



UNIVERSITATEA DE STAT
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”
din REPUBLICA MOLDOVA

Sănătatea, esența sănătății mintale.

Povara sănătății mintale. Date epidemiologice.

**Legislația internațională și națională în
domeniul SM și Drepturile persoanelor cu tulburări
mintale.**

Fenomenul de Stigma în sănătate mintală.

Organizarea asistenței psihiatrice.

Servicii de sănătate mintală.



Sănătatea.

După OMS, „**sănătatea** este o stare pe deplin favorabilă atât fizic, mental cât și social, și nu doar absența bolilor sau a infirmităților, capacitatea de a duce o viață productivă social și economic”.

Sănătatea trebuie să fie văzută ca un proces continuu de adaptare la cerințele în schimbare ale vieții și ale sensurilor pe care le dăm vieții.

Sănătatea este menținută prin știința și practica medicală, dar poate fi, de asemenea, îmbunătățită prin efort individual.

În domeniul medical, sănătatea este de obicei definită ca abilitatea unui organism de a răspunde eficient provocărilor (stres), precum și în mod eficient a restabili și susține o „stare de echilibru”.

Termenul, folosit uneori pentru a descrie starea psihologică de a fi sănătos, este bunăstarea.

Sănătatea.

Starea de sănătate este aceea, care permite libera desfășurare a evoluției; stagnarea (*care nu e tot una cu repaosul*) este ea însăși o stare morbidă.

O adaptare reușită nu este aceea, care asigură supraviețuirea sau buna funcționare a organelor, ci aceea, care nu stânjenește evoluția, desfășurarea persoanei.

Omul normal e un „*om de înțeles*”, cu care conviețuirea nu e numai cu puțință, ci chiar plăcută.

Sănătatea se definește în mod curent ca starea unui organism, la care funcționarea tuturor organelor se face în mod normal și regulat.

Astfel că omul este cu atât mai sănătos, cu cât își simte mai puțin funcționând organismul.

La acești subiecți se observă acord între idei, între gând și faptă.

Sănătatea mintală.

Sănătatea mintală este o stare de bine, în care fiecare individ, apreciindu-și propriul potențial, poate face față stresului din viața cotidiană, poate munci productiv și este capabil să contribuie la dezvoltarea comunității sale.

Starea de sănătate mintală implică conexiune armonioasă dintre:

- diferitele tendințe, funcții și trăsături, care stau la baza psihicului,
- psihic și somatic,
- personalitate și societate.

*Persoana sănătoasă sufletește presupune cel puțin **două trăsături**:*

- ✓ Sentimentul stării de bine, liniște și pace interioară, condiția omului sănătos presupunând în primul rând o stabilitate emoțională;
- ✓ Relații armonioase cu semenii și societatea.

Aceasta presupune, în primul rând, o justă conștiință a valorii sale.

Esența sănătății mentale

În mod ideal, oamenii sănătoși au:

- Capacitatea de a iubi și de a fi iubiți.
- Puterea de a accepta schimbarea și nesiguranța fără teamă.
- Un dar de a risca deliberat de a se debarasa de obsesia celor mai groaznice scenarii interminabile.
- Rezerve de bucurii de viață spontană și o sferă largă de răspunsuri emoționale.
- Contact eficient cu realitatea.
- O imaginație bogată.
- Un grad de autocunoaștere.
- Puterea de a spune „am greșit” și de a învăța din experiență.
- Un sentiment satisfăcător de siguranță și de aparență în cadrul societății.
- Capacitatea de a satisface cererile grupului.
- Libertatea propriei exprimări așa cum o dorește.
- Capacitatea de a împlini dorințele trupești ale sale și ale altora.
- Un simț al umorului.

Boala și reacția psihologică la boală.

Boala (latină: *morbis*, greacă: νόσος, *nosos*) nu este ceva despărțit de organism, ci o modalitate reacțională a organismului, în raport cu acțiunea unui agent.

Din punct de vedere **clinic**, boala nu este doar o sumă de simptome sau acuze pur somatice, ci este un proces care afectează viața psihologică a pacientului, ca reacție a lui la boală.

Orice agent perturbator se adresează întregului organism, chiar dacă manifestarea bolii este locală.

Boala, care apare în sectorul psihic, are răsunet visceral, iar boala aparent „*strict somatică*” are implicații psihice.

Omul „*răspunde*” în totalitate.

„*Nu există boli, ci bolnavi*”, „*nu există boli în afara bolnavului*”.

Este greșit obiceiul unor medici de a căuta să înăbușe anxietatea întemeiată a bolnavului printr-o comportare aspră (data 13, etc.).

Tulburare psihică.

Datorită faptului că până în prezent nu s-au putut evidenția markeri diagnostici organici pentru bolile psihice, s-a preferat utilizarea termenului de tulburare psihică, în loc de boală psihică.

În cazul tulburărilor psihice se afectează gândurile, comportamentul și abilitatea socială a persoanelor.

Iar intensitatea simptomelor este suficient de mare pentru a produce afectarea funcționării individului în plan familial, social, academic sau ocupațional.

Tulburările psihice se pot manifesta printr-un singur episod de boală sau evoluează prin multiple episoade ce apar și se remit în timp, reflectând vulnerabilitatea individuală.

Tulburarea mintală poate fi vindecată.

Povara sănătății mintale.

1. Aproximativ 300 de milioane de persoane suferă de tulburări mintale (circa 12% din numărul totalul al maladiilor):

- 121 de milioane de persoane suferă de tulburări depresive;
- 70 de milioane de probleme legate de alcool;
- 24 de milioane de schizofrenie și 37 de milioane de demență.

Tulburările mintale sunt cu mult mai frecvent întâlnite printre cei săraci.

2. Refugiații, migranții și persoanele expuse unor situații extreme, suferă de un șir de tulburări specifice de sănătate mintală.

Povara sănătății mintale.

3. Persoanele, expuse la un declin economic de tranziție, suferă de un risc de demoralizare, alcoolizare, adicție și suicid.

Aproape 800 000 de persoane anual comit suicid.

Potrivit OMS, suicidul este a treia cauză, care contribuie la letalitatea persoanelor în vârstă de 15-45 ani (bărbați și femei).

Numărul suicidelor crește cu 60% la vârsta de 45 ani.

4. Problemele de sănătate mintală pot, de asemenea, contribui la vătămările neintenționate și intenționate, așa ca:

- accidentele rutiere, cauzate de intoxicații de alcool sau
- violența domestică.

5. Copiii, care nu primesc prin alimentație sare iodată, dezvoltă deficiențe intelectuale.

Aproximativ o jumătate de tulburări mintale apar până la vârsta de 14 ani.

Situația în Republica Moldova.

1. În Republica Moldova se înregistrează o rată a incidenței a tulburărilor mintale de circa 15 mii persoane pe an și o prevalență totală de circa 100 mii pe an.
2. În evidență psihiatrică se află circa 60 mii pacienți, dintre care circa 28 mii au grad de dizabilitate.
3. În structura dizabilității, primar înregistrate, 9% reprezintă sănătatea mintală.

Tendențe ale reformei globale și implicațiile pentru sănătatea mintală.

Sănătatea mintală este un drept al fiecărui cetățean, iar statul garantează tuturor cetățenilor, fără discriminare, accesibilitatea la cele mai înalte standarde de viață și sănătate mintală.

În ultimele decenii s-au înregistrat reforme majore în domeniul sănătății mintale.

Decentralizarea și reformele sistemelor financiare sunt două mari schimbări, care s-au răsfrânt asupra domeniului de sănătate.

Aceste aspecte sunt importante pentru sănătatea mintală, deoarece a sporit conștientizarea necesității pentru o finanțare adecvată a serviciilor pentru sănătatea mintală.

Accentul a fost pus pe integrarea serviciilor pentru sănătatea mintală în sistemele generale ale sănătății.

Tendențe ale reformei globale și implicațiile pentru sănătatea mintală.

În ultimele decenii are loc procesul de dezvoltare a alternativelor în serviciile pentru sănătate mintală, numit **dezinstituționalizare**.

Acest transfer de la sistem de spital la cel comunitar este un proces complex care are drept rezultat implementarea unei rețele de alternative în afara instituțiilor de psihiatrie.

Tendențe ale reformei globale și implicațiile pentru sănătatea mintală.

Promovarea standardelor internaționale și a bunelor practici în sănătatea mintală, dovedită prin semnarea diferitor declarații și convenții, creează premise pentru ameliorarea situației privind tulburările mintale și creșterea bunăstării mintale.

LEGISLAȚIA INTERNAȚIONALĂ ȘI NAȚIONALĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE.

„**Toți oamenii se nasc liberi și egali în demnitate și drepturi**”
(Declarația Universală despre Drepturi Umane).

Persoane cu tulburări mintale suferă de violarea drepturilor umane, de stigmă și discriminare.

Cadrul normativ internațional este reglementat de următoarele acte importante:

- **Declarația Europeană, privind Sănătatea Mentală** (2005, Helsinki), la care a aderat și Republica Moldova, prin care ameliorarea sănătății mentale a devenit o direcție prioritară pentru țară.
- **Declarația europeană cu privire la sănătatea copiilor și tinerilor cu dizabilități intelectuale și a familiilor lor**, la care a aderat la 26-27 noiembrie 2010 și Republica Moldova);
- **Convenția ONU pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități**, ratificată în iulie 2010 și de Republica Moldova.

LEGISLAȚIA INTERNAȚIONALĂ ȘI NAȚIONALĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE.

Planul European de Acțiune în Sănătate Mintală 2013–2020 se concentrează pe *șapte obiective*:

- (a) toată lumea are o șansă egală de a realiza bunăstarea mintală pe tot parcursul vieții;
- (b) persoanele cu probleme de sănătate mintală sunt cetățeni ale căror drepturi ale omului sunt pe deplin evaluate, protejate și promovate;
- (c) serviciile de sănătate mintală sunt accesibile, inclusiv ca preț, și disponibile în comunitate conform necesității;
- (d) persoanele au dreptul la un tratament respectuos, sigur și eficient;
- (e) sistemele de sănătate oferă o bună asistență medicală fizică și mintală pentru toți;
- (f) sistemele de sănătate mintală lucrează în parteneriate bine coordonate cu alte sectoare; și
- (g) gestionarea și prestarea serviciilor de sănătate mintală sunt bazate pe informații veridice și cunoștințe bune.

FENOMENUL DE STIGMA ȘI DISCRIMINARE.

Stigma este compromiterea socială a unei persoane.

Stigmat înseamnă „*orice atribut ori semn fizic sau social, care devalorizează identitatea unui individ până într-acolo, încât el nu mai poate beneficia de întreaga acceptare a societății*”.

Când stigma se transpune în comportamente, devine **discriminare**.

Stigmatizarea și discriminarea sunt „*bariere*” în asistența și tratarea diferitor boli.

Stigmatul are ca rezultat generarea fricii, neîncrederii și violenței împotriva persoanelor, care suferă de o boală mintală.



UNIVERSITATEA DE STAT
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”
din REPUBLICA MOLDOVA

Relația medic-pacient.

Aspecte psihologice ale suicidelor.

Moartea **și doliul ca probleme ale psihologiei medicale.**

Componente instrumentale și expresive în relația medic și pacient

Relația medic-pacient are două dimensiuni:

- Instrumentală
- Expresivă

Componenta „instrumentală” implică competența medicului în efectuarea aspectelor tehnice ale îngrijirii, cum ar fi:

- Efectuarea testelor de diagnosticare
- Examene fizice
- Prescrierea tratamentelor

Componenta „expresivă” reflectă partea afectivă a interacțiunii, cum ar fi căldura, empatia și modul în care medicul se apropie de pacient

În funcție de specialitatea medicală sau de natura și severitatea manifestărilor de boală, se evidențiază trei tipare relaționale medic-pacient:

- modelul bazat pe **activitate – pasivitate (asimetric)**: frecvent utilizat în **urgente sau boli grave**;
- modelul bazat pe **orientare – cooperare (semisimetric)**: pacientul are o oarecare autonomie, iar medicul se așteaptă ca aceasta să fie valorificată, prin participarea activă a bolnavului la tratament și prin furnizarea promptă a oricărei informații recent apărute;
- modelul bazat pe **participarea reciprocă (simetric)**: este tot mai des folosit în practica modernă în cazul bolilor non-urgente

Este evidentă aici prioritatea ultimului model

Modele de relatii medic-pacient

- ▶ Modelul paternalist
- ▶ Modelul autonom

Modelul paternalist

- ▶ Este similar **relației care se stabilește între părinte și copil**

Modelul paternalist (cont)

- ▶ Este centrat pe medic care are **autoritate totală asupra tuturor deciziilor privind diagnosticul și tratamentul** pacientului.
- ▶ Pacientul este un participant pasiv la **îngrijirea sa, fiind obligat să se supună deciziei medicului.**
- ▶ **Actul medical nu necesită consimțământul pacientului.**

Modelul autonom

- ▶ **Exprimă o relație de parteneriat între medic și pacient.**
- ▶ **Este un model de asistență medicală centrată pe pacient.**
- ▶ **Orice decizie, dar mai ales cea terapeutică, este luată de comun acord cu pacientul.**

Modelul autonom (cont)

- ▶ **Medicul este obligat să ofere pacientului său toate informațiile cu privire la diagnosticul, prognosticul și posibilitățile terapeutice**

Modelul autonom (cont)

- ▶ **Medicul este obligat să ofere pacientului său toate informațiile cu privire la diagnosticul, prognosticul și posibilitățile terapeutice**

Modelul autonom (cont)

- ▶ **Informațiile trebuie să fie simple, inteligibile și corecte**
- ▶ Pacientul trebuie **să înțeleagă motivul efectuării investigațiilor, interpretarea rezultatelor, metodele terapeutice, rezultatele scontate, consecințele eventualului refuz.**

Modelul autonom (cont)

- ▶ Actul medical decurge cu **consimțământul informat** al pacientului.
- ▶ **Pacientul are dreptul să refuze investigațiile sau tratamentul.**

Modelul autonom (cont)

- ▶ **Responsabilitatea este împărțită** de medic cu pacientul
- ▶ Pacientul este *participant activ* **la propria sa îngrijire**

Modelul autonom (cont)

- ▶ Modelul autonom **respectă** libertatea **și** demnitatea pacientului

Modelul autonom (cont)

- ▶ Modelul autonom se **aplică și** copiilor sau persoanelor lipsite de **discernământ**, decizia **în** acest caz fiind **asumată** de tutorele legal.

Actualmente, actul relațional terapeutic s-a transformat , si pacientul pasiv se preschimbă în consumatorul îngrijirilor medicale – client sau partener, actul medical centrându-se pe nevoile și pe problemele pacientului, care este pe deplin responsabil de reușita tratamentului, acceptat prin acordul informat.

Aspecte psihologice ale suicidelor (I).

Sinuciderea este moartea intenționată auto- indusă.

Anual, în Statele Unite se sinucid în jur de 35.000 de persoane.

Rata cea mai scăzută se înregistrează în Spania și în Italia.

La bărbați sinuciderile realizate sunt de două ori mai numeroase decât la femei

Femeile comit de zece ori mai multe tentative de sinucidere decât bărbații.

Bărbații folosesc metode violente mai frecvent decât femeile (de ex., arme de foc, și nu medicamente).

Riscul crește cu vârsta.

La bărbați vârful riscului de sinucidere apare după vârsta de 45 de ani; la femei vârful se constată după 65 de ani.

Aspecte psihologice ale suicidelor (II).

- Persoanele mai în vârstă încearcă mai rar să se sinucidă, dar reușesc mai frecvent.
- După vârsta de 75 de ani, rata sinuciderilor crește la ambele sexe.
- În prezent creșterea cea mai rapidă a ratei se înregistrează la bărbații tineri în vârstă de 15 până la 24 de ani.
- Două din fiecare trei sinucideri sunt comise de bărbați albi.
- Rata cea mai ridicată apare la protestanți, iar cea mai scăzută- la catolici, evrei și musulmani.
- Rata este mai mare la persoanele necăsătorite, decât la cele căsătorite; este ridicată la persoanele divorțate; decesul partenerului marital crește riscul.

Factori de risc în suicide:

- Dorința de a muri lipsită de ambiguitate,
- Șomajul,
- Senzația de lipsă a speranțelor,
- Probabilitatea redusă de a fi salvat,
- Adunatul medicamentelor,
- Posesia de armă/arme de foc,
- Istoricul familial de suicid,
- Fantezii de reunire cu persoane iubite, care au murit.
- Boala medicală sau chirurgicală constituie un factor de risc, în special dacă se asociază cu durere sau dacă este vorba despre o boală cronică sau terminală.

Factori de risc în suicide:

- O proporție de 50% din persoanele, care se sinucid, sunt depresive.
- Pe de altă parte, 15% dintre bolnavii depresivi se sinucid.
- Zece la sută din persoanele, care se sinucid, suferă de schizofrenie.
- O tulburare prin uz de substanțe crește riscul de sinucidere, în special dacă persoana respectivă este și depresivă.
- Tulburarea de personalitate borderline se asociază cu o rată ridicată a comportamentului parasuicidar.
- Demența, deliriumul, stările de panică cresc riscul.

Trebuie să memorizăm următoarele: .

- Nu lăsați pacientul suicidar singur; îndepărtați din încăperea orice obiecte potențial primejdioase.
- Apreciați dacă tentativa acestuia a fost plănuită sau impulsivă.
- Pacienții cu depresie severă pot să fie tratați ambulator, dacă familiile pot să îi supravegheze îndeaproape și dacă tratamentul poate să fie instituit repede.
- Dacă aceste condiții nu sunt întrunite, este necesară spitalizarea.

Trebuie să memorizăm următoarele: .

- Ideea suicidară a pacienților alcoolici se remite, în general, după abțință, în decurs de câteva zile.
- Dacă depresia persistă și după ce semnele fiziologice ale sevrajului alcoolic, este justificată suspiciunea fermă a unei depresii majore.
- Toți bolnavii suicidari sub intoxicație cu alcool sau droguri, trebuie reevaluați mai târziu, după detoxicare.
- Ideile de sinucidere ale pacienților cu schizofrenie trebuie luate în serios, pentru că aceștia tind să folosească metode violente, foarte letale și, uneori, bizare.

Da- uri și Nu- uri la pacientul suicidar (I).

- Da, întrebați despre ideile de sinucidere, în special despre planurile lui de a-și face vreun rău.
- Faptul că întrebați despre sinucidere nu va „implanta” bolnavului această idee.
- Nu ezitați să întrebați bolnavul, dacă „ar dori să moară”.
- Abordarea problemei fără ocolișuri este cea mai eficientă.
- Da, aveți grijă ca interviul să se desfășoare într-un loc sigur.
- Nu oferiți false reasigurări (de ex., „Mai toți oamenii se gândesc să-și ia viața într-un moment sau altul”).

Da- uri și Nu- uri la pacientul suicidar (II).

- Da, puneți întrebări despre tentative de sinucidere anterioare, care pot să fie legate de tentative viitoare.
- Da, puneți întrebări cu privire la accesul la arme de foc.
- Nu lăsați bolnavul să plece de la departamentul de urgență/ camera de gardă, dacă nu sunteți sigur că nu își va face vreun rău.
- Nu presupuneți că familia sau prietenii vor putea să supravegheze pacientul timp de 24 de ore din 24.
- Dacă este necesară o astfel de supraveghere, spitalizați bolnavul.
- Administrați-i neuroleptice.

Durerea datorată pierderii, doliul și travaliul de doliu.

Termeni în general sinonimi, folosiți pentru a descrie sindromul precipitat de pierderea unei persoane iubite.

Doliul poate să apară și din motive nelegate de moartea unei persoane iubite:

- pierderea unei persoane iubite prin despărțire /separare, divorț sau detenție;
- pierderea unui obiect sau a unei circumstanțe cu încărcătură emoțională (de ex., pierderea unei posesiuni dragi sau a unei slujbe sau poziții valorizate);
- pierderea unui obiect fantazat al iubirii (de ex., moartea intrauterină a fătului, nașterea unui copil malformat);
- pierderea care rezultă dintr-o lezare narcisică (de ex., amputație, mastectomie).

Doliul și travaliul de doliu (I).

Stadiul	John Bowlby	Stadiul	C. M Parkes
I.	Amorțire sau protest. Se caracterizează prin suferință, frică și mânie. Șocul poate să dureze momente, zile sau luni.	I.	Alarmă. Stare stresantă caracterizată prin modificări fiziologice (de ex., creșterea TA și a pulsului); asemănătoare cu stadiul 1 al lui Bowlby
II.	Dorul și căutarea după figura pierdută. Lumea pare goală și lipsită de sens, dar stima de sine rămâne intactă. Se caracterizează prin preocupare cu persoana pierdută, neliniște fizică, plâns, mânie. Poate să dureze câteva luni sau chiar ani.	II.	Amorțire. Persoana pare doar superficial afectată de pierdere, dar în realitate se protejează pe sine de suferința acută.
III.	Dezorganizare și disperare. Neliniște și lipsă de scop. Creșterea preocupărilor somatice, retragere, introversie și iritabilitate. Retrăiri repetate ale amintirilor.	III. IV.	Nostalgie (căutare). Caută sau își amintește persoana pierdută. Stadiu asemănător cu stadiul 2 al lui Bowlby. Depresie. Persoana se simte lipsită de speranțe asupra viitorului, simte că nu poate continua să trăiască și se retrage față de familie și prieteni.
IV.	Reorganizare. Odată cu formarea unor noi paternuri, obiecte și scopuri, doliul cedează și este înlocuit de amintiri dragi. Se produce identificarea sănătoasă cu decedatul.	V.	Recuperare și reorganizare. Persoana realizează că viața sa va continua, cu noi ajustări și scopuri diferite.

Doliul și travaliul de doliu (II).

Pierderea unui părinte

Faza de protest. Copilul își dorește cu putere părintele pierdut.

Faza de disperare. Copilul resimte lipsă de speranțe, retragere și apatie.

Faza de detașare. Copilul cedează atașamentul emoțional față de părintele pierdut.

Copilul poate să-și transfere nevoia de părinte asupra unuia

Pierderea unui copil

Poate fi o trăire mai intensă decât pierderea unui adult.

Sentimentele de vinovăție și neajutorare pot fi copleșitoare.

Apar stadii de șoc, negare, mânie, negociere („târguială”) și acceptare.

Manifestările de doliu pot să dureze toată viața.

Până la 50 % din căsătoriile în care un copil a decedat se

Trebuie să memorizăm următoarele (I):

- Da, încurajați ventilarea simțămintelor.
- Permiteți pacientului să vorbească despre aceia pe care i-a iubit.
- Pot fi utile reminiscențele despre experiențe pozitive.
- Nu spuneți unei persoane în doliu că nu trebuie să plângă sau să se mânieze.
- Da, încercați ca un mic grup de oameni, care l-au cunoscut pe decedat, să discute despre acesta în prezența persoanei îndoliate.
- Nu prescrieți medicație antianxioasă sau antidepresivă ca tratament regulat, de durată.
- Dacă persoana îndoliată devine acut agitată, este mai bine să oferiți consolări verbale, și nu o pilulă.
- Totuși, pe termen scurt pot să ajute mici doze de medicație (5 mg de diazepam-Valium).
- Da, țineți seama că vizitele scurte și frecvente la psihiatru sunt mai utile decât câteva vizite lungi.

Trebuie să memorizăm următoarele (II):

Da, țineți seama de posibilitatea unei reacții de doliu întârziate, care apare la câțva timp după deces și constă din modificări comportamentale, agitație, labilitate dispozițională și abuz de substanțe.

Astfel de reacții pot să survină în apropierea aniversării unui deces (reacție aniversară).

Da, țineți seama că, înainte de producerea propriu-zisă reacție a pierderii, poate să aibă loc o reacție de doliu anticipativă, care poate să descrească intensitatea reacției de doliu acute din momentul producerii reale a pierderii.

Dacă este recunoscut atunci când are loc, acesta poate să fie un proces util.

Da, rețineți că persoana în doliu după decesul unui membru de familie care s-a sinucis, s-ar putea să nu dorească să discute despre sentimentele de a fi stigmatizată pe care le are.

Decesul și moartea.

Stadiile nu se manifestă întotdeauna în ordinea prezentată.

Pot să existe salturi de la un stadiu la un altul.

Mai mult, copiii mai mici de 5 ani nu înțeleg moartea; ei o privesc ca pe o separare, asemănătoare somnului.

Intre vârsta de 5 și 10 ani, ei devin din ce în ce mai conștienți de moarte drept ceva care li se întâmplă altora, în special părinților.

După vârsta de 10 ani, copii conceptualizează moartea drept ceva ce li se poate întâmpla chiar lor.

Decesul și moartea

(reacțiile pacienților terminali după Elisabeth Kubler-Ross)

Stadiul 1	Șoc și negare. Reacția inițială a bolnavului este șocul, urmat de negarea faptului, că ceva ar fi în neregulă. Unii bolnavi nu trec de acest stadiu și pot să meargă de la un medic la altul, până când găsesc unul care le sprijină poziția.
Stadiul 2	Mânie. Pacienții devin frustrați, iritabili și mânioși pentru că sunt bolnavi; întrebă „de ce eu?”. Managementul bolnavilor în acest stadiu este dificil, pentru că mânia este deplasată asupra medicilor, personalului spitalului și familiei. Uneori mânia este direcționată către ei înșiși, din credința că boala a apărut ca pedeapsă pentru rele.
Stadiul 3	Negociere. Pacientul poate să încerce să negocieze cu medicii, prietenii sau chiar cu Dumnezeu ca, în schimbul vindecării, să îndeplinească una sau mai multe promisiuni (de ex., să doneze la organizații de caritate, să meargă regulat la biserică).
Stadiul 4	Depresie. Pacientul manifestă semne clinice de depresie; retragere, încetinire psihomotorie, tulburări de somn, lipsă de speranțe și, posibil, ideăție de sinucidere. Depresia poate fi o reacție la efectele bolii asupra vieții personale (de ex., pierderea serviciului, dificultăți financiare, izolarea de prieteni și familie) sau poate să fie o anticipare a pierderii reale a vieții, care va avea loc în curând.
Stadiul 5	Acceptare. Persoana realizează că moartea este inevitabilă și acceptă universalitatea ei.

Trebuie să memorizăm următoarele (I):

Nu adoptați o atitudine rigidă (de ex., „*Eu îi spun întotdeauna bolnavului ce are*”); lăsați ca bolnavul să vă fie ghid.

Mulți pacienți vor să-și cunoască diagnosticul, în timp ce alții nu vor. Informați-vă cât de mult a aflat și înțelege deja bolnavul în legătură cu prognosticul său.

Nu reprimați speranțele bolnavului și nu penetrați negarea adoptată de către bolnav, dacă aceasta este defensă majoră, atâta timp cât bolnavul rămâne capabil să obțină și să accepte ajutorul care îi este necesar.

Dacă bolnavul refuză să obțină ajutor din cauza negării, ajutați-l treptat și cu blândețe să înțeleagă că ajutorul este necesar și disponibil.

Reasigurați bolnavul că va fi îngrijit indiferent de comportamentul său.

Da, rămâneți cu bolnavul pentru o perioadă de timp după ce i-ați spus despre condiția sau diagnosticul său.

Poate să intervină o perioadă de șoc.

Încurajați pacientul să pună întrebări și dați răspunsuri care să reflecte adevărul.

Spuneți-i, că vă veți întoarce pentru a răspunde la toate întrebările, pe care le vor avea bolnavul sau familia sa.

Trebuie să memorizăm următoarele (II):

Da, reveniți după câteva ore, dacă este posibil, ca să verificați, care este reacția bolnavului.

Dacă pacientul manifestă anxietate, se pot prescrie 5 mg de diazepam la nevoie, timp de 24 până la 48 de ore.

Da, comunicați membrilor de familie datele medicale reale.

Încurajați să viziteze bolnavul și permiteți-i acestuia să vorbească despre fricile sale.

Membrii de familie nu numai că trebuie să facă față pierderii unei persoane iubite, ci se confruntă și cu propria mortalitate personală, care produce anxietate.

Da, verificați întotdeauna dacă există vreun „testament cu privire la viață” sau dacă pacientul sau familia au dorința de a nu resuscita.

Încercați să anticipați dorințele lor cu privire la procedurile de susținere vitală.

Da, înlăturați durerea și suferința.

Nu există nici o rațiune de a nu administra narcotice unui pacient muribund, de frica dependenței.

Managementul durerii trebuie să fie viguros.



UNIVERSITATEA DE STAT
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”
din REPUBLICA MOLDOVA

**Psihiatria—definiție, scop, obiective,
date din istorie.**

Examinarea bolnavului psihic.



Psihiatria

Psihiatria este o specialitate științifică medicală, dedicată prevenirii, diagnosticului, tratamentului și reabilitării pacienților cu tulburări mintale.

Psihiatria este acel domeniu al medicinei, care studiază și tratează tulburările psihice.

Datorită faptului că până în prezent nu s-au putut evidenția markeri diagnostici organici pentru bolile psihice, s-a preferat utilizarea termenului de **tulburare psihică** în loc de boală psihică.

Noțiunea de **psihiatricie** (inițial „*Psychiaterie*”, devenită mai târziu „*Psychiatrie*”) a fost introdusă de medicul german *Johann Christian Reil* în 1808 și înseamnă „*tratamentul medical al sufletului*” (*psych-* „suflet” din limba veche greacă - *psykhē* „suflet” și *iatry* „tratament medical” din Gk. *iātrikos* „medical” de la *iāsthai* „a vindeca”).

Scop și obiective

Scopul principal al psihiatriei este urmărirea și menținerea sănătății mintale.

Sarcinele psihiatriei includ rolul factorilor psihologici, socio-culturali, juridici, medico-farmacologici și influența lor asupra manifestărilor din cursul tulburărilor mintale.

Subspecialități

Subspecialitățile psihiatrice sunt:

- psihiatria generală,
- psihiatria de urgență,
- geronto- și
- pedopsihiatria,
- psihiatria judiciară,
- psihiatria dependenților (narcologia),
- psihiatria socială.

Protoistoria psihiatriei (I).

Date din istoria psihiatriei universale.

Bolile mintale se cunosc din cele mai vechi timpuri, dar abordarea acestora a fost diferită de-a lungul vremii.

Psihiatria, ca ramură a medicinei, se dezvoltă în legătură strânsă cu situația social-economică a societății din epocile respective.

Gândirea magică a omului primitiv a creat explicații supranaturale pentru totul, de aici necesitatea unor acțiuni medicale primitive, efectuate de șamani și vrăjitori.

În neolitic se considera că nebunia este cauzată de o „*piatră*” aflată în creier, de aceea se încerca „*scoaterea*” acesteia cu ajutorul unei trepanații craniene, procedeu întâlnit la locuitorii Americii precolumbiene, iar mai recent, la Kabili, o populație algeriană de munte.

Protoistoria psihiatriei (II).

Date din istoria psihiatriei universale.

În afara marilor **tratate de medicină asiatică, indiene și chinezești**, în care găsim elemente și date privind bolile mintale și tratamentul lor, merită a fi semnalată **concepția posedării**, ce constă în credința pătrunderii în corpul uman a unei zeități dușmănoase, a demonilor, pe care o puteau alunga numai vracii prin exorcism.

Din arhiva documentelor egiptene aflăm că, din secolul al VII-lea î.e.n., se descriu „*duhuri necurate*” în sufletul bolnavilor psihici.

Psihiatria științifică a antichității (I).

În epoca antică dereglările psihice se considerau ca o maladie provocată de diferite **forțe supranaturale**.

Începând cu acea perioadă, sunt descrise tulburări psihice de tip maniacal, accese de epilepsie, stări halucinator-delirante.

Hippocrate (460-377 î.e.n.) a fost prima persoană, care a crezut că bolile au cauze naturale, ce nu țin de superstiții și zei.

Hippocrate a separat disciplina medicinei de religie, susținând că boala nu este o pedeapsă dată de zei, ci mai degrabă produsul unor factori de mediu, a dietei și a obiceiurilor de viață.

Hippocrate a împărțit tulburările psihice în febră delirantă, manie, melancolie, epilepsie, hidrofobie și sufocarea uterului (ceea ce va fi numit mai târziu isterie).

Școala hipocratică a dat importanță artei inspecției, explorării senzoriale, comunicării verbale, observației clinice și documentării.

Din acest motiv, Hippocrate poate fi mai drept cuvânt numit „*Părintele medicinei*”.

Psihiatria științifică a antichității (II).

După Hippocrate, următorul medic de o importanță considerabilă, a fost **Galenus** (129-200 î.e.n.), care a perpetuat tradiția medicinei hipocratice.

Galenus a fost ultimul mare medic al Antichității, unul dintre fondatorii farmacologiei.

Galenus a scris că boala este cauzată de dezechilibrul a patru temperamente.

Din cele peste 500 scrieri ale sale, Tratatul despre pasiunile și defectele sufletului are un conținut psihiatric.

Opera medicală a lui **Avicenna** (Ibn Sina) (980-1037) a stat timp de cinci secole la baza studiului medicinei atât în Orient, cât și în Occident.

Printre cele peste 300 de lucrări, Avicenna a scris și tratatul despre „*Melancolie*”.

Evul mediu european

În această perioadă are loc asimilarea treptată a științei medicale elene de cea arabă, care a emis ideea influenței reciproce a psihicului și a fizicului și lăsând adevărate foi de observație clinică.

Cu toate acestea, în Evul Mediu, medicina și diagnosticul medical au suferit un regres, în special diagnosticul bolilor psihiatrice, ale căror suferinzi nu au fost considerați bolnavi, dar care meritau pedeapsa divină.

Din acest motiv, mulți pacienți au fost torturați.

Cu Renașterea s-au făcut progrese mari în mai multe domenii ale cunoașterii, prin stabilirea modelului experimental de investigație științifică și prin apariția mai multor nosografii psihiatrice.

Are loc întemeierea școlilor medicale din Salerno, Montpellier, Avignon.

În afara spectacolului demential al paraliziei generale, asistăm la crizele de isterie colectivă, descrise ca „*posesiuni ale diavolului*”.

Jean Weyer

Paracelsus

Jean Fernel

Rudolf Goeckel

William Cullen

Psihiatria modernă

Până în secolul al XVIII-lea, diagnosticul psihiatric s-a limitat la denumirile populare ale fenomenelor, care au fost ulterior clasificate ca fiind psihopatologice.

Acest secol a fost, de asemenea, marcat de schimbări sociale profunde, influențate de Revoluția Franceză, care au promovat declinul opozițiilor medievale la libertatea de anchetă și gândire.

În 1792, **Philippe Pinel** (1745-1826) a desfăcut lanțurile alienaților la Bicêtre.

Prin această repunere a bolilor mintale în cadrul științelor medicale, Pinel a efectuat **prima mare revoluție în psihiatrie**.

În munca de observație și analiză a studiilor biologice, anatomo-patologice s-au ilustrat **Esquirol, Lasseque, Falret, Baillarger, Morel, Magnan, Griesinger, Meynert, Wernicke**.

Psihiatria contemporană (I).

Considerat titanul, fondatorul psihiatriei științifice moderne, **Emil Kraepelin** (1850-1926) a pus bazele concepției clinico-nosologice în psihiatrie.

Richard Freiherr von Krafft-Ebing (1840-1902) a scris numeroase articole de specialitate, dar cea mai importantă lucrare a sa rămâne „*Psychopathia Sexualis: eine Klinisch-Forensische Studie*”.

Karl Theodor Jaspers (1883-1969) a fost un psihiatru german, care a avut o influență majoră asupra psihiatriei moderne.

Jaspers a pus începutul metodei biografice, care a devenit piatra de temelie a psihiatriei moderne.

În 1923 **Kurt Schneider** (1887-1967) prezintă lucrarea „*Die psychopathischen Persönlichkeiten*”, în care descrie 10 tipuri de personalități psihopatice.

În 1917 **Karl Bonhoeffer** (1868-1948) publică celebra sa lucrare „*Die exogenen Reaktionstypen*”.

Psihiatria contemporană (II).

La sfârșitul secolului al XIX-lea, odată cu publicațiile lui **Sigmund Freud** (născut *Sigismund Schlomo Freud*) (1856-1939), începe a **doua mare revoluție în psihiatrie**, diagnosticul psihiatric dobândind o dimensiune dinamică.

Freud este considerat a fi părintele psihanalizei, iar lucrările sale introduc noțiuni precum inconștient, mecanisme de apărare, acte ratate și simbolistica viselor.

Paul Eugen Bleuler (1857-1940) a fost un psihiatru elvețian, care în 1908 a inventat termenul de schizofrenie.

Era psihofarmacologică

O altă eră în psihiatrie s-a deschis odată cu introducerea în tratamentul afecțiunilor psihice a medicamentelor psihotrope (antipsihotice și modificatoare ale comportamentului) prin descoperirea **clorpromazinei** și a aplicării ei în clinică (**1952**).

Meprobramatul (1950)

Iproniazidul (1951)

Imipramina (1951)

Chlordiazepoxidul (1955)

Fluoxetina (1988)

Sertralina (1991)

Paroxetina (1992)

Risperidona (1984)

Olanzapina (1996)

Quetiapina (1997)

Citalopram (1998).

Dezvoltarea psihiatriei în Moldova (I)

Începutul asistenței medicale specializate în **Moldova** debutează odată cu deschiderea primului Spital local de Zemstvă din orașul Chișinău la 26 decembrie 1817, printre pacienții cărui se numărau și alienații mintali.

Problema alienațiilor mintali a fost parțial rezolvată în 1852, când în edificiul fostei închisori a fost deschisă o secție de psihiatrie pentru bărbați (35 de paturi).

Femeile erau spitalizate în continuare în secția comună a spitalului.

Iar în 1870, în cadrul spitalului a fost deschisă o secție specializată, care a constat din 5 saloane:

- I și II—pentru bolnavi neagitați;
- al III-lea—pentru bolnavii incontinenți;
- al IV-lea—pentru bolnavii violenți și
- al V-lea—pentru bolnavii agitați.

Acest lucru a dat posibilitate să se creeze condiții minime de întreținere și tratament diferențiat.

Dezvoltarea psihiatriei în Moldova (II)

În 1876, cu mijloacele alocate de Zemstvă, a fost construită secția de psihiatrie în cadrul spitalului regional.

În 1885 a fost terminată construcția unui nou edificiu, cu o capacitate de 60 de paturi, iar în secția veche au fost transferate femeile suferinde de sifilis.

În 1888 noul șef al secțiilor de psihiatrie a fost desemnat **W. Kossakovski**.

O contribuție importantă la deschiderea spitalului au avut-o și **M. Lion**, primul medic psihiatru basarabean, care a pledat în favoarea unei colonii agricole pe lângă spitalul de psihiatrie.

Dezvoltarea psihiatriei în Moldova (III)

În 1892 încep lucrările de construcție, iar la 5 iulie 1895 are loc deschiderea oficială a primului spital de psihiatrie din Basarabia „*din moșia Costiujenilor, megieșă cu cea a Chișinăului*”.

La 22 iulie 1902 Guvernul Rusiei a decis alocarea sumei necesare definitivării spitalului.

În acest context, Zemstva din Basarabia a încheiat un contract cu renumitul arhitect *A. Bernardazzi*, care a procedat la serioase modificări în proiectele corpurilor curative.

Pe lângă lucrările asupra proiectului de bază, *A. Bernardazzi* a consolidat și modernizat construcțiile deja existente.

Toate obiectele, prevăzute în contractul cu arhitectorul *A. Bernardazzi*, au fost finalizate în septembrie 1904.

Eleganța și calitatea lucrărilor de construcție prezintă interes și pentru specialiștii din zilele noastre.

Dezvoltarea psihiatriei în Moldova (IV)

La 22 iulie 1895, director al instituției este desemnat **Wladislaw-Ivan Leonardovici Kossakovski**, care în același timp conducea secțiile pentru bolnavii psihici din cadrul Spitalului de gubernie.

În 1898 în calitate de director este desemnat **Anatolie Koțovsky**.

Ulterior directori (medici-șef) au fost: **I. Varzar** (1916-1920), **Gh. Lașcu** (1920-1939), **A. Ciolca** (1940), **M. Isanos** (1941-1944), **A. Ciolca** (1945-1947), **V. Iliin** (1948-1950), **B. Morozov** (1950-1970), **M. Zineac** (1970-1986), **C. Țurcan** (1986-2010), **M. Hotineanu** (2010-2015).

Actualul director este **Victor Furtună**.

Dezvoltarea psihiatriei în Moldova (V)

Spitalul a servit drept bază inițială pentru trei instituții republicane, care pe parcursul anilor sau detașat:

- Institutul de Neurologie și Neurochirurgie,
- Dispensarul Republican de Narcologie și
- Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile.

Aici și-a început activitatea proeminentul medic infecționist *Toma Ciorbă*.

Dezvoltarea catedrei de psihiatrie (I)

O influență majoră asupra dezvoltării psihiatriei naționale a avut-o organizarea în 1946 a catedrei de psihiatrie a Institutului de Medicină din Chișinău.

Întemeietorul catedrei a fost profesorul **Alexei Molohov**, Om emerit.

Din 1966 catedra a fost condusă de discipolul lui A. Molohov, profesorul **Alexandru Nacu**, Om emerit (1983), Laureat al premiului în numele Academicianului V. Protopopov (Ucraina) (1990), cavaler al Ordinului Republicii (1995), savant cu renume, profesor universitar (1969), Academician de onoare al AȘM, actualmente profesor consultant.

Dezvoltarea catedrei de psihiatrie (II)

Din anul 1985, conducerea catedrei de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală a fost preluată de dl **Nicolae Oprea**, profesor universitar (1988), profesor consultant (2000-2012).

