

616.85

N 14

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

A. NACU, GH. CĂRĂUȘU

URGENTE ÎN PSIHIATRIE

Recomandări metodice

Chișinău
2005

616.39
N14

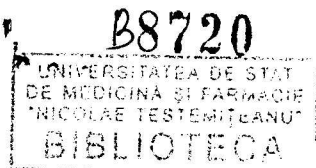
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală

A. NACU, GH. CĂRĂUȘU

URGENTE ÎN PSIHIATRIE

Recomandări metodice



Chișinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2005

URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE COMPORTAMENT SUICIDAR

Sinuciderea este moartea intenționată auto-indusă, un act conștient de autoanihilare, o stare generată de o situație, pentru care actul suicidar pare cea mai bună soluție. Aceste persoane investesc moartea cu semnificație, iar gestul suicidar este un ultim act de comunicare, simbolic sau nu, pe care cel care-l face îl adresează cuiva. Psihiatrul poate interveni în două circumstanțe clinice ale suicidului: în faza presuicidară și după o tentativă suicidară, aceasta constând în provocarea deliberată a unei leziuni, care periclitează viața sau în ingestia unei substanțe, care depășește doza terapeutică, cu posibil efect letal. Suicidul, însă, este atent plănuit și disimulat, este realizat prin mijloace mult mai periculoase, cu virtualitate fatală evidentă, de către persoane cu tulburări psihice certe, mai frecvent de către bărbați de circa 2 ori. Tentativa este comisă impulsiv, într-o manieră care predispune la o facilă deconspirare a intenției, prin mijloace cu redusă virtualitate fatală, de către persoane aflate în situații reactive, de obicei femei, mai des ca bărbații de aproximativ 10 ori. Dar psihiatrul va trebui să trateze orice tentativă ca o virtuală posibilitate de recidivă, cu potențial suicidar real, deoarece tentativele anterioare prezintă un factor de risc semnificativ.

Riscul crește la vârsta de la 40–45 de ani, fiind maxim la persoanele vârstnice, dar și în adolescență, și la adultul tânăr. Bărbații comit suicide mai des ca femeile, care fac însă mai des tentative suicidare. Bărbații folosesc metode mai periculoase ca femeile. La femei, riscul suicidar este mai mare la vârste înaintate. Celibatarii, văduvii tineri, separații, divorțații au un risc sporit, ca și cei aparținând claselor sociale extreme, imigranții, deținuții, șomerii, ca și oamenii de afaceri, dar și medicii. Categoria diagnostică este în bunăparte constituită din tulburarea depresivă, incluzând și pe cele rezistente, dependențele, schizofrenia, deliriumul, demența în fazele precoce, tulburarea de panică, stări reactive după stresori majori și recenți, dar și de bolile somatice cu prognostic grav, îndeosebi

la debut; cronice sau terminale; boli de dureri insuportabile; neoplasmul în fazele dureroase; cele care presupun un consum mare de medicamente. Este semnificativ istoricul familial de suicid, pierdere, parentală precoce, tulburarea afectivă, familia dezorganizată.

Forma paroxistică a depresiei psihotice, melancolia are implicat în structura sa riscul autodistrugerii, semnalat frecvent de actul de extremă gravitate, suicidul. De aceea se impune o cunoaștere a tabloului clinic, adesea disimulat cu abilitate de bolnav, al depresiei, ce constituie *urgența nr.1 în psihiatrie*, reclamând o atenție sporită a măsurilor de prim ajutor în cadrul psihiatriei de urgență. Accesul melancolic se caracterizează printr-o marcată inhibiție psihosomatică, o dispoziție extremă de tristețe, ce formează fondul durerii morale (dezgust vital, descurajare, regrete, sentiment de vină, de remușcări, de neliniști, teamă, perplexitate), uneori cu agitație anxioasă sau stupoare, idei delirante cu teme de indemnitate, de culpă, de ruină, de incurabilitate, hipocondriace, de negație, cu o slăbire intelectuală, cu aspect de prostrație, bradicinezie, voce slabă, mutism, față imobilă, cu accentuarea pliurilor frunții, cu tulburări vegetative, endocrine și metabolice, stare pre-cașetică, ceea ce conduce în final la autodistrugere, la ideea morții, manifestată prin forme parțiale de suicid, ca refuzul alimentar, automutilarea, până la suicidul total și chiar antrenarea anturajului imediat la actul autodistrugerii, realizându-se suicidul colectiv.

Măsurile de prim ajutor

Orice urgență psihiatrică trebuie evaluată și sub aspectul riscului suicidar, iar prevenția suicidului este prin definiție un obiectiv prioritar al asistenței psihiatrice de urgență. Conduita acordării primului ajutor psihiatric este impusă de tabloul clinic și de gravitatea comportamentului autoagresiv al depresivului. Bolnavul nu poate fi tratat la domiciliu. El are nevoie de supraveghere permanentă și tratament de specialitate. Deci, prima atitudine medi-

cală va fi aceea de a interna bolnavul în spital. Pentru a învinge împotrivirea și chiar rezistența sa la internare, se va face uz de psihoterapie, în măsura în care bolnavul este permeabil, de medicație anxiolitică și sedativă imediată, fapt ce vizează eliberarea bolnavului de angoasă și facilitarea internării în spital.

Se consideră necesară spitalizarea, în special, dacă pacientul a mai făcut tentative de suicid, dacă are istoric familial de sinucidere, dacă a avut o pierdere recentă semnificativă— în special prin sinucidere— și nu pare să răspundă la interacțiunea interpersonală cu medicul: trebuie să fiți de urgență spitalizați, dacă nu vă simțiți în largul dvs. Trebuie să memorizăm următoarele:

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

2. Apreciați dacă tentativa acestuia a fost plănuită sau impulsivă.

3. Pacienții cu depresie severă pot să fie tratați ambulator, dacă familiile pot să îi supravegheze îndeaproape și dacă tratamentul poate să fie instituit repede. Dacă aceste condiții nu sunt întrunite, este necesară spitalizarea.

4. Ideea suicidară a pacienților alcoolici se remite în general, după abțință, 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. Toți bolnavii suicidari, sub intoxicație cu alcool sau droguri, trebuie reevaluați mai târziu, după detoxicare.

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

Da-uri și Nu-uri la pacientul suicidar.

1. Da, întrebați, despre ideile de sinucidere, în special-l despre planurile lui de a-și face vreun rău.

Faptul că-l 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-ți 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.
7. Nu lăsați bolnavul să plece de la departamentul de urgență-/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 necesar o astfel de supraveghere, spitalizați bolnavul.
9. Administrații tranchilizante.

URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE STARE CREPUSCULARĂ

Starea crepusculară este un sindrom psihotic particular, care se instalează și dispare brusc. Tulburările de conștiință, de altfel, grave (pierderea lucidității conștiinței, a orientării adecvate în realitate, pierderea capacității gândirii de a diferenția subiectivul de obiectiv și ficțiunea de realitate, pierderea posibilității de a se conforma normelor și valorilor sociale) se asociază cu o activitate automată, cu acte motorii coerente, coordonate. Comportamentul, deși în general ordonat, este influențat de fenomenologia halucinator-delirantă, onirism și de stările afective anormale (anxietate, nostalgie, mânie), iar etiologia poate fi destul de variată: epileptică, emotivă (reacții psihotice catastrofice), puerperală (psihoza postpartum), în evoluția unei psihoze acute (delirul acut), în stări de deteriorare (demențe), în sindromul Korsakov, în alte intoxicații (CO, barbiturice, alte substanțe), în accidente vasculare cerebrale, în traumatisme cranio-cerebrale, epilepsie etc. În cursul sindromelor crepusculare, bolnavii pot să săvârșească acte agresive de o deosebită violență și cruzime.

Starea crepusculară este caracterizată printr-o îngustare a capacității de gândire, încât ar părea că este prezentă numai o singură tendință, împreună cu ceea ce este necesar pentru îndeplinirea ei, în timp ce restul personalității, în măsura în care ar fi în contradicție cu ea, nu există. În cursul acestor stări, comportamentul bolnavului este în general ordonat, dar concomitent cu acțiunile sale ordonate poate comite și acte neașteptate, adesea violente. În general, sub aspect comportamental, conduita bolnavului apare ca determinată de un amestec de întâmplări trăite și halucinator-delirante, ele derulându-se ca într-un vis trăit sau ca într-o realitate fictivă. Astfel, bolnavul nu poate diferenția subiectivul de obiectiv, este ca și cum lumea sa imaginativă ar fi proiectată în realitate, ca și cum funcțiunea ar fi devenit realitate. Datorită naturii psihotice, conduita bolnavilor mai poate fi caracterizată și prin acțiuni surprinzătoare, ilogice și uneori violente, bolnavii fiind stăpâniți de stări

afective anormale (anxietate, disforie) sau de idei delirante (urmărire, grandomanie). Bolnavii par absenți, sunt agitați sau apatici, dar se consideră posibilă și eventualitatea ca tulburările evidente de conduită să lipsească. Pacienții cu asemenea tulburări psihice pot comite acte agresive de mare violență și cruzime, urmate de o amnezie lacunară sau totală.

Ca variante ale tulburării de conștiință de tip crepuscular nominalizăm automatismul ambulatoriu, fuga patologică (crepusculară) și somnambulismul.

În *automatismul ambulatoriu*, deși conștiința este profund alterată, se păstrează coordonarea și coerența motorie, astfel că bolnavii pot face călătorii uneori îndelungate, precum și alte acte și acțiuni mai mult sau mai puțin complexe, urmate de amnezia lacunară a actului respectiv. Automatismul ambulatoriu poate reprezenta un acces epileptic psihomotor sau poate urma un acces epileptic major.

Fuga patologică crepusculară se caracterizează printr-o intensă tensiune afectivă; se manifestă clinic printr-o fugă dezordonată, cu imposibilitatea controlului actelor și a evitării pericolelor. Se depistează în epilepsie și în stările de afect patologic (consecutive unor situații psihotraumatizante acute).

Somnambulismul este o stare de tulburare a conștiinței, care apare în timpul somnului; constă din acte și acțiuni motorii automate, complexe, de o execuție calitativ superioară celor din starea de veghe.

Spre deosebire de aceste tulburări, *transa* se definește ca o stare de intensă sugestie hipnotică, în timpul căreia insul se află sub totala influență a hipnotizatorului.

Măsurile de prim ajutor

Această stare impune asistență psihiatrică de urgență și ea va fi orientată etiopatogenic, iar ca tratament simptomatic se va utiliza:

1. Sol. Fenobarbitali 2,0 i.m.
2. Sol. Clorpromazini 2,0 i.m.
3. Sol. Diazepamii 2,0 i.m.

URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE STATUS EPILEPTIC

Starea de rău epileptic (S.R.E.) se caracterizează prin succesiunea frecventă a acceselor epileptice, intervalul de timp dintre ele fiind în cele mai multe cazuri atât de scurt, încât bolnavul nu-și revine la starea de conștiență.

Starea de rău epileptic generalizată de tip grand mal.

Aceasta este forma clasică a status-ului epileptic și se caracterizează prin apariția succesivă a crizelor epileptice tonico-clonice generalizate, cu comă intercritică, tulburări grave vegetative, febră și pronostic infaust, dacă nu se intervine terapeutic în timp util. Apare la toate vârstele, întâlnindu-se mai frecvent între 20 și 60 de ani, cu predominanță la bărbați. Status-ul grand mal constă în succesiunea frecventă a crizelor tonico-clonice generalizate, cu o durată totală medie de 24-48 de ore. Crizele se succed cu o frecvență de 2-6 pe oră, determinând o stare de comă permanentă intercritică. Criza de grand mal în cadrul status-ului nu diferă de accesul singular, decât prin durata mai mare a crizei (în medie de 1-3 minute) și prin creșterea fazei tonice în detrimentul fazei clonice. În cursul evoluției status-ului grand mal, faza clonică poate deveni din ce în ce mai scurtă, până la dispariția completă, status-ul devenind la un moment dat de tip tonic. În toate cazurile, faza tonică de scurtă durată postictală, care se semnalează la crizele singulare de grand mal, dispăre. Tulburările vegetative se instalează treptat, constituind factorul de gravitate, care pune viața bolnavului în pericol. Astfel, hipertensiunea arterială, apneea din timpul fazei tonice a convulsiilor, urmată de polipnee, tahicardia și hipersecreția traheo-bronșică sunt pricipalele tulburări vegetative, responsabile de deces. În faza postictală, starea de comă este de diferite profunzimi și este însoțită de tulburări vegetative variabile. În unele cazuri cu status prelungit, poate să apară o hipotensiune arterială, sau chiar o stare de colaps. Tahicardia din timpul fazei critice se poate prelungi și în faza intercritică. Se instalează tulburări de ritm cardiac. Secreția abundentă traheo-bronșică și salivară

produc un sindrom respirator obstructiv relativ, cu apariția cianozei, iar uneori și a unui edem pulmonar acut. După încetarea acceselor tonico-clonice, starea de comă persistă un timp variabil, de la 12 pînă la 24 de ore, fiind „mascată” și de cantitățile mari de barbiturice administrate. În mod treptat, tulburările vegetative se pot atenua și bolnavul își revine la starea de conștiință, trecând printr-o fază confuzională, însoțită de agitație. Moartea poate suveni în timpul accesului de G.M., datorită colapsului circulator sau stopului respirator. Alteori decesul survine la câteva zile după ieșirea din status, datorită unor grave tulburări cardiocirculatorii sau datorită insuficienței hepatice sau renale. S.R.E. de tip G.M. survine mai des la vechi epileptici, encefalopați și întârziați mental.

