UNIVERSITATEA
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABEȘ" DIN TIMIȘOARA

Ana-Cristina Bredicean

Cătălina Giurgi-Oncu

Oana Neda-Stepan

Ion Papavă

ÎNGRIJIREA BOLNAVULUI CU TULBURĂRI ÎN SFERA SĂNĂTĂȚII MENTALE ȘI A PSIHIATRIEI

– curs pentru asistente medicale –

Ediția a doua, revizuită

MANUALE

Editura "Victor Babeş"
Timişoara, 2025

Editura „Victor Babeş”
Piaţa Eftimie Murgu nr. 2, cam. 316, 300041 Timişoara
Tel./ Fax 0256 495 210
e-mail: evb@umft.ro
www.umft.ro/ro/organizare-evb/

Director general: Prof. univ. dr. Sorin Ursoniu

Colecţia: MANUALE

Coordonatori colecţie: Prof. univ. dr. Codruța Șoica
Prof. univ. dr. Daniel Lighezan

Referent ştiinţific: Prof. univ. dr. Sorin Ursoniu

© 2025
Toate drepturile asupra acestei ediţii sunt rezervate.
Reproducerea parţială sau integrală a textului, pe orice suport, fără acordul scris al autorilor este interzisă şi se va sancţiona conform legilor în vigoare.

ISBN: 978-606-786-502-8

CUPRINS

1. SĂNĂTATE MINTALĂ VERSUS TULBURARE 5
2. ÎNGRIJIREA ÎN SĂNĂTATEA MINTALĂ ŞI PSIHIATRIE – PRINCIPII ŞI EVOLUŢIE 11
3. MODELE CONCEPTUALE 25
3.1. Modelul psihanalitic 25
3.2. Modelul comportamental 27
3.3. Modelul interpersonal 28
3.4. Modelul comunicativ 29
3.5. Modelul medical 31
3.6. Modelul nursing-ului 32
3.7. Modelul holistic 33
4. PERSONALITATEA 36
4.1. Caracteristici generale 36
4.2. Îngrijirea pacientului cu tulburare de personalitate 40
5. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR EXPUSE LA STRES SEVER 43
6. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE ANXIOASĂ 44
7. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE CONVERSIV- DISOCIATIVĂ 49
8. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE AFECTIVĂ 52
Fig. 1. Tulburări afective 52
Tulburarea afectivă bipolară 52
Nursing-ul pacientului depresiv 53
Nursing-ul pacientului cu manie 56
9. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU TULBURĂRI PSIHOTICE 57
10. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU CONSUM DE ALCOOL 60
11. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU CONSUM DE SUBSTANŢE PSIHOACTIVE 63
12. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE DETERIORATIVĂ 65
13. ÎNGRIJIREA ÎN URGENŢELE PSIHIATRICE 67
14. INTERVENŢIILE TERAPEUTICE ÎN PSIHIATRIE 79
14.1. Terapia medicamentoasă 79
14.2. Terapii psihosociale 90

15. ETICĂ ȘI RELAȚIE TERAPEUTICĂ ÎN PSIHIATRIE 96
15.1. Introducere: De ce etica e diferită în psihiatrie? 96
15.2. Principiile eticii medicale aplicate în psihiatrie 96
15.3. Dileme frecvente în practica asistentei de psihiatrie..... 97
15.4. Ataşamentul terapeutic şi granițele profesionale 98
15.5. Etica în tratamentul fără consimțământ 98
15.6. Etica în echipa de îngrijire 99
15.7. Educație pentru etică: dezvoltarea gândirii morale în profesia de asistent 100
15.8. Concluzii şi recomandări 101

1. SĂNĂTATE MINTALĂ VERSUS TULBURARE

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

În diferite situaţii de viaţă, punem eticheta „nu eşti normal”, normalitatea fiind, de asemenea, o noţiune ambiguă şi, deseori, legată de judecăţi de valoare, în mod special, de valori culturale şi de valori ale societăţii. Chiar şi în cadrul aceleaşi culturi, conceptele de sănătate mintală pot evolua în timp, pe măsură ce valorile societăţii se schimbă.

Ce este normalitatea?

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

Dificultatea ce apare în încercarea de a răspunde la această întrebare este reprezentată de faptul că noţiunea 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 înălţimea normală, greutatea normală ş.a.m.d. În acest sens, în ceea ce priveşte 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 realităţii;
- Relaţii interpersonale armonioase.

Aceste atribute sunt prezente când vorbim despre sănătatea mintală a unei persoane, dar mai sunt şi alte aspecte, care aparţin socialului ce ne înconjoară. Astfel, viaţa normală implică mai multe activităţi, precum:

- Adaptarea la situaţia de muncă;
- Activităţile de timp liber;
- Managementul contactelor sociale;
- Adaptarea la sexul opus.

Diferenţierea dintre o tulburare psihică şi 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 apariţie a tulburărilor psihice, însă anumiţi experţi din domeniul sănătăţii mintale consideră că tulburările psihice sunt legate de alterări ale cantităţii de neurotransmiţători, de modificări neurodevelopmentale sau de mutaţii la nivel genetic. În prezent, nicio ipoteză nu explică, în totalitate, apariţia 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 conştientizare a propriilor calităţi, alături de capacitatea de a face faţă, în viaţa de zi cu zi, armonios, totodată, ţinând cont de dorinţele proprii, dar şi de cele ale comunităţii extinse.

Ce este o tulburare psihică?

În medicină se discută despre boli, iar în psihiatrie vorbim de tulburări. Tulburarea mintală, privită ca o disfuncţie semnificativă la nivelul gândirii, al afectivităţii şi comportamentului unei persoane, această stare patologică afectând considerabil capacitatea persoanei de a relaţiona cu alţii şi de a funcţiona în viaţa de zi cu zi. Simptomele care apar pot varia, ca durată şi intensitate, de la o persoană la alta, în funcţie de tipul de tulburare şi de trăsăturile de personalitate ale fiecăruia, precum şi de momentul de viaţă în care se află această persoană. Aceste tulburări pot apărea la oricine, indiferent de sex, vârstă, cultură, naţionalitate, religie, nivel de educaţie sau viaţă.

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

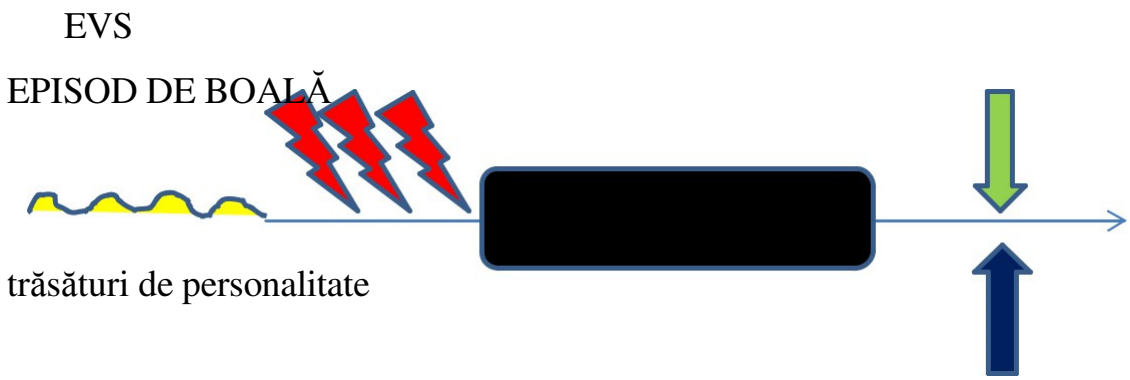


Fig. 2 – Episod de boală

Perspectiva longitudinală a evoluţiei unei tulbuirări poate fi foarte variată, de la prezenţa unui singur episod până la apariţia mai multor episoade, care se pot remite în totalitate sau parţial.

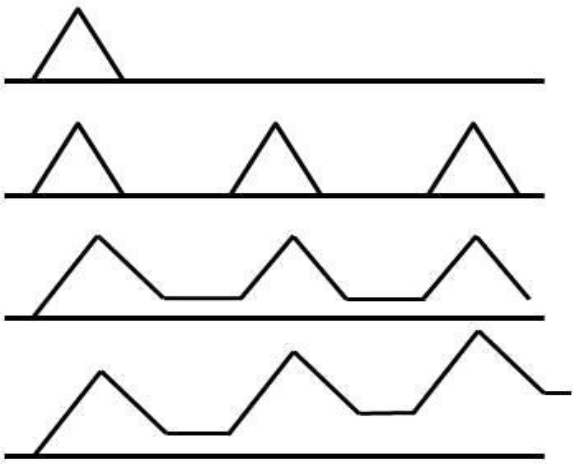


Fig. 3- Perspectiva longitudinală a tulburării psihice

Diagnosticul clinic se bazează pe sistemele de clasificare internaţională 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 şi tulburările de personalitate, ce pot fi întâlnite ca şi comorbidităţi la aceeaşi persoană. De asemenea, luăm în considerare atât momentul, cât şi conjunctura de viaţă în care se află subiectul.

Atât caracteristicile biologice, cât şi 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 viaţă şi boli somatice, mai ales cerebrale;
- Abilităţile persoanei de a face faţă la stresori, de a rezolva probleme, de a-şi construi relaţii sociale, de a se relaxa, de a avea satisfacţii şi sens;
- Reţeaua de suport social.

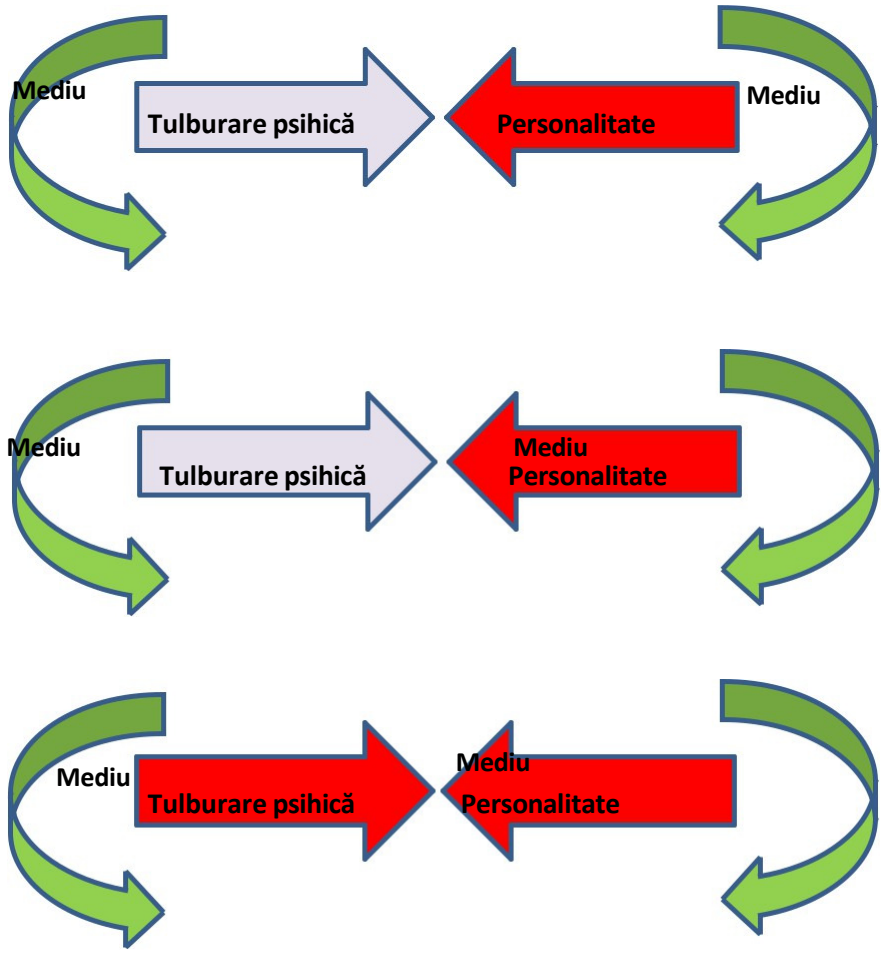


Fig. 4- Diagnostic clinic

Criterii majore pentru diagnosticul bolii mintale (psihoză)

Criteriile de psihoză include:

1. Comportament bizar;
2. Experienţă 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.

	Sănătate mintală	Tulburare psihică
1.	Se acceptă pe sine şi pe alții.	1. Sentimente de neadecvare. Stimă de sine scăzută
2.	Capacitatea de a face față şi 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 viaţă
3.	Capacitatea de a stabili relații strânse și de durată cu alte persoane	3. Incapacitatea de a stabili şi a menţine relații cu alte persoane
4.	Capacitatea de a lua decizii	4. Capacitate scăzută de a lua decizii
5.	Asumarea responsabilității pentru acţiunile sale	5. Incapacitatea de a accepta responsabilitatea pentru acţiuni
6.	Optimist	6. Pesimist
7.	Îşi cunoaşte bine limitele.	7. Nu își cunoaşte bine limitele proprii.
8.	Funcţionează independent.	8. Funcţionează ajutat de alţii.
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 îşi rezolve problemele.
11.	Sănătatea mintală reflectă abordarea vieții de către o persoană, comunicarea emoțiilor, a şti 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 faţă la cererile societății.

