

PREZENTĂRI DE CAZ / CASE REPORTS

Psihoterapia în psihozele adolescentului

Psychotherapy in Adolescent Psychosis

Constantin Oancea¹, Bogdan Budișteanu²

REZUMAT

Obiectiv

În practică, psihoterapia este un adjuvant prețios în tratamentul psihozelor. Intervențiile de tip psihoterapeutic trebuie etapizate în raport cu stadiul evolutiv al psihozei: acut, remisie și stadiul de recuperare. În stadiul acut al psihozei există un grad de tensiune psihotică și alte manifestări psihopatologice amenințătoare, resimțite anxios de acea parte a Eu-lui adolescentului rămasă integă. Pacientul trăiește confuz și realitatea înconjurătoare, mai accentuat dacă este reprezentată de mediul nou, restrictiv de spital. Conduita psihoterapeutică va fi protectivă, cu încurajări ale subiectului înspăimântat sau depresiv, cu fraze scurte, zâmbete, fără contraziceri, restricții de deplasare discrete. La ea participă întregul personal, dacă este posibil prin persoane stabile de îngrijire, pentru a permite stabilirea de legături afective. Abia în perioada de început a remisiei, când se poate infripa o discuție, se poate trece la o fază de explicații din partea medicului asupra bolii, fără amănunte care să traumatizeze, cu sublinierea caracterului trecător și a remisiei cu condiția acceptării medicației. În stadiul de recuperare se va formula un program proporțional cu resursele actuale, evident reduse, care va fi urmărit periodic odată cu ajustarea medicației și revenirea în familie. Este important ca adolescentul psihotic în faza de revenire acasă să fie angajat în activități de tot felul în raport cu capacitățile actuale. În paralel, se va lucra cu aparținătorii, pentru a reduce rezonanța trăirilor lor anxioase cu cele ale adolescentului. Se insistă asupra oferirii de responsabilități în raport cu starea psihică, în îngrijirea personală, în luarea medicamentelor. Tratamentele medicamentoase neinvazive actuale contribuie în mod substanțial la crearea unei atmosfere acceptabile în jurul adolescentului psihotic.

Cuvinte cheie: tensiune psihotică, susținere psihoterapeutică, participarea familiei

ABSTRACT

Objective

In practice, psychotherapy is a valuable help in the treatment of psychoses. The psychotherapeutic types of interventions should be phased in relation to the evolutionary stage of psychosis: acute, remission and recovery stage. In the acute stage of psychosis, there is a degree of psychotic tension and other threatening manifestations of psychopathology, felt anxiously by that part of the adolescent's ego that remained integer (i.e. a complete entity). The patient lives confusedly the surrounding reality, too, more pronounced so, if the new, restrictive hospital environment represents this reality.

The psychotherapy conduct will be protective, providing encouragement to the frightened or depressed subject, with short sentences, smiles, without contradictions and with discreet travel restrictions. The entire staff participates in this conduct, if possible care should be given by stable nursing personnel, allowing for the establishment of affective ties. Only in the early period of remission, when a conversation can be instituted, the therapy may proceed to a phase of explanations on the part of the doctor on the disease, without details to traumatize, underlining the transient nature of the remission, too, on condition that the patient accepts the medication.

In the recovery stage, a program will be formulated matching the current, clearly reduced, resources, which will be checked periodically, with medication adjustment and return to the family. It is important that, in the phase of returning home, the psychotic adolescent should be engaged in activities of all kinds in relation to his/her current capabilities. In parallel, the therapists will work with tutors to reduce the resonance of their anxiety with that of the adolescent's. We insist on assigning responsibilities in relation to the patient's mood, in personal care, in taking medicines. Current non-invasive medical treatments contribute substantially to creating an acceptable atmosphere around the psychotic adolescent.

Key words: psychotic tension, supportive psychotherapy, family participation.

Introducere:

Psihozele sunt tulburări de neurodezvoltare caracterizate prin: dezorganizarea personalității, alterarea importantă a capacității de testare a realității, tulburări formale de gândire, tulburări de percepție, aplatizare afectivă, apatoabulie. Prevalența lor la copii

și adolescenți este estimată la 2 la 100000 de locuitori (Boeing, Cohen) [1,2]. Reprezintă o problemă importantă de sănătate, atât prin tabloul clinic, cât și prin prognostic.

