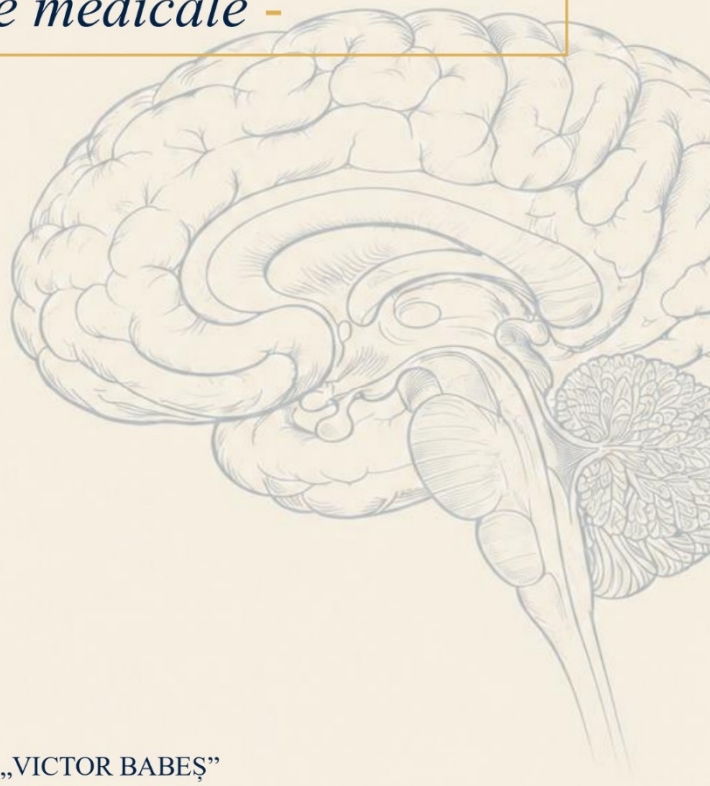
UNIVERSITATEA
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABEȘ” DIN TIMIȘOARA

Cristina Bredicean
Mihai Frumușescu
Cătălina Giurgi-Oncu
Oana Neda-Stepan
Ion Papavă

# Îngrijirea pacientului cu tulburări în sfera sănătății mintale și a psihiatriei

*- manual de lucrări practice pentru asistente medicale -*



GHIDURI ȘI ÎNDRUMĂTOARE DE LABORATOR

EDITURA „VICTOR BABEȘ”
TIMIȘOARA, 2026

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

**Director: Prof. univ. dr. Sorin Ursoniu**

**Colecția: GHIDURI ŞI ÎNDRUMĂTOARE DE LABORATOR**
**Coordonator colecție: Prof. univ. dr. Adrian Vlad**

**Referent ştiinţific: Prof. univ. dr. Sorin Ursoniu**

**Indicativ CNCSIS: 324**

© 2026
Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate.
Reproducerea parțială sau integrală a textului, pe orice suport, fără acordul scris al autorilor este interzisă și se va sancționa conform legilor în vigoare.

**ISBN 978-606-786-685-8**

# Cuprins

Relația terapeutică asistent-pacient și evaluarea nevoilor de îngrijire ale pacientului cu tulburări psihice ..... 4

Nursingul pacientului cu schizofrenie și tulburare delirantă persistentă ..... 24

Nursingul pacientului cu tulburare afectivă bipolară și tulburare depresivă recurentă ..... 37

Nursingul pacientului cu atac de panică, tulburare de anxietate generalizată, tulburare de somatizare, tulburare disociativă (de conversie) și tulburare obsesiv-compulsivă ..... 51

Nursingul pacientului cu tulburare de personalitate ..... 63

Nursingul pacientului cu patologie de model deteriorativ (tulburări neurocognitive / sindroame demențiale) ..... 74

Nursingul pacientului cu consum de alcool (alcoolism) și de substanțe psihoactive ..... 86

Bibliografie ..... 98

Răspunsuri și repere pentru activitățile practice, studiile de caz și întrebările de verificare ..... 102

LUCRAREA PRACTICĂ 1

# Relația terapeutică asistent-pacient și evaluarea nevoilor de îngrijire ale pacientului cu tulburări psihice

## A. De ce este diferită îngrijirea în psihiatrie?

În majoritatea secțiilor, munca asistentului medical este dominată de proceduri: perfuzii, pansamente, recoltări. În psihiatrie procedurile există, dar principalele instrumente de lucru sunt **relația cu pacientul** și **observația**. Câteva particularități explică de ce:

- **Comportamentul face parte din tabloul clinic.** Felul în care pacientul doarme, mănâncă, vorbește, se retrage sau devine agitat este informație clinică. Asistentul este persoana care vede pacientul cel mai mult timp, inclusiv noaptea.
- **Pacientul poate să nu se considere bolnav.** Lipsa conștiinței bolii explică de ce unii pacienți refuză internarea sau tratamentul. Nu este „încăpățânare", ci de multe ori o parte a tulburării.
- **Internarea poate fi nevoluntară.** Legea sănătății mintale (Legea nr. 487/2002) permite, în condiții strict reglementate, internarea fără acordul pacientului. Pacientul își păstrează drepturile și demnitatea. Furia și neîncrederea față de personal sunt de așteptat la început.
- **Siguranța este o preocupare permanentă.** Riscul de sinucidere, de agresivitate, de plecare neautorizată sau de cădere se urmărește la fiecare tură.
- **Stigmatul.** Mulți pacienți se tem că vor fi judecați sau etichetați. Felul în care le vorbim poate întări sau diminua această teamă.

> **DE REȚINUT**
>
> Diagnosticul îl stabilește medicul. Asistentul medical observă, descrie, intervine în limitele competenței sale și transmite informația echipei. O observație bună a asistentului poate schimba decizia medicului.

## B. Relația terapeutică asistent-pacient

Relația terapeutică este o relație **profesională**, construită în interesul pacientului, cu un scop clar (siguranța, recuperarea, colaborarea la tratament) și cu limite clare. Nu este o prietenie și nici o relație de autoritate.

Asistenții medicali din secțiile de psihiatrie acută consideră relația terapeutică fundamentul îngrijirii. Într-un studiu cu 152 de asistenți din 18 secții, aceștia au pus pe primul loc atitudinea asistentului și au descris ce funcționează în practică: un cadru potrivit pentru discuție, o abordare verbală adecvată, oferirea ajutorului și colaborarea cu pacientul.

## Etapele relației

Hildegard Peplau, una dintre fondatoarele nursingului psihiatric, a descris relația asistent-pacient ca pe un proces în etape. Simplificat:

- **Etapa de început (orientarea).** Vă prezentați, vă explicați rolul și ce urmează, aflați ce îl îngrijorează pe pacient. Scopul este încrederea. Exemplu: „Bună ziua, sunt Ana, studentă la Asistență Medicală Generală. Astăzi sunt în tura de dimineață și vă pot ajuta dacă aveți nevoie de ceva. Cum vă simțiți în prima zi aici?”
- **Etapa de lucru.** Pacientul colaborează la îngrijire: igienă, alimentație, tratament, activități. Asistentul observă schimbările, sprijină și încurajează autonomia.
- **Etapa de încheiere.** La externare sau la transferul pe altă secție, pacientul este pregătit: ce urmează, ce tratament continuă, unde poate cere ajutor.

## Ce face o relație să fie terapeutică

- **Respectul.** Ne adresăm cu „dumneavoastră” și cu numele pacientului, batem la ușă, protejăm intimitatea (la igienă, la examinare). Spunem „pacientul cu schizofrenie”, nu „schizofrenicul de la salonul 3”.
- **Empatia.** Înțelegem ce trăiește pacientul și îi arătăm că am înțeles, fără să ne pierdem rolul profesional.
- **Acceptarea fără judecată.** Acceptăm persoana, chiar dacă nu acceptăm orice comportament.
- **Onestitatea.** Nu mințim pacientul și nu facem promisiuni pe care nu le putem ține.
- **Consecvența.** Aceleași reguli, aplicate la fel de toată echipa. Pacienții observă imediat diferențele dintre membrii personalului.

**Empatie sau simpatie?** Simpatia înseamnă să simțiți la fel ca pacientul și să vă implicați emoțional („Vai, săracul de dumneavoastră, îmi vine și mie să plâng”). Empatia înseamnă să înțelegeți și să rămâneți un sprijin stabil („Văd că vă este foarte greu astăzi. Vreți să-mi spuneți ce s-a întâmplat?”).

> **ATENȚIE · Empatie nu înseamnă a fi de acord**
>
> Puteți înțelege emoția pacientului fără să confirmați o idee falsă sau un comportament nepotrivit.
>
> *Pacientul: „Toți de aici vor să mă otrăvească!”*
>
> **Răspuns potrivit:** „Înțeleg că vă este frică. Sunt aici, lângă dumneavoastră, și vreau să vă ajut să vă simțiți în siguranță.”
>
> **Nepotrivit:** „Da, poate aveți dreptate.” (confirmă ideea falsă) sau „Prostii, nimeni nu vă otrăvește!” (confruntă și pierde încrederea).

# C. Comunicarea terapeutică

## Principii de bază

- Alegeți un moment și un loc potrivit: liniștit, fără alți pacienți care ascultă, nu în timpul mesei.
- Prezentați-vă ori de câte ori este nevoie. Pacienții confuzi sau foarte anxioși uită.
- Folosiți propoziții scurte și cuvinte simple. Puneți o singură întrebare pe rând.
- Lăsați pacientul să termine ce are de spus.
- Așezați-vă la nivelul pacientului, ușor în unghi, nu exact față în față. Păstrați o distanță confortabilă și asigurați-vă că aveți acces liber la ușă; nu rămâneți blocat într-un colț al salonului.
- Explicați înainte să faceți ceva: „Acum o să vă măsor tensiunea."

## Ascultarea activă: tehnici și exemple

| Tehnica | Ce înseamnă | Exemplu de formulare |
|---|---|---|
| **Întrebarea deschisă** | Invită pacientul să povestească, nu doar să răspundă „da" sau „nu". | „Cum a fost noaptea pentru dumneavoastră?" |
| **Reformularea** | Spuneți, cu alte cuvinte, ce ați înțeles. | „Dacă am înțeles bine, vă este greu să dormiți de când sunteți aici." |
| **Reflectarea emoțiilor** | Numiți emoția pe care o observați. | „Păreți supărat." / „Văd că vă îngrijorează asta." |
| **Clarificarea** | Cereți detalii când ceva nu este clar. | „Ce înțelegeți prin «nu mai pot»?" |
| **Tăcerea** | Câteva secunde de liniște îi dau pacientului timp să se gândească. | Contact vizual, postură atentă; nu „umpleți" pauza. |
| **Încurajările scurte** | Arată că urmăriți discuția. | „Da...", „Continuați...", „Înțeleg." |
| **Rezumarea** | La final, adunați ideile principale. | „Am vorbit despre somn și despre grija pentru copii. Îi spun și medicului." |

Întrebările închise („Ați dormit?", „Aveți dureri?") sunt utile pentru informații precise, mai ales în situații urgente sau la pacienții foarte confuzi. Nu sunt greșite, dar nu trebuie să fie singurele.

## Comunicarea nonverbală

Pacienții cu tulburări psihice sunt adesea foarte atenți la tonul vocii, la expresia feței și la gesturi. Un mesaj calm, spus cu brațele încrucișate și cu ochii în telefon, transmite altceva.

- **Privirea:** contact vizual, dar nu fix. La pacientul suspicios, privirea insistentă poate fi resimțită ca o amenințare.

- **Vocea:** calmă, cu volum moderat și ritm lent.
- **Postura:** deschisă, fără gesturi bruște.
- **Atingerea:** doar cu prudență. Pentru unii pacienți (suspicioși, agitați, cu experiențe traumatice) atingerea poate fi resimțită ca o agresiune.

**NU FACEȚI · Bariere în comunicare**

- Nu dați reasigurări false: „Totul o să fie bine.” Nu aveți de unde să știți.
- Nu dați sfaturi pripite: „Dacă eram în locul dumneavoastră...”
- Nu judecați: „Nu e frumos ce ați făcut.”
- Nu minimalizați: „Toată lumea are zile proaste.”
- Nu începeți cu „De ce?”. „De ce ați făcut asta?” pune pacientul în defensivă. Mai bine: „Ce s-a întâmplat înainte?”
- Nu vă certați cu pacientul și nu folosiți ironia.
- Nu vorbiți despre pacient, în prezența lui, ca și cum nu ar fi acolo.

## D. Limitele profesionale și confidențialitatea

### Limitele profesionale

Limitele îl protejează și pe pacient, și pe asistent. Unii pacienți cer, uneori insistent, mai mult decât o relație profesională: prietenie, favoruri, date personale. Un „nu” spus calm și explicat face parte din îngrijire.

- Nu dați numărul personal de telefon, adresa sau conturile de pe rețelele sociale.
- Nu împrumutați și nu primiți bani. Nu faceți cumpărături personale pentru pacient în afara regulilor secției.
- Nu acceptați cadouri, cu excepția celor permise de regulamentul instituției.
- Despre viața dumneavoastră personală spuneți foarte puțin și numai dacă îl ajută pe pacient.
- Nu aveți „favoriți” și nu faceți excepții de la reguli pentru un singur pacient.
- O relație de prietenie sau o relație romantică cu un pacient este interzisă.

*Exemplu.* Pacientul: „Dumneavoastră aveți copii? Unde locuiți?” Asistentul: „Prefer să nu vorbim despre mine. Sunt aici ca să vă ajut pe dumneavoastră. Povestiți-mi despre copiii dumneavoastră.”

### Când pacientul cere să păstrați un secret

Situația este frecventă: „Vă spun ceva, dar promiteți-mi că nu spuneți nimănui.” Asistentul **nu promite**. Informațiile importante pentru siguranța și tratamentul pacientului se transmit echipei.

*Formulare potrivită:* „Nu vă pot promite asta. Dacă îmi spuneți ceva important pentru siguranța sau pentru tratamentul dumneavoastră, trebuie să le spun celor care vă îngrijesc. Dar vă ascult, și informația rămâne doar în echipa medicală.”

Dacă ați promis deja și pacientul vă spune apoi că vrea să își facă rău, promisiunea nu mai contează: anunțați imediat medicul.

### Confidențialitatea

Informațiile despre starea de sănătate a pacientului sunt confidențiale, conform Legii nr. 46/2003 privind drepturile pacientului și Codului de etică și deontologie al asistentului medical. În psihiatrie, din cauza stigmatului, o informație scăpată poate afecta grav viața pacientului: locul de muncă, familia, relațiile.

**ATENȚIE · Confidențialitatea în practică**

- Informațiile despre pacient se discută doar în echipa care îl îngrijește.
- Nu dați informații la telefon unor persoane pe care nu le puteți identifica, nici dacă spun că sunt rude. Direcționați solicitarea către medic.
- Familia primește informații despre pacientul adult doar cu acordul acestuia sau în situațiile prevăzute de lege. Discuția o poartă medicul.
- Informațiile pe care vi le dă familia (ce a observat acasă) sunt utile: ascultați-le și transmiteți-le medicului.
- Nu discutați cazuri pe hol, în lift, în mijloacele de transport sau pe grupurile de mesagerie.
- Nu fotografiați pacienți sau documente medicale. Nu postați nimic despre pacienți pe rețelele sociale, nici „anonim”.
- Confidențialitatea nu înseamnă tăcere în echipă: orice risc pentru pacient sau pentru alții se comunică medicului.

## E. Observația pacientului: descriem, nu etichetăm

Observația este continuă: la trezire, la igienă, la masă, la administrarea tratamentului, la vizite, în timpul activităților și noaptea. Asistentul urmărește trei lucruri: **ce face** pacientul, **ce spune** pacientul și **ce s-a schimbat** față de zilele anterioare.

Regula de bază: descrieți ce vedeți și ce auziți, nu puneți etichete. O etichetă („agresiv”, „manipulator”, „leneș”, „face mofturi”) nu îi spune medicului nimic concret și poate influența negativ atitudinea întregii echipe față de pacient.

| Etichetă (de evitat) | Descriere corectă |
|---|---|
| „Pacientul e agresiv.” | „Pacientul a lovit ușa cu pumnul și a strigat: «Lăsați-mă să plec!»” |
| „Pacienta e depresivă azi.” | „Pacienta a stat în pat până la ora 12, nu a mâncat micul dejun, a răspuns doar «da» și «nu» și a plâns la vizita fiicei.” |
| „Pacientul halucinează.” | „Pacientul vorbește singur, se oprește ca și cum ar asculta pe cineva, apoi spune: «Taci, nu vreau!»” |
| „Pacienta face mofturi la masă.” | „Pacienta a refuzat prânzul și a spus că mâncarea «are gust de medicament».” |

Schimbarea față de starea obișnuită a pacientului este adesea mai importantă decât o observație izolată. Un pacient de obicei vorbăreț, care devine brusc tăcut și se retrage, trebuie semnalat.

## F. Evaluarea generală a stării psihice „la patul pacientului”

Medicul face examenul psihic complet. Asistentul face o evaluare mai simplă, dar zilnică, pe aceleași domenii. Întrebarea de la care pornim este: **„Ce văd eu, ca asistent medical, la patul pacientului?”**

- **Aspectul.** Igiena, ținuta, îmbrăcămintea potrivită sau nu (de exemplu, paltonul purtat în salon), semne de neglijare, leziuni, cicatrici, urme de autovătămare.
- **Comportamentul și activitatea.** Liniștit, neliniștit, agitat, încetinit, nemișcat; se plimbă continuu; gesturi ciudate sau repetitive; stă izolat.
- **Contactul cu personalul.** Cooperant, retras, suspicios, ostil sau familiar peste măsură. Evită privirea sau privește fix.
- **Vorbirea.** Mult și repede, greu de întrerupt; foarte puțin, cu pauze lungi; deloc; tare sau abia auzit.
- **Dispoziția și afectul.** Ce spune pacientul despre cum se simte („Mă simt gol”, „Niciodată nu m-am simțit mai bine”) și ce vedeți: trist, plânge, euforic, iritabil, anxios, inexpresiv sau cu reacții nepotrivite situației (râde când povestește ceva trist).
- **Gândirea, la nivel de bază.** Ce temă revine în discuție: persecuția („mă urmăresc”), grandoarea („sunt trimisul lui Dumnezeu”), vinovăția („eu mi-am distrus familia”), moartea. Discursul este ușor de urmărit sau pacientul sare de la o idee la alta, fără legătură?
- **Percepția.** Comportamente care sugerează halucinații: vorbește singur, pare că ascultă, își acoperă urechile, privește fix un punct, răspunde unor voci.

- **Orientarea, atenția, memoria.** Știe unde se află, ce zi este, cine sunteți? Își amintește ce i-ați spus acum zece minute? Poate urmări o discuție?
- **Conștiința bolii și atitudinea față de tratament.** Consideră că are nevoie de ajutor? Acceptă, ezită sau refuză medicamentele? Le ascunde?

## Mini-glosar: termenii folosiți în toate lucrările

Pentru fiecare termen, rețineți definiția scurtă și ce poate observa asistentul. Termenii nu vor mai fi explicați în lucrările următoare.

| Termen | Ce înseamnă | Ce poate vedea asistentul |
|---|---|---|
| **Halucinație** | Percepție fără obiect real: pacientul aude, vede sau simte ceva ce nu există. | Vorbește singur, ascultă, răspunde unor voci, își acoperă urechile. |
| **Iluzie** | Percepție deformată a unui obiect real. | Confundă o haină agățată în cuier cu o persoană. |
| **Idee delirantă (delir)** | Convingere falsă, de care pacientul este sigur și care nu se schimbă prin argumente. | Spune că este urmărit, otrăvit sau că are puteri speciale; refuză mâncarea „otrăvită”. |
| **Delirium (stare confuzională acută)** | Tulburare acută a conștienței și a atenției, cu o cauză medicală (infecție, deshidratare, sevraj, medicamente). Urgență medicală. | Dezorientare apărută brusc, agitație sau somnolență; starea variază de la o oră la alta și se agravează seara și noaptea. |
| **Agitație psihomotorie** | Activitate motorie crescută, fără scop, cu tensiune interioară. | Nu stă locului, se plimbă, vorbește tare; poate deveni agresiv. |
| **Inhibiție psihomotorie** | Încetinirea mișcărilor și a vorbirii. | Răspunde și se mișcă foarte lent; stă nemișcat ore în șir. |
| **Dispoziție depresivă / expansivă** | Tristețe profundă și persistentă / euforie și energie excesivă. | Plâns, retragere, lipsă de speranță / veselie exagerată, doarme puțin, vorbește continuu. |
| **Afect tocit (plat)** | Expresie emoțională foarte săracă. | Față inexpresivă, voce monotonă, nu reacționează la vești bune sau rele. |
| **Anxietate** | Teamă și neliniște disproporționate față de un pericol real. | Tremur, transpirații, respirație rapidă, întrebări repetate, neliniște. |
| **Ideație suicidară** | Gânduri despre moarte sau despre a-și lua viața. | „Nu mai are rost”, „ar fi mai bine fără mine”; își ia rămas-bun, dăruiește lucruri. |
| **Conștiința bolii (insight)** | Măsura în care pacientul recunoaște că are o problemă de sănătate. | „Eu nu sunt bolnav, familia m-a adus aici”; refuză tratamentul. |

**ATENȚIE · Delir nu înseamnă delirium**

În limbajul psihiatric românesc, **delirul** înseamnă idei delirante, adică convingeri false (de exemplu, în schizofrenie). **Deliriumul** este o stare confuzională acută, produsă de o cauză medicală. Pacientul cu delirium are nevoie de evaluare medicală urgentă.

Dacă un pacient devine brusc confuz, dezorientat sau neobișnuit de somnolent, anunțați imediat medicul.

## G. Evaluarea nevoilor de îngrijire

Din nursingul general cunoașteți modelul celor 14 nevoi fundamentale descris de Virginia Henderson. El rămâne util și în psihiatrie. Diferența este că, aici, nevoile sunt afectate de multe ori de tulburarea psihică, nu de o limitare fizică: pacientul nu mănâncă pentru că se teme că mâncarea este otrăvită, nu se spală pentru că nu mai are energie sau nu doarme pentru că este într-un episod maniacal.

| Nevoia | Ce poate fi afectat la pacientul psihiatric | Ce observă asistentul |
|---|---|---|
| **A evita pericolele** | Risc de autovătămare, sinucidere, agresivitate, cădere, plecare neautorizată; vulnerabilitate față de alți pacienți. | Afirmații despre moarte, obiecte periculoase, agitație, nesiguranță la mers. |
| **A bea și a mânca** | Refuz alimentar (idei de otrăvire, depresie), mâncat în exces, uitarea mesei (demență), deshidratare. | Cât mănâncă și cât bea, greutatea, semne de deshidratare. |
| **A dormi și a se odihni** | Insomnie, inversarea ritmului zi-noapte, somnolență excesivă (inclusiv de la medicamente). | Orele de somn, trezirile, activitatea din timpul nopții. |
| **A fi curat și îngrijit** | Neglijarea igienei (depresie, schizofrenie, demență) sau spălat excesiv (tulburare obsesiv-compulsivă). | Aspectul, mirosul, schimbarea hainelor, starea pielii. |
| **A elimina** | Constipație (frecventă la unele medicamente), retenție urinară, incontinență. | Tranzitul intestinal, diureza. |
| **A se mișca și a avea o bună postură** | Lentoare, rigiditate, tremor (pot fi efecte adverse ale tratamentului), mers nesigur. | Mersul, echilibrul, mișcările involuntare. |
| **A comunica** | Retragere, suspiciune, vorbire greu de urmărit, conflicte cu alți pacienți. | Cu cine vorbește, cum și cât. |
| **A învăța cum să-și păstreze sănătatea** | Lipsa conștiinței bolii, refuzul tratamentului, informații greșite despre medicamente. | Ce știe despre boală și tratament, ce întrebări pune. |

Celelalte nevoi (a respira, a-și menține temperatura corpului, a se îmbrăca, a acționa după propriile convingeri, a se simți util, a se recrea) se evaluează ca în nursingul general și pot fi, la rândul lor, afectate.

### Cum stabilim prioritățile

Când un pacient are mai multe probleme, ordinea este următoarea:

1. **Siguranța și viața:** risc de sinucidere sau de agresivitate, stare confuzională acută, semne vitale modificate, intoxicație sau sevraj, refuzul total al lichidelor.
2. **Nevoile fiziologice de bază:** hidratarea, alimentația, somnul, eliminarea.
3. **Autoîngrijirea:** igiena, îmbrăcatul.
4. **Comunicarea și relațiile cu ceilalți.**
5. **Educația pentru sănătate și aderența la tratament.**

> **DE REȚINUT · Pacientul psihiatric are și un corp**
>
> Persoanele cu tulburări psihice severe trăiesc în medie cu 10-20 de ani mai puțin, în principal din cauza bolilor somatice (cardiovasculare, diabet, infecții), care sunt adesea descoperite târziu. Unii pacienți își exprimă greu durerea sau o descriu neobișnuit. Măsurați semnele vitale, urmăriți greutatea și luați în serios orice acuză fizică. Nu puneți automat totul „pe seama bolii psihice".

## H. Identificarea riscurilor

Riscul nu se evaluează o singură dată, la internare. El se schimbă de la o zi la alta și chiar de la o oră la alta. Reevaluați-l la fiecare tură și ori de câte ori observați o schimbare. Scalele și chestionarele de risc pot ajuta, dar nu înlocuiesc observația repetată și discuția directă cu pacientul. Nivelul de risc și măsurile stabilite se notează la fiecare tură și se comunică întregii echipe.

### Riscul de sinucidere și de autovătămare

Semne de alarmă:

- vorbește despre moarte sau despre a-și lua viața, chiar și „în glumă";
- exprimă lipsa de speranță: „nu mai are rost", „nimic nu se va schimba", „sunt o povară";
- își ia rămas-bun, dăruiește lucruri, își „pune ordine" în treburi;
- ascunde medicamente, caută obiecte tăioase, cordoane, curele;
- se izolează; doarme mult mai puțin sau mult mai mult decât de obicei;
- devine brusc calm după o perioadă de suferință intensă;
- a mai avut tentative de sinucidere sau consumă tot mai mult alcool ori droguri.

*Lista semnelor de alarmă este adaptată după Open RN (2025), secțiunea 1.6.*

> **ATENȚIE · Despre sinucidere se întreabă direct**
>
> A întreba un pacient dacă se gândește la sinucidere **nu îi dă idei** și nu crește riscul. Dimpotrivă, mulți pacienți se simt ușurați că pot vorbi despre asta.
>
> *Exemplu:* „Uneori, oamenii care trec prin ce treceți dumneavoastră se gândesc că ar fi mai bine să nu mai trăiască. Vi s-a întâmplat și dumneavoastră?" Dacă răspunsul este „da": „V-ați gândit cum ați face asta?"
>
> **Orice răspuns afirmativ se comunică imediat medicului.**

**Ce face asistentul:** dacă riscul pare imediat, nu lasă pacientul singur și cheamă ajutor; îndepărtează obiectele periculoase (lame, cordoane, curele, obiecte din sticlă, medicamente); verifică dacă pacientul înghite medicamentele administrate; aplică nivelul de supraveghere stabilit de medic; documentează.

## Riscul de agresivitate față de alții (heteroagresivitate)

**Semne care pot anunța un comportament agresiv:**

- tensiune vizibilă: pumni strânși, maxilare încleștate, privire fixă;
- voce din ce în ce mai ridicată, injurii, amenințări;
- se plimbă agitat, nu poate sta locului, se apropie prea mult de ceilalți;
- intoxicație cu alcool sau droguri, sevraj;
- antecedente de violență; o cerere refuzată, o veste proastă, un conflict cu alt pacient.
- momentele aglomerate ale zilei: masa, schimbul de tură, transportul pacientului.

**Dezescaladarea verbală: primii pași:**

- Rămâneți calm, vorbiți rar și pe un ton jos.
- Păstrați distanța și ieșirea liberă. Nu intrați singur în salon la un pacient agitat.
- Un singur membru al personalului vorbește cu pacientul.
- Ascultați și numiți emoția: „Văd că sunteți foarte nervos. Spuneți-mi ce s-a întâmplat."
- Oferiți opțiuni simple: „Vreți să mergem să vorbim într-un loc mai liniștit?"
- Nu amenințați, nu provocați, nu râdeți, nu atingeți pacientul fără motiv.
- Dacă agitația crește, cereți ajutorul colegilor și anunțați medicul.

**DE REȚINUT · Contenționarea**

Contenționarea (imobilizarea) și izolarea sunt măsuri de excepție, folosite doar când celelalte metode au eșuat și există un pericol imediat. Decizia aparține medicului, iar măsura se aplică strict conform Normelor de aplicare a Legii sănătății mintale și procedurii spitalului.

Asistentul medical participă, supraveghează pacientul la intervalele stabilite (respirația, circulația la extremități, pielea, hidratarea, eliminarea, starea psihică) și documentează totul. Contenționarea nu este niciodată o pedeapsă.

