

Ana-Cristina Bredicean

Cătălina Giurgi-Oncu

Ion Papavă



**UMFT**

Universitatea de  
Medicină și Farmacie  
„Victor Babeș”  
din Timișoara

# ÎNGRIJIREA BOLNAVULUI CU TULBURĂRI ÎN SFERA SĂNĂTĂȚII MENTALE ȘI A PSIHIATRIEI

– curs pentru asistente medicale –

Editura “Victor Babeș”  
Timișoara, 2020



**Editura „Victor Babeș”**  
**Piața Eftimie Murgu 2, cam. 316, 300041 Timișoara**  
**Tel./ Fax 0256 495 210**  
**e-mail: evb@umft.ro**  
**www.umft.ro/editura**

**Director general: Prof. univ. emerit dr. Dan V. Poenaru**  
**Director: Prof. univ. dr. Andrei Motoc**

**Colecția: MANUALE**  
**Coordonator colecție: Prof. univ. dr. Sorin Eugen Boia**  
**Referenți științifici: Conf. univ. dr. Liana Dehelean**  
**Prof. univ. dr. Monica Ienciu**

**ISBN: 978-606-786-167-9**

**© 2020 Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate.  
Reproducerea parțială sau integrală a textului, pe orice suport,  
fără acordul scris al autorilor este interzisă și se va sancționa  
conform legilor în vigoare.**

## CUPRINS

<b>1. SĂNĂTATE MINTALĂ VERSUS TULBURARE PSIHICĂ.....</b>	<b>4</b>
<b>2. ÎNGRIJIREA ÎN SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI PSIHIATRIE – PRINCIPII ȘI EVOLUȚIE .....</b>	<b>10</b>
<b>3. MODELE CONCEPTUALE .....</b>	<b>25</b>
3.1. Modelul psihanalitic .....	25
3.2. Modelul comportamental .....	27
3.3. Model interpersonal.....	28
3.4. Modelul comunicativ.....	29
3.5. Modelul medical .....	30
3.6. Modelul nursingului .....	31
3.7. Modelul holistic.....	33
<b>4. PERSONALITATEA .....</b>	<b>35</b>
4.1. Caracteristici generale .....	35
4.2. Îngrijirea pacientului cu tulburare de personalitate .....	39
<b>5. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR EXPUSE LA STRES SEVER .....</b>	<b>43</b>
<b>6. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE ANXIOASĂ .....</b>	<b>44</b>
<b>7. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE CONVERSIV-DISOCIATIVĂ .....</b>	<b>50</b>
<b>8. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE AFECTIVĂ .....</b>	<b>53</b>
<b>9. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU TULBURĂRI PSIHOTICE .....</b>	<b>58</b>
<b>10. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU CONSUM DE ALCOOL.....</b>	<b>61</b>
<b>11. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU CONSUM DE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE.....</b>	<b>64</b>
<b>12. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE DETERIORATIVĂ .....</b>	<b>67</b>
<b>13. ÎNGRIJIREA ÎN URGENȚELE PSIHIATRICE .....</b>	<b>69</b>
<b>14. INTERVENȚIILE TERAPEUTICE ÎN PSIHIATRIE .....</b>	<b>81</b>
14.1. Terapie medicamentoasă .....	81
14.2. Terapii psihosociale.....	93

## 1. SĂNĂTATE MINTALĂ VERSUS TULBURARE

Sănătatea mintală reprezintă un deziderat general, însă în dobândirea și menținerea acesteia survin variate chestiuni ce necesită o analiză atentă: ce înseamnă, în viață de zi cu zi, acest concept? Cum poate fi definit cât mai concret? Unde este limita între sănătatea mintală și tulburarea psihică? Acestea sunt doar câteva dintre motivele pentru care psihiatria prezentului oferă controverse.

În diferite situații de viață, punem eticheta „nu ești normal”, normalitatea fiind, de asemenea, o noțiune ambiguă și, deseori, legată de judecăți de valoare, în mod special, de valori culturale și de valori ale societății. Chiar și în cadrul aceleiași culturi, conceptele de sănătate mintală pot evolua în timp, pe măsură ce valorile societății se schimbă.

### **Ce este normalitatea?**

Se spune adesea că toți suntem „un pic anormali”; este oare această afirmație adevărată sau nu? Această întrebare poate fi mai ușor de explicat, dacă înlocuim cuvântul „normal” cu cuvântul „sănătos”, și atunci apare întrebarea dacă „este normal ca o persoană să fie puțin nesănătoasă?”

Dificultatea ce apare în încercarea de a răspunde la această întrebare este reprezentată de faptul că noțiunea de „normalitate” este folosită în mai multe sensuri. Ea este folosită în medicină pentru a încadra o persoană, de exemplu, atunci când se discută despre înălțimea normală, greutatea normală ș.a.m.d. În acest sens, în ceea ce privește sănătatea mintală, normalitatea poate fi definită de următoarele atribute:

- ✚ Sentiment de bine;
- ✚ Utilizarea sublimării ca principal mecanism de apărare;
- ✚ Capacitatea de a amâna plăcerile prezente pentru altele din viitor;
- ✚ Păstrarea unui sens intact al realității;

- ✚ Relații interpersonale armonioase.

Aceste atribute sunt prezente când vorbim despre sănătatea mintală a unei persoane, dar mai sunt și alte aspecte, care aparțin socialului ce ne înconjoară. Astfel, viața normală implică mai multe activități, precum:

- ✚ Adaptarea la situația de muncă;
- ✚ Activitățile de timp liber;
- ✚ Managementul contactelor sociale;
- ✚ Adaptarea la sexul opus.

Diferențierea dintre o tulburare psihică și sănătatea mintală este dificil de făcut, având în vedere faptul că nu există un test specific care să arate că ceva este în neregulă. Nu există probe biologice pentru tulburarea de anxietate sau pentru depresie, ori explorări imagistice pentru schizofrenie sau pentru tulburarea bipolară.

Există multe ipoteze care încearcă să explice modul de apariție a tulburărilor psihice, însă anumiți experți din domeniul sănătății mintale consideră că tulburările psihice sunt legate de alterări ale cantității de neurotransmițători, de modificări neurodevelopmentale sau de mutații la nivel genetic. În prezent, nicio ipoteză nu explică, în totalitate, apariția tulburărilor psihice.

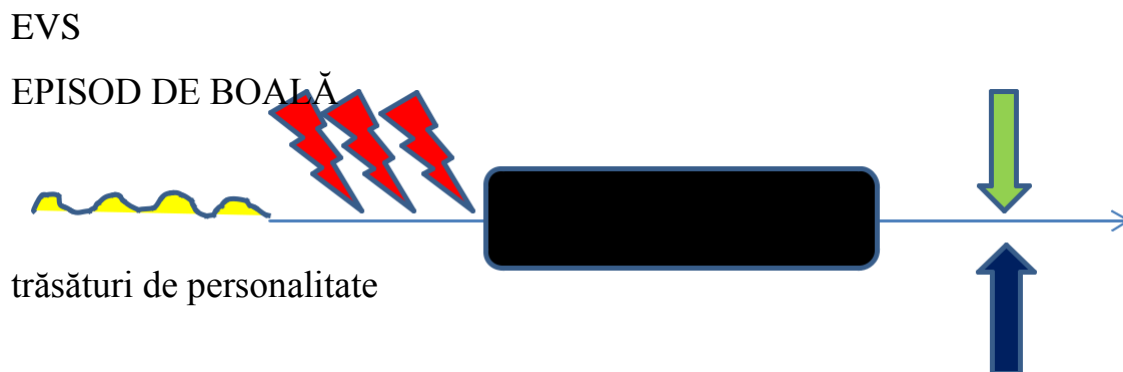
Luând în considerare cele descrise mai sus, putem concluziona că sănătatea mintală reprezintă, mai degrabă, un concept general, reprezentat de starea de bine personală, de o conștientizare a propriilor calități, alături de capacitatea de a face față, în viața de zi cu zi, armonios, totodată, ținând cont de dorințele proprii, dar și de cele ale comunității extinse.

### **Ce este o tulburare psihică?**

În medicină se discută despre boli, iar în psihiatrie vorbim de tulburări. Tulburarea mintală, privită ca o disfuncție semnificativă la nivelul gândirii, al afectivității și comportamentului unei persoane, această stare patologică

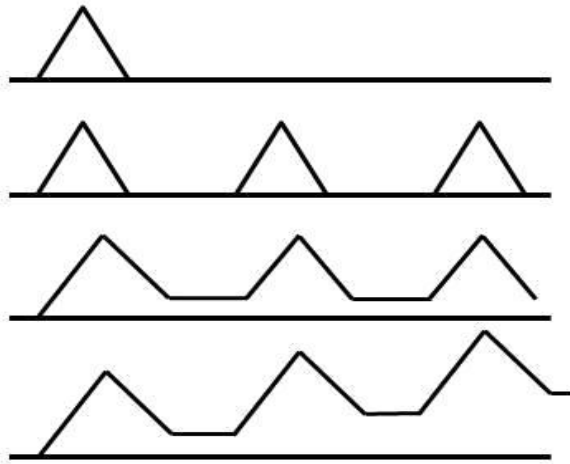
afectând considerabil capacitatea persoanei de a relaționa cu alții și de a funcționa în viața de zi cu zi. Simptomele care apar pot varia, ca durată și intensitate, de la o persoană la alta, în funcție de tipul de tulburare și de trăsăturile de personalitate ale fiecăruia, precum și de momentul de viață în care se află această persoană. Aceste tulburări pot apărea la oricine, indiferent de sex, vârstă, cultură, naționalitate, religie, nivel de educație sau viață.

Tulburările psihice trebuie privite și din perspectivă longitudinală, perspectivă din care putem să avem un episod de boală sau mai multe. Pe lângă simptomatologia clinică, caracteristică episodului, trebuie să ținem cont și de structura de personalitate prezentă, dar și de contextul de viață în care se află persoana respectivă.



**Fig. 2 – Episod de boală**

Perspectiva longitudinală a evoluției unei tulburări poate fi foarte variată, de la prezența unui singur episod până la apariția mai multor episoade, care se pot remite în totalitate sau parțial.

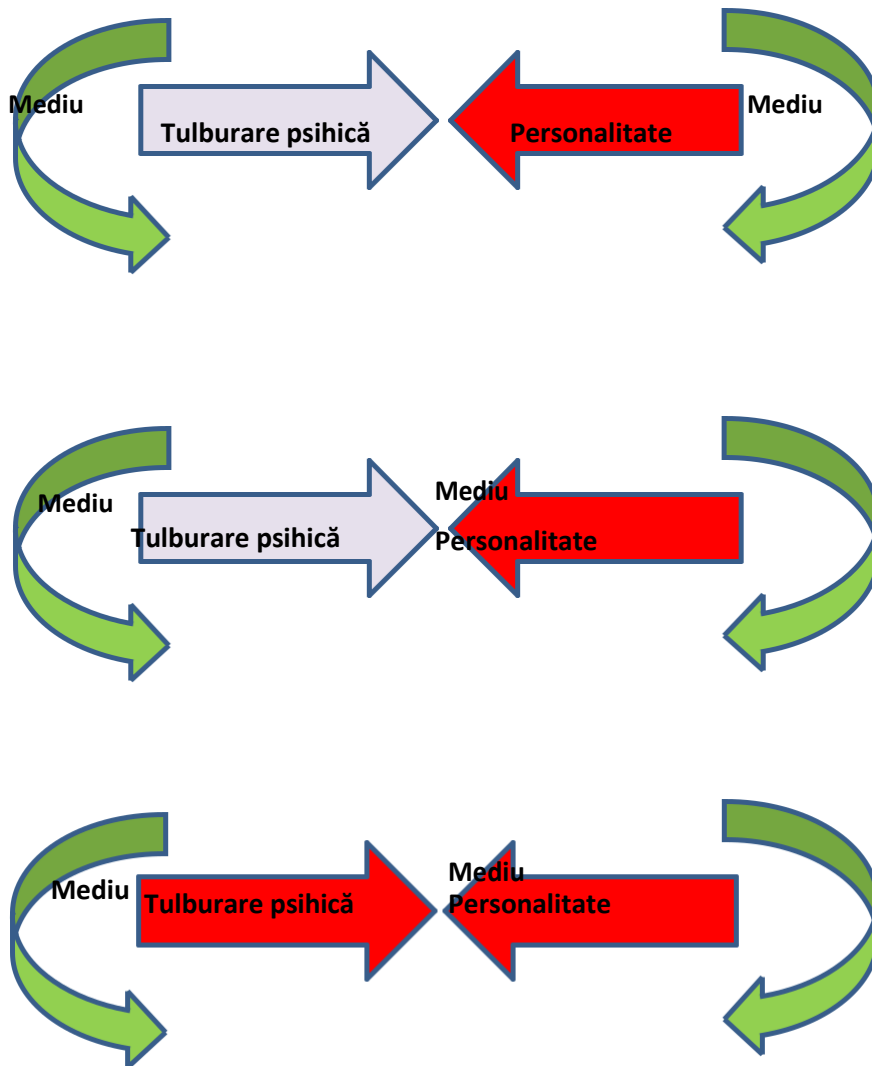


**Fig. 3- Perspectiva longitudinală a tulburării psihice**

Diagnosticul clinic se bazează pe sistemele de clasificare internațională ICD 10 (10 th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, World Health Organization) sau DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association), putând să avem, la o persoană, mai multe diagnostice. În practica clinică, vorbim foarte frecvent despre două aspecte: patologia clinică și tulburările de personalitate, ce pot fi întâlnite ca și comorbidități la aceeași persoană. De asemenea, luăm în considerare atât momentul, cât și conjunctura de viață în care se află subiectul.

Atât caracteristicile biologice, cât și cele psihosociale au un rol important în dezvoltarea unei tulburări psihice sau a unei tulburări de personalitate. Acestea sunt reprezentate de:

- ✚ Gen;
- ✚ Vârstă;
- ✚ Încărcătură genetică;
- ✚ Evenimente stresante de viață și boli somatice, mai ales cerebrale;
- ✚ Abilitățile persoanei de a face față la stresori, de a rezolva probleme, de a-și construi relații sociale, de a se relaxa, de a avea satisfacții și sens;
- ✚ Rețeaua de suport social.



**Fig. 4- Diagnostic clinic**

### **Criterii majore pentru diagnosticul bolii mintale (psihoză)**

Criteriile de psihoză include:

1. Comportament bizar;
2. Experiență anormală;
3. Pierderea contactului cu realitatea;
4. Lipsa de perspectivă.



Compararea caracteristicilor unei persoane care are o problemă de sănătate mintală, cu o persoană fără probleme, este redată în tabelul de mai jos.

<b>Sănătate mintală</b>	<b>Tulburare psihică</b>
1. Se acceptă pe sine și pe alții.	1. Sentimente de neadecvare. Stimă de sine scăzută
2. Capacitatea de a face față și de a tolera stresul. Poate reveni la funcționarea normală după un eveniment de viață.	2. Incapacitatea de a face față la stres. Comportament inadecvat după un eveniment de viață
3. Capacitatea de a stabili relații strânse și de durată cu alte persoane	3. Incapacitatea de a stabili și a menține relații cu alte persoane
4. Capacitatea de a lua decizii	4. Capacitate scăzută de a lua decizii
5. Asumarea responsabilității pentru acțiunile sale	5. Incapacitatea de a accepta responsabilitatea pentru acțiuni
6. Optimist	6. Pesimist
7. Își cunoaște bine limitele.	7. Nu își cunoaște bine limitele proprii.
8. Funcționează independent.	8. Funcționează ajutat de alții.
9. Încearcă să se dezvolte în plan personal.	9. Nu încearcă să se dezvolte în plan personal.
10. Capacitate de rezolvare a problemelor	10. Are nevoie de alte persoane ca să își rezolve problemele.
11. Sănătatea mintală reflectă abordarea vieții de către o persoană, comunicarea emoțiilor, a ști să dăruiască și să primească.	11. Tulburarea psihică reflectă incapacitatea unei persoane de a face față la stres, care duce la reacții necorespunzătoare, comportament inacceptabil și incapacitatea de a face față la cererile societății.

