

Ana-Cristina Bredicean

Cătălina Giurgi-Oncu

Ion Papavă



**UMFT**

Universitatea de  
Medicină și Farmacie  
„Victor Babeș”  
din Timișoara

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

– curs pentru asistente medicale –

Editura „Victor Babeș”  
Timișoara, 2020



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

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

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

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

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

## CUPRINS

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

## 1. SĂNĂTATE MINTALĂ VERSUS TULBURARE PSIHICĂ

Fiecare dintre noi ne dorim să avem sănătate mintală, însă întrebarea care se ridică este ce următoarea: ce înseamnă în viața de zi cu zi acest concept, cum îl putem defini cât mai concret și unde este limita între sănătatea mintală și tulburarea psihică? Acesta este unul dintre motivele pentru care psihiatria prezentului prezintă controverse.

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

### **Ce este normalitatea?**

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

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

- sentiment de bine;
- utilizarea sublimării ca principal mecanism de apărare;
- capacitatea de a amâna plăcerile prezente pentru altele din viitor;
- păstrarea unui sens intact al realității;
- relații interpersonale armonioase;

Aceste attribute sunt prezente atunci când vorbim despre sănătatea mintală a unei persoane, dar mai sunt și alte aspecte care țin de socialul care ne înconjoară.

În general, viața normală implică mai multe activități, cum ar fi:

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

Un alt aspect care face dificilă diferențierea dintre tulburarea psihică și sănătatea mintală, este faptul că nu există un test specific care să arate că ceva nu este în regulă. Nu există probe biologice pentru tulburarea de anxietate sau pentru depresie, ori explorări imagistice pentru schizofrenie sau pentru tulburarea bipolară.

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

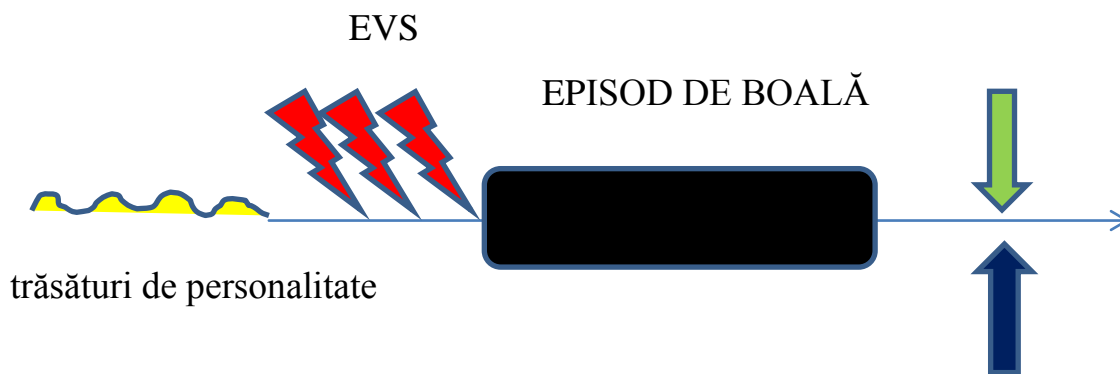
Deci, putem spune că sănătatea mintală este un concept general, care este reprezentat de o stare de bine a unei persoane, care este conștientă de propriile calități, care reușește să facă față, în viața de zi cu zi, armonios, ținând cont de ceea ce își dorește, dar și de comunitate, în general.

### **Ce este o tulburare psihică?**

În medicină se discută despre boli, iar în psihiatrie vorbim de tulburări. Tulburarea mintală trebuie privită ca o disfuncție semnificativă la nivelul gândirii, la nivel afectiv și comportamental al unei persoane, această stare patologică afectând considerabil capacitatea acestei persoane de a relaționa cu

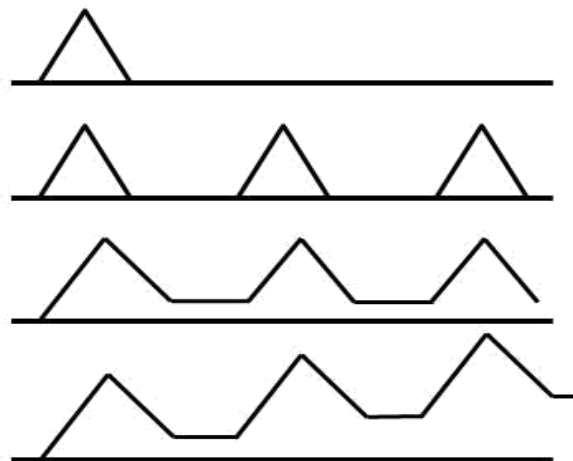
alții și de a funcționa în viața de zi cu zi. Simptomele care apar pot varia, ca durată și intensitate, de la o persoană la alta, în funcție de tipul de tulburare și de trăsăturile de personalitate a fiecăruia, precum și de momentul de viață în care se află. Aceste tulburări pot apărea la orice persoană,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

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



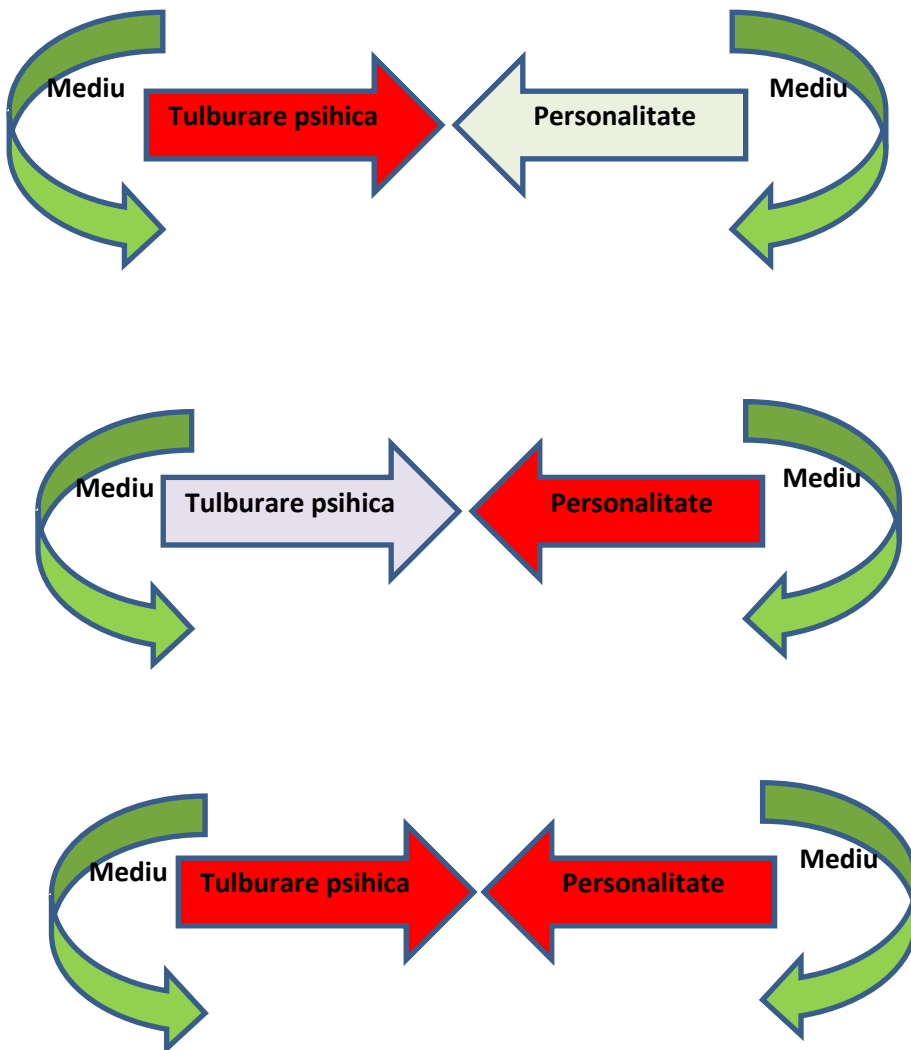
**Fig. 2 – Episod de boală**

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



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

Diagnosticul clinic se bazează pe sistemele de clasificare internațională ICD 10 sau DSM-5, putând să avem, la o persoană, mai multe diagnostice. În practica clinică vorbim foarte frecvent despre două aspecte: prezența unei patologii clinice și/sau a unei tulburări de personalitate, putând fi prezente amândouă sau fiecare, separat. De asemenea, luăm în considerare atât momentul, cât și conjunctura de viață în care se află subiectul, la acel moment.



**Fig. 4- Diagnostic clinic**

Mediul este reprezentat de mai mulți factori și are un rol important în dezvoltarea unei tulburări psihice sau a unei tulburări de personalitate. Factorii care țin de mediu sunt:

- + Genul;
- + Vârsta;
- + Încărcătura genetică;
- + Evenimente stresante de viață și boli somatice, mai ales cerebrale;
- + Abilitățile persoanei de a face față la stresori, de a rezolva probleme, de a-și face relații sociale, de a se relaxa, de a avea satisfacții și sens;
- + Rețeaua de suport social;

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

Criteriile de psihoză includ:

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

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

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

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

Nursing-ul este o noțiune foarte complexă, fiind destul de greu de definit, reprezentând practic totalitatea măsurilor de îngrijire care se acordă unui bolnav de către asistentul medical. Asistența medicală în domeniul sănătății mentale este o ramură specializată a asistenței medicale, ce are în prim plan promovarea sănătății mentale, prevenția bolilor mintale și îngrijirea pacienților cu probleme de sănătate mintală. Primele școli care au format asistenți medicali care să lucreze în psihiatrie, în centre de îngrijire a persoanelor vârstnice sau în centrele de sănătate mintală au apărut undeva la sfârșitul secolului XIX în SUA, ulterior dezvoltându-se și în Europa.

### **Rolul asistentului medical**

Asistentul medical în sănătate mintală trebuie să îndeplinească anumite roluri pe care le vom descrie mai jos.