### Riscul de plecare neautorizată

Semne: pacientul stă des lângă ușă, întreabă cum se iese, insistă că trebuie să plece („mi-am lăsat copiii singuri", „îmi pierd serviciul"), este nemulțumit de internare, mai ales dacă internarea este nevoluntară. Asistentul ascultă motivul, îl transmite medicului, știe în permanență unde se află pacientul și anunță imediat dacă acesta lipsește.

### Riscul de cădere

Riscul este crescut la vârstnici, la pacienții sedați sau confuzi, în intoxicație sau sevraj și la începutul tratamentului cu medicamente care scad tensiunea arterială la ridicarea din pat (hipotensiune ortostatică). Măsuri: pacientul se ridică treptat din pat, are încălțăminte potrivită și obiectele necesare la îndemână, salonul are lumină de veghe noaptea, iar pacientul cu risc este însoțit la deplasare.

### Vulnerabilitatea

Unii pacienți (confuzi, cu dizabilitate intelectuală, foarte retrași sau, dimpotrivă, dezinhibați) pot fi exploatați de alți pacienți: li se iau banii, țigările, telefonul sau sunt expuși unor situații de abuz. Observați cine stă în preajma lor și semnalați orice suspiciune.

**ANUNȚAȚI MEDICUL IMEDIAT**

- Pacientul spune că vrea să moară, are un plan sau este găsit cu mijloace de autovătămare.
- Pacientul s-a autovătămat sau a încercat să o facă.
- Pacientul amenință sau devine agresiv, iar agitația nu cedează la abordarea verbală.
- Apar brusc confuzie, dezorientare, somnolență neobișnuită sau alterarea stării de conștiență.
- Semnele vitale sunt modificate; apar febră, rigiditate musculară, convulsii; pacientul a căzut.
- Pacientul refuză complet lichidele și alimentele.
- Pacientul lipsește de pe secție.
- Suspectați consum de alcool sau de droguri pe secție.
- Observați o reacție neobișnuită după administrarea unui medicament.

## I. Documentarea și anunțarea medicului

Ce nu este scris nu poate fi dovedit. Documentarea îl protejează pe pacient (echipa din tura următoare știe ce s-a întâmplat) și îl protejează pe asistent. O notă bună este:

- **obiectivă:** descrie fapte, nu interpretări;
- **precisă:** ora, locul, ce s-a văzut și ce s-a auzit; cuvintele pacientului, între ghilimele;
- **completă:** ce s-a întâmplat, ce a făcut asistentul, cine a fost anunțat și când, care a fost efectul;
- **făcută la timp și semnată.**

| Așa NU | Așa DA |
|---|---|
| „Pacient agitat și agresiv, a făcut scandal. S-a calmat.” | „14:20 - Pacientul se plimbă rapid pe hol, vorbește tare și lovește cu palma ușa salonului. Spune: «Dacă nu-mi dați telefonul, o să vedeți voi!». Abordat verbal într-un loc liniștit; i s-a explicat programul de folosire a telefonului. 14:25 - anunțat medicul de gardă. 14:40 - pacientul stă pe pat, vorbește pe un ton normal, a acceptat tratamentul indicat de medic.” |

### Cum anunțați medicul: structura în patru pași (SBAR)

Un mesaj scurt și clar îl ajută pe medic să decidă repede. Structura SBAR (Situație - Context - Evaluare - Recomandare) este folosită pe scară largă în comunicarea dintre profesioniști:

1. **Situația:** cine sunteți, despre ce pacient este vorba, ce s-a întâmplat. „Sunt asistenta Ana de la Psihiatrie, salonul 2. Doamna M., 78 de ani, este confuză de două ore: nu știe unde se află și încearcă să se ridice singură din pat."
2. **Contextul:** ce trebuie să știe medicul. „Este internată de trei zile. Ieri era orientată. De ieri a băut foarte puțin."
3. **Evaluarea:** ce ați observat și ce ați făcut. „Tensiunea este 100/60 mmHg, pulsul 104/min, temperatura 38,1 °C. Am rămas lângă ea, iar acum o supraveghează o colegă."
4. **Recomandarea (cererea):** ce așteptați de la medic. „Vă rog să veniți să o evaluați."

## J. Greșeli frecvente în interacțiunea cu pacientul psihiatric

1. **Cearta cu pacientul despre ideile lui delirante.** Nu îl convingeți și pierdeți încrederea lui. Ascultați, recunoașteți emoția, readuceți discuția la ce se întâmplă aici și acum.
2. **Confirmarea ideilor delirante „ca să se liniștească".** Întăriți convingerea falsă. Fiți onest și neutru: „Eu nu văd lucrurile așa, dar înțeleg că pentru dumneavoastră este foarte real."
3. **Promisiuni care nu pot fi ținute** („Mâine vă externăm", „Nu spun nimănui"). Încrederea pierdută se recâștigă greu.
4. **Etichetarea pacientului** („manipulatorul", „cazul dificil"). Eticheta trece de la o tură la alta și schimbă felul în care toată echipa se poartă cu pacientul.
5. **Luarea personală a insultelor sau a acuzațiilor.** De multe ori ele țin de boală. Rămâneți calm și profesionist, apoi discutați situația cu echipa.
6. **Evitarea pacientului „dificil" sau tăcut.** Pacientul retras are la fel de multă nevoie de contact. Contactele scurte, dar repetate, contează.
7. **Atribuirea automată a oricărui simptom bolii psihice.** O durere, o febră sau o confuzie apărută recent trebuie evaluate medical.
8. **Încălcarea confidențialității „fără intenție"**: pe hol, la telefon, pe rețelele sociale.

## K. Activitate practică

### Exercițiul 1. Reformulați răspunsul (10 minute, în perechi)

Pentru fiecare situație, explicați de ce răspunsul asistentului nu este terapeutic și propuneți o formulare mai bună.

| Pacientul spune sau face | Răspunsul asistentului | Formularea dumneavoastră |
|---|---|---|
| „Nu mai suport, vreau acasă!” | „Toată lumea vrea acasă. Stați liniștit.” | |
| „Vecinii mi-au pus microfoane în casă.” | „Prostii, nimeni nu v-a pus nimic.” | |
| „Nu mai iau pastilele astea, nu-mi trebuie.” | „Trebuie să le luați, așa a zis doctorul, și gata.” | |
| Pacienta plânge în salon. | „Nu mai plângeți, că nu rezolvați nimic.” | |
| „Unde locuiți? Îmi dați numărul de telefon?” | „Nu vă privește.” | |

### Exercițiul 2. Joc de rol în grupe de câte trei (15 minute)

Roluri: asistentul, pacientul și observatorul. Fiecare scenariu durează 3-4 minute, apoi rolurile se schimbă.

- **Scenariul A.** Pacienta, 34 de ani, internată azi-noapte, este speriată și nu înțelege de ce se află pe secție. Asistentul face primul contact.
- **Scenariul B.** Pacientul îi spune asistentului: „Vă spun ceva, dar să nu-i spuneți doctorului.”
- **Scenariul C.** Pacientul, iritat, cere insistent să plece acasă „chiar acum”, pentru că „are treabă”.

**Fișa observatorului**

| Ce a făcut asistentul | Da | Nu |
|---|---|---|
| S-a prezentat și și-a explicat rolul. | | |
| A folosit cel puțin două întrebări deschise. | | |
| A reformulat sau a numit emoția pacientului. | | |
| A evitat sfaturile, judecățile și reasigurările false. | | |
| A păstrat un ton calm și o postură deschisă. | | |
| A fost onest (nu a promis ce nu poate respecta). | | |
| A încheiat spunând ce urmează. | | |

## Exercițiul 3. Observație sau interpretare? (5 minute)

Notați O (observație) sau I (interpretare). Transformați interpretările în descrieri.

a) „Pacientul este agresiv.”

b) „Pacienta stă în pat, cu pătura trasă peste cap, de la ora 10.”

c) „Pacientul e leneș, nu vrea să se spele.”

d) „Pacientul a mâncat jumătate din porția de prânz și a băut un pahar cu apă.”

e) „Pacienta este manipulatoare.”

f) „Pacientul spune că aude vocea mamei lui, care a murit acum doi ani.”

### Exercițiul 4. Fișa de observație

Completați „Fișa de observație și evaluare de nursing” (de la finalul lucrării) pentru pacientul din studiul de caz. Aceeași fișă va fi folosită în toate lucrările practice.

## L. Studiu de caz

**Domnul A.P., 52 de ani**

Domnul A.P., inginer, a fost internat aseară, adus de soție. Este prima lui internare la psihiatrie.

La ora 8 dimineața îl găsiți stând pe marginea patului, îmbrăcat cu aceleași haine ca ieri, nebărbierit. Nu a mâncat micul dejun. Răspunde scurt, cu voce scăzută, și privește în jos. Spune: „Nu mai are rost nimic. Sunt doar o povară pentru familie.” Asistenta din tura de noapte a notat că s-a trezit la ora 3 și s-a plimbat pe hol până dimineața.

Când vă apropiați să îi măsurați tensiunea, vă spune: „Vă spun ceva, dar să nu-i spuneți doctorului.” În timp ce aranjați noptiera, observați o folie de comprimate adusă de acasă.

Pe la ora 10, soția sună la secție și vă cere să îi spuneți „ce are” și dacă „e periculos”.

### Întrebări

1. Ce observați? Formulați trei observații obiective, fără etichete.
2. Ce nevoi de îngrijire sunt afectate? Care este prioritatea de nursing?
3. Ce riscuri identificați? Ce semne de alarmă apar în caz?
4. Cum răspundeți când pacientul vă cere să păstrați un secret?
5. Ce faceți cu comprimatele din noptieră și când anunțați medicul?
6. Ce îi răspundeți soției la telefon?

## M. Ce trebuie să reținăstudentul

**DE REȚINUT**

1. În psihiatrie, principalele instrumente ale asistentului medical sunt relația cu pacientul și observația.
2. Relația terapeutică este profesională, centrată pe pacient și are limite clare. Nu este o prietenie.
3. Empatia înseamnă să înțelegeți ce simte pacientul, nu să fiți de acord cu tot ce spune.
4. Ascultați mai mult decât vorbiți: întrebări deschise, reformulare, reflectarea emoțiilor, tăcere.
5. Descrieți, nu etichetați: notați ce face și ce spune pacientul, cu ora și cu cuvintele lui.
6. Siguranța este prima prioritate: sinuciderea, agresivitatea, confuzia acută, refuzul lichidelor și alimentelor, plecarea neautorizată, căderea.
7. Despre sinucidere se întreabă direct și calm. Întrebarea nu crește riscul.
8. Nu promiteți secrete. Confidențialitatea se respectă față de exterior, nu față de echipă.
9. Pacientul psihiatric poate avea și boli somatice. Acuzele fizice și semnele vitale se iau în serios.
10. Ce nu este documentat nu poate fi dovedit: ora, faptele, intervenția, medicul anunțat, semnătura.

## N. Întrebări de verificare

1. Adevărat sau fals: A întreba direct un pacient dacă se gândește la sinucidere îi poate da idei și crește riscul.
2. Care dintre notele următoare este o observație obiectivă, corect documentată?
   a) „Pacientul este manipulator.”
   b) „Pacienta a refuzat cina și a spus: «Nu merit să mănânc.»”
   c) „Pacientul pare depresiv astăzi.”
   d) „Pacienta face mofturi la masă.”
3. Un pacient vă spune: „Vă spun ceva, dar promiteți-mi că nu-i spuneți doctorului.” Care este răspunsul corect?
   a) Promiteți, ca să nu îi pierdeți încrederea.
   b) Refuzați să îl ascultați.
   c) Explicați că nu puteți promite, că informațiile importante pentru siguranța și tratamentul lui se transmit echipei, și îl ascultați.
   d) Îi spuneți să vorbească direct cu medicul și plecați.
4. Adevărat sau fals: „Delir” și „delirium” înseamnă același lucru.
5. Dați un exemplu de întrebare deschisă și unul de întrebare închisă.
6. Un pacient nou internat refuză mâncarea, nu s-a spălat și spune că „nu mai are rost să trăiască”. Care este prioritatea de nursing?
   a) Igiena.
   b) Alimentația.
   c) Siguranța: evaluarea riscului de sinucidere și anunțarea medicului.
   d) Educația privind tratamentul.
7. Numiți trei semne care pot anunța un comportament agresiv.
8. Adevărat sau fals: Dacă cineva sună la secție și spune că este fratele pacientului, asistentul îi poate comunica diagnosticul.
9. Ce trebuie să conțină o notă de documentare despre un incident? Numiți patru elemente.
10. De ce o confuzie apărută brusc la un pacient internat la psihiatrie trebuie anunțată imediat medicului?

# Fișa de observație și evaluare de nursing

*Model utilizat în toate lucrările practice. Descrieți ce vedeți și ce auziți; nu folosiți etichete. Notați cuvintele pacientului între ghilimele.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Pacient (inițiale)** | | Vârsta | |
| **Salon / pat** | | Ziua de internare | |
| **Data** | | Tura și ora | |

| Domeniu | Observații |
|---|---|
| **Aspect și igienă** | |
| **Comportament și activitate** | |
| **Contact și cooperare** | |
| **Vorbire** | |
| **Dispoziție și afect (ce spune / ce se vede)** | |
| **Gândire (teme care revin)** | |
| **Percepție** | |
| **Orientare, atenție, memorie** | |
| **Somn** | |
| **Alimentație și hidratare** | |
| **Eliminare** | |
| **Mobilitate și echilibru** | |
| **Semne vitale (TA, puls, temperatură, frecvență respiratorie; glicemie, la indicație)** | |
| **Tratament (administrat / refuzat / reacții observate)** | |
| **Ce s-a schimbat față de tura sau ziua anterioară** | |

**Riscuri** (marcați cu X)

| Risc | Absent | Prezent | De urmărit | Ce am observat |
|---|---|---|---|---|
| **Sinucidere / autovătămare** | | | | |
| **Agresivitate față de alții** | | | | |
| **Plecare neautorizată** | | | | |
| **Cădere** | | | | |
| **Vulnerabilitate** | | | | |
| **Alt risc:** | | | | |

| | |
|---|---|
| **Probleme de îngrijire prioritare (1-3)** | |
| **Intervenții efectuate** | |
| **Medic anunțat (ora, motivul)** | |
| **Numele și semnătura** | |

LUCRAREA PRACTICĂ 2

# Nursingul pacientului cu schizofrenie și tulburare delirantă persistentă

## A. Introducere

### Schizofrenia (ICD-10: F20)

Schizofrenia este o tulburare psihică severă, cu debut de obicei la sfârșitul adolescenței sau la adultul tânăr. În episoadele acute (episoade psihotice), pacientul pierde parțial contactul cu realitatea: aude voci, are convingeri false, gândește și se comportă dezorganizat. Între episoade pot rămâne dificultăți de motivație, de relaționare și de concentrare. Schizofrenia nu înseamnă „personalitate dublă" și nu este vina pacientului sau a familiei.

Simptomele se grupează în trei categorii:

- **Simptome pozitive** (apar „în plus" față de normal): halucinații, cel mai des auditive (voci); idei delirante de persecuție, de otrăvire, de influență („mi se citesc gândurile"); vorbire și comportament dezorganizate.
- **Simptome negative** (lipsesc „în minus"): retragere socială, lipsă de inițiativă și de energie, afect tocit, vorbire săracă, neglijarea igienei.
- **Simptome cognitive:** atenția, memoria și planificarea sunt afectate. Pacientul uită ce i s-a spus și are nevoie de instrucțiuni simple, repetate.

Simptomele pozitive răspund de obicei mai bine la tratament decât cele negative și cognitive. Boala evoluează în episoade acute și perioade de stabilizare. Recăderile apar frecvent după întreruperea tratamentului, la consumul de droguri sau alcool și în perioade de stres.

### Tulburarea delirantă persistentă (ICD-10: F22)

Pacientul are una sau mai multe idei delirante bine închegate, pe o temă constantă, care persistă luni sau ani. Spre deosebire de schizofrenie, lipsesc dezorganizarea și simptomele negative, iar halucinațiile lipsesc sau sunt minore. În afara temei delirante, pacientul poate părea complet normal: lucrează, are grijă de sine, discută coerent. Debutul este de obicei mai târziu decât în schizofrenie. Pacientul nu se consideră bolnav și ajunge adesea la medic adus de familie.

Teme frecvente: **persecuția** („vecinii mă urmăresc, vor să-mi facă rău"), cea mai frecventă; **gelozia** („partenerul mă înșală"); **erotomania** („o persoană importantă este îndrăgostită de mine"); **grandoarea**; temele **somatice** („am paraziți sub piele").

**DE REȚINUT**

- Pentru pacient, halucinațiile și ideile delirante sunt reale. Ele nu dispar prin argumente.
- Simptomele negative nu sunt lene sau rea-voință.
- Diagnosticul de schizofrenie nu înseamnă că pacientul este periculos. Riscul se evaluează individual, la fiecare tură.
- Riscul de sinucidere se evaluează la orice pacient cu psihoză.
- Întreruperea tratamentului este cea mai frecventă cauză a recăderii.

## B. Cum recunoaștem pacientul

Întrebarea de la care pornim: **„Ce văd eu, ca asistent medical, la patul pacientului?”**

| Domeniul | Schizofrenie (episod acut) | Tulburare delirantă persistentă |
|---|---|---|
| **Aspect și igienă** | Adesea neîngrijit; îmbrăcăminte nepotrivită sezonului sau situației. | De obicei îngrijit, cu aspect obișnuit. |
| **Comportament** | Vorbește singur, ascultă, râde fără motiv; se retrage sau devine agitat; uneori stă nemișcat. | Obișnuit; poate face plângeri repetate, poate evita sau confrunta „persecutorii”. |
| **Vorbire** | Greu de urmărit, sare de la o idee la alta, folosește cuvinte inventate; sau foarte săracă. | Coerentă, uneori convingătoare; revine mereu la aceeași temă. |
| **Halucinații** | Frecvente, mai ales auditive. | Absente sau minore, legate de tema delirantă. |
| **Idei delirante** | Adesea bizare și schimbătoare („mi-au pus un cip în cap”). | Bine organizate, plauzibile la prima vedere („soția mă înșală”). |
| **Afect** | Tocit sau nepotrivit; frică în episodul acut. | Potrivit, dar intens (furie, neliniște) când se atinge tema. |
| **Conștiința bolii** | De obicei absentă în episodul acut. | De obicei absentă. |

Alte semne pe care le observați:

- **Comportament halucinator:** privirea urmărește pe cineva invizibil, mormăie, se oprește brusc din discuție ca și cum ar fi fost întrerupt, privește fix un colț al camerei, își acoperă urechile.
- **Suspiciune:** întreabă ce scrieți, refuză să vorbească în fața altora, astupă prizele sau ferestrele, refuză mâncarea „otrăvită”.

- **Catatonie:** pacientul nu se mișcă, nu vorbește, păstrează poziții neobișnuite sau, dimpotrivă, are o agitație fără scop. Pacientul catatonic are nevoie de ajutor la alimentație, hidratare și igienă.
- **Orientarea:** de obicei este păstrată. Poate fi afectată într-un episod acut sever, dar o confuzie apărută brusc impune căutarea unei cauze medicale.

> **ATENȚIE · Nu orice psihoză este schizofrenie**
>
> Halucinațiile și ideile delirante pot avea și cauze medicale: febră mare, infecții, deshidratare, tulburări ale glicemiei sau ale electroliților, traumatisme craniene, intoxicații sau sevraj.
>
> La un pacient cu simptome psihotice nou apărute sau cu o schimbare bruscă a stării, măsurați semnele vitale și glicemia capilară (conform procedurii) și anunțați medicul.

## C. Evaluarea de nursing

- **Halucinațiile:** ce aude sau vede pacientul, de când, cât de des, cum reacționează, ce îl ajută. Cel mai important: îi cer vocile să facă ceva?
- **Ideile delirante:** cine sau ce îl amenință; sunt implicați personalul, alți pacienți, familia, mâncarea sau medicamentele? Crede pacientul că este în pericol și că trebuie să se apere?
- **Comportamentul:** agitație, retragere, catatonie, conflicte cu alți pacienți.
- **Autoîngrijirea:** igiena, îmbrăcămintea, ordinea în jurul patului.
- **Alimentația și hidratarea:** cât mănâncă și cât bea; refuzul alimentelor din teama de otrăvire; greutatea.
- **Somnul:** insomnia este frecventă în episodul acut și este unul dintre primele semne de recădere.
- **Tratamentul:** acceptă, refuză sau ascunde medicamentele? Are efecte adverse care îl fac să vrea să renunțe?
- **Consumul de substanțe:** canabis, alcool, alte droguri, tutun.
- **Sănătatea fizică:** semne vitale, greutate, tranzit intestinal, diureză, glicemie la indicație.
- **Riscurile:** sinucidere și autovătămare, agresivitate, plecare neautorizată, cădere, vulnerabilitate față de alți pacienți.

**ATENȚIE · Cum întrebați despre halucinații**

Nu vorbiți despre voci ca și cum ar fi reale. În loc de „Ce vă spun vocile?”, întrebați: **„Păreți să auziți ceva. Ce auziți?”**

Întrebați întotdeauna dacă pacientul aude ceva care îi cere să facă un lucru și dacă el crede că trebuie să asculte. Dacă răspunsul este „da”, riscul ca pacientul să acționeze conform ordinului este mai mare: anunțați imediat medicul.

## D. Nevoile de îngrijire / problemele de nursing

| Problema de nursing | Cum se manifestă | Ce urmărim |
|---|---|---|
| **Risc de violență față de sine sau de alții** | Halucinații care dau ordine, idei de persecuție, agitație, impulsivitate, conflicte. | Pacientul și ceilalți rămân în siguranță. |
| **Percepție și gândire alterate** | Halucinații, idei delirante, dificultatea de a deosebi ce este real. | Pacientul spune ce trăiește, nu acționează sub influența simptomelor și începe să le recunoască drept parte a bolii. |
| **Comunicare și relații sociale afectate** | Retragere, suspiciune, vorbire greu de urmărit. | Contact zilnic cu personalul; participare treptată la activități. |
| **Deficit de autoîngrijire** | Igienă neglijată, haine nepotrivite (simptome negative, dezorganizare). | Igienă zilnică, cu atât sprijin cât este nevoie. |
| **Alimentație și hidratare insuficiente** | Refuz din teama de otrăvire, lipsă de interes, catatonie. | Aport suficient; greutate stabilă. |
| **Tulburarea somnului** | Insomnie, inversarea ritmului zi-noapte. | Somn regulat. |
| **Risc de neaderență la tratament** | Lipsa conștiinței bolii, efecte adverse, neîncredere. | Pacientul ia tratamentul și spune ce efecte adverse are. |
| **Risc de complicații ale tratamentului** | Efecte extrapiramidale, sedare, creștere în greutate, constipație. | Recunoașterea și raportarea lor la timp. |

## E. Intervențiile asistentului medical

### Intervenții de rutină

#### Relația și mediul

- Asistentul medical va avea contacte scurte și frecvente cu pacientul, cu același personal ori de câte ori este posibil.
- Va folosi propoziții scurte și clare și va lăsa timp pentru răspuns.

- Va menține un mediu calm, cu puțini stimuli (zgomot, aglomerație), și un program zilnic previzibil.
- La pacientul suspicios, asistentul medical anunță fiecare gest înainte să-l facă și îi cere acordul („Pot să vă pun manșeta pe braț?”). Discuțiile cu colegii au loc departe de pacient, ca acesta să nu le interpreteze ca fiind despre el.
- La internare și ori de câte ori există suspiciuni, bunurile pacientului se verifică pentru obiecte periculoase, conform procedurii secției.

**Halucinațiile și ideile delirante**

- Se vor monitoriza conținutul halucinațiilor și al ideilor delirante, mai ales apariția ordinelor de a face rău.
- Asistentul medical va răspunde la emoție (frică, furie), nu la conținutul delirului, și va readuce discuția la ce se întâmplă acum, pe secție.
- Va propune activități concrete care distrag atenția de la voci: o discuție, muzică, o plimbare pe hol, o activitate simplă.

**Autoîngrijirea, alimentația și somnul**

- **Igiena:** în loc de „Mergeți la duș!”, asistentul îl conduce pe pacient pas cu pas („Întâi luăm prosopul. Acum dăm drumul la apă.”), îi pune hainele curate la îndemână și remarcă cu voce tare fiecare reușită. Asistentul nu face în locul pacientului ce poate face acesta singur.
- **Alimentația:** dacă pacientul se teme că mâncarea este otrăvită, i se oferă alimente ambalate sau este lăsat să își aleagă singur porția. Se notează ce mănâncă și ce bea; pacientul se cântărește periodic.
- **Somnul:** program regulat de culcare, fără cafea seara, activitate în timpul zilei, liniște noaptea.

**Tratamentul**

- Asistentul medical va administra tratamentul supravegheat și va verifica dacă pacientul l-a înghițit, cu discreție, fără să-l umilească.
- La pacientul suspicios, ambalajul medicamentului se deschide în fața lui; acest gest poate reduce teama (Open RN, 2025).
- Medicamentele nu se ascund în mâncare sau în băutură. Dacă pacientul refuză tratamentul, asistentul anunță medicul, care decide conduita.
- Se vor monitoriza efectele adverse (secțiunea I), semnele vitale, greutatea și tranzitul intestinal.

**Socializarea și familia**

- Contactul începe cu discuții scurte, despre lucruri neutre (vremea, meniul zilei), și se prelungește pe măsură ce pacientul capătă încredere. Activitățile de grup se propun, nu se impun: „La zece începe atelierul de desen. Puteți veni doar să priviți, dacă vreți.”

- La pacientul agitat se evită jocurile competitive.
- Cu acordul pacientului, familia este informată despre boală, tratament şi semnele de recădere. Sprijinul pentru familie face parte din îngrijire.

### Intervenţii în agravarea simptomelor

- **Agitaţia creşte:** dezescaladare verbală (Lucrarea practică 1), reducerea stimulilor, un singur membru al personalului vorbeşte cu pacientul. Se anunţă medicul; tratamentul suplimentar se administrează numai la indicaţia lui.
- **Halucinaţii care dau ordine sau ameninţări faţă de o persoană anume:** supraveghere crescută, îndepărtarea obiectelor periculoase, separarea pacientului de persoana vizată, anunţarea medicului.
- **Refuz alimentar sau de lichide prelungit:** bilanţ lichidian (intrări-ieşiri), greutate, anunţarea medicului.
- **Semne de recădere la un pacient stabilizat:** doarme puţin, se retrage, se concentrează tot mai greu, vocile sau suspiciunea revin. Se anunţă medicul.

### Intervenţii în situaţii de urgenţă

- **Agresiune iminentă sau în desfăşurare:** asistentul cheamă ajutor, protejează ceilalţi pacienţi şi nu intervine singur. Contenţionarea se aplică numai la decizia medicului, conform normelor (Lucrarea practică 1).
- **Reacţie gravă la medicamente** (sindrom neuroleptic malign, distonie acută cu dificultăţi de respiraţie sau de înghiţire): anunţă imediat medicul, monitorizează semnele vitale şi nu administrează următoarea doză de antipsihotic până nu vorbeşte cu medicul.
- **Pacient catatonic care nu mai mănâncă şi nu mai bea:** anunţă medicul; urmăreşte hidratarea şi semnele vitale.
- **Tentativă de sinucidere sau autovătămare:** acordă primul ajutor, cheamă medicul, nu lasă pacientul singur.

## F. Comunicarea cu pacientul

**Ce este recomandat:**

- ton calm, propoziţii scurte şi concrete, numele pacientului;
- recunoaşterea emoţiei, fără confirmarea conţinutului;
- o formulare onestă a felului în care vedeţi dumneavoastră realitatea, fără ceartă;
- readucerea discuţiei la „aici şi acum”;
- consecvenţă: ce aţi spus că faceţi, faceţi.

**Ce evităm:**

- să contrazicem sau să ironizăm delirul;
- să confirmăm delirul „ca să se liniștească”;
- să vorbim despre voci ca despre ceva real („Ce vă spun vocile?”);
- să insistăm pe detaliile delirului mai mult decât este nevoie pentru evaluarea riscului;
- amenințările („Dacă nu luați pastila, vă facem injecție.”);
- șoaptele, râsetele și discuțiile cu colegii pe care pacientul le vede, dar nu le aude.

| Situația | Așa NU | Așa DA |
|---|---|---|
| „Mă urmăresc prin telefon.” | „Nimeni nu vă urmărește, e boala.” | „Înțeleg că vă simțiți urmărit și că e înfricoșător. Aici, pe secție, cum vă simțiți?” |
| Pacientul privește fix un colț și pare să asculte. | „Ce vă spun vocile?” | „Păreți să auziți ceva. Ce auziți? Vă cere cineva să faceți ceva?” |
| „Vocile spun că sunt un om rău.” | „Nu le mai băgați în seamă.” | „Eu nu aud vocile, dar văd cât de mult vă necăjesc. Vreți să ne plimbăm puțin pe hol?” |
| „Mâncarea e otrăvită.” | „Mâncați și gata, nu e nimic în ea.” | „Văd că vă e teamă. Puteți alege dumneavoastră porția de pe tavă sau vă aduc un iaurt sigilat.” |
| „Medicul vrea să mă omoare.” | „Ce prostii vorbiți!” | „Văd că vă e frică. Aici nimeni nu vă vrea răul. Dacă vă ajută, rămân în salon cât timp vorbiți cu medicul.” |

**La pacientul cu tulburare delirantă persistentă,** discuțiile lungi despre temă nu ajută. Asistentul se concentrează pe consecințele pe care pacientul le recunoaște: somnul, neliniștea, oboseala, conflictele. De exemplu: „Văd că situația cu vecinii vă consumă foarte mult. Cum dormiți în ultima vreme?”

