

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Catedra de Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală

Karel KRAAN Jana CHIHAI

Ghid de intervenție în **URGENȚELE PSIHIATRICE**



Chișinău 2022



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development and Cooperation SDC
Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare
Швейцарское управление по развитию и сотрудничеству



MENSANA

PROIECTUL MOLDOV-ELVEȚIAN
SUPPORT PENTRU REFORMA SERVICIILOR
DE SĂNĂTATE MENTALĂ ÎN MOLDOVA



**Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Catedra de Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală**

Karel KRAAN Jana CHIHAI

**Ghid de intervenție în
URGENȚELE PSIHIATRICE**

Chișinău 2022

Aprobat la ședința catedrei Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”, proces verbal nr. 7 din data de 19.10.2021.

Aprobat de Comisia științifico-metodică de profil „Neuroștiințe”, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”, proces verbal nr. 3 din 01.12.2021.

Aprobat în cadrul ședinței Consiliului de Experti al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, proces verbal nr. 2 din 23.02.2022.

Autori:

Karel KRAAN, MD, PhD, Servicii de ambulator, Luzern Psychiatrie, Elveția, expert internațional, proiectul moldo-elvețian MENSANA

Jana CHIHAI, dr. în med, conf. univ., Președinta Societății Psihiatrilor, Narcologilor, Psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni din Republica Moldova (SPNPPC)

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții din Republicii Moldova
Kraan, Karel.

Ghid de intervenție în urgențele psihiatrice / Karel Kraan, Jana Chihai; Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală. – Chișinău: S. n., 2022 (Bons Offices). – 161 p.: tab.

Referințe bibliogr. la sfârșitul cap. – 500 ex.

ISBN 978-9975-87-950-7.

616.89-07-08(075.8)

K 8

Cuprins

Capitolul 1. Introducere și principii de bază	8
1.1 Ce este urgența psihiatrică?	8
1.2 Modele de prestare a serviciilor în urgența psihiatrică	8
1.3 Dificultăți în recunoașterea și diagnosticarea urgențelor psihiatrice.....	9
1.4 Principii de bază în evaluarea urgențelor psihiatrice.....	9
1.5 Abordarea sistematică pas cu pas în vederea evaluării pacienților cu plângeri psihiatrice și psihologice într-o situație de criză	12
1.6 Examinarea stării mintale.....	16
1.7 Provocări și probleme frecvente în gestionarea urgențelor psihiatrice	33
1.8 Tipuri frecvente de urgențe psihiatrice.....	34
1.9 Sunt toate urgențele psihiatrice „adevărate” urgențe psihiatrice?	34
Capitolul 2: Pacientul confuz, dezorientat și cu deficiențe cognitive	36
2.1 Introducere	36
2.2 Evaluarea pacientului confuz și dezorientat.....	36
2.3 Delirul.....	40
2.4 Demența	45
2.5 Referințe și lecturi ulterioare	46
Capitolul 3. Pacientul disperat și cu comportament suicidar	48
3.1 Unele aspecte de bază despre suicid	48
3.2 Câteva mituri populare despre suicid	49
3.3 Poate oare fi prevenit în mod sigur suicidul sau o tentativă de suicid?	49
3.4 Evaluarea și managementul pacientului cu comportament suicidar	52
3.5 Tratament farmacologic	60
3.6 Întrebări dificile la care ar trebui să vă răspundeți în cazul în care gestionați pacienți cu comportament suicidar	60
3.7 Bibliografie și lecturi ulterioare	61
Capitolul 4: Pacienții cu stări de dispoziție depresivă sau ridicată.....	63
4.1 Stările de dispoziție depresivă.....	63
4.2 Stările ridicate de dispoziție.....	68
4.3 Referințe și lecturi ulterioare	74

Capitolul 5. Pacientul anxios	76
5.1 Introducere	76
5.2 Istoria de caz a unui pacient anxios	77
5.3 Evaluarea și managementul pacientului anxios	78
5.4 Diagnosticul diferențial	80
5.5 Tratamentul psihologic	82
5.6 Managementul farmacologic.....	82
5.7 Bibliografie și lecturi suplimentare	84
Capitolul 6. Pacientul agitat, furios, perturbator și agresiv.....	85
6.1 Introducere	85
6.2 Afecțiuni medicale și psihiatrice care pot provoca un comportament agitat și agresiv	85
6.3 Abordarea pas-cu-pas în evaluarea și managementul unui pacient agresiv.....	87
6.4 Instruire în tehnicile de de-escaladare	92
6.5 Resurse utile	92
6.6 Managementul farmacologic (tranchilizarea rapidă).....	94
6.7 Bibliografie și lecturi suplimentare	100
Capitolul 7: Pacientul cu tulburări psihotice acute	102
7.1 Introducere	102
7.2 Care sunt cele mai frecvente semne și simptome ale psihozei?.....	103
7.3 Tipurile de tulburări psihotice.....	104
7.4 Diagnosticul diferențial	105
7.5 Evaluarea, examinarea și comunicarea cu pacientul psihotic	105
7.6 Managementul pacientului psihotic în serviciile de urgență.....	108
7.7 Bibliografie și lecturi ulterioare.....	112
Capitolul 8: Abuzul de substanțe: pacientul somnolent, intoxicat și supradozat	115
8.1 Introducere	115
8.2 Definiția dependenței de substanțe	116
8.3 Interviewarea și evaluarea pacientului cu adicție.....	117
8.4 Studiu de caz.....	119
8.5 Planul de intervenție în caz de recidivă	121
8.6 Intoxicația și sindromul de sevraj	122
8.7 Substanțe care pot provoca psihoză	128

8.8 Bibliografie și lecturi ulterioare	133
Capitolul 9. Pacientul abuzat și traumatizat	135
9.1 Introducere	135
9.2 Sindroame clinice	135
9.3 Factorii de risc pentru TSPT	139
9.4 Evaluarea și gestionarea pacientului abuzat și traumatizat	140
9.5 Intervenții psihologice	141
9.6 Farmacoterapie	143
9.7 Bibliografie și lecturi ulterioare	143
Capitolul 10: Urgențele psihiatrice în afecțiunile medicale	145
10.1 Introducere	145
10.2 Unele afecțiuni medicale frecvente care pot provoca simptome psihotice.....	146
10.3 Afecțiuni medicale asociate cu dispoziția deprimată	147
10.4 Afecțiuni medicale asociate cu o stare de dispoziție ridicată	148
10.5 Afecțiuni medicale asociate cu simptome de anxietate	148
10.6 Lecturi suplimentare și bibliografie	149
Capitolul 11. Urgențele în psihiatria copiilor și adolescenților	150
11.1 Introducere	150
11.2 Situații frecvente și factori catalizatori care duc la urgențe psihiatrice la copii și adolescenți în mediile cu resurse reduse	150
11.3 Evaluarea și examinarea stării psihice	150
11.4 Principii de gestionare a urgențelor psihiatrice la copii	151
11.5 Urgențele psihiatrice specifice la copii.....	152
11.6 Bibliografie și lecturi suplimentare	158

Prefață, cuvânt înainte și lista completă de autori

Prefață

Proiectul moldo-elvețian MENSANA – ”Suport pentru reforma serviciilor de sănătate mintală în Republica Moldova” facilitează implementarea reformei serviciilor de sănătate mintală în Moldova pentru ca persoanele cu probleme de sănătate mintală să beneficieze de servicii conform necesităților și să-și atingă obiectivele de recuperare.

Proiectul este finanțat de Guvernul Elveției, conform necesităților de reformare stabilite de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova.

Implementarea este asigurată de Institutul de Sănătate Mintală și Adicții Trimbos (Olanda), prin intermediul unității de facilitare IP Trimbos Moldova, în colaborare cu partenerii Luzerner Psychiatrie (Elveția) și Liga Română pentru Sănătate Mintală (România).

Obiectivul general al proiectului este ca persoanele cu probleme de sănătate mintală din Moldova să beneficieze de îngrijiri conform necesităților, permițându-le să își atingă obiectivele de recuperare. Un pas deosebit de important este îmbunătățirea calității prestării serviciilor prin definirea și aplicarea standardelor de tratament și a ghidurilor (procoloalelor) clinice. Prezentul ghid practic își propune să descrie modalitățile de gestionare a celor mai frecvente urgențe psihiatrice întâlnite de profesioniștii din domeniul medicinei și psihiatriei. Ne-am propus să scriem ghidul într-un limbaj simplu și accesibil, astfel încât să fie de înțeles pentru toți cititorii, în special pentru cei care nu sunt familiarizați cu psihiatria clinică. Sperăm că acest ghid va fi util atât pentru specialiști, cât și pentru alt personal din domeniul sănătății mintale. Ghidul are menirea de a face o introducere scurtă și concisă în managementul practic al urgențelor psihiatrice și nu-și propune să fie un manual cuprinzător.

Cuvânt înainte

Există un concept bine definit precum că organismele umane sunt o entitate compusă din diferite sisteme, care nu se limitează la organele noastre. Medicii și alți profesioniști din toate disciplinele trebuie să știe cum să identifice și să gestioneze diferite sindroame psihiatrice. Pe de altă parte, nu toți medicii și psihiatrii sunt suficient de bine instruiți să gestioneze urgențele psihiatrice. Acest lucru cauzează incertitudine atunci când au în fața lor un pacient în timpul unei crize mintale. Prezentul ghid are drept scop oferirea soluțiilor pentru asemenea probleme clinice.

