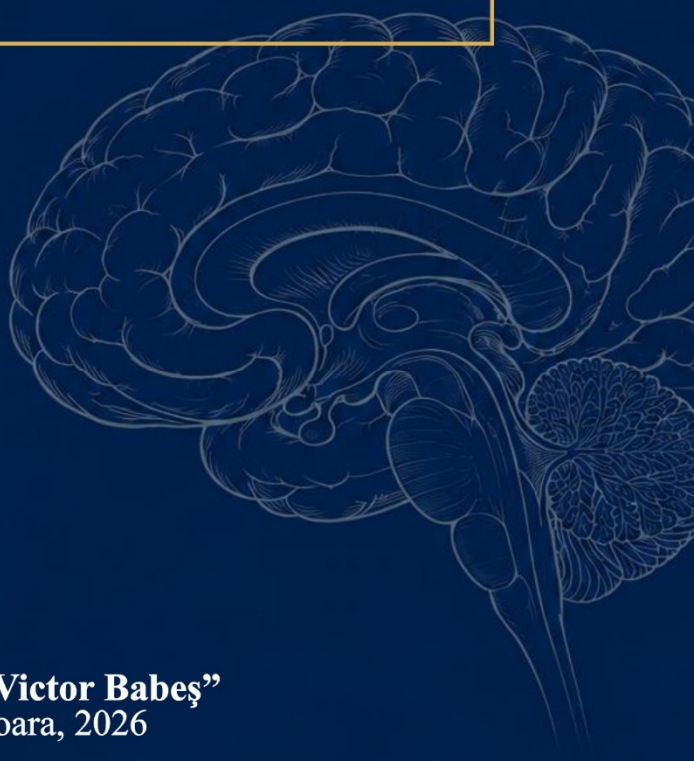
UNIVERSITATEA
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABEȘ” DIN TIMIȘOARA

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

Psihiatrie

- 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 978-606-786-686-5

Cuprins

Particularități ale foii de observație în psihiatrie 4
Schizofrenia și tulburarea delirantă persistentă 20
Tulburarea afectivă bipolară și tulburarea depresivă recurentă 34
Atacul de panică, tulburarea de anxietate generalizată, tulburarea de somatizare și tulburarea conversiv-disociativă 45
Tulburarea de personalitate 56
Patologia de model deteriorativ (sindroamele demențiale) 67
Alcoolismul și consumul de substanțe psihoactive 78
Bibliografie 91
Răspunsuri și repere pentru studiile de caz, exerciții și întrebările de verificare 94

LUCRAREA PRACTICĂ 1

Particularități ale foii de observație în psihiatrie

Foaia de observație reunește tot ce se știe despre pacient pe durata internării. În psihiatrie, ea are câteva rubrici și reguli în plus: heteroanamneza, examenul psihic, tipul internării, consimțământul, evaluarea riscurilor și consemnarea măsurilor restrictive.

A. Ce este foaia de observație?

În România, pentru pacienții internați în regim de spitalizare continuă se întocmește **Foaia de observație clinică generală (FOCG)**, al cărei model este stabilit prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006, cu modificările ulterioare. Pentru fiecare episod de spitalizare se completează o singură FOCG. Pentru pacienții tratați în spitalizare de zi (de exemplu, în staționarul de zi de psihiatrie) se folosește **Fișa de spitalizare de zi (FSZ)**.

Foaia de observație are patru roluri:

- **clinic:** reunește datele despre boală, tratament și evoluție, pentru toți membrii echipei;
- **de comunicare:** echipa din tura următoare află ce s-a întâmplat;
- **medico-legal:** dovedește ce s-a făcut și ce nu s-a făcut;
- **administrativ și statistic:** diagnosticele se codifică după Clasificarea internațională a maladiilor (CIM-10 / ICD-10), iar datele se raportează.

> **DE REȚINUT**
>
> Foaia de observație este un document medical oficial și confidențial. Ceea ce se scrie în ea poate fi citit de alți profesioniști, de pacient (prin intermediul medicului) și, în anumite situații, de instanță. Ce nu este scris nu poate fi dovedit.

B. Structura foii de observație

Rubricile sunt aceleași în toate specialitățile; în psihiatrie, unele dintre ele au un conținut specific.

Rubrica	Ce conține	Cine o completează (orientativ)
Date de identificare	Nume, CNP, adresă, date de asigurare, data și ora internării, secția, numărul foii.	Personalul de la internare, medicul
Internarea	Modul de internare (urgență, trimitere), diagnosticul la internare; în psihiatrie, și tipul internării: voluntară sau nevoluntară.	Medicul
Anamneza	Motivele internării, antecedentele, condițiile de viață și de muncă, consumul de tutun, alcool, droguri, istoricul bolii.	Medicul
Examenul clinic general	Examenul pe aparate și sisteme.	Medicul
Examenul psihic	Descrierea stării psihice (rubrică specifică psihiatriei).	Medicul psihiatru
Investigații și consulturi	Analize, EKG, imagistică, consulturi de alte specialități, evaluări psihologice.	Medicul; recoltările le face asistentul
Diagnosticul	Diagnosticul principal și diagnosticele secundare, codificate CIM-10.	Medicul
Evoluție și tratament	Evoluția zilnică, tratamentul prescris și modificările lui.	Medicul
Foaia de temperatură	Tensiune, puls, temperatură, respirație, diureză, scaune, greutate.	Asistentul medical
Îngrijirile	Planul de îngrijire, tratamentul administrat, observațiile de nursing.	Asistentul medical
Externarea	Epicriza, recomandările, scrisoarea medicală.	Medicul
Documente anexate	Consimțăminte semnate, documentele internării nevoluntare, consemnarea măsurilor restrictive.	Medicul, pacientul sau reprezentantul, echipa

Sursa: structura FOCG conform Ordinului nr. 1.782/576/2006, cu modificările ulterioare. Repartizarea pe profesii este orientativă; organizarea exactă a rubricilor și a anexelor de îngrijire diferă de la un spital la altul, după procedurile interne.

C. Ce are în plus foaia de observație în psihiatrie?

1. Heteroanamneza

Pacientul cu o tulburare psihică poate să nu-și recunoască simptomele, să le minimalizeze sau să nu poată relata ce s-a întâmplat (de exemplu, când este confuz sau agitat). De aceea, pe lângă anamneza obținută de la pacient, medicul notează și **heteroanamneza**: informațiile oferite de familie, aparținători, medicul de familie, echipajul de ambulanță sau poliție. În foaie se precizează **cine** a dat informația și ce relație are cu pacientul.

> **ATENȚIE · Informațiile primite de asistent**
>
> Familia îi spune adesea asistentului lucruri importante: că pacientul a oprit tratamentul, că a mai avut o tentativă de sinucidere, că a consumat alcool sau că a amenințat pe cineva. Asistentul le transmite medicului și le consemnează, cu precizarea sursei („conform declarației fiicei...").

2. Examenul psihic

Examenul psihic este partea specifică a foii de observație de psihiatrie. Îl face medicul psihiatru, dar asistentul trebuie să-i înțeleagă termenii, pentru că observațiile lui zilnice urmăresc aceleași domenii.

Domeniul	Ce se descrie	Exemplu de notare
Prezentarea	Igiena, ținuta, mimica.	„Ținută neîngrijită, nebărbierit, mimică tristă."
Comportamentul și contactul	Atitudinea față de examinator, cooperarea, agitația sau lentoarea.	„Cooperant; contact verbal greu de stabilit; evită privirea."
Conștiența și orientarea	Starea de veghe; orientarea în timp, în spațiu și față de propria persoană.	„Conștient, orientat temporo-spațial și auto-psihic."
Atenția și memoria	Concentrarea; memoria evenimentelor recente și vechi.	„Se concentrează greu; uită evenimentele recente."
Percepția	Iluzii, halucinații.	„Halucinații auditive: aude voci care îl critică."
Gândirea	Ritmul, coerența și conținutul gândirii (idei delirante, idei de sinucidere).	„Gândire lentă; idei de vinovăție; neagă ideile de sinucidere."
Afectivitatea	Dispoziția (tristă, euforică, anxioasă, iritabilă) și potrivirea ei cu situația.	„Dispoziție depresivă, cu anxietate."
Voința și activitatea	Inițiativa, agitația, inhibiția.	„Lipsă de inițiativă; mișcări încetinite."

Domeniul	Ce se descrie	Exemplu de notare
Instinctele	Somnul, apetitul, sexualitatea.	„Insomnie cu trezire devreme; apetit scăzut, a slăbit 5 kg.”
Conștiința bolii	Dacă pacientul își recunoaște simptomele și nevoia de tratament.	„Nu consideră că este bolnav; refuză tratamentul.”

Ordinea domeniilor poate diferi de la un serviciu la altul; domeniile evaluării stării psihice sunt descrise și în Open RN (2025), capitolul 4.

3. Tipul internării și consimțământul

- **Internarea voluntară:** pacientul își dă acordul scris pentru internare; consimțământul semnat se păstrează în foaie. Pacientul poate cere externarea.
- **Internarea nevoluntară:** se face numai în condițiile strict prevăzute de Legea nr. 487/2002 (de exemplu, când există un pericol iminent pentru pacient sau pentru alții). Decizia o ia medicul psihiatru, este verificată de o comisie a spitalului și este transmisă, în termen de 24 de ore, judecătoriei, care o confirmă sau dispune încetarea ei. Toate documentele procedurii se păstrează în foaia de observație.
- **Consimțământul la tratament:** pentru tratament și pentru procedurile speciale (de exemplu, terapia electroconvulsivantă) se cere consimțământul informat, în scris, după ce medicul i-a explicat pacientului ce urmează. Când pacientul nu poate decide, se procedează conform legii, cu implicarea reprezentantului legal sau personal.

> **DE REȚINUT · Internarea nevoluntară nu suspendă drepturile**
>
> Pacientul internat fără acordul său își păstrează drepturile, trebuie informat despre ele și poate contesta măsura în instanță. Personalul îl tratează cu același respect ca pe orice alt pacient.

4. Evaluarea riscurilor

În foaia de observație de psihiatrie se notează și se reevaluează riscurile: **riscul de sinucidere și de autovătămare**, **riscul de agresivitate față de alții**, **riscul de plecare neautorizată**, **autoneglijarea** și **riscul de cădere**. Nivelul de supraveghere stabilit de medic se consemnează în foaie. Observațiile asistentului (afirmații ale pacientului, comportamente noi, obiecte periculoase găsite) sunt adesea cele care schimbă evaluarea.

5. Măsurile restrictive: contenționarea și izolarea

Contenționarea și izolarea sunt măsuri de excepție, decise de medic și aplicate conform Normelor de aplicare a Legii nr. 487/2002 (aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 488/2016) și procedurii spitalului. În documentația pacientului se consemnează:

- motivul măsurii și cine a decis-o;
- ora începerii și ora încetării;
- tipul măsurii (contenționare, izolare);
- monitorizarea pacientului la intervalele stabilite: semnele vitale, respirația, circulația la extremități, hidratarea, eliminarea, starea psihică;
- evenimentele apărute și informarea medicului.

6. Observațiile echipei de îngrijire

În psihiatrie, comportamentul este informație clinică. Medicul se bazează pe observațiile asistentului despre somn, alimentație, igienă, relația cu ceilalți pacienți, acceptarea tratamentului, reacțiile la vizite și orice incident. Ele se scriu în rubricile de îngrijire ale foii, conform procedurii spitalului.

7. Confidențialitatea

Datele din foaia de observație sunt confidențiale, conform Legii nr. 46/2003 privind drepturile pacientului. În psihiatrie, din cauza stigmatului, o informație scăpată poate afecta grav viața pacientului. Foaia nu se lasă la vedere, nu se fotografiază, nu se discută pe hol. Informațiile pentru familie se dau de medic, cu acordul pacientului sau în situațiile prevăzute de lege. În foaia electronică, fiecare utilizator lucrează numai cu parola proprie.

8. Diagnosticul

Diagnosticul psihiatric se codifică de medic după CIM-10 (ICD-10), capitolul F (F00-F99, „Tulburări mentale și de comportament"). Asistentul nu pune și nu discută diagnostice cu pacientul sau cu familia; întrebările acestora se îndreaptă către medic.

9. Anamneza psihiatrică, pe scurt

Anamneza o face medicul, dar asistentul o completează adesea fără să-și dea seama: din discuțiile cu pacientul la internare, din ce spune familia la vizită, din observațiile

de pe secție. De aceea este util ca asistentul să cunoască ce cuprinde și de ce contează fiecare parte.

Partea anamnezei	Ce se notează	De ce contează
Motivele internării	Ce l-a adus la spital, cu propriile cuvinte ale pacientului și, separat, ale celor care l-au adus.	Arată cum își vede pacientul problema (sau dacă nu o vede).
Istoricul bolii actuale	Când au început simptomele, cum au evoluat, ce tratament a primit, dacă l-a luat.	Oprirea tratamentului este o cauză frecventă a recăderilor.
Antecedente psihiatrice	Internări anterioare, diagnostice, tentative de sinucidere, episoade de agresivitate, tratamente care au ajutat sau nu.	Tentativele și violența din trecut cresc riscul actual.
Antecedente somatice	Boli cronice, operații, alergii, medicamente luate pentru alte boli.	Unele boli și medicamente produc simptome psihice.
Antecedente familiale	Boli psihice, sinucideri, consum de alcool sau droguri în familie.	Multe tulburări psihice au o componentă familială.
Consumul de substanțe	Tutun, alcool, droguri, medicamente luate fără rețetă; cât, de când, ultima doză.	Ora ultimei consumări anunță când poate apărea sevrajul.
Istoricul social	Familie, școală, profesie, locuință, venituri, sprijin, probleme cu legea.	Arată resursele pacientului și ce îl așteaptă la externare.

10. Termeni folosiți în examenul psihic

Notele medicului folosesc termeni de specialitate. Tabelul de mai jos îi explică pe cei întâlniți cel mai des, ca asistentul să înțeleagă foaia de observație și să folosească aceleași cuvinte în rapoartele către medic.

Termenul	Ce înseamnă	Exemplu
Obnubilare	Scăderea ușoară a stării de veghe; pacientul răspunde lent, greu de menținut atent.	Răspunde după ce întrebarea este repetată.
Confuzie	Tulburare a conștienței, cu dezorientare și gândire neclară, adesea fluctuantă.	Nu știe unde se află, smulge perfuzia.
Dezorientare temporo-spațială	Nu știe data, anotimpul sau locul în care se află.	„Suntem în 1990, la mine acasă.”
Hipoprosexie	Atenție scăzută; se concentrează greu.	Pierde firul discuției după câteva fraze.
Hipomnezie, amnezie	Memorie scăzută; pierderea memoriei pentru o perioadă.	Nu-și amintește ce a mâncat la prânz.

Termenul	Ce înseamnă	Exemplu
Confabulație	Golurile de memorie sunt umplute cu întâmplări inventate, pe care pacientul le crede.	„Ieri am fost la pescuit” (era internat).
Iluzie	Percepție deformată a unui obiect real.	Vede în haina din cuier un om.
Halucinație	Percepție fără obiect real.	Aude voci când nu vorbește nimeni.
Bradipsihie / tahipsihie	Gândire încetinită / accelerată.	Răspunde după pauze lungi / vorbește fără oprire.
Fuga de idei	Trece repede de la o idee la alta, prin asocieri superficiale.	Începe cu vremea, ajunge la politică și la o melodie.
Incoerență	Vorbire fără legătură logică între idei.	Frazele nu au sens împreună.
Idee delirantă	Convingere falsă, de neclintit, care nu se schimbă prin argumente.	„Vecinii mă otrăvesc prin calorifer.”
Idee obsesivă	Gând nedorit, care revine și pe care pacientul îl consideră absurd.	„Știu că e prostesc, dar mă gândesc că am uitat gazul.”
Hipotimie / hipertimie	Dispoziție scăzută (tristă) / crescută (euforică).	Plâns, lipsă de speranță / veselie exagerată.
Labilitate afectivă	Emoții care se schimbă repede, fără motiv pe măsură.	Plânge, apoi râde în câteva minute.
Anhedonie	Pierderea plăcerii pentru activitățile obișnuite.	„Nu mă mai bucur de nimic.”
Hipobulie / abulie	Voință scăzută / absentă; nu mai inițiază nimic.	Stă toată ziua în pat.
Agitație / inhibiție psihomotorie	Activitate crescută, fără scop / mișcări și vorbire încetinite până la imobilitate.	Se plimbă continuu / stă nemișcat ore întregi.
Insomnie de adormire / de trezire	Adoarme greu / se trezește foarte devreme și nu mai adoarme.	Adoarme la 3 / se trezește la 4.

11. Scalele și evaluările anexate foii

În foaia de observație pot fi anexate scale de evaluare: instrumente standardizate, cu întrebări fixe și scoruri, care măsoară severitatea unor simptome și permit urmărirea evoluției. Le aplică medicul, psihologul sau, după procedura spitalului, asistentul instruit. Cele mai frecvente sunt:

- scale pentru funcțiile cognitive (de exemplu, examinarea MMSE sau testul desenării ceasului), folosite mai ales la vârstnici;

- scale pentru depresie (de exemplu, chestionarul PHQ-9) și pentru anxietate (de exemplu, chestionarul GAD-7);
- scala CIWA-Ar, pentru monitorizarea sevrajului alcoolic;
- evaluări ale riscului de sinucidere și de agresivitate, după protocolul secției;
- evaluarea psihologică, făcută de psihologul clinician.

Asistentul verifică dacă evaluarea are data, numele celui care a aplicat-o și semnătura și dacă a fost atașată foii. Scorurile nu înlocuiesc observația: un scor bun nu anulează o afirmație îngrijorătoare a pacientului.

12. Foaia de temperatură și tratamentul, în psihiatrie

Foaia de temperatură are în psihiatrie câteva rubrici cu importanță deosebită, legate mai ales de efectele adverse ale medicamentelor:

Ce se notează	De ce este important în psihiatrie
Greutatea (și, la indicație, circumferința abdominală)	Multe antipsihotice și unele stabilizatoare ale dispoziției cresc greutatea și riscul de diabet.
Tensiunea arterială și pulsul (uneori culcat și în picioare)	Unele medicamente scad tensiunea la ridicarea din pat, cu risc de cădere.
Temperatura	Febra asociată cu rigiditate și confuzie la un pacient cu antipsihotic poate fi o reacție gravă.
Scaunul	Constipația este frecventă la unele antipsihotice (mai ales clozapina) și poate deveni gravă.
Diureza și aportul de lichide	La pacientul tratat cu litiu, deshidratarea crește riscul de intoxicație.
Glicemia și alte analize, la indicație	Urmărirea efectelor metabolice și a nivelului unor medicamente în sânge.

La administrarea tratamentului se notează și:

- **injecțiile cu acțiune prelungită** („depot”): data, ora, locul injectării și data următoarei doze;
- **tratamentul „la nevoie”**: motivul administrării, ora, doza și efectul observat după aproximativ o oră;
- **refuzul tratamentului**: ora, ce a spus pacientul, ora la care a fost anunțat medicul și ce a indicat.

13. Evidențe specifice secției de psihiatrie

- **Inventarul bunurilor** la internare: obiectele predate spre păstrare, mai ales cele care pot fi folosite pentru rănire (lame, cordoane, curele, medicamente aduse de acasă).
- **Ieșirile din secție și vizitele**, conform regulamentului spitalului.
- **Plecarea neautorizată**: ora constatării, cine a fost anunțat (medicul, conducerea secției, familia, autoritățile, conform procedurii) și ora întoarcerii.
- **Incidentele** (agresiune, cădere, autovătămare, consum de substanțe pe secție): ce s-a întâmplat, ce s-a făcut, cine a fost anunțat, conform procedurii spitalului de raportare a evenimentelor.

14. Externarea

La externare, medicul completează epicriza (rezumatul internării), scrisoarea medicală și recomandările, inclusiv tratamentul de continuat. Asistentul verifică dacă pacientul a primit documentele și bunurile predate la internare, explică tratamentul și data controlului și notează ora plecării și cine l-a însoțit.

Un pacient internat voluntar poate cere externarea înainte ca medicul să o considere potrivită. Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului prevede că acesta poate refuza sau opri o intervenție medicală, asumându-și în scris răspunderea pentru decizia sa, după ce i se explică urmările. În foaie se păstrează declarația semnată. Dacă medicul consideră că sunt îndeplinite condițiile internării nevoluntare, se aplică procedura prevăzută de Legea nr. 487/2002.

15. Foaia de observație electronică și confidențialitatea

Tot mai multe spitale folosesc foaia de observație în format electronic. Regulile de confidențialitate rămân aceleași, dar apar riscuri noi:

- fiecare utilizator lucrează numai cu contul și parola proprii; parola nu se împrumută și nu se notează la vedere;
- ecranul nu se lasă deschis când asistentul pleacă de la calculator;
- se deschid numai dosarele pacienților pe care asistentul îi îngrijește; sistemul înregistrează cine a accesat fiecare dosar;
- nu se fotografiază ecranul sau documentele și nu se trimit date despre pacienți prin aplicații de mesagerie personale;
- o notă salvată greșit nu se șterge, ci se corectează după procedura sistemului, care păstrează versiunea inițială.

În psihiatrie, unde stigmatul este mare, accesul neautorizat la dosarul unui pacient (de exemplu, al unui vecin sau al unei rude) este o încălcare gravă a drepturilor pacientului și a deontologiei profesionale.

16. Consimțământul informat, mai în detaliu

Consimțământul este valabil numai dacă pacientul a primit informațiile necesare, le-a înțeles și a decis liber. Înainte de semnare, medicul îi explică, pe înțelesul lui: diagnosticul, scopul și natura tratamentului sau a procedurii, beneficiile așteptate, riscurile și efectele adverse posibile, alternativele existente și ce se poate întâmpla dacă refuză. Pacientul poate pune întrebări și își poate retrage acordul ulterior.

În psihiatrie, simptomele (confuzia, ideile delirante, agitația severă) pot afecta temporar capacitatea pacientului de a înțelege și de a decide. Aprecierea acestei capacități o face medicul și se notează în foaie. Dacă pacientul nu poate decide, se procedează conform legii, cu implicarea reprezentantului legal sau personal. Asistentul nu obține singur semnături pe formularele de consimțământ și nu explică el riscurile tratamentului; dacă pacientul are întrebări, le transmite medicului.

D. Rolul asistentului medical: ce scrie și cum scrie

Ce consemnează asistentul?

- semnele vitale, greutatea, aportul de lichide și eliminările, în foaia de temperatură;
- tratamentul administrat: ora, medicamentul, doza, calea, semnătura; refuzul tratamentului și anunțarea medicului;
- observațiile despre comportament, somn, alimentație, igienă, descrise obiectiv;
- incidentele (agitație, autovătămare, cădere, plecare neautorizată, consum de substanțe pe secție) și ce s-a făcut;
- monitorizarea pacientului contenționat sau izolat;
- informațiile importante primite de la familie, cu sursa;
- ora la care a fost anunțat medicul și ce a indicat.

Reguli de scriere

- scris lizibil, cu pix, nu cu creionul; data și ora la fiecare notă; semnătura (și codul sau parafa, după procedura spitalului);
- doar ce ați văzut, auzit sau făcut dumneavoastră; cuvintele pacientului, între ghilimele;
- fără etichete și fără păreri personale („manipulator”, „simulează”, „face mofturi”);
- numai prescurtările acceptate în spital;
- nota se scrie imediat după eveniment, nu în avans și nu „din memorie” la sfârșitul turei;
- greșeala nu se șterge: se taie cu o singură linie, să rămână lizibilă, se scrie corect alături, cu data, ora și semnătura.