## G. Situații de alarmă: când anunțăm medicul

**ANUNȚAȚI MEDICUL IMEDIAT**

**Risc pentru pacient sau pentru alții**

- aude voci care îi cer să se rănească sau să rănească pe cineva;
- amenință o persoană anume, devine agresiv sau agitația nu cedează la abordarea verbală;
- vorbește despre sinucidere, se autovatămă sau este găsit cu obiecte periculoase;
- lipsește de pe secție.

**Posibile reacții grave la tratament**

- febră, rigiditate musculară, transpirații, confuzie, puls și tensiune instabile (sindrom neuroleptic malign);
- contracturi bruște ale gâtului, limbii, ochilor sau maxilarului; dificultăți de respirație sau de înghițire (distonie acută);
- la pacientul tratat cu clozapină: febră, durere în gât sau alte semne de infecție.

**Starea somatică și tratamentul**

- confuzie sau dezorientare apărute brusc;
- nu mai mănâncă și nu mai bea, stă nemișcat, nu răspunde (catatonie);
- convulsii, leșin, cădere;
- refuză complet tratamentul sau este găsit ascunzând medicamente.

## H. Tratamentul: ce trebuie să știe asistentul

Antipsihoticele sunt tratamentul de bază. Ele reduc halucinațiile, ideile delirante și agitația și previn recăderile. Tratamentul este, de regulă, de lungă durată.

- **Antipsihotice de primă generație („clasice”):** de exemplu haloperidol, flufenazină, clorpromazină. Risc mai mare de efecte extrapiramidale.
- **Antipsihotice de a doua generație („atipice”):** de exemplu risperidonă, olanzapină, quetiapină, aripiprazol, paliperidonă, clozapină. Risc mai mic de efecte extrapiramidale, dar risc de creștere în greutate și de tulburări metabolice.
- **Forme de administrare:** comprimate, soluții orale, injecții cu acțiune rapidă (în agitație) și injecții cu eliberare prelungită („depot”), administrate la două săptămâni, lunar sau chiar mai rar. Formele depot îi ajută pe pacienții care uită sau refuză tratamentul zilnic.
- **Când apare efectul:** agitația și halucinațiile se reduc în câteva zile, ideile delirante în câteva săptămâni; efectul complet poate apărea după aproximativ șase săptămâni (Open RN, 2025).

- **Clozapina** se folosește când alte antipsihotice nu au fost eficiente. Poate scădea brusc globulele albe (agranulocitoză), cu risc de infecții grave. De aceea, hemoleucograma se face periodic, după schema stabilită de medic.

## Reacții adverse importante

| Reacția | Cum arată | Ce face asistentul |
|---|---|---|
| **Distonie acută** | Contracturi bruște, dureroase, ale gâtului, limbii, maxilarului sau ochilor („ochii dați peste cap"); apare mai ales în primele zile de tratament. | Anunță imediat medicul și liniștește pacientul. Dacă sunt afectate respirația sau înghițirea: urgență. |
| **Akatisie** | Neliniște interioară; pacientul nu poate sta locului, se plimbă continuu. | Raportează medicului. Atenție: poate fi confundată cu agravarea psihozei. |
| **Parkinsonism** | Tremor, rigiditate, mișcări lente, mers cu pași mici, față inexpresivă. | Raportează; previne căderile. |
| **Diskinezie tardivă** | Mișcări involuntare ale buzelor, limbii, feței (plescăit, grimase, clipit), după tratament îndelungat. | Raportează la primele semne; poate persista. |
| **Sedare, amețeală, hipotensiune ortostatică** | Somnolență, amețeală la ridicarea din pat. | Ridicare treptată din pat; prevenirea căderilor. |
| **Efecte anticolinergice** | Gură uscată, constipație, vedere încețoșată, retenție urinară. | Urmărește tranzitul și diureza; lichide și fibre; raportează constipația prelungită. |
| **Creștere în greutate, tulburări metabolice** | Kilograme în plus, circumferință abdominală mare, sete, urinări frecvente. | Cântărire periodică; glicemie și lipide la indicație; sfaturi de alimentație și mișcare. |
| **Sindrom neuroleptic malign (rar, dar grav)** | Febră, rigiditate musculară severă, confuzie, agitație, transpirații, puls și tensiune instabile. | URGENȚĂ: anunță imediat medicul, nu administrează următoarea doză de antipsihotic, monitorizează semnele vitale. |
| **Agranulocitoză (clozapină)** | Febră, durere în gât, alte semne de infecție. | Anunță imediat medicul; respectă programul analizelor. |

Unele antipsihotice pot afecta ciclul menstrual și viața sexuală. Pacienții ascund adesea aceste efecte din jenă și pot opri tratamentul fără să spună. Întrebați discret și transmiteți medicului.

**DE REȚINUT · Siguranța administrării**

- Verificați pacientul, medicamentul, doza, calea și ora.
- Verificați înghițirea, cu discreție.
- La injecțiile depot, notați data, locul injectării (alternați locurile) și data următoarei doze.
- Alcoolul crește sedarea: pacientul nu consumă alcool.
- Tratamentul nu se oprește brusc și nu se modifică fără medic.
- Pacientul și familia (cu acordul pacientului) află ce efecte adverse trebuie raportate.

# I. Activitate practică

## Exercițiul 1. Reformulați răspunsul (10 minute, în perechi)

Pentru fiecare situație, explicați de ce răspunsul asistentului nu este terapeutic și propuneți o formulare mai bună.

| Pacientul spune sau face | Răspunsul asistentului | Formularea dumneavoastră |
|---|---|---|
| „Vocile îmi spun că sunt un om rău.” | „Nu există nicio voce, vă imaginați.” | |
| „Cei de la salonul 3 vor să mă omoare.” | „Prostii, sunt oameni bolnavi ca și dumneavoastră.” | |
| Refuză pastila: „Sunteți cu ei.” | „Dacă nu o luați, vă facem injecție.” | |
| „Am fost ales să salvez lumea.” | „Ce misiune frumoasă!” | |
| Stă de trei zile în pat, nespălat. | „Sunteți leneș, trebuie să vă spălați.” | |

### Exercițiul 2. Recunoașteți reacția adversă (10 minute)

Pentru fiecare situație, numiți reacția adversă probabilă și spuneți ce face asistentul.

a) Pacient de 22 de ani, a doua zi după prima doză de haloperidol: gâtul răsucit într-o parte, ochii daţi peste cap; este foarte speriat.

b) Pacient tratat de o săptămână: nu poate sta pe scaun, se plimbă continuu şi spune că „îl furnică pe dinăuntru”.

c) Pacientă tratată cu clozapină de două luni: temperatură 38,5 °C şi durere în gât.

d) Pacient tratat de zece zile: temperatură 39 °C, rigid, transpirat, confuz, puls 120/min.

### Exercițiul 3. Joc de rol (dacă timpul permite)

În grupe de câte trei (asistent, pacient, observator): **A.** pacientul refuză masa pentru că „este otrăvită”; **B.** pacientul pare să audă voci şi este speriat, iar asistentul evaluează dacă vocile îi dau ordine. Observatorul notează dacă asistentul a recunoscut emoția, nu a confirmat şi nu a contrazis delirul, a întrebat „Ce auziți?”, a întrebat despre ordine şi a propus o soluție concretă.

## J. Studiu de caz

**Domnul R.T., 24 de ani**

Domnul R.T., student în anul al III-lea, este adus la internare de părinți. De aproximativ două luni s-a izolat în cameră, nu mai merge la cursuri, doarme ziua şi stă treaz noaptea. A acoperit pereții camerei cu folie de aluminiu, „ca să nu i se citească gândurile”. Părinții spun că fumează canabis de un an.

Pe secție stă în colțul salonului, cu spatele la perete. Este nebărbierit şi poartă aceeaşi bluză de trei zile. Vorbeşte încet, singur, şi se opreşte din când în când ca şi cum ar asculta pe cineva. Refuză mâncarea de la cantină: „E pusă otravă în ea.” Când asistenta îi aduce tratamentul, spune: „Nu iau nimic de la voi. Sunteți cu ei.”

Seara, colegul de salon îi spune asistentei că R. i-a zis că „vocile spun că cineva trebuie să plătească”.

A doua zi, la câteva ore după prima injecție cu haloperidol prescrisă de medic, R. are gâtul răsucit într-o parte şi ochii daţi peste cap. Este foarte speriat.

**Întrebări**

1. Ce simptome observați? Care sunt pozitive și care sunt negative?
2. Care este prioritatea de nursing în prima seară? Ce faceți după ce aflați ce spun vocile?
3. Cum răspundeți când spune că mâncarea este otrăvită și când refuză tratamentul?
4. Ce s-a întâmplat a doua zi după injecție și ce faceți?
5. Ce nevoi de îngrijire sunt afectate și ce intervenții planificați pentru zilele următoare?
6. Ce semne de recădere trebuie să cunoască pacientul și familia la externare?

Completați fișa de observație și evaluare de nursing (Lucrarea practică 1) pentru domnul R.T., în prima seară de internare.

## K. Ce trebuie să rețină studentul

**DE REȚINUT**

1. Schizofrenia are simptome pozitive (halucinații, idei delirante, dezorganizare), negative (retragere, lipsă de inițiativă) și cognitive.
2. În tulburarea delirantă persistentă, pacientul poate părea normal; problema apare când se atinge tema delirantă.
3. Pentru pacient, simptomele sunt reale: nu le confirmăm, nu ne certăm cu el, răspundem la emoție.
4. Întrebăm „Ce auziți?", nu „Ce vă spun vocile?", și întrebăm întotdeauna dacă vocile îi cer să facă ceva.
5. Halucinațiile care dau ordine și ideile de persecuție față de o persoană anume cresc riscul de violență: anunțăm imediat medicul.
6. O psihoză nou apărută sau o confuzie bruscă pot avea o cauză medicală: semne vitale, glicemie, medic.
7. Antipsihoticele acționează în câteva zile asupra agitației și în câteva săptămâni asupra ideilor delirante. Tratamentul nu se oprește brusc.
8. Distonia acută și sindromul neuroleptic malign sunt urgențe; la clozapină, febra și durerea în gât se anunță imediat.
9. Antipsihoticele atipice cresc riscul metabolic: cântărire periodică, glicemie și lipide la indicație.
10. Insomnia, retragerea și scăderea concentrării pot anunța o recădere.

## L. Întrebări de verificare

1. Care dintre următoarele este un simptom negativ?
    a) Halucinațiile auditive.
    b) Ideile de persecuție.
    c) Retragerea socială și lipsa de inițiativă.
    d) Vorbirea dezorganizată.
2. Adevărat sau fals: Pentru a-l ajuta pe pacient, asistentul trebuie să-i demonstreze că ideea delirantă este falsă.
3. Cum formulați corect întrebarea despre halucinații?
4. Un pacient spune că vocile îi cer să-l lovească pe colegul de salon. Ce faceți?
    a) Ignorați afirmația; vocile nu sunt reale.
    b) Îi explicați că vocile nu există.
    c) Creșteți supravegherea, separați pacienții și anunțați imediat medicul.
    d) Notați în foaie și raportați la schimbul de tură.
5. Adevărat sau fals: În tulburarea delirantă persistentă, pacientul este de obicei dezorganizat și neîngrijit.
6. Ce reacție adversă bănuiți la un pacient care, după prima doză de haloperidol, are contracturi ale gâtului și ochii dați peste cap?
7. Numiți trei semne ale sindromului neuroleptic malign.
8. Un pacient tratat cu clozapină are febră și durere în gât. De ce anunțați imediat medicul?
9. Adevărat sau fals: Dacă pacientul refuză tratamentul, asistentul îl poate pune în mâncare fără să-i spună.
10. Numiți trei semne care pot anunța o recădere.

**L U C R A R E A  P R A C T I C Ă  3**

# Nursingul pacientului cu tulburare afectivă bipolară și tulburare depresivă recurentă

## A. Introducere

Tulburările afective sunt tulburări ale dispoziției. Dispoziția poate fi patologic scăzută (**depresie**) sau patologic crescută (**manie**, iar în forma mai ușoară, **hipomanie**). Episoadele durează de obicei săptămâni sau luni și se repetă.

### Tulburarea depresivă recurentă (ICD-10: F33)

Pacientul are episoade depresive repetate, fără să fi avut vreodată un episod maniacal. Episodul depresiv nu este o tristețe obișnuită și nici lipsă de voință. Este o boală care afectează dispoziția, gândirea, somnul, apetitul și energia.

Semnele principale ale episodului depresiv:

- dispoziție tristă aproape toată ziua, aproape în fiecare zi; pierderea interesului și a plăcerii pentru activitățile obișnuite;
- oboseală, lipsă de energie, mișcări și vorbire încetinite (uneori, dimpotrivă, neliniște);
- tulburări de somn (insomnie sau somn excesiv) și de apetit, scădere în greutate;
- sentimente de vinovăție, de inutilitate, de „povară" pentru ceilalți; lipsă de speranță;
- dificultăți de concentrare și de decizie;
- gânduri despre moarte sau de sinucidere.

În formele severe pot apărea idei delirante de vinovăție, de ruină sau de boală gravă („am distrus totul", „organele mele au putrezit") și refuzul alimentar.

### Tulburarea afectivă bipolară (ICD-10: F31)

Pacientul are cel puțin un episod maniacal sau hipomaniacal; de cele mai multe ori alternează episoade de manie și episoade de depresie. Între episoade, mulți pacienți funcționează bine. Boala este, de regulă, de lungă durată, iar tratamentul de întreținere previne recăderile.

Semnele principale ale episodului maniacal:

- dispoziție euforică („mă simt minunat, de neoprit") sau iritabilă, care se schimbă repede în furie;
- nevoie redusă de somn: doarme 2-3 ore și nu se simte obosit;
- vorbire rapidă, greu de întrerupt; sare de la o idee la alta;
- idei de grandoare („am puteri speciale", „voi deveni ministru");
- activitate excesivă, fără finalizare; distractibilitate;

- comportamente riscante: cheltuieli mari, datorii, consum de alcool, comportament sexual dezinhibat, conflicte;
- lipsa conștiinței bolii: pacientul nu crede că are nevoie de tratament.

**Hipomania** este o formă mai ușoară de manie, fără pierderea contactului cu realitatea și fără afectare severă a funcționării. În **episodul mixt**, simptomele depresive și cele maniacale apar în același timp (de exemplu, neliniște și energie crescută împreună cu disperare); riscul de sinucidere este mare. În mania severă pot apărea și halucinații sau idei delirante.

**DE REȚINUT**

- Depresia nu se vindecă prin „voință" sau prin „gândire pozitivă".
- Lipsa de speranță, sentimentul de inutilitate și cel de a fi o povară cresc riscul de sinucidere: se anunță medicul, iar pacientul nu este lăsat singur.
- Riscul de sinucidere poate crește când pacientul își recapătă energia (la începutul tratamentului) sau devine brusc calm după o perioadă de suferință.
- În manie, pacientul nu se consideră bolnav și își poate distruge finanțele, relațiile și sănătatea.
- Pacientul în manie poate ajunge la epuizare și deshidratare: nu doarme, nu mănâncă, nu bea.

## B. Cum recunoaștem pacientul

Întrebarea de la care pornim: **„Ce văd eu, ca asistent medical, la patul pacientului?"**

| Domeniul | Episodul depresiv | Episodul maniacal |
|---|---|---|
| **Aspect** | Neîngrijit, haine murdare, miros, fără grijă pentru sine. | Îmbrăcăminte stridentă sau provocatoare, machiaj excesiv; își schimbă des hainele; uneori neîngrijit. |
| **Activitate** | Stă în pat, se mișcă și răspunde încet; se izolează. | Nu stă locului, intră în saloanele altora, începe multe activități și nu termină niciuna. |
| **Vorbire** | Rară, monotonă, cu pauze lungi înainte de răspuns; uneori tace. | Rapidă, abundentă, greu de întrerupt; glume, rime, sare de la o temă la alta. |
| **Dispoziție** | Tristă, plânge, „nu mai simt nimic"; dimineața este adesea mai rău. | Euforică sau iritabilă; trece brusc de la veselie la furie. |
| **Gândire** | Vinovăție, inutilitate, lipsă de speranță, gânduri de moarte. | Grandoare, planuri nerealiste, gândurile „aleargă". |

| Domeniul | Episodul depresiv | Episodul maniacal |
|---|---|---|
| **Somn** | Insomnie (trezire devreme) sau somn excesiv. | Doarme foarte puțin și nu se simte obosit. |
| **Alimentație** | Lipsa poftei de mâncare, scădere în greutate (uneori mănâncă excesiv). | Nu are răbdare să mănânce, uită să bea; scade în greutate. |
| **Judecată** | Nu poate lua decizii simple. | Decizii impulsive, cheltuieli, datorii; nu vede consecințele. |

**ATENȚIE · Semne care trebuie raportate imediat**

La pacientul depresiv se raportează imediat orice afirmație care arată că **nu mai vede o ieșire** („nu mai are sens să încerc”), că **se consideră fără valoare** („sunt un nimeni”) sau că **se simte prins** („orice aș face, rămâne la fel”), precum și gândurile de moarte, autovătămarea și medicamentele găsite ascunse în gură sau în pat. Până la evaluarea medicului, pacientul rămâne supravegheat.

## C. Evaluarea de nursing

- **Riscul de sinucidere:** întrebat direct, la internare, la fiecare tură și ori de câte ori se schimbă starea pacientului (Lucrarea practică 1).
- **Riscul de agresivitate:** iritabilitate, conflicte, mai ales în manie, când pacientului i se impun limite.
- **Comportamente riscante în manie:** cheltuieli, dăruirea lucrurilor, dezinhibiție sexuală, consum de alcool; vulnerabilitatea față de alți pacienți.
- **Alimentația și hidratarea:** cât mănâncă și cât bea; greutatea; semne de deshidratare (gură uscată, urină puțină și închisă la culoare).
- **Somnul:** câte ore doarme; activitatea nocturnă.
- **Autoîngrijirea:** igienă, îmbrăcăminte potrivită.
- **Eliminarea:** constipația este frecventă în depresie și la unele medicamente.
- **Semnele vitale și starea fizică:** pacientul în manie poate ajunge la epuizare; unele boli somatice (de exemplu, tulburările tiroidei) pot produce simptome depresive sau maniacale.
- **Tratamentul:** aderența, efectele adverse, recoltarea la timp a litemiei (secțiunea I).
- **Consumul de alcool și de droguri.**
- **Familia:** ce a observat acasă, ce sprijin are pacientul. În manie, familia oferă adesea informațiile cele mai exacte, pentru că pacientul nu își recunoaște simptomele.

## D. Nevoile de îngrijire / problemele de nursing

| Problema de nursing | Cum se manifestă | Ce urmărim |
|---|---|---|
| **Risc de sinucidere sau de autovătămare** | Depresie: lipsă de speranță, vinovăție, gânduri de moarte. Episod mixt sau manie: impulsivitate. | Pacientul spune gândurile de autovătămare înainte să acționeze; rămâne în siguranță. |
| **Risc de violență și de rănire** | Manie: iritabilitate, conflicte, impulsivitate, comportamente riscante. | Pacientul și ceilalți rămân în siguranță. |
| **Alimentație și hidratare insuficiente** | Depresie: lipsa poftei de mâncare. Manie: nu are răbdare să mănânce, uită să bea. | Aport suficient; greutate stabilă; fără deshidratare. |
| **Tulburarea somnului** | Depresie: insomnie sau somn excesiv. Manie: doarme 2-3 ore. | Somn suficient (în manie, cel puțin câteva ore pe noapte). |
| **Deficit de autoîngrijire** | Depresie: lipsă de energie. Manie: distractibilitate. | Igienă zilnică, haine potrivite. |
| **Interacțiune socială afectată** | Depresie: izolare. Manie: intruziune, încălcarea limitelor celorlalți. | Contact adecvat cu ceilalți, fără izolare și fără intruziune. |
| **Stima de sine scăzută / lipsa de speranță** | Depresie: „nu valorez nimic”, „nu are rost”. | Pacientul poate numi câteva lucruri pozitive despre sine și despre viitor. |
| **Risc de neaderență la tratament** | Lipsa conștiinței bolii (manie), lipsă de energie sau de speranță (depresie), efecte adverse. | Pacientul ia tratamentul și înțelege de ce este necesar. |

## E. Intervențiile asistentului medical

### Pacientul cu episod depresiv

- **Siguranța:** asistentul medical va evalua riscul de sinucidere la fiecare tură și va aplica nivelul de supraveghere stabilit de medic. Verificările se fac la intervale variabile, nu previzibile. Se îndepărtează obiectele periculoase.
- **Tratamentul:** se administrează supravegheat; asistentul verifică dacă pacientul a înghițit medicamentele, pentru a preveni strângerea lor.
- **Alimentația:** porții mici, gustări frecvente, lichide; pacientul își alege alimentele; se notează ce mănâncă; cântărire săptămânală.
- **Somnul și activitatea:** program regulat; pacientul este încurajat să se ridice, să se îmbrace și să nu stea în pat în timpul zilei; activitățile se programează când are mai multă energie (de obicei dimineața, cu excepția celor la care dimineața este cel mai greu).
- **Autoîngrijirea:** pași mici, instrucțiuni simple, laudă pentru fiecare progres.
- **Eliminarea:** lichide, fibre, mișcare; se urmărește tranzitul.
- **Relația:** contacte scurte și frecvente; prezența asistentului contează chiar și atunci când pacientul tace.

## Pacientul cu episod maniacal

- **Mediul:** pacientul în manie reacționează la orice stimul. Asistentul îl ține departe de sala aglomerată și de televizor, îi propune pauze de odihnă la ore fixe și, la nevoie, îl mută într-un salon mai liniștit.
- **Limitele:** puține și clare, spuse pe scurt, fără discuții lungi („Ana, salonul acesta este al altcuiva. Vă aștept la ușă."). Dacă fiecare membru al echipei aplică regulile altfel, pacientul va încerca să negocieze cu fiecare.
- **Energia:** nu se încearcă oprirea ei, ci folosirea ei: o plimbare însoțită, aranjarea unor reviste, o sarcină cu început și sfârșit clar. Se evită jocurile în care se câștigă sau se pierde.
- **Alimentația și hidratarea:** pacientul nu are răbdare să stea la masă, așa că primește mâncare pe care o poate lua cu el (sandvișuri, fructe, iaurt de băut) și apă oferită la fiecare contact. Cafeaua și băuturile energizante se evită; se urmăresc bilanțul lichidian și greutatea.
- **Somnul:** liniște seara, fără ecrane, program regulat; somnul suficient este un obiectiv de tratament.
- **Protejarea pacientului de consecințele bolii:** banii, cardurile și obiectele de valoare se predau la păstrare, conform regulamentului; asistentul urmărește ca pacientul să nu fie exploatat și să nu se expună în situații intime pe care le va regreta.
- **Tratamentul:** se administrează supravegheat; se urmăresc efectele adverse și litemia.
- **Educația:** se face după ce simptomele acute încep să cedeze; în plin episod, pacientul nu o poate reține.

## Intervenții în agravarea simptomelor

- **Agitație sau iritabilitate în creștere:** dezescaladare verbală (Lucrarea practică 1), reducerea stimulilor, anunțarea medicului. După injecțiile administrate pentru agitație, asistentul monitorizează respirația, tensiunea arterială și nivelul de sedare.
- **Refuz alimentar sau de lichide, semne de deshidratare sau de epuizare:** bilanț lichidian, semne vitale, anunțarea medicului.
- **Schimbare bruscă a dispoziției** (de exemplu, de la depresie la energie crescută și insomnie): se anunță medicul.

## Intervenții în situații de urgență

- **Tentativă de sinucidere sau autovătămare:** primul ajutor, chemarea medicului, pacientul nu rămâne singur.
- **Agresiune:** asistentul cheamă ajutor și protejează ceilalți pacienți. Contenționarea se aplică numai la decizia medicului, conform normelor.
- **Semne de toxicitate a litiului sau de sindrom serotoninergic** (secțiunea I): nu se administrează următoarea doză până la decizia medicului; se monitorizează semnele vitale; se anunță imediat medicul.

# F. Comunicarea cu pacientul

## Cu pacientul depresiv

- vorbiți calm, rar, cu propoziții simple; lăsați timp pentru răspuns;
- recunoașteți suferința („Pare că lucrurile au fost foarte grele pentru dumneavoastră.”);
- întrebați direct despre gândurile de sinucidere;
- dacă pacientul tace, stați lângă el și faceți observații simple („V-ați pus o bluză nouă astăzi.”), fără să-l presați;
- oferiți speranță realistă („Depresia se tratează. Multe persoane care au trecut prin asta se simt mai bine.”);
- evitați îndemnurile goale: „Gândiți pozitiv!”, „Toată lumea are zile proaste”, „Scuturați-vă!”.

## Cu pacientul în manie

- rămâneți calm, nu intrați în competiție și nu ridicați tonul;
- propoziții scurte și clare; o singură cerere pe rând;
- nu vă certați cu ideile de grandoare și nici nu le încurajați;
- răspundeți la starea pacientului fără să o aplaudați: „Pare că gândurile vă vin foarte repede azi.” în loc de „Ce idei grozave aveți!”;
- când discuția se împrăștie, întoarceți-o cu blândețe la un singur lucru concret („Să rămânem la somn: la ce oră ați adormit azi-noapte?”);
- ascultați plângerile legitime și rezolvați ce se poate rezolva; asta reduce tensiunea.

| Situația | Așa NU | Așa DA |
|---|---|---|
| Depresie: „Nu mai are rost nimic.” | „Gândiți pozitiv, aveți atâtea motive de bucurie!” | „Pare că vă simțiți fără nicio speranță. Vă gândiți uneori că ar fi mai bine să nu mai trăiți?” |
| Depresie: pacientul tace de câteva minute. | „Dacă nu vorbiți, nu vă pot ajuta.” | Stă lângă el, apoi: „Sunt aici. Putem vorbi și mai târziu, dacă vreți.” |
| Depresie: „Sunt o povară pentru toți.” | „Nu mai spuneți prostii.” | „Depresia vă face să vedeți totul așa. Ce vă face să credeți că sunteți o povară?” |
| Manie: „Voi deschide cea mai mare școală din țară!” | „Sigur, o să reușiți!” sau „Ce idee absurdă!” | „Văd că aveți multe planuri. Acum e important să vă odihniți. Hai să vedem cum ați dormit.” |
| Manie: intră în salonul altui pacient. | „Ieșiți imediat, ce e cu dumneavoastră?!” | „Ana, acest salon este al doamnei Popescu. Hai să ne întoarcem în salonul dumneavoastră.” |

## G. Situații de alarmă: când anunțăm medicul

**ANUNȚAȚI MEDICUL IMEDIAT**

**Risc pentru pacient sau pentru alții**

- lipsă de speranță, gânduri de moarte sau de sinucidere, plan de sinucidere, autovătămare;
- un calm brusc sau o „ameliorare" neașteptată după o depresie severă; pacientul își împarte lucrurile, își ia rămas-bun;
- medicamente găsite ascunse sau ținute în gură;
- iritabilitate sau agitație care nu cedează la abordarea verbală; amenințări;
- lipsește de pe secție.

**Starea somatică**

- nu mănâncă și nu bea; semne de deshidratare; epuizare după mai multe nopți fără somn;
- refuz alimentar în depresia severă (mai ales cu idei de vinovăție sau de ruină).

**Reacții la tratament**

- pacient cu litiu: vărsături, diaree, somnolență, slăbiciune musculară, tremor accentuat, mers nesigur, vorbire neclară, confuzie;
- agitație, confuzie, transpirații, febră, tremor, puls rapid, diaree după creșterea dozei de antidepresiv sau după asocierea unui alt medicament (posibil sindrom serotoninergic);
- la un pacient tratat pentru depresie: scade brusc nevoia de somn, vorbește mult, cheltuie, devine iritabil (posibil viraj maniacal);
- erupție pe piele la un pacient tratat cu lamotrigină;
- durere abdominală, urină închisă la culoare, îngălbenirea pielii la un pacient tratat cu valproat.

