



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

Sănătatea, esența sănătății mintale.

Povara sănătății mintale. Date epidemiologice.

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

Fenomenul de Stigma în sănătate mintală.

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

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 SĂNĂȚĂȚII 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.

Cadrul normativ național este reglementat de următoarele documente relevante:

- ❑ Legea privind sănătatea mentală nr. 1402 - XIII din 16.12.1997;
- ❑ Politica Națională de sănătate;
- ❑ Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008 – 2017;
- ❑ HG nr. 55 2012 - Regulamentul-cadru al Centrului comunitar de sănătate mintală și a Standardelor minime de calitate;
- ❑ Ordinul MS nr.591 din 20 august 2010 - „*Cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de Sănătate Mintală din Republica Moldova*”;
- ❑ Programul National privind Sănătatea Mintală pentru anii 2012 – 2016;
- ❑ Ordinul MS nr. 610 din 24.05.2013 – Strategia de dezvoltare a serviciilor de SM la nivel de comunitate și integrarea acestora în AMP pentru 2013-2016;
- ❑ Ordinul MS nr. 407 din 16.05.2014 - Cu privire la Centrele Comunitare de Sănătate Mintală.

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.

REFORMA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ ÎN MOLDOVA.

Procesul de dezvoltare a serviciilor comunitare de sănătate mintală în RM a demarat începând cu 1 septembrie 2014 prin crearea, la nivel național, a rețelei de centre comunitare de sănătate mintală (în municipii și fiecare unitate administrativ-teritorială de nivelul al doilea).

Centrele Comunitare de Sănătate Mintală (CCSM) au fost organizate în cadrul instituțiilor de asistență medicală primară de nivel raional, ceea ce a contribuit la integrarea serviciilor de sănătate mintală în asistența medicală primară, depistarea precoce a patologiei psihice și asigurarea continuității tratamentului.

REFORMA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ ÎN MOLDOVA.

Din 2014 sistemul de sănătate mintală este antrenat într-un amplu proces de reformare și îmbunătățire prin intermediul proiectului moldo-elvețian „Suport pentru Reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova“ (MENSANA).

În cadrul proiectului MENSANA are loc descentralizarea serviciilor de sănătate mintală și dezvoltarea Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală.

În ultimii ani, abordarea pacienților cu probleme de sănătate mintală, este următoarea:

- familie, servicii sociale →
- medic de familie →
- centre comunitare de sănătate mintală →
- spitale raionale →
- spitale specializate de psihiatrie (nivel terțiar) →
- centre comunitare de sănătate mintală.

REFORMA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ ÎN MOLDOVA.

Din iunie 2015 asistența medicală psihiatrică de ambulator, care a aparținut spitalelor raionale a fost transferată în cadrul instituțiilor de asistență medicală primară.

Iar din 2017 s-a inițiat instituirea secțiilor psihiatrico-narcologice acute în spitalele raionale de profil general.

SERVICIILE DE SĂNĂTATE MINTALĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA.

Serviciile de sănătate mintală sunt prestate la nivel primar, secundar și terțiar după cum urmează:

- la nivelul asistenței medicale primare medicul de familie diagnostichează, consultă inițial și tratează formele ușoare și medii de anxietate și depresie;
- în cadrul Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală (CCSM) se realizează tratamentul multidisciplinar al stărilor medii și severe de tulburare a sănătății mintale.

Acest serviciu este centrul asistenței psihiatrice, care funcționează în baza abordării multidisciplinare și este responsabil de continuitatea îngrijirilor de sănătate mintală a populației;

- în secțiile acute de psihiatrie ale spitalelor raionale sunt tratate stările acute ale tulburărilor de sănătate mintală, care nu pot fi rezolvate la nivel de CCSM;
- în spitalele de psihiatrie se realizează tratamentul de lungă durată și de performanță al tulburărilor de sănătate mintală.

Nivelele serviciilor de sănătate mintală.

- ❖ Auto-îngrijirea;
- ❖ Îngrijirile comunitare informale;
- ❖ Serviciile de sănătate mintală în sistemul de îngrijire primară;
- ❖ Îngrijirea în servicii comunitare de SM;
- ❖ Servicii psihiatrice în spitalele generale;
- ❖ Îngrijirea în servicii specializate de SM.

Sistemul serviciilor de Sănătate Mintală în RM.

În 2019 serviciul spitalicesc de asistență psihiatrică consta din 3 spitale publice de psihiatrie și 3 secții psiho-narcologice în spitalele raionale:

- ❖ Spitalul Clinic de Psihiatrie—770 paturi
- ❖ Spitalul de Psihiatrie Bălți—550 paturi
- ❖ Spitalul de Psihiatrie Orhei—110 paturi
- ❖ Secția de psihonarcologie din SR Ungheni—30 paturi
- ❖ Secția de psihonarcologie din SR Soroca—10 paturi
- ❖ Paturi de psihiatrie în cadrul secției de neurologie din SR Edineț—5 paturi
- ❖ Total: 1475 paturi
- ❖ 58,43 paturi la 100000 locuitori.

L E G E A

privind sănătatea mentală

nr. 1402-XIII din 16.12.97

(Monitorul Oficial al R. Moldova nr.44-46/310 din 21.05.1998)

Articolul 28.

Temeiurile pentru spitalizare fără liberul consimțământ .

Persoana suferindă de tulburări psihice poate fi spitalizată în staționarul de psihiatrie fără liberul ei consimțământ sau al reprezentantului ei legal, care acționează conform dorințelor exprimate de persoana suferindă de tulburări psihice, până la emiterea hotărârii judecătorești, dacă examinarea sau tratarea ei este posibilă numai în condiții de staționar, iar tulburarea psihică este gravă și condiționează:

- a) pericolul social direct;
- c) prejudiciul grav sănătății sale dacă nu i se va acorda asistență psihiatrică.

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.

Noțiunea de *psihiatrie* 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”*).

Subspecialitățile psihiatrice sunt:

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



Protoistoria psihiatriei.

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.

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.

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.

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.

Psihiatria științifică a antichității.

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.

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 psihopatică.

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

Psihiatria contemporană.

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 prin descoperirea **clorpromazinei** și a aplicării ei în clinică (1952).

Meproamatul (1950), **chlordiazepoxidul** (1955), **iproniazidul** (1951), **imipramina** (1951), **fluoxetina** (1988).

În 1991 a apărut **Sertralina**, în 1992-**Paroxetină** și în 1998-**Citalopram**.

În 1984 Janssen Pharmaceuticals a sintetizat **risperidona**.

În 1996, Eli Lilly a adus la vânzare un medicament antipsihotic atipic **olanzapină** (marca Zyprexa).

Un an mai târziu, FDA a aprobat **quetiapina** Astra Zeneca (marca Seroquel).

Dezvoltarea psihiatriei în Moldova

Începutul asistenței medicale specializate în **Moldova** debutează odată cu deschiderea primului spital local din orașul Chișinău în 1817, printre pacienții cărui se numărau și alienații mintali.

Problema alienaților 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

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

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.

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

Dezvoltarea psihiatriei în Moldova

La 22 iulie 1895, director al instituției este desemnat **Wladyslaw 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** (1916-1923), **Gh. Lașcu** (1923-1939; 1941-1944), **A. Ciolca** (1940; 1944-1947), **M. Isanos** (1939-1940), **V. Iliin** (1948-1950), **B. Morozov** (1951-1970), **M. Zineac** (1970-1986), **C. Țurcan** (1986-2010), **M. Hotineanu** (2010-2015).

Actualul director este **Victor Furtună**.

Spitalul a servit drept bază inițială pentru trei instituții republicane, care pe parcursul anilor s-au 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



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, eminent organizator, absolvent al Universității de Stat nr. 1 și a secundariatului clinic în Clinica de Psihiatrie „S.S. Korsakov” a Institutului de Medicină nr. 1 din Moscova.

Sub conducerea profesorului Alexei Molohov, s-a dezvoltat școala națională științifică de psihiatrie.

Alexei Molohov a fost președintele Comisiei de absolvire, prorector pentru știință (1961-1962) a Institutului de Stat de Medicină din Chișinău.

Pe parcursul activității sale științifice și pedagogice, Domnia Sa a publicat 91 de lucrări științifice, dintre care 7 monografii.

Sub conducerea sa au fost susținute 7 teze de doctor și una de doctor habilitat.

Dezvoltarea catedrei de psihiatrie

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.

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).

Actualul șef de catedră este dl **Anatol Nacu**, profesor universitar (2013), membru al Asociației Internaționale de Psihanaliză (2005) și al Societății Române de Psihanaliză (2013).

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

Nursing in Sanatatea Mintala si Psihiatrie

Nursing-ul este o noțiune foarte complexă, reprezentând practic totalitatea măsurilor de îngrijire care se acordă unui bolnav de către asistentul medical.

Asistența medicală în domeniul sănătății mintale este o ramură specializată a asistenței medicale, ce are în prim plan promovarea sănătății mintale, prevenția și îngrijirea pacienților cu probleme de sănătate mintală. Primele școli care au format asistenți medicali în specialitatea psihiatrie, pentru centre de îngrijire a persoanelor vârstnice sau centre de sănătate mintală au apărut la sfârșitul secolului XIX în SUA, ulterior dezvoltându-se și în Europa.

- Principiile ideologice ale nursingului promovate de aceste școli constau în accentul la **comunicarea** cu bolnavul psihic în procesul de îngrijire și tratament.

- Nursing-ul a recunoscut rolul important al comunicării în procesul vindecării. A învăța să comunici eficient cu pacienții, și în special cu cei psihici necesită atât talent cât și cunoștințe speciale și evident nu în ultimul rând calități personale omenești ce țin de capacități empatice .

- După 1950, persoane semnificative, teoreticiene ale îngrijirilor psihiatrice au descris natura psihoterapeutică a relației asistentă-pacient. O contribuție majoră la înțelegerea comunicării în nursing-ul psihiatric și sănătatea mintală a avut-o Hildegard Peplau (1952), care în lucrarea sa de bază „Relația terapeutică asistentă-pacient” a dezvoltat conceptele terapiei ce are la bază comunicarea în scopul reducerii anxietății, realizată în cadrul relației terapeutice.

Rolul asistentului medical

- Asistentul medical în sănătate mintală trebuie să îndeplinească anumite roluri, pe care le vom descrie în continuare.

1. Oferă îngrijire profesională competentă

- Rolul de asistent medical este fundamental în toată practica medicală. Asistenții medicali în psihiatrie și domeniul sănătății mintale „intră într-un parteneriat cu pacienții și, prin utilizarea științelor umane și a artei de a îngriji pacienții, dezvoltă cu aceștia o relație de ajutor”.
- Asistentul medical:

- Evaluează valorile și experiențele de viață personală ale pacientului.
- Stabilește și menține un mediu de îngrijire corespunzător;
- Folosește o serie de abilități de comunicare, atât verbale cât și non-verbale (ce includ empatie, ascultare, observare, etc.);
- Face diferența între relațiile sociale și profesionale;

- Recunoaște influența culturii și a etniei asupra procesului terapeutic și acordă îngrijire conform nivelului de cultură și a etniei a persoanei respective;
- Mobilizează toate resursele necesare creșterii accesului pacientului la serviciile de sănătate mintală;
- Înțelege și răspunde la reacțiile pacienților, cum ar fi: furie, anxietate, frică, durere, neputință, disperare;
- Oferă susținere aparținătorilor pacienților

2. Administrarea și monitorizarea îngrijirilor medicale

- Datorită naturii problemelor de sănătate mintală există consecințe unice de practică în administrarea și monitorizarea îngrijirilor medicale.
- Siguranța în asistența medicală în sănătate mintală are un înțeles unic, deoarece mulți dintre pacienți prezintă un risc de autovătămare sau de autonegligare. Pacienților le poate lipsi capacitatea, din punct de vedere al sănătății mintale, să participe la luarea deciziilor.
- Asistentul medical trebuie să fie atent la reacțiile adverse a medicației, deoarece capacitatea pacientului de a se autosemnala poate fi afectată.

Asistentul medical în sănătate mintală

- Asistă și învață pacienții să facă alegeri care să susțină schimbările pozitive, în ceea ce privește comportamentul și/sau relațiile lor;
- Încurajează pacienții în îndeplinirea sarcinilor și în a avea grijă de ei înșiși;
- Utilizează cea mai potrivită tehnică pentru acordarea unor îngrijiri medicale sigure, folositoare și eficiente;
- Administrează medicamentele adecvate, în condiții de siguranță, monitorizând răspunsul terapeutic, reacțiile adverse, precum și incompatibilitatea cu alte medicamente sau substanțe;
- Evaluează reacțiile pacienților în activitățile de zi cu zi.

3. Rezolvarea cu ușurință a situațiilor neprevăzute

- Rezolvarea cu ușurință a situațiilor neprevăzute este esențială în circumstanțe critice, adică în situații de urgențe psihiatrice sau, chiar medicale. Acestea includ: autoagresiunea și heteroagresiunea, precum și schimbări bruște ale stării psihice.

Asistentul medical:

- Evaluează pacienții pentru riscul consumului/abuzului de substanțe psihoactive; Cunoaște resursele necesare gestionării unei situații de urgență psihiatrică sau medicală;

- Monitorizează siguranța pacienților pentru a depista din timp schimbări în starea pacientului și intervine în situațiile de urgență;
- Ia în considerare consecințele legale și etice în situații imprevizibile;
- Participă la procesul de „interview clinic” împreună cu medicul psihiatru;
- Încurajează și ajută pacienții să caute grupuri de suport pentru ajutor reciproc și sprijin;
- Evaluează răspunsul și percepția pacientului la asistența medicală și la alte îngriiri medicale.

Principiile care coordonează comportamentul asistentului medical în psihiatrie

1. Bolnavul psihic este cu adevărat bolnav
 - În psihiatrie, datorită particularităților simptomatologiei clinice, există frecvent, următoarele tendințe de abordare a bolnavului psihic:
 - Tendința de a nu-l lua în serios, de a considera comportamentul acestuia o „comedie”. Trebuie să ne ferim de atitudini care ignoră prezența bolii, cum sunt: ironia, comportamentele represive, discursurile moralizatoare
 - Tendința de a-i „raționaliza” simptomele (de ex. a-i spune unui psihotic că este imposibil să comunice la distanță fără aparatură sau a-i spune unui anxios că nu are nicio rațiune teama lui etc.

- Tendința de a considera, uneori, bolnavul psihic ca pe o persoană cu inteligență diminuată (de ex. tendința de a ne adresa unor pacienți cu schizofrenie ca și cum aceștia nu ar înțelege sau ar fi surzi);
- Tendința de a nu ține cont de suferința morală a pacientului. Astfel, nu trebuie să considerăm pacienții cu schizofrenie ca fiind fără afect.

2. Bolnavul psihic trebuie respectat ca personalitate umană:

- Este adevărat că frecvent, comportamentul pacientului psihic îi conferă acestuia un aspect ridicol, umilitor. Acest aspect riscă să creze între el și noi o situație de tipul „dominare-sumisiune”; din partea noastră, o atitudine autoritară, agresivă, brutală, arbitrară; iar din partea pacientului, o atitudine de supunere sau de revoltă;
- Nu trebuie să uităm că pacientul este un om, o personalitate, care face o boala ca și orice altă și trebuie respectat;
- Este neadecvat de a avea față de el o atitudine de „distanță autoritară”, adică a avea un raport strict „administrativ”, fără implicații umane afective,
- A avea cu el raporturi false, adică a-l considera inferior, dându-i pedepse (pentru că este „rău”) sau recompense (pentru că este „cuminte”) este de asemenea, o atitudine greșită.

3. Bolnavul psihic cere un efort pentru a fi înțeles

- Bolnavul psihic este departe de a fi mereu ușor de înțeles. Astfel, el poate apărea ca ferm, impermeabil, dar sub această aparență poate exista multă suferință.
- Asistentul medical trebuie să înțeleagă că toate comportamentele bolnavului au un sens.

4. Între asistentul medical și pacient trebuie să se stabilească o relație empatică

- Între două ființe umane care vin în contact, se stabilește întotdeauna un raport afectiv, care poate fi pozitiv (respect) sau negativ (repulsie, desconsiderare). Este util, de asemenea, ca profesionistul în sănătate mintală să aibă o relație de susținere și încurajare cu/față de membrii familiei pacientului.

Tipuri de internare

- Nursing-ul în psihiatrie are anumite particularități spre deosebire de celelalte ramuri ale medicinei, datorită particularităților pacienților, adică a simptomatologiei clinice pe care o prezintă și, mai ales, datorită lipsei conștiinței bolii, adică a nerealizării pierderii contactului cu realitatea. Una din consecințele acestui fapt este că, în psihiatrie, există două tipuri de internare: **voluntară și nevoluntară (fără liberul consimțământ)**

Internarea voluntară

- Internarea voluntară se face în același mod ca și internarea în orice alt serviciu medical și pentru orice altă boală. Când are loc internarea într-un serviciu de psihiatrie, se iau măsuri pentru ca toate normele de îngrijire, precum și drepturile pacientului, prevăzute de lege, să fie respectate. Orice pacient internat voluntar într-un serviciu de sănătate mintală are dreptul de a se externa la cerere, în orice moment, cu excepția cazului în care sunt întrunite condițiile care justifică menținerea internării împotriva voinței pacientului

Internarea nevoluntară (spitalizare fără liberul consimțămînt)

- Internarea nevoluntară (spitalizare fără liberul consimțămînt) se aplică numai după ce toate încercările de internare voluntară au fost epuizate și în condițiile în care un medic psihiatru abilitat, constatând că persoana suferă de o tulburare psihică, apreciază că:
 - a) Din cauza acestei tulburări psihice există pericolul iminent de vătămare pentru sine și pentru alte persoane;
 - b) În cazul unei persoane suferind de o tulburare psihică gravă și a cărei judecată este afectată, neinternarea ar putea antrena o gravă deteriorare a stării sale sau ar împiedeca să i se acorde tratamentul adecvat.

- Internarea voluntară se realizează numai în spitale de psihiatrie care au condiții adecvate pentru îngrijiri de specialitate în condiții specifice și care au fost nominalizate de către Direcția de Sănătate Publică. Solicitarea internării nevoluntare a unei persoane se poate face de către:
 - - Medicul de familie sau medicul psihiatru care are în îngrijire pacientul;
 - - Familia pacientului;
 - - Reprezentanții poliției, sau alte organe abilitate de asistența de urgență



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

Relația medic-pacient.
Psihodiagnosticul.
Interviul motivațional.
Activarea comportamentală.
Terapia de rezolvare a problemelor.



Relația medic-pacient.

Relațiile medic-pacient fac parte din psihologia comportamentului interpersonal.

Bolnavul ia anumite atitudini față de boală, dar în același timp și anumite atitudini față de medici: încredere, stimă, simpatie, însă-posibil-și îndoială, teamă, dispreț, ură.

Prima condiție a unui dialog este a ști să ascuți.

Dar deseori bolnavul nu are cunoștințele medicale, care să-i permită o descriere a acuzelor sale în termeni proprii și preciși.

El poate să tacă din timiditate sau pentru că nu găsește cuvintele potrivite.

El poate folosi cuvinte „goale” de conținut și cuvinte vagi.

Este bine cunoscută ezitarea de a vorbi tocmai despre detaliile cele mai importante, dacă ele sunt de ordin intim sau dacă ele aruncă o lumină nefavorabilă asupra persoanei sale.

Valoarea simptomului subiectiv poate fi uneori mai mare decât valoarea rezultatelor examenelor obiective de laborator.

Medicul trebuie să înțeleagă nu numai boala, ci și bolnavul.

În înțelegerea unui individ, sunt de evitat, mai întâi, două greșeli capitale:

- a) suprasimplificarea;
- b) b) proiecția (îi atribuim caracteristici care sunt ale noastre).

Cum reușim să ajungem chiar la individ?

Aici intervin procedee „intuitive”, „instinctive” sau „imaginative”, care nu fac parte din arsenalul științific al medicului, dar care sunt ajutate de cultura literară.

Medicul, care se identifică cu pacientul (așa cum se identifică copilul cu părintele său) este „pierdut”; de asemenea, cel care are „dragoste” pentru bolnav.

Nu toți bolnavii vin la medic pentru a fi vindecați.

Unii vin să găsească o detensionare, alții - pentru a găsi acoperire medicală a unei situații penibile.

De ex., este cunoscut refugiul oferit de bolile căilor genito-urinare: bărbatul impotent își acuză prostata, în timp ce femeia frigidă își acuză vezica urinară.

Medicul trebuie să se ferească să impună bolnavului idealul său personal de sănătate, să-l facă „după chipul și asemănarea sa”.

Niciodată nu trebuie să uităm, că bolnavul, care a căpătat încredere în medic nu-i va ierta niciodată o dezamăgire.

Psihologia „situațională” a bolnavului.

a) *Situația „primitivă”* este aceea, care ne revelează pe bolnav căutând miracolul, minunea: este situația „magică”.

Este denumită astfel, pentru că pacientul atribuie medicului puteri supraomenești, chiar divine.

Alții, din contra, suferind influența mediului cultural, atribuie cea mai mare importanță medicamentelor „noi”, suverane, considerate panaceuri.

b) *Situația de dependență*. Prin însăși boala lor, bolnavii sunt într-o stare de inferioritate, care este cu atât mai marcantă, cu cât Eu-I lor este mai slab.

Uneori adultul devine prin boală un copil.

c) *Complexul paternalist*. Dacă, prin regresivitate, conduita bolnavului se organizează pe poziții infantile, conduita medicului se constituie corespunzător pe modul paternal.

Medicii, care au fost frustrați de afecțiune sau au fost victime ale autoritarismului în copilărie, care au avut sentimente de inferioritate socială, care și-au refulat dorințele de cucerire, pot ajunge (datorită unei nevoi de compensare) să caute satisfacții de „valorizare” pe lângă pacienții lor.

Transferul și contrtransferul.

Transferul reprezintă o proiecție asupra medicului a atitudinilor de afecțiune și de ostilitate (ambivalență), pe care bolnavul le-ar fi avut mai înainte în relațiile cu un părinte (sau cu o persoană din jurul său, care ținea loc de părinte).

Sub numele de **contrtransfer** se descrie atitudinile negative ale medicului față de bolnav (mânie, nerăbdare, agresivitate).

Ele ar fi rezultatul influenței bolnavului asupra sentimentelor inconștiente ale medicului și ar avea originea în identificările și proiecțiile iraționale ale acestuia din urmă.

Cu alte cuvinte, medicul „vede” în pacient pe altcineva, o persoană care a jucat un rol important în biografia sa afectivă.

Acest contrtransfer are o acțiune defavorabilă actului terapeutic.

Medicul și pretențiile pacientului.

În general, medicul nu trebuie să se lase condus de bolnavul, care tinde să-i impună nu numai diagnosticul, ci și tratamentul, deși este obligat să țină seama de idiosincraziile acestuia, de experiența sa de „bolnav”, de ameliorările obținute cu anumite terapeutici.

.

Informarea pacientului de către medic.

a) Când un bolnav vine să ne consulte pentru o suferință certă, iar medicul nu găsește nimic lezional-organic, este o greșeală să se spună pacientului că „nu are nimic”.

Este o greșeală să i se propună un tratament fără a i se spune diagnosticul, ceea ce duce la nemulțumiri justificate din partea pacientului.

Pacientul are și el o „nevoie de a ști”, mai ales astăzi, când nivelul de informare generală și de cultură medicală este relativ ridicat.

b) În special atunci, când este vorba de afecțiuni cronice, de boli antrenând incapacitatea de muncă prelungită, de readaptare funcțională și profesională, medicul trebuie să aibă multă răbdare și tact pentru a face ca bolnavul să-și accepte boala.

Este necesar să se acorde timp suficient pacientului pentru a-l ajuta să înțeleagă ce are și ce are de făcut.

c) „Nevoia de a ști” a celor mai mulți bolnavi ține de anxietate, dar un coeficient important revine și curiozității în legătură cu cele ce se petrec în „mașina” omenească.

În bolile grave (și nu numai în cele 100% letale) se pune problema protecției bolnavului contra diagnosticului.

Familiei trebuie să i se comunice diagnosticul, dar cu anumite rezerve.

Consimțământul.

Consimțământul decurge dintr-un principiu fundamental, care este libertatea bolnavului.

Nici un medic nu o poate pune în discuție, în afară de anumite cazuri particulare (bolnavi inconștienți, mentali etc.).

Nu trebuie nici să abuzăm de slăbiciunea momentană a voinței bolnavului, din cauza bolii, pentru a-i smulge consimțământul pentru acte terapeutice discutabile sau riscante.

Formarea și educarea bolnavului.

Gratuitatea asistenței medicale ocazională deseori abuzuri din partea bolnavilor (chemări la domiciliu pentru ușoare indispoziții, solicitarea ajutorului de urgență pentru probleme banale).

De aceea necesitatea formării pacientului în vederea unei comportări adecvate este indiscutabilă.

Un bolnav „format” va putea compensa deficiențele momentane ale medicului.

Inițierea comunicării (I).

Atitudinea prietenoasă, sinceră favorizează comunicarea.

Desfășurarea consultației nu trebuie să se facă pe culoar, în lift, gata de urcarea în mașină etc.

Medicul trebuie să se prezinte nu ca, de ex., docentul X, doctor în medicină;

-cea mai rezonabilă soluție fiind utilizarea simplă a titulaturii de „doctor”, iar pentru studenții în medicină;

-„sunt studentul Y și fac parte din echipa care va avea grijă de dvs pe parcursul șederii la noi”.

Folosirea numelui pacientului este recomandabilă la întâlnirea inițială, putându-se trece la folosirea prenumelui atunci, când relația s-a mai consolidat sau când pacientul solicită explicit acest lucru.

Ar fi bine excluderea musafirilor nepoftiți, de ex., a unei infirmiere curioase.

În cabinet, medicul nu trebuie să abuzeze de factori de natură a-i crește artificial (până la ridicol) prestigiul: abundența de diplome, telefonul, care sună neîncetat, scaunul rotativ (cu mai multe grade de libertate decât al pacientului).

Inițierea comunicării (II).

A se acorda atenție tuturor simptomelor evocate de pacient.

Pacienții sunt de cele mai multe ori anxioși, când trebuie să vină la medic.

Această anxietate poate fi diminuată printr-un comportament prietenesc din partea doctorului, de ex., salutându-l, adresându-i-se pe nume și dând mâna cu el, rugându-l să ia loc, unde el vrea și inițiind discuția, iar ținuta de stradă a medicului, la fel, relaxându-l.

Prima întrebare trebuie să fie deschisă, de genul: „Ei bine...” sau „Cu ce vă pot ajuta?”.

Medicul trebuie să asculte în liniște, fără să întrerupă mărturisirea inițială a bolnavului.

Ulterior va trebui să rezume spusele bolnavului, utilizând cuvintele pacientului.

Scopul este de a i se confirma, că medicul a înțeles exact mesajul.

Pacienții își amintesc cel mai bine ceea ce li se spune în primul minut după terminarea examinării clinice.

Psihodiagnosticul.

Psihodiagnosticul este un procedeu de analiză psihologică a unui caz și include astfel de tehnici, ca:

- observația,
- anamneză,
- convorbirile,
- chestionarea,
- testele.

Observația:

- aspectul exterior al subiectului,
- aspectul fizic al subiectului (gras- slab),
- ținuta,
- gesturile,
- mimica, expresia feței și a ochilor,
- aspectul general (obosit- odihnit),
- mersul,
- coordonarea mișcărilor,
- vorbirea,
- raporturile cu însoțitorul (docil, supus),
- orientarea în mediul înconjurător (în cabinet sau laborator) și modul cum stabilește singur contactul cu mediul ambiant.

Observația în cadrul examinării psihologice.

- atitudinea subiectului în momentul începerii examinării (opoziție, entuziasm),
- atitudinea subiectului în cursul examinării (spontan, pune întrebări, nerăbdător, interesat de probe, timid, anxios, distrat, perseverent),
- caracteristica răspunsurilor (rapide, lente, serioase, neglijente, impulsive),
- utilizarea metodelor încercărilor și erorilor sau a unui plan anterior,
- activitatea motorie (agitat, pasiv, ticuri, mișcări parazite, tremurături),
- interesarea de rezultatele obținute (spirit de competiție, dorește să facă mai bine, indiferențist),
- expresia verbală (tulburări de vorbire).

Anamneză.

1. Date biografice:

Vârsta, profesia

Relațiile cu părinții (divorț, adopțiune)

Relațiile cu familia

Copilăria (carența afectivă, exces de autoritate)

2. Antecedente eredocolaterale:

Prezența alcoolismului

Suicid

Afecțiuni psihice sau somatice ale unuia din părinți (necesitând internare)

3. Antecedente patologice:

Afecțiuni somatice

Psihoze afective cu un episod depresiv ignorat în tinerețe

Alte afecțiuni psihice manifestate clinic (subclinic sau neobservate)

4. Istoricul bolii actuale:

Debut: brutal, exploziv, lent

5. Manifestări în sfera comportamentului:

Relatări ale anturajului

Tentative de suicid (reușite, nereușite)

Acte de violență, accidente.

Convorbirile (I).

Planul de convorbire cu subiectul va include:

1. *Nume, prenume, vârstă, studii, starea civilă, profesiunea, locul de reședință.*

2. *Simptomele.*

3. *Prima copilărie (până la intrarea în școală).*

Care au fost relațiile subiectului cu familia (separat cu mama, tata, frați, surori, care este diferența de vârstă)

Dacă subiectul își amintește întâmplări neplăcute (accidente, sperieturi, lovituri, căderi de la înălțime, atacuri de animale, certuri între părinți)

Descrierea situației în familie (profesiunea părinților, copil natural sau adoptat, părinți divorțați, frați vitregi)

Comportarea: dacă a fost copil vioi sau liniștit; dacă îi place societatea de aceeași vârstă, a copiilor mai mici sau a oamenilor maturi; dacă visează urât noaptea; dacă se speria ușor; dacă a fost cuprins în grădiniță

Situația economică a familiei; dacă a trebuit să muncească înainte de intrarea în școală; dacă a suferit lipse materiale.

Convorbirile (II).

4.Vârsta școlară.

Cum s-a adaptat la specificul vieții de școală; dacă a luat premii; dacă a învățat bine, dacă înțelege ușor; dacă a avut randament școlar în unii ani față de alții; dacă a fost elev bun până la un punct și apoi nu a putut face față școlii.

Dacă a avut condiții materiale pentru a învăța; dacă au fost conflicte pe parcurs cu părinții, cu profesorii, cu colegii sau din motive sentimentale, dacă a suportat ușor criza pubertară.

5.Viața profesională.

Dacă face meseria, profesia pentru care s-a pregătit; care sunt relațiile în mediul profesional; cum se înțelege cu șefii, cu colegii; ce planuri de viitor are; tot ce spune spontan în legătură cu profesiunea.

6.Viața familială.

Cum se înțelege cu soțul (soția), cu părinții (socrii); cu copiii; dacă a avut traume psihice din cauza lor; vârsta soțului (soției)

Testele și chestionarele

Neverbale (hârtie- creion)

Proiective.

Interviul motivațional.

IM a fost inițial utilizat în tratamentul adicțiilor.

Mai este încă utilizat în același scop, dar devine tot mai mult un instrument care ajută la producerea schimbării.

Definiție.

Un tip de conversație, în cadrul căreia se oferă o atenție deosebită discursului de schimbare, menit să consolideze motivația și angajamentul personal, evocând motivele persoanei pentru a se schimba, într-o atmosferă de schimbare și compasiune.

Spiritul IM.

1. Colaborare: 2 experți
versus *Confruntare*

2. Evocare: mijloacele și motivarea sunt deja prezente
versus *Educație*

3. Respect față de autonomia pacientului: pacientul are
dreptul și capacitatea de a face alegeri
versus *Autoritate*.

În cazul bolii mintale severe, noi avem tendința de a prelua controlul asupra situației chiar și atunci, când nu este necesar sau chiar este contra-productiv.

Stilul de comunicare în IM (I).

Direcționare: instrucțiuni, sfaturi.

„Eu știu ce ai de făcut și cum trebuie să faci aceasta”

Urmare: ascultare, înțelegere.

„Tu știi ce-i mai bine pentru tine și eu te susțin în aceasta”

Ghidare: colaborare, confirmarea autonomiei (IM)

„Tu știi ce dorești și eu te pot susține în aceasta”.

Stilul de comunicare în IM (II).

Ghidare: diferă de direcționare (*Eu știu ce ai de făcut și cum vei face aceasta*) sau de urmare (*Ascultă și înțelege, tu știi ce-i mai bine și eu te susțin în aceasta*).

Ghidarea este de fapt cea mai motivațională abordare.

Exemplu: persoana spune—*Eu chiar trebuie să renunț la fumat, însă eu de fapt nu voi putea face acest lucru.*

Îi puteți spune două lucruri: sau puteți accentua—*OK, nu vei putea face aceasta SAU Doriți cu adevărat să renunțați la fumat? Acum nu știți cum s-o faceți, haideți să lucrăm asupra la aceasta. Dacă vă interesează, vă pot povesti din experiența proprie sau din experiența altui client.*

Dacă spune Da, este momentul să începem psihoeducația, care implică a spune ce este de făcut.

Bazele teoretice ale IM.

- **Teoria disonanței cognitive (Festinger, 1957)**
- **Empatie (Rogers, 1959)**
- **Teoria auto-perceperii (Bem, 1967)**

Rezultatul depinde de:

- *Abilitățile specialistului de ascultare reflexivă (empatie).*
- *Discrepanța simțită de client (disonanța cognitivă).*
- *Volumul discursului de schimbare al clientului (auto-perceperea).*

Aplicarea IM.

- Ca pregătire pentru tratament;

Dispuneți de o serie de instrumente, terapii, medicamente, pe care le puteți utiliza, însă în cazul unei persoane care pur și simplu nu se gândește la schimbare, cu toate aceste instrumente și medicamente nu se va ajunge la schimbare.

- În caz de stagnare a tratamentului;

Mă comport eu oare bine în interacțiunea cu pacientul?

- Ca stil permanent de conversație

Cu persoana

„Este mai mult, decât un set de tehnici pentru a face consiliere.

Este un fel de a fi cu clienții” (Miller & Rollnick, 1991)

4 Procese în IM.

- Implică-te: construirea unei relații de încredere și respect
- Focusează-te: pe agenda clientului
- Evocă: motive pentru schimbare
- Planifică: elaborează un plan de acțiuni în vederea schimbării.

Schimbarea: când ajungeți la această etapă, întrebați ce schimbare anume se dorește.

De exemplu, în tratamentul adicției, inițial se pune un accent puternic pe abținerea completă.

Când cineva spune că a încercat de 12 ori să renunțe la fumat, puneți mai multe întrebări referitor la aceasta – pentru cât timp ai reușit să renunți, de către ori, spune-mi mai multe.

Planifică (cum și când să facem schimbarea?)

Evocă (de ce să schimbăm?)

Focusează-te (ce să schimbăm?)

Implica-te (pe aceiași cale?)

Implică-te (sunteți pe aceeași cale?).

- Stabilește o relație de lucru;
- Înțelege dilema pacientului;
- Investighează așteptările pacientului;
- Oferă speranță.

Cel mai important : empatie, ascultare reflexivă.

Înțelegeți motivația pacientului

Motivele pacientului pentru schimbare, nu ale dvs pot, de regulă, declanșa o schimbare comportamentală.

Utilizați cât mai optimal posibil timpul rezervat pentru consultații—întrebați-i pe pacienți de ce ar dori să facă o schimbare și cum ar putea-o face—în loc de a le spune că trebuie să se schimbe.

La bază **ÎAAS** (Întrebări deschise, Afirmare, Ascultare reflexivă, Sumar) stă empatia—abilitatea de a înțelege gândurile, sentimentele, precum și conflictele pacientului, din punctul său de vedere.

Abilități de ascultare.