#### **1. Oferă îngrijire profesională competentă**

Rolul de asistent medical este fundamental în toată practica medicală. Asistenții medicali din psihiatrie și domeniul sănătății mentale “intră într-un parteneriat cu pacienții și prin utilizarea științelor umane și a artei de a îngriji pacienții, dezvoltă cu aceștia o relație de ajutor” (CNA, 1997b, p. 43).  
Asistentul medical:

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

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

## **2. Administrarea și monitorizarea îngrijirilor medicale**

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

Asistentul medical în sănătatea mintală:

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

### 3. Rezolvă cu ușurință situațiile neprevăzute

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

Asistentul medical:

- ✚ Evaluează pacienții pentru riscul consumului/abuzului de substanțe psihoactive;
- ✚ Cunoaște resursele necesare gestionării unei situații de urgență psihiatrică sau medicală;
- ✚ Monitorizează siguranța pacienților pentru a depista din timp schimbări în starea pacientului și intervine în situațiile de urgență;
- ✚ Ia în considerare consecințele legale și etice în situațiile imprevizibile;
- ✚ Participă la procesul de “interviu clinic” împreună cu medicul psihiatru;
- ✚ Încurajează și ajută pacienții să caute grupuri de suport pentru ajutor reciproc și sprijin;
- ✚ Evaluează răspunsul și percepția pacientului la asistența medicală și la alte îngrijiri medicale.

## **Principiile care coordonează comportamentul asistentului medical în psihiatrie**

### **1. Bolnavul psihic este cu adevărat bolnav:**

În psihiatrie, datorită particularităților simptomatologiei clinice, există frecvent următoarele tendințe de abordare a bolnavului psihic:

- ✚ Tendința de a nu-l lua în serios, de a considera comportamentul acestuia o „comedie”. Trebuie să ne ferim de atitudini care ignoră prezența bolii, cum sunt: ironia, comportamentele represive, discursurile moralizatoare.
- ✚ Tendința de a-i „raționaliza” simptomele, de exemplu, a-i spune unui psihotic că este imposibil să comunice la distanță fără aparatură sau a-i spune unui anxios că nu are nici o rațiune teama lui, etc.
- ✚ Tendința de a considera, uneori, bolnavul psihic ca pe o persoană cu inteligență diminuată (ex. tendința de a ne adresa unor pacienți cu schizofrenie ca și cum aceștia nu ar înțelege sau ar fi surzi)
- ✚ Tendința de a nu ține cont de suferința morală a pacientului. Astfel, nu trebuie să considerăm pacienții cu schizofrenie ca fiind fără afect.

### **2. Bolnavul psihic trebuie respectat ca personalitate umană:**

- ✚ Este adevărat că, frecvent, comportamentul pacientului psihic îi conferă acestuia un aspect ridicol, umilitor. Acest aspect riscă să creeze între el și noi o situație de tipul „dominare-sumisiune”; din partea noastră o atitudine autoritară, agresivă, brutală, arbitrară; iar din partea pacientului o atitudine de supunere sau de revoltă.
- ✚ Nu trebuie să uităm că pacientul este un om care trebuie respectat.

- ✚ A avea față de el o atitudine de „distanță autoritară”, adică a avea un raport strict „administrativ”, fără implicații umane afective, este o atitudine neadecvată.
- ✚ A avea cu el raporturi afective false, adică a-l considera inferior, dându-i pedepse (pentru că este „rău”) sau recompense (pentru că este „cuminte”).

### **3. Bolnavul psihic cere un efort pentru a fi înțeles:**

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

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

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

### **Tipuri de internare**

Nursing-ul în psihiatrie are anumite particularități, spre deosebire de celelalte ramuri ale medicinei, datorită particularităților pacienților, adică a simptomatologiei clinice pe care o prezintă și, mai ales, datorită lipsei conștiinței bolii, adică a nerealizării pierderii contactului cu realitatea. Una din

consecințele acestui fapt este că în psihiatrie există două tipuri de internare: voluntară și nevoluntară.

**Internarea voluntară** se face în același mod ca și internarea în orice alt serviciu medical și pentru orice altă boală. Internarea voluntară într-un serviciu de psihiatrie se realizează cu respectarea normelor de îngrijire și a drepturilor pacientului, prevăzute de lege. Orice pacient internat voluntar într-un serviciu de sănătate mintală are dreptul de a se externa la cerere, în orice moment, cu excepția cazului în care sunt întrunite condițiile care justifică menținerea internării împotriva voinței pacientului.

**Internarea nevoluntară** se aplică numai după ce toate încercările de internare voluntară au fost epuizate și în condițiile în care un medic psihiatru abilitat, constatând că persoana suferă de o tulburare psihică, apreciază că:

- a) din cauza acestei tulburări psihice, există pericolul iminent de vătămare pentru sine sau pentru alte persoane;
- b) în cazul unei persoane suferind de o tulburare psihică gravă și a cărei judecată este afectată, neinternarea ar putea antrena o gravă deteriorare a stării sale sau ar împiedica să i se acorde tratamentul adecvat.

Internarea nevoluntară se realizează numai în spitale de psihiatrie care au condiții adecvate pentru îngrijiri de specialitate în condiții specifice și care au fost nominalizate de către Direcția de Sănătate Publică. Solicitarea internării nevoluntare a unei persoane se poate face de către:

- a) medicul de familie sau medicul specialist psihiatru care are în îngrijire pacientul;
- b) familia pacientului;
- c) reprezentanții poliției, jandarmeriei, parchetului sau ai pompierilor.

Motivele solicitării internării nevoluntare se certifică sub semnătură de către persoanele sus-menționate, cu specificarea propriilor date de identitate, descrierea circumstanțelor care au condus la solicitarea de internare

nevoluntară, a datelor de identitate ale persoanei în cauză și a antecedentelor medicale cunoscute.

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

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

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

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

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

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

## **Sistemul terapeutic**

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

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

### **Puterea decizională**

Granițele, ce se referă la modul în care informația intră în și iese din sistem. Un aspect deosebit, ce trebuie discutat, este confidențialitatea. Orice informație despre pacient trebuie să rămână în sistem. Ea poate fi dată părților sistemului, când este în interesul pacientului. Este interzis ca informația să fie dată în afara sistemului terapeutic: rude, prieteni, cunoștințe ale pacientului, cu excepția cazurilor când acesta își dă consimțământul, în sens că este de acord cu transmiterea informației; tot aici intră și interzicerea relatărilor despre pacient făcute de terapeut cunoștințelor, prietenilor săi.

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

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

### **Componentele relației terapeut – pacient (t - p)**

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

a) Rolul terapeutului:

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

Terapeutul poate fi implicat în ședințe de psihoeucație, fie individuale, fie de grup.

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

b) Rolul pacientului – rolul de „bolnav”

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

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

### **Cele mai importante drepturi ale pacienților sunt:**

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

### **Responsabilitățile pacientului includ:**

- ✚ Obligația de a căuta ajutor medical calificat;
  - ✚ Dorința pacientului de a se face bine;
  - ✚ Îndeplinirea recomandărilor medicale primite;
  - ✚ Să fie cinstit în relatarea aspectelor legate de boală și terapie.
- c) Rolul elementelor ce țin de boală
- ✚ Cuantificarea exactă a limitărilor produse de boală, elemente de care trebuie să se țină cont în relația terapeut – pacient:
  - ✚ Limitări fizice;
  - ✚ Limitări psihologice, prin disconfort subiectiv trăit de pacient;
  - ✚ Limitări profesionale;
  - ✚ Evaluarea elementelor intrapersonale – se referă la modul de reacție al pacientului (în funcție de personalitatea sa) la condiția de stres determinată de boală;
  - ✚ Evaluarea elementelor interpersonale determinate de boală;
  - ✚ Reacții disfuncționale din partea familiei (supraprotecție, rețet);
  - ✚ Modificări în relațiile cu prietenii (rețet, izolare), ce au consecințe asupra rețelei de suport social;

- ✚ Evaluarea posibilelor impedimente:
- ✚ Dificultăți financiare ale pacientului, dar și ale sistemului terapeutic;
- ✚ Incapacitatea de a înțelege boala, datorită unei deficiențe cognitive, retard mintal, neșcolarizare;
- ✚ Altă perspectivă asupra cauzalității bolii (modele sub-transculturale).

### **Modelul funcțional al relației terapeut – pacient**

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

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

- ✚ Sydenham: „Terapeutul să trateze bolnavul așa cum ar dori el să fie tratat.”
- ✚ Thilbon: „Ceea ce aștept eu de la terapeut este să fiu tratat ca om de către om.”

### **Despre dialogul terapeut – pacient**

Cele mai importante aspecte se referă la:

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

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

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

3. Să înțeleagă boala, dar și bolnavul.

Cunoștințele să fie dublate de empatie (Terapeutul se plasează în locul pacientului, înțelegându-l astfel mai bine).

4. Să insufle încredere și speranță, minimalizând frica și îndoielile.

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

6. Să abordeze o atitudine adecvată de comunicare: modelul reciproc (poziționare pe același nivel de comunicare terapeut - pacient).

Modelul relației terapeut – pacient cel mai corect este MODELUL INTERPRETATIV. Acest model înseamnă că terapeutul înțelege nevoile și dorințele pacientului, oferind cadrul terapeutic tehnic cel mai adecvat și specific bolii, dar fiind și un bun consilier pentru pacient, ținând cont de stilul de personalitate al pacientului și reacția acestuia la boală.

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

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

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

### **Atitudini și modele disfuncționale în relația terapeut – pacient**

1. Situația magică – în care terapeutul este investit cu puteri supranaturale, supraomenești, care poate totul și sigur va rezolva problema. Sunt multe situații în care rezolvarea problemei este limitată, situație în care conferirea de supraputeri aduce dezamăgire sau atitudine revendicativă.

Desigur, evaluarea corectă a expectanței pacientului în raport cu posibilitățile cere tact și experiență.

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

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

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

5. Situația paternalistă a terapeutului, care se asociază cu o atitudine submisivă a pacientului (executor pasiv). Această poziționare disfuncțională afectează actul terapeutic. Pacientul trebuie să fie un partener activ în procesul terapeutic, cu capacitatea de a prelua responsabilități pentru viața sa și de a-și exprima nevoile personale (ex. patologia nevrotică, schizofrenia).