NU FACEȚI

- Nu folosiți corector, nu răzuiți, nu rupeți file.
- Nu lăsați rânduri goale între note și nu completați ulterior spațiile.
- Nu semnați pentru un coleg și nu notați tratamente pe care nu le-ați administrat dumneavoastră.
- Nu scrieți diagnostice sau interpretări („pacientul halucinează”); descrieți ce ați observat.
- Nu lăsați foaia la îndemâna pacienților sau a vizitatorilor.

Așa NU	Așa DA
„Pacient agresiv toată noaptea.”	„02:15 - Pacientul strigă pe hol și lovește ușa salonului cu palma. Abordat verbal. 02:20 - anunțat medicul de gardă. 03:00 - liniștit, doarme.”
„A luat tratamentul.”	„08:00 - Administrat tratamentul oral din foaia de tratament; pacientul a înghițit comprimatele sub supraveghere.”
„Doarme bine.”	„Somn 23:00-05:30, cu o trezire la 02:00; a cerut apă, a readormit.”
„Pare depresiv, nu vrea să facă nimic.”	„Stă în pat până la ora 11; a mâncat jumătate din micul dejun; spune: «Nu mai am putere de nimic».”

Greșeli frecvente în documentarea din psihiatrie

Greșeala	De ce este o problemă	Varianta corectă
Etichete („agresiv”, „manipulator”, „isteric”)	Nu descriu ce s-a întâmplat și influențează negativ atitudinea echipei.	Descrierea faptelor, cu ora și cuvintele pacientului.
„Liniștit, fără probleme” la un pacient somnolent	Poate ascunde un delirium hipoactiv sau o supradoză.	Starea de conștiență, orientarea, semnele vitale.
Note scrise la sfârșitul turei, „din memorie”	Orele și detaliile devin inexacte.	Nota se scrie imediat după eveniment.
Lipsa orei la care a fost anunțat medicul	Nu se poate dovedi că medicul a fost informat la timp.	Ora anunțării, medicul anunțat, ce a indicat.
Interpretări („pacientul halucinează”)	Este o concluzie, nu o observație.	„Vorbește singur, se oprește să asculte, spune că aude vocea fratelui.”
Informații de la familie fără sursă	Nu se știe cine le-a dat și cât de sigure sunt.	„Conform declarației soției...”

Exemplu: examenul psihic al unui pacient fictiv

Textul de mai jos arată cum poate arăta examenul psihic notat de medic în foaia de observație. Citiți-l și identificați domeniile din tabelul de la punctul 2 al secțiunii C.

> **Domnul X, 36 de ani, ziua internării**
>
> Pacient cu ținută neglijentă, îmbrăcat nepotrivit sezonului (geacă de iarnă în august), nebărbierit, cu mimică vie. Atitudine familiară cu examinatorul, cooperant parțial, se ridică frecvent de pe scaun. Conștient, orientat temporo-spațial și auto-psihic. Atenția este ușor de atras, dar greu de menținut; trece de la un subiect la altul la orice zgomot din jur. Memoria pare păstrată.
>
> Neagă halucinațiile. Gândire accelerată, cu fugă de idei; idei de grandoare („am inventat un motor care merge cu apă, voi fi cel mai bogat om din țară"). Neagă ideile de sinucidere. Dispoziție euforică, cu momente de iritabilitate când este întrerupt. Hiperactivitate; vorbire rapidă, greu de întrerupt. Doarme două-trei ore pe noapte de o săptămână, mănâncă neregulat. Nu consideră că este bolnav: „Nu am nevoie de tratament, mă simt minunat."

17. Predarea turei

Raportul de la schimbul de tură face legătura dintre note și echipa care preia pacienții. În psihiatrie se transmit obligatoriu: pacienții nou internați și tipul internării; pacienții cu risc de sinucidere, de agresivitate sau de plecare neautorizată și nivelul de supraveghere stabilit; măsurile restrictive aplicate și monitorizarea lor; tratamentele refuzate și reacțiile adverse observate; incidentele din tură; analizele recoltate sau programate; pacienții care trebuie reevaluați de medic. Raportul verbal nu înlocuiește notele scrise: tot ce s-a transmis trebuie să se regăsească și în documentație.

E. Activitate practică

Exercițiul 1. Găsiți greșelile

Citiți nota de mai jos, scrisă de un asistent la sfârșitul turei de noapte, și identificați cel puțin cinci greșeli de documentare.

> **Nota de corectat**
>
> „Pacientul P.M. a fost nervos și obraznic, ca de obicei. A refuzat pastilele, dar i le-am dat mai târziu. Probabil halucinează. Somn OK. [un rând acoperit cu corector] L-am legat de pat ca să nu deranjeze, apoi s-a liniștit." (fără oră, fără semnătură)

Exercițiul 2. În ce rubrică se notează?

Pentru fiecare informație, spuneți rubrica din foaia de observație în care se notează și cine o completează.

a) Fiica pacientei spune că mama nu a mai luat tratamentul de o lună.

b) Tensiunea arterială 150/90 mmHg, pulsul 96/min, la ora 20:00.

c) Pacientul este orientat în timp și spațiu, dar crede că vecinii îl urmăresc.

d) Pacientul semnează că este de acord să fie internat.

e) Pacientul a fost contenționat între 22:10 și 23:40.

f) Diagnosticul principal, codificat F20.0.

Exercițiul 3. De la observație la notă

Citiți observațiile de mai jos, făcute de un asistent în timpul turei de după-amiază, și scrieți nota corectă pentru foaia de observație (cu ore, fapte, cuvintele pacientului, medicul anunțat).

Observațiile asistentului

Pacienta D.M., internată pentru depresie. La ora 15 nu a coborât la masă; a spus „nu merit să mănânc”. La 16:30 a fost găsită plângând în baie, cu o lamă de ras în mână, fără răni. Lama a fost luată. Pacienta a spus: „Voiam doar să se termine.” La 16:40 a fost anunțat medicul de gardă, care a venit la 16:50 și a indicat supraveghere continuă. La ora 18, pacienta stă în salon, liniștită, sub supraveghere; a mâncat jumătate din cină.

F. Studiu de caz

Domnul C.D., 31 de ani

Domnul C.D. este adus la ora 23:40 de ambulanță, însoțit de poliție, după ce a spart vitrina unui magazin strigând că „e urmărit”. Mama, care a venit cu el, spune că fiul ei are schizofrenie, că a oprit tratamentul de trei săptămâni și că nu a mai dormit de două nopți.

Pacientul refuză internarea: „Nu sunt bolnav, voi sunteți cu ei.” Medicul de gardă decide internarea nevoluntară. La ora 00:20, pacientul îl lovește pe un asistent și încearcă să iasă pe ușă. Medicul decide contenționarea. La ora 02:00, pacientul este liniștit, iar medicul decide încetarea măsurii.

A doua zi, un bărbat sună la secție, se prezintă drept vecin și întreabă „ce are” pacientul.

Întrebări

1. Ce informații vin de la pacient și ce informații vin din heteroanamneză? Cum se notează sursa?
2. Ce tip de internare este și ce documente ale acestei proceduri ajung în foaia de observație?
3. Ce consemnează asistentul despre contenționare?
4. Ce riscuri trebuie evaluate și notate la acest pacient?
5. Scrieți o notă corectă despre episodul de la ora 00:20.
6. Ce îi răspundeți vecinului care sună?

> **Cazul 2. Doamna R.L., 44 de ani**
>
> Internată voluntar pentru depresie, în a cincea zi. Este tratată și cu o injecție lunară cu acțiune prelungită. Dimineața îi spune asistentei că vrea să plece acasă „chiar acum”, pentru că „nu mai suportă spitalul”. Seara anterioară refuzase tratamentul de la ora 20. Asistenta din tura de noapte a notat doar: „Pacienta nervoasă, a refuzat pastilele.” La inventarul de la internare s-a constatat că avea în geantă o cutie de somnifere aduse de acasă.

Întrebări

1. Ce trebuie să conțină nota despre refuzul tratamentului? Rescrieți nota din tura de noapte.
2. Ce documente și ce pași sunt necesari dacă pacienta cere externarea împotriva recomandării medicului?
3. Ce se notează despre injecția cu acțiune prelungită?
4. Unde se consemnează somniferele găsite la internare și de ce sunt importante?
5. Ce rubrici ale foii de temperatură urmăriți cu atenție la această pacientă?

G. Ce trebuie să reţină studentul

DE REȚINUT

1. Pentru spitalizarea continuă se întocmește Foaia de observație clinică generală (FOCG), câte una pentru fiecare episod; pentru spitalizarea de zi, fișa de spitalizare de zi.
2. Foaia de observație este un document medical, legal și confidențial.
3. În psihiatrie se notează și heteroanamneza, cu precizarea sursei informației.
4. Examenul psihic este rubrica specifică psihiatriei; asistentul îi înțelege domeniile și observă aceleași aspecte zilnic.
5. Tipul internării (voluntară sau nevoluntară) și consimțămintele semnate fac parte din foaie.
6. Internarea nevoluntară urmează procedura din Legea nr. 487/2002; pacientul își păstrează drepturile.
7. Contenționarea se consemnează complet: motiv, cine a decis, ora de început și de sfârșit, monitorizare.
8. Riscurile se evaluează și se notează în mod repetat.
9. Asistentul scrie doar ce a văzut și a făcut, cu ora, semnătura și cuvintele pacientului, fără etichete.
10. Greșelile nu se șterg: se taie cu o linie, se corectează alături, se semnează.

H. Întrebări de verificare

1. Ce document se întocmește pentru un pacient internat în spitalizare continuă și ce document pentru unul tratat în spitalizare de zi?
2. Ce este heteroanamneza și de ce este importantă în psihiatrie?
3. Numiți cinci domenii ale examenului psihic.
4. Adevărat sau fals: Pacientul internat nevoluntar își pierde drepturile pe durata internării.
5. Ce elemente se consemnează când un pacient este contenționat?

6. Cum se corectează o greșeală în foaia de observație?

   a) Cu pastă corectoare, apoi se scrie corect.

   b) Se rupe fila și se rescrie.

   c) Se taie cu o singură linie, să rămână lizibilă, se scrie corect alături, cu data, ora și semnătura.

   d) Se acoperă cu text scris mai apăsat.

7. Adevărat sau fals: Asistentul poate spune familiei, la telefon, diagnosticul pacientului.

8. Reformulați fără etichetă: „Pacientul a fost manipulator și obraznic la masă.”

LUCRAREA PRACTICĂ 2

Schizofrenia și tulburarea delirantă persistentă

A. Schizofrenia (ICD-10: F20)

Ce este?

Schizofrenia este o tulburare psihică severă, care începe de obicei la sfârșitul adolescenței sau la adultul tânăr. În perioadele acute, pacientul pierde parțial contactul cu realitatea: percepe lucruri care nu există, are convingeri false de care nu poate fi convins că sunt greșite, vorbește și se comportă dezorganizat. Între episoade pot rămâne lipsa de inițiativă, retragerea și dificultățile de concentrare. Schizofrenia nu înseamnă „personalitate dublă”.

Cum se manifestă?

Grupa de simptome	Ce înseamnă	Ce vede asistentul
Simptome pozitive	Trăiri care apar în plus față de normal: halucinații (cel mai des auditive) și idei delirante (de persecuție, de influență, de otrăvire, de grandoare).	Pacientul vorbește singur, ascultă, răspunde unor voci; spune că este urmărit, că i se citesc gândurile; refuză mâncarea „otrăvită”.
Dezorganizare	Gândire și comportament fără logică și fără scop.	Vorbire greu de urmărit, cuvinte inventate, gesturi bizare, îmbrăcăminte nepotrivită.
Simptome negative	Funcții care scad sau dispar: inițiativa, emoțiile, relațiile, vorbirea.	Stă izolat, nu se spală, vorbește puțin, fața este inexpresivă, nu-l mai interesează nimic.
Simptome cognitive	Atenția, memoria și planificarea sunt afectate.	Uită ce i s-a spus, se descurcă greu cu sarcini în mai mulți pași.

Formele clinice (pe scurt)

Clasificarea ICD-10, folosită în foaia de observație, descrie mai multe forme. Pentru asistent este util să le recunoască pe cele mai frecvente:

Forma	Ce predomină
Paranoidă (F20.0)	Idei delirante (mai ales de persecuție) și halucinații auditive. Este forma cea mai frecventă.
Hebefrenică (F20.1)	Dezorganizare: comportament copilăresc, râs fără motiv, emoții nepotrivite situației. Debutează la adolescenți și tineri.
Catatonică (F20.2)	Tulburări ale mișcării: pacientul stă nemișcat, păstrează poziții neobișnuite, nu vorbește, nu mănâncă; uneori alternează cu agitație fără scop.
Reziduală (F20.5)	După mai multe episoade, rămân mai ales simptomele negative: retragere, lipsă de inițiativă, neglijare.
Simplă (F20.6)	Simptome negative care se instalează lent, fără halucinații sau idei delirante evidente.

Evoluția

Boala evoluează de obicei în episoade acute, cu perioade de ameliorare între ele. Recăderile apar frecvent după oprirea tratamentului, după consumul de droguri (mai ales canabis) sau de alcool și în perioadele de stres. Primele semne ale unei recăderi sunt adesea insomnia, retragerea, neliniștea și suspiciunea.

DE REȚINUT

- Pentru pacient, halucinațiile și ideile delirante sunt reale; ele nu dispar prin argumente.
- Simptomele negative nu sunt lene.
- Diagnosticul de schizofrenie nu înseamnă că pacientul este periculos; riscul se evaluează individual.
- Riscul de sinucidere există și trebuie evaluat la fiecare pacient cu psihoză.
- Simptome asemănătoare pot avea și cauze medicale (infecții, deshidratare, droguri, sevraj); de aceea, la un episod nou sau la o schimbare bruscă, medicul caută și o cauză somatică.

Halucinațiile, mai în detaliu

Tipul	Ce trăiește pacientul	Ce poate observa asistentul
Auditive	Aude voci (una sau mai multe) care îl comentează, discută între ele despre el, îl insultă sau îi dau ordine (halucinații imperative).	Vorbește singur, se oprește să asculte, răspunde, își acoperă urechile, poartă căști ca să „acopere” vocile.
Vizuale	Vede persoane, animale, lumini care nu există.	Urmărește cu privirea ceva invizibil, se ferește, arată spre un colț.
Olfactive și gustative	Simte mirosuri sau gusturi neplăcute (gaz, putrefacție, „otravă”).	Refuză mâncarea, își acoperă nasul, deschide geamul.
Tactile	Simte atingeri, înțepături, „gâze” pe sau sub piele.	Se scarpină, se freacă, își inspectează pielea.
Corporale (cenestezice)	Simte că organele i se mișcă, se transformă, „putrezesc”.	Descrieri bizare ale corpului, plângeri somatice ciudate.

Halucinațiile imperative sunt cele mai periculoase: pacientul poate asculta de vocea care îi cere să se rănească sau să rănească pe cineva. În schizofrenie predomină halucinațiile auditive; halucinațiile vizuale, mai ales cele apărute brusc, ridică suspiciunea unei cauze medicale sau toxice (delirium, droguri, sevraj).

Ideile delirante, mai în detaliu

Tema	Ce crede pacientul
Persecuție	Este urmărit, spionat, vrea cineva să-i facă rău.
Otrăvire	Mâncarea, apa, medicamentele sunt otrăvite.
Influență (control)	Gândurile, mișcările sau emoțiile îi sunt controlate din afară (prin unde, cipuri, telefon).
Referință	Gesturile oamenilor, știrile, emisiunile se referă la el sau îi transmit mesaje.
Transmiterea gândurilor	Gândurile îi sunt „furate”, „citite” sau „auzite” de alții.
Grandoare	Are puteri speciale, o misiune deosebită, origine nobilă, averi.
Mistico-religioase	Este trimisul lui Dumnezeu, sfânt, posedat.
Hipocondriace	Are o boală gravă, organele nu mai funcționează.

Tulburările gândirii și ale vorbirii

- **Incoerența**: frazele nu au legătură logică între ele; în forma extremă, cuvintele sunt înșirate fără sens.
- **Neologismele**: cuvinte inventate de pacient, cu un sens doar pentru el.
- **Barajul (blocajul) gândirii**: pacientul se oprește brusc în mijlocul frazei, ca și cum gândul i-ar fi fost „tăiat”.
- **Răspunsurile tangențiale**: răspunde pe lângă întrebare, fără să ajungă la subiect.
- **Sărăcia vorbirii**: vorbește foarte puțin, răspunsuri de un cuvânt.

Simptomele catatonice

Simptomul	Ce înseamnă
Stupor	Pacientul nu se mișcă și nu reacționează, deși este conștient.
Mutism	Nu vorbește deloc.
Negativism	Se opune oricărei cereri sau face opusul a ceea ce i se cere.
Catalepsie, flexibilitate ceroasă	Păstrează timp îndelungat poziția în care a fost pus de altcineva.
Stereotipii, manierisme	Mișcări repetate fără scop; gesturi bizare, teatrale.
Ecolalie, ecopraxie	Repetă cuvintele sau imită gesturile celui din fața lui.
Agitație catatonică	Agitație bruscă, fără scop, uneori violentă, care poate alterna cu stuporul.

> **ATENȚIE · Catatonia este o urgență**
>
> Pacientul catatonic nu mănâncă, nu bea, nu își schimbă poziția: apar rapid deshidratarea, escarele, cheagurile de sânge. Febra, transpirațiile și instabilitatea tensiunii la un pacient catatonic anunță o formă gravă. Catatonia poate apărea și în tulburările afective sau în boli somatice; cauza o caută medicul.

Debutul, factorii de risc și evoluția

De multe ori, boala este precedată de o perioadă de luni sau ani (faza prodromală) în care tânărul se retrage de prieteni, scade la școală, își neglijează aspectul, doarme prost, devine bănuitor sau are preocupări neobișnuite. Familia observă că „nu mai este cel de dinainte”. Debutul poate fi și brusc, cu un episod psihotic acut.

Schizofrenia apare prin combinarea unei **vulnerabilități** (ereditate, factori care au afectat dezvoltarea creierului) cu **factori declanșatori** (stres, consum de droguri, în special canabis în adolescență). Evoluția diferă mult de la un pacient la altul:

Evoluție mai favorabilă	Evoluție mai rezervată
Debut brusc, după un factor declanșator clar	Debut lent, insidios, fără factor declanșator
Funcționare bună înainte de boală (școală, muncă, prieteni)	Dificultăți de funcționare încă dinainte de boală
Predomină simptomele pozitive	Predomină simptomele negative
Tratament luat corect, sprijin din partea familiei	Oprirea tratamentului, consum de droguri, izolare

Tratamentul, pe scurt

Tratamentul de bază îl reprezintă **antipsihoticele**: clasice (de exemplu, haloperidol) sau atipice (de exemplu, risperidonă, olanzapină, aripiprazol, quetiapină). La pacienții care uită sau refuză tratamentul zilnic se folosesc injecțiile cu acțiune prelungită, administrate la două săptămâni, lunar sau mai rar. Clozapina se folosește când alte antipsihotice nu au fost eficiente. Asistentul trebuie să recunoască efectele adverse importante:

Efectul advers	Cum arată
Distonie acută	Contracturi bruște ale gâtului, limbii, ochilor („ochii dați peste cap”), mai ales în primele zile.
Akatisie	Neliniște interioară; pacientul nu poate sta locului.
Parkinsonism	Tremor, rigiditate, mișcări lente, față inexpresivă.
Diskinezie tardivă	Mișcări involuntare ale gurii și feței, după tratament îndelungat.
Sindrom neuroleptic malign (rar, grav)	Febră, rigiditate severă, confuzie, transpirații, puls și tensiune instabile. Urgență.
Efecte metabolice	Creștere în greutate, creșterea glicemiei și a lipidelor.
Scăderea globulelor albe (clozapină)	Febră, durere în gât, alte infecții. Se anunță imediat.

Sursa: adaptat după Open RN (2025), secțiunea 6.6.

Pe lângă medicamente contează **psihoeducația** pacientului și a familiei (ce este boala, cum se recunoaște o recădere), terapia cognitiv-comportamentală pentru psihoză, reabilitarea socială și profesională și sprijinul în comunitate.

B. Tulburarea delirantă persistentă (ICD-10: F22)

Ce este?

Pacientul are o idee delirantă (sau un grup de idei delirante legate între ele) bine închegată, pe o temă constantă, care durează luni sau ani. Ideea pare la prima vedere posibilă, iar pacientul o susține cu argumente. În afara temei delirante, pacientul funcționează aproape normal: lucrează, are grijă de sine, discută coerent. Halucinațiile lipsesc sau sunt rare, iar dezorganizarea și simptomele negative nu apar. Boala începe de obicei mai târziu decât schizofrenia, la vârsta adultă mijlocie. Pacientul nu se consideră bolnav și ajunge la medic, de cele mai multe ori, adus de familie.

Temele delirante

Tema	Ce crede pacientul
Persecuție (cea mai frecventă)	„Vecinii mă spionează și vor să-mi facă rău.”
Gelozie	„Soția mă înșală.” Caută dovezi, verifică telefonul, urmărește partenerul.
Erotomanie	„O persoană importantă este îndrăgostită de mine.”
Grandoare	„Am făcut o descoperire care va schimba lumea.”
Somatică	„Am paraziți sub piele” sau „Corpul meu miroase urât.”

Sursa: temele delirante descrise în StatPearls, Delusional Disorder (Joseph și Siddiqui, 2023).

> **ATENȚIE · Riscuri de urmărit**
>
> În delirul de **gelozie**, partenerul poate fi în pericol. În delirul de **persecuție**, pacientul poate face plângeri repetate, poate intra în conflict cu „persecutorii” sau poate încerca să se „apere”. Orice amenințare față de o persoană anume se comunică imediat medicului.

Tulburările psihotice acute și tranzitorii (ICD-10: F23)

Simptomele psihotice (halucinații, idei delirante, comportament dezorganizat) apar brusc, în cel mult două săptămâni, adesea după un eveniment stresant (un deces, o despărțire, o migrație). Tabloul se schimbă de la o zi la alta, iar pacientul poate fi foarte speriat sau confuz. De obicei, simptomele dispar complet în câteva săptămâni sau luni. Unii pacienți fac însă ulterior alte episoade, iar medicul poate revizui diagnosticul (de exemplu, spre schizofrenie sau tulburare afectivă).

Evoluția și tratamentul tulburării delirante persistente

Tulburarea delirantă evoluează de obicei lent, ani de zile. Pacientul acceptă greu tratamentul, pentru că nu se consideră bolnav. Medicul folosește antipsihotice, iar relația de încredere este esențială: discuțiile se concentrează pe suferința pacientului (anxietate, insomnie, conflicte), nu pe demontarea ideii delirante. Rareori, o idee delirantă este „preluată” de o persoană apropiată, care trăiește izolat împreună cu pacientul (tulburarea delirantă indusă, ICD-10: F24); separarea celor doi ameliorează adesea simptomele persoanei care a preluat ideea.

Ce alte situații pot produce simptome psihotice?