- **A**ceptare necondiționată;
- **Î**ntrebări deschise;
- **A**firmare;
- **A**scultare reflexivă;
- **S**umar.

Întrebările deschise.

Întrebări, la care nu putem răspunde, „da” sau „nu” sau cu orice alt „răspuns dintr-un singur cuvânt” .

Ce s-a întâmplat?

Cum te uiți la aceasta?

Ce ai în vedere, când spui...?

Ce?,

Unde?,

Cum?,

Povestește-mi, te rog, despre ...

La întrebările deschise nu se poate răspunde cu da sau nu.

Întrebările deschise scot la iveală date mai puțin părtinitoare, deoarece ele le permit oamenilor să-și povestească istoria lor.

Provoacă obținerea informațiilor importante, care nu ar fi putut fi aflate în alt mod.

Întrebările închise deseori deteriorează relația cu pacientul, reduc relațiile empatică și, paradoxal, iau prea mult timp din consultație.

Afirmare.

- Exprimați apreciere pentru persoană sau caracteristicile sale pentru a-i consolida auto-eficiența;
- Orientați-vă spre caracteristicile/competențele interesante ale lui;
- Suntem pozitivi, dar autentici.

Afirmațiile.

Afirmațiile sunt propoziții de apreciere, care sunt importante pentru construirea și menținerea relațiilor.

Acestea apreciază eforturile de schimbare, indiferent dacă sunt mari sau mici.

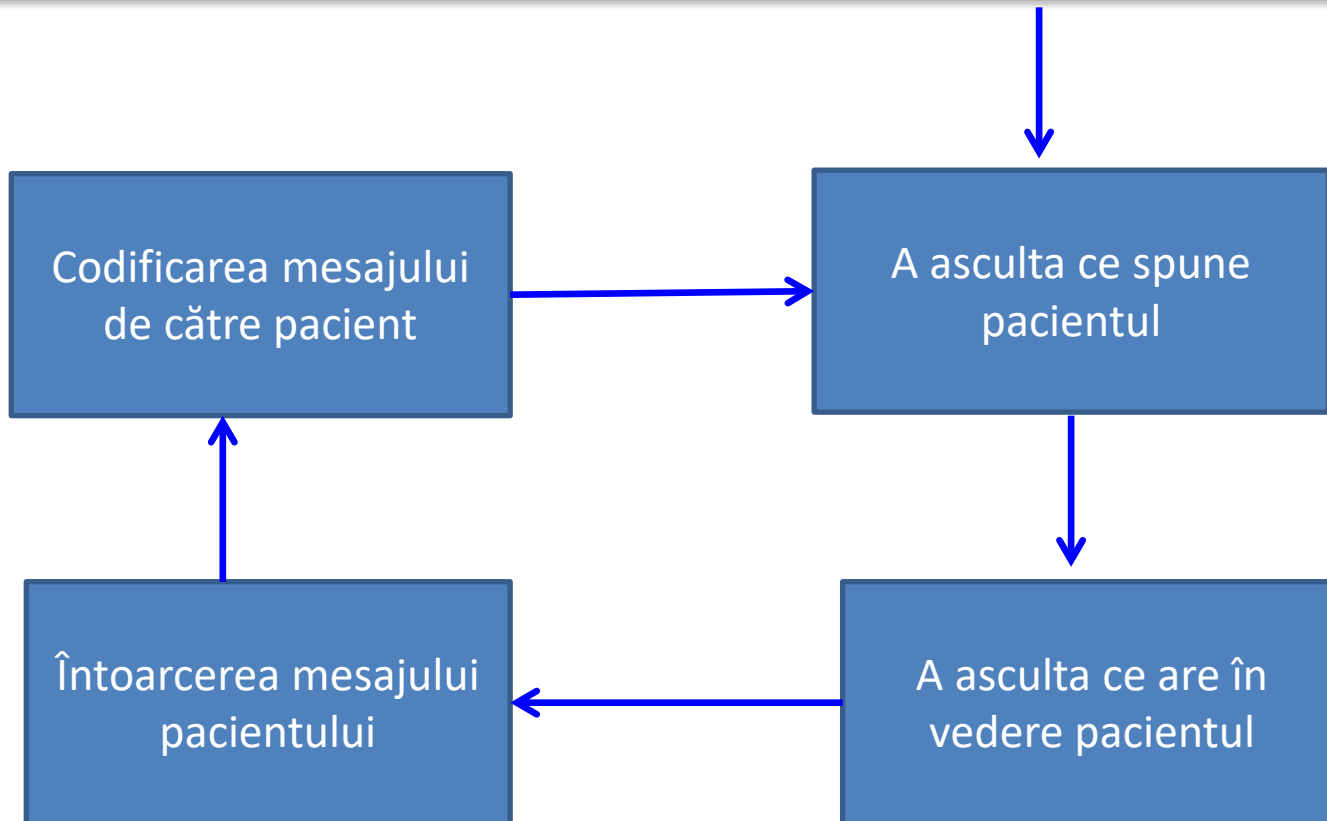
Ascultați pacientul.

„Un practician care ascultă, chiar dacă o face doar pentru o minută, n-are o altă preocupare, decât a înțelege viziunea și experiența persoanei” (Rollnick, Miller & Butler, 2008)

Capacitatea de a asculta este de fapt o abilitate clinică complexă.

O bună ascultare îl poate face pe pacient să simtă de parcă ar fi petrecut cu specialistul mai mult timp, decât a petrecut de fapt și să economisiți timp.

Ascultarea reflexivă (I).



- *Reflecțiile voastre nu sunt corecte, dacă pacientul spune NU.*
- *Aceasta însă nu se întâmplă, dacă „îi întoarceți pacientului mesajul său”.*
- *Codificarea mesajului pacientului vă oferă noi informații.*
- *Reflecția este o afirmație.*

Ascultarea reflexivă (II).

Exprimați sau faceți o presupunere fondată referitor la ceea ce are în vedere pacientul (reflectarea conținutului) sau simte (reflectarea sentimentului)

O reflecție bună este o afirmație, nu o întrebare.

Ascultarea reflexivă (III).

Exprimați sau faceți o presupunere fondată referitor la ceea ce are în vedere pacientul (reflectarea conținutului) sau simte (reflectarea sentimentului)

O reflecție bună este o afirmație, nu o întrebare.

Ajută la înțelegerea viziunii pacientului, evidențiază afirmațiile sale pozitive despre schimbare și atenuează rezistența.

Rezistența apare de cele mai multe ori atunci, când pacientul percepe o pierdere a libertății sau a posibilității de a alege.

Reacțiile reflexive fac ca interacțiunea să se îndepărteze de la lupta pentru putere spre direcția schimbării.

Sumar (I).

Ordonăți informația pentru a fi concisă și, prin urmare, selectivă.

- sumarul este concis, nu repetă totul;
- este necesar de a selecta, fapt prin care se pune un accent suplimentar pe elementele importante.

Sumar (II).

- ❖ Mai lung decât reflecțiile;
- ❖ Utilizat pentru a trece la o altă temă;
- ❖ Evidențiază ambele aspecte ale ambivalenței pacientului sau face o recapitulare a punctelor strategice pentru a asigura înțelegerea continuă.

„Ai câteva motive pentru a dori să iei cu regularitate medicamentele contra bolii; spui că mama ta nu te va mai sâcâi referitor la aceasta și vei putea juca baschet mai consecvent.

Pe de altă parte, spui că e o întreagă bătaie de cap cu ele și că n-au gust bun.

Așa este?”

Rezistența.

NU ESTE:

- ❖ O trăsătură de personalitate;
- ❖ Semn al unei patologii severe;
- ❖ A nu face ceea ce-ți spune specialistul.

ESTE:

- ❖ O expresie a faptului că persoana nu mai merge în aceeași direcție a schimbării;
- ❖ Ceva, care are loc în procesul de interacțiune;
- ❖ Un semn de disonanță în relație; s-a pierdut conexiunea;
- ❖ O sarcină pentru specialist.

Mulți pacienți au remarcat același lucru: specialistul îi spune pacientului—iată, ai o stare depresivă, trebuie să iei un medicament antidepresiv.

Dacă refuzi să iei antidepresivul, nu mai pot face nimic pentru tine, deoarece tu pur și simplu refuzi tratamentul meu. —>

Un asemenea mesaj nu este util, chiar dacă intuiția noastră profesională ne spune să acționăm în acest mod.

Rezistența= discuția de susținere și dezacordul

Dubiile privind comportamentul țintă sunt exprimate prin discuția de susținere:

„Mă îndoiesc privind necesitatea de schimbare”:

„N-am nevoie de pastile”.

Nemulțumirea față de specialist este exprimată prin dezacord în relație:

„Să nu mă impuneți să mă schimb”;

„Nu înțelegeți problema mea”.

Cum recunoaștem dezacordul?

Spune „da”, însă de fapt are în vedere „nu”

- Polemizează;
- Întrerupe;
- Deneagă;
- Schimbă tema.

Divergențele pot avea diverse forme—poate fi cineva foarte supus, care spune „da, voi face asta”, însă acționează cu „nu”.

Diferență importantă: polemică vs. dialog.

A polemiza—a convinge pe cineva să-ți urmeze opinia.

Este necesar de a trece de la polemică—>la dialog.

În dialog nu știi ce dorești să înveți.

Cum să facem față dezacordului și discuției de susținere?

- ❖ Recunoașteți ce se întâmplă;
- ❖ Reconectați-vă;
- ❖ Utilizați întrebări deschise, asertive, ... (ÎAARS);
- ❖ Recadrați.

Focusare (ce schimbăm?)

- ❖ Procesul de dezvoltare și menținere a unei direcții pentru schimbare;
- ❖ Echilibrul dintre dorințele pacientului și posibilitățile specialistului;
- ❖ Luarea în comun a deciziilor privind scopurile;
- ❖ Stabilirea unei agende.

Evocare (de ce schimbăm?)

Evocați și aprofundați motivele pacientului pentru a se schimba.

Condiții pentru schimbare

Pregătirea discursului de schimbare:

- Dorință/nu angajament (*Ași dori să...*);
- Auto-eficiență (*Eu pot...*);
- Motive pentru schimbare (*Dacă mă schimb, atunci...*);
- Necesitatea (*Eu am nevoie să ...*).

Mobilizarea discursului de schimbare:

- Este gata (*Eu voi..*);
- Întreprinde pași (*Eu deja am ...*).

Recunoașterea discursului de schimbare

Discursul de schimbare este orice exprimare verbală a pacientului, care favorizează mișcarea în direcția schimbării.

Discursul de schimbare este prin definiție legat de o anumită țintă de schimbare comportamentală.

DARN –

4 exemple de discurs de schimbare

1. Dorința de a schimba

Eu doresc, eu vreau, eu ași dori

2. Abilitatea de a schimba

Eu pot, eu aș putea

3. Rațiuni pentru a schimba

Dacă.....atunci

4. Necesitatea de a schimba

Am nevoie să, trebuie să, am de

Un pacient, care spune: „*Eu doresc*” este diferit de un pacient care spune: „*Eu pot*”.

„*Eu doresc*” exprimă ceva prealabil și, prin urmare, va trebuie să mai continuați cu prudență explorarea.

Un pacient, care spune: „*Eu pot*” se află la o altă etapă a schimbării, mai afirmativă și va avea deci nevoie de o altă reacție din partea dvs.

Planificați (cum și când veți schimba?)

De la discuții la implementare

SMART

- Specific,
- Măsurabil,
- Acceptabil,
- Realist,
- Temporizat.

SMART (pentru alcool)

Specific: vorbim despre abținere, despre reducerea cu 5 băuturi pe săptămână?

Măsurabil: cu jumătate de litru mai puțin? cu o sticlă de vin mai puțin pe săptămână?

Acceptabil: dacă persoana nu dorește să devină chiar abstinentă, acesta nu va fi un scop acceptabil.

Realist: trebuie să fie fezabil de către persoană—de exemplu, pe o insulă pustie, unde nu este alcool, aceasta este ușor de făcut. Însă noi trăim într-o lume, în care întotdeauna avem alcool în jurul nostru.

Temporizat: în decurs de 6 luni, eu voi X XX XX.

Mesaje Cheie IM (I):

Ambivalența este un pas normal spre schimbare (Conform modelului schimbării, aceasta este etapa contemplării).

Persoanele pot rămâne blocate în ambivalență o perioadă îndelungată.

Definiția IM: O metodă centrată pe persoană, direcționată spre scop de a le ajuta oamenilor să se schimbe, trecând prin ambivalență.

Scopul IM: Are scopul specific de a le ajuta oamenilor să se miște în direcția schimbării, trecând prin ambivalență.

Mesaje Cheie IM (II):

Nu uitați de reflexul de corectare al persoanei, care ajută și efectul său predictibil atunci, când vorbim cu o persoană ambivalentă.

Probleme de convingere și confruntare.

Un continuum de stiluri: Direcționare - - - Ghidare- - - Urmare.

Trei aspecte ale spiritului de bază al IM: Colaborare, Evocare, Suport pentru autonomie.

Patru principii ale IM: Empatie, Discrepanță, Rezistență, Auto-eficiență.

Activarea comportamentală

Activarea comportamentală este o intervenție puternic individualizată și adaptată pacientului, cu un cadru de lucru bine structurat, bazat pe nevoile specifice fiecărui individ.

AC este folosită preponderent în intervenția **stărilor depressive**, în care problemele unui individ vulnerabil reduc abilitatea acestuia de a experimenta întăriri pozitive din partea contextului, deși poate fi utilizată și în tratarea anxietății generalizate și stresului posttraumatic.

AC țintește scăderea frecvenței rumațiilor depresive și îndemânarea pacientului de a se focaliza pe alte activități, dar, de asemenea, și comportamentele de evadare și evitare.

AC evaluează și analizează atât evenimentele, care apar în viața pacientului, cât și răspunsurile comportamentale pe care acesta o dă acestor situații.

Activarea comportamentală

Activarea comportamentală are **scopul** de a activa pacienții prin modalități specifice, de a intensifica unele comportamente, care vor duce la o creștere a experiențelor cu funcție de întărire în viața acestora.

Aceste recompense pot fi interne (plăcerea sau impresia/senzația de realizare) sau externe (cum ar fi atenția socială).

Activarea comportamentală solicită din partea pacientului un angajament de implicare într-o serie de comportamente, care abia după aplicare vor genera plăcere și productivitate.

Toate tehnicile de activarea comportamentală respectă principiile de bază ale creșterii activării și a angajamentului pentru viață.

Unul dintre principiile de bază ale activării comportamentale este, în cazul persoanei cu o stare depresivă, că ea realizează o serie de comportamente evitante, consecință a lipsei de consolidare pozitivă și a predominării unor situații puțin stimulative.

Această tendință se poate manifesta prin evitarea perturbarea sarcinilor și activităților de zi cu zi, prin gânduri ruminative sau prin interacțiuni, pe care individul le are sau nu cu alte persoane.

Implementarea activării comportamentale se realizează în următorii patru pași:

- (1) monitorizarea activităților actuale,
- (2) conceperea unei liste cu activități recompensatorii,
- (3) planificarea și
- (4) efectuarea acestor activități.

Monitorizarea:

Pacientul este rugat să conceapă o listă cu toate activitățile, în care se angajează de-a lungul zilei.

În vederea acestui lucru, se poate utiliza Programul activităților săptămânale ale pacientului (Fișa de lucru).

Pacientul evaluează activitatea fiecărei ore pe două dimensiuni: (1) plăcere și (2) pricepere.

Fiecare dimensiune este evaluată pe o scală de la 0 (lipsa totală a plăcerii/priceperii) la 10 (nivel maxim de plăcere/permanență).

„Priceperea” este definită ca sentimentul de eficacitate sau realizare.

De obicei, rezultatele acestei monitorizări arată că pacientul se angajează foarte rar în activități recompensatorii.

Foarte des, pacientul petrece multe ore, efectuând activități cu nivel scăzut de recompensare, cum ar fi urmărirea televizorului, șederea pasivă sau rumațiile.

În alte cazuri, pacientul s-ar putea angaja în unele activități, care i-ar induce sentimentul de plăcere sau pricepere, dar nu o face din cauza unor gânduri negative, care interferează cu buna dispoziție.

Aceste gânduri negative pot fi identificate și atacate cu ajutorul tehnicilor cognitive.

Conceperea unei liste cu activități recompensatorii.

În următorul pas, pacientul este rugat să conceapă o listă cu activități, în care se poate angaja și care au un nivel de recompensare ridicat.

Pe această listă ar trebui trecute activitățile, care îi fac plăcere pacientului în prezent, cele care îi făceau plăcere înainte să fie depresiv, precum și cele în care și-ar fi dorit să se angajeze, dar nu a făcut-o niciodată.

Planificarea activităților recompensatorii.

În continuare, pacientul va trebui să programeze pe fiecare zi efectuarea unei activități de pe listă.

De asemenea, poate fi îndemnat să evalueze dinainte măsura, în care îi va face plăcere sau va experiența sentimentul de pricepere în urma efectuării comportamentului respectiv, pe o scală de la 0 la 10.

În acest scop, vă veți putea folosi de Programul de planificare săptămânală a activităților pacientului: Preconizarea nivelului de plăcere și pricepere resimțite (Fișa de lucru).

Efectuarea activităților planificate.

În sfârșit, pacientul va trebui să se angajeze în efectuarea activităților planificate conform programului și va trebui să evalueze nivelurile de plăcere și performanță resimțite.

În acest scop, puteți folosi Programul activităților săptămânale ale pacientului (Fișa de lucru).

Terapia de rezolvare a problemelor.

Terapia de rezolvare a problemelor (PST) este o formă de psihoterapie (1971).

Acesta este un tip de terapie, în care pacientul învață să-și identifice problema și să creeze strategii eficiente pentru a o rezolva, prin învățarea unei serii de abilități, în timp ce terapeutul recomandă implementarea acestora.

Aceasta ajută persoanele să dezvolte abilități de coping pentru a gestiona sărătoarele experiențe de viață.

Este o terapie de concentrare asupra problemei în acest moment.

Se mai numește terapie pe termen scurt sau rezolvarea problemelor structurate.

Dacă este vorba de un pacient cu o stare depresivă și medicul suspectează că provine de la probleme de viața de zi cu zi, acesta poate recomanda PST.

Această terapie poate ajuta pacientul să dezvolte strategii pentru rezolvarea acestor probleme.

La rândul său, poate ameliora simptomele stării depresive.

Indicații ale PST?

- stări depresive.
- stări anxioase
- stări corelate cu stresul
- probleme de auto-vătămare deliberată
- probleme de relație interpersonală.

În timpul PST:

Terapeutul va învăța pacientul cum să folosească un proces pas cu pas pentru rezolvarea problemelor.

Acestea vor ajuta să se:

- identifice problemele,
- vină cu mai multe soluții realiste,
- selecteze soluția cea mai promițătoare,
- elaboreze și implementeze un plan de acțiune,
- evalueze cât de eficient a fost încercarea de rezolvare a problemelor.

Terapia include:

- psiho-educație pentru a învăța pacientul abilitățile de a face față stării depresive;
- exerciții interactive de rezolvare a problemelor;
- îmbunătățirea abilităților de comunicare.
- sesiuni.

Acesta poate fi livrat de un terapeut în timpul sesiunilor unu-la-unu sau de grup.

PST se poate desfășura într-un cadru de îngrijire primară de la un medic generalist, cum ar fi medicul de familie.

Terapia include:

- psiho-educație pentru a învăța pacientul abilitățile de a face față stării depresive;
- exerciții interactive de rezolvare a problemelor;
- îmbunătățirea abilităților de comunicare.
- sesiuni.

Acesta poate fi livrat de un terapeut în timpul sesiunilor unu-la-unu sau de grup.

PST se poate desfășura într-un cadru de îngrijire primară de la un medic generalist, cum ar fi medicul de familie.

Dezvoltarea psihiatriei. Clasificarea tulburărilor mintale și de comportament conform CIM-10 și DSM 5.

PSIHOPATOLOGIA GENERALĂ

(Semiologie Psihiatrică):

Tulburările de percepție, de memorie, de gândire, a proceselor afective, de conștiință, psihomotorii și volitive.

Curs 2

Dr. în medicină, conferențiar universitar – Inga Deliv

Protoistoria psihiatriei.

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.

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.

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”.

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.

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 psihopaticice.

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

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).

Meprobamatul (1950), **chlordiazepoxidul** (1955), **iproniazidul** (1951), **imipramina** (1951), **fluoxetina** (1988).

În 1991 a apărut **Sertralina**, în 1992-**Paroxetină** și în 1998-**Citalopram**.

În 1984 Janssen Pharmaceuticals a sintetizat **risperidona**.

În 1996, Eli Lilly a adus la vânzare un medicament antipsihotic atipic **olanzapină** (marca Zyprexa).

Un an mai târziu, FDA a aprobat **quetiapina** Astra Zeneca (marca Seroquel).

Dezvoltarea psihiatriei în Moldova

Începutul asistenței medicale specializate în **Moldova** debutează odată cu deschiderea primului spital local din orașul Chișinău în 1817, printre pacienții cărui se numărau și alienații mintali.

Problema alienaților 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.

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

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.

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

Dezvoltarea psihiatriei în Moldova

La 22 iulie 1895, director al instituției este desemnat **Wladislaw 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), **B. Morozov** (1950-1970), **M. Zineac** (1970-1986), **C. Turcan** (1986-2010), **M. Hotineanu** (2010-2015).

Actualul director este **Victor Furtună**.

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

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.

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).

Actualul șef de catedră este dl **Anatol Nacu**, profesor universitar (2013), membru al Asociației Internaționale de Psihanaliză (2005) și al Societății Române de Psihanaliză (2013).

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

*Organizarea serviciilor de
sănătate mintală.*

Perspectiva istorică

- În secolul XVII, nebunia era apreciată drept o stare fizică.
- Numărul crescând al persoanelor sărace cu disfuncții mintale a fost îngrijorător, aceștia fiind întemnițați în închisori publice, case pentru săraci și în spitale.

Perspectiva istorică

- În primele decenii ale secolului al XVIII, opinia dominantă era că persoanele ce sufereau de boli mintale sunt incurabile și erau tratate ca **rasă inferioară omului.**
- Aceștia erau închiși în locuri speciale.

Dezvoltare istorică a serviciilor de sănătate mintală în ultimii 150 de ani.

- Perioada I descrie dezvoltarea azilurilor, între 1880 și 1950;
- Perioada II este cea a declinului azilurilor, de prin 1950 până la 1980;
- Perioada III se referă la reforma serviciilor de sănătate mintală, începând aproximativ din 1980.

Perioada I (1880-1950) descrie dezvoltarea ospiciului:

1. Se construiesc aziluri;
2. Crește numărul de paturi;
3. Rol redus al familiei;
4. Personal – doar medici și asistente medicale

Perioada II (1950-1980)- declinul ospiciului:

Azilurile sunt neglijate;

1. Scăderea numărului de paturi;
2. Rolul familiei crește, dar nu este pe deplin recunoscut;
3. Apar specialitățile de psiholog clinic, terapeut ocupațional și lucrător/asistent social;
4. Apar tratamente eficiente, începe evaluarea tratamentelor și standardizarea sistemelor de diagnostic;
5. influența crescândă a psihoterpaiei individuale și de grup;
6. Focalizarea asupra controlului farmacologic și resoacIALIZĂRII;
7. pacienții mai puțin dizabilitați sunt externați din aziluri

Perioada III – din 1980 până în prezent:

1. Dezvoltarea serviciilor alternative celor tradiționale;
2. Crearea serviciilor centrate pe comunitate;
3. Accent pe lucru în echipă.

Sisteme principale de clasificare a tulburărilor psihiatrice (în aplicații clinice sau în cercetare):

- **Sistemul ICD-10** (Clasificarea Internațională a bolilor - CIM-10, 1992), propus de Organizația Mondială a Sănătății (WHO), folosit pe scară mondială și
- **Sistemul DSM-V** (Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale) al „Asociației Psihiatrice Americane” (*American Psychiatric Association*, 2013).

CIM-10 (ICD-10)

- F00-F09 Tulburări mentale organice, inclusiv simptomatice
- F10-F19 Tulburări mentale și comportamentale datorate utilizării de substanțe psihoactive
- F 20-F29 Schizofrenia, tulburările schizotipale și tulburările delirante
- F30-F39 Tulburări ale dispoziției (afective)
- F50-F59 Sindroame comportamentale asociate cu tulburări fiziologice și factori somatici
- F60-F69 Tulburări ale personalității și comportamentului adultului
- F70-F79 Retardare mentală
- F80-F89 Tulburări ale dezvoltării psihologice
- F90-F98 Tulburări comportamentale și emoționale cu debut în copilărie și adolescență
- F99 Tulburare mentala nespecificată

DSM-V:

Clasificarea DSM se bazează pe un „sistem multiaxial”, care organizează diagnosticul psihiatric pe cinci nivele („axe”):

Axa I: Tulburări clinice, incluzând tulburările mintale majore, precum și tulburările de dezvoltare și de învățare;

Axa II: Tulburări de înțelegere și ale personalității, precum și retardarea mintală;

Axa III: Condițiile medicale generale, care pot influența manifestările psihopatologice;

Axa IV: Factori psihosociali și de mediu care contribuie la apariția tulburărilor psihice;

Axa V: Evaluarea globală a funcțiilor psihice (cu un calificativ între 1 și 100).

DSM 5 reprezintă instrumentul de diagnosticare al Asociației Americane de Psihiatrie (APA):

- Tulburările de neurodezvoltare
- Tulburările din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice
- Tulburarea bipolară și tulburările înrudite
- Tulburările depresive
- Tulburările anxioase
- Tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburările înrudite
- Tulburările asociate traumei și factorilor de stres
- Tulburările disociative
- Tulburarea cu simptome somatice și tulburările înrudite
- Tulburările de comportament alimentar
- Tulburările de eliminare
- Tulburările ciclului somn-veghe
- Disfuncțiile sexuale
- Disforia de gen
- Tulburările de comportament disruptiv, de control al impulsurilor și de conduită
- Tulburările legate de consumul de substanțe și dependențe
- Tulburările neurocognitive
- Tulburările de personalitate
- Tulburările parafilice
- Alte tulburări mintale.

Psihopatologie

- Disciplină care se ocupă cu tulburările activității psihice; patologia psihicului. – din fr. Psychopathologie, sursa: DEX '09
- Dictionarul LAROUSSE consideră că există o sinonimie între psihopatologie și psihologia patologică (disciplina având drept obiect studiul tulburărilor de comportament, de conștiință și de comunicare);
- Pentru unii autori psihopatologia este un studiu sistematic care presupune evidențierea etiologiei, simptomatologiei și evoluției bolilor mintale, iar alții consideră că este parte a psihologiei patologice care se ocupă cu boala psihică, cu manifestările psihice ale bolii somatice sau cu dezadaptarea.

Percepția

- **Senzațiile** - sunt modalități de reflectare a trăsăturilor particulare ale obiectelor și fenomenelor ambianței în creierul subiectului uman, datorate acțiunii excitanților (sunet, lumină, frig, umiditate, presiune, etc.) asupra anumitor receptori.
- **Percepția** este o funcție psihică complexă, de reflectare a caracteristicilor obiectelor și fenomenelor în totalitatea lor, în momentul acțiunii nemijlocite a acestora asupra receptorilor.

Tulburările de percepție

Pot fi:

a) **Cantitative**: - Hiperestezii; - Hipoestezii; - Anestezii;

b) **Calitative**: 1. Agnozii, 2. Iluzii; 3. Halucinații (propriu-zise, pseudohalucinații); 4. Dereglări de sinteză senzorială (psihosenzoriale):

- Metamorfopsii (micropsii, macropsii, poropsii, dismegalopsii, displatopsii, autometamorfopsii);
- Alte tulburări psihosenzoriale (cenestopatii, derealizarea, depersonalizarea, dismorfofobia, dismorfomania, fenomene de tip: déjà vu, jamais vu, déjà entendue, déjà connu, jamais connu, déjà vécu, jamais vécu)

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 (cecitarea 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

4. Tactile: halucinația higrică (pacientul percepe propriul corp ca umed sau invers, foarte uscat); halucinația haptică (pacientul simte că cineva îl apucă de umăr și îl trage în spate).

5. Halucinații interoceptive (viscerale) – sunt sub aspectul schimbării formei, localizării diferitor organe sau sub aspectul perceperii unui corp străin, unei ființe în interiorul corpului, ori ca și absență a anumitor organe interne, etc.

6. Halucinații proprioceptive (motorii, kinestezice) – sunt impresii de mișcare ale unor segmente corporale sau a corpului în întregime.

7. Halucinații plurisenzoriale se caracterizează din punct de vedere psihopatologic prin asocierea mai multor modalități de halucinații prezente simultan la același pacient.

4) Dereglările de sinteză senzorială (psihosenzoriale):

- **Metamorfopsii**

- *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;
- *autometamorfopsii* (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.

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

Tulburările de memorie (dismnezii)

- sunt sistematizate în:

1. Dismnezii cantitative: Amnezia, Hipomnezia, Hipermnezia.
2. Dismnezii calitative sau paramnezii: Confabulația (halucinația de memorie), Criptomnezia, Pseudoreminescența, Ecmnezia, Anecforia.

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 durata 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.

- **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.

Dismnezii calitative sau paramnezii

- **Confabulațiile** sau halucinațiile de memorie - constau în suplinirea “golurilor” din memorie cu evenimente imaginare, netrăite (care nu au existat).
- Acestea au un caracter fantastic sau sunt identice cu scene din vis, însă bolnavii le percep ca fiind reale, adevărate. De exemplu, unii pacienți, fiind internați de mult timp în spital relatează că ieri au fost acasă, s-au întâlnit cu soțul/soția, au fost la piață, au cumpărat produse alimentare, au efectuat unele lucrări prin gospodărie. În confabulațiile fantastice, relatările pacienților pot fi totalmente rupte de realitatea prezentă, având adeseori conținut stupid.

Dismnezii calitative sau paramnezii

- **Criptomnezia** – o tulburare de memorie caracterizată prin incapacitatea persoanei de a diferenția evenimentele trăite de ea cu cele din vis, citite sau auzite.
- Este o paramnezie, în cadrul căreia subiectul își atribuie materiale mnezice (citite sau auzite), bolnavul prezentând operele sau creațiile ca fiind producție proprie (denumită și plagiat involuntar) – criptomnezie de asumare.
- Criptomnezia apare în schizofrenie, psihozele presenile și senile, retardul mintal, demențe, traume craniocerebrale.

Dismnezii calitative sau paramnezii

- **Pseudoreminescențele** constau în reproducerea unor evenimente reale trăite în trecut, ca și evenimente ce se desfășoară în prezent. Apar în demențe.
- **Ecmnezia** reprezintă o tulburare globală a memoriei, în care pacientul, datorită deteriorării semnificative a memoriei, confundă totalmente prezentul cu trecutul (face impresia că trăiește într-o cu totul altă dimensiune de timp). Astfel, pacienți senili se consideră tineri, adolescenți. Se întâlnește în demență, în cadrul delirului senil.
- **Anecforia** - tulburare mai ușoară a memoriei, întâlnită în surmenaj, în forme pre-demențiale, reprezentând posibilitatea reproducerii unor amintiri pe care subiectul le crede de mult uitate. Rememorarea are loc în condițiile, în care sunt sugerate unul sau mai multe elemente ale trecutului. Se întâlnește frecvent la pacienții cu demență vasculară.

Sindroame psihopatologice care sunt referite la tulburările memoriei

- **Sd. psihoorganic** (Psihosindromul Organic Cerebral)

- (1) diminuarea memoriei (tulburări globale antero-retrograde ale memoriei);
- (2) diminuarea capacității de a înțelege sensul fenomenelor, evenimentelor ce au loc în ambianță, dar și a vorbirii adresate;
- (3) diminuarea până la pierderea totală a capacității de a-și controla emoțiile (reacții emoționale exagerate, necontrolate în raport cu stimulul care le provoacă, trecerea facilă de la râs la plâns, etc.).

- **Sd. Amnestic Korsakoff** - caracterizat prin triada:

- (1) amnezia de fixare (pacientul nu poate însuși informații noi, nu ține minte evenimentele care au loc aici și acum, dar poate să-și amintească informații însușite în copilăria precoce);
- (2) dezorientarea temporo-spațială de tip amnezic;
- (3) prezența confabulațiilor, pseudoreminiscentelor, criptomneziilor, ecmneziei.

TULBURĂRILE DE GÂNDIRE

A. 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, ”Insertia” gândurilor,

B. 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.

B. 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;

B. 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;

B. 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;

B. 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).

Idei delirante:

1. De tip expansiv (de grandoare, de invenție, de filiație, de reformă, idei mistice, erotomanice)

2. De tip depresiv (de persecuție, de otrăvire, de prejudiciu, de vinovăție, hipocondriace, de referință, de control a gândirii, de furt sau extragere a gândirii)

1. Idei delirante sistematizate (au o singură temă, max. Două, pe care subiectul încearcă să le susțină și să le argumenteze, aceste teme sunt relativ constante în timp)

2. Idei delirante nesistematizate (se manifestă prin prezența mai multor teme delirante, tipuri de idei sau fragmente de idei, a căror prezentare este dezordonată și lipsită de argumentare)

Sindroame psihopatologice care sunt referite la tulburările gândirii

- Sd. obsesiv-fobic
- Sd. obsesiv-compulsiv
- Sd. Hipocondriac
- Sd. Paranoial
- Sd. Paranoid (halucinator-paranoid)
- Sd. Parafren
- Sd. automatismului psihic (Kandinsky-Clerambault)
- Sd. Capgras (delir de Intermetamorfoză)
- Sd. Cotard (delir de negare)

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, „Incontinenta” 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

Clasificarea tulburărilor de voință

1. Tulburări cantitative ale voinței

- Hiperbulia, Hipobulia, Abulia

2. Tulburări calitative ale voinței

- Disabulia, Parabulia, Impulsivitatea, Compulsivitatea, Raptusul

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, Taksikinezia, Agitația psihomotorie, Catatonie

C. Tulburări motorii specifice

- o Impulsiunile, Ataxia, Astazia, Abazia, Raptusul, Bizareria, Parakinezii (Stereotipiile, Manierismele, Ticurile, Balbismul, Ambitendința, 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. Catatonic
- Sd. Hebefrenic
- Sd. Stuporos
- Sd. Apatico-abulic
- Sd. de Agitație psihomotorie

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 somnolență
- f. Starea de comă

Clasificarea tulburărilor de conștiință

2. Tulburări predominant calitative

- a. Deliriumul (abortiv, profesional, musitant),
- b. Starea oneroidă,
- c. Starea de amenție,
- d. Starea crepusculară

a. Deliriumul

- se caracterizează prin dezorientare în spațiu și timp, cu păstrarea orientării în propria persoană.
- Apar tulburări masive de percepție sub formă de halucinații vizuale, iluzii, pareidolii, fragmente de idei delirante absurde. Persoana vede figuri de draci, șobolani, șerpi, pisici, câini de care se apără, cu care se luptă (deci este participant activ al propriilor trăiri halucinatorii); este extrem de agitat, trăind o stare de groază.
- abortiv – este deliriumul care durează până la 24 ore.
- profesional – mișcări, care amintesc despre activitatea sa profesională anterioară.
- musitant – dereglare profundă a conștiinței (conștiința confuză alternează între delirium și amenie) acompaniată de agitație motorie în limitele patului (carfologie), care constă din mișcări coreiforme, vermiforme, discoordonate, stereotipe (frământă cearșaful). Vorbirea este incoerentă.

b. Starea oneroidă

Pacientul trăiește un amestec de realitate și reprezentări senzoriale cel mai adesea cu conținut fantastic, presărate cu reminiscențe halucinatorii (predominant vizuale), trăire care accentuează puternic starea de dezorientare auto- și allopsihiică.