Status-ul petit mal

Se depistează destul de rar. Survine la copii și foarte rar la adulți. Simptomele status-ului petit mal se caracterizează, în primul rînd, prin tulburări de conștiință de intensitate variabilă. Poate să apară o simplă încetinire a ideăției sau o încetinire a execuției ordinelor, stări de imobilitate și imposibilitate a executării oricărui act voluntar sau automat, o dezorientare temporo-spațială, stări de somnolență, de obnubilare sau de stupoare pînă la letargie. Se pot pune în evidență tulburări de percepție, ideăție, memorie, atenție, tulburări ale intelectului, ale praxiei și gnoziei. Status-ul petit mal se mai poate manifesta prin mici mioclonii (palpebrale sau faciale), dar și prin automatisme mari, chiar (mai rar) prin fugi epileptice, considerate adesea drept automatisme epileptice temporale sau stări crepusculare psihotice. Se pot intercala și crize convulsive generalizate. Această formă de status epileptic poate dura de la câteva ore, la 3-4 săptămâni, și apare, de obicei, sub vârsta de 20 de ani. Status-ul P.M. se poate termina printr-o criză de G.M., amnezia faptelor din timpul status-ului este variabilă, în funcție de gravitatea tulburărilor de conștiință.

Măsurile de prim ajutor

Tratamentul SRE se face în condiții optime în serviciile de reanimare și terapie intensivă, prezența unui medic anesteziolog fiind deosebit de utilă. Se supraveghează în privința confuziei postictale; se întrerup sau se scad dozele medicamentelor, care scad pragul convulsivant. Pacientul se plasează în condiții de protecție, imobilizat, culcat pe spate, cu capul în poziție laterală și de ușoară extensie. Pentru menținerea permeabilității căilor respiratorii, la nevoie, se introduce o canulă, se face aspirația secrețiilor și se asigură asistarea ventilației. Se canulează o venă pentru recoltarea probelor de laborator (necesare diagnosticului etiologic) și pentru administrarea de urgență a medicației.

Medicamentele cele mai eficiente pentru oprirea SRE sunt, în ordine descrescândă: a) diazepamul, administrat pe cale i.v.

a) Diazepamul, administrat i.v. lent (5 mg pe minut), în doză de 0,15 – 2,8 mg/kg corp, oprește SRE în aproximativ 85% din cazuri. Doza totală de diazepam fiind între 30 și 100 mg/24 ore.

b) Hidratul de cloral în soluție 10 % , efectul administrării rectale durează 2–4 ore.

- c) Sol. Clorpromazini 2,0 i.m.
- d) Sol. Fenobarbitali 2,0 i.m.
- e) Sol. Tiopentali sau Sol. Hexenali i.v.
- f) Puncție lombară

URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE SCHIZOFRENIE FEBRILĂ (CATATONIA PERNICIOASĂ, CATATONIA MORTALĂ SAU CATATONIA CU PERICULOZITATE VITALĂ)

Este o formă cu debut brusc, de obicei, hiperacut și hipertoxic, ce poate evolua spre confuzie mentală (de tip delirant-oneiroid). De cele mai multe ori, se manifestă prin alternanțe între stări de agitație psihomotorie marcată și stări de inhibiție cu tensiune anxioasă mare, întretăiată de raptusuri cu manifestări auto- și heteroagresive (bolnavii sar din pat și lovesc, își scot cu brutalitate sonda sau acul de perfuzie etc.). Stare de agitație și, mai ales, negativismul alimentar total agravează și mai mult starea generală.

Tabloul clinic este completat de grave tulburări vegetative (alternări ale tensiunii arteriale, acrocianoză, hipertermie, transpirații abundente, deshidratare și uneori hemoragii spontane). Pacienții care suferă de o astfel de formă, deși rară, dar întâlnită și în prezent, decedază în aproximativ două săptămâni, în stare de hipertermie acută, cu VSH crescută, hiperleucocitoză.

Măsurile de prim ajutor

În numeroase cazuri, perioadele critice pot fi depășite cu ajutorul tratamentului electroconvulsivant, 7-10 ședințe, și al mijloacelor psihofarmacologice moderne, care vor include:

1. Sol. Clorpromazini 300-450 mg i.m./zi.
2. Sol. Haloperidoli 20 mg i.m. /zi

URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE SINDROM NEUROLEPTIC MALIGN

Această rară, dar gravă tulburare, apare la o foarte mică parte a pacienților, ce iau neuroleptice, în special compuși foarte activi. Cel mai adesea, urmarea folosirii neurolepticelor este schizofrenia, mania, boala depresivă și bolile psihoorganice. Debutul se situează, de obicei, în primele 10 zile de tratament. Tabloul clinic include debutul rapid (frecvent după 24–72 ore) al tulburărilor motorii, psihice și vegetative severe. Simptomul motor proeminent este hipertonicitatea musculară generalizată. Rigiditatea mușchilor deglutiției și a celor respiratori poate cauza disfagie și dispnee. Simptomele psihice includ: mutism akinetic, stupor sau alterarea conștiinței. Hiperpirexia se asociază cu semne de perturbări vegetative sub forma tensiunii arteriale instabile, tahicardiei, transpirației excesive, salivației și incontinenței urinare. În sânge se depistează o leucocitoză. Aspecte secundare pot fi: pneumonia, trombembolia, colapsul cardiovascular și insuficiența renală. Rata mortalității este între 15%. Sindromul durează de la una, până la două săptămâni după oprirea neurolepticului oral, dar poate dura de 2–3 ori mai mult după interzicerea preparatelor cu timp lung de acțiune. Pacienții care supraviețuiesc nu prezintă, de obicei, suferință reziduală.