Halucinațiile și ideile delirante nu înseamnă automat schizofrenie. Înainte de diagnostic, medicul se gândește la alte cauze:

Situația	Indicii
Tulburare afectivă cu simptome psihotice	Simptomele psihotice apar în timpul unui episod depresiv sever sau maniacal și au teme legate de dispoziție (vinovăție, ruină / grandoare).
Psihoză indusă de substanțe	Apare în timpul consumului sau al sevrajului (canabis, stimulante, „etnobotanice”, alcool).
Delirium	Debut brusc, confuzie, atenție foarte scăzută, fluctuații, halucinații mai ales vizuale; cauză medicală.
Demență	Vârstnic, tulburări de memorie anterioare; idei de furt, halucinații vizuale.
Boli somatice și neurologice	Epilepsie, tumori cerebrale, infecții ale creierului, boli endocrine sau autoimune; adesea cu alte semne neurologice sau somatice.
Perioada de după naștere	Debut brusc în primele săptămâni după naștere, adesea cu simptome afective; urgență.

Semnele de avertizare ale unei recăderi

Recăderea începe de obicei treptat, cu zile sau săptămâni înainte de revenirea simptomelor psihotice. Pacientul și familia pot învăța să recunoască semnele personale de avertizare:

- doarme mai puțin sau are coșmaruri, este neliniștit;
- se retrage, nu mai iese, nu mai răspunde la telefon;
- devine bănuitor, iritabil, se concentrează greu;
- își neglijează igiena și obligațiile;
- vorbește despre idei ciudate sau aude din nou „ceva”;
- a oprit tratamentul sau a început să consume alcool ori droguri.

> **DE REȚINUT · Planul de recădere**
>
> Împreună cu pacientul și cu familia se stabilește dinainte ce semne anunță o recădere, pe cine sună (medicul psihiatru, centrul de sănătate mintală) și ce fac până la consultație. Intervenția din primele zile poate preveni o internare.

Schizofrenia și stigmatul

Persoanele cu schizofrenie sunt adesea privite ca „periculoase” sau „imprevizibile”. În realitate, riscul de violență se evaluează individual, iar diagnosticul în sine nu face o persoană periculoasă. Stigmatul îi face să ascundă boala, să evite tratamentul și să rămână izolați. Felul în care personalul vorbește despre pacienți (de exemplu, „pacientul cu schizofrenie”, nu „schizofrenicul”) contează și pentru pacient, și pentru familie.

Antipsihoticele: formele de administrare

Forma	Când se folosește
Comprimate, comprimate care se dizolvă în gură	Tratamentul obișnuit; formele care se dizolvă în gură sunt greu de ascuns sau de scuipat.
Soluții orale	Pacienți care înghit greu sau la care este nevoie de o doză ajustată fin.
Injecții cu acțiune rapidă	Agitație severă, când pacientul nu acceptă tratamentul oral.
Injecții cu acțiune prelungită („depot”)	Tratament de întreținere la pacienții care uită sau refuză tratamentul zilnic; o injecție la două săptămâni, lunar sau mai rar.

Rolul familiei

Familia observă cel mai repede schimbările, susține tratamentul și ajută la reintegrarea socială. În același timp, familia trece prin teamă, vinovăție, oboseală și stigmat. Programele de psihoeducație pentru familie (informații despre boală, semnele de recădere, comunicarea fără critică și fără supraprotecție) reduc recăderile. Un climat familial calm, fără critici și conflicte permanente, îl ajută pe pacient să rămână stabil.

Tulburarea schizoafectivă (ICD-10: F25)

Unii pacienți au, în același episod, atât simptome de schizofrenie (halucinații, idei delirante bizare), cât și simptome importante ale unei tulburări afective (depresie sau manie). Tabloul nu se potrivește nici cu schizofrenia, nici cu o tulburare afectivă cu simptome psihotice, și se vorbește despre tulburare schizoafectivă. Tratamentul combină antipsihoticele cu stabilizatoarele dispoziției sau cu antidepresivele.

Evaluarea la primul episod psihotic

La un pacient care are pentru prima dată simptome psihotice, medicul caută întâi o cauză somatică sau toxică. De obicei se fac analize de sânge (inclusiv glicemie, funcția tiroidei, a ficatului și a rinichilor), teste pentru droguri în urină, uneori o investigație imagistică a creierului și o electroencefalogramă. Asistentul recoltează probele la indicație, notează ora și informațiile despre consum aflate de la pacient sau de la familie.

Comorbidități și riscuri în schizofrenie

Persoanele cu schizofrenie au mai des și alte probleme de sănătate, care trebuie căutate și tratate:

- **consumul de substanțe**: fumatul este foarte frecvent; consumul de alcool și de canabis agravează simptomele și crește riscul de recădere;
- **depresia**, mai ales după un episod psihotic, când pacientul conștientizează boala și consecințele ei;
- **sinuciderea**: riscul este crescut, mai ales în primii ani de boală, după externare și la pacienții cu depresie asociată;
- **bolile somatice**: boli de inimă, diabet, obezitate, boli pulmonare, adesea descoperite târziu; speranța de viață este mai scurtă decât în populația generală;
- **izolarea socială, șomajul, lipsa locuinței**, care întrețin boala și îngreunează tratamentul.

De aceea, îngrijirea pacientului cu schizofrenie nu se limitează la simptomele psihotice: include controlul greutății, al tensiunii și al glicemiei, sprijin pentru renunțarea la fumat și atenție la starea de spirit a pacientului.

Schizofrenia cu debut tardiv

Mai rar, boala poate începe după 40 de ani, mai frecvent la femei. Predomină ideile de persecuție și halucinațiile, iar dezorganizarea și simptomele negative sunt mai puțin marcate. La un vârstnic cu simptome psihotice nou apărute, medicul exclude întâi o demență, un delirium, o tulburare afectivă sau o boală somatică.

C. Cum le deosebim?

	Schizofrenie	Tulburare delirantă persistentă
Vârsta de debut	Adolescent, adult tânăr.	Adult, de obicei la vârsta mijlocie.
Ideile delirante	Adesea bizare, schimbătoare („mi-au pus un cip în cap”).	Bine organizate, plauzibile, pe o singură temă („soția mă înșală”).
Halucinațiile	Frecvente, mai ales auditive.	Absente sau rare.
Dezorganizarea	Frecventă.	Absentă.
Simptome negative	Frecvente.	Absente.
Viața de zi cu zi	Mult afectată.	Relativ păstrată în afara temei delirante.

D. Prezentări de caz

Citiți fiecare caz și răspundeți la întrebări. Toate cazurile sunt fictive.

> **Cazul 1. Domnul A.B., 22 de ani**
>
> Student, adus de părinți. De două luni s-a izolat în cameră și a renunțat la cursuri. Spune că aude „două voci care vorbesc despre el” și îi comentează tot ce face. Este convins că „cei de la bloc” l-au filmat și că îi citesc gândurile prin telefon; a acoperit camera cu folie de aluminiu. Doarme ziua și stă treaz noaptea. Fumează canabis de un an. La internare este orientat, vorbește coerent, dar suspicios: „De ce scrieți? Pentru cine lucrați?”

Întrebări

1. Ce simptome pozitive recunoașteți?
2. Ce formă clinică de schizofrenie sugerează tabloul?
3. Ce factor poate fi legat de debut sau de agravare?

Cazul 2. Doamna C.D., 38 de ani

Diagnosticată cu schizofrenie de 15 ani, cu mai multe internări. Locuiește cu mama. De câțiva ani nu mai iese din casă, nu se mai spală decât dacă este îndemnată, stă ore întregi în pat sau în fața televizorului fără să urmărească ce vede. Răspunde scurt, cu voce monotonă, iar fața este inexpresivă. Nu mai aude voci și nu are idei de persecuție. Mama spune: „Nu mai vrea nimic, parcă s-a stins."

Întrebări

1. Ce grupă de simptome predomină?
2. Ce formă clinică descrie cel mai bine această situație?
3. De ce nu este corect să spunem că pacienta „este leneșă"?

Cazul 3. Doamna E.F., 27 de ani

Adusă de familie pentru că de două zile „s-a blocat". Stă în pat, nemișcată, cu privirea fixă. Nu răspunde la întrebări și nu urmează instrucțiuni. Dacă asistenta îi ridică brațul, acesta rămâne în aer câteva minute. Nu a mâncat și nu a băut din seara de dinainte. Familia spune că, în ultima săptămână, era neliniștită și „vorbea fără șir".

Întrebări

1. Ce tip de simptome descrie cazul și ce formă clinică sugerează?
2. De ce este aceasta o situație care trebuie anunțată imediat medicului?
3. Ce nevoi fiziologice sunt în pericol?

Cazul 4. Domnul G.H., 56 de ani

Inginer, adus de soție, care a cerut ajutor după ce soțul a angajat un detectiv particular. De doi ani este convins că soția îl înșală cu un coleg. Îi verifică zilnic telefonul și hainele, o sună de zeci de ori pe zi și „găsește dovezi" în lucruri banale (o mașină parcată în fața blocului, un mesaj întârziat). Merge la serviciu, își face treaba, discută coerent despre orice altă temă. Nu aude voci. Spune: „Nu sunt bolnav, vreau doar adevărul." Recent i-a spus soției că „o să plătească".

Întrebări

1. Ce tulburare recunoașteți și care este tema delirantă?
2. Ce semne o deosebesc de schizofrenie?
3. Ce risc important apare în acest caz și ce face asistentul?

> **Cazul 5. Doamna T.S., 34 de ani**
>
> La o săptămână după moartea neașteptată a mamei, devine brusc agitată, nu mai doarme, spune că „mama îi vorbește din televizor” și că vecinii „au omorât-o cu vrăjitorii”. De la o zi la alta, temele se schimbă. Nu a mai avut niciodată probleme psihice. După trei săptămâni de tratament, simptomele dispar complet, iar pacienta își reia viața obișnuită.

Întrebări

1. Ce tulburare sugerează debutul și evoluția?
2. Ce o deosebește de schizofrenie?

> **Cazul 6. Tânărul P.M., 18 ani**
>
> Elev în clasa a XII-a. De un an, părinții observă că râde fără motiv, face glume nepotrivite, se îmbracă bizar, vorbește fără șir și și-a pierdut interesul pentru școală. Stă ore întregi în fața oglinzii, face grimase și gesturi repetate. Emoțiile lui par să nu se potrivească cu ce se întâmplă: zâmbește când povestește despre o înmormântare.

Întrebări

1. Ce formă de schizofrenie sugerează tabloul?
2. Numiți trei semne de dezorganizare din caz.

E. Exercițiu de recunoaștere

Pentru fiecare afirmație sau observație, spuneți ce simptom descrie: halucinație, idee delirantă, simptom negativ, dezorganizare sau simptom catatonic.

a) „Aud vocea vecinei care îmi spune că sunt un om rău."

b) „Postul de radio transmite mesaje secrete doar pentru mine."

c) Pacientul stă toată ziua în pat, nu se mai spală, nu vorbește decât dacă este întrebat.

d) „Am luat bicicleta albastră ca să ajung la cer, pentru că merele nu mai sunt la ora potrivită."

e) Pacientul păstrează timp de o oră o poziție neobișnuită, cu un braț ridicat.

f) „Mi s-a implantat un dispozitiv în dinte, prin care sunt controlat."

F. Ce trebuie să rețină studentul

DE REȚINUT

1. Schizofrenia are simptome pozitive (halucinații, idei delirante), simptome de dezorganizare, simptome negative și simptome cognitive.
2. Forma paranoidă este cea mai frecventă: idei de persecuție și halucinații auditive.
3. Forma catatonică se recunoaște după tulburările mișcării; pacientul care nu mănâncă și nu bea este o urgență.
4. Simptomele negative (retragere, lipsă de inițiativă, neglijare) nu sunt lene.
5. Recăderile apar mai ales după oprirea tratamentului și după consumul de droguri; insomnia și retragerea pot fi primele semne.
6. În tulburarea delirantă persistentă, ideea delirantă este bine organizată și plauzibilă, iar în rest pacientul funcționează aproape normal.
7. În delirul de gelozie partenerul poate fi în pericol: amenințările se comunică imediat medicului.

G. Întrebări de verificare

1. La ce vârstă începe de obicei schizofrenia?
2. Dați două exemple de simptome pozitive și două exemple de simptome negative.

3. Care este forma clinică cea mai frecventă de schizofrenie?
    a) Hebefrenică.
    b) Paranoidă.
    c) Catatonică.
    d) Simplă.
4. Adevărat sau fals: În tulburarea delirantă persistentă, pacientul are de obicei halucinații frecvente și vorbire dezorganizată.
5. Numiți trei teme delirante întâlnite în tulburarea delirantă persistentă.
6. Ce semne pot anunța o recădere a schizofreniei?
7. De ce un pacient catatonic trebuie anunțat imediat medicului?
8. Adevărat sau fals: Diagnosticul de schizofrenie înseamnă că pacientul este periculos.

LUCRAREA PRACTICĂ 3

Tulburarea afectivă bipolară și tulburarea depresivă recurentă

A. Episodul depresiv și tulburarea depresivă recurentă (ICD-10: F32, F33)

Ce este?

Episodul depresiv durează cel puțin două săptămâni și nu este o simplă tristețe: afectează dispoziția, gândirea, somnul, apetitul și energia. Vorbim despre **tulburare depresivă recurentă** atunci când pacientul are episoade depresive repetate, fără să fi avut vreodată un episod maniacal sau hipomaniacal.

Cum se manifestă?

Domeniul	Ce vede asistentul
Dispoziția	Tristețe aproape toată ziua, plâns, lipsa plăcerii pentru lucrurile care înainte îi făceau plăcere („nu mai simt nimic”).
Energia și activitatea	Oboseală, mișcări și vorbire încetinite, stă mult în pat; uneori, dimpotrivă, neliniște.
Gândirea	Vinovăție, sentimentul de inutilitate și de „povară”, lipsă de speranță, decizii greu de luat, concentrare slabă.
Somnul și apetitul	Insomnie (adesea trezire foarte devreme) sau somn excesiv; apetit scăzut și scădere în greutate (uneori invers).
Gânduri de moarte	Gânduri că „ar fi mai bine să nu mai fie”, idei sau planuri de sinucidere.

Severitatea episodului

Episodul	Pe scurt
Ușor	Simptome prezente, dar pacientul își continuă, cu efort, activitățile obișnuite.
Moderat	Pacientul se descurcă greu la serviciu, în familie și în activitățile zilnice.
Sever, fără simptome psihotice	Pacientul nu mai poate funcționa; risc mare de sinucidere.
Sever, cu simptome psihotice	Apar idei delirante (de vinovăție, de ruină, de boală gravă) sau halucinații; pacientul poate refuza să mănânce.

Episodul	Pe scurt

DE REȚINUT

- Depresia nu este lipsă de voință și nu trece prin „gândire pozitivă”.
- Lipsa de speranță, sentimentul de inutilitate și cel de a fi o povară cresc riscul de sinucidere: se anunță medicul.
- La vârstnic, depresia poate semăna cu o demență (uitare, lentoare, retragere); diferențierea o face medicul.
- Unii pacienți descriu mai ales simptome fizice (oboseală, dureri, lipsa poftei de mâncare), nu tristețe.

Forme particulare ale depresiei

Forma	Ce o caracterizează
Cu simptome somatice (melancolică)	Trezire foarte devreme, starea cea mai proastă dimineața, scădere în greutate, lentoare marcată, pierderea completă a plăcerii.
Cu simptome psihotice	Idei delirante de vinovăție, ruină, boală gravă sau pedeapsă; uneori halucinații. Risc mare de sinucidere și de refuz alimentar.
„Mascată”	Pacientul se plânge mai ales de simptome fizice (dureri, oboseală, tulburări digestive), iar tristețea trece pe plan secund.
La vârstnic	Plângeri de memorie, lentoare, retragere, multe acuze somatice; poate fi confundată cu demența.
Postpartum	Apare în primele săptămâni sau luni după naștere: tristețe, anxietate, insomnie, vinovăție („sunt o mamă rea”). Diferă de tristețea trecătoare din primele zile după naștere. Forma cu simptome psihotice este o urgență pentru mamă și pentru copil.
Distimia (F34.1)	Dispoziție scăzută ușoară, cronică, de cel puțin doi ani; pacientul spune că „așa a fost mereu”.

Riscul de sinucidere în depresie

Depresia este cea mai frecventă tulburare asociată cu sinuciderea. Riscul crește când apar împreună mai mulți factori:

- tentative de sinucidere anterioare și cazuri de sinucidere în familie;
- lipsa de speranță, sentimentul de povară, idei delirante de vinovăție;
- singurătatea, divorțul, pierderea locului de muncă, o boală somatică gravă sau dureroasă;
- consumul de alcool sau de droguri;

- accesul la mijloace (medicamente strânse acasă, arme);
- perioadele cu risc crescut: începutul tratamentului, când revine energia, și primele săptămâni după externare.

Ce se crede greșit	Ce este adevărat
„Cine vorbește despre sinucidere nu o face.”	Mulți dintre cei care se sinucid au vorbit înainte despre asta. Orice afirmație se ia în serios.
„Dacă întreb despre sinucidere, îi dau idei.”	Întrebarea directă nu pune ideea în mintea pacientului; dimpotrivă, îi permite să vorbească.
„Dacă pare mai bine, pericolul a trecut.”	O ameliorare bruscă sau un calm neașteptat pot însemna că pacientul a luat o decizie.

Sursa: adaptat după Open RN (2025), secțiunea 1.6.

B. Tulburarea afectivă bipolară (ICD-10: F31)

Ce este?

În tulburarea afectivă bipolară, pacientul are cel puțin un episod de **manie** sau de **hipomanie** și, de cele mai multe ori, și episoade de depresie. Între episoade, mulți pacienți funcționează bine. Boala este de lungă durată, iar tratamentul de întreținere previne recăderile.

Episoadele din tulburarea bipolară

Episodul	Ce vede asistentul
Maniacal	Durează cel puțin o săptămână. Dispoziție euforică sau iritabilă; doarme 2-3 ore și nu e obosit; vorbește repede și mult, sare de la o idee la alta; idei de grandoare; cheltuieli, datorii, comportamente riscante; lipsa conștiinței bolii. În formele severe pot apărea idei delirante.
Hipomaniacal	Aceleași semne, dar mai ușoare și pentru câteva zile la rând; pacientul nu pierde contactul cu realitatea și poate continua să lucreze. Adesea nu este recunoscut ca boală („cea mai bună perioadă a mea”).
Depresiv	La fel ca în episodul depresiv descris la secțiunea A.
Mixt	Simptome depresive și maniacale în același timp sau alternând rapid (de exemplu, neliniște și energie crescută, împreună cu disperare). Risc mare de sinucidere.

ATENȚIE · Semne care se anunță imediat medicului

La pacientul depresiv: lipsă de speranță, gânduri de moarte sau de sinucidere, refuz alimentar, un calm brusc după o perioadă de suferință intensă. La pacientul în manie: epuizare după mai multe nopți fără somn, refuzul lichidelor, agresivitate. La pacientul tratat pentru depresie: scăderea bruscă a nevoii de somn, vorbire abundentă, cheltuieli, iritabilitate (posibil viraj spre manie).

Mania, mai în detaliu

Domeniul	Ce se observă
Dispoziția	Euforie contagioasă sau iritabilitate; trecere bruscă de la veselie la furie.
Gândirea	Accelerată, cu fugă de idei; atenția sare de la un stimul la altul (distractibilitate); idei de grandoare.
Vorbirea	Rapidă, abundentă (logoree), greu de întrerupt; glume, rime, jocuri de cuvinte.
Activitatea	Neobosit, începe multe proiecte, nu termină niciunul; intruziv cu ceilalți.
Instinctele	Nevoie redusă de somn; apetit variabil; dezinhibiție sexuală.
Judecata	Cheltuieli, împrumuturi, demisii, investiții riscante; nu vede consecințele.
Simptome psihotice (în mania severă)	Idei delirante de grandoare sau de persecuție, uneori halucinații.

Ciclotimia (ICD-10: F34.0)

Pacientul are, de cel puțin doi ani, perioade repetate de dispoziție ușor scăzută și de dispoziție ușor crescută, fără să ajungă la episoade depresive sau maniacale propriu-zise. Este adesea considerat „lunatic” sau „cu toane”. Unii pacienți dezvoltă ulterior o tulburare bipolară.

Tratamentul tulburărilor afective, pe scurt

- **Antidepresivele** (de exemplu, sertralină, escitalopram, venlafaxină): efectul apare după câteva săptămâni; tratamentul continuă luni de zile după ameliorare. În tulburarea bipolară nu se dau singure.

- **Stabilizatoarele dispoziției**: litiul (cu analize regulate ale nivelului în sânge), valproatul, carbamazepina, lamotrigina; previn recăderile în tulburarea bipolară.
- **Antipsihoticele**: în manie, în depresia cu simptome psihotice și în tratamentul de întreținere.
- **Terapia electroconvulsivantă**: în depresia foarte severă, cu risc mare de sinucidere, refuz alimentar sau catatonie, când medicamentele nu au fost eficiente.
- **Psihoterapia** (cognitiv-comportamentală, interpersonală) și **psihoeducația**: recunoașterea semnelor de recădere, program regulat de somn, evitarea alcoolului.

> **ATENȚIE · Două reacții de recunoscut**
>
> **Intoxicația cu litiu:** greață, vărsături, diaree, tremor accentuat, mers nesigur, somnolență, confuzie; apare mai ușor la deshidratare. **Sindromul serotoninergic** (la antidepresive, mai ales în asocieri): agitație, transpirații, febră, tremor, puls rapid, diaree. Ambele se anunță imediat medicului.

Sursa: adaptat după Open RN (2025), secțiunile 7.4 și 8.3.

Tristețea normală, doliul și depresia

	Tristețea normală	Doliul	Episodul depresiv
Cauza	Un eveniment neplăcut	Pierderea unei persoane apropiate	Poate apărea și fără o cauză evidentă
Durata	Ore sau zile	De obicei luni; intensitatea scade treptat	Cel puțin două săptămâni, aproape zilnic
Stima de sine	Păstrată	De obicei păstrată	Scăzută: vinovăție, inutilitate
Funcționarea	Păstrată	Afectată temporar	Mult afectată
Gânduri de moarte	Absente	Dorința de a fi alături de cel decedat	Lipsă de speranță, gânduri de sinucidere

Un doliu care durează foarte mult, cu vinovăție intensă, lipsă de speranță, idei de sinucidere sau incapacitatea de a funcționa trebuie evaluat de medic.

Semnele timpurii ale unei recăderi în tulburarea bipolară

Spre depresie	Spre manie
Doarme mai mult sau se trezește devreme	Doarme mai puțin și nu se simte obosit
Se retrage, nu mai răspunde la telefon	Sună pe toată lumea, își face mulți prieteni noi
Lipsă de energie, amână tot	Plin de energie, începe multe proiecte
Gânduri negative despre sine	Încredere exagerată în sine, planuri grandioase
Pierde interesul pentru activitățile obișnuite	Cheltuie mai mult, este iritabil când este contrazis

Pacientul poate ține un jurnal al dispoziției și al somnului, iar familia poate semnala schimbările. Programul regulat de somn, evitarea alcoolului și continuarea tratamentului de întreținere reduc riscul de recădere.