– totul se întâmplă ca în vis, evenimente care se succed ca la cinema

Poate fi: - expansiv, - depresiv, - mixt;

c. Starea de amenție

Este o tulburare profundă a conștiinței cu dezorientare auto-și allopsihică, incoerență ideativă și verbală, gândire incomprehensibilă (incoerentă) și agitație în limitele patului cu mișcări coreiforme, vermiforme, cu grimase, gemete, țipete (tip carfologie).

Pacientul are exteriorul unui bolnav grav, epuizat.

În structura psihopatologică a stării de amenție apar halucinații, iluzii preponderant vizuale, vorbirea se reduce la silabe, sunete nearticulate, gemete, scrâșnit din dinți, creând impresia unei “salate de cuvinte”.

Tabloul clinic include: idei delirante de relație, influență, persecuție, nesistematizate, fragmentare.

Fondul afectiv este labil: plânge, râde sau este indiferent.

Pot fi diferite forme: Amenție confuzională, maniacală, depresivă, cu stupoare, schizofrenă după excitație catatonă.

d. Starea crepusculară

Este o profundă alterare a reflecției senzoriale, cu conservarea automatismelor motorii, care conferă activității subiectului un caracter coordonat și coerent, iar toate evenimentele petrecute în această stare sunt urmate de amnezie.

Pe fondul suprimării conștiinței (pacientul este totalmente dezorientat auto- și allopsihic), actele motorii automate ating performanțe superioare, care datorită fenomenologiei senzoriale cu iluzii și halucinații, interpretate într-o manieră delirantă, pot conduce persoana la comiterea unor acțiuni auto- sau heteroagresive pătrunse de o cruzime deosebită

Starea crepusculară este o tulburare a conștiinței cu dezorientare totală, care se instalează brusc, durează perioade diferite de timp (de la secunde la ore sau mai rar, zile) și la fel de brusc se remite. Este acompaniată de amnezie congradă totală a realității înconjurătoare pentru perioada stării de conștiință alterată.

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

METODE DE TRATAMENT IN PSIHIATRIE

Terapii medicamentoase și intervenții psihoterapeutice.

Psihofarmacoterapia:

1. Neuroleptice
2. Antidepresive
3. Anxiolitice
4. Timostabilizatoare
5. Hipnotice
6. Preparate folosite in tratamentul Demenelor (Inhibitorii de colinesterază)

Neuroleptice:

Conventionale (tipice)

Aceste antipsihotice sunt blocante neselective ale receptorilor D2 și au afinitate și pentru receptorii muscarinici, histaminici, alfa adrenergici. Se consideră că efectele antipsihoticelor convenționale se datorează blocadei sistemului dopaminic, în special a receptorilor D2.

Cele mai utilizate neuroleptice convenționale cu eliberare imediată:

- Haloperidol
- Levomepromazin
- Chlorpromazin

Antipsihotice cu eliberare prelungită:

- Fluphenazine decanoat
- Flupentixolum
- Clopexol -depo
- Haloperidolum decanoat

Efecte adverse ale neurolepticelor convenționale

Manifestări extrapiramidale – direct proporționale cu blocarea D2:

- precoce – reacțiile distonice
- timpurii – parkinsonismul medicamentos, akathisie, sindromul akathisie / disforie
- tardive – diskinezia tardivă

Manifestări anticolinergice – direct proporționale cu blocarea M1 (efect antimuscarinic):

- centrale – accentuarea deficitului cognitiv, risc de rebound hipercolinergic, cu manifestări confuzionale în condiții de discontinuitate;
- periferice – greață, constipație, disurie, glob vezical, creșterea tensiunii intraoculare – pseudoglaucom;
- hipotensiune – direct proporțională cu blocarea α_2 NA;
- hipotensiune ortostatică, sincopă, modificări de ritm cardiac;
- hipotensiune intracerebrală cu hipoperfuzie la nivelul cortexului frontal, cu accentuarea simptomatologiei negative și risc lezional;
- cardiotoxicitate:
- creșterea intervalului QT și tendința la aritmie cardiacă și moarte subită (Abdelmawla & Mitchell, 2006).

Hiperprolactinemie – prin blocarea excesivă a receptorilor D2 de la nivelul zonei tuberoinfundibulare, tradusă prin galactoree, risc pentru cancer de sân, amenoree, disfuncție sexuală, diminuarea fertilității, osteoporoză, prolactinom, risc cardiovascular.

Sedare excesivă – blocarea excesivă a receptorilor histaminici H1 scade semnificativ complianța, poate masca comorbidități somatice și agrava simptomele de tip negativ și cognitiv.

Alte efecte adverse: creștere în greutate, sindrom metabolic, diabet zaharat de tip II, retinită pigmentară, fotodermatoză, sindrom neuroleptic malign.

Antipsihotice atipice

Antipsihoticele atipice sunt definite ca antagoniști ai serotoninei și dopaminei, având, simultan, acțiune antagonistă pe receptorul 5HT_{2A} și asupra receptorului D₂.

Clasificare

- antagoniști selectivi ai dopaminei D₂/D₃ – **amisulprid, sulpirid**
- agoniști de serotonină/dopamină/alfa-1 – **risperidonă, ziprasidonă, paliperidonă**
- acțiune multireceptoră – **clozapină, olanzapină, quetiapină;**
- agoniști parțiali (modulatori) dopaminergici și serotoninergici – **aripiprazol.**

Formule injectabile cu eliberare prelungită:

- risperidonă
- olanzapină
- aripiprazol
- paliperidonă

Efecte adverse ale neurolepticelor atipice

În general, efectele extrapiramidale sunt mai reduse, dar sunt mai evidente efectele **dismetabolice și hiperprolactinemia.**

Risperidona - amenoree-galactoree, simptome extrapiramidale;

Paliperidona posibil, amenoree-galactoree, simptome extrapiramidale;

Olanzapina – sindrom dismetabolic: dislipidemie, creșterea glicemiei, creșterea în greutate;

Quetiapina – sedare, efecte metabolice;

Aripiprazol – efecte extrapiramidale;

Clozapina – neutropenie.

Responsabilitățile asistentului medical față de un pacient care primește medicație antipsihotică:

- Instruiți pacientul să bea cantități mici de apă în mod frecvent, pentru a ameliora uscăciunea gurii.
- dietă bogată în fibre, precum și un aport crescut de lichide și laxative, dacă este nevoie, ajută la reducerea constipației.
- Sfătuiți pacientul să se ridice din pat sau de pe scaun foarte încet. Acesta trebuie să stea pe marginea patului, în șezut, timp de un minut. Aceasta este o măsură importantă pentru prevenirea căderilor și a altor complicații rezultate din hipotensiunea arterială ortostatică.
- Evidențiați akatisia și încercați să observați eventualele mișcări anormale.
- Sfătuiți-l pe pacient să utilizeze măsuri de protecție solară (utilizarea mânecilor lungi, ochelari întunecați etc.) pentru a preveni reacțiile fotosensibile.

II.

ANTIDEPRESIVE

Antidepresivele sunt medicamente folosite în tratamentul depresiei, dar și al altor tulburări, cum ar fi anxietatea, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburările de alimentație, durerea cronică, durerea neuropată și, în unele cazuri, pentru dismenoree, dependență de substanțe și tulburări de somn.

Clasificare

Antidepresive clasice triciclice:

Imipramină;

Amitriptilină;

Clomipramină;

Doxepini;

Antidepresive cvadrociclice:

Mianserina;

Maprotilina;

Ingibitorii selectivi a reaptării serotoninei

Fluoxetină

Sertralină;

Fluvoxamină;

Paroxetină;

Citalopram

Escitalopram;

Antidepresive duale:

1. Venlafaxină;

2. Duloxetină;

3. Mirtazapină;

Modulatori ai serotoninei:

Trazodonă;

Modulatori glutamatergici:

Tianeptin

Contraindicații ale medicației antidepressive:

a. Contraindicații relative:

- glaucom cu unghi închis;
- epilepsie;
- tulburări cardiace ischemice și de ritm;
- adenom de prostată;
- diabet zaharat.

b. Contraindicații absolute:

- stări comatoase;
- agranulocitoză;
- insuficiență hepatică severă în antecedente;
- asociere cu IMAO.

Efecte adverse ale antidepressivelor:

- Gură uscată, constipație, midriază, retenție urinară, hipotensiune ortostatică, impotență, tulburări de ejaculare și agravarea glaucomului.
- Efecte SNC: sedare, tremor și alte simptome extrapiramidale, sindrom de sevraj, convulsii, vertij, viraj maniacal.
- Efecte cardiace: tahicardie, modificări ECG, aritmii.
- Reacții adverse alergice: agranulocitoză, icter, erupții cutanate, vasculită sistemică.
- Efecte secundare metabolice și endocrine: creștere în greutate.

Responsabilitatea asistentei medicale la un pacient căruia i se administrează antidepressive:

Sunt aceleași ca pentru antipsihotice, dar, în plus, se adaugă:

- Atenționați pacientul să spună imediat dacă apare cefalee, greață, vărsături, agitație, tremor, dureri în piept sau alte simptome neobișnuite, deoarece acestea pot

fi semnele simdromului serotoninergic.

- Instruiți pacientul să nu ia niciun medicament fără prescripție medicală.
- Atenționați pacientul să-și schimbe poziția lent, pentru a reduce hipotensiunea ortostatică.
- Monitorizarea strictă a valorilor tensiunii arteriale.

TIMOSTABILIZATOARE

Medicația timostabilizatoare se administrează în toate fazele de tratament al tulburării afective bipolare, indiferent de tipul episodului prezent (depresiv, hipomaniacal, maniacal și mixt). Medicația este reprezentată de:

- **Sărurile de litiu** - mecanismele de acțiune probabile pot fi: accelerarea reabsorbției și distrugerea presinaptică de catecolamine; de asemenea, inhibă eliberarea de catecolamine la nivel sinaptic, scade sensibilitatea receptorului postsinaptic pentru serotonină. Toate aceste acțiuni au ca rezultat scăderea catecolaminelor.

- **Carbamazepina** - realizează inhibiția canalelor de Na voltaj dependente, inhibând eliberarea glutamatului. Practic, scade transmiterea sinaptică în SNC.

- **Acidul valproic** - realizează inhibiția canalelor de Na voltaj dependente, fiind agonist GABA-ergic și, de asemenea, stimulează neuroplasticitatea.

- **Lamotrigina** - reduce eliberarea de glutamat prin inhibiția canalelor de Na voltaj dependente.

- **Gabapentina** - realizează inhibarea canalelelor de calciu voltaj dependente și modulează eliberarea glutamatului.

Menționăm că, în cazul sărurilor de litiu, este obligatorie efectuarea săptămânală a litemiei, atunci când se inițiază tratamentul, valorile între care trebuie să se încadreze fiind de 0,8 – 1,2 mEq/L. Sub această limită, medicația este inefficientă clinic, iar peste limita superioară medicația este toxică.

De asemenea, trebuie menționat că această medicație prezintă un important risc teratogen și trebuie administrată cu prudență la femeia tânără.

Responsabilitatea asistentei medicale pentru un pacient căruia i se administrează stabilizatori afectivi

- Deoarece medicamentul poate provoca amețeli și somnolență, este important să se recomande pacientului să evite conducerea autovehiculelor și alte activități care necesită vigilență.
- De asemenea, se sfătuiește pacientul să nu consume alcool.
- Se accentuează importanța examinării periodice a probelor biologice și se monitorizează funcțiile cardiace, renale, hepatice și ale măduvei osoase.
- Se explică pacientului să ia medicamentul imediat după ingestia de alimente, pentru a reduce efectele la nivel gastric.

ANXIOLITICE

Anxioliticele sunt un grup heterogen de medicamente ce diminuează, în special, anxietatea, având, de asemenea (în funcție de substanța activă), efecte hipnotice, sedative, miorelaxante, anticonvulsiv. Anxioliticele pot fi de două tipuri: benzodiazepinice și non-benzodiazepinice.

Anxiolitice benzodiazepinice:

În funcție de timpul de **înjumătățire**, se împart:

$T_{1/2} < 5$ ore :

- Midazolam
- Mexazolam
- Triazolam

- **$T_{1/2}$ 5-24 ore**

:

- Alprazolam
- Bromazepam
- Lorazepam

$T_{1/2} > 24$ ore :

- Diazepam
- Clonazepam
- Instalare rapidă a efectului
- Toleranță bună

- Interacțiuni medicamentoase puține
- Efecte scăzute pentru sistemul cardiovascular

Efecte negative:

- Dependența fizică și psihologică
- Afectarea capacității conducerii autovehiculelor
- Efect paradoxal

Contraindicații:

- Insuficiența respiratorie
- Miastenia gravis
- Glaucom cu unghi închis
- Șofaj

Mod de administrare:

- Durata: între 3-4 săptămâni și 3-4 luni;
- Tratament intermitent;
- Nu se asociază cu alcoolul;
- Doză mai mare seara.

NU SE ÎNTRERUPE BRUSC!

Manifestări clinice ale sevrajului

- Confuzie;
- Anxietate;
- Insomnie;
- Halucinații;
- Hiperestezie;
- Tahicardie, HTA;
- Tremor;
- Transpirații;
- Vărsături;
- Convulsii.

Anxiolitice non-benzodiazepinice

Buspirona:

- Efectul clinic apare după 2-3 săptămâni;
- Efecte secundare puține;

Avantaje

- **Nu dau dependență.**
- **Nu interacționează cu alcoolul.**

Responsabilitatea asistentei medicale la un pacient cărui i se administrează anxiolitice:

- Reamintiți pacientului să consume alimente înainte de administrarea lor,

pentru a minimaliza iritația gastrică.

- Sfătuiți-l pe pacient să urmeze tratamentul exact așa cum a fost recomandat, deoarece retragerea bruscă poate provoca insomnie, iritabilitate și, uneori, chiar convulsii.

- Explicați despre efectele adverse și sfătuiți-l să evite activitățile care necesită vigilență.

- Explicați pacientului să evite consumul de alcool.

- Pentru administrarea I.V., nu se amestecă cu niciun alt medicament. Se administrează lent I.V., deoarece poate apărea stop respirator sau cardiac; monitorizați semnele vitale în timpul administrării I.V.

HIPNOTICE

Sunt medicamente care induc instalarea somnului și menținerea lui.

Clasificare:

1.Barbiturice:

- Fenobarbital
- Amobarbital

Se folosesc rar, datorită efectelor secundare (fenomene neplăcute la trezire, pericol de dependență, risc vital în supradozare)

2.Benzodiazepine:

- Nitrazepam;
- Clorazepat dipotasic;

Acestea sunt benzodiazepine cu durată scurtă de acțiune, ce pot da dependență și simptome de sevraj la întrerupere.

3.Hipnotice non barbiturice – non

benzodiazepinice:

- Zolpidem
- Zopiclonă

În prezent, acestea sunt cele mai folosite hipnotice, pentru următoarele considerente: efect rapid, țintesc specific insomnia și au efecte adverse reduse.

Responsabilitatea asistentei medicale pentru un pacient căruia i se administrează hipnotice:

- Explicați pacientului modul în care trebuie să se ridice dimineța din pat, pentru a evita hipotensiunea ortostatică: este important să se ridice în șezut, să stea la marginea patului câteva minute, apoi se ridică în picioare.
- Sfătuiți-l pe pacient să urmeze tratamentul exact așa cum a fost recomandat, deoarece retragerea bruscă poate provoca insomnia.
- Explicați potențialele efecte adverse și sfătuiți-l să evite activitățile care necesită vigilență.

Medicatia in demente:

Această medicație ameliorează și întârzie progresia deteriorării cognitive.

Există mai multe clase de medicamente.

- Inhibitorii de colinesterază (*Donepezil, Rivastigmină, Galantamină*), prin blocarea acetilcolinesterazei, care distruge acetilcolina, obțin o îmbunătățire a nivelului de acetilcolină în fanta sinaptică în nucleul bazal al lui Meynert. Ele sunt, în general, bine tolerate de adult, însă, printre efectele secundare ale acestora, putem menționa efectele secundare de tip colinergic (depresia respiratorie, bradicardia, hipotensiunea arterială, greața, vărsăturile, crampele abdominale, sialoreea, transpirațiile, convulsiile).

- *Galantamina*, pe lângă efectul de inhibare a acetilcolinesterazei, mai prezintă și efect de modulare a receptorului nicotinic, receptor cu rol în memorie și atenție.
- *Rivastigmina* inhibă reversibil, pe lângă acetilcolinesterază, și butirilcolinesteraza, de asemenea, implicată în modularea nivelului de acetilcolină. Activitatea acesteia din urmă crește în stadiile tardive ale demenței Alzheimer, crescând indicația rivastigminei pentru stadiile tardive ale demenței.
- *Memantina* este un NMDA antagonist. Utilizarea acestuia are la bază ipoteza excitotoxicității glutamatergice. Conform acesteia, se consideră că plăcile de amiloid provoacă eliberarea de glutamat în manieră excitotoxică. Efectele secundare notabile ale memantinei sunt agitația, incontinența urinară și insomnia.

Responsabilitatea asistentei medicale pentru un pacient cărui i se administrează antidemențiale

- Comunicarea verbală cu pacientul ar trebui să fie clară și cu fraze scurte. Întrebările care necesită răspunsuri de tip „da” sau „nu” sunt cele mai indicate. Oferiți informațiile necesare, în mod repetat.
- Mențineți o rutină zilnică, care include elaborarea unui program fix pentru pacient, deoarece acest aspect îi oferă un sentiment de securitate.
- Orientați pacientul, cu privire la locul în care se află, la persoanele pe care le vede și la timp.
- Administrați medicația, verificând dacă a fost înghițită.

METODE PSIHOTERAPEUTICE

Există mai multe tehnici de intervenție psihoterapeutică:

- Terapia psihodinamica sau psihanalitică;
- Terapia cognitiv-comportamentală;
- Terapiile prin sugestie (hipnoza clasică directivă și cea non-directivă Erickson, NLP (programarea neurolingvistică))
- Terapia rațională
- Psihodrama
- Consilierea suportivă;
- Terapia familială și conjugală.

Terapia psihanalitică

Psihanaliza a fost dezvoltată pentru prima dată de Sigmund Freud, la sfârșitul secolului al XIX-lea. Cea mai importantă indicație pentru terapia psihanalitică este prezența unor conflicte mentale de lungă durată, ce pot fi inconștiente, dar produc simptome. Scopul terapiei este de a aduce tot materialul reprimat la conștientizarea conștientă, astfel încât pacientul să poată rezolva sănătos problemele sale, care provoacă simptomele.

Psihanaliza folosește asocierea liberă și analiza viselor pentru a descoperi conflictele intrapsihice. Asocierea liberă se referă la verbalizarea gândurilor, pe măsură ce apar, fără niciun screening conștient. Psihanalistul caută tipare în materialul verbalizat și în zonele care sunt evitate inconștient (astfel de zone sunt identificate ca rezistențe).

Analiza viselor pacientului ajută la cunoașterea suplimentară a problemei și a rezistențelor sale. Astfel, visele comunică, în mod simbolic, zonele conflictului intrapsihic. Terapeutul încearcă, apoi, să ajute pacientul să-și recunoască conflictele intrapsihice, prin interpretarea lor.

Procesul este complicat de apariția reacțiilor de transfer. Acestea se referă la dezvoltarea pacientului a unor sentimente pozitive sau negative

puternice față de psihoterapeut. Răspunsul reciproc al terapeutului la pacient se numește contra-transfer.

Rolurile pacientului și psihanalistului sunt definite, în mod explicit, de Freud. Pacientul este un participant activ, dezvăluind liber toate gândurile, exact așa cum apar, și descriind toate visele. Psihanalistul este o persoană din umbră, care nu dezvăluie nimic personal și nici nu dă indicații pacientului.

După terminarea terapiei, pacientul este capabil să-și ducă viața în conformitate cu o evaluare exactă a realității externe.

Terapia psihanalitică este o terapie pe termen lung, ședințele fiind de câteva ori pe săptămână.

Psihoterapia comportamentală

Principiile terapiei de comportament:

Întreg comportamentul este învățat.

Ființele umane sunt organisme pasive, care pot fi condiționate sau modelate să facă orice, dacă răspunsurile corecte sunt recompensate sau consolidate.

Comportamentul inadecvat poate fi evidențiat și înlocuit cu un comportament adaptiv.

Evaluarea comportamentală este axată mai mult pe comportamentul actual, decât pe antecedentele istorice.

Strategiile de tratament sunt adaptate individual.

- Terapia comportamentală este o terapie de durată scurtă.
- Durata totală a terapiei este, de obicei, de 6-8 săptămâni.
- Ședințele inițiale sunt oferite zilnic, dar sesiunile ulterioare sunt distanțate.
- În terapia comportamentului, atât pacientul cât și terapeutul sunt participanți egali.

- Nu există nicio încercare de a descoperi un conflict interior, iar pacientul nu este încurajat să-și exploreze trecutul.

Terapia cognitivă

Terapia cognitivă este o abordare psihoterapeutică, care se bazează pe ideea că întreg comportamentul unei persoane este secundar gândirii. Dispoziția afectivă și ceea ce simțim sunt influențate de gândurile noastre. Stima de sine scăzută și modelele de gândire de tipul auto-deprecierii duc către o patologie de model depresiv. Terapeutul ajută pacientul, corectând acest mod distorsionat de gândire.

Modelul cognitiv al depresiei include triada cognitivă:

1. O viziune negativă despre sine
2. O viziune negativă despre mediu
3. O viziune negativă despre viitor

Aceste gânduri negative sunt modificate prin terapie, pentru a scădea dispoziția depresivă. Terapia cognitivă este utilizată pentru tratamentul depresiei, tulburărilor de anxietate, tulburării de panică, tulburărilor fobice, tulburărilor de personalitate, tulburărilor psihotice (după remiterea simptomatologiei psihotice) și al tulburărilor alimentare.

Hipnoza

Cuvântul „hipnoză” a fost folosit pentru prima dată de către James Braid, în secolul al XIX-lea. Hipnoza este o stare indusă artificial, în care persoana este relaxată și neobișnuit de sugestionabilă. Hipnoza poate fi indusă în multe moduri, cum ar fi: prin utilizarea unui punct fix pentru atenție, instrucțiuni monotone ritmice etc.

Modificările care apar în timpul hipnozei sunt următoarele:

- Persoana devine extrem de sugestibilă pentru comenzile hipnotizatorului.
- Există o capacitate de a produce sau înlătura simptome sau percepții.

- Disocierea unei părți din corp sau emoții.
- Amnezia pentru evenimentele care au avut loc în timpul stării hipnotice.

Psihoterapia suportivă

Acest tip de psihoterapie presupune că psihoterapeutul ajută pacientul să își amelioreze stresul emoțional și simptomele, fără a examina trecutul și a schimba personalitatea.

Se folosesc diverse tehnici, cum ar fi:

- **Ventilația:** reprezintă o exprimare liberă a emoțiilor sentimentale. Pacientul este încurajat să vorbească liber despre orice îi vine în minte.
- **Modificarea/manipularea mediului:** îmbunătățirea stării de bine a pacienților prin schimbarea modului de viață.
- **Persuasiunea:** terapeutul încearcă să modifice comportamentul pacientului prin raționament.
- **Reeducarea:** educarea pacientului cu privire la problemele sale, modalitățile de a face față etc.
- **Reasigurarea**

Psihodrama

Psihodrama este un tip specializat de terapie de grup, care utilizează o abordare dramatică, în care pacienții devin actori ale scenariilor lor de viață. Scopul este de a rezolva conflictele interpersonale într-o atmosferă mai puțin amenințătoare decât situația vieții reale.

În psihodramă, pacientul se află direct în situația de participant activ. Regizorul coordonează procesul, astfel încât grupul și protagonistul să primească beneficiul maxim. Alți membri ai grupului acționează ca ego-uri auxiliare și joacă rolurile altor persoane semnificative, cu care relațiile sunt explorate.

Avantajul principal al psihodramei este accesul său direct la reabilitarea situațiilor dureroase, astfel încât emoțiile dureroase asociate acestora să poată fi refăcute, cu potențialul de a învăța spontan noi răspunsuri, într-un mediu terapeutic sigur.

Psihoterapia familială

Terapia familială este forma de terapie care vede simptomele psihiatrice ale unei persoane ca fiind inseparabil legate de familia în care trăiește. Focusul acestei forme de terapie nu este persoana în cauză, ci familia. Astfel, psihoterapeuții familiari identifică problemele persoanei ca un simptom al problemelor din cadrul familiei.

Psihoterapia familială este indicată ori de câte ori există probleme relaționale în cadrul unei familii, care pot apărea în aproape toate tipurile de patologii psihiatrice, inclusiv psihoze, depresie reactivă, tulburări de anxietate, tulburări psihosomatice, abuz de substanțe și diverse probleme psihiatrice din copilărie.

Componente ale terapiei familiale sunt următoarele:

- Evaluarea structurii familiei, a rolurilor, a limitelor, a resurselor, a modelelor de comunicare și a abilităților de rezolvare a problemelor;
- Predarea abilităților de comunicare;
- Predarea abilităților de rezolvare a problemelor;
- Prescripția unor teme pentru acasă;
- Ședințele au loc o dată la 3-4 săptămâni.

**Noțiuni generale privind
psihoza.Nursing in
psihoze.**

**Psihofarmacoterapia
Psihoterapia**

- Termenul de **psihoză** datează de la jumătatea secolului al XIX-lea și a evoluat de-a lungul timpului. În prezent, acesta se referă la tulburările mentale în care apar o serie de simptome ce au ca rezultat general deformarea sau pierderea contactului cu realitatea, fără afectarea stării de conștiință. O tulburare psihotică poate modifica gândirea, percepțiile, emoțiile și comportamentul unei persoane, astfel încât, uneori, aceasta nu poate sesiza faptul că experiențele neobișnuite pe care le trăiește țin de o problemă de sănătate mentală și nu reflectă realitatea.

Prin urmare:

- **Tulburările psihotice** reprezintă un grup de perturbări psihice grave, ca intensitate, în cadrul cărora, pentru subiect, este intens modificată percepția, înțelegerea și reprezentarea lumii și a sinelui. Din punct de vedere semiologic, psihoza se referă la prezența **delirului, a halucinațiilor, a absenței conștiinței bolii și discernământului critic, comportamentului și/sau vorbirii dezorganizate, dezorientarea auto și allopsihiacă.** În cadrul psihozei, avem perturbarea profundă a relației psihoticului cu realitatea.

Tulburari psihotice

- Schizofrenia
- Tulburarea psihotica acuta
- Tulburare deliranta persistenta
- Tulburarea bipolară cu elemente psihotice

Schizofrenia

- **Schizofrenia** (gr. schizein „a scinda”, phren „minte, suflet”): boală mintală din categoria **psihozelor endogene**. Caracteristică este apariția unor manifestări psihopatologice majore, cum sunt simptomele **pozitive (plus-simptome): stări delirante sau/și halucinațiile și simptomele negative (minus-simptome): lipsa inițiativei, apatia, aplatizarea emoțională, izolarea socială ș.a.**

Schizofrenia

- aproximativ 1-1,5% din populație.
- M=F (bărbații tind să dezvolte schizofrenia cu 3-4 ani mai devreme decât femeile)
- Vârsta critică de instalare a schizofreniei este
- 18-25 de ani pentru bărbați
- 25-30 de ani pentru femei (a 2-a perioadă critică - 40 ani)

Clasificarea

- F 20 Schizofrenia
- F 20.0 Schizofrenie paranoida
- F 20.1 Schizofrenie hebefrenă (dezorganizata)
- F 20.2 Schizofrenie catatonă
- F 20.3 Schizofrenie nediferențiată
- F 20.5 Schizofrenie reziduală
- F 20.6 Schizofrenie forma simplă
- F 20.9 Schizofrenie nespecificată (ori nediferențiată)

Factorii de risc pentru debutul/dezvoltarea Schizofreniei

- Riscul genetic (rude de gradul întâi cu Schizofrenie 6-17%, 40-48% pentru fratele sau sora geamană, pentru pacienții cu sindrom 22q11 deleție (aproximativ 25%))
- Genul ma
- Vârsta parentală (tată mai în vârstă de 50 ani)
- Gestanță în suferință (foamete, în doliu, cu infecții antenatale ș.a.)
- Nașterea și traiul în zona urbană
- Sarcina și nașterea complicată (cu hipoxia creierului: hemoragii, nașterea înainte de termen, incompatibilitate de grup sangvin, hipoxia fetală, infecții maternale)
- Utilizarea canabisului în anamneză
- Emigrarea (atât prima generație cât și copiii emigranților)

Cele mai frecvente simptome manifestate la pacienții cu Schizofrenie

- Lipsa discernământului față de boala sa – 97%.
- Halucinațiile auditive imperative și amenintătoare – 74%.
- Suspiciunea – 66%.
- Diminuarea afectivității – 66%.
- Ideile delirante de persecuție – 62%.
- Ideile delirante de influență fizică și psihică – 50%.

Cele mai frecvente modele de comportament la pacienții cu Schizofrenie

- Izolarea socială – 74%
- Inhibiția psihomotorie – 56%
- Eschivarea de la conversație – 54%
- Scăderea interesului pentru distracții – 50%
- Lentoarea – 48%
- Agitația psihomotorie – 41%
- Neglijența – 30 %

Îngrijirea persoanelor cu patologie psihotică

Evaluare

Care sunt problemele pacientului și la ce nivel de expresivitate psihică se observă acestea?

- Halucinații,
- Delir,
- Negativism,
- Agitație psihomotorie
- Ostilitate,
- Necomplianță,
- Dificultăți de îngrijire,
- Dificultăți de interacțiune socială,
- Dificultăți de angajare în activități.

Intervenții de asistență medicală

1. Stabiliți încredere și raporturi.

- Nu atingeți pacientul fără să-i spuneți mai întâi ce veți face (Explicați procedurile pe care urmează să le efectuați, respectiv, asigurați-vă că pacientul a înțeles aceste procedure)
- Folosiți o abordare acceptantă și consecventă; contactele scurte și repetate sunt cele mai bune până la stabilirea încrederii. Limbajul trebuie să fie clar și fără ambiguități.
- Încurajați clientul să vorbească, dar nu-l forțați pentru a scoate informații
- Este nevoie de a fi precaut în tendința de disimulare a pacientului;

Intervenții de asistență medicală

2. Maximizați nivelul de funcționare.

- Evitați să promovați dependența făcând doar ceea ce pacientul nu poate face pentru el însuși.
- Recompensează comportamentul pozitiv și lucrează cu el pentru a-și spori simțul personal al responsabilității în îmbunătățirea funcționării

Intervenții de asistență medicală

- **3.Promovarea abilităților sociale.** Oferiți sprijin pentru a-l ajuta să învețe abilități sociale.
- **4.Asigurați-vă siguranța.** Mențineți un mediu sigur, cu stimulare minimă.

Intervenții de asistență medicală

5. Faceți față halucinațiilor și ideilor delirante prezentând realitatea.

- Explorează conținutul halucinațiilor.
- Evitați să vă implicați cu critici și să vă contraziceți cu pacientul despre halucinațiile pe care le are.
- Puteți să le spuneți că nu vedeți, auziți, sau simțiți ceva asemănător, dar explicați că știți și înțelegeți că aceste halucinații sunt reale pentru el.
- Interacționați cu clientul pe baza lucrurilor reale; încercați să nu insistați și să vă axați prea mult pe materialul delirant și halucinații.

Intervenții de asistență medicală

6. Promovarea complianței terapeutice și monitorizarea tratamentului medicamentos

- Evaluati eficacitatea terapiei medicamentoase (absența episoadelor acute și a simptomelor psihotice).
- Aderența terapeutică - monitorizati administrarea medicamentelor prescrise și încurajați pacientul să se conformeze și să fie compliant în tratamentul prescris (importanța și beneficiile terapiei, consecințele întreruperii medicației, posibilele efecte secundare ale medicației etc.)
- Asigurați-vă că pacientul ia într-adevăr medicamentul.
- Mențineți un sentiment de speranță pentru o posibilă îmbunătățire și transmiteți acest lucru pacientului

Intervenții de asistență medicală

7. Păstrează autenticitatea.

- Implică pacientul în activități orientate spre realitate care implică contactul uman (de exemplu, ateliere de lucru, pregătire pentru abilități).
- Promovați structurarea zilei, cu stabilirea unui program
- Încercați să dați un feedback pozitiv pentru succesele pacientului (oferiți recompense pentru eforturile pozitive, recunoașteți și sprijiniți realizările acestuia, de ex. proiecte finalizate, interacțiuni sociale
- Empatizați cu pacientul; are nevoie de prezența și acceptarea dumneavoastră, dar și din partea familiei. Familia trebuie să cunoască și să înțeleagă boala, să o accepte și să aibă o atitudine benefică, sanogenetică.

Intervenții de asistență medicală

- Asistați pacientul, din punct de vedere al îngrijirii și igienei personale.
- Încercați să stimulați expresia emoțională prin exerciții simple („ce simți când te întâlnești cu un prieten, când îți vezi mama, sotul, copilul etc.”).
- Pentru a înțelege boala, simptomatologia și, mai ales, decelarea unor simptome inițiale pentru a se adresa medicului din timp.
- Atenție la atitudini disfuncționale ca: rejet, izolare, nepăsare, dominanță, hiperimplicare, supraprotecție, hipercriticism.
- Sunt necesare bilanțuri periodice pentru a evalua succesele terapeutice și punctele critice.

Intervenții de asistență medicală

8. Încurajați implicarea familiei.

- Implicați familia în tratamentul pacientului și învățați membrii familiei să recunoască recidiva iminentă (de exemplu: nervozitate, insomnie, capacitate scăzută de concentrare).
- Sugerează moduri în care membrii familiei pot gestiona simptomele.

Îngrijiri în tulburări mintale ușoare cu depresie, anxietate.



Îngrijirea în criza anxioasă paroxistică (atac de panică).

Psihodiagnostic și nivele de intervenții pentru pacienții cu depresie și anxietate.

Psihoeducația pacientului depresiv și anxios.

Definiții



- **Depresia** implică o serie largă de probleme de sănătate mintală caracterizate prin lipsa unui fondal afectiv pozitiv, 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.

Informația epidemiologică



- Prevalența pe parcursul vieții a tulburărilor depresive în comunitate variază între 14% și 21%.
- Prevalența printre femei este de două ori mai înaltă, decât printre bărbați. Mai frecvent debutează la vârsta de 30 ani.”
- Durata medie a unui episod depresiv este de 3 luni. După jumătate de an, 63% dintre depresivi se recuperează, după un an - 76%
- Tulburările depresive constituie a doua cauză principală pentru anii de viață pierduți ca urmare a incapacității (YLD - ani trăiți cu dizabilitate), tulburările depresive majore constituind 8.2% din numărul total de YLD și distimia - 1.4%.

Informația epidemiologică



- Depresia poate de asemenea accentua durerea, tristețea și incapacitatea asociată cu probleme de sănătate fizică și poate afecta nefavorabil rezultatele tratamentelor.
- Suicidul se estimează la aproape 1% din totalul deceselor și aproape 2/3 dintre suicide sunt comise de persoanele cu depresie
- Relațiile matrimoniale și familiale sunt adeseori afectate în mod negativ, iar depresia parentală poate duce la neglijarea copiilor și perturbarea considerabilă a copilăriei.

B.1. Nivel de asistență medicală primară:



Descriere	Motivele	Pași
1 Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	<ul style="list-style-type: none">Factorii de risc personal și cei de mediu pot contribui la apariția depresiei.	<ul style="list-style-type: none">Evaluarea persoanelor care prezintă factori de risc în sensul declanșării unei tulburări depresive (caseta nr 1, 2, 3, 4 A-D).
1.3. Screening-ul	<ul style="list-style-type: none">Depistarea precoce a pacienților cu depresie.	<ul style="list-style-type: none">Aplicarea Chestionarului Pacientului Sănătos (PHQ 9) (anexa 1, algoritm 1.2).
1.2. Profilaxia secundară	<ul style="list-style-type: none">Tratamentul pacienților cu tulburare depresivă ușoară.	<ul style="list-style-type: none">Evaluarea severității depresiei (caseta 8).Autocontrolul bolii.