În 1984 a fost fondată catedra de psihiatrie a facultății de perfecționare a medicilor, care în perioada anilor 2000-2009 a fost condusă de dl **Mircea Revenco**, profesor universitar (1998).

În perioada anilor 2000-2022 catedra a fost condusă de dl **Anatolie Nacu**, profesor universitar (2013), membru al Asociației Internaționale de Psihanaliză (2005) și al Societății Române de Psihanaliză (2013).

Actualul șef de catedră este dna **Jana Chihai**, conferențiar universitar, președintele Societății naționale de psihiatrie.

Tema de cercetare a catedrei este: „***Factori de risc, metode de diagnostic, tratament, recuperare și profilaxie a sănătății mintale***”.

Examenul (interviul) clinic: istoricul psihiatric și starea mintală.

Scopul interviului diagnostic este culegerea informațiilor, care îl vor ajuta pe examinator să formuleze diagnosticul.

Diagnosticul orientează tratamentul și ajută la predicția (prognosticul) evoluției viitoare a pacientului.

Diagnosticile psihiatrice se bazează pe fenomenologia descriptivă:

- semne,
- simptome,
- evoluție clinică.

Examinarea psihiatrică are două părți:

- (1) **istoricul**, care descrie evoluția bolilor prezente și trecute, și care furnizează informații despre familie și alte informații personale, și
- (2) **examenul stării mintale**, care constituie evaluarea gândirii, dispoziției și comportamentului curent al pacientului.

Foaia de observație clinică.

Foaia de observație clinică, utilizată în unitățile spitalicești de psihiatrie, reprezintă cel mai important document medical, ce conține toate informațiile referitoare la pacienții internați în această modalitate.

Foaia de observație prezintă trei **valențe importante**: este un **document**:

- medico-științific,
- medico-judiciar și
- contabil.

Foaia de observație conține o serie de alte rubrici particulare, ce permit colectarea unor informații, ce întregesc imaginea pacientului din perspectivă biografică, dar și descrierea cadrului familial și a microgrupului socio-cultural, din care pacientul provine.

Perspectiva biografică longitudinală a dezvoltării individului poate oferi informații la fel de valoroase ca cele din perioada premergătoare debutului.

Foaia de observație clinică.

În cazul întocmirii foii de observație psihiatrică se va consemna amănunțit toate datele obținute în urma examenului:

- medical somatic,
- neurologic și
- psihic,

la care se adaugă rezultatele explorărilor paraclinice, ce permit sinteza diagnostică și terapeutică a bolnavului.

Examinarea psihiatrică.

Examinarea psihiatrică se bazează pe ascultarea (convoorbirea cu bolnavul) și pe observația directă a examinatorului asupra bolnavului și invers.

Se va asculta cu atenție povestirea spontană a bolnavului, ce poate fi invitat prin formula:

- *vorbiți, vă ascult!*

Reticența bolnavului sau oprirea confesiunii ne obligă să intervenim și să dirijăm discuția prin formule facilitate ca:

- *spuneți tot ceea ce vă trece prin minte sau*
- *ce v-a îndemnat să consultați medicul?,*

fără a sugera bolnavului idei sau răspunsuri, sau prin întrebări în care se solicită bolnavului precizări ale unor răspunsuri ale acestuia și prin explicații și răspunsuri date bolnavului la solicitările acestuia în legătură cu suferința sa și cu tratamentul acesteia.

Convorbirea psihiatrică.

Convorbirea psihiatrică este un **dialog**, ce are loc numai între psihiatru și bolnav, prezența unei terțe persoane fiind admisă numai cu acceptul bolnavului.

Modul de desfășurare a convorbirii va fi cât se poate de degajat și liber, fără a contrazice bolnavul.

În situația, când bolnavul este adus de alții, îl înștiințăm că avem cunoștință de situație, că foarte probabil are ceva de spus, ca atare, ca medici, suntem gata să-l ascultăm.

Convorbirea va fi îndelungată și repetată la intervale necesare.

Pe tot parcursul examinării medicale atitudinea noastră va fi neutră față de conținutul confesiunilor bolnavului.

Observația psihiatrică (I).

Observația psihiatrică se va desfășura într-un **climat psihoterapeutic**, deoarece, în relația medic-bolnav, competența și prestigiul medicului constituie un remediu pentru bolnav și, în virtutea acestei încrederi, bolnavul **transferă** asupra terapeutului dificultățile sale afective.

Acest lucru îl conduce pe terapeut la o interpretare și la o ameliorare a comportamentului bolnavului, realizând **contratransferul**, ceea ce constituie sensul psihoterapeutic al acestei convorbiri.

Observația psihiatrică (II).

În timpul redactării foii de observație vom menționa opiniile noastre asupra celor susținute de bolnav, notând: bolnavul afirmă, pretinde, acuză etc. (fapt important, mai ales, pentru medicina juridică).

Schema următoare oferă un model al modului în care sunt organizate de obicei toate aceste informații.

Trebuie atinse toate subiectele, dar nu este obligatoriu ca schema să fie urmată exact în ordinea prezentată.

Schema foii de observație clinică.

Datele de identificare.

Etapa a doua a completării foii de observație trebuie să cuprindă în mod detaliat și sistematic motivele internării, cu cuvintele bolnavului, unde va fi inclusă și o scurtă observație la internare, ce va cuprinde:

- date asupra **modalității de internare**: voluntar sau forțat (adus de familie, alte persoane, autorități ale ordinei publice, transfer din alte instituții sanitare), ca urgență psihiatrică sau pe baza unui document oficial;
- se va nota dacă se află la prima internare sau dacă bolnavul a mai fost spitalizat, specificându-se internările anterioare, unitatea sanitară, timpul și tratamentul urmat în staționar sau ambulatoriu;
- în cazul că persoana nu este identificată și nu poate da relații precise, se va face o descriere generală a persoanei, evaluându-se vârsta cu aproximație;
- se va menționa sursa informațiilor: de la rude, cunoscuți, colegi de muncă (menționându-se și numele informatorului) sau dacă parvin direct de la bolnav;
- vom consemna impresiile (părerea) însoțitorilor asupra bolnavului.

Schema foii de observație clinică.

- Acuzele bolnavului.
- Antecedentele eredo-familiale.
- Antecedentele personale.
- Antecedentele persoanele fiziologice.
- Antecedentele personale patologice.
- Istoricul bolii actuale.
- Istoricul psihiatric anterior.
- Starea prezentă (examenul general).
- Examenul neurologic.
- Examenul neurologic.
- Examenul psihic.
- Examele complementare.

Consemnarea rezultatelor istoricului și ale examinării stării mintale.

A. Diagnosticul diferențial.

Examinarea psihiatrică se face cu scopul de a stabili un diagnostic.

Se poate întâmpla să nu fie posibilă stabilirea unui diagnostic cert, caz în care în care se listează, în ordinea probabilității, toate diagnosticele, care ar putea să explice semnele și simptomele de prezentare ale pacientului.

B. Punctele decizionale majore.

Chiar în lipsa unui diagnostic unic, la sfârșitul evaluării examinatorul trebuie să poată să răspundă la fiecare din întrebările următoare:

1. *Bolnavul este psihotic?*

Sunt prezente simptome psihotice, cum ar fi halucinațiile, delirurile, tulburările formale de gândire severe sau tulburările majore ale comportamentului.

2. *Condiția bolnavului ar putea să fie rezultatul unei probleme subiacente medicale sau legate de droguri?*

3. *Pacientul este expus riscului de a-și face un rău sau de a face rău altora?*

Consemnarea rezultatelor istoricului și ale examinării stării mintale.

C. Diagnosticul multiaxial.

În DSM-5 sunt prevăzute cinci axe.

Se va evalua și se va comenta fiecare axă.

D. Formularea psihodinamică.

1. Tăriile egoului.

a. *Mecanismele principale de defensă.*

b. *Reglarea pulsiunilor (drives).*

c. *Relațiile interpersonale.*

d. *Testarea realității.*

2. Principalele conflicte psihologice.

3. Istoricul dezvoltării.

Tratamentul.

După examinarea bolnavului, medicul curant face prescripții, indică metodele de tratament, argumentând acest lucru în foaia de observație clinică.

Se înregistrează:

- ❖ denumirea medicamentelor,
- ❖ dozele,
- ❖ metodele de aplicare:
 - per os,
 - intravenos,
 - intramuscular,
 - subcutanat etc.

Diagnosticul.

Diagnosticul poate fi schimbat de câteva ori:

– (**diagnosticul de trimitere** – efectuat de către medicul, care îndrumă pacientul spre spitalul de psihiatrie; în situația debuturilor și a diagnosticelor efectuate de către alți specialiști decât psihiatrii, validitatea acestor diagnostice poate fi mai redusă.

– **diagnosticul prezumtiv** (diagnosticul la internare) – efectuat de către specialistul psihiatru, care preia cazul în momentul prezentării acestuia la spital.

– **diagnosticul clinic** (diagnosticul la 72 ore) – aparține medicului curant.

– **diagnosticul final** (definitiv) (diagnosticul la externare).

Diagnosticul final.

Diagnosticul final (definitiv) (diagnosticul la externare) va conține:

Diagnostic principal: este diagnosticul ce a determinat internarea pacientului.

Prezintă **2 perspective:**

- una *transversală* referitoare la diagnosticul episodului actual (de exemplu, Episod maniaco-depresiv fără simptome psihotice) și
- una *longitudinală* (în situația mai multor episoade) a tulburării, în cadrul căreia apare episodul actual (de exemplu, în acest caz, Tulburare afectivă bipolară)

Diagnostice secundare: pot fi atât psihiatrice (de ex., Tulburare de personalitate de tip anankast), dar și medico-chirurgicale (de exemplu, Ulcer gastro-duodenal).

Încadrarea diagnostică se va face în conformitate cu Manualul Diagnostic al OMS - Clasificarea internațională a maladiilor, ediția 10-a.

Psihopatologia descriptivă.
Sindromologia psihiatrică. Clasificarea
tulburărilor mintale.

1. Tulburari de senzație:

**Cantitative (schimbarea
intensitatii senzatiei)**

1. Hipoestezie
2. Anestezie
3. Hiperestezie

**Calitative(schimbarea
calitatii senzatiei)**

1. Parestezie
2. Cenestopatie

Calitative (schimbarea calitatii senzatiei)

- **Parestezie** - apariția de senzații neplăcute cutanate în lipsa excitanților. Apar în leziuni organice de exemplu.
- **Cenestopatie** – senzații neplăcute de intensitate diferită proiectate în organele interne în lipsa unei patologii somatice constatate

1. Tulburari de perceptie:

1. Agnozii
 2. Iluzii
 3. Halucinații
 4. Dereglările de sinteză senzorială (psihosenzoriale)
- Calitative(schimbarea calitatii senzatiei)**

1. Agnozii

- Reprezintă absența capacității de integrare a elementelor senzoriale într-un complex corespunzător obiectului, fenomenului, manifestându-se prin incapacitatea subiectului uman de a recunoaște imagini sau persoane după calitățile lor senzoriale.
- **Agnoziile în funcție de analizatori pot fi clasificate în:**
 - I. Agnozii vizuale (cecitatea psihică)
 - II. Agnozii auditive (surditatea psihică)
 - III. Agnozii tactile (astereognozii și amorfognozii)
 - IV. Agnozii ale schemei corporale (tulburările de schemă corporală)

2. Iluzii

Este percepția eronată, deformată a unui obiect real existent.

Pot fi fiziologice, fizice (alternanțe de luminozitate, de culoare, de mișcare, din motivul stimulării zonei optice cerebrale), patologice.

În dependență de organele de simț, iluziile pot fi grupate în:

- Iluzii vizuale
- Iluzii auditive
- Iluzii gustative și olfactive
- Iluziile tactile (cenestetice)

3. Halucinații

Sunt „percepții false (fără obiect)”

După modalitatea lor senzorială, halucinațiile se împart în următoarele tipuri psihopatologice:

1. **Auditive:** elementare – zgomote, sunete, foșnete, bubuituri, etc.; parțial organizate – muzică; completamente organizate – voci solitare, multiple, comentative (comentează orice acțiuni ale pacientului), „imperative” (care dictează, impun, poruncesc); voci care „discută între ele”; voci cu aspect de „sonorizare a gândurilor”; voci care acuză, etc.
2. **Vizuale** (elementare – scântei, umbre, cercuri colorate; organizate – cu aspect de obiecte, ființe, persoane), halucinații “hipnagogice” (care apar în decursul procesului de adormire); halucinații “hipnapompice” (care apar la trezirea din somn, etc.);
3. **Olfactive și gustative**, pot fi plăcute sau neplăcute. Se întâlnesc la pacienții cu epilepsie, tumori cerebrale, schizofrenie, în intoxicații cu substanțe psihoactive.

3. Halucinații

În funcție de proiecție:

1. Cu proiecție în exterior (halucinații adevărate)
2. Cu proiecție în interior (pseudohalucinații)

În funcție de complexitate: 1. simple (foșnete, umbre)
2. complexe (scene, voci clare)

Halucinații vizuale: 1. campine
2. extracampine

Halucinații: 1. congruente cu fonul afectiv
2. incongruente cu fonul afectiv

Halucinații imperative – dictează anumite modalități de conduită

4. Dereglările de sinteză senzorială (psihosenzoriale):

- Metamorfozii

- *micropsii* – obiectele sunt percepute de dimensiuni mai mici decât în realitate;
- *macropsii* – obiectele sunt percepute de dimensiuni mai mari decât în realitate;
- *poropsii* – obiectele sunt percepute ca fiind amplasate în spațiu la distanțe mai mari sau mai mici decât în realitate;
- *dismegalopsii* – obiectele sunt percepute ca fiind mai alungite, răsucite sau mai îngroșate decât în realitate;
- *displatopsii* – obiectele sunt percepute bidimensional în loc de tridimensional;
- *xantopsii* (totul este perceput ca fiind colorat în galben), ori în roșu (*ereutopsii*) sau albastru (*cianopsii*), etc;
- *autometamorfozii* (parțiale sau totale) – perceperea modificată a propriului corp sau a unor părți ale acestuia ș.a. (de ex., cele parțiale: macro- / micro- melii, membrele sau părți ale corpului percepute ca mai mari sau mai mici decât în realitate). Sunt prezente în schizofrenie și alte tulburări psihotice.

4. Dereglările de sinteză senzorială (psihosenzoriale):

Alte tulburări psihosenzoriale

Cenestopatiile, derealizarea, depersonalizarea, dismorfofobia, dismorfomania sunt interferate cu tulburările afective, de gândire, etc.

Derealizarea

– senzație de realitate schimbată sau ireală („amorțită”, “înțepenită”). În episoadele de derealizare pacientul percepe lumea adecvat, dar are senzația că, lumea exterioară este schimbată, străină, bizară, vagă, ireală, etc.

„... totul este înțepenit, ireal, de parcă ar fi artificial, neadevărat ...”.

Poate fi prezentă în stările de angoasă, în depresia severă, în schizofrenie, în atacurile de panică, în tulburările disociative, în intoxicațiile induse de substanțe psihoactive.

Depersonalizarea

– o senzație de modificare a sinelui, a anumitor părți, particularități ale propriei persoane, asociate adeseori cu senzația de modificare a mediului înconjurător.

În depersonalizare subiectul se percepe pe sine ca pe o persoană străină, schimbată.

Depersonalizarea este o tulburare a percepției propriului Eu, care poate să apară în condiții de stres sever sau oboseală extremă.

Se întâlnește în stările de depresie severă, în schizofrenie, tulburarea de personalitate schizotipală ș.a.

Sindroame psihopatologice care sunt referite la tulburările senzației și percepției

- Sd. Halucinator (halucinoza)
- Sd. Halucinator-paranoid
- Sd. Cenestopatic
- Sd. Dismorfofobic
- Sd. Dismorfomanic
- Sd. de Dereglare a schemei corporale
- Sd. de Derealizare
- Sd. de Depersonalizare
- Sd. de Derealizare-depersonalizare

2. Tulburarile de gandire

3.1.1. Dupa forma

1. Tulburare de ritm
2. Tulburare de fluentă
3. Distorsiune a gandirii

3.1.2. Dupa continut :

1. Idei delirante
2. Idei prevalente
3. Idei obsesive

TULBURĂRILE DE GÂNDIRE

Tulburări de ritm, structură și coerență ale gândirii

- Gândirea accelerată, Mentismul, Gândirea vagă, Gândirea “întreruptă”, Gândirea incoerentă, Lentoarea și inhibiția gândirii, Gândirea circumstanțială (ineficientă), Neologisme, Perseverația gândirii, Ecolalia, Gândirea și vorbirea manieristă, Schizofazia. “Răspândirea” gândirii, „Cunoașterea” gândurilor, „Furtul” gândirii, „Retragerea” gândirii, “Sonorizarea” gândirii, ”Controlul” gândirii, ”Dirijarea” gândurilor, ”Inserția” gândurilor,

Tulburări semantice sau tulburări de conținut al gândirii

- Ideea obsesivă, Ideea dominantă, Ideea prevalentă, Ideea delirantă

Tulburările de gândire de regulă sunt reflectate în comunicarea verbală și grafică.

Tulburări calitative (semantice) sau tulburări de conținut al gândirii

1. **Ideea obsesivă** – idee care, apare „automat” (fără implicare voinței), domină conștiința subiectului, este repetitivă și persistentă.

Pacientul o percepe ca fiind inutilă, anormală, este deranjat de prezența acesteia și încearcă să o îndepărteze, dar nu reușește.

Este prezentă la pacienții cu fobii, tulburări obsesive, tulburări de personalitate, în perioadele de surmenaj psihic;

Tulburări calitative (semantice) sau tulburări de conținut al gândirii

2. **Ideea dominantă** – este o idee centrală, de bază, hipervalorizată la un moment dat al gândirii/ conștientului, subiectul fiind în acord cu aceasta din urmă (egosintonă).

Este în general o idee reversibilă și concordantă cu realitatea. Astfel, după ce conținutul ideativ capătă o rezolvare, ideea dominantă este „abandonată”, pierzându-și caracterul de „dominanță”.

Ideea dominantă poate fi contra-argumentată verbal. Adeseori este prezentă la pacienții cu tulburări de personalitate, în premorbidul schizofreniei;

Tulburări calitative (semantice) sau tulburări de conținut al gândirii

3. Ideea prevalentă – similar cu ideea dominantă este una centrală, de bază, ce domină câmpul conștienței, (egosintonă), dar care, spre deosebire de ultima, este în discordanță cu realitatea faptică, pe care se bazează. Pentru a o argumenta pacientul folosește idei adiacente reale.

Ideea prevalentă este în general una irațională, de intensitate pre-delirantă, care totuși, poate fi contra-argumentată verbal.

Este adeseori prezentă în tulburările de personalitate, debutul schizofreniei;

Tulburări calitative (semantice) sau tulburări de conținut al gândirii

4. Ideea delirantă este o convingere falsă, în discordanță cu realitatea faptică, egosintonă (pacientul nu are atitudine critică față de ea), care **nu** poate fi contra-argumentată verbal, oricât de evidentă ar fi falsitatea acesteia.

Ideea domină conștiința bolnavului, modificându-i în sens patologic, verificarea realității, motivațiile, deciziile și comportamentul.

Împreună cu halucinațiile conduce la perceperea și interpretarea distorsionată a realității.

Este prezentă frecvent în procese diferite tulburări psihotice (schizofrenie, tulburarea bipolară).

Sindromul paranoial

- include un delir sistematizat, de regulă monotematic, care evoluează pe fundalul unei stări emoționale intense (în funcție de conținutul fabulei delirante, pacientul poate fi anxios, depresiv, exaltat).
- Ca și conținut, ideile delirante pot fi: de gelozie, referință, hipocondriace; de grandoare, de bogăție, de genialitate, etc. conținutul fabulei delirante și fundalul afectiv modifică în sens patologic comportamentul pacientului.

Sindromul paranoid

– constă dintr-un delir sistematizat (mai puțin sistematizat, comparativ cu sindromul paranoial), de regulă pluritematic, mai frecvent depresiv, la care se asociază pseudohalucinații sau halucinații “adevărate” verbale. Simptomele menționate evoluează mai frecvent pe fundal de anxietate, depresie, suspiciune exagerată, determinând un comportament bizar și dezorganizat.

Sindromul Kandinsky-Clerambault

În structura psihopatologică a sindromului menționat sunt prezente:

(a) delirul pluritematic (dar obligator va fi prezentă ideea delirantă de influență),

(b) pseudohalucinațiile (de obicei auditive) și

(c) cele trei tipuri de automatisme:

1) automatismul ideativ

2) automatismul senzorial

(3) automatismul kinestezic (motor)

Astfel, pacientul suferind de sindromul automatismului psihic se simte influențat în totalitate de “forța răufăcătoare”. Datorită convingerilor descrise, bolnavul poate prezenta pericol pentru sine sau/și anturaj.

Sindromul parafren

– reprezintă un delir pluritematic, nesistemizat, stupid la maximum ca și conținut, în structura căruia ideile delirante depresive interferează cu cele expansive, fiind asociate cu halucinații “adevărate” sau pseudohalucinații, de regulă verbale.

Fundalul afectiv în sindromul parafren este mai vag.

Pot fi prezente fenomene de schizofazie (pacientul adeseori vorbește mult, incoerent, creându-se impresia că nu are nevoie de interlocutor).

Comportamentul este unul dezorganizat.

3. Tulburari de memorie

Cantitative:

Hipermnezie

Hipomnezie

Amnezie

Calitative:

Pseudoreminiscente

Confabulatii

Criptomnezii

Tulburările de memorie

- Memoria este procesul psihic al orientării retrospective, realizat prin fixare (întipărire, memorare), conservare (păstrare) și reactualizare (evocare) prin recunoaștere și reproducere a experiențelor anterioare.
- În funcție de durata procesului de păstrare, deosebim memoria de:
 - **scurtă și**
 - **lungă durată.**
- **Tipuri de memorie:** Imediată; Recentă; Cu referință la evenimentele îndepărtate (memoria de lungă durată).
- În funcție de intenționalitate, memoria poate fi **involuntară sau voluntară.**
- În funcție de modalitatea de fixare și înțelegere a semnificațiilor, memoria poate fi: **Logică; Mecanică; Motorie.**
- În funcție de conținut și de modalitatea de evocare, se consideră că memoria poate fi **senzorială, cognitivă sau afectivă.**

Amnezia

- este pierderea totală a memoriei, când experiențele trăite nu mai apar în câmpul conștiinței.
- Amnezia poate fi de
 - **o durată scurtă (din memorie dispar informații cu durată de la clipe până la zile) sau cu**
 - **o -durată mai îndelungată (zile-săptămâni).**
- Amnezia **retrogradă (de evocare)** este dispariția din memorie a evenimentelor nemijlocit premergătoare apariției stării de boală. În această tulburare nu este posibilă reproducerea faptelor, a evenimentelor, a împrejurărilor de viață care au avut loc înaintea pierderii conștiinței sau la începutul bolii.
- Amnezia **anterogradă (de fixare)** este pierderea amintirilor privind evenimentele care au urmat nemijlocit după sfârșitul stării de inconștiență sau a unei alte tulburări a psihicului.
- Amnezia **anteroretrogradă** este combinația ambelor forme de amnezie.
- Amnezia poate apărea în: stările confuzionale de diferite etiologii, traumatismele cranio-cerebrale, sindromul Korsakoff, în epilepsie, în intoxicații, consumul de substanțe psihoactive, în „beția patologică”, în demențe, reacțiile psihogene, în episoadele psihotice, stările reactive, etc.

Amnezia

- Amnezia *congradă* – pierderea din memorie a informațiilor cu referință la realitatea ambientală pe perioada morbidă (pe durata accesului epileptic, comei, stării oneiroide, deliriumului, etc).
- Amnezia *proгредиantă* se manifestă prin scăderea treptată a memoriei, care se dezvoltă după o anumită consecutivitate. Pierderea informațiilor are loc în ordinea inversă a acumulării lor (legea lui Th. Ribot).
- Amnezia *lacunară* reprezintă pierderea din memorie a unei secțiuni temporale (palimpsest).
- Amnezia *electivă* (tematică sau psihogenă) constă în uitarea unui anumit conținut legat de o stare afectivă negativă intensă.

- **Hipomnezia** este scăderea de diferite grade a capacității memoriei. Se întâlnesc: în stări de surmenaj, stări nevrotice, la persoanele cu atenția diminuată, în depresie, în retardul mintal, în deteriorările neurocognitive, în stările de involuție.
- **Hipermneziile** se caracterizează prin creșterea exagerată a evocărilor mai ales cu caracter involuntar, care nu au legătură cu tema principală. Pot apărea la persoanele sănătoase, fiind determinată de momente cu conținut afectiv intens negativ sau pozitiv, în intoxicația acută cu substanțe psihoactive, în episodul maniacal, în tulburările delirante, la unele persoane cu retard mintal.

4. Tulburari de intelect

Oligofrenia(retardul mental) – este deficitul cognitiv care apare pana la varsta de 3 ani.

Tipuri de oligofrenie:

1. Debilitate
2. Imbecilitate
3. Idiotia

Dementa – este deficitul cognitiv dobandit – dupa varsta de 3 ani.

Clasificare dementa:

более 3-х лет:

Partiala

Totala

Gradul de oligofrenie			
Simptome	Debilitate	Imbecilitate	Idiotia
Vorbirea	Concreta	Cuvinte aleatorii	Lipsa
Capacitatea de autoingrijire	++	Doar capacitati elementare	—
Capacitatea de invatare	+	—	—
IQ	50-60	20-40	Maximul 1-20

Sindrom psihoorganic

- Clinic reflecta lezarea organica a SNC
- constituie lezarea diferitor componente ale vietii psihice

1. Memorie
2. Intelect
3. Emoții

5. Tulburari motorie

Clasificarea tulburărilor psihomotorii

A. **Diminuarea activității motorii**

o Hipokinezia, Akinezia, Barajul motor, Inhibiția psihomotorie (Stuporul, Catalepsia, Catatonie)

B. **Exagerarea activității motorii**

o Hiperkinezia, Neliniștea psihomotorie, Akatisia, Tasikinezia, Agitația psihomotorie, Catatonie

C. **Tulburări motorii specifice**

o Impulsiunile, Ataxia, Astazia, Abazia, Raptusul, Bizareria, Parakinezii (Stereotipiile, Manierismele, Ticurile, Balbismul, Ambitendența, Comportament teatral, Acțiuni obsesive, impulsive și forțate), Dispraxiile, Apraxiile

D. **Patologia expresivității mimice**

o Amimia, Hipomimia, Hipermimia, Paramimia

Sindroame psihopatologice care sunt referite la tulburările psihomotorii

- Sd. Catatonie
- Sd. Hebefrenic
- Sd. Stuporos
- Sd. Apatico-abulic
- Sd. de Agitație psihomotorie

6. Tulburarea de constiinta

Cantitativa:

1. Obnubilare
2. Torpoare
3. Sopor
4. Coma

Calitativa:

1. Delirium
2. Oneiroid
3. Amenteza
4. Starea crepusculara

Criterii de apreciere a clarității conștiinței:

1. gradul de orientare temporo-spațială;
2. posibilitatea de a realiza un contact cu bolnavul;
3. comportamentul pacientului în timpul convorbirii;
4. starea proceselor de gândire mai ales acea abstractă.

Criteria tulburare de constiinta (Jaspers, 1923)

1. detasare de mediul ambiant
2. dezorientare
- 3, tulburare de gandire
4. amnezia pentru perioada tulburarii de constiinta

Clasificarea tulburărilor de conștiință

1. Tulburări predominant cantitative

a. Starea de obtuzie

b. Starea de hebetudine

c. Starea de torpoare

d. Starea de obnubilare

e. Starea de sopor

f. Starea de comă

Sindroame psihopatologice care sunt referite la tulburările conștiinței

- Delirium
- Sd. Oneiroid
- Sd. Amentiv (amenție)
- Stare crepusculară
- Sd. Delirios -oneiroid
- Sd. Delirios -amentiv
- Obtuzie
- Sopor
- Comă

7. Semiologia afectivității

Afectivitatea umană poate fi exprimată sub aspect de:

- **Stări afective elementare** (starea de afect, furia, mânia);
- **Emoții** (furia, mânia, dezgustul, frica, fericirea, tristețea și uimirea);
- **Dispoziții** (eutimică, depresivă, euforică);
- **Sentimente** (de prietenie, dragoste, estetice, etc);
- **Pasiuni** (pozitive – pasiunea pentru artă, pentru știință, pentru profesia aleasă; negative – pentru jocurile de noroc, substanțe psihoactive, egocentrice, individualiste)

Tulburările afective

1. **Tulburări cantitative ale expresiei afective:** Atimie, Apatie, Anhedonia, Alexitimia, Hipotimii (detașarea emoțională, indiferentismul afectiv), Hipertimii:
 - a. Hipertimii negative: Depresia, Raptusul melancolic, Anxietatea (angoasa, atacul de panică, fobia, dispoziția delirantă), Disforia
 - b. Hipertimii pozitive: Euforia, Hipomania, Mania, Moria, Extazul
2. **Tulburări calitative ale expresiei afective (paratimii):** Explozivitatea afectivă, Afectivitate paradoxală (incongruența emoțională), Inversiunea afectivă, Ambivalența afectivă, Brutalitatea afectivă, „Tocirea” emoțională (aplatizarea afectului), Anaesthesia psychica dolorosa („Anestezia psihică dureroasă”), Extazul patologic, Afectul patologic
3. **Tulburări ale dinamicii stării afective:** Labilitatea emoțională, „Incontinența” afectivă, Rigiditatea afectivă

Sindroame psihopatologice care sunt referite la tulburările afective

- Sd. Maniacal
- Sd. Depresiv
- Sd. Disforic
- Sd. Apatico-abulic
- Sd. Anxios-
- Sd. Anxios-depresiv

Depresia

– este o hipertimie negativă intensă, o stare de tristețe, mâhnire, un sentiment de durere morală, inutilitate, autoblamare și deprecieri proprie.

Pentru sindromul depresiv este caracteristică triada de simptome psihice:

(1) dispoziție scăzută;

(2) lentoare ideativă;

(3) inhibiție motorie,

dar și triada somatică:

1) tahicardie;

(2) midriază;

(3) constipații.

Depresia este recunoscută ca diagnostic psihiatric separat; poate fi secundară maladiilor somatice, infecțioase, endocrine, neurologice, etc., dar poate fi și un simptom întâlnit în majoritatea tulburărilor de sănătate mintală.

Mania

- se caracterizează printr-o încărcătură afectivă pozitivă, prin exagerarea dispoziției în sensul veseliei, stării de plenitudine, de bine general, de sănătate, de putere, însoțite de fugă de idei, logoree cu ironii și glume deseori contagioase, mimică expresivă, bogată, gesturi largi și variate, tendință de supraapreciere a propriei persoane și exacerbarea tendințelor și necesităților (în special a celor sexuale), insomnie.
- Se întâlnește în tulburarea afectivă bipolară, consumul de droguri.
- Pentru sindromul maniactal este caracteristică **triada de simptome psihice**:
 - (1) dispoziție exagerat crescută;
 - (2) gândire accelerată;
 - (3) dezinhibiție motorie,
- **dar și triada de simptome somatice**:
 - (1) tahicardie;
 - (2) midriază;
 - (3) constipații.

Dispozitia reprezinta o stare emotionala de **intensitate variabila** si durata relativa care poate fi apreciata de subiect si care oscileaza intre tristete si bucurie. Dispozitia (pozitiva sau negativa) influenteaza functionarea tuturor celorlalte functii psihice.

Disforia reprezinta o stare de dispozitie proasta, neplacuta, o combinatie de tristete, anxietate si neliniste psihomotorie.

Anhedonia este un termen care provine de la grecescul "hedone" – placere, care exprima lipsa de placere pentru orice aspect al vietii care este insotit de obicei de sentimentul de placere. Se intalneste cel mai frecvent in depresie si schizofrenie.

Depresia este o stare de tristete nemotivata.

Apatia – incapacitate de implicare emotionala. Dezinteres, asemanatoare cu apatisarea afectiva, se intalneste in schizofrenie, depresii, sindroame psihoorganice.

Ambivalenta afectiva – prezenta simultana nemotivata si bizara a doua emotii, sentimente opuse, contradictorii, intalnita in schizofrenie.

Anxietatea – "frica fara obiect", irationala, in absenta unui pericol sau frica intens diproportionata in raport cu un pericol.

Euforia – o stare de buna dispozitie, exaltare, anormala si nemotivata, asociata cu cresterea activitatii psihomotorii si idei de grandoare, se intalneste in sindromul maniacal, intoxicatia cu alcool, opiacee si amfetamine, tumori frontale. Este de intensitate mai mica decat euforia, se intalneste in sindromul hipomaniacal si maniacal la debut.

Iritabilitatea reprezinta o tulburare a dispozitiei care se manifesta prin sensibilitatea excesiva la stimuli externi pe care subiectul ii percepe ca fiindu-i ostili. Aceasta sensibilitate este asociata cu raspunsuri comportamentale rapide, furioase, auto si heteroagresivitate, se intalneste in sd. Maniacal, personalitatea borderline, tulburarea exploziva intermitenta, personalitatea antisociala.

8. Tulburările voinței sunt cantitative:

- **HIPERBULIA**, reprezentată de o voință puternică, nu e considerată patologică. În patologie, hiperbulia poate apărea la unii bolnavi paranoici caracterizați de o mare tenacitate în revendicarea drepturilor proprii.
- **HIPOBULIA și ABULIA** este reprezentată de o voință slabă sau absentă. Poate fi o trăsătură de personalitate sau poate apărea în depresie, schizofrenia simplă, demența Pick.

Clasificarea tulburărilor de voință

1. Tulburări cantitative ale voinței

- Hiperbulia, Hipobulia, Abulia

2. Tulburări calitative ale voinței

- Disabulia, Parabulia, Impulsivitatea, Compulsivitatea,
Raptusul

A group of diverse office workers, including men and women of various ethnicities, are gathered around a table in a meeting room. They are all smiling and giving each other high-fives, suggesting a successful meeting or a celebratory moment. The background shows a world map on the wall and large windows. The entire image has a warm, orange-toned overlay.

SĂNĂTATEA MINTALĂ LA LOCUL DE MUNCĂ

Bologan Alina

CE REPREZINTĂ SĂNĂTATEA MINTALĂ?

Sănătatea mintală este o stare de bine, în care un individ realizează propriile sale abilități, poate face față stresurilor normale ale vieții, poate lucra productiv și este capabil să aducă o contribuție în comunitatea sa.



(Mental Health: Fact sheet 2019, WHO).

CUM IDENTIFICĂM PROBLEMELE DE SM?

Prezența anumitor trăiri

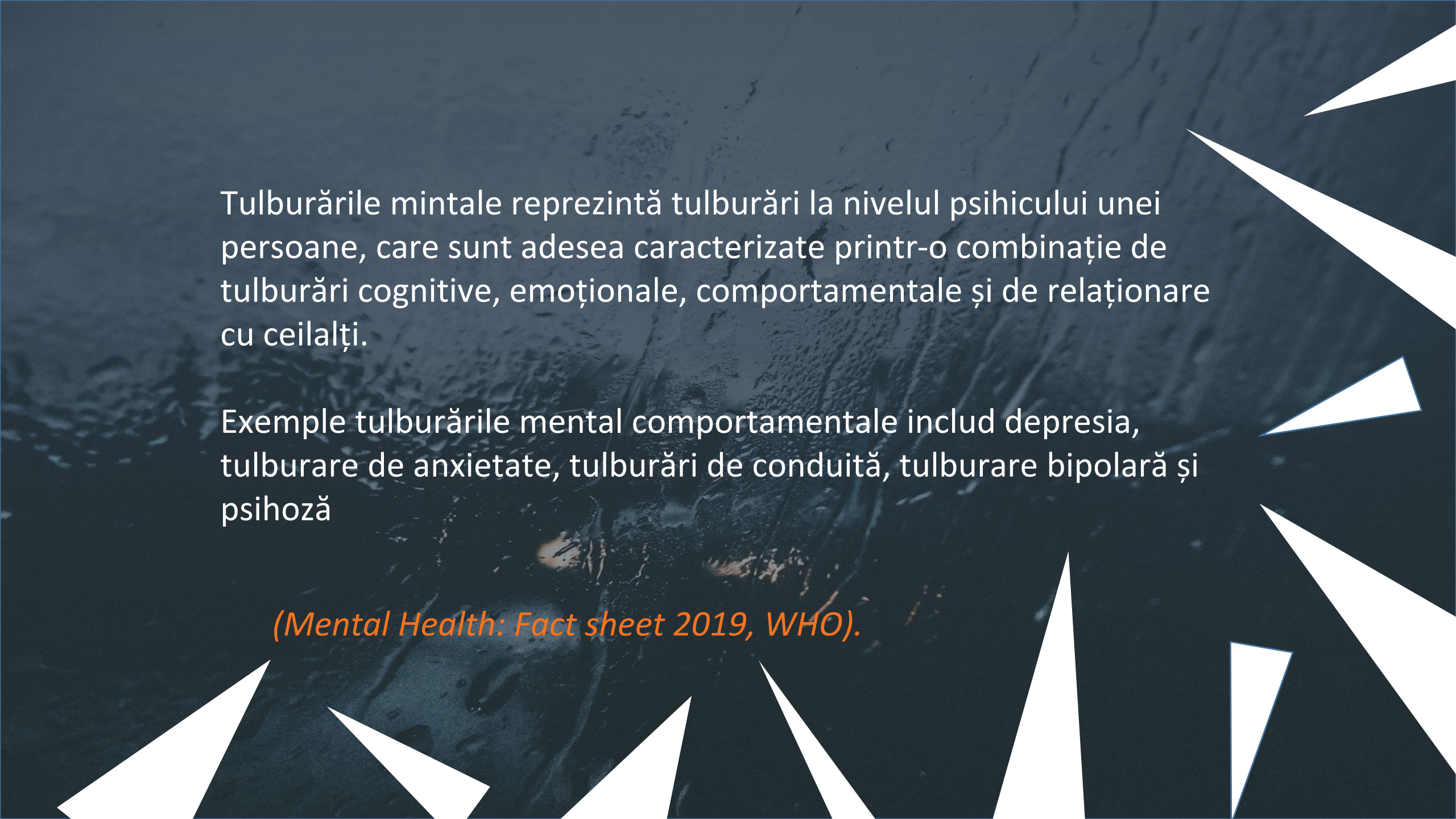
Convingeri

Comportamente

Percepții

Idei

Care contrastează cu cele întâlnite în mod obișnuit, situându-se în afara limitei de variație caracteristică populației respective, care duc la dezorganizarea vieții psihice sau la o reorganizare la un nivel inferior.



Tulburările mintale reprezintă tulburări la nivelul psihicului unei persoane, care sunt adesea caracterizate printr-o combinație de tulburări cognitive, emoționale, comportamentale și de relaționare cu ceilalți.

Exemple tulburările mental comportamentale includ depresia, tulburare de anxietate, tulburări de conduită, tulburare bipolară și psihoză

(Mental Health: Fact sheet 2019, WHO).

CONTINUUM SM



La capătul verde al continuumului oamenii se simt bine, dând dovadă de reziliență și un nivel înalt al stării de bine.

Ajungând în zona galbenă și portocalie, oamenii înfruntă dificultăți tot mai mari pentru a face față situației. Severitatea și frecvența simptomelor poate crește.

La capătul roșu este posibil ca oamenii să se confrunte cu simptome severe, funcționarea cotidiană acasă și la locul de muncă fiind puternic afectată, iar îndeplinirea sarcinilor devenind chiar imposibilă.



În zona roșie, persoana poate avea probleme frecvente de sănătate mintală, cum ar fi depresia sau anxietatea, două dintre cele mai frecvente probleme de sănătate mintală. De asemenea, există un risc sporit de suicid ori autovătămare.

**ACESTE PERSOANE AR PUTEA AVEA
NEVOIE DE TIMP LIBER PENTRU A MERGE
SĂ SOLICITE AJUTOR DIN PARTEA
SPECIALIȘTILOR!**

SĂNĂTATEA MINTALĂ LA LOCUL DE MUNCĂ


Problemele de sănătate mintală reprezintă în întreaga lume, una dintre principalele cauze de absenteism la locul de muncă și de pensionare precoce.

Menținerea unei sănătăți mintale bune reprezintă o provocare cu care se confruntă atât angajații, cât și angajatorii.

Locurile de muncă sunt diverse, atât ca mărime, tipuri de activități, sectorul în care activează (sector public sau sector privat) cât și ca tradiții culturale ale angajaților.

În ciuda acestor diferențe munca rămâne un aspect esențial pentru viața majorității adulților: are valoare personală, economică și socială.

SĂNĂTATEA MINTALĂ LA LOCUL DE MUNCĂ



În prezent se pune foarte pregnant accentul pe relația dintre toate aspectele vieții la locul de muncă și sănătatea mintală, cu dovezi din ce în ce mai ample despre importanța factorilor psihosociali la locul de muncă.

Acești stresori pot crește incidența depresiei, anxietății, burnout-ului, problemelor legate de consumul în exces de alcool, bolile cardiovasculare și comportamentul suicidal.

Munca reprezintă sursă a două tipuri de stresori: stresul ocupațional și șomajul.

CAUZELE PROBLEMELOR DE SĂNĂTATEA MINTALĂ LA LOCUL DE MUNCĂ

Potrivit specialiștilor, problemele de sănătate mintală asociate locului de muncă pot fi rezultatul evenimentelor care se desfășoară:

În viața privată a individului,

la nivelul organizației/
companiei în care
acesta muncește sau

la nivelul societății din care
acesta face parte (criza
umanitară, economică pe care o
parcurgem).