## 2. ÎNGRIJIREA ÎN SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI PSIHIATRIE – PRINCIPII ȘI EVOLUȚIE

Nursing-ul este o noțiune foarte complexă, relativ greu de definit, 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.

### **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” (CNA, 1997b, p.43). Asistentul medical:

- ✚ Evaluatează 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, 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 „interviu 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 care trebuie respectat;
- ✚ A avea față de el o atitudine de „distanță autoritară”, adică a avea un raport strict „administrativ”, fără implicații umane afective, este o atitudine neadecvată;
- ✚ 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 mediciniei, 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.

**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** 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 specialist psihiatru care are în îngrijire pacientul;
- Familia pacientului;
- Reprezentanții poliției, jandarmeriei, parchetului sau ai pompierilor.

Motivele internării nevoluntare se certifică sub semnătură de către persoanele sus menționate, cu specificarea propriilor date de identitate, descrierea circumstanțelor care au condus la solicitarea de internare nevoluntară, a datelor de identitate ale persoanei în cauză și a antecedentelor medicale cunoscute.

Transportul acesteia la spitalul de psihiatrie se realizează cu ajutorul polițierii, jandarmeriei, pompierilor, în condițiile respectării tuturor măsurilor posibile de siguranță și a respectării integrității fizice și demnității persoanei.

Medicul psihiatru, după evaluarea stării de sănătate mintală a persoanei aduse și după aprecierea oportunității internării nevoluntare, are obligația de a informa imediat persoana respectivă cu privire la hotărârea de a o supune unui tratament psihiatric, precum și de a informa reprezentantul personal sau legal al pacientului, în termen de cel mult 72 ore, asupra acestei decizii.

Dacă medicul psihiatru consideră că nu există motive medicale pentru internare nevoluntară, nu va reține persoana adusă și va înscrie decizia sa, cu motivarea respectivă în documentația medicală.

Decizia de internare nevoluntară se confirmă în termen de cel mult 72 ore, pe baza notificării făcute de către medicul care a internat pacientul, de către o comisie alcătuită din trei membri numiți de directorul spitalului, și anume: doi psihiatri, pe cât posibil alții decât cel care a internat persoana, și un medic de altă specialitate sau un reprezentant al societății civile.

Comisia are obligația de a consemna decizia luată în dosarul medical al pacientului și de a informa pacientul și reprezentantul său personal sau legal asupra deciziei luate. Decizia de internare nevoluntară trebuie supusă revizuirii parchetului de pe lângă instanța judecătorească competentă, care emite sau nu, ulterior, o hotărâre judecătorească de internare. Pacientul internat nevoluntar este tratat în condiții similare celor în care sunt îngrijiți ceilalți pacienți din unitatea de psihiatrie respectivă.

Datorită acestor particularități, rolul asistentului în psihiatrie este unul important, el trebuind să facă parte din echipa terapeutică care realizează managementul de caz.

### **Sistemul terapeutic**

Relația terapeut – pacient trebuie înțeleasă în contextul echipei terapeutice, ce se echivalează cu noțiunea de sistem terapeutic.

Sistemul terapeutic reprezintă un întreg format din mai multe părți, aflate în interdependență, în care suma părților este mai mare decât întregul. De ce aceasta? Pentru că sistemul terapeutic face apel la relațiile care se stabilesc între părți. Relația terapeut (asistent) – pacient este una dintre relațiile care există în sistemul terapeutic. Deși această relație se caracterizează prin individualitate și specificitate, ea nu poate să facă abstracție de legile/regulile ce guvernează întregul sistem. Sistemul, ca întreg, are:

1. Putere decizională;
2. Granițe : modul în care informația intră în și iese din sistem. Un aspect deosebit, ce trebuie discutat, este confidențialitatea. Orice informație despre pacient trebuie să rămână în sistem. Ea poate fi dată părților sistemului, atunci când este în interesul pacientului. Este interzis ca informația să fie dată în afara sistemului terapeutic : rude, prieteni, cunoștințe ale pacientului, cu excepția cazurilor când acesta își dă consimțământul, în sensul că este de acord cu transmiterea informației; tot aici intră și interzicerea relatărilor despre pacient



făcute de terapeut cunoștințelor, prietenilor săi. Există o lege a confidențialității datelor despre pacient, ce stabilește clar situațiile în care datele despre pacient pot fi oferite fără acordul pacientului, și anume: instanțe juridice, judecătorești – în cazuri penale, Institutului de Medicină Legală. De reținut că informațiile despre pacient rămân confidențiale și după decesul pacientului.

3. Reguli de comunicare cu supra și subordonații, ce trebuie să se desfășoare în context etico-moral. Munca fiecăruia trebuie respectată, fiind un element necesar funcționării întregului sistem (comunicarea cu pacienții este un aspect foarte important, care va fi dezbătut ulterior, pe larg).

### **Componentele relației terapeut – pacient (T– P)**

Relația T – P este matricea în care se desfășoară îngrijirea medicală. Atât terapeutul cât și pacientul au roluri și responsabilități bine definite.

#### **Rolul terapeutului:**

- ✚ Să contribuie la stabilirea unui diagnostic;
- ✚ Să participe la stabilirea și punerea în practică a planului terapeutic, conform standardelor de cunoștințe medicale actuale, care au ca scop vindecarea (atunci când este posibil);
- ✚ Să ofere tratament paliativ și îngrijire, atunci când vindecarea nu este posibilă (cazuri terminale);
- ✚ Să contribuie la minimalizarea suferinței subiective a pacientului;
- ✚ Să fie un factor activ în procesul de psihoeducație a pacientului. Aderența pacientului la terapie (adică acceptarea și îndeplinirea planului terapeutic – inclusiv administrarea medicației) este mai mare, atunci când pacientul își cunoaște boala, știe ce medicație ia, care sunt efectele secundare, care sunt efectele benefice. Informațiile trebuie date, însă, pe înțelesul pacientului;
- ✚ Terapeutul poate fi implicat în ședințe de psihoeducație, fie individuale, fie de grup;

- ✚ Nu trebuie neglijată familia pacientului, care va avea o mai mare acceptanță și un rol activ în vindecarea pacientului atunci când are cunoștințe despre boală, medicație și despre modul în care trebuie să se comporte cu pacientul. Aceste informații sunt oferite în cadrul ședințelor de psihoeducație cu familia (desigur, cu acordul pacientului);



### **Rolul pacientului – rolul de „bolnav”**

Acest rol este unul nou pentru pacient, pentru că este diferit de celelalte roluri pe care pacientul le execută în contextul său cotidian, obișnuit. Rolul de bolnav oferă pacientului atât drepturi, cât și responsabilități.

În același timp, terapeutul trebuie să cunoască atât drepturile, cât și responsabilitățile pacientului, pentru a nu sub sau supraevalua unul dintre aspecte.

Cele mai importante drepturi ale pacienților sunt:

- ✚ Situația de bolnav oferă dreptul de a nu mai participa, în cea mai mare parte (uneori, chiar deloc), la îndeplinirea responsabilităților material-financiare și administrativ-profesionale sau față de familie;
- ✚ Pacientul nu trebuie blamat pentru boala sa sau pentru evoluția bolii sale;

Responsabilitățile pacientului includ:

- ✚ Obligația de a căuta ajutor medical calificat;
- ✚ Dorința pacientului de a se face bine;
- ✚ Îndeplinirea recomandărilor medicale primite;
- ✚ Să fie cinstit în relatarea aspectelor legate de boală și terapie.

### **Rolul elementelor ce țin de boală**

Cuantificarea exactă a limitărilor produse de boală, elemente de care trebuie să se țină cont în relația terapeut – pacient :

- ✚ Limitări fizice;
- ✚ Limitări psihologice, prin disconfort subiectiv trăit de pacient;

- ✚ Limitări profesionale;
- ✚ Evaluarea elementelor intrapersonale – se referă la modul de reacție al pacientului (în funcție de personalitatea sa) la condiția de stres determinată de boală;
- ✚ Evaluarea elementelor interpersonale determinate de boală - reacții disfuncționale din partea familiei (supraprotecție, rejet); - modificări în relațiile cu prietenii (rejet, izolare), ce au consecințe asupra rețelei de suport social;
- ✚ Evaluarea posibilelor impedimente;
- ✚ Dificultăți financiare ale pacientului, dar și ale sistemului terapeutic;
- ✚ Incapacitatea de a înțelege boala, datorită unei deficiențe cognitive, retard mintal, neșcolarizare;
- ✚ Altă perspectivă asupra cauzalității bolii (modele sub-transculturale).

### **Modelul funcțional al relației T – P**

a) În relația T – P există un nivel tehnico profesional pentru că un nespecialist se adresează unui specialist, cerând ajutor, care trebuie oferit conform standardelor de cunoștințe medicale actuale. La acest nivel există o diferență de poziționare, specialistul aflându-se într-o poziție dominantă, fiind cel care deține informația terapeutică și care trebuie să acționeze în cadrul unui cod etico-moral : „primum non nocere”.

b) Această relație terapeutică presupune și o situație de comunicare, ce pune față în față două persoane din medii diferite cu psihologii diferite. În ciuda acestor diferențe, cele două persoane trebuie să se afle pe același nivel de poziționare și anume, cel uman – de la om la om. De multe ori, vedem boala și nu bolnavul. Două afirmații au devenit celebre:

Sydenham: „Terapeutul să trateze bolnavul așa cum ar dori el să fie tratat”.

Thilbon: „Ceea ce aștept eu de la terapeut este să fiu tratat ca om de către om”.

## Despre dialogul T – P

Cele mai importante aspecte se referă la:

1. Conducerea adecvată a interviului. Acesta se va realiza, de obicei, cu „întrebări deschise” (întrebări la care nu se poate răspunde cu da sau nu). De ex.: „Ce vă aduce astăzi aici?”, „Cum vă simțiți astăzi?”

Întrebările trebuie să progreseze din aproape în aproape. Cele „închise” (la care se poate răspunde cu da sau nu) pot fi folosite, însă mai rar, doar pentru a obține o informație punctuală, absentă.

2. Este necesar ca terapeutul să știe să asculte și să exprime interes pentru ceea ce spune pacientul, atât din punct de vedere verbal (să știe să facă un echilibru între punctul de vedere al expertului și al pacientului), cât și nonverbal (atitudine, poziție, privire).

3. Se cere ca terapeutul să înțeleagă boala, dar și bolnavul.

Cunoștințele vor trebui dublate de empatie (terapeutul se plasează în locul pacientului, înțelegându-l, astfel, mai bine).

4. Terapeutul trebuie să insufle încredere și speranță, minimalizând frica și îndoielile.

5. Terapeutul trebuie să știe să treacă peste barierele culturale și să nu facă niciun comentariu ce ar putea stigmatiza pacientul.

6. Terapeutul trebuie să abordeze o atitudine adecvată de comunicare: modelul reciproc (poziționare pe același nivel de comunicare T – P).

Cel mai corect model al relației T – P este cel **INTERPRETATIV**. Acest model presupune că terapeutul înțelege nevoile și dorințele pacientului, oferind cadrul terapeutic tehnic cel mai adecvat și specific bolii, totodată fiind și un bun consilier pentru pacient, ținând cont de stilul de personalitate al pacientului și reacția acestuia la boală.

Poate fi folosit și modelul **DELIBERATIV**, în care terapeutul dă unele informații cu caracter de „verdict”, pentru că evoluția bolii cere acest lucru.

Informația trebuie dată într-un cadru profesionist – prietenos și cu mult tact.

Se ridică pentru anumite cazuri, întrebări legitime: când, cum și până unde spunem „întregul adevăr” pacientului.

### **Atitudini și modele disfuncționale în relația T – P**

1. Situația magică în care terapeutul este investit cu puteri supranaturale, supraomenești, care poate totul și sigur va rezolva problema. Sunt multe situații în care rezolvarea problemei este limitată, situație în care conferirea de supraputeri aduce dezamăgire sau atitudine revendicativă. Desigur, evaluarea corectă a expectanței pacientului, în raport cu posibilitățile, cere tact și experiență.

2. Atitudinea dominantă, de superioritate a terapeutului – care acționează de pe o poziție superioară pacientului, cu exprimarea unei serii de „reguli”, în manieră impersonală, directivă.

3. Atitudinea superficială a terapeutului, dând impresia de la început că știe totul, că totul este simplu și rutină. Aceasta se însoțește de minimalizarea nevoii pacientului de a fi ascultat și luat în considerare.

4. Situație de dependență, de contratransfer negativ de la pacient la terapeut. Această situație apare de foarte multe ori în patologia psihiatrică, ca, de exemplu, în cazul tulburărilor nevrotice, cu influențe negative asupra procesului de vindecare, pacientul ajungând să folosească boala (beneficiul secundar) pentru a-și valida nevoia de dependență. Această nevoie de dependență ascunde, de obicei, alte deficite din planul personal al pacientului (ex. carență afectivă și socială).

5. Situația paternalistă a terapeutului, care se asociază cu o atitudine submisivă a pacientului (executor pasiv). Această poziționare disfuncțională afectează actul terapeutic. Pacientul trebuie să fie un partener activ în procesul

terapeutic, cu capacitatea de a prelua responsabilitățile pentru viața sa și de a-și exprima nevoile personale (ex. patologia nevrotică, schizofrenia).

6. Modelul informativ – în care terapeutul dă pacientului o serie de informații, mai mult sau mai puțin relevante pentru boala sa, cu o serie de detalii tehnice. Această abordare este lipsită de compasiune, nu ține cont de valorile și nevoile pacientului și devine impersonală. De foarte multe ori poate să genereze anxietate pacientului.

7. Atitudinea punitivă – în care terapeutul învinovățește pacientul pentru evoluția deficitară a bolii (de multe ori pentru a-și acoperi superficialitatea sau chiar incompetența).

8. Atitudine lipsită de coerență din partea terapeutului: informații date vag, imprecis, neclar, cu contradicții de la o fază la alta.

9. Pacientul manipulativ, ce șantajează cu scopul de a obține un beneficiu secundar bolii, de multe ori, material (ex. concediu medical, pensionare). A se lua aici în calcul și simularea unei boli psihice (de ex. pacienții aflați în detenție).

10. Pacientul care dramatizează, suprasimulează (înflorește simptomele, le accentuează), fie tot pentru a obține un beneficiu secundar sau datorită unui stil de viață particular (personalități isterice).

11. Pacientul ce disimulează boala – adică ascunde simptomele și nu le spune terapeutului. Situația apare, în special, la bolnavii psihotici (care nu au conștiința bolii) sau la cei depresivi, cu intenție suicidală.

12. Pacientul revendicativ, procesoman, care amenință terapeutul și care face răspunzător terapeutul pentru o serie de lucruri, situații ce depășesc limitele unui act medical corect. Pentru a preveni această situație, este absolut necesară informarea pacientului despre boală, despre condițiile terapeutice, despre evoluție și posibilele complicații independente de medic, în scris, sub semnătura pacientului de luare la cunoștință. Acest procedeu, de fapt, este o cerință standard pentru orice act medical.

13. Pacientul necompliant, care nu respectă sfaturile terapeutice și prescripția medicală, din diferite motive.

Explicațiile terapeutice și motivarea pacientului de către terapeut sunt o modalitate de ameliorare a acestei disfuncționalități.