Starea poate apărea, probabil, la oricare neuroleptic, dar în numeroase cazuri medicamentul folosit este haloperidolul. Cauza ar putea fi legată de blocajul dopaminergic excesiv, deși acest lucru nu poate explica de ce este afectată doar o minoritate a pacienților.

Măsurile de prim ajutor

Se instituie măsurile de suport vital după cum este cazul, deoarece starea poate să progreseze rapid. Tratamentul este simptomatic și include:

1. Sol. Coffeini 2,0 i.m.
Sol. Cordiamini 2,0 i.m.

- Sol. Dimedroli 2,0 i.m.
2. Sol. Diazepami 2,0 i.v.
3. Sol. Ca chl. 10,0 i.v.
4. Antiparkinsoniene (cyclodoli, parcopani 0,002; artani 0,005 per os).
5. Dezintoxicare în perfuzii.

Principala necesitate este de a stopa medicația, de a diminua temperatura pacientului, de a menține balanța hidrică și de a trata infecțiile intercurrente. Nici un medicament nu este în mod sigur eficace. Anumitor pacienți, care au dezvoltat sindromul o singură dată, li s-a administrat din nou medicamentul după finalizarea episodului acut, fără nici un risc. Cu toate acestea, dacă un anti-psihotic este folosit din nou, este prudent a reîncepe tratamentul cu un medicament cu potență mică, precum e tioridazina, folosită la început în doze mici.

URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE AGITAȚIE PSIHOMOTORIE.

Exemplul clasic de agitație incomprehensibilă este agitația confuzivă, ce caracterizează o serie de condiții organice: intoxicații, boli somatice acute (infecții grave, de exemplu), boli neurologice. Tabloul clinic este dominat de dezorientarea temporo-spațială, uneori auto- și allopsihică, halucinații (de obicei, vizuale), tulburarea calitativă de conștiință de tip oneiroid. Dimpotrivă, agitația psihomotorie dintr-o tulburare acută de stres are un caracter comprehensibil, evoluția ei derulând pe fondul clar al conștiinței, coloratura afectivă fiind de tip hipertimic negativ, iar legătura cu un factor de psihostres major fiind inteligibilă. Arborele afectiv trebuie parcurs atât în ramura depresivă, cât și în ramura maniacală. Pe versantul depresiv, trebuie luate în discuție trei eventualități clinice: depresia agitată, raptusul în context melancolic (cu potențial mare auto- și heteroagresiv) și agitația apărută la un depresiv endogen, aflat sub tratament. Pe versantul expansiv vom regăsi agitația maniacală, cu extrema sa, furorul. Întreprurerea bruscă și

recentă a tratamentului timostabilizator (carbonat de litiu, carbamazepină sau valproat de sodiu), precum și abuzurile etilice, constituie factori predictivi pentru instalarea zgomotoasă a episodului maniaco-depresiv. Accesul maniaco-depresiv se caracterizează printr-o excitație psihomotorie particulară: excentricități vestimentare, conținut verbal glumeț, familiar, agresivitate, gesturi dezordonate, teatrale, hipererotism, obscenități, logoree, fugă de idei, hipermnemie de evocare, scăderea fixării mnemice, exaltare a dispoziției, euforie, irascibilitate, insomnie, apetit exagerat, însă scădere în greutate. Agitația maniaco-depresivă răspunde foarte bine la haloperidol fiole. Accesul de excitație schizofrenică constă în halucinații, idei delirante nesistematizate, stări catatonice, stupoare, bizareri comportamentale, impulsivitate violentă, grimase, negativism, discordanță, vorbire impenetrabilă, contact dificil. Accesul răspunde la psihotrope fenotiazinice: levomepromazin, majeptil și la haloperidol. Bufee delirante polimorfe ale psihopaților au un debut brutal, oscilații ale dispoziției, idei delirante cu teme expansive mistice, de filiație ilustră, de persecuție și depresive, halucinații, comportament adecvat acestora, insomnie, anorexie, tahicardie. Paranoia, delir cronic sistematizat, devine o urgență psihiatrică prin reacțiile antisociale, de mare pericolozitate, auto- și heteroagresive, prin comportamentul delirant, cverulent, legat de tematica de persecuție, de prejudiciu și de revendicare, excitație violentă, agresivitate, halucinații, obnubilări și stări onirice, stări secundare sau automatisme ambulatorii, cu fugi amnezice, episoade delirante, ce se pot manifesta printr-o mare potențialitate agresivă, generând comportamente medico-legale. Primul ajutor medical urmărește imobilizarea bolnavului cu furor, tratament de bază anticonvulsivant: fenobarbital injectabil i.m., diazepam injectabil i. m. sau i. v., carbamazepin, tratamentul cu psihotrope sedative fiind adjuvant.

Măsurile de prim ajutor

Pentru a se orienta asupra diagnosticului și a lua decizia adecvată de soluționare a urgenței, se vor culege informații de la aparținători sau de la cei care însoțesc bolnavul, asupra circumstanțelor de declanșare a accesului și asupra antecedentelor psihiatrice. Comportamentul medicului va urmări a stabili contactul cu bolnavul, prezentându-se ca medic și efectuând un examen somatic sumar, ceea ce poate conduce la depistarea unor suferințe organice cu manifestări psihice și care necesită un tratament de specialitate (meningită, t.b.c., hemoragie cerebrală, accident vascular trombotic, cu afazie, hematom intracranian), realizând captarea încrederii bolnavului și diminuând astfel agitația. Calm și autoritar, medicul va prescrie tratamentul sedativ adecvat. Psihotropele sedative vor fi precedate de un examen cardiac și vor fi administrate în doze moderate la persoanele vârstnice. Uneori este necesară imobilizarea pacienților. Pentru un pacient speriat poate fi folositor diazepamul (5–10 mg). Pentru un pacient mai agitat calmarea rapidă este obținută cel mai bine cu 2–10 mg. de haloperidol, injectat intramuscular și repetat, dacă este necesar, la fiecare jumătate de oră sau o oră, până la maximum de 60 mg, în 24 ore (depinzând de greutatea pacientului și starea sa fizică). Clorpromazina (75–150 mg. Intramuscular) este o alternativă mai sedativă față de haloperidol, dar mai probabil hipotensivă. Când pacientul este calm, haloperidolul poate fi continuat în doze mai mici, de obicei, de trei-patru ori pe zi și preferabil per os, folosind un sirop, dacă pacientul nu va înghiți tablete. Doza depinde de greutatea pacientului și de răspunsul inițial la medicamente.