La prima vedere psihoterapia pare rezervată tulburărilor nevrotice însă în practică ea este un adjuvant

¹ Prof. Dr., Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alex. Obregia” București, Clinica de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului

² Medic Primar, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alex. Obregia” București, Clinica de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului

Autor de Corespondență: Bogdan Budișteanu
e-mail: bbudisteanu@yahoo.com

¹ PhD, “Prof. Dr. Alexandru Obregia” Clinical Hospital of Psychiatry, Bucharest, Child and Adolescent Clinic of Psychiatry

² MD, “Prof. Dr. Alexandru Obregia” Clinical Hospital of Psychiatry, Bucharest, Child and Adolescent Clinic of Psychiatry

Correspondence author: Bogdan Budișteanu
e-mail: bbudisteanu@yahoo.com

prețios în tratamentul psihozelor. Intervenția psihoterapeutică se face etapizat în raport cu stadiul evolutiv al psihozei, fiind diferențiat stadiul acut, cel de remisiune și perioada dintre episoade. De principiu este utilizată psihoterapia de susținere cu diferite variante.

Stilul de comunicare este blând, încurajator, este utilă ascultarea empatică a adolescentului, fără contraziceri inutile, restricțiile de deplasare să fie realizate de persoane calme, cu zâmbetul pe buze. Psihoterapia de susținere realizează întărirea și sprijinirea forțelor de apărare, de defensă în economia psihicului uman, ajută la restaurarea echilibrului psihic prin întărirea Eului și la dezvoltarea unor alternative comportamentale în vederea asigurării controlului de sine și a adaptării satisfăcătoare la condițiile de viață.

Principiile psihoterapiei suportive (Oancea, Peter Buckley) [3,4] presupun: acceptarea necondiționată, fără rezerve a pacientului ca o ființă umană, distinctă și egală în drepturi; elucidarea viziunii pacientului asupra lumii și asupra experiențelor sale din perspectiva dizabilităților sale; utilizarea acestei punți pentru a permite pacientului să facă schimbări posibile în personalitatea sa și să accepte în mod înțelept cele petrecute în lumea din jurul său; asigurarea controlului de sine și a adaptării satisfăcătoare la condițiile de viață.

Psihoterapia de susținere reduce anxietatea și simptomele. În acest context Gill (1951) [5] a dezvoltat psihoterapii scurte, care să nu modifice apărările pacientilor cu Eul slab. El a susținut că niciodată nu se atacă apărările necesare pentru continuitatea funcționării persoanei pentru ca terapia inabilă ar putea face mai mult rău accentuând anxietatea și dezorganizarea psihică.

Trebuie păstrate apărările psihologice chiar dacă ele au devenit patologice (de ex. ideile paranoide) [3], nu este cazul ca bolnavul să fie contrazis în mod brutal în timpul episodului psihotic florid, el trebuie încurajat să se exprime grafic și să își utilizeze imaginația (Nussbaum și Nussbaum, 2012) [6] fapt care contribuie la clarificarea sa.

În abordarea pacientului pe primul plan stă sprijinul necondiționat, subiectul va fi protejat cu calm și simpatie, va fi încurajat și ajutat să parcurgă această perioadă dificilă de viață, în etapa inițială nu va lua cunoștință de problemele și deficitale sale.

În stadiul acut al psihozelor

În stadiul acut al psihozelor există un grad de tensiune psihotică resimțită amenințător, dureros de acea

parte a Eului adolescentului rămasă integră, pacientul trăiește confuz realitatea înconjurătoare, apare o instrăinare în raporturile dintre pacientul psihotic și restul lumii, de unde primește mesaje amenințătoare (Marcelli și Braconier) [7]. Confuzia poate fi accentuată de mediul străin, restrictiv al spitalului (Eggers) [8].

În etapa inițială trebuie acceptate ca atare suferința, slăbiciunea, delirul, depresia, regresivitatea, infantilizarea, fobiile. Deși suferința este vizibilă ea nu va fi comunicată bolnavului deoarece asemenea remarci ar putea fi tratate drept critici, accentuând slăbiciunile și descurajarea.