14. Pacientul care neagă boala și, în consecință, refuză tratamentul medical.

Vom lua în discuție doar sectorul psihiatric. Până unde poate să meargă libertatea, drepturile omului de a decide pentru viața sa?

În general și în foarte multe situații, actul terapeutic operează în cadrul principiului dreptului și libertății omului.

În psihiatrie există, însă, două situații când acest principiu nu operează în mod legitim, pentru binele pacientului :

- ✚ Pacientul are un potențial de periculozitate pentru sine sau pentru alții (de ex. își pun propria viață în pericol prin suicid, prin nealimentare, acte de autoagresivitate sau pun în pericol viața altora, prin acte de heteroagresiune, ca în cazul pacienților psihotici, suicidari, psihopați antisociali).
- ✚ Pacientul la care judecata este grav afectată din cauza bolii (de ex. psihoze, retard mintal sever).

Modalitatea de internare/administrare terapeutică involuntară este reglementată prin lege.

### 3. MODELE CONCEPTUALE

Un model este un mijloc de organizare al unui corp complex de cunoștințe. De exemplu, legătura dintre diferitele concepte legate de comportamentul uman poate fi reprezentată sub forma unui model ce poate fi denumit model conceptual.

Tratamentul bolnavilor mintali depinde, în principal, de filosofia legată de sănătatea mintală și bolile psihice. Diferitele modele sau abordări teoretice ce influențează practica curentă sunt: modelul psihanalitic, modelul comportamental, modelul interpersonal, modelul comunicațional, modelul medical, modelul nursing-ului și modelul holistic.

#### 3.1. Modelul psihanalitic

Modelul psihanalitic derivă din activitatea științifică a lui Sigmund Freud și a urmașilor săi. Principiile de bază ale modelului psihanalitic susțin următoarele idei:

- ✚ Comportamentul uman, oricât de neînsemnat sau obscur ar fi, nu apare întâmplător. Mai degrabă, comportamentul uman este determinat de evenimentele din perioada copilăriei.
- ✚ Comportamentul uman, de la naștere până la bătrânețe, este determinat de o energie, numită libido. Scopul libido-ului este reducerea tensiunii prin atingerea plăcerii. Libido-ul este strâns asociat cu acțiuni fiziologice sau instinctuale (de exemplu : foamea, setea, sexul). Actarea pe baza acestor pulsioni are ca rezultat reducerea tensiunii și experiența plăcerii.
- ✚ Personalitatea ființei umane poate fi înțeleasă prin intermediul a 3 structuri majore : **sine**, **eu** și **supraeu**. Sinele reprezintă cea mai primitivă structură a personalității umane, găzduind impulsurile fiziologice. Comportamentul uman originar este orientat spre plăcere.



Spre deosebire de **sine**, **eul** este capabil să amâne plăcerea până când este disponibil în timp, un loc sau obiectul adecvat. **Eul** acționează ca mediator între sine și supraeu și dă naștere unui comportament mult mai matur și adaptativ. **Supraeul** este structura care conține valorile, reglementările legale și morale și așteptările sociale, care împiedică libera exprimare a comportamentelor ce caută plăcere.

- ✚ Dezvoltarea personalității umane se desfășoară prin parcurgerea a 5 stadii psihice înnăscute – oral, anal, falic, latent și genital. Deși aceste etape se extind pe toată durata de viață, evenimentele din primii 6 ani de viață determină caracteristicile personalității pe termen lung ale individului.
- ✚ Psihanaliza descrisă de Freud, folosește asocierea liberă și analiza viselor pentru a influența reconstrucția personalității. Asocierea liberă se referă la verbalizarea gândurilor pe măsură ce apar, fără nici un screening conștient. 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 își recunoască conflictele intrapsihice prin utilizarea interpretării. Pacientul este un participant activ, dezvăluind, în mod liber, toate gândurile, exact așa cum apar și descrie toate visele. Psihanalistul este o persoană din umbră, în timp ce pacientului îi este sugerat să își dezvăluie toate gândurile și sentimentele, pe când analistul nu dezvăluie nimic personal. Prin completarea terapiei, pacientul este capabil să își trăiască viața în conformitate cu o evaluare exactă a realității externe și este, de asemenea, capabil să se raporteze la alții neinhibat de conflicte nevrotice.

### **Aplicabilitatea în asistența medicală**

Această perspectivă teoretică a ajutat profesioniștii din domeniul sănătății mintale să înțeleagă psihopatologia și comportamentele legate de traumă și, de asemenea, îi ajută să discearnă și să exploreze comportamentul uman.

### **3.2. Modelul comportamental**

Dintre teoreticienii remarcabili ai teoriei comportamentale fac parte Ivan Pavlov, John Watson, B.F. Skinner etc. Presupunerea de bază ale modelului comportamental sunt:

- ✚ Întregul comportament este învățat (adaptativ și inadaptabil);
- ✚ Întregul comportament apare ca răspuns la un stimul;
- ✚ 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 dezvățat și înlocuit cu un comportament adaptativ;
- ✚ Abaterile de la normele comportamentale apar atunci când un comportament nedorit a fost consolidat. Acest comportament este modificat prin aplicarea teoriei de învățare;

Abordarea este similară celei dintre un elev și un profesor.

*Terapeutul* este un expert în terapia comportamentului, care ajută pacientul să-și dezvăluie simptomele și să le înlocuiască cu un comportament mai satisfăcător.

*Terapeutul* folosește disconfortul pacientului ca forță motivațională spre învățare.

*Terapeutul* consolidează comportamentele dorite.

Ca elev, *pacientul* este un participant activ la procesul de *terapie*. *Pacientul* practică tehnici comportamentale. Face teme și exerciții de întărire. Terapia este considerată a fi terminată, atunci când simptomele dispar.

### **Aplicabilitatea în asistența medicală**

Asistentul medical folosește, în mod obișnuit tehnici comportamentale în mai multe situații ce survin la pacienții cu boli psihice. În plus, asistenții medicali care lucrează cu clienți cu dizabilități fizice, dureri cronice, dependență de substanțe psihoactive și în centre de reabilitare, aplică, de asemenea, aceste tehnici.

### **3.3. Modelul interpersonal**

Harry Sullivan este inițiatorul teoriei relațiilor interpersonale. Ipotezele de bază ale modelului interpersonal sunt:

- ✚ Ființele umane sunt, în esență, ființe sociale;
- ✚ Personalitatea umană se formează în contextul interacțiunilor sociale cu alte ființe umane;
- ✚ Stima de sine este o fațetă importantă a personalității umane. Interacțiunile cu alte persoane semnificative, care transmit dezaprobare sau alte mesaje sau semnificații negative, contribuie la formarea sistemului propriu.
- ✚ Mecanismele de apărare sunt utilizate pentru a reduce sau a evita experiența anxietății. Aceste mecanisme de apărare includ sublimarea, neatenția selectivă și disocierea.
- ✚ Experiențele de viață cu părinții, în special mama, influențează dezvoltarea individului de-a lungul vieții.

Terapeutul interpersonal, la fel ca psihanalistul, explorează istoria vieții pacientului. Procesul acestei psihoterapii este, în esență, un proces de reeducare, deoarece terapeutul ajută pacientul să identifice problemele interpersonale și,

apoi îl încurajează să încerce mai multe modalități de abordare a problemelor cu succes. Terapia se încheie atunci când pacientul și-a dezvoltat capacitatea de a stabili relații umane satisfăcătoare, astfel răspunzând nevoilor sale de bază.

Sullivan descrie terapeutul ca un observator participant, care nu trebuie să rămână detașat de situația terapeutică. Rolul terapeutului este de a angaja activ pacientul, pentru a stabili încredere și a empatiza. El va crea o atmosferă de acceptare necritică, pentru a încuraja pacientul să vorbească deschis.

Rolul pacientului este de a-și împărtăși preocupările cu terapeutul și de a participa în construirea rețelei, la maximum abilității sale.

Relația cu sine este menită să servească drept model al relațiilor interpersonale, apoi, să-și îmbunătățească și să-și lărgască celelalte experiențe de viață cu semenii, în afara terapiei.

### **Aplicabilitatea în asistența medicală**

Teoria interpersonală a lui Sullivan a fost piatra de temelie a programelor de asistență medicală în sănătate mintală. Interacțiunea directă a asistentului medical – pacient sau procesul interpersonal se bazează pe teoria interpersonală a lui Sullivan.

### **3.4. Modelul comunicativ**

Comunicarea se referă la schimbul reciproc de informații, idei, credințe și sentimente într-un grup de persoane. Teoreticienii care au subliniat, în mod special, importanța comunicării sunt Eric Berne (fondatorul analizei tranzacționale), alături de Paul Watzlawick și asociații săi.

Ipotezele de bază ale modelului de comunicare sunt:

- ✚ Înțelegerea sensului comportamentului se bazează pe claritatea comunicării dintre expeditor și receptor;
- ✚ Comunicarea neadecvată a informațiilor provoacă anxietate și frustrare;
- ✚ Întreg comportamentul este o formă de comunicare, fie ea verbală sau non-verbală;

✚ Întreruperea comportamentului poate fi privită ca o perturbare a procesului de comunicare și ca o încercare de comunicare.

Terapeuții localizează perturbările din cadrul procesului de comunicare și propun intervenții pentru îmbunătățirea comunicării.

Acest proces poate avea loc între două persoane, în grupuri sau familii. Inițial, modelul de comunicare este evaluat, pentru a se identifica posibile deficiențe. Ulterior, pacientul este ajutat să-și recunoască propria comunicare deficitară.

*Terapeutul* produce schimbări în abilitatea pacientului de a comunica, intervenind activ în procesul de comunicare. Se oferă feedback privind reușita pacientului.

*Terapeutul* evidențiază moduri de relaționare clară cu ceilalți. Comunicarea non-verbală este, de asemenea, analizată, în special în ceea ce privește congruența cu comportamentul verbal.

*Terapeutul* învață pacientul principiile unei bune comunicări.

*Pacientul* trebuie să fie dispus să se implice într-o analiză a stilului său de comunicare.

Responsabilitatea schimbării revine pacientului. Aparținătorii sunt adesea incluși în terapia de comunicare, pentru a aduce beneficii terapeutice pacientului.

### **Aplicabilitatea în asistența medicală**

Această teorie îi ajută pe asistenții de sănătate mintală să înțeleagă procesul de comunicare și să corecteze tulburările de comunicare.

### **3.5. Modelul medical**

Modelul medical domină o mare parte din îngrijirile psihiatrice moderne. Alți profesioniști din domeniul sănătății pot fi implicați în sesizări intermediare, evaluarea familiei și educație mintală, dar medicii sunt priviți ca liderii echipei,

atunci când acest model este în vigoare. O contribuție pozitivă a modelului medical a fost explorarea continuă a cauzelor bolilor mintale, folosind procesul științific.

Modelul medical consideră comportamentul deviant o manifestare a unei tulburări a sistemului nervos central. Se suspectează că tulburările psihice implică o anomalie în transmiterea impulsurilor neuronale, dificultăți la nivel sinaptic și neurochimice, precum dopamina, serotonina și norepinefrina.

- ✚ Se concentrează asupra diagnosticării unei boli mintale și a tratamentului ulterior bazat pe acest diagnostic.
- ✚ Factorii sociali și de mediu sunt, de asemenea, luați în considerare în modelul medical. Aceștia pot să fie factori predispozanți, fie precipitanți pentru un episod de boală.
- ✚ Examinarea de către medic a pacientului include anamneza, istoricul bolii, istoricul de viață, istoricul medical, examenul somatic și examinarea stării mintale. Datele suplimentare pot fi colectate de la aparținători, iar înregistrările medicale anterioare sunt analizate din istoricul preliminar, în așteptarea unor teste diagnostice suplimentare și în paralel cu observarea comportamentului pacientului. După formularea diagnosticului se instituie tratamentul.
- ✚ Medicul curant identifică boala pacientului și instituie un plan de tratament. Medicul poate interna pacientul într-o instituție de psihiatrie.
- ✚ Rolul pacientului implică acceptarea faptului că are o problemă de sănătate mintală
- ✚ Asistenții administrează regimul terapeutic prescris și raportează efectele terapiei medicului.

### **Aplicabilitatea în asistența medicală**

Asistența de sănătate mintală folosește acest model pentru evaluare, diagnostic, planificare și implementare a îngrijirii medicale.

### **3.6. Modelul nursing-ului**

Asistența medicală se concentrează pe răspunsul individului la problemele potențiale sau reale de sănătate. În conformitate cu modelul de asistență medicală, comportamentul uman este privit dintr-o perspectivă holistică.

Comportamentul este privit ca un continuum, de la răspunsuri adaptative sănătoase la răspunsuri dezadaptative, care indică boala. Fiecare individ este predispus să răspundă la evenimentele de viață în moduri unice. Aceste predispoziții sunt biologice, psihologice, socio-culturale și au legătură cu experiențele anterioare ale persoanei.

Comportamentul este rezultatul îmbinării factorilor preexistenți cu cei precipitanți. Stresorii sunt evenimente de viață pe care individul le percepe ca provocatoare, amenințătoare sau solicitante. Natura răspunsului comportamental depinde, în principal, de modul în care persoana evaluează stresorul și de aprecierea sa asupra modului în care va face față.

Intervenția de asistență medicală poate avea loc în orice punct al procesului. O asistentă poate practica prevenția primară intervenind într-o problemă reală de sănătate; se poate practica prevenție secundară intervenind într-o problemă reală de sănătate acută sau prevenție terțiară, intervenind pentru a limita handicapul cauzat de probleme cronice reale de sănătate.

Evaluarea pacientului de către asistentul medical include motivele internării, istoricul bolii, istoricul familial, istoricul personal, istoricul profesional, examinarea fizică și examenul psihic. Datele suplimentare pot fi colectate de la aparținători și pe baza examenului obiectiv. Apoi, este formulat un diagnostic, pe baza căruia se vor institui intervențiile și planul de tratament. La final, se va face o evaluare pentru a confirma eficacitatea intervențiilor și a planului terapeutic.

### **Aplicabilitatea în asistența medicală**

Asigurarea asistenței medicale este un efort de colaborare, atât asistenta, cât și pacientul contribuind cu idei și energie în procesul terapeutic.

### **3.7. Modelul holistic**

Viziunea holistică asupra pacientului presupune că sufletul și corpul sunt nedespărțite, pacientul fiind privit ca un membru al unei familii și al unei comunități. Acest model a fost esențial în concepția „Nightingale”, privind asistența medicală. Scopul principal al asistentului medical este de a ajuta clienții să dezvolte strategii pentru a fi în armonie cu sine și cu ceilalți, cu natura și lumea înconjurătoare.

Este accentuată funcționarea integrativă a dimensiunilor fizice, emoționale, intelectuale, sociale și spirituale ale clientului. Fiecare persoană este considerată ca un întreg, mulți factori contribuind la starea de sănătate și de boală. Premizele filosofiei holistice de îngrijire a sănătății sunt descrise prin cinci concepte majore:

**În primul rând** fiecare persoană este multidimensională, dimensiunile fizice, emoționale, intelectuale, sociale și spiritual sunt în continua interacțiune între ele:

- ✚ Dimensiunea fizică implică tot ceea ce este asociat cu corpul său, atât intern, cât și extern;
- ✚ Dimensiunea emoțională constă în stări și sentimente afective;
- ✚ Dimensiunea intelectuală include următoarele funcții: atenție, memorie, învățare și cogniție;
- ✚ Dimensiunea socială se bazează pe interacțiune și relații sociale, referindu-se, chiar mai mult, și la conceptul global de cultură;
- ✚ Dimensiunea spirituală este acel aspect al unei persoane prin care este conturat sensul existențial, prin care este posibilă transcendența asupra obișnuitului.