2. ÎNGRIJIREA ÎN SĂNĂTATEA MINTALĂ ŞI PSIHIATRIE – PRINCIPII ŞI EVOLUŢIE

Nursing-ul este o noţiune foarte complexă, relativ greu de definit, reprezentând practic totalitatea măsurilor de îngrijire care se acordă unui bolnav de către asistentul medical. Asistenţa medicală în domeniul sănătăţii mintale este o ramură specializată a asistenţei medicale, ce are în prim plan promovarea sănătăţii mintale, prevenţia şi îngrijirea pacienţilor cu probleme de sănătate mintală. Primele şcoli care au format asistenţi medicali în specialitatea psihiatrie, pentru centre de îngrijire a persoanelor vârstnice sau centre de sănătate mintală au apărut la sfârşitul secolului XIX în SUA, ulterior dezvoltându-se şi 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. Asistenţii medicali în psihiatrie şi domeniul sănătăţii mintale „intră într-un parteneriat cu pacienţii şi, prin utilizarea ştiinţelor umane şi a artei de a îngriji pacienţii, dezvoltă cu aceştia o relaţie de ajutor” (CNA, 1997b, p.43). Asistentul medical:

- Evaluează valorile şi experienţele de viaţă personală ale pacientului. Stabileşte şi menţine un mediu de îngrijire corespunzător;
- Foloseşte o serie de abilităţi de comunicare, atât verbale cât şi non- verbale (ce includ empatie, ascultare, observare, etc.);
- Face diferenţa între relaţiile sociale şi profesionale;

- Recunoaşte influenţa culturii şi a etniei asupra procesului terapeutic şi acordă îngrijire conform nivelului de cultură şi a etniei a persoanei respective;
- Mobilizează toate resursele necesare creşterii accesului pacientului la serviciile de sănătate mintală;
- Înţelege şi răspunde la reacţiile pacienţilor, cum ar fi: furie, anxietate, frică, durere, neputinţă, disperare;
- Oferă susţinere aparţinătorilor pacienţilor.

2. Administrarea şi monitorizarea îngrijirilor medicale

Datorită naturii problemelor de sănătate mintală există consecinţe unice de practică în administrarea şi monitorizarea îngrijirilor medicale. Siguranţa în asistenţa medicală în sănătate mintală are un înţeles unic, deoarece mulţi dintre pacienţi prezintă un risc de autovătămare sau de autoneglijare. Pacienţilor le poate lipsi capacitatea, din punct de vedere al sănătăţii mintale, să participe la luarea deciziilor. Asistentul medical trebuie să fie atent la reacţiile adverse, deoarece capacitatea pacientului de a se autosemnala poate fi afectată.

Asistentul medical în sănătate mintală:

- Asistă şi învaţă pacienţii să facă alegeri care să susţină schimbările pozitive, în ceea ce priveşte comportamentul şi/sau relaţiile lor;
- Încurajează pacienţii în îndeplinirea sarcinilor şi în a avea grijă de ei înşişi;
- Utilizează cea mai potrivită tehnică pentru acordarea unor îngrijiri medicale sigure, folositoare şi eficiente;
- Administrează medicamentele adecvate, în condiţii de siguranţă, monitorizând răspunsul terapeutic, reacţiile adverse, precum şi incompatibilitatea cu alte medicamente sau substanţe;
- Evaluează reacţiile pacienţilor în activităţile de zi cu zi.

3. Rezolvarea cu uşurinţă a situaţiilor neprevăzute

Rezolvarea cu uşurinţă a situaţiilor neprevăzute este esenţială în circumstanţe critice, adică în situaţii de urgenţe psihiatrice sau, chiar medicale. Acestea includ: autoagresiunea şi heteroagresiunea, precum şi schimbări bruşte ale stării psihice.

Asistentul medical:

- Evaluează pacienţii pentru riscul consumului/abuzului de substanţe psihoactive;
- Cunoaşte resursele necesare gestionării unei situaţii de urgenţă psihiatrică sau medicală;
- Monitorizează siguranţa pacienţilor pentru a depista din timp schimbări în starea pacientului şi intervine în situaţiile de urgenţă;
- Ia în considerare consecinţele legale şi etice în situaţii imprevizibile;
- Participă la procesul de „interviu clinic" împreună cu medicul psihiatru;
- Încurajează şi ajută pacienţii să caute grupuri de suport pentru ajutor reciproc şi sprijin;
- Evaluează răspunsul şi percepţia pacientului la asistenţa medicală şi la alte îngriiri medicale.

Principiile care coordonează comportamentul asistentului medical în psihiatrie

1. Bolnavul psihic este cu adevărat bolnav

În psihiatrie, datorită particularităţilor simptomatologiei clinice, există frecvent, următoarele tendinţe de abordare a bolnavului psihic:

- Tendinţa de a nu-l lua în serios, de a considera comportamentul acestuia o „comedie". Trebuie să ne ferim de atitudini care ignoră prezenţa bolii, cum sunt: ironia, comportamentele represive, discursurile moralizatoare;

- Tendinţa de a-i „raţionaliza” simptomele (de ex. a-i spune unui psihotic că este imposibil să comunice la distanţă fără aparatură sau a-i spune unui anxios că nu are nicio raţiune teama lui etc.
- Tendinţa de a considera, uneori, bolnavul psihic ca pe o persoană cu inteligenţă diminuată (de ex. tendinţa de a ne adresa unor pacienţi cu schizofrenie ca şi cum aceştia nu ar înţelege sau ar fi surzi);
- Tendinţa de a nu ţine cont de suferinţa morală a pacientului. Astfel, nu trebuie să considerăm pacienţii 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 creeze între el şi noi o situaţie 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 faţă de el o atitudine de „distanţă autoritară”, adică a avea un raport strict „administrativ”, fără implicaţii umane afective, este o atitudine neadecvată;
- A avea cu el rtaporturi false, adică a-l considera inferior, dându-i pedepse (pentru că este „rău”) sau recompense (pentru că este „cuminte”) este de asemenea, o atitudine greşită.

3. Bolnavul psihic cere un efort pentru a fi înţeles

Bolnavul psihic este departe de a fi mereu uşor de înţeles. Astfel, el poate apărea ca ferm, impermeabil, dar sub această aparenţă poate exista multă suferinţă.

Asistentul medical trebuie să înţeleagă că toate comportamentele bolnavului au un sens.

4. Între asistentul medical şi pacient trebuie să se stabilească o relaţie empatică

Între două fiinţe umane care vin în contact, se stabileşte 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 relaţie de susţinere şi încurajare cu/faţă de membrii familiei pacientului.

Tipuri de internare

Nursing-ul în psihiatrie are anumite particularităţi spre deosebire de celelalte ramuri ale medicionei, datorită particularităţilor pacienţilor, adică a simptomatologiei clinice pe care o prezintă şi, mai ales, datorită lipsei conştiinţei bolii, adică a nerealizării pierderii contactului cu realitatea. Una din consecinţele acestui fapt este că, în psihiatrie, există două tipuri de internare: voluntară şi nevoluntară.

Internarea voluntară se face în acelaşi mod ca şi internarea în orice alt serviciu medical şi pentru orice altă boală. Când are loc internarea într-un serviciu de psihiatrie, se iau măsuri pentru ca toate normele de îngrijire, precum şi 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 excepţia cazului în care sunt întrunite condiţiile care justifică menţinerea internării împotriva voinţei pacientului.

Internarea nevoluntară se aplică numai după ce toate încercările de internare voluntară au fost epuizate şi în condiţiile 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 şi pentru alte persoane;

b) În cazul unei persoane suferind de o tulburare psihică gravă şi 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 condiţii adecvate pentru îngrijiri de specialitate în condiţii specifice şi care au fost nominalizate de către Direcţia 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;
- Reprezentanţii poliţiei, jandarmeriei, parchetului sau ai pompierilor.

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

Transportul acesteia la spitalul de psihiatrie se realizează cu ajutorul poliţieri, jandarmeriei, pompierilor, în condiţiile respectării tuturor măsurilor posibile de siguranţă şi a respectării integrităţii fizice şi demnităţii persoanei.

Medicul psihiatru, după evaluarea stării de sănătate mintală a persoanei aduse şi după aprecierea oportunităţii internării nevoluntare, are obligaţia de a informa imediat persoana respectivă cu privire la hotărârea de a o supune unui tratament psihiatric, precum şi 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 reţine persoana adusă şi va înscrie decizia sa, cu motivarea respectivă în documentaţia 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 numiţi de directorul spitalului, şi anume: doi psihiatri, pe cât posibil alţii decât cel care a internat persoana, şi un medic de altă specialitate sau un reprezentant al societăţii civile.

Comisia are obligaţia de a consemna decizia luată în dosarul medical al pacientului şi de a informa pacientul şi rreprezentantul să personal sau legal asupra deciziei luate. Decizia de internare nevoluntară trebuie supusă revizuirii parchetului de pe lângă instanţa judecătorească competentă, care emite sau nu, ulterior, o hotărâre judecătorească de internare. Pacientul internat nevoluntar este tratat în condiţii similare celor în care sunt îngrijiţi ceilalţi pacienţi din unitatea de psihiatrie respectivă.

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

Sistemul terapeutic

Relaţia terapeut – pacient trebuie înţeleasă în contextul echipei terapeutice, ce se echivalează cu noţiunea de sistem terapeutic.

Sistemul terapeutic reprezintă un întreg format din mai multe părţi, aflate în interdependenţă, în care suma părţilor este mai mare decât întregul. De ce aceasta? Pentru că sistemul terapeutic face apel la relaţiile care se stabilesc între părţi. Relaţia terapeut (asistent) – pacient este una dintre relaţiile care există în sistemul terapeutic. Deşi această relaţie se caracterizează prin individualitate şi specificitate, ea nu poate să facă abstracţie de legile/regulile ce guvernează întregul sistem. Sistemul, ca întreg, are:

1. Putere decizională;
2. Graniţe : modul în care informaţia intră în şi iese din sistem. Un aspect deosebit, ce trebuie discutat, este confidenţialitatea. Orice informaţie despre pacient trebuie să rămână în sistem. Ea poate fi dată părţilor sistemului, atunci când este în interesul pacientului. Este interzis ca informaţia să fie dată în afara sistemului terapeutic : rude, prieteni, cunoştinţe ale pacientului, cu excepţia cazurilor când acesta îşi dă consimţământul, în sensul că este de acord cu transmiterea informaţiei; tot aici intră şi interzicerea relatărilor despre pacient

făcute de terapeut cunoştinţelor, prietenilor săi. Există o lege a confidenţialităţii datelor despre pacient, ce stabileşte clar situaţiile în cate datele despre pacient pot fi oferite fără acordul pacientului, şi anume: instanţe juridice, judecătoreşti – în cazuri penale, Institutului de Medicină Legală. De reţinut că informaţiile despre pacient rămân confidenţiale şi după decesul pacientului.

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

Componentele relaţiei terapeut – pacient (T– P)

Relaţia T – P este matricea în care se desfăşoară îngrijirea medicală. Atât terapeutul cât şi pacientul au roluri şi responsabilităţi bine definite.

Rolul terapeutului:

- Să contribuie la stabilirea unui diagnostic;
- Să participe la stabilirea şi punerea în practică a planului terapeutic, conform standardelor de cunoştinţe medicale actuale, care au ca scop vindecarea (atunci când este posibil);
- Să ofere tratament paliativ şi îngrijire, atunci când vindecarea nu este posibilă (cazuri terminale);
- Să contribuie la minimalizarea suferinţei subiective a pacientului;
- Să fie un factor activ în procesul de psihoeducaţie a pacientului. Aderenţa pacientului la terapie (adică acceptarea şi îndeplinirea planului terapeutic – inclusiv administrarea medicaţiei) este mai mare, atunci când pacientul îşi cunoaşte boala, ştie ce medicaţie ia, care sunt efectele secundare, care sunt efectele benefice. Informaţiile trebuie date, însă, pe înțelesul pacientului;
- Terapeutul poate fi implicat în şedinţe de psihoeducaţie, fie individuale, fie de grup;

- Nu trebuie neglijată familia pacientului, care va avea o mai mare acceptanţă şi un rol activ în vindecarea pacientului atunci când are cunoştinţe despre boală, medicaţie şi despre modul în care trebuie să se comporte cu pacientul. Aceste informaţii sunt oferite în cadrul şedinţelor de psihoeducaţie 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, obişnuit. Rolul de bolnav oferă pacientului atât drepturi, cât şi responsabilităţi.

În acelaşi timp, terapeutul trebuie să cunoască atât drepturile, cât şi responsabilităţile pacientului, pentru a nu sub sau supraevalua unul dintre aspecte.