## H. Tratamentul: ce trebuie să știe asistentul

### Antidepresivele

- **Exemple:** inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (sertralină, escitalopram, fluoxetină), inhibitori ai recaptării serotoninei și noradrenalinei (venlafaxină, duloxetină), antidepresive triciclice (amitriptilină), bupropionă.
- **Când apare efectul:** primele semne de ameliorare pot apărea după una-două săptămâni; efectul complet, după aproximativ patru-opt săptămâni. Tratamentul continuă, de regulă, cel puțin șase luni după ameliorare.
- **Efecte adverse frecvente:** greață, tulburări digestive, amețeală, somnolență sau insomnie, neliniște la început, creștere în greutate, tulburări sexuale. Triciclicele dau frecvent gură uscată, constipație, retenție urinară, puls rapid, confuzie la vârstnici.
- **Atenție la începutul tratamentului și la schimbarea dozei:** se urmărește agravarea depresiei, neliniștea, gândurile de sinucidere, mai ales la tineri. Când pacientul își recapătă energia, dar dispoziția este încă scăzută, riscul de tentativă poate crește.
- **În tulburarea bipolară,** antidepresivele se dau numai împreună cu un stabilizator al dispoziției sau cu un antipsihotic, pentru că pot declanșa un episod maniacal.
- **Nu se opresc brusc:** pot apărea simptome de întrerupere sau revenirea depresiei.

### Stabilizatoarele dispoziției

- **Litiul** este tratamentul de bază al tulburării bipolare, atât în manie, cât și pentru prevenirea recăderilor. Efectul în manie apare în una-trei săptămâni.
- **Valproatul** (acid valproic): se monitorizează funcția ficatului, trombocitele și nivelul în sânge. Efecte adverse: creștere în greutate, somnolență, greață, tremor, căderea părului.
- **Carbamazepina:** se monitorizează hemoleucograma, funcția ficatului și sodiul din sânge.
- **Lamotrigina:** orice erupție pe piele se raportează imediat (risc de reacție cutanată gravă).
- **Antipsihoticele** se folosesc frecvent în manie și în tratamentul de întreținere (reacțiile adverse sunt descrise în Lucrarea practică 2).
- **Sarcina:** litiul și valproatul pot afecta fătul. O pacientă care este sau ar putea fi însărcinată se semnalează medicului.

**ATENȚIE · Litiul: ce trebuie să știe asistentul**

Diferența dintre doza eficientă și cea toxică este mică. De aceea, nivelul litiului în sânge (**litemia**) se măsoară regulat. Proba se recoltează la aproximativ 12 ore după ultima doză, de obicei dimineața, **înainte** de doza de dimineață.

**Ce crește riscul de toxicitate:** deshidratarea (căldură, febră, vărsături, diaree, aport scăzut de lichide), diureticele, antiinflamatoarele nesteroidiene (de exemplu, ibuprofen), regimurile fără sare sau schimbările bruște ale cantității de sare, bolile renale.

**Semne de toxicitate:** greață, vărsături, diaree, somnolență, slăbiciune musculară, lipsă de coordonare, tremor accentuat (grosier), vorbire neclară, confuzie; în formele grave, mers nesigur, vedere încețoșată, țiuituri în urechi, urinări abundente, convulsii, tulburări de ritm cardiac. **Asistentul nu administrează următoarea doză și anunță imediat medicul.**

**Efecte care pot persista în timpul tratamentului:** tremor fin al mâinilor, sete, urinări frecvente. Pe termen lung, litiul poate afecta tiroida și rinichii; de aceea se fac analize periodice.

**Educația pacientului** (după Open RN, 2025): litiul se ia împreună cu masa; pacientul bea zilnic suficiente lichide (aproximativ 1,5-3 litri, dacă medicul nu a indicat altfel) și nu face schimbări mari în cantitatea de sare din alimentație; nu ia antiinflamatoare din proprie inițiativă; respectă datele analizelor; cere sfatul medicului dacă are vărsături, diaree sau febră.

## Reacții grave de recunoscut

| Reacția | Cum arată | Ce face asistentul |
|---|---|---|
| **Sindrom serotoninergic (antidepresive, mai ales la creșterea dozei sau în asociere cu alte medicamente serotoninergice)** | Apare de obicei în primele 24 de ore: agitație, confuzie, tremor, frisoane, transpirații, febră, puls rapid, tensiune crescută, diaree, mișcări bruște ale mușchilor. | Urgență: anunță imediat medicul, nu administrează următoarea doză, monitorizează semnele vitale. |
| **Toxicitatea litiului** | Vărsături, diaree, somnolență, tremor grosier, mers nesigur, confuzie. | Nu administrează doza, anunță imediat medicul, urmărește hidratarea și semnele vitale. |
| **Viraj maniacal** | La un pacient tratat pentru depresie: doarme puțin, vorbește mult, euforie sau iritabilitate, cheltuieli. | Anunță medicul. |
| **Erupție cutanată (lamotrigină)** | Erupție pe piele, uneori febră, bășici, leziuni în gură. | Anunță imediat medicul. |

| Reacția | Cum arată | Ce face asistentul |
|---|---|---|
| **Toxicitate hepatică sau pancreatită (valproat)** | Durere abdominală, greață, urină închisă la culoare, îngălbenirea pielii. | Anunță medicul. |
| **Sedare excesivă după tratamentul agitației** | Somnolență profundă, respirație lentă, tensiune scăzută. | Monitorizează respirația, tensiunea și starea de conștiență; anunță medicul. |

### Terapia electroconvulsivantă (TEC)

Se folosește în depresia severă care nu a răspuns la medicamente, când este nevoie de un răspuns rapid (risc mare de sinucidere, refuz alimentar, catatonie) și în unele episoade maniacale severe. Se face sub anestezie generală, de obicei de două-trei ori pe săptămână, în total 6-12 ședințe (Open RN, 2025). Rolul asistentului medical:

- **înainte:** explică procedura, verifică existența consimțământului scris, respectă repausul alimentar (de obicei de la miezul nopții), montează linia venoasă, măsoară semnele vitale;
- **după:** monitorizează semnele vitale, respirația și starea de conștiență, previne căderile, reorientează pacientul; urmărește tulburările de memorie, de obicei temporare.

## I. Activitate practică

### Exercițiul 1. Reformulați răspunsul (10 minute, în perechi)

Pentru fiecare situație, explicați de ce răspunsul asistentului nu este terapeutic și propuneți o formulare mai bună.

| Pacientul spune sau face | Răspunsul asistentului | Formularea dumneavoastră |
|---|---|---|
| Depresie: „Nu merit să trăiesc.” | „Nu mai vorbiți așa, aveți o familie minunată.” | |
| Depresie: stă de două zile în pat și refuză dușul. | „Dacă nu vă spălați, nu mai primiți vizite.” | |
| Depresie: „Nu mai pot lua nicio decizie.” | „Hotărâți-vă odată, nu e greu.” | |
| Manie: „Sunt cel mai bun medic din lume, pot să vă tratez pe toți!” | „Ce ridicol! Sunteți pacient aici.” | |
| Manie: vorbește continuu și o întrerupe pe asistentă. | „Taci odată, mă amețești!” | |

## Exercițiul 2. Recunoașteți semnalul de alarmă (10 minute)

Pentru fiecare situație, spuneți ce bănuiți și ce face asistentul.

a) Pacient cu depresie severă, retras de două săptămâni. Astăzi zâmbește, își împarte lucrurile colegilor și spune că „acum totul este rezolvat”.

b) Pacientă tratată cu sertralină, căreia i s-a adăugat un medicament pentru migrenă (triptan): agitată, transpirată, cu tremor, temperatură 38,4 °C și diaree.

c) Pacient tratat cu litiu, cu o gastroenterită de două zile: vărsături, diaree, somnolență, tremor grosier, mers nesigur.

d) Pacient cu depresie, tratat cu antidepresiv de trei săptămâni: doarme trei ore pe noapte, vorbește mult, își face planuri de afaceri, devine iritabil.

e) Pacientă tratată cu lamotrigină de două săptămâni: erupție pe piele și febră.

## Exercițiul 3. Joc de rol (dacă timpul permite)

În grupe de câte trei: **A.** pacientul în manie vrea să sune la bancă „să facă un împrumut pentru afacere”, iar asistentul stabilește o limită; **B.** pacientul depresiv tace, iar asistentul încearcă să evalueze riscul de sinucidere. Observatorul notează dacă asistentul a rămas calm, a folosit propoziții scurte, a recunoscut emoția, a stabilit o limită clară (A) și a întrebat direct despre sinucidere (B).

## J. Studiu de caz

**Doamna M.D., 34 de ani**

Doamna M.D., profesoară, are tulburare afectivă bipolară de șase ani și a fost tratată cu litiu. Acum două luni a oprit tratamentul: „Mă simțeam prea bine, nu mai aveam nevoie.” De zece zile doarme două-trei ore pe noapte. A cumpărat pe credit trei televizoare și și-a dat demisia ca să deschidă „cea mai mare școală de limbi străine din țară”.

Pe secție vorbește continuu, sare de la un subiect la altul și glumește cu toată lumea. Intră în saloanele altor pacienți și se schimbă de trei ori pe zi în haine stridente. Nu stă la masă mai mult de două minute și a slăbit. Când i se cere să se întoarcă în salon, devine iritată și aruncă o cană pe jos.

Medicul reia tratamentul cu litiu. După șase zile, pacienta este mai liniștită, dar spune că are diaree și greață de două zile. Asistenta observă că tremorul mâinilor s-a accentuat și că pacienta merge nesigur. Este caniculă, iar pacienta bea puțin.

**Întrebări**

1. Ce simptome de manie observați?
2. Care sunt prioritățile de nursing în primele zile de internare?
3. Cum răspundeți când intră în saloanele altor pacienți și când aruncă cana?
4. Cum o ajutați să mănânce, să bea și să doarmă?
5. Ce bănuiți în ziua a șasea și ce faceți?
6. Ce îi explicați la externare despre litiu și despre semnele de recădere?

Completați fișa de observație și evaluare de nursing (Lucrarea practică 1) pentru doamna M.D., în prima zi de internare.

## K. Ce trebuie să reținăstudentul

**DE REȚINUT**

1. Tulburarea depresivă recurentă are doar episoade depresive; tulburarea bipolară are și episoade maniacale sau hipomaniacale.
2. Lipsa de speranță, inutilitatea și sentimentul de povară cresc riscul de sinucidere: întrebăm direct, anunțăm medicul, nu lăsăm pacientul singur.
3. Riscul de sinucidere poate crește când pacientul își recapătă energia sau devine brusc calm.
4. Verificăm dacă pacientul înghite medicamentele: acestea pot fi strânse pentru o tentativă.
5. În manie: mediu calm, limite clare și consecvente, propoziții scurte, fără ceartă și fără încurajarea grandorii.
6. Pacientul în manie trebuie ajutat să mănânce, să bea și să doarmă: alimente „din mers”, lichide frecvente, liniște seara.
7. Antidepresivele acționează în câteva săptămâni și nu se opresc brusc; în tulburarea bipolară pot declanșa manie.
8. Sindromul serotoninergic (agitație, febră, transpirații, tremor, puls rapid) este o urgență.
9. Litiul: litemia se recoltează înainte de doza de dimineață; deshidratarea, diureticele și antiinflamatoarele cresc riscul de toxicitate.
10. Vărsăturile, diareea, tremorul grosier, mersul nesigur și confuzia la un pacient cu litiu înseamnă: nu dăm doza, anunțăm imediat medicul.

## L. Întrebări de verificare

1. Care este diferența dintre tulburarea depresivă recurentă și tulburarea afectivă bipolară?
2. Adevărat sau fals: Când un pacient cu depresie severă devine brusc calm și zâmbitor, riscul de sinucidere a dispărut.
3. Care dintre următoarele intervenții este potrivită pentru un pacient în manie care nu stă la masă?
   a) Îl obligați să stea la masă până termină.
   b) Îi oferiți sandvișuri, fructe și lichide pe care le poate consuma „din mers”.
   c) Așteptați să-i fie foame.
   d) Îi dați cafea, ca să se concentreze.
4. Numiți trei semne ale toxicității litiului.

5. Când se recoltează proba pentru litemie?
    a) La două ore după doza de dimineață.
    b) Înainte de doza de dimineață, la aproximativ 12 ore după ultima doză.
    c) Oricând în timpul zilei.
    d) Numai seara.
6. Adevărat sau fals: Un pacient cu litiu poate lua ibuprofen pentru durere fără să anunțe medicul.
7. Numiți trei semne ale sindromului serotoninergic.
8. De ce se dă un antidepresiv, în tulburarea bipolară, numai împreună cu un stabilizator al dispoziției sau cu un antipsihotic?
9. Ce răspundeți unui pacient depresiv care spune „Sunt o povară pentru toți”?
10. Numiți două sarcini ale asistentului medical înainte de terapia electroconvulsivantă și două după.

LUCRAREA PRACTICĂ 4

# Nursingul pacientului cu atac de panică, tulburare de anxietate generalizată, tulburare de somatizare, tulburare disociativă (de conversie) și tulburare obsesiv-compulsivă

## A. Introducere

Anxietatea este o reacție normală la stres: în doze mici ne ajută să ne concentrăm și să ne pregătim. Devine **patologică** atunci când este prea intensă, durează prea mult, apare fără un pericol real pe măsură și împiedică viața de zi cu zi.

Asistentul medical evaluează **nivelul** anxietății, pentru că de el depinde intervenția:

| Nivelul | Ce vede asistentul | Ce poate face pacientul |
|---|---|---|
| **Ușoară** | Atent, ușor tensionat. | Învață, rezolvă probleme. |
| **Moderată** | Neliniștit, vorbește mai repede, se concentrează mai greu. | Poate urma instrucțiuni simple, cu ajutor. |
| **Severă** | Tremură, transpiră, respiră repede, nu poate sta locului. | Nu mai poate rezolva probleme; are nevoie de îndrumare directă. |
| **Panică** | Teroare, senzație că moare sau înnebunește; uneori confuzie de scurtă durată. | Nu mai înțelege ce se întâmplă în jur; asistentul rămâne lângă el și preia conducerea. |

### Atacul de panică și tulburarea de panică (ICD-10: F41.0)

**Atacul de panică** este un episod brusc de frică intensă, cu simptome fizice puternice: palpitații, senzație de sufocare, durere sau apăsare în piept, amețeală, tremur, transpirații, greață, furnicături, teama că va muri sau că își pierde controlul. Ajunge la maximum în câteva minute și durează de obicei 10-15 minute. Atacul de panică poate apărea în multe tulburări. **Tulburarea de panică** înseamnă atacuri repetate, neașteptate, urmate de teama permanentă de un nou atac; pacientul începe să evite locurile în care s-ar putea repeta.

### Tulburarea de anxietate generalizată (ICD-10: F41.1)

Îngrijorare excesivă, aproape zilnică, de cel puțin șase luni, despre multe lucruri (sănătate, familie, bani, serviciu), pe care pacientul nu o poate controla. Se însoțește de neliniște, oboseală, tensiune musculară, iritabilitate, dificultăți de concentrare și de somn.

### Tulburarea obsesiv-compulsivă (ICD-10: F42)

**Obsesiile** sunt gânduri, imagini sau impulsuri nedorite, repetate, care produc anxietate (de exemplu, teama de contaminare, îndoiala că a încuiat ușa). **Compulsiunile**

sunt acte repetate (spălat, verificat, numărat, aranjat) pe care pacientul se simte obligat să le facă pentru a reduce anxietatea. Ușurarea este doar de scurtă durată, așa că ritualul se repetă. De obicei pacientul recunoaște că gândurile sunt exagerate, dar nu le poate opri.

### Tulburarea de somatizare (ICD-10: F45.0)

Pacientul are simptome fizice multiple, care se schimbă în timp (dureri, simptome digestive, oboseală, amețeli), care nu sunt explicate suficient de o boală somatică și care durează de mult timp. Este foarte îngrijorat de ele, merge la mulți medici și cere investigații repetate. **Suferința este reală**, iar pacientul nu își inventează simptomele. Poate avea, în același timp, și o boală somatică.

### Tulburarea disociativă (de conversie) (ICD-10: F44)

Pacientul are simptome neurologice care nu se potrivesc cu o boală neurologică: slăbiciune sau paralizie a unui membru, tulburări de mers, tremor, pierderea vocii, a vederii sau a sensibilității, crize care seamănă cu crizele epileptice; uneori, pierderi de memorie (amnezie disociativă). Simptomele apar adesea după un eveniment stresant. **Simptomele nu sunt simulate și nu sunt controlate voluntar de pacient.**

*În clasificările mai noi, tulburarea de somatizare și tulburarea de conversie apar sub denumiri noi (de exemplu, „tulburare cu simptome somatice” și „tulburare neurologică funcțională”). Pentru îngrijire contează același lucru: simptomele sunt reale și se tratează cu seriozitate.*

**DE REȚINUT**

- Pacienții cu aceste tulburări suferă cu adevărat. „Nu aveți nimic”, „e doar în capul dumneavoastră” și „vă prefaceți” sunt formulări greșite și dăunătoare.
- Simularea (inventarea voită a simptomelor pentru un câștig) este altceva; aprecierea ei aparține medicului, nu asistentului.
- Înainte ca un simptom fizic să fie atribuit anxietății, medicul trebuie să excludă o cauză somatică.
- Anxietatea severă se poate însoți de depresie și de gânduri de sinucidere: riscul se evaluează și la acești pacienți.

## B. Cum recunoaștem pacientul

Întrebarea de la care pornim: **„Ce văd eu, ca asistent medical, la patul pacientului?”**

| Tulburarea | Ce vede asistentul | Atenție la |
|---|---|---|
| **Atac de panică** | Respirație rapidă, palpitații, transpirații, tremur, se ține de piept, spune că „moare” sau „înnebunește”. | Durerea toracică, lipsa de aer și palpitațiile se raportează imediat medicului. |
| **Anxietate generalizată** | Neliniște, tensiune, întrebări repetate („Sunteți sigură că e bine?”), dificultăți de somn, oboseală. | Cererea repetată de reasigurare; consumul de cafea, alcool, sedative. |
| **Tulburare obsesiv-compulsivă** | Ritualuri: se spală pe mâini de zeci de ori, verifică ușa, aranjează obiectele; întârzie la masă sau la activități din cauza ritualurilor. | Leziuni ale pielii de la spălat; mese sărite; somn insuficient; anxietate crescută dacă ritualul este întrerupt brusc. |
| **Tulburare de somatizare** | Plângeri fizice multiple, descrise cu multă îngrijorare; cere investigații și medicamente; nemulțumit de răspunsuri. | O plângere nouă sau diferită de cele obișnuite se raportează medicului; abuzul de analgezice sau sedative. |
| **Tulburare disociativă (de conversie)** | Paralizie, tulburare de mers, pierderea vocii sau a vederii, crize asemănătoare celor epileptice; uneori pacientul pare neașteptat de calm față de simptom. | Complicațiile imobilizării (escare, rigiditate, cheaguri); siguranța în timpul crizelor. |

**ATENȚIE · Atac de panică sau urgență medicală?**

Simptomele unui atac de panică seamănă cu cele ale unui infarct, ale unei embolii pulmonare, ale unei crize de astm, ale unei hipoglicemii sau ale unei tulburări de ritm cardiac. Asistentul **nu presupune** că este „doar anxietate”, mai ales la primul episod, la un pacient vârstnic, cu boli de inimă sau de plămâni, sau când simptomele sunt diferite de cele obișnuite.

Măsurați pulsul, tensiunea, frecvența respiratorie, saturația de oxigen și glicemia capilară (conform procedurii) și anunțați medicul.

## C. Evaluarea de nursing

- **Nivelul anxietății** (ușoară, moderată, severă, panică) și ce o declanșează sau o calmează.
- **Semnele vitale** în timpul episoadelor și comparativ cu valorile obișnuite ale pacientului.

- **Riscul de sinucidere și de autovătămare:** anxietatea severă și depresia apar adesea împreună.
- **Somnul, alimentația, eliminarea:** anxietatea poate tăia pofta de mâncare, poate da diaree sau urinări frecvente; ritualurile pot face pacientul să sară peste mese.
- **Ritualurile (TOC):** ce face, de câte ori, cât timp îi ia, ce se întâmplă dacă este întrerupt; starea pielii mâinilor.
- **Simptomele somatice:** descrierea lor exactă, ce s-a schimbat față de zilele anterioare.
- **Simptomele de conversie:** ce poate și ce nu poate face pacientul (mers, mișcarea membrelor, vorbire); starea pielii la pacientul imobilizat.
- **Medicamentele și substanțele:** benzodiazepine (inclusiv procurate fără rețetă), analgezice, cafea, băuturi energizante, alcool, droguri.
- **Strategiile de adaptare:** ce a încercat pacientul și ce l-a ajutat înainte.

## D. Nevoile de îngrijire / problemele de nursing

| Problema de nursing | Cum se manifestă | Ce urmărim |
|---|---|---|
| **Anxietate (severă sau panică)** | Palpitații, respirație rapidă, tremur, teamă intensă, incapacitatea de a urma instrucțiuni. | Semnele vitale revin la valorile obișnuite; pacientul își recunoaște simptomele și folosește o tehnică de calmare. |
| **Adaptare ineficientă** | Evitare, ritualuri, cerere repetată de reasigurare, consum de sedative sau alcool. | Pacientul folosește cel puțin două strategii sănătoase de calmare. |
| **Risc de autovătămare sau sinucidere** | Disperare, depresie asociată, consum excesiv de medicamente. | Pacientul spune gândurile de autovătămare; rămâne în siguranță. |
| **Tulburarea somnului** | Îngrijorări seara, treziri, ritualuri nocturne. | Somn suficient. |
| **Risc de leziuni ale pielii** | Spălat compulsiv (TOC); imobilizare (conversie). | Piele integră. |
| **Mobilitate fizică afectată** | Paralizie sau tulburare de mers de tip conversie. | Mobilizare treptată; fără complicații ale imobilizării. |
| **Durere / disconfort cronic** | Plângeri somatice multiple (somatizare). | Pacientul își desfășoară activitățile zilnice în ciuda simptomelor. |
| **Risc de dependență de medicamente** | Cerere insistentă de sedative sau analgezice. | Medicamentele sunt folosite numai conform indicației. |

## E. Intervențiile asistentului medical

### Pacientul în atac de panică sau cu anxietate severă

1. **Rămâneți lângă pacient.** Nu îl lăsați singur în timpul atacului.
2. **Verificați dacă nu este o urgență medicală** (caseta din secțiunea C): semne vitale, saturație, glicemie, anunțarea medicului când este cazul.
3. **Mutați pacientul într-un loc liniștit,** cu puțini oameni și puțin zgomot. Păstrați o distanță confortabilă.
4. **Vorbiți rar, pe un ton jos, cu propoziții scurte:** „Sunt aici. Sunteți în siguranță. Respirați împreună cu mine."
5. **Ghidați respirația:** inspirație lentă pe nas (aproximativ 4 secunde), expirație lentă pe gură, mai lungă decât inspirația (aproximativ 6 secunde). Respirați împreună cu pacientul.
6. **Ancorați-l în prezent:** rugați-l să simtă tălpile pe podea și să vă spună ce culoare are ușa sau cât arată ceasul.
7. **După atac:** apă, odihnă; discutați ce s-a întâmplat și ce l-a ajutat; documentați durata, simptomele, semnele vitale și intervențiile. Medicamentul „la nevoie" se administrează numai dacă a fost prescris.

*Pașii sunt adaptați după Open RN (2025), secțiunea 9.7.*

### Pacientul cu anxietate generalizată

- Contacte regulate, la ore stabilite, nu numai când pacientul cere reasigurare.
- Reasigurarea repetată menține îngrijorarea: răspundeți o dată, clar, apoi îndreptați discuția spre ce poate face pacientul („Am vorbit despre asta. Ce v-a ajutat data trecută când v-ați simțit așa?").
- Învățați-l tehnici de calmare: respirație lentă, relaxare musculară, activitate fizică (plimbare).
- Reducerea cafelei, a băuturilor energizante și a alcoolului; program regulat de somn.

### Pacientul cu tulburare obsesiv-compulsivă

- **Nu întrerupeți brusc ritualurile** și nu le interziceți: anxietatea crește puternic. La început, includeți în program timp pentru ele (de exemplu, trezire mai devreme ca să ajungă la micul dejun).
- **Reducerea treptată** a timpului alocat ritualurilor se face împreună cu pacientul, conform planului terapeutic stabilit de echipă (terapia prin expunere și prevenirea răspunsului).
- **Nu participați la ritual** (nu verificați în locul lui, nu răspundeți de zece ori la aceeași întrebare).
- **Îngrijiți pielea:** creme emoliente, observarea fisurilor și a iritațiilor.
- **Lăudați progresul,** oricât de mic; nu judecați și nu ironizați ritualurile.

### Pacientul cu tulburare de somatizare

- Luați în serios fiecare plângere: ascultați, notați, comparați cu cele anterioare. O plângere nouă sau diferită se raportează medicului.
- Nu vă certați cu pacientul despre originea simptomelor și nu spuneți că „nu are nimic”. Investigațiile și explicațiile despre diagnostic le decide medicul.
- Contacte stabilite la ore fixe, nu numai când pacientul se plânge; atenția se îndreaptă spre ce poate face, nu doar spre simptom.
- Încurajați activitățile zilnice și tehnicile de gestionare a stresului.
- Urmăriți cererea repetată de analgezice sau sedative și informați medicul.

### Pacientul cu tulburare disociativă (de conversie)

- Tratați simptomul cu seriozitate, fără să vă concentrați exclusiv pe el; atmosferă calmă, fără dramatizare.
- Nu numiți pacientul „simulant” și opriți comentariile de acest fel ale altor pacienți sau ale personalului.
- Încurajați mobilizarea și autoîngrijirea treptat, cu sprijin, conform indicațiilor (inclusiv kinetoterapie).
- Preveniți complicațiile imobilizării: schimbarea poziției, îngrijirea pielii, hidratare.
- **În timpul unei crize** care seamănă cu o criză epileptică: aplicați aceleași măsuri de siguranță ca la orice criză (protejați capul, îndepărtați obiectele periculoase, nu imobilizați forțat, nu puneți nimic în gură, poziție laterală după criză), notați durata și ce ați observat și anunțați medicul. Diferențierea o face medicul.

### Agravare și urgență (pentru toate tulburările)

- **Anxietatea crește și pacientul devine agitat:** loc liniștit, prezență calmă, anunțarea medicului; medicația suplimentară numai la indicație.
- **Simptome fizice noi sau severe** (durere toracică, dispnee, pierderea cunoștinței, deficit neurologic nou): anunțați imediat medicul.
- **Gânduri de sinucidere sau autovătămare:** pacientul nu este lăsat singur; se anunță imediat medicul (Lucrarea practică 1).
- **Somnolență excesivă, respirație lentă după benzodiazepine** (mai ales asociate cu alcool sau opioide): urgență, anunțați imediat medicul.

## F. Comunicarea cu pacientul

- vorbiți calm și rar; o singură idee și o singură întrebare pe rând;
- recunoașteți suferința („Văd că vă e foarte greu acum.”, „E în regulă să vă fie frică.”);
- evitați „Calmați-vă!”, „Exagerați”, „Nu aveți nimic”;
- în panică nu încercați să convingeți pacientul cu argumente; oferiți siguranță și prezență;

- explicați ce faceți înainte să faceți („Acum vă pun manșeta pentru tensiune.”);
- oferiți alegeri simple („Vreți să stăm aici sau lângă fereastră?”), care redau sentimentul de control.

| Situația | Așa NU | Așa DA |
|---|---|---|
| Panică: „Fac infarct, mor!” | „Calmați-vă, nu aveți nimic.” | „Sunt lângă dumneavoastră. Vă măsor acum pulsul și tensiunea. Respirați rar, împreună cu mine.” |
| Anxietate generalizată: a cincea oară întreabă „Sigur nu e nimic grav?” | „V-am spus de cinci ori!” | „Am vorbit despre asta mai devreme. Ce ați putea face acum, ca să vă simțiți puțin mai liniștit?” |
| TOC: se spală pe mâini de o jumătate de oră. | „Ajunge! Închideți imediat apa!” | „Văd că vă este greu să vă opriți. Peste cinci minute începe masa; vă aștept aici și mergem împreună.” |
| Somatizare: „Mă doare tot, iar voi nu găsiți nimic.” | „Analizele sunt bune, deci nu aveți nimic.” | „Înțeleg că vă doare și că e obositor să nu aveți un răspuns. Spuneți-mi unde vă doare azi și ce v-ar ajuta să faceți ceva din ce vă place.” |
| Conversie: un coleg de salon spune „Se preface”. | Nu spuneți nimic. | Colegului: „Simptomele ei sunt reale și sunt îngrijite de echipa medicală.” Pacientei: sprijin calm pentru mobilizare. |

## G. Situații de alarmă: când anunțăm medicul

**ANUNȚAȚI MEDICUL IMEDIAT**

- durere sau apăsare în piept, lipsă de aer, palpitații, leșin, mai ales la primul episod, la vârstnici sau la pacienții cu boli de inimă ori de plămâni;
- saturație scăzută, puls foarte rapid sau neregulat, tensiune foarte mare sau foarte mică, glicemie modificată;
- un simptom fizic nou sau diferit de cele obișnuite ale pacientului cu somatizare;
- un deficit neurologic nou, o criză asemănătoare celor epileptice sau o cădere;
- gânduri de sinucidere, autovătămare, disperare;
- somnolență profundă, respirație lentă, confuzie după benzodiazepine, mai ales asociate cu alcool sau opioide;
- agitație sau confuzie neobișnuită la un vârstnic tratat cu benzodiazepine (reacție paradoxală);
- leziuni ale pielii infectate sau extinse din cauza spălatului compulsiv;
- refuzul de a mânca sau de a bea din cauza ritualurilor ori a fricii.