6. Modelul informativ – în care terapeutul dă pacientului o serie de informații, mai mult sau mai puțin relevante pentru boala sa, cu o serie de detalii tehnice. Această abordare este lipsită de compasiune, nu ține cont de valorile,

nevoile pacientului, și devine impersonală. De foarte multe ori, poate să genereze anxietate pacientului.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a. Pacientul are un potențial de pericolozitate pentru sine sau pentru alții (ex. își pun propria viață în pericol prin suicid, prin nealimentare, acte de autoagresivitate sau pun în pericol viața altora prin acte de heteroagresiune, ca în cazul pacienților psihotici, suicidari, psihopați antisociali).

b. Pacientul la care judecata este grav afectată din cauza bolii, ex. psihoze, retard mental sever.

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

### 3. MODELE CONCEPTUALE

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

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

#### 3.1. Modelul psihanalitic

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

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

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

- Dezvoltarea personalității umane se desfășoară prin 5 stadii psihice înnăscute - oral, anal, falic, latent și genital. Deși aceste etape se extind pe toata durata de viață, primii 6 ani de viață determină caracteristicile personalității pe termen lung ale individului.

- Psihanaliza, descrisă de Freud, folosește asocierea liberă și analiza viselor pentru a influența reconstrucția personalității. Asocierea liberă se referă la verbalizarea gândurilor pe măsură ce apar, fără nici un screening conștient. Analiza viselor pacientului ajută la cunoașterea suplimentară a problemei și a rezistențelor sale. Astfel, visele comunică în mod simbolic zonele conflictului intrapsihic. Terapeutul încearcă apoi să ajute pacientul să își recunoască conflictele intrapsihice prin utilizarea interpretării. Pacientul este un participant activ, dezvăluind în mod liber toate gândurile, exact așa cum apar, și descrie toate visele. Prin terminarea terapiei, pacientul este capabil să își ducă viața în conformitate cu o evaluare exactă a realității externe și este, de asemenea, capabil să se raporteze la alții neînhibat de conflicte nevrotice.

Pacientul trebuie să fie un participant activ, dezvăluind liber toate gândurile, exact așa cum apar, și descriind toate visele. Psihanalistul este o persoană din umbră, în timp ce pacientului îi este sugerat să își dezvăluie toate gândurile și sentimentele, pe când analistul nu dezvăluie nimic personal.

### **Aplicabilitatea în asistența medicală**

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

### **3.2. Modelul comportamental**

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

- Tot comportamentul este învățat (adaptativ și inadaptabil);
- Tot comportamentul apare ca răspuns la un stimul;
- Ființele umane sunt organisme pasive care pot fi condiționate sau modelate să facă orice, dacă răspunsurile corecte sunt recompensate sau consolidate;
- Comportamentul inadecvat poate fi dezvățat și înlocuit cu un comportament adaptiv.
- Abaterile de la normele comportamentale apar atunci când un comportament nedorit a fost consolidat. Acest comportament este modificat prin aplicarea teoriei de învățare;

Abordarea este cea a unui elev și a unui profesor.

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

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

*Terapeutul* consolidează comportamentele dorite.

Ca elev, *pacientul* este un participant activ la procesul de terapie.

*Pacientul* practică tehnici comportamentale. Face teme și exerciții de întărire. Terapia este considerată a fi terminată, atunci când simptomele dispar.

### **Aplicabilitate în asistența medicală**

Asistentele medicale folosesc în mod obișnuit tehnici comportamentale în mai multe situații care apar la pacienții cu boli psihice . În plus, asistenții medicali care lucrează cu clienți cu dizabilități fizice, dureri cronice, dependență chimică și centre de reabilitare aplică, de asemenea, aceste tehnici.

### **3.3. Model interpersonal**

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

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

*Terapeutul* interpersonal, la fel ca psihanalistul, explorează istoria vieții pacientului. Procesul acestei psihoterapii este în esență un proces de reeducare, deoarece terapeutul ajută pacientul să identifice problemele interpersonale și apoi îl încurajează să încerce mai multe modalități de abordare a problemelor cu succes. Terapia se încheie atunci când pacientul și-a dezvoltat capacitatea de a stabili relații umane satisfăcătoare, astfel răspunzând nevoilor sale de bază.

Sullivan descrie terapeutul ca un observator participant, care nu trebuie să rămână detașat de situația terapeutică. Rolul terapeutului este de a angaja activ

pacientul, pentru a stabili încredere și a empatiza. El va crea o atmosferă de acceptare necritică, pentru a încuraja pacientul să vorbească deschis.

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

Relația în sine este menită să servească drept model al relațiilor interpersonale. Pe măsură ce pacientul se maturizează în abilitatea sa de a relaționa, el poate apoi să-și îmbunătățească și să-și lărgască celelalte experiențe de viață cu oameni în afara terapiei.

### **Aplicabilitatea în asistența medicală**

Teoria interpersonală a lui Sullivan a fost piatra de temelie a programelor de asistență medicală pentru sănătate mintală. Interacțiunea directă a asistentei medicale-pacient sau procesul interpersonal se bazează pe teoria interpersonală a lui Sullivan.

### **3.4. Modelul comunicativ**

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

Ipotezele de bază ale modelului de comunicare sunt:

- Înțelegerea sensului comportamentului se bazează pe claritatea comunicării dintre expeditor și receptor.
- Comunicarea neadecvata a informațiilor provoacă anxietate și frustrare.
- Tot comportamentul este comunicare, fie ea verbală sau non-verbală.
- Întreruperea comportamentului poate fi privită ca o perturbare a procesului de comunicare și ca o încercare de comunicare.

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

Acest lucru poate avea loc între persoane, grupuri sau familii. Modelul de comunicare este evaluat pentru prima dată și se identifică o posibilă deficiență de comunicare. Pacientul este apoi ajutat să-și recunoască propria comunicare deficitară.

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

*Terapeutul* evidențiază moduri de relaționare clară cu ceilalți.

Comunicarea non-verbală este de asemenea accentuată, în special în ceea ce privește congruența cu comportamentul verbal.

Terapeutul învață pacientul principiile unei bune comunicări.

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

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

### **Aplicabilitatea în asistența medicală**

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

## **3.5. Modelul medical**

Modelul medical domină o mare parte din îngrijirile psihiatrice moderne. Alți profesioniști din domeniul sănătății pot fi implicați în sesizări intermediare, evaluarea familiei și educație mintală, dar medicii sunt priviți ca liderii echipei atunci când acest model este în vigoare. O contribuție pozitivă a modelului medical a fost explorarea continuă a cauzelor bolilor mintale, folosind procesul științific.

Ipotezele de bază ale modelului medical sunt:

Modelul medical consideră comportamentul deviant o manifestare a unei tulburări a sistemului nervos central. Se suspectează că tulburările psihice

implică o anomalie în transmiterea impulsurilor neuronale, dificultăți la nivel sinaptic și neurochimice precum dopamina, serotonina și norepinefrina.

Se concentrează asupra diagnosticării unei boli mintale și a tratamentului ulterior bazat pe acest diagnostic.

Factorii sociali și de mediu sunt de asemenea luați în considerare în modelul medical. Aceștia pot fi fie factori predispozanți, fie precipitați într-un episod de boală.

Examinarea de către medic a pacientului include anamneza, istoricul bolii, istoric de viață, istoric medical, examen somatic și examinarea stării mentale. Datele suplimentare pot fi colectate de la aparținători, iar înregistrările medicale anterioare sunt analizate din istoricul medical al pacientului. Apoi este formulat un diagnostic preliminar în așteptarea unor studii diagnostice suplimentare și observarea comportamentului pacientului. După formularea diagnosticului se instituie tratamentul.

Medicul ca vindecător, identifică boala pacientului și instituie un plan de tratament. Medicul internează pacientul într-o instituție de psihiatrie.

Rolul pacientului implică admiterea că are o problema de sanatate mintala. Asistenții administrează regimul terapeutic prescris și raportează efectele terapiei medicului.

### **Aplicabilitatea în asistența medicală**

Asistenta care lucrează cu probleme de sănătate mintală folosește acest model pentru evaluare, diagnostic, planificare și implementare de îngrijire medicală la pacient. Acest model îi ajută pe asistenții de sănătate mintala să înțeleagă schimbările fiziologice care apar din cauza tulburărilor psihiatrice.

### **3.6. Modelul nursingului**

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

Comportamentul este privit ca un continuum de la răspunsuri adaptive sănătoase la răspunsuri inadaptive care indică boala. Fiecare individ este predispus să răspundă la evenimentele de viață în moduri unice. Aceste predispoziții sunt biologice, psihologice, socioculturale și au legătură cu experiențele trecute ale persoanei.

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

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

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

### **Aplicabilitatea în asistența medicală**

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

### 3.7. Modelul holistic

Viziunea holistică asupra pacientului, adică corpul și sufletul sunt văzute ca nedespărțite, iar pacientul privit ca un membru al unei familii și al unei comunități, a fost esențial în concepția “Nightingale” privind asistenta medicală. Scopul principal al asistentei este de a ajuta clienții să dezvolte strategii pentru a fi în armonie cu sine și cu ceilalți, cu natura și lumea înconjurătoare.

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

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

- Dimensiunea fizică implică tot ceea ce este asociat cu corpul său, atât intern cât și extern.

- Dimensiunea emoțională constă în stări și sentimente afective.

- Dimensiunea intelectuală include următoarele funcții: atenție, memorie, învățare și cogniție.

- Dimensiunea socială se bazează pe interacțiunea și relațiile sociale, mai mult conceptul global de cultură.

- Dimensiunea spirituală este acel aspect al unei persoane din care este determinat sensul în viață prin care este posibilă transcendența asupra obișnuitului.

- **A doua premisă** a filozofiei de îngrijire holistică este aceea că mediul aduce contribuții semnificative la natura existenței unui individ. Mediul fiecărei persoane este format din mai mulți factori care influențează calitatea vieții persoanei respective. În consecință, oamenii nu pot fi înțeleși pe deplin fără a ține cont de factori de mediu, precum relațiile de familie, cultura și mediul

înconjurător. Indivizii interacționează cu mediile lor unice prin toate dimensiunile.

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

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

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

### **Aplicabilitatea în asistența medicală**

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

## 4. PERSONALITATEA

### 4.1. Caracteristici generale

Când vorbim despre o persoană folosim adjective cum ar fi leneș sau conștiincios, cu ajutorul cărora descriem trăsăturile acelei persoane sau folosim substantive și spunem că este chiulangiu sau este obsedat de muncă, încadrând persoana în categoria din care face parte, pornind de la utilitatea acestor cuvinte, etichete în psihiatrie, s-au descris anumite tipare de personalitate care au fost observate în practica clinică.