Cele mai importante drepturi ale pacienţilor sunt:

- Situaţia de bolnav oferă dreptul de a nu mai participa, în cea mai mare parte (uneori, chiar deloc), la îndeplinirea responsabilităţilor material-financiare şi administrativ-profesionale sau faţă de familie;
- Pacientul nu trebuie blamat pentru boala sa sau pentru evoluţia bolii sale;

Responsabilităţile pacientului includ:

- Obligaţia de a căuta ajutor medical calificat; Dorinţa pacientului de a se face bine;
- Îndeplinirea recomandărilor medicale primite;
- Să fie cinstit în relatarea aspectelor legate de boală şi terapie.

Rolul elementelor ce ţin de boală

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

- Limitări fizice;

- Limitări psihologice, prin disconfort subiectiv trăit de pacient;
- Limitări profesionale;
- Evaluarea elementelor intrapersonale – se referă la modul de reacţie al pacientului (în funcţie de personalitatea sa) la condiţia de stres determinată de boală;
- Evaluarea elementelor interpersonale determinate de boală - reacţii disfuncţionale din partea familiei (supraprotecţie, rejet); - modificări în relaţiile cu prietenii (rejet, izolare), ce au consecinţe asupra reţelei de suport social;
- Evaluarea posibilelor impedimente;
- Dificultăţi financiare ale pacientului, dar şi ale sistemului terapeutic;
- Incapacitatea de a înţelege boala, datorită unei deficienţe cognitive, retard mintal, neşcolarizare;
- Altă perspectivă asupra cauzalităţii bolii (modele sub-transculturale).

Modelul funcţional al relaţiei T – P

a) În relaţia T – P există un nivel tehnico profesional pentru că un nespecialist se adresează unui specialist, cerând ajutor, care trebuie oferit conform standardelor de cunoştinţe medicale actuale. La acest nivel există o diferenţă de poziţionare, specialistul aflându-se într-o poziţie dominantă, fiind cel care deţine informaţia terapeutică şi care trebuie să acţioneze în cadrul unui cod etico-moral : „primum non nocere”.

b) Această relaţie terapeutică presupune şi o situaţie de comunicare, ce pune faţă în faţă două persoane din medii diferite cu psihologii diferite. În ciuda acestor diferenţe, cele două persoane trebuie să se afle pe acelaşi nivel de poziţionare şi anume, cel uman – de la om la om. De multe ori, vedem boala şi nu bolnavul. Două afirmaţii au devenit celebre:

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

Thilbon: „Ceea ce aştept 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 simţiţi 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 obţine o informaţie punctuală, absentă.

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

3. Se cere ca terapeutul că înţeleagă boala, dar şi bolnavul. Cunoştinţele vor trebui dublate de empatie (terapeutul se plasează în locul pacientului, înţelegându-l, astfel, mai bine).

4. Terapeutul trebuie să insufle încredere şi speranţă, minimalizând frica şi îndoielile.

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

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

Cel mai corect model al relaţiei T – P este cel **INTERPRETATIV.** Acest model presupune că terapeutul înţelege nevoile şi dorinţele pacientului, oferind cadrul terapeutic tehnic cel mai adecvat şi specific bolii, totodată fiind şi un bun consilier pentru pacient, ţinând cont de stilul de personalitate al pacientului şi reacţia acestuia la boală.

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

Informaţia trebuie dată într-un cadru profesionist – prietenos şi cu mult tact.

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

Atitudini şi modele disfuncţionale în relaţia T – P

1. Situaţia magică în care terapeutul este investit cu puteri supranaturale, supraomeneşti, care poate totul şi sigur va rezolva problema. Sunt multe situaţii în care rezolvarea problemei este limitată, situaţie în care conferirea de supraputeri aduce dezamăgire sau atitudine revendicativă. Desigur, evaluarea corectă a expectanţei pacientului, în raport cu posibilităţile, cere tact şi experienţă.

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

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

4. Situaţie de dependenţă, de contratransfer negativ de la pacient la terapeut. Această situaţie apare de foarte multe ori în patologia psihiatrică, ca, de exemplu, în cazul tulburărilor nevrotice, cu influenţe negative asupra procesului de vindecare, pacientul ajungând să folosească boală (beneficiul secundar) pentru a-şi valida nevoia de dependenţă. Această nevoie de dependenţă ascunde, de obicei, alte deficite din planul personal al pacientului (ex. carenţă afectivă şi socială).

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

terapeutic, cu capacitatea de a prelua responsabilităţile pentru viaţa sa şi de a-şi exprima nevoile personale (ex. patologia nevrotică, schizofrenia).

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

7. Atitudinea punitivă – în care terapeutul învinovăţeşte pacientul pentru evoluţia deficitară a bolii (de multe ori pentru a-şi acoperi superficialitatea sau chiar incompetenţa).

8. Atitudine lipsită de coerenţă din partea terapeutului: informaţii date vag, imprecis, neclar, cu contradicţii de la o fază la alta.

9. Pacientul manipulativ, ce şantajează cu scopul de a obţine un beneficiu secundar bolii, de multe ori, material (ex. concediu mediocal, pensionare). A se lu lua aici în calcul şi simularea unei boli psihice (de ex. pacienţii aflaţi în detenţie).

10. Pacientul care dramatizează, suprasimulează (înfloreşte simptomele, le accentuează), fie tot pentru a obţine un beneficiu secundar sau datorită unui stil de viaţă particular (personalităţi isterice).

11. Pacientul ce disimulează boala – adică ascunde simptomele şi nu le spune terapeutului. Situaţia apare, în special, la bolnavii psihotici (care nu au conştiinţa bolii) sau la cei depresivi, cu intenţie suicidară.

12. Pacientul revendicativ, procesoman, care ameninţă terapeutul şi care face răspunzător terapeutul pentru o serie de lucruri, situaţii ce depăşesc limitele unui act medical corect. Pentru a preveni această situaţie, este absolut necesară informarea pacientului despre boală, despre condiţiile terapeutice, despre evoluţie şi posibilele complicaţii independente de medic, în scris, sub semnătura pacientului de luare la cunoştinţă. Acest procedeu, de fapt, este o cerinţă standard pentru orice act medical.

13. Pacientul necompliant, care nu respectă sfaturile terapeutice şi prescripţia medicală, din diferite motive.

Explicaţiile terapeutice şi motivarea pacientului de către terapeut sunt o modalitate de ameliorare a acestei disfuncţionalităţi.

14. Pacientul care neagă boala şi, în consecinţă, refuză tratamentul medical.

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

În general şi în foarte multe situaţii, actul terapeutic operează în cadrul principiului dreptului şi libertăţii omului.

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

- Pacientul are un potenţial de periculozitate pentru sine sau pentru alţii (de ex. îşi pun propria viaţă în pericol prin suicid, prin nealimentare, acte de autoagresivitate sau pun în pericol viaţa altora, prin acte de heteroagresiune, ca în cazul pacienţilor psihotici, suicidari, psihopaţi 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 cunoştinţe. 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 şi bolile psihice. Diferitele modele sau abordări teoretice ce influenţează practica curentă sunt: modelul psihanalitic, modelul comportamental, modelul interpersonal, modelul comunicaţional, modelul medical, modelul nursing-ului şi modelul holistic.

3.1. Modelul psihanalitic

Modelul psihanalitic derivă din activitatea ştiinţifică a lui Sigmund Freud şi a urmaşilor săi. Principiile de bază ale modelului psihanalitic susţin 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 naştere până la bătrâneţe, este determinat de o energie, numită libido. Scopul libido-ului este reducerea tensiunii prin atingerea plăcerii. Libido-ul este strâns asociat cu acţiuni fiziologice sau instinctuale (de exemplu : foamea, setea, sexul). Actarea pe baza acestor pulsiuni are ca rezultat reducerea tensiunii şi experienţa plăcerii.
- Personalitatea fiinţei umane poate fi înţeleasă prin intermediul a 3 structuri majore: **sine**, **eu** şi **supraeu**. Sinele reprezintă cea mai

primitivă structură a personalităţii 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** acţionează ca mediator între sine şi supraeu şi dă naştere unui comportament mult mai matur şi adaptativ. **Supraeul** este structura care conţine valorile, reglementările legale şi morale şi aşteptările sociale, care împiedecă libera exprimare a comportamentelor ce caută plăcere.

- Dezvoltarea personalităţii umane se desfăşoară prin parcurgerea a 5 stadii psihice înnăscute – oral, anal, falic, latent şi genital. Deşi aceste etape se extind pe toată durata de viaţă, evenimentele din primii 6 ani de viaţă determină caracteristicile personalităţii pe termen lung ale individului.
- Psihanaliza descrisă de Freud, foloseşte asocierea liberă şi analiza viselor pentru a influenţa reconstrucţia personalităţii. Asocierea liberă se referă la verbalizarea gândurilor pe măsură ce apar, fără nici un screening conştient. Analiza viselor pacientului ajută la cunoaşterea suplimentară a problemei şi a rezistenţelor sale. Astfel, visele comunică, în mod simbolic, zonele conflictului intrapsihic. Terapeutul încearcă apoi să ajute pacientul să îşi recunoască conflictele intrapsihice prin utilizarea interpretării. Pacientul este un participant activ, dezvăluind, în mod liber, toate gândurile, exact aşa cum apar şi descrie toate visele. Psihanalistul este o persoană din umbră, în timp ce pacientului îi este sugerat să îşi dezvăluie toate gândurile şi sentimentele, pe când analistul nu dezvăluie nimic personal. Prin completarea terapiei, pacientul este capabil să îşi trăiască viaţa în conformitate cu o evaluare exactă a realităţii externe şi este, de asemenea, capabil să se raporteze la alţii neinhibat de conflicte nevrotice.

Aplicabilitatea în asistenţa medicală

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

3.2. Modelul comportamental

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

- Întregul comportament este învăţat (adaptativ şi inadaptabil); Întregul comportament apare ca răspuns la un stimul;
- Fiinţele umane sunt organisme pasive, care pot fi condiţionate sau modelate să facă orice, dacă răspunsurile corecte sunt recompensate sau consolidate;
- Comportamentul inadecvat poate fi dezvăţat şi 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 învăţare;

Abordarea este similară celei dintre un elev şi un profesor.

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

Terapeutul foloseşte disconfortul pacientului ca forţă motivaţională spre învăţare.

Terapeutul consolidează comportamentele dorite.

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

Aplicabilitatea în asistenţa medicală

Asistentul medical foloseşte, în mod obişnuit tehnici comportamentale în mai multe situaţii ce survin la pacienţii cu boli psihice. În plus, asistenţii medicali care lucrează cu clienţi cu dizabilităţi fizice, dureri cronice, dependenţă de substanţe psihoactive şi în centre de reabilitare, aplică, de asemenea, aceste tehnici.

3.3. Modelul interpersonal

Harry Sullivan este iniţiatorul teoriei relaţiilor interpersonale. Ipotezele de bază ale modelului interpersonal sunt:

- Fiinţele umane sunt, în esenţă, fiinţe sociale;
- Personalitatea umană se formează în contextul interacţiunilor sociale cu alte fiinţe umane;
- Stima de sine este o faţetă importantă a personalităţii umane. Interacţiunile cu alte persoane semnificative, care transmit dezaprobare sau alte mesaje sau semnificaţii negative, contribuie la formarea sistemului propriu.
- Mecanismele de apărare sunt utilizate pentru a reduce sau a evita experienţa anxietăţii. Aceste mecanisme de apărare includ sublimarea, neatenţia selectivă şi disocierea.
- Experienţele de viaţă cu părinţii, în special mama, influenţează dezvoltarea individului de-a lungul vieţii.

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

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

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

Rolul pacientului este de a-şi împărtăşi preocupările cu terapeutul şi de a participa în construirea reţelei, la maximul abilităţii sale.

Relaţia cu sine este menită să servească drept model al relaţiilor interpersonale, apoi, să-şi îmbunătăţească şi să-şi lărgească celelalte experienţe de viaţă cu semenii, în afara terapiei.

Aplicabilitatea în asistenţa medicală

Teoria interpersonală a lui Sullivan a fost piatra de temelie a programelor de asistenţă medicală în sănătate mintală. Interacţiunea 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 informaţii, idei, credinţe şi sentimente într-un grup de persoane. Teoreticienii care au subliniat, în mod special, importanţa comunicării sunt Eric Berne (fondatorul analizei tranzacţionale), alături de Paul Watzlawick şi asociaţii săi.

Ipotezele de bază ale modelului de comunicare sunt:

- Înţelegerea sensului comportamentului se bazează pe claritatea comunicării dintre expeditor şi receptor;
- Comunicarea neadecvată a informaţiilor provoacă anxietate şi frustrare;

- Întreg comportamentul este o formă de comunicarea, fie ea verbală sau non-verbală;
- Întreruperea comportamentului poate fi privită ca o perturbare a procesului de comunicare şi ca o încercare de comunicare.

Terapeuţii localizează perturbările din cadrul procesului de comunicare şi propun intervenţii pentru îmbunătăţirea comunicării.

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

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

Terapeutul evidenţiază moduri de relaţionare clară cu ceilalţi. Comunicarea non-verbală este, de asemenea, analizată, în special în ceea ce priveşte congruenţa cu comportamentul verbal.