## H. Tratamentul: ce trebuie să știe asistentul

- **Psihoterapia** este un tratament de bază: terapia cognitiv-comportamentală pentru anxietate, panică și somatizare; terapia prin expunere și prevenirea răspunsului pentru tulburarea obsesiv-compulsivă. Asistentul o sprijină prin tehnicile de calmare și prin consecvență.
- **Antidepresivele** (inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei sau ai serotoninei și noradrenalinei) sunt tratamentul medicamentos de primă linie pentru anxietate, panică și TOC. Efectul apare în câteva săptămâni; efectele adverse și sindromul serotoninergic sunt descrise în Lucrarea practică 3.
- **Benzodiazepinele** (de exemplu, alprazolam, lorazepam, clonazepam, diazepam) calmează rapid anxietatea, dar se folosesc pe termen scurt sau „la nevoie", din cauza riscului de dependență.
- **Buspirona** se folosește în anxietatea cronică; nu produce dependență; efect advers frecvent: amețeala.
- **În somatizare și conversie,** medicamentele ajută mai ales când există și depresie sau anxietate. În simptomele de conversie, kinetoterapia și psihoterapia sunt importante.

**ATENȚIE · Benzodiazepinele: ce trebuie să știe asistentul**

- produc somnolență, scad atenția și coordonarea; cresc riscul de cădere, mai ales la vârstnici;
- la vârstnici pot produce confuzie sau, paradoxal, agitație; în general nu sunt recomandate pentru anxietatea vârstnicului;
- asociate cu **alcool sau opioide** pot produce sedare profundă, oprirea respirației, comă și deces;
- supradoza se manifestă prin somnolență care poate merge până la comă;
- pot produce dependență; după folosire îndelungată nu se opresc brusc (simptome de sevraj), ci numai după schema medicului;
- pacientul nu conduce și nu lucrează cu utilaje cât timp este sedat; nu consumă alcool;
- asistentul urmărește dacă pacientul cere insistent doze suplimentare sau procură medicamente din alte surse și informează medicul.

# I. Activitate practică

## Exercițiul 1. Reformulați răspunsul (10 minute, în perechi)

Pentru fiecare situație, explicați de ce răspunsul asistentului nu este terapeutic și propuneți o formulare mai bună.

| Pacientul spune sau face | Răspunsul asistentului | Formularea dumneavoastră |
|---|---|---|
| „Simt că mor, nu pot să respir!" | „Nu e nimic, e doar anxietate." | |
| „Sunteți sigură că nu am cancer?" (a zecea oară azi) | „Încetați cu întrebările!" | |
| Verifică de 20 de minute dacă dulapul e încuiat. | „Lăsați dulapul, e închis, am verificat eu!" | |
| „Nimeni nu mă crede că mă doare." | „Ați făcut toate analizele, nu aveți nimic." | |
| Pacienta cu paralizie de conversie: „Nu pot să merg." | „Ba puteți, dacă vreți." | |

## Exercițiul 2. Ghidarea unui pacient în atac de panică (15 minute, în perechi)

Un student joacă pacientul în atac de panică, celălalt asistentul. Asistentul parcurge pașii din secțiunea F: rămâne lângă pacient, verifică semnele vitale, vorbește rar, ghidează respirația (inspirație aproximativ 4 secunde, expirație aproximativ 6 secunde) timp de două minute și readuce atenția în prezent („Simțiți picioarele pe podea? Ce culoare are ușa?") . Apoi rolurile se schimbă. La final, fiecare student notează cum s-a simțit în rolul pacientului și ce l-a ajutat.

## Exercițiul 3. Despre ce tulburare este vorba? (5 minute)

a) Un bărbat de 40 de ani se îngrijorează în fiecare zi, de un an, pentru serviciu, copii, bani și sănătate; doarme prost și este mereu tensionat.

b) O tânără se trezește brusc noaptea cu palpitații, sufocare și teama că moare; episodul trece în 15 minute. De atunci evită să iasă singură din casă.

c) Un student se spală pe mâini de 40 de ori pe zi, de teama microbilor; are mâinile crăpate și sângerânde.

d) O femeie de 45 de ani are de ani de zile dureri abdominale, de spate și de cap, amețeli și greață; a fost la peste zece medici, cu investigații normale.

e) O elevă de 17 ani, după un conflict grav în familie, nu își mai poate mișca brațul drept; examenul neurologic este normal.

## J. Studii de caz

### Cazul 1. Doamna L.S., 28 de ani

În ultima lună, doamna L.S. a fost adusă de trei ori la Urgențe cu palpitații, lipsă de aer și teama că moare. Electrocardiograma și analizele au fost normale de fiecare dată. Nu mai iese singură din casă și nu mai merge la serviciu. Seara ia alprazolam de la o prietenă, „ca să poată dormi", uneori împreună cu un pahar de vin. Bea cinci cafele pe zi.

În a doua noapte de internare, la ora 2, o găsiți pe hol: respiră repede, se ține de piept, transpiră și tremură. Spune: „Iar mi se oprește inima, chemați pe cineva!"

**Întrebări**

1. Ce simptome de atac de panică observați?
2. Ce verificați înainte de a considera episodul un atac de panică?
3. Descrieți pas cu pas ce faceți în următoarele 15 minute.
4. Ce risc prezintă combinația dintre alprazolam și alcool?
5. Ce o învățați înainte de externare?

### Cazul 2. Eleva A.M., 17 ani

După ce a aflat că părinții divorțează, eleva A.M. nu își mai poate mișca piciorul drept și nu mai poate merge. Examenul neurologic și investigațiile sunt normale. Stă în pat și pare liniștită. O pacientă din salon îi spune asistentei, cu voce tare: „Se preface, ca să nu meargă la școală."

**Întrebări**

1. Se preface pacienta? Argumentați.
2. Ce îi răspundeți pacientei din salon?
3. Ce complicații trebuie prevenite și cum o sprijiniți să se mobilizeze?

## K. Ce trebuie să reţină studentul

**DE REŢINUT**

1. Anxietatea are niveluri; în anxietatea severă şi în panică, asistentul rămâne lângă pacient şi preia conducerea.
2. Durerea toracică, lipsa de aer şi palpitaţiile nu se pun automat pe seama anxietăţii: semne vitale, saturaţie, glicemie, medic.
3. În atacul de panică: loc liniştit, voce calmă, propoziţii scurte, respiraţie lentă cu expiraţie lungă, readucerea atenţiei în prezent.
4. Reasigurarea repetată menţine anxietatea; răspundem o dată, apoi îndreptăm pacientul spre ce poate face.
5. În TOC nu întrerupem brusc ritualurile şi nu participăm la ele; reducerea lor se face treptat, cu pacientul.
6. Pacientul cu somatizare suferă cu adevărat; nu îi spunem că „nu are nimic”, dar raportăm orice simptom nou.
7. Simptomele de conversie nu sunt simulate; protejăm pacientul de etichete şi de complicaţiile imobilizării.
8. La o criză asemănătoare celei epileptice aplicăm aceleaşi măsuri de siguranţă; diferenţierea o face medicul.
9. Benzodiazepinele produc sedare, căderi şi dependenţă; asociate cu alcool sau opioide pot opri respiraţia.
10. Antidepresivele şi psihoterapia sunt tratamentul de bază; benzodiazepinele se folosesc pe termen scurt.

## L. Întrebări de verificare

1. Numiţi cele patru niveluri ale anxietăţii.
2. Adevărat sau fals: La un pacient cunoscut cu atacuri de panică, durerea toracică nu mai trebuie raportată medicului.
3. Care este intervenţia corectă în timpul unui atac de panică?
   a) Îl lăsaţi singur să se liniştească.
   b) Îi explicaţi pe larg că simptomele nu sunt periculoase.
   c) Rămâneţi lângă el, îl duceţi într-un loc liniştit şi îi ghidaţi respiraţia.
   d) Îi spuneţi „Calmaţi-vă!”.
4. De ce nu întrerupem brusc ritualurile unui pacient cu tulburare obsesiv-compulsivă?
5. Adevărat sau fals: Pacientul cu tulburare de conversie îşi controlează voluntar simptomele.

6. Ce faceți dacă un pacient cu somatizare se plânge de un simptom nou, pe care nu l-a mai avut?
7. Numiți trei riscuri ale benzodiazepinelor.
8. Ce pericol prezintă asocierea benzodiazepinelor cu alcoolul sau cu opioidele?
9. Ce măsuri luați în timpul unei crize asemănătoare celei epileptice la un pacient cu tulburare disociativă?
10. De ce reasigurarea repetată nu ajută pacientul cu anxietate generalizată?

LUCRAREA PRACTICĂ 5

# Nursingul pacientului cu tulburare de personalitate

## A. Introducere

Personalitatea este felul nostru obișnuit de a gândi, de a simți și de a ne purta cu ceilalți. Vorbim despre o **tulburare de personalitate** (ICD-10: F60) atunci când aceste tipare sunt rigide, durabile, apar în multe situații, încep din adolescență sau din tinerețe și produc suferință pacientului sau celor din jur, mai ales în relații. Diagnosticul nu se pune de obicei înainte de 18 ani.

Spre deosebire de o depresie sau de un episod psihotic, tulburarea de personalitate nu „vine și pleacă”: este un mod constant de a funcționa. De multe ori pacientul nu își vede comportamentul ca pe o problemă; problema i se pare a fi la ceilalți. Tulburările de personalitate apar frecvent împreună cu depresia, anxietatea și consumul de alcool sau de droguri.

### Grupele tulburărilor de personalitate

| Grupa | Caracteristic | Exemple (ICD-10) |
|---|---|---|
| **A: „ciudat, excentric”** | Neîncredere, distanță față de ceilalți, comportament neobișnuit. | Personalitate paranoidă (suspicioasă), schizoidă (retrasă, rece). |
| **B: „dramatic, emoțional, impulsiv”** | Emoții intense și instabile, impulsivitate, conflicte, nerespectarea regulilor. | Personalitate disocială (antisocială), emoțional instabilă (tip impulsiv și tip borderline), histrionică; trăsături narcisice. |
| **C: „anxios, temător”** | Teamă de critică, nevoie de a fi îngrijit, rigiditate. | Personalitate anxioasă (evitantă), dependentă, anankastă (perfecționistă, rigidă). |

Pe secțiile de psihiatrie, asistentul întâlnește cel mai des pacienți cu **tulburare de personalitate emoțional instabilă de tip borderline**, internați de obicei după o tentativă de sinucidere sau după autovătămare, și pacienți cu **tulburare de personalitate disocială (antisocială)**.

- **Tipul borderline:** teamă intensă de a fi abandonat; relații intense și instabile; dispoziție care se schimbă în câteva ore; sentiment de gol interior; impulsivitate (cheltuieli, consum de substanțe, comportamente riscante, alimentație dezordonată); autovătămare repetată și amenințări sau tentative de sinucidere; furie greu de controlat. Sub stres pot apărea, pentru scurt timp, suspiciune sau senzația de „detașare” de sine.

- **Tipul disocial (antisocial):** nerespectarea regulilor și a drepturilor celorlalți, minciună, manipulare, impulsivitate, agresivitate, lipsa remușcărilor. Pe secție poate exploata pacienții vulnerabili.

*În clasificarea ICD-11, tulburările de personalitate nu mai sunt împărțite în tipuri separate: există un singur diagnostic, gradat după severitate (ușoară, moderată, severă), la care se adaugă trăsăturile dominante și, când este cazul, un „tipar borderline". Pentru îngrijire, contează comportamentele și riscurile pacientului, nu eticheta.*

**DE REȚINUT**

- Comportamentele dificile sunt, de cele mai multe ori, modalități ineficiente de a face față unor emoții foarte intense, nu „răutate".
- Amenințările și gesturile de autovătămare sau de sinucidere se iau întotdeauna în serios.
- Etichetele „manipulator", „pacient dificil" sau „vrea doar atenție" dăunează îngrijirii.
- Limitele clare și consecvența întregii echipe sunt „tratamentul" de bază pe secție.
- Nu există un medicament care să trateze tulburarea de personalitate; tratamentul de bază este psihoterapia de lungă durată.

## B. Cum recunoaștem pacientul

Întrebarea de la care pornim: **„Ce văd eu, ca asistent medical, la patul pacientului?"** Pacientul este de obicei orientat și cu gândirea clară; ceea ce se observă este **comportamentul**, mai ales în relația cu ceilalți.

| Comportamentul pe secție | Cum arată | Ce înseamnă pentru asistent |
|---|---|---|
| **Autovătămare** | Tăieturi, arsuri, zgârieturi, lovirea capului de perete, legarea strânsă a încheieturilor, înghițirea de obiecte sau de substanțe. | Risc de rănire și de sinucidere: se semnalează imediat medicului. |
| **Teama de abandon** | Reacții foarte intense la o plecare, la o vizită anulată, la terminarea turei unei asistente. | Momentele de separare sunt momente de risc. |
| **„Împărțirea" echipei (clivaj)** | O asistentă este „singura care mă înțelege", alta este „cea mai rea"; se schimbă de la o zi la alta. | Echipa se poate certa fără să-și dea seama; se discută în echipă. |
| **Testarea limitelor** | Cereri de excepții („doar de data asta"), telefon în afara programului, ieșiri, favoruri. | Limitele se aplică la fel de toată echipa. |

| Comportamentul pe secție | Cum arată | Ce înseamnă pentru asistent |
|---|---|---|
| **Manipulare** | Flatare, promisiuni, amenințări, punerea colegilor unul împotriva altuia, informații contradictorii. | Verificați informațiile; nu luați decizii singur. |
| **Impulsivitate și furie** | Izbucniri bruște, țipete, aruncarea sau distrugerea obiectelor. | Dezescaladare; risc de agresivitate. |
| **Suspiciune (paranoid)** | Interpretează gesturile personalului ca ostile; refuză explicațiile. | Onestitate, explicații simple, consecvență. |
| **Dependență** | Cere ajutor pentru orice, nu ia decizii mici, se agață de un membru al personalului. | Încurajarea treptată a autonomiei. |
| **Retragere / evitare** | Stă izolat, evită grupurile, se teme de critică. | Contact treptat, fără presiune. |

**ATENȚIE · Reacțiile noastre contează**

Îngrijirea acestor pacienți provoacă adesea personalului frustrare, furie, oboseală sau, dimpotrivă, dorința de a fi „salvatorul” pacientului. Aceste reacții sunt normale, dar pot influența îngrijirea (de exemplu, evitarea pacientului sau favoruri speciale). Recunoașteți-le, nu reacționați personal la insulte și discutați-le cu echipa.

## C. Evaluarea de nursing

- **Riscul de sinucidere și de autovătămare:** gânduri actuale, tentative și autovătămări anterioare, urme vechi și noi pe corp, obiecte ascunse (Lucrarea practică 1).
- **Riscul de violență:** antecedente, amenințări, impulsivitate, consum de substanțe, conflicte cu alți pacienți.
- **Declanșatorii:** ce s-a întâmplat înainte de criză (o ceartă, o respingere, o vizită, un refuz, schimbarea personalului).
- **Consumul de alcool, droguri sau medicamente** (inclusiv sedative procurate fără rețetă).
- **Relațiile cu ceilalți pacienți:** exploatare, conflicte, relații intime pe secție, pacienți vulnerabili în preajmă.
- **Strategiile de adaptare:** ce face pacientul când emoțiile devin prea intense; ce l-a ajutat înainte.
- **Somnul, alimentația, starea somatică:** după o autovătămare sau o ingestie de substanțe, semnele vitale și evoluția leziunilor.
- **Simptomele asociate:** depresie, anxietate, tulburări de alimentație.

## D. Nevoile de îngrijire / problemele de nursing

| Problema de nursing | Cum se manifestă | Ce urmărim |
|---|---|---|
| **Risc de sinucidere** | Amenințări, tentative anterioare, disperare, izolare. | Pacientul spune gândurile de sinucidere înainte să acționeze; rămâne în siguranță. |
| **Risc de autovătămare** | Tăieturi, arsuri, zgârieturi; tensiune pe care pacientul o „descarcă” prin rănire. | Pacientul cere ajutor când are impulsul de a se răni; folosește alte strategii. |
| **Risc de violență față de alții** | Impulsivitate, furie, amenințări, antecedente de violență. | Pacientul și ceilalți rămân în siguranță. |
| **Adaptare ineficientă** | Reacții distructive la stres, impulsivitate, consum de substanțe. | Pacientul își recunoaște situațiile care îl destabilizează și are la îndemână cel puțin o alternativă sănătoasă. |
| **Adaptare defensivă** | Dă vina pe ceilalți, nu acceptă critica, minimalizează propriul rol. | Pacientul discută despre propriul comportament. |
| **Interacțiune socială afectată** | Relații instabile, conflicte, izolare, încălcarea limitelor celorlalți. | Relații adecvate cu pacienții și cu personalul. |
| **Stimă de sine scăzută** | „Nu valorez nimic”, „toți mă părăsesc”. | Pacientul poate numi câteva calități proprii. |

## E. Intervențiile asistentului medical

### Siguranța

- Asistentul medical va evalua riscul de sinucidere și de autovătămare la fiecare tură și ori de câte ori pacientul este supărat sau a avut un conflict.
- Obiectele care pot fi folosite pentru rănire se îndepărtează; bunurile pacientului se verifică la internare și ori de câte ori există suspiciuni, conform procedurii secției.
- Orice amenințare se ia în serios și se comunică medicului.
- **Planul de siguranță** se scrie împreună cu pacientul, în cuvintele lui: ce semne îi arată că se apropie o criză, în ce situații apar de obicei, ce l-a ajutat în trecut să treacă de asemenea momente și pe cine poate chema (un membru al personalului, o persoană apropiată). Structura planului urmează Open RN (2025).

### După un episod de autovătămare

1. **Siguranța mai întâi:** asistentul evaluează leziunea, acordă primul ajutor, anunță medicul și îndepărtează obiectul folosit.
2. **Îngrijirea rănii se face calm, neutru și competent,** fără reproșuri, fără ironie și fără atenție dramatică.

3. **Documentarea:** ora, tipul și localizarea leziunii, ce a spus pacientul, ce s-a făcut, cine a fost anunțat.
4. **Discuția** are loc după ce pacientul s-a liniștit: ce s-a întâmplat înainte, ce a simțit, ce altceva ar fi putut face. Planul de siguranță se revizuiește.
5. **Autovătămarea nu se pedepsește.** Reproșurile și pedepsele cresc rușinea și tensiunea, deci și riscul de repetare.

### Limitele

- Puține reguli, clare, explicate o singură dată, valabile pentru toți pacienții.
- Toată echipa le cunoaște și le aplică la fel; ele sunt scrise în planul de îngrijire.
- Consecințele sunt cunoscute dinainte și se aplică calm, fără furie și fără sentimentul de pedeapsă.
- Regulile nu se renegociază la fiecare cerere; când o limită este încălcată, asistentul o reamintește calm și concret.
- Plângerile legitime se ascultă și se rezolvă: nu orice cerere este „manipulare”.

### Prevenirea „împărțirii” echipei

- Informațiile importante se transmit la raportul de tură; echipa are un plan comun.
- Nu vorbiți despre colegi cu pacientul și nu acceptați rolul de „singurul care îl înțelege”.
- Nu păstrați secrete față de echipă (Lucrarea practică 1).
- Când pacientul laudă excesiv un membru al personalului și îl critică pe altul, situația se discută în echipă, nu cu pacientul.

### Gestionarea emoțiilor intense

- Ajutați pacientul să numească emoția („Pare că sunteți foarte furios. Ce s-a întâmplat?”).
- Propuneți strategii de calmare: respirație lentă cu expirație lungă (de exemplu, inspirație numărând până la 4, expirație numărând până la 8; Open RN, 2025), o plimbare pe hol, o activitate care distrage atenția, scrisul într-un jurnal, discuția cu un membru al personalului.
- Lăudați folosirea strategiilor sănătoase, chiar și când reușesc doar parțial.

### Particularități după tipul comportamentului

- **Antisocial:** reguli clare și consecințe; nu vă lăsați flatat sau intimidat; nu promiteți favoruri; verificați informațiile; protejați pacienții vulnerabili; documentați exact faptele.
- **Paranoid:** onestitate, explicații simple înainte de orice procedură, fără glume și fără discuții în șoaptă în prezența lui (Lucrarea practică 2).
- **Dependent:** încurajați deciziile mici („Alegeți dumneavoastră ora de duș.”); lăudați autonomia.

- **Evitant sau schizoid:** contacte scurte, treptate, fără presiune de a participa la grupuri.
- **Histrionic:** atenție și apreciere pentru comportamentele adecvate, nu pentru cele dramatice.

### Agravare și urgență

- **Agitație în creștere - dezescaladare:** asistentul se apropie încet, vorbește puțin și liniștit, îl lasă pe pacient să spună ce l-a supărat și îl întreabă ce l-ar ajuta acum. Reduce zgomotul și numărul persoanelor din jur, propune două variante concrete (o discuție într-un loc retras sau câteva minute de liniște în salon), păstrează o distanță din care pacientul nu se simte încolțit și nu îl atinge fără să-l anunțe. Nu ironizează, nu ridică tonul și nu comentează comportamentul.
- **Autovătămare gravă sau ingestie de substanțe ori obiecte:** primul ajutor, chemarea imediată a medicului, monitorizarea semnelor vitale.
- **Agresiune:** asistentul cheamă ajutor și protejează ceilalți pacienți; contenționarea se aplică numai la decizia medicului, conform normelor.

## F. Comunicarea cu pacientul

- păstrați același ton, fie că pacientul vă laudă, fie că vă jignește; reacțiile puternice ale personalului tind să întărească tocmai comportamentul pe care vrem să-l reducem;
- despărțiți emoția de faptă: furia pacientului poate fi înțeleasă și numită, distrugerea obiectelor nu este acceptată;
- spuneți deschis ce se poate și ce nu se poate face pe secție; promisiunile vagi duc la conflicte;
- nu intrați într-o dispută despre cine are dreptate; propuneți o soluție practică;
- când pacientul revine la nedreptăți vechi, aduceți discuția la ce se poate rezolva astăzi;
- nu deveniți „salvatorul” pacientului și nu faceți pentru el excepții pe care nu le-ați face pentru alții;
- ajutați-l să lase un spațiu între emoție și reacție: „Înainte să hotărâți ceva, spuneți-mi ce s-a întâmplat acum zece minute.”

| Situația | Așa NU | Așa DA |
|---|---|---|
| „Doar dumneavoastră mă înțelegeți, celelalte asistente sunt rele.” | „Da, știu că eu am mai multă răbdare.” | „Mă bucur că discuțiile noastre vă ajută. Toată echipa lucrează pentru dumneavoastră, iar eu le spun colegelor ce am vorbit.” |
| „Dați-mi telefonul acum, doar de data asta, nu află nimeni.” | „Bine, dar să nu spuneți nimănui.” | „Înțeleg că e important. Programul pentru telefon este după-amiaza, la fel pentru toată lumea. Vă aștept atunci.” |

| Situația | Așa NU | Așa DA |
|---|---|---|
| Pacienta are tăieturi noi pe antebraț. | „Iar? Vreți doar atenție!” | „Vă îngrijesc rana acum. Când vă veți simți pregătită, aș vrea să vorbim despre ce s-a întâmplat înainte.” |
| „Dacă nu-mi dați țigări, o să vă pară rău.” | Ceartă, râs sau cedare. | „Amenințările nu sunt acceptate aici. Putem discuta când vorbiți calm. Dacă amenințarea continuă, anunț medicul.” |
| „Dacă pleci de pe tură, nu mai vreau să trăiesc.” | „Nu mai faceți teatru.” | „Văd că vă e foarte greu când oamenii pleacă. Vă gândiți să vă faceți rău?” Răspunsul se comunică medicului. |

## G. Situații de alarmă: când anunțăm medicul

**ANUNȚAȚI MEDICUL IMEDIAT**

- pacientul vorbește despre sinucidere, are un plan sau a fost găsit cu obiecte cu care se poate răni;
- s-a autovătămat (orice leziune, oricât de superficială pare) sau a înghițit substanțe ori obiecte;
- amenință o persoană anume sau agitația nu cedează la dezescaladare;
- stare de somnolență, confuzie sau semne vitale modificate (posibilă ingestie de medicamente, alcool sau droguri);
- pacientul exploatează sau amenință alți pacienți ori are relații intime pe secție;
- suspiciune de consum de alcool sau droguri pe secție;
- pacientul lipsește de pe secție;
- o reacție intensă la un moment de separare (externare, plecarea unei persoane apropiate, schimbarea personalului).

## H. Tratamentul: ce trebuie să știe asistentul

- **Psihoterapia** este tratamentul de bază și durează mult (luni sau ani). Pentru tipul borderline este folosită frecvent **terapia dialectic-comportamentală**, care învață pacientul să-și regleze emoțiile, să tolereze suferința fără să se rănească, să comunice eficient și să fie atent la prezent.
- **Nu există un medicament aprobat pentru tulburarea de personalitate.** Medicamentele se folosesc pentru simptome sau tulburări asociate: antidepresive (depresie, anxietate), stabilizatoare ale dispoziției (impulsivitate, instabilitate emoțională), uneori antipsihotice pentru perioade scurte.

- **Siguranța medicamentelor:** asistentul verifică dacă pacientul înghite medicamentele (risc de strângere a lor pentru o supradoză), urmărește cererea insistentă de sedative și informează medicul. La externare, cantitatea de medicamente eliberată se stabilește de medic, ținând cont de risc.
- **Consumul de substanțe** asociat se tratează în paralel (Lucrarea practică 7).
- **Rolul asistentului:** consecvență, sprijin pentru folosirea abilităților învățate în terapie, încurajarea continuării tratamentului după externare.

# I. Activitate practică

## Exercițiul 1. Reformulați răspunsul (10 minute, în perechi)

Pentru fiecare situație, explicați de ce răspunsul asistentului nu este terapeutic și propuneți o formulare mai bună.

| Pacientul spune sau face | Răspunsul asistentului | Formularea dumneavoastră |
|---|---|---|
| „Asistenta de noapte m-a jignit, tu ești singura bună de aici.” | „Lasă, știu cum e ea, nu te mai necăji.” | |
| „Dacă nu mă lăsați să ies, mă tai iar.” | „Faceți ce vreți, nu mă impresionați.” | |
| Cere a treia oară azi o excepție de la program. | „Ești imposibilă, nu-ți mai dau nimic!” | |
| Pacientul antisocial: „Ești cea mai frumoasă asistentă, îmi aduci și mie o cafea de afară?” | „Mersi! Bine, îți aduc, dar să nu afle nimeni.” | |
| Pacienta plânge: „Toți mă părăsesc.” | „Nu e adevărat, exagerezi.” | |

## Exercițiul 2. Joc de rol: stabilirea unei limite (15 minute, în grupe de câte trei)

Un student joacă pacientul care cere insistent o excepție (telefon în afara programului, o ieșire, o țigară), alternând flatarea cu reproșul („Ești singura care mă înțelege… / Ești la fel de rea ca ceilalți!”). Al doilea student, în rolul asistentului, stabilește limita calm. Al treilea observă și notează dacă asistentul:

| Ce a făcut asistentul | Da | Nu |
|---|---|---|
| A recunoscut emoția pacientului. | | |
| A spus limita clar, o singură dată, fără scuze lungi. | | |

| Ce a făcut asistentul | Da | Nu |
|---|---|---|
| A explicat ce se poate face și când. | | |
| Nu s-a lăsat flatat și nu a reacționat la reproș. | | |
| Nu a promis secrete sau favoruri. | | |
| păstrat tonul calm până la sfârșit. | | |

### Exercițiul 3. Discuție de grup (5 minute)

Pe secție, două asistente se ceartă: una spune că pacienta „este o victimă și trebuie ajutată mai mult", cealaltă că „ne manipulează pe toți". Ce s-a întâmplat? Ce trebuie să facă echipa?

## J. Studiu de caz

**Domnișoara I.V., 23 de ani**

Domnișoara I.V. este internată după o tentativă de sinucidere prin ingestie de medicamente, făcută după o ceartă cu prietenul. Are diagnosticul de tulburare de personalitate emoțional instabilă de tip borderline și cicatrici vechi pe antebrațe.

În prima zi îi spune asistentei Ana: „Doar tu mă înțelegi. Asistenta de noapte e rea, m-a tratat urât." Îi cere telefonul în afara programului, „doar de data asta, nu află nimeni". Când Ana îi spune că tura ei se termină, pacienta izbucnește în plâns, apoi țipă: „Toți mă părăsiți!"

Seara, asistenta de noapte observă zgârieturi noi, superficiale, pe antebrațul stâng. Pacienta spune că le-a făcut „ca să nu mai simtă nimic". A doua zi, cele două asistente au păreri diferite despre pacientă și se ceartă la raportul de tură.