Măsuri organizatorice cu componentă psihoterapeutică

Ca măsuri organizatorice trebuie oferite informații minime asupra stării actuale, cu sublinierea faptului că este o stare trecătoare, care necesită tratament ca orice altă boală, se subliniază sprijinul pe care îl va primi din partea personalului. O discuție lămuritoare asupra ceea ce i s-a întâmplat, despre boală și semnificația ei, simptome și efecte, se va efectua în remisiune ca un punct obligatoriu (Remschmidt) [9]. În raport cu starea psihică, se insistă asupra oferirii de responsabilități în îngrijire, luarea medicamentelor și în comunicarea cu cei din afară. Tratamentele medicamentoase neinvazive contribuie în mod substanțial la acceptarea lor de către adolescent și la crearea unei atmosfere acceptabile în jurul adolescentului psihotic.

În etapa de remisie

În etapa de remisie va fi testată tăria Eului și capacitatea sa de evaluare a realității și dacă vor fi găsite satisfăcătoare se va stabili momentul trecerii în a doua etapă, adolescentul va fi valorificat nu ca pacient, ci ca persoană care poate să se angajeze în rezolvarea problemelor sale. Se va pretinde ca el să își asume răspunderea și va fi stimulat să parcurgă lungul drum al readaptării, având în spate suportul terapeutic în rezolvarea problemelor sale. Se ține cont de forma de defectualitate existentă, de deficitul cognitiv, de dificultățile în relațiile sociale. La adolescent se va acorda un rol important în medierea relațiilor cu familia, prin prisma rezolvării conflictelor specifice vârstei. Tânărul trebuie reînvățat să își reia abilitățile vieții obișnuite și rutinele zilnice.

Utilizarea confruntării este aplicată la pacientul în fază de remisie [3], are rolul de a crea motivația de a lucra cu pasivitatea pacientului pentru a o depăși, este

o aparentă schimbare terapeutică care se încadrează în limitele conceptului de susținere-suport (eng. to support = a ajuta, a stimula, a solicita).

Ședințele de psihoterapie după externare

În legătură cu ședințele de consiliere psihologică W. Brautigam [10] susține nevoia unor întâlniri după externare care au drept conținut: sprijin, încurajare, liniștire, cu definirea problemelor legate de boala cronică. Este nevoie de o frecvență inițială de la una pe săptămână, cu spațierea treptată, ajungându-se la o ședință la 4-6 săptămâni. Arta unui asemenea tip de terapie este menținerea echilibrului între nevoile subiectului de dependență infantilă, de contact afectiv și de menținerea unei distanțe față de terapeut. Așteptările nu trebuie să fie prea mari, pacientul care nu înaintează spre vindecare se va simți frustrat dacă este presat din afară, resimțind totul ca pe o agresiune. Terapeutul trebuie să acorde sprijin în înțelegerea și rezolvarea unor situații curente, inclusiv prin utilizarea medicației. Prin aceste măsuri pacientul poate rămâne în viața obișnuită cu evitarea spitalizării.

În sprijinul de durată, care poate fi menținut ani de zile, se creează o relație conducătoare (directivă). În primul plan trec nevoile clientului, iar situația actuală este analizată, clarificată prin prisma bolii, a consecințelor sale și a unor viitoare intervenții terapeutice. Relația cu terapeutul este un ax de sprijin în labirintul unei existențe întortochiate, nesatisfăcătoare, adesea conflictuale [3].

Subiectul se reîntărește periodic prin contactul cu persoana de referință (medic, psiholog, asistentă de psihiatrie), care este capabilă să integreze informațiile complexe furnizate de client pentru a oferi soluții. Terapeutul va învăța să asculte, să înțeleagă ce se întâmplă în afara simptomelor. Atitudinea trebuie să fie mai directivă, persuasivă, încurajatoare.