Listă completă de autori

- Dr. Chihai, Jana: dr. în med., conf. univ. catedra de Psihiatrie, Narcologie, Psihologie Medicală a USMF "N. Testemițanu", președinta Societății Psihiatrilor, Narcologilor, Psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni din Moldova, consultant superior, proiectul moldo-elvețian MENSANA, Republica Moldova; jana.chihai@usmf.md
- Dr. Bottelier, Marco: psihiatru, director al Centrului universitar de psihiatrie pentru copii și adolescenți Accare, Olanda; m.bottelier@accare.nl
- Dr. Keet, René: psihiatru, director FIT-academy, GGZ Noord-Holland-Noord, Olanda, expert internațional, proiectul MENSANA; r.keet@ggz-nhn.nl
- Dr. med. Kraan, Karel: psihiatru, consultant superior Ambulante Dienste, Luzerner Psychiatrie, Elveția; partener internațional al proiectului MENSANA; karel.kraan@lups.ch
- Schouten, Suzanne: nursă psihiatrică, lean coach și consultant FIT-academy, GGZ Noord-Holland-Noord, Olanda; s.schouten@ggz-nhn.nl
- Van der Vorst, Lisette: psihiatru, Departamentul tratament intensiv la domiciliu și spitalizări acute, Serviciile de Psihiatrie GGZ Noord-Holland-Noord, Olanda; l.vandervorst@ggz-nhn.nl

Capitolul 1. Introducere și principii de bază

Autor: Dr. med. Karel Kraan, Serviciu de ambulatoriu, Luzerner Psychiatrie, Elveția

1.1 Ce este urgența psihiatrică?

Termenii *psihiatrie de urgență* și *psihiatrie acută* sunt deseori folosiți cu același sens. *Criză* și *intervenție în criză* sunt alți termeni folosiți frecvent în acest context. De obicei, nu ne gândim la diferența dintre aceste cuvinte, cel mai probabil din cauză că definițiile și distincțiile dintre ele nu sunt prea clare. În domeniul medicinei, **acut** înseamnă că simptomele apar destul de rapid, spre deosebire de un proces cronic. De asemenea, implică faptul că situația care apare poate fi potențial periculoasă și poate constitui o amenințare pentru sănătate. De regulă, o urgență psihiatrică necesită o intervenție medicală imediată pentru a evita un posibil pericol pentru viață. Urgențele psihiatrice deseori implică schimbări bruște în gândire, emoții și/sau comportamente care, dacă nu sunt gestionate, pot constitui motive serioase de vătămare fizică, mintală, emoțională și socială (Newhill, 1989). În caz de urgență psihiatrică, amenințarea pentru viață poate să nu fie întotdeauna evidentă. De obicei, la baza urgenței psihiatrice stă o boală mintală, dar nu întotdeauna. Oamenii pot dezvolta un comportament suicidar sau agresiv fără a avea o tulburare mintală. În astfel de cazuri, rolul profesionistului în sănătate mintală va fi de a determina cât de periculos este pacientul pentru sine și pentru cei din jur. Dacă pacienții beneficiază de îngrijiri imediate, corespunzătoare și adecvate, urgențele psihiatrice nu vor duce neapărat la spitalizare voluntară sau involuntară.

1.2 Modele de prestare a serviciilor în urgența psihiatrică

Cel mai frecvent aplicat model de prestare a serviciilor în psihiatria de urgență este modelul de consultanță (Zeller, 2010). Toți pacienții sunt tratați în primul rând de un medic de la medicina de urgență și sunt supuși unui examen prin screening medical. Screeningul medical evaluează latura somatică, astfel încât să poată fi stabilite sau excluse posibilele cauze organice ale simptomelor psihiatrice. Mulți pacienți cu o tulburare mintală au probleme somatice severe, care trebuie gestionate. Dacă este necesar, un pacient confuz sau agresiv va fi mai întâi stabilizat, înainte de a fi evaluat de către nursa psihiatrică sau un consultant.

Avantajele modelului de consultanță constau în costurile relativ joase. Acest model este de obicei cel mai ușor de implementat într-o secție de medicină de urgență. Totodată, acest model are un dezavantaj major: rolul consultantului se limitează de obicei la a decide dacă pacientul urmează a fi internat pentru spitalizare psihiatrică sau urmează a fi externat (modelul de triaj), lăsând puțin spațiu pentru observații suplimentare și pentru intervenții terapeutice. O cerință fundamentală a modelului de consultanță este ca personalul secției de urgență să fie instruit pentru a putea aborda tulburările mintale, deoarece nu întotdeauna are asemenea abilități. Alte modele posibile (Aripa sănătate mintală a secției de urgențe medicale, Modelul serviciilor de urgență psihiatrică) sunt descrise în următoarea publicație (Zeller, 2010). Deși există

mai multe modele, intervențiile în sala de urgență sunt de obicei asigurate de către un profesionist medical non-psihiatric.

1.3 Dificultăți în recunoașterea și diagnosticarea urgențelor psihiatrice

Imaginați-vă că sunteți o nursă care lucrează la recepția unei secții de urgență. Se prezintă un bărbat cu vârsta de aproximativ 40 de ani, care arată cam neglijent, în haine ponosite, și cere să fie consultat de un medic. Nursa îl întreabă politicos despre plângerile sale. El răspunde agresiv că nu este treaba ei, zicând că ea nu ar trebui să-i pună atâtea întrebări, că el va vorbi doar cu un medic și cere să-l vadă imediat. Un asemenea tip de comportament poate fi privit din diferite unghiuri: Este oare pacientul în stare de ebrietate? Sau este delirant din cauza unei tulburări psihotice subiacente? Sau are o tulburare de personalitate și, prin urmare, nu este în stare să-și gestioneze impulsurile agresive sau să facă față unor situații frustrante? Sau pacientul este foarte îngrijorat și anxios din cauza problemelor sale de sănătate și, prin urmare, foarte irascibil? Ați putea considera aceasta ca o variantă normală a comportamentului uman. De ce este atât de important să recunoaștem ceea ce provoacă un astfel de comportament? De ce trebuie să diferențiem dacă percepem comportamentul ca patologic, ceea ce ar duce la un anumit tip de intervenție, sau dacă ar putea fi considerat drept doar o variație a comportamentului normal?

Un alt exemplu: este iarnă și un bătrân vine la secția de urgență, fiind fără palton și fără încălțăminte. Chiar și pentru cineva care nu este un profesionist din domeniul sănătății mintale este ușor de văzut că un asemenea comportament cu siguranță nu este normal, dar este oare aceasta o urgență care necesită acțiuni imediate?

1.4 Principii de bază în evaluarea urgențelor psihiatrice

1.4.1 Evaluarea riscului

Un prim pas foarte important în gestionarea unei situații de urgență, în special atunci când există și agresiune, este **de a evalua cât de periculoasă ar putea fi situația** - atât pentru lucrătorul medical, cât și pentru pacient. Acest subiect este examinat mai detaliat în Capitolul 6.

1.4.2 Importanța stabilirii unei alianțe de lucru sau terapeutice

Este foarte important de subliniat faptul că **stabilirea unei alianțe de lucru chiar de la început este esențială**. Acest lucru se realizează în general datorită respectului și empatiei manifestate în comunicarea cu pacientul. O bază solidă pentru alianța de lucru este esențială pentru rezultatul și calitatea evaluării. Uneori este suficientă o simplă întrebare de genul: „Cum vă pot ajuta”? În multe cazuri, secția de urgență este primul punct de contact al pacientului cu prestatorii de servicii de sănătate mintală. Modul în care este perceput acest contact de către pacient va avea implicații asupra percepției sale privind suportul necesar în viitor. O experiență negativă poate face ca pacientul să aibă frici, antipatie și neîncredere în psihiatri și alți prestatori de servicii. Astfel de probleme pot influența foarte mult modul de înțelegere și dorința pacienților de a obține ajutor în viitor și de a continua tratamentul. Profesioniștii

trebuie să lucreze cu pacienții într-un mod solidar, grijuliu și interpersonal. Pe parcursul interviului, trebuie întotdeauna să ții cont de cât de fragilă sau stabilă este alianța terapeutică și ce trebuie făcut pentru a o fortifica.

Alianța de lucru este o relație de colaborare între pacient și profesionist care implică luarea în comun a deciziilor. Aceasta exclude coerciția pe cât posibil, astfel încât pacienții să nu fie forțați sau amenințați să facă lucruri împotriva voinței lor. De exemplu, utilizarea medicamentelor orale în urma acordului informat într-o situație de urgență, nu a injecțiilor forțate. Sau folosirea tehnicilor verbale de de-escaladare în raport cu pacienți agitați și agresivi, nu a constrângerii fizice. O alianță terapeutică înseamnă întotdeauna a trata pacienții în cel mai puțin restrictiv mod. Dacă această abordare are succes, responsabilitatea pentru atingerea scopurilor tratamentului poate fi comună, asigurându-se rezultate mai bune. Acest lucru necesită de obicei timp și răbdare, dar aduce beneficii pe termen lung!