### Întrebări

1. Ce comportamente specifice tipului borderline observați?
2. Care sunt prioritățile de nursing?
3. Cum răspundeți la „Doar tu mă înțelegi" și la cererea telefonului?
4. Ce face asistenta de noapte după ce observă zgârieturile?
5. Ce elemente cuprinde planul de siguranță făcut împreună cu pacienta?
6. Ce s-a întâmplat la raportul de tură și cum previne echipa „împărțirea" ei?

## K. Ce trebuie să reținā studentul

**DE REȚINUT**

1. Tulburarea de personalitate este un mod constant, rigid, de a gândi, simți și relaționa, care produce suferință și conflicte.
2. Pe secție contează comportamentele și riscurile, nu eticheta diagnosticului.
3. Orice amenințare sau gest de autovătămare se ia în serios și se comunică medicului.
4. După autovătămare: siguranță, îngrijirea calmă a rănii, fără reproș; discuția vine după ce pacientul s-a liniștit.
5. Autovătămarea nu se pedepsește; planul de siguranță se face împreună cu pacientul.
6. Limitele: puține, clare, aceleași pentru toată echipa, aplicate calm.
7. „Împărțirea" echipei se previne prin comunicare la raportul de tură și un plan comun; nu acceptăm rolul de „singurul care înțelege".
8. Recunoaștem emoția fără să încurajăm comportamentul distructiv.
9. Reacțiile noastre (frustrare, dorința de a salva) sunt normale, dar se discută în echipă, nu se exprimă asupra pacientului.
10. Nu există medicament pentru tulburarea de personalitate; psihoterapia este tratamentul de bază, iar medicamentele se folosesc pentru simptome asociate.

## L. Întrebări de verificare

1. Prin ce se deosebește o tulburare de personalitate de un episod depresiv?
2. Numiți trei comportamente caracteristice tipului borderline.
3. Ce înseamnă „împărțirea" echipei (clivajul) și cum se previne?
4. Care este conduita corectă după un episod de autovătămare?
   a) Pacientul este certat, ca să nu repete.
   b) Rana este ignorată, ca să nu primească atenție.
   c) Rana este îngrijită calm, medicul este anunțat, iar discuția despre ce s-a întâmplat are loc după ce pacientul s-a liniștit.
   d) Pacientului i se retrag vizitele.
5. Adevărat sau fals: Gesturile de autovătămare ale pacienților cu tulburare de personalitate sunt „doar pentru atenție" și nu trebuie luate în serios.
6. Numiți trei caracteristici ale unor limite bine stabilite.
7. Ce faceți când un pacient vă cere o excepție și vă spune că „nu va afla nimeni"?

8. Numiți patru tehnici de dezescaladare verbală.
9. Adevărat sau fals: Există un medicament care vindecă tulburarea de personalitate.
10. Ce componente are un plan de siguranță?

## LUCRAREA PRACTICĂ 6

# Nursingul pacientului cu patologie de model deteriorativ (tulburări neurocognitive / sindroame demențiale)

## A. Introducere

**Demența** (ICD-10: F00-F03) este o afectare cronică și progresivă a funcțiilor cognitive (memorie, judecată, orientare, limbaj), produsă de o boală a creierului, cu schimbări de personalitate și de comportament, suficient de severă încât să afecteze viața de zi cu zi. Cea mai frecventă cauză este **boala Alzheimer**; alte cauze sunt demența vasculară, demența frontotemporală și demența cu corpi Lewy. Demența **nu face parte din îmbătrânirea normală**. Ideea că „la bătrânețe e normal să uiți" face ca demența, deliriumul și depresia să fie recunoscute târziu.

Boala Alzheimer începe pe nesimțite. De obicei, familia observă mai întâi că pacientul uită lucruri recente și pune aceleași întrebări, apoi că nu se mai descurcă singur cu ce făcea înainte: banii, cumpărăturile, gătitul, drumurile cunoscute. Urmează dezorientarea în timp și spațiu, cuvintele care nu mai vin, lucrurile rătăcite (uneori cu bănuiala că au fost furate), deciziile nepotrivite, retragerea din activități și schimbările de dispoziție (Open RN, Nursing Fundamentals, 2024).

### Stadiile demenței și ce vede asistentul

| Stadiul | Ce vede asistentul | Nevoia principală de îngrijire |
|---|---|---|
| **Ușor** | Este încă autonom în multe privințe, dar are nevoie de mai mult timp și greșește la treburile complicate (bani, acte); poate fi ușor păcălit. | Sprijin, rutină, protecție față de exploatare. |
| **Moderat** | Nu se mai descurcă singur la spălat și îmbrăcat, confundă persoanele apropiate, poate scăpa urina; devine bănuitor, neliniștit, pleacă fără țintă, repetă aceleași gesturi, uneori vede lucruri inexistente. | Supraveghere, ajutor la autoîngrijire, gestionarea comportamentelor, siguranță. |
| **Sever** | Comunică foarte puțin, stă mai mult în pat sau în fotoliu și depinde complet de alții; apar tulburările de înghițire. | Îngrijire completă: alimentație atentă (risc de aspirație), prevenirea escarelor, a infecțiilor și a cheagurilor de sânge, confort. |

*Sursa: adaptat după Open RN, Nursing Fundamentals (2024), secțiunea 6.3.*

## Demență, delirium sau depresie?

La vârstnic, aceste trei situații se pot asemăna și pot apărea împreună. Diferența cea mai importantă pentru asistent este **cum a început**.

| | Demența | Deliriumul | Depresia |
|---|---|---|---|
| **Debut** | Lent, treptat (luni, ani). | Brusc (ore, zile). | Adesea relativ rapid, după un eveniment (de exemplu, un deces). |
| **Evoluție** | Declin constant, progresiv. | Fluctuează de la o oră la alta; mai rău seara și noaptea. | Dispoziție scăzută persistentă; adesea mai rău dimineața. |
| **Atenție și conștiență** | Normale în stadiile inițiale. | Atenție foarte scăzută; pacient agitat sau somnolent. | Concentrare scăzută, dar conștiență normală. |
| **Cauză** | Boală a creierului, ireversibilă. | Cauză medicală: infecție, lipsa oxigenului, dezechilibre de electroliți, deshidratare, medicamente, sevraj. Adesea reversibil. | Tulburare a dispoziției; tratabilă. |

*Sursa: adaptat după Open RN, Nursing Fundamentals (2024), capitolul 6.*

**ANUNȚAȚI MEDICUL IMEDIAT · Deliriumul suprapus pe demență**

Pacientul cu demență are un risc mare de delirium. **Orice schimbare bruscă** față de starea obișnuită a pacientului (devine mult mai confuz, agitat sau, dimpotrivă, somnolent, nu mai recunoaște personalul, starea variază de la o oră la alta) se anunță **imediat** medicului. Cauza (de exemplu, o infecție urinară sau pulmonară, deshidratarea, un medicament nou) trebuie căutată și tratată.

**DE REȚINUT**

- Demența nu face parte din îmbătrânirea normală.
- Comportamentele dificile sunt simptome ale bolii, nu „încăpățânare” sau „răutate”.
- Pacientul cu demență își exprimă adesea durerea, foamea, setea sau nevoia de a merge la toaletă prin agitație.
- Siguranța are prioritate: căderi, rătăcire, aspirație, deshidratare.
- Demnitatea pacientului se respectă în orice stadiu.

## B. Cum recunoaștem pacientul

Întrebarea de la care pornim: **„Ce văd eu, ca asistent medical, la patul pacientului?”** În stadiul moderat, comportamentul pacientului spune cel mai mult.

| Comportamentul | Cum arată | Ce poate ascunde |
|---|---|---|
| **Agitație, neliniște** | Se plimbă continuu, rupe hârtii, își trage hainele, nu stă locului. | Durere, vezică plină, constipație, foame, sete, frig, oboseală, prea mult zgomot. |
| **Agresivitate** | Țipă, înjură, împinge, lovește, mai ales în timpul îngrijirii. | Teamă, durere, nu înțelege ce i se face, instrucțiuni prea complicate. |
| **Rătăcire** | Pleacă din salon, caută ieșirea, „merge acasă” sau „la serviciu”. | Mediu necunoscut, plictiseală, nevoia de mișcare, căutarea unei persoane. |
| **„Apusul de soare”** | Confuzia și agitația cresc spre seară și noaptea. | Oboseală, lumină slabă, umbre, ritm somn-veghe dereglat. |
| **Halucinații, idei de furt** | Vede persoane sau animale; spune că i s-au furat lucrurile. | Boala; dar și infecție, deshidratare, medicamente, vedere sau auz slab. |
| **Întrebări repetate** | Aceeași întrebare de zeci de ori. | Memoria imediată afectată, anxietate. |
| **Refuzul îngrijirii** | Refuză dușul, schimbarea hainelor, medicamentele. | Teamă, rușine, frig, durere, nu înțelege ce urmează. |
| **Probleme la înghițire** | Tușește la masă, vocea devine „umedă”, ține mâncarea în gură. | Stadiu avansat: risc de aspirație și pneumonie. |

## C. Evaluarea de nursing

- **Starea de bază:** cum este pacientul în mod obișnuit (orientare, memorie, comportament). Informația de la familie este esențială. Fără ea, o schimbare bruscă nu poate fi recunoscută.
- **Orientarea**, verificată zilnic, și schimbările față de ziua anterioară. Echipa poate folosi teste scurte standardizate (de exemplu, testul Mini-Cog sau examinarea MMSE).
- **Autonomia în activitățile zilnice:** spălat, îmbrăcat, mâncat, toaletă, mers.
- **Durerea:** pacientul poate să nu o spună; observați grimasele, protejarea unei zone, agitația la mobilizare.
- **Alimentația, hidratarea, înghițirea, greutatea.**
- **Eliminarea:** constipație, retenție urinară, incontinență, semne de infecție urinară (urină tulbure, miros, febră, confuzie nou apărută).
- **Somnul** și comportamentul pe timpul nopții.
- **Riscul de cădere și de rătăcire.**
- **Pielea:** zone de presiune, iritații din incontinență.

- **Vederea și auzul:** are ochelari, aparat auditiv? Le poartă?
- **Medicamentele:** multe medicamente asociate, sedative, medicamente care pot crește confuzia.
- **Familia:** cine îl îngrijește acasă, semne de epuizare a îngrijitorului; semne de neglijare sau de abuz.

## D. Nevoile de îngrijire / problemele de nursing

| Problema de nursing | Cum se manifestă | Ce urmărim |
|---|---|---|
| **Risc de rănire (căderi, rătăcire)** | Mers nesigur, confuzie, plecări din salon, agitație nocturnă. | Pacientul rămâne fără căderi și fără plecări neobservate. |
| **Deficit de autoîngrijire** | Nu se poate spăla, îmbrăca, hrăni sau merge singur la toaletă. | Pacientul face cât poate singur, cu ajutor la restul; este curat și îngrijit. |
| **Memorie și gândire afectate** | Dezorientare, întrebări repetate, judecată slabă. | Pacientul se simte în siguranță; confuzia nu crește din cauza mediului. |
| **Alimentație și hidratare insuficiente; risc de aspirație** | Uită să mănânce și să bea, nu recunoaște mâncarea, înghite greu. | Aport suficient; greutate stabilă; fără episoade de aspirație. |
| **Eliminare afectată** | Incontinență, constipație, retenție. | Program de toaletă; piele integră; tranzit regulat. |
| **Tulburarea somnului** | Agitație nocturnă, „apus de soare”, somn ziua. | Somn mai bun noaptea. |
| **Adaptare ineficientă / agitație** | Agresivitate, neliniște, refuzul îngrijirii. | Episoade mai rare și mai scurte. |
| **Epuizarea îngrijitorului** | Familia obosită, iritată, izolată, îngrijorată. | Familia cunoaște boala și resursele de sprijin. |

## E. Intervențiile asistentului medical

### Mediul și rutina

- Salon liniștit, bine luminat, fără umbre (perdelele trase la lăsarea serii, lumina aprinsă); televizorul și zgomotul reduse.
- Repere de orientare: ceas, calendar, o tablă cu ziua și numele asistentului de tură; obiecte familiare și fotografii de acasă.
- Ochelarii și aparatul auditiv puse și funcționale.
- Același personal, cât se poate; aceeași rutină zilnică (trezire, mese, culcare la aceleași ore).
- Produsele de curățenie, medicamentele și obiectele periculoase nu se lasă la îndemâna pacientului.

## Autoîngrijirea

- Un singur pas pe rând, cu instrucțiuni scurte („Acum puneți mâna în mânecă.”); timp suficient; ajutor doar cât este nevoie.
- Alegeri simple, între două variante („Bluza albastră sau cea roșie?”).
- Intimitate și respect la spălat și la îmbrăcat; explicați fiecare gest înainte de a-l face.
- Dacă pacientul refuză sau se agită: vă opriți, încercați mai târziu sau în alt fel.

## Alimentația, hidratarea, eliminarea

- Lichide oferite regulat, chiar dacă pacientul nu cere; alimente ușor de mâncat (inclusiv cu mâna); un singur fel de mâncare în față; supraveghere la masă.
- La pacientul care înghite greu: poziție șezândă, ritm lent, porții mici; urmăriți tusea în timpul mesei și vocea „umedă” și anunțați medicul.
- Program regulat de toaletă (de exemplu, după mese și la intervale fixe); neliniștea poate însemna vezică plină sau constipație.
- Igienă atentă în incontinență; schimbarea poziției la pacientul imobilizat; cântărire periodică.

## Siguranța

- **Căderi:** pat coborât, lumină de veghe, încălțăminte potrivită, căile de acces libere, însoțire la deplasare.
- **Rătăcire:** știți în permanență unde se află pacientul; plimbări însoțite pentru nevoia de mișcare; măsuri de securitate conform procedurii secției.
- **Imobilizarea fizică nu se folosește pentru agitație sau rătăcire:** crește agitația și riscul de rănire. Contenționarea se aplică numai la decizia medicului, ca măsură de excepție, conform normelor.

## Agitația și agresivitatea

1. **Gândiți-vă întâi la corp:** pacientul poate avea dureri, poate fi ud, constipat, înfometat, însetat sau îi poate fi frig; verificați aceste lucruri înainte de orice altceva.
2. **Uitați-vă la ce s-a întâmplat înainte:** o vizită, o procedură, zgomotul, schimbarea de tură.
3. **Liniștiți prin ton, nu prin argumente:** voce joasă, cuvinte puține, fără explicații lungi și fără corecturi („Sunt aici, vă ajut.”).
4. **Schimbați cadrul:** mai puțini oameni și mai puțin zgomot, apoi o ocupație simplă (o plimbare, o melodie cunoscută, sortarea unor obiecte).
5. **Nu insistați:** dacă îngrijirea care l-a supărat poate aștepta, amânați-o și reveniți după câteva minute.
6. **Protejați-vă și protejați-l:** stați lateral, la distanță de brațele și picioarele lui; dacă agitația nu cedează, chemați colegii și anunțați medicul.

### „Apusul de soare” și somnul

- Ziua: lumină naturală, câteva minute afară sau la fereastră dimineața, dar fără un program încărcat care să-l obosească.
- Spre seară: activități liniștite, lumina aprinsă înainte să se întunece, televizorul închis sau dat încet; masa principală la prânz, cina mai ușoară.
- Fără cafea, ceai negru sau cola după-amiaza; somnul de după-amiază scurt.
- Asistentul notează orele și împrejurările în care apar episoadele, ca echipa să le poată anticipa (Open RN, Nursing Fundamentals, 2024).

### Halucinațiile și ideile de furt

- Evaluați întâi dacă halucinația îl deranjează sau îl pune în pericol; o halucinație liniștită, care nu-l sperie, poate fi lăsată în pace.
- Dacă pacientul este speriat, mergeți lângă el, vorbiți-i blând și spuneți-i că sunteți acolo; mutați-l într-o încăpere luminată, cu oameni în jur, și oferiți-i o ocupație.
- Nu contraziceți și nici nu confirmați. Dacă vă întreabă, spuneți simplu că dumneavoastră nu vedeți același lucru, dar înțelegeți că pe el îl sperie.
- Căutați în cameră ce ar putea fi interpretat greșit: haine agățate, umbre, reflexii în geam sau în oglindă, zgomote de la aparate.
- O halucinație nou apărută se anunță medicului (pot exista cauze medicale sau medicamentoase).

### Familia și îngrijitorii

- Familia primește informații despre boală, despre comportamente și despre siguranța acasă (cu acordul pacientului sau al reprezentantului legal).
- Asistentul observă semnele de epuizare ale îngrijitorului (oboseală, iritabilitate, izolare, neliniște privind viitorul) și le comunică echipei; familia este informată despre formele de sprijin disponibile (centre de zi, îngrijire la domiciliu, internare de scurtă durată pentru odihna îngrijitorului).

## F. Comunicarea cu pacientul

- apropiați-vă din față, la nivelul ochilor pacientului; spuneți-vă numele și folosiți numele pacientului;
- propoziții scurte, o singură idee, o singură cerere pe rând; așteptați răspunsul;
- ton calm și cald; gesturile și expresia feței ajută înțelegerea;
- atingerea blândă poate liniști, dacă pacientul o acceptă;
- lăsați pacientul să povestească despre trecut; amintirile îi susțin identitatea și stima de sine;
- nu vă certați cu pacientul și nu îl corectați insistent.

**Reorientare sau validare?** Pacientul care încă înțelege poate fi ajutat cu repere despre zi, loc și persoane (reorientare). La pacientul foarte confuz, corectarea repetată („Nu sunteți acasă, sunteți la spital!”, „Mama dumneavoastră a murit.”) produce agitație și suferință. Aici asistentul se concentrează pe emoția din spatele cuvintelor (**validare**), fără să întărească o idee falsă.

| Situația | Așa NU | Așa DA |
|---|---|---|
| „Unde e mama mea? Trebuie să merg la ea.” (mama a decedat) | „Mama dumneavoastră a murit acum 20 de ani.” | „Vă e dor de mama dumneavoastră. Povestiți-mi despre ea.” |
| „Mi-ați furat portofelul!” | „Nimeni nu v-a furat nimic, l-ați pierdut iar.” | „Văd că sunteți îngrijorată. Hai să-l căutăm împreună.” |
| A zecea oară: „Când vine fiica mea?” | „V-am spus de zece ori!” | Răspuns calm, de fiecare dată: „Duminică.” Scrieți pe tablă: „Fiica vine duminică.” |
| Refuză dușul și se agită. | Insistă sau îl duce cu forța. | Se oprește, încearcă mai târziu: „Vreți să facem dușul acum sau după cafea?” |
| „Uitați câinele de sub pat!” | „Nu e nimic acolo, iar vedeți lucruri.” | „Văd că vă neliniștește. Eu nu văd câinele, dar hai să aprindem lumina mare și să ne uităm împreună prin cameră.” |

## G. Situații de alarmă: când anunțăm medicul

**ANUNȚAȚI MEDICUL IMEDIAT**

- orice schimbare bruscă a stării obișnuite: confuzie mult mai mare, somnolență, agitație nouă, stare care variază de la o oră la alta (posibil delirium);
- febră, tuse, respirație rapidă, urină tulbure sau cu miros, durere la urinare;
- semne de deshidratare, refuz al lichidelor sau al alimentelor;
- tuse sau sufocare în timpul mesei, voce „umedă", febră după mese (posibilă aspirație);
- cădere, mai ales cu lovirea capului sau la pacientul care ia anticoagulante; o durere nou apărută la mobilizare;
- agresivitate nou apărută sau mult accentuată; halucinații nou apărute;
- după un sedativ sau un antipsihotic: somnolență excesivă, rigiditate, căderi, febră;
- puls rar, amețeli sau leșin la un pacient tratat cu medicamente pentru demență;
- pacientul lipsește de pe secție;
- semne de neglijare sau de abuz (vânătăi neexplicate, igienă foarte precară, frică de anumite persoane).

## H. Tratamentul: ce trebuie să știe asistentul

- **Nu există un tratament care să vindece demența.** Medicamentele precum donepezil, rivastigmină, galantamină (inhibitori de colinesterază) și memantina pot ameliora pentru o perioadă simptomele cognitive, dar nu opresc evoluția bolii.
- **Efecte adverse ale inhibitorilor de colinesterază:** greață, vărsături, diaree, scăderea poftei de mâncare, puls rar, amețeli. Pulsul rar, amețeala și leșinul se raportează. La forma de plasture, plasturele vechi se îndepărtează înainte de aplicarea celui nou, iar locul se schimbă zilnic.
- **Antipsihoticele** la vârstnicii cu demență cresc riscul de accident vascular cerebral și de deces. Se folosesc numai când metodele fără medicamente au eșuat și simptomele sunt severe, cu supraveghere atentă (sedare, rigiditate, căderi; Lucrarea practică 2).
- **Benzodiazepinele** nu sunt recomandate la vârstnici: sedare, confuzie, căderi, uneori agitație paradoxală (Lucrarea practică 4).
- **Medicamente care pot crește confuzia:** sedativele și medicamentele cu efect anticolinergic (de exemplu, unele antidepresive). Asistentul semnalează medicului o confuzie apărută după introducerea unui medicament nou.
- **Administrarea:** verificați înghițirea; comprimatele se sfărâmă sau se deschid numai dacă acest lucru este permis pentru medicamentul respectiv; atenție la numărul mare de medicamente și la interacțiuni.

# I. Activitate practică

## Exercițiul 1. Reformulați răspunsul (10 minute, în perechi)

Pentru fiecare situație, explicați de ce răspunsul asistentului nu este terapeutic și propuneți o formulare mai bună.

| Pacientul spune sau face | Răspunsul asistentului | Formularea dumneavoastră |
|---|---|---|
| „Trebuie să plec la serviciu, întârzii!” (pensionar de 15 ani) | „Sunteți la pensie de mult, nu aveți serviciu.” | |
| „Cine sunteți? Ce căutați în casa mea?” | „Sunt asistenta, v-am spus de trei ori azi!” | |
| Pacienta plânge și strigă după soț (decedat). | „Soțul dumneavoastră a murit, nu vă mai amintiți?” | |
| Refuză să mănânce și împinge farfuria. | „Dacă nu mâncați, vă punem sondă.” | |
| Se plimbă spre ușa secției seara. | „Stați în pat, nu aveți voie să ieșiți!” | |

## Exercițiul 2. Demență, delirium sau depresie? (10 minute)

a) Domnul T., 81 de ani, de doi ani uită tot mai des, nu se mai descurcă cu banii, se rătăcește în cartier. Familia spune că „merge tot mai rău, încet”.

b) Doamna R., 76 de ani, era orientată ieri. Azi-noapte a devenit brusc agitată, nu știe unde se află, vede insecte pe pereți; dimineața este somnolentă. Are febră și urină tulbure.

c) Doamna V., 70 de ani, după decesul soțului, de două luni nu mai mănâncă, plânge, spune că „nu mai are rost” și că „nu mai ține minte nimic”. Dimineața este cel mai rău.

## Exercițiul 3. Salonul potrivit (5 minute)

Notați cinci modificări pe care le-ați face într-un salon obișnuit pentru a reduce confuzia, căderile și rătăcirea unui pacient cu demență.

## J. Studiu de caz

**Doamna E.P., 79 de ani**

Doamna E.P. are boala Alzheimer în stadiul moderat și este internată pentru agitație. Fiica spune că acasă pacienta o recunoaște, se îmbracă cu ajutor, mănâncă singură dacă i se pune mâncarea în față și doarme bine noaptea.

Pe secție, în primele două zile, pacienta întreabă de zeci de ori „Unde sunt? Când vine fata mea?". Refuză dușul și strigă la asistentă. Spre seară se agită, caută ieșirea și spune că „trebuie să meargă acasă să facă de mâncare copiilor". A doua noapte a fost găsită pe hol, desculță.

În a treia zi, dimineața, pacienta este neobișnuit de somnolentă, nu o recunoaște pe fiică, vorbește incoerent, apoi devine brusc agitată. Are 38,2 °C, a băut foarte puțin, iar urina este tulbure și are miros puternic.

### Întrebări

1. Ce comportamente specifice demenței observați în primele două zile?
2. Ce modificări aduceți mediului și rutinei pentru a reduce confuzia și riscul de rătăcire și de cădere?
3. Cum răspundeți când spune că trebuie să meargă acasă „să facă de mâncare copiilor"?
4. Cum abordați refuzul dușului?
5. Ce s-a schimbat în a treia zi, ce bănuiți și ce faceți?
6. Ce îi explicați fiicei?

Completați fișa de observație și evaluare de nursing (Lucrarea practică 1) pentru doamna E.P., în dimineața celei de-a treia zile.

## K. Ce trebuie să reţină studentul

**DE REŢINUT**

1. Demenţa este progresivă şi nu face parte din îmbătrânirea normală.
2. Deliriumul începe brusc şi fluctuează; demenţa evoluează lent. Orice schimbare bruscă se anunţă imediat medicului.
3. Cunoaşterea stării obişnuite a pacientului (de la familie) permite recunoaşterea schimbărilor.
4. Agitaţia poate ascunde durere, foame, sete, vezică plină, constipaţie sau o infecţie: căutăm întâi cauza fizică.
5. Mediu liniştit, bine luminat, cu repere de orientare; ochelarii şi aparatul auditiv puse; rutină constantă.
6. Instrucţiuni scurte, un pas pe rând, alegeri între două variante; răspundem la emoţie, nu corectăm insistent.
7. Siguranţa: căderi, rătăcire, aspiraţie, deshidratare, escare; imobilizarea fizică nu este o soluţie pentru agitaţie.
8. Antipsihoticele cresc la vârstnicii cu demenţă riscul de accident vascular cerebral şi de deces; benzodiazepinele cresc confuzia şi căderile.
9. Medicamentele pentru demenţă ameliorează simptomele, dar nu opresc boala; pulsul rar şi leşinul se raportează.
10. Familia are nevoie de informaţii şi de sprijin; epuizarea îngrijitorului se observă şi se comunică.

## L. Întrebări de verificare

1. Adevărat sau fals: Pierderea memoriei care perturbă viaţa zilnică este normală la bătrâneţe.
2. Numiţi trei diferenţe între demenţă şi delirium.
3. Un pacient cu demenţă devine brusc somnolent şi mult mai confuz decât ieri. Ce faceţi?
   a) Îl lăsaţi să doarmă; este normal în demenţă.
   b) Îi administraţi un sedativ.
   c) Măsuraţi semnele vitale, verificaţi hidratarea şi semnele de infecţie şi anunţaţi imediat medicul.
   d) Aşteptaţi vizita de a doua zi.
4. Numiţi patru cauze fizice care pot produce agitaţie la pacientul cu demenţă.
5. Ce este „apusul de soare” şi numiţi trei măsuri pentru a-l reduce.
6. Ce înseamnă comunicarea prin validare?

7. Numiți trei semne care pot indica dificultăți de înghițire.
8. Adevărat sau fals: Imobilizarea fizică este o soluție bună pentru pacientul cu demență care rătăcește noaptea.
9. Ce risc important au antipsihoticele la vârstnicii cu demență?
10. Numiți trei semne de epuizare a îngrijitorului.

LUCRAREA PRACTICĂ 7

# Nursingul pacientului cu consum de alcool (alcoolism) și de substanțe psihoactive

## A. Introducere

**Termeni de bază**

- **Intoxicația:** modificări de comportament și ale funcțiilor psihice în timpul consumului sau imediat după acesta.
- **Supradoza:** cantitatea de substanță este prea mare pentru organism; poate opri respirația și poate produce decesul.
- **Sevrajul:** simptomele fizice și psihice care apar când o persoană dependentă oprește brusc sau reduce consumul. Poate fi ușor sau poate pune viața în pericol.
- **Dependența** (tulburarea legată de consumul de substanțe; ICD-10: F10-F19, alcoolul fiind F10): consum repetat, greu de controlat, continuat în ciuda consecințelor asupra sănătății, familiei și muncii.

Termenul „alcoolism" din programă desemnează dependența de alcool. În relația cu pacientul se folosește un limbaj care nu stigmatizează: „persoană cu dependență de alcool" sau „pacient cu consum de alcool", nu „alcoolic", „bețiv" sau „drogat". Etichetele cresc rușinea și scad șansele ca pacientul să ceară ajutor.

**Alcoolul: ce poate pune viața în pericol**

- **Intoxicația severă (supradoza):** respirația devine lentă și neregulată; reflexul de înghițire scade, iar pacientul se poate sufoca cu propria vomă.
- **Sevrajul:** poate evolua spre halucinații, convulsii și **delirium tremens**, o urgență medicală.
- **Encefalopatia Wernicke:** lipsa vitaminei B1 (tiamina) la consumatorii cronici produce confuzie, mers nesigur și mișcări involuntare ale ochilor. Netratată, poate evolua spre sindromul Korsakoff, o tulburare gravă și permanentă a memoriei.
- **Complicații frecvente:** boli ale ficatului și ale pancreasului, malnutriție, dezechilibre de electroliți, traumatisme (inclusiv craniene), depresie și risc de sinucidere.

**DE REȚINUT**

- Un pacient care a băut mult nu „doarme ca să-i treacă”: poate să nu mai respire sau să aspire voma. Nu rămâne nesupravegheat.
- Sevrajul alcoolic netratat poate fi mortal.
- Asocierea alcoolului cu benzodiazepine sau cu opioide crește mult riscul de oprire a respirației.
- După o perioadă de abstinență (spitalizare, dezintoxicare, detenție), toleranța scade: doza „obișnuită” de dinainte poate produce o supradoză mortală.
- Dezintoxicarea singură nu tratează dependența; este doar primul pas.