Evaluarea gândurilor de sinucidere: ce întreabă medicul

Evaluarea se face treptat, cu întrebări directe, într-un loc liniștit. Fiecare răspuns afirmativ duce la întrebarea următoare:

Ce se evaluează	Exemplu de întrebare
Gândurile de moarte	„V-ați gândit că ar fi mai bine să nu mai trăiți?”
Ideile de sinucidere	„V-ați gândit să vă luați viața?”
Planul	„V-ați gândit cum ați face asta?”
Mijloacele	„Aveți acasă medicamente strânse sau alte mijloace?”
Intenția	„Ce v-a oprit până acum? Credeți că veți face asta?”
Tentativele anterioare	„Ați mai încercat vreodată să vă faceți rău?”

Asistentul nu face evaluarea completă a riscului, dar poate pune primele două întrebări atunci când pacientul spune ceva îngrijorător și anunță imediat medicul dacă răspunsul este afirmativ.

Tulburările afective la adolescenți și la vârstnici

La **adolescenți**, depresia se poate manifesta mai ales prin iritabilitate, scăderea rezultatelor școlare, retragere, consum de alcool sau droguri, autovătămare. Primul episod al unei tulburări bipolare apare adesea în adolescență sau la adultul tânăr. La **vârstnici**, depresia se ascunde adesea în spatele acuzelor fizice și al plângerilor de memorie; riscul de sinucidere este ridicat, mai ales la bărbații singuri, cu boli cronice.

Terapia electroconvulsivantă, pe scurt

Terapia electroconvulsivantă constă în producerea, sub anestezie generală și cu relaxare musculară, a unei crize convulsive scurte, prin stimularea electrică a creierului. Se folosește mai ales în depresia foarte severă (cu risc mare de sinucidere, refuz alimentar, simptome psihotice sau catatonie), atunci când medicamentele nu au fost eficiente sau când este nevoie de un răspuns rapid; uneori și în manie severă. Se face de obicei de două-trei ori pe săptămână, într-o cură de mai multe ședințe.

Procedura necesită consimțământul scris al pacientului, după informarea lui de către medic. Înaintea ședinței pacientul nu mănâncă și nu bea, conform indicației anestezistului. După ședință, pacientul poate fi confuz pentru scurt timp și poate avea dureri de cap și tulburări de memorie, de obicei temporare; este supravegheat până la revenirea completă.

Sursa: adaptat după Open RN (2025), secțiunea 7.4.

Depresia și bolile somatice

Depresia este mai frecventă la persoanele cu boli cronice (diabet, boli de inimă, accident vascular cerebral, cancer, durere cronică) și le agravează evoluția: pacientul își ia mai greu tratamentul, se mobilizează mai puțin, se recuperează mai lent. Invers, unele boli (hipotiroidia, boala Parkinson) și unele medicamente (de exemplu, corticoizii, interferonul) pot produce simptome depresive. De aceea, la un episod depresiv nou, medicul cere și analize pentru a exclude o cauză somatică.

C. Cum le deosebim?

	Tulburare depresivă recurentă	Tulburare afectivă bipolară
Episoadele	Numai episoade depresive.	Episoade maniacale sau hipomaniacale, de obicei și depresive.
Istoricul	Fără perioade de manie sau hipomanie.	Cel puțin o perioadă de manie sau hipomanie (uneori aflată doar de la familie).
Antidepresivul singur	Tratamentul obișnuit al episodului depresiv.	Poate declanșa un episod maniacal; se asociază cu un stabilizator al dispoziției sau cu un antipsihotic.
Ce trebuie întrebat	Au existat perioade de energie neobișnuit de mare?	Cum sunt somnul, cheltuielile, energia în ultimele zile?

Sursa: Open RN (2025), capitolele 7 și 8.

D. Prezentări de caz

Citiți fiecare caz și răspundeți la întrebări. Toate cazurile sunt fictive.

Cazul 1. Doamna I.M., 48 de ani

Contabilă, internată pentru a treia oară în ultimii zece ani. De o lună se trezește în fiecare noapte la ora 3 și nu mai adoarme, a slăbit 6 kg, nu mai merge la serviciu. Plânge des și spune: „Am greșit tot în viața mea. Familia ar fi mai bine fără mine." Dimineața îi este cel mai greu. Nu a avut niciodată perioade de energie neobișnuit de mare.

Întrebări

1. Ce tip de episod recunoașteți și cât de sever este?
2. Ce diagnostic sugerează istoricul?
3. Ce afirmație a pacientei trebuie anunțată imediat medicului și de ce?

Cazul 2. Domnul R.T., 29 de ani

Agent de vânzări, adus de soție. De zece zile doarme două ore pe noapte și „nu obosește". Și-a luat trei telefoane pe credit, vrea să-și deschidă „o rețea de magazine în toată țara" și și-a dat demisia. Vorbește continuu, glumește cu toată lumea, dar devine furios când este contrazis. Spune că nu are nevoie de spital: „Niciodată nu m-am simțit mai bine." Acum doi ani a avut un episod depresiv tratat cu antidepresive.

Întrebări

1. Ce tip de episod recunoașteți? Numiți patru semne.
2. Ce diagnostic sugerează episodul actual împreună cu istoricul?
3. Ce riscuri apar la acest pacient?

Cazul 3. Domnișoara A.V., 24 de ani

Studentă, tratată de doi ani pentru depresie. Povestește că, în primăvară, a avut o săptămână în care „a fost cea mai bună versiune a ei": dormea cinci ore, a terminat toate proiectele, vorbea mult, era foarte sociabilă și a cheltuit mai mult decât obișnuia. A continuat să meargă la cursuri și nu a avut probleme. Acum este din nou tristă și obosită.

Întrebări

1. Cum se numește episodul din primăvară?
2. De ce este importantă această informație pentru diagnostic și pentru tratament?

Cazul 4. Domnul V.N., 72 de ani

Pensionar, adus de fiu. De trei săptămâni nu mai mănâncă aproape nimic și bea foarte puțin. Spune că „a adus sărăcia peste familie", că „toți banii s-au dus din cauza lui" (familia confirmă că nu are probleme financiare) și că „nu merită să mănânce". Se mișcă și vorbește foarte încet. A mai avut două episoade depresive.

Întrebări

1. Ce tip de episod recunoașteți? Ce îl face sever?
2. Ce idei delirante apar și ce temă au?
3. De ce este o situație de urgență?

Cazul 5. Doamna C.B., 29 de ani

Are un copil de cinci săptămâni. Soțul spune că, de aproape o lună, plânge mult, nu doarme nici când copilul doarme, mănâncă puțin și repetă că „este o mamă rea" și că „copilul ar fi mai bine cu altcineva". Evită să-l țină în brațe. În primele zile după naștere fusese bine.

Întrebări

1. Ce formă de depresie sugerează cazul?
2. De ce afirmațiile pacientei trebuie anunțate imediat medicului?

Cazul 6. Domnul F.G., 50 de ani

Vine la consultație pentru „oboseală". Povestește că de când se știe este „mai trist, pesimist", se bucură rar de ceva și obosește repede, dar își face serviciul și are grijă de familie. Nu a avut niciodată o perioadă în care să nu poată funcționa deloc și nici perioade de energie neobișnuit de mare. Spune: „Așa sunt eu, de ani de zile."

Întrebări

1. Ce tulburare sugerează cazul?
2. Prin ce se deosebește de tulburarea depresivă recurentă?

E. Exercițiu de recunoaștere

Pentru fiecare situație, spuneți dacă descrie un episod depresiv, maniacal, hipomaniacal sau mixt.

a) „Nu mai simt bucurie pentru nimic, nici pentru nepoți. Mă trezesc la 4 și mă gândesc doar la greșelile mele."

b) Pacientul nu a dormit de patru nopți, a împărțit bani necunoscuților și spune că „a fost ales să salveze lumea".

c) De câteva zile, pacienta doarme mai puțin, este foarte energică și vorbăreață, dar își face treaba la serviciu; colegii spun că „e altfel decât de obicei".

d) Pacientul este agitat, nu poate sta locului, vorbește repede și, în același timp, plânge și spune că „nu mai are rost să trăiască".

F. Ce trebuie să rețină studentul

DE REȚINUT

1. Episodul depresiv durează cel puțin două săptămâni și afectează dispoziția, gândirea, somnul, apetitul și energia.
2. Tulburarea depresivă recurentă are doar episoade depresive; tulburarea bipolară are și episoade maniacale sau hipomaniacale.
3. Mania: nevoie redusă de somn, euforie sau iritabilitate, vorbire rapidă, grandoare, cheltuieli, lipsa conștiinței bolii.
4. Hipomania este mai ușoară și adesea nu este recunoscută ca boală; de aceea, la orice pacient depresiv se întreabă despre perioade de energie neobișnuit de mare.
5. Episodul mixt și episodul depresiv sever, mai ales cu idei delirante, au un risc mare de sinucidere.
6. Lipsa de speranță, refuzul alimentar și calmul brusc după o depresie severă se anunță imediat medicului.

G. Întrebări de verificare

1. Cât timp durează cel puțin un episod depresiv?
2. Numiți cinci semne ale episodului depresiv.
3. Care este diferența dintre manie și hipomanie?
4. Un pacient are numai episoade depresive repetate, fără manie sau hipomanie. Ce diagnostic sugerează acest lucru?
    a) Tulburare afectivă bipolară.
    b) Tulburare depresivă recurentă.
    c) Schizofrenie.
    d) Tulburare delirantă persistentă.
5. Ce este un episod mixt și de ce este periculos?
6. Adevărat sau fals: Un antidepresiv dat singur unui pacient cu tulburare bipolară poate declanșa un episod maniacal.
7. Numiți două tipuri de idei delirante care pot apărea în depresia severă.

LUCRAREA PRACTICĂ 4

Atacul de panică, tulburarea de anxietate generalizată, tulburarea de somatizare și tulburarea conversiv-disociativă

DE REȚINUT · Valabil pentru toate cele patru tulburări

- Pacienții suferă cu adevărat; nu „exagerează” și nu „se prefac”.
- Înainte ca simptomele fizice să fie puse pe seama unei tulburări psihice, medicul trebuie să excludă o boală somatică.
- Simularea (inventarea voită a simptomelor pentru un câștig) este altceva; aprecierea ei aparține medicului.

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

Atacul de panică este un episod brusc de frică intensă, care ajunge la maximum în câteva minute și trece de obicei în mai puțin de o jumătate de oră. Se însoțește de simptome fizice puternice:

- palpitații, puls rapid, apăsare sau durere în piept;
- senzație de sufocare, respirație rapidă;
- amețeală, tremur, transpirații, furnicături, greață;
- senzația de irealitate („parcă nu sunt eu”, „lumea pare ireală”);
- teama că va muri, că va înnebuni sau că își va pierde controlul.

Un atac de panică izolat poate apărea la oricine și în multe tulburări. Vorbim despre **tulburare de panică** atunci când atacurile se repetă, apar pe neașteptate, iar pacientul trăiește permanent cu teama unui nou atac. Adesea începe să evite locurile din care i-ar fi greu să plece sau să primească ajutor (magazine aglomerate, mijloace de transport, călătorii); această evitare se numește **agorafobie**.

ATENȚIE · Atac de panică sau urgență medicală?

Simptomele seamănă cu cele ale unui infarct, ale unei crize de astm, ale unei embolii pulmonare, ale unei hipoglicemii sau ale unei tulburări de ritm cardiac. Mai ales la primul episod, la vârstnici sau la pacienții cu boli de inimă ori de plămâni, asistentul nu presupune că este „doar anxietate”: măsoară semnele vitale, saturația și glicemia (conform procedurii) și anunță medicul.

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

Pacientul se îngrijorează aproape zilnic, de cel puțin șase luni, pentru multe lucruri obișnuite: sănătatea, familia, banii, serviciul. Îngrijorarea este mai mare decât ar justifica situația, iar pacientul nu o poate controla („știu că exagerez, dar nu mă pot opri”). Nu există atacuri bruște, ca în panică, ci o stare de tensiune aproape continuă.

Ce spune pacientul	Ce vede asistentul
„Mă gândesc tot timpul că se va întâmpla ceva rău.”	Neliniște, nu stă locului, întrebări repetate de reasigurare („Sunteți sigură că e bine?”).
„Sunt mereu încordat, mă dor umerii și ceafa.”	Tensiune musculară, tremor, transpirații.
„Obosesc repede și nu mă pot concentra.”	Oboseală, iritabilitate, tresare ușor la zgomote.
„Adorm greu, mă gândesc la toate problemele.”	Insomnie de adormire, somn agitat.

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

Pacientul are, de cel puțin doi ani, **simptome fizice multiple și schimbătoare**: dureri în diferite părți ale corpului, simptome digestive (greață, balonare, diaree), simptome cardiace sau respiratorii, amețeli, simptome sexuale sau menstruale. Investigațiile repetate nu găsesc o boală care să le explice suficient. Pacientul este foarte îngrijorat, merge la mulți medici, cere analize noi și acceptă greu că rezultatele sunt normale. Viața de familie și profesională are adesea de suferit.

Tulburarea se deosebește de **ipohondrie**, în care pacientul este convins că are o anumită boală gravă (de exemplu, cancer) și nu se concentrează pe simptomele în sine. În clasificările mai noi, aceste tulburări au primit alte denumiri (de exemplu, „tulburare cu simptome somatice”); pentru practică contează același lucru: simptomele sunt trăite cu adevărat de pacient.

D. Tulburarea conversiv-disociativă (ICD-10: F44)

Pacientul are simptome care seamănă cu cele ale unei boli neurologice sau pierde temporar o funcție psihică (de exemplu, memoria), fără o boală somatică care să le explice. Simptomele apar adesea după un eveniment stresant și **nu sunt produse voit de pacient**. Uneori pacientul pare neașteptat de calm față de simptom.

Forma	Ce vede asistentul
Tulburări motorii	Paralizia unui membru, imposibilitatea de a merge sau de a sta în picioare, tremor, tulburări de mers.
Crize disociative (psihogene)	Crize care seamănă cu cele epileptice, dar fără modificările electrice ale epilepsiei; diferențierea o face medicul.
Tulburări senzoriale	Pierderea sensibilității unei zone a corpului, a vederii, a auzului sau a vocii (afonie).
Amnezie disociativă	Pacientul nu-și amintește evenimente importante, de obicei legate de o traumă sau de un stres puternic.
Fugă disociativă	Pacientul pleacă brusc de acasă, călătorește și nu-și amintește cine este sau ce s-a întâmplat.

Sursa: adaptat după Bush și Van Der Like (2023) și Peeling și Muzio (2023).

Atacul de panică: ce se întâmplă în corp

În timpul unui atac de panică, organismul reacționează ca în fața unui pericol real: inima bate repede, respirația se accelerează, mușchii se încordează. Respirația rapidă și superficială (hiperventilația) produce la rândul ei amețeli, furnicături ale mâinilor și ale buzelor și senzația de sufocare. Pacientul interpretează aceste senzații ca semn al unei boli grave („fac infarct", „înnebunesc"), frica crește și simptomele se accentuează. Se formează astfel un cerc vicios: frică → simptome → interpretare catastrofică → mai multă frică. Înțelegerea acestui mecanism îl ajută pe pacient să-l întrerupă.

Tulburările fobice (ICD-10: F40)

Fobia este o frică intensă și persistentă, disproporționată, față de o situație sau un obiect anume, pe care pacientul încearcă să le evite. Pacientul știe de obicei că frica este

exagerată, dar nu o poate controla. Doar gândul la situația temută (anxietatea anticipatorie) produce neliniște.

Tipul	De ce se teme pacientul	Exemplu
Agorafobia	Locuri din care i-ar fi greu să plece sau să primească ajutor; adesea însoțește tulburarea de panică.	Nu mai merge singur la cumpărături, evită autobuzul și mulțimea.
Fobia socială	Situații în care ar putea fi privit, judecat sau făcut de rușine.	Evită să vorbească în public, să mănânce în fața altora; roșește, tremură.
Fobiile specifice	Un obiect sau o situație anume: animale, înălțime, spații închise, zbor, sânge, injecții.	Leșină la vederea sângelui sau a acului.

> **ATENȚIE · Fobia de sânge și de injecții**
>
> Spre deosebire de celelalte fobii, în care pulsul crește, la fobia de sânge și injecții tensiunea și pulsul pot scădea brusc, iar pacientul leșină. La recoltări și injecții, pacientul care spune că „leșină la ace” este așezat sau culcat, nu în picioare.

Reacția la stres sever și tulburarea de adaptare (ICD-10: F43)

- **Reacția acută la stres**: apare imediat după un eveniment copleșitor (accident, agresiune, dezastru): pacientul este amețit, dezorientat, poate fi agitat sau, dimpotrivă, „înghețat”. Trece de obicei în câteva ore sau zile.
- **Tulburarea de stres posttraumatic**: apare după un eveniment traumatic grav, uneori după săptămâni. Pacientul retrăiește evenimentul (amintiri care se impun, coșmaruri, senzația că „se întâmplă din nou”), evită tot ce i-l amintește, este mereu în alertă, tresare ușor, doarme prost și este iritabil.
- **Tulburarea de adaptare**: tristețe, anxietate sau iritabilitate apărute după o schimbare importantă de viață (divorț, pensionare, migrație, diagnosticul unei boli), mai intense decât ar fi de așteptat, care îngreunează viața de zi cu zi.

Conversie, tulburare factice sau simulare?

Toate trei pot arăta ca o boală somatică fără cauză găsită. Diferența ține de intenție și de motiv:

	Tulburarea de conversie	Tulburarea factice	Simularea
Simptomele sunt produse voit?	Nu	Da	Da
Pentru ce?	Nu există un scop conștient	Pentru a fi îngrijit, pentru „rolul de bolnav”	Pentru un câștig exterior (concediu, pensie, evitarea unei pedepse)
Exemplu	Paralizie apărută după un conflict	Își provoacă febră sau leziuni și le ascunde cauza	Pretinde dureri ca să obțină un certificat

Tulburarea factice severă, cu internări repetate în spitale diferite și povești medicale dramatice, este cunoscută și ca sindrom Munchausen. Diagnosticul acestor situații îl stabilește medicul, după investigații; asistentul notează obiectiv ce observă, fără să eticheteze pacientul.

Tratamentul, pe scurt

- **Tulburarea de panică, anxietatea generalizată, fobiile**: terapia cognitiv-comportamentală (înțelegerea cercului vicios, expunerea treptată la situațiile evitate, tehnici de respirație și relaxare) și antidepresivele (de exemplu, sertralină, escitalopram). Benzodiazepinele calmează rapid, dar se folosesc doar pe termen scurt, din cauza riscului de dependență.
- **Somatizarea**: un singur medic de referință, consultații programate regulat (nu doar „la criză”), evitarea investigațiilor repetate fără indicație, psihoterapie; tratarea depresiei sau a anxietății asociate.
- **Conversia**: explicarea diagnosticului fără a sugera că pacientul „se preface”, kinetoterapie pentru simptomele motorii, psihoterapie, rezolvarea problemelor care au declanșat simptomele.
- **Tulburarea de stres posttraumatic**: psihoterapie centrată pe traumă și, la indicație, antidepresive.

Sursa: adaptat după Open RN (2025), capitolul 9, și Bush și Van Der Like (2023).

Când anxietatea are o cauză somatică sau medicamentoasă

Anxietatea, palpitațiile și tremorul pot avea și alte cauze decât o tulburare anxioasă. Mai ales la un debut tardiv sau atipic, medicul le caută:

Cauza	Indicii
Hipertiroidia	Scădere în greutate, transpirații, intoleranță la căldură, tremor, puls rapid permanent.
Hipoglicemia	Episoade la distanță de mese, la pacientul cu diabet; se corectează rapid cu zahăr.
Tulburările de ritm cardiac	Palpitații bruște, puls neregulat, leșin.
Astmul, embolia pulmonară	Lipsă de aer, tuse, saturație scăzută.
Cafeina, băuturile energizante	Consum mare; simptomele scad la oprire.
Medicamentele	Unele bronhodilatatoare, corticoizii, hormonii tiroidieni în exces.
Sevrajul	De alcool sau de benzodiazepine: anxietate, tremor, insomnie după oprirea consumului.

Tehnici simple de reducere a anxietății

Aceste tehnici sunt folosite în terapie și pot fi învățate pacienților:

- **Respirația lentă**: inspirație pe nas numărând până la patru, expirație pe gură mai lungă, numărând până la șase, timp de câteva minute.
- **Relaxarea musculară**: încordarea timp de câteva secunde a unei grupe de mușchi (pumnii, umerii, picioarele), urmată de relaxarea ei, pe rând, de la picioare spre cap.
- **Ancorarea în prezent**: pacientul își concentrează atenția pe ce vede, aude și atinge în jurul lui (de exemplu, simte tălpile pe podea și numește obiectele din cameră).
- **Programarea grijilor**: în anxietatea generalizată, pacientul își rezervă zilnic un timp scurt pentru îngrijorări și le amână pe celelalte până atunci.
- **Reducerea cafelei, a alcoolului și activitatea fizică regulată.**

Cum se comunică diagnosticul în somatizare și conversie

Felul în care pacientul află diagnosticul influențează mult evoluția. Medicul recunoaște că simptomele sunt reale și supărătoare, explică faptul că investigațiile exclud o boală gravă, fără să spună că „nu are nimic”, și prezintă legătura dintre stres, emoții și corp ca pe un mecanism frecvent, nu ca pe o acuzație. Echipa transmite același mesaj: dacă

un membru al personalului contrazice explicația medicului sau sugerează că pacientul „se preface”, încrederea se pierde și simptomele se pot agrava.

DE REȚINUT · Mesaje utile, transmise de toată echipa

- „Simptomele sunt reale și vă dau multă suferință.”
- „Investigațiile nu arată o boală gravă a organelor; asta este o veste bună.”
- „Stresul și emoțiile pot produce simptome fizice adevărate; nu înseamnă că vi le închipuiți.”
- „Există tratament, iar recuperarea se face pas cu pas.”

Anxietatea la vârstnic

La vârstnici, tulburările anxioase apar adesea împreună cu depresia, cu boli cronice sau cu începutul unei demențe. Pacientul vorbește mai ales despre simptome fizice (palpitații, amețeli, tulburări digestive) și despre griji legate de sănătate. Benzodiazepinele sunt riscante la această vârstă (confuzie, căderi, dependență), de aceea medicul preferă alte tratamente.

Tulburarea hipocondriacă și tulburarea de durere persistentă

În **tulburarea hipocondriacă (ICD-10: F45.2)**, pacientul este convins de ani de zile că are o boală gravă (cancer, boală de inimă, scleroză), interpretează orice senzație obișnuită ca semn al bolii, cere investigații repetate și nu se liniștește la rezultate normale decât pentru scurt timp. Uneori se teme că are o deformare a corpului.

În **tulburarea de durere persistentă somatoformă (ICD-10: F45.4)**, pacientul are o durere severă, continuă, care nu poate fi explicată pe deplin de o boală somatică, apărută adesea în legătură cu probleme emoționale sau conflicte. Durerea este reală pentru pacient și îi afectează viața. Tratamentul combină psihoterapia, activitatea fizică treptată și medicamente alese de medic, cu prudență la analgezicele care pot produce dependență.