ESTE IMPORTANT DE SUBLINIAT FAPTUL CĂ, CEL MAI FRECVENT, OAMENII NU POT SEPARA VIAȚA LOR PERSONALĂ DE CEA PROFESIONALĂ.

CARACTERISTICI ALE MEDIULUI DE MUNCĂ, CARE POT CONSTITUI AMENINȚĂRI LA ADRESA STĂRII DE BINE A INDIVIDULUI *(în ordine descrescătoare):*

- Suprasolicitarea de la locul de muncă
- Lipsa de recunoaștere din partea colegilor
- Relaționarea defectuoasă cu șefii
- Lipsa de participare în procesul de luare a deciziei la nivel individual și organizațional
- Lipsa de informare (la nivel organizațional sau individual)
- Nesiguranța locului de muncă (mai accentuată în condiții de criză)
- Lipsa controlului la locul de muncă
- Discriminare, bullying, etc.



CE ESTE STRESUL?

Stresul este un răspuns emoțional, fizic sau mintal la evenimente, care provoacă tensiune corporală sau mintală.

Oricine poate ajunge în stare de stres.

Un nivel de stres limitat are efecte pozitive asupra motivației și performanței, capacitându-ne să respectăm termenele pentru realizarea sarcinilor, să gândim și să reacționăm rapid.

CE ESTE STRESUL?

La prea mult stres, se deteriorează performanțele. Când stresul se menține o perioadă prea lungă, se poate surpa sănătatea fizică și cea mintală.

Există o legătură directă între expunerea cronică la stres, activarea prelungită a răspunsului fiziologic normal al organismului la stres și riscul sporit de depresie și anxietate.

De asemenea, stresul prelungit sau repetat poate duce la burnout: stare de epuizare emoțională, mintală și, de multe ori, fizică.

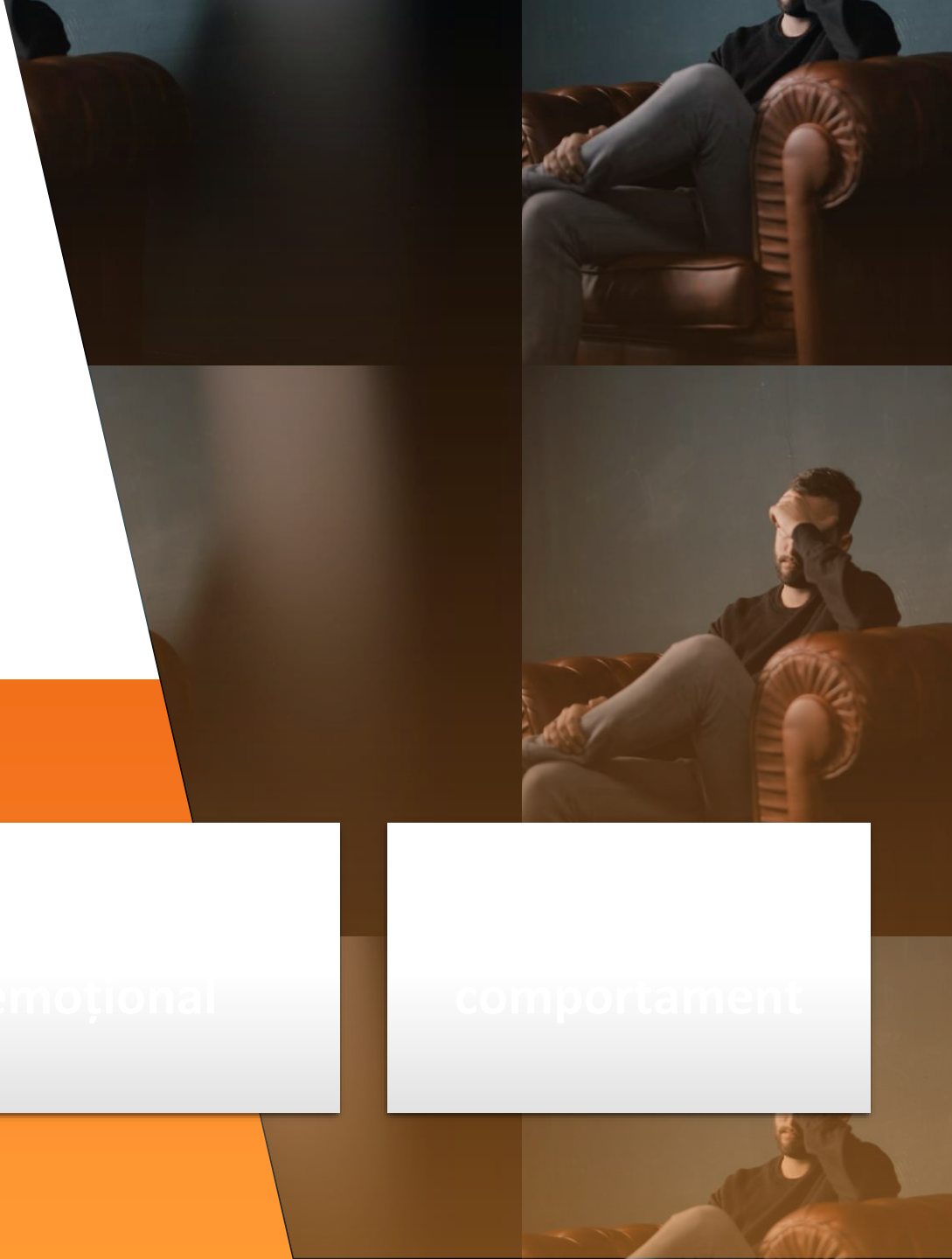
CARE SUNT ACELE SIMPTOME (MANIFESTĂRI) ALE STRESULUI OCUPAȚIONAL, CARE CRESC RISCU DE BURNOUT?

simptome fizice

cognitiv

emoțional

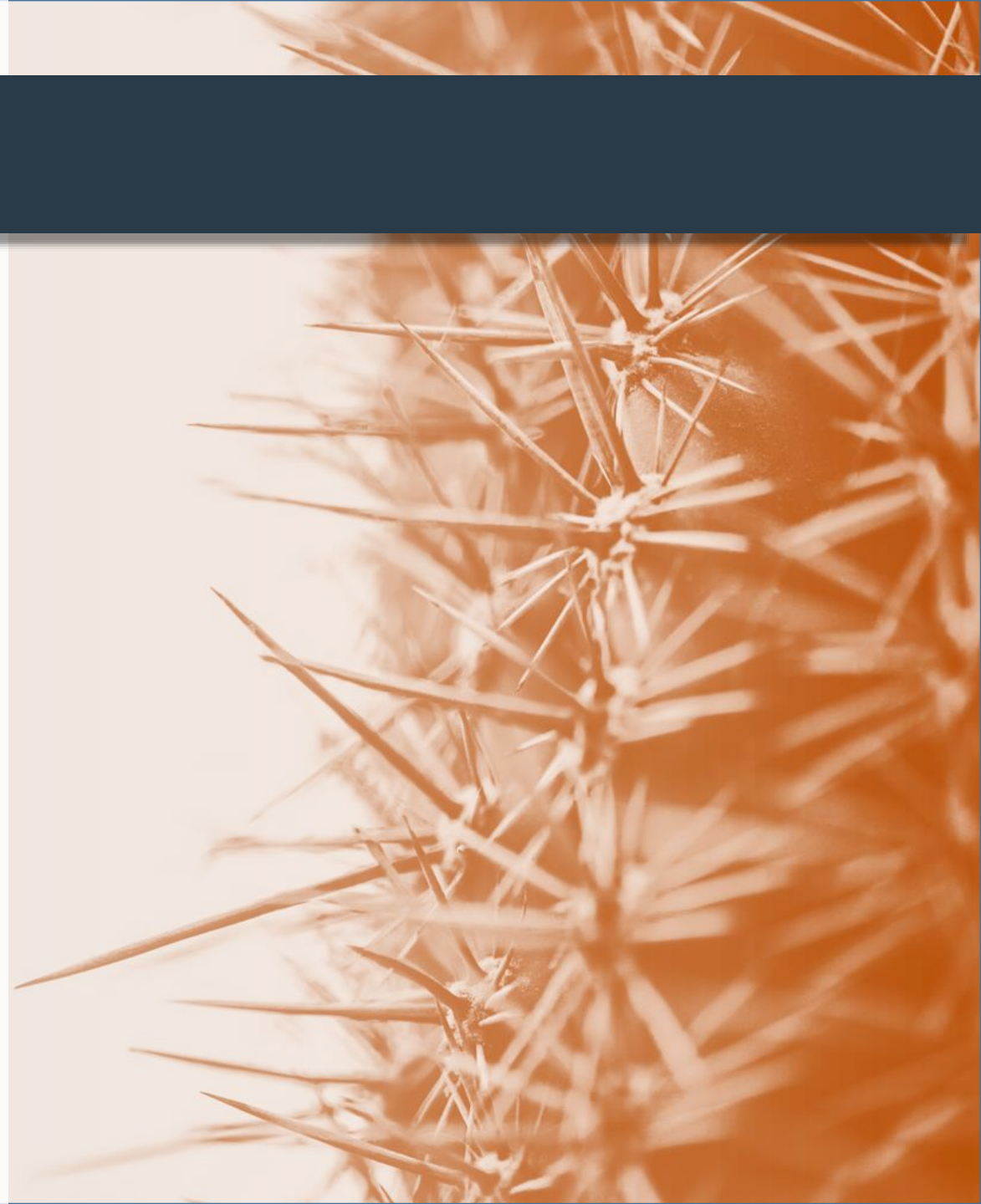
comportament



SIMPTOME FIZICE:

- dureri de cap;
- tensiune;
- stare de oboseală, lipsa relaxării;
- indigestie;
- tulburări ale somnului;
- palpitații;
- dificultăți respiratorii;
- stare de vomă;
- iritații ale pielii;

(Sursa: http://stres.protectiamuncii.ro/simptome_ale_stresului.html)



▶ SIMPTOME FIZICE:

- stare de slăbiciune/leșin;
- transpirație excesivă;
- susceptibilitate la alergii;
- constipație sau diaree;
- creștere sau scădere rapidă în greutate;
- frecvente răceli, gripe sau alte infecții minore;
- scăderea apetitului sexual;

(Sursa: http://stres.protectiamuncii.ro/simptome_ale_stresului.html)

| SIMPTOME PE PLAN COGNITIV:

- **dificultăți în luarea deciziilor/ luarea de erori;
decizii pripite**
- **tulburări de memorie;**
- **incapacitate de concentrare;**
- **stare de îngrijorare;**
- **lipsa ordinii în gândire;**
- **intuiție scăzută;**
- **persistența gândirii negative;**
- **gândire pe termen scurt mai mult
decât pe termen lung;**
- **lipsa satisfacției în muncă;**

(Sursa: http://stres.protectiamuncii.ro/simptome_ale_stresului.html)

SIMPTOME PE PLAN EMOȚIONAL:

sensibilitate mare la critici;

nervozitate și iritabilitate;

dispoziție proastă;

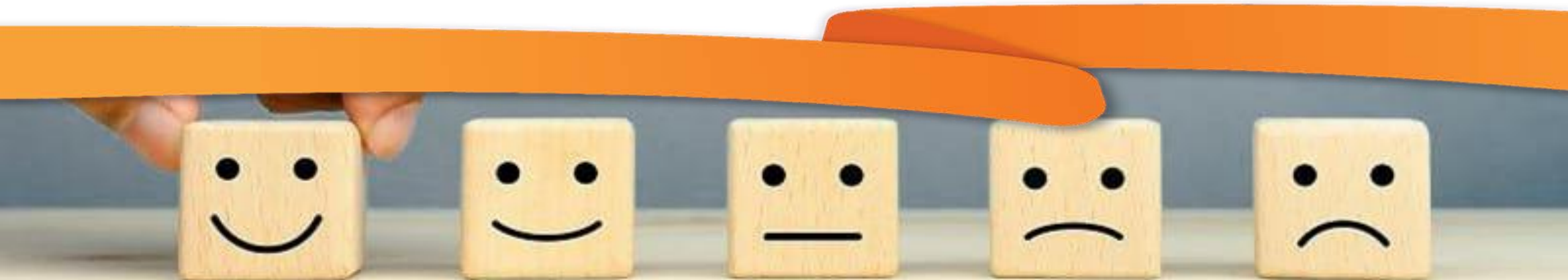
deprimare;

anxietate, sentimentul de insecuritate;

sentiment de încordare nervoasă;

mai multă suspiciune;

(Sursa: http://stres.protectiamuncii.ro/simptome_ale_stresului.html)





SIMPTOME PE PLAN EMOȚIONAL:

mai multă îngrijorare fără motiv;

lipsa entuziasmului

lipsa simțului umorului;

mai puțină satisfacție în viață;

lipsa motivației;

subestimare, pierderea încrederii în sine;

(Sursa: http://stres.protectiamuncii.ro/simptome_ale_stresului.html)

CELE MAI FRECVENTE PROBLEME DE SĂNĂTATE MINTALĂ



Sindromul arderii profesionale este o stare de epuizare mentală și fizică ce apare după expunerea prelungită la factori de stres. De obicei, sindromul de burn-out apare pe fondul unui loc de muncă solicitant și în special la persoanele mai vulnerabile. În timp, această suprasolicitare duce la oboseală cronică, epuizare, scăderea randamentului, apariția emoțiilor negative, scăderea motivației și retragere socială.

CELE MAI FRECVENTE PROBLEME DE SĂNĂTATE MINTALĂ



Anxietatea - Este ceva ce simțim cu toții din când în când. Majoritatea persoanelor o descriu ca o senzație de tensiune, incertitudine și, poate, frică când te gândești că trebuie să susții un examen, să te duci la spital, să mergi la un interviu sau să te angajezi la un loc de muncă nou. Dacă anxietatea se menține la nivel înalt pentru o perioadă lungă de timp, persoana va simți că îi este dificil să facă față vieții de zi cu zi.

Anxietatea poate deveni severă; oamenii se pot simți fără puteri, fără control, de parcă sunt gata să moară sau să înnebunească. Uneori, dacă sentimentul de frică îi copleșește, ei pot avea un atac de panică.

CELE MAI FRECVENTE PROBLEME DE SĂNĂTATE MINTALĂ



Depresia - Este o tulburare psihică comună, caracterizată prin tristețe, pierderea interesului sau a plăcerii, sentimente de vinovăție sau valoare scăzută de sine, tulburări de somn sau apetit, senzații de oboseală și slabă concentrare. Poate fi de lungă durată sau recurentă, afectând substanțial capacitatea unei persoane de a funcționa la locul de muncă sau de a face față vieții de zi cu zi. Cel mai grav, depresia poate duce la sinucidere. Când este ușoară, depresia poate fi tratată fără medicamente, dar, atunci când este moderată sau severă, oamenii pot avea nevoie de medicamente și psihoterapie.

CUM ARATĂ UN LOC DE MUNCĂ FAVORABIL SĂNĂTĂȚII MINTALE



Un loc de muncă favorabil din punct de vedere al sănătății mintale este un loc de muncă unde se promovează activ sănătatea mintală pozitivă și starea de bine și unde angajații care se confruntă cu probleme de sănătate mintală sunt susținuți de către conducere și de către colegii lor. Într-un asemenea mediu se face tot posibilul pentru a se preveni prejudiciile psihosociale și fizice în rândul angajaților (Mental Health Europe, 2017).

CUM ANGAJATORII POT TRANSFORMA LOCUL DE MUNCĂ ÎNTR-UN MEDIU PRIELNIC SĂNĂTĂȚII MINTALE



1. Implicați
2. Analizați
3. Elaborați un plan de acțiuni
4. Implementați
5. Reacționați

Recomandări pentru optimizarea stării de bine la muncă!!!

Capacitatea angajaților de a se adapta mai bine la suprasolicitaarea de la locul de muncă poate fi îmbunătățită prin:

- training vizând managementul stresului,
- creșterea nivelului de cunoștințe privind problemele de sănătate mintală,
- crearea unui echilibru între sarcinile de lucru și aptitudinile profesionale,
- îmbunătățirea managementului conflictelor,
- metode de relaxare.



Recomandări pentru optimizarea stării de bine la muncă!!!



Planificați-vă pauze scurte pentru d-voastră pe parcursul zilei. Eficiența d-voastră va crește dacă vă luați o pauză de 10 minute la două ore de muncă. Vă puteți planifica sarcinile astfel încât să aveți aceste 10 minute pentru d-voastră.

La sfârșitul fiecărei zile, stabiliți-vă prioritățile pentru a doua zi. Fiți realist/ă în legătură cu lista de priorități, analizați cât timp vă ia fiecare sarcină.

Lista de sarcini NU este o listă de dorințe!

Recomandări pentru optimizarea stării de bine la muncă!!!



- Formulați direct și asertiv toate temerile sau întrebările legate de o sarcină a șefului sau coordonatorului d-voastră. Temerile sau îngrijorările legate de muncă se rezolvă numai la muncă.
- NU „duceți” aceste gânduri în viața d-voastră personală. Dacă sesizați că o sarcină are un termen de realizare nerealist comunicați imediat aceste temeri cu persoana care va făcut responsabil pentru sarcină.
- Recompensați-vă după ce realizați sarcina dificilă.

Recomandări pentru optimizarea stării de bine la muncă!!!



- Realizați un „timp/moment de tranziție” între muncă și timpul personal.
- După muncă, luați-vă un moment de pauză care să vă ajute să vă relaxați, să vă „dezactivați” de gândurile legate de muncă. O scurtă plimbare, muzica sau un moment la un ceai vă ajută să vă activați obiectivele personale cu rutina de după amiază sau de seară.
- Reduceți semnificativ de mult timpul alocat pentru activități nerelevante pentru d-voastră.
- De exemplu, pentru mulți adulți privitul la TV sau Internetul au devenit o activitate pasivă fără câștiguri și beneficii emoționale sau mintale.

Recomandări pentru optimizarea stării de bine la muncă!!!



- Începeți prin a face o notare zilnic a ceea ce faceți zilnic și veți constata că o parte din activități nu au sens și semnificație pentru d-voastră.
- Stabiliți ce este cu adevărat prioritar și important pentru viața d-voastră personală! Valorile cardinale. Timpul îl veți aloca pentru acea prioritate.
- Faceți distincție între muncă și viața d-voastră personală.

Pot fi utile următoarele experiențe:



1. Începeți cu ceea ce vă vine mai ușor.
2. Alegeți mai întâi pasul care promite un succes rapid.
3. Faceți mai mult din ceea ce a mers deja bine până acum, până atingeți punctul optim.
4. Grija pentru sine începe acum.
5. Cine nu a avut timp până acum pentru autoîngrijire poate începe cu pași mici la anumite ore stabilite dinainte, de exemplu înainte sau după mese, în timp ce merge cu mașina la serviciu sau când se întoarce acasă.
6. Povestiți altor persoane despre succesele dumneavoastră.

Cum este potrivit să abordăm, să comunicăm, să ne comportăm în interacțiunea cu o persoană care este dezechilibrată emoțional/psihic?

Reguli pentru primul contact:



Pentru ai ajuta să se simtă în siguranță, respectați, importanți și demni:

1. Faceți primul contact cald, respectuos și lipsit de amenințare!
2. Prezentați-vă și descrieți rolul dvs.
3. Gândiți-vă la tonul vocal și la postura corpului. Când oamenii simt că sunt în pericol, ei pot răspunde la mesajul non-verbal mai degrabă, decât la cuvintele pe care le spuneți!
4. Folosește întrebări deschise, pentru a stabili dacă te înțeleg. Mulți pot da din cap sau semnale că înțeleg din respect, atunci când nu înțeleg cu adevărat.
5. Fiți pregătiți să repetați întrebările sau informațiile de mai multe ori!

O BUNĂ COMUNICARE!

Felul în care comunicați cu o persoană e foarte important!

Persoanele care au trecut printr-un eveniment de criză pot fi foarte supărate, furioase, speriate sau confuze. Unii oameni se învinuiesc pe sine și/sau pe ceilalți pentru cele întâmplate.

Printr-o atitudine calmă și înțelegătoare îi puteți ajuta să se simtă mai în siguranță, înțeleși, respectați și îngrijiți corespunzător.

Be Kind
Be Calm
Be Safe

Ce pot face eu?

1. Încercați să găsiți un loc liniștit pentru a discuta, cu cât mai puține elemente externe ce pot distra atenția.
2. Respectați intimitatea și păstrați confidențialitatea celor povestite de persoană, dacă este potrivit.
3. Stați aproape de persoană, dar păstrați o distanță adecvată.
4. Arătați-i că o ascultați; de exemplu, dați din cap în mod afirmativ sau spuneți “hmmmm....”.
5. Fiți răbdători și calmi!
6. Oferiți informații reale dacă le aveți. Fiți sincer cu privire la ce știți și ce nu știți.
7. Informați persoana într-un mod simplu, ușor de înțeles.

Ce pot face eu?

1. Nu întrerupeți sau grăbiți pe cineva care vă povestește (de exemplu nu vă uitați la ceas, nu vorbiți prea repede).
2. Nu atingeți persoana dacă nu sunteți siguri că este potrivit să acționați astfel.
3. Nu judecați ce au făcut sau ce nu au făcut, sau cum se simt.
4. Nu inventați ceea ce nu știți.
5. Nu folosiți un limbaj prea tehnic.
6. Nu faceți promisiuni false sau asigurări false.

Unde să se adreseze/să fie referită persoana dacă are probleme de sănătate mintală?

Unde se pot adresa/referi	În ce caz
Asistența medicală primară (medicul de familie, asistentul medical).	Probleme de ordin somatic, Probleme de SM de nivel ușor și moderat
CCSM (echipa multidisciplinară)	Probleme de SM de nivel moderat și sever
Serviciul de urgență 112	Persoana prezintă pericol pentru sine sau cei din jur, situații de urgență care necesită intervenție de urgență
Servicii psihiatrice spitalicești: secții psihiatrice în spitale de profil general și spitalele de psihiatrie	Tulburări mintale severe, rezistente la tratament, cu risc suicidar, neglijare severă a propriei persoane, dificultăți de diagnostic și tratament care necesită investigații și intervenții înalt specializate.

*Fenomenul de ardere
profesională.
Ce se află în spatele
acestei suferințe?*



Ce este perfecționismul?

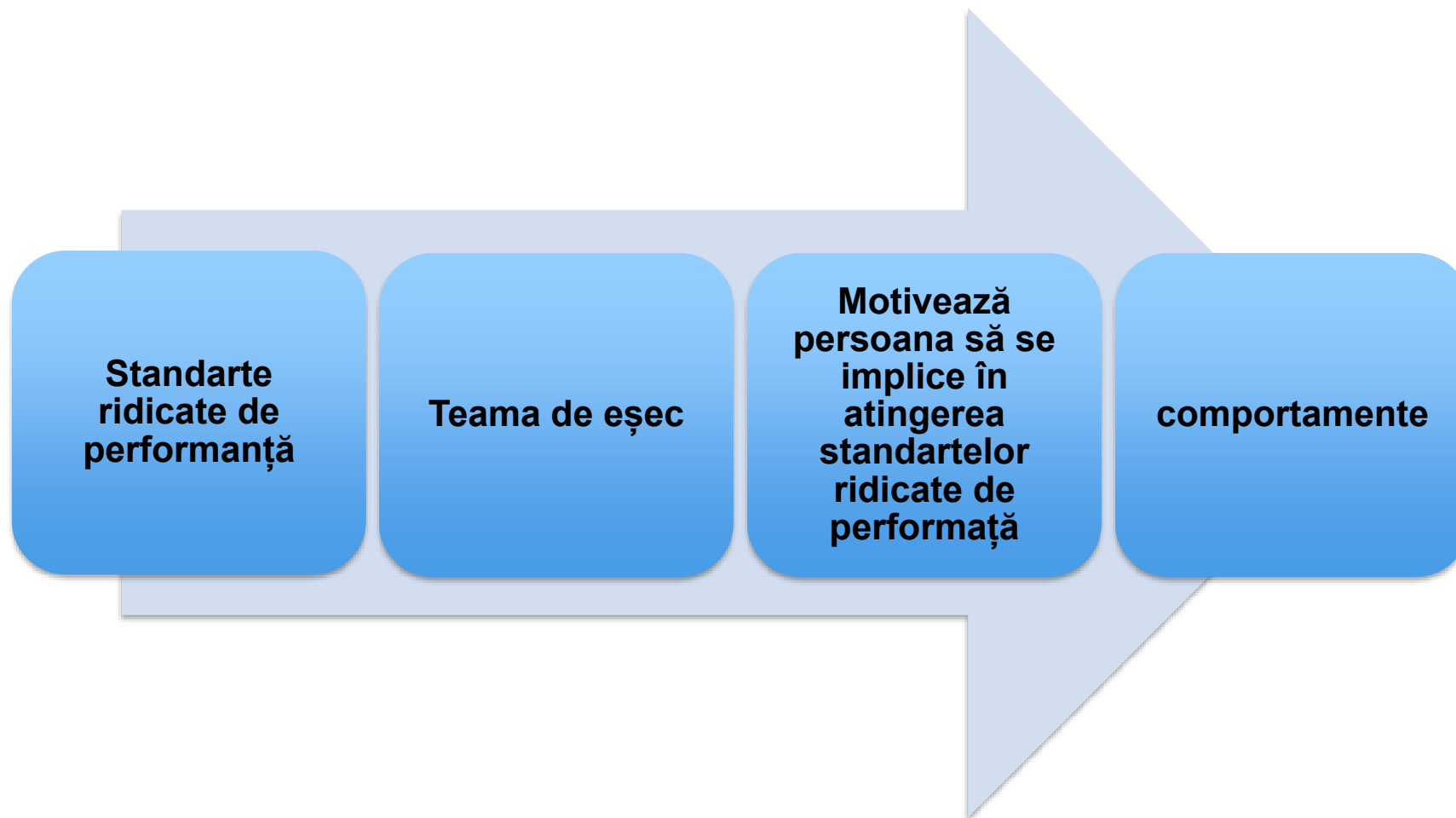
Perfecționismul

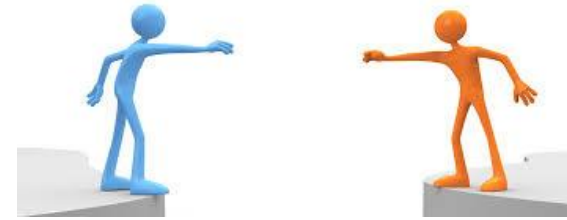
- „Tirania lui TREBUIE”

Definit ca un set de:

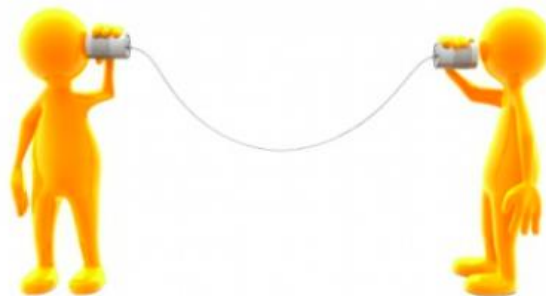
- așteptări
- interpretări ale evenimentelor
- autoevaluarea
- evaluarea celorlalți după standarde de performanță excesiv de ridicate

Perfecționismul





Cum ați observat că aceste comportamente perfecționiste influențează calitatea relațiilor interpersonale ?



Dependența de muncă

Munca te ajută să fugi de tine?

Care e nevoia din spatele obsesiei de a performa, de a fi bun la serviciu sau la școală?



Cum se dezvoltă perfecționismul?

- Experiențele timpurii de interacțiune cu părinții/ cadrele didactice reprezintă factorul cheie care facilitează dezvoltarea perfecționismului.
 - Părinții/profesorii cu tendința de critică excesivă și solicitări permanente.
 - Așteptările părinților/profesorilor și standardele de performanță excesiv de ridicate
 - Absența aprobării parentale sau condiționare.
 - Părinții /profesorii cu tendințe de perfecționism ca model de atitudine și comportament pentru copii.
- Copii și adulții „**perfecționiști**” au o puternică nevoie de a primi aprobarea și afecțiunea din partea celorlalți, chiar dacă aceștia au o atitudine critică, autoritară și de control.



ARDEREA PROFESIONALĂ – BURN-OUT

- Burn-out-ul este inclus în a 11-a Revizuire a Clasificării Internaționale a Bolilor (ICD-11) ca fenomen ocupațional.
- **Nu este clasificat ca o condiție medicală.**
- Este descris în capitolul: „Factori care influențează starea de sănătate sau contactul cu serviciile de sănătate”



ARDEREA PROFESIONALĂ – BURN-OUT

„Burn-out-ul este un sindrom conceptualizat ca rezultat al **stresului cronic** la locul de muncă, care **nu a fost gestionat cu succes**.

Se caracterizează prin trei dimensiuni:

- sentimente epuizare a energiei;
- sentimente de negativism sau cinism legate de locul de muncă;
- eficacitate profesională redusă.

Organizația Mondială a Sănătății elaborează ghiduri bazate pe dovezi privind bunăstarea mentală la locul de muncă.

Arderea Profesională

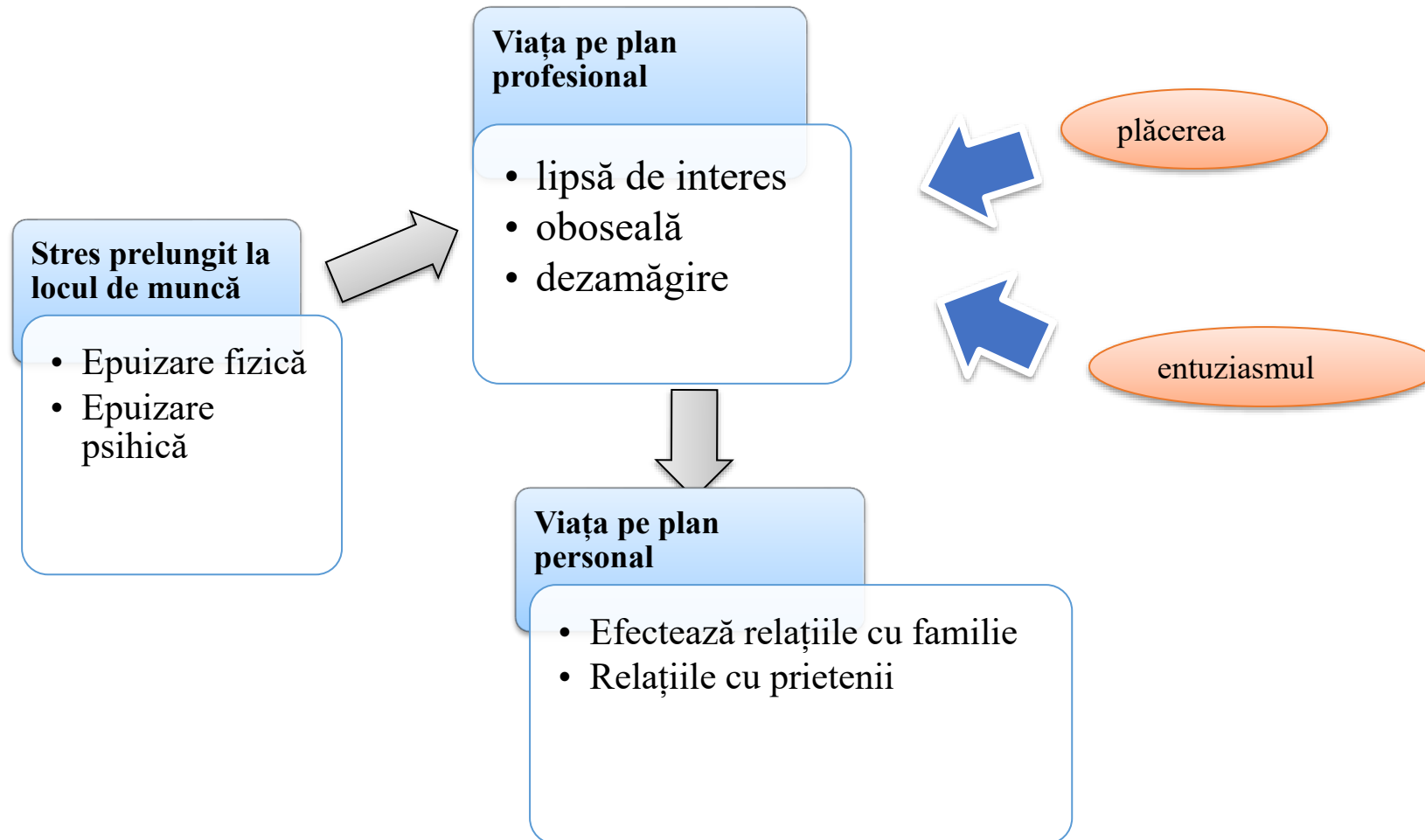
1. *Entuziasmul ideal;*
2. *Stagnarea ineficientă;*
3. *Sentimentul de frustrare;*
4. *Apatia plină de dezamăgire și poziția de securitate.*

”The Future of Burnout” Christina Maslach a definit trei tipuri de burnout:

- Epuizarea individuală
- Epuizarea interpersonală
- Epuizarea organizațională

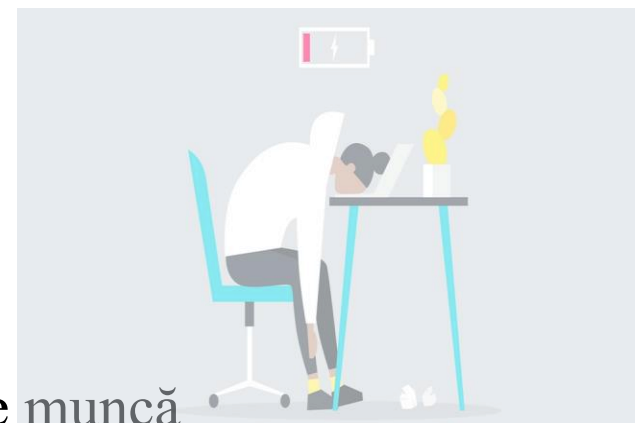


Cum apare burout-ul?



CELE MAI FRECVENTE CAUZE ALE ARDERII PROFESIONALE

- Suprasolicitare - sarcinile de lucru și timpul
- Ambiguitatea
- Lipsa de sprijin din partea managerilor
- Lipsa de feedback
- Lipsa participării la luarea deciziilor
- Lipsa de echitate și dreptate
- Climat psihologic nefavorabil în colectivul de muncă
- Dezorganizare la locul de muncă și planificare ineficientă a sarcinilor
- Stabilirea unor performanțe irealizabile
- Lipsa limitelor la locul de muncă
- Incapacitatea (imposibilitatea) de deconectare de job



Factori interni:

- Trăsături de personalitate
- Interiorizarea intensivă a circumstanțelor activității profesionale
- Resursele emoțional-energetice reduse
- Dorința obsesivă de perfecțiune, dorința exagerată de performanță
- Rezistență scăzută la stres/ toleranță scăzută la frustrare
- Incapacitate sau capacitate redusă pentru relaxare
- Lipsa încrederii în sine, stima de sine scăzută
- Dorința de a se afirma și de a fi remarcați



Simptomele epuizării profesionale:

- Epuizarea, oboseală permanentă
- Lipsa de motivație și de energie
- Frustrare, cinism și emoții negative
- Probleme cognitive
- Scăderea productivității la serviciu
- Probleme interpersonale acasă și la serviciu
- Lipsa grijii față de propria persoană
- Imposibilitatea de a te detașa de job
- Nemulțumire, sensibilitate
- Probleme de sănătate
- Retragerere în sine, stimă de sine scăzută, neîncredere în sine

IMPACTUL ARDERII PROFESIONALE

IMPACT asupra PERSONANEI

- Productivitate scăzută
- Probleme de sănătate cauzate de stres
- Crește consumul de alcool/droguri
- Poate cauza depresie, anxietate și scăderea auto-stimei

IMPACT asupra ORGANIZAȚIEI

- Scade angajamentul față de organizație
- Absenteism
- Intenția de a părăsi locul de muncă
- Rotația personalului

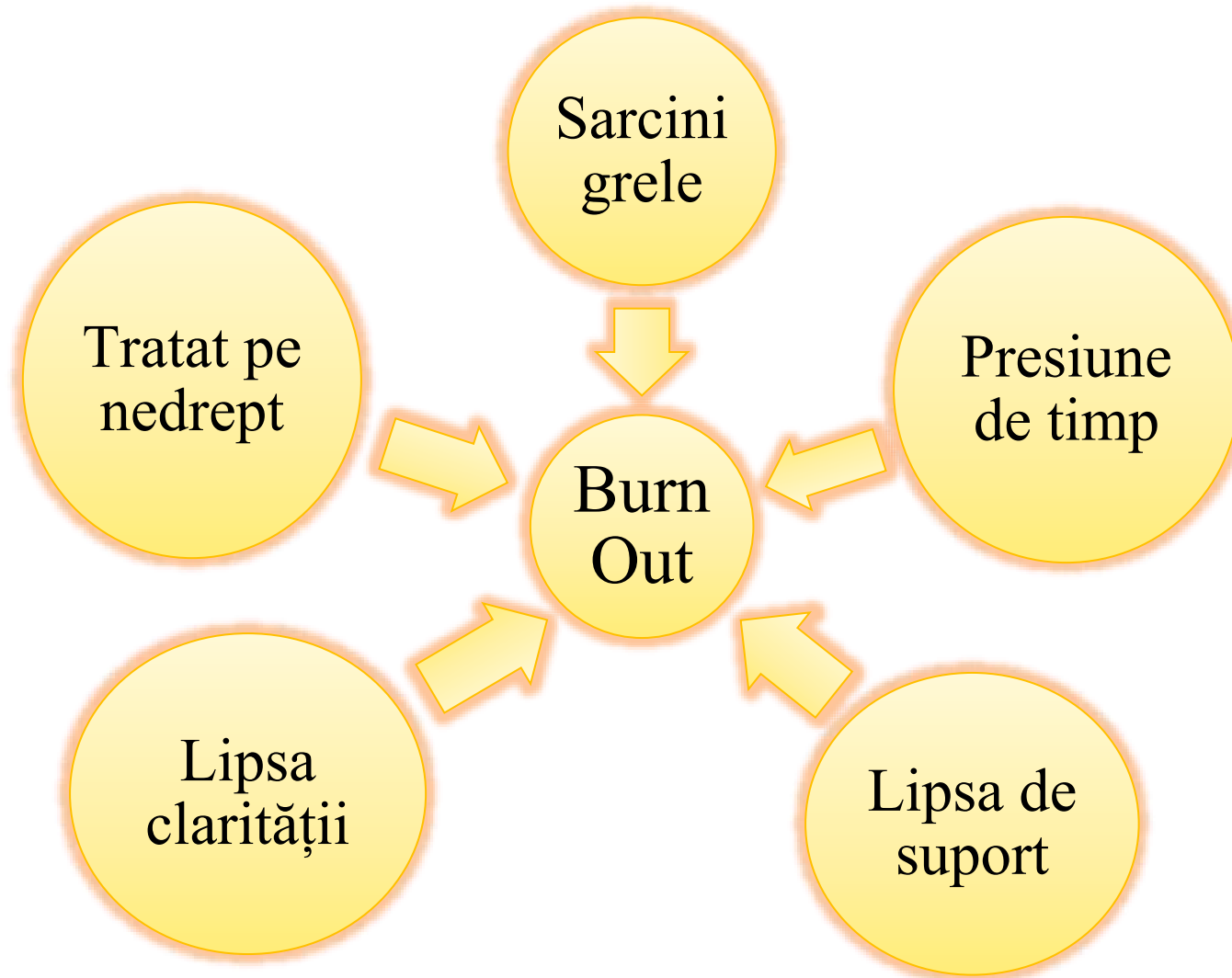
Consecințe asupra lucrătorului

Emoționale	De atitudine	Psihosomatice
Sentimente de singurătate	Lipsa comunicării	Dureri precordiale și palpitații
Sentimente de alienare	Cinismul	HTA
Anxietate	Apatia	Crize de astm
Sentimente de impotență	Ostilitate	Răceli frecvente
Sentimente de omnipotență	Suspiciunea	Incidența ridicată de infecții
Culpabilitate	Atitudine negativă față de sine	Apariția alergiilor
Frustrare	Consum de alcool și droguri	Dureri cervicale și de spate Oboseală Ulcer gastroduodenal Migrene Diaree

**Uneori burnoutul poate fi confundat cu
depresia.**

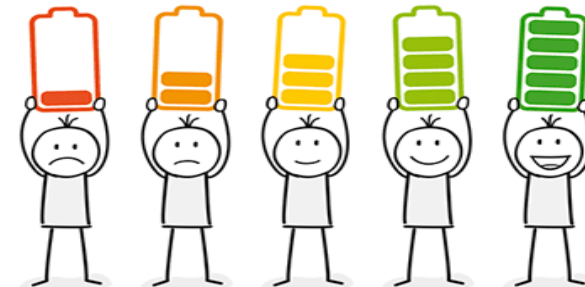
Cum se face diferența la nivel empiric?

Raport din 2018



Recomandări pentru optimizarea stării de bine la muncă

- Menținerea unui număr rezonabil de ore de lucru
- Realizarea potențialului personal și învățarea unor lucruri noi
- Posibilitatea de a manifesta punctele forte
- Delegarea activităților
- Sprijinit din partea managerului și organizației
- Dacă sesizați că o sarcină are un termen de realizare nerealist comunicați imediat aceste temeri cu persoana care va făcut responsabil pentru sarcină.