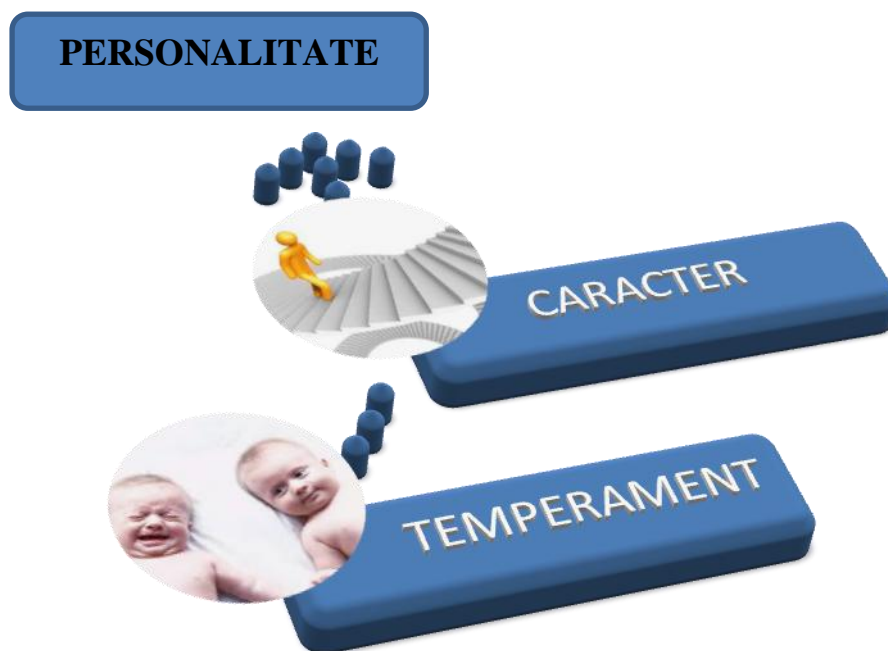


Fig. 1- Dezvoltarea personalității

#### 1.1. Tipuri de personalitate

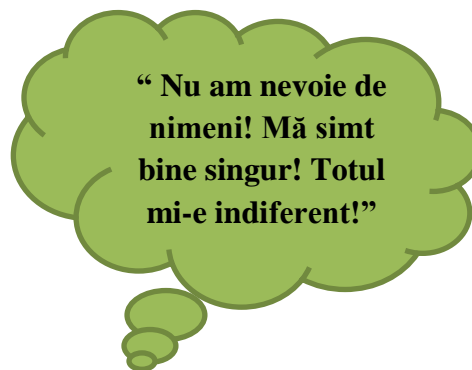
### **Tulburarea de personalitate de tip paranoid**

- un tipar al neîncrederii și suspiciunii așa încât motivele celorlalți sunt considerate răuvoitoare;



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

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



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

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



### Tulburarea de personalitate de tip histrionic

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



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

- un tipar al desconsiderării drepturilor celorlalți



### Tulburarea de personalitate de tip anankast

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



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

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



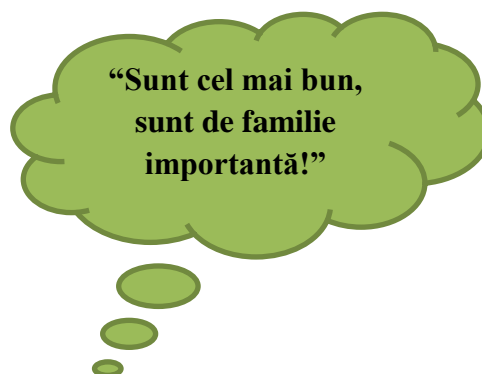
### **Tulburarea de personalitate de tip dependent**

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



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

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



## 4.2. Îngrijirea pacientului cu tulburare de personalitate

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

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

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

Rolul pe care îl are asistenta medicală este unul de relaționare cu acești pacienți și de stabilire a unei alianțe terapeutice bazate pe încredere, de susținere a lor pentru încadrare în demersul terapeutic. Relaționarea se realizează diferit în funcție de tipul de tulburare de personalitate.

#### Relaționarea cu tulburarea de personalitate paranoidă

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

#### Relaționarea cu tulburarea de personalitate schizoidă

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

#### Relaționarea cu tulburarea de personalitate borderline

- ✚ Încurajarea unui mod sănătos de eliberare a emoțiilor dureroase;
- ✚ Trebuie învățat să nu se învinovățească pentru lucruri asupra cărora nu avem control;
- ✚ Realizarea unei relații terapeutice adecvată fără foarte multe apropieri
- ✚ Discutarea problemelor legate consumul de substanțe

### Relaționarea cu tulburarea de personalitate histrionică

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

### Relaționarea cu tulburarea de personalitate antisocială

- ✚ Primul aspect este acela de a construi o alianță terapeutică solidă;
- ✚ Trebuie să conștientizați că acești pacienți nu stabilesc relații interumane oneste;
- ✚ Este important în procesul terapeutic de a încerca dezvoltarea abilităților sociale necesare unei funcționări sociale.

### Relaționarea cu tulburarea de personalitate narcisică

- ✚ În timpul discuției trebuie evitată intrarea în competiție cu ei;
- ✚ Nu este indicat a-l critica deoarece prin critică el va încerca întotdeauna să se apere;
- ✚ Dialogul cu o persoană narcisică este dificil deoarece se așteaptă la atenție, privilegii, fără a se simți obligat la reciprocitate;
- ✚ Relația terapeutică necesită un consum extraordinar de mare de energie și de muncă, întrucât are nevoie constantă de suport și de apreciere; niciodată nimic nu este suficient pentru ei și vor căuta validarea în toate modurile posibile.

### Relaționarea cu tulburarea de personalitate perfecționistă

- ✚ Dialogul cu aceste persoane este bine să se desfășoare la modul serios fără glume, fără alte afirmații neadecvate deoarece ei nu au simțul umorului;

- + Alianța terapeutică se poate realiza dacă se dezvoltă sentimentul de încredere;
- + Este de preferat să li se explice clar ce au de făcut, iar schimbările să fie mici deoarece ei au un grad mare de rigiditate.

#### Relaționarea cu tulburarea de personalitate dependentă

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

#### Relaționarea cu tulburarea de personalitate anxios evitantă

- + Trebuie respectat termenul stabilit cu ei;
- + Securizare permanentă;
- + Folosiți un umor binevoitor pentru a-l relaxa.

## 5. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR EXPUSE LA STRES SEVER

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

- ✚ evenimente stresante repetitive;
- ✚ patologie psihiatrică anterioară;
- ✚ trăsături de personalitate de model hiperexpresiv, narcisic;

### **Reacția acută la stres**

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

### **Tulburarea de adaptare**

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

### **Tulburarea de stres posttraumatic**

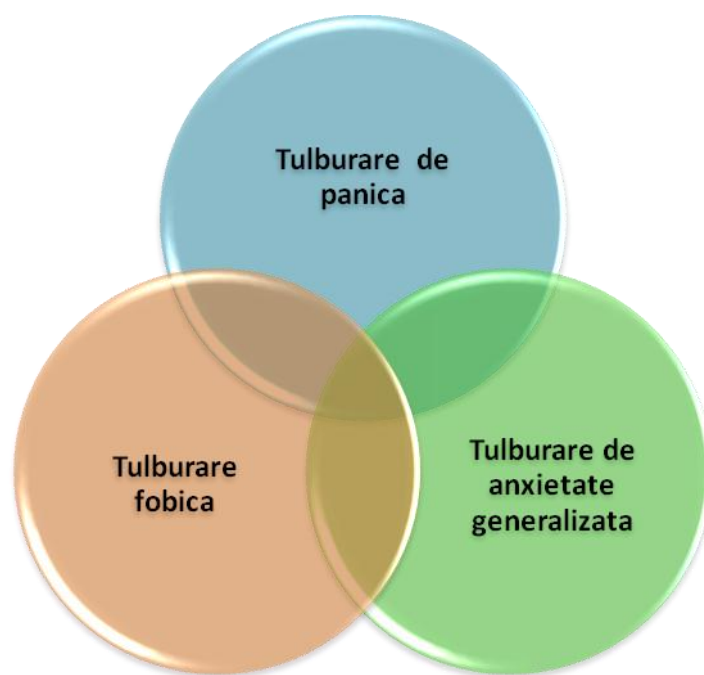
Îngrijirea unei persoane cu tulburare de stres posttraumatic presupune discuții și ascultare empatică despre eveniment, o atitudine pozitivă și încurajatoare cu privire la viitor.

## 6. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE ANXIOASĂ

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

Anxietatea patologică se caracterizează prin faptul că:

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



**Fig. 1 - Tulburări anxioase**

### **Nursingul persoanei cu patologie anxioasă**

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

## MANAGEMENTUL STRESULUI

Stresul este interacțiunea dintre persoană și mediu, cu consecințe psihice, corporale și comportamentale.

În fața stresului se produce:

- O reacție de alarmă – cu iritabilitate și hipersensibilitate
- O creștere a rezistenței (dependentă mult de tipul de personalitate și suportul emoțional)
- Apariția unei stări de epuizare (mai ales prin persistența stresului).

În cazul unui pacient care este spitalizat, pe lângă cota de stres deja existentă (prin cumul de evenimente, prin boală), se adaugă și stresul legat de spitalizare.

### Etape importante

#### 1) Identificarea modului în care fiecare persoană percepe stresul

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

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

#### 2) Puncte cheie de acțiune:

- Recunoașterea momentului în care apare evenimentul stresant; se evită astfel discuțiile generale care nu focalizează pe problemă.

- Recunoașterea semnificației pe care o are acest moment: semnificație dependentă de perioada de viață în care se află pacientul, de contextul emoțional și de suportul social pe care îl are pacientul.

- Analiza schimbărilor și a consecințelor pe care le poate antrena stresul; se analizează atât pe direcția negativă, dar și pe cea pozitivă (care de multe ori există, dar este mai greu de găsit de către pacient)

- Se punctează faptul că momentul, indiferent de consecințele sale, face parte din viață, care continuă, nu se oprește.