Atacurile de panică nocturne

Unii pacienți se trezesc din somn cu un atac de panică: palpitații, sufocare, teamă intensă. Pentru că apar noaptea, pacienții se tem că „inima se oprește în somn” și ajung să evite să adoarmă. Medicul exclude întâi alte cauze ale trezirilor bruște (tulburări de ritm, apneea în somn, refluxul gastroesofagian, hipoglicemia nocturnă).

E. Cum le deosebim?

	Atacul de panică	Anxietatea generalizată	Somatizarea	Conversia
Debutul simptomelor	Brusc, în minute	Treptat, continuu	Treptat, de ani de zile	Adesea brusc, după un stres
Simptomul principal	Frică intensă, cu simptome fizice puternice	Îngrijorare excesivă pentru multe lucruri	Simptome fizice multiple, schimbătoare	Un simptom neurologic sau o pierdere de memorie
Ce îl îngrijorează pe pacient	Că va muri sau va înnebuni	Viitorul, familia, banii, sănătatea	Simptomele și cauza lor	Uneori pare puțin îngrijorat

F. Prezentări de caz

Citiți fiecare caz și răspundeți la întrebări. Toate cazurile sunt fictive.

Cazul 1. Doamna L.S., 26 de ani

În ultima lună a fost adusă de trei ori la Urgențe. De fiecare dată, simptomele au început brusc: inima „bătea să-i iasă din piept", simțea că se sufocă, transpira, tremura și era convinsă că moare. După aproximativ 15 minute, totul a trecut. Electrocardiograma și analizele au fost normale. Acum se teme să nu i se întâmple din nou, nu mai merge singură la cumpărături și evită autobuzul.

Întrebări

1. Ce au fost episoadele descrise?
2. Ce diagnostic sugerează repetarea lor și teama permanentă de un nou episod?
3. Cum se numește evitarea magazinelor și a autobuzului?

Cazul 2. Domnul P.R., 45 de ani

Funcționar, se plânge că „de mai bine de un an" nu se poate opri din îngrijorat: că va fi concediat, că fiica va avea un accident, că nu vor ajunge banii, că „ceva rău se va întâmpla". Este mereu încordat, are dureri de ceafă, obosește repede, adoarme greu și se enervează din orice. Recunoaște că îngrijorările sunt exagerate, dar „nu le poate opri". Nu a avut niciodată episoade bruște de frică intensă.

Întrebări

1. Ce tulburare recunoașteți?
2. Ce o deosebește de tulburarea de panică?

Cazul 3. Doamna M.T., 39 de ani

De cinci ani are pe rând dureri abdominale, dureri de spate și de cap, balonare, palpitații, amețeli și tulburări menstruale. A consultat peste zece medici, a făcut endoscopii, ecografii și tomografii, toate normale. Este nemulțumită de fiecare rezultat și cere investigații noi: „Sigur ceva vă scapă." A renunțat la serviciu din cauza simptomelor.

Întrebări

1. Ce tulburare recunoașteți? Pe ce semne vă bazați?
2. Prin ce se deosebește de ipohondrie?

Cazul 4. Domnișoara D.A., 19 ani

A doua zi după ce a aflat că a picat examenul de admitere, nu își mai poate mișca picioarele și nu poate sta în picioare. Examenul neurologic, investigațiile imagistice și analizele sunt normale. Când crede că nu este observată, își mișcă ușor picioarele în pat. Stă liniștită și spune calm că „nu mai poate merge". O pacientă din salon comentează: „Se preface."

Întrebări

1. Ce tulburare sugerează cazul și ce formă are?
2. Este corect să spunem că pacienta „se preface"? Argumentați.
3. Ce complicații pot apărea dacă pacienta rămâne imobilizată?

Cazul 5. Domnul V.I., 32 de ani

Vine la recoltarea analizelor și o anunță pe asistentă că „i se face rău la ace". Când vede seringa, devine palid, transpiră, spune că i se întunecă vederea și se clatină. Pulsul scade la 52/min. Povestește că, de copil, evită dentistul și analizele și că a leșinat de două ori la vederea sângelui.

Întrebări

1. Ce tulburare sugerează cazul?
2. De ce scade pulsul și ce măsură simplă previne căderea la recoltare?

> **Cazul 6. Doamna A.N., 36 de ani**
>
> În urmă cu patru luni a supraviețuit unui accident rutier grav, în care a murit o prietenă. De atunci are coșmaruri aproape în fiecare noapte, „vede” accidentul ori de câte ori aude o frână, nu mai urcă în mașină, tresare la orice zgomot, este iritabilă și se concentrează greu. Spune că „parcă nu mai simte nimic pentru nimeni”.

Întrebări

1. Ce tulburare recunoașteți?
2. Numiți cele trei grupe de simptome prezente în caz.

G. Exercițiu de recunoaștere

Pentru fiecare situație, spuneți despre ce tulburare este vorba: atac de panică, anxietate generalizată, somatizare sau conversie.

a) „Mă gândesc toată ziua la ce s-ar putea întâmpla rău copiilor, la bani și la serviciu. De luni de zile nu mai dorm bine.”

b) Un tânăr devine brusc mut după un conflict violent în familie; laringele și corzile vocale sunt normale.

c) „Am avut deodată senzația că mor: inima o lua razna, nu puteam respira. După zece minute a trecut.”

d) O femeie are de ani de zile dureri care se mută dintr-un loc în altul, greață, amețeli și cere mereu investigații noi.

e) Un pacient nu-și amintește nimic din ziua în care a avut loc un accident grav, deși nu a suferit niciun traumatism la cap.

H. Ce trebuie să reținăstudentul

DE REȚINUT

1. Atacul de panică începe brusc, atinge maximum în câteva minute și se însoțește de simptome fizice puternice și de teama de moarte.
2. Tulburarea de panică înseamnă atacuri repetate și teama permanentă de un nou atac; evitarea locurilor se numește agorafobie.
3. Durerea toracică și lipsa de aer nu se pun automat pe seama anxietății.
4. În anxietatea generalizată, îngrijorarea este continuă, excesivă, pentru multe lucruri, și durează de cel puțin șase luni.
5. În somatizare, simptomele fizice sunt multiple și schimbătoare, de ani de zile, cu investigații repetate normale.
6. În tulburarea conversiv-disociativă, simptomele neurologice sau pierderile de memorie apar adesea după un stres și nu sunt simulate.
7. La toate aceste tulburări, medicul exclude întâi o boală somatică.

I. Întrebări de verificare

1. Numiți cinci simptome ale unui atac de panică.
2. Ce este agorafobia?
3. Prin ce se deosebește anxietatea generalizată de tulburarea de panică?
4. Adevărat sau fals: În tulburarea de somatizare, pacientul își inventează simptomele.
5. Numiți trei forme ale tulburării conversiv-disociative.
6. Ce face asistentul când un pacient cunoscut cu atacuri de panică acuză durere toracică?
   a) Îi spune că este doar anxietate.
   b) Măsoară semnele vitale și saturația și anunță medicul.
   c) Îi administrează un sedativ fără indicație.
   d) Îl lasă să se liniștească singur.

LUCRAREA PRACTICĂ 5

Tulburarea de personalitate

A. Ce este o tulburare de personalitate? (ICD-10: F60)

Personalitatea este felul nostru obişnuit de a gândi, de a simți şi de a ne purta cu ceilalți. Fiecare om are trăsături mai accentuate (este mai bănuitor, mai ordonat, mai emotiv), fără ca acestea să fie o boală. Vorbim despre **tulburare de personalitate** atunci când aceste tipare:

- sunt **rigide** şi apar în aproape toate situațiile;
- sunt **durabile**, prezente din adolescență sau din tinerețe;
- produc **suferință** pacientului sau celor din jur şi **dificultăți** în relații, la şcoală sau la serviciu.

Diagnosticul nu se pune de obicei înainte de 18 ani. De cele mai multe ori, pacientul nu îşi vede comportamentul ca pe o problemă: i se pare că problema este la ceilalți. Tulburările de personalitate apar frecvent împreună cu depresia, anxietatea şi consumul de alcool sau de droguri.

DE REȚINUT

- Tulburarea de personalitate nu „vine şi pleacă”, ca un episod depresiv sau maniacal; este un mod constant de a funcționa.
- Comportamentele dificile sunt adesea modalități ineficiente de a face față unor emoții intense, nu „răutate”.
- Orice amenințare sau gest de autovătămare se ia în serios şi se comunică medicului.
- În clasificarea ICD-11, tipurile separate au fost înlocuite cu un singur diagnostic, gradat după severitate (uşoară, moderată, severă), la care se adaugă trăsăturile dominante; în foaia de observație se folosesc încă denumirile din ICD-10.

B. Tipurile de tulburare de personalitate

Tipurile se grupează, după asemănări, în trei grupe:

Grupa	Tipul (ICD-10)	Trăsăturile principale
A: „ciudat, excentric”	Paranoidă (F60.0)	Neîncredere și suspiciune; interpretează gesturile celorlalți ca ostile; poartă pică; se simte ușor jignit.
	Schizoidă (F60.1)	Retras, rece, preferă singurătatea; puțin interes pentru relații; pare indiferent la laude sau critici.
B: „dramatic, emoțional, impulsiv”	Disocială / antisocială (F60.2)	Nerespectarea regulilor și a drepturilor celorlalți, minciună, impulsivitate, agresivitate, lipsa remușcărilor.
	Emoțional instabilă (F60.3), tip impulsiv și tip borderline	Emoții intense și schimbătoare, impulsivitate, teamă de abandon, relații instabile, autovătămare (tipul borderline).
	Histrionică (F60.4)	Dorința de a fi în centrul atenției, emoții exagerate și superficiale, comportament teatral sau seducător.
	Narcisică (încadrată la alte tulburări specifice, F60.8)	Sentimentul de superioritate, nevoia de admirație, lipsa empatiei.
C: „anxios, temător”	Anankastă (F60.5)	Perfecționism, rigiditate, preocupare excesivă pentru reguli, ordine și detalii; greu de mulțumit.
	Anxioasă / evitantă (F60.6)	Teamă de critică și de respingere; evită relațiile, deși și le dorește; se simte inferior.
	Dependentă (F60.7)	Nu poate lua decizii singur, are nevoie să fie îngrijit, se teme să rămână singur, acceptă orice pentru a nu fi părăsit.

Sursa: gruparea pe trei grupe după Open RN (2025), capitolul 10; denumirile tipurilor după clasificarea ICD-10.

C. Tipurile întâlnite cel mai des în spital

Tipul borderline (emoțional instabil)

Pacienții sunt internați de obicei după o tentativă de sinucidere sau după un episod de autovătămare. Semnele principale: teama intensă de a fi abandonat; relații intense și instabile, în care aceeași persoană este idealizată, apoi respinsă; dispoziție care se schimbă în câteva ore; sentiment de gol interior; impulsivitate (cheltuieli, consum de substanțe, comportamente riscante); autovătămare repetată și furie greu de controlat. Pe secție, pacientul poate împărți echipa în „buni” și „răi”.

Tipul disocial (antisocial)

Pacientul nu respectă regulile și drepturile celorlalți, minte, manipulează, este impulsiv și poate fi agresiv; nu simte vinovăție pentru răul făcut. Are adesea un istoric de conflicte cu legea și de consum de substanțe. Pe secție poate exploata pacienții vulnerabili sau poate încerca să obțină avantaje prin flatare sau amenințări.

> **ATENȚIE · Semne care se anunță imediat medicului**
>
> Amenințări sau gesturi de autovătămare ori de sinucidere (oricât de „superficiale” par), ingestia de substanțe sau de obiecte, amenințări față de o persoană anume, agitație care nu cedează la discuție, exploatarea altor pacienți.

Mecanisme de apărare întâlnite frecvent

Mecanismele de apărare sunt modalități, în mare parte neconștientizate, prin care o persoană se protejează de emoții dureroase. Toți le folosim; la pacienții cu tulburare de personalitate ele sunt rigide și produc conflicte. Cunoașterea lor ajută echipa să nu ia personal comportamentul pacientului.

Mecanismul	Ce înseamnă	Exemplu pe secție
Clivajul (scindarea)	Oamenii sunt văzuți fie „complet buni”, fie „complet răi”, fără nuanțe.	„Asistenta de dimineață e un înger, cea de noapte e o vrăjitoare.”
Idealizare / devalorizare	Admirație exagerată, urmată brusc de dispreț.	Medicul este lăudat în prima zi și insultat în a treia.
Proiecția	Propriile sentimente sau intenții sunt atribuite altora.	Pacientul ostil spune că personalul îl urăște.
Negarea	O realitate neplăcută nu este recunoscută.	„Nu am nicio problemă cu băutura.”
Trecerea la act	Emoția este descărcată direct prin comportament, fără a fi pusă în cuvinte.	Se taie sau sparge un obiect după o ceartă.
Raționalizarea	Comportamentul este justificat cu argumente aparent logice.	„Am luat banii pentru că oricum nu-i folosea.”

Cum se manifestă pe secție fiecare grupă

Grupa	Ce observă echipa	Ce ajută
A („ciudat, excentric”)	Neîncredere, distanță, refuzul discuțiilor, interpretarea gesturilor ca ostile.	Explicații clare și oneste, respectarea distanței, consecvență, fără glume ambigue.
B („dramatic, emoțional, impulsiv”)	Crize emoționale, cereri repetate, testarea regulilor, conflicte, autovătămare, manipulare.	Reguli clare, aceleași pentru toată echipa, calm, plan de siguranță, discuții în echipă.
C („anxios, temător”)	Nevoie de reasigurare, dependență de personal, rigiditate, teamă de critică.	Încurajarea autonomiei pas cu pas, răbdare, structură previzibilă.

Comorbidități și riscuri

Tulburările de personalitate apar rareori singure. Cel mai des se asociază cu depresia, cu tulburările anxioase, cu consumul de alcool și de droguri și, mai ales la tipul borderline, cu tulburările de alimentație. Riscurile principale sunt:

- **sinuciderea și autovătămarea**, mai ales la tipul borderline, unde tentativele pot fi repetate și impulsive;
- **violența**, mai ales la tipul disocial, în special sub influența alcoolului sau a drogurilor;
- **pierderea locului de muncă, a relațiilor, a locuinței**, care întreține suferința;
- **reacția negativă a personalului** („pacient dificil”), care poate duce la o îngrijire mai slabă.

Tratamentul, pe scurt

Tratamentul de bază este psihoterapia, de lungă durată. Pentru tipul borderline s-au dovedit utile terapia dialectic-comportamentală (care învață reglarea emoțiilor și tolerarea suferinței fără autovătămare) și terapia bazată pe mentalizare. Se folosesc și terapia cognitiv-comportamentală și terapia centrată pe scheme. Nu există un medicament care să trateze tulburarea de personalitate; medicamentele se dau pentru simptome asociate (depresie, anxietate, impulsivitate), cu atenție la riscul de supradoză. Internările sunt, de regulă, scurte, pentru crize; între crize contează planul de siguranță și continuitatea terapiei în ambulatoriu.

Sursa: adaptat după Open RN (2025), capitolul 10.

Tulburare de personalitate borderline sau tulburare bipolară?

Ambele au schimbări de dispoziție și impulsivitate, de aceea sunt adesea confundate:

	Tipul borderline	Tulburarea bipolară
Schimbările de dispoziție	De la o oră la alta, declanșate de evenimente din relații	Episoade care durează zile, săptămâni sau luni
Între perioadele dificile	Instabilitatea este constantă	Pacientul poate funcționa bine între episoade
Somnul	Nu scade nevoia de somn în mod caracteristic	În manie, nevoia de somn scade mult
Teama de abandon, sentimentul de gol	Centrale	Nu sunt caracteristice

Cele două tulburări pot exista și împreună; diagnosticul îl stabilește medicul, pe baza istoricului de-a lungul timpului.

Planul de criză: un exemplu

La pacienții cu crize repetate (mai ales tipul borderline), planul de criză se scrie împreună cu pacientul, în cuvintele lui, și se păstrează în foaia de observație și la pacient.

> **Planul meu de criză (exemplu fictiv)**
>
> **Ce mă declanșează:** certurile cu partenerul, singurătatea seara, când cineva pleacă.
>
> **Semnele că intru în criză:** mă simt goală, nu mai pot sta locului, mă gândesc să mă tai.
>
> **Ce pot face singură:** respir lent zece minute, ies la plimbare, scriu ce simt, ascult muzică.
>
> **Pe cine pot suna:** sora mea, terapeuta (în programul de lucru), centrul de sănătate mintală, numărul de urgență 112.
>
> **Ce nu mă ajută:** alcoolul, să rămân singură în cameră, să caut certuri pe telefon.

Situații frecvente pe secție și răspunsul echipei

Situația	Ce se întâmplă de fapt	Răspunsul potrivit
Pacientul cere o excepție „doar de data asta”	Testarea limitelor	Regula este explicată calm și aplicată la fel de toți.
Pacientul laudă excesiv un membru al echipei și îi critică pe ceilalți	Clivaj	Situația se discută în echipă; nimeni nu acceptă rolul de „singurul bun”.
Pacientul amenință că se rănește dacă nu primește ce cere	Criză emoțională, risc real	Amenințarea se ia în serios și se anunță medicul, dar cererea nu devine automat acceptată.
Pacientul îi exploatează pe alții	Comportament disocial	Protejarea pacienților vulnerabili, reguli clare, consemnare.
Pacientul cere reasigurare permanent	Teamă, dependență	Contacte programate, încurajarea deciziilor proprii.

Reacțiile emoționale ale personalului (iritare, dorința de a „salva” pacientul, evitarea lui) sunt normale, dar trebuie recunoscute și discutate în echipă, pentru ca îngrijirea să rămână consecventă.

Cum se evaluează personalitatea

Diagnosticul de tulburare de personalitate nu se pune după o singură discuție și nici în plină criză, când comportamentul poate fi influențat de depresie, de consum de substanțe sau de stres. Medicul se bazează pe istoricul de-a lungul vieții (relații, școală, muncă, conflicte), pe informațiile de la familie, pe observațiile echipei din timpul internării și, uneori, pe chestionare și interviuri standardizate aplicate de psiholog. Observațiile obiective ale asistenților despre felul în care pacientul relaționează cu ceilalți sunt un sprijin important pentru diagnostic.

Evoluția în timp

Tulburările de personalitate sunt durabile, dar nu neschimbate. La mulți pacienți cu tip borderline, impulsivitatea și autovătămarea scad cu vârsta, mai ales după 35-40 de ani și cu ajutorul psihoterapiei, chiar dacă dificultățile din relații pot persista. Și la tipul disocial comportamentele violente tind să scadă după vârsta adultă mijlocie. Alte trăsături (suspiciunea, rigiditatea, evitarea) se modifică mai puțin. Un mediu stabil, o relație terapeutică de durată și tratarea comorbidităților îmbunătățesc evoluția.

Tulburare de personalitate sau schimbare de personalitate?

Tulburarea de personalitate este prezentă din tinerețe. Când personalitatea unui adult se schimbă brusc sau într-un timp scurt (de exemplu, un om calm devine impulsiv,

dezinhibat, iritabil sau apatic), medicul caută o cauză: un traumatism cranian, un accident vascular cerebral, o tumoră cerebrală, epilepsia, începutul unei demențe (mai ales frontotemporale), consumul de alcool sau de droguri ori o tulburare afectivă. ICD-10 descrie aceste situații separat, ca tulburări de personalitate și de comportament datorate unei boli, leziuni sau disfuncții cerebrale (F07).

Pentru asistent, întrebarea utilă este simplă: „A fost întotdeauna așa sau s-a schimbat?" Informațiile familiei despre cum era pacientul înainte ajută medicul să facă diferența.

D. Cum deosebim?

	Trăsătură accentuată	Tulburare de personalitate	Episod afectiv (depresie, manie)
Durata	Toată viața	Toată viața, din tinerețe	Săptămâni sau luni
Rigiditatea	Se adaptează la situație	Același tipar în aproape toate situațiile	Schimbare față de felul obișnuit de a fi al pacientului
Consecințele	Fără suferință importantă	Suferință, conflicte, relații distruse	Suferință pe durata episodului

E. Prezentări de caz

Citiți fiecare caz și răspundeți la întrebări. Toate cazurile sunt fictive.

> **Cazul 1. Domnișoara I.V., 23 de ani**
>
> Internată după ce a luat o cantitate mare de medicamente, imediat după o ceartă cu prietenul. Are cicatrici vechi pe antebrațe. Spune că „se simte goală pe dinăuntru" și că „toți ajung s-o părăsească". În prima zi îi spune unei asistente: „Doar tu mă înțelegi", iar a doua zi o numește „cea mai rea de aici". Dispoziția i se schimbă de mai multe ori pe zi.

Întrebări

1. Ce tip de tulburare de personalitate sugerează cazul?
2. Numiți patru semne pe care vă bazați.
3. Ce risc trebuie urmărit în permanență?

Cazul 2. Domnul S.F., 34 de ani

Internat pentru sevraj alcoolic. Are mai multe condamnări pentru furt și lovire. De la 14 ani a fugit de acasă, a abandonat școala și a avut conflicte cu toată lumea. Povestește râzând cum și-a înșelat foștii angajatori. Pe secție îi cere unui pacient vârstnic bani „împrumut" și îl amenință când acesta refuză. Spune: „Fiecare se descurcă cum poate."

Întrebări

1. Ce tip de tulburare de personalitate sugerează cazul?
2. Ce semne o arată?
3. Pe cine trebuie să protejeze echipa pe secție?

Cazul 3. Domnul D.O., 52 de ani

Internat pentru depresie. Toată viața a fost bănuitor: a schimbat multe locuri de muncă, convins că șefii și colegii „îi vor răul". Nu iartă pe nimeni care l-a jignit, chiar și cu ani în urmă. Pe secție întreabă de ce asistentele vorbesc între ele și ce scriu despre el. Nu aude voci și nu are idei bizare.

Întrebări

1. Ce tip de personalitate sugerează trăsăturile lui de-a lungul vieții?
2. Prin ce se deosebește de o tulburare delirantă persistentă?

Cazul 4. Doamna N.C., 41 de ani

Locuiește cu mama, care îi ia toate deciziile, de la haine până la serviciu. Nu poate alege nici meniul la cantină fără să întrebe pe cineva. Când mama a fost internată în spital, pacienta a intrat în panică: „Nu pot trăi singură, nu știu ce să fac." Acceptă orice i se cere, ca să nu supere pe nimeni.

Întrebări

1. Ce tip de tulburare de personalitate sugerează cazul?
2. În ce grupă se încadrează?

Cazul 5. Domnul E.B., 47 de ani

Inginer, internat pentru insomnie și anxietate. Colegii se plâng că nu termină nimic la timp, pentru că verifică de nenumărate ori fiecare detaliu și refuză să delege („nimeni nu face bine ca mine"). Acasă impune reguli stricte pentru ordine și bani. Este foarte rigid și se enervează când ceva nu merge după plan. Nu are gânduri sau ritualuri care să-l chinuie; consideră că „așa e corect".

Întrebări

1. Ce tip de tulburare de personalitate sugerează cazul?
2. De ce nu este vorba despre o tulburare obsesiv-compulsivă?

Cazul 6. Doamna L.P., 31 de ani

Vine la internare machiată strident și îmbrăcată provocator. Povestește dramatic, cu gesturi largi, despre „cea mai groaznică săptămână din viața ei", dar emoțiile par să treacă repede de la plâns la râs. Îl numește pe medicul de gardă „dragul meu" după cinci minute. Se supără vizibil când asistenta pleacă să se ocupe de alt pacient și leșină teatral pe hol, fără să se lovească.