## B. Cum recunoaștem pacientul

### Sevrajul alcoolic: ce apare și când

Momentul ultimei consumări este esențial: de el depinde când se așteaptă fiecare complicație.

| Faza | Când apare (după ultima consumare) | Ce vede asistentul |
|---|---|---|
| **Sevraj ușor** | 6-24 de ore; trece de obicei în 1-2 zile | Neliniște, anxietate, insomnie, tremor, transpirații, palpitații, dureri de cap, greață, vărsături, diaree, dorința intensă de alcool; puls rapid, tensiune crescută. |
| **Halucinații de sevraj** | 12-24 de ore | Mai ales vizuale: vede insecte sau animale în cameră; uneori aude sau simte lucruri care nu există. |
| **Convulsii de sevraj** | 6-48 de ore | Crize convulsive generalizate. |
| **Delirium tremens** | 72-96 de ore (3-4 zile) | Confuzie care fluctuează, dezorientare, halucinații, agitație, febră, puls foarte rapid, tensiune crescută, transpirații abundente. Urgență medicală. |

*Intervalele din tabel sunt orientative (după Open RN, 2025).*

Sevrajul se monitorizează cu **scala CIWA-Ar**, conform protocolului secției. Scala evaluează zece elemente: greața și vărsăturile, tremorul, transpirațiile, anxietatea, agitația, tulburările tactile, auditive și vizuale, durerea de cap și orientarea. Scorul ghidează tratamentul indicat de medic.

### Intoxicația și supradoza cu alte substanțe

| Substanța | Ce vede asistentul | Pericolul principal |
|---|---|---|
| **Alcool** | Vorbire neclară, mers nesigur, mișcări necoordonate, greață. În supradoză: confuzie sau stupor, vărsături, respirație lentă (sub 8 pe minut) sau neregulată, piele rece, palidă sau albăstruie, temperatură scăzută, convulsii. | Aspirația vomei, oprirea respirației, hipoglicemia, un traumatism cranian ascuns. |
| **Opioide (heroină, metadonă, fentanil, unele analgezice)** | Pupile foarte mici („punctiforme"), somnolență până la comă, respirație lentă și superficială, sforăit sau gâlgâit, buze și unghii albăstrui. | Oprirea respirației. Antidot: naloxona. |
| **Sedative (benzodiazepine, somnifere)** | Asemănător alcoolului: vorbire neclară, mers nesigur, somnolență până la comă. | Deprimarea respirației, mai ales în asociere cu alcool sau opioide. |
| **Stimulante (cocaină, amfetamine, catinone sintetice)** | Agitație, neliniște, suspiciune, pupile dilatate, puls rapid, tensiune crescută, transpirații, febră; uneori durere toracică, convulsii, violență bruscă. | Temperatură foarte mare, tulburări de ritm cardiac, infarct, convulsii, agresivitate. |
| **Canabis** | Ochi roșii, gură uscată, poftă de mâncare, puls rapid; uneori anxietate, panică, suspiciune sau psihoză. | Psihoză; produse contaminate cu substanțe mai puternice. |
| **Substanțe psihoactive noi („etnobotanice": canabinoizi sintetici, catinone sintetice)** | Compoziție necunoscută; efecte puternice și imprevizibile: agitație extremă, psihoză, convulsii, tulburări de ritm, comă. | Intoxicații grave, greu de anticipat; se tratează ca urgență. |

*Sursa: adaptat după Open RN (2025), secțiunea 14.2, și EUDA (2025).*

> **ATENȚIE · De reținut despre substanțele noi**
>
> Pe piața europeană apar în fiecare an substanțe psihoactive noi, create tocmai pentru a ocoli legislația. Unele produse vândute drept canabis pot conține, fără ca utilizatorul să știe, canabinoizi sintetici mult mai puternici. Ce declară pacientul că a consumat poate să nu corespundă cu ce a consumat de fapt: asistentul urmărește semnele, nu doar declarația (EUDA, 2025).

## C. Evaluarea de nursing

- **Istoricul consumului:** ce substanțe, **când a fost ultima consumare** (ora!), ce cantitate, de cât timp, pe ce cale (oral, injectabil, inhalat, prizat); sevraje anterioare, mai ales cu convulsii sau delirium tremens.
- **Semnele vitale,** măsurate frecvent: creșterea pulsului, a tensiunii și a temperaturii poate anunța agravarea sevrajului; scala CIWA-Ar, conform protocolului.

- **Starea de conștiență și orientarea;** halucinațiile; agitația.
- **Respirația** (frecvență, ritm, saturație), mai ales la pacientul intoxicat sau sedat.
- **Hidratarea și nutriția:** aport de lichide, vărsături, diaree, greutate; rezultatele analizelor (glicemie, electroliți) cerute de medic.
- **Semne fizice:** traumatisme (mai ales la cap), urme de injectare, infecții, icter.
- **Riscul de sinucidere:** consumul de substanțe crește riscul; depresia și anxietatea însoțesc frecvent dependența.
- **Riscul de cădere:** tremor, amețeală, diaree, drumuri la baie neînsoțite.
- **Motivația pentru schimbare** și sprijinul familiei.

## D. Nevoile de îngrijire / problemele de nursing

| Problema de nursing | Cum se manifestă | Ce urmărim |
|---|---|---|
| **Sindrom de sevraj acut** | Tremor, transpirații, neliniște, insomnie, greață, confuzie, puls și tensiune crescute. | Pacientul trece prin sevraj stabil, fără complicații. |
| **Risc de rănire** | Convulsii, căderi, confuzie, agitație. | Pacientul rămâne fără leziuni. |
| **Risc de deprimare respiratorie și de aspirație** | Intoxicație severă, sedare, vărsături la pacient somnolent. | Respirație și căi aeriene libere. |
| **Alimentație și hidratare insuficiente; dezechilibre de electroliți** | Malnutriție, vărsături, diaree, aport scăzut. | Hidratare adecvată; electroliți în limite normale. |
| **Tulburarea somnului** | Insomnie, coșmaruri, transpirații nocturne. | Somn mai bun. |
| **Adaptare ineficientă / negarea problemei** | Minimalizează consumul, dă vina pe alții. | Pacientul discută despre consecințele consumului. |
| **Risc de sinucidere** | Disperare, depresie, consum în exces. | Pacientul rămâne în siguranță. |
| **Risc de recădere** | Dorința intensă de substanță, lipsa unui plan după externare. | Pacientul participă la planul de tratament de după dezintoxicare. |

## E. Intervențiile asistentului medical

### Pacientul intoxicat cu alcool

- Nu este lăsat singur; este așezat pe o parte sau în poziție semișezândă, pentru a nu aspira voma.
- Se urmăresc respirația, pulsul, tensiunea, temperatura, saturația și glicemia (conform procedurii).

- Se caută traumatismele, mai ales la cap. Dacă starea nu se ameliorează pe măsură ce trece efectul alcoolului, se anunță medicul: poate exista un traumatism cranian sau o altă cauză.
- Se întreabă (sau se caută semne) dacă pacientul a mai luat și alte substanțe.

### Pacientul în sevraj alcoolic

- **Mediu** liniștit, bine luminat (umbrele pot alimenta halucinațiile), cu repere de orientare.
- **Monitorizare:** semne vitale frecvente și scala CIWA-Ar, conform protocolului; orientare, halucinații, agitație.
- **Tratamentul indicat:** benzodiazepine (pentru prevenirea convulsiilor și a deliriumului tremens), cu urmărirea sedării și a respirației; **tiamină** (vitamina B1), de regulă înainte de glucoză sau odată cu ea, conform indicației; lichide, electroliți și vitamine la indicație.
- **Prevenirea rănirii în caz de convulsii:** patul la nivelul cel mai jos, marginile patului protejate cu material moale, aspiratorul și oxigenul pregătite lângă pat (Open RN, 2025).
- **Prevenirea căderilor:** însoțire la baie, mai ales când are diaree sau amețeli.
- **Pacientul confuz** nu este lăsat nesupravegheat. Contenționarea se aplică numai la decizia medicului, ca măsură de excepție, conform normelor.
- **Hidratare și alimentație** reluate treptat; odihnă.

### Supradoza de opioide: intervenția asistentului

1. **Recunoașterea:** pacientul nu răspunde când este strigat și stimulat, are pupile foarte mici și respiră rar sau deloc. Asistentul cheamă imediat echipa de urgență.
2. **Respirația înainte de toate:** eliberarea căilor aeriene, ventilație și oxigen; dacă nu există puls, se începe resuscitarea.
3. **Antidotul:** naloxona se administrează conform protocolului secției sau indicației medicului, când respirația ori starea de conștiență sunt grav deprimate.
4. **Dacă nu răspunde:** protocolul prevede repetarea dozei de naloxonă după câteva minute (de obicei 2-3), cu continuarea ventilației.
5. **Supravegherea și trezirea:** pacientul rămâne monitorizat cel puțin patru ore după ultima doză, pentru că efectul naloxonei se termină mai repede decât al multor opioide. Trezirea poate declanșa brusc sevrajul: pacientul poate fi speriat, confuz sau agitat, iar asistentul îi explică pe scurt ce s-a întâmplat și rămâne lângă el.

*Pașii sunt adaptați după Open RN (2025), secțiunea 14.2.*

### Pacientul intoxicat cu stimulante sau cu substanțe noi

- Agitația poate deveni brusc extremă și violentă: personal suficient, mediu liniștit, anunțarea imediată a medicului.

- Se urmăresc temperatura, pulsul, tensiunea, durerea toracică, convulsiile.
- Imobilizarea fizică se evită pe cât posibil: lupta împotriva legăturilor poate produce creşterea periculoasă a temperaturii şi colaps cardiac. Sedarea se face numai la indicaţia medicului.

### Alte situaţii

- **Canabis, halucinogene:** mediu liniştit, liniştirea pacientului; dacă apar simptome psihotice, se aplică principiile din Lucrarea practică 2.
- **Sevrajul de opioide** este foarte neplăcut (nelinişte, dureri, diaree, vărsături, transpiraţii, dorinţă intensă de drog): mediu liniştit, sprijin, hidratare, tratament simptomatic sau de substituţie la indicaţie.
- **Sevrajul de benzodiazepine** poate fi periculos (convulsii, halucinaţii): benzodiazepinele nu se opresc brusc, ci se reduc treptat, după schema medicului.

### După stabilizare

- Relaţie fără judecată; discuţii despre consecinţele consumului şi despre ce îşi doreşte pacientul.
- Educaţie: recunoaşterea declanşatorilor şi a dorinţei intense, strategii de a le face faţă, riscul de supradoză după abstinenţă, unde cere ajutor.
- Planul de după externare se face împreună cu pacientul şi cu echipa: psihoterapie, programe de tratament, grupuri de sprijin.
- Familia: sprijin fără a încuraja consumul, limite clare, grija pentru propria sănătate.

## F. Comunicarea cu pacientul

- vorbiţi despre comportament, nu despre persoană: „consumul de alcool vă afectează ficatul”, nu „sunteţi alcoolic”;
- când pacientul neagă problema, nu insistaţi să o recunoască; întrebaţi-l ce s-a schimbat în viaţa lui de când bea mai mult sau ce i-ar plăcea să fie altfel peste un an;
- nu transformaţi discuţia într-o negociere de tipul „ori vă lăsaţi, ori...”; ameninţările închid dialogul;
- căutaţi ce a reuşit deja pacientul: o perioadă fără alcool, un serviciu păstrat, faptul că a acceptat internarea;
- regulile secţiei se spun clar şi politicos, fără ironie;
- dacă pacientul a reluat consumul, trataţi episodul ca pe o informaţie utilă pentru plan, nu ca pe o vină: ce l-a declanşat şi ce se poate face diferit.

**Interviul motivaţional, pe scurt:** întrebări deschise, ascultare atentă, reformularea a ce spune pacientul, recunoaşterea ambivalenţei („Pe de o parte vă ajută să vă relaxaţi, pe

de altă parte v-a costat serviciul.”). Decizia de schimbare îi aparține pacientului; asistentul îl ajută să și-o formuleze.

| Situația | Așa NU | Așa DA |
|---|---|---|
| „Nu sunt alcoolic, beau ca toată lumea.” | „Ba sunteți, uitați-vă la analize!” | „Ce le îngrijorează pe soția și pe copiii dumneavoastră în legătură cu băutura?” |
| „Am băut iar după tratament. Nu sunt bun de nimic.” | „V-ați stricat tot tratamentul.” | „Faptul că ați reluat băutura nu șterge ce ați reușit până acum. Ce s-a petrecut în zilele dinainte?” |
| În sevraj: „Dați-mi doar un pahar, să-mi treacă tremuratul.” | „Nici să nu vă gândiți!” sau cedare. | „Văd că vă este foarte rău. Alcoolul nu este permis aici, dar anunț medicul pentru tratamentul care calmează simptomele.” |
| După naloxonă: „Mi-e bine, plec acasă.” | „Plecați, dacă nu vă pasă de viața dumneavoastră.” | „Înțeleg că vreți să plecați. Medicamentul care v-a trezit acționează mai puțin decât drogul, iar pericolul poate reveni în orele următoare. Vă rog să rămâneți sub observație; anunț medicul.” |
| „Voi nu știți ce înseamnă să nu poți dormi fără băutură.” | „E vina dumneavoastră că ați ajuns așa.” | „Aveți dreptate, nu știu cum este pentru dumneavoastră. Spuneți-mi cum arată o noapte fără băutură.” |

## G. Situații de alarmă: când anunțăm medicul

**ANUNȚAȚI MEDICUL IMEDIAT**

- respirație lentă (sub 8 pe minut) sau pauze în respirație, buze albăstrui, pacient care nu se trezește;
- pupile punctiforme cu somnolență profundă (posibilă supradoză de opioide);
- vărsături la un pacient somnolent (risc de aspirație);
- convulsii;
- confuzie care fluctuează, halucinații, agitație, febră, puls foarte rapid, transpirații abundente (posibil delirium tremens);
- confuzie, mers nesigur și mișcări anormale ale ochilor (posibilă encefalopatie Wernicke);
- agitație extremă, temperatură foarte mare, durere toracică după stimulante sau substanțe noi;
- glicemie scăzută; semne de traumatism cranian; o stare care nu se ameliorează pe măsură ce trece efectul alcoolului;

- sedare excesivă după benzodiazepine;
- gânduri de sinucidere;
- pacientul vrea să plece imediat după administrarea naloxonei;
- suspiciune de consum pe secție sau de substanțe aduse din afară.

## H. Tratamentul: ce trebuie să știe asistentul

- **Sevrajul alcoolic:** benzodiazepine (de exemplu diazepam, lorazepam, clordiazepoxid) pentru prevenirea convulsiilor și a deliriumului tremens; asistentul urmărește sedarea și respirația. Tiamina, magneziul, potasiul, lichidele și vitaminele se dau la indicație; uneori se folosesc anticonvulsivante.
- **Supradoza de opioide:** naloxona este antidotul; acționează rapid, dar efectul ei este scurt, de aceea pacientul rămâne sub observație.
- **Dependența de opioide:** metadona sau buprenorfina (tratament de substituție sau de întreținere); clonidina reduce unele simptome de sevraj (atenție la tensiune scăzută și la somnolență). Pacienții tratați cu metadonă sau buprenorfină nu primesc sedative decât cu supraveghere atentă.
- **Supradoza de benzodiazepine:** există un antidot (flumazenil), dar medicul îl folosește cu prudență, pentru că poate declanșa convulsii la consumatorii cronici.
- **Prevenirea recăderii în dependența de alcool:** naltrexona sau acamprosatul reduc dorința de alcool. Disulfiramul produce o reacție neplăcută și potențial periculoasă dacă pacientul consumă alcool, inclusiv din produse care îl conțin; se administrează numai cu acordul informat al pacientului.
- **Tratamentul pe termen lung:** psihoterapie, programe de recuperare, grupuri de sprijin, tratarea depresiei și a anxietății asociate. Dezintoxicarea fără tratament ulterior duce frecvent la recădere și la risc de supradoză.

# I. Activitate practică

## Exercițiul 1. Reformulați răspunsul (10 minute, în perechi)

Pentru fiecare situație, explicați de ce răspunsul asistentului nu este terapeutic și propuneți o formulare mai bună.

| Pacientul spune sau face | Răspunsul asistentului | Formularea dumneavoastră |
|---|---|---|
| „Beau doar ca să mă relaxez, nu e o problemă.” | „Toți bețivii spun asta.” | |
| „A treia oară vin la dezintoxicare. Nu are rost.” | „Așa e, dacă nu vreți să vă lăsați.” | |
| Tânăr după supradoză: „Nu mai am nevoie de nimic.” | „Data viitoare nu mai scăpați.” | |
| „Soția m-a adus aici cu forța.” | „Bine a făcut, altfel muriți.” | |
| Pacient în sevraj, iritat: „Lăsați-mă în pace!” | „Dacă nu cooperați, chem paza.” | |

## Exercițiul 2. Ce bănuiți? (10 minute)

Pentru fiecare situație, spuneți ce bănuiți și ce face asistentul.

a) Un tânăr este adus inconștient: pupile foarte mici, 6 respirații pe minut, buze albăstrui.

b) Un pacient internat de trei zile, care „bea doar la ocazii”, devine noaptea confuz, vede „șoareci pe pereți”, transpiră abundent; puls 128/min, temperatură 38,4 °C.

c) Un pacient cu consum îndelungat de alcool este confuz, merge nesigur și are mișcări involuntare ale ochilor.

d) Un tânăr după consum de „etnobotanice”: agitație extremă, transpirat, temperatură 39,5 °C, puls 140/min, se luptă cu personalul.

e) Un bărbat găsit în stradă, „mirosind a alcool”, somnolent; nu se trezește nici după câteva ore, iar pe scalp are un hematom.

## Exercițiul 3. Joc de rol: interviul motivațional (dacă timpul permite)

În perechi, timp de 5 minute, „asistentul” discută cu un „pacient” ambivalent față de consumul de alcool. Asistentul folosește cel puțin trei întrebări deschise, o reformulare și o recunoaștere a ambivalenței, fără sfaturi și fără judecăți. La final, „pacientul” spune ce l-a ajutat să vorbească deschis.

## J. Studiu de caz

**Domnul V.C., 48 de ani**

Domnul V.C., șofer, este internat pentru anxietate și insomnie. La internare spune că „bea doar la ocazii”. Ultima consumare a fost cu o seară înainte de internare.

În a doua zi, seara (la aproximativ 36 de ore de la ultima consumare), este neliniștit, tremură, transpiră și nu poate dormi. Are pulsul 112/min și tensiunea 160/95 mmHg. Cere insistent „doar un pahar, să-i treacă”.

În noaptea a treia devine confuz: nu știe unde se află, vede „șoareci pe pereți” și încearcă să-i alunge. Are 38,3 °C, transpirații abundente și puls 130/min. Soția, sunată de echipă, spune că de ani de zile bea zilnic, „peste o sticlă de tărie”, și că acum doi ani a avut „o criză” când s-a oprit brusc din băut.

### Întrebări

1. Ce s-a întâmplat în a doua zi, seara? Ce evaluați și ce faceți?
2. Ce bănuiți în noaptea a treia și de ce este o urgență?
3. Ce măsuri de siguranță aplicați?
4. De ce primește pacientul tiamină și ce complicație previne aceasta?
5. Ce informație importantă lipsea la internare și ce lecție trageți pentru evaluare?
6. După stabilizare, cum începeți discuția despre consumul de alcool?

Completați fișa de observație și evaluare de nursing (Lucrarea practică 1) pentru domnul V.C., în noaptea a treia.

## K. Ce trebuie să reţină studentul

**DE REŢINUT**

1. Consumul de alcool şi de droguri este adesea ascuns; sevrajul poate apărea pe orice secţie.
2. Ora ultimei consumări arată când pot apărea convulsiile (6-48 de ore) şi deliriumul tremens (3-4 zile).
3. Pacientul intoxicat nu este lăsat singur: poziţie laterală, respiraţie, glicemie, căutarea traumatismelor.
4. Sevrajul alcoolic se monitorizează cu semne vitale frecvente şi scala CIWA-Ar; benzodiazepinele previn complicaţiile.
5. Tiamina (vitamina B1) previne encefalopatia Wernicke (confuzie, mers nesigur, mişcări anormale ale ochilor).
6. Supradoza de opioide: pupile punctiforme, respiraţie lentă, comă; naloxona acţionează rapid, dar scurt, iar pacientul rămâne sub observaţie.
7. Alcoolul asociat cu benzodiazepine sau opioide poate opri respiraţia.
8. La intoxicaţia cu stimulante sau substanţe noi, imobilizarea fizică se evită: risc de hipertermie şi colaps.
9. După abstinenţă, toleranţa scade: doza „obişnuită" poate fi mortală.
10. Comunicăm fără etichete şi fără judecată; recăderea nu înseamnă eşec; decizia de schimbare îi aparţine pacientului.

## L. Întrebări de verificare

1. Explicaţi diferenţa dintre intoxicaţie, supradoză şi sevraj.
2. Adevărat sau fals: Un pacient care a băut mult poate fi lăsat să „doarmă ca să-i treacă".
3. La cât timp după ultima consumare apare de obicei deliriumul tremens?
   a) După 1-2 ore.
   b) După 6-12 ore.
   c) După 72-96 de ore.
   d) După două săptămâni.
4. Numiţi patru semne ale deliriumului tremens.
5. Ce semne are encefalopatia Wernicke şi cum se previne?
6. Numiţi trei semne ale supradozei de opioide.
7. De ce pacientul trezit cu naloxonă trebuie să rămână sub observaţie?

8. Adevărat sau fals: La pacientul foarte agitat după consum de stimulante, imobilizarea fizică prelungită este cea mai sigură soluție.
9. De ce crește riscul de supradoză după o perioadă de abstinență?
10. Reformulați fără etichetă: „Alcoolicul de la salonul 5 cere iar să plece.”

# Bibliografie

Bibliografia selectivă a fiecărei lucrări practice.

## Lucrarea practică 1


1. Ernstmeyer K, Christman E, editori. Nursing Mental Health and Community Concepts. Ed. a 2-a. Open Resources for Nursing (Open RN). WisTech Open; 2025. Licență CC BY 4.0. Capitolele 1 (Stigma; Boundaries; Establishing Safety), 2 (Therapeutic Communication), 4 (Application of the Nursing Process) și 5 (Legal and Ethical Considerations). Disponibil la: https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/
2. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Ed. a 3-a. Geneva: WHO; 2023. ISBN 9789240084278. Licență CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponibil la: https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278
3. World Health Organization. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines. Geneva: WHO; 2018. ISBN 9789241550383. Licență CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponibil la: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550383
4. Tolosa-Merlos D, Moreno-Poyato AR, González-Palau F, Pérez-Toribio A, Casanova-Garrigós G, Delgado-Hito P; MiRTCIME.CAT Working Group. Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: a qualitative study. J Clin Nurs. 2023. Licență CC BY 4.0. Disponibil la: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10078778/
5. Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Normele de aplicare aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 488/2016, cu modificările și completările ulterioare.
6. Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare.
7. Codul de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical din România, adoptat prin Hotărârea Adunării Generale Naționale a OAMGMAMR nr. 2/2009, cu modificările și completările ulterioare.


## Lucrarea practică 2


1. Ernstmeyer K, Christman E, editori. Nursing Mental Health and Community Concepts. Ed. a 2-a. Open Resources for Nursing (Open RN). WisTech Open; 2025. Licență CC BY 4.0. Secțiunile 6.6 (Antipsychotics) și 11.4 (Applying the Nursing Process to Schizophrenia). Disponibil la: https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/chapter/6-6-antipsychotics/ și https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/chapter/11-4-applying-the-nursing-process/
2. Joseph SM, Siddiqui W. Delusional Disorder. În: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; actualizat 2023. Licență CC BY-NC-ND 4.0. Disponibil la: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539855/
3. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Ed. a 3-a. Geneva: WHO; 2023. ISBN

9789240084278. Licență CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponibil la: https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278

4. World Health Organization. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines. Geneva: WHO; 2018. ISBN 9789241550383. Licență CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponibil la: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550383
5. Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Normele de aplicare aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 488/2016, cu modificările și completările ulterioare.
6. Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare.

## Lucrarea practică 3

1. Ernstmeyer K, Christman E, editori. Nursing Mental Health and Community Concepts. Ed. a 2-a. Open Resources for Nursing (Open RN). WisTech Open; 2025. Licență CC BY 4.0. Secțiunile 1.6 (Establishing Safety), 6.4 (Mood Stabilizers), 7.4 (Treatments for Depression), 7.5 (Applying the Nursing Process to Depressive Disorders), 8.3 (Treatments for Bipolar Disorders) și 8.4 (Applying the Nursing Process to Bipolar Disorders). Disponibil la: https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/
2. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Ed. a 3-a. Geneva: WHO; 2023. ISBN 9789240084278. Licență CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponibil la: https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278
3. Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Normele de aplicare aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 488/2016, cu modificările și completările ulterioare.
4. Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare.

## Lucrarea practică 4

1. Ernstmeyer K, Christman E, editori. Nursing Mental Health and Community Concepts. Ed. a 2-a. Open Resources for Nursing (Open RN). WisTech Open; 2025. Licență CC BY 4.0. Secțiunile 6.5 (Antianxiety Medications), 9.4 (Treatments for Anxiety) și 9.7 (Applying the Nursing Process to Anxiety Disorders). Disponibil la: https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/chapter/9-7-applying-the-nursing-process/
2. Bush J, Van Der Like J. Mental Health is a Verb. Capitolul 2.4: Somatic Symptom and Related Disorders. LibreTexts Medicine; 2023. Licență CC BY-NC-SA 4.0. Disponibil la: https://med.libretexts.org/Bookshelves/Nursing/Mental_Health_is_a_Verb_(Bush_and_Van_Der_Like)
3. Peeling JL, Muzio MR. Functional Neurologic Disorder. În: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; actualizat 2023. Licență CC BY-NC-ND 4.0. PMID: 31855394.
4. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Ed. a 3-a. Geneva: WHO; 2023. ISBN

9789240084278. Licență CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponibil la: https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278

## Lucrarea practică 5

1. Ernstmeyer K, Christman E, editori. Nursing Mental Health and Community Concepts. Ed. a 2-a. Open Resources for Nursing (Open RN). WisTech Open; 2025. Licență CC BY 4.0. Secțiunile 1.5 (Boundaries), 1.6 (Establishing Safety), 7.4 (Treatments for Depression: terapia dialectic-comportamentală) și 10.4 (Applying the Nursing Process to Personality Disorders). Disponibil la: https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/chapter/10-4-applying-the-nursing-process/
2. World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11), capitolul 6: Personality disorders and related traits. Licență CC BY-ND 3.0 IGO. Disponibil la: https://icd.who.int/browse11
3. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Ed. a 3-a. Geneva: WHO; 2023. ISBN 9789240084278. Licență CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponibil la: https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278
4. Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Normele de aplicare aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 488/2016, cu modificările și completările ulterioare.

## Lucrarea practică 6

1. Ernstmeyer K, Christman E, editori. Nursing Fundamentals. Ed. a 2-a. Open Resources for Nursing (Open RN). WisTech Open; 2024. Licență CC BY 4.0. Capitolul 6 (Cognitive Impairments): 6.3 Alzheimer's Disease și 6.4 Applying the Nursing Process. Disponibil la: https://wtcs.pressbooks.pub/nursingfundamentals/chapter/6-3-alzheimers-disease/
2. Ernstmeyer K, Christman E, editori. Nursing Mental Health and Community Concepts. Ed. a 2-a. Open RN. WisTech Open; 2025. Licență CC BY 4.0. Secțiunile 6.6 (Antipsychotics), 7.5 (depresia și demența) și 9.7 (benzodiazepinele la vârstnici). Disponibil la: https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/
3. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Ed. a 3-a. Geneva: WHO; 2023. ISBN 9789240084278. Licență CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponibil la: https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278
4. Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Normele de aplicare aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 488/2016, cu modificările și completările ulterioare; Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare.

## Lucrarea practică 7

1. Ernstmeyer K, Christman E, editori. Nursing Mental Health and Community Concepts. Ed. a 2-a. Open Resources for Nursing (Open RN). WisTech Open; 2025. Licență CC BY 4.0. Secțiunile 14.2 (Substances: Use, Intoxication, and Overdose), 14.3 (Withdrawal

Management/Detoxification) și 14.9 (Applying the Nursing Process to Substance Use Disorders). Disponibil la: https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/chapter/14-3-withdrawal-management-and-detoxification/

2. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Ed. a 3-a. Geneva: WHO; 2023. ISBN 9789240084278. Licență CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponibil la: https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278
3. European Union Drugs Agency (EUDA). New psychoactive substances - the current situation in Europe (European Drug Report 2025). Lisabona: EUDA; 2025. Reproducerea este permisă cu menționarea sursei. Disponibil la: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025/new-psychoactive-substances_en
4. Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Normele de aplicare aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 488/2016, cu modificările și completările ulterioare; Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare.