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 bune stări generale a organismului prin administrarea de fortifiante și analeptice cardiovasculare, care să prevină instalarea unui colaps. Tratamentul este deci complex,

14
B8720

UNIVERSITATEA DE ȘTIINȚE
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"NICOLAE TESTEMITZANU"
BIBLIOTECA

adaptat diferitelor forme de agitație, ca și fiecărui caz în parte, ținându-se seama de factorii etiologici, vârstă etc.

Medicamentul cel mai utilizat în stările de agitație a rămas Clorpromazina, sub formă injectabilă; se administrează 25–75 mg în injecții i.m. profund. În cazurile de agitație anxioasă, se preferă Levomepromazinul injectabil, o fiolă de 25 mg administrată i.m. profund, iar în agitațiile din epilepsie se utilizează fenobarbitalul injectabil (1–2 fiole i.m.).

Un efect deosebit de bun în stările de agitație îl are Haloperidolul; avantajele acestuia constau în efectul hipotensor minim și în producerea sedării bolnavului fără să-l adoarmă.

În foarte multe cazuri se recurge la asocierile medicamentoase de tipul:

- Clorpromazin (1 fiolă a 25 mg) + Diazepam (1 fiolă a 10 mg);
- Levomepromazin (1 fiolă a 25 mg) + Diazepam (1 fiolă a 10 mg);
- Clorpromazin (1 fiolă a 25 mg) + Haloperidol (1 fiolă a 5 mg);
- Clorpromazin (1 fiolă a 25 mg) + Fenobarbital (1 fiolă a 200 mg);
- Fenobarbital (1 fiolă a 200 mg) + Diazepam (1 fiolă a 10 mg).

La pacienții, care acceptă medicația și cărora le este foarte frică de injecții, se poate folosi, pentru combaterea stărilor de agitație, medicația orală: Levomepromazin (50–75 mg), Tioridazin (100–150 mg), Diazepam (20–30 mg) etc., Neuleptilul sau Haloperidolul în picături (Neuleptilul soluție 4% se administrează 10–30 de picături; 1 picătură echivalează cu un miligram; Haloperidolul soluție 2% se administrează în doză de 30–90 de picături; 10 picături echivalează cu un miligram) se recomandă în acele cazuri de agitație, în care se impune administrarea medicației în alimente sau apă, fără știrea bolnavului (de exemplu, la demenți, oligofreni agitați).

După administrarea medicației neuroleptice, agitația bolnavului se calmează în 15–20 de minute. Dacă simptomatologia persistă, se repetă doza inițială din oră în oră, până se obține sedarea. La majorarea dozelor vom ține seama de vârsta bolnavului (prudența sa impune la persoanele vârstnice), de posibila existență a

unor afecțiuni somatice. Pentru a evita scăderea marcată a tensiunii arteriale, se recomandă asocierea unor analeptice cardiovasculare.

URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE INHIBIȚIE PSIHOMOTORIE.

Stupoarea se caracterizează printr-o imobilitate completă sau aproape completă, bolnavii sunt inerți, nu răspund solicitărilor din afară sau reacționează tardiv și vag, mimica rămâne împietrită într-o expresie de durere sau anxietate în stările depresive, sau complet inexpresivă (amimie) ca în stările stuporoase din catatonie, ca și în tulburările grave de conștiință (sopor și comă). După fenomenologia sa, stupearea din bolile psihice preia aspecte particulare, în funcție de intensitatea tulburărilor psihice (nevrotice, psihopatică, psihotice, confuzive) și de aspectele particulare ale entității nosologice în cadrul căreia apare. Astfel, stupearea nevrotică și psihopatică este depistată, în special, în isterie, unde survine brusc, în urma unor situații conflictuale puternice. Ea se manifestă printr-o „atitudine de refuz a realității”, bolnavul prezentându-se ca și cum ar fi fost drogat. Mimica exprimă anxietate sau poate prezenta aspectul unei hipomimii sau amimii, însoțite de hipertonie și tremor al extremităților, însă în această stare pacientul reacționează la psihoterapia prin sugestie. În stupearea de intensitate psihotică (stupearea melancolică, stupearea schizofrenică, stupearea confuzională, stupearea epileptică), tabloul clinic variază în funcție de entitatea nosologică și de tulburarea lucidității conștiinței. Astfel, stupearea melancolică se caracterizează prin facies melancolic. În stupearea schizofrenică, faciesul este amimic sau animat de paramimii, bolnavul rămâne akinetic și prezintă uneori hipertonii localizate și variabile, iar alteori – o atitudine cataleptică. Este interesant de precizat că, în stupearea schizofrenică, bolnavul participă pasiv la activitatea anturajului, astfel că ulterior poate reda cu exactitate evenimentele consumate în perioada respectivă. În stupearea confuzivă de origine somatică, toxică, infecțioasă (cu evoluție gravă) activitatea psihică pare aproape suspendată. Această stare se interferează adesea cu stări confuziv-delirante oneiroide,

care lasă unele frânturi mnezice din perioada stuporoasă. Stupoarea epileptică se prezintă sub forma stuporii confuzionale și succedă, de obicei, criza convulsivă.

Totala inerție motorie (însoțită de o ușoară hipertonie musculară), în timpul căreia bolnavul păstrează vreme îndelungată poziția în care se află sau atitudinea imprimată de examinator, este cunoscută în psihopatologie sub denumirea de catalepsie. Întrucât prin hipertonie musculară corpul își păstrează mult timp poziția imprimată și poate fi modelat asemenea unui obiect de ceară, catalepsia a mai primit denumirea de flexibilitate ceroasă. În toate aceste situații, examenul electromiografic nu evidențiază nimic specific, rezultatul său fiind asemănător cu acela din contracția musculară voluntară. Catalepsia se identifică nu numai în cata-tonie, ci și în stările de sugestie hipnotică, în isterie, unde realizează „criza cataleptică” sau „somnul cataleptic”, stare brusc instalată, însoțită de îngustarea conștiinței și caracterizată prin hipertonie în hiperextensie, realizând atitudinea în arc de cerc. Spre deosebire de criza cataleptică, somnul cataleptic se prezintă ca o inhibiție motorie completă, care, datorită absenței hipertonie, poate crea impresia de moarte aparentă cu atât mai mult, cu cât această stare are o durată îndelungată, iar respirația bolnavilor este imperceptibilă. Deoarece o serie de manifestări hiper-, hipo- și akinetice se depistează frecvent în catatonie, redăm câteva din elementele constitutive ale acestei stări. Clinicienii au tendința de a asocia această stare, în exclusivitate, cu schizofrenia, în ciuda faptului că acest sindrom se identifică frecvent în asociere cu episoade afective, boli neurologice, efecte secundare ale medicamentelor. Schizofrenia și tulburările afective majore sunt cele mai frecvente cauze psihice. În schizofrenia catatonică, atitudinile și posturile forțate, negativismul sunt elementele esențiale.