Terapeutul învaţă 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. Aparţinătorii sunt adesea incluşi în terapia de comunicare, pentru a aduce beneficii terapeutice pacientului.

Aplicabilitatea în asistenţa medicală

Această teorie îi ajută pe asistenţii de sănătate mintală să înţeleagă procesul de comunicare şi să corecteze tulburările de comunicare.

3.5. Modelul medical

Modelul medical domină o mare parte din îngrijirile psihiatrice moderne. Alţi profesionişti din domeniul sănătăţii pot fi implicaţi în sesizări intermediare, evaluarea familiei şi educaţie mintală, dar medicii sunt priviţi ca liderii echipei, atunci când acest model este în vigoare. O contribuţie pozitivă a modelului medical a fost explorarea continuă a cauzelor bolilor mintale, folosind procesul ştiinţific.

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, dificultăţi la nivel sinaptic şi neurochimice, precum dopamina, serotonina şi norepinefrina.

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

Aplicabilitatea în asistenţa medicală

Asistenta de sănătate mintală foloseşte acest model pentru evaluare, diagnostic, planificare şi implementare a îngrijirii medicale.

3.6. Modelul nursing-ului

Asistenţa medicală se concentrează pe răspunsul individului la problemele potenţiale sau reale de sănătate. În conformitate cu modelul de asistenţă 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 viaţă în moduri unice. Aceste predispoziţii sunt biologice, psihologice, socio-culturale şi au legătură cu experienţele anterioare ale persoanei.

Comportamentul este rezultatul îmbinării factorilor preexistenţi cu cei precipitanţi. Stresorii sunt evenimente de viaţă pe care individul le percepe ca provocatoare, ameninţătoare sau solicitante. Natura răspunsului comportamental depinde, în principal, de modul în care persoana evaluează stresorul şi de aprecierea sa asupra modului în care va face faţă.

Intervenţia de asistenţă medicală poate avea loc în orice punct al procesului. O asistentă poate practica prevenţia primară intervenind într-o problemă reală de sănătate; se poate practica prevenţie secundară intervenind într-o problemă reală de sănătate acută sau prevenţie terţiară, 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 şi examenul psihic. Datele suplimentare pot fi colectate de la aparţinători şi pe baza examenului obiectiv. Apoi, este formulat un diagnostic, pe baza căruia se vor institui intervenţiile şi planul de tratament.

La final, se va face o evaluare pentru a confirma eficacitatea intervenţiilor şi a planului terapeutic.

Aplicabilitatea în asistenţa medicală

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

3.7. Modelul holistic

Viziunea holistică asupra pacientului presupune că sufletul şi corpul sunt nedespărţite, pacientul fiind privit ca un membru al unei familii şi al unei comunităţi. Acest model a fost esenţial în concepţia „Nightingale", privind asistenţa medicală. Scopul principal al asistentului medical este de a ajuta clienţii să dezvolte strategii pentru a fi în armonie cu sine şi cu ceilalţi, cu natura şi lumea înconjurătoare.

Este accentuată funcţionarea integrativă a dimensiunilor fizice, emoţionale, intelectuale, sociale şi spirituale ale clientului. Fiecare persoană este considerată ca un întreg, mulţi factori contribuind la starea de sănătate şi de boală. Premizele filosofiei holistice de îngrijire a sănătăţii sunt descrise prin cinci concepte majore:

În primul rând, fiecare persoană este multidimensională, dimensiunile fizice, emoţionale, intelectuale, sociale şi spiritual sunt în continua interacţiune între ele:

- Dimensiunea fizică implică tot ceea ce este asociat cu corpul său, atât intern, cât şi extern;
- Dimensiunea emoţională constă în stări şi sentimente afective;
- Dimensiunea intelectuală include următoarele funcţii: atenţie, memorie, învăţare şi cogniţie;
- Dimensiunea socială se bazează pe interacţiune şi relaţii sociale, referindu-se, chiar mai mult, şi la conceptul global de cultură;

- Dimensiunea spirituală este acel aspect al unei persoane prin care este conturat sensul existenţial, prin care este posibilă transcendenţa asupra obişnuitului.

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 similar, 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 “leneş” sau “conştiincios”, 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 personalităţii

Tipuri de personalitate

Tulburarea de personalitate de tip paranoid

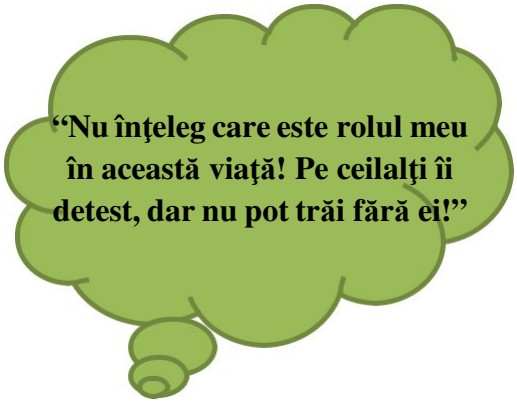
- un tipar al neîncrederii şi suspiciunii, astfel că motivele celorlalţi sunt considerate răuvoitoare;

Tulburarea de personalitate de tip schizoid

- un tipar al detaşării de relaţiile sociale şi o exprimare scăzută a trăirilor emoţionale

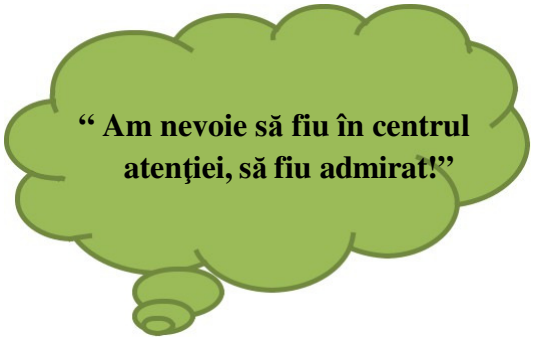
Tulburarea de personalitate de tip instabil – emoţional

- un tipar al instabilităţii emoţionale, stimei de sine, relaţiilor interpersonale şi o impulsivitate marcată



Tulburarea de personalitate de tip histrionic

- un tipar al emotivităţii excesive şi al nevoii de atenţie din partea altcuiva



Tulburarea de personalitate de tip disocial (antisocial)

- un tipar al desconsiderării drepturilor celorlalţi

Tulburarea de personalitate de tip anankast

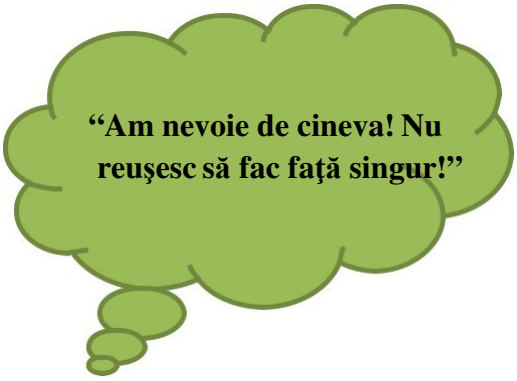
- un tipar al preocupării faţă de ordine, perfecţionism şi control

Tulburarea de personalitate de tip anxios – evitant

- un tipar al inhibiţiei sociale, al sentimentelor de neadecvare şi de hipersensibilitate la evaluări negative

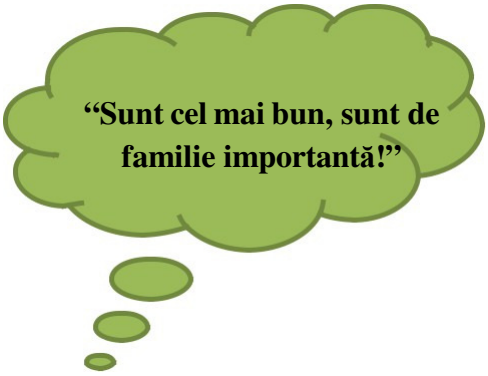
Tulburarea de personalitate de tip dependent

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



Tulburarea de personalitate de tip narcisic

- un tipar al grandorii, al lipsei de empatie şi al nevoii de admiraţie



4.2. Îngrijirea pacientului cu tulburare de personalitate

Persoanele cu tulburare de personalitate se confruntă cu numeroase probleme şi generează, de asemenea, numeroase probleme pentru oamenii din jurul lor. Studiile arată că aceste persoane au o prevalenţă mai mare a patologiei anxioase, depresive, a consumului de substanţe, dar şi a psihozei. Se asociază, de asemenea, cu o utilizare mai mare a serviciilor medicale, cu comportamente la risc şi 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 viaţă haotic, sunt foarte greu de motivat şi au sisteme de suport instabile, în aşa fel încât se angajează foarte greu în psihoterapie. O bună coordonare realizată de asistenţii medicali din cadrul serviciului de psihiatrie comunitară reprezintă cheia stabilizării acestor pacienţi, astfel încât unii pot beneficia, ulterior, de intervenţii mai specializate. Nu este atât de important tipul de terapie, cât mai degrabă managemetul de caz ce trebuie să fie constant şi riguros, să încurajeze autonomia şi să fie sensibil la schimbare.

Managementul de caz trebuie să fie sistematic, cu paşi simpli, ce trebuie urmaţi pentru a furniza un model clar, pe baza căruia terapeutul şi pacientul să lucreze. În acest mod, profesioniştii de sănătate mintală vor fi ajutaţi să facă faţă problemelor frecvente (de exemplu, autovătămarea şi riscul de suicid), pe care aceşti pacienţi le generează, discutând despre orice sentiment greu de stăpânit, oferind o psihoeducaţie de bază pentru managementul stărilor emoţional, încurajând atât dezvoltarea capacităţii de rezolvare a problemelor, cât şi împărtăşirea riscului şi a responsabilităţii. În plus, aceşti pacienţi sunt problematici, în ceea ce se cheamă alianţa terapeutică, adică aceasta se realizează cu dificultate, se menţine şi mai greu sau este neadecvată (alianţă de nivel fuzional.

Riscul pe care îl are asistentul medical este unul de relaţionare cu aceşti pacienţi şi de stabilire a unei alianţe terapeutice bazate pe încredere, de susţinere

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

Relaţionarea cu persoana cu tulburare de personalitate paranoidă

- Exprimaţi-vă limpede motivele şi intenţiile, pentru că există tendinţa de a-şi imagina că vreţi să îi faceţi rău. Mesajele nu trebuie să lase nici cel mai mic loc e interpretări.
- Când trebuie criticat, mesajul trebuie să ferm şi clar;
- Este de preferat să nu fie întrerupt când vorbeşte;
- Faceţi referiri la legi şi regulamente.

Relaţionarea cu persoana cu tulburare de personalitate schizoidă

- Trebuie să respectaţi nevoia de singurătate; Compania celorlalţi îl oboseşte mai mult decât pe noi;
- Este important să îl încurajaţi să vorbească, arătându-i că îl ascultaţi;
- Trebuie să îi respectaţi momentele de tăcere.

Relaţionarea cu persoana cu tulburare de personalitate borderline

- Încurajarea unui mod sănătos de eliberare a emoţiilor dureroase;
- Trebuie învăţat să nu se învinovăţească pentru lucruri asupra cărora nu deţine control;
- Realizarea unei relaţii terapeutice adecvate, fără apropieri excesive;
- Discutarea problemelor legate de consumul de substanţe.

Relaţionarea cu persoana cu tulburare de personalitate histrionică

- În general să vă aşteptaţi la tot felul de exagerări şi dramatizări; Trebuie lăsaţi din când în când să se desfăşoare, stabilind însă unele limite;
- Este bine să le arătaţi interes, ori de câte ori au un comportament „normal”, astfel, întărindu-l în mod pozitiv.

Relaţionarea cu persoana cu tulburare de personalitate narcisică

- În timpul discuţiei trebuie evitată intrarea în competiţie 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 aşteaptă la atenţie, privilegii, fără a se simţi obligat la reciprocitate;
- Relaţia terapeutică necesită un consum foarte mare de energie şi de muncă, întrucât individul are nevoie constantă de suport şi de apreciere; niciodată, nimic nu este suficient pentru ei şi vor căuta validarea în toate modurile posibile.

Relaţionarea cu persoana cu tulburare de personalitate perfecţionistă

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

Relaţionarea cu persoana cu tulburare de personalitate dependentă

- Este bine să lăudaţi cât mai mult iniţiativele, decât succesul;
- Dacă pacientul cere un sfat, înainte de a-i răspunde, este bine să-l întrebaţi în privinţa opiniei lui despre acel subiect;
- Sunt o serie de lucruri pe care le faceţi fără el şi acest lucru nj înseamnă că-l respingeţi.

Relaţionarea cu persoana cu tulburare de personalitate anxios evitantă

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

5. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR EXPUSE LA STRES SEVER

Ce este un eveniment de viaţă stresant? Ce evenimente de viaţă pot determina o patologie psihiatrică? Evenimentul stresant este acea întâmplare sau aspect de viaţă ce determină la o persoană apariţia unor reacţii patologice, prin intensitate, modalitatea de manifestare a simptomatologiei şi durata în timp. Importantă în această patologie este semnificaţia pe care o atribuie subiectul evenimentului pe care îl trăieşte, acelaşi eveniment putând avea o semnificaţie diferită pentru fiecare din noi. Există factori predispozanţi ce favorizează apariţia patologiei clinice:

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

Reacţia acută la stres

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

Tulburarea de adaptare

Îngrijirea unei persoane cu tulburare de adaptare presupune discuţii şi ascultare empatică despre eveniment, despre consecinţele pe care le determină şi depsre posibilităţile de trecere peste ele.

