizie rapidă cu trecere la act fără suficientă deliberare, care să evalueze consecințele actelor pentru sine și pentru alții. Și/sau prin imposibilitatea subiectului de a se opune pulsiei ce o resimte. Decizia e luată în urma unei tensiuni, a unei pulsii interne, cu minime solicitări externe. Ambianța furnizează, de obicei, doar ocazia desfășurării actului. Totuși în anumite împrejurări, subiectul ce se află sub tensiune impulsivă poate să influențeze el însuși împrejurările în raport cu care, ulterior, se poate descărca. Pulsia spre act e resimțită ca irezistibilă. Ea e însoțită de o stare de tensiune, încordare, uneori neliniște, anxietate. De multe ori subiectul își dă seama că actul pe care tinde să îl întreprindă nu e recomandabil sau e nociv. Dar lupta cu sine însuși durează puțin. După care cedează și se angrenează în comportamentul respectiv.

În timpul comportamentului impulsiv, subiectul e complet absorbit de acesta, nu mai reacționează la stimuli sau argumente exterioare care l-ar putea opri. El se află într-o stare de încordare maximă, de excitație, fiind fascinat de actul pe care îl execută. Actul impulsiv are o finalitate hedonică; desfășurarea lui și mai ales rezultatul produc satisfacție de moment subiectului, îl detensionează. După ce comportamentul sau ciclul comportamental impulsiv s-a încheiat, subiectul resimte aspectul nefavorabil, de nedorit sau nociv al comportamentului său. Și trăiește sentimente de nemulțumire, vinovăție, rușine, dezaprobare. El proiectează în viitor renunțarea la un astfel de comportament; după o perioadă de timp, ciclul se reia.

Caracterizarea anterioară se aplică, în mare măsură, tuturor comportamentelor impulsive, cu particularități de la caz la caz. Aspectul specific constă în pierderea autocontrolului asupra comportamentului și a libertății de acțiune.

Patologia autocontrolului impulsurilor constă în trăiri secvențiale, unele din acestea fiind scurte ca durată, altele având o desfășurare mai amplă. Aceste comportamente se repetă la anumite intervale de timp. În acest sens fenomenul se aseamănă până la un punct cu tulburarea obsesiv compulsivă în care însă secvențialitatea este scurtă și repetarea frecventă. Pe de altă parte, patologia comportamentului impulsiv are o intersecție semnificativă cu unele forme ale sindromului addictiv, exemplul clasic fiind cel al jocului patologic de noroc.

Comportamentele impulsive sunt foarte variate. Ele pot fi împărțite în mai multe clase, în funcție de mai multe criterii, cum ar fi: complexitatea, obiectul de raportare (la sine, la alte persoane, la lumea fizică), sau durata desfășurării.



Câteva grupe clasice sunt:

- comportamentul impulsiv simplu, raportat la propriul corp, tricotilomania (smulgerea firelor de păr); în aceeași clasă intră zdrobirea coșurilor de pe față, gratajul patologic, roaderea unghiilor.

- compulsiile instinctive: - bulimia se referă la consumul irezistibil al unei mari cantități de alimente într-un interval scurt de timp;

- masturbarea patologică se apropie de această clasă, fenomenul fiind în parte impulsiv, în parte compulsiv, în sensul declanșării printr-o tensiune obsesivă și în urma unei perioade de luptă interioară. Alte comportamente sexuale aberante se pot desfășura după același model. Comportamentul heterosexual impulsiv, de tip viol, e mai frecvent la persoane dizarmonice de tip antisocial (psihopate).

- cleptomania constă din însușirea impulsivă a unor bunuri de care pacientul nu are nevoie și nu le utilizează.

- piromania se referă la incendierea impulsivă, lipsită de un obiect pragmatic;

- dipsomania definește consumul periodic impulsiv de băuturi alcoolizate, care odată declanșat (uneori după o scurtă luptă interioară) durează câteva zile, urmată de o perioadă de abținere. În cazul diverselor adicții, perioade de abținere pot fi urmate de perioade de adicție, intrarea în starea de dependență și consumul realizându-se după modelul impulsiv;

- jocul impulsiv de noroc se desfășoară după toate regulile comportamentului impulsiv. El poate avea aspecte variate și se poate repeta după anumite intervale. În unele cazuri este interpretabil și ca o adicție comportamentală;

- cumpăraturile impulsiv se plasează în aceeași subclasă, dar se cere exclusiv o stare hipomaniacală;

- comportamentul exploziv sau impulsivitatea heteroagresivă este de obicei declanșată de evenimente ce nu sunt evaluate suficient sau sunt interpretate deformat de subiect. El se corelează cu o dispoziție afectivă iritabil agresivă. În cazul explozivității se poate considera că ne aflăm la o extremă a impulsivității opusă hiperdeliberării și nehotărârii; subiectul acționează acum scurtcircuitând total deliberarea.