B.1. Nivel de asistență medicală primară:



2. Diagnosticul

2.1. Suspectarea și confirmarea tulburărilor depresive

- Semnele depresive (casetă nr. 6).

Obligatoriul:

- Anamnezic (casetă 6).
- Evaluarea severității (casetă 8).

2.2. Luarea deciziei de tratament și/sau trimitere la CCSM

- Episod ușor – indicarea PCC (casetă 16).
- Episod mediu (casetă 17A)
- Episod depresiv sever (casetă 9).
- Tratamentul nu este eficient, la reevaluare după 6 săptămâni (17).

- Recomandarea consultului specialistului din CCSM (algoritm 1.1).

B.1. Nivel de asistență medicală primară:



3. Supravegherea clinică

1. Prescrierea preparatelor antidepresante.
2. Evaluarea tolerabilității, complianței și eficacității tratamentului depresiei ușoare.

Obligatoriu:

- Orientarea intervenției în trepte – treapta 1 - 2 (anexa 15).
- Intervenții inițiale în caz de depresie ușoară (caseta 16).
- Monitorizarea activă a semnelor clinice și reacțiilor adverse ale remediilor farmacologice (caseta 17).
- Acordare de PCC (caseta 23).
- Prescrierea tratamentului farmacologic.
- Trimitere pentru evaluare la CCSM în caz de necesitate (anexa 13).

B.2. Nivel consultativ specializat de ambulatoriu (Centrul Comunitar de Sănătate Mintală):



1. Diagnosticul

Confirmarea diagnosticului depresie

- Adresarea de la medicul de familie.
- Adresarea de sinestătătoare cu acuze de depresie (caseta 9).
- Evaluare multidisciplinară (Caseta 12).
- Evaluarea severității (caseta 8).

Selectarea tipului de intervenție

- Remiterea simptomelor depresive (tabelul nr. 6).
- Introducerea îngrijirilor pe trepte (tabelul 15).

B.2. Nivel consultativ specializat de ambulatoriu (Centrul Comunitar de Sănătate Mintală):



2. Tratamentul

Tratament biologic

- Beneficiu în rezultatul administrării tratamentului psihofarmacologic.
- Orientarea intervenției în trepte – treapta 2 - 3 (anexa 15).
- Administrarea antidepresivelor în primul episod depresiv (casetă 18).
- Principiile de selectare a tratamentului medicamentos a episoadelor multiple recurente și rezistente (casetă 19, 20, 21).

Tratament psihologic

- Beneficiu de la inițierea și menținerea unei alianțe în intervenții (psihologice, sociale).
- Inițierea și menținerea tratamentului psihologic (casetă 22), terapie cognitiv-comportamentală (casetă 23).

B.2. Nivel consultativ specializat de ambulatoriu (Centrul Comunitar de Sănătate Mintală):



3. Supravegherea clinică continuă

- Pentru a asigura stabilitatea condiției medicale obținute și managementul urgențelor în depresie.
- Menținerea stării de sănătate mintală, managementul complicațiilor (anexa 27) și comportamentului suicidal (anexa 25, 26).

B.3. Nivelul de staționare (secții de psihiatrie în spitalele de profil general)



Descriere	Motivele	Pașii
1. Spitalizare	<ul style="list-style-type: none">• Complicații și risc suicidal.	<ul style="list-style-type: none">• Recepționarea pacienților psihotici de la CCSM cu complicații psihotice și comportament suicidal (anexa 26, 27).• Recepționarea pacienților psihotici la solicitarea serviciilor de urgență, poliției, cu informarea imediată a ECSM din CCSM Caseta 12).

B.3. Nivelul de staționar (secții de psihiatrie în spitalele de profil general)



Descriere	Motivele	Pașii
2. Diagnosticul		
	<ul style="list-style-type: none">• În caz de dubiu, sau de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru a exclude alte tulburări afective.	<ul style="list-style-type: none">• Anamneza (casetă 6).• Evaluarea simptomelor (casetă 9).• Examenul de laborator (casetă 11).• Efectuarea diagnosticului diferențial (tabelul 3, 4).• Evaluarea dosarului din CCSM, după caz (casetă 12).

B.3. Nivelul de staționar (secții de psihiatrie în spitalele de profil general)



Descriere	Motivele	Pașii
3. Tratamentul	<ul style="list-style-type: none">• În unele cazuri sunt necesare intervenții mai complexe cu asigurarea unor condiții de staționar specializat precum și siguranța în caz de pericolul pentru propria persoană.	<ul style="list-style-type: none">• Orientarea intervenției în trepte – treapta 3 - 4 (anexa 15).• Conform recomandărilor psihiatrului din ECSM, cu acordul pacientului are loc spitalizarea în spitalul de psihiatrie (casetă 12).

B.3. Nivelul de staționar (secții de psihiatrie în spitalele de profil general)



Descriere	Motivele	Pașii
4. Externarea	<ul style="list-style-type: none">• Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun oferă beneficii (eradicarea discriminării, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiantal).	<ul style="list-style-type: none">• Are loc conform recomandărilor psihiatrului din staționar, cu acordul pacientului și a recomandărilor psihiatrului din ECSM (caseta 12). <p>Extrasul obligatoriu va conține:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnosticul exact detaliat.• Rezultatele investigațiilor efectuate.• Recomandările explicite pentru pacient.• Programul psihoterapeutic de susținere, elaborat în comun cu ECSM.• Recomandările pentru medicul de familie.

B.4. Nivelul de staționar (spitalul de psihiatrie)



Descriere	Motivele	Pașii
1. Spitalizare	<ul style="list-style-type: none">• Imposibilitatea managementului complicațiilor psihotice și risc suicidal, sau comportament suicidal repetat.	<ul style="list-style-type: none">• Recepționarea pacienților psihotici din secțiile psihiatrice din spitalele de profil general, cu solicitarea acordului CCSM după caz (casetă 12).

B.4. Nivelul de staționare (spitalul de psihiatrie)



Descriere	Motivele	Pașii
2. Diagnosticul	<ul style="list-style-type: none">• În caz de dubiu, sau de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru a exclude alte tulburări afective.	<ul style="list-style-type: none">• Anamneza (caseta 6).• Evaluarea simptomelor (caseta 9).• Examenul de laborator (caseta 11).• Efectuarea diagnosticului diferențial (tabelul 3, 4).• Evaluarea dosarului din CCSM, după caz (caseta 12).

B.4. Nivelul de staționar (spitalul de psihiatrie)



Descriere	Motivele	Pașii
3. Tratatamentul		
	<ul style="list-style-type: none">• În unele cazuri sunt necesare intervenții mai complexe cu asigurarea unor condiții de staționar specializat precum și siguranța în caz de pericolul pentru propria persoană.• Depresie severă și complexă; risc pentru viață; auto-neglijare severă.	<ul style="list-style-type: none">• Orientarea intervenției în trepte – treapta 4 (anexa 15).• Conform recomandărilor psihiatrului, cu acordul pacientului are loc spitalizarea în spitalul de psihiatrie (casetă 12).• Medicamente, intervenții psihologice de înaltă intensitate, terapie electroconvulsivă, servicii de intervenție în criză, tratamente combinate, îngrijiri multiprofesionale și spitalicești.

B.4. Nivelul de staționar (spitalul de psihiatrie)



Descriere	Motivele	Pașii
4. Externarea	<ul style="list-style-type: none">• Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun oferă beneficii (eradicarea discriminării, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiant).	<ul style="list-style-type: none">• Are loc conform recomandărilor, cu acordul pacientului și a recomandărilor psihiatrului din ECSM. <p>Extrasul obligatoriu va conține:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnosticul exact detaliat.• Rezultatele investigațiilor efectuate.• Recomandările explicite pentru pacient.• Programul psihoterapeutic de susținere.• Recomandările pentru medicul de familie.

Etapizarea îngrijirii pacientului cu depresie



Cine acordă îngrijiri	Forma clinică	Intervenția
Etapa 1: Asistența medicală primară (medicul de familie, asistentul medical).	Recunoașterea depresiei	Evaluare
Etapa 2: Asistența medicală primară. CCSM	Depresia ușoară	Supravegherea atentă, PCC, exerciții fizice, scurte intervenții psihologice
Etapa 3: Asistența medicală primară, CCSM	Depresia moderată sau severă	Medicație, intervenții psihologice, suport social, PCC
Etapa 4: CCSM, secții psihiatrice în spitalele de profil general	Depresia recurentă, atipică și psihotică.	Medicație, intervenții psihologice complexe, tratament combinat
Etapa 5: Servicii psihiatrice spitalicești: secții psihiatrice în spitale de profil general și spitalele de psihiatrie	Depresia rezistentă la tratament, depresia cu risc suicidar, neglijare severă a propriei persoane.	Medicație, tratament combinat, TEC

Factori declanșatori pentru examinarea posibilității de diagnosticare a unei tulburări depresive

- stare scăzută de spirit;
- lipsa contactului vizual, vorbire monotonă și mișcare lentă;
- consultări frecvente, cu oboseală și simptome fizice inexplicabile din punct de vedere somatic;
- nervozitate, anxietate, insomnie, solicitări de tranchilizante;
- pierderea greutateii;
- perioada post-partum.



Factori de risc personali în dezvoltarea depresiei

- **Context genetic:** Istoria familială;
- **Personalitate:** Introversiune;
Respect de sine redus;
Pesimism;
Autocriticism exagerat;
Dependență de alții;
- **Sănătate:** Deficiență hormonală (tiroidită autoimună ex.);
Probleme hormonale, după sarcină;
Boli somatice cronice;
Atac de cord sau accident cerebral-vascular;
Unele medicamente;
Comorbiditate psihiatrică;
Consum de alcool și droguri.



Factori de risc ce țin de mediu

- **Relații sociale, serviciul și familia:**

- Suport social redus (risc înalt pentru persoanele singure și persoanele divorțate);
- Sărăcie, șomaj, discriminare, încălcarea drepturilor;
- Tensiune psihică înaltă la serviciu, lipsa controlului perceput, lipsa suportului la serviciu;
- Condamnați, partener bolnav; persoane în vârstă din aziluri;
- Persoane ai căror părinți sunt sau au fost afectați de tulburări psihiatrice;

- **Evenimente ale vieții:**

- Tinerețe traumatizantă: abuz sexual, neglijare emoțională;
- Traumă psihologică la vârsta adultă: refugiații;
- Alte evenimente stresante ale vieții interpersonale (în special, la femei), inclusiv divorț sau evenimente legate de sănătate (în special, la persoane în vârstă);
- Migrația (dor de casă, discriminare, probleme de integrare și acceptare).



Manifestări clinice

Simptomele tipice ale tulburării depresive sunt:

- dispoziție deprimată pentru cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, neinfluențată de circumstanțe, prezentă continuu cel puțin în ultimele **2 săptămâni**.
- pierderea interesului sau a plăcerii în activități care în mod normal erau plăcute.
- astenie, fatigabilitate.

Simptomele adiționale întâlnite frecvent în tulburarea depresivă sunt:

- pierderea încrederii în sine;
- sentimente de vinovăție și culpabilitate
- gânduri recurente de moarte sau sinucidere
- diminuarea capacității de concentrare
- modificarea activității psihomotorii
- tulburări de somn
- modificări ale apetitului



Manifestări clinice

Alte simptome întâlnite în tulburarea depresivă sunt:

- constipația, care este o consecință a sedentarismului, inhibiției psihomotorii sau este un efect secundar al tratamentului antidepresiv;
- cefalee accentuată matinal sau în urma unor situații de stres;
- dureri osteoarticulare, mai ales la nivelul membrelor inferioare sau la nivelul dorso-lombar al coloanei vertebrale;
- modificări de instinct sexual, cu scăderea marcată a libidoului.



Psihodiagnosticul depresiei

- **Prima orientare:**

În ultimele **două** săptămâni

- Dispoziție proastă („Aveți dispoziție proastă? / Sunteți trist?”);
 - Lipsa interesului sau a satisfacției în viața generală („Nu aveți plăcere de la ceea ce faceți de zi cu zi?”);
- Dacă la ambele întrebări răspunsul este “Nu” → nu este depresie;



PHQ-9

	Lipsește	Câteva zile	Mai mult de jumătate din zile	Aproape în fiecare zi
1. Interes sau plăcere redusă de a face ceva				
2. V-ați simțit indispus, deprimat sau fără speranță				
3. Adormiți greu sau nu puteți dormi, ori dormiți prea mult				
4. Vă simțiți obosit sau lipsit de energie				
5. Poftă scăzută sau excesivă de mâncare				
6. Gândiți rău despre sine – sau credeți că sunteți un ratat ori că ați permis căderea dvs. ori a familiei				
7. Aveți probleme de concentrare asupra lucrurilor, așa ca citirea ziarelor sau vizionarea televizorului				
8. Vă mișcați sau vorbiți atât de lent, încât persoanele din jur au putut remarca acest lucru. Sau dimpotrivă - sunteți atât de neastâmpărat sau agitat, încât vă mișcați mult mai mult, decât de obicei				
9. Vă vin gânduri că mai bine ați muri sau de auto-vătămare				
		Adăugați scorul coloanelor <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>		
<i>(Pentru specialistul în sănătate: pentru a interpreta TOTALUL, utilizați fișa de scoruri)</i>		TOTAL:		
10. Dacă ați bifat anumite probleme, în ce măsură aceste probleme au făcut <i>dificilă</i> realizarea lucrului, preocuparea de lucrurile de acasă sau relațiile cu alte persoane		Defel dificil _____ Întrucâtva dificil _____ Foarte dificil _____ Extrem de dificil _____		



PHQ-9 Interpretarea scorului

Scor total	Interpretare
0 - 4	Lipsește
5 – 9	Depresie ușoară
10 – 14	Depresie moderată
15 – 19	Depresi moderat- severă
20 – 27	Depresie severă



Psihoeducația pacientului cu depresie

- Ce este depresia?
- Cine are depresie?
- Care sunt cauzele depresiei?
- Gânduri suicidare
- Cum influențează gândirea și comportamentul depresia?!
- Cum ar fi de ajutor terapia
- Este util tratamentul medicamentos?
- Ce se întâmplă dacă iau medicamente pentru depresie, însă doresc să rămân însărcinată?



ANXIETATEA





Anxietatea

Anxietatea se caracterizează printr-o senzație difuză, neplăcută, vagă, de teamă sau neliniște, însoțită de simptome vegetative: **cefalee, transpirație, palpitații, tahicardie, disconfort gastric**, etc.

Este deci constituită din două componente, una **fiziologică** și alta **psihologică**, individul fiind conștient de existența ambelor.

Implică:

- Sentimente subiective (îngrijorare);
- Răspunsuri fiziologice (tahicardie, ↑cortizolemie, etc.);
- Răspunsuri comportamentale (evitare).



Definiții 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.



Definiții 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).



Definiții 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.



Definiții 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.
- **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.



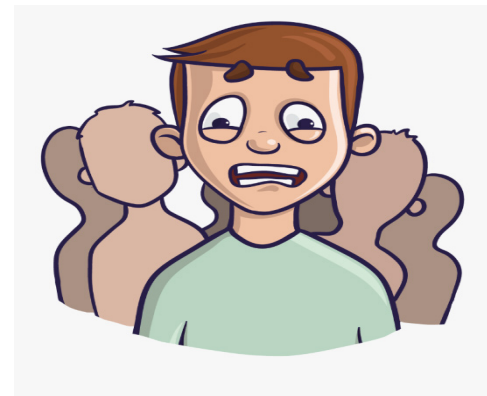
Informația epidemiologică

- 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.





- Deseori pacienții nu prezintă anxietatea drept problema lor primară, însă prezintă simptome somatice aferente;
- Medicii și nursele trebuie să fie prudenți la simptomele anxietății;
- Diagnoza finală poate necesita mai multe contacte pacient-medic.



B.1. Nivelul asistenței medicale primare:



Descriere	Motivele	Pașii
• Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	Factorii de risc personal și cei de mediu pot contribui la apariția anxietății.	<ul style="list-style-type: none">• Evaluarea persoanelor care prezintă factori de risc în sensul declanșării unei tulburărilor de anxietate (caseta nr. 3, 3.1, 3.2, 4, 5, 6).
1.3. Screening-ul	Depistarea precoce a pacienților cu anxietate.	<ul style="list-style-type: none">• Aplicarea Scalei din 7 elemente de Tulburare de anxietate generalizată (TAG 7) (caseta 7, anexa 2, algoritm C 1.2).
1.2. Profilaxia secundară	Tratamentul pacienților cu tulburări de anxietate ușoară.	<ul style="list-style-type: none">• Evaluarea severității anxietății (caseta 7).• Autocontrolul tulburării (caseta 3).

B.1. Nivelul asistenței medicale primare:



Descriere	Motivele	Pașii
2. Diagnosticul		
2.1. Suspectarea și confirmarea tulburărilor de anxietate	Semnele de anxietate (caseta nr.1, 2)	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">• Anamnezic (caseta 8.9, 10, 11).• Evaluarea severității (caseta 7).
2.2. Luarea deciziei de tratament și/sau trimitere la CCSM	<ul style="list-style-type: none">• Abordarea etapizată a pacientului cu tulburări de anxietate (caseta 13,)• Episod ușor – indicarea PCC (c 16).• Tulburări de anxietate de severitate medie (caseta 17A)• Tulburări de anxietate severe (c 9).• Tratamentul nu este eficace, la reevaluare după 6 săptămâni (17).	Recomandarea consultului specialistului din CCSM (algoritm 1.1).

B.1. Nivelul asistenței medicale primare:



Descriere	Motivele	Pașii
3. Supravegherea clinică	<ol style="list-style-type: none">1. Prescrierea preparatelor anxiolitice, inclusiv antidepresivelor cu efect anxiolitic.2. Evaluarea tolerabilității, complianței și eficacității tratamentului anxietății ușoare.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none">•Orientarea intervenției în trepte – treapta 1 - 2 (anexa 15).•Intervenții inițiale în caz de anxietate ușoară (caseta 16).•Monitorizarea activă a semnelor clinice și reacțiilor adverse ale remediilor farmacologice (caseta 17).•Acordare de PCC (caseta 23).•Prescrierea tratamentului farmacologic.•Trimitere pentru evaluare la CCSM în caz de necesitate (anexa 13).



B.2. Nivelul consultativ specializat de ambulator (Centrul Comunitar de Sănătate Mintală):

Descriere	Motivele	Pașii
1. Diagnosticul		
Confirmarea diagnosticului anxietate	<ul style="list-style-type: none">• Adresarea de la medicul de familie.• Adresarea de sinestătătoare cu acuze de anxietate (caseta 9).	<ul style="list-style-type: none">• Evaluare multidisciplinară (Caseta 12).• Evaluarea severității (caseta 8).
Selectarea tipului de intervenție	Remiterea simptomelor de anxietate (tabelul nr. 6).	<ul style="list-style-type: none">• Introducerea îngrijirilor pe trepte (tabelul 15).



B.2. Nivelul consultativ specializat de ambulator (Centrul Comunitar de Sănătate Mintală):

Descriere	Motivele	Pașii
2. Tratatamentul		
Tratament biologic	Beneficiu în rezultatul administrării tratamentului psiho farmacologic.	<ul style="list-style-type: none">• Orientarea intervenției în trepte – treapta 2 - 3 (anexa 15).• Intervenții psihoterapeutice (terapie prin rezolvarea problemelor, TCC) în primul episod de anxietate (casetă 18).• Respectarea principiilor de selectare a tratamentului medicamentos anxiolitic. Administrarea anxioliticelor sau antidepressivelor cu efect anxiolitic în cazul episoadelor multiple recurente și rezistente (casetă 19, 20, 21).



B.2. Nivelul consultativ specializat de ambulator (Centrul Comunitar de Sănătate Mintală):

Descriere	Motivele	Pașii
2. Tratatamentul		
Tratament psihologic	Beneficiu de la inițierea și menținerea unei alianțe în intervenții (psihologice, sociale).	<ul style="list-style-type: none">• Inițierea și menținerea tratamentului psihologic (caseta 22), terapie cognitiv-comportamentală (caseta 23).
3. Supravegherea clinică continuă	Pentru a asigura stabilitatea condiției medicale obținute și managementul urgențelor în tulburările de anxietate.	<ul style="list-style-type: none">• Menținerea stării de sănătate mintală, managementul complicațiilor (anexa 27) și comportamentului suicidar (anexa 25, 26).

B.3 și B.4. Nivelul de staționare



1. Spitalizare

- Suferințe grave sau funcționalitate deficientă care sunt dificil de ameliorat
 - Sarcină în timpul necesității tratamentului medicamentos
 - Tulburare obsesiv-compulsivă (refractară la tratament)
 - Tulburare de stres post-traumatic (rezistentă la tratament)
 - Imposibilitatea managementului complicațiilor psihotice și a riscului suicidar, sau comportament autolitic repetat.
- Recepționarea pacienților psihotici din secțiile psihiatrice din spitalele de profil general, cu solicitarea acordului CCSM după caz (caseta 12).

B.3 și B.4. Nivelul de staționar



2. Diagnosticul

- În caz de dubii, sau de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru a exclude alte tulburări afective.
- Anamneza (casetă 6).
- Evaluarea simptomelor (casetă 9).
- Examenul de laborator (casetă 11).
- Efectuarea diagnosticului diferențial (tabelul 3, 4).
- Evaluarea dosarului din CCSM, după caz (casetă 12).

B.3 și B.4. Nivelul de staționar



3. Tratamentul

- În unele cazuri sunt necesare intervenții mai complexe cu asigurarea unor condiții de staționar specializat precum și siguranța în caz de pericol pentru propria persoană.
- Anxietate severă cu agitație motorie marcată; tentative suicidare.
- Orientarea intervenției în trepte – treapta 4 (anexa 15).
- Conform recomandărilor psihiatrului din ECSM, cu acordul pacientului are loc spitalizarea în spitalul de psihiatrie (caseta 12).
- Medicamente, intervenții psihologice de înaltă intensitate, servicii de intervenție în criză, tratamente complexe, supraveghere continuă, îngrijiri multidisciplinare și spitalicești.

B.3 și B.4. Nivelul de staționar



4. Externarea

- Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun oferă beneficii (eradicarea discriminării, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiental).
 - Are loc conform recomandărilor, cu acordul pacientului și a recomandărilor psihiatrului din ECSM.
- Extrasul obligatoriu va conține:
- Diagnosticul exact detaliat.
 - Rezultatele investigațiilor efectuate.
 - Recomandările explicite pentru pacient.
 - Programul psihoterapeutic de susținere.
 - Recomandările pentru medicul de familie.

Etapizarea îngrijirii pacientului cu tulburări anxioase



Cine acordă îngrijiri	Forma clinică	Intervenția
Etapa 1: Asistența medicală primară (medicul de familie, asistentul medical).	Recunoașterea tulburărilor anxioase	Evaluare
Etapa 2: Asistența medicală primară. CCSM	Tulburări anxioase ușoare	Supravegherea atentă, PCC, exerciții fizice, scurte intervenții psihologice
Etapa 3: Asistența medicală primară, CCSM	Tulburări anxioase moderate sau severe	Medicație, PCC, intervenții psihologice, suport social,
Etapa 4: CCSM, secții psihiatrice în spitalele de profil general	Tulburarea obsesiv-compulsivă, Tulburarea de Stres Post Traumatic.	Medicație, intervenții psihologice complexe, tratament combinat
Etapa 5: Servicii psihiatrice spitalicești: secții psihiatrice în spitale de profil general și spitalele de psihiatrie	Tulburările anxioase rezistente la tratament, cu risc suicidal, neglijare severă a propriei persoane.	Medicație, tratament combinat.

Factori de risc în dezvoltarea Anxietății

1. *Personali*

- context genetic (istoric de familie)
- personalitate (introvertă, perfecționistă, dependentă, respect de sine redus)
- sănătate (probleme de sănătate somatică, comorbidități psihiatrice, consum de substanțe psihoactive și unele medicamente)

2. *Factori de risc de mediu*

- relații sociale tensionate în diferite medii
- evenimente de viață (traume psihologice de diversă intensitate, cumulative etc.)



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• sincopă	NEUROLOGICE <ul style="list-style-type: none">• cefalee• vertij• parestezii• 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



Semne psihologice

1. Dificultăți de concentrare;
2. Hipervigilență;
3. Senzații de frică;
4. Tulburări hipnice;
5. Senzație de „nod în gât” (globus);
6. Îngrijorare
7. Iritabilitate
8. Derealizare sau depersonalizare



De ce reacționăm așa?

- In situatiile tensionate, în care te simți amenințat la nivel de subconștient, glandele suprarenale elibereaza adrenalina si cortizol – hormonul stresului.
- Acesti hormoni accelereaza bataile inimii, respiratia si totodata cresc nivelul de zahar din sange.
- In asemenea momente, apare senzatia de neliniște acută, tensiunea arterială crește iar anxietatea se instalează.



Patologii psihice și somatice care pot determina apariția anxietății

Tulburări mintale:

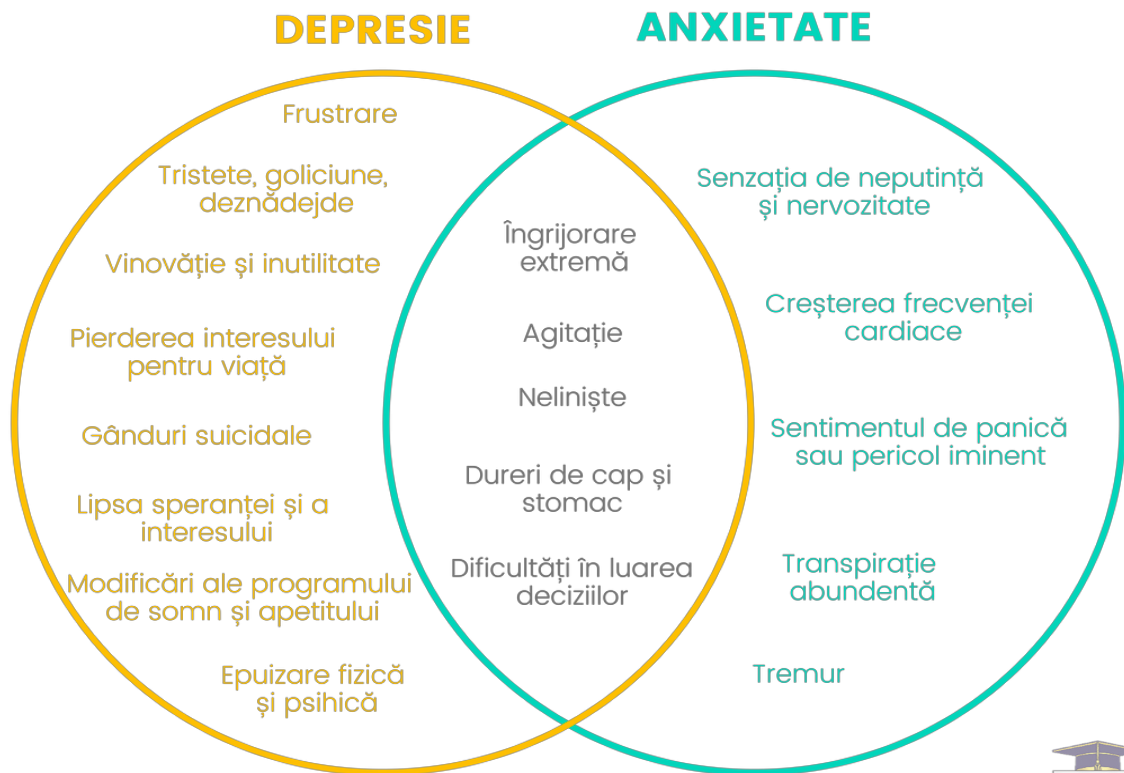
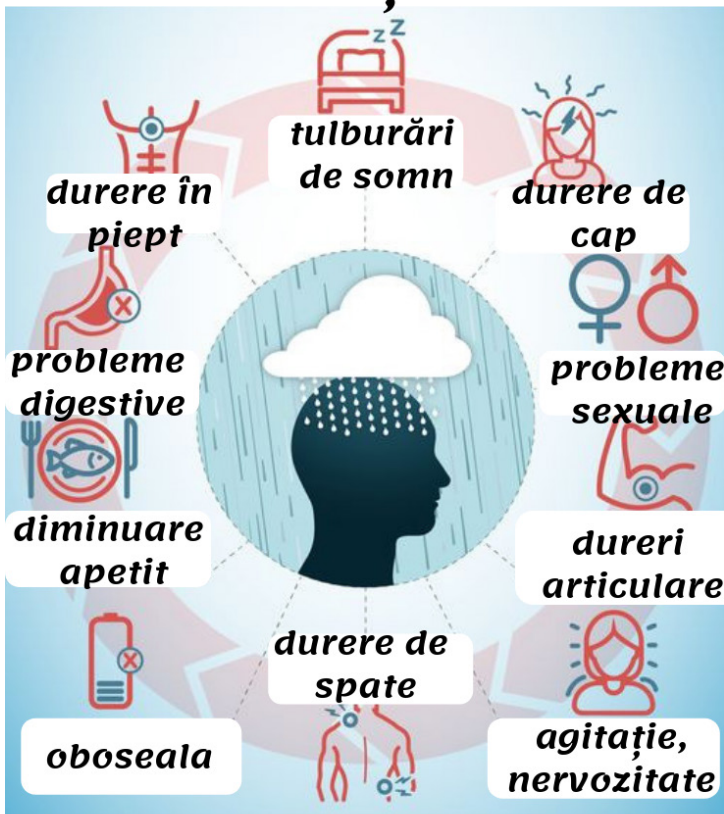
- Depresie
- Schizofrenia
- Tulburarea schizoafectivă
- TAB
- Tulburarea de adaptare

Boli somatice:

- Cardiopatia ischemică
- IMC
- Tahicardia paroxistică
- Embolia pulmonară
- Astm bronșic
- Hipoglicemia
- Hipertiroidismul
- Hipocalcemia – crize de spasmodic
- Insulinomul
- Tumori carcinoide
- Feocromocitomul
- Scleroză multiplă
- Epilepsia temporală



10 semne fizice de ANXIETATE ȘI DEPRESIE



Screening-ul anxietății

Se efectuează prin intermediul mai multe instrumente recomandate:

- Scara din 7-elemente de Tulburare de anxietate generalizată (**TAG-7**) - aplicată în special de medicul de familie
- Scala Hamilton de evaluare a anxietatii (Hamilton Anxiety Rating Scale: **HAM-A**)
- Scala de autoevaluare a anxietatii a lui Zung (The Self-Rating Anxiety Scale Zung-**SAS**)
- Chestionarul Patru Dimensional al Simptomelor (**4DSQ**) este un instrument validat de screening, care poate fi utilizat pentru a distinge între anxietate, depresie, stres si simptome somatice la nivel de asistență primară.



ÎNTREBĂRI CHEIE

În ultimele **două** săptămâni v-ați

- *Simțit nervos, anxios, sau la limită?*
- *Ați fost incapabil de a înceta sau de a vă controla îngrijorările?*

*Dacă răspunsul este **DA** la una din întrebările de mai sus - **Evaluați întregul spectru de simptome ale anxietății***



Scala pentru Tulburare de anxietate generalizată (TAG 7)

Pe parcursul <u>ultimelor 2 săptămîni</u> , cît de des v-ați simțit deranjat/ă de următoarele probleme?	Defel	Cîteva zile	Mai mult de jumătate din zile	Aproape în fiecare zi
1. Vă simțeați nervos, anxios sau la limită	0	1	2	3
2. Nu puteați înceta sau controla îngrijorarea	0	1	2	3
3. Îngrijorare prea mare în privința diferitor lucruri	0	1	2	3
4. Dificultate de a vă relaxa	0	1	2	3
5. Erați atît de agitat, că cu greu puteați sta pe loc	0	1	2	3
6. Vă enervați și vă iritați ușor	0	1	2	3
7. Simțeați frica că vi s-ar putea întîmpla ceva strașnic	0	1	2	3



TAG 7 Interpretarea scorului

Scor total	Interpretare
≥ 10	Posibilă diagnoză de tulburare generalizată de anxietate; de confirmat printr-o evaluare ulterioară
5	Anxietate ușoară
10	Anxietate moderată
15	Anxietate severă



DIAGNOSTICUL

- Absenteism de la serviciu
- Vizite frecvente la medic cu diverse simptome somatice incoerente
- Simptome de stres persistente și non-specifice
- Simptome de genul hiperventilării
- Simptome somatice persistente ca amețeala, tahicardia și aritmia



DIAGNOSTICUL

- Solicitări pentru prescrierea de medicamente somnifere/tranchilizante
- Abuz de alcool sau substanțe
- Simptome depresive
- Eveniment traumatizant din viață
- Schimbări în funcționare, de ex., comportament de evitare



Tulburare de panică (TP) cu sau fără agorafobie

- **Tulburări de panică (TP)** (cu și fără agorafobie): atacuri neprevăzute, spontane, recurente de frică intensă de a pierde controlul, de a înnebuni sau de a muri, cu diverse simptome somato-vegetative, precum și îngrijorare cu privire la noi atacuri și consecințele acestora.



Tulburare de panică (TP)

O perioadă distinctă de frică sau disconfort intens, în care *cel puțin 4 din simptomele ce urmează, apar brusc și ating intensitatea maximă în decurs de până la 10 minute:*

- palpații, bătăi puternice ale inimii sau puls accelerat;
- transpirații;
- tremurături sau tremur al întregului corp;
- senzație de lipsă de aer sau sufocare;
- senzație de a se înăbuși;
- durere sau disconfort toracic;
- greață sau disconfort abdominal;
- senzație de amețală, de instabilitate, de „cap ușor” sau de leșin;
- derealizare (senzație de irealitate) sau depersonalizare (detașare de propriul „eu”);
- teama de a nu-și pierde controlul sau de a nu înnebuni;
- teama că va muri;
- parestezii (senzații de amorțeală sau înțepături);
- valuri de frig sau căldură.



Tulburare de panică (TP)

- Pentru un diagnostic cert, trebuie să aibă loc mai multe atacuri severe într-o perioadă de aproximativ o lună de zile:
- În circumstanțe în care nu există pericol obiectiv;
- Atacurile să nu poată fi datorate unor situații cunoscute sau previzibile;
- Între atacuri trebuie să existe intervale libere de simptome anxioase (deși anxietatea anticipatorie este obișnuită).





Gestionarea atacului de panică

- Combaterea hiperventilării
- Psihoeducația
- Meditație și tehnici de relaxare
- medicație: anxiolitice + antidepresante



Psihoeducația pacientului cu anxietate

- Ce este anxietatea?
- Ce tipuri anxietate există?
- Cine are anxietate?
- Care sunt cauzele?
- Cum influențează gândirea și comportamentul anxietatea?
- Care sunt tratamentele împotriva anxietății?
- Cum ar fi de ajutor terapia?
- Este util tratamentul medicamentos?
- Ce se întâmplă dacă iau medicamente pentru depresie, însă doresc să rămân însărcinată?



Probleme de sănătate mintală la persoanele de vârstă a treia.
Îngrijirea bolnavilor cu tulburări de cogniție: retard mintal,
demențe.

Conf. Dr.,
Ion Coșciug



„ÎMBĂTRÂNIREA FIZIOLOGICĂ”

Modificări datorate procesului de „îmbătrânire fiziologică”

- Apar riduri și se reduce considerabil turgor-ul cutanat.
- Se reduc acuitatea vizuală și cea auditivă.
- Persoana manifestă uitucie, dar poate funcționa independent.
- Persoana, în pofida tulburărilor de memorie, înțelege sensul metaforic al proverbelor, zicătorilor și poate judeca logic, rațional.
- Persoana conștientizează parțial prezența declinului cognitiv.