1.4.3 Comunicarea cu pacientul într-o situație de urgență

- Primul pas este să vă prezentați pacientului, specificând funcția pe care o dețineți.
- Întrebați-l pe pacient cum ar dori să vă adresați către el/ea în timpul interviului.
- Stabiliți un interval aproximativ de timp.
- Stabiliți un contact vizual adecvat și urmăriți indicii nonverbal.
- Chiar dacă timpul disponibil într-o situație de urgență este de obicei limitat, nu întrerupeți pacientii, dacă este posibil.
- Dacă trebuie să-i întrerupeți, explicați de ce.
- În prima parte a interviului, puneți întrebări care creează oportunități de aprofundare a conexiunii emoționale cu pacientul.
- Ascultați cu atenție și verificați dacă ați înțeles corect pacientul. Acest lucru se face prin rezumarea informațiilor auzite și verificând cu pacientul dacă l-ați înțeles corect. Dacă este necesar, puneți întrebări suplimentare.
- Ascultați și observați din perspectiva pacientului. Încercați să înțelegeți experiența pacientului din punctul său de vedere.
- Folosiți întrebări deschise ori de câte ori este posibil, în special la începutul interviului.
- Dacă dispuneți de puțin timp, puteți recurge la întrebări închise, explicați de ce.
- Evitați întrebările sugestive.
- Comunicarea trebuie să se desfășoare într-un mod respectuos și empatic.
- Empatia este înțelegerea a ceea ce pacientul gândește, simte și spune. Se manifestă atunci când medicul se poate pune în locul pacientului, menținând în același timp obiectivitatea.
- Lucrătorul medical trebuie să se gândească continuu la ceea ce simte în timpul examinării, atunci când ascultă pacientul.
- Acest lucru implică ca lucrătorul medical să recunoască atunci când gândurile, sentimentele, percepțiile sau experiențele sale diferă de cele ale pacientului. În acest caz, va alege în mod deliberat să se axeze pe experiențele și ne-

voile pacientului, mai degrabă decât pe propriile sale experiențe sau nevoi.

În timpul evaluării, este foarte important ca profesionistul:

- Să rămână calm, dacă pacientul este sau devine agitat și anxios
- Să stea așezat, dacă pacientul se ridică
- Să încerce să întâlnească întotdeauna pacientul la nivelul ochilor
- Să devină mai liniștit, dacă pacientul devine mai gălăgios
- Să se relaxeze, dacă pacientul devine anxios
- Să reacționeze într-un mod prietenos, grijuliu și solidar, dacă pacientul devine agresiv

1.4.4 Stabilizarea crizelor acute

Următorul pas este stabilizarea crizei acute. Consilierea în caz de criză și de-escaladarea sunt tehnici extrem de importante în stabilizarea pacientului. Această etapă poate implica și administrarea medicamentelor. Pentru a alege medicamentele corespunzătoare este necesară o înțelegere de bază a sindromului psihiatric. În multe cazuri, intervenția psiho-farmacologică specifică nu este posibilă și rareori este necesară.

1.4.5 Excluderea unei afecțiuni medicale

O altă etapă în evaluarea unei urgențe psihiatrice este excluderea afecțiunilor medicale care ar putea sta la baza simptomelor psihiatrice. Capitolul 10 include o prezentare generală a afecțiunilor medicale asociate simptomelor psihiatrice.

În multe cazuri, pacienții cu probleme de sănătate mintală au mai multe afecțiuni medicale sub-diagnosticate și netratate care cauzează o durată de viață redusă și sporirea mortalității. Afecțiunile medicale pot, de asemenea, fi cauza principală a afecțiunii mintale. De asemenea, pot prezenta simptome similare. De exemplu, diferențierea delirului de o stare psihotică este un pas diagnostic important, deoarece tratamentul necesar va fi diferit.

1.4.6 Luarea în comun a deciziilor

Luarea în comun a deciziilor este o componentă cheie a asistenței medicale centrate pe pacient. Acest lucru permite și încurajează un rol activ al pacienților în procesul de luare a deciziilor medicale care le afectează sănătatea. În procesul de luare în comun a deciziilor, clinicienii și pacienții lucrează împreună pentru a lua decizii și pentru a selecta teste, tratamente și planuri de îngrijiri în baza dovezilor clinice pentru a echilibra riscurile și rezultatele preconizate, ținând cont de preferințele și valorile pacientului. Luarea în comun a deciziilor impune două condiții prealabile:

- Pacienții să fie cât mai bine informați cu privire la starea lor medicală curentă și să poată participa la procesul decizional, adresând întrebări relevante și exprimându-și valorile și opiniile personale despre starea lor și opțiunile de tratament
- Clinicienii să respecte scopurile și preferințele pacientului (în special, dacă nu doresc tratament) și să le utilizeze pentru a ghida recomandările de tratament.

Există dovezi că luarea în comun a deciziilor îmbunătățește calitatea comunicării pacient-medic, calitatea deciziilor de tratament și satisfacția atât a pacienților, cât și a medicilor. Acest lucru poate duce la rezultate mai bune pentru sănătate și la o cerere mai mică de resurse pentru asistența medicală.

1.4.7 Îngrijiri de monitorizare

Înainte de a încheia intervenția în secția de urgență, se vor planifica următorii pași în îngrijirile de monitorizare. Dacă pacientul urmează să fie internat într-o clinică de psihiatrie, se va transmite o descriere a situației clinice și a intervențiilor întreprinse. Dacă pacientul urmează să fie externat, este necesar un plan corespunzător de îngrijiri de monitorizare, inclusiv programări la prestatorul de servicii de ambulatoriu. De asemenea, ar putea fi important să abordăm probleme legate de locul de trai și coordonarea raporturilor cu familiile și îngrijitorii. Pacienților și membrilor familiilor lor li se va comunica adresa și numărul de telefon al unui serviciu de criză, unde ar putea solicita ajutor dacă situația se deteriorează înainte de a ajunge la primul consult ambulatoriu.

1.5 Abordarea sistematică pas cu pas în vederea evaluării pacienților cu plângeri psihiatrice și psihologice într-o situație de criză

Dacă au fost excluse afecțiunile medicale subiacente și nu este necesară o intervenție medicală imediată pentru a evita un posibil pericol pentru viață, atunci poate fi foarte utilă următoarea abordare sistematică în evaluarea pacienților aflați în situație de criză:

- Etapa 1: Colectarea informațiilor relevante
- Etapa 2: Examinarea pacientului (analiza istoricului și examinarea stării mintale)
- Etapa 3: Ipoteza de lucru
- Etapa 4: Stabilirea scopurilor
- Etapa 5: Intervenția
- Etapa 6: Evaluarea ipotezei de lucru și posibila revizuire
- Etapa 7: Referire pentru îngrijiri de monitorizare sau închiderea cazului

Aceste etape pot fi aplicate în contextul serviciilor de urgență din spital sau din centrele comunitare de sănătate mintală și în îngrijirile de monitorizare.

Etapa 1: Colectarea informațiilor relevante

Înainte de examinarea pacientului, este important să colectăm informații relevante pentru caz. Această etapă inițială poate fi realizată cu succes de către o nursă psihiatrică. Dacă evaluarea are loc în Centrul Comunitar de Sănătate Mintală, este preferabil – în contextul continuității îngrijirilor – ca această primă etapă să fie realizată de către specialistul în sănătate mintală care va fi responsabil de tratamentul de monitorizare.

Colectarea informațiilor este o etapă foarte importantă și constituie piatra de temelie pentru construirea alianței terapeutice necesare pentru tratamentele și inter-

vențiile ulterioare. Răspunsurile la întrebări oferă primii indici cu privire la natura diagnosticului și a situației clinice. Este important să informați pacientul cu privire la intervalul de timp disponibil.

Primele întrebări:

- Numele pacientului
- Data nașterii/vârsta
- Locul de trai și numărul de telefon al pacientului
- Locul de trai și numărul de telefon al membrilor familiei și ale altor persoane implicate
- Auto-referire? Sau pacientul a fost referit de un alt profesionist medical?
- Dacă sunt implicați alți profesioniști, solicitați acordul pacientului pentru a-i contacta
- Simptomele și comportamentul observat de referent

Etapa 2: Examinarea pacientului

După aceste prime întrebări, pacientul este rugat să descrie ce problemă acută îl deranjează. Dacă sunt prezenți membrii familiei și relația dintre aceștia și pacient este relaxată, poate fi foarte util să le cereți opinia asupra situației. Înainte de a face acest lucru, cereți acordul pacientului. Opiniile lor despre situație sunt similare sau diferite?

Următoarele întrebări reprezintă componentele unui interviu psihiatric cuprinzător. În dependență de cât de acută este situația de urgență, nu veți putea pune toate întrebările și va trebui să faceți o selecție.