**A doua premiză** a filozofiei de îngrijire holistică este aceea că mediul aduce contribuții semnificative în natura existenței unui individ. Mediul fiecărei persoane este format din mai mulți factori, care influențează calitatea vieții persoanei respective. În consecință, oamenii nu pot fi înțeleși pe deplin, fără a ține cont de factori de mediu, precum relațiile de familie, cultura și mediul înconjurător. Indivizii interacționează cu mediile lor unice la nivelul tuturor dimensiunilor.

**A treia premiză** este aceea că fiecare persoană experimentează dezvoltarea de-a lungul ciclului său de viață; în fiecare etapă a vieții, individul experimentează și se confruntă cu diferite probleme sau probleme similare, în moduri diferite. Experiența unei persoane din fiecare etapă a vieții, constituie baza dezvoltării sale ulterioare, pe măsură ce înaintează în ciclul vieții.

**În al patrulea rând**, modelul holistic de îngrijire a sănătății susține că stresul este un factor determinant pentru sănătate și boală. Orice eveniment sau circumstanță poate acționa ca un factor de stres. Indiferent de sursă, stresul are un impact asupra întregii persoane. Exemple de stresori care afectează direct dimensiunea fizică sunt reprezentate de stresori asociați cu factori genetici, procese fiziologice și imaginea corpului.

**În al cincilea rând**, oamenii sunt, în cele din urmă, responsabili pentru deciziile pe care le iau și stilurile de viață pe care le aleg. În cadrul viziunii holistice, oamenii sunt priviți ca participanți activi și contribuitori la propria stare de sănătate; ei sunt dispuși să învețe din experiența bolii și să se străduiască în a face alegeri mai sănătoase.

### **Aplicabilitatea în asistența medicală**

Recunoașterea tuturor dimensiunilor umane încurajează o viziune echilibrată și completă asupra unei persoane. Fiecare fațetă a unui individ este importantă și contribuie la calitatea experienței de viață. Modelul holistic subliniază faptul că toate dimensiunile individului trebuie luate în considerare, atunci când planificăm și instituim îngrijiri.

## 4. PERSONALITATEA

### 4.1. Caracteristici generale

Când vorbim despre o persoană folosim adjective, precum “leneș” sau “conștiincios”, cu ajutorul cărora descriem trăsăturile acelei persoane sau folosim substantive, spunând că este “chiulangiu” sau este “obsedat de muncă”, astfel încadrând persoana în categoria din care face parte. Pornind de la utilitatea acestor cuvinte, ca etichete, în psihiatrie s-au descris anumite tipare de personalitate, care au fost observate în practica clinică.

### PERSONALITATE

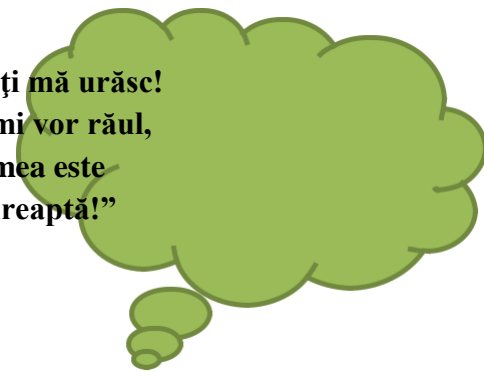


Fig. 1- Dezvoltarea personalității

#### 1.1. Tipuri de personalitate

### **Tulburarea de personalitate de tip paranoid**

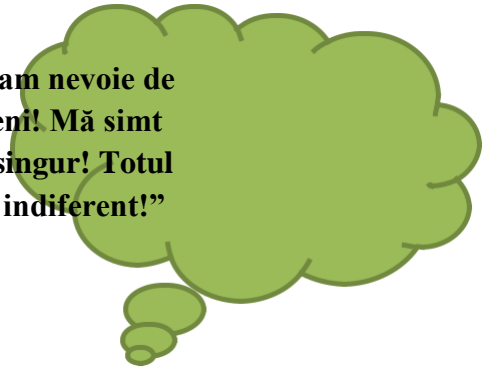
- un tipar al neîncrederii și suspiciunii, astfel că motivele celorlalți sunt considerate răuvoitoare;



**“Ceilalți mă urăsc!  
Toți îmi vor răul,  
lumea este  
nedreaptă!”**

### **Tulburarea de personalitate de tip schizoid**

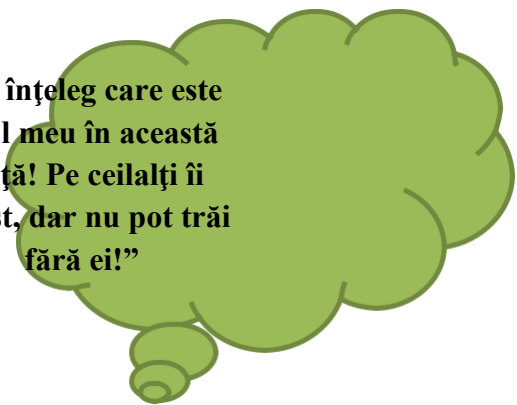
- un tipar al detașării de relațiile sociale și o exprimare scăzută a trăirilor emoționale



**“ Nu am nevoie de  
nimeni! Mă simt  
bine singur! Totul  
mi-e indiferent!”**

### **Tulburarea de personalitate de tip instabil – emoțional**


- un tipar al instabilității emoționale, stimei de sine, relațiilor interpersonale și o impulsivitate marcată



**“Nu înțeleg care este  
rolul meu în această  
viață! Pe ceilalți îi  
detest, dar nu pot trăi  
fără ei!”**

### **Tulburarea de personalitate de tip histrionic**

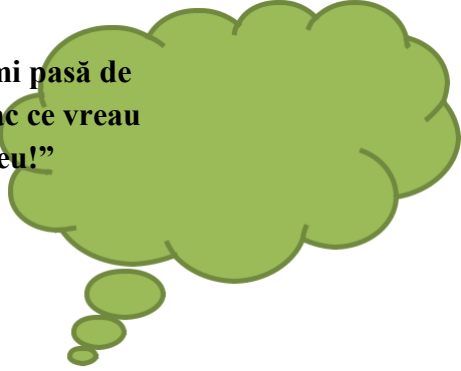
- un tipar al emotivității excesive și al nevoii de atenție din partea altcuiva



**“ Am nevoie să fiu în  
centrul atenției, să fiu  
admirat!”**

### **Tulburarea de personalitate de tip disocial (antisocial)**

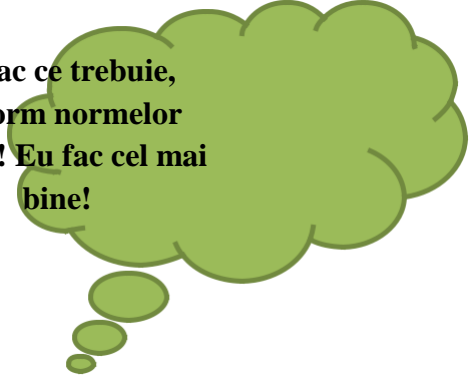
- un tipar al desconsiderării drepturilor celorlalți



**“Nu-mi pasă de  
alții, fac ce vreau  
eu!”**

### **Tulburarea de personalitate de tip anankast**

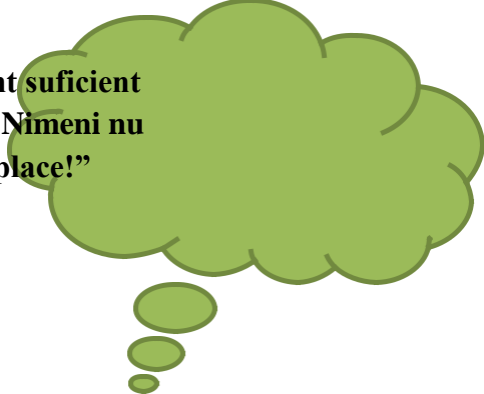
- un tipar al preocupării față de ordine, perfecționism și control



**Eu fac ce trebuie,  
conform normelor  
sociale! Eu fac cel mai  
bine!**

### **Tulburarea de personalitate de tip anxios – evitant**

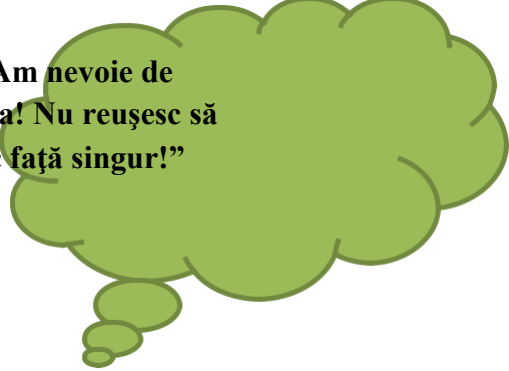
- un tipar al inhibiției sociale, al sentimentelor de neadecvare și de hipersensibilitate la evaluări negative



**“Nu sunt suficient de bun! Nimeni nu mă place!”**

### **Tulburarea de personalitate de tip dependent**

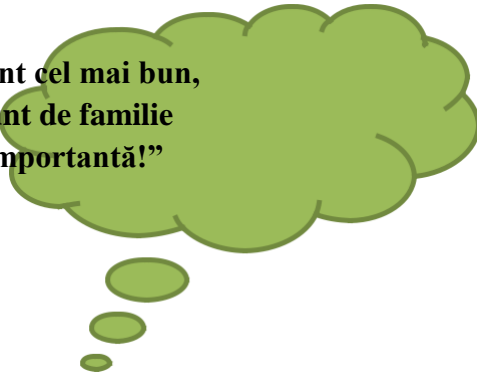
- un tipar al nevoii excesive de a fi în grija cuiva



**“Am nevoie de cineva! Nu reușesc să fac față singur!”**

### **Tulburarea de personalitate de tip narcisic**

- un tipar al grandorii, al lipsei de empatie și al nevoii de admirație



**“Sunt cel mai bun, sunt de familie importantă!”**

## 4.2. Îngrijirea pacientului cu tulburare de personalitate

Persoanele cu tulburare de personalitate se confruntă cu numeroase probleme și generează, de asemenea, numeroase probleme pentru oamenii din jurul lor. Studiile arată că aceste persoane au o prevalență mai mare a patologiei anxioase, depresive, a consumului de substanțe, dar și a psihozei. Se asociază, de asemenea, cu o utilizare mai mare a serviciilor medicale, cu comportamente la risc și cu o rată mai ridicată de mortalitate.

În general, tratamentele de specialitate prin diverse programe dedicate nu sunt disponibile în comunitatea noastră. Aceste persoane au un stil de viață haotic, sunt foarte greu de motivat și au sisteme de suport instabile, în așa fel încât se angajează foarte greu în psihoterapie. O bună coordonare realizată de asistenții medicali din cadrul serviciului de psihiatrie comunitară reprezintă cheia stabilizării acestor pacienți, astfel încât unii pot beneficia, ulterior, de intervenții mai specializate. Nu este atât de important tipul de terapie, cât mai degrabă managementul de caz ce trebuie să fie constant și riguros, să încurajeze autonomia și să fie sensibil la schimbare.

Managementul de caz trebuie să fie sistematic, cu pași simpli, ce trebuie urmați pentru a furniza un model clar, pe baza căruia terapeutul și pacientul să lucreze. În acest mod, profesioniștii de sănătate mintală vor fi ajutați să facă față problemelor frecvente (de exemplu, autovătămarea și riscul de suicid), pe care acești pacienți le generează, discutând despre orice sentiment greu de stăpânit, oferind o psihoeducație de bază pentru managementul stărilor emoționale, încurajând atât dezvoltarea capacității de rezolvare a problemelor, cât și împărtășirea riscului și a responsabilității. În plus, acești pacienți sunt problematici, în ceea ce se cheamă alianța terapeutică, adică aceasta se realizează cu dificultate, se menține și mai greu sau este neadecvată (alianță de nivel fuzional).

Riscul pe care îl are asistentul medical este unul de relaționare cu acești pacienți și de stabilire a unei alianțe terapeutice bazate pe încredere, de susținere

a lor pentru încadrare în demersul terapeutic. Relaționarea se realizează diferit, în funcție de tipul tulburării de personalitate.

### **Relaționarea cu persoana cu tulburare de personalitate paranoidă**

- ✚ Exprimați-vă limpede motivele și intențiile, pentru că există tendința de a-și imagina că vreți să îi faceți rău. Mesajele nu trebuie să lase nici cel mai mic loc e interpretări.
- ✚ Când trebuie criticat, mesajul trebuie să ferm și clar;
- ✚ Este de preferat să nu fie întrerupt când vorbește;
- ✚ Faceți referiri la legi și regulamente.

### **Relaționarea cu persoana cu tulburare de personalitate schizoidă**

- ✚ Trebuie să respectați nevoia de singurătate; Compania celorlalți îl obosește mai mult decât pe noi;
- ✚ Este important să îl încurajați să vorbească, arătându-i că îl ascultați;
- ✚ Trebuie să îi respectați momentele de tăcere.

### **Relaționarea cu persoana cu tulburare de personalitate borderline**

- ✚ Încurajarea unui mod sănătos de eliberare a emoțiilor dureroase; Trebuie învățat să nu se învinovățească pentru lucruri asupra cărora nu deține control;
- ✚ Realizarea unei relații terapeutice adecvate, fără apropieri excesive;
- ✚ Discutarea problemelor legate de consumul de substanțe.

### **Relaționarea cu persoana cu tulburare de personalitate histrionică**

- ✚ În general să vă așteptați la tot felul de exagerări și dramatizări; Trebuie lăsați din când în când să se desfășoare, stabilind însă unele limite;
- ✚ Este bine să le arătați interes, ori de câte ori au un comportament „normal”, astfel, întărindu-l în mod pozitiv.

### **Relaționarea cu persoana cu tulburare de personalitate narcisică**

- ✚ În timpul discuției trebuie evitată intrarea în competiție cu ei;
- ✚ Nu este indicat a-l critica, deoarece, prin critică el va încerca întotdeauna să se apere;

- ✚ Dialogul cu un individ narcisic este dificil, deoarece acesta se așteaptă la atenție, privilegii, fără a se simți obligat la reciprocitate;
- ✚ Relația terapeutică necesită un consum foarte mare de energie și de muncă, întrucât individul are nevoie constantă de suport și de apreciere; niciodată, nimic nu este suficient pentru ei și vor căuta validarea în toate modurile posibile.

### **Relaționarea cu persoana cu tulburare de personalitate perfecționistă**

- ✚ Este indicat ca dialogul cu aceste persoane să se desfășoare la modul serios, fără glume, fără alte afirmații neadecvate, deoarece nu au simțul umorului;
- ✚ Alianța terapeutică se poate realiza, dacă se dezvoltă sentimentul de încredere;
- ✚ Este de preferat să li se explice clar ce au de făcut, iar schimbările să fie mici, deoarece aceste persoane au un grad mare de rigiditate.

### **Relaționarea cu persoana cu tulburare de personalitate dependentă**

- ✚ Este bine să lăudați cât mai mult inițiativele, decât succesul;
- ✚ Dacă pacientul cere un sfat, înainte de a-i răspunde, este bine să-l întrebați în privința opiniei lui despre acel subiect;
- ✚ Sunt o serie de lucruri pe care le faceți fără el și acest lucru nu înseamnă că-l respingeți.

### **Relaționarea cu persoana cu tulburare de personalitate anxios evitantă**

- ✚ Trebuie respectate termenele stabilite cu aceste persoane;
- ✚ Au nevoie de securizare permanentă;
- ✚ Folosiți un unor binevoitor, pentru a le relaxa.