Tulburarea de stres posttraumatic

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

6. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE ANXIOASĂ

Anxietatea normală este un răspuns normal la pericole şi stres, fiind absolut necesară pentru supravieţuire, permiţând, de asemenea şi coping-ul la stres.

Anxietatea patologică se caracterizează prin faptul că:

- Apare un sentiment de disconfort;
- Este persistentă;
- Nu include modalităţi de coping;
- Are efecte negative asupra vieţii.

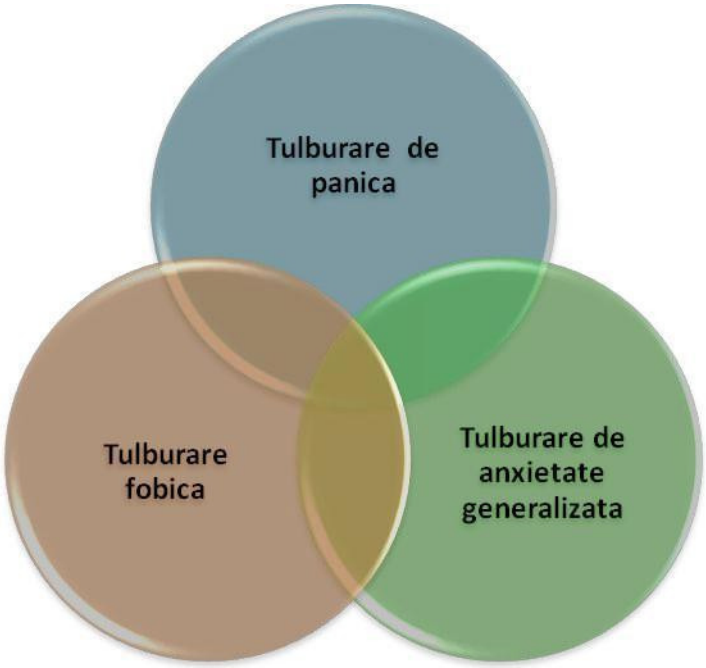


Fig. 1 - Tulburări anxioase

Nursing-ul persoanei cu patologie anxioasă

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

Managementul stresului

Stresul survine în urma interacţiunii dintre persoană şi mediu, cu consecinţe psihice, corporale şi comportamentale.

În faţa stresului se produce:

- reacţie de alarmă – cu iritabilitate şi hipersensibilitate;
- creştere a rezistenţei (dependenţă de tipul de personalitate şi suportul emoţional);
- Apariţia unei stări de epuizare (mai ales prin persistenţa stresului);
- În cazul unui pacient care este spitalizat, pe lângă cota de stres deja existentă (prin cumul de evenimente, prin boală), se adaugă şi stresul legat de spitalizare.

Etape importante

1. Identificarea modului în care fiecare persoană percepe stresul

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

Pot fi diferenţe, în funcţie de nivelul intelectual, cultural, concepţiile despre lume şi viaţă.

2. Puncte cheie de acţiune:

- Recunoaşterea momentului în care apare evenimentul stresant; se evită astfel discuţiile generale care nu focalizează pe problemă;
- Recunoaşterea semnificaţiei pe care o are acest moment : semnificaţie dependentă de perioada de viaţă în care se află pacientul, de contextul emoţional şi de suportul social pe care îl are pacientul.
- Analiza schimbărilor şi a consecinţelor pe care le poate antrena stresul; se analizează atât pe direcţia negativă, cât şi pe cea pozitivă (care, de multe ori, există, dar este mai greu de găsit de către pacient).
- Se punctează faptul că momentul, indiferent de consecinţele sale, face parte din viaţa, care continuă, nu se opreşte.

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

Managementul anxietăţii

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

Tehnici cognitive

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

Se pleacă de la principiul : „ţi-e frică de ceea ce nu cunoşti";

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

Se înregistrează şi se evaluează, pe o scală de la 1 la 10, modificările emoţionale, cognitive, corporale (ce a simţit, ce a gândit şi cum a fost corporal în situaţia generatoare de anxietate – momentul index).

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

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

Principiul de bază este „de felul cum gândeşti depinde felul în care te simţi":

- Se discută argumente şi contraargumente;
- E generează noi alternative;
- Se face o re-evaluare, faţă de momentul index (de obicei, scorurile sunt mai bune);

- Se analizează impactul acestei noi viziuni asupra stării generale şî asupra funcţionalităţii pacientului.

2. Motivaţia pentru schimbare – după principiul „dacă faci tot ceea ce ai făcut, te vei simţi la fel cum te-ai simţit”.

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

Tehnici comportamentale

- Stai împreună cu pacientul într-un mediu liniştit, securizant. - Menţii o atmosferă calmă;
- Vorbeşti în propoziţii scurte, simple, dar cu voce sigură, emanând încredere, siguranţă, întelegere;
- Înveţi pacientul să-şi folosească corpul prin exerciţii fizice simple, prin stabilizare (mărimea bazei de susţinere);
- Înveţi pacientul să se relaxeze (folosind tehnici de respiraţie: pacientul anxios respiră repede şi superficial – incorect).
    - Exerciţii de respiraţie:
        - Inspiră scurt (1/3) pe nas!
        - Scurtă pauză
        - Expiră lung (2/3) pe gură!
        - Rar
        - Respiră folosind diafragma (şi nu din gât)!
- Înveţi pacientul să-şi direcţioneze atenţia spre altceva (fie către exterior, fie către ceva mental – o amintire, o imagine plăcută).
- Ajuţi pacientul să-şi structureze ziua, printr-un program bine stabilit („când nu faci nimic – faci anxietate”).

Psihoeducaţie

Individuală şi familială, oferind informaţii despre boală, medicaţie, atitudini benefice.

7. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE CONVERSIV- DISOCIATIVĂ

Aceste tulburări erau, tradiţional, reunite sub sintagma „nevroză histerică”. Deşi simptomatologia în cazul tulburărilor conversive şi chiar disociative sugerează o afecţiune somatică, determinismul tulburărilor conversive şi disociative este psihosocial, ele fiind rezultatul unei pulsiuni refulate. Niciunul dintre aceste două tipuri de simptome (conversive şi disociative) nu sunt produse conştient de pacient, ele fiind diferite de simulare. Lipsa unor simptome asociate, de tipul anxietăţii sau tensiunii intrapsihice, create de prezenţa simptomatologiei conversiv-disociative, determină aspectul de „la belle indifférence”, pacientul manifestand o aparentă indiferenţă faţă de suferinţa sa.

Tulburările somatoforme

Tulburărille soamtoforme sunt un grup de afecţiuni ce au ca şi manifestare comună trăirea disconfortantă a propriei corporalităţi. În cadrul acestor tulburări cele mai cunoscute sunt Tulburarea de somatizare şi Tulburarea hipocondriacă.

Nursing-ul pacientului cu tulburare conversivă şi somatoformă

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

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

După ce se stabileşte o anumită relaţie 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 desfăşurare).

- Dacă clientul foloseşte 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 afecţiuni este dominat de prezenţa obsesiilor şi a actelor compulsive recurente. Acestea sunt consumatoare mari din timpul pacientului, producând un disconfort crescut (deoarece sunt violente, obscene sau fără sens) şi interferă semnificativ cu rutina normală şi funcţionarea 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 afecţiuni psihice cronice, ce au ca şi definitoriu modificarea cantitativă episodică a dispoziţiei afective.

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

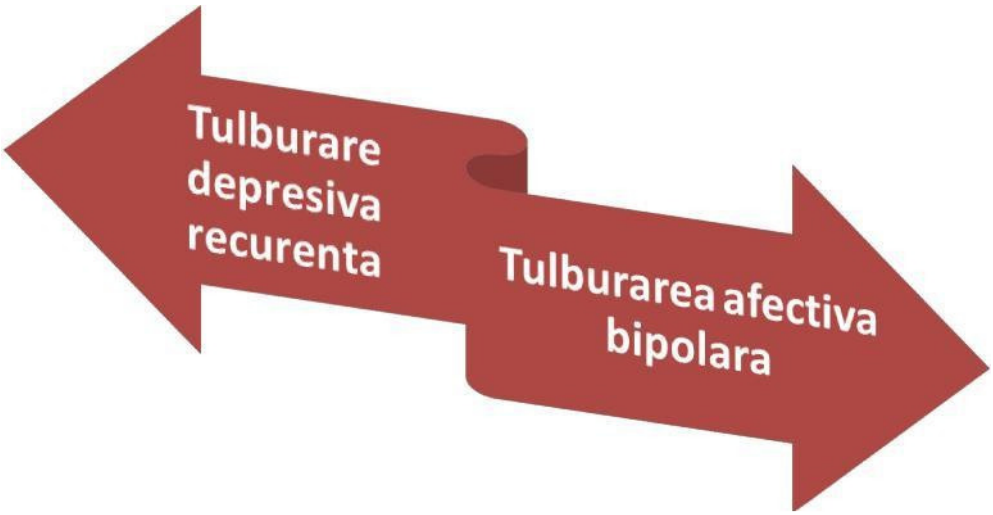


Fig. 1. Tulburări afective

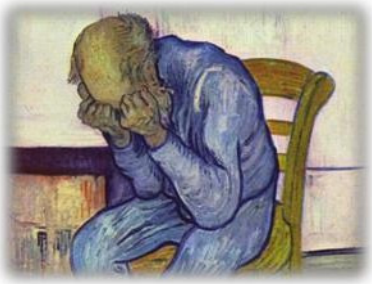
Tulburarea depresivă recurentă (tulburarea monopolar depresivă)

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 dispoziţiei, de la episoade de tip depresiv la episoade de tip maniacal/hipomaniacal.

Nursing-ul pacientului depresiv



La baza relaționării cu pacientul despresiv există patru principii:

- Relația trebuie să se desfăşoare 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 eşti şi ce faci".
- Este foarte importantă focalizarea pe testarea realității. Pacientul depresiv are, frecvent, scheme cognitive disfuncționale, care generează gânduri automate, de genul: „nu ştiu, 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 şi 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". Intervenţia asistentelor trebuie să denote colaborare.
- Focusarea trebuie să se realizeze asupra pacientului/clientului - indicaţii
- Despre persoană, timp şi loc (chemarea pe nume a pacientului, cunoaşterea numelor asistenţilor şi a locului de către pacient/client, ș.a.).
- Repetarea prezentării realităţii reprezintă fundamentul de bază pentru pacient/client.
- Petrecerea timpului cu pacientul/clientul: Prezenţa fizică este realitatea. Dacă pacientul/clientul este îngândurat, asistenta/ul trebuie să-i vorbească despre

realitate şi/sau despre sentimentele pacientului/clientului, dar se limitează atenţia data, pentru a se observa reacţiile şi gândurile lui.

De obicei, se vor folosi aceleaşi persoane pentru tratarea pacienţilor, clienţilor.

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

Totodată, numărul de persoane care interacţionează cu pacientul/clientul ar trebui mărit cât mai rapid, deoarece, astfel, scade riscul de dependenţă şi se îmbunătăţeşte abilitatea de comunicare cu persoane diferite.

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

Se foloseşte liniştea şi ascultarea, atunci când se interacţionează cu pacientul/clientul.

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

Asistentul trebuie să fie confortabil în prezenţa 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 propoziţii scurte şi directe şi se vor evita propoziţii şi indicaţii complexe. Abilităţile pacientului/clientului de a percepe complexitatea pot fi reduse. De asemenea, se recomandă evitarea întrebărilor către pacient/client care pot avea un răspuns simplu şi concret.

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

În cadrul unei comunicări eficiente, nu se vor deprecia sentimentele pacientului/clientului. Profesioniştii din domeniul sănătăţii 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 alţi membri ai echipei terapeutice, și să nu îi împărtăşească aceste îngrijorări direct sau indirect pacientului/clientului. În caz contrar, exprimarea unor astfel de sentimente va fi necorespunzătoare şi dăunătoare pacientului.

Se recomandă încurajarea pacientului/clientului să-şi exprime sentimentele verbal sau nonverbal, după cum îi este mai uşor. Pacientul/clientul trebuie să ştie că este ascultat şi 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 ştie asta. Pacientul/clientul poate să plângă şi, dacă nu o face, poate fi încurajat. Se acordă însoţirea pacientului/clientului, dacă acesta doreşte. Se oferă intimitate pacientului/ clientului, dacă acesta este în siguranţă. 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 şi atunci are nevoie de încurajare şi 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 şi alte subiecte mai complexe.