Relația cu familia pacientului

În paralel se va lucra cu aparținătorii, pentru a reduce rezonanța trăirilor lor anxioase cu cele ale adolescentului. Prin informare și sprijin emoțional ei devin instrumente adjuvante în sprijinirea psihoterapeutică a pacientului. Informarea rudelor este pretențioasă, fiind rezervată persoanei cea mai mare în grad, folosind cuvinte puține la început, fără termeni științifici inutili, fără prognostic și afirmații îngrijorătoare.

Psihoeducația familiei este foarte importantă, familia devenind astfel mai compliantă și mai implicată

în procesul terapeutic [3]. Contactul cu familia se va menține cel puțin la adolescent concomitent cu acesta, dar pot avea loc ședințe de sprijin și în absența sa, în cazul unor dificultăți în relațiile cu familia. După Remschmidt terapia poate să îmbrace forma îndrumării sau este necesară terapia familială [9].

Studiu de follow-up care s-a întins pe 5 ani (Rosenbaum și col.) [11] arată o evoluție mai bună a pacienților care au beneficiat, în plus față de tratament, de psihoterapie suportivă. Programma 2000 (Italia) [12] - protocol multimodal de intervenție precoce în psihoze - cuprinde, pe lângă tratament și psihoterapie suportivă, psihoeducație și intervenții psihosociale. S-au obținut rezultate mai bune la nivelul abilităților sociale, controlului emoțiilor și al simptomatologiei negative.

Prezentări de caz

În cele ce urmează vom prezenta două cazuri clinice care să susțină importanța abordului psihoterapeutic în tulburarea psihotică.

Cazul 1

Pacient în vârstă de 13 ani, vine la internare pentru: refuz alimentar și lichidian, halucinații auditive, negativism, refuzul comunicării, stări de agitație, țipete nemotivate (are impresia că intră cineva în corp) cu debut de aproximativ 2 săptămâni.

Din anamneză reținem personalitatea premorbidă: fire timidă, tendință la izolare, abilități sociale deficitare și imaturitatea emoțională.

La internare pacientul era palid, încercănat, contact psihic dificil de realizat, evită privirea, opoziționist, răspunsuri monosilabice, mama este foarte anxioasă, având în vedere starea generală a copilului.

A fost internat într-o rezervă, s-a discutat mai mult cu mama pentru scăderea anxietății acesteia și pentru implicarea ei în procesul terapeutic.

Mama a fost sfătuită să evite atitudinea anxioasă, să nu-l mai forțeze să comunice, să încerce să îi respecte nevoia de intimitate, s-a explicat că este o stare trecătoare și că se va ameliora treptat. Sub tratament cu Olanzapină 7,5 mg, Depakine 300 mg, Zoloft 50 mg, evoluția pacientului a fost favorabilă cu reluarea treptată a aportului alimentar și lichidian, cu dispariția halucinațiilor și a stărilor de neliniște.

Față de pacient atitudinea a fost deschisă, calmă, pozitivă, s-au acceptat, pe măsura posibilului, toate cererile acestuia (după 7 zile a fost învoit acasă), s-au evitat situațiile potențial stresante sau o solicitare ex-

cesivă, singurul lucru care i s-a cerut, a fost să-și ia tratamentul și să accepte aportul lichidian (pentru a evita tratamentele invazive).

Având în vedere personalitatea premorbidă, abilitățile sociale deficitare și dificultățile de adaptare pe plan școlar s-a recomandat începerea unei psihoterapii. A fost revăzut lunar. În prezent evoluția este favorabilă și pacientul s-a reintegrat în colectivul clasei.

Cazul 2

Pacient în vârstă de 15 ani, vine la internare pentru: ideii de urmărire, suspiciozitate, stări de agitație psihomotorie marcată potențial periculoase pentru cei din jur, reacții agresive nemotivate, anxietate, insomnie, inversiune afectivă față de părinți, tulburări de percepție (rare halucinații auditive și vizuale).

Trăsăturile de personalitate premorbidă: fire introvertită, timidă, perfecționistă, abilități sociale deficitare, dorința de a se afirma în fața celor din jur.

La internare părinții erau foarte anxioși afirmând că viața lor a fost pusă în pericol. Pe parcursul evaluărilor pacientul cere de nenumarate ori reasigurarea ca nu este urmărit sau ascultat, discursul lui fiind extrem de critic la adresa părinților (coprolalie).