- Se face un inventar al modalităților de adaptare ce ar putea fi luate în calcul cu toate avantajele și dezavantajele ce ar putea să apară.

- Trebuie învățat pacientul să nu se pripească în a lua decizii

- Conștientizarea faptului că nu este singur și că au mai „trecut și alții pe acest drum”

3) Relația stres – conflict – este o relație de cele mai multe ori circulară, în care unul se determină pe celălalt.

Medierea conflictului se realizează prin negociere pe baza principiului neutralității.

4) Modalități de coping (de abordare, de luptă) cu stresul

- Discuția cu o persoană cu care pacientul se simte confortabil, în care are încredere. Asistenta medicală poate fi o astfel de persoană.

- În discuție se focalizează pe autodisciplină:

- Toată lumea trebuie să învețe să suporte o cotă parte de stres (face parte din viață)

- Abordează problema cu umor (atenție însă la situațiile ce implică risc vital sau pierdere umană)

- Preia noi responsabilități (în ciuda faptului că există tendința la demisie), pentru a vedea noi aspecte ale vieții cu care pacientul nu s-a confruntat încă

- Antrenează independența pentru a evita dependența (de persoane, de droguri)

- Se încurajează exprimarea sentimentelor unui pacient cu mari dificultăți în acest sens (nu știu să se exprime, le este teamă, jenă să se exprime). Verbalizarea sentimentelor este o bună metodă de catharsis (descărcare) ce aduce ușurare pacientului.

- Se descurajează tendința de retragere care există de foarte multe ori. În multe situații există un grad de opunere din partea pacientului, care poate fi depășit prin discuții repetate și motivare.

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

### **Managementul anxietății**

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

#### **Tehnici cognitive**

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

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

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

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

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

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

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

- Se discută argumente și contraargumente
- Se generează alternative noi

- Se face o reevaluare față de momentul index (de obicei scorurile sunt mai bune)
  - Se analizează impactul acestei noi viziuni asupra stării generale și asupra funcționalității pacientului.
2. Motivația pentru schimbare – după principiul „dacă faci tot ce ai făcut, te vei simți tot cum te-ai simțit”
- Se dau teme concrete, în pași mărunți, cu grad de dificultate crescândă, pentru a doua zi. Antrenamentul implică o participare activă a pacientului (de obicei există tendințe la pasivitate - „altul să facă pentru mine”).

### **Tehnici comportamentale**

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

- Ajuți pacientul să-și structureze ziua, printr-un program bine stabilit („când nu faci nimic – faci anxietate”).

### **Psihoeducație**

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

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

Aceste tulburări erau tradițional reunite sub sintagma „nevroză histerică”.

Deși simptomatologia în cazul tulburărilor conversive și chiar disociative sugerează o afecțiune somatică, determinismul tulburărilor conversive și disociative este psihosocial, ele fiind rezultatul unei pulsioni refulate.

Ambele tipuri de simptome (conversive și disociative) nu sunt produse conștient de pacient, ele fiind diferite de simulare. Lipsa unor simptome asociate, de tipul anxietății sau tensiunii intrapsihice create de prezența simptomatologiei conversiv-disociative, determină aspectul de “la belle indifférence”, pacientul manifestând o aparentă indiferență față de suferința sa.

### **Tulburările somatoforme**

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

### **Nursingul pacientului cu tulburare conversivă și somatoformă**

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

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

După ce se stabilește o anumită relație de încredere cu pacientul, trebuie încercată o abordare mai directă, punând pe pacient să identifice o cauză stresantă care ar fi putut duce la o posibilă somatizare (recentă sau în curs de desfășurare).

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

Apoi putem aduce în discuție relația simptom-problemă.

Trebuie să fim atenți la aspecte precum manipulare și hiperdramatizare din partea clientului/pacientului.

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

Îi explicăm pacientului că poate câștiga atenția celor din jur și fără să somatizeze; trebuie să fie mai responsabil și să facă față factorilor stresanți. Să nu se permită pacientului să fugă de responsabilități sau să aștepte privilegii speciale (ex. Statul în pat în caz de un disconfort somatic și în acest fel să fugă de unele sarcini).

### **Exprimarea sentimentelor emoționale**

- să recunoască relația dintre stres /coping și simptome fizice.
- să țină un jurnal cu situații, apariția simptomelor și indentificarea relației tensiune/anxietate.
- să limiteze timpul petrecut pe probleme fizice, câștigurile primare și secundare.

### **Strategii de adaptare**

- strategii de adaptare axate pe emoție, cum ar fi tehnici de relaxare, respirație profundă, imagini ghidate și distracție.
- strategii de adaptare axate pe probleme, cum ar fi rezolvarea problemelor și jocuri de rol.

### **Tulburarea obsesiv-compulsivă**

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

### **Nursingul în tulburarea obsesiv compulsivă**

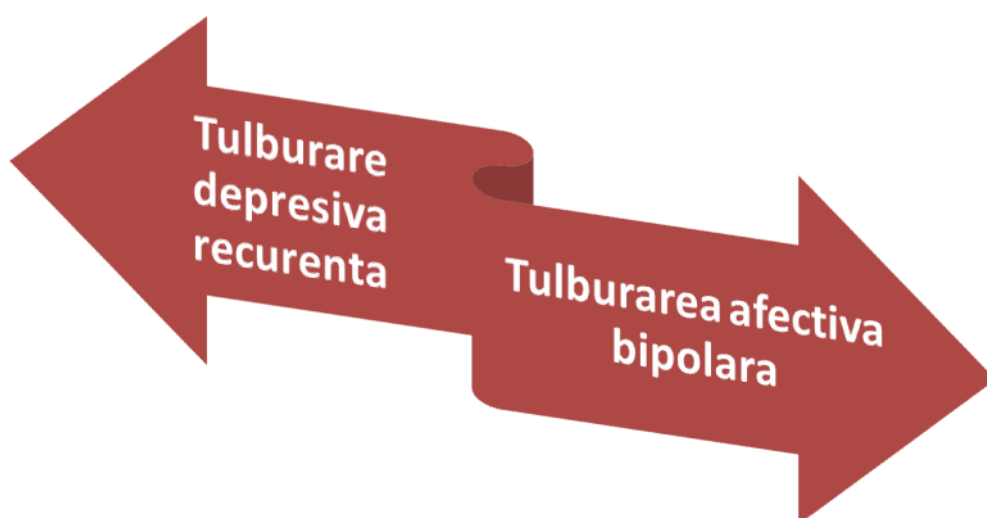
Asistentele trebuie să aibă răbdare cu pacienții cu o astfel de patologie datorită nehotărârii, rigidității acestora. Asistenta trebuie să-i ajute în demersul luării unei decizii și finalizării proiectelor. În loc de îndeplinirea perfecțiunii, pacienții\clienții pot stabili un set de obiective concrete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

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

## 8. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE AFECTIVĂ

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

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



**Fig 1. Tulburări afective**

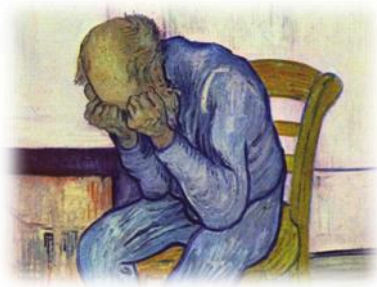
### **Tulburarea depresivă recurentă (tulburarea monopolar depresivă)**

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

### **Tulburarea afectivă bipolară**

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

## Nursingul pacientului depresiv



La baza relaționării cu pacientul depresiv există patru principii:

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

Se recomandă evitarea situațiilor care să impună activarea acestora.

2. În momentul prezent nu este important ceea ce faci, ci de a fi împreună. ”. „Eu te ajut, te sprijin, indiferent de cine ești și ce faci”.
3. Este foarte importantă focalizarea pe testarea realității. Pacientul depresiv are frecvent scheme cognitive disfuncționale care generează gânduri automate de genul: „nu știu, nu pot să fac nimic, nu sunt bun de nimic, nimeni nu are nevoie de mine”. Împotriva acestora trebuie venit cu contraargumente și realizarea de bilanțuri care să îi ofere acestuia perspective și alternative noi.
4. Realizarea unei relații contractuale care să se focalizeze pe angajarea activă a pacientului în terapie, principiul sincerității și contract „fără suicid” – adică „dacă sunteți aici, înseamnă că doriți să fiți ajutat”

Intervenția asistentelor trebuie să denote colaborare.

Focusarea trebuie să se realizeze asupra pacientului/clientului - indicații despre persoană, timp și loc (chemarea pe nume a pacientului, cunoașterea numelor asistenților și a locului de către pacient/client, s.a.)

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

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

De obicei se vor folosi aceleași persoane pentru tratarea pacienților/clientilor.

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

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

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

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

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

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

Când se comunică cu pacientul/clientul se vor folosi propoziții scurte și directe și se vor evita propoziții complexe și indicații. Stimulii pacientului/clientului de a percepe complexitatea sunt slăbiți. Evitarea întrebărilor către pacient/client care pot avea un răspuns simplu și concret.

Având astfel de răspunsuri pacientul/clientul poate fi descurajat prin a-și exprima sentimentele.

A nu se întrerupe comunicarea cu fraze motivaționale de genul: "nimeni nu o să moară", sau "vei fi bine".

A nu se deprecia sentimentele pacientului/clientului. Acceptarea sentimentelor pacientului/clientului ca și realitate oferindu-i suport pentru exprimarea sentimentelor în special celor greu de exprimat cum ar fi furia. Asistentul poate fi derutat de exprimarea sentimentelor pacientului/clientului - dacă se va întâmpla asta, este foarte important ca asistentul să vorbească cu alți membrii decât să-i împărtășească direct sau indirect pacientului/clientului. Proclamarea sentimentelor va fi necorespunzătoare și dăunătoare.

Încurajarea pacientului/clientului să-și exprime sentimentele verbal sau nonverbal, cum îi este lui mai confortabil. Pacientul/clientul trebuie să știe că este ascultat și acceptat de către asistent/a.