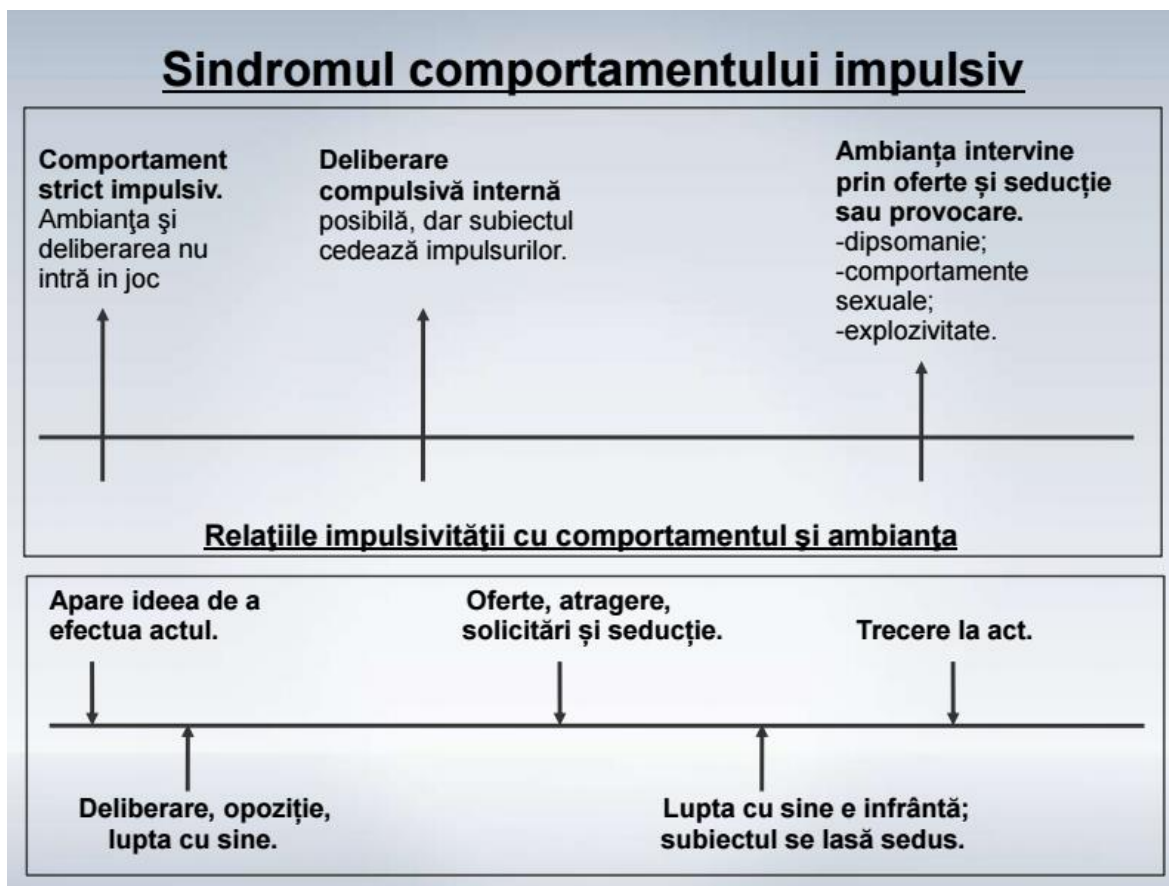
- comportamentul interpersonal impulsiv cu diverse modele de raportare, se întâlnește la persoanele disarmonice de tip borderline (cu treceri frecvente de la heteroagresivitate la submisivitate și autoagresivitate).

- comportamentul parasuicidar sau suicidar impulsiv, la fel ca heteroagresivitatea impulsivă, este declanșat de evenimente minime, la persoane disarmonice sau care se află într-o perioadă de viață specială.

Situațiile de comportament impulsiv menționate anterior se diferențiază, așa cum deja s-a menționat, prin complexitate, durată și mod de instalare. În unele comportamente impulsiv agresive există un fond de dispoziție iritabilă sau instabilă și factori declanșatori, chiar dacă sunt minimi. În bulimie sau dipsomanie impulsiv

se poate naște endogen, iar perioada de luptă cu acesta redusă. Piromania poate avea o perioadă mai lungă de elaborare și deliberare.

Cleptomania poate fi favorizată de circumstanțe, de ocazie (prezența într-un magazin, într-un loc în care sunt lucruri interesante). La fel, cumpăratul impulsiv patologic poate fi influențat de ocazii, reclame, disponibilitate financiară. În comportamentul heterosexual impulsiv poate interveni destul de mult atracția situațională, chiar seducția. În ansamblu, patologia impulsivă a insuficienței autocontrolului în decizie și trecere la act, este mai influențată de ambianță decât patologia obsesiv-compulsiv, cu care se poate plasa în continuitate, în cadrul unei dimensiuni a spectrului obsesiv-compulsiv.



În continuare este prezentată o schemă a relațiilor reciproce dintre diverse funcții psiho normale și sindroame psihopatologice.