Întrebări

1. Ce tip de tulburare de personalitate sugerează cazul?
2. Numiți trei trăsături pe care vă bazați.

Cazul 7. Domnul M.R., 27 de ani

Lucrează noaptea, într-un depozit, „ca să nu fie nevoit să vorbească cu nimeni". Și-ar dori o prietenă și prieteni, dar refuză orice invitație de teamă că va spune ceva greșit și va fi ridiculizat. Se consideră „mai prejos" decât ceilalți și este foarte sensibil la orice critică. Este internat pentru un episod depresiv.

Întrebări

1. Ce tip de tulburare de personalitate sugerează cazul?
2. Prin ce se deosebește de personalitatea schizoidă?

F. Exercițiu de recunoaștere

Pentru fiecare descriere, spuneți tipul de tulburare de personalitate.

a) Trăiește singur, nu are prieteni și nu și-i dorește; lucrează noaptea, ca paznic, și spune că „oamenii nu-l interesează".

b) Vine la consultație îmbrăcată strident, vorbește teatral, plânge și râde ușor și se supără când atenția nu este pe ea.

c) Își dorește prieteni, dar refuză orice invitație de teamă că va fi criticat sau ridiculizat.

d) Consideră că merită tratament special, că ceilalți sunt „mediocri" și se înfurie când este pus să aștepte.

e) Își schimbă brusc părerea despre oameni, de la admirație la ură, și se taie pe brațe când se simte părăsită.

G. Ce trebuie să rețină studentul

DE REȚINUT

1. Tulburarea de personalitate este un tipar rigid și durabil de gândire, emoții și comportament, prezent din tinerețe, care produce suferință și conflicte.
2. Tipurile se grupează în trei grupe: A („ciudat, excentric"), B („dramatic, emoțional, impulsiv"), C („anxios, temător").
3. În spital, cel mai des se întâlnesc tipul borderline (teamă de abandon, instabilitate, autovătămare) și tipul disocial (nerespectarea regulilor, manipulare, agresivitate).
4. Tulburarea de personalitate este constantă; episodul depresiv sau maniacal este o schimbare față de felul obișnuit al pacientului.
5. Autovătămarea și amenințările se iau întotdeauna în serios și se comunică medicului.

H. Întrebări de verificare

1. Ce trei caracteristici fac dintr-o trăsătură de personalitate o tulburare de personalitate?
2. Numiți cele trei grupe de tulburări de personalitate și câte un tip din fiecare.
3. Care tip de tulburare de personalitate se caracterizează prin teamă de abandon, relații instabile și autovătămare?
    a) Schizoidă.
    b) Anankastă.
    c) Emoțional instabilă, tip borderline.
    d) Dependentă.
4. Adevărat sau fals: Tulburarea de personalitate apare brusc, la vârsta adultă, și dispare după câteva săptămâni.
5. Numiți trei trăsături ale tulburării de personalitate disociale.
6. De la ce vârstă se pune de obicei diagnosticul de tulburare de personalitate?

LUCRAREA PRACTICĂ 6

Patologia de model deteriorativ (sindroamele demențiale)

A. Ce este demența? (ICD-10: F00-F03)

Demența este o afectare cronică și progresivă a funcțiilor cognitive (memorie, orientare, judecată, limbaj, capacitatea de a planifica), produsă de o boală a creierului. Se însoțește de schimbări de comportament și de personalitate și este suficient de severă încât să afecteze viața de zi cu zi. Apare mai ales la vârstnici, dar **nu face parte din îmbătrânirea normală**.

Uitarea obișnuită a vârstnicului	Demența
Uită uneori un nume sau o întâlnire, dar și le amintește mai târziu.	Uită evenimentele recente și nu și le mai amintește; pune mereu aceleași întrebări.
Greșește uneori la socoteli.	Nu mai poate să-și administreze banii sau să plătească facturile.
Uită ce zi este, dar își dă seama singur.	Se rătăcește pe drumuri cunoscute; nu știe în ce an sau anotimp se află.
Își caută ochelarii și îi găsește refăcând drumul.	Pune obiectele în locuri neobișnuite și îi acuză pe alții că l-au furat.

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

B. Tipurile principale de demență

Tipul	Ce o caracterizează
Boala Alzheimer (F00)	Cea mai frecventă. Începe pe nesimțite, cu uitarea evenimentelor recente, și se agravează lent și constant.
Demența vasculară (F01)	Apare după unul sau mai multe accidente vasculare cerebrale, la pacienți cu hipertensiune, diabet, boli de inimă. Se agravează „în trepte”, adesea brusc; pot exista semne neurologice (slăbiciune pe o parte a corpului, mers cu pași mici) și plâns sau râs ușor.
Demența frontotemporală (F02)	Începe mai devreme (adesea înainte de 65 de ani), cu schimbări de comportament și de personalitate: dezinhibiție, comentarii nepotrivite, apatie, mâncat excesiv. Memoria este afectată mai târziu.
Demența cu corpi Lewy (F02)	Atenția și starea de conștiență variază mult de la o zi la alta; apar halucinații vizuale bine conturate (persoane, animale), tremor, rigiditate și căderi.

C. Stadiile demenței

Stadiul	Ce vede asistentul
Ușor	Pacientul este încă autonom în multe privințe, dar are nevoie de mai mult timp și greșește la treburile complicate (bani, acte); poate fi ușor păcălit.
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.
Sever	Comunică foarte puțin, stă mai mult în pat sau în fotoliu și depinde complet de alții; apar tulburările de înghițire.

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

Simptomele comportamentale și psihologice

Pe lângă tulburările de memorie, mulți pacienți au simptome care îngreunează îngrijirea: agitație și neliniște, agresivitate verbală sau fizică, rătăcire, creșterea confuziei spre seară și noaptea („apusul de soare”), halucinații, idei de furt sau de prejudiciu, apatie, depresie, tulburări de somn. Ele sunt simptome ale bolii, nu „încăpățânare”, și pot ascunde o cauză fizică (durere, infecție, constipație, vezică plină).

Alte cauze de demență și cauzele potențial reversibile

Pe lângă tipurile principale, demența poate apărea în boala Parkinson (de obicei după mulți ani de boală), după consumul cronic de alcool, după traumatisme craniene repetate sau în unele infecții ale creierului. Foarte important: unele stări arată ca o demență, dar se pot ameliora dacă sunt tratate la timp.

Cauza	Ce poate sugera
Hipotiroidia	Lentoare, oboseală, frig, piele uscată, creștere în greutate.
Deficitul de vitamina B12	Anemie, furnicături în picioare, mers nesigur; mai ales la vârstnici și la consumatorii de alcool.
Hidrocefalia cu presiune normală	Trei semne care apar împreună: mers nesigur, cu pași mici, „lipiți” de podea; pierderi de urină; uitare.
Hematomul subdural cronic	Agravare în câteva săptămâni după o cădere, chiar banală, mai ales la cei care iau anticoagulante.
Depresia („pseudodemența”)	Pacientul se plânge el însuși că uită, răspunde „nu știu”, este trist; se ameliorează cu tratamentul depresiei.
Medicamentele	Sedativele și medicamentele cu efect anticolinergic pot agrava memoria și confuzia.

De aceea, la orice pacient cu tulburări de memorie, medicul cere analize de sânge și investigații imagistice ale creierului înainte de a stabili diagnosticul.

Tulburarea neurocognitivă ușoară

Unele persoane au tulburări de memorie mai mari decât ar fi de așteptat pentru vârsta lor, pe care le observă ele însele sau familia, dar își păstrează autonomia în viața de zi cu zi. Această stare se numește tulburare neurocognitivă ușoară (în engleză, „mild cognitive impairment"). Nu toate aceste persoane vor dezvolta o demență, dar ele trebuie urmărite periodic.

Evaluarea cognitivă

Medicul folosește teste scurte de screening: examinarea MMSE, testul desenării ceasului (pacientul desenează cadranul unui ceas și fixează acele la o oră dată) sau testul Mini-Cog. Rezultatul lor nu pune singur diagnosticul, dar arată dacă este nevoie de o evaluare completă. La fel de importantă este evaluarea autonomiei:

- **activitățile de bază ale vieții zilnice**: spălat, îmbrăcat, mâncat, mersul la toaletă, controlul sfincterelor, deplasarea;
- **activitățile instrumentale**: folosirea telefonului, administrarea banilor și a medicamentelor, cumpărăturile, gătitul, folosirea mijloacelor de transport.

Activitățile instrumentale se pierd primele, de obicei încă din stadiul ușor; cele de bază se pierd în stadiile moderat și sever. Observațiile asistentului despre ce poate face pacientul singur sunt esențiale pentru evaluare.

Simptomele comportamentale și psihologice, mai în detaliu

Simptomul	Cauze frecvente	Ce ajută
Agitația	Durere, foame, sete, vezică plină, constipație, zgomot, oboseală.	Căutarea și rezolvarea cauzei; mediu liniștit; activitate simplă.
Agresivitatea	Teamă, neînțelegerea îngrijirii, instrucțiuni prea complicate.	Explicarea fiecărui gest, un pas pe rând, amânarea îngrijirii dacă este posibil.
Rătăcirea	Mediu necunoscut, plictiseală, căutarea „casei" sau a unei persoane.	Supraveghere, plimbări însoțite, repere de orientare.
„Apusul de soare"	Oboseala de la sfârșitul zilei, lumina slabă, umbrele.	Lumină aprinsă seara, liniște, rutină, somn de zi limitat.
Halucinațiile, ideile de furt	Boala; uneori infecție, medicamente, vedere sau auz slab.	Liniștire, fără ceartă; verificarea ochelarilor, a luminii; anunțarea medicului.
Apatia	Boala, depresia asociată.	Activități simple, potrivite fostelor obiceiuri ale pacientului.
Tulburările de somn	Somn mult ziua, lipsă de activitate, durere, nevoia de a urina noaptea.	Program regulat, activitate ziua, liniște noaptea.

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

Tratamentul, pe scurt

- **Medicamentele pentru demență** (donepezil, rivastigmină, galantamină, memantină) ameliorează pentru o perioadă simptomele, dar nu opresc evoluția bolii.
- **Simptomele comportamentale** se abordează întâi fără medicamente. Antipsihoticele se folosesc doar în situații severe, pentru scurt timp: la vârstnicii cu demență cresc riscul de accident vascular cerebral și de deces.
- **Benzodiazepinele și medicamentele anticolinergice** se evită, pentru că agravează confuzia și cresc riscul de cădere.
- **În demența vasculară** contează controlul tensiunii, al glicemiei și al colesterolului și oprirea fumatului.
- **Sprijinul familiei** (informare, servicii de îngrijire la domiciliu, centre de zi) face parte din tratament.

Factorii de risc și prevenirea

Vârsta înaintată este principalul factor de risc pentru demență, dar nu singurul. Riscul este influențat și de factori care pot fi modificați:

- hipertensiunea, diabetul, colesterolul mare, obezitatea;
- fumatul și consumul excesiv de alcool;
- lipsa activității fizice și a stimulării intelectuale;
- izolarea socială, depresia;
- pierderea auzului netratată și traumatismele craniene.

Un stil de viață activ, cu mișcare, relații sociale, activități care solicită mintea și controlul bolilor cronice, poate reduce sau întârzia apariția demenței.

Aspecte etice și legale

Pe măsură ce boala avansează, pacientul își pierde capacitatea de a lua decizii despre tratament, bani sau locuință. Medicul apreciază dacă pacientul poate înțelege și decide; dacă nu, deciziile se iau împreună cu reprezentantul legal, conform legii (Legea nr. 46/2003 și Legea nr. 487/2002). Pacientul cu demență își păstrează dreptul la demnitate, la intimitate și la informare pe măsura înțelegerii lui. Imobilizarea fizică nu este o soluție pentru rătăcire sau agitație. Personalul trebuie să fie atent și la semnele de neglijare sau de abuz (vânătăi neexplicate, igienă foarte precară, teamă de anumite persoane, dispariția banilor) și să le semnaleze.

Stadiul avansat și îngrijirea de confort

În stadiul sever, pacientul nu mai comunică verbal, nu se mai deplasează și are tulburări de înghițire. Apar frecvent infecțiile respiratorii (prin aspirație) și urinare, escarele, scăderea în greutate. În această etapă, scopul principal devine confortul: controlul

durerii (pe care pacientul nu o mai poate spune, dar o arată prin agitație, gemete, grimase), alimentația atentă, adaptată înghițirii, îngrijirea pielii și a gurii, prezența familiei. Deciziile despre investigații și tratamente agresive se iau de medic împreună cu familia, ținând cont de dorințele exprimate anterior de pacient.

Comunicarea cu pacientul cu demență, pe scurt

- propoziții scurte, o singură idee pe rând, timp pentru răspuns;
- contact vizual, ton calm, numele pacientului;
- întrebări cu variante („Vreți ceai sau apă?”), nu întrebări deschise complicate;
- fără corectarea insistentă a amintirilor greșite; răspunsul la emoția din spatele cuvintelor;
- gesturi, imagini, obiecte cunoscute, care ajută înțelegerea.

Boala Alzheimer și demența vasculară: comparație

	Boala Alzheimer	Demența vasculară
Debutul	Lent, pe nesimțite	Adesea brusc, după un accident vascular
Evoluția	Agravare lentă și constantă	Agravare „în trepte”, cu perioade stabile
Primul simptom	Uitarea evenimentelor recente	Variabil: lentoare, dificultăți de planificare, tulburări de mers
Semne neurologice	Absente la început	Frecvente (slăbiciune pe o parte, tulburări de vorbire, mers cu pași mici)
Factori de risc	Vârsta, ereditatea	Hipertensiune, diabet, fumat, boli de inimă

Multe persoane vârstnice au o formă mixtă, cu trăsături ale ambelor boli.

Demența cu debut precoce

Când demența începe înainte de 65 de ani, diagnosticul este adesea întârziat, pentru că simptomele sunt puse pe seama stresului, a depresiei sau a epuizării. Pacienții sunt încă activi profesional și au familii cu copii; pierderea locului de muncă și a rolului în familie este deosebit de grea. Unele forme au o componentă ereditară.

Demența și depresia împreună

Depresia apare frecvent la pacienții cu demență, mai ales în stadiile inițiale, când își dau seama că uită și că își pierd autonomia. Se manifestă prin retragere, apatie, plâns, iritabilitate, tulburări de somn și de apetit, uneori agitație. Este ușor de trecut cu vederea,

pentru că se aseamănă cu simptomele demenței. Tratarea depresiei poate ameliora starea generală și autonomia pacientului.

Somnul în demență

Odată cu vârsta, somnul devine mai superficial și mai fragmentat, iar în demență aceste schimbări se accentuează: pacientul doarme mult ziua, se trezește de mai multe ori noaptea, se plimbă și se poate confunda, crezând că este dimineață. Treptat, ritmul zi-noapte se poate inversa complet. Tulburările de somn epuizează și familia și sunt unul dintre motivele frecvente pentru care pacientul ajunge să fie instituționalizat.

Înainte de a recurge la somnifere, care la vârstnicul cu demență cresc confuzia și riscul de cădere, se caută cauzele care pot fi corectate: durerea, nevoia de a urina noaptea, constipația, foamea, cafeaua băută seara, lipsa de activitate în timpul zilei, somnul lung după-amiaza, lumina și zgomotul din salon. Expunerea la lumină naturală dimineața, activitatea regulată în timpul zilei și un program de culcare constant ajută la refacerea ritmului zi-noapte.

D. Cum deosebim: demență, delirium sau depresie?

	Demența	Deliriumul	Depresia
Debutul	Lent, treptat (luni, ani).	Brusc (ore, zile).	Adesea relativ rapid, după un eveniment.
Evoluția	Declin constant, progresiv.	Fluctuează de la o oră la alta; mai rău seara și noaptea.	Dispoziție scăzută persistentă; adesea mai rău dimineața.
Atenția și conștiența	Normale în stadiile inițiale.	Atenție foarte scăzută; pacient agitat sau somnolent.	Concentrare scăzută, conștiență normală.
Cauza	Boală a creierului, ireversibilă.	Cauză medicală (infecție, 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

Orice schimbare bruscă față de starea obișnuită a unui pacient cu demență (devine mult mai confuz, agitat sau, dimpotrivă, somnolent; starea variază de la o oră la alta) se anunță imediat medicului: poate fi un delirium cu o cauză medicală tratabilă.

Deliriumul, mai în detaliu

Deliriumul (starea confuzională acută, ICD-10: F05) este o urgență medicală frecventă la vârstnici, mai ales la cei cu demență, după operații sau în infecții. Se descriu trei forme:

- **hiperactivă**: pacientul este agitat, smulge perfuziile, are halucinații; este ușor de observat;
- **hipoactivă**: pacientul este somnolent, liniștit, retras, răspunde greu; este adesea trecută cu vederea sau confundată cu depresia;
- **mixtă**: perioade de agitație alternează cu perioade de somnolență.

Cauzele cele mai frecvente sunt infecțiile (urinare, respiratorii), deshidratarea, medicamentele (sedative, anticolinergice, analgezice puternice), sevrajul de alcool sau de benzodiazepine, durerea, retenția de urină, constipația, lipsa oxigenului și tulburările glicemiei sau ale electroliților. Adesea acționează mai multe cauze în același timp.

DE REȚINUT · Prevenirea deliriumului

- repere de orientare (ceas, calendar, explicații), ochelarii și aparatul auditiv puse;
- hidratare și alimentație suficiente, mobilizare precoce;
- somn de noapte protejat (liniște, lumină redusă), activitate ziua;
- evitarea sedativelor fără indicație, tratarea durerii, urmărirea urinării și a scaunului;
- prezența familiei și a obiectelor cunoscute.

E. Prezentări de caz

Citiți fiecare caz și răspundeți la întrebări. Toate cazurile sunt fictive.

Cazul 1. Doamna E.P., 78 de ani

Fiica povestește că, de aproximativ trei ani, mama uită tot mai des: pune aceleași întrebări de mai multe ori pe zi, a lăsat aragazul pornit, s-a rătăcit în cartierul în care locuiește de 40 de ani. Recent o acuză pe vecină că i-a furat bijuteriile, care au fost găsite în frigider. Are nevoie de ajutor ca să se îmbrace. Nu a avut accidente vasculare cerebrale.

Întrebări

1. Ce tip de demență sugerează evoluția?
2. În ce stadiu se află pacienta?
3. Cum explicați „furtul” bijuteriilor?

Cazul 2. Domnul I.T., 74 de ani

Are hipertensiune și diabet de mulți ani și a avut două accidente vasculare cerebrale. Familia spune că „după fiecare atac a mai pierdut ceva”: întâi nu a mai putut face socotelile, apoi a început să uite numele nepoților. Merge cu pași mici, își târăște piciorul drept și plânge ușor, uneori fără motiv.

Întrebări

1. Ce tip de demență sugerează cazul?
2. Ce semne o deosebesc de boala Alzheimer?

Cazul 3. Domnul A.S., 58 de ani

Fost director de școală, adus de soție. De doi ani „nu mai este el”: face glume nepotrivite în public, a cheltuit economiile familiei pe lucruri inutile, mănâncă dulciuri în cantități mari și nu mai pare să-i pese de familie. Își amintește destul de bine evenimentele recente și știe unde se află.

Întrebări

1. Ce tip de demență sugerează cazul?
2. De ce este neobișnuit acest debut pentru boala Alzheimer?

Cazul 4. Doamna V.R., 71 de ani

De un an, familia observă că în unele zile pacienta este aproape normală, iar în altele este foarte confuză și somnolentă. Spune că vede „copii mici care se joacă în sufragerie” și îi descrie în detaliu. Are tremor de repaus, se mișcă rigid și a căzut de trei ori în ultimele luni.

Întrebări

1. Ce tip de demență sugerează cazul?
2. Numiți trei semne pe care vă bazați.

> **Cazul 5. Domnul G.B., 83 de ani**
>
> Are boala Alzheimer în stadiul moderat; de obicei este liniştit, recunoaşte personalul şi mănâncă singur. Astăzi dimineață este brusc agitat, nu ştie unde se află, smulge perfuzia, apoi adoarme şi nu poate fi trezit uşor. Are 38,4 °C, a băut foarte puțin, iar urina este tulbure.

Întrebări

1. Este aceasta o evoluție obișnuită a demenței? Argumentați.
2. Ce bănuiți și ce face asistentul?

> **Cazul 6. Domnul H.K., 75 de ani**
>
> În ultimele luni, familia observă trei schimbări: merge tot mai greu, cu pași mici, de parcă picioarele i-ar fi „lipite” de podea; nu mai ajunge la timp la toaletă și scapă urina; uită programările și numele vecinilor. Nu a avut accidente vasculare cerebrale. Medicul cere o investigație imagistică a creierului.

Întrebări

1. Ce cauză potențial reversibilă de demență sugerează cele trei semne?
2. De ce este important să fie recunoscută?

> **Cazul 7. Doamna O.F., 81 de ani**
>
> În a doua zi după o operație de șold, pacienta este neobișnuit de liniștită, doarme mult, răspunde scurt și încet, nu știe în ce zi se află și nu își amintește că a fost operată. Înainte de operație era orientată și vioaie. Asistenta din tura de noapte a notat: „Pacientă liniștită, fără probleme.” Primește un analgezic puternic, nu a urinat de dimineață și bea foarte puțin.

Întrebări

1. Ce bănuiți? Ce formă are?
2. De ce poate fi trecută cu vederea această situație?
3. Ce cauze posibile apar în caz?

F. Exercițiu de recunoaștere

Pentru fiecare situație, spuneți dacă sugerează demență, delirium sau depresie.

a) De doi ani uită tot mai mult, se rătăcește prin casă, nu mai recunoaşte vecinii; familia spune că „merge tot mai rău, încet”.

b) Era orientat ieri; azi-noapte a devenit brusc confuz, vede insecte pe pereți, iar dimineața este somnolent; are febră.

c) După decesul soției, de două luni nu mai mănâncă, plânge, spune că „nu mai ține minte nimic” şi că „nu mai are rost”; dimineața îi este cel mai rău.

G. Ce trebuie să rețină studentul

DE REȚINUT

1. Demența este o afectare cronică, progresivă şi ireversibilă a funcțiilor cognitive; nu face parte din îmbătrânirea normală.
2. Boala Alzheimer este cea mai frecventă: debut lent, cu uitarea evenimentelor recente.
3. Demența vasculară se agravează „în trepte”, după accidente vasculare cerebrale.
4. Demența frontotemporală începe cu schimbări de comportament şi de personalitate, adesea înainte de 65 de ani.
5. Demența cu corpi Lewy: fluctuații mari, halucinații vizuale bine conturate, tremor, rigiditate, căderi.
6. Deliriumul începe brusc şi fluctuează; orice schimbare bruscă la un pacient cu demență se anunță imediat medicului.

H. Întrebări de verificare

1. Adevărat sau fals: Pierderea memoriei care perturbă viața de zi cu zi este normală la bătrânețe.
2. Care este cel mai frecvent tip de demență?
    a) Demența vasculară.
    b) Boala Alzheimer.
    c) Demența frontotemporală.
    d) Demența cu corpi Lewy.
3. Ce înseamnă că demența vasculară evoluează „în trepte”?
4. Numiți trei diferențe între demență și delirium.
5. Numiți patru simptome comportamentale sau psihologice ale demenței.
6. Ce se observă în stadiul sever al demenței?