## 5. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR EXPUSE LA STRES SEVER

Ce este un eveniment de viață stresant? Ce evenimente de viață pot determina o patologie psihiatrică? Evenimentul stresant este acea întâmplare sau aspect de viață ce determină la o persoană apariția unor reacții patologice, prin intensitate, modalitatea de manifestare a simptomatologiei și durata în timp. Importantă în această patologie este semnificația pe care o atribuie subiectul evenimentului pe care îl trăiește, același eveniment putând avea o semnificație diferită pentru fiecare din noi. Există factori predispozanți ce favorizează apariția patologiei clinice:

- ✚ Evenimente stresante repetitive;
- ✚ Patologie psihiatrică anterioară;
- ✚ Trăsături de personalitate de model hiperexpresiv, narcisic;

### **Reacția acută la stres**

Îngrijirea unei astfel de persoane presupune să avem o atitudine empatică, caldă, să încercăm să securizăm subiectul și să se discute despre eveniment, despre consecințe și despre posibilitățile de trecere peste el.

### **Tulburarea de adaptare**

Îngrijirea unei persoane cu tulburare de adaptare presupune discuții și ascultare empatică despre eveniment, despre consecințele pe care le determină și despre posibilitățile de trecere peste ele.

### **Tulburarea de stres posttraumatic**

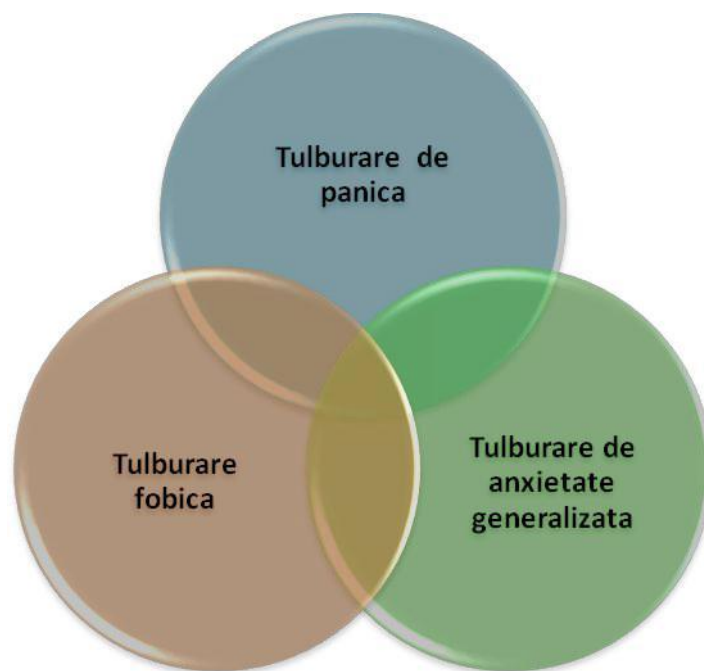
Îngrijirea unei persoane cu tulburare de stres posttraumatic presupune discuții și ascultare empatică despre eveniment, o atitudine pozitivă și încurajatoare cu privire la viitor.

## 6. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE ANXIOASĂ

**Anxietatea normală** este un răspuns normal la pericole și stres, fiind absolut necesară pentru supraviețuire, permițând, de asemenea și coping-ul la stres.

**Anxietatea patologică** se caracterizează prin faptul că:

- ✚ Apare un sentiment de disconfort;
- ✚ Este persistentă;
- ✚ Nu include modalități de coping;
- ✚ Are efecte negative asupra vieții.



**Fig. 1 - Tulburări anxioase**

### **Nursing-ul persoanei cu patologie anxioasă**

Anxietatea este, în mod inevitabil, legată de stres, de aceea, un punct esențial în îngrijirea bolnavului anxios este gestionarea adecvată a stresului.

## Managementul stresului

Stresul survine în urma interacțiunii dintre persoană și mediu, cu consecințe psihice, corporale și comportamentale.

În fața stresului se produce:

- ✚ reacție de alarmă – cu iritabilitate și hipersensibilitate;
- ✚ creștere a rezistenței (dependență de tipul de personalitate și suportul emoțional);
- ✚ Apariția unei stări de epuizare (mai ales prin persistența stresului);
- ✚ În cazul unui pacient care este spitalizat, pe lângă cota de stres deja existentă (prin cumul de evenimente, prin boală), se adaugă și stresul legat de spitalizare.

### Etape importante

1. Identificarea modului în care fiecare persoană percepe stresul

Pacientul este rugat să descrie, în cuvintele sale, situația în care se află, modul în care o percepe.

Pot fi diferențe, în funcție de nivelul intelectual, cultural, concepțiile despre lume și viață.

2. Puncte cheie de acțiune:

- ✚ Recunoașterea momentului în care apare evenimentul stresant; se evită astfel discuțiile generale care nu focalizează pe problemă;
- ✚ Recunoașterea semnificației pe care o are acest moment : semnificație dependentă de perioada de viață în care se află pacientul, de contextul emoțional și de suportul social pe care îl are pacientul.
- ✚ Analiza schimbărilor și a consecințelor pe care le poate antrena stresul; se analizează atât pe direcția negativă, cât și pe cea pozitivă (care, de multe ori, există, dar este mai greu de găsit de către pacient).
- ✚ Se punctează faptul că momentul, indiferent de consecințele sale, face parte din viața, care continuă, nu se oprește.

- ✚ Este importantă prelucrarea, metabolizarea intrapsihică (acceptare, neutralizare, redefinire, reaşezare), dar și externalizarea (prin folosirea corpului : sport, mișcare).

### **Managementul anxietății**

Abordarea cognitiv-comportamentală este una dintre cele mai importante și eficiente metode de management al anxietății.

#### **Tehnici cognitive**

1. Evaluarea este absolut necesară, ca punct de plecare, dar și pentru urmărirea evolutivă a anxietății.

Se pleacă de la principiul : „ți-e frică de ceea ce nu cunoști”;

De aceea, se cer a fi înregistrate concret, sub formă de tabel, toate modificările ce apar în starea de anxietate. Se specifică concret situația în care se află pacientul.

Se înregistrează și se evaluează, pe o scală de la 1 la 10, modificările emoționale, cognitive, corporale (ce a simțit, ce a gândit și cum a fost corporal în situația generatoare de anxietate – momentul index).

Se face o listă cu distorsiunile cognitive (modalități disfuncționale de gândire) ce apar la pacient; cele mai importante sunt:

- ✚ Generalizarea – „întotdeauna mi se întâmplă la fel”;
- ✚ Alb – negru – „nu există situații de mijloc, totul sau nimic”;
- ✚ Trebuie să controlez totul – „nimeni nu poate să controleze totul”;
- ✚ Minimalizarea altor posibilități.

Principiul de bază este „de felul cum gândești depinde felul în care te simți”:

- ✚ Se discută argumente și contraargumente;
- ✚ E generează noi alternative;
- ✚ Se face o re-evaluare, față de momentul index (de obicei, scorurile sunt mai bune);
- ✚ Se analizează impactul acestei noi viziuni asupra stării generale și asupra funcționalității pacientului.

2. Motivația pentru schimbare – după principiul „dacă faci tot ceea ce ai făcut, te vei simți la fel cum te-ai simțit”.

Se dau teme concrete, î pași mărunți, cu grad de dificultate crescândă, pentru a doua zi. Antrenamentul implică o participare activă a pacientului (de obicei există tendințe la pasivitate – „altul să facă pentru mine”).

### **Tehnici comportamentale**

- ✚ Stai împreună cu pacientul într-un mediu liniștit, securizant.
- ✚ Menții o atmosferă calmă;
- ✚ Vorbești în propoziții scurte, simple, dar cu voce sigură, emanând încredere, siguranță, înțelegere;
- ✚ Înveți pacientul să-și folosească corpul prin exerciții fizice simple, prin stabilizare (mărimea bazei de susținere);
- ✚ Înveți pacientul să se relaxeze (folosind tehnici de respirație: pacientul anxios respiră repede și superficial – incorect).
  - Exerciții de respirație:
    - Inspiră scurt (1/3) pe nas!
    - Scurtă pauză
    - Expiră lung (2/3) pe gură!
    - Rar
    - Respiră folosind diafragma (și nu din gât)!
- ✚ Înveți pacientul să-și direcționeze atenția spre altceva (fie către exterior, fie către ceva mental – o amintire, o imagine plăcută).
- ✚ Ajuți pacientul să-și structureze ziua, printr-un program bine stabilit („când nu faci nimic – faci anxietate”).

### **Psihoeducație**

Individuală și familială, oferind informații despre boală, medicație, atitudini benefice.

## **7. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE CONVERSIV-DISOCIATIVĂ**

Aceste tulburări erau, tradițional, reunite sub sintagma „nevroză histerică”. Deși simptomatologia în cazul tulburărilor conversive și chiar disociative sugerează o afecțiune somatică, determinismul tulburărilor conversive și disociative este psihosocial, ele fiind rezultatul unei pulsuni refulate. Niciunul dintre aceste două tipuri de simptome (conversive și disociative) nu sunt produse conștient de pacient, ele fiind diferite de simulare. Lipsa unor simptome asociate, de tipul anxietății sau tensiunii intrapsihice, create de prezența simptomatologiei conversiv-disociative, determină aspectul de „la belle indifférence”, pacientul manifestând o aparentă indiferență față de suferința sa.

### **Tulburările somatoforme**

Tulburările somatoforme sunt un grup de afecțiuni ce au ca și manifestare comună trăirea disconfortantă a propriei corporalități. În cadrul acestor tulburări cele mai cunoscute sunt Tulburarea de somatizare și Tulburarea hipocondriacă.

### **Nursing-ul pacientului cu tulburare conversivă și somatoformă**

În îngrijirea acestor bolnavi, trebuie să avem în minte faptul că trată, afecțiune ce se prezintă ca o afecțiune somatică, însă determinismul său este psihic și ascunde un conflict intrapsihic.

La început pacientul trebuie lăsat să povestească despre afecțiunea sa „somatică”, fără să îi sugerăm că, de fapt, ne confruntăm cu o afecțiune psihică. Ulterior, trebuie să identificăm evenimentele de viață stresante ale pacientului, cu explorarea trăirilor afective create de aceste evenimente.

După ce se stabilește o anumită relație de încredere cu pacientul, trebuie încercată o abordare mai directă, încurajând pacientul să identifice o cauză

stresantă, care ar fi putut duce la o posibilă somatizare (recentă sau în curs de desfășurare).

- Dacă clientul folosește negarea, trebuie să enumerăm câteva cauze stresante (într-un mod cât se poate de frumos), pentru a primi un feedback pozitiv din partea lui.

- Apoi, putem aduce în discuție relația simptom-problemă.

- Trebuie să fim atenți la aspecte, precum manipularea și hiperdramatizarea din partea clientului/pacientului.

- Trebuie să avem un echilibru între fermitatea, autoritatea cu care oferim informațiile și sentimentul ce-l insuflăm pacientului, și, anume, că îl înțelegem și că vrem să-l ajutăm.

- Îi explicăm pacientului că poate câștiga atenția celor din jur și fără să somatizeze; că trebuie să fie mai responsabil și să facă față factorilor stresanți.

- Nu trebuie să permitem pacientului să fugă de responsabilități sau să aștepte privilegii speciale (de ex. statul în pat, în caz de disconfort somatic și, în acest fel, fugind de anumite sarcini).

### **Exprimarea sentimentelor emoționale**

- Să recunoască relația dintre stres /coping și simptome fizice;

- Să țină un jurnal cu situații, apariția simptomelor și indentificarea relației tensiune – anxietate;

- Să limiteze timpul petrecut concentrându-se pe problemele fizice, câștigurile primare și secundare.

### **Strategii de adaptare**

- Strategii de adaptare axate pe emoție, cum ar fi: tehnici de relaxare, respirație profundă, imagini ghidate și distracție;

- Strategii de adaptare axate pe probleme, cum ar fi: rezolvarea problemelor și jocuri de rol.

## **Tulburarea obsesiv-compulsivă**

Tabloul clinic al acestei afecțiuni este dominat de prezența obsesiilor și a actelor compulsive recurente. Acestea sunt consumatoare mari din timpul pacientului, producând un disconfort crescut (deoarece sunt violente, obscene sau fără sens) și interferează semnificativ cu rutina normală și funcționarea acestuia.

### **Nursing-ul în tulburarea obsesiv-compulsivă**

Asistenții medicali trebuie să aibă răbdare cu pacienții cu o astfel de patologie, datorită nehotărârii și rigidității acestora. Asistenta trebuie să-i ajute în demersul luării unei decizii și finalizării proiectelor. În loc de îndeplinirea perfecțiunii, pacienții\clienții pot stabili un set de obiective concrete sau să-și impună un termen limită. Ajutând pacienții\clienții să accepte sau să tolereze "munca mai puțin decât perfectă" sau să ia decizii la timpul potrivit, s-ar putea elimina câteva dificultăți la locul de muncă sau acasă. Introducerea noului în activitățile uzuale stereotipe duce la creșterea adaptabilității pacientului la schimbare. Acești pacienți\clienți ar putea beneficia de tehnici de restructurare cognitivă.

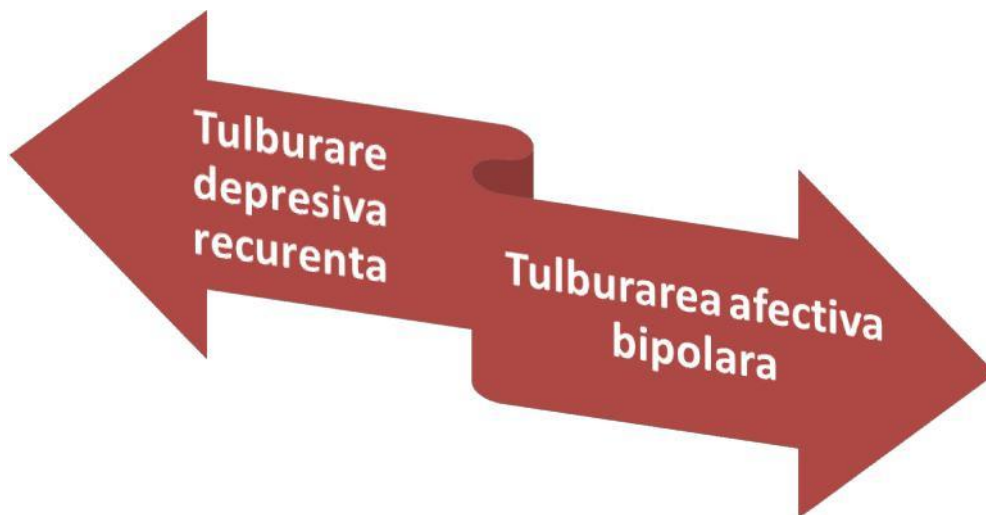
Pacienții trebuie încurajați să-și asume anumite riscuri, precum a lăsa pe altcineva să planifice activitățile familiale, aspect ce ar duce și la îmbunătățirea relațiilor. Practicarea negocierii cu membrii familiei sau prietenii ar putea ajuta pacienții\clienți să renunțe la o parte din nevoia de control.



## 8. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE AFECTIVĂ

Sub această titulatură găsim un grup de afecțiuni psihice cronice, ce au ca și definatoriu modificarea cantitativă episodică a dispoziției afective.

Cele mai cunoscute entități nosologice în cadrul acesta sunt Tulburarea depresivă recurentă (Tulburarea monopolar depresivă) și Tulburarea afectivă bipolară.