S-a instituit tratament cu Risperidol 3 mg, Clopexol 15 pic, Romaprin 3 cp, Depakine Chrono 1000 mg, Levomepromazin 3 cp, ulterior peste câteva luni s-a introdus Serlift.

În prima fază s-a discutat mai mult cu adolescentul care era agitat, anxios, confuz. În primele zile s-a respectat presiunea pacientului de a se descărca și de a-și exprima nemulțumirile, nu s-a emis nici o critică legată de discursul acestuia.

A rămas pe secție aproximativ 5 zile, ulterior la cererea lui și a părinților a fost evaluat zilnic în ambulator. Când a solicitat să fie evaluat în ambulator s-au trasat anumite limite (trebuie să ia tratamentul, violența fizică este interzisă, dacă nu se simte bine revine pe secție).

Evoluția este favorabilă, cu reducerea treptată a vehemenței, anxietății, relațiile cu părinții se amelio-

rează, treptat pacientul începe să accepte și alte puncte de vedere. Se externează cu remisia aproape completă a simptomatologiei, urmând să revină la fiecare 2 luni sau ori de câte ori simte nevoia unui sprijin.

Ulterior a fost revăzut la intervale variabile (între 1 și 3 luni) în funcție de evoluția acestuia, uneori a mai prezentat stări care au necesitat creșterea temporară a dozelor, discursul terapeutului a fost întotdeauna pozitiv, încurajator. De 2 ani este echilibrat din punct de vedere psihiatric. De 1 an a fost întreruptă treptat medicația de comun acord cu medicul curant.

Concluzii

Există dovezi consistente care arată eficacitatea psihoterapiei, a consilierii familiei și a unei intervenții multidimensionale. O atitudine suportivă atât a pacientului cât și a familiei este foarte importantă. Abordarea terapeutului trebuie să fie pozitivă, blândă, plină de tact și de înțelegere față de nevoile pacientului. Se vor oferi informații clare, cât mai sintetice, se vor evita abordările excesiv de pesimiste, se va sublinia, în prima fază, că este vorba de o situație trecătoare. Ulterior, în faza de remisiune, vor fi oferite mai multe informații într-un limbaj cât mai accesibil. După faza acută poate fi utilizată și confruntarea pentru dinamizarea pacientului și pentru a evita refugiul în boală și o atitudine infantilă. Confruntarea va fi folosită numai după obținerea unei alianțe terapeutice și în funcție de capacitățile restante ale adolescentului. După obținerea remisiunii se va iniția o relație psihoterapeutică de lungă durată în care poziția medicului trebuie să fie, de cele mai multe ori, una directivă. Pacientul și familia trebuie să fie informați de posibilitatea unor recidive, dar întotdeauna se va sublinia că acestea sunt trecătoare. În concluzie psihoterapia este un adjuvant și un instrument prețios în tratamentul psihozelor și abordarea terapeutului trebuie să fie optimistă și să respecte demnitatea umană.

*
* *

Introduction:

Psychoses are neurodevelopmental disorders characterized by: personality disruption, important alteration of the capacity to test the reality, formal thought disorders, impaired perception, affective flattening, apathy and aboulia. Their prevalence in children and adolescents is estimated at 2 per 100,000 inhabitants (Boeing, Cohen) [1,2]. They are an important health issue, both as clinical picture and prognosis.

At first glance, psychotherapy seems to be reserved for neurosis but, in practice, it is a valuable adjunct in the treatment of psychoses. Psychotherapeutic intervention is done in stages, in relation to the evolutionary stage of psychosis, distinguishing the acute stage from the remission stage and the period between episodes. Theoretically, supportive psychotherapy is used with different variants.

The communication style is gentle, encouraging, empathic listening to the adolescent is useful, without unnecessary disagreements, travel restrictions should be communicated by calm people, in a smiling manner. Supportive psychotherapy aims to strengthen and support the defence forces, the protective mechanisms in the economy of the human psyche, to help restore psychic balance by strengthening the Ego and to develop behavioural alternatives in order to ensure self-control and satisfactory adaptation to the living conditions.