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

În mod inerent, sentimentele nu sunt bune sau rele. Asistentul nu este un critic sau judecător, iar pacientul/clientul trebuie să știe asta. Pacientul/clientul poate să plângă și dacă nu o face poate fi încurajat. Se acordă însoțirea pacientului/clientului dacă acesta dorește.

Se oferă intimitate pacientului/clientului dacă acesta este în siguranță. Plânsul este o metodă bună de a exprima sentimentele de supărare, disperare sau inutilitate. Pacientul/clientul ar putea să nu se simtă confortabil să plângă și atunci are nevoie de încurajare și intimitate.

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

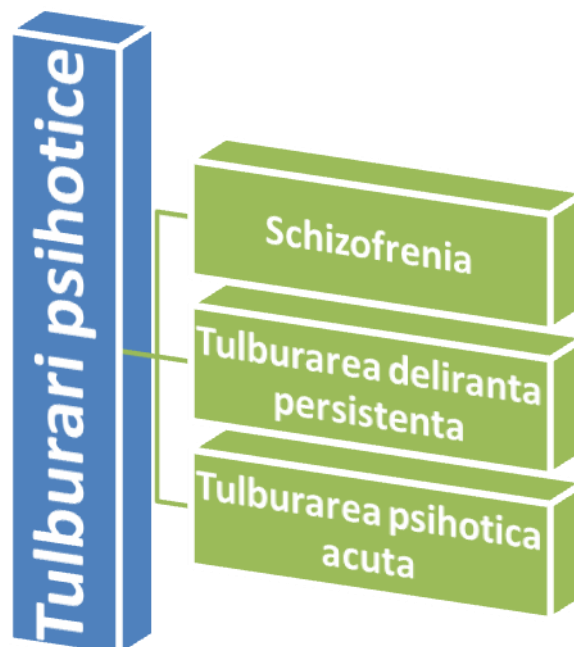
## Nursingul pacientului cu manie



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

## 9. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU TULBURĂRI PSIHOTICE

Per ansamblu tulburările psihotice reprezintă un grup de perturbări psihice grave ca intensitate în cadrul cărora, pentru subiect, este intens modificată percepția, înțelegerea și reprezentarea lumii și a sinelui. Din punct de vedere semiologic psihoza se referă la prezența delirului, a halucinațiilor, a absenței conștiinței bolii. În cadrul psihozei avem perturbarea profundă a relației psihoticului cu realitatea.



**Fig 1. Tulburări psihotice**

### Îngrijirea persoanelor cu patologie psihică

#### Evaluare

- care sunt problemele pacientului și la ce nivel de expresivitate psihică?
- halucinații, delir, negativism, agitație, ostilitate, necomplianță, dificultăți de îngrijire, dificultăți de interacțiune socială, dificultăți de angajare în activități.

Observă pacientul:

- comportament (față de personalul medical și față de ceilalți pacienți)
- efecte secundare ale medicației
- tendința de disimulare a pacientului
- încercați să comunicați cu pacientul, fiți sincer și onest; luați în serios pacientul
- evitați remarcile vagi sau evazive
- fiți consecvenți în stabilirea așteptărilor, respectiv aplicarea normelor
- nu faceți promisiuni pe care nu le puteți păstra; încercați să luați în serios iluziile pacientului și să nu râdeți de acesta
- încurajați clientul să vorbească, nu îl forțați pentru a scoate informații
- explicați procedurile care urmează să le efectuați, respectiv asigurați-vă că pacientul a înțeles aceste proceduri
- încercați să dați un feedback pozitiv pentru succesele pacientului (oferiți recompense pentru eforturile pozitive, recunoașteți și sprijiniți realizările acestuia ex. proiecte finalizate, interacțiuni sociale...)

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

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

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

Empatizați cu pacientul; are nevoie de prezența și acceptarea dumneavoastră, dar și din partea familiei. Familia trebuie să cunoască și să înțeleagă boala, să o accepte și să aibă o atitudine benefică, sanogenetică.

Nu judecați sau depreciați clientul. Nu glumiți pe seama iluziilor.

Niciodată să nu lăsați clientul să creadă că acceptați iluziile ca pe o realitate; pe măsură ce clientul începe să aibă încredere în dumneavoastră, începeți să puneți la îndoială iluziile acestuia. Nu vă certați, doar spuneți punctul de vedere.

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

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

Asistați pacientul din punct de vedere al îngrijirii și igienei personale.

Încercați să stimulați expresia emoțională prin exerciții simple („**ce simți când te întâlnești cu un prieten, când îți vezi mama, copilul etc.**”).

Psihoeducație – pacient, familie

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

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

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

## 10. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU CONSUM DE ALCOOL

### Ce este adicția?

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

### Principii generale ale îngrijirii

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

Elementele centrale în îngrijire sunt:

1) Evaluarea este un punct dificil, pentru că de obicei există riscul disimulării.

Se impune evaluarea:

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

Foarte frecvent pacientul ascunde realitatea.

Câteva întrebări ce trebuie puse:

- Ce gânduri și ce sentimente trezește în tine cuvântul drog/alcool?  
Dar cuvântul adicție?
- Crezi că dependența de substanțe trebuie pusă în legătură cu slăbiciunea morală? Sau este o boală ce trebuie tratată?

- Crezi că abuzul de substanțe îți distruge viața ta și a celor apropiați?
- Ai prieteni, rude care sunt în aceeași situație? Cum apreciezi acest lucru?
- Este abuzul de substanțe o problemă socială, emoțional-psihologică sau o anormalitate somatică?
- Ce părere ai despre familia celor care consumă alcool? Poate să facă ceva? Sunt membrii familiei victime ale situației?

## 2) Motivația pentru terapie

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

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

## 4) Observație clinică adecvată a:

- simptomelor fizice, psihice, pentru a depista din timp sevrajul și complicațiile acestuia;
- comportamentului – există de multe ori tendința de a face orice pentru a continua consumul;

## 5) Atitudini benefice

- îndrumă pacientul să se observe când ceva nu este în regulă, să dea atenție acestor nereguli;
- atrage atenția subiectului să nu-și folosească trăirile emoționale ca și scuză a problemelor comportamentale;
- subiectul trebuie să învețe să gândească înainte de a acționa;
- subiectul trebuie să învețe să își asume responsabilitatea pentru consecințele comportamentului său;

- terapeutul poate negocia cu subiectul, dar în limitele impuse de reguli;
- terapeutul trebuie să fie obiectiv, ferm, dar să nu blameze;
- terapeutul poate folosi, la nevoie, umorul.

#### 6) Intervenții terapeutice benefice

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

#### b) Strategii de confruntare

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

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

#### c) Psihoeducație a subiectului și a familiei.

#### d) Motivație pentru schimbarea stilului de viață:

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

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

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

## 11. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU CONSUM DE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE

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

### **Principii generale ale îngrijirii**

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

Elementele centrale în îngrijire sunt:

1) Evaluarea este un punct dificil, pentru că de obicei există riscul disimulării.

Se impune evaluarea

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

Câteva întrebări ce trebuie puse:

- Ce gânduri și ce sentimente trezește în tine cuvântul drog/alcool? Dar cuvântul adicție?
- Crezi că dependența de substanțe trebuie pusă în legătură cu slăbiciunea morală? Sau este o boală ce trebuie tratată?
- Crezi că abuzul de substanțe îți distruge viața ta și a celor apropiați?

- Ai prieteni, rude care sunt în aceeași situație? Cum apreciezi acest lucru?
- Este abuzul de substanțe o problemă socială, emoțional-psihologică sau o anormalitate somatică?
- Ce părere ai despre familia celor care consumă droguri? Poate să facă ceva? Sunt membrii familiei victime ale situației?

## 2) Motivația pentru terapie

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

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

## 4) Intervenții terapeutice benefice

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

### b) Strategii de confruntare

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

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

### c) Psihoeducație a pacientului și a familiei.

### d) Motivație pentru schimbarea stilului de viață:

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

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

## **DEMENTELE**

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

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

## 12. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR CU PATOLOGIE DETERIORATIVĂ

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

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

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

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

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

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

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

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

## 13. ÎNGRIJIREA ÎN URGENȚELE PSIHIATRICE

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

Urgențele psihiatrice majore:

- + criza suicidară;
- + agitația psihomotorie;
- + stupor catatonie.

### **Criza suicidară**

Sinuciderea este o problemă majoră de sănătate și una din cele mai răspândite cauze de adresare la serviciul de urgență.

### **Etiologia**

#### 1. *Tulburări psihiatrice:*

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

#### 2. *Boli somatice*

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

### 3. *Factorii psihosociali*

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

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

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

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

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

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

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

**7. Boli somatice.** Următoarele boli somatice sunt asociate cu un risc crescut de suicid: neoplasm, ulcer, tulburări pulmonare (în special astm, patologia

pulmonară cronică obstructivă), HIV/SIDA, boala Huntington, leziuni cerebrale, scleroză multiplă, lupus eritematos, hemodializă renală și tulburări convulsive.

### **Managementul crizei suicidare**

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

Este important de identificat pe parcursul acestei evaluări:

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

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

1) După o tentativă de suicid dacă:

- a. Pacientul este psihotic;
- b. Tentativa a fost violentă;
- c. Este prezent planul sau/și intenția suicidară;
- f. Pacient de gen masculin, cu vârsta mai mare de 45 ani;
- g. Pacientul are un suport familial și/sau social deficitar.

2) În prezența ideății suicidare cu:

- a. Plan suicidar;
- b. Intenție suicidară majoră.

### **Internarea poate fi necesară:**

În prezența ideății suicidare cu:

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

### **Trebuie să memorizăm următoarele:**

1. Nu lăsați pacientul suicidar singur; îndepărtați din încăperea orice obiecte potențial primejdioase.
2. Apreciați dacă tentativa acestuia a fost bine gândită sau la modul impulsiv.
3. Dacă există un suport familial adecvat se poate iniția tratament și psihoterapie și în ambulator.
4. Ideea suicidară a pacienților alcoolici se remite, în general, după abținere, în decurs de câteva zile. Dacă depresia persistă și după ce semnele fiziologice ale sevrajului alcoolic s-au rezolvat, este justificată suspiciunea fermă a unei depresii majore.
5. Ideile de sinucidere ale pacienților cu schizofrenie trebuie luate în serios, pentru că aceștia tind să folosească metode violente.