**Fig 1. Tulburări afective**

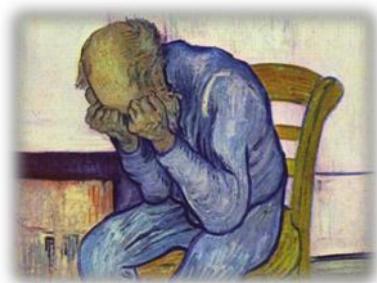
### **Tulburarea depresivă recurentă (tulburarea monopolar depresivă)**

Tulburarea monopolar depresivă se manifestă prin episoade recurente de tip depresiv, limitate în timp, cu o durată minimă de 2 săptămâni.

### **Tulburarea afectivă bipolară**

Tulburarea afectivă bipolară (TAB) este o boală psihică cronică, caracterizată printr-o alternare extremă a dispoziției, de la episoade de tip depresiv la episoade de tip maniacal/hipomaniacal.

## Nursing-ul pacientului depresiv



La baza relaționării cu pacientul depresiv există patru principii:

- ✚ Relația trebuie să se desfășoare într-un cadru noncompetitiv. Pacientul depresiv are, întotdeauna, o problemă de competitivitate, plasându-se pe sine în inferioritate.

Se recomandă evitarea situațiilor care să impună activarea acestora.

- ✚ În momentul prezent, “nu este important ceea ce faci, ci de a fi împreună.” „Eu te ajut, te sprijin, indiferent de cine ești și ce faci”.
- ✚ Este foarte importantă focalizarea pe testarea realității. Pacientul depresiv are, frecvent, scheme cognitive disfuncționale, care generează gânduri automate, de genul: „nu știu, nu pot să fac nimic, nu sunt bun de nimic, nimeni nu are nevoie de mine”. Împotriva acestora, trebuie aduse contraargumente și trebuie realizate bilanțuri, care să îi ofere pacientului perspective și alternative noi.
- ✚ Realizarea unei relații contractuale, care să se focalizeze pe angajarea activă a pacientului în terapie, pe principiul sincerității și contractul „fără suicid” – adică „dacă sunteți aici, înseamnă că doriți să fiți ajutat”. Intervenția asistentelor trebuie să denote colaborare.
- ✚ Focusarea trebuie să se realizeze asupra pacientului/clientului - indicații
- ✚ Despre persoană, timp și loc (chemarea pe nume a pacientului, cunoașterea numelor asistenților și a locului de către pacient/client, ș.a.).

- ✚ Repetarea prezentării realității reprezintă fundamentul de bază pentru pacient/client.

- ✚ Petrecerea timpului cu pacientul/clientul: Prezența fizică este realitatea. Dacă pacientul/clientul este îngândurat, asistenta/ul trebuie să-i vorbească despre realitate și/sau despre sentimentele pacientului/clientului, dar se limitează atenția data, pentru a se observa reacțiile și gândurile lui.

De obicei, se vor folosi aceleași persoane pentru tratarea pacienților, clienților.

Abilitatea pacientului/clientului de a răspunde altora este diminuată. Dacă se limitează accesul de persoane noi la pacient/client, atunci familiaritatea și încrederea sunt facilitate.

Totodată, numărul de persoane care interacționează cu pacientul/clientul ar trebui mărit cât mai rapid, deoarece, astfel, scade riscul de dependență și se îmbunătățește abilitatea de comunicare cu persoane diferite.

Când se interacționează cu un pacient/client nou, se va folosi o tonalitate normală; de evitat comportamentul prea prietenos. Devenind prea prietenos, pacientul înțelege că acesta este scopul lui, iar celelalte sentimente nu sunt acceptate.

Se folosește liniștea și ascultarea, atunci când se interacționează cu pacientul/clientul.

Se arată pacientului/clientului că asistentul/a este o persoană de încredere. Dacă asistentul vorbește prea mult, atunci s-ar putea ca pacientul/clientul să devină tăcut. Prin prezența asistentului și folosirea ascultării active se deduc interesul și grija asistentului.

Asistentul trebuie să fie confortabil în prezența pacientului/clientului. A se arăta pacientului/clientului că asistentul este disponibil să vorbească, fără să i se ceară ca acesta să vorbească.

Când se comunică cu pacientul, clientul, se vor folosi propoziții scurte și directe și se vor evita propoziții și indicații complexe. Abilitățile pacientului/clientului de a percepe complexitatea pot fi reduse. De asemenea, se

recomandă evitarea întrebărilor către pacient/client care pot avea un răspuns simplu și concret.

Având posibilitatea unor astfel de răspunsuri, pacientul/clientul poate fi descurajat în a-și exprima sentimentele. Este recomandat a nu se întrerupe comunicarea cu fraze motivaționale, de genul: "nimeni nu o să moară" sau "vei fi bine".

În cadrul unei comunicări eficiente, nu se vor deprecia sentimentele pacientului/clientului. Profesioniștii din domeniul sănătății mintale trebuie să accepte sentimentele pacientului/clientului ca fiind reale, oferindu-i suport pentru exprimarea sentimentelor, în special a celor greu de exprimat, precum furia. Asistentul poate fi derutat de exprimarea sentimentelor pacientului/clientului - dacă se va întâmpla asta, este foarte important ca asistentul să discute cu alți membri ai echipei terapeutice, și să nu îi împărtășească aceste îngrijorări direct sau indirect pacientului/clientului. În caz contrar, exprimarea unor astfel de sentimente va fi necorespunzătoare și dăunătoare pacientului.

Se recomandă încurajarea pacientului/clientului să-și exprime sentimentele verbal sau nonverbal, după cum îi este mai ușor. Pacientul/clientul trebuie să știe că este ascultat și acceptat de către asistent.

Exprimarea sentimentelor pacientului/clientului pot arăta disperarea, inutilitatea ș. a.

În mod inerent, sentimentele nu sunt bune sau rele. Asistentul nu este un critic sau judecător, iar pacientul/clientul trebuie să știe asta. Pacientul/clientul poate să plângă și, dacă nu o face, poate fi încurajat. Se acordă însoțirea pacientului/clientului, dacă acesta dorește. Se oferă intimitate pacientului/clientului, dacă acesta este în siguranță. Plânsul este o metodă bună de a exprima sentimentele de supărare, disperare sau inutilitate. Pacientul/clientul ar putea să nu se simtă confortabil să plângă și atunci are nevoie de încurajare și intimitate.

Se discută cu pacientul/clientul subiecte care îl fac să se simtă confortabil. A nu se interoga pacientul/clientul. Subiectele care îl fac pe pacient/client inconfortabil sau interogarea acestuia pot duce la o comunicare proastă. După ce încrederea pacientului/clientului a fost dobândită, se pot discuta și alte subiecte mai complexe.

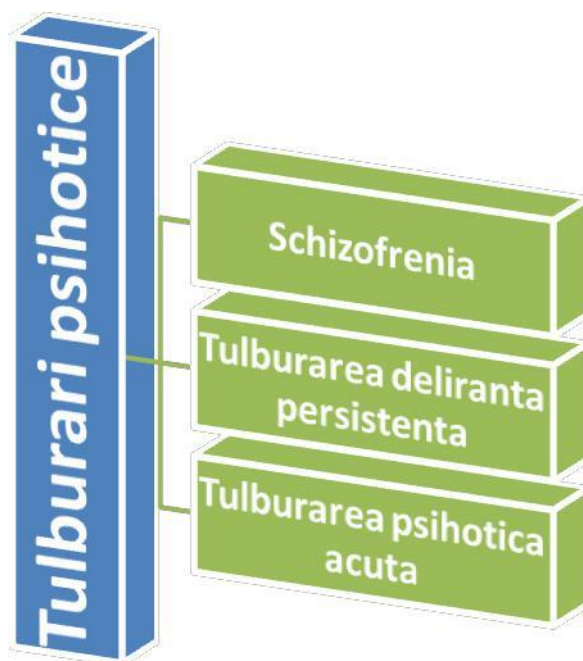
### **Nursing-ul pacientului cu manie**



- ✚ Asigurați siguranța fizică a pacientului, respectiv a celor din jur.
  - ✚ Stabilirea limitelor, privind comportamentul pacientului, atunci când este necesar.
  - ✚ Amintiți pacientului să respecte distanța dintre sine și cei din jur.
  - ✚ Folosiți fraze scurte, simple și clare pentru a comunica.
  - ✚ Oferiți pacientului gustări bogate în calorii și proteine.
  - ✚ Promovarea odihnei și a somnului.
- Intervenție punctuală, centrată pe probleme:
- ✚ Evaluarea problemelor (a simptomatologiei, relațiilor, comportamentelor)
  - ✚ Impuneți ordonarea activităților pacientului, respectiv limitarea spațiului de circulație al acestuia
  - ✚ Atenție la bunurile pacientului, pe care le are asupra sa (le poate pierde cu ușurință sau împrăștia).

## 9. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU TULBURĂRI PSIHOTICE

Per ansamblu 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. În cadrul psihozei, avem perturbarea profundă a relației psihoticului cu realitatea.



**Fig 1. Tulburări psihotice**

### **Îngrijirea persoanelor cu patologie psihotică**

#### **Evaluare**

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

- halucinații, delir, negativism, agitație, ostilitate, necomplianță, dificultăți de îngrijire, dificultăți de interacțiune socială, dificultăți de angajare în activități.

### **Observă pacientul:**

- ✚ Comportament (față de personalul medical și față de ceilalți pacienți);
- ✚ Efecte secundare ale medicației;
- ✚ Tendința de disimulare a pacientului;
- ✚ Încercați să comunicați cu pacientul, fiți sincer și onest; luați în serios pacientul.
- ✚ Evitați remarcile vagi sau evazive.
- ✚ Fiți consecvenți în stabilirea așteptărilor, respectiv, aplicarea normelor.
- ✚ Nu faceți promisiuni pe care nu le puteți păstra; încercați să luați în serios iluziile pacientului și nu râdeți de acesta.
- ✚ Încurajați clientul să vorbească, nu îl forțați pentru a scoate informații.
- ✚ Explicați procedurile pe care urmează să le efectuați, respectiv, asigurați-vă că pacientul a înțeles aceste proceduri.
- ✚ 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...).

Încercați să recunoașteți iluziile clientului ca fiind modul acestuia de a percepe mediul înconjurător. Pentru început, susțineți iluziile clientului și nu încercați să îl convingeți că aceste iluzii sunt false/ireale, în scopul de a obține încrederea totală a acestuia.

Interacționați cu clientul pe baza lucrurilor reale; încercați să nu insistați prea mult pe materialul delirant.

Promovați interacțiunea socială. În prim plan, angajați clientul în activități one-to-one (unu la unu), apoi creșteți, progresiv, numărul de persoane care iau parte la aceste activități.

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.

Nu judecați sau depreciați clientul. Nu glumiți pe seama iluziilor/ideilor delirante. Niciodată să nu lăsați clientul să creadă că acceptați iluziile ca pe o realitate; pe măsură ce clientul începe să aibă încredere în dumneavoastră, începeți să puneți la îndoială iluziile acestuia. Nu vă certați, doar spuneți-vă punctul de vedere.

Promovați structurarea zilei, cu stabilirea unui program, urmărirea efectuării lui și recompensarea pacientului pentru rezultatele pozitive.

Trebuie lucrat pe aderența terapeutică (importanța și beneficiile terapiei, consecințele întreruperii medicației, efectele secundare ale medicației etc.).

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, copilul etc.**”).

Psihoeucație – pacient, familie

- pentru a înțelege boala, simptomatologia și, mai ales, decelarea unor simptome inițiale pentru a se adresa medicului din timp.

Atenție la atitudini disfuncționale ca: rejeț, izolare, nepăsare, dominanță, hiperimplicare, supraprotecție, hipercriticism.

Sunt necesare bilanțuri periodice pentru a evalua succesele terapeutice și punctele critice.



## 10. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU CONSUM DE ALCOOL

### Ce este adicția?

O tulburare comportamentală complexă, care se manifestă prin utilizarea în exces a obiectului adicției, indiferent de consecințe. Obiectul adicției, cu timpul, centrează viața acelei persoane, consecința fiind trecerea pe plan secund a familiei, a relațiilor personale, a studiilor sau a carierei.

### Principii generale ale îngrijirii

Acest tip de pacienți prezintă o problemă de îngrijire, fiind vorba de o patologie aparte, în care pacientul trebuie să joace un rol activ și sincer.

Elementele centrale în îngrijire sunt:

1) **Evaluarea** - un punct dificil, pentru că, de obicei, există riscul disimulării:

- + fizică; -
- + psihică;
- + tipul de drog sau alcool folosit (de foarte multe ori, combinații);
- + cantitățile;
- + modalitatea de consum (singur, în grup);
- + ce, cât și când a consumat ultima dată;

- Ce gânduri și ce sentimente trezește în tine cuvântul drog/alcool? Dar cuvântul adicție?

- Crezi că dependența de substanțe trebuie asociată cu slăbiciunea morală? Sau consideri că este o boală ce trebuie tratată?

- Crezi că abuzul de substanțe îți distruge viața ta și a celor apropiați ție?

- Ai prieteni, rude care sunt în aceeași situație? Cum apreciezi acest lucru?

- Este abuzul de substanțe o problemă socială, emoțional-psihologică sau o anormalitate somatică?

- Ce părere ai despre familia celor care consumă alcool? Poate să facă ceva?  
Sunt membrii familiei victime ale situației?

## 2) Motivația pentru terapie



de ce acum?



care sunt avantajele/dezavantajele consumului?



care sunt consecințele, pierderile pe care le vei suferi dacă vei lua această hotărâre acum?

**3) Folosește, în relația cu pacientul, termeni cunoscuți de el.** Uneori, este important să „vorbești aceeași limbă”. Terapeutul este diferit de pacient, dar trebuie să genereze în pacient sentimentul că este înțeles de către terapeut.

## 4) Observație clinică adecvată a:



simptomelor fizice, psihice, pentru a depista din timp sevrajul și complicațiile acestuia;



comportamentului – există, de multe ori, tendința de a face orice pentru a continua consumul;

## 5) Atitudini benefice



îndrumă pacientul să observe când ceva nu este în regulă, să dea atenție acestor nereguli;



atrage atenția subiectului să nu-și folosească trăirile emoționale ca și scuză a problemelor comportamentale;



subiectul trebuie să învețe să gândească, înainte de a acționa;



subiectul trebuie să învețe să își asume responsabilitatea pentru consecințele comportamentului său;



terapeutul poate negocia cu subiectul, dar în limitele impuse de reguli;



terapeutul trebuie să fie obiectiv, ferm, dar să nu blameze;



terapeutul poate folosi, la nevoie, umorul.

### **6) Intervenții terapeutice benefice**

a) *Terapia suportivă de grup*, cu discutarea deschisă a problemelor (atenție la tendința de evitare, la minciună)

b) *Strategii de confruntare*

- subiectul se confruntă cu opiniile unui grup de persoane (familie, prieteni, colegi de serviciu, șefi);

- se emit cerințe concrete, planuri concrete, consecințe posibile.

c) *Psihoeducație a subiectului și a familiei.*

d) *Motivație pentru schimbarea stilului de viață:*

- când iei ceva (alcool, droguri), trebuie să-i dai ceva în loc subiectului; de obicei, își pierde prietenii „de pahar” și se impune refacerea rețelei sociale;

- subiectul trebuie să-și găsească noi preocupări, interese, activități;

- subiectul poate fi îndemnat spre grupul „alcoolicilor anonimi”, în cazul dependențelor de alcool.

## 11. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU CONSUM DE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE

Toxicomania este o stare fizică și psihică rezultată din consumul unui medicament (deturnat de la utilizarea lui terapeutică), drog ilicit sau altă substanță pentru care nu există interdicție ilicită (cafea, nicotină), caracterizată prin modificări comportamentale și prin alte reacții (întotdeauna și prin pusiunea de a consuma substanța respectivă).