- Care este plângerea dvs principală? Spuneți-mi ce v-a adus astăzi aici.
- Istoricul bolii curente:
 - Aveți o denumire pentru boală?
 - Când a început?
 - A declanșat-o ceva? Factorii declanșatori, probleme psihosociale și alți factori (de exemplu, șomaj recent, deces în familie, pierdere, separare, divorț, plasamentul copiilor, etc.)
 - De cât timp au apărut aceste plângeri?
 - Cât de intense sau debilitante sunt simptomele?
 - Prezența ideății suicidare în situația curentă
 - Prezența intenției de auto-vătămare sau de vătămare a celor din jur
 - Medicamentele curente (pentru afecțiuni medicale și psihiatrice, de exemplu, somnifere, calmante, analgezice)
- Istoricul și tratamentele psihiatrice anterioare, inclusiv comportamentul suicidar din trecut
- Istoricul medical, ultimul examen fizic, inclusiv rezultatele de laborator. Rețineți: în multe cazuri, pacienții cu probleme de sănătate mintală au mai multe afecțiuni medicale sub-diagnosticate și netratate care cauzează o durată de viață redusă și sporirea mortalității. Afecțiunile medicale ar putea, de

asemenea, fi cauza principală a tulburării psihice. De asemenea, pot prezenta simptome similare. De exemplu, diferențierea delirului de o stare psihotică este un pas diagnostic important, deoarece tratamentul necesar va fi diferit.

- Istoricul de familie
- Istoricul social: Dispune pacientul de un sistem adecvat de suport (copii, familie, prieteni, vecini) în apropierea sa, disponibil de a-i acorda ajutor? Familia este solidară și acordă ajutor sau este intruzivă și dificilă?
- Istoricul personal
 - Sarcina mamei, nașterea
 - Dezvoltare timpurie, probleme emoționale
 - Relațiile cu membrii familiei
 - Relațiile cu semenii
 - Rezultatele școlare-academice, calificări
 - Ocupații, performanța în muncă
 - Relații sexuale, căsătorie, copii
 - Istoricul de abuz (fizic, sexual, emoțional) în copilărie sau la maturitate
 - Care a fost nivelul de funcționare socială anterior episodului curent?
 - Abuz de alcool și/sau consum de droguri
 - Medicamente curente (pentru afecțiuni medicale și psihiatrice, de exemplu, somnifere, calmante, analgezice)
 - Alte probleme sociale, cum ar fi dificultăți financiare, datorii, lipsa locului de trai, probleme locative, etc.

După obținerea acestor informații importante, următoarea etapă constă în efectuarea unui examen al stării mintale explicat mai detaliat în Capitolul 1.6.

Etapa 3: Definirea unei ipoteze de lucru

Dacă examenul psihiatric este efectuat de o nursă psihiatrică sau de un alt profesionist medical, cazul respectiv va fi discutat ori de câte ori este posibil cu psihiatrul curant, în prezența pacientului. La sfârșitul acestei discuții ar trebui să se ajungă la o ipoteză de lucru.

Este necesar un diagnostic CIM-10 sau DSM-V exact?

Răspunsul simplu la această întrebare este nu. Un diagnostic preliminar descriptiv sau sindromal, sub forma unei ipoteze de lucru, bazat pe informațiile obținute de profesionist, este de obicei suficient pentru a decide ce tip de intervenție este necesară și dacă aceasta va include și o intervenție farmacologică.

Etapa 4: Scopurile tratamentului

După definirea ipotezei de lucru și a unui diagnostic preliminar, se vor discuta cu pacientul scopurile tratamentului. Pacienții au de obicei tendința de a defini scopurile într-un mod mai mult sau mai puțin abstract, cum ar fi: „Vreau doar să mă simt mai bine”. Punând întrebări suplimentare, clinicianul ar trebui să încerce să formuleze scopurile cât mai concret posibil.

Etapa 5: Intervenția

După definirea scopurilor tratamentului, posibilele intervenții care rezultă din acestea sunt discutate împreună.

- Psiho-educația: prestarea către pacient, familie și mediul său a informațiilor despre tulburare, prognostic și diferitele opțiuni de tratament, inclusiv prevenirea recidivelor.
- O intervenție de bază în aproape toate tulburările psihice este de a încuraja activarea și a contracara comportamentul de evitare: pacientul este sfătuit să rămână activ și să nu cedeze cât mai mult posibil tendinței de a evita situațiile înfricoșătoare și dificile. De asemenea, este util să-i ajutați pacientului în a-și structura ziua. Aceasta poate include, de asemenea, sfaturi și suport privind funcționarea la locul de muncă, educația, școala sau situațiile sociale.
- Monitorizare activă: monitorizarea evoluției simptomelor și plângerilor pacientului și păstrarea contactelor cu el, deosebit de importantă la pacienții care nu doresc tratament.
- În îngrijirile de monitorizare, de obicei este indicată psihoterapia. În multe cazuri, este necesar să oferiți mai întâi consiliere structurată de susținere pacientului pentru a-l motiva pentru perioada următoare.

Etapa 6: Evaluarea ipotezei de lucru și posibila revizuire

Această etapă vorbește de la sine. În timp ce sunt discutate scopurile tratamentului și posibila intervenție, explorați continuu noile informații obținute privind indicii care arată că ipoteza de lucru originală poate fi confirmată sau trebuie ajustată.

Etapa 7: Referirea către îngrijirile de monitorizare sau închiderea cazului

Înainte de a încheia intervenția în secția de urgență, se vor planifica următorii pași în îngrijirile de monitorizare. Dacă pacientul urmează să fie internat într-o clinică de psihiatrie, se va remite acestuia o descriere a situației clinice și a intervențiilor întreprinse. Dacă pacientul urmează să fie externat, este necesar un plan corespunzător de îngrijiri, inclusiv programări la prestatorul de servicii de ambulatoriu. Ar putea, de asemenea, fi util să abordăm aspecte legate de locul de trai și coordonarea raporturilor cu familiile și îngrijitorii. Pacienților și membrilor familiei lor li se va transmite adresa și numărul de telefon al unui serviciu de criză, unde ar putea solicita ajutor suplimentar dacă situația se deteriorează înainte de a ajunge la primul consult ambulatoriu.

Decizia cu privire la următorii pași care urmează să fie întreprinși poate implica, de asemenea, că pacientul nu mai dorește ajutor și suport psihiatric. Acest lucru constituie, de obicei, o problemă pentru profesioniștii din domeniul medical și al sănătății mintale, care sunt reticenți de a accepta o asemenea dorință, deoarece consideră (de cele mai multe ori, pe bună dreptate) că asistența psihiatrică este foarte importantă.

Rezumatul celor mai importante principii și scopuri ale evaluării în criză, în situații de urgență psihiatrică:

- Formați o alianță terapeutică
- Exclueți afecțiunile medicale pentru simptomele mintale
- Stabilizarea rapidă a crizei acute
- Evitați constrângerea
- Tratați în contextul cel mai puțin restrictiv
- Aranjamente corespunzătoare și organizarea unui plan de îngrijiri ulterioare

1.6 Examinarea stării mintale

1.6.1 Examinarea stării mintale

Examenul stării mintale este versiunea psihiatrului a examenului fizic. Aceasta este o evaluare structurată a funcționării psihologice, comportamentale și cognitive a pacientului și implică o parte considerabilă a examinării de rutină a pacientului. Acesta combină informațiile colectate prin observarea pasivă cu informațiile obținute prin întrebări directe (Voss 2020).

Ca instrument de diagnosticare, examinarea stării mintale are următorul scop (Bell 1977):

- Să servească drept bază pentru a face distincția între tulburările psihiatrice organice și tulburările funcționale
- Să determine capacitatea cognitivă a pacientului la un moment dat, permițând evaluarea îmbunătățirilor sau deteriorărilor ulterioare
- Să servească drept document care atestă examinarea specifică a funcției mintale
- Să servească drept referință pentru a sprijini decizia medicului în chestiuni de competență, acord informat, angajament și tendințe de sinucidere sau de omucidere
- Să distingă patologia mintală de normalitate pentru a stabili un diagnostic preliminar

1.6.2 Componentele majore

Examinarea stării mintale este organizată diferit de către fiecare clinician, dar conține aceleași categorii principale. Cognația poate fi împărțită în diferite domenii cognitive, în dependență de zonele pe care clinicianul le determină ca necesare pentru a fi evaluate (Voss 2020). Tabelul de mai jos descrie principalele categorii și itemii care urmează a fi evaluați. Itemii subliniați sunt explicați la sfârșitul tabelului și, de asemenea, în 1.6.3.

Categoria	Itemii de evaluat sau examinat
Aspectul general	Vârsta (arată mai tânăr sau mai în vârstă decât vârsta indicată)
	Sănătatea aparentă
	Nivelul de igienă și de îngrijire
	Modul de a se îmbrăca (inadecvat sau neobișnuit)
	Constituția corporală
	Postura
	Caracteristici distinctive (tatuaje/piercing/cicatrici)
	Indicele masei corporale (normal, subponderal, supraponderal, obez)
	Expresii faciale (calm, furios, perplex, trist, anxios)
Comportamentul general	Contactul vizual (adecvat, redus, sporit, evitant) <ul style="list-style-type: none"> • Persoanele suspicioase evită de obicei contactul vizual • Pacienții cu depresie privesc de obicei în jos • Pacienții cu halucinații pot privi în direcții neașteptate ca răspuns la stimulii psihotici vizuali sau auditivi
	Interacțiunea cu intervievatorul (de exemplu, prietenos, încrezător, cooperant, deschis, preocupat, agitat, evitant, refuză să vorbească, retras, suspicios, precaut, ostil, arogant, sarcastic, nerăbdător, excesiv de prietenos etc.)
	Comportament adecvat situației
	Controlul impulsurilor: normal, afectat
Activitatea motorie	Viteza mișcărilor (normală, întârziată/bradichinezie, agitată/hiperkinezie)
	Mișcări anormale (de exemplu, ticuri, diskinezie tardivă)
	Mers (rigid, târât, ataxic)
	Imobilitate/inflexibilitate psihomotorie (catatonie)
	Gesturi expresive (ritm, frământarea mâinilor, încleștarea pumnului la strângerea mâinii, grimase, atingerea repetitivă a feței etc.)