Abordarea bolnavului trebuie să fie sistematică și clară, datorită etiologiei plurifactoriale a sindromului. În ciuda aparentei, pacienții sunt conștienți, în stare de veghe și își pot reaminti evenimentele și conversațiile care s-au produs în timpul episodului. Diagnosticul este dificil de stabilit, chiar și la pacienți cu o tulburare

psihică majoră, deoarece ea poate fi considerată o manifestare a afecțiunii de bază, o consecință a tratamentului cu neuroleptice, o complicație a unui consum de droguri sau a unei boli neurologice concomitente.

Diagnosticul diferențial începe cu excluderea ipotezei organice:

-condiții somatice (hipercalcemia, encefalopatia hepatică, pelagra, cetoacidoza diabetică);

-condiții neurologice (encefalite, boala Parkinson, leziuni ale lobului frontal sau temporal, stări postictale);

-condiții farmacologice și toxice (neuroleptice, corticosteroizi):

Tabloul de diagnostic diferențial va continua cu:

Măsurile de prim ajutor

1. Tab. Majeptili 0,005x 2 ori!!!
2. Tab. Rispolept 0,002.
3. Antidepresive (imipramină, anafranil, sertralina, paroxetina).
4. Terapie electroconvulsivantă – 7–10 ședințe.

URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE DELIRIUM TREMENS

Delirium tremens este un sindrom confuzional grav (delir acut), o stare psihotică acută, care debutează uneori brusc, iar alteori printr-o perioadă prodromală, caracterizată prin inapetență, insomnie sau somn cu vise terifiante, cefalee, anxietate, agitație sau printr-o stare de euforie inexplicabilă.

Simptomatologia psihiatrică constă din:

- stare confuzională cu dezorientare temporo-spațială (orientarea autopsihică este întotdeauna păstrată), perplexitate anxioasă, hipoprosexie, incoerență în gândire, tulburări de memorie (confabulații, amnezie consecutivă episodului respectiv etc.);

- agitație psihomotorie intensă, continuă și dezordonată;

- iluzii și halucinații polimorfe (vizuale, auditive, gustative, olfactive, tactile), mobile, terifiante (destul de caracteristice, ca și în cazul delirului alcoolic subacut, halucinațiile vizuale sunt zoopsice)

Simptomatologia somatică este bogată și intensă, și anume:

- tremurătura (tremorul) caracteristică este lentă, generalizată la toți mușchii corpului și continuă, persistând și în timpul somnului. Este vizibilă, în special, la mâini, buze, limbă sau poate fi remarcată punând mâinile pe corpul bolnavului;

- hipertermie (39–40) în absența semnelor vreunei infecții;

- transpirație intensă, abundentă; deshidratare (limba uscată, prăjită) cu tendință de colaps cardiovascular; în mod paradoxal, diureza este, de obicei, suficientă;

- alte simptome: polipnee, tahicardie, disartrie, tulburări de echilibru, crize convulsive, mișcări anormale de sucțiune, masticatie, exagerarea reflexelor osteotendinoase.

Măsurile de prim ajutor

1. Sol. Diazepam 2,0 i.v.
2. Dezintoxicare.
3. Cardiace.
4. Antibioticoterapie.

URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE ATAC DE PANICĂ

Aceste atacuri sunt recurente și imprevizibile, de aceea persoanele panicarde pleacă, de obicei, în grabă de oriunde s-ar afla. Este o perioadă distinctă de frică intensă sau de disconfort, în care patru (sau mai multe) din următoarele simptome apar brusc și ating culmea în decurs de 10 minute:

- 1) palpitații, bătăi puternice ale inimii sau accelerarea ritmului cardiac;
- 2) transpirații;
- 3) tremor;
- 4) senzații de scurtare a respirației sau de strangulare;

- 5) senzație de sufocare;
- 6) durere sau disconfort precordial;
- 7) greață abdominală;
- 8) senzație de amețeală, dezechilibru, vertij sau leșin;
- 9) derealizare (sentimentul de irealitate) sau depersonalizare (detășare de sine însuși);
- 10) frica de pierdere a controlului sau de a nu înnebuni;
- 11) frica de a nu muri;
- 12) parestezii (senzații de amorțeală sau de furnicăături);
- 13) frisoane sau valuri de căldură.

Măsurile de prim ajutor

1. Liniștirea verbală a bolnavului; se caută o cauză organică, în special, în cazul unui prim episod; se încearcă identificarea precipitantului acut, dar condiția este cronică și pacientul trebuie referit pentru management adecvat; există unele dovezi că încurajarea pacientului de a confrunta din nou stimulul precipitant, cât mai curând posibil, minimizează dizabilitatea pe termen lung, asociată cu reacțiile de panică.

2. Sol. Diazepam 2,0 i.m., i.v.

3. Antidepresive (anafranil, sertralină, paroxetină, reboxetină, fluoxetină).

URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE CRIZĂ ISTERICĂ

Pacientul nu devine inconștient, deși poate fi imposibil de comunicat cu el, de exemplu, în transă sau stupor; tipul de mișcări este haotic și nu regulat și stereotip; nu există, de regulă, incontinența, cianoza; nu se produc leziuni serioase și limba nu este mușcată. "Criza epileptică" de conversie va varia de la convulsie la convulsie. Înregistrarea EEG este normală, adică nu se înregistrează nici o activitate paroxistică.