Principles of supportive psychotherapy (Oancea, Peter Buckley) [3,4] include the following: unconditional and without reserve acceptance of the patient as a human being, distinct and equal in rights; elucidating the patient's vision of the world and on his/her experiences from the perspective of his/her disabilities; the use this bridge to enable the patient to make possible changes in personality and accept wisely what has happened in the world around him/her; ensure self-control and satisfactory adaptation to current conditions.

Supportive psychotherapy reduces anxiety and symptoms. In this context, Gill (1951) [5] developed short psychotherapies, that do not alter the patients' defences with weak Ego. He claimed that one should

never attack the defences that are necessary for the patient to continue to operate because unskilful therapy could do more harm emphasizing mental anxiety and disorganization.

Psychological defences must be preserved, even though they have become pathological (e.g. paranoid ideas) [3], it is not for the patients to be contradicted brutally during the florid psychotic episode, they must be encouraged to express themselves graphically and use their imagination (Nussbaum and Nussbaum, 2012) [6] which contributes to their clarification.

In dealing with the patients, unconditional support comes first, the subjects will be protected with calm and sympathy, will be encouraged and helped to go through this difficult period of their life, in the initial stage they will not learn about their problems and deficits.

The acute stage of psychoses

In the acute stage of psychoses, there is a degree of psychotic tension which is felt as threatening and painful by that part of the adolescent's ego remained integer. The patient lives the surrounding reality in a confusing mood, there is an estrangement in the relationship between the psychotic patient and the rest of the world, from where he/she receives threatening messages (Marcelli and Braconier) [7]. The unfamiliar, restrictive environment of the hospital may exacerbate the confusion (Eggers) [8].

In the initial stage, pain, weakness, delirium, depression, regression, infantilisation, phobias should be accepted as such. Although suffering is visible, it will not be communicated to the patient because such remarks could be treated as criticism, emphasizing weaknesses and discouragement.

Organisational measures with psychotherapeutic component

As organizational measures, minimal information ought to be provided on the current state, stressing that it is a transient condition that requires treatment like any other disease, the support that the patient will receive from staff is highlighted. In remission stage, it is mandatory to have a clarifying discussion

with the patient on what has happened to him/her, about the disease and its significance, symptoms and effects (Remschmidt) [9]. In relation to the mood, it should be insisted on volunteering for responsibilities in attendance, taking medicines and communication with outsiders. Non-invasive medical treatments contribute substantially to their acceptance by the adolescent and to creating an acceptable atmosphere around the psychotic adolescent.

The remission stage

In the remission stage, the ego's strength and its capacity of assessing the reality will be tested and, in case they are found satisfactory, the moment of passing to the second stage will be established, the teenager will be considered not as a patient but as a person who can engage in solving his/her own problems. It will be claimed that he/she should assume responsibility and he/she will be stimulated to travel the long road of rehabilitation, with therapeutic support in solving his/her problems. It takes into account The current form of defect will be taken into account, as well as the cognitive deficit, and the difficulties with social relationships. In the teenager, an important role will be given to mediating the relationships with family, through the age specific conflict resolution. The youth has to be taught again to resume regular life skills and daily routines.

When confrontation is used with the patient in remission stage [3], it has the role of developing motivation to work with the passivity of the patient, in order to overcome it. It is an apparent therapeutic change, that lies within the concept of sustaining-supporting (eng. To support = to help, to stimulate, to keep something going).

Psychotherapy sessions after discharge

In conjunction with counselling sessions, W. Brautigam [10] supports the need for meetings after discharge with the aim of giving support, encouragement, reassurance, defining issues in connection to the chronic disease. An initial frequency from once a week, with gradual spacing leading to one session every 4-6 weeks is required. The art of that kind of therapy is maintaining the balance between the subject's needs for infantile dependence, emotional contact and the preservation of a distance from the therapist. Expectations should not be too high; the patient who does not advance towards recovery will

feel frustrated if pressed from the outside, feeling everything like an aggression. The therapist should assist in understanding and solving current situations, inclusively by the use of medication. Through these measures, the patient may remain in the normal life, avoiding hospitalization.