Nursing-ul pacientului cu manie

- Asiguraţi siguranța fizică a pacientului, respectiv a celor din jur.
- Stabilirea limitelor, privind comportamentul pacientului, atunci când este necesar.
- Amintiţi pacientului să respecte distanța dintre sine și cei din jur.
- Folosiți fraze scurte, simple şi clare pentru a comunica.
- Oferiţi pacientului gustări bogate în calorii și proteine.
- Promovarea odihnei şi a somnului.
- Intervenție punctuală, centrată pe probleme:
- Evaluarea problemelor (a simptomatologiei, relațiilor, comportamentelor)
- Impuneţi ordonarea activităţilor pacientului, respectiv limitarea spaţiului de circulaţie al acestuia
- Atenţie la bunurile pacientului, pe care le are asupra sa (le poate pierde cu uşurinţă sau împrăştia).

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 percepţia, înţelegerea şi reprezentarea lumii şi a sinelui. Din punct de vedere semiologic, psihoza se referă la prezenţa delirului, a halucinaţiilor, a absenţei conştiinţei bolii. În cadrul psihozei, avem perturbarea profundă a relaţiei psihoticului cu realitatea.

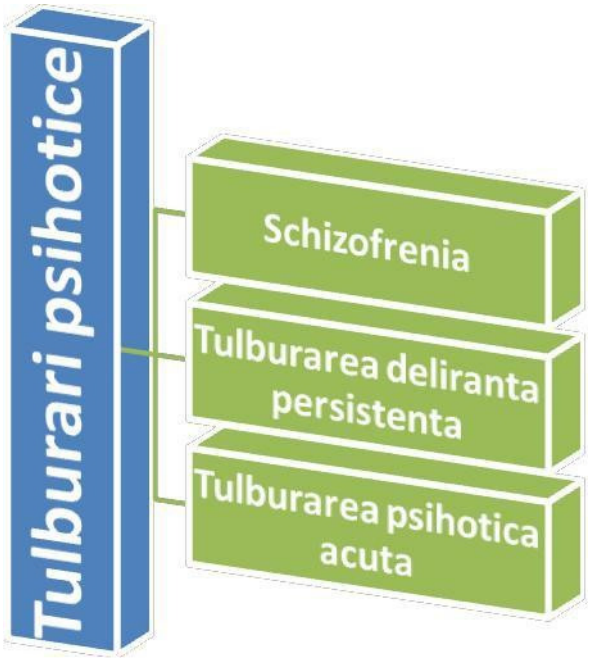


Fig. 1. Tulburări psihotice

Îngrijirea persoanelor cu patologie psihotică Evaluare

Care sunt problemele pacientului şi 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 interacţiunea 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 dumnea-voastră, dar și din partea familiei. Familia trebuie să cunoască şi să înțeleagă boala, să o accepte şi 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 şi recompensarea pacientului pentru rezultatele pozitive.
- Trebuie lucrat pe aderența terapeutică (importanța şi beneficiile terapiei, consecințele întreruperii medicației, efectele secundare ale medicației etc.).
- Asistați pacientul, din punct de vedere al îngrijirii şi igienei personale. Încercați să stimulați expresia emoțională prin exerciții simple („**ce simți când te întâlneşti cu un prieten, când îți vezi mama, copilul etc**.”).

Psihoeducație – pacient, familie

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

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

Sunt necesare bilanțuri periodice pentru a evalua succesele terapeutice şi 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 pacienţi prezintă o problemă de îngrijire, fiind vorba de o patologie aparte, în care pacientul trebuie să joace un rol activ şi 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, combinaţii);
- cantităţile;
- modalitatea de consum (singur, în grup);
- ce, cât şi când a consumat ultima dată;

- Ce gânduri şi ce sentimente trezeşte în tine cuvântul drog/alcool? Dar cuvântul adicţie?
- Crezi că dependenţa de substanţe trebuie asociată cu slăbiciunea morală? Sau consideri că este o boală ce trebuie tratată?
- Crezi că abuzul de substanţe îţi distruge viaţa ta şi a celor apropiaţi ţie?
- Ai prieteni, rude care sunt în aceeaşi situaţie? Cum apreciezi acest lucru?

- Este abuzul de substanţe o problemă socială, emoţional-psihologică sau o anormalitate somatică?
- Ce părere ai despre familia celor care consumă alcool? Poate să facă ceva? Sunt membrii familiei victime ale situaţiei?

2) Motivaţia pentru terapie

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

3) Foloseşte, în relaţia cu pacientul, termeni cunoscuţi de el. Uneori, este important să „vorbeşti aceeaşi limbă". Terapeutul este diferit de pacient, dar trebuie să genereze în pacient sentimentul că este înţeles de către terapeut.

4) Observaţie clinică adecvată a:

- simptomelor fizice, psihice, pentru a depista din timp sevrajul şi complicaţiile acestuia;
- comportamentului – există, de multe ori, tendinţa de a face orice pentru a continua consumul;

5) Atitudini benefice

- îndrumă pacientul să observe când ceva nu este în regulă, să dea atenţie acestor nereguli;
- atrage atenţia subiectului să nu-şi folosească trăirile emoţionale ca şi scuză a problemelor comportamentale;
- subiectul trebuie să înveţe să gândească, înainte de a acţiona;
- subiectul trebuie să înveţe să îşi asume responsabilitatea pentru consecinţele 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) Intervenţii terapeutice benefice

a) Terapia suportivă de grup, cu discutarea deschisă a problemelor (atenţie la tendinţa de evitare, la minciună)

b) Strategii de confruntare

- subiectul se confruntă cu opiniile unui grup de persoane (familie, prieteni, colegi de serviciu, şefi);
- se emit cerinţe concrete, planuri concrete, consecinţe posibile.

c) Psihoeducaţie a subiectului şi a familiei.

d) Motivaţie pentru schimbarea stilului de viaţă:

- când iei ceva (alcool, droguri), trebuie să-i dai ceva în loc subiectului; de obicei, îşi pierde prietenii „de pahar” şi se impune refacerea reţelei sociale;
- subiectul trebuie să-şi găsească noi preocupări, interese, activităţi;
- subiectul poate fi îndemnat spre grupul „alcoolicilor anonimi”, în cazul dependenţilor de alcool.

11. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU CONSUM DE SUBSTANŢE PSIHOACTIVE

Toxicomania este o stare fizică şi psihică rezultată din consumul unui medicament (deturnat de la utilizarea lui terapeutică), drog ilicit sau altă substanţă pentru care nu există interdicţie ilicită (cafea, nicotină), caracterizată prin modificări comportamentale şi prin alte reacţii (întotdeauna şi prin pulsiunea de a consuma substanţa respectivă).

Principii generale ale îngrijirii

Acest tip de pacienţi prezintă o problemă de îngrijire, fiind vorba de o patologie aparte, în care pacientul trebuie să joace un rol activ şi 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 combinaţii);
- modalitatea de consum (singur, în grup);
- ce, cât şi când a consumat ultima dată.

Câteva întrebări ce trebuie puse:

- Ce gânduri şi ce sentimente trezeşte în tine cuvântul drog/alcool? Dar cuvântul addicţie?
- Crezi că dependenţa de substanţe trebuie pusă în legătură cu slăbiciunea morală? Sau este o boală ce trebuie tratată?
- Crezi că abuzul de substanţe îţi distruge viaţa ta şi a celor apropiaţi ţie?
- Ai prieteni, rude care sunt în aceeaşi situaţie? Cum apreciezi acest lucru?

- Este abuzul de substanţe o problemă socială, emoţional-psihologică sau o anormalitate somatică?
- Ce părere ai despre familia celor care consumă droguri? Poate să facă ceva?
- Sunt membrii familiei victime ale situaţiei?

Motivaţia pentru terapie:

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

Foloseşte, în relaţia cu pacientul, termeni cunoscuţi de el. Uneori, este important să „vorbeşti aceeaşi limbă". Terapeutul este diferit de pacient, dar trebuie să genereze în pacient sentimentul că este înţeles de către terapeut.

Intervenţii terapeutice benefice

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

b) Strategii de confruntare:

- pacientul se confruntă cu opiniile unui grup de persoane (familie, prieteni, colegi de serviciu, şefi);
- se emit cerinţe concrete, planuri concrete, consecinţe posibile.

c) Psihoeducaţie a pacientului şi a familiei.

d) Motivaţie pentru schimbarea stilului de viaţă:

- când iei ceva (droguri), trebuie să-i dai ceva în loc subiectului;
- subiectul trebuie să-şi găsească noi preocupări, interese, activităţi.

12. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE DETERIORATIVĂ

DEMENŢELE

Demența reprezintă un sindrom clinic caracterizat de deteriorarea globală a psihismului dobândită, progresivă şi spontan ireversibilă, cu manifestări în plan neuropsihologic (amnezia, tulburările de atenție, apraxia, agnozia etc.), neuropsihiatric (depresie, anxietate, ideația 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 demenţe sunt reprezentate de: memorie, atenţie, orientare, gândire şi vorbire, calcul şi 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 si 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 şi implicarea clientului. Se planifică activități în interesul și capabilitatea pacientului/clientului. Se poate realiza contemplarea, împreună cu pacientul, asupra trecutului său.

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

13. ÎNGRIJIREA ÎN URGENŢELE PSIHIATRICE

Prin urgență psihiatrică, înţelegem acea stare în care pacientul are tulburări de gândire ce afectează activitatea psihomotorie şi 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 şi pentru a proteja ce este în jurul lui, restul persoanelor şi bunurile materiale.

Urgenţele psihiatrice majore:

- criza suicidară;
- agitaţia psihomotorie;
- stuporul catatonic.

Criza suicidară

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

Etiologia

1. *Tulburări psihiatrice*:
   - Depresie;
   - Schizofrenie;
   - Abuz de droguri sau alcool;
   - Demenţe;
   - Tulburare delirantă;
   - Tulburare de personalitate.
2. *Boli somatice*
   - Pacienţi cu probleme fizice incurabile sau dureroase: neoplasm şi SIDA.

3. Factorii psihosociali

- Dificultăţi financiare;
- Dificultăţi conjugale;
- Pierderea unei persoane de ataşament;
- Izolarea de grupurile sociale;
- Dificultăţi profesionale.

Studiile au identificat clar câţiva 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 şi rasa. Bărbaţii şi femeile ce nu sunt căsătoriţi/te (niciodată, divorţaţi 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 diagnosticaţi cu tulburări psihiatrice. De asemenea, s-a constatat prezenţa anxietăţii şi disperării.

4. **Factorii psihosociali.** Factori de risc, care includ relaţii interpersonal conflictuale, probleme legale (de ex. detenţie), dificultăţi financiare şi lipsa de suport social.

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

6. **Factorii familiali.** Factorii de mediu care sunt cel mai probabil corelaţi cu riscul de suicid sunt separarea părinţilor sau divorţul, probleme legale ale părinţilor, abuzul şi 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 şi asistenta medicală, alături de medicul psihiatru, psiholog, asistent social şi alt personal din domeniul sănătăţii 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 condiţii:

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

Internarea poate fi necesară:

În prezența ideației 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 lăsaţi pacientul suicidar singur; îndepărtaţi din încăpere orice obiecte potenţial primejdioase.
2. Apreciaţi dacă tentativa acestuia a fost bine gândită sau la modul impulsiv.
3. Dacă există un suport familial adecvat, se poate iniţia tratament şi psihoterapie şi în ambulator.
4. Ideaţia suicidară a pacienţilor alcoolici se remite, în general, după abstinenţă, în decurs de câteva zile. Dacă depresia persistă şi după ce semnele fiziologice ale sevrajului alcoolic s-au rezolvat, este justificată suspiciunea fermă a unei depresii majore.
5. Ideile de sinucidere ale pacienţilor cu schizofrenie trebuie luate în serios, pentru că aceştia tind să folosească metode violente.

Da…. şi Nu…. la o persoană cu ideaţie suicidară

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

2. **Nu** ezitaţi să întrebaţi bolnavul dacă „ar dori să moară”. Abordarea problemei, fără ocolişuri, este cea mai eficientă.

3. **Da**, aveţi grijă ca interviul să se desfăşoare într-un loc sigur.

4. **Nu** oferiţi false reasigurări (de ex., „Mai toţi oamenii se gândesc să-şi ia viaţa într-un moment sau altul”).

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

6. **Da**, puneţi întrebări cu privire la accesul la arme de foc sau la substanţe toxice.

7. **Nu** lăsaţi bolnavul să plece de la camera de gardă, dacă nu sunteţi sigur că nu îşi va face vreun rău.

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

9. Administraţi-i medicaţie, 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:

Antidepresive – există o corelație puternică dintre depresia clinică și suicid și, ca urmare, medicaţia antidepresivă este utilă şi eficientă;

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

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

Neuroleptice atipice –neurolepticele atipice, de ex. olanzapina, quetiapina şi 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 anunţaţi 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, şireturi, 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 dimineaţă;
- petreceți timp cu el şi vorbiți cu el.