### **Da.... și Nu.... la o persoană cu ideăție suicidară**

1. **Da**, întrebați despre ideile de sinucidere, în special despre planurile lui de a-și face vreun rău. Faptul că întrebați despre sinucidere nu va „implanta” bolnavului această idee.
2. **Nu** ezitați să întrebați bolnavul, dacă „ar dori să moară”. Abordarea problemei fără ocolișuri este cea mai eficientă.

3. **Da**, aveți grijă ca interviul să se desfășoare într-un loc sigur.
4. **Nu** oferiți false reasigurări (de ex., „Mai toți oamenii se gândesc să-și ia viața într-un moment sau altul”).
5. **Da**, puneți întrebări despre tentative de sinucidere anterioare, care pot să fie legate de tentative viitoare.
6. **Da**, puneți întrebări cu privire la accesul la arme de foc sau la substanțe toxice .
7. **Nu** lăsați bolnavul să plece de la camera de gardă, dacă nu sunteți sigur că nu își va face vreun rău.
8. **Nu** presupuneți că familia sau prietenii vor putea să supravegheze pacientul timp de 24 de ore din 24. Dacă este necesară o astfel de supraveghere, spitalizați bolnavul.
9. Administrați-i medicație deoarece aceasta poate fi salvatoarea de vieți nu doar pe termen lung, dar și pe termen scurt.

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

Există mai multe categorii de medicamente care se pot administra:

- ✚ **Antidepresive** – există o corelație puternică dintre depresia clinică și suicid și ca urmare medicația antidepresivă este utilă și eficientă;
- ✚ **Benzodiazepine** – dovezile clinice sugerează că tratamentul cu benzodiazepine sau alte medicamente anxiolitice poate reduce riscul suicidar.
- ✚ **Neuroleptice clasice** – cum este levomepromazinul reprezintă “ cămașa chimică a suicidului “ care scade din comportamentul suicidar.
- ✚ **Neuroleptice atipice** – neurolepticele atipice, ex. olanzapina, quetiapina și clozapina, par să producă efect anxiolitic și să reducă din comportamentul suicidar la unii pacienți și pot juca un rol în reducerea riscului suicidar.

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

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

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

### **Criza de agitație psihomotorie**

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

## **Etiologie**

- Tulburări psihice organice precum, delirul, demența, psihoza lui Wernicke-Korsakoff.
- Alte tulburări psihice precum schizofrenia, tulburarea bipolară, tulburarea depresivă, intoxicație cu alcool/ medicamente, epilepsie, reacție acută la stress, tulburare de panică și tulburări de personalitate.

## **Managementul agitației psihomotorii**

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

### **a) Măsuri de siguranță personală:**

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

### **b) Managementul verbal:**

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

### **c) Managementul medicamentos:**

- a. se utilizează când controlul verbal este incomplet sau a eșuat;
- b. se va efectua tratament conform indicațiilor medicului curant sau de gardă, cu medicație benzodiazepinică și/sau neuroleptică, respectându-se

dozele, calea de administrare și contraindicațiile. Asistenta de tură va supraveghea pacientul și va informa urgent medicul dacă apar reacții adverse neprevăzute;

c. metoda sedării rapide este sigură și eficientă;

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

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

Tratamentul medicamentos vizează, de obicei, următoarele trei obiective:

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

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

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

### **1. Conținerea**

Îngrijirea oricărui pacient cu agitație psihomotorie se acordă în mediul cel mai puțin restrictiv, prin proceduri cât mai puțin restrictive, care să respecte pe cât posibil integritatea fizică și psihică și să răspundă în același timp nevoilor

sale de sănătate, precum și necesitățile de a se asigura securitatea fizică atât a celorlalți pacienți, cât și a personalului medical. În cazul necesității restrângerii libertății de mișcare a pacientului, în scopul de a împiedica producerea unei vătămări corporale pentru sine și pentru o altă persoană, trebuie respectată procedura de contenționare. Contenționarea poate fi utilizată doar atunci când este necesară apărarea pacientului de propriile acțiuni care l-ar putea răni pe el sau pe ceilalți și se realizează sub supraveghere medicală.

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

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

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

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

Pe timpul contenționării, pacientul trebuie monitorizat pentru a observa dacă nevoile sale fizice de confort și siguranță sunt îndeplinite (se va monitoriza perfuzia periferică, mobilitatea, postura, statusul mental, pulsul periferic, se va inspecta zona de contenționare pentru a verifica faptul că nu sunt leziuni cutanate). O evaluare a condițiilor pacientului trebuie realizat **la fiecare 15 min.** Dispozitivele de contenționare sunt curelele late din piele sau echivalente,

prevăzute cu sistem de prindere pentru pat și cu manșete pentru articulațiile carpiene, tarsiene, torace și genunchi. Curelele și manșetele trebuie să fie ajustabile, cu căptușeala dublată de un material moale (burete, pâslă, poliuretan special etc.). Este interzisă folosirea materialelor improvizate (feșe, tifon, sfoară etc.) care pot provoca leziuni pacientului conțenționat.

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

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

### **Starea catatonă**

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

### **Simptome observate în catatonie**

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

- ✚ **Excitație** – pacienții sunt impulsivi și stereotipici, cu accese bruște de vorbire, cântat, dansat și ruperea hainelor sale. Mișcări stereotipice complexe pot fi frenetice. Deasemenea se trece dintr-o stare în alta.
- ✚ **Mutism** – pacienții sunt conștienți dar verbal neresponsivi. Mutismul nu este mereu asociat cu imobilitatea și poate apărea selectiv. Mutismul include o lipsă de vorbire spontană asociată cu răspundere lentă la întrebări utilizând răspunsuri automate așa ca „nu știu”.
- ✚ Ecolalia este prezentă când pacientul repetă enunțurile examinatorului.
- ✚ Ecopraxia este prezentă când pacientul copie spontan mișcările examinatorului.
- ✚ **Manierismul verbal** include vorbirea robotizată, sindromul accentului străin și verbigerarea (repetarea constantă a unor cuvinte sau fraze fără sens) sau palilalia (repetarea automată a cuvintelor sau frazelor pronunțate cu viteză crescândă).
- ✚ **Stereotipia** – mișcări repetitive, fără direcționare către un scop care sunt des incomode sau rigide. Ele pot fi complexe și sub formă de ritual sau simple (grimase, mișcări a limbii, buzelor, mușcări, adulmecări, atingeri/palpări automate).
- ✚ **Manierisme** – pacientul face mișcări bizare, intenționate așa ca ținerea mâinilor de parcă ar fi arme de foc, salutarea trecătorilor sau să facă caricaturi exagerate sau pompoase a mișcărilor obișnuite/ lumești.
  - ✚ **Ambitendință** – pacientul pare „blocat”, într-o mișcare indecisă, ezitantă, ca de exemplu oferirea mâinii pentru a strânge mâna în semn de salut în paralel spunând, „Nu-mi strânge mâna; nu vreau să o strângi”.
  - ✚ **Posturare (catalepsie)** – Pacientul menține o poziție pentru mult timp. Exemple obișnuite sunt; a sta în picioare într-o cameră sau să stea culcat în aceeași poziție în pat sau pe o sofa toată ziua.

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

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

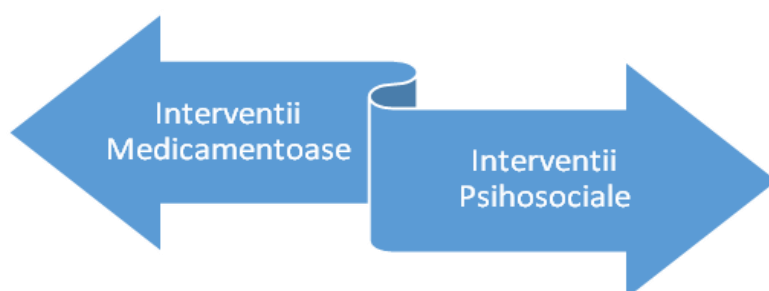
### **Managementul stării catatone:**

- asigurați căile respiratorii să fie libere;
- reechilibrare hidroelectrolitică prin abordul venos în vederea menținerii funcțiilor vitale;
- administrarea de medicație:
  1. Antidepresive;
  2. Neuroleptice atipice;
  3. Benzodiazepine pentru stările de agitație psihomotorie.
- Supraveghere permanentă a pacientului;
- Nu se lasă medicamente la îndemână pacientului;
- Asigurarea că zilnic medicamentele sunt înghițite dacă este posibil, dacă nu, se administrează injectabil;
- Se îndepărtează instrumentele ascuțite, cum ar fi lame, cuțite, sticle de sticlă pentru a evita posibila agresivitate;

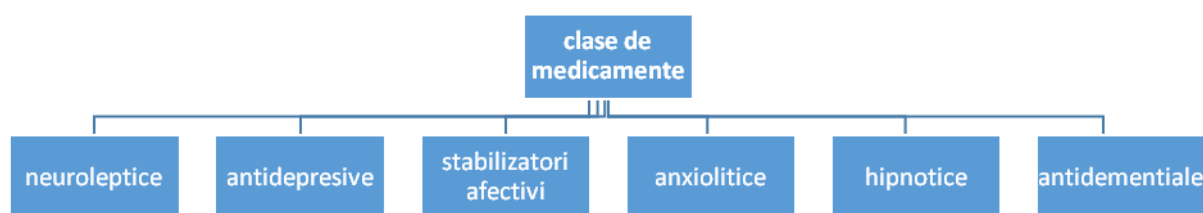
Este important ca după ce se remite starea de catatonie să se facă o evaluare clinică completă a pacientului pentru punerea unui diagnostic clinic și stabilirea unei conduite terapeutice.

## 14. INTERVENȚIILE TERAPEUTICE ÎN PSIHIATRIE

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



### 14.1. Terapia medicamentoasă



#### I. Neuroleptice convenționale

Antipsihoticele, cu potență ridicată sau scăzută sunt blocante neselective ale receptorilor D2, și au afinitate și pentru receptorii muscarinici, histaminici, alfa adrenergici. Se consideră că efectele antipsihoticelor convenționale se datorează blocadei sistemului dopaminic, în special a receptorilor D2.