Recomandări pentru optimizarea stării de bine la muncă

- Formulați direct și **asertiv** toate temerile sau întrebările legate de o sarcină a șefului sau coordonatorului d-voastră.
- Răspundeți la email o dată sau de două ori pe zi.
- Reduceți amânările și începeți dimineața cu minim **5 minute** petrecute cu sarcina cea mai dificilă.
- Planificați-vă pauze scurte pentru d-voastră pe parcursul zilei. Eficiența va crește dacă vă luați o pauză de **10 minute** la două ore de muncă.
- La sfârșitul fiecărei zile, stabiliți-vă **prioritățile** pentru a doua zi.

Recomandări pentru optimizarea stării de bine în viața personală

- ✓ Realizați un „timp/moment de tranziție” între muncă și timpul personal.
- ✓ Reduceți semnificativ de mult timpul alocat pentru activități nerelevante pentru d-voastră.
- ✓ Vorbim mai des la telefon sau online cu oamenii dragi și de încredere. Păstrăm distanța fizică, dar creștem apropierea emoțională.
- ✓ NU „**duceți**” aceste gânduri în viața d-voastră personală.
- ✓ Continuăm să practicăm ocupațiile sănătoase care ne plac.

Recomandări pentru optimizarea stării de bine în viața personală

- ✓ Ne străduim să excludem substanțele periculoase (alcool, tutun, droguri, etc.)
- ✓ Faceți distincție între muncă și viața d-voastră personală.
- ✓ **Stabiliți ce este cu adevărat prioritar și important pentru viața d-voastră personală! Valorile cardinale. Timpul îl veți aloca pentru acea prioritate.**
- ✓ În familie, partajăm egal sarcinile și responsabilitățile casnice

Ce putem face pentru a reduce burn-out?

Fizică

- Alimentație echilibrată
- Exerciții fizice
- Managementul somnului

Mintală

- Managementul stresului
- Managementul timpului
- Managementul emoțiilor

Socială

- comunicare

Cum ne planificăm activitățile?

Rutina zilnică



- Deșteptarea
- Alimentația
- Activitățile profesionale/casnice
- Timp se relaxare și odihnă
- Activitatea fizică
- Mersul la somn

Rutina săptămînală



- Planificam activitațiile să nu fie suprapuse în unele zile
- Repartizam sarcinile uniform pentru fiecare zi a săptămîinii și nu tot într-o zi

Fericirea are trei "straturi"

1. Să știi ce îți place și să faci ce îți place.
2. Să îți cunoști punctele forte și să îți alegi o profesie în concordanță cu abilitățile tale. Să îți proiectezi viața în funcție de abilitățile tale și de ceea ce îți face plăcere.
3. Să îți cunoști clar valorile. Dacă sunt valori, vei considera că viața bună înseamnă să te îngrijești de ele.

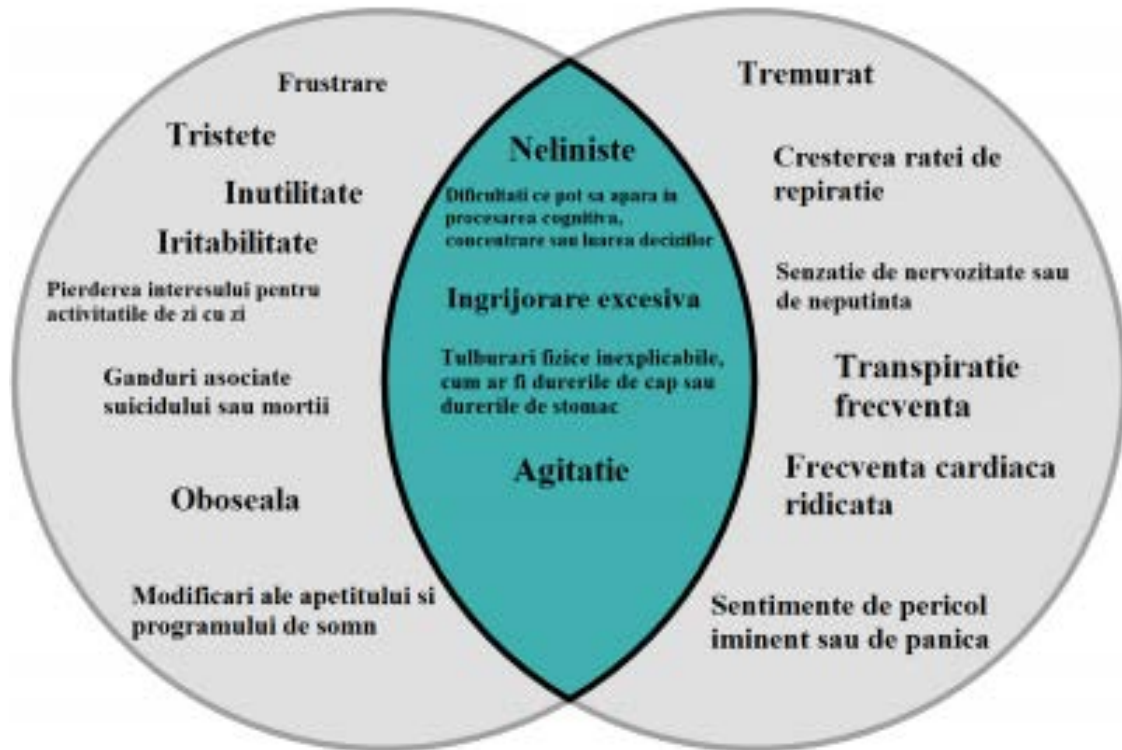


„Omul fericit este acela care stăpânește și munca, și dragostea.”

Sigmund Freud

MULȚUMESC PENTRU ATENȚIE!

ANXIETATEA

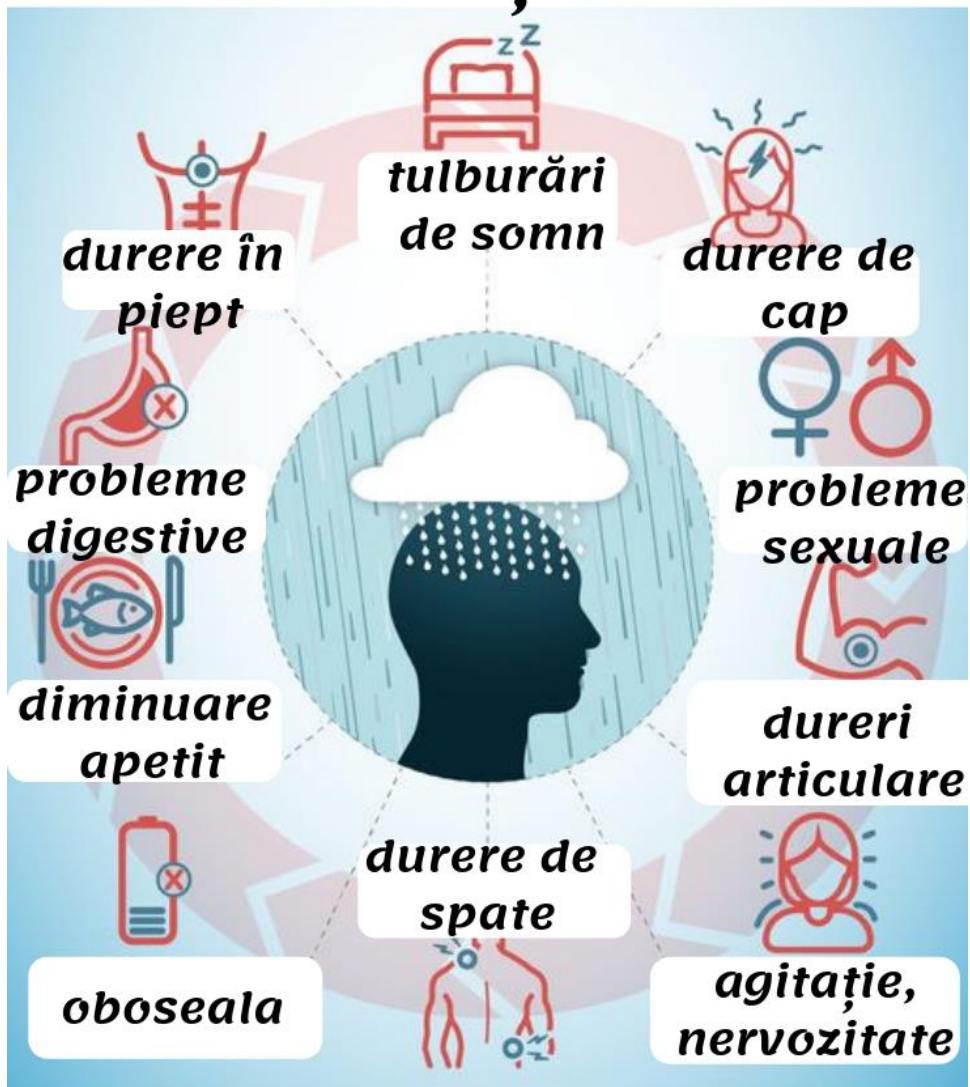




**NU MAI
SUNT
EU**

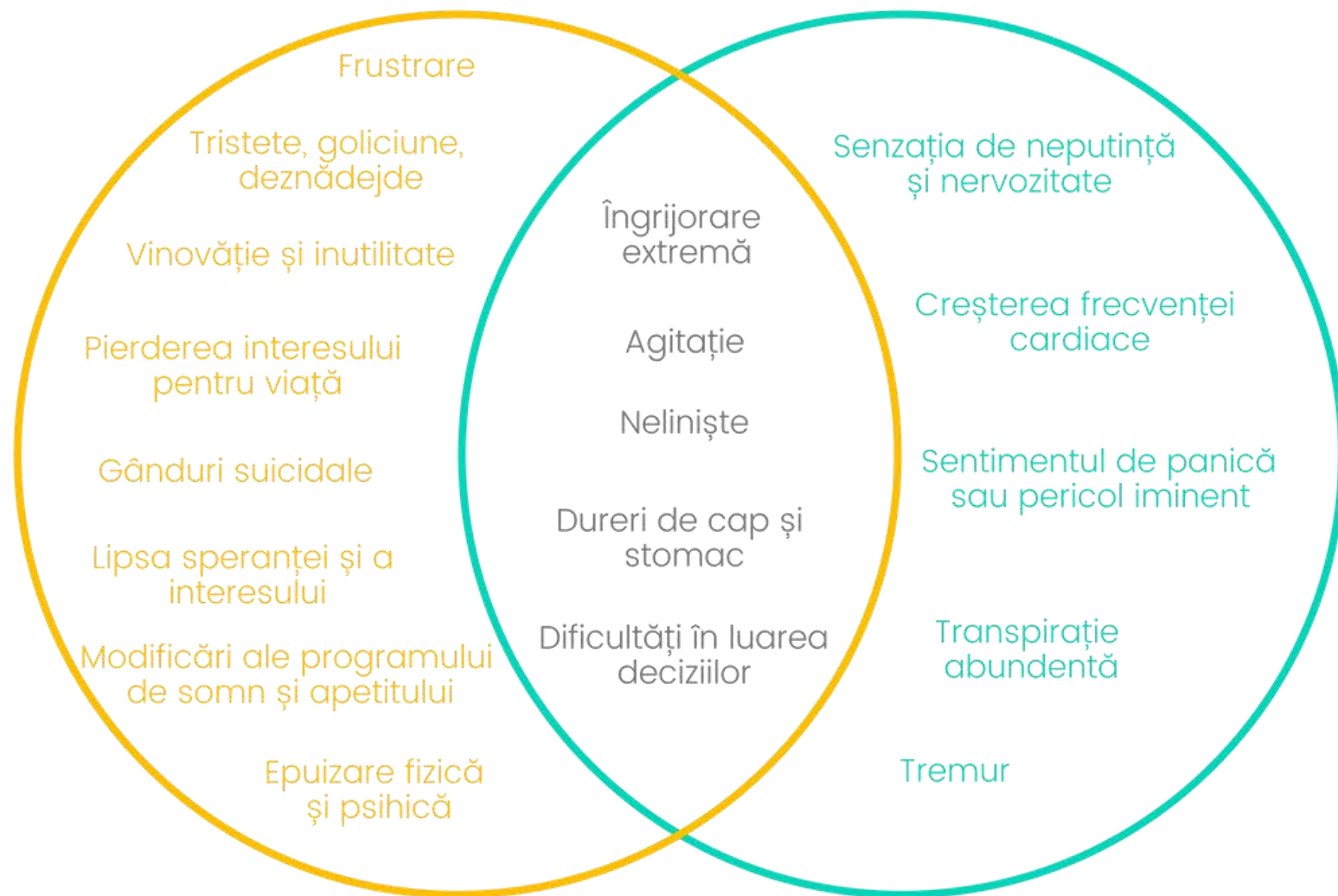
**DE CAND AM
ANXIETATE
SI ATACURI
DE PANICA**

10 semne fizice de ANXIETATE și DEPRESIE



DEPRESIE

ANXIETATE



Diagnostice clinice:

1. Tulburări anxios – fobice. Agorafobie cu atacuri de anică.
2. Tulburări anxios – fobice. Fobii sociale
3. Tulburare de anxietate generalizată cu anxietate paroxistică episodică.
4. Tulburare de anxietate și depresivă mixtă.
5. Tulburare obsesiv-compulsiv cu gânduri și acte obsesionale mixte.
6. Reacție acută la stres cu sindrom depresiv.
7. Tulburări de adaptare cu anxietate generalizată.
8. Tulburare de stres post-traumatic .
9. Hipocondrie cu episod depresiv ușor.

Tipuri de anxietăți:

- Anxietatea implică:
 - sentimente subiective (de exemplu îngrijorarea),
 - răspunsuri fiziologice (de exemplu, tahicardie, hipercortizolemie) și
 - răspunsuri comportamentale (de exemplu, evitarea).

Anxietatea poate fi benefică, pregătind organismul pentru acțiune, având un rol de protecție față de un posibil pericol și rol adaptativ, dar poate fi anormală atunci, când acaparează și perturbă viața de zi cu zi, limitând existența individului la strategii de evitare sau de compensare.

- Simptome anxioase sau anxietate: sentimente, reacții fizice, și/sau gânduri legate de vre-o amenințare sau pericol (realiste sau nerealiste);



Tipuri ale Tulburărilor de Anxietate :

- **Tulburări de panică** – TP (cu și fără agorafobie): atacuri neprevăzute, spontane, recurente de frică intensă de a pierde controlul, înnebuni sau muri, cu simptome ca scurtarea respirației, palpitații, durere sau disconfort precordial, senzații de sufocare sau de strangulare, tremur și transpirație, precum și îngrijorare cu privire la noi atacuri și consecințele acestora.
- **Agorafobia** - teama de a se găsi în locuri deschise, singur în afara locuinței sau într-o mulțime, concomitent denotă frica și/sau evitarea de situații în care pare dificilă (sau jenantă, sau inaccesibilă) primirea ajutorului în cazurile când pacientul se simte rău sau în eventualitatea unui atac de panică sau de simptome similare panicii.

Tipuri ale Tulburărilor de Anxietate :

- **Tulburarea prin anxietate generalizată (TAG):** sentimente nervoase recurente, îngrijorări, excesive legate de circumstanțe, evenimente sau conflicte reale, asociate cu simptome de oboseală, probleme de concentrare și/sau probleme cu somnul. Simptomele trebuie să persiste cel puțin 6 luni și să provoace suferință clinică și funcțională semnificativă
- **Fobia specifică:** frica anormală, irațională, marcată și persistentă declanșată de prezența sau anticiparea unui obiect sau a unei situații specifice (de exemplu, înălțimi).

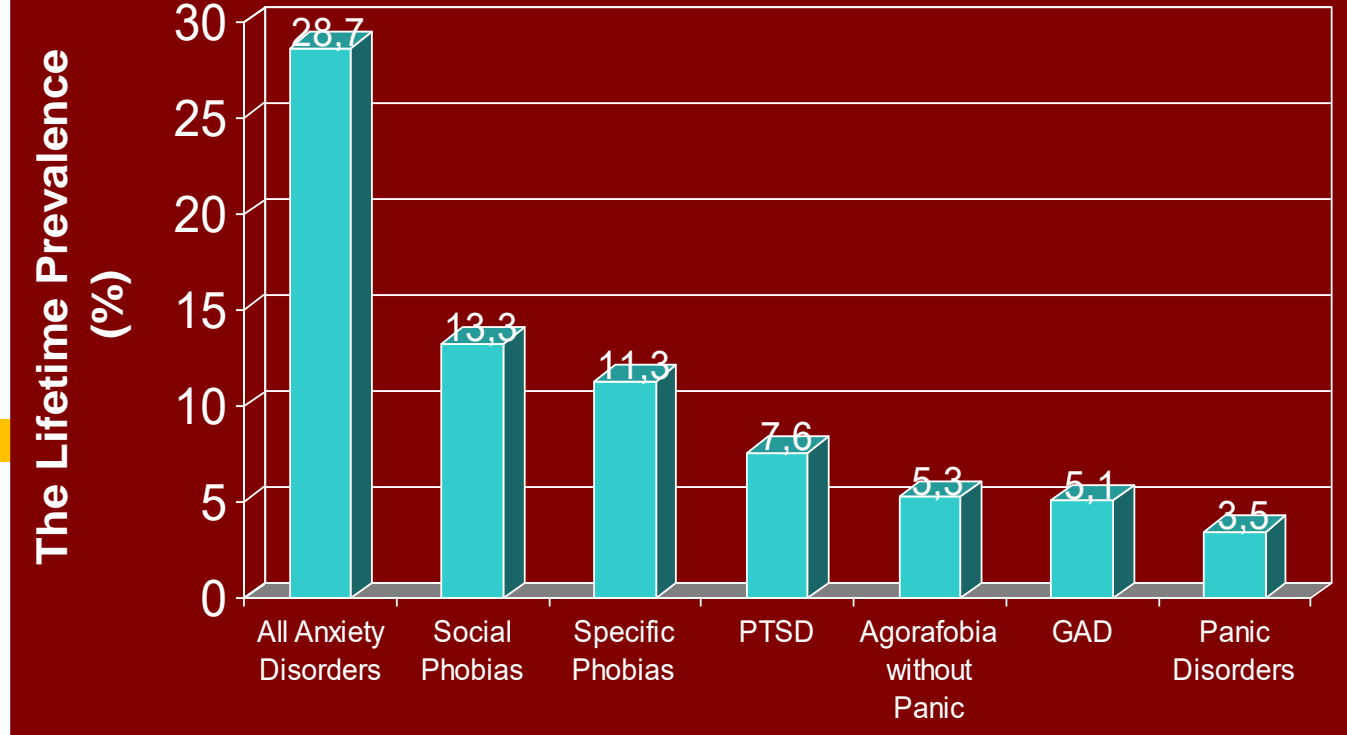
Tipuri ale Tulburărilor de Anxietate :

- **Fobie socială:** frica anormală, persistentă și irațională de una sau mai multe situații sociale sau de performanță, care este disproporționată în raport cu amenințarea reală (de exemplu întâlniri cu alte persoane, vorbitul la reuniuni, vizite în locuri publice.).
- **Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC):** idei, imagini, ruminații, impulsuri, gânduri (obsesii) recurente intruzive sau paternuri repetitive de comportament sau acțiuni (compulsiuni, ritualuri) ce sunt străine egoului și produc anxietate.

Tipuri ale Tulburărilor de Anxietate :

- **Tulburarea de stres post-traumatic (TSPT)**: o tulburare produsă de un eveniment sau situație stresantă extraordinară (ieșit din comun), sau de natură extrem de amenințătoare, caracterizată prin simptome de anxietate, retrăire prin flashback-uri și/sau coșmaruri și comportament de evitare a amintirilor.
- **Hipohondria** (frica de a avea sau contracta o boală gravă).
- **Tulburarea dismorfică corporală (TDC)**: preocuparea privind existența unui defect imaginat al aspectului întregului corp sau al unei părți a corpului propriu și comportamente consumatoare de timp, ca privitul în oglindă sau nevoia de a se reasigura.

Informația epidemiologică



- Prevalența tulburărilor de anxietate este de aproximativ 18%, iar pe prevalența pe parcursul vieții este de până la 31%. În general, femeile au rate de prevalențe mai mari în toate tulburările de anxietate, în comparație cu bărbații.
- Fobia specifică și tulburarea de anxietate socială sunt printre cele mai des întâlnite tulburări de anxietate cu prevalența în timpul vieții cuprinsă în intervalele 10-13% și, respectiv 8-12%.
- Tulburarea de Stres Post Traumatic are o prevalență de 6-9% pe toată durata vieții, Tulburarea de Anxietate Generalizată are prevalență de 6%, Tulburarea de Panică 5%, iar Tulburarea Obsesiv-Compulsivă e relativ rară, 1-2% pe toată durata vieții.
- Tulburarea de Panică este cel mai frecvent întâlnită în grupa de vârstă cuprinsă între 25 și 44 de ani.

Simptomele somatice ale anxietății

RESPIRATORII <ul style="list-style-type: none">• senzația de „lipsă de aer“ sau „de sufocare“• senzația de constricție toracică• tahipnee• senzația de „nod în gât“	CARDIOVASCULARE <ul style="list-style-type: none">• tahicardie• palpitații• durere precordială „sine materia“• sincopă	NEUROLOGICE <ul style="list-style-type: none">• cefalee• vertij• paretezii• iluzii vizuale• încețoșarea vederii• hiperestezie
VEGETATIVE <ul style="list-style-type: none">• uscăciunea gurii• paloarea feței• hiperemie la nivelul tegumentelor feței și bazei gâtului („în decolteu“)• transpirații• bufeuri de căldură	MUSCULARE <ul style="list-style-type: none">• tremor• contracturi musculare• hipotonie musculară• tresăriri musculare• dureri lombare	GASTROINTESTINALE <ul style="list-style-type: none">• accelerări ale tranzitului intestinal• colici• greață, vomă• dureri abdominale

Diagnosticul diferențiat al condițiilor medicale răspândite care mimează anxietatea

- **Angină pectorală**
- **Infarctul miocardic (IM)**
- **Sindromul de hiperventilație**
- **Hipoglicemia**
- **Hipertiroidismul**
- **Sindromul carcinoid**
- **Tulburarea dispozițională indusă de substanțe**
- **Tulburări de personalitate tip Anxios-
evitant, Anankast, Dependent**
- **Tulburarea schizoafectivă**
- **Tulburări non-organice ale somnului**
- **Schizofrenia**
- **Tulburarea afectivă bipolară**
- **Tulburarea de adaptare (acută sau
prelungită) cu reacție mixtă, anxioasă și
depresivă (F43.22)**

Principiul de tratament pentru anxietate

Diagnostic	Intervenții de nivelul întâi (± 4 săptămâni)	Intervenții de nivelul doi (maxim ± 12 săptămâni)	Intervenții de nivelul trei
Simptome de anxietate	Psihoeducație, prevenirea recidivei	Intervenții psihologice pe termen scurt	
Fobii specifice	Psihoeducație, prevenirea recidivei	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC, terapie bazată pe expunere)
Tulburarea stresului post-traumatic	Psihoeducație, prevenirea recidivei, <u>trimitere directă</u>	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC, EMDR, terapie de management a stresului) și/sau farmacoterapie
Tulburare obsesiv compulsivă (și tulburare dismorfică corporală)	Psihoeducație și prevenirea recidivei, <u>trimitere directă</u>	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC) și/sau farmacoterapie

Principiul de tratament pentru anxietate

Diagnostic	Intervenții de nivelul întâi (\pm 4 săptămâni)	Intervenții de nivelul doi (maxim \pm 12 săptămâni)	Intervenții de nivelul trei
Tulburare de anxietate generalizată	Psihoeducație, prevenirea recidivei	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC, terapie bazată pe expunere, relaxare aplicată) și/sau farmacoterapie
Tulburare de panică (cu sau fără agorafobie)	Psihoeducație, prevenirea recidivei	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC) și/sau farmacoterapie
Tulburare de anxietate socială	Psihoeducație, prevenirea recidivei, <u>Intervenții psihologice pe termen scurt</u>	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC, terapie bazată pe expunere, antrenarea concentrării pe sarcini, antrenarea aptitudinilor sociale) și/sau farmacoterapie
Hipohondrie	Psihoeducație, prevenirea recidivei	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC, terapie de management a stresului) și/sau farmacoterapie

Tratamentul anxietății



Simptome de anxietate	Tulburare anxioasă	Anxietate cu disfuncționalitate socială severă, suferințe sau comorbiditate psihiatrică
Educarea pacientului	Educarea pacientului, biblioterapie	Educarea pacientului
Structurarea zilei	Structurarea zilei și programarea activităților	Structurarea zilei și programarea activităților
Programarea activităților	Activități fizice Auto-ajutorare (biblioterapie/sănătate mintală) Intervenție psihologică scurtă	Psihoterapie sau medicamente beta-blocante, anxiolitice, antidepresive cu efect anxiolitic, în funcție de caz antipsihotice, preferențial atipice

Remediile de I-a intenție

- **Medicația antidepresivă: Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS)**
- **Inițierea tratamentului** se va realiza cu doze reduse cu creșterea gradată a dozelor în continuare.

ISRS	Tulburări anxioase				
	TP	TOC	TAS	TAG	TSPT
Paroxetină	X	X	X	X	X
Fluvoxamină	X	X	X		
Fluoxetină	X	X			
Sertralină	X	X	X		X
Escitalopram	X	X	X	X	

Remediile de intenția a II-a

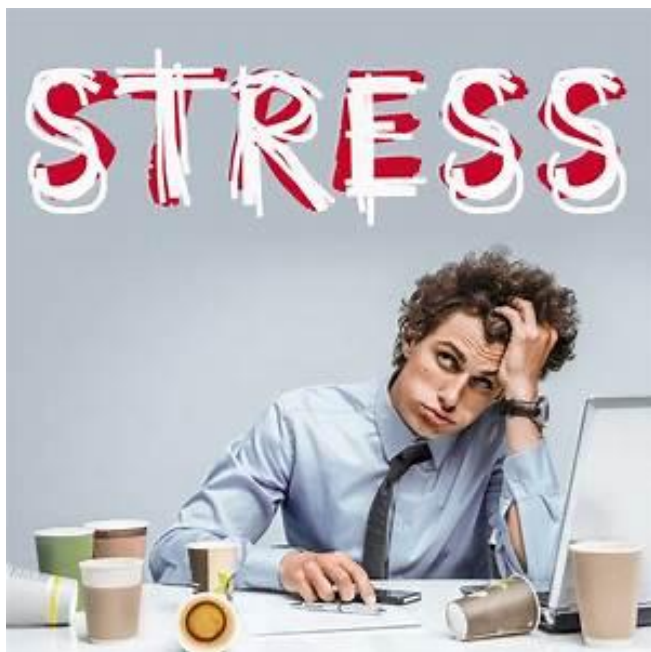
Antidepresive cu acțiune duală

- *Venlafaxina*
- *Duloxetina*
- *Alte substanțe antidepresive*

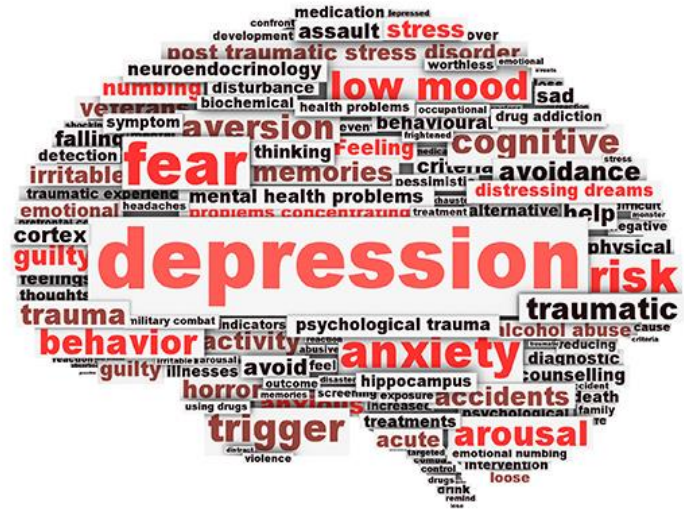
Remediile de intenția a III-a

- **Benzodiazepinele**
- Toate benzodiazepinele pot determina apariția unei **dependențe (!!!)** fizice, care se poate instala în cazul când durata terapiei depășește limita de 2-4 săptămâni.





SOMATIZAREA STRESUUI



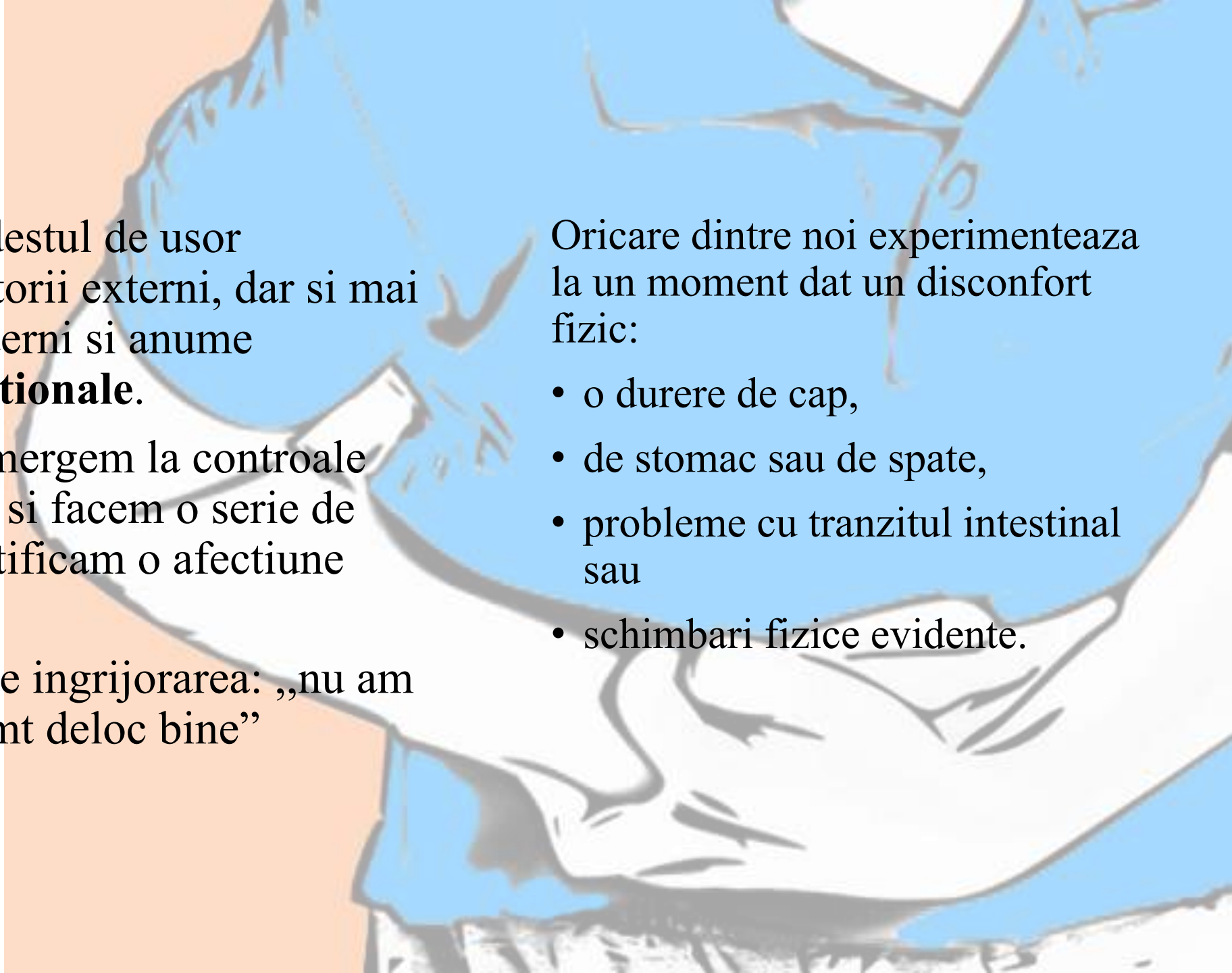
What Causes Stress in the Medical Field?

- Too many patients
- High expectations
- Lack of work/life balance

NURSING STRESS POINTS

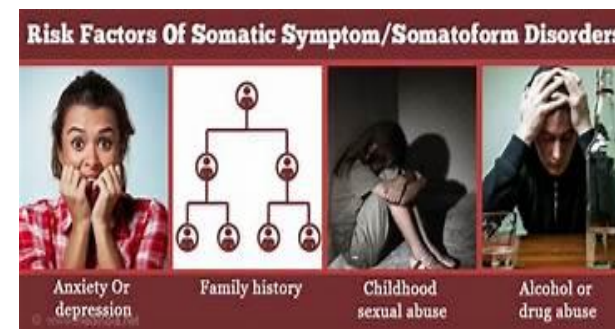
- ACCIDENTAL STICKS**
Fear of contaminated needles
- SENSORY OVERLOAD**
monitoring of machines, listening for alarms, pages and sirens
- SORE SHOULDERS**
from pushing wheelchairs and gurneys
- HAZARDOUS SUBSTANCES**
Exposure to
- STRAINED BACK**
most common nursing injury
- LOWER BACK PAIN**
from transferring patients from bed to the bathroom
- MUSCULO-SKELETAL DISORDERS**
7 times more likely to have than any other profession
- WORRY**
for patient wellbeing
- FALLS**
Second most common nursing injury comes from
- LEG PROBLEMS**
from standing the majority of shift

Somatizarea trairilor

- Organismul uman este destul de usor influentabil de catre factorii externi, dar si mai mult de catre factorii interni si anume de **trairile noastre emotionale**.
 - Cand avem o suferinta mergem la controale medicale de specialitate si facem o serie de investigatii; uneori identificam o afectiune organica, alteori nu.
 - In astfel de situatii, apare ingrijorarea: „nu am nimic si totusi nu ma simt deloc bine”
- Oricare dintre noi experimenteaza la un moment dat un disconfort fizic:
- o durere de cap,
 - de stomac sau de spate,
 - probleme cu tranzitul intestinal sau
 - schimbari fizice evidente.
- 

Reactiile fiziologice la stimuli emotionali variaza in functie de natura starii emotionale care le precipita:

- rasul este reactia la veselie,
- plansul la suparare,
- oftatul exprima usurare sau disperare, iar
- imbujoratul exprima jena.
- Tensiunea arteriala ridicata si activitatea cardiaca accelerata sunt rezultatul maniei si a fricii.
- Secretia gastrica sporita poate fi un raspuns regresiv la un pericol.
- Atacurile de astm pot fi corelate cu un impuls inconstient de a striga dupa ajutorul mamei.



Cand apar somatizarile

- **Somatizarea traairilor apare atunci cand intensitatea emotiilor cu incarcatura negativa si, mai ales, constanta lor, depaseste pragul suportabil al unei persoane, scotand-o din aria sa de confort.**
- In acest caz psihicul, nestiind cum sa gestioneze trairea, o transfera organismului, care incearca sa ii dea o forma, exprimand-o fizic.
- **Somatizarile sunt, reactiile corpului, constientizate sau nu, la neacceptarea si nerezolvarea problemelor reale de identitate, de stres, de decompensare a sistemului nervos.**
- Ele apar atat in randul adultilor, cat si al copiilor.

SOMATIC SYMPTOM DISORDER FACTS

16.1%

At least 16.1% of adults has a somatic symptom disorder (SSD) at least once in their lives. 5.6% reaches subthreshold for SSD

WOMEN

Women are more likely to develop SSD: approximately two-third of the people with SSD is female.

Women are more likely to develop conversion disorder than men: 17.8% versus 7.8%.

MEMORY BIAS

People with a SSD show a memory bias towards negative and pain words compared to neutral and positive words.

AFFECT DYSREGULATION

Affect dysregulation is often reported among people with Somatic Symptom disorders. Under-regulation of affect is significantly more reported than over-regulation.

TRAUMA

Approximately 50% of the people with SSD reported having experienced childhood traumatization by primary caretaker(s).

CHILDREN OF

Children of parents with SSD reported more bodily preoccupation and disease phobia compared to children whose parents have an organic physical condition.

SYMPTOMS

The most frequent symptoms for Somatic Symptoms Disorder (SSD) are pain symptoms, followed by gastrointestinal symptoms as well as cardiovascular symptoms.

COMORBIDITY

People with SSD are likely to develop another mental disorder as well.

SSD in combination with any anxiety disorder: at least 12%

SSD in combination with depression: at least 8%

SSD with both depression and anxiety: at least 11%

Cele mai frecvente somatizari

Printre cele mai intalnite somatizari se afla:

- -astmul bronsic
- -cefaleea, migrena
- -enurezisul
- -ticuri
- -alergii, dermatite
- -gastrita, ulcerul
- -ameteli, lipotimii (=lesin)
- -varsaturi
- -colonul iritabil
- -nevroza cardiaca
- -hipertensiunea arteriala
- -infectii urinare.



Medicina psihosomatică

- Medicina psihosomatică se ocupă cu relația dintre factorii psihologici și cei fiziologici în cauzarea sau întreținerea stărilor de boală.
- Ea este o continuare a psihanalizei și își propune să introducă în medicină omul ca persoană.

Personalitatea psihosomatică

- sărăcie afectivă și social-relațională
- rigiditate caracterială și dificultate de adaptare la condiții noi, cu o adaptare socială superficială
- activitate imaginară redusă diurnă și nocturnă, asociată cu o gândire practică, strict utilitară,
- căutarea unei independențe prin activitate, o foarte mare sensibilitate la traume afective, fragilitate, imaturitate afectivă mai mult sau mai puțin marcată.
- psihismul insuficient de „înarmat” pentru a „distanța” anumite conflicte.

F. Alexander și școala din Chicago au izolat **7 boli psihosomatice principale:**



- *ulcerul duodenal*
- *astmul bronșic*
- *artrita reumatoidă*
- *colita ulceroasă*
- *hipertensiunea arterială*
- *neurodermita*
- *tireotxicoza.*

Hipertensiunea arterială

- fon depresiv și chiar tendințe de sinucidere
- anxietatea poate domina uneori psihologia bolnavului, idei obsedante sau fobii.
- structură de personalitate compulsivă, nevoie de autoritate
- calmi în exterior, iar în interior este ostili.
- mereu în insecuritate, se simte amenințat, dar nu declanșează agresivitatea.
- nu sunt capabili să-și exprime liber agresivitatea.
- ambiție reținută cu teamă de agresivitate, astfel încât sunt întotdeauna încordați, temători și posedați de o mânie reprimată.
- „Ființe neliniștite, agitate de afaceri, de politică, de finanțe”, „mereu sub presiunea timpului”.



Astmul bronșic



- iritabilitate, logoree, lipsă de încredere, anxietate, dependență maternă
- protest simbolic contrar separării de mamă și dorința restabilirii acestor relații prin țipăt (înnăbușit), frica de a nu pierde dragostea mamei
- furia, frica, pierderea sau gelozia pot precede crizele
- slabă adaptare și prin dificultăți de relaționare datorită introversiei, egocentrismului, timidității și sensibilității excesive
- mama astmaticului este dominantă, iar tatăl – șters, auxiliar, nonautoritar, incapabil să corecteze dezechilibrul dintre mamă și copil.
- teama față de apă și înec

Ulcerul duodenal

- personalități hiperexcitante, care nu se atașează ușor afectiv, cu o puternică stare de tensiune afectivă.
- conflict inconștient - dorința de a fi hrănit a sugarului se manifestă în viața adultă prin dorința de a fi iubit, îngrijit, sprijinit.
- persoana apare deseori activă, ambițioasă, care ignoră odihna și relaxarea, exprimându-și disprețul pentru cei slabi și obligându-i pe ceilalți la supunere.

Colita ulceroasă


imaturi emoțional, atașați mai ales
de mamă

tații - buni, blânzi, pasivi și
ineficienți, incapabili de a proteja
copilul față de spiritul agresiv și
domnitor al mamei


trăsăturile de personalitate ale pacientului colitic
sunt ilustrate prin tendința de ordine, punctualitate,
conștiinciozitate, curățenie, meticulozitate, atitudini
rigide față de moralitate, tendință spre standarde de
comportament elevate, griji, obsesii, timiditate,
atitudine intelectualizată și lipsa de umor,

Artrita reumatoidă

timizi, corecți, conștiincioși, cu spirit de sacrificiu și conștiință de sine strictă, rigidă, moralizatoare, marcați de sentimente de inferioritate și de dispoziție depresivă, cu un înalt grad al conștiinței sociale



teamă față de mamă rece, agresivă, și deci sentimente ostile față de ea, dar pe care nu le putea exprima din cauza dependenței sale



control riguros asupra manifestărilor emoționale, tendința de a controla anturajul, soțul și copiii

Neurodermita

- tendințe exhibiționiste, sadomazochiste, manifestări ale narcisismului.
- exhibiționismul este folosit ca o armă în această concurență și inevitabil duce la sentiment de culpabilitate.



- Localizarea acestor manifestări poate fi legată uneori de conflicte:
- la față și păr când conflictul este afectiv sau familial;
- la brațe și gambe, când conflictul este profesional, financiar;
- pe coapse și genital, când conflictul este sexual

Tireotoxicoza

- trauma psihică și conflictul emoțional acut
- dependente de mama
- căsătorie nefericită a părinților, instabilitatea personală a unuia din părinți
- încearcă să-și atribuie responsabilitatea, să fie utili,



F45 Tulburări Somatoforme

- F45 Tulburări somatoforme
- F45.0 Tulburarea de somatizare
- F45.1 Tulburarea somatoformă nediferențiată
- F45.2 Ipohondria
- F45.3 Disfuncție somatoformă vegetativă
- F45.4 Tulburare somatoformă persistentă de durere
- F45.8 Alte tulburări somatoforme
- F45.9 Tulburarea somatoformă nespecificată



Tulburări Somatoforme

Tulburări somatoforme - sunt proeminente plîngerile somatice multiple, recurente și frecvente care necesită îngrijire medicală, fără asociere cu orice afecțiune fizică.