Vorbirea	Viteza (normală, lentă, rapidă, presată, debut întârziat)
	Ritm (monoton, neclar, disartric)
	Volum (moale, puternic, mut)
	Cantitate (locvace, fluent, sărac, mutism)
	Articulare (bâlbâită, sâsâită)
	Spontaneitatea <ul style="list-style-type: none"> • Spontaneitatea este gradul în care pacientul inițiază și se angajează în conversație • Pacienții deprimați prezintă de obicei spontaneitate scăzută • Pacienții suspicioși sau paranoici pot ezita să inițieze conversația
Dispoziția	Deprimată, tristă, supărată, iritabilă, bună, fantastică
Afectul	Calitatea: Eutimic, fericit, trist, iritat, supărat, agitat, restricționat, tocit, plat, larg, bizar, labil, anxios, luminos, exaltat, euforic
	Intervalul afectului (afect complet, plat)
	Potrivit situației
	Congruent sau incongruent cu dispoziția
	Stabilitatea afectului <ul style="list-style-type: none"> • Afect mobil: capacitate normală de schimbare • Afect labil: schimbări rapide și neprovocate
Procesul/forma gândurilor	Liniar și orientat spre scopuri, sărac, rapid, ilogic, incoerent, distractiv, <u>blocant</u> , <u>circumstanțial</u> , <u>perseverent</u> , <u>tangențial</u> , liber, <u>fuga de idei</u> , <u>slăbirea asociațiilor</u> , <u>salată de cuvinte</u> , <u>ecolalie</u> , <u>neologism</u> , <u>asociații sonore</u>
Conținutul gândurilor	Ideație suicidală, dorințe pasive de moarte, idee omucidă, cogniții depresive, distorsiuni, <u>preocupări</u> , <u>obsesii</u> , constrângere, rumații, îngrijorări, <u>fobii</u> , <u>idei de referință</u> , ideație paranoică, ideație magică, <u>delir</u> , <u>idei supraevaluate</u>
Percepția: Percepția înseamnă procesul de conștientizare a ceea ce este prezentat prin intermediul organelor de simț, adică înțelegerea unui stimul senzorial.	<u>Iluzii</u> , <u>halucinații</u> (auditive, vizuale, tactile, olfactive), depersonalizare, derealizare, déjà vu

Cogniția	Instrumentele de testare a cogniției sunt de asemenea explicate în Capitolul 2.
a. Vigilența	Alert, somnolent (letargic sau moleșit), obnubil, în stupoare, comat
b. Orientarea	Nume
	Locația curentă
	Data
	Ora
c. Atenția	Normală, distrasă, afectată
d. Memoria	<u>Reamintire imediată</u>
	<u>Reamintire întârziată/memorie pe termen scurt</u>
	<u>Memorie pe termen lung</u>
e. Gândirea abstractă	Gândire normală, afectată, concretă
D i s c e r n ă m ă n t / Conștientizarea bolii	Bun, suficient, slab, inexistent
Judecata	Bună, suficientă, slabă, inexistentă
Intellectul global	Mediu, peste medie, sub medie
Reacția examinatorului la pacient	Descriere

Dispoziția este descrierea subiectivă de către pacient a felului cum se simte („Cum te simți în ultima vreme?”).

Afectul este expresia fizică a stării emoționale a pacientului, așa cum a văzut-o clinicianul.

Blocarea gândirii: Oprirea bruscă a șirului gândurilor, lăsând un „gol”.

Circumstanțialitatea: înseamnă „a vorbi” în jurul unui subiect. Gândurile și vorbirea sunt prea detaliate, dar în cele din urmă revin la subiectul inițial. Poate fi văzută la pacienții cu epilepsie, dizabilitați de învățare și trăsături obsesive de personalitate.

Perseverență: cuvintele, frazele sau ideile persistă dincolo de punctul în care sunt relevante, de exemplu același răspuns la fiecare întrebare (diferită)

Tangentialitatea: Subiectul conversației s-a abătut pe o altă cale sau direcție (tangentă) fără a reveni la subiectul inițial.

Fuga de idei: Fiecare propoziție este mai mult sau mai puțin conectată logic la cea precedentă, dar subiectul se schimbă în mod repetat înainte de a se termina dezvoltarea fiecărui gând. Este cel mai frecvent observată la pacienții cu manie, de obicei, împreună cu viteză presată. Sunt necesare trei componente: 1. subiecte schimbătoare, 2. presiunea vorbirii și 3. asocierea aparentă (se poate urmări șirul gândurilor).

Slăbirea asociațiilor: pierderea structurii normale a gândirii.

Salată de cuvinte: formă severă de deraiere care afectează structura gramaticală a vorbirii. Cuvintele nu mai sunt conectate între ele într-un mod semnificativ.

Ecolalia: Pacienții cu ecolalie repetă propozițiile și întrebările persoanei care face examenul. De exemplu, atunci când întreabă „Ce dată e azi?”, pacientul răspunde „Ce dată e azi”.

Neologism: utilizarea cuvintelor noi sau a cuvintelor existente într-un mod nou.

Asocieri sonore: vorbire bazată pe sunete, cum ar fi rimele și jocul de cuvinte (de exemplu, „Mașina mea e în sat. Am fost în pat. Am dureri la cap.”).

Preocupări: Idei care vin în minte din nou și din nou și care îl pot împiedica pe pacient să-și desfășoare activitățile de zi cu zi.

Obsesii: Gânduri, impulsuri sau imagini persistente recurente care vin în minte în pofida efortului de a rezista sau de a le exclude. Gândurile obsesive sunt recunoscute ca fiind proprii (nu implantate) și sunt considerate ca neadevărate și fără sens.

Fobii: frici persistente, iraționale.

Idei de referință: Pacientul consideră că observațiile, afirmațiile, obiectele, evenimentele sau persoanele ne semnificative au o semnificație specială pentru el.

Idei delirante: Convingerea falsă, de neclintit, care nu corespunde contextului social și cultural al pacientului.

Idei supraevaluate: Idei deținute cu multă emoție (cu foarte mare încărcătură), dar cu un anumit grad de ambivalență și îndoieli cu privire la convingere (spre deosebire de deliruri, care sunt de neclintit)

Iluzii: Perceperea greșită a stimulilor externi (obiectivi). Condiții în care e mai mare probabilitatea apariției iluziilor: 1. Nivel redus de stimulare senzorială (de exemplu, la amurg), 2. Nivel redus de conștiință (de exemplu, pacienți deliranti), 3. Atunci când atenția nu se concentrează asupra modalității senzoriale (de exemplu, în întuneric), 4. Când există o stare afectivă puternică (de exemplu, stres, supărare).

Halucinația: O percepție senzorială fără un stimul obiectiv, dar cu o calitate similară a unei percepții adevărate. Este privită ca avându-și originea în lumea exterioară, nu în minte.

Atenția: Capacitatea de a menține interesul pentru un stimul. Nivelul de atenție poate fi evaluat atunci când se reconstituie istoricul. Un alt test obișnuit este serialul 7s: numărarea inversă cu 7s (sau 5s și 3s) de la 100 măsoară atenția, precum și memoria pe termen scurt. Sau citirea inversă pe litere a unui cuvânt. Aceste teste depind de nivelul de educație și competențele matematice. Pe pacienții cu nivel redus de educație îi puteți ruga să spună lunile anului în ordine inversă. Un alt test este de a-l lăsa pe pacient să asculte un șir de litere în care o literă este repetată frecvent, dar aleatoriu. Pacientului i se cere să bată cu degetul de fiecare dată când aude o anumită literă, de exemplu K:

T L K B K M N Z K K T K G B H W K L T K și așa mai departe.

Reamintirea imediată: Puteți testa reamintirea imediată, rugându-l pe pacient să repete imediat trei cuvinte sau obiecte între care nu este nici o legătură (de exemplu, lampă, măr, cal).

Reamintirea întârziată/Memoria pe termen scurt: Memoria pe termen scurt este, din punct de vedere clinic, cea mai relevantă și cea mai importantă de testat. Rugați pacientul să repete cele trei cuvinte folosite pentru testarea reamintirii imediate după trei-cinci minute. A se vedea și Evaluarea atenției (seria 7s).

Memoria pe termen lung: Este evaluată de obicei în timpul interviului, în baza capacității pacientului de a-și aminti cu exactitate evenimentele din ultimele luni și cele întâmplate de-a lungul vieții.