### Principii generale ale îngrijirii

Acest tip de pacienți prezintă o problemă de îngrijire, fiind vorba de o patologie aparte, în care pacientul trebuie să joace un rol activ și sincer.

Elementele centrale în îngrijire sunt:

**Evaluarea** (un punct dificil, pentru că, de obicei, există riscul disimulării):

- ✚ fizică;
- ✚ psihică;
- ✚ tipul de drog folosit (de foarte multe ori, există combinații);
- ✚ modalitatea de consum (singur, în grup);
- ✚ ce, cât și când a consumat ultima dată.

*Câteva întrebări ce trebuie puse:*

- Ce gânduri și ce sentimente trezește în tine cuvântul drog/alcool? Dar cuvântul adicție?
- Crezi că dependența de substanțe trebuie pusă în legătură cu slăbiciunea morală? Sau este o boală ce trebuie tratată?
- Crezi că abuzul de substanțe îți distruge viața ta și a celor apropiați ție?
- Ai prieteni, rude care sunt în aceeași situație? Cum apreciezi acest lucru?
- Este abuzul de substanțe o problemă socială, emoțional-psihologică sau o anormalitate somatică?

- Ce părere ai despre familia celor care consumă droguri? Poate să facă ceva?
- Sunt membrii familiei victime ale situației?

*Motivația pentru terapie:*

- De ce acum?
- Care sunt avantajele/dezavantajele consumului?
- Care sunt consecințele, pierderile pe care le vei suferi dacă vei lua această hotărâre acum?

Folosește, în relația cu pacientul, termeni cunoscuți de el. Uneori, este important să „vorbești aceeași limbă”. Terapeutul este diferit de pacient, dar trebuie să genereze în pacient sentimentul că este înțeles de către terapeut.

*Intervenții terapeutice benefice*

a) Terapia suportivă de grup, cu discutarea deschisă a problemelor (atenție la tendința de evitare, la minciună);

b) Strategii de confruntare:

- pacientul se confruntă cu opiniile unui grup de persoane (familie, prieteni, colegi de serviciu, șefi);

- se emit cerințe concrete, planuri concrete, consecințe posibile.

c) Psihoeducație a pacientului și a familiei.

d) Motivație pentru schimbarea stilului de viață:

- când iei ceva (droguri), trebuie să-i dai ceva în loc subiectului;

- subiectul trebuie să-și găsească noi preocupări, interese, activități.

## **12. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE DETERIORATIVĂ**

### **DEMENTELE**

Demența reprezintă un sindrom clinic caracterizat de deteriorarea globală a psihismului dobândită, progresivă și spontan ireversibilă, cu manifestări în plan neuropsihologic (amnezia, tulburările de atenție, apraxia, agnozia etc.), neuropsihiatric (depresie, anxietate, ideeația paranoidă, modificările de comportament etc.) și cel al activităților zilnice uzuale (efectuarea sarcinilor casnice uzuale, probleme de alimentare, igienă, etc.).

Ariile cognitive afectate frecvent în demențe sunt reprezentate de: memorie, atenție, orientare, gândire și vorbire, calcul și judecată.

Pacientul cu patologie deteriorativă, adică, cu demență, este, în cea mai mare parte a cazurilor, un vârstnic, o caracteristică ce, ea însăși, necesită o atenție specială.

Astfel, pentru aceste cazuri, mediul trebuie să fie cât mai constant, deoarece schimbări ale acestuia pot determina o accentuare a simptomatologiei clinice.

Asistentul trebuie să acorde o atenție sporită siguranței pacientului și protejării lui. Trebuie identificate potențialele zone periculoase pentru pacient. Se oferă supraveghere la îmbăiat sau activități de igienă personală.

Trebuie asigurat un somn adecvat, o nutriție corespunzătoare, igienă și activități fizice. Se monitorizează felul scaunului eliminat, se intervine cu fluide și fibre, dacă este necesar. Se amintește pacientului/clientului să urineze, oferindu-i tampoane sau scutece la nevoie - verificând și schimbându-le, în mod frecvent, pentru evitarea infecției, iritației pielii și a mirosurilor neplăcute. Se încurajează activități fizice ușoare, cum ar fi plimbările.

Mediul trebuie pregătit pentru siguranță și rutină zilnică. Se încurajează pacientul să respecte un regulament, utilizarea băii pentru nevoi și igienă, precum și o îmbrăcăminte adecvată. Se identifică posibile locuri greu accesibile pentru pacient, iar, dacă acestea există, ele trebuie adecvate la nevoile pacientului.

Se asigură sprijinul emoțional. Personalul medical trebuie să fie bun, respectuos, calm, liniștit și cu atenția îndreptată spre pacient. Se pot folosi atingeri ferme de încurajare, când este cazul.

Se asigură interacțiunea și implicarea clientului. Se planifică activități în interesul și capacitatea pacientului/clientului. Se poate realiza contemplarea, împreună cu pacientul, asupra trecutului său.

Dacă pacientul este nonverbal, asistenta/ul va rămâne în stare de alertă la comportamentul lui. Se apelează la tehnici de distragere a atenției sau se sugerează pacienților/clientilor agitați, suspicioși sau dezorientați, să se calmeze.

## 13. ÎNGRIJIREA ÎN URGENȚELE PSIHIATRICE

Prin urgență psihiatrică, înțelegem acea stare în care pacientul are tulburări de gândire ce afectează activitatea psihomotorie și comportamentul, devenind o amenințare pentru el sau o amenințare pentru oamenii aflați în preajma sa. Această stare are nevoie de intervenție imediată, pentru a proteja viața pacientului, dar și pentru a proteja ce este în jurul lui, restul persoanelor și bunurile materiale.

Urgențele psihiatrice majore:

- ✚ criza suicidară;
- ✚ agitația psihomotorie;
- ✚ stuporul catatonie.

### **Criza suicidară**

Tentativa de suicid/sinuciderea reprezintă o problemă majoră de sănătate și una din cele mai răspândite cauze de adresare la serviciul de urgență.

### **Etiologia**

#### 1. *Tulburări psihiatrice:*

- Depresie;
- Schizofrenie;
- Abuz de droguri sau alcool;
- Demențe;
- Tulburare delirantă;
- Tulburare de personalitate.

#### 2. *Boli somatice*

- Pacienți cu probleme fizice incurabile sau dureroase: neoplasm și SIDA.

#### 3. *Factorii psihosociali*

- Dificultăți financiare;



- Dificultăți conjugale;
- Pierderea unei persoane de atașament;
- Izolarea de grupurile sociale;
- Dificultăți profesionale.

Studiile au identificat clar câțiva factori de risc, care se corelează cu suicidul.

**1. Datele demografice.** Caracteristicile care se corelează cu riscul crescut de suicid sunt: statutul marital, vârsta, sexul, orientarea sexuală și rasa. Bărbații și femeile ce nu sunt căsătoriți/te (niciodată, divorțați sau văduvi) au risc mai crescut al ratei de sinucidere decât persoanele căsătorite.

**2. Tulburări psihiatrice.** Aproximativ 90% din oamenii care au avut suicid finalizat, au fost diagnosticați cu tulburări psihiatrice. De asemenea, s-a constatat prezența anxietății și disperării.

**4. Factorii psihosociali.** Factori de risc, care includ relații interpersonal conflictuale, probleme legale (de ex. detenție), dificultăți financiare și lipsa de suport social.

**5. Traume în copilărie.** Pacienții cu o anamneză de traume în copilărie (abuz fizic și sexual) pot dezvolta tulburări complexe și invalidante, ca adulți. Aceste tulburări includ: tulburările disociative, tulburări de personalitate, tulburări alimentare, tulburări legate de abuzul de substanțe și tulburarea de stressposttraumatică.

**6. Factorii familiali.** Factorii de mediu care sunt cel mai probabil corelați cu riscul de suicid sunt separarea părinților sau divorțul, probleme legale ale părinților, abuzul și neglijarea copilului.

**7. Boli somatice.** Următoarele boli somatice sunt asociate cu un risc crescut de suicid: neoplasm, ulcer, tulburări pulmonare (în special, astm, patologia pulmonară cronică obstructivă), HIV/SIDA, boala Huntigton, leziuni

cerebrale, scleroză multiplă, lupus eritematos, hemodializă renală și tulburări convulsive.

### **Managementul crizei suicidare**

Managementul psihiatric include stabilirea și menținerea alianței terapeutice; asigurarea siguranței pacientului și determinarea statutului psihiatric, nivelului de funcționare și simptomatologiei clinice a pacientului, astfel ca, în final, să se poată face un plan terapeutic. Managementul se realizează de către echipa terapeutică, în care este inclusă și asistenta medicală, alături de medicul psihiatru, psiholog, asistent social și alt personal din domeniul sănătății mintale.

Este important de identificat, pe parcursul acestei evaluări:

- a) factorii care ar putea crește sau scădea riscul de suicid;
- b) factorii prin care se asigură siguranța imediată a pacientului;
- c) factorii care să permită un diagnostic diferențial, care ar putea ajuta la ghidarea tratamentului.

### **Internarea este necesară, în următoarele condiții:**

1. După o tentativă suicidară, dacă:
  - a. Pacientul este psihotic;
  - b. Tentativa a fost violentă;
  - c. Este prezent planul sau/și intenția suicidară;
  - f. Pacient de gen masculin, cu vârsta mai mare de 45 ani;
  - g. Pacientul are un suport familial și/sau social deficitar.
2. În prezența ideății suicidare cu:
  - a. Plan suicidar;
  - b. Intenție suicidară majoră.

### **Internarea poate fi necesară:**

În prezența ideății suicidare cu:

- a. elemente psihotice;

- b. elemente depresive;
- c. tentative anterioare;
- d. boli somatice, care posibil ar contribui (de ex. tulburări neurologice acute, neoplasm, infecție HIV);
- e. colaborarea se realizează mai greu;

**Trebuie să memorăm următoarele:**

1. Nu lăsați pacientul suicidar singur; îndepărtați din încăperea orice obiecte potențial primejdioase.

2. Apreciați dacă tentativa acestuia a fost bine gândită sau la modul impulsiv.

3. Dacă există un suport familial adecvat, se poate iniția tratament și psihoterapie și în ambulator.

4. Ideea suicidară a pacienților alcoolici se remite, în general, după abținerea, în decurs de câteva zile. Dacă depresia persistă și după ce semnele fiziologice ale sevrajului alcoolic s-au rezolvat, este justificată suspiciunea fermă a unei depresii majore.

5. Ideile de sinucidere ale pacienților cu schizofrenie trebuie luate în serios, pentru că aceștia tind să folosească metode violente.

**Da.... și Nu.... la o persoană cu ideea suicidară**

**1. Da**, întrebați despre ideile de sinucidere, în special despre planurile de a-și face vreun rău. Faptul că întrebați despre sinucidere nu va „implanta” bolnavului această idee.

**2. Nu** ezitați să întrebați bolnavul dacă „ar dori să moară”. Abordarea problemei, fără ocolișuri, este cea mai eficientă.

**3. Da**, aveți grijă ca interviul să se desfășoare într-un loc sigur.

**4. Nu** oferiți false reasigurări (de ex., „Mai toți oamenii se gândesc să-și ia viața într-un moment sau altul”).

**5. Da**, puneți întrebări despre tentative de sinucidere anterioare, care potsă fie legate de tentative viitoare.

**6. Da**, puneți întrebări cu privire la accesul la arme de foc sau la substanțe toxice.

**7. Nu** lăsați bolnavul să plece de la camera de gardă, dacă nu sunteți sigur că nu își va face vreun rău.

**8. Nu** presupuneți că familia sau prietenii vor putea să supravegheze pacientul timp de 24 de ore din 24. Dacă este necesară o astfel de supraveghere, spitalizați bolnavul.

**9.** Administrați-i medicație, deoarece aceasta poate fi salvatoarea de vieți, nu doar pe termen lung, dar și pe termen scurt.

### **Managementul farmacologic realizat în spital**

Există mai multe categorii de medicamente care se pot administra:

**Antidepressive** – există o corelație puternică dintre depresia clinică și suicid și, ca urmare, medicația antidepresivă este utilă și eficientă;

**Benzodiazepine** – dovezile clinice sugerează că tratamentul cubenzodiazepine sau alte medicamente anxiolitice poate reduce riscul suicidar.

**Neuroleptice clasice** – cum este levomepromazinul, reprezintă “cămașa chimică a suicidului“, care scade din comportamentul suicidar.

**Neuroleptice atipice** –neurolepticele atipice, de ex. olanzapina, quetiapina și clozapina, par să producă efect anxiolitic și să reducă din comportamentul suicidar la unii pacienți și pot juca un rol în reducerea riscului suicidar.

### **Managementul psihoterapeutic realizat în spital**

Asistenta medicală este cea care monitorizează nevoile de siguranță ale pacientului:

- luați toate amenințările sau tentativele de sinucidere în serios și anunțați psihiatrul/medicul de gardă;

- ✚ căutarea agenților toxici, cum ar fi droguri / alcool;
- ✚ nu lăsați medicamente la îndemâna pacientului, asigurați-vă, zilnic, că medicamentele sunt înghițite;
- ✚ îndepărtați instrumentele ascuțite, cum ar fi: lame, cuțite, sticle de sticlă;
- ✚ îndepărtați curelele și îmbrăcămintea, centuri, cravate, șireturi, cabluri,
- ✚ cordoane;
- ✚ nu lăsați pacientul să își închidă ușa pe interior, nici în salon, nici la baie;
- ✚ pacientul trebuie ținut constant sub observație, mai ales în timpul orelor de dimineață;
- ✚ petreceți timp cu el și vorbiți cu el.

### **Criza de agitație psihomotorie**

Reprezintă o dezorganizare globală a funcțiilor motorii, fiind, de regulă, corelată cu dezorganizarea funcționării sistemului nervos central, constând în reducerea controlului mișcărilor, impulsurilor, emoțiilor. Dezorganizarea poate fi gradată, până la forme extreme de agitație, care se exprimă prin nevoia incontrollabilă de mișcare, ce poate deveni haotică, cu plecări fără scop, fugă, dezinhibiție gestuală cu manifestări agresive, distrugeri, lovirea obiectelor. Neliniștea, anxietatea sunt dominante, dar pot fi, oricând, înlocuite cu depresie, furie, euforie. Mai apar: impulsivitatea, intoleranța la frustrare, tendința la violență. În această etapă, pacientul este, de obicei, irațional, necooperant, poate fi cu elemente psihotice sau agresive.

### **Etiologie**

- ✚ Tulburări psihice organice, precum, delirul, demența, psihoza lui Wernicke-Korsakoff.
- ✚ Alte tulburări psihice, precum schizofrenia, tulburarea bipolară, tulburarea depresivă, intoxicația cu alcool/ medicamente, epilepsia, reacția acută la stres, tulburarea de panică și tulburările de personalitate.

## Managementul agitației psihomotorii

În general, atitudinea în fața pacientului aflat în agitație psihomotorie constă, în primul rând, din:

### a) Măsurile de siguranță personală:

- ✚ se anunță serviciul de pază;
- ✚ personalul medical se asigură că are acces la o ușă;
- ✚ personalul medical are o atitudine și un comportament prin care trebuie să evite escaladarea agitației psihomotorii (ton calm, viteză redusă a fluxului verbal, evitarea mișcărilor bruște sau care pot fi interpretate ca fiind amenințătoare);
- ✚ personalul medical menține o distanță de siguranță față de pacient
- ✚ (distanță de un braț);
- ✚ asigurarea prezenței, în număr cât mai mare, a personalului medico-sanitar pentru a descuraja comportamentul violent.