Caracteristicile tulburărilor somatoforme:

- plîngeri somatice de multe maladii medicale fără asociere cu tulburări grave demonstrabile de organe periferice
- probleme psihologice și conflicte care sunt importante în inițierea, exacerbară și menținerea perturbării

Iphondria

- Tulburare este caracterizată printr-o preocupare persistentă și teama de a dezvolta sau avea una sau mai multe tulburări fizice grave și progresive.
- Temerea se bazează pe interpretarea eronată a semnelor și senzațiilor fizice.
- Examenul fizic efectuat de medic nu dezvăluie nici o afecțiune fizică, dar frica și condamnările persistă în ciuda reasigurării.



Disfuncție Vegetativă Somatoformă

- Simptomele sunt prezentate ca tulburare fizică a sistemului sau a organului în mare parte sau complet necontrolat de înervarea vegetativă, și anume sistemul cardiovascular, gastro-intestinal sau respiratoriu și unele aspecte ale sistemului genito-urinar.
- Simptomele sunt de obicei de două tipuri:
 1. plângeri pe baza semnelor obiective de excitare vegetativă (palpitații, transpirație, înroșirea feței, tremor)
 2. idiosincratice, subiective, nespecifice (dureri trecătoare, arsuri, greutate, senzație de constricție, senzația de a fi balonat sau dilatat)
- Aceste simptoame pacienții le referă la un anumit organ sau sistem.
- În multe cazuri, există dovezi de stres psihologic sau de probleme actuale legate de tulburare.

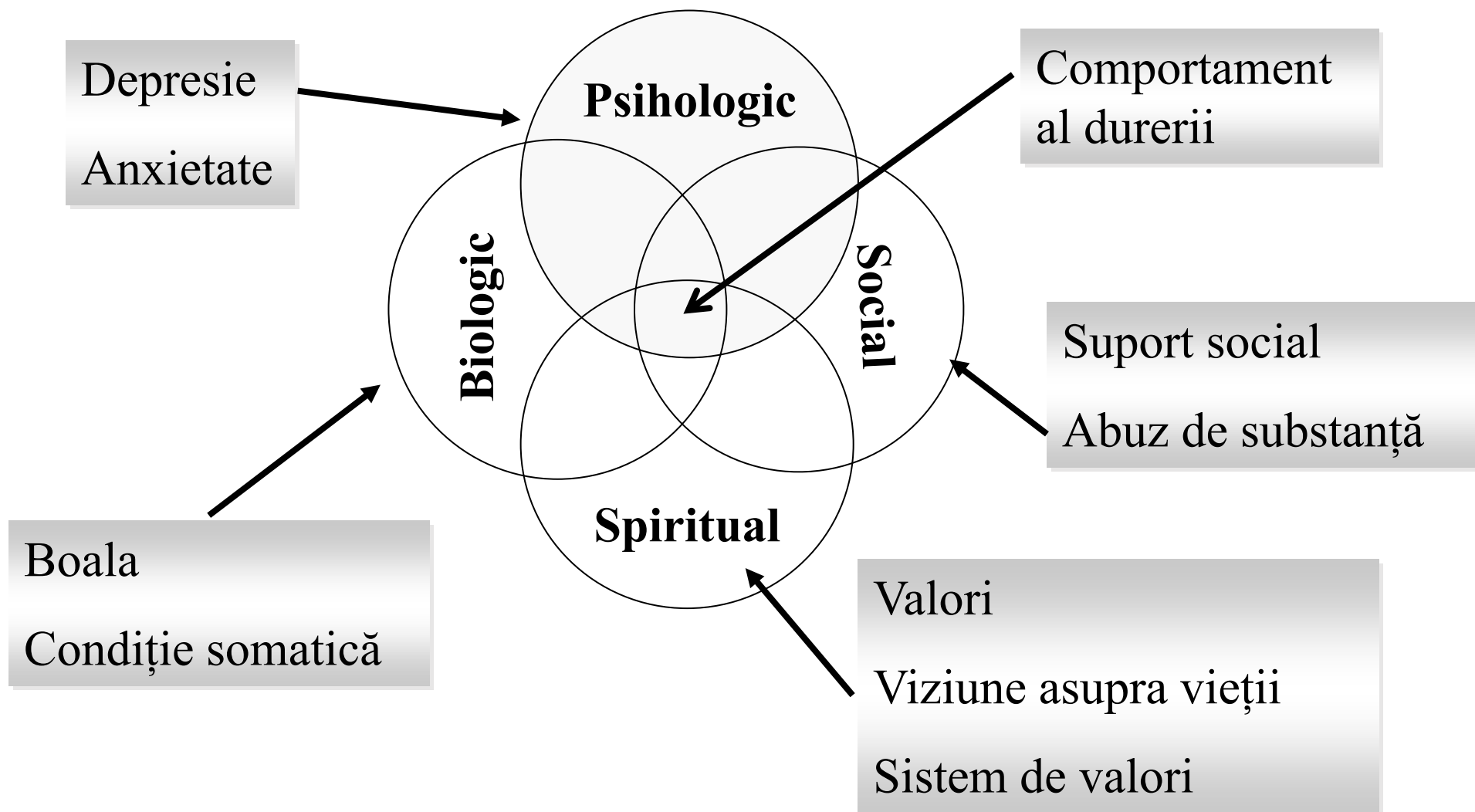
Tulburare Somatoformă Persistentă: Tip Durere

- Simptomul predominant este o durere severă, persistentă și dureroasă, care nu poate fi explicată pe deplin printr-un proces fiziologic de boli fizice.
- Durerea apare în asociere cu conflictele emoționale sau problemele psihosociale.



COMPONENTE ALE DURERII

MODELUL BIOPSIHOSOCIAL



HARTA EMOTIONALĂ A DURERII

Durerea în gât indică o inflexibilitate, dorința de a rămâne pe drumul cunoscut și încăpățănare într-o situație tensionată.

Durerea de umeri este legată de abilitatea noastră de a purta cu bucurie greutatea vieții și ceea ce ni se întâmplă fără voia noastră.

Durerea de spate, de coloană: - dacă este o durere în partea de sus a spatelui, poate însemna lipsa sprijinului emoțional, că te simți neiubit.

durerea de mijloc înseamnă că te simți vinovat pentru ceva din trecut, duci un bagaj emoțional prea greu.

durerea lombară, poate însemna frica de rămâne fără bani, instabilitatea financiară și teama de sărăcie.

HARTA EMOTIONALĂ A DURERII

Durerea de coate - schimbarea direcției și acceptarea experiențelor noi

Durerea de coapse arată o teamă de decizii importante, teama de a merge mai departe atunci când riscurile sunt mari.


Durerea de genunchi înseamnă că avem de-a face cu o persoană mândră, cu un ego prea mare și foarte încăpățânată.

Durerea de glezne reprezintă o stare de vinovăție și refuzul de a accepta plăceri.

Durerea în tălpi se traduce prin teama de a te bucura de experiențele vieții, lipsa de deschidere și de a te bucura de lucrurile simple.

MULȚUMESC PENTRU ATENȚIA OFERITĂ





Tulburările psihotice.

Episodul maniacal și depresiv

Conferențiar Universitar, D.Ș.M.: Dr. V. N. Oprea



SCHIZOPFRENIA

Schizofrenia

- Schizofrenia este o maladie psihică cu o etiologie pe deplin neelucidată, ce debutează la vârste tinere, are simptomatologie polimorfă severă, evoluție continuă îndelungată ,care produce suferință atât persoanei afectate cât și celor din anturajul său(membrii familiei, prietenii pacientului).
- Cu toate că schizofrenia este descrisă ca fiind o entitate nozologică unică, de fapt include o varietate de tulburări care se prezintă cu simptome similare.
- Schizofrenia având etiologie heterogenă, include pacienți ale căror manifestări clinice, răspunsul la tratament și evoluția bolii variază.

Istoric

- ▶ În istoria schizofreniei o mare importanță au avut două persoane, Emil Kraepelin (German, 1856-1926) și Eugen Bleuler (Elvețian, 1857-1939). Cel puțin trei figuri importante i-au precedat pe E. Kraepelin și E. Bleuler, Benedict Morel (1809-1873), un psihiatru Francez, care a folosit termenul *démence précoce* pentru pacienții invalidizați ale căror patologie a debutat în adolescență; Karl Kahlbaum (German, 1828-1899) a descris simptomatologia catatonică și Ewald Hecker (German, 1843-1909) a scris despre comportamentul extrem de bizar al hebefreniei.
- ▶ Emil Kraepelin a clasificat pacienții cu patologii mentale grave în trei grupe diagnostice: dementia praecox, psihoza maniaco-depresivă și paranoia. Descrierea lui Kraepelin a dementia praecox a accentuat o evoluție cronică de deteriorare și fenomene clinice ca halucinații și delir.
- ▶ Termenul "psihoza maniaco-depresivă" identifica pacienții care prezentau episoade de boală separate printr-o aparentă însănătoșire.

Istoric

- ▶ Pacienții clasificați ca având paranoia aveau ca simptom major idei delirante persistente de persecuție.
- ▶ Eugen Bleuler a inventat termenul "schizofrenia" care înseamna "scindarea minții", făcând referință la schisma între gândire, emoție și comportament. Cu părere de rău, acest termen a creat o confuzie cu personalitatea multiplă (tulburarea disociativă de personalitate), o patologie complet diferită de schizofrenie.
- ▶ Definiția lui Bleuler a schizofreniei diferă de cea a lui Kraepelin, prin faptul că Bleuler nu considera deteriorarea a fi un simptom necesar a patologiei. E. Bleuler de asemenea a divizat simptomele în fundamentale (primare) și accesorii (secundare). Cele mai importante simptome fundamentale au fost tulburările de gândire caracterizată prin tulburări de asociere, în particular incoerența asociativă - alogie. Celelalte simptome fundamentale erau tulburările afective, autismul și ambivalența. (Cele patru A ale lui Bleuler sunt Asociații, Afect, Autism și Ambivalență). Simptomele accesorii includ halucinațiile și delirul.

Epidemiologia

- În baza datelor epidemiologice incidența schizofreniei în lume este de 0.8-1,5%. De schizofrenie sunt afectați 45 milioane de persoane în toată lumea, printre care cazuri noi 4,5 milioane anual.
- Numărul de bolnavi în ultimii 20 de ani s-a mărit cu 30% în conformitate cu creșterea populațională, conform datelor OMS.
- Incidența prin Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante în Moldova în cifre absolute a fost: pentru anul 2018 - 371 cazuri, adică 10,45 la 100 000 populație. Incidența prin Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante în Moldova în cifre absolute a fost: pentru anul 2019 - 463 cazuri, adică 13,05 la 100 000 populație. Prevalența prin Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante în Moldova în cifre absolute a fost: pentru anul 2018 – 13 229, cu indicatorul 372,73 la 100 000 populație, pentru 2019 - 13 243, cu indicatorul 373,13 la 100 000 populație.
- Vârsta critică de instalare a schizofreniei este - 15-25 de ani pentru bărbați și 25-30 de ani pentru femei. Femeile prezintă o a doua perioadă critică către vârsta de 40 ani.
- Evoluția bolii în majoritatea cazurilor are caracter continuu, care generează deteriorarea personalității și invalidizare.

Diagnostic

ICD-10


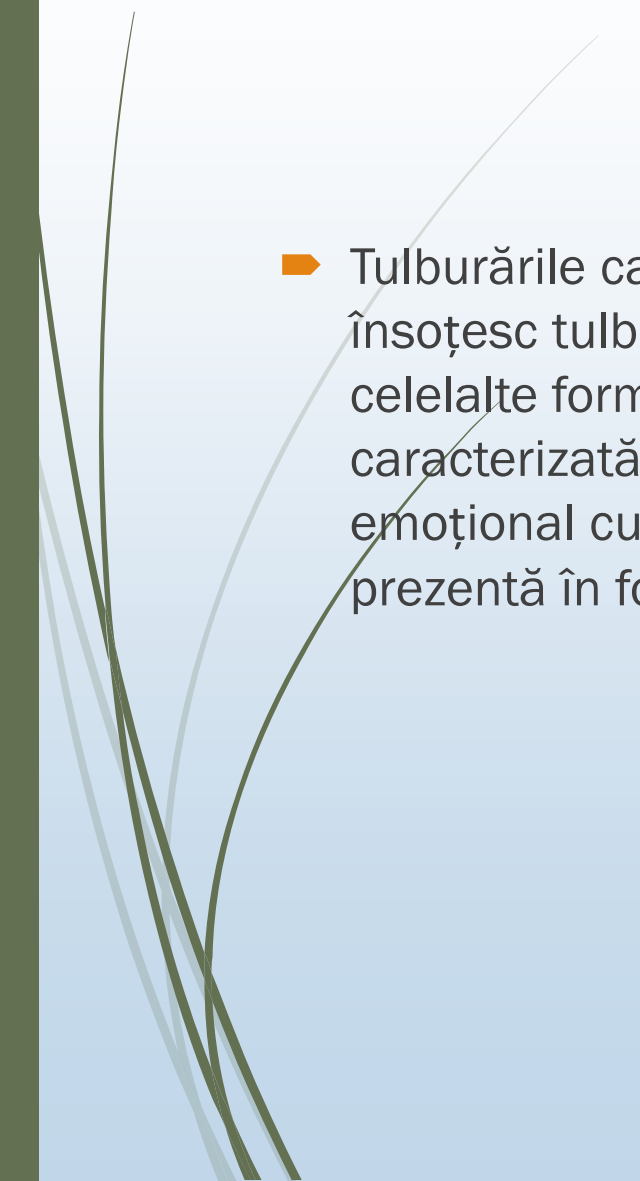
➤ F20 Schizofrenie

- Tulburările schizofrenice sunt caracterizate în general prin distorsiuni caracteristice ale gândirii și percepției și afecte care sunt neadecvate și slăbite. Conștiința clară și capacitatea intelectuală sunt menținute de obicei, cu toate că anumite deficiente de cunoaștere pot evolua în cursul timpului. Cele mai importante fenomene psihopatologice includ repetarea gândurilor ca un ecou; influențarea gândirii sau furtul ei; transmiterea gândurilor; percepția delirantă și ideile delirante de control, influență sau pasivitate; halucinații în care "voci" vorbesc sau discută despre subiectul respectiv la persoana a treia; tulburări de gândire și simptome negative.
- Evoluția tulburărilor schizofrenice poate fi și continuă și episodică cu un deficit progresiv sau stabil sau pot exista unul sau mai multe episoade cu remisiune completă sau incompletă.

Formele schizofreniei

F20.0 Schizofrenia paranoidă

- Cea mai des întâlnită formă de schizofrenie este cea paranoidă. Tabloul clinic este dominat de delir paranoid (idei delirante de persecuție, atitudine, otrăvire, control ș.a.). De obicei sunt prezente pseudohalucinațiile, în special auditive și tulburări de percepție intracampine (tactile, dismotfofobice, somatice, kinestetice). De asemenea în forma paranoidă a schizofreniei se întâlnește delirul de control – sindromul Kandinsky-Clerambault caracterizat prin 2 componente principale: automatism mental, senzorial și motor.
- Conform **ICD-10**, simptomatologia paranoidă se caracterizează prin:
 - a) Idei delirante de persecuție, referință, filiație, premuniție, dismorfofobice (modificarea schemei corporale), gelozie;
 - b) Pseudohalucinații auditive, cel mai des sub forma de "voci" care dialoghează direct cu pacientul, duc un monolog comentativ sau conversează între ele. În unele cazuri ele preiau caracterul imperativ, dau comenzi, amenință și în general au un caracter negativ, înspăimântător. Uneori halucinațiile auditive pot fi non verbale: pași, fluierat, râs, plâns, scârțâit;
 - c) Comportament delirant, pacienții acționează asupra ideilor sale delirante fiind incapabili să i se opună (e.x. astupă ferestrele, deconectează aparatele electrocasnice, solilocvează).

- 
- 
- ▶ Tulburările calitative ale gândirii sunt evidente, în special în episodul acut și de obicei însoțesc tulburările cantitative ale gândirii. Fondalul afectiv este mai puțin aplatisat ca în celelalte forme de schizofrenie, dar se atestă instabilitatea și labilitatea afectului caracterizată prin irascibilitate sporită, brutalitate, instabilitate, incongruența răspunsului emoțional cu stimulul, suspiciozitate și hipervigilență. Simptomatologia negativă este prezentă în forma paranoidă însă nu domină tabloul clinic.

Evoluția schizofreniei de tip paranoid

Etapa paranoială



- ▶ La bolnavi se constată sindromul pseudoneurotic, psihopatiform sau alte diverse simptome afective. Apare un delir nesistematizat, non-bizar, cu o fabulă delirantă veridică. La această etapă tulburările de percepție nu se asociază. Cel mai des delir este cel de persecuție, invenție, gelozie, hipocondriac, cverulență. Pacienții relativ păstrează discernământul critic.

Etapa paranoidă

- ▶ În această etapă delirul devine mai variat, mai expansiv. Se asociază ideile delirante de otrăvire, influență, relație. Apar tulburările de percepție, doar inițial fiind apreciate de pacient ca ireale, deseori le atribuie o interpretare delirantă. Subiectul pune în act ideile sale delirante, apare comportamentul delirant.

Etapa parafrenă

- ▶ Are loc transformarea delirului în sindrom parafren. Ideile delirante primesc un aspect mistic, fantastic (e.x. ideile de grandoare nu se mai limitează la supraaprecierea propriilor puteri, ci își atribuie unele forțe supranaturale), fabula delirantă se cristalizează. În cele mai multe cazuri elementele halucinatorii nu predomină în tabloul clinic.

- 
- Evoluția schizofreniei paranoide poate fi episodică (cu remisiuni parțiale sau complete) sau cronică. În ultima variantă, simptomele pozitive persistă de-a lungul anilor și e dificil de identificat episoade distincte.
- 

F20.1 Schizofrenie hebefrenă

Formele de debut în cadrul schizofreniei hebefrene


- Din copilărie se observă comportament bizar. De regulă, debutul se manifestă prin apariția halucinațiilor, mai frecvent sub aspectul de „apeluri pe nume”, diverse grimase, manierisme, devin plîngăreți, comportament bizar nemotivat, euforie neproductivă. Ca particularități în structura personalității predomină irascibilitatea, explozivitatea, încăpăținarea, reușită scăzută școlară, agitații spontane necontrolate.
- **Debut psihopatoid** predomină depășirea, încălcarea, negarea principiilor etico - morale și fac impresia de persoane de o proastă educație.
- **Debut euforic** care este dominat de un tablou maniacal. În aceste cazuri este necesar de diferențiat de TAB, unde se observă un fond ridicat, molipsitor al dispoziției, iar în schizofrenia hebefrenă se observă o euforie apatică. Euforia poate fi iritabilă, cu un caracter sâcâitor, nenatural.
- **Debut oneiroid.** Uneori schizofrenia hebefrenică debutează cu un sindrom de agitație hebefrenică, în cadrul căruia manifestările onirice sunt fragmentare și nu ating apogeul său de dezvoltare.



F 20.2 Schizofrenie catatonică

Formele de debut în cadrul schizofreniei catatone


- **Debut neurotiform** în cadrul căruia predomină astenia gravă, care uneori atinge gradul de hiperestezie pronunțată. Dintre simptomele neurotiforme timpuriu se depistează modificările de personalitate sub aspect de autism, scăderea potențialului energetic. Uneori la aceste personalități predomină diverse idei hipocondriace, care au o manifestare nedeterminată și nu sunt atât de persistente și evidente ca în debutul hipocondriac a formei paranoide de schizofrenie. La unii pacienți sunt posibile manifestări cenestopatice. Manifestările cenesto – hipocondriace în debutul formei catatonice de schizofrenie, de regulă, sunt de scurtă durată și trec de la sine.
- **Debut catatonic** poate fi debut prin simptomatice autistă cu scăderea potențialului energetic pe fundalul cărora apar stări substuporoase (pe scurt timp stau într-o anumită poză, rămân fixați asupra propriilor gânduri, nu răspund la întrebări, par detașați de realitate). Aceste stări par să treacă de la sine, dar după se amplifică după o perioadă. Un astfel de debut de regulă confirmă un pronostic nefavorabil.

- 
- Debutul poate fi brusc, cu excitație sau stupoare catatonică, dar mai frecvent cu excitație, care treptat trece în stupoare. În momentul de trecere de la excitație în stupoare, starea pacientului pentru o perioadă de timp devine intermitentă (bolnavul parcă cade în stupoare, ulterior stupoarea trece în excitație și nu este exclus ca în această perioadă să apară fenomene oneiroide, care sunt mai sistematizate, mai clare). Bolnavul în asemenea stări, destul de îndelungat, se află într-o stare substuporoasă ușor trece în stupoare.



Evoluția schizofreniei catatonice

- ▶ În perioada prodromală se constată un debut isteric sau pseudoneurotic.
- ▶ Tabloul clinic este dominat de tulburările de motricitate și alterează între hiperkinezie, agitație marcată și stupor, negativism și abulie. Posturile luate de pacient pot fi menținute pe o perioadă lungă de timp. În perioada acută se atestă mentism, înlocuit uneori de tulburări majore de vorbire, paramimie, râs isteric nemotivat, stereotipii. În cazuri severe poate surveni o regresie totală, pacientul adoptând o poziție fetală cu refuz de alimentație ceea ce necesită terapie intensivă.
- ▶ Pot apărea stări cu tulburare de conștiință de tip oniric sau amentiv.

- 
- Conform **ICD – 10** criteriile generale de diagnostic ale schizofreniei catatonice sunt următoarele:
 - a) Stupor (o reducere marcată ale reacției la ambianță și reducerea mișcărilor și ale activității spontane) și mutism;
 - b) Excitație (activitate motorie crescută, aparent fără scop, neinfluențată de stimuli externi;
 - c) Adoptarea și menținerea voluntară ale unor poziții inadecvate și bizare;
 - d) Negativism (pasiv - o rezistență, nemotivată, la toate instrucțiunile sau tentativele de a fi mobilizat; activ – mișcarea în direcția opusă);
 - e) Rigiditate (menținerea unei posturi rigide împotriva eforturilor de a fi mobilizat);
 - f) Flexibilitatea ceroasă (menținerea poziției impuse din exterior);
 - g) Alte simptome, cum ar fi: automatismele, ecolalia, ecopraxia.
 - Din cauza că simptomatologia catatonică se întâlnește des și în alte patologii, afecțiuni cerebrale, metabolice, induse de substanțe psihoactive, **DSM-V** a clasificat-o ca nozologie aparte 293.89.



F 20.6 Schizofrenia simplă

- ▶ Formele de debut în cadrul schizofreniei simple
- ▶ **Debut psihopatoid** se manifestă printr-un comportament antisocial, vagabondaj. Aceste persoane se eliberează de la serviciu, comit furturi bizare, incendieri nemotivate, acte delictive, frecvent consumă alcool. În perioada inițială reacția la boală se manifestă sub aspectul elaborării, unor regimuri particulare, diete, tratamente „speciale”, exerciții, comportamente bizare, stranii.
- ▶ **Debut nevrotiform** – Inițial, se poate manifesta simptomatologia negativă și preponderent se observă aplatizarea afectivă și lipsa simptomelor productive ale bolii. Predomină scindarea activității psihice caracteristică pentru schizofrenie.



Evoluția schizofreniei simple

- ▶ Debutul acestei forme de schizofrenie apare timpuriu, la 18-25 ani. Forma debutului este pseudoneurotică, astenică, cu insomnii, fatigabilitate psihică, irascibilitate, cefalee, scăderea potențialului energetic. Se observă o "intoxicație metafizică", apare un interes sporit față de ocult, astronomie, filozofie.
- ▶ Tabloul clinic al formei simple, în comparație cu celelalte forme este dominat de simptomatologia negativă: autism, anhedonie, aplatizarea afectului, asociații dezorganizate, deficit de atenție. Subiecții deseori abandonează studiile, ocupațiile, nefiind în stare să facă față cerințelor. Inițial ei par a fi conștienți de modificarea personalității sale, cerând ajutor. Ulterior se instalează sindromul apato-abulic cu pierderea discernământului și capacității de apreciere a bolii. Procesul gnostic devine determinat de haos de gânduri, flux necontrolabil de gânduri, baraj ideativ sau schperrung al gândirii.
- ▶ Evoluția formei simple este una continuă și prognosticul nefavorabil.

Tratamentul

- Schizofrenia este o boală psihică cronică caracterizată prin alterarea episoadelor psihotice acute de durată variată cu stări de remisie, cu dispariția simptomaticii productive. În perioada de remisie pacienții prezintă un tablou clinic șters cu simptome reziduale. De aceea, tratamentul acestei maladii necesită atât tratament medicamentos cât și intervenții psihosociale și psihoterapeutice de grup și individuale. Managementul terapeutic al bolnavilor de schizofrenie include următoarele obiective: Scăderea severității și frecvenței episoadelor psihotice acute, obținerea unei perioade de remisie terapeutică de lungă durată, îmbunătățirea funcțiilor cognitive cu reintegrarea psihosocială. În tratamentul episoadelor psihotice acute sunt indicate antipsihoticele convenționale și atipice. Indicația acestor medicamente este îndreptată spre reducerea simptomaticii pozitive cum ar fi halucinațiile și delirul, cuparea agitației psihomotorii și corecția proceselor gnostice.

TULBURARE AFECTIVĂ BIPOLARĂ

(episod depresiv,episod maniacal) Tulburarea depresiva recurenta
Distimia.

Definiții

Tulburare afectivă bipolară este o tulburare caracterizată prin episoade repetate (cel puțin 2) în care nivelele de dispoziție și activitate ale subiectului sunt semnificativ perturbate. Această perturbare constă în unele episoade de elevare a dispoziției, energie și activitate crescută (manie sau hipomanie) și în altele de scădere a dispoziției precum și o scădere a energiei și activității (depresie). Recuperarea sindroamelor este de obicei completă între episoade.

[CIM – 10]

Depresia implică o serie largă de probleme de sănătate mintală caracterizate prin lipsa unui fondal afectiv pozitiv (pierderea interesului și a plăcerii de la activități și experiențe obișnuite ori anterior plăcute), dispoziție proastă și un spectru de probleme emoționale, cognitive, fizice și comportamentale asociate. Diagnosticul de Depresie majoră se bazează atât pe severitatea, cât și pe persistența simptomelor, precum și pe nivelul deteriorărilor de ordin funcțional și social.

Episod maniactal – stare caracterizată de dispoziție elevată și o creștere a volumului și vitezei activității fizice și mentale. [CIM - 10].

Episodul maniactal – o perioadă bine delimitată, caracterizată prin dispoziție anormal și persistent euforică, expansivă sau iritabilă, precum și prin activitate direcționată către un obiectiv sau energie anormală sau persistent crescută, cu durată de cel puțin 1 (una) săptămână; această stare este prezentă cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic (sau cu orice durată, în caz dacă este necesară spitalizarea). [DSM - 5].

Codul bolii (ICD-10)

- **F 30.0 Hipomanie**
- F 30.1 Manie, fără simptome psihotice
- F 30.2 Manie cu simptome psihotice
- F 31 Tulburarea afectivă bipolară
- **F 31.0 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual hipomaniacal**
- F 31.1 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual maniacal fără simptome psihotice F 31.2 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual maniacal cu simptome psihotice
- **F 31.3 Tulburare afectivă bipolară, episod actual depresiv ușor sau moderat.**
- F 31.4 Tulburare afectivă bipolară, episod actual depresiv sever fără simptome psihotice
- F 31.5 Tulburare afectivă bipolară, episod actual depresiv sever cu simptome psihotice
- F 31.6 Tulburare afectivă bipolară, episod actual mixt
- **F 32.0 Episod depresiv ușor**
- **F 32.1 Episod depresiv moderat**
- F 32.2 Episod depresiv sever fără simptome psihotice
- F 32.3 Episod depresiv sever cu simptome psihotice
- F 33 Tulburare depresivă recurentă
- **F 33.0 Tulburare depresivă recurentă, episod actual ușor**
- **F 33.1 Tulburare depresivă recurentă, episod actual moderat**
- F 33.2 Tulburare depresivă recurentă, episod actual sever, fără simptome psihotice F 33.3 Tulburare depresivă recurentă, episod actual sever, cu simptome psihotice
- **F 34.0 Ciclotimia**
- **F 34.1 Distimia**

PROTOCOL CLINIC NAȚIONAL (PCN-292): (Tulburarea afectivă bipolară)

Chisinau 2019, 100 pg.

- ❖ oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie);
- ❖ centrele comunitare de sănătate mintală (psihiatri, psihoterapeuți, psihologi, asistente medicale, asistenți sociali);
- ❖ centrele de sănătate (medici de familie)
- ❖ cabinetele de consultanță psihiatrică în centrele consultative raionale (medici psihiatri);
- ❖ secțiile de psihiatrie în spitalele de profil general (municipale, raionale);
- ❖ spitalele de psihiatrie (medici psihiatri, medici rezidenți);
- ❖ centrele medicinii de urgență (medici ai serviciului urgență);
- ❖ centrele de intervenție în criză (medici psihiatri, psihoterapeuți, toxico-reanimatologi, reanimatologi, psihologi, asistente medicale).

● Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști implicați în acordarea asistenței medicale pacienților cu tulburare afectivă bipolară și alte tulburări de spectru afectiv.

Epidemiologie

- **Prevalența pe parcursul vieții**
- Datele epidemiologice sugerează că prevalența pe parcursul vieții a tulburării bipolare tip I în populațiile occidentale este în jur de 1% (intervalul 0,5-1,6%). Această rată fiind în concordanță cu diferite grupuri etnice și culturale. Epidemiologia tulburării bipolare tip II a fost mai puțin stabilită, dar utilizând definiția conservativă, este considerată ca având o prevalență de 1,5-2,5% pe parcursul vieții. În timp ce tulburarea biolară tip I afectează bărbații și femeile în mod egal, tulburarea bipolară tip II este mai frecventă la femei.

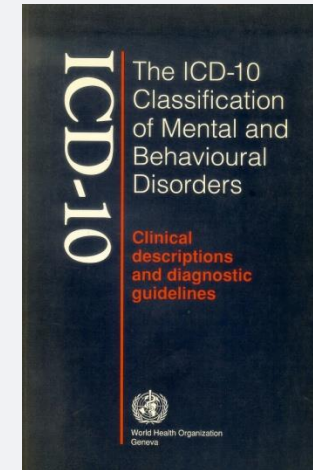
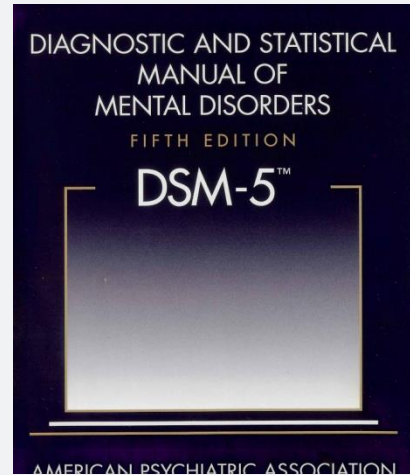
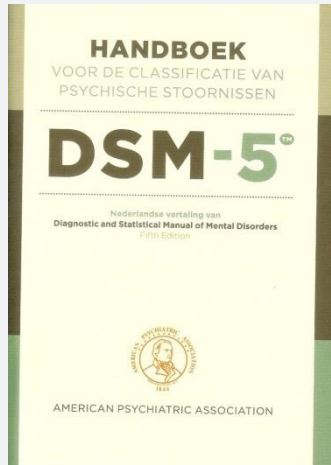
Epidemiologie

- ❖ Vârsta medie la debutul primului episod maniaco, hipomaniaco sau depresiv major este de aproximativ 18 ani pentru tulburarea bipolară tip I. Pentru a pune în evidență acest diagnostic la copii sunt necesare investigații speciale. Întrucât copiii de aceeași vârstă cronologică se pot afla în diferite stadii de dezvoltare, este dificil de definit cu precizie ce este "normal" sau "așteptat" la un anumit moment al evoluției.
- ❖ Debutul poate avea loc oricând pe parcursul vieții, chiar și la vârsta de 60-70 de ani.
- ❖ Peste 90% din indivizii care au prezentat un singur episod maniaco vor prezenta ulterior episoade depresive recurente.

Epidemiologie

- ❖ Riscul de suicid pe tot parcursul vieții, la indivizii cu tulburare bipolară a fost estimat ca fiind de cel puțin 15 ori mai mare decât în populația generală. De fapt, tulburarea bipolară contribuie la un sfert din totalul tentativelor de suicid reușite.
- ❖ Aproximativ 5-15% din indivizii cu tulburare bipolară tip II vor dezvolta în final un episod maniacal care va schimba diagnosticul în tulburare bipolară tip I, indiferent de evoluția ulterioară
- ❖ Prevalența tulburării ciclotimice în serviciile clinice specializate în tulburările afective poate fi cuprinsă între 3% și 5%.
- ❖ Există un risc de 15-50% ca un individ cu tulburare ciclotimică să dezvolte ulterior o tulburare bipolară de tip I sau de tip II.
- ❖ La copiii cu tulburare ciclotimică, vârsta medie de debut a simptomelor este 6,5 ani. [DSM - 5].

DSM-5 versus ICD-10



Tulburare bipolară I (296.4x /5x /6x /7)

Tulburare bipolară, episod maniaco unic (F30.-)
Tulburare bipolară afectivă (F31.0 – F31.7)

Tulburare bipolară II (296.89)

Altă tulburare bipolară afectivă (F31.8)
(include tulburarea bipolară II)

Tulburare bipolară din cauza substanțelor (___.)
Tulburare bipolară din cauza stării medicale (296.83)
Altă tulburare bipolară (296.80 / 296.89)

Tulburare bipolară afectivă nespecificată (F31.9)
Ciclotimie (F34.0)

Tulburare ciclotimică (301.13)

Sindromul depresiv reprezintă un set de semne și simptome care afectează sfera

- ❖ Cognitivă
- ❖ Afectivă
- ❖ Comportamentală

ETIOLOGIA ȘI EVOLUȚIA BOLII

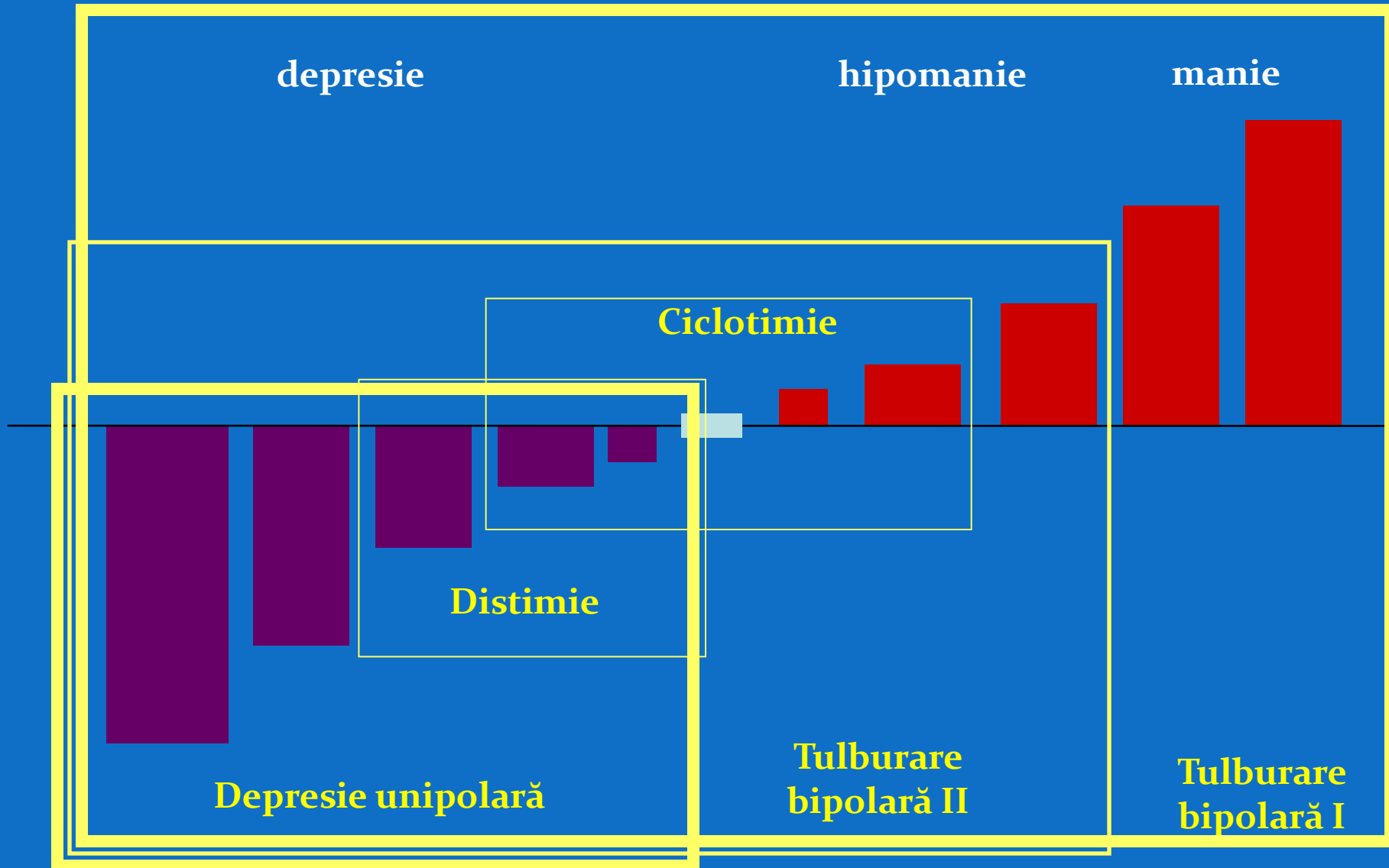
- **Factorii biologici**

- Datele epidemiologice și genetice sugerează că tulburarea bipolară este strâns corelată cu componentul ereditar și prevalența bolii este relativ insensibilă la variațiile personale și adversitatea socială. Rudele de gradul întâi a pacienților bipolari au rate semnificativ mai mari de îmbolnăvire prin tulburări ale dispoziției (inclusiv tulburarea bipolară tip I, tip II și tulburare depresivă majoră) în comparație cu persoanele a căror rude nu suferă de maladii psihiatrice.

Episod depresiv ușor sau moderat.

- ❖ Dispoziție depresivă
- ❖ Pierderea intereselor/bucuriilor și o reducere a energiei ce duce la o fatigabilitate crescândă și la o activitate diminuată.
- ❖ O oboseală accentuată după un efort mic este obișnuită.
- ❖ Se notează o reducere a capacității de concentrare și a atenției, a stimei și a încrederii în sine,
- ❖ Idei de vinovăție și lipsa de valoare, viziune tristă și pesimistă asupra viitorului, somn perturbat, apetit diminuat.
- ❖ Durata minimă a întregului episod este de aproximativ 2 săptămâni.

Tulburările de dispoziție în DSM-5



Episod depresiv sever fără/cu simptome psihotice

- ❖ Dispoziție depresivă
- ❖ Pierderea intereselor/bucuriilor
- ❖ Reducerea energiei
- ❖ Fatigabilitate crescândă
- ❖ Activitate diminuată,
- ❖ Oboseală accentuată
- ❖ Idei de vinovăție și lipsa de valoare
- ❖ Viziune tristă și pesimistă asupra viitorului
- ❖ Somn perturbat
- ❖ Apetit diminuat

Episod depresiv sever fără/cu simptome psihotice.

- ❖ Idei sau acte de auto-vătămare sau suicid.
- ❖ Delirurile implică de obicei ideea de păcat, sărăcie sau dezastre iminente, a căror responsabilitate poate fi asumată de subiect.
- ❖ Halucinațiile auditive sau olfactive dacă sunt, atunci apar de obicei sub forma unor voci defăimătoare sau acuzatoare sau mirosuri de murdării, putrefacție.
- ❖ O lentoare psihomotorie severă poate progresa spre stupor.