Gândirea abstractă: Capacitatea de a conceptualiza semnificațiile cuvintelor dincolo de interpretarea cea mai literală (concretă). Aceasta include abilitatea de a analiza informațiile în funcție de teme, de a generaliza în funcție de categorii, de a aprecia semnificații duble, de a face comparații, de a face ipoteze și de a raționa folosind gândirea deductivă și inductivă. O abordare frecventă pentru evaluarea gândirii abstracte este de a ruga pacientul să identifice asemănările (de exemplu, „Prin ce se aseamănă mărul și portocala?”) și să interpreteze proverbele cunoscute (de exemplu, „Nu număra puii înainte ca ei să iasă din găoace”).

Discernământul: Se referă la înțelegerea de către pacient a modului în care se simte, se prezintă și funcționează, precum și a cauzelor potențiale ale problemelor sale psihiatrice. Pacientul își dă seama că este bolnav, înțelege că simptomele sale sunt abateri de la normal, că comportamentul său ar putea afecta alte persoane și că tratamentul poate fi util în ameliorarea simptomelor sale?

Judecata: Se referă la capacitatea pacientului de a lua decizii bune și de a acționa în baza lor. Nivelul judecății nu trebuie să coreleze cu nivelul de înțelegere. Este posibil ca un pacient să nu aibă o înțelegere a bolii sale, dar să aibă o judecată bună. De exemplu, pacientul ar putea fi întrebant: „Ce ați face dacă ați găsi un plic ștampilat pe trotuar?”. La evaluarea judecății, aspectul important este dacă pacientul face lucruri periculoase sau care îl vor pune în dificultate și dacă pacientul este capabil să participe la propriile îngrijiri.

1.6.3 AMDP (Asociația pentru metodologie și documentare în psihiatrie)

În trecut și, în cea mai mare parte, în prezent, diagnosticul în psihiatrie se bazează mult pe o abordare descriptiv-fenomenologică. Datele sunt acumulate prin observarea minuțioasă și înregistrarea simptomelor și semnelor pacientului.

Elaborat inițial de un grup de psihiatri elvețieni și germani, sistemul AMDP (Broome 2018) este un instrument utilizat pe larg pentru documentarea simptomelor psihiatrice în instruire, activitatea clinică și proiectele de cercetare. Nu este doar o parte esențială a multor sisteme interne de documentare clinică, dar și un instrument valoros pentru instruire în identificarea simptomelor psihopatologice. Această abordare sistematică a evaluării psihopatologiei îl face un instrument de neprețuit în instruirea studenților de la medicină și psihologie și o referință esențială în psihiatrie.

Tabelul de mai jos enumeră cele 100 de simptome psihiatrice originale care trebuie evaluate. De-a lungul timpului, au fost adăugate 11 itemi suplimentari (ZP1-ZP11).

Categoria	Nr.	Fenomenul psiho-patologic	Definiție
Tulburări ale conștiinței	1	Vigilență redusă	Dimensiunea cantitativă a simptomelor. Ușor = pacientul este moleșit sau somnoros, dar reacționează prompt la stimulii verbali. Sever = pacientul nu poate fi stimulat decât prin stimuli de durere sau alți stimuli puternici.
	2	Conștiință încețoșată	Deficiențe calitative. Abilitate deteriorată de a înțelege aspecte legate de propria persoană și de mediu, de a face conexiuni semnificative între ele și de a comunica și a acționa în mod sensibil.
	3	Conștiință îngustată	Experiență diminuată și comportament restrâns, cu o reacție însoțitoare diminuată la stimulii externi.
	4	Conștiința extinsă	Dimensiune calitativă a simptomelor. Pacienții raportează cazuri de conștientizare sporită sau intensificată a evenimentelor interioare și exterioare.
Perturbări de orientare	5	Dezorientare în timp	Data curentă (ziua, luna, anul), ziua săptămânii sau anotimpul/ timpul anului nu sunt sau sunt parțial cunoscute.
	6	Dezorientare în spațiu	Pacientul nu poate identifica locația sa curentă sau răspunsurile produse sunt extrem de inexacte.
	7	Dezorientare în situație	Pacientul prezintă doar o conștientizare parțială sau lipsa conștientizării circumstanțelor și a procedurilor curente.

	8	Dezorientare în persoană	Pacientul nu este sau este doar parțial conștient de identitatea și/sau istoricul său personal
Tulburări de atenție și memorie	9	Percepție perturbată	Capacitate deteriorată de a înțelege sensul și semnificația enunțurilor verbale și a textelor scrise și de a stabili conexiuni semnificative între conținutul lor și contextul în care au fost făcute sau scrise.
	10	Concentrare perturbată	Capacitate redusă de a-și menține atenția și de a rămâne concentrat pe o activitate sau subiect pentru o perioadă îndelungată de timp
	11	Memorie pe termen scurt perturbată	Incapacitate parțială sau totală de a reține informații noi și de a și le aminti ulterior peste un interval de timp mai mic de 10 minute.
	12	Memorie pe termen lung perturbată	Reducerea sau pierderea capacității de a stoca informații în memorie pentru mai mult de 10 minute sau de a-și aminti din memorie materialul studiat anterior.
	13	Confabulație	Umplerea golurilor de memorie cu conținut care apare spontan și schimbător.
	14	Paramnezii	Amintiri distorsionate sau înșelătoare, amintiri involuntare, amintiri intense.
Tulburări de gândire formală	15	Gândire inhibată	Procesul de gândire este considerat subiectiv de pacient ca fiind încetinit sau blocat.
	16	Gândire întârziată	Fluxul proceselor de gândire este încetinit și lent.
	17	Gândire circumstanțială	Incapacitatea de a separa esențialul de neesențial în timpul unei conversații, fără a face conversația incoerentă.

	18	Gândire restricționată	Diapazon limitat al conținutului gândirii, fixarea pe un anumit subiect sau pe un număr mic de subiecte.
	19	Gândire perseverentă	Repetarea persistentă a cuvintelor, expresiilor sau detaliilor utilizate anterior până la punctul în care acestea devin lipsite de sens în contextul etapei curente a interviului.
	20	Ruminarea	Preocuparea mentală continuă sau îngrijorarea excesivă de gânduri, în cea mai mare parte neplăcute.
	21	Gândirea presată	Pacientul se simte neputincios de expus la presiunea unui torent de idei sau gânduri diferite.
	22	Fuga de idei	O multitudine crescândă de gânduri și idei care nu mai sunt ghidate ferm de un lucru clar orientat spre scopuri.
	23	Gândirea tangențială	Pacientul pare să înțeleagă conținutul întrebărilor care îi sunt adresate, dar dă răspunsuri care sunt complet în afara contextului („a vorbi în afara subiectului”).
	24	Blocarea gândirii/ perturbarea gândirii	Înteruperea bruscă a unui flux normal de gândire sau vorbire fără un motiv evident.
	25	Incoerență/ Deraiere	Nu se pot stabili legături vizibile între gândirea pacientului și rezultatul verbal.
	26	Neologisme	Formarea de cuvinte noi sau utilizarea cuvintelor fără a respecta uzajul normal și care, în general, nu sunt ușor de înțeles.

Îngrijorări și compulsii	27	Suspiciune	Comportamentul altor persoane este privit cu anxietate, neîncredere sau ostilitate și perceput ca fiind îndreptat către propria persoană.
	28	Hipocondrie	Percepție anxioasă și înspăimântătoare a propriului corp, prin care se simt senzații fizice de disconfort, însoțite de o senzație neîntemeiată obiectiv de îmbolnăvire sau de a fi bolnav.
	29	Fobii	Frica sau anxietatea copleșitoare față de anumite situații sau obiecte, care rezultă în general în evitarea activă a stimulului în cauză.
	30	Gânduri obsesive	Gânduri persistente, recurente auto-generate, care sunt considerate drept nerezonabile sau exagerate și cărora pacientul încearcă să le reziste sau să le respingă.
	31	Impulsuri compulsive	Impulsuri recurente persistente de a efectua anumite acțiuni (fizice sau mintale), care sunt considerate drept fără de sens sau exagerate și care reduc anxietatea generată de obsesii.
	32	Acțiuni compulsive	Acțiuni desfășurate persistent și repetat care sunt considerate drept inutile sau exagerate și care pot reduce anxietatea generată de obsesii.
Deliruri: Delirurile sunt rezultatul unei schimbări nespecifice în percepție și simțire, culminând cu un raționament deficient despre realitate care se bazează pe dovezi a priori necontestate și sunt	33	Dispoziție delirantă	O stare emoțională neobișnuită, deseori confuză și tensionată, care precedă manifestarea delirului.

<p>menținute de o convingere subiectivă de neclintit, indiferent de și în contradicție cu realitatea obiectivă și cu cunoștințele și experiența general umană.</p>			
	34	Percepție delirantă	Unei percepții reale îi este atribuită o semnificație sau un sens anormal, de obicei legat de propria persoană. Acest lucru se întâmplă fără prezența unor motive subiacente înțelese rațional sau emoțional.
	35	Idei delirante bruște	Idei și convingeri delirante nou-apărute, concepute pur mental.
	36	Idei delirante	Gânduri și convingeri delirante persistente sau de durată.
	37	Deliruri sistematizate	“Gradul de interconectare” (logic sau paralogic) dintre simptomele delirante individuale și alte fenomene delirante, halucinații, tulburări ale ego-ului sau, de asemenea, observații ori experiențe nonpatologice, modificate.
	38	Dinamica delirantă	Nivelul sau intensitatea afectelor care derivă din deliruri.
	39	Deliruri de referință	Convingere delirantă că evenimentele sau obiectele din mediu sunt menite să aibă o semnificație specială pentru pacient.
	40	Deliruri de persecuție	Pacientul se consideră drept o țintă a ostilităților sau a monitorizării. Ei au deliruri precum că sunt amenințați, ofențați, jigniți, batjocoriți, supravegheați sau luați în derâdere de către alte persoane care le urmăresc banii și bunurile sau sunt pe cale de a le distruge sănătatea sau chiar viața.