During long-term support, which can be maintained for years, a leading relationship (directive) is created. The customer needs transcend to the foreground and the current situation is analysed, clarified from the perspective of the disease, of its consequences and of certain future therapeutic interventions. Relationship with the therapist is a support pivot in the labyrinth of a twisted, unsatisfactory, often conflicting existence [3].

The subject is regularly reinforced through contact with the reference person (doctor, psychologist, psychiatric nurse) who is able to integrate complex information provided by the customer to provide solutions. The therapist will learn to listen, to understand what is happening outside of symptoms. The attitude should be more directive, persuasive, and encouraging.

The relationship with the patient's family

In parallel, we will work with tutors to reduce the resonance of their anxiety feelings with those of the adolescent. Through information and emotional support, they become adjunctive instruments in the psychotherapeutic assistance of the patient. Informing relatives requires meticulousness, being reserved for person who has the higher grade, using few words at first, without unnecessary scientific terms, without worrying prognosis and statements.

Family psycho-education is very important, family thus becoming more compliant and more involved in the therapeutic process [3]. The contact with the family will be maintained, at least in the adolescent, concomitantly with the latter, but support sessions can take place in his absence, too, in case of difficulties in relationships with the family. After Remschmidt, therapy could take the form of guidance or family therapy is required [9].

The follow-up study, which was spread over five years (Rosenbaum et al.) [11], showed a better evolution of patients who, in addition to therapy, benefited from supportive psychotherapy. Programma 2000 (Italy) [12] - multimodal protocol of early intervention in psychosis - includes also, besides treatment, supportive psychotherapy, psycho-

education and psycho-social interventions. Better results have been achieved in social skills, emotions control and negative symptoms.

Case presentations

In the following, we will present two clinical cases in support of the importance of the psychotherapeutic approach in psychotic disorder.

Case 1

The 13-year-old patient comes to clinic for: refusing food and fluids, auditory hallucinations, negativism, refusal to communicate, agitation, unmotivated screaming (feels like someone enters his body) with the onset of about 2 weeks.

From the anamnesis, we retain pre-morbid personality: shy character, tendency to isolation, poor social skills and emotional immaturity.

On admission, the patient was pale, had hollow eyes, psychic contact was difficult to establish, avoided eye contact, oppositionist, monosyllabic answers, the mother is very anxious, given the general state of the child.

He was placed in a side room, the specialist discussed more with the mother, to abate her anxiety and to involve her in the therapeutic process.

The mother was advised to avoid the anxious attitude, not to force him anymore to communicate, to try to comply with his need for privacy. She was also informed that it was a transient state, which would improve gradually. Under treatment with Olanzapine 7.5 mg, Depakine 300 mg, Zoloft 50 mg, with gradual resumption of food and fluids intake, with the disappearance of hallucinations and restlessness and the favourable evolution of the patient.

Towards the patient, the attitude was open, calm, positive, all his requests were fulfilled, as far as possible, (he was allowed to visit home after 7 days), potentially stressful situations or excessive strain were avoided, the only thing he was asked, was to take medication and accept the fluid intake (to avoid invasive treatments).

Given the pre morbid personality, scarce social skills and poor adjustment to school difficulties, he was recommended to start psychotherapy. He was assessed monthly. Currently, his evolution is favourable and the patient was reinstated in the class group.

Case 2

Patient aged 15 years, comes to clinic for: thoughts of being chased, suspiciousness, marked psychomotor agitation, potentially dangerous to others, undue aggressive reactions, anxiety, insomnia, affective inversion towards parents, impaired perception (rare auditory and visual hallucinations).

Pre morbid personality traits: shy, introverted character, perfectionist, poor social skills, the desire to assert himself in front of others.

On admission, the parents were very anxious and claimed that their life was in danger. Many times during the assessments, the patient asked for reassurance that he was not watched or listened to while his discourse was extremely critical of parents (coprolalia).

The following medication was instituted: Risperdal 3mg, Clopixol 15 drops, Romaprkin 3 capsules, Depakine Chrono 1000 mg, Levomepromazine 3 capsules, and, a few months later, Serlift was introduced.