LUCRAREA PRACTICĂ 7

Alcoolismul și consumul de substanțe psihoactive

A. Sindroamele produse de consumul de substanțe (ICD-10: F10-F19)

În ICD-10, tulburările legate de consumul de substanțe au coduri între F10 (alcool) și F19 (mai multe substanțe). A patra cifră a codului arată **sindromul**, la fel pentru toate substanțele:

Sindromul	Ce înseamnă
Intoxicația acută (.0)	Modificări ale conștienței, ale comportamentului și ale funcțiilor psihice, în timpul consumului sau imediat după.
Consumul dăunător (.1)	Consum care a produs deja un rău sănătății fizice sau psihice, fără să existe dependență.
Sindromul de dependență (.2)	Dorință puternică de substanță, pierderea controlului asupra consumului, toleranță (are nevoie de cantități tot mai mari), sevraj la oprire, renunțarea la alte activități, continuarea consumului în ciuda consecințelor.
Sevrajul (.3)	Simptomele fizice și psihice care apar la oprirea sau la reducerea bruscă a consumului.
Sevrajul cu delirium (.4)	Sevraj complicat cu stare confuzională acută; pentru alcool: delirium tremens.
Tulburarea psihotică (.5)	Halucinații și idei delirante apărute în timpul consumului sau imediat după.
Sindromul amnestic (.6)	Afectarea gravă și durabilă a memoriei recente; pentru alcool: sindromul Korsakoff.

DE REȚINUT

- Termenul „alcoolism” din programă desemnează sindromul de dependență de alcool (F10.2).
- În relația cu pacientul se evită etichetele („alcoolic”, „drogat”); se spune „persoană cu dependență de alcool”.
- Consumul este adesea ascuns sau declarat mai mic; informațiile de la familie sunt importante.

B. Alcoolul

Intoxicația acută

Vorbire neclară, mers nesigur, mișcări necoordonate, dezinhibiție, uneori agresivitate. În intoxicația severă apar confuzie, somnolență până la comă, vărsături, respirație lentă și neregulată, temperatură scăzută: pacientul poate muri prin oprirea respirației sau prin aspirarea vomei.

Sevrajul alcoolic și deliriumul tremens

Faza	Când apare după ultima consumare	Semne
Sevraj necomplicat	6-24 de ore	Tremor, transpirații, neliniște, insomnie, puls rapid, tensiune crescută, greață, dorința intensă de alcool.
Halucinații de sevraj	12-24 de ore	Mai ales vizuale (insecte, animale), cu orientarea relativ păstrată.
Convulsii de sevraj	6-48 de ore	Crize convulsive generalizate.
Delirium tremens (F10.4)	72-96 de ore	Confuzie care fluctuează, dezorientare, halucinații vizuale, agitație, tremor, febră, puls foarte rapid, transpirații abundente. Urgență medicală.

Sursa: intervalele după Open RN (2025), secțiunea 14.3.

Complicațiile neuropsihiatrice ale consumului cronic

- **Encefalopatia Wernicke:** produsă de lipsa vitaminei B1 (tiamina). Semne: confuzie, mers nesigur, mișcări anormale ale ochilor. Este o urgență: netratată, poate evolua spre sindromul Korsakoff.
- **Sindromul Korsakoff (F10.6):** pacientul nu mai poate reține informații noi; „umple" golurile de memorie cu povești inventate, pe care le crede (confabulații); este dezorientat.
- **Halucinoza alcoolică (F10.5):** halucinații auditive, adesea voci care îl amenință sau îl insultă, la un pacient conștient și orientat; apare în timpul consumului masiv sau după oprirea lui.
- **Delirul alcoolic de gelozie (F10.5):** convingerea fără temei că partenerul îl înșală; risc de violență față de partener.

ANUNȚAȚI MEDICUL IMEDIAT

- respirație lentă sau pauze în respirație, pacient care nu poate fi trezit, vărsături la un pacient somnolent;
- convulsii;
- confuzie fluctuantă, halucinații, febră, puls foarte rapid, transpirații abundente (posibil delirium tremens);
- confuzie, mers nesigur și mișcări anormale ale ochilor (posibilă encefalopatie Wernicke);
- o stare care nu se ameliorează pe măsură ce trece efectul alcoolului (posibil traumatism cranian ascuns).

C. Alte substanțe psihoactive

Substanța	Intoxicația	Sevrajul	Complicații psihiatrice
Opioide (heroină, metadonă, fentanil, unele analgezice)	Pupile foarte mici, somnolență, respirație lentă; în supradoză, comă și oprirea respirației.	Neliniște, căscat, lăcrimare, nas care curge, pupile dilatate, „piele de găină”, diaree, crampe; foarte neplăcut, dar rar periculos.	Depresie; risc de supradoză după o perioadă de abstinență.
Sedative (benzodiazepine, somnifere)	Asemănătoare alcoolului: vorbire neclară, mers nesigur, somnolență.	Anxietate, insomnie, tremor; poate produce convulsii și delirium.	Dependență; pericol mare în asociere cu alcoolul sau cu opioidele.
Stimulante (cocaină, amfetamine, catinone sintetice)	Agitație, euforie, insomnie, pupile dilatate, puls rapid, febră; uneori durere toracică, convulsii.	Oboseală, somn excesiv, dispoziție depresivă, uneori idei de sinucidere.	Psihoză cu idei de persecuție și halucinații; agresivitate.
Canabis	Ochi roșii, poftă de mâncare, puls rapid; uneori anxietate și panică.	Iritabilitate, insomnie, neliniște.	Psihoză; poate declanșa sau agrava schizofrenia.
Substanțe psihoactive noi („etnobotanice”)	Compoziție necunoscută; efecte puternice și imprevizibile: agitație extremă, convulsii, comă.	Variabil.	Psihoze severe, comportament violent.

Sursa: adaptat după Open RN (2025), secțiunile 14.2 și 14.3, și EUDA (2025).

Depistarea consumului de alcool

Consumul de alcool este adesea ascuns sau minimalizat. Medicul întreabă direct, fără judecată, cât, cât de des și de când bea pacientul și dacă a avut vreodată simptome când s-a oprit. Organizația Mondială a Sănătății a elaborat un chestionar scurt de depistare, AUDIT, folosit în multe țări. Alte indicii: mirosul de alcool, tremorul de dimineață, traumatismele repetate, analize de sânge modificate (de exemplu, enzimele ficatului) și informațiile de la familie.

Complicațiile somatice ale consumului cronic

Organul	Complicații
Ficatul	Ficat gras, hepatită alcoolică, ciroză (cu ascită, icter, sângerări).
Pancreasul și tubul digestiv	Pancreatită acută și cronică, gastrită, ulcer, sângerări digestive.
Sistemul nervos	Polineuropatie (furnicături, slăbiciune în picioare), encefalopatie Wernicke, sindrom Korsakoff, demență, convulsii.
Inima și vasele	Hipertensiune, tulburări de ritm, cardiomiopatie.
Altele	Malnutriție, anemie, infecții frecvente, traumatisme, unele cancere; la femeia însărcinată, afectarea fătului (sindromul alcoolic fetal).

Beția patologică

Este o reacție rară și bruscă, apărută după o cantitate mică de alcool, care la majoritatea oamenilor nu ar produce beție: pacientul devine brusc agitat, confuz, uneori violent, fără semnele obișnuite ale intoxicației (mers nesigur, vorbire neclară). Episodul durează de obicei puțin, se termină adesea cu somn, iar pacientul nu își amintește ce s-a întâmplat.

Tratamentul dependenței de alcool, pe etape

- **Dezintoxicarea**: tratarea sevrajului (benzodiazepine, tiamină, hidratare, vitamine, la indicație), cu supraveghere atentă a semnelor vitale și a complicațiilor.
- **Menținerea abstinenței**: medicamente care reduc dorința de alcool (naltrexonă, acamprosat) sau care produc o reacție neplăcută la consum (disulfiram, numai cu acordul informat al pacientului).
- **Psihoterapia**: interviul motivațional, terapia cognitiv-comportamentală, terapia de familie.

- **Sprijinul pe termen lung**: grupurile de suport (de exemplu, Alcoolicii Anonimi), reabilitarea socială și profesională.

Recăderile sunt frecvente și fac parte din evoluția bolii; nu înseamnă că tratamentul a eșuat, ci că planul trebuie ajustat.

Dependența de opioide și de benzodiazepine

În **dependența de opioide**, pe lângă dezintoxicare, se folosește tratamentul de substituție cu metadonă sau buprenorfină, care reduce dorința de drog, riscul de supradoză și riscul de infecții (HIV, hepatite) transmise prin seringi folosite în comun. Naloxona este antidotul supradozei.

Dependența de benzodiazepine apare adesea la persoane care au primit medicamentul pentru anxietate sau insomnie și l-au folosit ani de zile. Apar toleranța (doza nu mai are efect) și sevrajul la oprirea bruscă (anxietate, insomnie, tremor și, în formele grave, convulsii și delirium). De aceea, oprirea se face treptat, după schema medicului.

Canabisul și substanțele noi, mai în detaliu

Consumul regulat de canabis, mai ales început în adolescență, crește riscul de psihoză și poate produce lipsă de motivație, scăderea performanței școlare și dificultăți de concentrare. Produsele actuale au o concentrație de substanță activă mult mai mare decât în trecut.

Substanțele psihoactive noi („etnobotanicele") sunt create pentru a imita efectele drogurilor clasice și pentru a ocoli legislația. Cele mai întâlnite sunt canabinoizii sintetici, catinonele sintetice (cu efect stimulant) și, mai nou, opioidele sintetice foarte puternice. Compoziția și doza sunt necunoscute, iar efectele pot fi imprevizibile și grave: psihoză, agitație extremă, convulsii, tulburări de ritm cardiac, comă.

Sursa: adaptat după Open RN (2025), secțiunile 14.2 și 14.3, și EUDA (2025).

Etapele schimbării

Renunțarea la o dependență nu se produce dintr-odată. Pacienții trec prin mai multe etape, iar abordarea potrivită diferă de la o etapă la alta:

Etapa	Ce spune pacientul	Ce ajută
Precontemplarea	„Nu am nicio problemă cu băutura.”	Informații neutre, fără confruntare; respect.
Contemplarea	„Poate beau prea mult, dar mă ajută să mă relaxez.”	Explorarea avantajelor și dezavantajelor consumului.
Pregătirea	„Cred că trebuie să fac ceva.”	Stabilirea unui plan concret, a unei date.
Acțiunea	„Nu am mai băut de două săptămâni.”	Sprijin, tratament, strategii pentru situațiile de risc.
Menținerea	„Sunt abstinent de un an.”	Prevenirea recăderii, sprijin pe termen lung.
Recăderea	„Am băut din nou.”	Fără judecată; analiza a ce s-a întâmplat și reluarea planului.

Asocieri periculoase

Asocierea	Riscul
Alcool + benzodiazepine sau somnifere	Sedare profundă, oprirea respirației.
Alcool sau benzodiazepine + opioide	Risc foarte mare de supradoză mortală.
Alcool + cocaină	Efect toxic crescut asupra inimii.
Stimulante + unele antidepresive	Agitație, febră, tulburări de ritm (sindrom serotoninergic).
Alcool + disulfiram	Înroșirea feței, greață, vărsături, palpitații, scăderea tensiunii.

De aceea, la orice pacient adus cu intoxicație, medicul întreabă despre toate substanțele consumate, inclusiv medicamente, iar asistentul notează ambalajele sau informațiile aduse de însoțitori.

Intoxicația acută cu alcool: gradele de severitate

Gradul	Ce se observă
Ușoară	Euforie, dezinhibiție, vorbăreț, reacții încetinite, ușoară lipsă de coordonare.
Moderată	Vorbire neclară, mers nesigur, emoții schimbătoare, iritabilitate sau agresivitate, judecată afectată.
Severă	Confuzie, somnolență, vărsături, incontinență, căderi, uneori amnezie pentru ce s-a întâmplat.
Foarte severă (comă alcoolică)	Pacientul nu poate fi trezit, respirație lentă, temperatură scăzută, risc de deces.

Toleranța diferă mult de la o persoană la alta: un consumator cronic poate părea puțin afectat la o cantitate care ar pune în pericol viața altcuiva. La orice pacient intoxicat se caută hipoglicemia, traumatismele (mai ales craniene) și consumul altor substanțe.

Familia persoanei cu dependență

Dependența afectează întreaga familie: conflicte, violență, probleme financiare, copii neglijați. Membrii familiei ajung adesea să acopere consumul, să-și asume responsabilitățile celui dependent sau să-și organizeze viața în jurul lui. Familia are nevoie de informații și de sprijin propriu (de exemplu, grupurile de suport pentru familiile persoanelor dependente, consilierea). Copiii din aceste familii au un risc mai mare de a dezvolta ei înșiși tulburări emoționale sau dependență.

Tutunul (ICD-10: F17)

Dependența de nicotină este cea mai frecventă dependență, iar la pacienții cu tulburări psihice fumatul este mult mai frecvent decât în populația generală. Fumatul scurtează speranța de viață prin boli de inimă, de plămâni și cancere. La oprirea fumatului apar iritabilitate, neliniște, anxietate, dificultăți de concentrare, poftă de mâncare crescută și dorința intensă de a fuma. Medicul poate recomanda tratamente de substituție nicotinică și sprijin pentru renunțare. Fumatul influențează și nivelul în sânge al unor medicamente psihiatrice, de aceea medicul trebuie să știe dacă pacientul fumează și dacă s-a oprit brusc.

Jocurile de noroc patologice și dependențele comportamentale

Unele comportamente pot produce o dependență asemănătoare celei de substanțe. În jocul de noroc patologic (ICD-10: F63.0), pacientul joacă repetat, din ce în ce mai mult, încearcă să recupereze pierderile, minte familia, se îndatorează și continuă în ciuda consecințelor. Apar adesea depresie, consum de alcool și gânduri de sinucidere, mai ales

după pierderi mari. Asemănător se discută și despre folosirea excesivă a jocurilor video sau a internetului.

Dependența de medicamente analgezice

Analgezicele opioide (de exemplu, tramadol, codeină) prescrise pentru durere pot produce dependență atunci când sunt folosite mult timp sau în doze mai mari decât cele recomandate. Semnele sunt cererea repetată de rețete, „pierderea" rețetelor, folosirea mai multor medici și simptome de sevraj între doze. Abordarea se face fără judecată, cu tratarea durerii și a dependenței în același timp.

Consumul de alcool la femei și la vârstnici

Femeile ajung la complicațiile alcoolului (ficat, inimă, creier) după cantități mai mici și într-un timp mai scurt decât bărbații, iar consumul este adesea ascuns din cauza stigmatului. În sarcină, nu există o cantitate de alcool considerată sigură pentru făt. La vârstnici, toleranța scade, iar alcoolul interacționează cu multe medicamente; căderile, confuzia și depresia pot fi primele semne ale unui consum problematic.

Interviul motivațional, pe scurt

Interviul motivațional este un stil de discuție care îl ajută pe pacient să-și găsească propriile motive pentru schimbare, în loc să fie convins sau certat. Pornește de la ideea că majoritatea persoanelor cu dependență sunt ambivalente: vor să se oprească și, în același timp, nu vor să renunțe la ce le aduce consumul. Principiile lui sunt:

- **empatia**: pacientul este ascultat fără judecată;
- **evidențierea discrepanței** dintre ce își dorește pacientul (familie, sănătate, serviciu) și ce produce consumul;
- **evitarea confruntării**: argumentele contrare cresc rezistența;
- **sprijinirea încrederii** pacientului că se poate schimba.

Tehnicile de bază sunt întrebările deschise („Ce vă îngrijorează în legătură cu băutura?"), afirmațiile care recunosc eforturile pacientului, reflectarea a ce a spus pacientul și rezumarea discuției. Stilul acesta poate fi folosit, în forme simple, de toți membrii echipei, nu doar de psihoterapeut.

D. Cum deosebim complicațiile alcoolului?

	Delirium tremens	Halucinoza alcoolică	Encefalopatia Wernicke	Sindromul Korsakoff
Conștiența și orientarea	Confuzie, dezorientare, fluctuante	Conștient, orientat	Confuzie	Conștient, dar dezorientat
Halucinațiile	Mai ales vizuale	Mai ales auditive	Nu sunt tipice	Nu sunt tipice
Semnul-cheie	Febră, tremor, puls rapid, transpirații	Voci amenințătoare	Mers nesigur, mișcări anormale ale ochilor	Uitarea evenimentelor recente, confabulații
Urgență?	Da	Se anunță medicul	Da	Nu, dar este o tulburare durabilă

E. Prezentări de caz

Citiți fiecare caz și răspundeți la întrebări. Toate cazurile sunt fictive.

Cazul 1. Domnul R.D., 51 de ani

Bea zilnic de 15 ani; dimineața are tremor, care trece „după primul pahar”. Spune că a încercat de mai multe ori să se oprească, dar nu a reușit. Bea acum de trei ori mai mult decât acum câțiva ani ca să simtă același efect. A pierdut serviciul și a renunțat la pescuit, care îi plăcea. Medicul de familie i-a spus că ficatul este afectat, dar continuă să bea.

Întrebări

1. Ce sindrom recunoașteți?
2. Numiți semnele pe care vă bazați.

Cazul 2. Domnul V.C., 48 de ani

Internat pentru o fractură de gambă. A declarat că „bea doar la ocazii”. În a treia noapte de internare devine confuz, nu știe unde se află, vede „șoareci pe pereți” și încearcă să-i alunge. Transpiră abundent, tremură, are 38,3 °C și puls 128/min. Soția spune că bea zilnic, de ani de zile.

Întrebări

1. Ce sindrom recunoașteți?
2. De ce a apărut abia în a treia noapte?
3. De ce este o urgență?

Cazul 3. Domnul T.M., 60 de ani

Consum îndelungat de alcool, alimentație foarte săracă. Este adus confuz, merge nesigur, cu picioarele depărtate, iar ochii i se mișcă involuntar. După tratament, starea se ameliorează, dar pacientul nu-și amintește ce a mâncat la prânz și povestește convins că „ieri a fost la pescuit cu fratele”, deși a fost internat tot timpul.

Întrebări

1. Ce complicație recunoașteți la internare?
2. Ce sindrom a rămas după tratament? Cum se numesc „poveștile” inventate?

Cazul 4. Domnul A.L., 23 de ani

Este găsit inconștient într-un parc. Are pupile foarte mici, respiră de 6 ori pe minut, iar buzele sunt albăstrui. Pe brat are urme de injectare. Prietenii spun că abia ieșise dintr-un program de dezintoxicare și „a luat cât lua înainte”.

Întrebări

1. Ce bănuiți?
2. De ce era riscul mai mare după dezintoxicare?

Cazul 5. Domnul F.N., 19 ani

Adus de prieteni după ce a consumat „etnobotanice” la o petrecere. Este foarte agitat, transpirat, cu febră și puls rapid. Spune că „cineva vrea să-l omoare” și că aude „pași care îl urmăresc”. Se luptă cu personalul.

Întrebări

1. Ce sindrom recunoașteți?
2. Ce semne fizice arată că situația este gravă?

Cazul 6. Doamna E.S., 68 de ani

Ia de opt ani un somnifer din grupa benzodiazepinelor, prescris inițial „pentru o lună". În timp a crescut singură doza, pentru că „nu mai făcea efect". Când a rămas fără medicament, după două zile a devenit foarte anxioasă, nu a mai dormit deloc, tremura, iar în a treia zi a făcut o criză convulsivă.

Întrebări

1. Ce sindrom recunoașteți?
2. Ce semne de dependență apar în caz?
3. Cum se oprește corect acest medicament?

Cazul 7. Tânărul D.C., 17 ani

Fumează canabis zilnic de doi ani. Părinții spun că și-a pierdut orice interes pentru școală și pentru sport, doarme mult, este apatic și „nu mai vrea nimic". În ultimele săptămâni a început să spună că profesorii „comunică între ei despre el prin semne" și că telefonul îi este ascultat.

Întrebări

1. Ce efecte ale consumului cronic de canabis observați?
2. Ce simptome noi trebuie anunțate medicului și de ce?

F. Exercițiu de recunoaștere

Pentru fiecare situație, spuneți sindromul (intoxicație, consum dăunător, dependență, sevraj, delirium tremens, tulburare psihotică, sindrom amnestic).

a) Un pacient conștient și orientat aude de câteva zile voci care îl amenință, după o perioadă de consum masiv de alcool.

b) O tânără bea în weekend până se îmbată; a avut deja un accident și o gastrită, dar nu are dorință de alcool și nici sevraj.

c) Un pacient tratat de ani de zile cu benzodiazepine le oprește brusc; după două zile este anxios, nu doarme și tremură.

d) Un bărbat vorbește neclar, merge clătinându-se și miroase a alcool după o petrecere.

e) Un pacient cu consum îndelungat de alcool nu-și amintește evenimentele de acum zece minute și povestește întâmplări care nu au avut loc.

G. Ce trebuie să rețină studentul

DE REȚINUT

1. Sindroamele legate de substanțe sunt aceleași pentru toate drogurile: intoxicație, consum dăunător, dependență, sevraj, sevraj cu delirium, tulburare psihotică, sindrom amnestic.
2. Dependența înseamnă dorință puternică, pierderea controlului, toleranță, sevraj, renunțarea la alte activități și continuarea consumului în ciuda consecințelor.
3. Deliriumul tremens apare la 3-4 zile după ultima consumare și este o urgență.
4. Encefalopatia Wernicke (confuzie, mers nesigur, mișcări anormale ale ochilor) este o urgență și poate lăsa în urmă sindromul Korsakoff.
5. Halucinoza alcoolică: voci amenințătoare la un pacient conștient și orientat.
6. Supradoza de opioide: pupile punctiforme, respirație lentă, comă; riscul crește după o perioadă de abstinență.
7. Stimulantele și substanțele noi pot produce psihoză, agitație extremă și febră.

H. Întrebări de verificare

1. Numiți patru semne ale sindromului de dependență.
2. Prin ce se deosebește consumul dăunător de dependență?
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. Ce sunt confabulațiile și în ce sindrom apar?
5. Prin ce se deosebește halucinoza alcoolică de deliriumul tremens?
6. Numiți trei semne ale supradozei de opioide.

Bibliografie

Lucrarea practică 1

1. Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare.
2. Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, republicată, cu modificările și completările ulterioare.
3. Normele de aplicare a Legii nr. 487/2002, 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.
5. 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.
6. 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. Capitolul 4 (Application of the Nursing Process in Mental Health Care). Disponibil la: https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/

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. Capitolul 11 (Psychosis and Schizophrenia). Disponibil la: https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/
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

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. Capitolele 7 (Depressive Disorders) și 8 (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

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. Capitolul 9 (Anxiety Disorders). Disponibil la: https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/
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. Capitolul 10 (Personality Disorders). Disponibil la: https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/
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

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). 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. Secțiunea 7.5 (depresia și demența). 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. 46/2003 privind drepturile pacientului și Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, republicată, 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) și 14.3 (Withdrawal Management/Detoxification). Disponibil la: https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/chapter/14-3-withdrawal-management-and-detoxification/
2. 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
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

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 studiile de caz, exerciții și întrebările de verificare

Lucrarea practică 1: răspunsuri și repere

Exercițiul 1

Etichete și judecăți („nervos și obraznic, ca de obicei"); lipsesc ora, faptele concrete și cuvintele pacientului; tratament administrat după refuz, fără anunțarea medicului și fără consemnarea modului; interpretare („probabil halucinează") în loc de descriere; „Somn OK" - neprecizat; rând șters cu corector; contenționare făcută fără decizia medicului și cu un motiv inacceptabil („ca să nu deranjeze"), fără ore și fără monitorizare; lipsesc data, ora și semnătura.