Criza de agitaţie psihomotorie

Reprezintă o dezorganizare globală a funcţilor motorii, fiind, de regulă, corelată cu dezorganizarea funcţionării sistemului nervos central, constând în reducerea controlului mişcărilor, impulsurilor, emoţiilor. Dezorganizarea poate fi gradată, până la forme extreme de agitaţie, care se exprimă prin nevoia incontrolabilă de mişcare, ce poate deveni haotică, cu plecări fără scop, fugă, dezinhibiţie gestuală cu manifestări agresive, distrugeri, lovirea obiectelor. Neliniştea, anxietatea sunt dominante, dar pot fi, oricând, înlocuite cu depresie, furie, euforie. Mai apar: impulsivitatea, intoleranţa la frustrare, tendinţa la violenţă. În această etapă, pacientul este, de obicei, irațional, necooperant, poate fi cu elemente psihotice sau agresive.

Etiologie

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

Managementul agitaţiei psihomotorii

În general, atitudinea în faţa pacientului aflat în agitaţie psihomotorie constă, în primul rând, din:

a) Măsuri de siguranţă personală:

- se anunţă 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 menţine o distanţă de siguranţă faţă de pacient
- (distanţă de un braţ);
- asigurarea prezenței, în număr cât mai mare, a personalului medico- sanitar pentru a descuraja comportamentul violent.

b) Managementul verbal:

- medicul şi asistenţii medicali vor încerca să controleze verbal situaţia;
- 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 eşuat;
- se va efectua tratament conform indicaţiilor medicului curant sau de gardă, cu medicaţie benzodiazepinică si/sau neuroleptică, respectându-se dozele, calea de administrare şi contraindicațiile. Asistenta de tură va supraveghea pacientul şi va informa urgent medicul, dacă apar reacţii adverse neprevăzute;
- metoda sedării rapide este sigură şi 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 agitaţie;
b) combaterea substratului etiologic, când acesta poate fi depistat;
c) menţinerea unei stări generale adecvate a organismului

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

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

1.Contenţionarea

Îngrijirea oricărui pacient cu agitaţie psihomotorie se acordă în mediul cel mai puţin restrictiv, prin proceduri cât mai puţin restrictive, care să respecte, pe cât posibil, integritatea fizică şi psihică şi să răspundă, în acelaşi timp, nevoilor sale de sănătate, precum şi necesităţilor de a se asigura securitatea fizică, atât a celorlalţi pacienţi, cât şi a personalului medical. În cazul necesităţii restrângerii libertăţii de mişcare a pacientului, în scopul de a împiedica producerea unei vătămări corporale pentru sine şi pentru o altă persoană, trebuie respectată procedura de contenţionare. Contenţionarea poate fi utilizată doar atunci când este necesară apărarea pacientului de propriile acţiuni, care l-ar putea răni pe el sau pe ceilalţi, şi se realizează sub supraveghere medicală.

Serviciul de pază al spitalului poate fi solicitat pentru a acorda sprijin personalului medical, în situaţia în care se impun măsuri suplimentare de apărare a pacientului de propriile sale acţiuni, 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 restricţionare a libertăţii de mişcare a pacientului, trebuie depuse toate eforturile pentru evitarea durerii.

Reprezentantul legal al pacientului trebuie informat, dacă se dispune o măsură de restricţionare a libertăţii de mişcare a pacientului. Hotărârea de a contenţiona un pacient aparţine medicului curant sau medicului şef de gardă.

Contenţionarea trebuie efectuată numai în baza indicaţiei medicului. Indicaţia medicului va fi scrisă în registrul măsurilor de contenţionare/foaie de observaţie, unde trebuie să detalieze factorii care au condus la contenţionare. Trebuie precizată ora la care măsura de contenţionare a fost luată. Durata contenţionării nu poate fi mai mare de 4 ore.

Pe timpul contenţionării, pacientul trebuie monitorizat, pentru a se observa dacă nevoile sale fizice de confort şi siguranţă sunt îndeplinite (se va

monitoriza circulaţia periferică, mobilitatea, postura, statusul mental, pulsul periferic, se va inspecta zona de contenţionare pentru a verifica lipsa leziunilor cutanate). O evaluare a condiţiilor pacientului trebuie realizată **la fiecare 15 min**. Dispozitivele de contenţionare sunt curelele late din piele sau echivalente, prevăzute cu sistem de prindere pentru pat şi cu manşete pentru articulaţiile carpiene, tarsiene, torace şi genunchi. Curelele şi manşetele trebuie să fie ajustabile, cu căptuşeala dublată de un material moale (burete, pâslă, poliuretan special etc.). Este interzisă folosirea materialelor improvizate (feşe, tifon, sfoară etc.), care pot provoca leziuni pacientului contenţionat.

La imobilizarea pacientului trebuie depuse toate eforturile pentru evitarea durerii sau leziunilor şi este interzis orice comportament nedemn sau abuziv faţă de pacient (agresiune verbală, lovire intenţionată, prezenţa altor pacienţi sau persoane neautorizate). Poziţia de contenţionare este în decubit dorsal, cu braţele pe lângă corp. Este interzisă imobilizarea capului sau gâtului, precum şi a braţelor de picioare. Manşetele trebuie aplicate astfel încât să permită mişcări minime ale membrelor şi să nu afecteze, sub nicio formă, respiraţia şi circulaţia sangvină. Pe durata contenţionării, pacientul îşi va păstra îmbrăcămintea, iar necesităţile vitale (alimentaţie, hidratare şi excreţie) şi de comunicare vor fi asigurate, fără impedimente.

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

Starea catatonă

Catatonia este tulburare care ţine 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 nueste 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 verbigerația (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, mușcături, 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 repoziționare (ca la îndoirea lumânării).
- **Negativism** – Pacientul rezistă manipulărilor examinatorului, fieușor sau viguros, cu puterea echivalentă celei aplicate, de parcă corelat cu stimulul acțiunilor examinatorului.

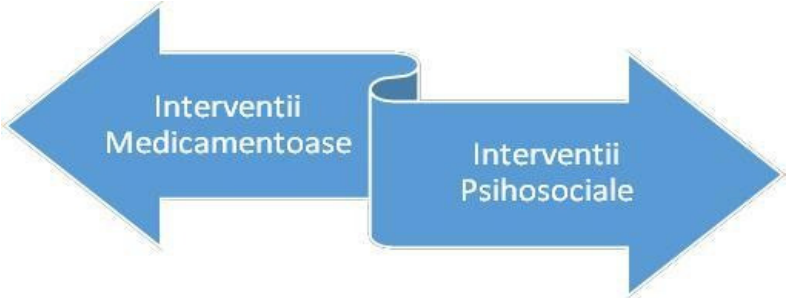
Managementul stării catatone:

- Asigurați-vă că pacientul are căile respiratorii libere;
- Reechilibrare hidroelectrolitică prin abordul venos, în vederea menţinerii funcţiilor vitale;
- Administrarea de medicaţie:
  1. Antidepresive;
  2. Neuroleptice atipice;
  3. Benzodiazepine pentru stările de agitaţie 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 şi stabilirea unei conduite terapeutice.

14. INTERVENŢIILE TERAPEUTICE ÎN PSIHIATRIE

Pot fi grupate în 2 mari tipuri: terapii medicamentoase şi intervenţii psihoterapeutice.



14.1. Terapia medicamentoasă

I. Neuroleptice convenţionale

Aceste antipsihotice sunt blocante neselective ale receptorilor D2 şi au afinitate şi 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 convenţionale

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 hiper-colinergic, 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 comorbidităţi 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 antagonişti ai serotoninei şi dopaminei, având, simultan, acţiune antagonistă pe receptorul 5HT2A şi asupra receptorului D2.

Clasificare

- antagonişti selectivi ai dopaminei D2/D3 – amisulprid, sulpirid
- agonişti de serotonină/dopamină/alfa-l – risperidonă, ziprasidonă, paliperidonă
- acţiune multireceptorală– clozapină, olanzapină, quetiapină;
- agonişti 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 si hiperprolactinemia.

Risperidona - amenoree-galactoree, simptome extrapiramidale; Paliperidona – posibil, amenoree-galactoree, simptome extrapiramidale;

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

Quetiapina – sedare, efecte metabolice; Aripiprazol – efecte extrapiramidale; Clozapina – neutropenie.

Responsabilităţile asistentului medical față de un pacient care primește medicaţie 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.
- Evidenţiaţi akatisia şi încercaţi să observaţi eventualele mişcări 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;

Contraindicaţii ale medicaţiei antidepresive:

a. Contraindicaţii relative:

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

b. Contraindicaţii absolute:

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

Efecte adverse ale antidepresivelor:

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 antidepresive:

- sunt aceleaşi ca pentru antipsihotice, dar, în plus, se adaugă:

• Atenţionaţi 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

Medicaţia timostabilizatoare se administrează în toate fazele de tratament al tulburării afective bipolare, indiferent de tipul episodului prezent (depresiv, hipomaniacal, maniacal şi mixt). Medicaţia 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 inhibiţia canalelor de Na voltaj dependente, inhibând eliberarea glutamatului. Practic, scade transmiterea sinaptică în SNC.
- Acidul valproic - realizează inhibiţia canalelor de Na voltaj dependente, fiind agonist GABA-ergic şi, de asemenea, stimulează neuroplasticitatea.
- Lamotrigina - reduce eliberarea de glutamat prin inhibiţia canalelor de Na voltaj dependente.
- Gabapentina - realizează inhibarea canalelelor de calciu voltaj dependente şi modulează eliberarea glutamatului.

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

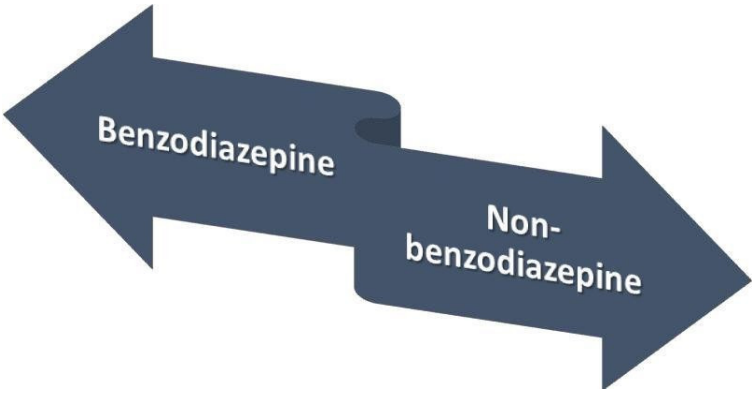
De asemenea, trebuie menţionat că această medicaţie prezintă un important risc teratogen şi trebuie administrată cu prudenţă la femeia tânără.

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 sfătuieşte 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 funcţie de substanţa activă), efecte hipnotice, sedative, miorelaxante, anticomițiale. Anxioliticele pot fi de două tipuri: benzodiazepinice şi non-benzodiazepinice.



Anxiolitice benzodiazepinice:

În funcţie de timpul de înjumătăţire, se împart: T1/2 < 5 ore :

- Midazolam
    - Triazolam T1/2 5-24 ore :
- Alprazolam
- Bromazepam
    - Lorazepam T1/2 > 24 ore :
- Diazepam
- Clonazepam
    - Instalare rapidă a efectului
    - Toleranţă bună
    - Interacţiuni medicamentoase puţine
    - Efecte scăzute pe aparatul cardiovascular

Efecte negative:

- Dependenţa fizică şi psihologică
- Afectarea capacităţii conducerii autovehicolelor
- Efect paradoxal

Contraindicaţii:

- Insuficienţa respiratorie
- Miastenia gravis
- Glaucom cu unghi inchis
- Şofer profesionist

Mod de administrare:

- Durata: între 3-4 săptămâni şi 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;
- Halucinaţii;
- Hiperestezie;
- Tahicardie, HTA;
- Tremor;
- Transpiraţii;
- Vărsături;
- Convulsii.

Anxiolitice non-benzodiazepinice

Buspirona:

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

Avantaje

- **Nu dau dependenţă.**
- **Nu interacţionează cu alcoolul.**

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

- Reamintiţi 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 şi menţinerea lui.

Clasificare:

1. Barbiturice:

- Fenobarbital
- Amobarbital

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

2. Benzodiazepine:

– Nitrazepam;

- Clorazepat dipotasic;

Acestea sunt benzodiazepine cu durată scurtă de acţiune, ce pot da dependenţă şi 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, ţintesc specific insomnia şi au efecte adverse reduse.

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

- Explicaţi pacientului modul în care trebuie să se ridice dimineaţa din pat, pentru a evita hipotensiunea ortostatică: este important să se ridice în şezut, 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 efectele adverse și sfătuiți-l să evite activitățile care necesită vigilență.

VII. Medicaţia antidemenţială

Această medicaţie ameliorează şi întârzie progresia deteriorării cognitive. Există mai multe clase de medicamente.