	41	Deliruri de gelozie	Convingerea delirantă de a fi înșelat sau trădat de partener.
	42	Deliruri de vinovăție	Convingerea delirantă de a nu-și fi îndeplinit obligațiile, pentru comiterea unei infracțiuni sau pentru o nedreptate făcută altora.
	43	Deliruri de sărăcire	Convingerea delirantă de a nu avea suficiente mijloace financiare pentru trai și pentru a se descurca.
	44	Deliruri hipochondriacale	Convingerea delirantă de a se fi îmbolnăvit de o boală gravă.
	45	Deliruri de grandoare	Stimă de sine sau auto-mărire delirantă exagerată sau convingerea de a avea puteri sau abilități speciale.
	46	Alte deliruri	Deliruri care nu se încadrează în niciuna dintre categoriile de mai sus.
Tulburări de percepție Criteriul de diferențiere între iluzii și halucinații este prezența sau absența respectivă a unui stimul extern (percept).	47	Iluzii	Judecăți greșite sau percepții greșite despre obiecte reale, zgomote sau persoane
	48	Auzirea vocilor	Percepția vocilor fără ca cineva să vorbească.
	49	Alte halucinații auditive	Percepția sunetelor sau zgomotelor halucinatorii nonverbale.
	50	Halucinații vizuale	Percepții vizuale fără stimuli externi corespunzători.
	51	Halucinații corporale	Percepție tactilă fără stimuli corespunzători sau percepții corporale modificate (coenestezie).
	52	Halucinații olfactive și gustative	Percepții ale anumitor gusturi și mirosuri fără prezența unor stimuli externi corespunzători.

Tulburări de personalitate (limită)	53	Derealizarea	Pacientul consideră circumstanțele sau timpul de parcă ar fi ireale și schimbate; toate sentimentele de familiaritate și încredere în mediu sunt pierdute.
	54	Depersonalizarea	Pacientul se percepe pe sine ca străin, ireal, schimbat sau ca un intrus.
	55	Difuzarea gândirii	Gândurile personale ale pacientului sunt considerate de parcă nu mai aparțin doar pacientului, ci ar fi accesibile pentru alte persoane care știu ce gândește pacientul (citirea minții).
	56	Retragerea gândurilor	Gândurile pacientului sunt eliminate sau „scoase din el”.
	57	Inserarea gândului	Pacienții consideră că gândurile și ideile lor sunt influențate din exterior, făcute în exterior, controlate, dirijate, introduse sau impuse din exterior.
	58	Alte sentimente de influență străină	Sentimentele, intențiile, comportamentul sau funcțiile corporale sunt considerate ca fiind controlate din exterior sau făcute de alții.
Perturbări ale afectului	59	Perplexitate	Pacientul arată a fi într-o stare de spirit a unei persoane complet pierdute și care nu mai este capabilă să-și evalueze în mod corespunzător situația, circumstanțele sau viitorul.
	60	Senzație de pierdere a sentimentelor	Pacientul raportează o reducere sau o pierdere a experienței afective și un gol emoțional simțit subiectiv.
	61	Afect tocit	Numărul (spectrul) stărilor afective afișate este diminuat.
	62	Pierdere resimțită a vitalității	Reducerea sentimentului general de forță și vitalitate.

	63	Dispoziție depresivă	Stare afectivă cu conotație negativă caracterizată prin dispoziție scăzută, tristețe și deprimare.
	64	Deznădejde	Speranțe diminuate, stare de spirit pesimistă, lipsa perspectivei.
	65	Anxietate	Pacientul spune că se simte anxios și înfricoșat, uneori fără a putea indica din ce motiv sau de ce.
	66	Euforie	A simți o stare excesivă de bine, de confort și mulțumire, de veselie, încredere și niveluri sporite de vitalitate.
	67	Disforie	Stare proastă de spirit cu nemulțumire. Pacientul este într-o dispoziție nesatisfăcătoare, manifestând o atitudine morocănoasă, ursuză, discordantă, nefericită, furioasă.
	68	Iritabilitate	Pacientul reacționează într-un mod inadecvat de rapid sau acerb, cu furie și/sau agresivitate.
	69	Agitație interioară	Pacientul simte excitabilitate interioară, agitație, tensiune sau nervozitate.
	70	Plângăcioșenie	Durerea, necazul și anxietatea sunt comunicate în mod explicit prin cuvinte, expresia feței și gesturi fizice (tânguire și lamentare).
	71	Sentimente de inadecvare	Încrederea în propriul potențial de realizare sau în propria valoare este diminuată sau pierdută.
	72	Stima de sine exagerată	Un sentiment pozitiv de stimă sporită de sine, forță sau potențial de realizare.
	73	Sentimente de vinovăție	Pacientul se simte vinovat din cauza acțiunilor, gândurilor sau dorințelor sale. Are impresia că a greșit și a acționat contrar unui anumit set de norme.

	74	Sentimente de sărăcire	Pacientul își face griji că nu dispune de mijloacele financiare necesare pentru a face față costului vieții și pentru a se descurca
	75	Ambivalență	Coexistența sentimentelor sau impulsurilor contradictorii (ambi-tendență) la un pacient, pe care le percepe ca fiind simultan prezente și tulburătoare.
	76	Paratimia (afectul incongruent)	Expresia nonverbală a sentimentelor și conținutul experiențelor raportate nu corespund.
	77	Labilitate afectivă	Schimbarea rapidă a afectelor și emoțiilor care se produce spontan sau ca urmare a stimulilor externi.
	78	Incontinența afectivă	Reacțiile și expresiile afective pot deveni dominante la cel mai mic impuls, rămân în afara controlului pacientului și uneori au un nivel exagerat de intensitate.
	79	Rigiditatea afectivă	Reducerea sau pierderea modulației emoționale cu un diapazon redus de niveluri de expresivitate afectivă (amplitudine).
Tulburări de drive și ale activității psihomotorii	80	Lipsa drive-ului	Lipsa energiei, inițiativei și interesului.
	81	Inhibarea drive-ului	Pacientul percepe nivelurile de energie și de inițiativă personală ca fiind oprite sau blocate.
	82	Drive sporit	Nivel crescut de energie, inițiativă și interes.
	83	Agitație motorie	Nivel crescut de activitate motorie nedirecționată.
	84	Parakinezie	Parakineziile sunt mișcări fizice anormale din punct de vedere calitativ, în mare parte complexe, care deseori implică expresii gestuale și faciale, precum și vorbirea.

	85	Manierisme	Mișcările și acțiunile zilnice (de asemenea, gesturile fizice, expresiile faciale și vorbirea) par a fi excentrice, ciudate, spectaculoase și forțate pentru un observator exterior.
	86	Histrionici	Pacienții dau impresia că joacă teatru.
	87	Mutism	Pacientul este taciturn sau nu vorbește deloc.
	88	Logoree	Vorbire excesivă.
Tulburări circadiene	89	Agravare dimineața	Agravarea regulată a simptomelor dimineața.
	90	Agravare seara	Agravarea regulată a simptomelor seara.
	91	Îmbunătățire seara	Ameliorarea regulată a simptomelor seara.
Alte tulburări	92	Retragere socială	Retragerea din compania altor persoane.
	93	Contact social excesiv	Creșterea activității sociale.
	94	Agresivitate	Comportament ostil, ofensator și atacator.
	95	Comportament suicidar	Gânduri, planuri și acțiuni concrete, întreprinse ca pregătire pentru îndeplinirea dorinței de a muri sau de a se sinucide.
	96	Auto-vătămare	Autovătămarea fără intenție de sinucidere.
	97	Lipsa simțurilor	Pacientul se simte mult mai puțin bolnav decât este de fapt sau defel bolnav.
	98	Lipsa înțelegerii bolii	Pacientul nu-și percepe plângerile ca manifestări ale stării sale psihopatologice.
	99	Ne-cooperabilitate	Pacientul refuză tratamentul sau rezistă tentativelor de a fi tratat.
	100	Nevoia de îngrijiri	Pacientul se bazează pe alte persoane în realizarea activităților legate de funcționarea de zi cu zi.