Modificări psihologice la vârsta a treia

- Devin mai accentuate trăirile legate de durata vieții restantă.
- Mai frecvente sunt gândurile legate de moarte.
- Sunt prezente trăiri emoționale legate de conștientizarea capacităților cognitive, intelectuale diminuate.
- Adeseori apare insatisfacția determinată de reducerea considerabilă a statutului social, economic, familial, etc.
- Frecvent devine evidentă *anxietatea, irascibilitatea, furia*, care de regulă, sunt calificate de aparținători ca și Agresivitate (*ele de facto, fiind o manifestare a **Agresiunii de Frustrare** = irascibilitate determinată de nesatisfacerea necesităților vitale*).

Modificări de intelect și personalitate la vârsta a treia

- Devin mai accentuate *egoismul, egocentrismul, rigiditatea ideativă și afectivă.*
- Intelectul neverbal se reduce mai rapid decât cel verbal.
- Scade intelectul social (*devin lipsiți de inițiativă, mai puțin comunicabili, sociabili, etc.*).
- Se reduce productivitatea cognitivă (*atenție, gândire rațională, capacitate de abstractizare, etc.*).
- Se reduce viteza de procesare a informațiilor (*aciziționate atât recent, cât și tardiv*).
- Mai frecvente sunt dificultățile de memorizare, stocare și evocare a informațiilor (*uitucie*).
- Se reduce capacitatea de a *soluționa probleme complexe.*

DEMENTA

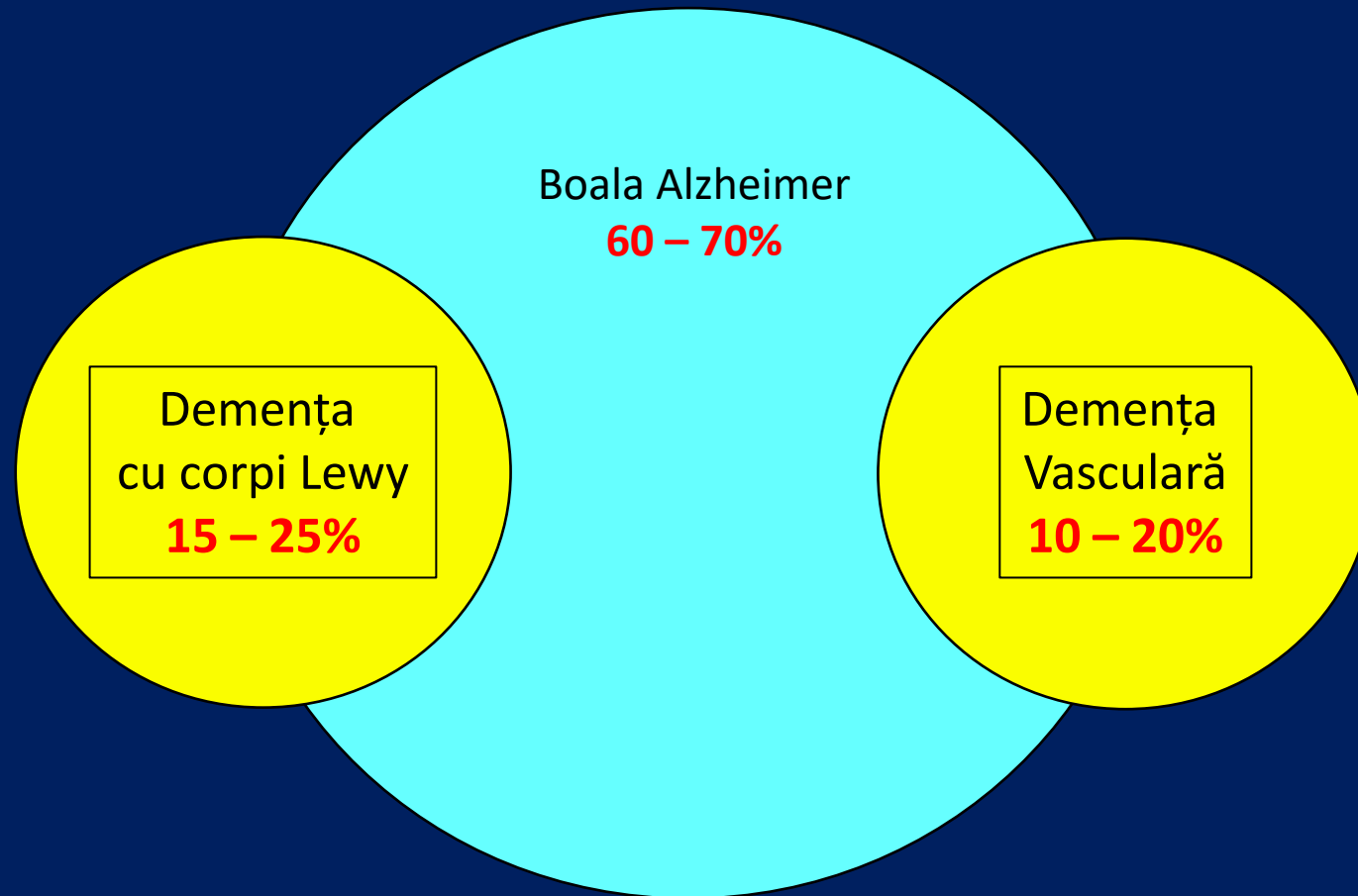
ACTUALITATEA PROBLEMEI

- În Europa, în ultimele trei decenii numărul persoanelor, **vârsta cărora depășește 65 ani s-a triplat** (de la 5% la 15%), iar 1/3 dintre ele sunt persoane, vârsta cărora este peste 75 ani ¹;
 - **În fiecare 3 secunde este diagnosticat un caz nou de demență** ¹;
- Tendința spre “întinerirea” proceselor atrofice cerebrale ¹;
- *Masa creierului uman se micșorează o dată cu vârsta cronologică* ²:
 - **cu ≈ 5% - între 30 și 70 ani;**
 - **cu ≈ 10% - spre 80 ani;**
 - **cu ≈ 20% - spre 90 ani.**

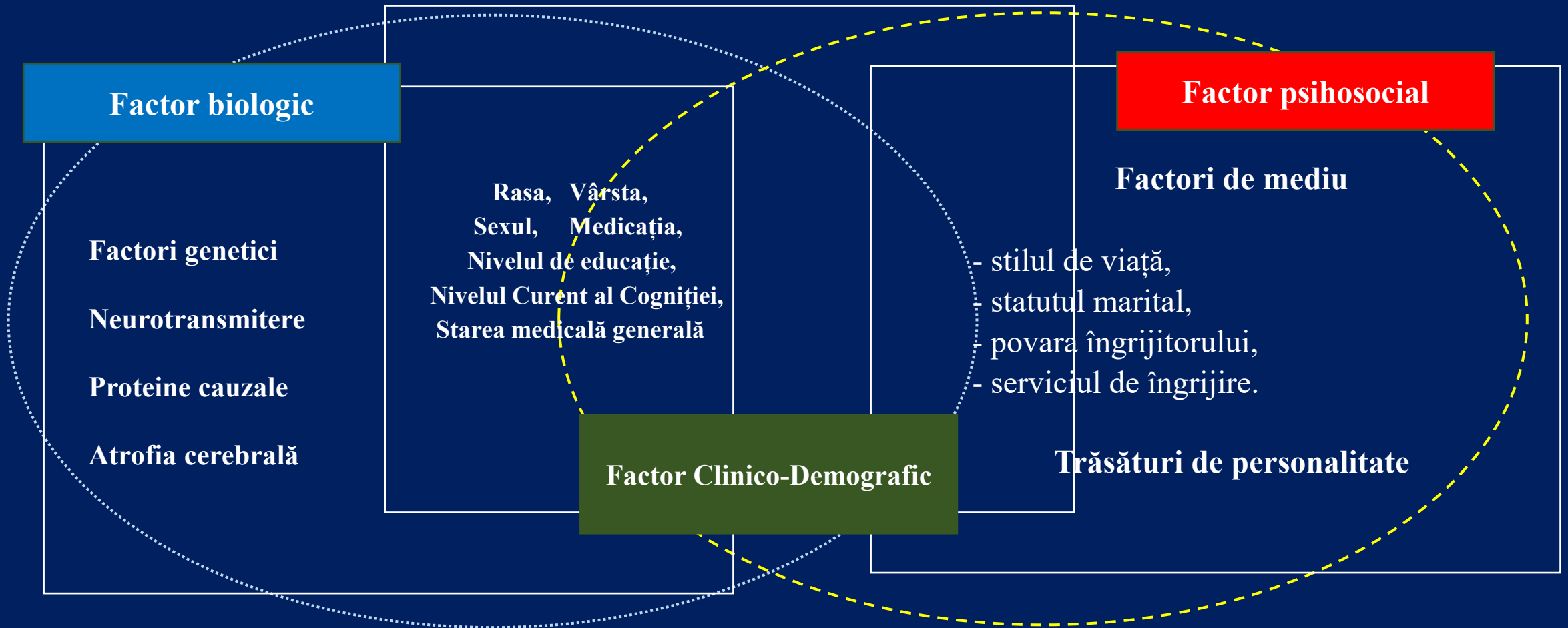
¹ Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии, Т. 2, 1997;

² LAROUSSE Dicționar de psihiatrie și de psihopatologie clinică. Sub direcția lui Jacques Postel, București, Ed. Univers Enciclopedic, 1998, 620 p.

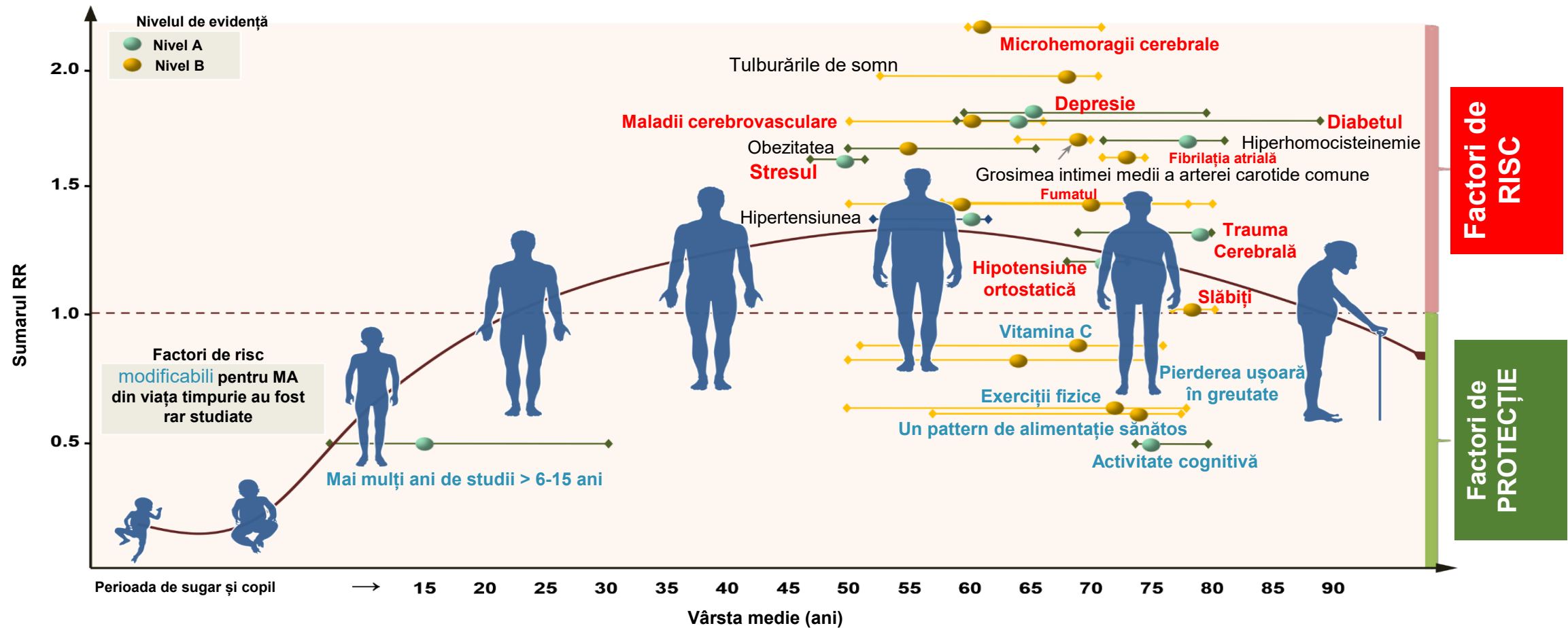
Demența mixtă: *suprapunerea bolii Alzheimer cu alte demențe*



Demența. Factori de risc.



Demența. Factori de Risc / Protecție.



Factori de risc - *depresia, stresul, somnul insuficient, obezitatea la vârsta medie, indicele masei corporale înalt la vârstnici, fumatul, diabetul, traumatismul cerebral, hipertensiunea la vârsta medie, hipotensiunea ortostatică, hiperhomocisteinemia, maladiile cerebrovasculare, fibrilația atrială, persoanele epuizate/slăbite.*

Factori de protecție – *educația (timp de 6-15 ani), activitatea cognitivă, scăderea ponderală ușoară la vârstnici, alimentația sănătoasă, exercițiile fizice, consumul de vitamina C.*

Atrofia cerebrală

Creierul uman are masa de

≈ 1400 gr.

Masa creierului uman se micșorează o dată cu vârsta cronologică ²:

- cu ≈ 5% - între 30 și 70 ani
- cu ≈ 10% - spre 80 ani
- cu ≈ 20% - spre 90 ani

În Demența Alzheimer
Masa creierului se reduce anual
cu

≈ 130 gr. (10%)

² LAROUSSE Dicționar de psihiatrie și de psihopatologie clinică. Sub direcția lui Jacques Postel, București, Ed. Univers Enciclopedic, 1998, 620 p.

Cele mai frecvente 3 tulburări de Sănătate mintală la persoanele de vârstă a 3-a

- Depresia
- Demența
- Deliriumul

SCALA GERIATRICĂ a DEPRESIEI: Formularul scurt (SDG)

Alegeți răspunsul care descrie cel mai bine cum v-ați simțit săptămâna trecută:

1. Sunteți mulțumit în general de viață? DA/ **NU**
2. Ați abandonat multe dintre activitățile și interesele dvs.? **DA** / NU
3. Simțiți că viața vă este pustie? **DA** / NU
4. Vă plictisiți deseori? **DA** / NU
5. Sunteți în stare bună de spirit majoritatea timpului ? DA / **NU**
6. Vă este teamă că vi se va întâmpla ceva rău? **DA** / NU
7. Vă simțiți fericit majoritatea timpului? DA / **NU**
8. Vă simțiți deseori neajutorat? **DA** / NU
9. Preferați să stați acasă, decât să ieșiți și să faceți lucruri noi? **DA** / NU
10. Simțiți că aveți mai multe probleme cu memoria decât majoritatea celorlalți? **DA** / NU
11. Credeți că este minunat să fii în viață acum? DA / **NU**
12. Vă simțiți destul de inutil așa cum sunteți acum? **DA** / NU
13. Vă simțiți plin de energie? DA / **NU**
14. Simțiți că sunteți într-o situație lipsită de speranță? **DA** / NU
15. Credeți că majoritatea oamenilor o duc mai bine decât dvs.? **DA** / NU

Evaluare:

Răspunsurile cu **litere aldine** indica depresie. Calculați **1 punct** pentru fiecare răspuns cu litere aldine.

Un scor **> 5 puncte** este sugestiv pentru depresie.

Un scor **≥ 10 puncte** aproape întotdeauna indică o depresie.

NOTĂ: Un scor **> 5 puncte** ar trebui să justifice o evaluare completă de follow-up.

Depresia Vârstnicului.

ACTUALITATEA PROBLEMEI

- În SUA **20%** dintre sinucideri sunt comise de persoanele cu vârsta peste 65 ani.
 - **Cel mai înalt risc de suicid = îl prezintă :**
 - ✓ *Bărbații solitari cu vârsta de 75 ani și mai mult,*
 - ✓ *Cu multiple comorbidități somatice,*
 - ✓ *Care administrează multiple medicamente sau fac abuz de substanțe psihoactive și, care...*
 - ✓ *Au un plan concret de suicid*

ACTUALITATEA PROBLEMEI

- În SUA – din cele 32 mln. de americani trecuți de vârsta de 65 ani:
 - 4 mln. (12,5%) = suferă de Demență
 - 5 mln. (15,6%) = suferă de Depresie
- 20% = dintre toate suicidele sunt comise de persoanele cu vârsta de peste 65 ani.



- **Demența** — este un sindrom cronic progresiv în timp, în cadrul căruia are loc *diminuarea funcțiilor cognitive într-o proporție mai mare, decât în procesul de îmbătrânire obișnuită*.
- Sunt prezente tulburări ale *memoriei, gândirii raționale, capacității de a înțelege și însuși informații noi, vorbirii, calculului, și orientării auto- și allopsihice*.
- *Demența de regulă nu influențează conștiința.*
- **Demența** afectează cu predilecție persoane de vârstă înaintată și, **NU ESTE** un proces *de îmbătrânire fiziologică*.

Demența - definiție

- Demența este o tulburare caracterizată prin deficite cognitive multiple, afectând
 - memoria,
 - inteligența,
 - limbajul,
 - rezolvarea problemelor, praxisul,
 - învățarea, orientarea, percepția,
 - atenția,
 - judecata,
 - concentrarea și abilitățile sociale

Demența – simptome clinice comune

- Pentru orice tip de demență, în etapa inițială, sunt comune următoarele 4 acuze:

Comparativ cu 5 – 10 ani în urmă apare:

- (1) Dificultatea de *a-și aminti nume cunoscute anterior,*
- (2) Dificultatea de *a găsi cuvântul potrivit în momentul potrivit,*
- (3) Dificultatea de *a-și aminti unde se află anumite obiecte și*
- (4) Diminuarea *capacității de concentrare a atenției.*

- **F00 – Demența în boala Alzheimer (G30)**

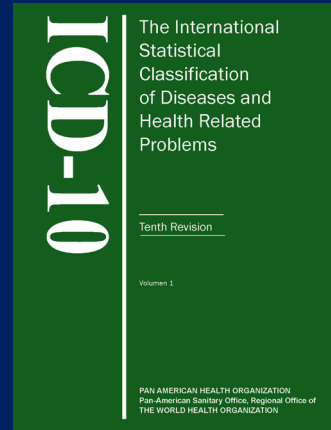
- F00.0 cu debut precoce (< 65 ani)
- F00.1 cu debut tardiv (> 65 ani)
- F00.2 forma atipică sau mixtă
- F00.9 nespecificată

- **F01 – Demența vasculară**

- F01.0 cu debut acut
- F01.1 prin infarcte multiple
- F01.2 subcorticală
- F01.3 mixtă, subcorticală și corticală
- F01.8 alte forme
- F01.9 nespecificată

- **F02 – Demența în alte boli**

- F02.0 Dementa in boala Pick (G31.0)
- F02.1 Dementa in b. Creutzfeldt-Jakob (A81.0)
- F02.2 Dementa in boala Huntington (G10)
- F02.3 Dementa in boala Parkinson (G20)
- F02.4 Dementa in SIDA (B22)
- F02.8 Dementa in alte boli
 - lipidoza cerebrala (E75)
 - **epilepsie** (G40)
 - degenerescenta hepatolenticulara (E83.0)
 - hipercalcemie (E83.5)
 - **hipotiroidism** dobandit (E01, E03)
 - intoxicatii (T36-T65)
 - **scleroza multipla** (G35)
 - **neurosifilis** (A52.1)
 - carenta in acid nicotinic [pelagra] (E52)
 - poliarterita nodoasa (M30.0)
 - lupus eritematos sistemic (M32)
 - tripanosomiaza (B56, B57)
 - **carenta in vitamina B12** (E53.8)



- **F03 – Demența fără precizare**

Mini-Mental State Examination - MMSE

(Mini test pentru examinarea stării mentale)

Așezați pacientul într-o poziție confortabilă și stabiliți o bună comunicare. Puneți întrebările în ordinea prezentată. Scorul maxim posibil este de 30.

Punctaj
maxim

Orientare

În ce (an), (anotimp), (zi a săptămânii), (zi din lună), (lună) suntem?
Unde ne aflăm - (țara), (județul), (orașul), (spitalul), (etajul)?

5
5

Înregistrarea informațiilor

Rostiți numele a trei obiecte obișnuite (de ex. „măr”, „masă”, „monedă”). Între fiecare cuvânt faceți câte o pauză de câte o secundă. Cereți-i pacientului să le repete pe toate 3. Acordați câte 1 punct pentru fiecare răspuns corect. Apoi relațați-le până le învață pe toate 3. *Evaluați din câte încercări a reușit și notați. Încercări:*

3

Atenție și calcul

Numărare inversă de la 100 scăzând câte 7. Opriti-l după 5 răspunsuri corecte.
Test alternativ: rostirea cuvântului „avion” în sens invers.
Punctajul este în funcție de numărul de litere așezate în ordine corectă (N_O_I_V_A).

5

Reproducerea informațiilor

Întrebați-l cele 3 nume de obiecte pe care le-a auzit anterior.
Acordați câte 1 punct pentru fiecare răspuns corect. (Notă: învățarea nu poate fi testată dacă cele 3 nume nu au fost memorate în timpul testării memoriei.)

3

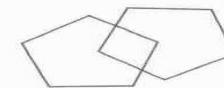
Limbaj

Denumirea unui „creion” și a unui „ceas” .
Repetarea propoziției: „Capra neagră calcă piatra”.
Înțelegerea unei comenzi:

2
1

„Luați o foaie de hârtie, împăturiți-o în două și așezați-o pe podea”.
Citirea și executarea comenzii: „Închide ochii”.
Scrierea unei propoziții.
Copierea următorului desen:

3
1
1
1



Scor maxim total: 30

Scor total:

Repere recomandate pentru evaluarea severității disfuncției cognitive:

Ușoară: MMSE \geq 21 Moderată: MMSE 10-20 Severă: MMSE \leq 9

Scăderea medie a scorului MMSE la pacienții cu boala Alzheimer ușoară și moderată este de 2-4 puncte pe an.

Adaptat după Burns A, Lawlor B, Craig S – Assessment Scales in Old Age Psychiatry. Martin Dunitz 1999:34-35; Mini-Mental State Examination


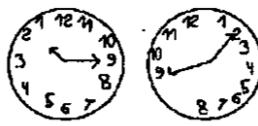

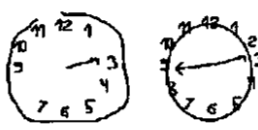

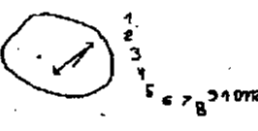

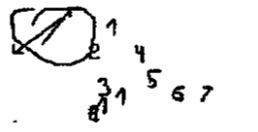

Un scor
sub 24 puncte

Este sugestiv
pentru Demență

Verdictate

82%

Testul de “Desenare a ceasului”

 <p>10 баллов - норма Нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время.</p>	 <p>5 баллов Неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке (против часовой стрелки) или расстояние между числами неодинаковое.</p>
 <p>9 баллов Незначительные неточности расположения стрелок.</p>	 <p>4 балла Утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга.</p>
 <p>8 баллов Более заметные ошибки в расположении стрелок.</p>	 <p>3 балла Числа и циферблат более не связаны друг с другом.</p>
 <p>7 баллов Стрелки показывают совершенно неправильное время.</p>	 <p>2 балла Деятельность больного показывает, что он пытается выполнить инструкцию, но безуспешно.</p>
 <p>6 баллов Стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком).</p>	<p>1 балл Больной не делает попыток выполнить инструкцию. Выполнение данного теста нарушается как при деменциях лобного типа, так и при альцгеймеровской деменции и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур.</p>

- Sunt necesare: o foaie de hârtie și un creion.
- Spunem pacientului: “Desenați vă rog un ceas rotund cu cifre în așa mod ca acele lui să indice ora fără 15 minute ora 2”.
- Rezultatul este evaluat după o scară de 10 – puncte.
- **Scorurile mai mici** indică o deteriorare cognitivă **mai gravă**.

Clock Drawing Test(Brody H.,1997;Shulman k.,1986., Sunderland T.,1989)
<http://psyhoterapevt.org/test-risovaniya-chasov/>

Demența Alzheimer

- **tip 1** - debut insidios, *după 65 ani* – evoluție mai lentă și
- **tip 2** - debut *până la 65 ani* asociind o evoluție rapidă și mai malignă;
- *Reducerea marcată a populației neuronale (hipocamp, locus coeruleus, cortex temporo-parietal și frontal)*
- *Aglomerări neurofibrilare formate din filamente helicoidale perechi; plăci neuritice (conțin amiloid); corpi granulo-vacuolari);*
- Sindromul **Afazo-Agnozo-Apraxic.**

Topul celor 10 Semne Alarmante

Asociația Alzheimer

- 1. Pierdere recentă de memorie cu afectare funcțională, ocupațională**
- 2. Dificultăți în efectuarea lucrului de altădată*
- 3. Probleme de limbaj**
- 4. Dezorientare în timp și spațiu*
- 5. Judecată precară, rațiune redusă**
- 6. Probleme cu gândirea abstractă*
- 7. Uitarea în cazul schimbării locului obiectelor**
- 8. Schimbări ale dispoziției și comportamentului*
- 9. Schimbări ale personalității**
- 10. Pierderea spiritului de inițiativă*

Demența Vasculară

- **debutează** mai frecvent **acut**,
- după un **accident vascular cerebral**,
- manifestă **afectare inegală a funcțiilor cognitive și**
- **evoluție în trepte.**

- Simptomele discognitive pot fi asociate cu **semne și simptome neurologice de focar.**

Boala Binswanger

- Este o encefalopatie, care afectează substanța albă **subcorticală**. Este caracterizată prin:
 - infarcte lacunare, de **5 - 10 mm** diametru, situate mai ales în substanța albă frontală.
 - În această afecțiune se constată modificări la nivelul substanței albe profunde, la care contribuie și hipoxia ischemică din variațiile tensionale.

Boișteanu P. (2005). Direcții de cercetare în Boala Alzheimer. Buletin de Psihiatrie Integrativă, an XI, vol. X., nr.1 (24);

Руководство по неврологии по Адамсу и Виктору. Морис Виктор, Аллан Х. Ропнер. Москва. ООО «Медицинское информационное агентство», 2006, 680 с.

Scorul ischemic HACHINSKI

- 1. Agravare în trepte - 1
- 2. Confuzie nocturnă - 1
- 3. Relativă păstrare a personalității - 1
- 4. Depresie - 1
- 5. Tulburări somatice - 1
- 6. Labilitate emoțională - 1
- 7. Hipertensiune arterială în anamneză - 1
- 8. Ateroscleroză asociată - 1
- 9. Instalare brutală - - - - - - -2
- 10. Evoluție fluctuantă - - - - - -2
- 11. Antecedente de AVC - - - - - -2
- 12. Simptome neurologice de focar (*pareze, plegii, deficit motor*) - - -2
- 13. Semne neurologice de focar (*Babinski, Rossolimo, etc.*) - - -2

Interpretare:

Scorul ≥ 7 p. - Demență Vasculară.

Scorul = 5 - 6 p. - Demență Mixtă (*Degenerativă + Vasculară*).

Scorul ≤ 4 p. - Demență Degenerativă.

D. în boala Parkinson

- Nu are individualitate clinică;
- De obicei se instalează târziu în evoluția unei boli Parkinson.
 - **Tremor specific** (*tremor de repaos, de tip „semnul pilulei”*),
 - Bradikinezie, facies imobil,
 - Rigiditate în roată dințată,
 - Mers cu pași mărunți,
 - Dificultăți în demarajul mersului,
 - Demență.
- **Depresia** poate fi frecvent asociată.

Demența. Accente importante în terapie.

- Tratament **Simptomatic** în funcție de comorbidități;
- Stimularea **Neurotransmisiei Colinergice** (remedii Anti-Colinesterazice) – **sfârșitul sec. XX**
- Tratament **Neuroprotectiv** (orientat spre reechilibrarea balanței GABA / Glutamat)
- Asigurarea **Metabolismului neuronal** (remedii Neurotrope)
- Combaterea **Stresului oxidativ** (antioxidante, ozonoterapie ș.a.)
 - Asigurarea **Neuroplasticității** (adaptogene).

Clase de Remedii utilizate în Tratamentul tulburărilor cognitive

- **Anticolinesterazice de tip central** (*Donepezilum, Rivastigminum*);
- **Anticolinesterazice de tip periferic** (*Galantaminum, Metrifonatum*);
- **Inhibitori selectivi de MAO-B** (*Selegelinum, Ropinirolum*);
- **Agoniști ai Colinei** (*Pramiracetamum*);
- **Agoniști ai DA** (*Pramipexolum, L-Dpoa, Modafinilum*);
- **Inhibitori de COMT (catechol-O-methyltransferază)**
(*Opicaponum*);

Clase de Remedii utilizate în Tratamentul tulburărilor cognitive

- **Tratamente adjuvante (antioxidante, vasoactive și neuroprotectoare) ^{1, 2}**
 - *Cerebrolyzinum, Cortexinum, Actoveginum,*
 - *Orotatum magnezium (Magnerot),*
 - *Tocoferolum acetatum (Vitamina E),*
 - *Aciduum Thioccticum (Thiogamma),*
 - *Nicergolinum (Sermion),*
 - *Pyracetamum (Nootropil, Lucetam),*
 - *Estrogeni,*
 - *Mildonium (Mildronat, Ripronat)*
 - *Fosfolipide lipozomale (Liposom Forte) ș.a.*

¹ National Institute for Health and Clinical Excellence. (2018). *Dementia: Assessment, management, and support for people living with dementia and their carers.*

² *Demența. Protocol Clinic Național, Chișinău, 2020, 121 p.*

Rezumatul recomandărilor privind terapia diferitor tipuri de demență

Tipul Demenței	Prima alegere	Intența a doua
Demența Alzheimer	InhChE	Memantine
Demență vasculară	Nu	Nu
Demența mixtă	InhChE	Memantine
Demența cu corpi Lewy	InhChE	Memantine
Declinul Cognitiv Minor	Nu	Nu
Demența secundară maladiei Parkinson	InhChE	Nu
Demența frontotemporală	Nu	Nu

Tulburări psihopatologice în Gerontopsihiatrie

- În cazul când sunt prezente și tulburări psihice asociate declinului neurocognitiv pot fi utile remediile:

- *Antidepresive,*
- *Antipsihotice (neuroleptice),*
- *Sedative și hipnotice,*
- *Tranquilizatoare ș.a.*

- Dozele constituind $\frac{1}{2}$, maximum $\frac{3}{4}$ din cele recomandate pentru adultul tânăr.

1. Udriștoiu T., Marinescu D., (2014) ;

2. Stahl S.M. Psihofarmacologie: baze neuroștiințifice și aplicații practice. Ediția a 4-a. Ed. Medicală Callisto, București, 2018.

3. Demența. Protocol Clinic Național, Chișinău, 2020, 121 p.

DEMENTA.
Persoanele de Vârsta a treia.

Principiile Nursing-ului.

Riscuri asociate Demenței / Retardării mintale

- Discernământ limitat / absent.
- Comiterea acțiunilor antisociale (*furt, jaf, huliganism, etc.*) = mai mult în retardul mintal.
- Acțiuni hetero-auto-agresive (suicid).
- Refuz alimentar, bulimie, polifagie (*în demențe, în retardul mintal sever și profund*).
- Escare (*în demențe (post-AVC, stadiile terminale) în retardul mintal sever și profund*).
- Fracturi de col femural (*la persoanele în vârstă, în demențe*).

Frecvența simptomelor psihopatologice non-cognitive în demența Alzheimer

Simptome non-cognitive	Frecvență (%)
Apatie	50 - 70
Agitație	40 - 65
Anxietate	30 - 50
Iritabilitate	30 - 45
Depresie	40
Dezinhibiție	30-40
Idei delirante	20-40
Insomnie/agitație nocturnă	20-25
Halucinații	5-15

Complicațiile tratamentului la pacienții cu demență

- Una dintre cele mai frecvente complicații ale tratamentului pro-cognitiv cu anticolinesterazice de tip central, constă în *afectarea ficatului*, motiv pentru care, este necesară monitorizarea funcției hepatice, în special nivelul Alanin-Amino-Transferazei (ALAT).
- *Creșterea nivelului de ALAT (de 4 – 5 ori contra normă), pe fondul administrării anticolinesterazicelor de tip central impune necesitatea sistării acestora.*
- Complicații frecvent posibile ale tratamentului cu antipsihotice al simptomelor psihopatologice non-cognitive sunt *efectele adverse extrapiramidale*, uneori (de exemplu, în demența cu corpi Lewy) până la *Sindrom Neuroleptic Malign*.

Principiile Nursing-ului persoanelor cu Demență

- Formulați un regim al zilei, ținând cont de activitățile uzuale ale pacientului.
- *Antrenați pacientul în activități pe măsura capacităților lui, prioritare fiind acelea, față de care el manifestă interes.*
- Ascundeți **substanțele otrăvitoare** (*diverse soluții chimice utilizate în gospodărie*), **obiectele ascuțite, funii, curele, șireturi**, etc.
- *Verificați (instalați) lacătele la uși și ferestre în caz de necesitate.*
- **Deconectați gazul** pe perioada, când pacientul rămâne acasă de unul singur.

Principiile Nursing-ului persoanelor cu Demență

- Ascundeți aparatele electrocasnice periculoase (*de ex., fierul de călcat*).
- *Nu schimbați locul obiectelor din anturaj (mobilă, obiecte de uz casnic).*
- Instalați **suporturi sigure** în camera de baie, WC.
- *Fiți siguri că pacientul poate să scoată ușor hainele de pe sine când merge la baie, WC.*

Principiile Nursing-ului persoanelor cu Demență

- *Limitați, pe cât e posibil, consumul de lichide înainte de somn.*
- Examinați zilnic țesuturile cutanate în scopul depistării escarelor.
- Aranjați hainele pacientului în ordinea, în care acestea trebuie îmbrăcate.
- *Nu grăbiți pacientul când acesta se îmbracă, încurajând îmbrăcatul de sine stătător.*
- Asigurați-l cu încălțăminte comodă, care **nu alunecă**.

Principiile Nursing-ului persoanelor cu Demență

- *În cazul când pacientul a uitat cum trebuie folosite lingura, furculița – arătați-i cum trebuie ele folosite.*
- Pentru a evita asfixia cu bol alimentar, asigurați-vă că hrana este constituită din bucăți mici, ușor de înghițit.
- *Încurajați pacientul să mănânce încet, să amestece bine înainte de a înghiți.*
- Alimentarea trebuie realizată cu porții mici de alimente.

Principiile Nursing-ului persoanelor cu Demență

- *Asigurați-vă că, spațiul în care își petrece timpul pacientul este bine iluminat (nici prea intens, nici insuficient), aerisit, lipsit de zgomote deranjante.*
- **Vorbiți clar și rar**, în special, când pacientul are **probleme cu auzul**.
- Pot fi utile plimbările zilnice și activitățile fizice pe măsura capacităților.
- *Asigurați-vă că patul în care se culcă pacientul să doarmă este confortabil.*
- Pe cât e posibil, nu-i permiteți să doarmă în timpul zilei.

Principiile Nursing-ului persoanelor cu Demență

- *Evitați să contraziceți să acuzați pacientul.*
- Reacționați calm și binevoitor la acuzațiile ce vin din partea pacientului în adresa Dvs.
- *În cazul când, pacientul evocă repetat aceleași subiecte (istorii de viață), schimbați tacticos tema discuției.*
- În cazul când, pacientul merge singur la plimbare, asigurați-vă că are la sine întotdeauna un act de identitate sau un bloknot în care sunt notate: *Numele Prenumele, adresa și telefonul Dvs. de contact.*
- În cazul când, pacientul s-a rătăcit, nu-l certați, criticați.