### c) Managementul verbal:

- ✚ medicul și asistenții medicali vor încerca să controleze verbal situația;
- ✚ vor evita să se pună în pericol;
- ✚ comunică întotdeauna preocuparea pentru binele pacientului;

### c) Managementul medicamentos:

- ✚ se utilizează atunci când controlul verbal este incomplet sau a eșuat;
- ✚ se va efectua tratament conform indicațiilor medicului curant sau de gardă, cu medicație benzodiazepinică și/sau neuroleptică, respectându-se dozele, calea de administrare și contraindicațiile. Asistenta de tură va supraveghea pacientul și va informa urgent medicul, dacă apar reacții adverse neprevăzute;
- ✚ metoda sedării rapide este sigură și eficientă;

Tratamentul se poate începe, după caz, cu diazepam 1 fiolă intramuscular, repetată, la nevoie, la 2 ore. Un efect rapid de liniștire îl are lorazepamul care este o benzodiazepină cu acțiune intermediară, putându-se administra 1-2 fiole (1-2 mg) intramuscular.

În cazul unui răspuns insuficient, se va administra haloperidol, în doze de 1-2 fiole intramuscular, asociat cu diazepam 1 fiolă intramuscular sau lorazepam 1 fiolă intramuscular. În general, se preferă administrarea graduală a medicației, pentru că, de cele mai multe ori, necesitatea intervenției terapeutice primează în fața stabilirii diagnosticului etiologic, ceea ce obligă medicul să acționeze terapeutic în "orb". Asocierea dintre haloperidol și o benzodiazepină injectabilă se face în scopul prevenirii posibilelor reacții extrapiramidale induse de haloperidol.

Tratamentul medicamentos vizează, de obicei, următoarele trei obiective:

- a) suprimarea sau diminuarea stării de agitație;
- b) combaterea substratului etiologic, când acesta poate fi depistat;
- c) menținerea unei stări generale adecvate a organismului

Tratamentul este, deci, complex, adaptat diferitelor forme de agitație, ca și fiecărui caz în parte, ținându-se seama de factorii etiologici, vârstă, boli somatice asociate etc.

Dacă starea de agitație a pacientului continuă, se trece la următoarea metodă, cea de imobilizare fizică.

### **1.        Contenționarea**

Îngrijirea oricărui pacient cu agitație psihomotorie se acordă în mediul cel mai puțin restrictiv, prin proceduri cât mai puțin restrictive, care să respecte, pe cât posibil, integritatea fizică și psihică și să răspundă, în același timp, nevoilor sale de sănătate, precum și necesităților de a se asigura securitatea fizică, atât a celorlalți pacienți, cât și a personalului medical. În cazul necesității restrângerii libertății de mișcare a pacientului, în scopul de a împiedica producerea unei

vătămări corporale pentru sine și pentru o altă persoană, trebuie respectată procedura de contenționare. Contenționarea poate fi utilizată doar atunci când este necesară apărarea pacientului de propriile acțiuni, care l-ar putea răni pe el sau pe ceilalți, și se realizează sub supraveghere medicală.

Serviciul de pază al spitalului poate fi solicitat pentru a acorda sprijin personalului medical, în situația în care se impun măsuri suplimentare de apărare a pacientului de propriile sale acțiuni, care l-ar putea răni pe el sau pe membrii echipei medicale.

Contenționarea nu poate fi folosită ca pedeapsă sau ca mijloc de a suplini lipsa de personal sau de tratament. În aplicarea măsurii de restricționare a libertății de mișcare a pacientului, trebuie depuse toate eforturile pentru evitarea durerii.

Reprezentantul legal al pacientului trebuie informat, dacă se dispune o măsură de restricționare a libertății de mișcare a pacientului. Hotărârea de a contenționa un pacient aparține medicului curant sau medicului șef de gardă.

Contenționarea trebuie efectuată numai în baza indicației medicului. Indicația medicului va fi scrisă în registrul măsurilor de contenționare/foaie de observație, unde trebuie să detalieze factorii care au condus la contenționare. Trebuie precizată ora la care măsura de contenționare a fost luată. Durata contenționării nu poate fi mai mare de 4 ore.

Pe timpul contenționării, pacientul trebuie monitorizat, pentru a se observa dacă nevoile sale fizice de confort și siguranță sunt îndeplinite (se va monitoriza circulația periferică, mobilitatea, postura, statusul mental, pulsul periferic, se va inspecta zona de contenționare pentru a verifica lipsa leziunilor cutanate). O evaluare a condițiilor pacientului trebuie realizată **la fiecare 15 min**. Dispozitivele de contenționare sunt curelele late din piele sau echivalente, prevăzute cu sistem de prindere pentru pat și cu manșete pentru articulațiile carpiene, tarsiene, torace și genunchi. Curelele și manșetele trebuie să fie ajustabile, cu căptușeala dublată de un material moale



(burete, pâslă, poliuretan special etc.). Este interzisă folosirea materialelor improvizate (feșe, tifon, sfoară etc.), care pot provoca leziuni pacientului conțenționat.


La imobilizarea pacientului trebuie depuse toate eforturile pentru evitarea durerii sau leziunilor și este interzis orice comportament nedemn sau abuziv față de pacient (agresiune verbală, lovire intenționată, prezența altor pacienți sau persoane neautorizate). Poziția de conțenționare este în decubit dorsal, cu brațele pe lângă corp. Este interzisă imobilizarea capului sau gâtului, precum și a brațelor de picioare. Manșetele trebuie aplicate astfel încât să permită mișcări minime ale membrelor și să nu afecteze, sub nicio formă, respirația și circulația sangvină. Pe durata conțenționării, pacientul își va păstra îmbrăcămintea, iar necesitățile vitale (alimentație, hidratare și excreție) și de comunicare vor fi asigurate, fără impedimente.

Este important ca, după ce se remite starea de agitație psihomotorie, să se facă o evaluare clinică completă a pacientului, pentru punerea unui diagnostic clinic și stabilirea unei conduite terapeutice.

### **Starea catatonă**

Catatonia este tulburare care ține de polul psihomotor, caracterizat de stupor fluctuant, mutism, negativism, posturare, stereotipie și manierisme. Este o stare cu potențial letal, asociată cu multe condiții toxice, metabolice și neuropsihiatrice, ce include dereglarea circuitelor lobului frontal și ariilor reglatorii motorii ale creierului.

### **Simptome observate în catatonie**

 **Stupor** – stare de alertă scăzută, în care pacienții sunt hipoactivi și aurăspunsuri diminuate la stimuli verbali sau dureroși. Stuporul este similar, în aparență, cu sedarea conștientă.

✚ **Excitație** – pacienții sunt impulsivi și stereotipici, cu accese bruște devorbire, cântat, dansat și ruperea hainelor proprii. Mișcările stereotipice complexe pot fi frenetice. De asemenea, se poate trece rapid dintr-o stare în alta.

✚ **Mutism** – pacienții sunt conștienți, dar verbal neresponsivi. Mutismul nu este mereu asociat cu imobilitatea și poate apărea selectiv. Mutismul include o lipsă de vorbire spontană, asociată cu răspundere lentă la întrebări, utilizând răspunsuri automate, precum „nu știu”.

✚ **Ecolalia** este prezentă când pacientul repetă enunțurile examinatorului.

✚ **Ecopraxia** este prezentă când pacientul copiază spontan mișcările examinatorului.

✚ **Manierismul verbal** include vorbirea robotizată, sindromul accentului străin și verbigerarea (repetarea constantă a unor cuvinte sau fraze fără sens) sau palilalia (repetarea automată a cuvintelor sau frazelor pronunțate cu viteză crescândă).

✚ **Stereotipia** – mișcări repetitive, fără direcționare către un scop, ce sunt, adesea, incomode sau rigide. Ele pot fi complexe și sub formă de ritual sau simple (grimase, mișcări ale limbii, buzelor, mușcăături, adulmecări, atingeri/palpări automate).

✚ **Manierisme** – pacientul face mișcări bizare, intenționate.

✚ **Ambitendență** – pacientul pare „blocat”, într-o mișcare indecisă, ezitantă, ca, de exemplu, oferirea mâinii pentru a strânge mâna în semn de salut, în paralel, spunând, „Nu-mi strânge mâna; nu vreau să o strângi”.

✚ **Posturare (catalepsie)** – Pacientul menține aceeași poziție pentru mult timp. Exemple obișnuite sunt: a sta în picioare într-o cameră sau a sta culcat în aceeași poziție în pat sau pe o canapea, toată ziua.

✚ **Flexibilitate ceroasă** – Rezistența rigidă, inițial, a pacientului la manipulările examinatorului este gradual trecută, permițând re poziționare (ca la îndoirea lumânării).

✚ **Negativism** – Pacientul rezistă manipulărilor examinatorului, fieșor sau viguros, cu puterea echivalentă celei aplicate, de parcă corelat cu stimulul acțiunilor examinatorului.

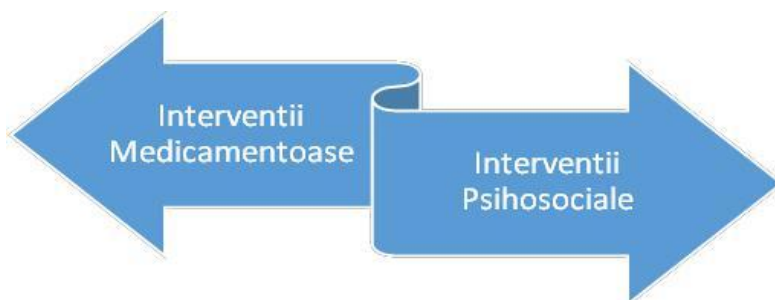
### **Managementul stării catatone:**

- ✚ Asigurați-vă că pacientul are căile respiratorii libere;
- ✚ Reechilibrare hidroelectrolitică prin abordul venos, în vederea menținerii funcțiilor vitale;
- ✚ Administrarea de medicație:
  1. Antidepresive;
  2. Neuroleptice atipice;
  3. Benzodiazepine pentru stările de agitație psihomotorie.
- ✚ Supraveghere permanentă a pacientului;
- ✚ Nu se lasă medicamente la îndemâna pacientului;
- ✚ Asigurarea că, zilnic, medicamentele sunt înghițite; dacă nu este posibil tratamentul per os, acesta se administrează injectabil;
- ✚ Se îndepărtează instrumentele ascuțite, cum ar fi: lame, cuțite, sticle de sticlă, pentru a evita posibila agresivitate;

Este important ca, după ce se remite starea de catatonie, să se facă o evaluare clinică completă a pacientului pentru punerea unui diagnostic clinic și stabilirea unei conduite terapeutice.

## 14. INTERVENȚIILE TERAPEUTICE ÎN PSIHIATRIE

Pot fi grupate în 2 mari tipuri: terapii medicamentoase și intervenții psihoterapeutice.



### 14.1. Terapia medicamentoasă



#### I. Neuroleptice convenționale

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
- Tiapridal

**Antipsihotice cu eliberare prelungită:**

- Flupentixolum
- Clopentixolum
- 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 alpha2 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.

## **II. Antipsihotice atipice**

Antipsihoticele atipice sunt definite ca antagoniști ai serotoninei și dopaminei, având, simultan, acțiune antagonistă pe receptorul 5HT2A și asupra receptorului D2.

### **Clasificare**

- antagoniști selectivi ai dopaminei D2/D3 – amisulprid, sulpirid
- agoniști de serotonină/dopamină/alfa-1 – risperidonă, ziprasidonă, paliperidonă
- acțiune multireceptorală– 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.

### **III. Antidepresivele**

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 triciclice:

- + Imipramină;
- + Amitriptilină;
- + Clomipramină;
- + Doxepin;
- + Mianserin;
- + Maprotilina;

SSRI:

- + Fluoxetină;
- + Sertralină;
- + Fluvoxamină;
- + Paroxetină;
- + Escitalopram;

Antidepresive duale:

- + Venlafaxină;
- + Duloxetină;
- + Mirtazapină;

Modulatori ai serotoninei:

- + Trazodonă;

Modulatori glutamatergici:

- + Tianeptină;



### **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:**

1. Gură uscată, constipație, midriază, retenție urinară, hipotensiune ortostatică, impotență, tulburări de ejaculare și agravarea glaucomului.

2. Efecte SNC: sedare, tremor și alte simptome extrapiramidale, sindrom de sevraj, convulsii, vertij, viraj maniacal.

3. Efecte cardiace: tahicardie, modificări ECG, aritmii.

4. Reacții adverse alergice: agranulocitoză, icter, erupții cutanate, vasculită sistemică.

5. 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, dureri în piept sau alte simptome neobișnuite, deoarece acestea pot anunța apariția crizei hipertensive.

- 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.

#### **IV. Stabilizatorii afectivi**

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.

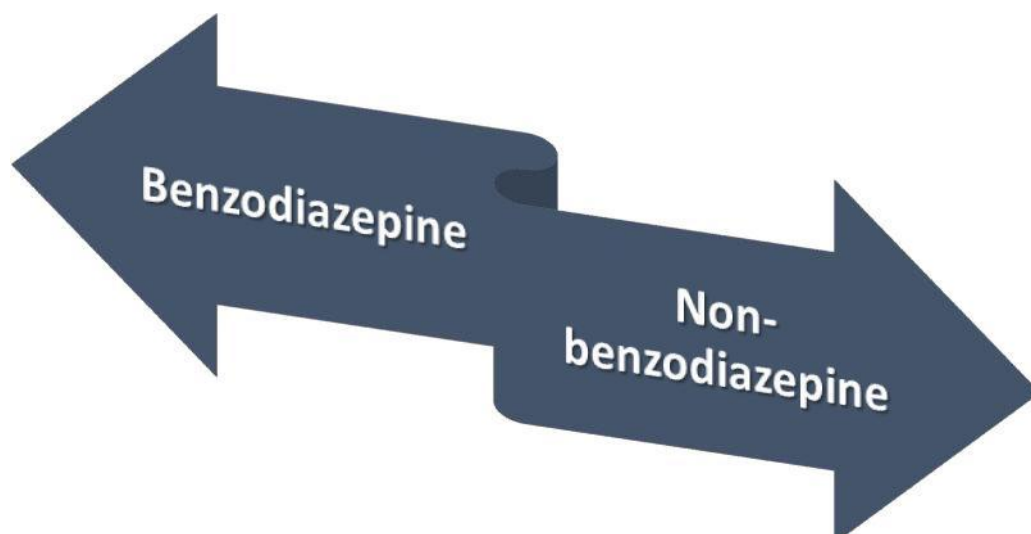
De asemenea, trebuie menționat că această medicație prezintă un important risc teratogen și trebuie administrată cu prudență la femeia tânără.

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

- Deoarece medicamentul poate provoca amețeli și somnolență, este important să sfătuiască pacientul 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.

### **V. Anxioliticele**

Anxioliticele sunt un grup heterogen de medicamente ce diminuează, în special, anxietatea, având, de asemenea (în funcție de substanța activă), efecte hipnotice, sedative, miorelaxante, anticomițiale. 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
- 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 pe aparatul cardiovascular

**Efecte negative:**

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

**Contraindicații:**

- Insuficiența respiratorie
- Miastenia gravis
- Glaucom cu unghi închis
- Șofer profesionist

**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.

- 

## VI. Hipnoticele

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 cărui i se administrează hipnotice:**

- Explicați pacientului modul în care trebuie să se ridice dimineața 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.

**VII. Medicația antidementială**

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 căruia 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.



## 14.2. Terapii psihosociale

Există mai multe tipuri de intervenții psihosociale:

- ✚ Terapia psihanalitică;
- ✚ Terapia comportamentală;
- ✚ Terapia cognitivă;
- ✚ Hipnoza;
- ✚ 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 sugestionabilă 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 familiali 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.