*Notă privind sursele.* Toate sursele au licență deschisă (Creative Commons), permit reproducerea cu menționarea sursei sau sunt texte oficiale, care nu sunt protejate de dreptul de autor (Legea nr. 8/1996, art. 9). Textul manualului este redactat original, în limba română. Acolo unde o listă, un protocol sau un tabel urmează îndeaproape o sursă, aceasta este indicată în text. Codurile ICD-10 sunt menționate doar ca reper de clasificare.

**ANEXĂ PENTRU CADRELE DIDACTICE**

# Răspunsuri și repere pentru activitățile practice, studiile de caz și întrebările de verificare

## Lucrarea practică 1: răspunsuri și repere

### Exercițiul 1 (formulări posibile)

1. „Văd că vă este foarte greu să fiți aici. Ce vă îngrijorează cel mai mult acasă?” Motivul se transmite medicului.
2. „Înțeleg că vă simțiți urmărit și că este înspăimântător. Aici, pe secție, cum vă simțiți?” Fără confirmare și fără contrazicere.
3. „Ce vă face să nu mai vreți să le luați? Vă deranjează ceva de când le luați?” Se explorează motivul (de exemplu, efecte adverse) și se transmite medicului.
4. Asistentul se așază lângă pacientă, păstrează câteva momente de tăcere, apoi: „Văd că sunteți foarte tristă. Sunt aici dacă vreți să vorbim.”
5. „Nu pot să vă dau date personale, dar sunt aici ca să vă ajut. Ce v-ar fi de folos astăzi?”

### Exercițiul 3

Observații: b, d, f (în cazul f se notează cuvintele pacientului). Interpretări: a, c, e.

### Studiul de caz (repere)

1. **Observații obiective:** poartă aceleași haine ca ieri, este nebărbierit; nu a mâncat micul dejun; răspunde scurt, cu voce scăzută, privește în jos; spune „Nu mai are rost nimic. Sunt doar o povară pentru familie.”; s-a trezit la ora 3 și s-a plimbat pe hol până dimineața.
2. **Nevoi afectate:** a evita pericolele, a bea și a mânca, a dormi, a fi curat și îngrijit, a comunica. **Prioritatea:** siguranța (riscul de sinucidere).
3. **Riscuri:** risc de sinucidere (lipsa de speranță, sentimentul că este o povară, insomnia, medicamentele aduse de acasă, prima internare); risc de deshidratare și alimentație insuficientă.
4. **Secretul:** „Nu vă pot promite asta...” (formularea din secțiunea 5), apoi îl ascultă. Dacă pacientul exprimă intenția de a-și face rău, asistentul anunță imediat medicul.
5. **Comprimatele:** se iau din noptieră, cu o explicație calmă, conform procedurii secției, și se consemnează. Medicul se anunță imediat: medicamentele găsite împreună cu afirmațiile de lipsă de speranță reprezintă un semnal de alarmă. Asistentul întreabă direct despre gândurile de sinucidere, nu lasă pacientul nesupravegheat până la evaluarea medicului și documentează.
6. **Soția:** „Înțeleg că sunteți îngrijorată. Informațiile medicale le poate oferi medicul, cu acordul soțului dumneavoastră. Vă pot nota numărul ca să vă contacteze. Dacă ați observat ceva acasă, vă ascult și îi transmit medicului.”

### Întrebările de verificare

1. Fals. Întrebarea directă și calmă nu crește riscul și permite identificarea lui.
2. b.
3. c.

4. Fals. Delirul înseamnă idei delirante (convingeri false); deliriumul este o stare confuzională acută, de cauză medicală, o urgență.

5. Deschisă: „Cum v-ați simțit azi-noapte?”. Închisă: „Ați dormit azi-noapte?”.

6. c.

7. De exemplu: voce ridicată, amenințări, pumni strânși, privire fixă, plimbat agitat, apropiere excesivă de ceilalți, intoxicație.

8. Fals. Informațiile se oferă doar cu acordul pacientului sau în situațiile prevăzute de lege, nu la telefon unei persoane neidentificate. Solicitarea se direcționează către medic.

9. Ora; ce s-a observat (fapte, cuvintele pacientului între ghilimele); ce a făcut asistentul; cine a fost anunțat și când; efectul intervenției; semnătura.

10. Poate fi delirium, adică o stare confuzională acută cu o cauză medicală (infecție, deshidratare, sevraj, efect advers al unui medicament), care necesită evaluare și tratament urgent.

# Lucrarea practică 2: răspunsuri și repere

## Exercițiul 1 (formulări posibile)

1. „Eu nu aud vocile, dar văd cât de mult vă necăjesc. Vreți să ne plimbăm puțin pe hol?”

2. „Văd că vă este frică. Suntem aici ca să vă ajutăm să fiți în siguranță. Vreți să stați într-un loc mai liniștit?” Asistentul evaluează riscul și informează medicul.

3. „Înțeleg că nu aveți încredere. Deschid ambalajul aici, în fața dumneavoastră; este medicamentul prescris de medicul dumneavoastră.” Dacă refuzul continuă, anunță medicul. Fără amenințări.

4. „Pare că acest gând este foarte important pentru dumneavoastră. Cum ați dormit azi-noapte?” Fără confirmare și fără ironie.

5. „Văd că vă este greu să vă ridicați. Hai să facem un singur lucru acum: vă ajut să vă spălați pe față.”

## Exercițiul 2

a) Distonie acută: anunță imediat medicul, liniștește pacientul, urmărește respirația și înghițirea.

b) Akatisie: raportează medicului; nu se interpretează automat ca agravare a psihozei.

c) Posibilă agranulocitoză: anunță imediat medicul; nu așteaptă următoarea analiză programată.

d) Posibil sindrom neuroleptic malign: urgență; anunță imediat medicul, nu administrează următoarea doză de antipsihotic, monitorizează semnele vitale.

## Studiul de caz (repere)

1. **Simptome pozitive:** halucinații auditive (vorbește singur, se oprește să asculte); idei delirante de otrăvire, de persecuție și de „citire a gândurilor”; personalul inclus în delir („Sunteți cu ei.”). **Simptome negative:** izolare, abandonarea studiilor, neglijarea igienei. Altele: inversarea ritmului somn-veghe, consum de canabis.
2. **Prioritatea:** siguranța. Mesajul „cineva trebuie să plătească” poate privi pe altcineva sau pe pacientul însuși. Asistentul întreabă direct („Ce auziți? Vă cere cineva să faceți ceva? Credeți că trebuie să ascultați?”), crește supravegherea, verifică obiectele periculoase, îl separă de colegul de salon dacă este nevoie, anunță imediat medicul și documentează.
3. **Mâncarea și tratamentul:** recunoaște frica, oferă alimente sigilate sau alegerea porției, notează aportul; nu forțează, nu ironizează. Nu amenință și nu ascunde medicamentul în mâncare; deschide ambalajul în fața pacientului; dacă refuzul continuă, anunță medicul.

4. **După injecție:** distonie acută. Anunță imediat medicul, rămâne lângă pacient și îl liniștește („Este o reacție la medicament și trece cu tratament; medicul vine acum.”), urmărește respirația și înghițirea, documentează.
5. **Nevoi afectate:** a evita pericolele, a bea și a mânca, a dormi, a fi curat, a comunica, a învăța despre boală și tratament. **Intervenții:** contacte scurte și frecvente, mediu calm, igienă pas cu pas, alimente pe care le acceptă, program de somn, activități fără competiție, monitorizarea efectelor adverse.
6. **Semne de recădere:** doarme puțin, se izolează, se concentrează greu, devine suspicios, vocile revin. Tratamentul nu se oprește, canabisul trebuie evitat, iar familia știe unde cere ajutor.

## Întrebările de verificare

1. c.
2. Fals. Contrazicerea întărește delirul și distruge încrederea; asistentul răspunde la emoție și readuce discuția la realitatea prezentă.
3. „Păreți să auziți ceva. Ce auziți?”, urmată de întrebarea dacă vocile îi cer să facă ceva și dacă crede că trebuie să asculte.
4. c.
5. Fals. De obicei pacientul este îngrijit și funcționează aparent normal în afara temei delirante.
6. Distonie acută; se anunță imediat medicul.
7. Febră, rigiditate musculară, confuzie, transpirații, puls și tensiune instabile.
8. Pentru că poate fi agranulocitoză (scăderea severă a globulelor albe), cu risc de infecții grave.
9. Fals. Medicamentele nu se ascund în alimente; refuzul tratamentului se comunică medicului, care decide conduita.
10. Insomnie, retragere socială, scăderea concentrării, revenirea vocilor sau a suspiciunii.

# Lucrarea practică 3: răspunsuri și repere

## Exercițiul 1 (formulări posibile)

1. „Văd că suferiți foarte mult. Când spuneți că nu meritați să trăiți, vă gândiți să vă faceți rău?” Răspunsul se comunică imediat medicului.
2. „Văd că vă e foarte greu să vă ridicați. Hai să facem doar un pas: vă ajut să vă spălați pe față.” Fără pedepse și amenințări.
3. „Depresia face deciziile foarte grele. Hai să alegem împreună un singur lucru: bluza albastră sau cea gri?”
4. „Văd că aveți foarte multă energie. Acum este ora mesei; hai să mergem împreună în sala de mese.” Fără ironie și fără confirmare.
5. „Vă ascult. Vă rog să-mi spuneți un singur lucru acum: cum ați dormit azi-noapte?” Ton calm, limită clară.

## Exercițiul 2

a) Risc crescut de sinucidere (calm brusc, împarte lucrurile, „totul e rezolvat”): întreabă direct, nu lasă pacientul singur, îndepărtează mijloacele, anunță imediat medicul.

b) Posibil sindrom serotoninergic: urgență; anunță imediat medicul, nu administrează următoarea doză, monitorizează semnele vitale.

c) Posibilă toxicitate a litiului (deshidratare prin vărsături și diaree): nu administrează doza, anunță imediat medicul, urmărește hidratarea și semnele vitale.

d) Posibil viraj maniacal: anunță medicul; urmărește somnul și comportamentul.

e) Posibilă reacție cutanată gravă la lamotrigină: anunță imediat medicul.

## Studiul de caz (repere)

1. **Simptome de manie:** nevoie redusă de somn, cheltuieli mari, decizii impulsive (demisia), idei de grandoare, vorbire abundentă, fugă de idei, hiperactivitate, intruziune, îmbrăcăminte stridentă, iritabilitate, scădere în greutate, lipsa conștiinței bolii (a oprit tratamentul).
2. **Priorități:** siguranța (iritabilitate, agresivitate, comportamente riscante, protejarea banilor și a celorlalți pacienți), hidratarea și alimentația, somnul, reluarea supravegheată a tratamentului.
3. **Limitele:** ton calm, ferm, propoziții scurte („Doamna M., acest salon este al altei paciente. Hai să ne întoarcem în salonul dumneavoastră.”); aceleași reguli pentru toată echipa. După aruncarea cănii: reducerea stimulilor, dezescaladare, anunțarea medicului, documentare.
4. **Alimentație, hidratare, somn:** sandvișuri, fructe, lichide oferite frecvent; fără cafea; bilanț lichidian și cântărire; liniște seara, fără ecrane, program regulat.
5. **Ziua a șasea:** posibilă toxicitate a litiului, favorizată de deshidratare (caniculă, aport scăzut de lichide, diaree). Asistentul nu administrează doza, anunță imediat medicul, monitorizează semnele vitale și hidratarea și pregătește recoltarea litemiei la indicație.
6. **La externare:** litiul zilnic, cu mâncare; lichide suficiente, fără schimbări bruște de sare și fără antiinflamatoare fără acordul medicului; analize regulate; medicul se anunță la vărsături, diaree, febră, tremor accentuat. Semne de recădere: scade nevoia de somn, crește energia, apar cheltuieli și iritabilitate.

## Întrebările de verificare

1. Tulburarea depresivă recurentă are doar episoade depresive; tulburarea bipolară are și episoade maniacale sau hipomaniacale (de obicei alternând cu depresie).
2. Fals. Un calm brusc după o depresie severă poate însemna că pacientul a luat decizia de sinucidere; se anunță medicul.
3. b.

4. Greață, vărsături, diaree, somnolență, slăbiciune musculară, tremor grosier, mers nesigur, confuzie.
5. b.
6. Fals. Antiinflamatoarele nesteroidiene cresc nivelul litiului în sânge.
7. Agitație, confuzie, tremor, transpirații, febră, puls rapid, diaree.
8. Pentru că antidepresivul singur poate declanșa un episod maniacal.
9. De exemplu: „Depresia vă face să vedeți totul așa. Ce vă face să credeți că sunteți o povară?”, urmat de întrebarea directă despre gândurile de sinucidere.
10. Înainte: explicarea procedurii, consimțământul scris, repausul alimentar, semnele vitale. După: semne vitale, respirație, stare de conștiență, prevenirea căderilor, reorientare.

# Lucrarea practică 4: răspunsuri și repere

## Exercițiul 1 (formulări posibile)

1. „Sunt lângă dumneavoastră. Vă măsor acum pulsul și saturația. Respirați rar, împreună cu mine.” Semnele vitale și anunțarea medicului, dacă este cazul.
2. „Am vorbit despre asta azi-dimineață, iar medicul v-a explicat rezultatele. Văd că îngrijorarea revine. Hai să facem împreună exercițiul de respirație.”
3. „Văd că vă este greu să vă opriți. Peste cinci minute începe activitatea; vă aștept aici.” Asistentul nu verifică în locul pacientului.
4. „Vă cred că vă doare. Spuneți-mi cum este durerea astăzi și ce v-ar ajuta să faceți ceva ce vă place.”
5. „Știu că acum nu puteți merge. Kinetoterapeutul vine azi; hai să încercăm împreună să vă ridicați la marginea patului.”

## Exercițiul 3

a) Tulburare de anxietate generalizată. b) Atac de panică / tulburare de panică (cu evitare). c) Tulburare obsesiv-compulsivă. d) Tulburare de somatizare. e) Tulburare disociativă (de conversie).

## Cazul 1 (repere)

1. **Simptome:** respirație rapidă, apăsare în piept, transpirații, tremur, teama că moare; episoade repetate, evitare (nu mai iese singură).
2. **Verificări:** puls, tensiune, frecvență respiratorie, saturație, glicemie; anunțarea medicului (durerea toracică nu se pune automat pe seama anxietății, chiar dacă investigațiile anterioare au fost normale).
3. **Pași:** rămâne lângă pacientă, o duce într-un loc liniștit, vorbește rar, ghidează respirația, îl ajută să se ancoreze în prezent (tălpile pe podea, ce vede în jur); după atac: apă, odihnă, discuție; medicație doar dacă este prescrisă „la nevoie”; documentare.
4. **Alprazolam și alcool:** sedare profundă, deprimare respiratorie; în plus, medicament luat fără prescripție și risc de dependență; informarea medicului.
5. **Educație:** recunoașterea semnelor atacului de panică, tehnica de respirație, reducerea cafelei, fără alcool și fără sedative fără rețetă, continuarea tratamentului și a psihoterapiei, revenirea treptată în situațiile evitate.

## Cazul 2 (repere)

1. Nu: simptomele de conversie nu sunt controlate voluntar; au apărut după un eveniment stresant, iar examenul normal nu înseamnă simulare.
2. Calm, fără detalii despre diagnostic: „Simptomele ei sunt reale și sunt îngrijite de echipa medicală.”
3. Escare, rigiditate articulară, cheaguri, pierderea forței musculare. Schimbarea poziției, îngrijirea pielii, hidratare, mobilizare treptată cu sprijin, conform indicațiilor (kinetoterapie), încurajarea autoîngrijirii.

## Întrebările de verificare

1. Ușoară, moderată, severă, panică.
2. Fals. Orice durere toracică se raportează; medicul exclude o cauză somatică.
3. c.
4. Pentru că anxietatea crește puternic; ritualurile se reduc treptat, împreună cu pacientul, conform planului terapeutic.
5. Fals. Simptomele nu sunt simulate și nu sunt controlate voluntar.
6. Ascultă, notează descrierea exactă și anunță medicul.

7. Sedare şi scăderea atenţiei, căderi (mai ales la vârstnici), dependenţă, confuzie sau agitaţie paradoxală la vârstnici, deprimare respiratorie în asociere cu alcool sau opioide.
8. Sedare profundă, oprirea respiraţiei, comă, deces.
9. Protejarea capului, îndepărtarea obiectelor periculoase, fără imobilizare forţată şi fără obiecte în gură, poziţie laterală după criză, notarea duratei şi a celor observate, anunţarea medicului.
10. Linişteşte doar pentru scurt timp şi menţine îngrijorarea; pacientul are nevoie să înveţe să-şi gestioneze singur anxietatea.

# Lucrarea practică 5: răspunsuri și repere

## Exercițiul 1 (formulări posibile)

1. „Îmi pare rău că v-ați simțit jignită. Vă propun să vorbim despre asta și cu ea, sau să transmit eu echipei. Toți colegii lucrăm pentru dumneavoastră."

2. „Iau în serios ce îmi spuneți. Vă gândiți să vă faceți rău acum? Rămân lângă dumneavoastră și anunț medicul." Limita privind ieșirea rămâne valabilă.

3. „Înțeleg că e greu de așteptat. Regula este aceeași pentru toată lumea și nu se schimbă azi. Putem vorbi despre ce vă neliniștește."

4. „Nu pot aduce lucruri de afară pentru pacienți; regula e aceeaşi pentru toți. Cafeaua se servește la ora 10." Fără flatare acceptată, fără secrete.

5. „Văd cât de dureros este pentru dumneavoastră să vă simțiți părăsită. Sunt aici acum. Vă gândiți să vă faceți rău?"

## Exercițiul 3

Este un exemplu de „împărțire" a echipei: pacienta este percepută diferit de membrii echipei, care ajung în conflict. Echipa discută situația la raportul de tură sau într-o întâlnire de echipă, stabilește un plan comun și reguli aplicate la fel de toți și își recunoaște reacțiile emoționale.

## Studiul de caz (repere)

1. **Comportamente:** tentativă de sinucidere după o ceartă (teama de abandon), cicatrici vechi și autovătămare nouă, idealizarea Anei și devalorizarea asistentei de noapte (clivaj), testarea limitelor (telefonul), reacție intensă la separare, sentiment de gol („ca să nu mai simt nimic").
2. **Priorități:** siguranța (risc de sinucidere și autovătămare), consecvența echipei, gestionarea emoțiilor intense, plan de siguranță.
3. **Răspunsuri:** „Mă bucur că vă ajută discuțiile noastre; toată echipa lucrează pentru dumneavoastră și le spun colegelor ce am vorbit." Telefonul: limita spusă calm, cu ora la care este posibil, fără secrete. La plecarea de pe tură: recunoașterea emoției, întrebarea directă despre gânduri de autovătămare, predarea către colega din tura următoare.
4. **Asistenta de noapte:** evaluează și îngrijește calm leziunile, îndepărtează obiectul, anunță medicul, documentează, nu face reproșuri; discuția despre declanșator are loc după ce pacienta s-a liniștit.
5. **Planul de siguranță:** gândurile și situațiile care cresc riscul (certurile, plecările, sentimentul de gol), strategiile de calmare (respirație, plimbare, scris, discuția cu personalul), cui se adresează pe secție și după externare.
6. **Echipa:** cearta asistentelor este un exemplu de „împărțire"; se rezolvă printr-o discuție de echipă, plan comun, aceleași reguli, fără discuții despre colegi cu pacienta.

## Întrebările de verificare

1. Tulburarea de personalitate este un mod constant de funcționare, prezent din tinerețe; episodul depresiv are un debut și o durată limitată.

2. De exemplu: teama de abandon, relații instabile, schimbări rapide de dispoziție, sentiment de gol, impulsivitate, autovătămare, furie intensă.

3. Pacientul vede unii membri ai personalului ca „perfect buni" și pe alții ca „complet răi", iar echipa ajunge în conflict. Se previne prin comunicare la raportul de tură, plan comun, reguli aplicate la fel de toți.

4. c.

5. Fals. Orice gest de autovătămare se ia în serios și se comunică medicului.

6. Puține, clare, explicate, aceleași pentru toți, aplicate consecvent de toată echipa, cu consecințe cunoscute dinainte, spuse calm.

7. Spuneți calm că regula este aceeași pentru toți, explicați ce se poate face și când; nu păstrați secrete; informați echipa.
8. Voce calmă, ascultare activă, „Cum vă pot ajuta?”, reducerea stimulilor, opțiuni, spațiu suficient, fără atingere fără permisiune, fără ceartă.
9. Fals. Medicamentele tratează simptome asociate; tratamentul de bază este psihoterapia.
10. Gândurile și comportamentele care cresc riscul, situațiile declanșatoare, strategiile de calmare, persoanele la care pacientul cere ajutor.

# Lucrarea practică 6: răspunsuri și repere

## Exercițiul 1 (formulări posibile)

1. „Văd că vă preocupă munca. Povestiți-mi ce lucrați. Până atunci, hai să bem un ceai împreună." Validare, apoi redirecționare.
2. „Bună ziua, domnule P. Sunt Ana, asistenta. Sunteți la spital și am grijă de dumneavoastră azi." Calm, fără reproș, de fiecare dată.
3. „Vă e dor de el. Cum era soțul dumneavoastră?" Fără a repeta vestea decesului.
4. Asistentul caută cauza (durere de dinți, proteză, greață, constipație, mâncare nefamiliară), oferă alimente preferate, porții mici, ajutor; notează aportul și anunță medicul dacă refuzul continuă. Fără amenințări.
5. „Vă plimbați puțin? Vin cu dumneavoastră." Plimbare însoțită, apoi întoarcere liniștită în salon; supraveghere.

## Exercițiul 2

a) Demență (debut lent, progresiv). b) Delirium (debut brusc, fluctuant, halucinații vizuale, febră, posibilă infecție urinară) - urgență, anunțarea medicului. c) Depresie (după un eveniment, dispoziție scăzută, mai rău dimineața, plângeri de memorie); se evaluează și riscul de sinucidere.

## Exercițiul 3 (exemple)

Ceas și calendar mari, tablă cu ziua și numele asistentului, lumină de veghe, pat coborât, căi de acces libere, fotografii de acasă, ochelarii la îndemână, fără oglinzi care sperie pacientul, fără produse de curățenie la îndemână, salonul aproape de punctul de supraveghere.

## Studiul de caz (repere)

1. **Comportamente de demență:** întrebări repetate, dezorientare, refuzul îngrijirii, „apusul de soare" (agitație seara), rătăcire, idei legate de trecut („copiii" mici).
2. **Mediu și rutină:** repere de orientare, tablă cu „Fiica vine la ora …", lumină seara, liniște, rutină fixă, același personal, plimbări însoțite ziua, pat coborât, lumină de veghe, încălțăminte, supraveghere noaptea, salon aproape de punctul de supraveghere.
3. **„Trebuie să merg acasă":** validare („Vă gândiți la copiii dumneavoastră. Povestiți-mi despre ei."), apoi o activitate liniștitoare; fără corectare insistentă.
4. **Dușul:** căutarea cauzei (frig, teamă, rușine), pași simpli, explicații, intimitate, apă și cameră calde, alegeri („acum sau după micul dejun?"); dacă se agită, oprire și reluare mai târziu.
5. **Ziua a treia:** schimbare bruscă față de starea obișnuită (somnolență, incoerență, fluctuație), febră, hidratare slabă, urină modificată: posibil delirium declanșat de o infecție urinară și de deshidratare. Semne vitale, anunțarea imediată a medicului, hidratare, supraveghere, fără sedative fără indicație, documentare.
6. **Fiica:** confuzia nou apărută are probabil o cauză medicală tratabilă; prezența ei și obiectele familiare ajută; i se cere să spună echipei cum este mama de obicei.

## Întrebările de verificare

1. Fals. Demența nu face parte din îmbătrânirea normală.
2. Debut (lent vs. brusc), evoluție (progresivă vs. fluctuantă), atenție și conștiență (păstrate inițial vs. afectate), reversibilitate (ireversibilă vs. adesea reversibilă după tratarea cauzei).
3. c.
4. Durere, vezică plină, constipație, foame, sete, infecție, oboseală, frig, efecte ale medicamentelor.
5. Creșterea confuziei și a agitației spre seară și noaptea. Măsuri: lumină naturală dimineața, liniște și lumină seara, fără cafea după-amiaza, cină ușoară, somn de zi limitat, rutină.

6. Concentrarea pe emoția din spatele cuvintelor pacientului, fără corectarea insistentă a realității și fără întărirea unei idei false.
7. Tuse sau sufocare la masă, voce „umedă”, mâncare ținută în gură, febră după mese.
8. Fals. Crește agitația și riscul de rănire; se aplică numai la decizia medicului, ca măsură de excepție.
9. Risc crescut de accident vascular cerebral și de deces.
10. Oboseală, iritabilitate, izolare, anxietate privind viitorul, insomnie, probleme de sănătate, dificultăți de concentrare.

# Lucrarea practică 7: răspunsuri și repere

## Exercițiul 1 (formulări posibile)

1. „Ce vă aduce băutura și ce vă costă?” Explorare, fără etichetă.
2. „Faptul că ați revenit arată că vreți să schimbați ceva. Ce a funcționat data trecută, chiar și pentru scurt timp?”
3. „Mă bucur că sunteți bine acum. Pericolul poate reveni în orele următoare; aș vrea să vorbim și despre ce vă poate ajuta după externare.”
4. „Înțeleg că nu a fost decizia dumneavoastră. Cum vedeți dumneavoastră situația?”
5. „Văd că vă e foarte greu acum. Vă las puțin liniște și revin peste câteva minute să vă măsor tensiunea.” Monitorizarea continuă, fără amenințări.

## Exercițiul 2

a) Supradoză de opioide: chemarea echipei de urgență, căi aeriene, ventilație și oxigen, naloxonă conform protocolului, monitorizare.

b) Delirium tremens (consum ascuns): medic imediat, semne vitale, siguranță, tratament la indicație, tiamină, hidratare, mediu liniștit și luminat, supraveghere continuă.

c) Posibilă encefalopatie Wernicke: medic imediat; tiamina la indicație; prevenirea căderilor.

d) Intoxicație cu substanțe noi (efect stimulant), hipertermie: urgență, medic imediat, personal suficient, fără imobilizare fizică prelungită, sedare la indicație, monitorizarea temperaturii și a ritmului cardiac.

e) Posibil traumatism cranian mascat de intoxicație: medic imediat; starea care nu se ameliorează pe măsură ce trece efectul alcoolului nu se pune pe seama alcoolului.

## Studiul de caz (repere)

1. **Ziua a doua:** sevraj alcoolic (tremor, transpirații, insomnie, puls și tensiune crescute, dorință de alcool), la aproximativ 36 de ore. Evaluare: semne vitale frecvente, CIWA-Ar conform protocolului, orientare; medicul este anunțat; refuzul alcoolului se face calm, cu explicarea tratamentului disponibil.
2. **Noaptea a treia:** delirium tremens (la 3 zile, confuzie, halucinații vizuale, febră, tahicardie, transpirații); urgență, cu mortalitate semnificativă fără tratament.
3. **Siguranță:** supraveghere continuă, mediu liniștit și luminat, pat coborât, protecții laterale căptușite, aspirator și oxigen la pat, prevenirea căderilor, hidratare, tratament la indicație cu monitorizarea respirației; contenționare numai la decizia medicului.
4. **Tiamina** previne encefalopatia Wernicke (și evoluția spre sindromul Korsakoff) la consumatorul cronic, la care lipsa vitaminei B1 este frecventă.
5. **Informația lipsă:** cantitatea reală consumată și sevrajul complicat din trecut. Lecția: consumul se evaluează cu întrebări directe, fără judecată, iar familia poate aduce informații esențiale (cu acordul pacientului).
6. **Discuția:** întrebări deschise, fără etichete („Ce rol are băutura în viața dumneavoastră?”, „Ce vă îngrijorează după ce s-a întâmplat?”); recunoașterea ambivalenței; planul de după externare, făcut împreună cu pacientul.

## Întrebările de verificare

1. Intoxicația: modificări de comportament în timpul sau imediat după consum. Supradoza: cantitate prea mare, cu risc vital. Sevrajul: simptome la oprirea sau reducerea bruscă a consumului la o persoană dependentă.
2. Fals. Poate să nu mai respire sau să aspire voma; nu rămâne nesupravegheat.
3. c.

4. Confuzie care fluctuează, halucinații, agitație, febră, puls foarte rapid, tensiune crescută, transpirații abundente.
5. Confuzie, mers nesigur, mișcări involuntare ale ochilor; se previne cu tiamină la indicație.
6. Pupile punctiforme, respirație lentă și superficială, somnolență până la comă, buze și unghii albăstrui.
7. Efectul naloxonei este mai scurt decât al unor opioide; supradoza poate reveni.
8. Fals. Lupta împotriva imobilizării poate produce hipertermie și colaps cardiac; se evită, iar sedarea se face la indicația medicului.
9. Toleranța scade, iar doza consumată înainte devine prea mare pentru organism.
10. De exemplu: „Pacientul de la salonul 5, cu dependență de alcool, cere din nou să plece."