Sindromul maniacal

Reprezintă un set de semne și simptoame

- ❖ Cognitive

- ❖ Afective

- ❖ Comportamentale

- (care au ca simptom principal euforia sau/și iritabilitatea)

Episod maniacal

- ❖ Sociabilitate, comunicativitate verbală excesivă
- ❖ Fuga de idei
- ❖ Energie sexuală crescută
- ❖ Reducerea nevoii de somn
- ❖ Iritabilitate
- ❖ Comportament dezinhibant
- ❖ Afectarea capacității de concentrare

Manie, fără/cu simptome psihotice

- ❖ Ideile de autoapreciere excesive și suspiciozitatea se pot dezvoltă în deliruri, iar iritabilitatea și suspiciozitatea se pot dezvolta în deliruri de persecuție
- ❖ În cazuri severe, delirurile de grandoare sau religioase, de identitate sau de rol, pot fi proeminente, și fuga de idei și presiunea gândirii pot avea ca rezultat incomprehensibilitatea vorbirii
- ❖ Activitatea fizică intensă, excitarea pot avea ca rezultat fie agresiune/violenta sau neglijarea alimentației, băuturii, și a igienei personale, care pot duce la stări periculoase de deshidratare și neglijare de sine

Patologia dispoziției în tulburarea bipolară

- dispoziție euforică/iritabilă
- activitate / energie sporită
- se simte foarte bine
- comportament nechibzuit
- necesitate redusă de somn
- lipsa discernământului

Manie

Hipomanie

Vitalitate copleșitoare

Pierderea vitalității

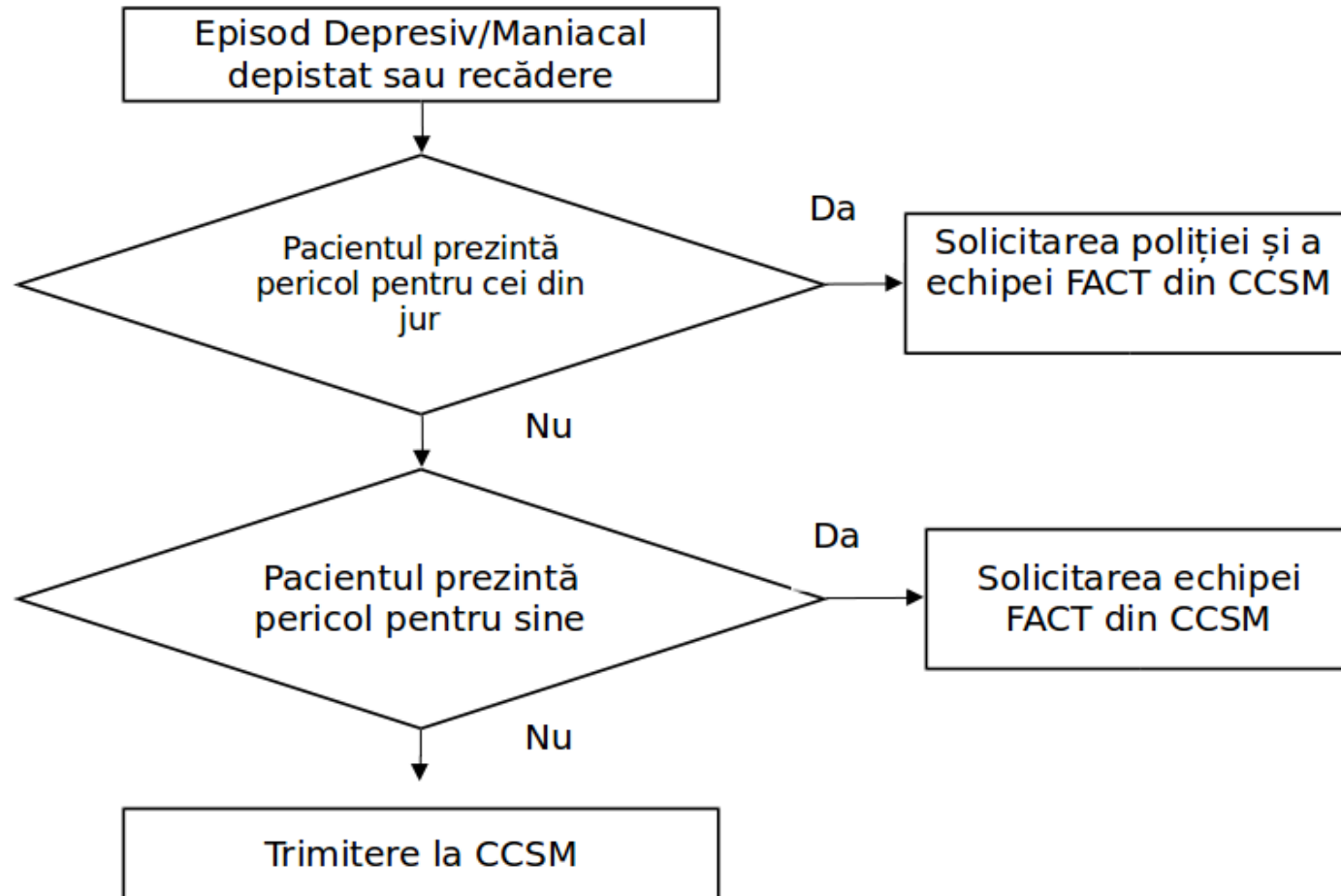
Depresie

- dispoziție deprimată
- lipsa energiei/ activității/ plăcerii
- sentiment de inutilitate și de lipsă de valoare
- lipsa inițiativei
- nu poate dormi
- idei/comportament suicidal

Hipomanie

- ❖ O elevație ușoară a dispoziției, sau o schimbare de dispoziție pentru cel puțin câteva zile
- ❖ Sociabilitate, comunicativitate verbală
- ❖ Energie sexuală crescută
- ❖ Reducerea nevoii de somn
- ❖ Iritabilitate
- ❖ Comportament hiperactiv
- ❖ Afectarea capacității de concentrare.
- ❖ Aceste simptome nu sunt în măsură să interfereze grav cu munca sau să ducă la o rejecție socială.

GESTIONAREA CAZULUI DE TULBURARE AFECTIVA BIPOLARA IN MEDICINA DE FAMILIE



Evoluția bolii

- În prima decadă de ani după stabilirea diagnosticului, pacientul bipolar va trece prin patru episoade afective majore. Opinia tradițională este aceea că durata episoadelor și a intermisiilor devine în mod progresiv mai scurtă, iar după al patrulea, al cincilea episod major, se va stabiliza la circa un episod pe an. Studiile recente însă sugerează că rata recurențelor este constantă, la circa un episod pe an, chiar de la debutul bolii. Doar 10-15% dintre pacienți manifestă ciclitate rapidă a episoadelor, cu patru sau mai multe episoade afective pe an, cu remisii parțiale sau complete între episoade, sau cu switch-ul spre polaritatea opusă (de la maniacal la depresiv, sau vice versa). În caz de lipsă a tratamentului, pacientul bipolar, cel mai probabil, va trece prin mai mult de zece episoade afective pe parcursul vieții.

Evoluția bolii

- Majoritatea persoanelor, pe termen lung, raportează un număr mai mic de episoade maniacale în comparație cu cele depresive. Episoadele maniacale tind să debuteze brusc și să aibă o durată de la 2 săptămâni la 5 luni (durata medie 4 luni). Episoadele depresive tind să aibă o durată mai lungă (medie 6 luni), foarte rar peste 1 an, acestea tind să devină mai frecvente și mai lungi după vârsta medie (după 40 ani). Se estimează că un procentaj mare de pacienți bipolari își petrec cel puțin jumătate din viață cu simptomatologie depresivă.

CONSECINȚELE PSIHOSOCIALE

- Chiar și în cazul tratamentului optimal, persoanele cu tulburare bipolară își petrec aproximativ jumătate de viață cu simptome. Episoadele depresive sunt asociate cu o deteriorare mult mai semnificativă la serviciu, în familie și viața socială în comparație cu episoadele maniacale. În timpul remisiei, după un episod acut suportat, mulți pacienți nu-și recapătă pe deplin abilitățile de funcționare la serviciu și activitățile sociale, și prezența simptomelor subsindromale depresive sunt puternic asociate cu dizabilitate funcțională.

Scala de Evaluare a Depresiei Beck (Beck Depression Inventory)

- Scala de Evaluare a Depresiei Beck (BDI) a fost descrisă în 1961 și a devenit una dintre scalele utilizate pe larg în cadrul depresiei. Este o scală de autoevaluare cu 21 de itemi ce necesită circa 10 minute pentru completare. Aceasta cuprinde o gamă largă de simptome somatice, cognitive, afective și comportamentale asociate cu depresia. Poate fi utilizată ca instrument de diagnostic și permite efectuarea distincției clare dintre o stare depresivă și non-depresivă. Este de mare folos pentru monitorizarea răspunsului la tratament, dar mai puțin efectivă la măsurarea severității episodului depresiv.

Scala de Evaluare a Depresiei Montgomery

Asberg (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)

- Scala de Evaluare a Depresiei Montgomery Asberg (MADRS) este un instrument de evaluare a depresiei ce conține 10 itemi. A fost pe larg utilizată în cadrul studiilor clinice de măsurare cantitativă a eficacității tratamentului antidepressiv și aprecierea evoluției simptomelor. Prezintă un neajuns relativ de prezentare a simptomelor somatice în comparație cu alte scale de evaluare a depresiei, dar este foarte folositoare în special la evaluarea depresiei la pacienții cu patologii somatice. Este administrată de către un intervievator calificat, și durează circa 15-20 minute. În legătură cu faptul că prezintă o sensibilitate mai mare în cadrul studiilor clinice, în comparație cu Scala Hamilton, devine din ce în ce mai utilizată în măsurarea simptomelor depresive din cadrul tulburării bipolare.

Scala Hamilton de Evaluare a Depresiei (Hamilton Depression Rating Scale)

- Scala Hamilton de Evaluare a Depresiei (HAM-D sau HDRS) este considerată standardul de aur al scărilor de evaluare a depresiei. Este o scală bine validată, de înaltă precizie, care a fost utilizată pe larg în cercetările științifice, inclusiv în trialurile clinice a medicamentelor antidepresive. Similar scării MADRS, HAM-D este un interviu semi-structurat; cu toate acestea, ultimul oferă o prezentare mai exactă a simptomelor expuse de pacient în comparative cu constatările directe ale intervievatorului. Informații adiționale primite de la personalul medical, membrii familiei sau prietenii deasemenea pot fi luate în considerație. Completarea chestionarului durează cam 30 minute și poate fi utilizat de către un intervievator calificat.

Decalogul obiectivelor de intervenție în cazul tulburării bipolare

1. Asigurarea siguranței pacientului și a altor persoane
2. Tratarea și reducerea severității episoadelor acute a stării de suflet, atunci când ele au loc
3. Tratarea simptomelor psihotice, atunci când ele au loc
4. Evitarea caracterului circular al episoadelor
5. Prevenirea comportamentului suicidal
6. Reducerea frecvenței episoadelor stării de suflet
7. Tratarea simptomelor premergătoare
8. Tratarea comorbidității și a problemelor cognitive
9. Creșterea nivelului de cunoaștere a tulburării de către pacienți și îngrijitori și creșterea aderenței tratamentului
10. Ajutarea pacientului să funcționeze pe cât posibil de efectiv între episoade

Tratamentul farmacologic

- Tratamentul include efectuarea farmacoterapiei și a psihoterapiei și se va efectua în trei etape:
 1. **Tratamentul fazei acute**, cu o durată de 6-12 săptămâni, are ca obiectiv obținerea remisiunii. În această etapă, strategia terapeutică include administrarea de **psihotrope**, de ex., Antidepresive (Imipramină, Amitriptilină, Clomipramină, Venlafaxină, Paroxetină, Fluvoxamină, Fluoxetină), Neuroleptice (Haloperidol, Clorpromazină, Levomepromazină, Clozapin) și **Timostabilizatoare** (Săruri de litiu sau Carbamazepină, Acidul valproic, Lamotrigină, Gabapentină), în asociere cu diferite forme de psihoterapie;
 2. **Etapa de menținere** a tratamentului are o durată de 4-9 luni având rolul de a preveni riscul la recădere și de reapariție a simptomatologiei acute;
 3. **Etapa de întreținere terapeutică** cu durata de aproximativ 1 an sau chiar mai mult pentru a preveni apariția recurenței.

Tratamentul medicamentos

- **Medicul de familie monitorizează starea somatică a pacientului care se află în tratament de susținere, pentru evitarea efectelor adverse ale preparatelor neurotrope.**

Tratamentul medicamentos

- ❖ **La nivelul asistenței medicale primare se efectuează tratamentul medicamentos doar al stărilor depresive ușoare și medii, fără semne psihotice (idei delirante de autoacuzare, vinovăție).**
- ❖ **Durata – până la 6 luni.**
- ❖ **În lipsa răspunsului la tratament în primele 4-6 săptămâni - referirea la psihiatru/centru comunitar de sănătate mentală (după caz).**

Tratamentul depresiei

Denumire	Doză medie/zi
❖ Escitalopram	10 mg
❖ Fluoxetine	20-40 mg
❖ Fluvoxamine	100 mg
❖ Paroxetine	20-40 mg
❖ Sertraline	100 mg
❖ Venlafaxine	150 mg

Terapia de susținere antirecidivantă la bolnavii cu TAB se poate aplica prin două metode de bază:

- ❖ **terapia continuă** – bolnavul administrează medicamente continuu (este mai sigură, dar la aplicarea ei, îndeosebi utilizând neuroleptice convenționale, se asociază cu risc crescut de efecte adverse).
- ❖ **terapia periodică** – pacientul administrează periodic remedii antipsihotice (doar atunci, când apar primele simptome de destabilizare a stării psihice – neliniște, activitate motorie neproductivă, comportamente bizare lipsite de sens, indispoziție, dereglarea somnului). Acest gen de terapie nu întotdeauna asigură o profilaxie eficientă a recăderilor și recidivelor.
Decizia vizând metoda optimă de tratament va fi selectată individual pentru fiecare pacient!

MANAGEMENTUL

- În cazul TAB rezistente, este recomandată și Terapia Electro Convulsivantă, ca terapie de menținere pe termen lung. Pe lângă tratamentul farmacologic sunt necesare intervenții psihosociale, terapia cognitiv comportamentală, psihoeducația și terapia focusată pe familie.

• Tulburare depresivă recurentă

Este caracterizată prin episoade repetate de depresie (episod depresiv ușor, moderat sau sever) fără nici o istorie de episoade independente de elevație a dispoziției sau hiperactivitate care să întrunească criteriile pentru manie. Vârsta la debut și severitatea, durata și frecvența episoadelor de depresie sunt foarte variate. În general, primul episod apare mai târziu decât în tulburarea bipolară, cu o vârstă medie a debutului în decada a 5-a. Episoadele circumscrise durează între 3 și 12 luni (durata aproximativă 6 luni), recăderea este mai puțin frecventă și necaracteristică. Vindecarea este de obicei completă. Episoadele manifestate de orice grad de severitate sunt adesea precipitate de evenimente stresante de viață și în multe culturi atât episoadele unice cât și depresia persistentă sunt de 2 ori mai frecvente la femei decât la bărbați.

• Tulburare depresivă recurentă

Riscul ca un pacient cu tulburare depresivă recurentă să aibă în viitor un episod de manie nu dispare niciodată complet, oricât de multe episoade depresive au existat. Dacă ele apar, diagnosticul se va schimba în cel de tulburare afectivă bipolară.

Obiectivele tratamentului:

- a. scopul tratamentului în faza acută a depresiei este de a obține remiterea simptomelor
- b. reducerea recidivelor, recăderilor și recurențelor depresiei
- c. reîntoarcerea la nivelul precedent al funcțiilor ocupaționale și psihosociale.

• Tulburare depresivă recurentă

Tratamentul non-farmacologic al depresiei:

Prin „psihoterapie” definim intervențiile psihologice mai intensive așa ca terapia cognitiv-comportamentală, terapia interpersonală sau terapia comportamentală în cuplu. Toate intervențiile pentru depresie trebuie să fie prestate de către practicieni competenți (psihoterapeuți, psihiatri sau psihologi) de obicei în instituții specializate de sănătate mintală.

Medicii generaliști și de alte specialități trebuie să dispună de posibilitatea de a face referire către specialistul în psihoterapie.

Tratamentul farmacologic:

Inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (în cazul responsivității terapeutice, menținerea tratamentului cu antidepressivul ales în care a asigurat efectul, pe o perioadă de minimum 6-9 luni). La pacienții la care se estimează un risc potențial de viraj hipomaniacal se vor asocia remedii timostabilizatoare.

• Urgențe în psihiatrie. Managementul comportamentului suicidar.

Comportamentul uman autodistructiv neașteptat se caracterizează prin faptul că apare ca un act calculat pentru a fi fatal, după o decizie luată dintr-o dată, care nu este comunicată ori exteriorizată.

Factorii de risc suicidal:

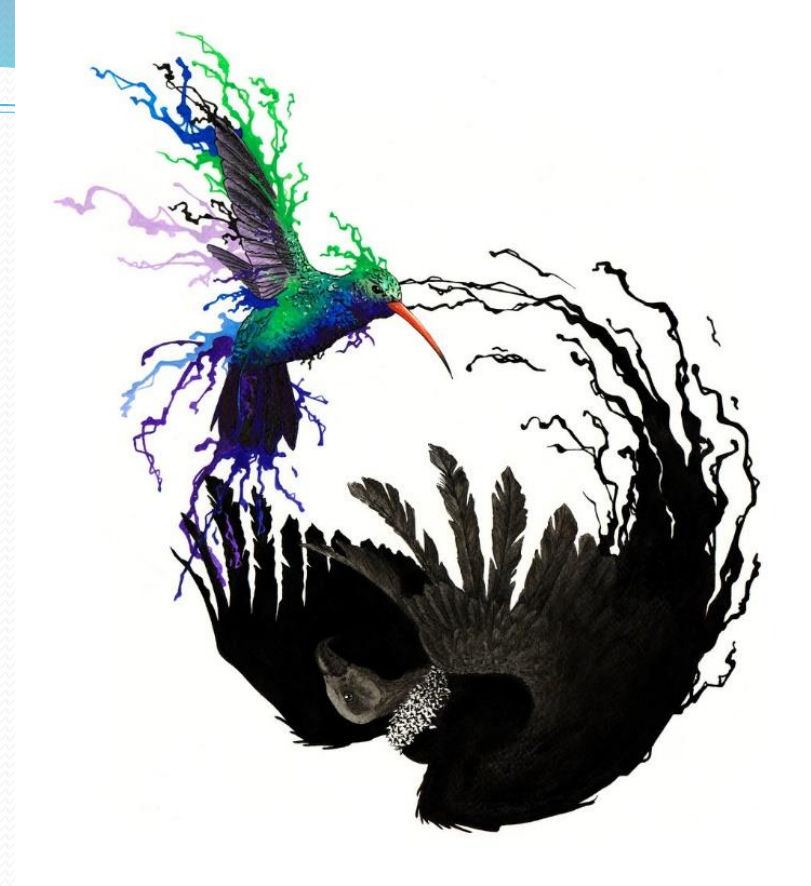
- ✓ insomnia rezistentă la tratament de lungă durată, mai ales cea matinală.
- ✓ idei de culpabilitate, inferioritate, autodeprecieri.
- ✓ halucinații imperative
- ✓ evitarea comunicării simptomelor proprii
- ✓ preocupări hipocondriace severe
- ✓ comiterea tentativelor suicidale, anterior.
- ✓ prezența unui plan concret de comitere a suicidului.

• Urgențe în psihiatrie. Managementul comportamentului suicidar.

Particularități ale situației de „criză suicidară”:

- ✓ Persoana aflată în risc de suicid are nevoie să comunice cu ceilalți în etapa presuicidară,
- ✓ Persoana aflată în risc de suicid este ambivalentă și deci, accesibilă abordării psihoterapeutice,
- ✓ Suicidul survine în situații dificile, adeseori anomice și intervențiile în „criză” sunt absolut necesare.
- ✓ Persoanei aflate în risc de suicid i se va acorda întotdeauna o atitudine adecvată de securizare și înțelegere.

În cazul comiterii unei tentative suicidale se recomandă spitalizarea într-un serviciu de supraveghere clinică continuă, chiar fără liberul consimțământ al persoanei în baza art. 28 din legea Republicii Moldova „Privind asistența psihiatrică” Nr. 1402-XIII din 16 decembrie 1997.



MULȚUMESC PENTRU
ATENȚIE

- **Tulburările mintale și comportamentale datorate utilizării de substanțe psihoactive**

Notiuni psihopatologice

Noțiune de substanță psihoactivă (SP) - Substanța psihoactivă este o substanță chimică ,care fiind administrată de cineva afectează procesele mintale și comportamentul. Adeseori poate produce trăiri plăcute pentru consumător , iar la folosirea sistematică poate produce sindromul de dependență.

Noțiune de doza standard de alcool: utilizată pentru definirea unei doze de alcool luate ca mediu și echivalentă circa cu 10 grame de alcool pur. O doză standard este echivalentă cu 425 ml bere ușoară sau 285 ml bere tare sau 100 ml vin de 13 % sau 60 ml vin 20 % sau 30 ml alcool de 40 %.

Noțiune de abuz de substanță psihoactivă (utilizare dăunătoare, consum nociv, beție habituală, harmful substance use) – Este un model de consum care afectează sănătatea fie la nivel somatic (hepatita toxică de exemplu) fie la nivel mental (ex. depresie postintoxicare cu substanță psihoactivă) . Nu se constată sindromul de dependență sau stările psihotice ca atare. Abuzul poate avea forme de consum excesiv (heavy episodic drinking, HED), noțiune utilizată în mai multe țări care este definită ca un consum de 60 sau mai multe grame de alcool pur (6 + băuturi standard, în cele mai multe țări), cel puțin odată ocazional cel puțin odată lunar.

Notiuni psihopatologice

Noțiune de dependență (adicție) – utilizată în ICD-X (Clasificarea Internațională a Tulburărilor Mentale și de Comportament, ediția X), care este folosit pentru nozologii ca «narcomanie, toxicomanie, alcoolism». Reprezintă un grup de fenomene fiziologice, comportamentale și cognitive în care utilizarea unei substanțe sau a unei clase de substanțe devine prioritară pentru consumător față de alte comportamente care erau anterior mult mai valoroase pentru acest individ. Caracteristica esențială este dorința (adeseori irezistibilă) de a consuma această substanță psihoactivă (drog) care poate să nu mai fie prescrisă medical.

Diagnosticarea stării de dependență necesită minim trei din următoarele caracteristici: [9]

- a) Dorința compulsivă de a folosi substanța
- b) Dificultăți de control a comportamentului legat de consumul de substanță
- c) Starea psihologică de sevraj când se reduce sau se încetează consumul de substanță cu tendința de a lua ceeași sau altă substanță pentru înlăturarea simptomelor
- d) Existența toleranței , astfel încât pentru obținerea efectelor produse inițial sunt necesare doze crescute
- e) Neglijare progresivă a plăcerilor și intereselor datorită consumului de substanță psihoactivă, creșterea timpului necesar pentru obținera sau administrarea substanței sau revenirea de pe urma efectelor acesteia
- f) Utilizarea în continuare a substanței în pofida consecințelor nocive ca alterarea ficatului, stări depresive, alterări cognitive sau alte consecințe

Notiuni psihopatologice

Noțiune de alcoolism – Tulburare psihică cronică cauzată de intoxicația cronică cu alcool care are ca consecință instalarea sindromului de dependență, manifestări patologice psihice, fizice și neurologice. La anumite etape se dezvoltă tulburări psihotice. La etape avansate – tulburări specifice de personalitate și starea de demență

Noțiune de toleranță în consumul de substanțe psihoactive (SP) - cantitatea de SP necesară pentru obținerea efectului avut (senzației de plăcere). Crește în stadiul I și II al alcoolismului cronic și scade în stadiul III.

În consumul de alcool se definește:

1. *Intoxicația acută (starea de ebrietate)*

- *Starea de ebrietate simplă (habituală)*

- *Stări de ebrietate modificată*

2. *Ebrietatea patologică*

3. *Intoxicație cronică (alcoolism)*

4. *Psihoze etilice*

Notiuni psihopatologice

Noțiune de sevraj: Stare care apare la întreruperea absolută sau relativă a consumului unei substanțe psihoactive, după un consum repetat și prelungit și ca regulă în doze mari (crescute) a substanței psihoactive. Este unul din indicatorii sindromului de dependență. Este diferită ca durată funcție de perioada de semivie a fiecărei substanțe. Apare peste 6-24 ore după ultimul consum de alcool. Reluarea consumului de alcool la etapa incipientă diminuează simptomele sevrajului.

Componentele sindromului de sevraj etilic:

Simptome somatice

Tahicardie, creștere tensiune arterială, hipertermie, sete, agravare boli somatice

Neurologice

Tremor, cefalee, crize convulsive

Psihopatologice

Anxietate, agitație psihomotorie, insomnie, vise terifiante, dorința impulsivă de

consum alcool

Tablou clinic alcoolism

- **Tabloul clinic al alcoolismului stadiu I:**
- Dorința de a consuma alcool apare în a doua jumătate a zilei (din motive etice și sociale se evită consumul de dimineața)
- - Consumul este perceput ca remediu calmant și relaxant (ataractic) de consumator
- - Nu sunt tipice inițial tulburări mnestice în starea de ebrietate
- - Consumul de alcool devine repetitiv și regulat
- - Creștere toleranța la consum alcool
- - Nu este perturbată, ca regula, activitatea socială
-
- **Sindroame tipice pentru alcoolism cronic stadiul I :**
- *1.1 Sindrom de reactivitate modificată :*
- - Creștere toleranța de 4-5 ori
- - Disparația în final a reflexului de vomă
- - Lipsa repulsiiei pentru alcool după intoxicarea acută
- - Apariția formelor de ebrietate modificată (tip disforic, cu simptome paranoide, hebefrene sau histrionice)
- - Modificarea trăsăturilor caracteriale
- - Apariția consumului sistematic de alcool
- *1.2. Sindrom de dependență psihică*
- - Atracție psihică (idei obsesive neconstientizate referitor la consumul de alcool)
- *1.3. Sindrom de dependență fizică:*
- - Absent

Tablou clinic alcoolism cronic stadiu II:

- Manifestare maxima a sindromului narcomanic (reactivitate modificată, dependența psihică și fizică) și anume:

- Creșterea toleranței de 5-8 ori
- Apariția stărilor pseudodipsomanice
- Sindrom de sevraj cu simptome vegetative, psihice și neurologice.

Simptome vegetative: Transpirații, tahicardie, creștere TA, tremor extremități, limbă sau generalizat. Sindromul de sevraj apare după fiecare episod de consum alcool.

Simptome psihice: Indispoziție cu anxietate, tensionare, la personalități de tip exploziv în starea de sevraj se constată stări disforice. Posibil apariția ideilor delirante în cadrul sindromului de sevraj (inclusiv gelozia etilică). Reducerea simptomelor vegetative și afective către ziua 5-6 și apariția sindromului astenic.

Simptome neurologice: În primele zile de sevraj pot avea loc crize convulsive generalizate sau parțiale.

Tablou clinic alcoolism cronic stadiul III

- Scade toleranța la alcool
- Agravarea sindromului de sevraj
- Degradare intelectuală (mnestică) inclusiv starea de demență (inclusiv sindrom Korsakov). Degradare socială

Simptome psihice și neurologice: torpoare-sopor, vertij, ataxie, tremor generalizat, convulsii, dizartrie, anizoreflexie, nistagmus, simptome piramidale-

- Boli somatice cronice agravate
- Forme de consum dipsomanic sau consum permanent cu toleranță scăzută la alcool

Stările psihotice în alcoolism:

- Apar în stadiul II și III al alcoolismului
- Apar, ca regulă, în starea de sevraj
- Se dezvoltă cu preponderență seara și continuă noaptea
- Apar frecvent după un episod dipsomanic
- Apar după consum de alcool nepurificat
- Apar pe fundal de agravare somatică
- Apar la consumatori cu patologie organică de sistem nervos central
- Prezintă polimorfism clinic

Sindromul Korsakov – este un complex psihopatologic constatat cu preponderență în cazurile de alcoolism cronic sau în demența alcoolică și manifestat clinic în special cu dezorientare temporo-spațială, amnezie de fixare și confabulații (pseudoreminescențe).

Psihozele etilice (alcoolice).

Clasificare după durată :

- Psihozele acute – dureaza pana la o luna
- Psihoze prolongate – dureaza pana 6 luni
- Psihoze cronice – dureaza peste 6 luni

- **Dupa tabloul clinic se disting:**
- - Starea de delirium
- - Starea oneiroidă
- - Starea de amență
- - Starea crepusculară (beția patologică)
- - Halucinoza etilică
- - Delirul etilic (paranoia etilică)
- - Sindromul paranoidul etilic

Tipuri psihoze etilice (clasificare psihopatologica):

- **1. Delirium etilic:**

- Abortiv
- Clasic
- Musitant
- Atipic : sistematizat cu pseudohalucinoza verbala, cu simptome oneiroide, cu
- automatisme psihice, cu amență)

- **2. Halucinoza etilica**

- -Halucinoza verbala
- -Halucinoza cu delir senzitiv
- - Halucinoza cu automatisme psihice

- **3. Psihoze etilice delirante**

- - Sindromul paranoid etilic
- - Delirul etilic de gelozie

Tablou clinic psihoze etilice

• **Delirium tremens:**

- Apare în contextul stării de sevraj
- Dezorientare allopsihică și orientare păstrată autopsihică
- Durata pe fundal de tratament până în 10 zile
- Posibila evoluția în stare de halucinoză, paranoidă sau amență
- Halucinații predominante vizuale
- Reducerea halucinațiilor odată cu reducerea tulburărilor de conștiință
- Tulburări de conștiință ondulatorii
- Conținut terifiant predominant vizual al halucinațiilor
- Conținut profesionist sau habitual al trăirilor pacientului
- Odată cu creșterea tulburărilor de conștiință scade agitația motorie și verbală
- Hipertermie
- Scădere diureza
- Hipotensiune arterială

• **Halucinoza alcoolică :**

- Este o stare psihopatologică cu predominantă halucinațiilor auditive cu conștiința clară. Debută cu acoasme și insomnie. Poate dispărea brusc după o perioadă de somn . În caz de evoluție poate apărea delirul de relație, influența, persecuție
- • Posibile crize de anxietate

Tablou clinic psihoze etilice

- **Sindromul paranoid etilic:**

- Fundal afectiv depresiv-anxios
- Ideea delirantă de relație, persecuție
- Posibile halucinații auditive, anxietate trenantă
- Posibil comportament agresiv față de “persecutori”
- Delir rezidual după dispariția (reducerea) simptomelor de bază

- **Delirul de gelozie etilic (paranoia etilică):**

- .
- Este o tulburare psihică cu evoluție trenantă sau cronică cu predominanța delirului sistematizat
- Se constată cu preponderență la bărbați cu trăsături caracteriale paranoiale
- Este un delir monotematic
- Debutează lent
- Uneori este precedat de evenimente negative familiale
- Debutează cu idei prevalente de gelozie
- Inițial se manifestă doar în timpul stării de ebrietate
- În timp apare interpretarea delirantă a situației
- Posibil comportament agresiv sau autoagresiv
- Poate fi disimulat de pacient
- În context de tratament se substituie cu delir rezidual trenant (rezistent la tratament)

Ebrietatea patologica

Ebrietatea patologică:

Este o stare psihotică acută de scurtă durată (de la 30 minute până la câteva ore) cu debut brusc în urma consumului unei cantități ne semnificative de alcool. Ieșirea din starea psihotică este la fel rapidă cu instalarea somnului și amnezia episodului psihotic. Se distinge tipul epileptoid și paranoid de ebrietate patologică.

Tipul epileptoid: este un tip de stare crepusculară cu dezorientare totală dar un comportament aparent coordonat. Acțiunile comise inclusiv cele agresive sunt nemotivate, asociate de verbalizări spontane nedefinite sau pot absentă. Contactul verbal nu poate fi stabilit în general în aceste situații. Se constată la persoanele cu antecedente organice cerebrale, epilepsii, retard mental sau tulburare de personalitate organică.

Tipul paranoid: Este asociat cu prezența unor idei delirante sau halucinații, anxietate marcată, agitație psihomotorie. Actele comise în ambele tipuri de ebrietate patologică întotdeauna sunt efectuate fără complici.

Principii de intervenție în dependență de alcool

Principiul general este abordarea complexă a problemei. Aceasta presupune tratamentul farmacologic și psihoterapeutic. Procesul terapeutic poate fi divizat în trei etape:

Prima etapă: Se va axa asupra înlăturării simptomelor acute de intoxicare etilică, a stării de sevraj sau altor tulburări psihice acute. Remediul de bază va fi cel farmacologic.

Etapa a doua : Este cea recuperatorie, bazată pe înlăturarea stării de dependență față de alcool. Este etapa de instalare a remisiei. Tratamentul este farmacologic asociat cu cel psihoterapeutic.

Principii de intervenție în dependență de alcool

- **Tratament farmacologic standard:**
 - Acamprosate s-a dovedit a fi eficace datorită mecanismului presupus de agonist efect GABA, reduce efectul excitator al glutamatului și are un efect neuroprotectiv.
 - *Naltrexone* sau vivitrol (oral și implant) este un antagonist neselectiv al receptorilor opiaceici indicat în cazul prevenirii recăderilor după un sindrom de abținere pronunțat.
 - Disulfiram este un inhibitor al aldehid dehidrogenazei acetice stopând metabolismul alcoolului la etapa aldehidei acetice și cauzând prin aceasta reacții toxice puternice în cazul administrării paralele cu alcoolul.
 - Nalmefene este un antagonist al receptorilor opiaceici mai recent aprobat în calitate de tratament standard în dependență de alcool
 - Etapa a treia.
- Este orientată spre menținerea stării de remisie și prevenirea recidivei. Pe prim plan se situează intervenția psihoterapeutică. În riscul de recidivă se vor aplica principiile din etapa a doua

Teste-screening de evaluare a consumului de alcool:

Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) 10 întrebări care pot constata consumul riscant și dependența. Preconizat pentru evaluarea adulților tineri, inclusiv minori. Valid pentru diferite grupuri de populație, inclusive femei și minoritățile etnice. Este un test de autoevaluare. Validitate demonstrată în diferite grupuri culturale. Se face referință la perioada de un an de zile. Punctajul pentru fiecare întrebare este redat în paranteze. Pentru a răspunde corect unele dintre aceste întrebări trebuie să știți definiția de o băutură. Pentru acest test o doză este o cutie de bere (aproximativ 330 ml de 5% alcool) sau 2 un pahar de vin (aproximativ 140 ml de 12% alcool), sau un pahar mic de lichior (aproximativ 40 ml alcool 40%). În testul AUDIT doza standard de alcool se echivalează cu 10 grame alcool pur. (25)

Test CRAFFT:

6 întrebări cu referință la abuzul de alcool și substanțe psihoactive, comportamente de risc și consecințe ale abuzului. Preconizat pentru adolescenți pentru depistarea consumului de alcool și substanțe psihoactive în condiții de risc.

Anxiolitice și hipnotice (benzodiazepine,barbiturice)

Benzodiazepine

Aspecte epidemiologice

Benzodiazepinele sunt printre cele mai frecvent prescrise substanțe.

- Circa 4% din rețetele scrise de medici generaliști sunt destinate pentru procurarea de benzodiazepine.
- Persoanele care beneficiază cu preponderență de prescrierea benzodiazepinelor sunt vârstnicii, persoanele de sex feminin, pacienții care solicită cu regularitate asistență medicală pentru tulburări somatoforme.

Indicații medicale pentru benzodiazepine:

Efect anxiolitic – anxietate cronică, fobii, atacuri de panică;

Efect sedativ și analgetic – tulburări de somn și anestetic (premedicație);

Efect anticonvulsiv – crize

Efect miorelaxant – spasticitate;

Starea de abstenență în etilism.

Mecanisme de acțiune – acționează cu preponderență la nivel de receptor GABA-ergic (acidul gamaaminobutiric este un neurotransmițător cu acțiune inhibitorie). La nivel de receptor GABA tipul A există receptorii alfa 1, responsabili de inducerea somnului, și receptorii alfa 2 și alfa 3, implicați în reducerea anxietății. Cu cât mai mare este afinitatea pentru receptorii GABA tipul A, cu atât mai pronunțată este starea de sevraj.

Clasificarea benzodiazepinelor în funcție de timpul de acțiune:

acțiune de scurtă durată (2-8 ore) – midazolam, triazolam;

acțiune de durată medie (10-20 ore) – temazepam, lorazepam, alprazolam, oxazepam, nitrazepam, estazolam;

acțiune de lungă durată (1-3 zile) – chlordiazepoxide, diazepam, flurazepam, clonazepam, clorazepate.

Benzodiazepine

Supradozare

Ușoară: somnolență, ataxie, slăbiciune.

Moderată până la severă: vertigo, vorbire neclară, nistagmus, ptoză parțială, letargie, hipotensiune arterială, depresie respiratorie, comă.

Dependența benzodiazepinică

Circa 40% dintre persoanele care au administrat pe termen lung benzodiazepine în doze terapeutice vor experimenta simptome de sevraj dacă se întrerupe brusc consumul. Simptomele apar în termen de 2 zile – „tipul rapid” sau până la 7 zile – „tipul prelungit”.

Sindromul de sevraj benzodiazepinic:

Nu pune în pericol viața și este, de obicei, de durată.

Simptomele inițiale/problemele vor apărea la întreruperea consumului de benzodiazepine.

Convulsiile sunt rare (dacă nu se administrau doze mari sau nu s-a întrerupt brusc + consum alcool)

Intervenții în supradozare: Antidot în intoxicația cu benzodiazepine este flumazenil.

Barbiturice

Aspecte epidemiologice

La acest grup de substanțe se referă derivații acidului barbituric și care au un mecanism asemănător de acțiune. În funcție de timpul de înjumătățire (semiviață), aceștia se clasifică în trei grupuri:

cu acțiune de scurtă durată: tiopental, hexobarbital;

cu acțiune de durată medie: amobarbital, barbamil;

cu acțiune de lungă durată: fenobarbital, barbital.

Aspecte farmacologice

Mecanismul de acțiune este legat de blocarea acetilcolinei și stimularea sintezei acidului gamaaminobutiric (GABA). Clinic se manifestă prin efectul sedativ, somnifer, anticonvulsiv, anxiolitic, miorelaxant și amnestic.

Tablou clinic dependentă de barbiturice

Simptome de intoxicare și supradozare

Psihice:

euforie, hiperactivitate, derealizare, tulburări cantitative de conștiință (obnubilare, somnolență, comă);

Fizice:

dizartrie, hipotensiune, hipotermie, sialoree, hiperemie, sclere, somnolență, nistagmus, diplopie, ataxie, mișcări necoordonate, transpirații, spasm bronșic, insuficiență cardiovasculară, vertij, grețuri, vomă.

Tipuri de interventii independente de barbiturice

Terapia farmacologică:

Detoxifiere pentru reducerea dependenței. Se va aplica în condiții de staționar.

Descreșterea graduală a dozei. Aceasta va preveni apariția sau va diminua severitatea simptomelor de sevraj.

Terapie cognitiv-comportamentală. Se axează pe schimbarea modului de abordare a situației și ca o modalitate de îmbunătățire a comportamentului. *Terapia interpersonală (IPT)* se concentrează asupra relațiilor interpersonale și rolurilor sociale prin abordarea problemelor nerezolvate, a litigiilor și a deficiențelor de relație.

Canabinoizii. Tablou clinic consum canabinoizi

Simptomele intoxicării acute cu canabis:

- anestezie;
- euforie, tulburări de concentrare, relaxare, dezinhibiție psihomotorie, stare de confuzie;
- apetit crescut, sete;
- hipersensibilitate la excitanți vizuali, auditivi, olfactivi;
- scăderea presiunii intraoculare;
- grețuri, cefalee;
- supradozarea cu canabis nu are efect letal. Supradozări letale de canabinoizi nu au fost înregistrate, însă coma poate apărea dacă sunt consumate și alte substanțe în paralel cu canabinoizi (alcool și sedative).

Consumatorii cronici de canabis prezintă simptome de tip apato-abulic (amotivational syndrome), asemănându-se cu anumite simptome din depresie

Tipuri de intervenții

Intervențiile psihosociale constituie o componentă importantă în asistența pacientului cu dependență. Și o cantitate minimă de ședințe cognitiv-comportamentale contribuie la îmbunătățirea statutului psihic al pacientului. Studiile arată că 6-9 ședințe au un rezultat mai bun comparativ cu alte forme de psihoterapie de scurtă durată. Sub aspect farmacologic se vor administra medicamente precum neuroleptice și tranchilizante.

Opiacee

Proprietăți farmacologice

Opiaceele constituie un grup eterogen de substanțe naturale și sintetice înrudite cu morfina (heroină, morfină, promedol, omnopon, dionin, codein, fentanil, fenadon, metadon, pentazocin, acetat de opium, etc.). Sursa naturală este macul de grădină (papaver somniferum). Opiumul este componentul de bază al macului opiaceic. Acțiunea de bază a opiaceelor se răsfrânge asupra receptorilor opiaceici care sunt de patru tipuri: μ (miu, MOR), κ (kappa, KOR), σ (delta, DOR) și NOR (nociceptin receptor).

După proveniență, opiaceele pot fi:

de proveniență vegetală (morphine, codeine, thebaine);

de proveniență semisintetică (heroine, hydromorphone);

de proveniență sintetică (tramadol, buprenorphine, fentanyl, promedol).

Clasificarea opiaceelor

După mecanismul de acțiune:

I. Agoniști ai receptorilor opiaceici (totali și parțiali):

Papaverine, morfine, codeine, heroine, Tratamentul cu agoniști ai receptorilor opiaceici contribuie la activizarea în continuare a receptorilor și înlăturarea simptomelor de sevraj.

II. Agoniști parțiali/antagoniști – sunt agoniști pentru un tip de receptori și antagoniști pentru alții:
Buprenorphine.

III. Antagoniști ai receptorilor opiaceici: naloxone. Aceste substanțe blochează receptorii opiaceici și, respectiv, efectul drogului administrat devine nul.

Supradozarea cu opiacee

Mioză (stimulare parasimpatică), retenție urinară, greturi, voma (prin stimularea hemoreceptorilor trunchiului cerebral), tranzit gastrointestinal scăzut, constipații, hipotensiune, inhibiție respiratorie.

Simptomele de bază ale supradozării (mioza, tulburarea de conștiință și depresia respiratorie) sunt criteriile pentru care trebuie începută terapia de resuscitare. Antidotul utilizat în supradozare de opiacee este Naloxone.

Alte simptome de intoxicare cu opiacee:

Fundalul afectiv: euforie, calmul.

Conștiința și coordonarea: sunt intacte la doze mici.

Dependența de opiacee

Consumatorul de opiacee prezintă simptome clinice care pot sugera consumul drogului: labilitate afectivă, iritabilitate, scăderea performanțelor școlare, universitare sau la serviciu, schimbarea cercului de comunicare, hiponutriție, disomnii, inversarea ritmului somn-veghe, depistarea drogului în urină.