Principiile Nursing-ului persoanelor cu Demență

- *Nu schimbați locul obiectelor pentru a evita dezvoltarea suspiciunilor / ideilor delirante de prejudiciu material.*
- *În unele cazuri este necesar să concretizăm (să urmărim) unde este obișnuit pacientul să ascundă lucrurile de valoare.*
- *Păstrați la Dvs. duplicatul cheilor de la intrarea în apartament.*
- *Verificați coșul de gunoi înainte de a arunca deșeurile menajere.*

Principiile Nursing-ului persoanelor cu Demență

- *Dacă pacientul devine iritat, agresiv, reacționați calm și concretizați ce anume nu-l satisface la moment.*
- *În astfel de situații, încercați să fixați atenția pacientului pe una din activitățile preferate de el.*
- *Nu ratați să discutați situațiile de hetero-/ auto-agresivitate cu medicul specialist (gerontolog, psihiatru).*
- *Discutați cu pacientul evenimentele, situațiile, informațiile, etc. pe care dânsul le consideră importante.*

Principiile Nursing-ului persoanelor cu Demență

- Încurajați participarea în activitățile casnice uzuale (*preparatul mâncării, curățenie, amenajarea curții, îngrijirea florilor de cameră, etc.*).
- Încurajați menținerea activităților plăcute și preferabile (*Hobby-uri = muzică, croșetat, împletit, pescuit, etc.*).
- Încurajați implicarea în activități sociale (*comunicare, cor, cerc de dansuri, călătorii, etc.*).

RETARDAREA MINTALĂ

RETARDAREA MINTALĂ

- *Retardarea mintală* reprezintă stoparea dezvoltării mintale sau o dezvoltare mintală incompletă, care se caracterizează, în special, prin afectarea capacităților:

- ✓ *cognitive,*
- ✓ *de vorbire,*
- ✓ *motorii și*
- ✓ *sociale.*

- Sexul masculin este mai afectat de această tulburare decât cel feminin,

raportul B : F fiind de 1,5 : 1

- **F70 – Retardarea mintală Ușoară**

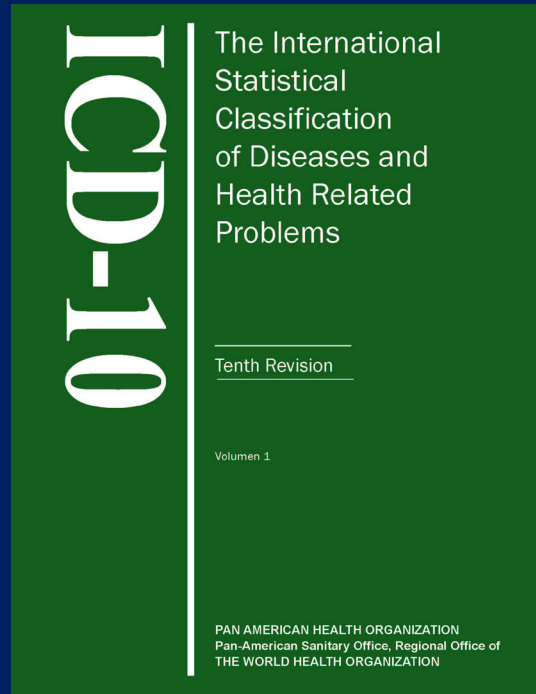
Include:

- *Debilitatea mintală*
- *Deficiența mintală*
- *Oligofrenia ușoară*

- **F71 – Retardarea mintală Moderată**

Include:

- *Imbecilitatea*
- *Deficiența mintală moderată*
- *Oligofrenia moderată*



- **F72 – Retardarea mintală Severă**

Include:

- *Deficiența mintală severă*
- *Oligofrenia severă*

- **F73 – Retardarea mintală Profundă**

Include:

- *Idioția*
- *Deficiența mintală profundă*
- *Oligofrenia profundă*

RETARDAREA MINTALĂ. Etiopatogenie.

- Etiopatogenia retardării mintale este una diversă, fiind implicați numeroși factori cauzali de natură *genetică, lezională și psihosocială*, ce acționează singuri sau în asocieri.
- Retardarea mentală *Profundă* sau severă este datorată unui proces patologic cerebral, în timp ce *formele ușoare* de retard mental se asociază unor factori *cultural-familiali* reprezentați de: *ereditate deficitară, nivel cultural scăzut, carențe nutriționale, etc.*
- Prevalența celorlalte tulburări mintale la pacienții cu retard mental este de *3-4 ori mai mare* decât în populația generală

RETARDAREA MINTALĂ. Cauze principale.

- **1. Genetice**

a) anomalii cromozomiale, inclusiv mutații la nivelul unei singure gene majore (scleroza tuberoasa, fenilcetonuria, etc).

b) prin mecanism poligenic (retardare mintala familială).

- **2. Alte Cauze**

a) Infecții pre-natale, agenti teratogeni, afectiuni dismetabolice, radiatii, carente alimentare, etc.

b) Cauze intra-natale (traumatisme la nastere).

c) Cauze post-natale (infecții, traumatisme, afectiuni somatice grave, tumori în perioada postnatală precoce, etc.).

RETARDAREA MINTALĂ *Ușoară*

- Constituie \approx 85% din totalul cazurilor de retardare mintală.
- **Vârsta mintală** este între 9 și 12 ani, dar... prin efort susținut = pot fi instruiți.
- Dobândesc limbajul cu întârziere, dar majoritatea sunt capabili să utilizeze vorbirea în viața cotidiană, să întrețină conversațiile și interviul clinic.
- Majoritatea sunt independenți în *îngrijirea de sine* (alimentație, spălat, îmbrăcat, controlul sfincterian) și în *abilitățile practice* și domestice.
- De obicei, **dificultățile devin evidente**, în activitățile școlare sub aspectul problemelor la citit și scris.
- Unii sunt capabil să îndeplinească **munca manuală necalificativă** sau semicalificată care necesită abilități practice mai degrabă decât intelectuale.
- Judecata și gândirea abstractă sunt *dificile sau absente*.
 - **Scor QI = 50 – 69 puncte.**

RETARDAREA MINTALĂ *Moderată*

- Reprezintă $\approx 10\%$ din numărul total de cazuri cu retard mintal.
- **Vârsta mintală** este cuprinsă între 6 – 9 ani, e posibilă instruirea până la nivelul clasei 2 -3 de liceu.
- **Gândirea** are caracter **concret** cu **incapacitate** de *generalizare și abstractizare*.
- Capacitatea de memorare de tip mecanic le permite să se orienteze și să se descurce în mod satisfăcător într-o ambianță restrânsă.
- Sfera emoționalității este relativ **deficitară**, dar pot manifesta *bucuria, teama, nemulțumirea* și uneori *reaționează violent* dacă nu le sunt satisfăcute dorințele.
- Unii sunt *prietenoși, binevoitori* în timp ce alții - *iritabili, agresivi = comit acte antisociale* grave.
- Pot presta activități simple - operații stereotipe în cadrul unor ateliere artizanale sau industriale în regim supravegheat.
- O parte din ei sunt capabili să însușească deprinderi limitate de a citi, scrie sau a face calcule matematice simple (numărat).
- **Foarte rar** sunt complet **independenți** în viața adultă.
 - **Scor QI = 35 – 49 puncte.**

RETARDAREA MINTALĂ *Severă*

- Apare cu o frecvență de 3 – 4% din numărul total de cazuri de retardare mintală.
- **Vârsta mintală** corespunde vârstei cronologice de 3 - 6 ani.
- Vorbirea este **însoțită cu întârziere**, vocabularul este limitat la **cuvinte uzuale**, pronunția cuvintelor este **dislalică și disartrică**.
- Afectivitatea este **labilă**. Pot fi prezente **impulsivitatea, irascibilitatea, acțiunile violente**.
 - Activitatea motorie voluntară sau involuntară este **deficitară, imprecisă, lentă**, însușirea deprinderilor motorii este foarte dificilă.
- Frecvent sunt prezente tulburări neurologice (*paralizii de nervi cranieni, hemiplegii spastice, ataxie*).
 - Pot prezenta **dismorfii, displazii somatice**.
- De regulă, **însușesc** deprinderile de îngrijire personală.
- Uneori **pot executa munci simple** în familie sau în cămine-școală necesitând supraveghere din partea familiei sau a personalului de îngrijire.
 - **Scor QI = 20 – 34 puncte.**

RETARDAREA MINTALĂ *Profundă*

- Afectare Severă și capacități limitate de a înțelege instrucțiunile.
 - Constituie $\approx 1 - 2\%$ din totalul cazurilor de retard mintal.
- Vârsta mentală corespunde vârstei cronologice de ≈ 2 ani.
 - În mod obișnuit, NU dispun de limbaj,
- Emoțiile lipsesc sau manifestă auto-/ hetero-agresiune.
 - Motricitatea este imprecisă, prezintă tremurături,
- Activitatea este dezordonată, fără scop, constă din mișcări stereotipe și comportament agresiv.
- Instinctul de autoapărare LIPSEȘTE, unele instincte sunt exagerate (*de alimentare, sexual*),
 - NU dobândesc control sfincterian.
- Majoritatea sunt imobili sau cu grad foarte limitat de mobilitate.
 - NU au capacitatea de a se autoîngriji.
- Necesită constant ajutor și supraveghere.
 - **Scor QI - sub 20 puncte**

RETARDAREA MINTALĂ. Tratament.

- Principiile terapiei constau în:
- Încurajarea activităților ce presupun însușirea abilităților.
- Corecția reacțiilor emoționale exagerate: *benzodiazepine (diazepam) sau neuroleptice sedative (levomepromazin, thioridazin, neuleptil)*
- Susținerea metabolismului neuronal (*pyracetam, piritinol, cerebrolyzin, etc.*).

RETARDAREA MINTALĂ.

Principii de Nursing.

Principiile Nursing-ului pacienților cu RETARDARE MINTALĂ

- *Verificați și asigurați-vă că, pacientul NU are acces la:*

- ✓ *soluții chimice periculoase,*

- ✓ *obiecte ascuțite,*

- ✓ *șireturi, funii, curele, sârme, etc.*

pe care pacientul le poate utiliza cu scop de a vătăma pe cineva sau de a se autovătăma / sinucide.

Principiile Nursing-ului pacienților cu RETARDARE MINTALĂ

- *Dacă pacientul devine iritat, agresiv, reacționați calm și concretizați ce anume a provocat irascibilitatea. În situații particulare poate fi necesară "IMOBILIZAREA LA PODEA".*
- Vorbiți calm și binevoitor cu pacientul.
- *Manifestați empatie înțelegând capacitățile limitate / incapacitatea pacientului.*
- Evitați să-i contraziceți, mai bine încercați să le sustrageți atenția de la momentele deranjante, supărătoare.

Principiile Nursing-ului pacienților cu RETARDARE MINTALĂ

- Încurajați respectarea măsurilor de igienă personală.
- *Cultivați însușirea abilităților și aptitudinilor simple (preparatul mâncării, menținerea ordinii în spațiul unde locuiește) pe care le poate însuși pacientul pentru a duce o viață independentă.*
- Încurajați implicarea în activitățile domestice (*îngrijitul animalelor, menținerea ordinii în gospodărie, grădinărit, etc.*).

Principiile Nursing-ului pacienților cu RETARDARE MINTALĂ

- *Mențineți și dezvoltați abilitățile de vorbire, comunicare, calcul pe care pacientul este capabil să le însușească.*
- Stimulați însușirea muncilor care nu necesită implicare intelectuală considerabilă.
- *Cultivați aptitudini și abilități de muncă necalificată (reparația hainelor, încălțăminte, măturat, spălat, croșetat, împletit, etc.).*
- Încurajați reușitele pacientului axându-vă pe punctele lui forte.

Bibliografie

1. Demența. Protocol Clinic Național, Chișinău, 2020, 121 p.
2. ICD-10 Clasificarea tulburărilor mintale și de comportament (Simptomatologie și diagnostic clinic). București, Ed. ALL, 1998, 419 p.
3. Kaplan H.I., Sadock B.I. Manual de buzunar de psihiatrie clinică (ediția a treia revizuită). Traducere din engleză. București, ed. Medicală, ediția a 3-a, 2009, 558 p.
4. Carter Rosalynn Cum să ajutăm bolnavul mintal. Ed. Medicală, București, 2002, 351 p.
5. Manual de Psihiatrie, Chișinău, 2021, 647 p.
6. Prelipceanu D. Psihiatrie clinică. Editura Medicală, București, 2013, 1091 p.
7. Ефремова К.Г., Иванова О.П., Верещагина Е.А. Олигофрения: медико-социальные аспекты. Медицинская сестра, 2000. N2. с. 4-6.
8. Ефремова К.Г., Иванова О.П., Верещагина Е.А. Олигофрения: медико-социальные аспекты. Медицинская сестра, 2000. N2. с. 4-6.
9. Справочник Фельдшера под Ред. А.А. Михайлова, Москва, 1999, т. 1, с. 421-423.
10. Психиатрия. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. В.П. Самохвалова, Ростов н/Д.: Феникс, 2002, 576 с.
11. Психиатрия позднего возраста. Под ред. Робина Джекоби, Катрин Оппенгаймер в двух томах. Переводс английского В.П. Позняка, Киев Изд-во Сфера, 2003, (т. 1 – 390 с.; т 2 – 491 с.).
12. Таунсенд Мэри С. Сестринские диагнозы в психиатрической практике: Карманное руководство для построения плана оказания помощи больным. Изд-во Сфера, Киев, 1998.

- 1. Tulburările de personalitate.**
- 2. Disfuncții sexuale, parafilii și tulburări ale identității de gen.**
- 3. Tulburări de control al impulsurilor: cleptomania, jocul patologic de noroc, piromania, tricotilomania.**
- 4. Tulburări de somn: disomniile, parasomniile.**

Anatol Nacu

TULBURARE DE PERSONALITATE

Definiție. *Personalitatea* - configurația paternurilor răspunsurilor comportamentale vizibile în viața de zi cu zi este de obicei stabilă și predictibilă.

Atunci când această totalitate diferă într-un mod care depășește domeniul de variabilitate constatat la cei mai mulți oameni, iar trăsăturile de personalitate sunt rigide și maladaptative și afectează funcționalrea și provoacă suferință subiectivă, se poate vorbi despre o tulburare de personalitate.

- **Grupul A: 1.Paranoizi; 2.Schizouzi; 3.Schizotipali;**
- **Grupul B: 4.Antisociali; 5.Narcisici; 6.Borderline; 7. Histrionici;**
- **Grupul C: 8. Evitanți; 9.Dependenți; 10. Obsesiv-compulsivi;**

Caracteristici și diagnostic

- **1.** Trăsăturile sunt **pervazive** (extensive) și persistente.
- **2.** Trăsăturile sunt **ego-sintonice** (acceptabile pentru ego), și nu ego-distonice sau străine egoului.
- **3.** Trăsăturile sunt **alloplastice**, și nu autoplastice (pacientul caută să schimbe mediul, nu să se schimbe el însuși).
- **4.** Trăsăturile sunt menținute cu **rigiditate**.

TULBURARE DE PERSONALITATE

- **5.** Protejarea împotriva impulsurilor interne și a stresului extern implică paternuri defensive, cum ar fi:
 - **a. Fantezia: specifică** pacienților schizoizi, care au teamă de intimitate, apropiere pot să pară distanți și să își creeze lumi imaginare.
 - **b. Disocierea.** Afectele neplăcute sunt reprimare sau înlocuite, specifică pacienților histrionici.

–**c. Izolarea.** Evenimetele sunt reamintite fără afect: pacienții obsesiv–compulsivi.

–**d. Proiecția.** Tfrăirile neacceptate sunt atribuite altora: pacienții paranoizi.

- **e. Scindarea, Clivajul.** Oamenii, evenimentetele sunt văzute drept în totalitate bune sau în totalitate rele - pacienții borderline.
- **f. Întoarcerea împotriva sinelui.** - implică eșec intenționat și acte auto-distructive deliberate: comportament pasiv-agresiv față de alții (borderline).

TULBURARE DE PERSONALITATE

– **g. Trecerea la act (*acting-out*)**. Dorințele sau conflictele sunt exprimate prin acțiuni, fără conștientizarea reflexivă a ideii sau afectului: tulburarea de personalitate antisocială.

h. Identificarea proiectivă. - sunt forțați să se identifice cu un aspect proiectat al selfului, astfel încât cealaltă persoană resimte sentimente similare cu cele ale pacientului : pacienții borderline.

- **6. Pacientul manifestă fixație în dezvoltare și imaturitate** : toate tulburările de personalitate

7. Relațiile cu ceilalți sunt perturbate. Pacientul manifestă dificultăți interpersonale în relațiile afective și de muncă și **nu apreciază impactul pe care îl are asupra altora.**

TULBURARE DE PERSONALITATE

- **Epidemiologie**
- **1.** Prevalența este de 6–9%, chiar până la 15%.
- **2.** De regulă, tulburarea de personalitate devine evidentă pentru prima dată **spre sfârșitul adolescenței sau în perioada de adult tânăr, se formează din copilărie.**
- **3.** După însumarea tuturor tipurilor, **femeile și bărbații sunt egal afectați.**
- **4. Familia** pacientului are un istoric nespecific de tulburări psihiatrice.

Etiologie

- **1.** Etiologia tulburărilor de personalitate este **multifactorială**.
- **2.** Uneori sunt evidenți anumiți **determinanți biologici** (genetici, leziuni perinatale, encefalită, traumatisme craniene).
- **3.** Istoricul dezvoltării evidențiază adesea **dificultăți interpersonale și probleme familiale**, uneori severe (abuz, incest, neglijare, boală și deces parental).

TULBURARE DE PERSONALITATE

Teste psihologice

- **1.** Testele neuropsihologice pot să evidențieze organicitate. Pot, de asemenea, să fie utile EEG, tomografia computerizată și hărțile electrofiziologice.
- **2.** Testele proiective pot să dezvăluie paternuri și stiluri de personalitate preferate: **Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota-2 (MMPI-2), Testul de Apercepție Tematică (TAT), chestioanre specifice tulburărilor de personalitate.**

Psihodinamică. Majoritatea tulburărilor de personalitate tind să implice problemele:

- **1.** Alterare a funcționării **Eului**.
- **2.** Alterare a **Supraeului**.
- **3.** Probleme cu **imaginea de sine și stima de sine**.
- **4.** „**Puneri în rol**“ ale **conflictelor psihologice interne** în baza experiențelor trecute, cu alterări ale judecății.

Grupa A

Tulburările de personalitate

Paranoidă, schizoidă și schizotipală

- ***Paranoidă***
- Gândirea paranoidă nu este neapărat patologică. Poziția paranoid - schizoidă este o modalitate de bază de organizare a experienței, persistă în psihicul uman în timpul vieții .
- **Gândurile și sentimentele periculoase sau neplăcute sunt clivate, proiectate în afară și atribuite altora .**

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE PARANOIDĂ

- **A. Neîncredere în alții și suspiciozitate față de alții,** pervazive, astfel încât motivațiile celorlalți sunt interpretate ca răuvoitoare, cu începere din perioada inițială a vieții adulte și prezente în contexte diverse, indicate de patru (sau mai multe) din următoarele:
 - **(1) suspectează, fără suficient temei,** că alții îl exploatează, prejudiciază sau înșeală;
 - **(2) este preocupat cu îndoieli nejustificate asupra loialității sau încrederii** pe care o prezintă prietenii sau asociații;
 - **(3) evită să aibă încredere în alții de teama** nejustificată că informațiile respective vor fi **folosite cu rea intenție împotriva sa;**

- (4) **găsește înțelesuri ascunse înjositoare sau amenințătoare** în remarci sau evenimente banale/inofensive;
- (5) **păstrează constant resentimente**, cu alte cuvinte – este neiertător [ranchiunos] față de insulte, injurii sau jigniri;
- (6) **percepe atacuri, care nu sunt vizibile pentru alții**, la adresa caracterului sau reputației sale și, fără întârziere, reacționează mânios sau contraatacă;
- (7) are suspiciuni repetate, lipsite de justificare, la adresa **fidelității partenerului** marital sau sexual.

- Pacienții paranoizi sunt **aduși frecvent de către membri de a familie**, sătui de declarațiile și acuzațiile constante ale pacientului.
- Chiar când încep tratamentul de bună voie, ei **rămân de obicei fără convingerea că ar avea tulburări psihiatrice**. Problemele cu care se prezintă - cum ceilalți i-au tratat prost și i-au trădat.

- Ei abordează fiecare relație cu credința că **cealaltă persoană va „greși” și va confirma suspiciunile sale.**
- În modul de existență paranoid - schizoidă, pacientul trăiește într -o stare de anxietate permanentă izvorâtă dintr - o convingere că **lumea este populată cu străini nedemni de încredere și imprevizibili (Ogden , 1986).**

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM-V PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE SCHIZOIDĂ

- **A. Patern pervaziv de detașare de relațiile sociale și gamă restrânsă de exprimare a emoțiilor în contexte interpersonale**, patern care începe în prima parte a vieții adulte și care este prezent în contexte diverse, indicat de patru (sau mai multe) din următoarele:
 - **(1) nici nu dorește și nici nu îi fac plăcere relațiile apropiate**, incluzând faptul că face parte dintr-o familie;
 - **(2) alege aproape întotdeauna activități solitare**
 - **(3) are interes redus sau absent față de experiențele sexuale** cu o altă persoană;

- **(4) îi fac plăcere puține activități, sau nici una;**
- **(5) nu are prieteni sau confidenți apropiați, alții decât rude de gradul întâi;**
- **(6) pare indiferent la laudele sau criticile altora;**
- **(7) manifestă răceală emoțională, detașare sau afectivitate aplatizată.**

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE SCHIZOTIPALĂ

- A. Patern pervaziv de **deficite sociale și interpersonale, marcat de disconfortul acut în**, și capacitatea redusă pentru, relații strânse, precum și de distorsiuni cognitive sau perceptuale și excentricități ale comportamentului, patern care începe în perioada inițială a vieții adulte și care este prezent în contexte diverse, indicat de cinci (sau mai multe) din următoarele:
 - (1) **idei de referință** (se exclud delirurile de referință);
 - (2) **credințe ciudate sau gândire magică** ce influențează comportamentul și nu se potrivesc cu normele subculturale (de ex., **superstițiozitate, credința în clarviziune, în telepatie sau în „al șaselea simț“**; la copii și adolescenți – fantezii sau preocupări bizare);
 - (3) **experiențe perceptuale neobișnuite, incluzând iluzii corporale**;

- **(4) gândire și vorbire ciudate (de ex., vagi, circumstanțiale, metaforice, supraelaborate sau stereotipe);**
- **(5) suspiciozitate sau ideeație paranoidă;**
- **(6) afect inadecvat sau conștrictionat;**
- **(7) comportament sau aspect ciudat, excentric sau neobișnuit;**
- **(8) lipsa prietenilor sau confidenților apropiați, alții decât rude de gradul întâi;**
- **(9) anxietate socială excesivă, care nu diminuează odată cu familiarizarea și care tinde să se asocieze cu frici paranoide, și nu cu judecăți negative despre sine.**

- Pacienții schizoizi și schizotipali **trăiesc frecvent la marginea societății.**
- Ei pot fi ridiculizați ca „ciudați” , „stranii” sau „neadaptați” sau pot fi doar lăsați singuri să-și continue o existență solitară și idiosincronică.

- Părinții adolescenților sau ai adulților tineri pot să-i aducă la psihiatru din grija că copilul lor **nu se bucură suficient de viață** (Stone, 1985). Alți pacienți schizoizi sau schizotipali cer tratament psihiatric din voință proprie **din cauza singurătății dureroase**.

- Acești oameni sunt frecvent un mănunchi de contradicții. Akhtar (1987) : „Individul schizoid «aparent» este detașat autosuficient, distrat, neinteresant, asexual..., în timp ce «pe ascuns», este deosebit de sensibil, cu mari nevoi emoționale, vigilent în mod acut, creativ, frecvent pervers și vulnerabil la corupție" (p. 510).

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE ANTISOCIALĂ

- **A. Există un patern pervaziv de ignorare și violare a drepturilor altora**, care survine de la vârsta de 15 ani, indicat de următoarele trei (sau mai multe) din următoarele:
 - **(1) neconformarea cu normele sociale în privința comportamentelor în limitele legii**, indicată de comiterea repetată a unor fapte ce constituie motive de arestare;
 - **(2) înșelătorie, minciuni repetate, folosirea unor nume false sau escrocarea altora pentru profitul sau plăcerea personală;**
 - **(3) impulsivitate sau lipsa unor planuri de viitor;**

- **(4) iritabilitate și agresivitate**, repetate bătăi sau atacuri fizice;
- **(5) ignorarea a siguranței proprii ori a altora**;
- **(6) iresponsabilitate persistentă**, incapacitatea repetată de a susține un comportament de muncă regulat sau de a-și onora obligațiile financiare;
- **(7) lipsă de remușcări**, indiferență față de, sau de raționalizarea faptului că, a prejudiciat sau maltrat pe un altul sau a furat de la un altul.

- Deficitul serios de internalizare al psihopatului duce la **un eșec masiv de dezvoltare a Supraeului** — particularitatea lor clasică.
- **Absența oricărui simț moral** la acești indivizi este una dintre însușirile descurajante care îi fac să pară lipsiți de umanitate.

- **Justificare morală sau raționalizarea comportamentului antisocial (Meloy, 1988).** Confrunțați cu propriul lor comportament antisocial, **psihopații răspund că victimele actelor lor antisociale au primit ceea ce meritau. Aleg adesea să mintă sau să evite să-și asume orice fel de responsabilitate pentru comportamentul lor.**

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–VPENTRU

TULBURARE DE PERSONALITATE BORDERLINE

- Patern pervaziv de **instabilitate a relațiilor interpersonale, imaginii de sine și afectelor și de impulsivitate marcată**, patern care începe în perioada de adult tânăr și care este prezent în contexte diverse, indicat de cinci (sau mai multe) din următoarele:
 - (1) eforturi de **evitare a abandonării reale sau imaginate**.
 - (2) patern de **relații interpersonale instabile și intense**, caracterizate de **alternarea între extreme de idealizare și devalorizare**;
 - (3) perturbare a identității: **image de sine sau simțământ de sine marcat și persistent instabile**;
 - (4) **impulsivitate** în cel puțin **două domenii** care sunt potențial dăunătoare pentru sine (de ex., **cheltuirea banilor, abuzul de substanțe, șofatul periculos, consumul compulsiv de alimente**).

- (5) **comportament, gesturi sau amenințări suicidare** recurente sau comportament de auto–mutilare;
- (6) **instabilitate afectivă** datorată reactivității marcate a dispoziției (de ex., **disforie, iritabilitate sau anxietate episodice intense**, de regulă cu durată de câteva ore și numai rareori mai mult de câteva zile);
- (7) **simțăminte cronice de gol lăuntric**;
- (8) **mânie neadekvată, intensă, sau incapacitatea de a–și controla mânia** (de ex., manifestări frecvente de nervozitate, mânie constantă, lupte fizice repetate);
- (9) tranzitoriu, în legătură cu stresul, **ideație paranoidă sau simptome disociative severe**.

- O analiză de grup a datelor despre acești pacienți a sugerat că există patru subgrupe de pacienți borderline. Acești pacienți au apărut ca ocupând un continuum de la „capătul psihotic” (tipul I) către „capătul nevrotic” (tipul IV). Între cele două extreme, se poate găsi un grup cu afecte negative predominante și cu dificultăți în a menține relații interpersonale stabile (tipul II) și un alt grup (tipul III) caracterizat printr - o lipsă generală a identității, care are drept rezultat nevoia de a împrumuta identitate de la alții.

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU

TULBURARE DE PERSONALITATE HISTRIONICĂ

Patern pervaziv de **excesivă emoționalitate și de căutare a atenției**, început în perioada de adult tânăr și prezent în contexte diverse, indicat de cinci (sau mai multe) din următoarele:

- (1) se simte inconfortabil în situații în care nu este în centrul atenției;
- (2) interacțiunea cu alții se caracterizează adesea prin **comportament nepotrivit de seductiv sau de provocator din punct de vedere sexual**;
- (3) manifestă expresii emoționale rapid schimbătoare și superficiale;
- (4) se folosește constant de aspectul fizic pentru a atrage atenția asupra sa;

- (5) are un **stil de a vorbi care este excesiv de impresionist și de lipsit de detalii**;
- (6) manifestă **dramatizare de sine, teatralitate** și expresie exagerată a emoțiilor;
- (7) este **sugestibil**, cu alte cuvinte – **ușor influențat** de alții sau de circumstanțe;
- (8) **consideră relațiile pe care le are drept mult mai intime decât sunt.**

- Bollas (2000) - persoanele isterice tind să erotizeze o istorie de viață în care ele sunt obiectul erotic al altcuiva. Ele își petrec mult din viețile lor încercând să găsească „un obiect în așteptare” care le va acorda rolul de obiect al dorinței al acelei persoane.

- Fenomenul partenerilor romantici multipli tipic pentru tulburările de personalitate isterică și histrionică se desfășoară frecvent după un model fix: bărbatul romantic ales nu va fi niciodată cel potrivit și poate fi înlocuit.

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE NARCISICĂ

Patern pervaziv de grandiozitate (în imaginație sau în comportament), nevoie de a fi admirat și lipsă de empatie, care începe în perioada de adult tânăr și care este prezent în contexte diverse, indicat de cinci (sau mai multe) din următoarele:

- (1) are o senzație grandioasă de importanță de sine (de ex., își exagerează realizările și talentele, se așteaptă să fie recunoscut ca superior fără realizări pe măsură);**
- (2) este preocupat de fantezii nelimitate de succes, putere, strălucire, frumusețe sau iubire ideală;**
- (3) crede că este „special” și unic și că nu poate fi înțeles decât de persoane speciale, și nu ar trebui să se asocieze decât cu, alte persoane (sau instituții) speciale sau cu statut ridicat;**

- (4) **solicită admirație excesivă;**
- (5) are sentimentul că este **are dreptul la așteptări nerezonabile de tratament deosebit de favorabil sau de complianță automată cu propriile sale așteptări;**
- (6) **profită de relațiile interpersonale,** profită de alții pentru a-și atinge propriile sale țeluri;
- (7) **îi lipsește empatia;** nu vrea să recunoască sau să se identifice cu simțămintele și nevoile altora ;
- (8) este **adesea invidios** față de alții sau **crede că alții îl invidiază** pe el;
- (9) manifestă **comportamente sau atitudini arogante sau superioare.**

- **Incapacitatea acestor oameni de a iubi este o tragedie care le afectează viața.** Relațiile interpersonale sănătoase pot fi recunoscute după calități cum ar fi empatia și grija față de sentimentele altora, un interes real față de ideile altora, abilitatea de a tolera ambivalența în relații de lungă durată fără a renunța și capacitatea de a conștientiza contribuția proprie în conflicte interpersonale.

- **Ei abordează oamenii ca pe obiecte care sunt folosite până la epuizare și apoi abandonate conform nevoilor acestora, fără nici un fel de considerare față de sentimentele lor. Oamenii nu sunt văzuți ca având o existență separată sau având propriile lor nevoi.**

- Individul cu tulburare de personalitate narcisică încheie o relație când cealaltă persoană începe să emită pretenții legate de nevoile ei proprii.
- Astfel de relații „nu merg” în termenii necesității narcisistului de a menține propria stimă de sine (Stolorow, 1975).

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE OBSESIV-COMPULSIVĂ

- Patern pervaziv de **preocupare cu ordinea, perfecționismul și controlul mintal și interpersonal**, în **detrimentul flexibilității**, deschiderii și eficienței, patern care începe în perioada de adult tânăr și care este prezent în contexte diverse, indicat de patru (sau mai multe) din următoarele:
 - (1) este **preocupat de detalii, reguli, liste, ordine**, organizare sau programe, într–un asemenea grad încât **scopul major al activității se pierde**;
 - (2) **manifestă perfecționism** care interferează cu îndeplinirea sarcinii (de ex., **nu poate să termine un proiect pentru că propriile sale standarde excesiv de stricte nu sunt îndeplinite**);
 - (3) este **excesiv de devotat muncii și productivității**, până la **excluderea activităților de timp liber și a prietenilor** (inexplicabil prin necesități economice evidente);

- (4) este **hiperconștiincios, scrupulos și inflexibil în chestiuni de morală, etică sau valori** (inexplicabil prin identificare culturală sau religioasă);
- (5) este **incapabil să arunce obiecte uzate sau lipsite de valoare**, chiar și atunci când acestea **nu au o valoare sentimentală**;
- (6) **ezită să delege sarcini sau să lucreze cu alții dacă aceștia nu se supun exact modului său de a face lucrurile**;
- (7) **adoptă un stil avar de a cheltui**, atât față de sine și față de alții; banii sunt priviți drept ceva ce trebuie strâns în eventualitatea unor catastrofe viitoare;
- (8) **manifestă rigiditate și încăpățânare.**

- Dificultatea considerabilă o au în exprimarea agresivității, încăpățânarea - a fost legată de conflicte timpurii de forță cu figurile materne privind exercițiile de învățare de a folosi WC-ul.

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE EVITANTĂ

- Patern pervaziv de **inhibiție socială, sentimente de inadecvare și de hipersenzitivitate la evaluarea negativă**, patern care începe în perioada de adult tânăr și care este prezent în contexte diverse, indicat de patru (sau mai multe) din următoarele:
 - **(1) evită activitățile ocupaționale care implică contact interpersonal semnificativ, din cauza temerilor de critică, dezaprobare sau rejecție;**
 - **(2) nu dorește să se implice cu oamenii dacă nu este sigur că este simpatizat de aceștia;**
 - **(3) manifestă reținere în cadrul relațiilor intime din cauza fricii de a nu fi făcut de rușine sau ridiculizat;**

- **(4) este preocupat de posibilitatea de a fi criticat sau rejectat în situații sociale;**
- **(5) este inhibat în relațiile interpersonale noi din cauza simțămintelor de inadecvare;**
- **(6) se privește ca inapt/inadecvat din punct de vedere social, neatrăgător din punct de vedere personal sau inferior altora;**
- **(7) este neobișnuit de reținut în asumarea de riscuri personale sau în angajarea în orice noi activități, pentru că acestea ar putea să îl pună într-o situație stânjenitoare, jenantă.**

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DSM–V PENTRU TULBURARE DE PERSONALITATE DEPENDENTĂ

- **Nevoie pervazivă și excesivă de a fi în grija altuia, ducând la comportament submisiv și adeviziv și la temeri de separare**, nevoie care a început în perioada de adult tânăr și este prezentă în contexte diverse, indicată de cinci (sau mai multe) din următoarele:
 - (1) are **dificultăți în deciziile de fiecare zi** în absența unei cantități excesive de sfaturi și reasigurări din partea altora;
 - (2) are **nevoie de alții ca să–și asume responsabilitatea** în majoritatea domeniilor importante ale vieții;
 - (3) are **dificultăți în exprimarea dezacordului cu alții**, din cauza fricii că va pierde sprijinul sau aprobarea acestora.
- **Notă:** A nu se include temerile de răzbunare realiste;

- (4) îi este **greu să inițieze proiecte sau să facă lucruri de unul singur** (din cauza lipsei de încredere în judecata sau capacitățile proprii, și nu din cauza lipsei de motivație sau energie);
- (5) se **străduiește excesiv să obțină protecție și sprijin** de la alții, mergând până la a se oferi voluntar pentru lucruri neplăcute;
- (6) se simte **inconfortabil sau neajutorat atunci când este singur**, din cauza temerilor exagerate că nu va fi capabil să-și poarte singur de grijă;
- (7) caută **imperios o altă relație ca sursă de îngrijire și sprijin**, atunci când o relație apropiată ia sfârșit;
- (8) se **preocupat în mod nerealist de teama de a nu fi lăsat să-și poarte singur de grijă.**

Tulburări ale dorinței sexuale

Tulburarea prin dorință sexuală **hipoactivă** (libido diminuat sau frigiditate),

1. **deficiența** sau chiar **absența** fanteziilor sexuale și a dorinței de activitate sexuală;
2. tulburarea prin **aversiune** sexuală, caracterizată prin evitare a contactului sexual genital cu un partener sexual.