- Inhibitorii de colinesterază (Donepezil, Rivastigmină, Galantamină), prin blocarea acetilcolinesterazei, care distruge acetilcolina, obţin o îmbunătăţire 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 menţiona efectele secundare de tip colinergic (depresia respiratorie, bradicardia, hipotensiunea arterială, greaţa, vărsăturile, crampele abdominale, sialoreea, transpiraţiile, convulsiile).
- Galantamina, pe lângă efectul de inhibare a acetilcolinesterazei, mai prezintă şi efect de modulare a receptorului nicotinic, receptor cu rol în memorie şi atenţie.
- Rivastigmina inhibă reversibil, pe lângă acetilcolinesterază, şi butirilcolinesteraza, de asemenea, implicată în modularea nivelului de acetilcolină. Activitatea acesteia din urmă creşte în stadiile tardive ale demenţei Alzheimer, crescând indicaţia rivastigminei pentru stadiile tardive ale demenţei.
- Memantina este un NMDA antagonist. Utilizarea acestuia are la bază ipoteza excitotoxicităţii glutamaergice. Conform acesteia, se consideră că plăcile

de amiloid provoacă eliberarea de glutamat în manieră excitotoxică. Efectele secundare notabile ale memantinei sunt agitaţia, incontinenţa urinară şi insomnia.

Responsabilitatea asistentei medicale pentru un pacient căruia i se administrează antidemenţiale

- 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. Oferiţi informațiile necesare, în mod repetat.
- Menţineţi o rutină zilnică, care include elaborarea unui program fix pentru pacient, deoarece acest aspect îi oferă un sentiment de securitate.
- Orientaţi pacientul, cu privire la locul în care se află, la persoanele pe care le vede și la timp.
- Administraţi medicaţia, verificând dacă a fost înghiţită.

14.2. Terapii psihosociale

Există mai multe tipuri de intervenţii 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 evidenţiat 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. Dispoziţia afectivă și ceea ce simţim 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 dispoziţia depresivă. Terapia cognitivă este utilizată pentru tratamentul depresiei, tulburărilor de anxietate, tulburării de panică, tulburărilor fobice,

tulburărilor de personalitate, tulburărilor psihotice (după remiterea simptomatologiei psihotice) și al tulburărilor alimentare.

Hipnoza

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

Modificările care apar în timpul hipnozei sunt următoarele:

- Persoana devine extrem de sugestibilă pentru comenzile hipnotizatorului.
- Există o capacitate de a produce sau înlătura simptome sau percepții.
- Disocierea unei părți din corp sau emoții.
- Amnezia pentru evenimentele care au avut loc în timpul stării hipnotice.

Psihoterapia suportivă

Acest tip de psihoterapie presupune că psihoterapeutul ajută pacientul să îşi 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, psihoterapeuţii 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;
- Prescripţia unor teme pentru acasă;
- Şedinţele au loc o dată la 3-4 săptămâni.

15. Etică și relație terapeutică în psihiatrie

15.1. Introducere: De ce etica e diferită în psihiatrie?

Etica medicală în psihiatrie se distinge prin complexitatea relației terapeutice și vulnerabilitatea specifică a pacientului psihiatric. Spre deosebire de alte specialități medicale, deciziile clinice în psihiatrie implică frecvent dileme morale între respectarea autonomiei pacientului și protejarea acestuia împotriva consecințelor propriei tulburări psihice. În acest context, asistenta medicală joacă un rol esențial în susținerea unei relații terapeutice bazate pe empatie, confidențialitate și responsabilitate morală. Interacțiunea cotidiană cu pacientul oferă asistentei o perspectivă unică asupra suferinței psihice, dar și o responsabilitate crescută în menținerea echilibrului dintre sprijinul emoțional și limitele profesionale.

15.2. Principiile eticii medicale aplicate în psihiatrie

În practica psihiatriei, principiile bioeticii clasice – autonomia, beneficiența, non-maleficiența și dreptatea – sunt aplicate în contexte particulare care implică adesea restrângeri ale libertății individuale și decizii luate în numele pacientului. Respectarea autonomiei presupune recunoașterea capacității pacientului de a lua decizii privind tratamentul, chiar și în condițiile unei tulburări psihice. Totuși, în situații în care discernământul este afectat semnificativ, echipa terapeutică este nevoită să ia măsuri de protecție, uneori împotriva voinței declarate a pacientului.

Beneficiența înseamnă a acționa în interesul pacientului, promovând starea sa de bine psihică și emoțională. În psihiatrie, acest principiu este echilibrat permanent cu non-maleficiența – evitarea oricărui prejudiciu fizic sau psihologic. Proceduri precum contentia, administrarea de medicație fără

consimțământ sau internarea nevoluntară sunt justificate doar dacă beneficiile clinice depășesc riscurile etice. Legea nr. 487/2002 privind sănătatea mintală reglementează clar aceste intervenții, stipulând că ele pot fi aplicate doar în condiții stricte, cu respectarea demnității și drepturilor pacientului.

Principiul dreptății obligă personalul medical să asigure un acces echitabil la îngrijiri psihiatrice, fără discriminare legată de diagnostic, apartenență socială sau nivel de funcționare. Asistentele medicale, ca membri ai echipei terapeutice, sunt adesea primele care sesizează inegalitățile și pot acționa pentru a corecta dezechilibrele de acces sau tratament.

15.3. Dileme frecvente în practica asistentei de psihiatrie

Asistenta medicală din secția de psihiatrie se confruntă frecvent cu situații în care trebuie să ia decizii rapide, cu implicații etice profunde. Una dintre cele mai comune dileme este refuzul tratamentului de către pacient. În contextul tulburărilor psihice severe, capacitatea decizională a pacientului poate fi compromisă. Asistenta trebuie să colaboreze cu echipa medicală pentru a evalua riscul, dar și să mențină o relație bazată pe respect, explicând pacientului necesitatea intervenției. Refuzul tratamentului nu trebuie automat interpretat ca un act de opoziție, ci adesea reflectă frica, neîncrederea sau confuzia pacientului.

Comunicarea cu familia fără consimțământul pacientului este o altă zonă sensibilă. Legea nr. 487/2002 prevede că informațiile despre starea pacientului pot fi transmise doar cu acordul acestuia, cu excepția cazurilor în care există un pericol iminent pentru viață sau siguranță. Asistenta, aflată adesea în centrul comunicării, trebuie să navigheze cu prudență între dorința familiei de a fi informată și dreptul pacientului la confidențialitate.

Interacțiunea cu pacienții care prezintă comportamente agresive sau dificultăți relaționale poate determina personalul medical să adopte, în mod involuntar, o atitudine de distanțare emoțională, ca formă de autoprotecție în fața încărcăturii psihice asociate îngrijirii. Conștientizarea acestor reacții și

supervizarea clinică sunt esențiale pentru menținerea unei atitudini echilibrate și a calității îngrijirii.

Răspunsul la cererile emoționale intense ale pacientului poate genera o suprasolicitare afectivă. A fi prezent empatic nu înseamnă a absorbi întreaga suferință a pacientului. Asistenta trebuie să învețe să stabilească limite sănătoase, oferind sprijin fără a se epuiza emoțional – un proces care necesită experiență, reflexivitate și sprijin instituțional.

15.4. Atașamentul terapeutic și granițele profesionale

În relația terapeutică psihiatrică, apariția transferului și contratransferului este frecventă și inevitabilă. Transferul desemnează proiecțiile afective ale pacientului asupra asistentei medicale, în timp ce contratransferul reflectă reacțiile emoționale ale asistentei față de pacient. Aceste dinamici pot influența pozitiv sau negativ relația terapeutică, în funcție de gradul de conștientizare și gestionare al acestora.

Pentru personalul mediu, menținerea granițelor profesionale este esențială. Atașamentul față de pacient trebuie să fie empatic, dar nu fuzional. Implicarea afectivă excesivă poate duce la epuizare, la pierderea obiectivității și, uneori, la încălcări etice. În același timp, o detașare excesivă sau rigiditatea relațională pot afecta calitatea îngrijirii și încrederea pacientului.

Asistenta trebuie să găsească un echilibru între apropiere și limitare, între susținere emoțională și profesionalism. Supervizarea regulată, reflecția asupra propriilor reacții și formarea continuă în etică și comunicare sunt instrumente esențiale în menținerea granițelor clare și a unei relații terapeutice eficiente și sigure.

15.5. Etica în tratamentul fără consimțământ

Tratamentul fără consimțământ în psihiatrie este un subiect de maximă sensibilitate etică și juridică. În România, cadrul legal este oferit de Legea nr.

487/2002 privind sănătatea mintală și protecția persoanelor cu tulburări psihice, republicată, care reglementează condițiile internării nevoluntare și ale tratamentului psihiatric aplicat fără acordul pacientului.

Conform articolului 56 din lege, o persoană poate fi internată fără consimțământ dacă se constată, prin evaluare psihiatrică, că are o tulburare psihică severă, nu este conștientă de starea sa și reprezintă un pericol pentru sine sau pentru ceilalți. Această decizie trebuie avizată de o comisie psihiatrică și ulterior validată de instanța judecătorească, cu respectarea drepturilor fundamentale ale pacientului.

Asistenta medicală are un rol esențial în implementarea acestor măsuri, dar și în menținerea demnității pacientului. Intervenții precum contentia fizică, administrarea de medicație de urgență sau supravegherea permanentă trebuie realizate cu empatie, comunicare clară și documentare riguroasă. Etic, asistenta trebuie să se asigure că măsurile restrictive sunt proporționale, necesare și limitate în timp.

În același timp, Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății stipulează dreptul pacientului de a fi informat, chiar și în situații de internare involuntară, despre natura și scopul intervențiilor. Rolul asistentei este de a transmite aceste informații într-un mod accesibil, contribuind astfel la restabilirea unei relații de încredere în cadrul terapiei.

15.6. Etica în echipa de îngrijire

Etica profesională nu se limitează la relația directă cu pacientul, ci se extinde și asupra colaborării în cadrul echipei multidisciplinare. În psihiatrie, asistenta medicală lucrează alături de medici, psihologi, asistenți sociali și alți specialiști, fiecare având responsabilități complementare în îngrijirea pacientului. Respectul reciproc, comunicarea clară și transparența în luarea deciziilor sunt condiții esențiale pentru un act terapeutic eficient și etic.

Una dintre dilemele frecvente este loialitatea față de colegi în situații în care se observă greșeli profesionale sau comportamente neetice. Asistenta trebuie să evite complicitatea tăcută și să acționeze prin canale instituționale, raportând incidentele în mod responsabil și cu bună credință. Protejarea pacientului rămâne o prioritate etică fundamentală, iar observarea clinică atentă este adesea prima formă de intervenție preventivă.

De asemenea, asistenta are responsabilitatea de a contribui la menținerea unui climat de siguranță și încredere în echipă, evitând conflictele distructive și susținând intervențiile bazate pe bune practici. Etica colaborării presupune și asumarea limitelor profesionale, evitarea supraevaluării propriei competențe și consultarea constantă cu ceilalți membri ai echipei atunci când situația o impune.

15.7. Educație pentru etică: dezvoltarea gândirii morale în profesia de asistent

Formarea etică a personalului medical, inclusiv a asistenților din psihiatrie, nu se rezumă la însușirea unor norme sau coduri de conduită, ci presupune dezvoltarea unei gândiri morale reflexive și capabile de nuanțe. Etica aplicată în psihiatrie implică situații cu grad ridicat de ambiguitate, care nu pot fi soluționate prin reguli rigide, ci prin discernământ profesional.

Educația etică se realizează printr-un proces continuu de învățare: participarea la cursuri specializate, analiza studiilor de caz, supervizarea clinică și discuțiile în cadrul echipei. Aceste metode contribuie la dezvoltarea empatiei morale, a responsabilității individuale și a capacității de decizie în contexte dificile. Reflectarea asupra propriilor reacții și valori personale este o componentă esențială a maturizării profesionale.

În plus, instituțiile medicale au responsabilitatea de a încuraja cultura etică prin promovarea unui climat organizațional bazat pe respect, sprijin

reciproc și transparență. Crearea unor spații de dialog etic și formare continuă susține nu doar calitatea îngrijirii, ci și sănătatea mentală a personalului implicat.

15.8. Concluzii și recomandări

Etica în psihiatrie reprezintă un domeniu complex și profund uman, în care regulile generale ale bioeticii se intersectează cu realitățile specifice ale suferinței psihice. Asistenta medicală, prin poziția sa de contact direct și continuu cu pacientul, devine un pilon esențial al relației terapeutice. Rolul său depășește îngrijirea tehnică, incluzând responsabilitatea morală, susținerea emoțională și protecția demnității persoanei aflate în dificultate.

Pentru a menține o relație terapeutică autentică și eficientă, asistenta trebuie să dezvolte abilități etice, comunicative și reflexive, să cunoască legislația în vigoare și să fie susținută de o cultură instituțională bazată pe integritate. Situațiile de refuz al tratamentului, internare involuntară, relaționare cu pacienți agresivi sau transmiterea informațiilor sensibile sunt doar câteva dintre dilemele care necesită discernământ și profesionalism.

Recomandările pentru consolidarea practicii etice includ: formare continuă în domeniul bioeticii, acces la supervizare clinică, crearea de protocoale clare pentru situațiile cu risc moral și promovarea dialogului etic în echipa de îngrijire. Astfel, asistenta medicală poate deveni nu doar un furnizor de servicii, ci un vector de umanitate și încredere în actul psihiatric.