Pentru tulburările disociative și de conversie acute, văzute de medici generaliști sau în secții de urgență, este potrivit, de obicei,

un tratament prin liniștire și sugestie, combinat cu eforturi imediate de rezolvare a oricărei circumstanțe stresante, care a provocat reacția. Pentru cazurile ce durează de mai mult de câteva săptămâni este necesar un tratament mai activ. În general, abordarea terapeutică se concentrează asupra eliminării factorilor ce întrețin simptomele, încercând să se încurajeze revenirea la comportamentul normal. I se va explica pacientului că simptomele sale (în ceea ce privește, de exemplu, memoria sau mișcarea unui braț) nu sunt cauzate de o boală somatică, ci de factori psihologici. Adesea este de ajutor o explicare a tulburării ca fiind datorată blocării unui proces psihologic între, de exemplu, intenției de mișcare a brațului și mecanismelor nervoase, care produc această mișcare. I se va spune, după aceea, pacientului, că dacă se străduiește să-și recăpate controlul, va reuși. Dacă este necesar, i se va oferi ajutor pentru aceasta, de obicei, sub forma fizioterapiei. Apoi se abate atenția pacientului de la simptome către problemele care au provocat tulburarea. Personalul spitalului trebuie să se arate preocupat să-l ajute pe pacient, cea mai bună cale fiind încurajarea autoajutorării. Este important să nu se facă, în mod nejustificat, concesii față de manifestările pacienților ; spre exemplu, unui pacient, care nu poate să meargă, nu i se va pune la dispoziție un scaun cu rotile, iar un altul, care a căzut pe podea, va fi încurajat să se ridice, dar nu va fi ajutat. Pentru ca toate acestea să fie făcute, trebuie să existe un plan clar, în așa fel, încât abordarea pacientului de către toți membrii personalului să se conformeze aceluiași reguli.

Măsurile de prim ajutor

În criza isterică se poate efectua o psihoterapie sugestivă simplă sau însoțită de administrarea intravenoasă a unei fiole de sulfat de magneziu 25% 10 ml, diazepam 2,0 i.m., anticipând și utilizând sugestiv efectele cunoscute ale acestora (senzație de căldură generală) și, eventual, fizioterapie, aplicarea de curenți faradici. Bolnavul nu va fi internat în staționar, existând riscul unei iatrogenii, al unei culturi a bolii. Se va recomanda ieșirea din mediul psihotraumatizant, eventual, odihnă într-o stațiune montană de altitudine medie.

URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE MANIFESTĂRI AGRESIVE-DISTRUCTIVE PSIHOPATICE

Manifestările agresive-distructive psihopatice fac parte din tulburările episodice de comportament, ce apar ca acte impulsive, prin lipsa sau scăderea capacității de autocontrol și de inhibiție, contravenind normelor etice de conviețuire socială, de unde aspectul lor medicolegal. Tuburările de personalitate constituie o sursă frecventă a stărilor agresive-distructive, îndeosebi prin asociere, prin impregnarea etică sau alte condiționări toxice. Personalitatea antisocială (disocială) și personalitatea impulsivă (borderline) corelează cel mai des cu aceste stări.

Crizele nevrotice și psihopatice constau din reacții psihice zgomotoase, comunicabile, cu o intensă componentă afectivă de expresie anxioasă, cu agitație, traducând o conflictualitate internă, ce poate fi generată de diferite situații stresante psihosociale. Criza anxioasă majoră exprimă o suferință afectivă, manifestată prin teamă, neliniște, iminența pericolului vital. Tensiunea psihică permanentă, insomnia, tulburările vegetative, adesea cu echivalențe somatice (cardiace, respiratorii, gastrointestinale, vertije, tremurături, transpirații), realizând stări psihosomatice acute, uneori cu elemente confuzionale agitate sau stuporoase, cu stări sincopale, rap-tusuri suicidare- omucidere, cu stări crepusculare, cu paroxisme emoționale manifestate teatral, constituie o criză isterică. Etiologic, în afara situațiilor stresante, ce au o mare încărcătură emo-tivă, se pot adăuga numeroși factori declanșanți: oboseală, conva-lescență, a unor boli infecțioase, abuzuri alcoolice.

Măsurile de prim ajutor

Tratamentul de urgență va fi administrat în cazul unor tentative suicidare, cu anxiolitice și cu sedative ca: levomepromazin 25 mg. – 4 f, haloperidol 5 mg 1–2 f, și va viza prevenirea acestor manifestări prin tratament intraaccesual cu Neuleptil sol. 4% sau capsule 20–30 mg/zi, Majeptil sol. 4%, comprimate sau fiole de 10 mg, 10–20 mg/zi), carbonat de litium 0,250 g compr., 3–4 pe zi a 0,250 g, (0,750g–1,000 g.) și psihoterapie. Uneori, se impune o internare în serviciul de psihiatrie, cu izolare și eventual imobilizare de scurtă durată.

Atitudinea medicală, în cazul tulburării de anxietate, va fi, în primul rând, de a diminua intensitatea ei printr-o psihoterapie de susținere, de înțelegere a bolnavului, în al doilea rând, de a elimina, prin examinări și investigații paraclinice, o afecțiune somatică însoțită de anxietate: un infarct miocardic, un astm bronșic, o afecțiune digestivă medicală sau chirurgicală, neurologică etc., ceea ce necesită îndrumarea bolnavului la serviciul de specialitate și, în al treilea rând, administrarea unor medicamente anxiolitice, tranchilizante, somnifere: levomepromazin 25 mg f 1–2/zi. Pentru a evita starea lipotimică, se administrează diazepam 10 mg 1–2 f sau aceleași medicamente, pe cale digestivă, cărora se pot adăuga derivați de amitriptilină 25 mg (1–2 drg.), care este antidepresivă și ușor anxiolitică.

URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE REFUZ SAU EXCES DE ALIMENTAȚIE. ANOREXIE NERVOASĂ

Anorexia mintală constituie o urgență psihiatrică majoră, fiind una din rarele situații din psihiatrie „în care un sfârșit fatal este o posibilitate reală”. Anorexia mintală este o maladie predominant a adolescenței, care afectează îndeosebi fetele între 12 și 25 de ani și, într-un procent mic, băieții. Simptomatologic se constată anorexie psihică – bolnavul luptă împotriva apetitului, iar repulsia pentru alimente apare nu numai la ingestia sau vederea lor, ci și când și le reprezintă: amenoree – de obicei, oligomenoree cu hipomenoree; scăderea importantă în greutate și anemie. Considerată mult timp o afecțiune endocrinologică, și anume o formă de insuficiență hipofizară sau ovariană, investigațiile moderne au dovedit că este o boală psihică, modificările endocrine fiind secundare și instalându-se târziu. Manifestările psihopatologice din anorexia mintală pot fi încadrate, mai degrabă, în modelele psihiatriei marginale, ca un tip de reacție, ce se dezvoltă în unele cazuri ca o nevroză, iar în altele, ca o psihoză (sau ca manifestarea unei psihoze), pe fondul unei personalități dizarmonice, afecțiunea este o formă particulară de criză a adolescenței. Fenomenologia clinică și buna inserție socială a bolnavului (adolescențele cu anorexie mintală sunt hiperactive atât fizic, cât și intelectual), ca și evoluția favorabilă, nu pledează pentru modelul procesual psihotic, unde refuzul alimentar este secundar manifestărilor delirante. Refuzul alimentar înseamnă de a menține greutatea corporală la, sau deasupra unei greutăți minime normale pentru etatea și înălțimea sa (de exemplu, pierdere în greutate, conducând la menținerea greutății corporale la mai puțin de 85% din cea expectată sau incapacitatea de a lua în greutate plusul expectat în cursul perioadei de creștere, conducând la o greutate corporală de mai puțin de 85% din cea expectată).