Lipsa dorinței poate fi folosită drept **apărare** pentru a se proteja de frici inconștiente, legate de relații sexuale.

Poate fi asociată **tulburărilor** anxioase sau depresive cronice.

Tulburări ale excitației sexuale

Se încadrează **tulburarea erectilă masculină** și **tulburarea excitației feminine**.

- La **femei** - incapacitatea de a atinge și de a menține o lubrifiere ca răspuns la excitația sexuală și cauzează suferință marcantă sau dificultăți interpersonale.
- La **bărbații** - se manifestă prin incapacitatea de a atinge sau de a menține o erecție adecvată și cauzează suferință marcantă sau dificultăți interpersonale
- Poate avea cauze psihologice (subestimarea personală cu incapacitatea de a avea încredere sau sentimente de inadecvare, dificultăți de relaționare între parteneri).

Tulburări orgasmice

La **femei** - întârzierea sau absența recurentă sau persistentă a orgasmului, după o fază normală de excitație sexuală. Există factori psihologici - teama de sarcină, respingere din partea partenerului sexual, ostilitatea față de bărbați, sentimente de vinovăție în legătură cu impulsurile sexuale sau conflictele din cuplu.

La **bărbați** - realizarea dificilă sau lipsa ejaculării și ejaculare dureroasă.

În cazul în care această inhibare a existat pe tot parcursul vieții, se poate lua în considerare o psihopatologie mai severă.

Inhibiția ejaculatorie, ce și-a făcut apariția la ceva timp după debutul vieții sexuale, reflectă frecvent dificultăți interpersonale.

Ejacularea prematură (precoce)

Afectează 35-40% dintre bărbații tratați pentru tulburări sexuale.

În mod persistent și recurent, aceștia ajung la orgasm și ejaculare înainte de a dori acest lucru. Tulburarea este mai des întâlnită la bărbații tineri, la bărbații cu o parteneră nouă și se consideră că este legată de preocuparea excesivă față de satisfacerea partenerii.

Ejacularea prematură poate fi asociată cu frici inconștiente legate de vagin, poate fi rezultatul unor experiențe inițiale ale bărbatului în care surprinderea de către alții ar fi fost stânjenitoare.

Tulburările prin durere sexuală

Vaginismul este o contractură musculară involuntară a unei părți a vaginului, care afectează actul sexual.

Cauza poate fi un traumatism sexual anterior (violul sau abuzul sexual în copilărie), educația femeii într-un spirit religios strict, puritan, care asociază relația sexuală cu păcatul.

- *Dispareunia* este durerea genitală recurentă sau persistentă, care se manifestă înaintea, în timpul sau după actul sexual, frecventă la femeile cu istoric de viol sau abuz sexual în copilărie.

În cazul **bărbaților** apare această tulburare – coitus dureros sau ejaculare dureroasă, deși mai rar întâlnită.

Poate fi rezultatul tensiunii psihice și anxietății, însă mai frecvent este asociată cu o condiție organică.

Parafiliile

- *Mecanisme de patogenie psihopatologice*
- Din punct de vedere psihodinamic, tiparul de excitație sexuală atipică se dezvoltă, de regulă, înainte de pubertate, fiind implicate cel puțin 3 procese:
 - **anxietate sau traume emoționale timpurii**, care interferează cu dezvoltarea psihosocială considerată normală;
 - **înlocuirea tiparului de excitație erotică printr-un tipar sexual alternativ**, uneori prin expunerea timpurie la experiențe cu încărcătură erotică, menite să clădească nevoia persoanei de a căuta plăcere sexuală în acestea;
 - **tiparul excitant capătă conotații simbolice și elemente de condiționare** (spre exemplu, fetișul simbolizează elementul capabil să genereze excitația, însă s-ar putea să fi fost selectat din cauză că a fost asociat accidental cu o curiozitate sexuală, dorință sau excitație).

Fetișismul

Implică utilizarea unor obiecte neumane ca principală metodă pentru a produce excitație sexuală.

- Tulburarea fetișistă implică excitația sexuală intensă, recurentă prin **folosirea unor obiecte inanimate** sau a unei **atenții exagerate** față de **anumite părți ale corpului** ce provoacă distres semnificativ sau tulburări în funcționarea de zi cu zi.

Cele mai comune fetișuri se pot aminti: obiectele vestimentare din piele sau latex, șorturi, încălțăminte, lenjerie intimă feminină.

Fetișismul transvestic

Fetișismul transvestic - **îmbrăcarea în haine ale sexului opus** cu scopul de a obține excitație sexuală și variază de la purtarea ocazională a câtorva articole de îmbrăcăminte până la schimbarea totală a îmbrăcăminteii cu cea a sexului opus.

Bărbatul cu această tulburare are o colecție de îmbrăcăminte feminină pe care o utilizează intermitent pentru travestire și în timp ce este travestit, masturbează, își imaginează că este atât subiect masculin, cât și subiect feminin al fanteziei sale sexuale.

De regulă, tulburarea debutează cu travestire în copilărie sau de timpuriu în adolescență.

Exhibiționismul

Eexcitarea sexuală produsă prin **expunerea organelor genitale în fața unei persoane necunoscute**. Se poate manifesta și prin dorința de a fi privit de alții în timpul unui act sexual

Forma clinică implică practicarea acestui comportament cu un partener, care nu și-a oferit consimțământul sau trăirea unui nivel ridicat de stres secundar, precum afectarea funcționalității sociale sau ocupaționale.

Mai **frecventă în rândul bărbaților**. Unii exhibiționiști pot masturba în timp ce desfășoară acest act și pot fi conștienți de impactul pe care îl are asupra celorlalți indivizi. Contactul sexual este rareori prezent, agresivitatea fizică este improbabilă.

Voyeurismul

Reprezintă plăcerea sexuală de a privi nuduri, oameni dezbrăcându-se sau fiind implicați în acte sexuale.

Acest tip de parafilie poate fi nucleul dificultăților în relația de cuplu sau îi poate provoca individului probleme cu legea.

- Orgasmul este atins prin masturbare odată cu urmărirea actului sexual, fără a-și dori să aibă contact sexual cu cei pe care-i privesc.

Frotteurismul

Reprezintă **excitația sexuală produsă de contactul fizic (de obicei prin frecare sau atingere) cu alte persoane în spații publice.**

Apare de obicei în spații publice aglomerate, transport public, astfel încât persoana agresată să considere că a fost un accident.

- Majoritatea celor care au o formă clinică de parafilie, sunt bărbați cu vârste cuprinse între 15-25 ani, poate fi identificată și la vârstnici, indivizi timizi, persoane inhibate social sau sexual. Atingerea este privită ca o legătură cu victima.

Masochismul

Presupune umilință, abuz fizic, legare sau orice altă formă de abuz, adresată propriei persoane pentru experimentarea plăcerii sexuale.

- Cele mai comune metode : legarea, înțeparea pielii, aplicarea de șocuri electrice, arderea, lovirea, umilirea prin defecație sau urinat, recurgerea la travestism sau simularea unui viol
- Autoasifixia erotică (asfixiofilia) este un subtip al tulburării masochiste.
- Se produce în momentul sau imediat înaintea atingerii orgasmului. Se folosesc articole vestimentare. Pierderea conștiinței se poate instala rapid din cauza blocării întoarcerii venoase de la nivel cerebral. Aceasta determină tulburări importante de perfuzie cerebrală, iar dacă nu se renunță imediat, pot apărea leziuni cerebrale severe sau deces.

Sadismul

Se caracterizează prin **dorința de a induce suferința fizică sau psihologică** unei alte persoane pentru excitare deplină sau pentru atingerea orgasmului.

Se poate manifesta prin cererea supunerii totale a partenerului.

Pedofilia

Definește direcționarea unor fantezii, nevoi sau comportamente sexuale spre adolescenți sau pre-adolescenți (vârstă mai mică de 13 ani).

Diagnosticul se va stabili în momentul în care persoana este mai mare de 16 ani sau este cu cel puțin 5 ani mai mare decât partenerul minor, care devine ținta fanteziilor sale erotice.

- Mulți dintre pedofili sunt bărbați, atracția poate fi canalizată atât spre fete, cât și spre băieți. Majoritatea pedofililor preferă antrenarea în activități erotice cu persoane de sex opus.
- În majoritatea cazurilor, pedofilul este un cunoscut (membru al familiei, părinte vitreg sau persoană cu autoritate), iar privitul sau atinsul prevalează contactul sexual propriu-zis.

Tratament

- Multe studii au arătat că o eficacitate maximă este atinsă atunci când se **combină tehnicile psihoterapeutice cu terapia medicamentoasă**, în special tehnicile **psihodinamice și psihanalitice**, cât și **terapia cognitiv-comportamentală**. Tratamentul urmărește înțelegerea motivelor, maturizarea Eului, **reducerea și controlul comportamentului sexual deviant decât anularea acestuia**.
- Tratamentul **medicamentos antiandrogenic** va fi rezervat persoanelor care prezintă un comportament sexual deviant, manifestat prin riscul de agresare a celorlalți. Antiandrogenii reduc intensitatea erecțiilor, a fanteziilor sexuale sau a stimulării nevoii de implicare în relații sexuale.
- Reducerea nevoilor sexuale a fost sesizată și în cazul utilizării unor antidepresive (inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei), cât și a neurolepticilor atipice.

Transsexualitatea

- **Sexul** se referă la caracteristicile biologice (organe sexuale externe și interne, proporții hormonale specifice, genetica etc.), pe baza cărora ființele umane sunt catalogate ca femei sau bărbați.
- **Genul**, care este un concept referitor la diferențele sociale (în opoziție cu diferențele biologice) dintre femei și bărbați, diferențe care sunt dobândite și susceptibile de a se modifica în timp.
- Cele mai timpurii estimări în ceea ce privește prevalența transgenerității pe mapamond erau de 1 la 37.000 la bărbați și 1 la 107.000 la femei. Cea mai recentă estimare din Olanda a prevalenței segmentului tulburărilor de identitate de gen, reprezentat de transsexualitate, este de 1 în 11.900 la bărbați și 1 în 30.400 la femei

- **Transsexual (TS)** este termenul folosit pentru a defini persoana care simte că trupul său nu corespunde cu identitatea sa de gen.
- Expresia generală, prin care se definesc persoanele TS, este „femeie prizonieră într-un corp de bărbat/bărbat prizonier într-un corp de femeie”.
- Persoanele transsexuale sunt: bărbați-către-femei (male-to-female–MTF) sau femei-către-bărbați (female-to-male–FTM).

Tulburările de somn

Tulburarea de insomnie.

Caracteristica - cantitatea sau calitatea nesatisfăcătoare a somnului, însoțită de acuze privind dificultatea inițierii sau menținerii somnului.

Problemele de somn se asociază cu disconfort și afectează semnificativ domeniile social, profesional sau alte arii importante de funcționare.

Perturbarea somnului poate surveni în timpul evoluției unei alte tulburări mintale sau afecțiuni medicale, sau independent.

- ***Insomnia de adormire*** (sau *insomnia inițială*) implică dificultatea de adormire la ora de culcare.
- ***Insomnia de menținere a somnului*** (sau *insomnia de mijloc*) implică treziri frecvente sau prelungite în cursul nopții.
- ***Insomnia tardivă*** se caracterizează prin trezirea dimineața devreme și incapacitatea de a readormi.
- Problema de somn durează cel puțin 3 nopți pe săptămână, este prezentă cel puțin 3 luni și survine în ciuda faptului că există condiții adecvate somnului.

Tulburarea de hipersomnie

Somn cu durată excesivă (de ex., somn nocturn prelungit sau somn involuntar pe timpul aceleiași zile),

Deteriorarea calității stării de veghe (tendința spre somn în timpul stării de veghe, trezirea dificilă sau incapacitatea de a se menține treaz atunci când este necesar)

Inerția somnului (o perioadă cu perturbare a performanței și reducerea vigilenței, care urmează trezirii dintr-un episod obișnuit de somn sau dintr-un somn de durată scurtă). Simptomele de somnolență excesivă sunt prezente indiferent de durata somnului nocturn. Hipersomnia apare de cel puțin de trei pe săptămână, timp de cel puțin 3 luni.

Narcolepsia

- **Ațipirile diurne recurente sau adormirile bruște.**
- Somnolența este prezentă de obicei zilnic, dar trebuie să apară de minimum trei ori pe săptămână, cel puțin 3 luni.
- Narcolepsia **produce cataplexie**, care se manifestă sub forma unor episoade scurte (de câteva secunde până la minute) de pierdere bruscă, bilaterală a tonusului muscular postural, precipitată de emoții, în special râs sau glume.
- Mușchii afectați pot fi cei ai **gâtului, mandibulei, ai membrelor superioare sau inferioare, sau ai întregului corp, cu oscilații ale capului în plan vertical, căderea mandibulei, sau prăbușire totală.** Indivizii sunt treji și conștienți în timpul episodului de cataplexie.

Somnambulismul.

Episoadele repetate de comportament motor complex, inițiate în timpul somnului, care includ ridicarea din pat și deplasarea în jur.

Episoadele de somnambulism debutează cel mai frecvent în timpul somnului cu unde lente, în prima treime a nopții.

Starea de alertă și de reacție sunt reduse, individul privește în gol și nu răspunde la încercările celorlalți de a comunica și la eforturile acestora de a-l trezi. Dacă este trezit în timpul episodului (sau la trezire, în dimineața următoare), capacitatea de rememorare a evenimentului este limitată. După acest episod, poate exista inițial o scurtă perioadă de confuzie sau dificultate de orientare, urmată de **recuperarea completă a funcției cognitive și a comportamentului adecvat.**

Teroarea de somn nocturnă (teroarea nocturnă sau pavorul nocturn).

Apariția recurentă a trezirilor bruște repetate din somn cu un strigăt sau țipăt de panică.

În prima treime a perioadei principale a somnului și durează 1-10 minute, în special la copii. Evenimentele sunt însoțite de stimulare vegetativă extremă și manifestări comportamentale de teamă intensă. În timpul unui episod, individul este dificil de trezit sau calmat. Își amintește puțin sau nu își amintește deloc visul.

Tulburarea cu coșmaruri nocturne

- Coșmarurile reprezintă secvențe de imagini onirice lungi, elaborate, cu fir epic, **care par reale și care produc anxietate, frică**. Conținutul coșmarului se concentrează pe încercările de a evita sau înfrunta un pericol iminent.
- Coșmarurile care survin după experiențe **traumatice pot reproduce situația periculoasă („coșmarurile replicative”)**, dar majoritatea cazurilor nu se realizează acest lucru. La trezire, coșmarurile **vor fi bine rememorate și pot fi descrise în detaliu**. Ele survin aproape exclusiv **în timpul fazei cu mișcări oculare rapide (REM)** a somnului și ca urmare pot apărea pe tot parcursul somnului, dar sunt mai probabile în a doua jumătate a nopții, când visurile sunt mai lungi și mai intense.

TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT DISRUPTIV, DE CONTROL AL IMPULSURILOR ȘI DE CONDUITĂ

- *Tulburarea de opoziție și comportament sfidător*

Prezența frecventă și persistentă a unui tipar de **dispoziție furioasă/iritabilă, de comportament conflictual/sfidător sau răzbunător, care durează cel puțin 6 luni.**

Persoanele cu această tulburare de obicei nu se văd pe ele însele ca fiind furioase, conflictuale sau sfidătoare.

Dacă această tulburare persistă pe tot parcursul perioadei de dezvoltare, atunci aceste persoane au numeroase conflicte cu părinții, profesorii, supraveghetorii, colegii și partenerii de cuplu.

Tulburarea explozivă intermitentă

- Se manifestă prin **episoade repetate de comportament agresiv (exploziv), rezultate din incapacitatea individului de a-și controla impulsurile agresive.**
- Au **debut rapid și o perioadă prodromală** scurtă, cu un sentiment de descărcare în momentul acțiunii.
- Durează de obicei mai puțin de 30 de minute și apar ca răspuns la o provocare minoră din partea unei persoane apropiate sau coleg.
- Frecvent, indivizii au episoade mai puțin severe de agresiune verbală și /sau fizică, lipsite de distrugerea bunurilor sau rănirea persoanelor, intercalate între episoade mai severe de distrugereri sau agresiuni.

Tulburarea de conduită

- Un tipar de comportament repetitiv și persistent, prin care sunt **încălcate drepturile fundamentale ale altora sau normele și regulile sociale specifice vârstei**. Aceste comportamente se împart în patru grupuri principale:
 - 1.conduită agresivă, care provoacă sau riscă să producă leziuni fizice altor persoane sau animalelor;
 - 2.conduită neagresivă, care determină pierderea sau distrugerea bunurilor;
 - 3. înșelăciune sau furt;
 - 4.încălcarea gravă a regulilor.

Pentru diagnostic este necesară prezența a cel puțin trei tipuri caracteristice de comportament în ultimele 12 luni, cu cel puțin un tip de comportament prezent în ultimele 6 luni.

Piromania (incendierea patologică)

- Prezența mai multor episoade de incendiere deliberată și intenționată.
- Resimt o stare de tensiune sau excitare emoțională înainte de a pune foc.
- Fascinație, interes, curiozitate sau atracție față de foc și contextul asociat acestuia (de ex., accesorii, utilizări, consecințe).
- Simt plăcere, satisfacție sau ușurare când declanșează un incendiu, când sunt martori la efectele lui sau participă la consecințele lui.
- Incendierea nu este produsă pentru câștiguri financiare, ca expresie a unei ideologii socio-politice, pentru a ascunde activități criminale, pentru a exprima furia sau răzbunarea, pentru a-și îmbunătăți condițiile de trai ca răspuns la o idee delirantă sau o halucinație

Cleptomania (Furtul patologic)

Incapacitatea repetată de a rezista impulsurilor de a fura obiecte, chiar dacă acestea nu sunt necesare pentru uzul personal sau pentru valoarea lor financiară.

Senzație subiectivă crescândă de tensiune imediat înainte de a comite furtul și simte plăcere, satisfacție sau ușurare la comiterea furtului.

Furtul nu este comis pentru a exprima furie sau răzbunare și nu apare ca răspuns la o idee delirantă sau halucinație.

Individul fură obiecte în ciuda faptului că de obicei au valoare mică pentru el și că își poate permite să le plătească, iar adesea le dă altcuiva sau le aruncă.

Poate colecționa obiectele furate sau le poate înapoia pe furiș.

Nu-și premeditează furturile și nu iau în calcul riscul de arestare.

Furtul este comis fără ajutorul sau colaborarea altor persoane.

Ludomania (Jocul de noroc patologic)

Înseamnă a risca ceva de valoare în speranța de a obține ceva cu o valoare și mai mare.

Comportament problematic caracterizat prin angajarea persistentă și repetată în jocuri de noroc, cu consecințe negative asupra vieții personale, familiale, și /sau profesionale.

- Individul poate dezvolta un tipar de „recuperare a propriilor pierderi”, caracterizat prin impulsul de a continua să pentru a-și lua revanșa în urma unor pierderi.

Tricotilomania (tulburarea de smulgere a părului)

Caracterizată printr-o lipsă notabilă a părului datorată unor dorințe repetate irezistibile de a smulge fire de păr.

Smulgerea părului poate afecta orice parte a corpului acoperită cu păr; cel mai frecvent afectate sunt scalpul, sprâncenele și genele, în timp ce zonele mai puțin afectate sunt axilele, fața, regiunea pubiană și zona peri-rectală.

Pot încerca să ascundă sau să camufleze pierderea părului (de ex., prin folosirea de machiaj, eșarfe sau peruci).

Pot căuta un anumit tip de păr pe care să-l smulgă (de ex., fire de păr cu o anumită textură sau culoare), pot încerca să smulgă părul într-o manieră aparte (de ex., astfel încât rădăcina să iasă intactă), pot examina vizual sau acționa tactil sau oral asupra firului de păr după ce l-au smuls (de ex., rulând firul de păr între degete, trăgând șuvița de păr printre dinți, mușcând firul de păr în bucăți sau înghițind părul).



Tulburările somatoforme. Nursing-ul bolnavului cu tulburări, somatoforme, inclusiv durere cronică, hipocondrie. Noțiune de tulburare factice. Particularitățile îngrijirii persoanelor cu tulburări factice. Scopurile, utilitatea și componentele cheie ale interviului motivațional la pacienții cu simptome somatice inexplicabile medical.

**Alina Bologan - asistent universitar,
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală**



F45 Tulburări Somatoforme

- F45.0 Tulburarea de somatizare**
- F45.1 Tulburarea somatoformă nediferențiată**
- F45.2 Tulburarea hipocondriacă**
- F45.3 Disfuncție vegetativă somatoformă**
- F45.4 Tulburare somatoformă de tipul durerii persistente**
- F45.8 Alte tulburări somatoforme**
- F45.9 Tulburarea somatoformă nespecificată**

F45 Tulburări Somatoforme



- Elementul comun al tulburărilor somatoforme îl constituie prezența de **simptome somatice** care sugerează o condiție medicală generală, dar care nu sunt explicate complet de o condiție medicală generală, de efectele directe ale unei substanțe ori de altă tulburare mintală
- Istoricul medical al contactelor multiple cu asistența medicală primară și serviciile specializate de sănătate este tipic înainte ca pacientul să fie îndreptat la îngrijire psihiatrică.
- **Caracteristicile tulburărilor somatoforme:**
 1. plângeri somatice de multe maladii medicale fără asociere cu tulburări grave demonstrabile de organe periferice
 2. probleme psihologice și conflicte care sunt importante în inițierea, exacerbară și menținerea perturbării
 3. simptomele trebuie să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare

Etiopatogenia



Unele studii pledează pentru istoric familial, ceea ce ar sugera o etiopatogenie influențată genetic sau cultural prin învățarea unor anumite comportamente de răspuns la stres.

- Teoria biologică
- Teoria psihosocială
- Teoria comportamentală
- Teoria interpersonală
- Teoria psihodinamică

F45.0 Tulburarea de Somatizare

Tulburare polisimptomatică cu debut înainte de 30 de ani, care se întinde pe o perioadă de ani de zile și este caracterizată printr-o combinație de durere și simptome gastrointestinale, sexuale și pseudoneurologice.

- Tulburarea de somatizare are o prevalență pe parcursul vieții în populația generală de 0,1-0,5%.
- Afectează mai multe femei decât bărbați (afectează 1-2% femei).
- Este mai frecventă la persoanele mai puțin educate și la cele cu statut socio-economic scăzut.
- debutul are loc în adolescență și la adultul tânăr.



Criterii de diagnostic



A. Un istoric de multe acuze somatice începând înainte de etatea de 30 de ani care survin o perioadă de mulți ani și care au drept rezultat solicitarea tratamentului sau o deteriorare semnificativă în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

B. Fiecare dintre următoarele criterii trebuie să fi fost satisfăcute, cu simptome individuale survenind oricând în cursul perturbării:

- (1) patru simptome algice: un istoric de durere cu cel puțin patru sedii sau funcțiuni diferite
- (2) două simptome gastrointestinale: un istoric de cel puțin două simptome gastrointestinale, altele decât durerea
- (3) un simptom sexual: un istoric de cel puțin un simptom sexual sau de reproducere, altul decât
- (4) un simptom pseudoneurologic: un istoric de cel puțin un simptom sau deficit sugerând o condiție neurologică nelimitată la durere

Criterii de diagnostic



C. Fie (1), fie (2):

- (1) după o investigație corespunzătoare, nici unul dintre simptomele de la criteriul B nu poate fi explicat complet de o condiție medicală generală cunoscută ori de efectele directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament);
- (2) când există o condiție medicală generală asemănătoare, acuzele somatice sau deteriorarea socială sau profesională rezultantă sunt în exces față de ceea ce ar fi de așteptat din istoric, examenul somatic sau datele de laborator.

D. Simptomele nu sunt produse intenționat sau inventate ca (ca în tulburarea factice sau simulare)

Elemente caracteristice



- descriu de regulă acuzele în termeni plini de culoare, exagerat
- solicită adesea în același timp tratament de la mai mulți medici
- Simptomele anxioase proeminente și dispoziția depresivă sunt foarte frecvente
- comportament antisocial și impulsiv, amenințări și tentative de suicid
- se supun de regulă la numeroase examinări medicale, procedee diagnostice, intervenții chirurgicale și spitalizări care expun persoana unui risc crescut de morbiditate asociată cu aceste procedee.
- tulburarea depresivă majoră, panica și tulburările în legătură cu o substanță sunt asociate frecvent cu tulburarea de somatizare.
- tulburările de personalitate histrionică, borderline și antisocială sunt tulburările de personalitate cel mai frecvent asociate.

F45.2 Hipocondria



- Tulburare este caracterizată printr-o preocupare persistentă și teama de a dezvolta sau avea una sau mai multe tulburări fizice grave și progresive.
- hipocondria prezintă o prevalență de 10% din totalul bolnavilor medicali
- afectare egală atât a bărbaților cât și a femeilor.
- Apare la orice vârstă, cu vârfuri între 30-39 ani la bărbați și între 40-49 ani la femei.
- Pacienții se plâng constant de probleme fizice sau sunt constant preocupați de aspectul lor fizic.
- 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.

Criteria de diagnostic



- A. Preocuparea subiectului în legătură cu faptul că ar avea sau chiar ideea că are o maladie severă, bazată pe interpretarea eronată de către acesta a simptomelor corporale.
- B. Preocuparea persistă în disprețul evaluării medicale corespunzătoare și a asigurării de contrariu.
- C. Convingerea de la criteriul A nu este de intensitate delirantă și nu este limitată la o preocupare circumscrisă la aspect.
- D. Preocuparea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.
- E. Durata perturbării este de cel puțin 6 luni.
- F. Preocuparea nu este explicată mai bine de anxietatea generalizată, tulburarea obsesiv-compulsivă, panică, un episod depresiv major, anxietatea de separare sau altă tulburare somatoformă.



Elemente caracteristice

- Deși acordă o mare importanță sănătății somatice, ei nu au în general deprinderi referitoare la sănătate mai bune (de ex., dietă sănătoasă, exerciții regulate, evitarea fumatului) decât indivizii fără tulburare.
- Frica de îmbătrânire și de moarte sunt frecvente.
- „Umblatul din doctor în doctor” și deteriorarea relațiilor doctor -pacient, cu frustrare și supărare de ambele părți,
- adesea cred că ei nu au primit asistența medicală corespunzătoare și se opun cu tenacitate trimiterii la unitățile de sănătate mintală.
- Relațiile sociale devin tensionate pentru că individul cu hipocondrie este preocupat numai de condiția sa și adesea se așteaptă la un tratament și o atenție specială.
- adesea au și alte tulburări mintale (în special tulburări anxioase, depresive și somatoforme).

F45.4 Tulburare Somatoformă Persistentă

Tip Durere



- Simptomul predominant este o durere severă și persistentă, care nu poate fi explicată pe deplin printr-un proces fiziologic de boli fizice.
- Durerea apare în asociere cu conflictele emoționale sau problemele psihosociale.
- Expresia durerii cronice poate varia în funcție de personalități și culturi diferite.
- Acută – durata mai puțin de 6 luni
- Cronică – durata de 6 luni sau mai mult
- Pacientul nu se prefacă și reclamațiile cu privire la intensitatea durerii trebuie să fie crezute.



Criteria de diagnostic

- A. Durerea în unul sau mai multe sedii anatomice este elementul predominant al tabloului clinic și este suficient de severă pentru a justifica atenție clinică.
- B. Durerea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.
- C. Factorii psihologici sunt considerați a avea un rol important în debutul, severitatea, exacerbară sau persistența durerii.
- D. Simptomul sau deficitul nu este produs intenționat sau simulat (ca în tulburarea factice sau simulare).
- E. Durerea nu este explicată mai bine de o tulburare afectivă, anxioasă sau psihotică și nu satisface criteriile pentru dispareunie.



Diagnostic diferențial al tulburărilor somatoforme

- Principala sarcină este diferențierea de o tulburare cu substrat organic.
- Este necesar să se excludă condițiile medicale generale caracterizate prin simptome somatice vagi, multiple și confuze
- La fel se vor exclude alte tulburări mentale care includ frecvent acuze somatice neexplicate:
 - tulburarea depresivă majoră
 - tulburările anxioase
 - tulburarea de adaptare
 - disfuncțiile sexuale
 - tulburarea delirantă de tip somatic
 - schizofrenia
 - tulburări factice și simularea



Evoluție

- Tulburările somatoforme au o evoluție cronică
- Fluctuantă, care se remite rar complet.
- Evoluția și pronosticul sunt impredictibile.
- Exacerbările se asociază, de obicei, cu stresuri identificabile ale vieții.
- Frecvent, în cele din urmă se diagnostichează o altă tulburare mintală sau condiție medicală.
- Pronosticul bun se asociază cu o personalitate premorbidă cu tulburări minime, prognosticul nefavorabil – cu tulburări somatice antecedente sau suprapuse



Tratament

- **Psihoterapie** – este necesară psihoterapie de conștientizare sau de suport pe termen lung, pentru a oferi înțelegerea dinamicii, sprijin în depășirea evenimentelor de viață stresante sau ambele, precum și prevenirea abuzului de substanțe, a consulturilor de la un doctor la altul, a procedurilor terapeutice sau testelor diagnostice necesare.
- **Farmacoterapie** – se vor evita psihotropele, exceptând perioadele de depresie și anxietate cu comportament suicidar, pentru că pacienții tind să devină dependenți de psihotrope. Remediile antidepresive sunt utile, demonstrând o ameliorare prin reducerea eficientă a simptomelor.



Tulburările factice („facut“)

- În tulburările factice pacienții produc deliberat simptome somatice sau psihologice cu scopul de a-și asuma rolul de bolnav.
- În aceste tulburări, bolnavii produc intenționat semne de boli medicale sau mintale și își prezintă istoricul și simptomele altfel decât în realitate.
- Spitalizarea este adeseori un obiectiv primar și un mod de viață.
- Tulburările au o calitate compulsivă, dar comportamentele sunt deliberate și voluntare, chiar dacă nu pot fi controlate.



Diagnostic, semne și simptome

Cu semne și simptome predominant somatice.

- Cunoscuta și sub denumirea de *sindrom Münchhausen*. Producerea intenționată de simptome fizice – grețuri, vărsături, durere, convulsii.
- Bolnavii pot să își pună intenționat sânge în fecale sau urina, își cresc artificial temperatura corpului, pot să ia insulina pentru a—și scădea glicemia. Semnul „abdomenului în grătar“ constă din cicatricile consecutive multiplelor intervenții chirurgicale.



Cu semne și simptome predominant psihologice.

- Producerea intenționată de simptome psihiatrice – halucinații, deliruri, depresie, comportament bizar.
- Pentru a explica simptomele bolnavii pot să inventeze o poveste, cum că ar fi suferit un stres al vieții major.
- *Pseudologia fantastica* constă din inventarea unor minciuni extravagante, în care pacientul crede.
- În ambele tipuri de tulburare este frecvent abuzul de substanțe, în special de opioide.



Simularea

- **A. Definiție.** Producerea voluntara de simptome somatice sau psihice, în vederea îmfăptuirii unui scop specific (de ex., obținerea de despăgubiri de la asigurări, evitarea unei detenții sau pedepse).
- **B. Diagnostic, semne și simptome.** Bolnavii au multe acuze vagi sau deficitar localizate, care sunt prezentate foarte amănunțit; se enerveaza ușor daca medicul este sceptic în legătura cu relatarea lor.



Diagnostic diferențial

- 1. Tulburările factice.** Nu exista un beneficiu secundar evident.
- 2. Tulburarea somatoforma.** Componenta simbolica sau inconștienta a simptomului. Simptomele nu sunt voluntare și nu sunt produse voit.



Interviul Motivațional





nu este - **MOTIVAȚIA** – este

- O trăsătură sau o caracteristică a personalității
- Stabilă sau fixă pentru totdeauna
- Nivelul de pregătire pentru schimbarea comportamentului
- Schimbări în timp, situație și comportament
- Fluctuează în rezultatul interacțiunii interpersonale
- Este o sarcină centrală pentru lucrători



Componentele cheie pentru schimbare

- Dorință: A vedea importanța schimbării
- Abiltate: Încredere în abilitatea de a schimba
- Pregătire: A fi gata pentru schimbare

Intervievarea motivațională (IM)

Miller & Rollnick, 2002 / 2005



- Conceptul de interviu motivațional a evoluat din domeniul adicției. În prezent, se aplică în:
 - sănătate mintală, tulburări concomitente,
 - **asistență medicală primară** – include diabetul, schimbările de greutate, nutriția, respectarea administrării medicamentelor, HIV,
 - riscuri; fumatul, tulburări legate de abuzul de substanțe, clienți cu antecedente penale.
- Este practică la adulți și adolescenți



Definiția intervieării motivaționale

Miller en Rollnick, 2002 / 2005

- IM este un stil de consiliere orientat spre scop, centrat pe client în vederea provocării schimbărilor comportamentale prin ajutarea clienților în a explora și înfrunța ambivalența
- Încercările de abordare în vederea sporirii conștientizării de către client a potențialelor probleme cauzate, consecințe trăite și riscuri înfruntate ca urmare a comportamentului în cauză.
- Ca alternativă, consilierii le ajută clienților să aibă o mai bună viziune de viitor și să devină gradual motivați de a o realiza.

INTERVIUL MOTIVAȚIONAL



poate fi utilizat în lucrul:

- cu persoanele cu orice tip de adicții
- cu persoane cu risc de infectare cu HIV/ITS,
- cu persoanele fără adăpost / fără serviciu,
- cu probleme de alimentație (supra- / subponderali)
- persoane ce administrează medicamente,
- cu orice persoană care vrea să-și schimbe comportamentul sau să adopte un alt comportament.