Exercițiul 2

a) Heteroanamneză, în anamneză (medicul; asistentul transmite informația și o consemnează cu sursa). b) Foaia de temperatură (asistentul). c) Examenul psihic (medicul psihiatru). d) Consimțământul pentru internare voluntară, anexat foii (pacientul, medicul). e) Consemnarea măsurii restrictive: decizia (medicul), monitorizarea (asistentul). f) Diagnosticul codificat CIM-10 (medicul).

Studiul de caz (repere)

1. **Surse:** de la pacient - afirmațiile lui („Nu sunt bolnav, voi sunteți cu ei"); din heteroanamneză - mama (diagnosticul cunoscut, oprirea tratamentului, insomnia), echipajul de ambulanță și poliția (spargerea vitrinei). Se notează cine a dat fiecare informație.
2. **Internare nevoluntară**, conform Legii nr. 487/2002: decizia medicului, verificarea comisiei, transmiterea la judecătorie, hotărârea instanței; informarea pacientului despre drepturi. Toate documentele în foaia de observație.
3. **Contenționarea:** motivul (lovirea unui asistent, încercarea de a pleca), medicul care a decis, ora 00:20 - ora 02:00, tipul măsurii, monitorizarea la intervalele stabilite (semne vitale, respirație, circulație la extremități, hidratare, eliminare, stare psihică), încetarea la decizia medicului.
4. **Riscuri:** agresivitate față de alții, plecare neautorizată, sinucidere (de evaluat la orice pacient cu psihoză), autoneglijare (nu a dormit, a oprit tratamentul).
5. **Nota:** „00:20 - Pacientul îl lovește cu pumnul în umăr pe asistentul X și se îndreaptă spre ușa secției. Abordat verbal, fără rezultat. 00:22 - anunțat medicul de gardă, care decide contenționarea. 00:25 - contenționare aplicată conform procedurii; monitorizare la intervalele stabilite." Data, semnătura.
6. **Vecinul:** nu primește nicio informație, nici măcar confirmarea că pacientul este internat; solicitarea se direcționează către medic.

Întrebările de verificare

1. Foaia de observație clinică generală (FOCG); fișa de spitalizare de zi (FSZ).

2. Informațiile despre pacient obținute de la alte persoane (familie, medicul de familie, ambulanță, poliție); în psihiatrie, pacientul poate să nu-și recunoască sau să nu-și poată relata simptomele.

3. Prezentarea, comportamentul și contactul, conștiența și orientarea, atenția și memoria, percepția, gândirea, afectivitatea, voința și activitatea, instinctele, conștiința bolii.

4. Fals. Își păstrează drepturile, este informat despre ele și poate contesta măsura.

5. Motivul, cine a decis, ora de început și de sfârșit, tipul măsurii, monitorizarea, evenimentele apărute, informarea medicului.

6. c.

7. Fals. Informațiile despre pacient se dau de medic, cu acordul pacientului sau în situațiile prevăzute de lege; nu la telefon unor persoane neidentificate.

8. De exemplu: „La masă a cerut a treia porție de desert și, când i s-a refuzat, a spus: «Vă reclam pe toți».”

Cazul 2

1. Ora, ce tratament a fost refuzat, cuvintele pacientei, motivul invocat, ora anunțării medicului și ce a indicat. De exemplu: „20:00 - Pacienta refuză tratamentul oral din foaia de tratament; spune: «Nu mai vreau pastile, mă fac să dorm toată ziua». 20:10 - anunțat medicul de gardă, care a discutat cu pacienta; tratamentul nu a fost administrat.” Semnătura.

2. Medicul îi explică pacientei riscurile externării; dacă pacienta își menține decizia, semnează declarația prin care își asumă răspunderea (Legea nr. 46/2003). Se completează epicriza, recomandările și scrisoarea medicală. Dacă medicul consideră că sunt îndeplinite condițiile internării nevoluntare, se aplică procedura din Legea nr. 487/2002.

3. Data, ora, medicamentul, doza, locul injectării, semnătura și data următoarei doze.

4. În inventarul bunurilor de la internare și în foaia de observație; medicamentele aduse de acasă pot fi folosite pentru o supradoză, iar riscul de sinucidere trebuie evaluat la o pacientă cu depresie.

5. Greutatea, tensiunea arterială și pulsul, scaunul și semnele unor eventuale efecte adverse ale tratamentului; refuzul tratamentului și orele de somn.

Exercițiul 3

Exemplu de notă: „15:00 - Pacienta refuză să coboare la masă; spune: «Nu merit să mănânc.» 16:30 - Găsită plângând în baie, cu o lamă de ras în mână; nu are leziuni. Lama a fost luată. Pacienta spune: «Voiam doar să se termine.» 16:40 - anunțat medicul de gardă. 16:50 - medicul a evaluat pacienta și a indicat supraveghere continuă. 18:00 - pacienta în salon, liniștită, sub supraveghere continuă; a mâncat jumătate din cină.” Data, numele și semnătura asistentului.

Lucrarea practică 2: răspunsuri și repere

Cazul 1

1. Halucinații auditive comentative („două voci care vorbesc despre el”), idei delirante de persecuție (filmat de „cei de la bloc”) și de citire a gândurilor; suspiciune față de personal. 2. Schizofrenie paranoidă (în contextul unui prim episod la un adult tânăr; diagnosticul îl pune medicul). 3. Consumul de canabis.

Cazul 2

1. Simptome negative: retragere, lipsă de inițiativă, neglijarea igienei, vorbire săracă, afect tocit. 2. Schizofrenie reziduală (după mai multe episoade, fără simptome pozitive actuale). 3. Simptomele negative fac parte din boală; pacienta nu „refuză” să facă lucruri, ci nu mai are inițiativa și energia necesare.

Cazul 3

1. Simptome catatonice (imobilitate, mutism, privire fixă, menținerea pozițiilor impuse); sugerează schizofrenie catatonică, dar catatonia poate avea și alte cauze, pe care le caută medicul. 2. Pacienta nu mănâncă, nu bea și nu se mișcă: risc de deshidratare, de malnutriție și de complicații ale imobilizării. 3. Hidratarea, alimentația, eliminarea, mobilizarea, igiena.

Cazul 4

1. Tulburare delirantă persistentă, tema de gelozie. 2. Debut la vârsta adultă, o singură temă, plauzibilă, bine organizată; fără halucinații, fără dezorganizare, fără simptome negative; funcționare păstrată în afara temei. 3. Risc de violență față de soție („o să plătească”): amenințarea se comunică imediat medicului și se consemnează.

Exercițiul de recunoaștere

a) Halucinație auditivă. b) Idee delirantă (de referință). c) Simptome negative. d) Dezorganizare a gândirii (vorbire fără legătură logică). e) Simptom catatonic. f) Idee delirantă (de influență).

Întrebările de verificare

1. La sfârșitul adolescenței sau la adultul tânăr.

2. Pozitive: halucinații, idei delirante. Negative: retragere socială, lipsă de inițiativă, afect tocit, vorbire săracă, neglijarea igienei.

3. b.

4. Fals. Halucinațiile lipsesc sau sunt rare, iar vorbirea este coerentă.

5. Persecuție, gelozie, erotomanie, grandoare, teme somatice.

6. Insomnie, retragere, neliniște, suspiciune, revenirea vocilor; adesea după oprirea tratamentului sau după consum de droguri.

7. Pentru că nu mănâncă, nu bea și nu se mișcă, cu risc de deshidratare și complicații; în plus, catatonia poate avea și cauze medicale.

8. Fals. Riscul se evaluează individual; diagnosticul în sine nu înseamnă periculozitate.

Cazul 5

1. Tulburare psihotică acută și tranzitorie (debut brusc după un eveniment stresant, tablou schimbător, remitere completă în câteva săptămâni). 2. Debutul brusc, legătura cu un factor declanșator, durata scurtă și revenirea completă la funcționarea anterioară; în schizofrenie evoluția este, de regulă, mai lungă și pot rămâne simptome negative.

Cazul 6

1. Schizofrenie hebefrenică (forma dezorganizată, cu debut în adolescență). 2. Râs fără motiv, glume nepotrivite, vorbire fără șir, îmbrăcăminte bizară, grimase și gesturi repetate, emoții nepotrivite situației.

Lucrarea practică 3: răspunsuri și repere

Cazul 1

1. Episod depresiv sever (fără simptome psihotice): insomnie cu trezire devreme, scădere în greutate, plâns, vinovăție, imposibilitatea de a lucra, agravare dimineața. 2. Tulburare depresivă recurentă (episoade repetate, fără manie sau hipomanie). 3. „Familia ar fi mai bine fără mine" - sentimentul de povară, posibilă ideație de sinucidere; se anunță imediat medicul, iar pacienta este întrebată direct despre gândurile de sinucidere.

Cazul 2

1. Episod maniacal: nevoie redusă de somn, cheltuieli pe credit, idei de grandoare, decizii impulsive (demisia), vorbire abundentă, iritabilitate, lipsa conștiinței bolii. 2. Tulburare afectivă bipolară (episod maniacal după un episod depresiv în antecedente). 3. Ruina financiară, conflicte și agresivitate, epuizare și deshidratare, comportamente riscante; refuzul tratamentului.

Cazul 3

1. Episod hipomaniacal. 2. Arată că pacienta are, de fapt, o tulburare bipolară, nu o depresie recurentă; tratamentul cu antidepresiv singur ar putea declanșa un episod maniacal.

Cazul 4

1. Episod depresiv sever cu simptome psihotice (în cadrul unei tulburări depresive recurente): refuz alimentar, lentoare, idei delirante. 2. Idei delirante de ruină și de vinovăție. 3. Refuzul alimentelor și al lichidelor (risc de deshidratare și malnutriție, mai ales la vârstnic) și risc mare de sinucidere; se anunță imediat medicul.

Exercițiul de recunoaștere

a) Episod depresiv. b) Episod maniacal (cu idei de grandoare). c) Episod hipomaniacal. d) Episod mixt.

Întrebările de verificare

1. Cel puțin două săptămâni.

2. Dispoziție tristă, pierderea plăcerii, oboseală, tulburări de somn, scăderea apetitului, vinovăție, lipsă de speranță, concentrare slabă, gânduri de moarte.

3. Hipomania are aceleași semne, dar mai ușoare și de mai scurtă durată, fără pierderea contactului cu realitatea și fără afectarea gravă a funcționării.

4. b.

5. Simptome depresive și maniacale în același timp; energia crescută împreună cu disperarea cresc riscul de sinucidere.

6. Adevărat.

7. Idei delirante de vinovăție, de ruină, de boală gravă.

Cazul 5

1. Depresie postpartum (episod depresiv apărut în săptămânile de după naștere). 2. Afirmațiile („copilul ar fi mai bine cu altcineva”, „sunt o mamă rea”) pot exprima gânduri de sinucidere sau idei delirante de vinovăție; riscul privește atât mama, cât și copilul.

Cazul 6

1. Distimie (dispoziție scăzută ușoară, cronică, de ani de zile). 2. În distimie simptomele sunt mai ușoare și continue, fără episoade depresive clar delimitate; în tulburarea depresivă recurentă există episoade depresive repetate, cu perioade de revenire între ele.

Lucrarea practică 4: răspunsuri și repere

Cazul 1

1. Atacuri de panică (debut brusc, simptome fizice puternice, teama de moarte, durată scurtă, investigații normale). 2. Tulburare de panică. 3. Agorafobie.

Cazul 2

1. Tulburare de anxietate generalizată. 2. Îngrijorarea este continuă și privește multe teme, de peste un an, cu tensiune, oboseală, insomnie și iritabilitate; nu există atacuri bruște de frică intensă.

Cazul 3

1. Tulburare de somatizare: simptome fizice multiple și schimbătoare, de cinci ani, investigații repetate normale, consultații multiple, refuzul de a accepta rezultatele, afectarea vieții profesionale. 2. În ipohondrie, pacientul este convins că are o anumită boală gravă; în somatizare, atenția este îndreptată spre simptomele multiple.

Cazul 4

1. Tulburare conversiv-disociativă, forma motorie (imposibilitatea de a merge, apărută după un stres, cu examen neurologic normal). 2. Nu: simptomele nu sunt produse voit; mișcările observate și calmul aparent sunt frecvente în această tulburare și nu dovedesc simularea; diagnosticul îl stabilește medicul. 3. Escare, rigiditate articulară, pierderea forței musculare, cheaguri de sânge (tromboză).

Exercițiul de recunoaștere

a) Anxietate generalizată. b) Conversie (afonie). c) Atac de panică. d) Somatizare. e) Conversie (amnezie disociativă).

Întrebările de verificare

1. Palpitații, senzație de sufocare, durere sau apăsare în piept, amețeală, tremur, transpirații, furnicături, greață, senzația de irealitate, teama de moarte sau de pierderea controlului.

2. Teama și evitarea locurilor din care ar fi greu de plecat sau de primit ajutor (magazine aglomerate, mijloace de transport, călătorii).

3. În anxietatea generalizată, îngrijorarea este continuă și privește multe teme; în tulburarea de panică apar atacuri bruște, scurte, de frică intensă.

4. Fals. Simptomele sunt trăite cu adevărat.

5. Tulburări motorii (paralizie, tulburări de mers), crize disociative, tulburări senzoriale (pierderea vederii, a vocii, a sensibilității), amnezie disociativă, fugă disociativă.

6. b.

Cazul 5

1. Fobie specifică de tip sânge-injecții. 2. În această fobie, după o creștere scurtă, tensiunea și pulsul scad brusc, iar pacientul poate leșina; recoltarea se face cu pacientul așezat sau culcat.

Cazul 6

1. Tulburare de stres posttraumatic. 2. Retrăirea evenimentului (coşmaruri, amintiri declanşate de zgomotul unei frâne), evitarea (nu mai urcă în maşină), starea de alertă permanentă (tresare, iritabilitate, concentrare slabă); în plus, amorţeala emoţională.

Lucrarea practică 5: răspunsuri și repere

Cazul 1

1. Tulburare de personalitate emoțional instabilă, tip borderline. 2. Tentativă de sinucidere după o ceartă (teamă de abandon), autovătămare repetată (cicatrici), sentiment de gol, idealizare urmată de devalorizare, dispoziție foarte schimbătoare. 3. Riscul de sinucidere și de autovătămare.

Cazul 2

1. Tulburare de personalitate disocială (antisocială). 2. Nerespectarea regulilor de la vârste mici, condamnări, minciună și înșelăciune povestite fără vinovăție, agresivitate, exploatarea altora. 3. Pacienții vulnerabili (vârstnici, confuzi); amenințarea se comunică medicului.

Cazul 3

1. Personalitate paranoidă (suspiciune și neîncredere de-a lungul întregii vieți, ranchiună, interpretarea ca ostile a gesturilor celorlalți). 2. Nu are o idee delirantă bine închegată, pe o temă anume, de care să fie convins în pofida dovezilor; este vorba despre un mod general, permanent, de a se raporta la ceilalți.

Cazul 4

1. Tulburare de personalitate dependentă. 2. Grupa C („anxios, temător").

Cazul 5

1. Tulburare de personalitate anankastă (perfecționism, rigiditate, preocupare pentru reguli și detalii, refuzul de a delega). 2. Pacientul nu are obsesii și ritualuri trăite ca neplăcute și nedorite; consideră comportamentul său corect.

Exercițiul de recunoaștere

a) Schizoidă. b) Histrionică. c) Anxioasă (evitantă). d) Narcisică. e) Emoțional instabilă, tip borderline.

Întrebările de verificare

1. Tiparul este rigid, durabil (din tinerețe) și produce suferință sau dificultăți importante.

2. A („ciudat, excentric"): paranoidă, schizoidă; B („dramatic, emoțional, impulsiv"): disocială, borderline, histrionică, narcisică; C („anxios, temător"): anankastă, evitantă, dependentă.

3. c.

4. Fals. Este prezentă din adolescență sau din tinerețe și durează toată viața.

5. Nerespectarea regulilor și a drepturilor celorlalți, minciună, manipulare, impulsivitate, agresivitate, lipsa remușcărilor.

6. De obicei după 18 ani.

Cazul 6

1. Tulburare de personalitate histrionică. 2. Nevoia de a fi în centrul atenției, comportament seducător și familiaritate excesivă, emoții dramatice și superficiale, reacții teatrale când atenția se mută de la ea.

Cazul 7

1. Tulburare de personalitate anxioasă (evitantă). 2. Pacientul evitant își dorește relații, dar le evită de teamă că va fi criticat sau respins; pacientul schizoid nu își dorește relații și pare indiferent la ceilalți.

Lucrarea practică 6: răspunsuri și repere

Cazul 1

1. Boala Alzheimer (debut lent, progresiv, cu uitarea evenimentelor recente, fără accidente vasculare). 2. Stadiul moderat (are nevoie de ajutor la îmbrăcat, se rătăcește, idei de furt). 3. Pune obiectele în locuri neobișnuite și nu-și amintește; convingerea că i-au fost furate este frecventă în demență.

Cazul 2

1. Demență vasculară. 2. Factorii de risc vascular, accidentele vasculare cerebrale, agravarea „în trepte" după fiecare accident, semnele neurologice (piciorul târât, mersul cu pași mici), plânsul ușor.

Cazul 3

1. Demență frontotemporală. 2. Debutează la 56 de ani, cu schimbări de comportament și de personalitate (dezinhibiție, cheltuieli, mâncat excesiv, indiferență), în timp ce memoria și orientarea sunt relativ păstrate; în boala Alzheimer, primul semn este de obicei uitarea.

Cazul 4

1. Demență cu corpi Lewy. 2. Fluctuații mari de la o zi la alta, halucinații vizuale bine conturate, tremor, rigiditate, căderi repetate.

Cazul 5

1. Nu: schimbarea este bruscă, față de starea obișnuită, cu agitație urmată de somnolență și fluctuații. 2. Delirium suprapus pe demență, probabil declanșat de o infecție urinară și de deshidratare. Asistentul măsoară semnele vitale, anunță imediat medicul, asigură supravegherea și siguranța pacientului și consemnează schimbările.

Exercițiul de recunoaștere

a) Demență. b) Delirium (debut brusc, halucinații vizuale, febră). c) Depresie (după un eveniment, dispoziție scăzută, mai rău dimineața); se evaluează și riscul de sinucidere.

Întrebările de verificare

1. Fals.

2. b.

3. Starea pacientului se agravează brusc după fiecare accident vascular cerebral, apoi rămâne relativ stabilă până la următorul.

4. Debutul (lent vs. brusc), evoluția (progresivă vs. fluctuantă), atenția și conștiența (păstrate inițial vs. afectate), reversibilitatea (ireversibilă vs. adesea reversibilă după tratarea cauzei).

5. Agitație, agresivitate, rătăcire, „apusul de soare", halucinații, idei de furt, apatie, depresie, tulburări de somn.

6. Pacientul comunică foarte puțin, nu mai merge, depinde complet de alții și înghite greu.

Cazul 6

1. Hidrocefalie cu presiune normală (mers nesigur, cu paşi mici, pierderi de urină, uitare). 2. Este o cauză potenţial reversibilă: tratamentul neurochirurgical poate ameliora simptomele.

Cazul 7

1. Delirium, forma hipoactivă (schimbare bruscă faţă de starea dinaintea operaţiei, somnolenţă, dezorientare, tulburări de memorie). 2. Pacienta este liniştită şi nu deranjează; somnolenţa poate fi pusă pe seama oboselii sau confundată cu depresia. 3. Analgezicul puternic, posibila retenţie de urină, aportul scăzut de lichide (deshidratare), intervenţia chirurgicală recentă; se anunţă medicul.

Lucrarea practică 7: răspunsuri și repere

Cazul 1

1. Sindrom de dependență de alcool (F10.2). 2. Sevraj dimineața, care trece la consum; pierderea controlului (încercări nereușite de oprire); toleranță (cantități de trei ori mai mari); renunțarea la alte activități; continuarea consumului în ciuda consecințelor (serviciul, ficatul).

Cazul 2

1. Sevraj alcoolic cu delirium - delirium tremens (F10.4). 2. Deliriumul tremens apare de obicei la 72-96 de ore după ultima consumare; internarea a întrerupt brusc consumul zilnic, ascuns la internare. 3. Febra, tahicardia, confuzia și agitația pot evolua grav fără tratament; se anunță imediat medicul.

Cazul 3

1. Encefalopatie Wernicke (confuzie, mers nesigur, mișcări anormale ale ochilor; consum de alcool și malnutriție). 2. Sindrom Korsakoff (sindrom amnestic, F10.6); poveștile inventate se numesc confabulații.

Cazul 4

1. Supradoză de opioide (pupile punctiforme, respirație foarte lentă, cianoză, inconștiență, urme de injectare). 2. După abstinență, toleranța scade, iar doza „obișnuită" de dinainte devine prea mare.

Cazul 5

1. Intoxicație cu substanțe psihoactive noi, cu tulburare psihotică (idei de persecuție, halucinații auditive) și agitație extremă. 2. Febra, transpirațiile, pulsul rapid și agitația extremă arată o intoxicație severă, cu risc de complicații grave; se anunță imediat medicul.

Exercițiul de recunoaștere

a) Tulburare psihotică - halucinoză alcoolică (F10.5). b) Consum dăunător (F10.1). c) Sevraj de benzodiazepine (F13.3). d) Intoxicație acută cu alcool (F10.0). e) Sindrom amnestic - sindrom Korsakoff (F10.6).

Întrebările de verificare

1. Dorință puternică de substanță, pierderea controlului asupra consumului, toleranță, sevraj, renunțarea la alte activități, continuarea consumului în ciuda consecințelor.

2. În consumul dăunător există deja un rău pentru sănătate, dar fără semnele dependenței (dorință puternică, pierderea controlului, toleranță, sevraj).

3. c.

4. Povești inventate, pe care pacientul le crede, cu care „umple" golurile de memorie; apar în sindromul Korsakoff.

5. În halucinoza alcoolică, pacientul este conștient și orientat și are mai ales halucinații auditive; în deliriumul tremens este confuz, dezorientat, are halucinații mai ales vizuale, febră și puls rapid.

6. Pupile punctiforme, respirație lentă și superficială, somnolență până la comă, buze și unghii albăstrui.

Cazul 6

1. Sevraj de benzodiazepine, complicat cu o criză convulsivă (în cadrul unui sindrom de dependență, F13). 2. Folosire îndelungată, creșterea dozei din proprie inițiativă, toleranță („nu mai făcea efect"), sevraj la oprire. 3. Treptat, după o schemă stabilită de medic, niciodată brusc.

Cazul 7

1. Lipsă de motivație și de interes, apatie, somn excesiv, scăderea performanței școlare. 2. Ideile de referință și de persecuție (profesorii „comunică prin semne", telefonul „ascultat") pot anunța o tulburare psihotică indusă de canabis sau debutul unei schizofrenii; necesită evaluare de specialitate.