Din punct de vedere psihopatologic, tulburările sunt polimorfe și includ:

A. Frica intensă de a nu spori în greutate sau de a deveni gras, chiar dacă pacientul este subponderal (ă).

B. Perturbarea modului în care este experimentată greutatea sau conformația corpului propriu, nedatorată influenței greutății sau conformației corporale asupra autoevaluării sau negarea seriozității greutății corporale scăzute.

C. La femeile postmenarhice, amenoreea, adică absența a cel puțin trei cicluri menstruale consecutive. (O femeie este considerată că are amenoree, dacă menstrele sale survin numai după administrarea de hormoni, de exemplu, destrogeni).

Măsurile de prim ajutor

1. Psihoterapie individuală și familială.
2. Cura de insulină în doze mici.
3. Tranchilizante.
4. Neuroleptice sedative.
5. Antidepresive.

BULIMIA NERVOASĂ

Această tulburare include următoarea fenomenologie:

A. Episoade recurente de mâncat excesiv. Un episod de mâncat excesiv se caracterizează prin ambii itemi, care urmează:

(1) mâncatul într-o anumită perioadă de timp (de exemplu, în decurs de două ore), a unei cantități de mâncare mai mare decât cea pe care cei mai mulți oameni ar putea-o mânca în aceeași perioadă de timp și în circumstanțe similare;

(2) sentimentul de lipsă de control al mâncatului în cursul episodului (de exemplu, sentimentul că persoana respectivă nu poate stopa mâncatul sau controla ce și cât de mult a mâncat).

B. Comportament compensator inadecvat recurent, în scopul prevenirii sporirii în greutate, cum ar fi vărsăturile autoprovocate, abuzul de laxative, diuretice, clisme sau alte medicamente, postul sau exercițiile excesive.

C. Mâncatul excesiv și comportamentele compensatorii inadecvate apar ambele, în medie, de cel puțin două ori pe săptămână, timp de 3 luni.

D. Autoevaluarea este în mod nejustificat influențată de conformația și greutatea corpului.

E. Perturbarea nu survine, inclusiv în cursul episoadelor de anorexie nervoasă.

Măsurile de prim ajutor

1. Psihoterapie individuală și familială.
2. Tranchilizante.
3. Neuroleptice sedative.
4. Antidepresive.

BIBLIOGRAFIE

1. Battaglia, Moss, Rush et al.(1997): Haloperidol, Lorazepam or both for psychotic agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. *Am J.Emerg Med Jul*; 15(4): 335-40.

2. Bieniek SA, Ownby RL, Penalver A, Dominguez RA (1998): A double – blind study of lorazepam versus the combination of haloperidol an lorazepam in managing agitation. *Pharmacotherapy Jan-Feb*; 18 (1): 57-62.

3. Breslow RE, Erickson BJ, Cavanaugh KS(2000): the psychiatric emergency service: where we're going. *Psychiatry 2000 Summer*; 71 (2): 101-21.

4. Chiriță V., Papari A. *Tratat de psihiatrie. Vol. I, II. Constanța, 2003.*

5. DSM-IV. *Manual de Diagnostic Statistic al Asociației Psihiatrice Americane, București, 2000.*

6. ICD-10. *Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. București, 1998.*

7. Foster S, Kessel J, Berman ME, Simpson GM (1997): Efficacy of lorazepam and haloperidol for rapid tranquilization in a psychiatric emergency room setting. *Int. Clin Psychopharmacol May*; 12(3): 175-9.

8. Kaplan & Sadock. *Psihiatrie clinică. Manual de buzunar. București, 2001.*

9. Koning F, Petersdorff T, von Hippel C, Kaschka WP (1999): Initial care of psychiatric emergency patients: *Anaesthesist 1999 Aug*; 48(8): 542-8.

10. Laemmel K (1996): *Psychiatric emergencies. Schweiz Rundsch Med Prax 1996 Dec 10*; 85(50): 1915-20.

11. Lejoyeux M, Boulanguiez S, Fichelle A et al (2000): Alcohol dependence among patients admitted to psychiatric emergency services. *Gen Hosp Psychiatry 2000 May-Jun*; 22(3): 206-12

12. Nica –Udangiu L, Prelipceanu D, Mihailescu R(2000): *Ghid de urgențe în psihiatrie: Ed. Scripta; București.*

13. Schnyder U, – Klaghofer R, Leuthold A, Buddeberg C. (1999): Characteristics of psychiatric emergencies and the choice of intervention strategies. *Acta Psychiatry Scand* 1999 Mar; 99(3): 179–87.

14. Schnyder U, Valach L (1997): Suicide attempters in a psychiatric emergency room population. *Gen Hosp Psychiatry* 1997 Mar; 19(2): 119–29.

CUPRINS

Introducere.....	3
Urgența psihiatrică în caz de comportament suicidar.....	4
Urgența psihiatrică în caz de stare crepusculară.....	8
Urgența psihiatrică în caz de status epileptic.....	10
Urgența psihiatrică în caz de schizofrenie febrilă (catatomia cu periculozitate vitală).....	13
Urgența psihiatrică în caz de sindrom neuroleptic malign....	14
Urgența psihiatrică în caz de agitație psihomotorie.....	19
Urgența psihiatrică în caz de inhibiție psihomotorie.....	19
Urgența psihiatrică în caz de delirium tremens.....	21
Urgența psihiatrică în caz de atac de panică.....	22
Urgența psihiatrică în caz de criză isterică.....	23
Urgența psihiatrică în caz de manifestări agresive distructive psihopatice.....	25
Urgența psihiatrică în caz de refuz sau exces de alimentație.	
Anorexie nervoasă.....	27
Bulimia nervoasă.....	28
Bibliografie.....	30