At first, we discussed especially with the teenager who was nervous, anxious, and confused. In the early days, the patient's compulsion to discharge himself and to express his discontent was observed; no criticisms of his discourse was expressed.

The patient stayed in the clinic for about 5 days; after that, at his and his parents' request he had ambulatory assessment daily. When he asked to be assessed as outpatient, certain limits were set (he was to take the treatment, physical violence was prohibited, he was to return to the clinic in case he did not feel well).

The evolution was favourable, with the gradual reduction of vehemence and anxiety, relationships with parents improved, the patient gradually began to accept other points of view. He was discharged with almost complete remission of symptoms, and was to return every two months or whenever he felt the need for support.

He was subsequently seen at varying intervals (from 1 to 3 months) according to his evolution; sometimes he also suffered conditions that required a temporary increase in dosage, while the therapist's discourse had always been positive, encouraging. For 2 years now, the patient has been psychiatrically balanced. Medication has been discontinued gradually for 1 year, in agreement with the attending physician.

Conclusions:

There is consistent evidence showing the effectiveness of psychotherapy, family counselling and multidimensional intervention. A supportive attitude of both patient and family is very important. The therapist's approach ought to be positive, gentle, tactful and showing understanding to the needs of patients. Clear information is to be provided, as synthetic as possible, overly pessimistic approaches should be avoided. In the first stage, the therapist will point out that it is a transitory situation. Later on, in the remission stage, more information will be provided, in a more accessible language. After the acute stage, confrontation can also be used to stimulate the patient

and avoid his/her refuge in the disease and in an infantile attitude. Confrontation will be used only after obtaining therapeutic cooperation and depending on the adolescent's residual capabilities. When remission is obtained, a long-term psychotherapeutic relationship will be initiated, where the position of the physician should be, most often, a directional one. Patient and family should be informed of the possibility of relapses but it will always be emphasized that these are transient. In conclusion, psychotherapy is an adjunct and a valuable tool in the treatment of psychosis and therapeutic approaches ought to be optimistic and to respect human dignity.

*

* *

BIBLIOGRAFIE / REFERENCES:

- Boeing L., Murray V., Pelosi A., McCabe R., Blackwood D., Wrate R., Adolescent-onset psychosis: prevalence, needs and service provision. *Br J Psychiatry*. 2007 Jan;190:18-26.
- Cohen P., Cohen J., Kasen S., Veley C. N., Hartmark C., Jhonson J., Rohas M., Brook J., Streuning E. L. (1993), An epidemiological Study of disorders in the late childhood and adolescence. Age- and gender - specific prevalence, *J. Child Psychology Psychiatry*, 34; 851-67
- Oancea C., Ungureanu C., Iosifescu R. Consilierea și Tehnici Înrudite în Practica Medicală, Editura Semne, București 2012, 189-233
- Peter Buckley, Supportive Psychotherapy A Neglected Treatment, *Psychiatric Annals*, September 1986 - Volume 16: 515-521
- Gill M. M., Ego psychology and psychotherapy, *Psychoanal quarterly* 20,62-71, 1951
- Nussbaum L., Nussbaum L., Managementul psihozelor la copil și adolescent, Editura ArtPress, Timișoara 2012, vol. 2: 361-85
- Marcelli D., Braconnier A., Adolescence et psychopathologie 8-ème édition, 2013
- Eggers C., Bunk D., Volberg G., Ropcke B. – The ESSEN study of child onset of schizophrenia, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8 (Suppl. I,III):1.
- Remschmidt H., Theisen F.M., See comment in PubMed Commons below Schizophrenia and related disorders in children and adolescents, *J. Neural Transm. Suppl.* 2005;(69):121-41
- Brautigam W., Reaktionen, Neurosen, abnorme Persönlichkeiten Taschenbuch – 1994
- Rosenbaum B., Harder S., Knudsen P., Køster A., Lindhardt A., Lajer M., Valbak K., Winther G., Supportive psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for first-episode psychosis: two-year outcome, *Psychiatry*, 2012 Winter; 75(4): 331-41
- Cocchi A., Meneghelli A., Preti A., Programma 2000: celebrating 10 years of activity of an Italian pilot programme on early intervention in psychosis.