##### **Antipsihotice:**

- Haloperidol
- Levomepromazin
- Tiapridal

**Antipsihotice cu eliberare prelungită:**

- Flupentixolum
- Clopentixolum
- Haloperidolum decanoat

**Efecte adverse ale neurolepticelor convenționale**

**Manifestări extrapiramidale** – direct proporționale cu blocarea D2:

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

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

- centrale – accentuarea deficitului cognitiv, risc de rebound hipercolinergic cu manifestări confuzionale în condiții de discontinuitate;
- periferice – greață, constipație, disurie, glob vezical, creșterea tensiunii intraoculare – pseudoglaucom;
- hipotensiune – direct proporțională cu blocarea alpha2 NA;
- hipotensiune ortostatică, sincopă, modificări de ritm cardiac;
- hipotensiune intracerebrală cu hipoperfuzie la nivelul cortexului frontal, cu accentuarea simptomatologiei negative și risc lezional;
- cardiotoxicitate:
- creșterea intervalului QT și tendința la aritmie cardiacă și moarte subită (Abdelmawla & Mitchell, 2006).

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

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

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

## **II. Antipsihotice atipice**

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

### **Clasificare**

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

Formulări injectabile cu eliberare prelungită:

- risperidonă
- olanzapină
- aripiprazole
- paliperidonă

### **Efecte adverse ale neurolepticelor atipice**

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

Risperidona - amenoree- galactoreea, simptome extrapiramidale;

Paliperidona - posibil amenoree-galactoree, simptome extrapiramidale;

Olanzapina - sindromul dismetabolic: dislipidemie, creșterea glicemiei, creșterea în greutate;

Quetiapine – sedare, efecte metabolice;

Aripiprazole – efecte extrapiramidale;

Clozapine – neutropenie.

Responsabilitățile asistentului medical la un pacient care primește medicație antipsihotică:

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

### **Antidepresive**

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

### **Clasificare**

✚ Antidepresive triciclice:

- Imipramine;
- Amitriptiline;

- Clomipramine;
- Doxepin;

+ Antidepresive tetraciclice:

- Mianserin;
- Maprotilina;

+ SSRI:

- Fluoxetine;
- Sertraline;
- Fluvoxamine;
- Paroxetine;
- Escitalopram;

+ Antidepresive duale:

- Venlafaxine;
- Duloxetine;
- Mirtazapine;

+ Modulatori ai serotoninei:

- Trazodone;

+ Modulatori Glutamatergici:

- Tianeptina;

**Contraindicații ale medicației antidepresive:**

a. Contraindicații relative:

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

b. Contraindicații absolute:

- stări comatoase;

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

### **Efecte adverse ale antidepressivelor:**

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

### **Responsabilitatea asistentei medicale la un pacient cărui i se administrează antidepressive:**

- sunt aceleași ca pentru antipsihotice dar în plus se adaugă:
  - Atenționați pacientul să spună imediat dacă apare cefalee, greață, vărsături, dureri în piept sau alte simptome neobișnuite deoarece acestea pot anunța apariția crizei hipertensive.
  - Instruiți pacientul să nu ia niciun medicament fără prescripție medicală.
  - Atenționați pacientul să-și schimbe poziția lent pentru a reduce hipotensiunea ortostatică.
  - Monitorizarea strictă a valorilor tensiunii arteriale.

### **Stabilizatori afectivi**

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

- Săruri de litiu - mecanismele de acțiune probabile pot fi: accelerarea reabsorbției și distrugerea presinaptică de catecolamine, deasemenea inhibă eliberarea de catecolamine la

nivel sinaptic, scade sensibilitatea receptorului postsynaptic pentru serotonină. Toate aceste acțiuni au ca rezultat scăderea catecolaminelor.

- Carbamazepine - realizează inhibiția canalelor de Na voltaj dependente, inhibând eliberarea glutamatului. Practic scade transmiterea sinaptică în SNC.
- Acid valproic - realizează inhibiția canalelor de Na voltaj dependente fiind agonism GABA-ergic și de asemenea stimulează neuroplasticitatea.
- Lamotrigine - reduce eliberarea de glutamate prin inhibiția canalelor de Na voltaj dependente.
- Gabapentina - realizează inhibarea canalelelor de calciu voltaj dependente și modulează eliberarea glutamatului.

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

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

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

- Deoarece medicamentul poate provoca amețeli și somnolență, este important să sfătuiască pacientul să evite conducerea și alte activități care necesită vigilență.

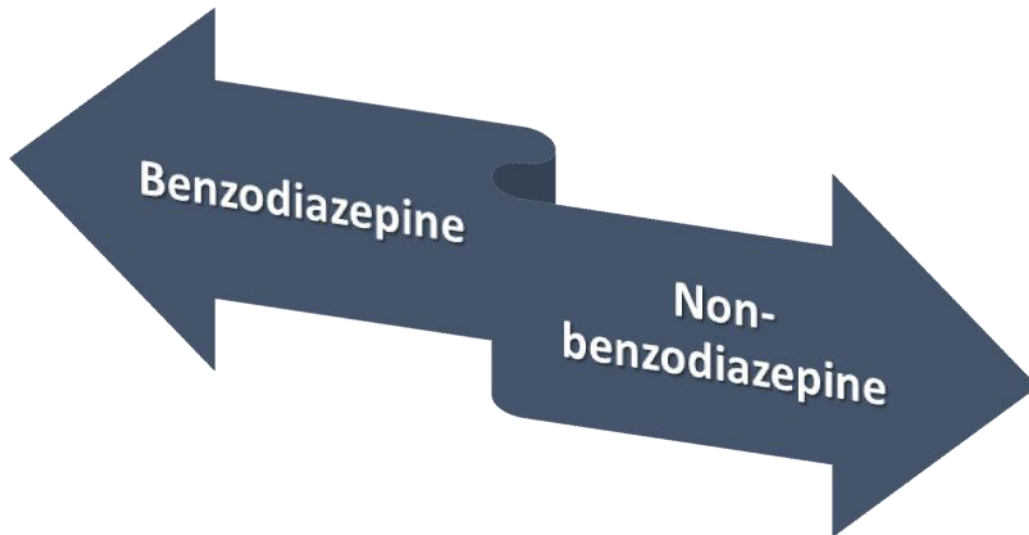
- Deasemenea sfătuieste pacientul să nu consume alcool.

- Accentuează importanța examinării periodice a probelor biologice și monitorizează funcțiile cardiace, renale, hepatice și ale măduvei osoase.

- Explică pacientului să ia medicamentul imediat după ingestia de alimente pentru a reduce efectele la nivel gastric.

## Anxiolitice

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



### Anxiolitice benzodiazepinice:

În funcție de timpul de înjumătățire se împart:

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

- Midazolam
- Triazolam

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

- Alprazolam
- Bromazepam
- Lorazepam

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

- Diazepam
- Clonazepam

### Efecte pozitive:

- Instalare rapidă a efectului
- Toleranță bună

- Interacțiuni medicamentoase puține
- Efecte scăzute pe aparatul cardiovascular

**Efecte negative:**

- **Dependența fizică și psihologică**
- **Imposibilitatea conducerii autovehicolului**
- **Efect paradoxal**

**Contraindicații:**

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

**Mod de administrare:**

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

**NU SE ÎNTRERUPE BRUSC!**

**Manifestări clinice ale sevrajului**

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

## **Anxiolitice non-benzodiazepinice**

Buspirona:

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

### **Avantaje**

- **Nu dă dependență**
- **Nu interacționează cu alcoolul**

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

- Reamintiți pacientului să consume alimente înainte de administrarea lor pentru a minimiza iritația gastrică.

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

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

- Explicați pacientului să evite consumul de alcool

Pentru administrarea IM, injecția trebuie făcută IM profund.

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

## **Hipnotice**

Sunt medicamente care induc instalarea somnului și menținerea lui.

### **Clasificare:**

#### *1. Barbiturice:*

- Fenobarbital
- Amobarbital

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

## 2. Benzodiazepine:

- Nitrazepam;
- Clorazepat dipotasic;

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

## 3. Hipnotice non barbiturice – non benzodiazepinice:

- Zolpidem
- Zopiclona

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

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

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

### **Medicația antidementială**

Această medicație ameliorează și întârzie progresia deteriorării cognitive. Există mai multe clase de medicamente.

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

hipotensiunea arterială, greața, vărsăturile, crampele abdominale, sialoreea, transpirațiile, convulsiile).

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

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

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

## 14.2. Terapii psihosociale

Există mai multe tipuri de intervenții psihosociale:

- Terapie psihanalitică;
- Terapia comportamentală;
- Terapia cognitivă;
- Hipnoză;
- Consiliere suportivă;
- Terapia familială și conjugală.

### Terapia psihanalitică

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

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

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

- Procesul este complicat de apariția reacțiilor de transfer. Aceasta se referă la dezvoltarea pacientului de sentimente pozitive sau negative puternice față de psihoterapeut Răspunsul reciproc al terapeutului la pacient se numește contra-transfer.

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

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

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

### **Psihoterapia comportamentală**

Principiile terapiei de comportament:

- Tot comportamentul este învățat.
- Ființele umane sunt organisme pasive care pot fi condiționate sau modelate să facă orice dacă răspunsurile corecte sunt recompensate sau consolidate.

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

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

- Strategiile de tratament sunt adaptate individual.
- Terapia comportamentală este o terapie de durată scurtă, terapeuții sunt ușor de instruit și sunt rentabile.
- Durata totală a terapiei este de obicei de 6-8 săptămâni.
- Ședințele inițiale sunt oferite zilnic, dar sesiunile ulterioare sunt distanțate.
- În terapia comportamentului atât pacientul cât și terapeuții sunt participanți egali.
- Nu există nici o încercare de a descoperi un conflict interior și pacientul nu este încurajat să-și exploreze trecutul

## **Terapia cognitivă**

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

Modelul cognitiv al depresiei include triada cognitivă:

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

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

## **Hipnoza**

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

Modificări care apar în timpul hipnozei sunt următoarele:

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

### **Psihoterapie suportivă**

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

Se folosesc diverse tehnici ca de exemplu:

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

### **Psihodrama**

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

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

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

## **Psihoterapia familială**

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

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

Componente ale terapiei familiale sunt următoarele:

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