Examenul fizic constată aspect fizic general epuizat, tegumente uscate, hepatită, ciroză hepatică, HIV, endocardită, pneumonie, nefrită, flebită, polinevrită.

Simptome de sevraj

În cazul heroinei, sevrajul apare în 6-12 ore după ultimul consum și are o durată de 5-7 zile, iar în cazul metadonei, sevrajul apare peste 2-3 zile și durează până la 3 săptămâni. Simptomele generale sunt următoarele: anorexie, grețuri, algii abdominale, în articulații, musculare, mioclonii, insomnie, agitație, căscat, sialoree, midriază, transpirații abundente, rinoree, strănut, tremor, piloerecție, diaree, vomă.

Tipuri de intervenții în dependență de opiacee

Procesul de asistență a pacientului cu dependență de opiacee poate fi divizat în câteva etape:

Etapa de diagnosticare – o gamă de proceduri de screening, examinări clinice și laborator în care, în afara stabilirii dependenței, se va elabora un program de procedee terapeutice. Cu pacientul se va încheia un contract de asistență cu specificarea responsabilităților și a drepturilor.

Etapa de tratament a stării de sevraj presupune măsurile farmacoterapeutice și psihoterapeutice aplicate în momentul lipirii drogului. Include tratamentul stării de sevraj.

Etapa de reabilitare include asistența psihoterapeutică și socială.

Etapa de postreabilitare se axează pe asistența ambulatorie, inclusiv psihoterapie, grupuri de asistență de la egal la egal.

Substanțe volatile

Sunt compuși chimici care au proprietatea de a se evapora în contact cu aerul. Inhalarea acestor substanțe produce efecte psihice. Aceste substanțe pot fi sub formă de dizolvanți, spray-uri, gaze sau nitriți.

Aspecte farmacologice și proprietăți:

Proprietăți lipofile și absorbție rapidă în timpul inhalării;

Intoxicarea acută apare peste 3-5 minute (10-15 inhalări);

Concentrație plasmatică maximă peste 15-30 de minute;

Timpul de semiviață variază de la ore la zile în funcție de substanță;

Metabolizare hepatică și renală;

Se acumulează în organe cu conținut mare de lipide (ficat, creier);

Trece bariera hematoencefalică.

Substanțele volatile sunt atractive datorită accesibilității și prețului, iar starea de intoxicare este de scurtă durată.

Tablou clinic de supradozare cu substante volatile

Simptome de intoxicare acută:

- tulburări de vorbire, mișcări necoordonate, dezorientare, tremor, cefalee, ideație delirantă, tulburări ale percepției vizuale, ataxie, stupoare, convulsii, comă.

Simptomele stării de sevraj:

pot apărea peste 24-48 de ore după ultimul consum;

- insomnie, tremor, grețuri, transpirații abundente, simptome iluzorii.

Intervenții

Tratamentul farmacoterapeutic este simptomatic. Intervenția nonfarmacologică este orientată spre motivarea pacientului, asistența psihoterapeutică, intervenția la nivel familial și social.

Substanțe psihoactive cu acțiune stimulanta

Psihostimulantele reprezintă un grup de substanțe sintetice și de origine vegetală care provoacă o creștere a energiei și a activității prin stimularea sistemului nervos central (amfetamina, metamfetamina, cocaina, nicotina, khat-ul, cafeina, MDMA (Metilendioximetamfetamina), ecstasy). Unele din ele se utilizează în medicină pentru tratamentul pe termen scurt al obezității, narcolepsiei și al hiperactivității cu deficit de atenție la copii.

Metoda de administrare: intravenos, intranazal, oral, prin fumat. Există stimulatoare de tip amfetaminic (amfetamina, dexamfetamina, metilfenidat cocaină și derivații săi, metildioximetamfetamina (MDMA)).

Psihostimulante.Cocaina

Efecte asupra sistemului nervos central

Euforie, creșterea activității fizice și psihice, creșterea performanțelor cognitive, inhibiția apetitului, reducerea somnului.

Efecte asupra sistemului simpatic:

Creșterea tensiunii arteriale, tahicardie, hipertermie.

Administrarea injectabilă are cel mai puternic și cel mai rapid efect, dar și riscuri de supradozare.

Fumatul are acțiune la fel de puternică, iar inhalarea intranasală are efect mai slab, dar mai de durată. Administrarea orală are cea mai prelungită acțiune, dar, în același timp, și cea mai slabă.

Supradozare psihostimulante

Supradozarea cu stimulatoare poate fi suspectată pornind de la examinarea locului consumului, semnele clinice prezente la persoană sau din spusele altor persoane.

Panică, Frică de moarte, Hiperactivitate, Excitație motorie, Creșterea tensiunii arteriale (până la ictus în caz de supradozare cu cocaină), Amplificarea bătăilor cordului, Tegumentele umede, Cefalee puternică cu dureri pulsatile, Senzația de presiune, dureri în regiunea cutiei toracice, Spumă din cavitatea bucală, Greață, vomă.

Cocaina

Aspecte farmacologice

Este un alcaloid care se obține din frunzele arbustului de coca (*Eritroxylon coca*). Are acțiune stimulantă și anestezică. Stimulează sistemul nervos simpatic prin blocarea recaptării dopaminei, noradrenalinei și serotoninei.

Efecte fiziologice:

tahicardie, creșterea frecvenței respirației, vasoconstricție, creșterea tensiunii arteriale, hipertermie, transpirații, midriază, apetit scăzut, creșterea performanței fizice, hemoragie cerebrală.

Efecte psihice:

euforie, creșterea performanței intelectuale, durata somnului redusă, halucinații, idei delirante paranoid.

Starea de sevraj

Este maximă peste 2-4 zile după întreruperea consumului și are următoarele simptome:

disforie (dar nu depresie) cu durata de până la 10 săptămâni, fatigabilitate, insomnie/somnolență, agitație psihomotorie, apetit crescut, vise colorate cu conținut neplăcut.

Tipuri de intervenții

Acordarea primului ajutor în situația de supradozare cu cocaină este aceeași ca în cazul altor stimulatoare. [L] [SEP]

Benzodiazepine pe termen de scurtă durată pentru reducerea anxietății, agitației, ameliorarea somnului.

Terapie cognitiv-comportamentală. Asistență socială, psihologică, alte metode psihoterapeutice.

Substanțe psihoactive cu acțiune halucinogenă (Halucinogenele)

În acest grup de substanțe se includ acelea care provoacă în cantități mici halucinații și alte simptome psihopatologice asociate.

Substanțe psihoactive cu acțiune halucinogenă (Halucinogenele)

- Proprietăți. Toate substanțele halucinogene au efecte simpatomimetice pronunțate manifestate prin tahicardie, tremor, hipertensiune arterială, transpirații, tulburări de vedere, midriază. Mecanismul de acțiune este legat de influența catecolaminică.
- Clasificare. Majoritatea substanțelor halucinogene se referă la psihodelice (substanțe care provoacă tulburări de gândire și conștiință asemănătoare cu transa sau stările de vis. Sub aspect farmacologic, sunt agoniști (5-HT_{2A} receptori), substanțe disociative (din acest grup fac parte mai multe tipuri de substanțe ca antagoniști MMDA, agoniști k- σ - și receptori opiaceici, fenciclidina, ketamina etc.), colinoblocantele (atropina, trihexyphenidyl etc.).

Simptome de intoxicare acută

Substanța provoacă dereglări de percepție, gândire și tulburări afective. Halucinațiile sunt preponderent vizuale, dar și auditive, tactile. Are loc exacerbarea senzațiilor și a percepțiilor, simptome de depersonalizare și derealizare. Starea psihotică este de cu simptome halucinator-delirante cu o durată de până la câteva zile.

Sindrom de sevraj

Toleranța crește lent după consumul cronic. Dependența este una psihică. Încetarea bruscă a consumului se asociază cu starea de disconfort, somnolență, fatigabilitate, indispoziție, parestezii, tremor, mioclonii. Recidivele sunt frecvente.

Tipuri de intervenții

Farmacologic, în stările de urgență se administrează simptomatic benzodiazepine sau antipsihotice.

Nicotina

Aspecte farmacologice


Nicotina determina modificari la nivel cerebral, care provoaca o placere de moment. O persoana dependenta de nicotina are de-a face cu o serie de simptome neplacute care sunt indepartate temporar prin fumat.

Simptome de sevraj

Iritabilitate, Accese de furie, Slaba capacitate de concentrare, Frustrare, Cresterea apetitului sau insomnie. In unele cazuri, sevrajul se poate manifesta si prin diaree, constipatie, Neliniste, Depresie, Hipoprosexie

Interventii în dependentă de nicotina

Este indicată psihoterapia (cognitiv-comportamentala). Sub aspect farmacologic se administreaza bupropion .

The background of the slide is a light beige or cream color with a subtle, fine-grained texture. On the left side, there is a large, dark, irregular ink splatter that spreads outwards, with many smaller, scattered black dots and specks extending across the left half of the page. The text is centered horizontally and positioned in the lower half of the slide.

Psichiatria Copilului

Psihiatria Copilului și Adolescentului

Deosebiri dintre psihiatria copilului și psihiatria generală (a adulților):

- Existența copilului și dezvoltarea sa emoțională depind de familie sau îngrijitori - cooperare cu membrii familiei; uneori consimțământ scris
- Stadiile de dezvoltare sunt foarte importante pentru aprecierea diagnosticului
- Utilizarea psihofarmacoterapiei este mai puțin frecventă în comparație cu psihiatria generală
- Copiii sunt mai puțin capabili de a se exprima în cuvinte
- Copilul care suferă de probleme psihice în copilărie poate fi o persoană emoțional stabilă la vârsta maturității, dar unele tulburări psihice pot schimba viața întreagă a copilului și a familiei sale

Tulburări ale Dezvoltării Psihologice (F80-F89)

- F80 Tulburări specifice de dezvoltare a vorbirii și a limbajului
- F81 Tulburări specifice de dezvoltare a competențelor școlare
- F82 Tulburări specifice de dezvoltare a funcției motorii
- F83 Tulburări specifice de dezvoltare mixte
- F84 Tulburări de dezvoltare pervasive
- F88 Alte tulburări ale dezvoltării psihologice
- F89 Tulburare nespecificată de dezvoltare psihologică

F80 Tulburări Specifice de Dezvoltare a Vorbirii și a Limbajului

- F80 Tulburări specifice de dezvoltare a vorbirii și a limbajului
- F80.0 Tulburare specifică a vorbirii articulate
- F80.1 Tulburare a limbajului expresiv
- F80.2 Tulburare a limbajului receptiv
- F80.3 Afazie dobândită cu epilepsie (sindromul Landau-Kleffner)
- F80.8 Alte tulburări de dezvoltare ale limbajului și vorbirii
- F80.9 Tulburare de dezvoltare a vorbirii și a limbajului, nespecificată

F80.0 Tulburare Specifică a Vorbirii Articulate

- O tulburare de dezvoltare specifică în care utilizarea de **către** copil a sunetelor vorbirii este sub nivelul adecvat vârstei sale mentale, **dar în care există un nivel normal de competențe lingvistice.**
- Anomaliile de articulație nu sunt cauzate de anomalie neurologică, iar inteligența nonverbală este în limitele normale.
- De dezvoltare:
 - Tulburare fonologică
 - Tulburare a vorbirii articulate
- Dislalie
- Tulburare funcțională a vorbirii articulate
- Bîlbîală

F80.1 Tulburare a Limbajului Expresiv

- O tulburare de dezvoltare specifică, în cadrul căreia capacitatea copilului de a folosi limbajul expresiv este semnificativ sub nivelul adecvat vârstei sale mentale, dar înțelegerea limbajului este în limite normale.
- Anomaliile de articulație pot fi prezente sau absente.
- Disfazie sau afazie de dezvoltare de tip expresiv.

F80.2 Tulburare a Limbajului Receptiv

- O tulburare de dezvoltare specifică, în cadrul căreia înțelegerea limbajului de către copil este sub nivelul adecvat pentru vîrsta sa psihică, în special în aspecte mai subtile ale limbii - structuri gramaticale, tonul vocii.
- Reciprocitatea socială și jocul de pretindere este normal și nu sunt prezente tulburări severe de auz.
- De dezvoltare:
 - disfazia sau afazia de tip receptiv
 - afazia lui Wernicke
- Surditate de cuvinte

Tratament

- Este foarte importantă colaborarea neurologului cu logopedul.
- Tratamentul **psihiatric este necesar în cazul în care copilul are probleme psihice secundare**, de exemplu, în relația cu alți copii sau familie.
- Sunt utile medicamentele nootropice, **psihoterapia și învățămîntul special.**

F81 Tulburări Specifice de Dezvoltare a Competențelor Școlare

Tulburări în care modelele normale de achiziție a competențelor sunt perturbate începând cu stadiile incipiente de dezvoltare.

- F81 Tulburări specifice de dezvoltare a competențelor școlare
- F81.0 Tulburare specifică de lectură
- F81.1 Tulburare specifică de ortografie
- F81.2 Tulburare specifică de competențe aritmetice
- F81.3 Tulburare mixtă de aptitudini școlare
- F81.8 Alte tulburări de dezvoltare a competențelor școlare
- F81.9 Tulburare de dezvoltare a competențelor școlare, nespecificată

F82 Tulburare Specifică de Dezvoltare a Funcției Motorii

- Insuficiență serioasă a dezvoltării coordonării motorii care nu se explică numai în termeni de retard intelectual general sau de orice altă tulburare neurologică specifică congenitală sau dobândită
- Copilul este, în general, neîndemânic în mișcările fine și brute; există dificultăți legate de procesul de învățare a legării și ȳreturilor de la pantofi, alergării, aruncării mingilor. Aptitudinile de desen sunt, de obicei, de asemenea, sărace
- În cele mai multe cazuri – subdezvoltare neurologică marcată
 - Sindromul copilului neîndemânic
 - De dezvoltare:
 - Tulburare de coordonare
 - Dispraxie

Tratament

- Familia și mediul școlar trebuie să fie informțai într-un mod corect cu privire la tulburarea copilului.
- Este necesară formarea educațională specială, sunt utile medicamentele nootropice.
- Pentru copiii cu dificultăți de coordonare pot fi de folos programe speciale de educație fizică pentru a spori copilului stima de sine și capacitatea de a interacționa cu colegii.

F84 Tulburare de Dezvoltare de Tip Pervasiv

Tulburări caracterizate prin anomalii calitative în domeniul interacțiunilor sociale reciproce și a modelelor de comunicare, și printr-un repertoriu de interese și activități cu caracter restrâns, stereotipizat, repetitiv.

- F84 Tulburări de dezvoltare de tip pervasiv
- F84.0 Autism infantil
- F84.1 Autism atipic
- F84.2 Sindromul Rett
- F84.3 Alte tulburări dezintegratoare la copii
- F84.4 Tulburare hiperactivă asociată cu retard mental și mișcări stereotipe
- F84.5 Sindromul Asperger
- F84.8 Alte tulburări de dezvoltare de tip pervasiv
- F84.9 Tulburări de dezvoltare de tip pervasiv, nespecificată

Date Statistice

- 1 din 1.000 de persoane sunt diagnosticate cu autism "clasic" .
- 1 din 500 de persoane se încadrează în spectrul autismului, inclusiv pervasive
- Tulburări de dezvoltare:
 - 1 din 200 de persoane se încadrează în spectrul autismului, inclusiv sindromul Asperger
 - **Autismul este de patru ori mai raspandit la baieti decat la fete**
 - În fiecare zi, 53 copii sunt nascuti in Statele Unite, care ulterior vor fi diagnosticate cu tulburări din spectrul autismului

- Autismul nu are limite rasiale, etnice sau sociale
- Veniturile familiei, stilul de viață, și nivelurile de învățământ nu afectează șansa de apariție a autismului
- Cercetările arată că 50% dintre copiii diagnosticați cu autism vor rămâne muti pe tot parcursul vieții
- Aproximativ 10% din bolnavi au capacitati de genii

Conform ultimelor cercetari:



- Acest studiu, realizat în California, a relevat faptul că **riscul de a avea un copil autist crește cu 18% de fiecare dată când vârsta mamei crește cu cinci ani.**
- Pentru femeile în vârstă de 40 de ani, probabilitatea de a da naștere unui bebeluș suferind de autism este cu 50% mai mare, comparativ cu mamele cu vârstele cuprinse în intervalul 25-29 de ani.
- Potrivit aceluiași studiu, o vârstă înaintată a tatălui nu este asociată cu un risc sporit de naștere a unui copil autist, cu excepția cazului în care mama bebelușului este mai tânără de 30 de ani.

What are the signs of **Autism**?

Inability to relate to children or adults



Poor speech or lack of speech



Oversensitive or undersensitive to sound



Inappropriate playing with toys



Difficulty dealing with changes in routine



Inappropriate laughter or crying



Lack of awareness of Danger



Hyperactivity or Passiveness



Oversensitive or undersensitive to touch



Strange attachment to objects



Lack of eye contact



Individuals who exhibit these characteristics, need to be evaluated for autism or other-related disorders. However it should be kept in mind, these people are not mentally retarded and with immediate assistance, the lives of these individuals can be improved.

AUTISM



Râs inadecvat



Refuzul îmbrățișărilor



Dificultate în interacțiunea socială



Evitarea contactului vizual



Hiperactivitate fizică sau pasivitate extremă



Comportament inadecvat la sunet



Insensibilitate aparentă în fața durerii



Rotirea obiectelor



Suferință extremă fără motiv evident



Imitarea cuvintelor sau a pozițiilor



Preferința pentru singurătate



Atașament inadecvat pentru obiecte



Preferința pentru jocuri neobișnuite



Lipsa fricii față de pericolul real



Rezistența în fața metodelor obișnuite de predare

F84.0 Autismul Infantil

- Descris de Kanner în 1943 ca autism infantil
- Autismul reprezintă o afectare severă a tulburării de dezvoltare care se manifestă înainte de vârsta de 3 ani. Funcționarea anormală se manifestă în domeniul comportamentului de interacțiune socială, de comunicare și de repetare
- Există caracteristici tipice ale tabloului clinic:
 - Incapacitatea de a relata
 - Tulburări în dezvoltarea vorbirii
 - Anomalii cognitive
 - Comportament stereotipizat

F84.0 Autismul Infantil

- Cauza autismului infantil este necunoscută, studiile gemenilor sugerează etiologie genetică
- Deficiențele se manifestă pe întreaga durată a vieții; au un mare impact asupra abilităților copilului de a se socializa și de a comunica cu alte persoane
- 60-80% din copii cu autism sunt într-o stare de imposibilitate de a duce o viață independentă
- Nivelul IQ-ul poate fi normal
- 30-40 de cazuri la 100 000 copii, mai frecvent se întâlnește la băieți decât la fete
- Tulburări autiste
 - Infantile:
 - autism
 - psihoză
 - Sindromul lui Kanner

Tratament

- Nu se cunoaște un tratament specific.
- Copii cu autism, de obicei, necesită școlarizare specială sau școlarizare de tip rezidențial, deși, au loc, de asemenea, și încercările de integrare.
- Au fost dezvoltate tehnici speciale de predare și abordări psihoterapeutice pentru copii cu autism.
- Uneori, sunt utilizate medicamente antipsihotice și antidepresive pentru a face față unui comportament agresiv și depresiei.

F84.1 Autism Atipic

- Un tip de tulburare de dezvoltare **pervasivă care diferă de autism infantil atît prin vîrsta izbucnirii, cît și prin neîndiplinirea tuturor criteriilor de diagnostic**
- Dezvoltare **anormală și insuficientă care se manifestă după vîrsta de 3 ani sau există deficiențe de comunicare și comportament stereotipizat, dar răspunsul emoțional la persoanele - îngrijitori nu este afectat.**
- **Autismul atipic este diagnosticat de multe ori la persoanele cu retard profund.**
 - Psihoze infantile atipice
 - Retard mental cu caracteristici autiste

F84.2 Sindromul lui Rett (Descris de Rett în 1964)

- Sindromul a fost descris numai la fete.
- Dezvoltarea timpurie normală este urmată de pierderea parțială sau totală a capacității de a vorbi și a abilităților locomotorii și de folosire a mâinilor, paralel cu decelerarea creșterii capului.
- În cele mai multe cazuri debutul are loc la vârsta între 7 și 24 de luni.
- Pierderea capacității de a mișca cu scop mâinile, stereotipii de răsucire a mâinilor și hiperventilație.
- Interacțiunea socială este săracă în copilăria timpurie, dar se poate dezvolta ulterior.
- Funcționarea motorie este mai afectată în perioada de mijloc a copilăriei, mușchii sunt hipotonici, în majoritatea cazurilor apare cifoscolioza și spasticitatea rigidă la nivelul membrelor inferioare.
- Comportamentul agresiv și autovătămarea sunt destul de rare, de multe ori nu este nevoie de medicamente antipsihotice pentru controlul comportamentului provocator.

F84.5 Sindromul lui Asperger

- Descris de Asperger drept **psihopatie autistică** în 1944.
- **Caracterizat prin același tip de afectare a activităților sociale și caracteristici stereotipe de comportament cum este descris la copii cu autism. Nu există nici o întârziere de dezvoltare cognitivă și de vorbire. Condiția apare predominant la băieți (8:1)**
- De multe ori sindromul este asociat **cu neîndemânare marcată.**
- **Există o tendință puternică de persistare a anomaliilor în adolescență și viața de adult.**
- Episoadele **psihotice apar ocazional în viața adultă timpurie.**
 - Psihopatie autistă
 - Tulburare schizofrenică infantilă Schizoid disorder of childhood

F84.3 Alte Tulburări Infantile Dezintegrative

- Acestea sunt foarte tulburări de dezvoltare rare, cu o **scurtă perioadă de dezvoltare normală înainte de izbucnire. Copilul își pierde abilitățile dobândite în termen de câteva luni.**
- Pierderea **generală a interesului față de mediul înconjurător, maniere** motorii stereotipizate, repetitive **și** anomalii similare celor autiste, cum ar fi anomaliile de interacțiune socială **și** de comunicare.
- **Acești copii, de obicei, rămân fără vorbire și nu sunt capabili de a duce o viață independentă.**
 - Demența infantilă
 - Psihoza dezintegrativă
 - Sindromul lui Heller
 - Psihoza simbiotică

Tratamentul poate include:

- Terapie comportamentală: pentru a ajuta bolnavul să se adapteze condițiilor sale de viață (să se îmbrace singur, să mănânce singur, să folosească toaleta);
- Programe de integrare: care să ajute bolnavul să se adapteze lumii înconjurătoare pe cât posibil (socializarea);
- Asigurarea unui mediu organizat de viață: este foarte important să urmeze o rutină a activităților zilnice;
- Terapie audio-vizuală: pentru a-i ajuta în comunicare (pentru bolnavii de autism la care comunicarea verbală este absentă se vor căuta metode alternative de comunicare, cum ar fi comunicarea non-verbală: gesturi, imagini etc);
- Controlarea regimului alimentar (unii dintre ei mănâncă foarte multa pâine);
- Medicamente: recomandate de medicul psihiatru;
- Terapie fizică: pentru a-i ajuta în a-și controla stereotipiile; le place foarte mult apa și unii înoată foarte bine;
- Terapie limbajului: logopedie.

Terapia ABA - Analiza comportamentală aplicată/ applied behavior analysis

- ABA este o știință a comportamentului uman. Este un proces de aplicare sistematică a intervențiilor bazate pe principiile învățării cu scopul de a îmbunătăți comportamentele adaptative și achizițiile necesare adaptării la mediu.
- Analiza comportamentală aplicată este o tehnică prin care se evaluează mediul în care trăiește o persoană, apoi se fac anumite schimbări cu scopul de a produce îmbunătățiri semnificative în comportamentul uman, în sensul adaptării acestuia la cerințele mediului social. Include observarea directă, analiza funcțională a relației dintre mediu și comportament.
- ABA utilizează antecedentele și consecințele unui comportament pentru a produce modificări dezirabile ale acestuia. Se bazează pe ideea “comportamentul uman este influențat de prezente dar și de structura genetică a individului”



Tulburări de Comportament și Emoționale cu Izbucnire, de Obicei, în copilărie și adolescență (F90-F98)

- F90 Tulburări hiperkinetice
- F91 Tulburări de conduită
- F92 Tulburări mixte comportamentale și emoționale
- F93 Tulburări emoționale cu izbucnire specifică copilăriei
- F94 Tulburări de funcționare socială cu debut specific copilăriei și adolescenței
- F95 Tulburări de tipul ticului
- F98 Alte tulburari emoționale și comportamentale cu debut care, de obicei, apare în copilărie și adolescență

F90 Tulburări Hiperkinetice

- F90 Tulburări hiperkinetice
- F90.0 Perturbare a activității și atenției
- F90.1 Tulburare de comportament hiperkinetic
- F90.8 Alte tulburări hiperkinetice
- F90.9 Tulburare hiperkinetică, nespecificată

F90 Tulburări Hiperkinetice

- **Tulburările hiperkinetice** apar predominant în primii cinci ani de viață și sunt de câteva ori mai frecvente la băieți, decît la fete
- Principalele semne ale sindromului sunt:
 - lipsa atenției
 - impulsivitatea
 - Hiperactivitatea
- **THDA**: Tulburarea deficitului de atenție cu hiperactivitate (anterior ACM: afectare cerebrală minimă)
- Prevalența este de la 3% la 10% la copiii claselor primare

F90 Tulburări Hiperkinetice

- **Etiologia:** predispoziție genetică, privarea maternă, toxinele din mediul înconjurător sau leziuni intrauterine sau postnatale ale creierului
- Aproximativ 50% dintre copiii cu sindrom hiperkinetic au așa numitele "semne moale" și anomalii minore în EEG
- IQ: de la subnormal la inteligență performantă
- Dizabilitățile specifice de învățare coexistă frecvent cu sindromul hiperkinetic
- Tipuri de sindrom de hiperactivitate:
 - perturbare a activității și atenției
 - tulburări de comportament hiperkinetic

Tratament

- Părinții și cadrele didactice trebuie să fie sfătuiți cum să facă față copiii hiperactivi
- Uneori sunt prescrise medicamente nootropice și doze mici de antipsihotice.
- Medicamentele stimulative ca metilfenidatul au **uneori efect paradoxal, în conformitate cu teoria, stimulentele acționează** prin reducerea variabilității excesive, **prost sincronizate în diferite dimensiuni de excitare și reactivitate văzută în THDA.**
- Stimulentele sunt medicamentele **alese în primul rând.**

F91 Tulburări de Comportament

Tulburari de comportament sunt diagnosticate atunci când copilul dă dovadă de modele de comporetament persistente și social grave sau agresive, cum ar fi bătaia excesivă sau intimidarea, cruzimea față de animale sau de alte persoane, distrugerea proprietății, furtul, minciuna, absenteismul de la școală și fuga de acasă.

- F91 Tulburări de comportament
- F91.0 Tulburări de comportament limitate la contextul familiei
- F91.1 Tulburări de conduită nesocializate
- F91.2 Tulburări de conduită socializate
- F91.3 Tulburare opozițional -sfidătoare
- F91.8 Alte tulburări de conduită
- F91.9 Tulburări de conduită nespecificate.

F91.0 Tulburări de Comportament Limitate la Contextul Familiei

- Comportamentul agresiv sau disocial este **intenționat asupra membrilor de familie și apare mai ales la domiciliu sau în gospodăria imediată**. Furtul de la domiciliu și **distrugerea** bunurilor preferate ale anumitor membri de familie sunt tipici. **Relațiile sociale din afara familiei sunt în limitele normalității.**

F91.1 Tulburare de Conduită Nesocializată

- Comportamentul agresiv și disocial este legat de relațiile sărace ale copilului cu alți copii și grupuri de colegi.
- Lipsesc prietenii apropiați, este specifică respingerea de către alți copii, nepopularitatea în școală și sentimentele ostile față de adulți.

F91.2 Tulburare de Conduită Socializată

- Diagnosticul este aplicat în cazul când copilul demonstrează conduită agresivă și disocială, dar relația cu semenii este adecvată.

F91.3 Tulburare Opozițional - Sfidătoare

- Copiii sub vîrsta de la 9 la 10 ani, care prezintă un comportament persistent negativist, provocator și perturbător.
- Tulburări de conduită mai agresive nu sunt prezente, legea generală și drepturile altor oameni sunt respectate.
- Acest tip de comportament este adesea îndreptat spre un nou membru al familiei – de exemplu, tatăl vitreg.

Tratament

- Trebuie să fie luată în considerare situația familială și atitudinea acesteia față de tulburările copilului. Terapia de familie este necesară pentru a intensifica sprijinul emoțional și înțelegerea.
- În cazurile familiilor dezorganizate, copiilor abuzați sau neglijăți se recomandă familiile adoptive, plasamentul sau reședința supravegheată.
- Este necesară intervenția curții pentru luarea deciziei cu privire la plasament.

F93 Tulburări Emoționale cu Debut Specific Copilăriei

- F93 Tulburări emoționale cu debut în copilărie
 - F93.0 Angoasa de separare a copilăriei
 - F93.1 Tulburare anxioasă fobică a copilăriei
 - F93.2 Anxietate socială a copilăriei
 - F93.3 Rivalitatea între frați
 - F93.8 Alte tulburări emoționale ale copilăriei
 - F93.9 Tulburare emoțională a copilăriei nespecificată

F93.0 Angoasa de Separare a Copilăriei

- Copilul este anxios cînd este separat de persoanele care sunt importante din punct de vedere emoțional pentru el – părinți, membri ai familiei. Trebuie luată în considerare și etapa de dezvoltare.
- Refuzul școlii este adesea un simptom al **anxietății** de separare
- Tratament:
 - în caz de refuz al școlii copilul ar trebui să fie returnat imediat la școală și ar trebui să fie stabilite limite stricte
 - tratamentul este axat pe structura familiei și recomandări cu privire la modurile de educație.
 - în cazuri severe este necesară utilizarea antidepresivelor

F94 Tulburări ale Funcției Sociale cu Debut Specific Copilăriei și Adolescenței

Acest grup de tulburări este caracterizat prin anomalii de funcționare socială, care nu sunt asociate cu deficit sever și incapacitate socială specifice tulburărilor pervazive de dezvoltare.

- F94 Tulburări ale funcției sociale cu debut specific copilăriei și adolescenței
- F94.0 Mutism selectiv
- F94.1 Tulburarea reactivă de atașament
- F94.2 Tulburare de atașament dezinhibată a copilăriei
- F94.8 Alte tulburări ale funcției sociale ale copilăriei
- F94.9 Tulburare a funcționării sociale a copilăriei nespecificată

F94.0 Mutism Electiv

- Se caracterizează de o selectivitate în vorbire marcată, emoțional determinată, astfel încât copilul demonstrează competență lingvistică în unele situații, dar nu poate vorbi în alte situații (definite)
- Acești copii arată caracteristici specifice de personalitate, cum ar fi anxietatea socială și hipersensibilitatea.
- Tratament:
 - psihoterapie
 - în cazuri severe – medicamente anxiolitice

F95 Tulburări ale Ticului

- Un tic este o mișcare motorie involuntară, rapidă, recurentă, neritimică (care implică, de obicei, grupuri musculare circumscrise) sau de producție vocală, care se caracterizată prin debut brusc și care nu servește nici unui scop aparent
- Ticurile sunt **resimțite** ca fiind irezistibile, dar pot fi suprimate pentru perioade mai scurte de timp
- Condițiile diagnosticului sunt, de asemenea, lipsa de tulburări neurologice, repetarea, dispariția în timpul somnului, lipsa de ritmicitate și lipsa scopului

F95 Tulburări ale Ticului

- Ticuri motorii simple: clipit din ochi, spasm de gât, **strâns din umeri**, grimase faciale
- Ticurile vocale simple: **curățarea gâtului, lătrat**, aduhmecarea, **șuierat**
- Ticuri motorii **complexe**: **sărituri și țopăit**
- Ticurile vocale complexe: repetarea **unor anumite cuvinte sau fraze, și**, uneori, utilizarea cuvintelor social inacceptabile (de multe ori obscene) (**scatologie**), **precum și repetarea** unor sunete sau cuvinte proprii (palilalie)

Clasificarea Tulburărilor Ticului

- F95 Tulburări ale ticului
- F95.0 Tulburare tranzitorie a ticului
- F95.2 **Tulburare combinată a ticului de tip vocal și motor multiplu (sindromul Gilles de la Tourette)**
- F95.8 **Alte tulburări ale ticului**
- F95.9 **Tulburare a ticului nespecificată**

Tratament

- Somnoterapie
- Hipnoterapie
- Hidroterapie
- Neurochirurgie
- **Terapie electronvulsivă**

- Medicamente antipsihotice
- Antidepresive
- Medicamente nootropice

- **Terapie comportamentală și cognitivă**
- Cooperarea cu familia este importantă.

F98 Alte Tulburări de Conduită și Emoționale cu Debut în Copilărie și Adolescență

F98 Alte tulburări de conduită și emoționale cu debut în copilărie și adolescență

F98.0 Enurezis inorganic

F98.1 Encoprezis inorganic

F98.2 Tulburare de alimentare a perioadei infantile și a copilăriei

F98.3 Pica perioadei infantile și a copilăriei

F98.4 Tulburări stereotipizate de mișcare

F98.5 Balbism (bîlbîială)

F98.6 Dezorganizarea

F98.8 **Alte tulburări specificate de conduită și emoționale cu debut în copilărie și adolescență.**

F98.9 **Tulburări nespecificate de conduită și emoționale cu debut în copilărie și adolescență**

F98.0 Enuresis Inorganic

- Copilul nu este capabil de a controla voluntar vezica urinară în timpul zilei (enuresis diurn) sau în timpul nopții (enuresis nocturn)
- Enuresisul pot fi prezent de la naștere (enuresis primar) sau poate să apară după o perioadă de timp de control dobândit asupra vezicii urinare (enuresis secundar)
- Nu există nici o tulburare neurologică sau anomalie structurală a sistemului urinar sau lipsa de control asupra vezicii urinare nu este cauzată de atacuri de epilepsie, cistită sau poliurie datorată diabetului zaharat
- Enuresisul nu se diagnostică la un copil mai mic de 4 ani în termenii vârstei mintale
- Problemele emoționale pot apărea ca o consecință secundară a enuresisului

Tratament

- O restricție ușoară a lichidelor înainte de somn
- Trezirea pentru toaletă în timpul nopții
- Premiarea succesului și neconcentrarea atenției asupra eșecului
- Antidepresive

F98.1 Encoprezis Inorganic

- Diagnosticul presupune eliminarea repetată a materiilor fecale intenționată sau neintenționată în locuri care nu sunt destinate acestui scop.
- Etiologie:
 - a) rezultat al instruirii inadecvate de toaletă
 - b) copilul este capabil de a controla intestinul, dar din diferite motive refuză defecarea în locuri adecvate
 - c) probleme fiziologice sau probleme emoționale
- Encoprezisul poate fi însoțit de întinderea materiilor fecale asupra corpului sau a mediului sau este o parte a masturbării anale. Apare la copiii cu tulburări emoționale sau de comportament sau la persoane cu retardat mintal.

Tratament

- Psihoterapie
 - Premiarea succesului
 - **Copilul este învățat să stabilească un tranzit intestinal mai normal, de exemplu, prin șederea pe toaletă în mod regulat după mese**

- Anxiolitice sau antidepresive

Patologia psihiatrică a vârstnicului

- a început să i se acorde o importanță sporită din ultimele decenii ale secolului trecut, odată cu accentuarea **fenomenului de îmbătrânire a populației**, precum și datorită dezvoltării asistenței psihiatrice de tip comunitar, cu elaborarea de numeroase studii epidemiologice
- ele au adus în atenția specialiștilor informații referitoare la prevalența amenințătoare a demențelor și a bolilor neurodegenerative în general, pe măsura înaintării în vârstă, ca și a frecvenței deosebit de crescute a tulburărilor depresive la toate categoriile de vârstă

➤ Fapte cheie

- Populația mondială îmbătrânește rapid.
- Pentru perioada 2015-2050 proporția persoanelor cu vârsta peste 60 de ani în populația lumii aproape se va dubla, de la 12% la 22%.
- Sănătatea mintală și bunăstarea emoțională sunt la fel de importante la bătrânețe ca și în orice altă etapă a vieții.
- Tulburările neuropsihiatrice la vârstnici reprezintă 6,6% din dizabilitatea totală pentru această grupă de vârstă.
- Aproximativ **15% dintre adulții cu vârsta de 60 de ani și peste suferă de tulburări mintale.**

Patologiei psihiatrice a vârstnicului

Particularitățile tulburărilor psihice ale vârstnicilor au dus la o nouă disciplină în psihiatrie sub denumirea de **psihogeriatricie** sau **gerontopsihiatrie**

Patologiei psihiatrice a vârstnicului

Perfecționarea sistemului de diagnosticare a acestor afecțiuni, elaborarea de criterii de diagnostic tot mai rafinate, dezvoltarea fără precedent a psihofarmacologiei și dovedirea efectelor benefice ale terapiei anti-depresive, anxiolitice, anti-demențiale au condus la dezvoltarea unei noi specialități medicale – **psihiatria vârstnicului sau psihogeriatra.**

În ordinea descrescătoare a frecvenței tulburărilor psihice la vârstnic, pe primele locuri se situează:

- demențele
- depresiile
- tulburările anxioase
- consumul de substanțe
- consumul de alcool
- tulburările psihotice

Ce se întâmplă odată cu înaintarea în vârstă?

- Efectul acestor procese sunt **modificări cognitive și emoționale.**
- **Dacă creierul se atrofiază atunci crește riscul apariției de tulburări psihice, în principal funcții psihice ca:**
 - cogniția,
 - memoria,
 - atenția,
 - controlul emoțional
 - ca și funcțiile motorii fiind afectate.
- **Cu alte cuvinte apare un tablou clinic caracterizat prin:**
 - capacitate de învățare diminuată,
 - reducerea memoriei,
 - diminuarea atenției,
 - tulburări emoționale printre care deprimarea sau iritabilitatea,
 - agitație psihomotorie,

Ce se întâmplă odată cu înaintarea în vârstă?

- capacitatea de efectua acțiuni simultane se reduce,
- capacitatea de a prelucra informații din surse multiple și concomitente de asemenea,
- nu mai există puterea de concentrare a atenției la un nivel funcțional,
- diminuează capacitatea de gândire,
- apar dificultăți în mai toate planurile vieții psihice.
- **Reacțiile emoționale la aceste transformări sunt de:**
 - panică,
 - anxietate,
 - tristețe,
 - descurajare,
 - frustrare etc.

Ce se întâmplă odată cu înaintarea în vârstă?

- Creierul este afectat de modificări degenerative odată cu înaintarea în vârstă; astfel, faza de îmbătrânire biologică este în jurul vârstei de 65-70 de ani.
- Chiar în cazul procesului normal de îmbătrânire se reduce activitatea neurotransmițătorilor (**dopamina, serotonina, acetilcolina, noradrenalina, GABA, glutamat** etc), care sunt substanțe chimice ce asigură transmiterea impulsurilor nervoase între neuroni.

Ce se întâmplă odată cu înaintarea în vârstă?

Greutatea și volumul creierului:

↓5% până la vârsta de 70 de ani,

↓10% până la vârsta de 80 de ani

↓20% până la vârsta de 90 de ani

↑ în dimensiunea ventriculară și spațiul subarahnoidian

Ce se întâmplă odată cu înaintarea în vârstă?

Modificări neuropatologice în normala îmbătrânire:

1. ↑ în astrocite și microglie.
2. ↓ în oligodentrocite

Ce se întâmplă odată cu înaintarea în vârstă?

Funcții neuropsihologice:

1. ↓ în performanță IQ-ul este mai rapid decât IQ verbal
2. ↓ în capacitatea de:
 - › rezolvare a problemelor,
 - › lucru memorie,
 - › memorie pe termen lung și
 - › funcția psihomotorie.

Ce se întâmplă odată cu înaintarea în vârstă?

- Daune oxidative cauzate de radicalii liberi compromite capacitatea de a produce ATP.
- Acest lucru afectează capacitatea de a întâlni energia cerințe.

Ce se întâmplă odată cu înaintarea în vârstă?

- **Rinichii:**
- ↓ în funcția renală
- 35% până la vârsta de 65 de ani și
- 50% până la vârsta de 80 de ani
- acest lucru duce la acumularea de medicamente excretate (de exemplu, litiu și sulpiridă)

Ce se întâmplă odată cu înaintarea în vârstă?

Alte modificări farmacocinetice:

1. ↓ în masa corporală și grăsimea corporală.
2. ↓ albumină
3. ↑ concentrația de medicamente, ↑ nivelul de libere medicamente și ↑ T/2

Mastering Psychiatry (2014)

Forme de tulburări senile

Tulburările senile includ o serie de tulburări psihice care se dezvoltă la persoanele cu vârsta peste 65 de ani.

Cauzele tulburărilor senile, în acest moment, sunt:

- **boli vasculare** (demență arteriosclerotică, demență multi-infarct, demență vasculară subcorticală etc.)
- **moartea neuronală (apoptoza)**
- **modificările degenerative-atrofice ale cortexului cerebral** (demența în boala Alzheimer, demența în boala Pick, etc.);

Psihogeriatria are ca grup țintă tulburările psihice ale vârstnicilor

- **Tulburări depresive și anxioase.**
- Unele persoane au avut tulburări depresive sau anxioase încă din perioada de adult tânăr în timp ce altele capătă aceste tulburări psihice la bătrânețe. Anamneza (date despre istoricul bolii) și interviul clinic sunt importante pentru stabilirea diagnosticului.
- **Tulburarea bipolară la vârstnici** trebuie tratată chiar dacă debutul este tardiv!
- **Schizofrenii și tulburările schizofreniforme.** Schizofrenia este o boală gravă al cărei debut la vârste înaintate nu este exclus.
- **Delirium sau Confuzia la vârstnici** este o tulburare acută, cu simptome de diferite grade de severitate, cu evoluție imprevizibilă și dramatică.
- **Grupul demențelor la vârstnici** trezește interesul deoarece populația globului îmbătrânește și odată cu ea crește numărul bolilor degenerative ale creierului!