INTERVIUL MOTIVAȚIONAL



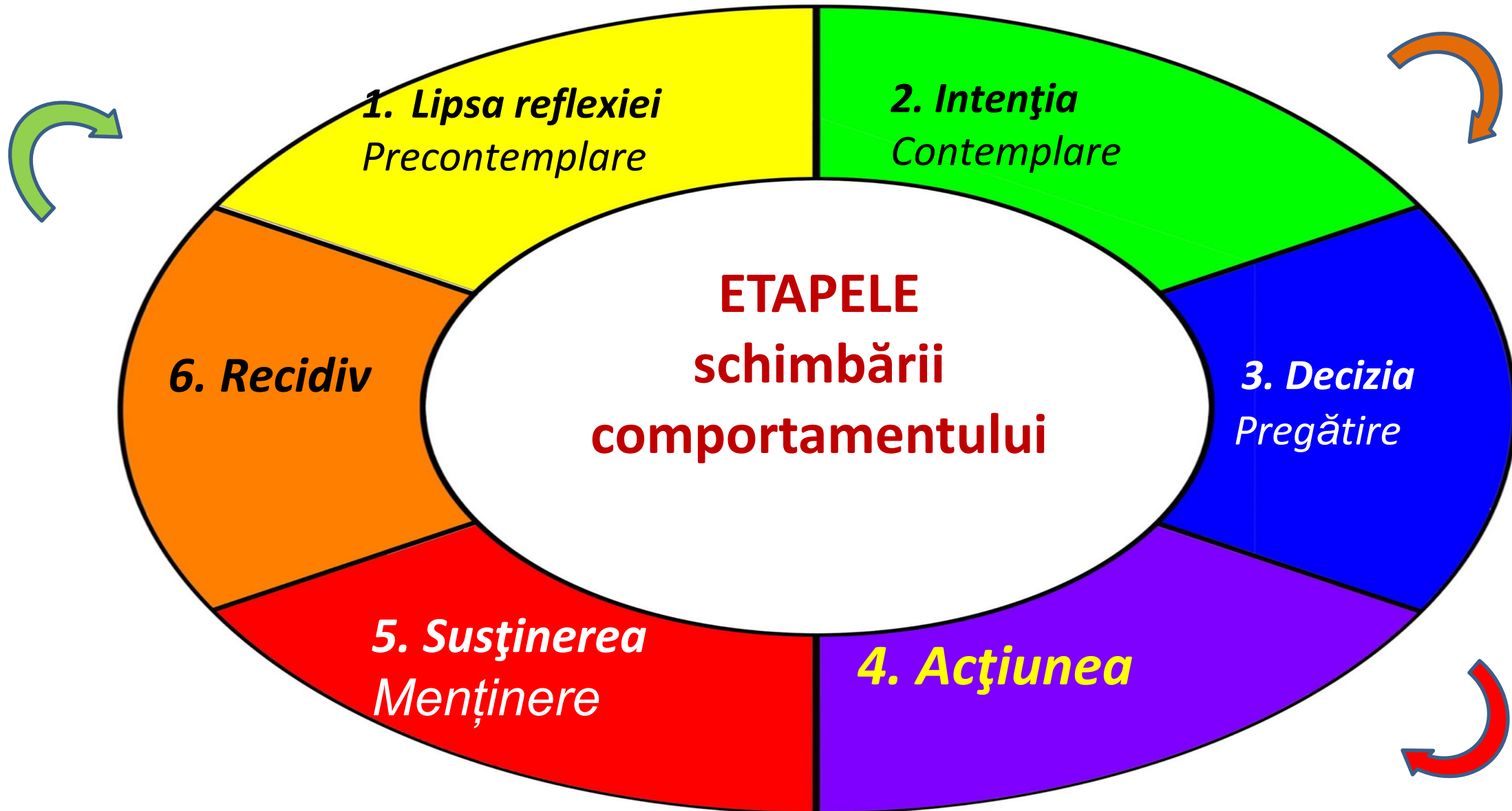
- o discuție confidențială pentru a ajuta beneficiarul să-și schimbe comportamentul

! La baza interviului motivațional stă concepția despre etapele schimbării comportamentului.



phillipmartin.info

ETAPELE Schimbării comportamentului



1. Lipsa reflexiei

Pre-Contemplarea

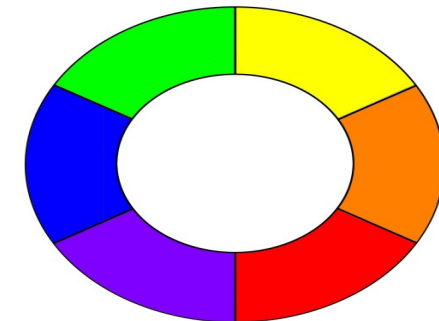
- **clientul** nu tinde să-și schimbe comportamentul



- ✓ *Nu cunoaște consecințele propriilor acțiuni*
- ✓ *Crede că comportamentul lui nu-l supune riscurilor*
- ✓ *Consideră că va fi foarte dificil să se schimbe;*
- ✓ *Nu vrea să se gândească la schimbarea conduitei*

CONSILIERUL

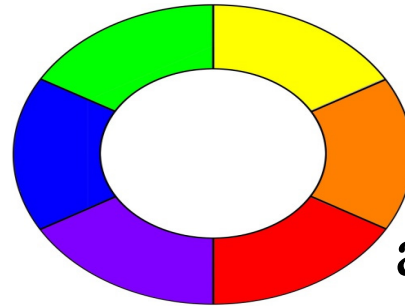
- Confirmă lipsa pregătirii
- Sporește preocuparea
- Explică și personalizează riscul





2. Intenția Contemplarea

- ✓ **clientul** își dă seama că se supune riscului
- ✓ intenționează să se schimbe în ~ 6 luni
- ✓ încă ezită cântărind pierderile actuale și avantajele pe care le va obține



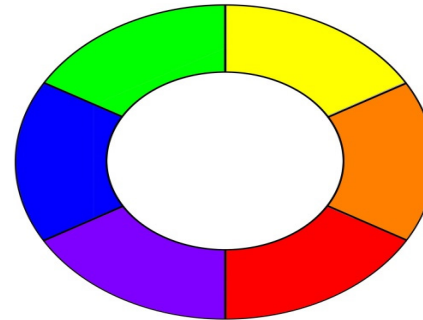
CONSILIERUL

- Stimulează evaluarea argumentelor **pro** și **contra** schimbărilor comportamentale
- Identifică și promovează așteptări noi & pozitive față de rezultate



CONSILIERUL

- Ajută la luarea unei decizii informate
- Ajută la elaborarea planului



3. Decizia Pregătirea

- ✓ **clientul** este motivat, gata de a acționa
- ✓ își planifică modul în care își va schimba comportamentul

4. Acțiunea

- urmează modelul nou de comportament
- Sporește auto-eficacitatea în înfruntarea obstacolelor
- Ajută cu sugestii de reorganizare și suport social

5. Susținerea Menținerea

- *clientul* întreprinde acțiuni pentru
 - ✓ a stabili schimbările
 - ✓ a rezista tentației a ceda

6. Recidiv

- ✓ clientul n-a menținut noul comportament
- ✓ a revenit la comportamentul de risc

! Fiți gata să începeți de la început...

... de fiecare dată!



CONSILIERUL



- Previne recidiva:
- identifică riscurile
 - formează aptitudini
 - cum să spui NU

- !Evaluează obstacolele,
- !Motivează reînceperea procesului



PROVOCĂRILE INTERVIULUI MOTIVAȚIONAL

- ✓ Motivația de a schimba comportamentul aparține clientului
- ✓ Anume beneficiarul verbalizează contradicțiile din propria viață și să încerce să le soluționeze
- ✓ Convingerile directe, impunerile, “sperietorile” nu sunt metoda potrivită pentru soluționarea problemelor
- ✓ Consilierul doar însoțește și direcționează discuția, ajutând beneficiarul să studieze situația contradictorie (ambivalența) și să găsească soluții





Principiile IM

- **Empatie și acceptare necondiționată**
- Examinarea și înfruntarea **ambivalenței**
- Înfruntarea **rezistenței**, evitarea disputelor
- Sporirea încrederii în sine
- Susținerea auto-eficienței
- Clientul este responsabil pentru **schimbare**
- Relația client-terapeut este o predicție a unei schimbări reale



Tehnicile IM

- Întrebări deschise
 - Afirmare
- Ascultare reflexivă
 - Sumarizare

+

Provocarea la schimbarea limbajului – afirmații auto-motivationale

ABC-ul DEMOTIVAȚIEI



- *Contradicții, Critică, Confruntare*
- *Discuții & Polemici*
- *Etichetare*
- *Evaluarea incorectă a semnificației comportamentului*
- *Se oferă prea multe sau prea puține instrucțiuni*





ABC-ul MOTIVAȚIEI

- Reducerea atractivității comportamentului problematic/nesănătos
- Identificarea scopurilor personale
- Axarea pe stăpânirea problemei
- Empatie
- Crearea alternativelor/ opțiunilor
- Feedback & Suport
- Sfaturi profesionale





“Este ceva mai mult, decît un set de tehnici de consiliere. Este o modalitate de a fi cu clienții”

Millner & Rollnick 1991



Întrebări utile în Interviul Motivațional





- Cum ai ajuns în situația dată? (în cabinet)
- Ce senzații plăcute trăiești când consumi alcool (fumezi, joci 3 ore in telefon)?
- Tocmai ai descris plusurile, dar sunt și careva minusuri?
- Ce te împiedică să nu mai consumi dacă sunt atât de multe minusuri?
- În ce măsură acest comportament (fumatul, abandonarea tratamentului etc.) îți dăunează ție și altor oameni?



- Te-a împiedicat vreodată acest comportament (consumul de alcool, mâncatul excesiv) să faci ceea ce-ți dorești?
- Cum îți vezi viitorul? Ce poate să se întâmple cu tine? Cât de mult asta te deranjează?
- Ce se va întâmpla cu tine dacă nu vei schimba nimic în comportamentul tău?
- Care sunt motivele pentru care merită ceva de schimbat?
- Dacă vei reuși 100% și s-ar întâmpla ceea ce tu dorești, ce anume s-ar schimba?



- Care sunt semnele care indică că ai putea să continui acest comportament (fumatul, consumul de benzodiazepine)?
- Care sunt semnele care indică că e timpul de a schimba ceva? (de a face sport, investigații)
- După ce am discutat atâtea aspecte, ce crezi despre acest comportament (fumat, consum de substanțe, abandon de tratament)?
- Care sunt avantajele schimbării acestui comportament?



Tulburări de dezvoltare profunde

autismul infantil, sindromul Rett, sindromul Asperger.

**Tulburări comportamentale și emoționale
cu debut de obicei în copilărie și adolescență**—tulburări
hiperkinetice, tulburări de conduită, tulburare de provocare
opozitională. Actualitate, epidemiologie, criterii de
diagnostic, diagnostic diferențial, tratament.

**Jana Chihai - Doctor în medicină, conferențiar universitar,
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală**

Psihiatria Copilului și Adolescentului

Deosebirile 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

F84 Tulburare de Dezvoltare de Tip Pervasiv

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

ICD -10

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

F84.0 Autismul Infantil

- Descris de Kanner în 1943 ca autism infantil
- Se manifestă în fragedă copilărie, afectând funcționarea cotidiană a pacientului și se caracterizează printr-o triadă de perturbare a raporturilor sociale reciproce, abilităților de comunicare, comportamente și acțiuni repetitive.

Simptome esențiale:

Sociale

- *Social, dar neîndemânatic*
- *Asocial*
- *Anti-social*

Comunicare

- *Limba expresiv*
- *Literalitate*

Emoționale

- *Empatie*
- *Anxietate*

Epidemiologie

- Potrivit datelor OMS, estimările regionale privind incidența TSA sunt: pentru Europa indicatorul mediu constituie 61,9/10 000 (diapazon 30,0-116,1/10 000), iar pentru țările din America acesta alcătuiește 65,5/10 000 (diapazon 34-90/10 000).
- Incidență — 2 cazuri la 10 000 de populație.
- Raportul dintre incidența tulburărilor autiste la băieți și la fete se află în limitele de 2,6:1 până la 5:1.
- Ultimele decenii se caracterizează prin creșterea numărului de TSA

Noile statistici apărute în cazul incidenței tulburării de spectru autist, statistica în RM

- Conform scrisorii 01-1/613 din 10.04.2014 și conform datelor prezentate de Comisia de specialitate a MSMPS în domeniul psihiatriei, la finele anului 2013, în supravegherea medicilor psihiatri din țară se aflau **220 de pacienți cu autism, inclusiv 191 copii.**
- S-a constatat o creștere îngrijorătoare:
în cazul băieților de la 1 la 56 (conform studiului din 2007)
la 1 la 31 (conform studiului din 2012)

în cazul fetelor de la 1 la 204 (conform studiului din 2007)
la 1 la 143 (conform studiului din 2012)

Rata autismului

Copii de 8 ani

Înainte de 1990	1 din 2,000
2007	1 din 150
2012	1 din 88
2014, 2016	1 din 68
2018	1 din 59
	[Rata natalității în 2006]

- De ce s-a produs o creștere a autismului?
- Răspuns:
 - O mai bună conștientizare
 - Mai multe persoane diagnosticate, atât tinere, cât și în vârstă
 - O sporire reală – de ce?

Nu există un marker genetic
sau biochimic

Există un marker clinic:

Tulburări de Interacțiune

Etiopatogenia multifactorială

GENETICA

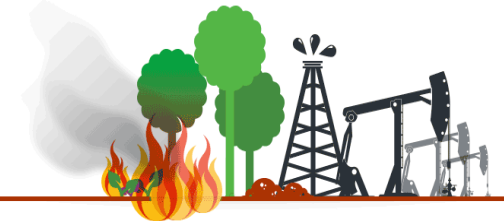
Există forme doar de natură genetică, chiar dacă într-o măsură mai mică, 20% din cazuri

EPI-GENETICA

Întâlnirea dintre o predispoziție genetică și mediul înconjurător

Mediul Înconjurător

Există factori de mediu care pot provoca autismul



Cauze - Genetica

Studiu canadian 2015

- Au fost examinate 85 familii cu doi sau mai mulți copii cu autism
- Au fost investigate 100 variații de gene considerate drept susceptibile de a contribui la autism
- 69% din frații din spectru purtau diferite mutații aferente autismului
- 31% suprapuneri în mutațiile genetice

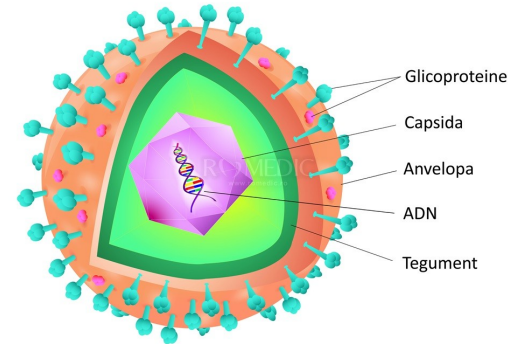
Cauze - Epigenetica

Studiu al Universității Stanford, 2011

- Au fost examinați 192 gemeni cu autism
- Mediul contribuie în măsură de 58%
- Genele contribuie în măsură de 38%



Cauze – mediul înconjurător



Virus – pre- sau post-natal

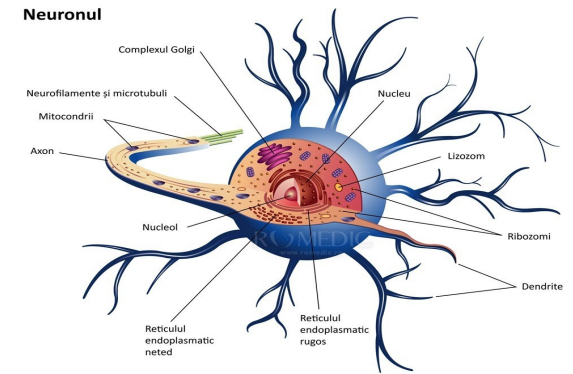
- Rujeola, rubeola congenitală, virus herpes simplex, oreion, varicelă și citomegalovirus.

Toxine din alimente, apă și aer

- Pesticide
- Gaze de eșapament



Creierul



- Dimensiuni mari ale creierului
 - Prea mulți neuroni
 - Autism mai sever
- Mai puțini neuroni lungi pentru a conecta diferite zone ale creierului

Bărbați versus femei

- Înainte de 1990
 - 3 bărbați versus 1 femeie
- După 1990
 - 4 (sau 5) bărbați versus 1 femeie
- Femeile au o formă mai severă de autism – această constatare este în prezent discutabilă.
- **În ultimii 5 ani, am conștientizat că multe femei sunt sub-diagnosticate.**
 - Posibil, criteriile pentru autism au fost elaborate pentru diagnosticarea bărbaților, nu a femeilor.
 - Femeile sunt mai sociale și multe dintre simptomele lor “autiste” sunt mai subtile
 - “Insistența asupra uniformității” poate fi interpretată ca obsesiv-compulsivă.
 - “Mâncatul selectiv” poate fi interpretat ca anorexie.

Probleme medicale frecvente

- **Gastro-intestinale**
 - Constipație
 - Diaree cronică
 - Balonare, gaze excesive
- **Cauze posibile**
 - Lipsa diversității bacteriilor benefice
 - Dietă proastă, în special mâncat selectiv
 - Consum redus de apă
- **Sistem imunitar**
 - Sinusuri – polen din aer
 - Piele – eczeme
 - Alergii alimentare – grețuri, dureri de cap
- **Cauze**
 - 30% din cei estimați au un sistem imunitar compromis
 - Genetica, toxine

Screening

Screening-ul va fi efectuat dacă se vor constata careva din simptomele specifice pentru TSA:

- Lipsa pronunției sunetelor și silabelor până la vârsta de 12 luni
- Lipsa gesticulației până la 12 luni
- Lipsa vorbirii până la 16 luni
- Lipsa construcțiilor minim din două cuvinte spontane până la vârsta de 24 de luni
- Oricare regresie a vorbirii și abilităților sociale la orice vârstă
- Abilități sociale insuficiente pentru vârsta avută

Pentru medici de familie:

Testul **M-CHAT-R**. Conține 20 întrebări și este preconizat pentru vârsta **între 16 și 30 luni**.



CRITERII DE DIAGNOSTIC ICD-10

1. Tulburări calitative ale interacțiunii sociale:

- incapacitatea de a folosi privirea, reacțiile faciale, gesturi și postură în scopuri de comunicare;
- incapacitatea de a forma interacțiunea cu semenii pe baza unor interese, emoții, activități comune;
- incapacitatea, în pofida premiselor formale prezente, de a stabili norme de comunicare adecvate cu vârsta;
- incapacitatea de a răspunde emoțional la mediul social, lipsa răspunsului sau răspuns deviant la sentimentele altora, integrarea instabilă a comportamentelor sociale, emoționale și de comunicare;
- incapacitatea de a trăi spontan bucuria, interesele sau activitatea cu cei din jur.

2. Schimbări calitative în comunicare:

- Întârzierea sau întreruperea completă a dezvoltării vorbirii orale, neînsoțită de mimică compensatorie, gesturi, ca o formă de comunicare alternativă;
- imposibilitatea relativă sau completă de a începe comunicarea sau a susține contactul verbal la nivelul corespunzător cu alte persoane;
- stereotipii verbale sau utilizarea inadecvată a cuvintelor și expresiilor, absența jocurilor simbolice la o vârstă fragedă, jocurilor cu conținut social.

CRITERII DE DIAGNOSTIC ICD-10

3. Modele stereotipice limitate și repetitive în comportament, interese și activități

- orientarea spre unul sau mai multe interese stereotipice, anormale prin conținut, fixarea asupra unor forme comportamentale nespecifice, nefuncționale sau asupra unor acțiuni ritualice, mișcări stereotipice în membrele superioare sau mișcări complexe cu tot corpul;
- preocuparea preponderentă de obiecte separate sau de elemente nefuncționale ale materialului de joc.

4. Probleme nespecifice

- temeri, fobii, excitație, tulburări de somn și de abilități de luare a mesei, accese de furie, agresiune, automutilări.

Diagnostic diferențial

- Sindroame cromozomiale sau genetice specifice (Rett, X fragil, Angelman, Down, Cornelia de Lange, Cri-du-chat etc)
- Dizabilitatea intelectuală fără tulburare din spectru autismului
- Sindroame somatice (paralizie, surdiate, orbire, etc)
- Tulburarea obsesiv compulsivă
- Tulburare de limbaj și tulburare de comunicare socială (pragmatică)
- Modificarea totală a dezvoltării psihologice (psihoza infantilă)
- Deficitul de atenție și hiperactivitatea (ADHD)
- Depresie timpurie
- Tulburări de atașament
- Tulburare de identitate disociativă (Dissociative Identity Disorder)
- Mutismul selectiv
- Schizofrenia

Comorbidități TSA

- Aproximativ 30% dintre cei diagnosticați cu TSA suferă simultan de anxietate.
- Sindromul deficitului de atenție cu hiperactivitate (ADHD) (21-72%)
- Tulburarea obsesiv compulsivă
- Tulburarea comportamentală de opoziție
- Tulburări de dezvoltare a coordonării
- Tulburări de aport alimentar de tip evitant/restrictiv
- Afecțiuni gastro-intestinale 70% din copii
- Tulburări de somn (40-80%)
- Epilepsia
În populația generală doar 1-2% din copii fac epilepsie,
Prevalența acestei boli la cei cu TSA este între 5 și 38%.

Datele din literatura:

- *cei care au doar autism, riscul 2% până la 5 ani și de 10% până la 10 ani;*
- *cei care au autism și afectare severă a intelectului și dezvoltării riscul 5% la 1 an, 15% la 5 ani și 25% la 10 ani;*
- *cei care au autism și paralizie cerebrală au un risc 20% la 1 an, 35% la 5 ani și 65% la 10 ani.*

Comorbidități TSA

- Dizabilitate intelectuală 8%-27.9%
- Sindromul X Fragil 24%-60%
- Scleroza Tuberoasă 36%-79%
- Encefalopatia neonatală/Encefalopatia epileptică/Spasme infantile 4%-14%
- Paralizie cerebrală 15%
- Sindrom Down 6%-15%
- Distrofie Musculară 3%-37%
- Neurofibromatoză 4%-8%

Cum se tratează Tulburarea de spectrul autist?

Principalul obiectiv al tratamentului este îmbunătățirea capacității generale a copilului de a funcționa și a atinge potențialul său maxim prin:

- minimalizarea simptomelor de bază ale autismului
- facilitarea dezvoltării și învățării
- promovarea socializării
- reducerea comportamentelor maladaptative
- educarea și suportul familiei

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 antidepressive pentru a face față unui comportament agresiv și depresiei.

Intervenția educațională include terapii comportamentale:

- Terapia Comportamentală Aplicată (Applied Behavioral Analysis, **ABA**),
- Terapia **TEACCH** (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children),
- Terapia **PECS** (Picture Exchange Communication System - Sistemul de Comunicare prin Schimbare de Imagini de abilitare (terapia ocupațională și fizică, terapia de comunicare).

Nu există medicamente care să vindece autismul!

Specialiștii pot prescrie medicamente pentru tratamentul manifestărilor coexistente cu autismul, precum:

- anxietatea
- depresia
- tulburarea obsesiv-compulsivă.

Tratament pentru probleme gastro-intestinale

- Transfer fecal – Tratament cu microbioterapie
 - Ameliorări în problemele gastro-intestinale și comportament
 - Durează cel puțin 2 ani
- Dietă fără gluten / fără cazeină
- Probiotice
- Enzime digestive
- Consum de apă
 - Să nu simtă sete

F84.1 Autism Atipic

- Un tip de tulburare de dezvoltare pervasivă care diferă de autism infantil atât prin vârsta izbucnirii, cât și prin neîndeplinirea tuturor criteriilor de diagnostic
- Dezvoltare anormală și insuficientă care se manifestă după vârsta 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

Simptome și sindroame (Diagnostic)

Criteria de diagnostic pentru AA: aprofundare a izolării autiste, până la autismul „extrem de sever”

are loc regresul funcțiilor psihice superioare:

- a vorbirii,
- motricității,
- a abilităților de îngrijire
- jocului.
- sfera emoțională nu este dezvoltată
- sunt prezente stereotipii motorii catatonice
- în palmele mâinilor se atestă mișcări stereotipice de tip spălare, ștergere, sunt frecvente: bătăile pe bărbie și fluturarea mâinilor
- dezvoltarea psihică a copilului se oprește
- vorbirea nu se formează, este posibilă ecolalia.
- gândirea rămâne concretă
- se dezvoltă defectul tip oligofren
- delirul și halucinațiile în copilărie lipsesc.

Diagnostic diferențial

- Schizofrenia
- DI (Dizabilitatea intelectuală)
- Defectele organelor auditive (senzoriale)
- Tulburările în dezvoltarea vorbirii.
- Evoluția negativă a bolii și creșterea deficitului cognitiv admit stabilirea diagnosticului de schizofrenie infantilă malignă (F20.8xx3).
- Formele psihotice de autism atipic cu scăderea intelectului (F84.11, F70)
- Formele nepsihotice de AA (F84.11, F70), comorbide cu DI se atestă în sindroamele genetice (Martin-Bell, Down, Williams, Sngelman, Aotos etc.) și bolile de origine metabolică (fenilcetonurie, scleroza tuberoasă etc.)

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

- Sindromul Rett (RS) reprezintă o tulburare de dezvoltare neurodegenerativă, asociată cu cromozomul X, legată de mutațiile din gena MECP2, constatată în principal la pacientele de sex feminin
- 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.

Factori de risc și epidemiologie

- RS se constată la 1:10000 - 1:15000 fete (Hagberg, Hagberg, 1997) [3], în cazuri particulare poate să fie prezent la băieți.
- Mutațiile s-au depistat în 80-95 % dintre cazurile de RS clasic. La 99,5%, RS apare din cauza patologiei genei MECP2, sau a moștenirii acesteia de la unul din părinți cu mozaicism.
- Dacă mama copilului bolnav are o genă patologică MECP2, atunci riscul de îmbolnăvire la sibs constituie 50%

Evoluția

Stadiul I:

- regres în dezvoltare (stagnare) (6–18 luni) motricității și a ritmurilor de creștere a capului, lipsa de interes față de joc, pierderea sau lipsa de contact vizual; hipotonie musculară; răsucirea mâinilor; calmitate neobișnuită; respirație reținută cu producere de sunete.

Stadiul II:

- regres în dezvoltarea neuropsihică (1- 4 ani): comportament autist; iritabilitate, agitație; mișcări stereotipice cu mâinile; apnee care alternează cu hiperventilație; sunt posibile convulsii și emiterea unor sunete care amintesc de echivalentele convulsive, copilul încetează să vorbească; tulburări de somn, strabism periodic.

Evoluția

Stadiul III:

- pseudostagnare (2-10 ani): Se caracterizează prin ameliorarea comportamentului. Apare contactul emoțional și vizual, abilități de folosire a mâinilor, somnul se îmbunătățește. Apare retardul mental, dereglări psihice, mișcări stereotipice cu mâinile, tulburări extrapiramidale, intensificarea rigidității, a bruxismului, ataxiei, hiperkinezelor. Aceste stări sunt însoțite de disfuncție motorie, scolioză și, eventual, convulsii. Sunt posibile dificultăți respiratorii; un adaos în greutate mic în condițiile unei poftede mâncare bune;

Stadiul II:

- progresarea dereglărilor motorii (> 10 ani). Contactul vizual se menține. Convulsiile devin mai rare, este posibilă comunicarea emoțională. Dar apare o reducere accentuată a activității motorii, mersul încetează. Are loc retardarea în creștere fără retardare în maturarea sexuală.

Semnele clinice cele mai frecvente

- Mișcări stereotipice ale mâinilor, calificate drept semnele cele mai caracteristice ale sindromului Rett
- Ataxie și apraxie.
- Microcefalie.
- Activitatea cognitivă este extrem de restrânsă, pacienții prezintă capacități intelectuale, de vorbire și adaptive extrem de restrânse.
- Dificultăți de respirație (hiperventilație, apnee)
- Scolioză.
- Convulsii în 50-80% dintre cazuri.

RS se clasifică în 2 tipuri:

- clasic
- atipic

Diagnostic diferențial

- sindromul Angelman
- sindromul Prader-Willi
- sindromul Patau,
- sindromul Landau Kleffner,
- sindromul Lennox-Gastaut,
- sindromul fetal alcoolic,
- paralizia cerebrală,
- leucodistrofia metacromatică,
- lipofuscinoza ceroidă neuronală,
- deficitul de ornitin-transcarbamilază,
- fenilcetonuria,
- ataxia spastică,
- scleroza tuberoasă,
- TSA,
- encefalitele.

Tratament

Terapia nemedicamentoasă:

- optimizarea capacităților individuale
- terapia verbală și fizică intensă,
- gimnastica terapeutică,
- călăria terapeutică, înotul,
- metode de comunicare alternative (tehnologii și programe computerizate), meloterapia.

Terapia medicamentoasă:

- tratamentul simptomatic (convulsii, agitație, tulburări de somn, apnee, mișcări stereotipice cu mâinile, dereglări gastrointestinale)
- se folosesc diverse grupuri de medicamente: L-carnitină, magneziu, melatonină, zaleplonă, zolpidem, propanolol, metoclopramide, preparate antiepileptice, (carbamazepină, acid valproic, topiramă, lamotrigină).

F84.5 Sindromul lui Asperger

- Descriș de Asperger drept psihopatie autistică în 1944.
- Caracterizat prin același tip de afectare a activităților sociale și caracteristici stereotipe de comportament cum este descriș 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

Simptoame și sindroame (Diagnostic)

- Dificultăți de legăturile sociale, răceală emoțională
- Dereglări ale capacităților de comunicare (limbajul corpului este interpretat greșit, gesturile sunt restrânse și deseori eronate)
- Dereglări de vorbire și auz (vorbire pedantă, aspecte stranii în înălțime, intonația, ritmul vorbirii, înțelegerea incorectă a subtilităților limbii, disonanță auditivă)
- Patologia sensibilității senzoriale (sensibilitate anormală la sunet, simț, gust, vedere, miros, temperatură, sensibilitate extremă sau redusă la durere, sensibilitate la alimente).
- *Tabloul clinic în AS poate fi:*
 - cu/fără dereglări intelectuale manifestate
 - cu/fără dereglări de limbaj
 - cu tulburare neuropsihotică sau comportamentală
 - cu catatonie.
- În tabloul clinic mai pot fi prezente:
 - patologia mișcărilor mâinilor și imitarea mișcărilor (scris modificat, dereglarea abilităților de joc cu mingea)

Diagnostic diferențial

- hipoplazia adrenală,
- consecințele traumatismului la naștere,
- deficitul cognitiv,
- insuficiența intelectuală,
- tulburări de: educație,
- sindromul disociativ de identitate,
- sindromul generalizat de anxietate,
- sindromul obsesiv-compulsiv, sindromul Rett,
- sindromul fetal alcoolic,
- cromozomul X fragil,
- trisomia X,
- dereglări auditive.
- dislexia, hiperplexia, tulburări de identitate,
- tulburări de vorbire și de limbaj, leziunea sau disfuncția emisferei drepte a creierului, dereglarea integrării senzoriale, colagenoze.

Tratament

Terapia nemedicamentoasă:

- Strategii de comunicare și de limbaj
- învățarea abilităților sociale
- terapia psihoeducativă familială
- logopedia
- terapia prin muncă,
- fizioterapie și terapia comportamentală
- analiza comportamentală aplicată (ABA)

Terapia medicamentoasă:

- tratamentul simptomatic (depresie, distimie, tulburare bipolară, sindromul Tourette, anorexia nervoasă și schizofrenia, tulburarea obsesiv-compulsivă sau tulburarea de anxietate generalizată)
- FDA a aprobat aplicarea risperidonei și a aripiprazolului la copii în tratamentul iritabilității, agresiunii, stereotipiilor.
- Copiii cu TSA deseori prezintă tulburări de somn, care pot fi ameliorate cu ajutorul melatoninei.

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

Tulburări comportamentale și emoționale cu debut 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 tulburări 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, decât la fete
- Principalele semne ale sindromului sunt:
 - *lipsa atenției*
 - *impulsivitatea*
 - *hiperactivitatea*
- Studiile populaționale sugerează că ADHD apare la aproximativ 5% din copii și 2,5% din adulți.
- ADHD este o afecțiune frecventă printre tineri (copii și adolescenți), cu rata prevalenței de aproximativ 3,4% (BI 95% 2,6-4,5).
- Rata de prevalență printre adulți este mai puțin evidentă și se estimează între 2,5-5%, iar printre vârstnici (peste 65 ani) – este de peste 3%.

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

Factori de risc

Factori de temperament:

- nivel scăzut de inhibiție de control și de restricție comportamentală;
- emotivitate negativă și/sau cu un nivel ridicat de căutare a noului

Factori de mediu:

- Greutatea foarte mică la naștere (sub 1500 de grame).
- Un număr mic de cazuri poate fi asociat cu reacții la aspecte care țin de dietă.
- Poate exista un istoric de abuz asupra copilului, de neglijare, de schimbare frecventă a orfelinatelor
- expunere la neurotoxine (e.g., plumb), de infecții (e.g., encefalită), sau de expunere la alcool în utero.

Factori genetici și fiziologici:

- prevalență crescută printre rudele de gradul I ale indivizilor care au ADHD.
- Posibile influențe asupra simptomelor ADHD pot fi considerate tulburările vizuale și auditive, anomaliile metabolice, tulburările de somn, carențele nutriționale și epilepsia.
- ADHD nu se asociază cu trăsături fizice specifice, deși unele anomalii fizice minore pot avea frecvență relativ crescută (e.g., hipertelorismul, bolta palatină ogivală, inserția joasă a urechilor).
- Pot apărea întârzieri motorii subtile și alte semne neurologice ușoare

Screening

- Interviul clinic
- Scale de evaluare a comportamentului conform criteriilor ICD-10 și DSM-5 și conform scalelor de evaluare
- Evaluarea nivelului de inteligență și performanță
- Evaluarea contextului familial
- Evaluarea neuropsihologică

Diagnosticul

- Simptomele trebuie să fi fost prezente înainte de vârsta de 12 ani.
- Au fost prezente mai multe simptome de inatenție sau hiperactiv-impulsiv în două sau mai multe situații (de exemplu, la domiciliu, școală sau loc de muncă; cu prietenii sau rudele; în alte activități).
- La vârsta adultă, unele simptome scad (mai ales hiperactivitatea observabilă), dar 60% din simptome rămân prezente, iar majoritatea (90%) suferă de disfuncționalitate la vârsta adultă.
- ADHD este prezent, când simptomele apar în mai multe contexte și limitează funcționarea.

Tipuri de ADHD:

- combinat,
- cu deficit de atenție
- hiperactiv/impulsiv.

Severitate:

- ușoară
- moderată
- gravă.

Diagnostic

Neatenția:

A. 6 (sau mai multe) dintre următoarele simptome:

- *Adesea nu reușește să acorde o atenție minuțioasă detaliilor sau face greșeli din neglijență la școală, la locul de muncă sau în timpul altor activități*
- *Deseori întâmpină dificultăți în menținerea atenției asupra sarcinilor sau activități de joc*
- *Adesea nu pare să asculte atunci, când i se vorbește direct*
- *Adesea nu respectă instrucțiunile și nu reușește să finalizeze sarcinile de la școală, treburile casnice sau îndatoririle la locul de muncă*
- *Adesea întâmpină dificultăți în organizarea sarcinilor și activităților*
- *Deseori evită, nu-i place sau este reticent să se implice în sarcini, care necesită efort mental susținut*
- *Adesea pierde lucrurile necesare pentru sarcini sau activități*
- *Adesea este ușor distras de stimuli externi*
- *Adesea uită unele lucruri în activitățile zilnice*

B. Persistă timp de cel puțin 6 luni, fiind de un grad, care nu este în concordanță cu nivelul de dezvoltare și care are un impact negativ direct asupra activităților sociale și academice / ocupaționale:

Diagnostic

Hiperactivitate și impulsivitate:

A. 6 (sau mai multe) dintre următoarele simptome:

- *Adesea se agită sau bate cu mâinile sau cu picioarele ori nu-și găsește locul pe scaun.*
- *Adesea se ridică de pe scaun în situații, în care trebuie să rămână așezat*
- *Adesea aleargă sau se urcă undeva în situații, când nu este potrivit de a o face*
- *Adesea nu se pot juca sau implica liniștit în activități de agrement.*
- *Este deseori "în mișcare", acționând ca și cum ar fi "condus de un motor", alte persoane îi pot considera ca fiind neliniștiți sau dificil de ținut pasul cu ei.*
- *Adesea vorbește excesiv.*
- *Deseori scapă un răspuns înainte de a se termina o întrebare*
- *Adesea întâmpină dificultăți în a-și aștepta rândul*
- *Adesea întrerupe sau deranjează pe alții*
- *Începe a utiliza lucrurile altor persoane fără a cere sau a primi permisiunea*

B. persistă timp de cel puțin 6 luni, fiind de un grad, care nu este în concordanță cu nivelul de dezvoltare și care are un impact negativ direct asupra activităților sociale și academice / ocupaționale:

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.

F91.3 Tulburare Opozițional -Sfidătoare

- Copiii sub vârsta 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 neglijați se recomandă familiile adoptive, plasamentul sau reședința supravegheată.
- Este necesară intervenția organelor competente pentru luarea deciziei cu privire la plasament.
- Consensul unanim acceptat - intervenția precoce cu programe de prevenție desfășurate în mediul de viață a acestor copii.
- **Medicație** – ISRS (Sertralină, Paroxetină), antipsihotice (**Risperidona**, Aripiprazol, Haloperidol), timostabilizatoare (**Carbamazepină**, Valproat de sodiu).