În ciuda lărgirii spectrului de boli mintale la vârstnici, cele mai frecvente sindroame sunt următoarele grupuri clinice:

➤ **încălcări ale funcțiilor cognitive:**

- memorie,
- inteligență
- învățare
- **conștientizarea mediului (o tulburare a conștiinței și a atenției);**
- **tulburări de percepție (halucinații, iluzii)**
- **conținutul gândurilor**
- **tulburări de dispoziție și emoție:**
 - depresie
 - excitare emoțională
 - anxietate
- **modificări de personalitate și comportament**

Evaluarea unei persoane vârstnice cu tulburări psihice

Evaluarea unei persoane vârstnice cu tulburări psihice ar trebui să se finalizeze prin:

- formularea unui diagnostic prezumtiv
- stabilirea nevoilor persoanei
- posibilelor riscuri:
 - potențial heteroagresiv, suicidar
 - abuzuri,
 - complicații somatice etc.

Evaluarea unei persoane vârstnice cu tulburări psihice

Examinarea pacientului vârstnic trebuie să fie:

- coerentă,
- corectă
- sistemică,
- atentă
- sensibilă la nevoile persoanei,
- individualizată

Evaluarea unei persoane vârstnice cu tulburări psihice

- **Este de preferat ca examinarea unei persoane în vârstă să se facă:**
- **în cursul dimineții**, pentru ca pacientul să fi e odihnit
- **să se desfășoare într-un ambient adecvat** (ca luminozitate, temperatură, poziție, reducerea nivelului de zgomot, eliminarea oricăror surse de distragere a atenției – telefoane mobile, radio, TV, aglomerație etc.).

Evaluarea unei persoane vârstnice cu tulburări psihice

- la un prim contact medicul va trebui să se prezinte și să se adreseze persoanei folosindu-i numele de familie, eventual titlul (ex. profesor, doctor etc.) sau altfel, numai dacă acesta își exprimă o astfel de dorință.
- nu se recomandă adresarea prea familiară, chiar dacă e bine voitoare, dar impersonală și știți gmatizantă ca „bunicuțo“, „mamaie“, „tataie“ etc., din păcate foarte adesea utilizate de personalul medical înaintea tuturor.

Evaluarea unei persoane vârstnice cu tulburări psihice

- **Este important ca medicul să verifice**
- dacă pacientul știe care este scopul întâlnirii
- dacă are cunoștințe despre consultul programat
- dacă îl consideră necesar
- în caz contrar el trebuie informat cine a solicitat consultul și pentru ce motive.

Evaluarea unei persoane vârstnice cu tulburări psihice

- **Evaluarea unei persoane vârstnice cu tulburări psihice necesită mult timp.**
- **În afara faptului:**
- că este necesară culegerea multor informații,
- durata examinării psihice și somatice poate fi mult prelungită din cauza deficitelor senzoriale
- sau altor suferințe somatice frecvent asociate.
- **În consecință:**
- este nevoie de multă răbdare
- timpul rezervat examinării trebuie să fie bine planificat și suficient
- astfel, în cât să permită o bună desfășurare a interviului și a examinării
- propriu-zise

Evaluarea unei persoane vârstnice cu tulburări psihice

- **Interviul trebuie să fie e structurat, urmărind:**
- evaluarea progresivă a funcțiilor psihice
- să fie flexibil și permanent adaptat
- la reacțiile emoționale și la particularitățile persoanei
- cu grijă deosebită pentru evitarea reacțiilor catastrofice
- anxietate accentuată,
- agitație,
- pierderea controlului impulsurilor prin conștientizarea deficitului cognitiv major
- care pot conduce la terminarea bruscă, dramatică și prematură a interviului

Evaluarea unei persoane vârstnice cu tulburări psihice

- De multe ori, este necesar să **se repete întrebările**, mai ales în situația hipoacuziei sau a deficitului cognitiv semnificativ.
- De aceea, examinatorul trebuie întotdeauna să **se asigure că pacientul a auzit întrebarea și a înțeles-o.**
- Făcând efortul de repetare a întrebărilor, examinatorul contribuie în mod decisiv la **menținerea demnității persoanei**, dar și la obținerea de rezultate corecte.
- O examinare **atentă, fără grabă, cu repetarea instrucțiunilor**, relevă adesea păstrarea capacității de judecată, de decizie, care poate părea compromisă la o examinare superficială sau inadecvată.
- Medicul va fi atent și la **comportamentul non-verbal al pacientului.**

Evaluarea unei persoane vârstnice cu tulburări

psihice

- Aproape întotdeauna medicul va discuta cu membrii de familie/îngrijitorul
- ei reprezintă **importante surse de informație** mai ales dacă își petrec cel puțin 10 ore/săptămână în compania pacientului.
- **ei pot da relații importante, referitoare de ex. despre debutul tulburărilor cognitive:**
 - „De când ați observat că a început să uite?“,
 - „Ce anume uită?“,
 - „Repetă aceeași întrebare?“,
 - „A pierdut lucruri?“ etc.
- Prezența unei astfel de persoane poate facilita, dar și împiedica derularea liberă a interviului.
- este recomandabil ca **de la bun început pacientul să fie întrebat dacă acceptă/preferă ca altă persoană să fie prezentă la discuții și/sau la examinare**

Evaluarea unei persoane vârstnice cu tulburări psihice

- **Principalul obiectiv al medicului:**
- rămâne observarea și examinarea
- persoanei vârstnice și el nu poate fi nicidecum înlocuit și realizat numai prin discuția cu aparținătorul.

➤ **Examinarea trebuie să decurgă conform unor reguli și să se desfășoare după o metodologie bine stabilită**

- aceasta este în general similară cu examinarea adultului tânăr.
- examinarea somatică este obligatorie;
- prevalența foarte ridicată a comorbidităților somatice la această categorie de vârstă impune această regulă.
- foarte adesea, la examinarea somatică sunt depistate semne și simptome care pot explica simptomatologia psihiatrică și pot oferi indicii etiopatogenice (HTA, fibrilație atrială, deficite motorii sau senzoriale etc.) sau pot explica înrăutățirea bruscă a stării unui pacient deja diagnosticat cu demență sau depresie (infecții în tercurente, dezechilibre hidro-electrolitice etc.)

Câteva instrumente de evaluare cu utilizare largă în Psihiatria vârstnicilor sau

Psihogeriatric sunt:

- **Scanarea simptomelor de depresie**
- **Scala de Depresie folosită în Geriatric sau GDS (Geriatric Depression Scale; Yesavage et al, 1983);**
- **Scala de Depresie Hamilton sau HDRS (Hamilton Rating Scale pentru Depresie; Hamilton, 1960;)**
- **Scala de Depresie Montgomery-Åsberg sau Madrs-s (Depression Rating Scale; Montgomery, Åsberg, 1979).**

Câteva instrumente de evaluare cu utilizare largă în Psihiatria vârstnicilor sau Psihogeriatrie sunt:

Scanarea disfuncțiilor cognitive în demențe

- Testul Mini pentru Examinarea Stării Mentale sau MMSE (Mini Mental State Examination; Folstein et al, 1975);
- Testul ceasului (Clock Drawing Test; Shulman et al, 1986);
- Scala de evaluare a bolii Alzheimer sau ADAS (Alzheimers Disease Assessment Scale; Rosen et al, 1984).

Câteva instrumente de evaluare cu utilizare largă în Psihiatria vârstnicilor sau Psihogeriatrie sunt:

Scanarea simptomelor psihologice și comportamentale

- Inventarul Neuropsihiatric al lui Cummings sau NPI (The Neuropsychiatric Inventory; Cummings et al, 1984).

➤ **Evaluarea neurologică**

➤ **va cuprinde examinarea:**

- acuității vizuale pentru a aprecia nivelul scăderii acesteia și mai ales dacă sunt modificări ale
- câmpului vizual
- mișcărilor oculare,
- evaluarea mersului și echilibrului,
- decelarea unor modificări de forță musculară, tonus muscular și sensibilitate

➤ **Examenenele și investigațiile în psihogeriatrică**

- Diagnosticul tulburărilor psihice la vârstnici **implică multiple investigații.**
- Se caută boli somatice și boli psihice anterioare, se ia în considerare situația socială a vârstnicului, se identifică traume psihice, se ține cont de împovărarea psihică legată de familie și trecutul personal, se realizează un examen neurologic amănunțit și o examinare neuropsihică cu testarea funcțiilor cognitive prin teste psihologice, se adună informații despre consumul de medicamente și consumul de alcool.
- În psihogeriatrică se folosesc metode moderne de investigație ca computer tomograf (CT) sau magnet roentgen (RMN) investigându-se posibile cauze ca infarct cerebral, atrofie cerebrală, modificări ale substanței albe a creierului sau prezența unor leziuni vasculare etc.

➤ **Tabloul clinic al tulburării psihice în psihogeriatric**

- **Tulburările psihice la vârstnici nu sunt la fel de bine delimitate ca la adulți.**
- Deși psihogeriatrica se dezvoltă ca o disciplină tânără, nici cea mai nouă ediție a Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale (DSM-5, 2013) nu delimitează tulburările psihice ale vârstnicilor de cele ale adulților tineri.
- În activitatea clinică din secțiile de psihogeriatric **conduita terapeutică este specifică.**
- Tratarea bolilor psihice ale vârstnicilor se va face în secții destinate persoanelor dina această categorie de vârstă, **secții de psihogeriatric.**
- Amestecul persoanelor de diferite categorii de vârstă și diagnostice psihiatrice **nu este recomandat.**
- Modificările degenerative ale creierului, tulburările cognitive la care se adaugă bolile somatice, ca și transformările în mediul social al persoanei în vârstă sunt cauze multiple care fac dificil diagnosticul tulburării psihice la vârstnici

➤ **Aspect general și comportament**

➤ **Sunt semne importante:**

- scăderea recentă în greutate,
- semnul capului întors (demență, Alzheimer),
- tremor de repaus,
- stare general de neliniște sau de lentoare psiho-motorie,
- iritabilitate (depresie),
- comportament dezinhibat
- sau inadecvat (tulburare psihotică).

Vorbirea

- **Medicul poate ușor sesiza tulburările**
- **disartrie** (post AVC, boală Parkinson, encefalopatii toxice, sindrom de neuron motor etc.),
- **disfazii** (post AVC),
- **sindroame demențiale corticale**,
- **perseverări** (pacientul continuă să dea răspunsul pentru întrebarea anterioară la următoarele întrebări),
- **palilalia** (repetă ultimul cuvânt cu frecvență crescută),
- **logoclonia** (repetă ultima silabă) sau **logoree**.
- pacientul poate imita ceea ce spune examinatorul (**ecolalie**) sau ceea ce face (**ecopraxie**).
- aceste ultime simptome apar destul de rar, dar dacă există nu pot fi trecute cu vederea.
- În **demență**, mai ales la debut, discursul poate fi fluent, dar conținutul banal, circumstanțial trădând că nu se gândire

➤ **Dispoziția**

- În volumul total al tulburărilor psihice la persoanele în vârstă, **tulburările depressive**, conform diverselor surse, reprezintă de la 9 la 30%.
- În același timp, **afecțiunile moderat pronunțate sunt de zece ori mai frecvente** decât depresia severă, care necesită spitalizare.
- Aceasta înseamnă că pentru o terapie eficientă, restabilirea stării normale a psihicului unei persoane în vârstă, consultațiile unui psihoterapeut sau geriatru, sprijinul ușor cu medicamente și corectarea stilului de viață sunt adesea suficiente.
- Pericolul depresiei moderate sau ușoare este că diagnosticarea acesteia este dificilă - mai ales dacă persoana în vârstă este singură, vede rar rudele și nu există nimeni care să observe modificări ale stării sale emoționale.

➤ **Dispoziția**

- **Astfel de tulburări în stadiile inițiale se manifestă prin mai multe simptome:**
- stare de spirit depresivă care persistă două săptămâni sau mai mult
- pierderea interesului, capacitatea de a experimenta bucurie sau plăcere;
- scăderea activității, oboseală;
- pierderea poftei de mâncare;
- tulburări de somn;
- semne de letargie, apatie, letargie sau supraexcitare.

➤ **Dispoziția**

- În plus, o persoană începe să-și piardă încrederea în sine, să se simtă vinovată, inutilă, să își reproșeze constant ceva.
- Dacă această stare persistă mult timp, apar probleme de concentrare și de luare a deciziilor.
- În etapele ulterioare, poate apărea o lipsă de dorință de a trăi, o persoană vorbește adesea despre moarte, sinucidere.
- Depresia poate apărea pe fondul sindromului durerii cronice, bolilor cardiovasculare, cerebrovasculare, din cauza modificărilor organice ale țesuturilor cerebrale în stadiul de predemență.

➤ **Dispoziția**

➤ **Orice modificare semnificativă față de premorbid, cum ar fi:**

- neliniștea,
- anxietatea,
- iritabilitatea,
- prezența ideății depresive trebuie luate în considerare.

➤ Vârstnicii exprimă mult mai rar acuze subiective referitoare la starea lor de dispoziție sau consideră fi rească dispoziția depresivă după o anumită vârstă, în contextul suferințelor somatice și al singurătății.

➤ Dacă medicul cunoaște persoana cu mult timp înaintea acestui consult, modificările dispoziției vor fi mult mai ușor de recunoscut, altfel că sunt necesare informații suplimentare referitoare la dispoziția bazală premorbidă, ca și la antecedentele sale psihiatrice

➤ **Dispoziția**

- Diagnosticarea depresiei poate fi uneori foarte dificilă.
- **Orice modificare importantă de dispoziție sau de comportament,**
- **scăderea**
 - energiei,
 - a motivației pentru activitățile și
 - plăcerile obișnuite ar trebui să determine medicul, să recomande un consult psihiatric.
- prezența **ideației de suicid**, pe care adesea vârstnicii o formulează în cadrul consultului la medicul de familie, trebuie să reprezinte un semnal de alarmă,
- să se facă eforturi pentru depistarea depresiei și a riscului pentru suicid, necesitând examinări suplimentare și internarea în servicii de psihiatrie/psihogeriatric.
- supradozarea medicației sau comportamentul de autovătămare, chiar cu repercusiuni minore, au o semnificație mult mai importantă decât la adultul

➤ Percepția

➤ Uneori pacienții prezintă:

- iluzii sau
- fenomene halucinatorii.
- De exemplu, halucinațiile vizuale sunt caracteristici ce demenței cu corpi Lewy.
- Este important de evaluat gradul de participare al pacientului la fenomenele halucinatorii (delirium).
- În cazul în care nu se constată participarea și se exclude astfel o stare confuzională, se recomandă o întrebare non-directivă de genul „Uneori, imaginația vă joacă feste?“

➤ **Gândirea**

- De cele mai multe ori, în cadrul un **sindrom demential conținutul gândirii este sărăcit.**
- Dar un interviu atent și susținut în acest context clinic poate decela și **prezența ideilor delirante sau a trăirilor psihotice.**
- Este important să se **coreleze conținutul acestor idei cu modificarea dispoziției (idei hipocondriace, ideație suicidară).**

➤ **Cogniția**

- **Evaluarea clasică constă într-o serie de întrebări structurate care acoperă anumite domenii cum ar fi:**
- orientarea în timp și spațiu (și adesea la persoană – indicând capacitatea de recunoaștere a persoanelor),
- atenție (sunt solicitați să numere de la 20 la 1 sau să spună lunile anului în sens invers),
- memoria de lungă și scurtă durată (amintirea imediată a unui nume și a unei adrese, ca și detalii privind aspecte autobiografice),
- limbajul (denumirea unor obiecte)
- praxiile (desenarea unui cub).

➤ **Cogniția**

- **Se pot folosi și teste de memorie standardizate cum ar fi MMSE (Mini Mental State Examination).**
- Avantajele acestuia este că poate fi repetat și permite o cuantificare a funcțiilor cognitive, demonstrând evoluția acestora în timp.
- Dezavantajul este că încurajează o abordare stereotipă care nu surprinde aspectele funcționale.
- Recomandarea este ca medicul, care constată tulburări la examinarea clinică, să orienteze pacientul spre un consult complex la nivelul Centrelor Comunitare.
- În cadrul acestor servicii specializate pacientul este evaluat psihiatric, neurologic și neuropsihologic.

➤ **Demența senilă**

- Tulburările senile includ o serie de tulburări mintale care se dezvoltă la persoanele **cu vârsta peste 65 de ani.**
- Sindromul demenței se găsește cel mai adesea în structura unor boli precum boala Alzheimer și în leziunile vasculare ale creierului.
- Pe scurt, acest sindrom poate fi caracterizat ca o afectare cronică progresivă a funcțiilor superioare ale cortexului cerebral:

➤ Demența senilă

- O boală caracteristică vârstei târzii asociată cu procese organice: modificări vasculare și atrofice-degenerative ale țesuturilor cerebrale.
- Progresează rapid.
- În stadiile inițiale, demența se manifestă prin modificări minore de comportament, oboseală, probleme de concentrare și pierderi de memorie
- Fără tratament, apar tulburări de vorbire, simptomele tulburărilor neurologice cresc, o persoană își pierde capacitatea de autoservire.
-
- Tipuri de demență: vasculară, atrofică și mixtă.

➤ Demența senilă

- Acesta este un grup de tulburări mentale, care includ unele tipuri de demență senilă, psihoză.
- Boala este caracteristică persoanelor în vârstă, manifestată prin dezintegrarea treptată a activității psihice.
- În stadiul inițial, schimbările apar lent, pot fi aproape imperceptibile.
- De obicei, **anumite trăsături de caracter sunt ascuțite** (o persoană devine încăpățânată, pedante, zgârcită).
- **Orizontul se îngustează treptat, interesele se pierd, persoana devine mai puțin activă, receptivă, gândirea este nevariabilă, stereotipată.**

➤ Demența senilă

- memorie;
- gândire;
- orientare în loc și timp;
- înțelegerea vorbirii;
- calcul;
- abilitatea de a învăța;
- capacitatea de a judeca.

➤ Demența senilă

- dezvoltarea demenței senile este însoțită de manifestări externe.
- pacienții au dificultăți în a se îngriji de ei înșiși.
- le este greu să se spele,
- să se îmbrace,
- își pierd abilitățile de a mânca,
- își pierd capacitatea de a efectua operații aritmetice (plata facturilor de utilități, schimbarea numărului),
- nu sunt predispuși la învățare și
- nu pot face față în mod independent administrării funcțiilor fiziologice.

➤ Demența senilă

- În plus, în viața de zi cu zi a unor astfel de pacienți pot fi urmărite fenomenele de „**confuzie mentală**”.
- De regulă, astfel de condiții apar după-amiaza, se caracterizează prin **agitație psihomotorie**.
- Pacienții încep brusc să se adune undeva, să se îmbrace (sau, dimpotrivă, să se dezbrace dezbrăcați) și să iasă din casă.
- În același timp, pot lăsa ușile deschise sau gazul pornit.
- Cele mai periculoase sunt rănille domestice.
- Persoanele în vârstă nu își recunosc rudele apropiate, nu înțeleg unde se află.
- Starea descrisă se poate termina de la sine după câteva ore sau se poate întinde pe o perioadă lungă de timp.

➤ **Demența senilă - Sindroame halucinatorii și delirante**

- În unele cazuri, pacienții **cu demență senilă dezvoltă psihoză** (o formă psihotică a demenței senile).
- Ei tind să acuze rudele că le-au făcut rău intenționat, le-au urmărit, fură, otrăvește, provoacă daune etc.
- **Judecățile delirante ajung la punctul de absurditate.**
- Adesea, în tabloul clinic, **alături de delir, există și un sindrom halucinator.**
- În culmea anxietății și a tensiunii, pacientul poate pretinde că aude voci, sunete, bătăi, pași, se plâng de mirosuri neobișnuite, gust alterat al alimentelor.

Cauze reversibile ale demenței

Hidrocefalie cu presiune normală:

- triadă de tulburări cognitive,
- tulburări de mers și
- incontinență urinară.

Etiologia include

hemoragia subarahnoidiană,
traumatismele și
meningita.

Creierul CT sau RMN dezvăluie ventricular mărire fără atrofie corticală semnificativă. Tratamentul este șunt ventriculoperitoneal.

Cauze reversibile ale demenței

2. Hematom subdural:

- pierderi recente de memorie,
- dureri de cap matinale,
- convulsii,
- diplopie,
- hiperreflexie și reflexe extensorul plantar

Tratamentul este evacuarea chirurgicală.

Cauze reversibile ale demenței

3. Cauze reversibile constatate de testele de laborator:

deficit de vitamina B12 (deteriorarea memoriei la 75% din pacienții.

O cauză comună este anemia pernicioasă asociată cu degenerescențe difuze și focale),

deficiență de acid folic,

deficiență de tiamină (vitamina B1) (nistagmus orizontal și paralizie direct lateral, ataxie și memorie sau deficite cognitive la 10% dintre pacienți),

neurosifilis (pupilele Argyll Robertson (60%),

disartrie (80%),

spasticitate (50%),

tabes dorsalis (20%) și

depresie (30%) în hipotiroidism și hipoparatiroidism primar

(debut lent, insidios).

Cauze reversibile ale demenței

4. **Encefalopatie hepatică:** simptomele includ tulburări cognitive, un tremor zguduitor (asterixis) și Scăderea nivelului de conștiință.

Tratamentul este neomicină și lactuloză.

5. **Otrăvirea cu metale grele:** de ex. aluminiu, taliu (care provoacă căderea părului) și mercur.

➤ **Demența senilă - Sindroame halucinatorii și delirante**

- Cu experiențele descrise mai sus, persoanele în vârstă arată suferințe, anxioase.
- Vorbesc cu presiune, iritare și resentimente în voce, încearcă să ia măsuri restrictive sau de protecție.
- Ei pot îndemna rudele să pună camere de supraveghere în apartament, pe palier (pentru a condamna intrusul, a risipi îndoielile altora); de teamă de otrăvire, refuză să mănânce, drept urmare starea lor se înrăutățește.

➤

➤ Psihoze la vârstnici

- Acesta este un grup de tulburări care pot avea manifestări comune, îngreunând diagnosticul diferențial.
- Paranoicul involuțional este mai frecvent decât alții.
- Tulburarea se formează lent, începe cu modificări minore de comportament, caracter.
- O persoană devine suspicioasă, neîncrezătoare, dispusă negativ față de vecini, cunoștințe, rude.
- Treptat, ostilitatea crește, pacientul crede că ceilalți sunt neprielnici cu el.
- Pe acest fond, apare o amăgire care interpretează acțiunile „ostile” ale altor oameni.

➤ **Psihoze la vârstnici**

- Cel mai adesea este **asociat cu daune imaginare**: pacientului i se pare că îi sunt furate bani sau obiecte de valoare, intră în secret în apartamentul lui, îl jignesc și îl asupresc.
- Mai rar apar **idei de gelozie sau manifestări de ipohondrie**.
- Pe fondul unei **tulburări delirante, anxietatea și depresia pot crește**. În alte cazuri, o persoană, dimpotrivă, devine mai activă, ea este **hotărâtă să „rebat” infractorii**.

- La bătrânețe, starea psihicului este strâns legată de indicatorii generali de sănătate.
- astenia,
- mobilitatea limitată,
- durerea și
- afecțiunile cronice, modificările organice ale țesuturilor creierului cresc riscul apariției unui număr de tulburări psihice.
- Aspectul lor se poate datora și mediului în care se află persoana în vârstă.
- lipsa de comunicare,
- scăderea activității sociale,
- singurătatea,
- inadaptația agravează fondul emoțional și pot provoca tulburări psihice.
- Pacienții vârstnici prezintă un risc crescut de depresie, psihoză și demență.

➤ **Insomnia**

- **Un alt simptom foarte adesea acuzat de vârstnici este insomnia.**
- Aceasta ridică problema identifiării cauzei, care poate fi
 - o boală psihică,
 - o boală somatică sau
 - ignorarea faptului că nevoia de somn se modifică odată cu înaintarea în vârstă.
- Problema tratamentului insomniei generează frecvent probleme de dependență la medicația hipnotică, îndeosebi la benzodiazepine.
- Nu trebuie ignorată nici problematica sexualității la vârstnici, de multe ori dificil de investigat;
- ea poate genera situații foarte dificile atât în mediul familial, cât și în societate, de cele mai multe ori fiind vorba de patologie a lobului frontal (dezinhibiție, masturbare în public, comportament sexual inadecvat)

Alte tulburări psihogeriatrice

Schizofrenie cu debut tardiv (parafrenie)

Epidemiologie: Prevalența este mai mică de 1% (17-24/100.000) și este mai frecventă la femeile în vârstă.

Schizofrenia cu debut foarte târziu apare după vârsta de 60 de ani.

Schizofrenia cu debut tardiv apare între 40 și 59 de ani.

Factori de risc: Deficiență senzorială (de exemplu, surditate), izolare socială, personalitate paranoidă sau schizoidă (45%).

Caracteristici clinice: Debutul este insidios.

În 20% din schizofrenia cu debut tardiv, delirul este singurul simptom. Cel mai comun delirul este persecutoriu (90%). Halucinația auditivă este cea mai frecventă halucinație (75%). halucinații vizuale (60%) iar afectarea cognitivă precoce sunt caracteristici recunoscute. Problemele de comportament obișnuite includ agresivitatea și agitația.

Comparativ cu schizofrenia adultului: aplatizare afectivă, simptome negative și prezența tuturor simptomelor de prim rang (<30%) sunt mai puțin frecvente la vârstnici.

Imagistică: ventricule mai mari pe scanarea CT a creierului

DD: Tulburare delirantă, demență și delir

Alte tulburări psihogeriatrice

Schizofrenie cu debut tardiv (parafrenie)

Tratament: Decizia privind utilizarea fie a primei generații (de exemplu, haloperidol), a doua generație (de exemplu, risperidonă) antipsihoticele sunt mereu în dezbateri.

Conform Ghidurilor Maudsley [Marea Britanie], avertismentele inițiale privind creșterea riscului de CVA la vârstnici se aplică atât antipsihoticelor de prima și a doua generație.

Antipsihoticele de prima generație sunt, de asemenea asociat cu o mortalitate crescută. Medicii ar trebui să discute cu pacientul și să caute preferința lor cu privire la alegerea

Alte tulburări psihogeriatrice

Tulburare depresivă cu debut tardiv

Epidemiologie:

Prevalența în comunitate este de 3%;
care frecventează medicii de familie (30%),
vârstnici în îngrijire rezidențială (40%),
vârstnici ca pacienții internați medical (45%).

Depresia ușoară este mai frecventă la femei (F:M = 2:1), dar depresia severă are sex egal raport.

Mai puțin de 10% din depresie apar la bătrânețe.

Etiologie și factori de risc:

3C: Cancer, Boli cardiovasculare, Boli ale sistemului nervos central.

trăind singur și
prezența demențe.

10-20% dintre văduvele care suferă de durere și necesită tratament.

Căsătoria este o protecție factor împotriva depresiei la bătrânețe.

Caracteristici esențiale: Întârzierea/agitația psihomotorie (30%), iluziile depresive (sărăcia și nihiliste) sunt frecvente.

Paraneis implică halucinații auditive, derecaterii și obsese, plângeri de nervozitate și

Alte tulburări psihogeriatrice

Tulburare depresivă cu debut tardiv

Caracteristici esențiale:

Întârzierea/agitația psihomotorie (30%),
iluziile depresive (sărăcia și nihiliste) sunt frecvente.

Paranoia implică halucinații auditive derogatorii și obscene, plângeri de nervozitate și iritabilitate sunt, de asemenea, frecvente

Depresia cu debut tardiv este asociată cu modificări profunde ale substanței albe și cu mărirea ventriculilor.

Depresie vasculară: Asociere cu apatie, retard psihomotorie, afectare a funcției executive și mortalitate.

Istoricul familial de depresie crește riscul de apariție vasculară depresie.

Comparativ cu depresia adultului: depresia cu debut tardiv nu este asociată cu un istoric familial de depresie.

Comorbiditate: afectare cognitivă la pacienții depresivi (70%). Unii vârstnici suferă de pseudodemență cu dificultăți de concentrare și lipsă de motivație pe fondul depresiei.

Instrumente: Scala depresiei geriatrice (scorul GDS > 11 în GDS -30 sau 5 în GDS-15) indică depresie)

Alte tulburări psihogeriatrice

Tulburare depresivă cu debut tardiv

Tratament Antidepresiv: ISRS-urile sunt mai bine tolerate decât ATC. ISRS cresc riscul de sângerare gastrointestinală sau alte sângerări, în special la vârstnicii care iau AINS sau warfarină. Vârstnicii sunt predispuși să dezvolte hiponatremie.

Bătrânii au mai săraci răspunsul la tratament și durează mai mult pentru a răspunde (6-8 săptămâni) în general.

Psihoterapia este utilă, iar persoanele în vârstă au nevoie de o ședință mai scurtă.

ECT este eficientă în 80% din depresia severă, în special pentru acestea cu anxietate și agitație. Stimulatorul cardiac nu este o contraindicație absolută.

10% din depresia vârstnicilor este rezistentă la tratament conventional.

Prognostic: Tulburarea organică a creierului și depresia cronică sunt asociate cu un prognostic prost. Predicția pe termen lung nu este favorabil pentru 40% din cazuri.

Alte tulburări psihogeriatrice

sinucidere

Epidemiologie:

sinuciderea este frecventă la vârstnici și adesea letală.

În Singapore, Tan și Wong (2008) au constatat că 53,8% din gânduri verbalizate de bătrâni despre dorința de a se sinucide. Bărbații au avut de 3 ori mai multe șanse să raporteze gânduri sinucigașe.

Autovătămarea deliberată la vârsta de 65 de ani reprezintă doar 5%.

Factori de risc: sex masculin, vârstnici cu colesterol scăzut, cancer, AVC, epilepsie, scleroză multiplă, izolare socială și primul an de doliu.

Caracteristici esențiale:

sinuciderea poate avea loc în primele ore de la internare și în câteva săptămâni după externare. Sinuciderea este mai puțin frecventă în rândul celor care stau în îngrijire rezidențială și oamenii au o personalitate obsesiv-compulsivă.

Alte tulburări psihogeriatrice

sinucidere

Managementul DSH și sinuciderea la vârstnici: Toate acțiunile DSH la persoanele cu vârstă peste 65 de ani trebuie luate ca dovezi ale intenției de sinucidere până la proba contrarie.

Psihiatrii trebuie să excludă

- › depresia,
- › tulburările cognitive și
- › Starea somatică grea.

Alte tulburări psihogeriatrice

Tulburare bipolară cu debut tardiv

Epidemiologie: Prevalența tulburării bipolare este mai mică de 0,1% la persoanele în vârstă cu vârsta peste 65 de ani.

Raportul F:M este de 2:1.

Etiologie:

- › influența geneticii este mai mică în comparație cu adulții.
- › Este mai frecvent ca depresia să treacă la manie la vârstnici.
- › Factorii organici precum insulta cerebrală sunt o cauză comună.

Caracteristici esențiale:

- › mai iritabil și mai susceptibil de a dezvolta un efect toxic dacă pacientul este tratat cu litiu în comparație cu un adult pacienți;
- › prezentare mai mixtă și ideeație paranoică;
- › mai puțină euforie și mai puțină hiperactivitate.

Tratament: Un antipsihotic atipic (cu o creștere mai mică în greutate) este considerat ca primă linie.

Luați în considerare

litiul ca a doua linie agenți pentru pacienții de sex feminin

valproat pentru pacienții de sex masculin. Nivelul de întreținere al litiului pentru vârstnici: 0,4 – 0,6 mmol/L.

Alte tulburări psihogeriatrice

Tulburare de anxietate cu debut tardiv

Epidemiologie: prevalența globală este între 1-10%.

Tulburarea fobică este mai răspândită în eșantioanele din comunitate comparativ cu spital.

Prevalența este enumerată astfel: fobie socială: 1%,

- Agorafobie: 2-7%,
- Generalizată anxietate: 4% și
- fobie simplă: 4%.

Debutul este de obicei la vârsta adultă tânără.

Etiologie și factor de risc:

După o boală fizică și un accident, bătrânii își pierd adesea încrederea în a ieși.

Adverse evenimentele de viață și singurătatea sunt, de asemenea, factori de risc pentru tulburarea de anxietate cu debut tardiv.

Alte tulburări psihogeriatrice

Tulburare de anxietate cu debut tardiv

Caracteristici esențiale:

- › frica de mulțime sau de transportul public este obișnuită.
- › Fobia spațiului deschis este bine recunoscută la vârstnici.
- › În comparație cu adulții, tulburarea de panică este mai puțin frecventă

Tratament:

- › La vârstnici, ISRS-urile sunt mai bine tolerate decât ATC.
- › ISRS cresc riscul de sângerare gastrointestinală sau alte sângerări, în special în vârstnici care iau AINS sau warfarină.
- › Vârstnicii sunt predispuși să dezvolte hiponatremie.
- › Vârstnicii au răspuns slab la tratament și ia mai mult timp pentru a răspunde (6-8 săptămâni).
- › Psihoterapia (de exemplu, terapia de expunere) este utilă pentru a depăși agorafobia și persoanele în vârstă au nevoie de o sesiune mai scurtă în comparație cu adulții.

Alte tulburări psihogeriatrice

Abuzul de substanțe la vârstnici

Epidemiologie: Alcoolul este folosit în mod obișnuit la persoanele în vârstă.

Raportul M:F la băutorii cu probleme este de 2-6:1 în țările occidentale.

Bărbații au început să bea la vârsta adultă și continuă până la bătrânețe.

Cauze: este adesea precipitat de accesul brusc la exces de timp și bani după pensionare.

Clasa socială înaltă reprezintă un risc factor pentru abuzul de alcool cu debut tardiv.

Factorul genetic joacă un rol mai puțin semnificativ în dependența de alcool cu debut tardiv. În vârstnici, există o reducere a masei corporale și a apei corporale totale. Aceeași cantitate de alcool consumată la vârsta adultă poate conducând la un nivel maxim de alcool în sânge la bătrânețe.

Comorbiditate: depresie, anxietate și tulburări cognitive.

Tratament: Similar tratamentului la adulți, implică îmbunătățirea motivațională, detoxifiere și aderarea la alcool anonim (AA).

Naltrexona este sigură la vârstnici, dar disulfiramul trebuie evitat deoarece provoacă probleme cardiace și hepatice. efecte adverse.

Prognostic: dependența de alcool cu debut tardiv se rezolvă de obicei fără tratament formal.

Alte tulburări psihogeriatrice

Abuzul de substanțe la vârstnici

Dependența de benzodiazepine:

prevalența este de 10% și mai frecventă la femei.

Factorii de risc includ

tulburarea de anxietate,

depresie și tulburare de personalitate.

60% dintre vârstnici au succes în abținerea după detoxifiere.

Alte substanțe utilizate abuziv de către persoanele în vârstă din Singapore: amestec pentru tuse, laxative și analgezice.

Alte tulburări psihogeriatrice

● Caracteristicile tratamentului pacienților în vârstă

- Odată cu înaintarea în vârstă este prezentă tendința de utilizarea a mai multor medicamente
- În mediu, un vârstnic folosește mai mult de 5 medicamente prescrise și 2 medicamente fără prescripție, zilnic.
- Prescrierea pentru pacienții mai în vârstă oferă provocări speciale.
- Persoanele în vârstă iau de aproximativ 3 ori mai multe medicamente pe bază de rețetă ca și persoanele mai tinere, în principal datorită creșterii prevalenței condițiilor medicale cronice în rândul populației mai în vârstă.
- Luând împreună mai multe medicamente crește substanțial riscul de interacțiuni medicamentoase și evenimente adverse
- Astfel de medicamente sunt de obicei utilizate pentru a controla afecțiunile cronice, cum ar fi hipertensiunea arterială, diabetul și artrita. Sau aceste medicamente pot fi utilizate pentru a preveni sau ameliora simptomele cauzate de astfel de tulburări.
- Alte medicamente pot fi luate pentru o perioadă scurtă de timp pentru a trata astfel de probleme precum infecții, durere după operație și constipație.

● Caracteristicile tratamentului pacienților în vârstă (<https://boliocupationale.usmf.md/sites/default/files/inline-files/Farmacoterapia.pdf>)

- În rândul vârstnicilor apar tot mai mulți factori ce diminuează complianța la tratament, care se asociază cu dereglările cognitive.
- Conform datelor statistice, dacă vârstnicii ar administra sistematic tratamentul medicamentos, s-ar reduce rata internărilor cu până la 23%.
- Alegerea unui medicament în geriatrie se face ținând cont atât de caracteristicile medicamentului (eficacitate, profil de siguranță, cale de administrare și eliminare, frecvența administrării, costuri), cât și ale pacientului (vârstă, sex, determinanți genetici).
- Una din marile provocări ale geriatriei este asigurarea unei terapii medicamentoase sigure și eficiente
- Vârstnicii folosesc mai multe medicamente decât orice altă categorie de vârstă și au mai multe afecțiuni cronice care afectează răspunsul la tratament
- Datele statistice demonstrează, că din totalul pacienților cu vârsta mai mare de 65 ani: 90% folosesc mai mult de un medicament, 40% - 5 medicamente și 12% - mai mult de zece medicamente
- În mod obișnuit, pacienții din staționare folosesc în mediu 7-8 medicamente
- Cu toate acestea, vârstnicii prezintă un risc semnificativ de a prezenta reacții adverse medicamentoase

● **Caracteristicile tratamentului pacienților în vârstă** (<https://boliocupationale.usmf.md/sites/default/files/inline-files/Farmacoterapia.pdf>)

- **Cu înaintarea în vârstă, au loc dereglări în transportul medicamentelor spre țesuturi, cauzată de:**
 - sedentarism
 - tendința spre constipații
 - insuficiența polivitaminică
- **Farmacodinamia la vârstnici se caracterizează:**
 - efect sedativ accentuat al benzodiazepinelor
 - efect hipotensiv al vasodilatatoarelor
 - tendința spre majorarea efectelor analgezicelor.
 - Nivelul albuminei în plasmă scade cu 4% la fiecare 10 ani, efectul cel mai accentuat > 70 ani.
 - Creșterea țesutului adipos duce la creșterea medicamentelor solubile în grăsimi (benzodiazepine, propranolol, barbiturice)
 - Scăderea apei din corp, ceea ce duce la reducerea volumului de medicamente solubile în apă (niveluri crescute de litiu, etanol)
 - O posibilă reducere a albuminei poate crește medicamente precum fenitoina.

● Caracteristicile tratamentului pacienților în vârstă (<https://boliocupationale.usmf.md/sites/default/files/inline-files/Farmacoterapia.pdf>)

- Cu vârsta se determină:
- - atrofia parenchimului hepatic
- - micșorarea funcției antitoxice, prin reducerea activității transaminazelor (ALT, AST)
- Deaceea, asemenea substanțe – trebuie administrate în doze mici la vârstnici, ca: propranolol, tranchilizantele, antidepresivele triciclice, antihistaminicele.
- Capacitatea de metabolizare este redusă la bătrâni, datorită scăderii volumului hepatic și debitului cardiac.
- Scăderea fluxului hepatic (anual cu 0,3-1,5%), pe fondalul insuficienței cardiace, poate conduce spre majorarea concentrației în sânge a medicamentelor, cu stări confuzionale, parestezie, hipotonie.
- Fluxul renal și cantitatea nefronilor funcționabili se reduc, după 65 ani se produce o scădere de circa 30-40% a ratei de filtrație glomerulară.

●Medicația psihoactivă

- (<https://boliocupationale.usmf.md/sites/default/files/inline-files/Farmacoterapia.pdf>)
- La pacienții agitați, nepsihotici, antipsihoticele controlează mai bine simptomatologia decât preparatele placebo
- Antipsihoticele pot reduce simptome psihotice dar pot accentua confuzia
- Reacții adverse frecvente – sedare, hipotensiune ortostatică, neliniște motorie subiectivă, parkinsonism indus de medicamente (care poate persista de la 6-9 luni)
- Medicația antipsihotică trebuie rezervată în cazuri de psihoză
- Dacă se folosește un antipsihotic, iar doza de început trebuie să fie $\frac{1}{4}$ din doza standard și cu creștere gradată
- În tratamentul cu antipsihotice în doze mari pot apărea simptome extrapiramidale
- Hipnoticele non-benzodiazepinice (zolpidem) reprezintă opțiuni terapeutice pentru tratarea insomniei la pacienții pentru care măsurile non-farmacologice nu au dat rezultat

●Medicația psihoactivă

- (<https://boliocupationale.usmf.md/sites/default/files/inline-files/Farmacoterapia.pdf>)
- Benzodiazepinele cu durată lungă de acțiune (diazepam) trebuie evitate datorită tendinței lor de a se acumula și a prezenta efecte adverse – amețeli, tulburări de memorie, tulburări de echilibru ce pot duce la căderi și fracturi
- Durata tratamentului anxiolitic trebuie să fie limitată, datorită riscului de toleranță și dependență
- Benzodiazepinele cu durată scurtă de acțiune sau intermediară cu timp de înjumătățire până la 24 ore (alprazolam, lorazepam) sunt preferabile celor cu durată lungă de acțiune ce induc reacții adverse care duc la accidentări și fracturi
- Din rândul antidepresivelor se preferă – ISRS, care sunt la fel de eficiente ca antidepresivele triciclice, dar au o toxicitate mai redusă
- Dozele acestor preparate trebuie reduse până la 50%