Itemii suplimentari	ZP1	Atacuri de anxietate	Atacurile de anxietate (atacuri de panică) sunt episoade bruște, distincte în timp, clar definibile de frică intensă, frecvent legate de simptome fizice. Ele pot apărea din senin sau pot fi declanșate de anumite situații.
	ZP2	Accelerarea gândirii	Percepția subiectivă de a avea procese accelerate de gândire.
	ZP3	Idei de referință	Sentimentul că evenimentele întâmplătoare au o semnificație specială și neobișnuită pentru pacient.
	ZP4	Dezorganizare	În contextul activităților de zi cu zi, se confruntă cu dificultăți în organizarea și secvențierea semnificativă a unei serii de acțiuni cu pași mici într-un tot întreg coerent pentru a ajunge la finalizarea unei sarcini specifice.
	ZP5	Comportament deranjant	Poziționarea fizică în apropierea fizică indecentă și inadecvată și depășirea limitelor distanței interpersonale acceptate din punct de vedere sociocultural.
	ZP6	Auzirea propriilor gânduri	Auzirea propriilor gânduri într-o formă clar auditivă, complet verbalizată.
	ZP7	Impulsivitate	Acțiuni bruscă, pripită și iute care este declanșată de stimuli externi sau de un impuls interior.
	ZP8	Perturbarea imaginii corpului	Perceperea estetică excesiv de negativă sau distorsionată a propriului corp și a părților acestuia.
	ZP9	Sentimente de rușine	Nivel excesiv de conștiință de sine, timiditate și jenă personală derivată din expunerea personală percepută atunci când sunt văzuți, observați și/sau apreciați critic de către alte persoane.

	ZP10	Idei supraevaluate	Idei care sunt de o importanță deosebit de semnificativă pentru pacientul însuși, dar puțin sau deloc înțelese de alții.
	ZP11	Afazie anomică	Ideile obișnuite de vocabular utilizat anterior de pacient în mod curent lipsesc în mod constant în timpul interviului.

1.7 Provocări și probleme frecvente în gestionarea urgențelor psihiatrice

Provocările majore în gestionarea urgențelor psihiatrice sunt următoarele:

- Implicarea pacientului în rezolvarea situației
- Motivarea pacientului să colaboreze
- Crearea unei alianțe terapeutice
- După evaluarea inițială, luarea **împreună** a deciziei cu privire la următorii pași (luarea în comun a deciziilor)

Dacă medicul sau profesionistul din domeniul sănătății mintale reușește să facă față acestor provocări, pot fi evitate măsurile obligatorii luate contrar voinței pacientului, care sunt de obicei considerate ca fiind traumatizante (dar nu în toate cazurile).

Probleme frecvente în gestionarea urgențelor psihiatrice (Newhill 1989):

- Ajustarea necorespunzătoare a pacientului sau adoptarea unei poziții de directivă, atunci când pacientul este capabil să răspundă la o abordare de facilitare.
- Permitearea dependenței regresive a pacientului pentru a scăpa de sub control sau presupunerea, în mod nerealist, că astfel de nevoi pot fi satisfăcute complet de către profesionist.
- Atragerea într-o coluziune cu versiunea pacientului privind criza înainte de a explora în mod adecvat toate unghiurile, inclusiv contactele colaterale semnificative.
- A fi prins de panica și neputința pacientului până la punctul de a transmite sentimente de impotență din partea profesionistului.
- Salt prea rapid la concluzii sau preluarea prea rapidă a controlului.
- A fi prea pasiv și non-directiv.
- Ignorarea sau neexplorarea: sentimentelor, faptelor, letalității sau simptomelor grave.
- A fi prea timid sau a renunța la responsabilitate, ceea ce poate însemna a nu duce lucrul până la capăt sau lăsarea referirilor sau monitorizării la discreția pacientului.
- A nu acționa suficient de repede atunci când pacienții nu mai sunt responsabili de comportamentul lor și când nu este posibilă direcționarea comportamentului.

1.8 Tipuri frecvente de urgențe psihiatrice

Există nenumărate diferite moduri în care oamenii se pot manifesta în situații de criză care cer mai mult sau mai puțin o atenție imediată. Se estimează că aproximativ 10-15% din intervențiile de urgență efectuate de serviciile medicale de urgență se datorează persoanelor cu o tulburare psihică acută (Clarke 2013). Cel mai probabil, procentul este subestimat, deoarece unele tulburări psihice pot rămâne nedetectate. Nu există suficiente date validate empiric despre epidemiologia psihiatriei de urgență (Pajonk 2015). Frecvența urgențelor psihiatrice în sectoarele individuale de îngrijiri variază considerabil. Urgența acestor intervenții este de obicei abordată în primul rând de către profesionistul medical non-psihiatric.

Cele mai frecvente tablouri clinice psihiatrice întâlnite de medicii de urgență sunt (Newhill 1989, Pajonk 2015, Zeller 2010):

- Intoxicarea cu alcool și droguri
- Suicidalitatea
- Agitația și agresivitatea
- Sindromul de sevraj alcoolic
- Delirul
- Conștiința redusă și confuzia
- Hiperventilația (atacuri de panică)
- Tulburările de stres acut (traume)
- Depresia
- Anxietatea
- Stările psihotice acute
- Simptomele psihice ca fenomene accesorii ale stărilor medicale somatice

Unele categorii se suprapun, de exemplu, pacientul intoxicat și psihotic poate manifesta, de asemenea, un comportament agresiv și perturbator.

1.9 Sunt toate urgențele psihiatrice „adevărate” urgențe psihiatrice?

Răspunsul la această întrebare este, desigur, controversat. Ceea ce poate părea o urgență psihiatrică nu întotdeauna poate fi o urgență psihiatrică reală în sens clinic. Există mai multe motive pentru acest fapt.

Unele tipuri de tulburări psihice, cum ar fi starea paranoidă psihotică acută în adolescență, se pot dezvolta destul de rapid. Totuși, majoritatea tulburărilor psihice se dezvoltă în timp. Tulburările psihice care duc la intervenții de urgență sunt de obicei prezente de săptămâni, luni și poate chiar ani. În multe cazuri, factorii psihosociali sunt cei care duc la escaladarea tulburării psihice subiacente, mai degrabă decât tulburarea psihică în sine. De obicei, există precursori și semne de avertizare care permit detectarea și tratamentul precoce. Dacă se pot întreprinde măsuri și tratamente timpurii, nu se va ajunge neapărat la o situație de urgență. Pentru depistarea și tratamentul precoce este necesară îndeplinirea a două cerințe. În primul rând, sunt necesari medici de familie bine informați și bine pregătiți, deoarece aceștia sunt de regulă primii profesioniști consultați. Și în al doilea rând, sunt necesare servicii

ambulatorii de sănătate mintală situate aproape de comunități, ușor accesibile pentru cei care au nevoie de ele.

Cu toate acestea, accesul la serviciile de sănătate mintală poate fi problematic. Chiar dacă există servicii corespunzătoare, acestea, în multe situații, nu sunt utilizate. De ce? Există încă multă stigmatizare în legătură cu tulburările mintale. Auto-stigmatizarea de către pacienți înșiși, stigmatizarea de către membrii familiei și chiar stigmatizarea de către profesioniștii din domeniul sănătății. Tulburarea mintală este de multe ori privită ca fiind vina pacientului, fiind astfel acuzată persoana respectivă.

Pacientul are nevoie, de asemenea, de un anumit discernământ pentru a-și da seama că are o tulburare mintală și că necesită ajutor și suport. Unii oamenii cred că pot sau trebuie să-și rezolve singuri problemele psihosociale și mintale. Oamenii își supraestimează uneori posibilitățile și resursele pentru a se auto-ajuta. În multe cazuri, rușinea îi împiedică să accepte sprijinul într-un stadiu incipient.

Profesioniștii nemedicali (poliția, profesorii școlari, liderii religioși etc.) ar trebui să fie informați și familiarizați cu aspecte legate de sănătatea mintală și să aibă acces ușor la profesioniștii din domeniul sănătății mintale, dacă au nevoie de sfaturi.

Disponibilitatea și calitatea resurselor de sănătate mintală sunt factori decisivi, dacă problemele de sănătate mintală duc la situații de urgență sau pot fi rezolvate la o etapă incipientă. Dacă se efectuează o intervenție promptă și adecvată, urgența psihiatrică nu va duce neapărat la o spitalizare involuntară, cum se întâmpla de obicei în ultimii ani.

1.10 Bibliografie și lecturi ulterioare

- Bell, R. et al.: The Mental Status Examination. AFP Vol 16, No 5, November 1977
- Broome M. et al.: The AMDP System. Manual of Assessment and Documentation of Psychopathology in Psychiatry. Hogrefe, 9th Edition, 2018
- Clarke et al.: Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: A literature review and thematic content analysis. Int J Ment Health Nurs 2014 Jun;23(3):273-84. doi: 10.1111/inm.12040
- Martin, D.: The Mental Status Examination. In: Walker H. et al.: Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3rd ed. Butterworths; Boston: 1990
- Newhill, C.: Psychiatric Emergencies: Overview of Clinical Practice and Clinical Practice. Clinical Social Work Journal, Vol. 17. No.3, Fall 1989
- Norris D. et al.: The Mental Status Examination. Am Fam Physician, 2016, Oct 15;94(8): 635-641
- Pajonk, F. et al.: Zur Situation der Notfall- und Akutpsychiatrie in Deutschland. Nervenarzt 2015, 86:1081-1090, doi 10.1007/s00115-014-4146-z
- Stiggelbout A. et al.: Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. BMJ 2012;344:e256 doi: 10.1136/bmj.e256
- Voss R.: 2020, <https://www.statpearls.com/articlelibrary/viewarticle/24998/>
- Zeller, S.: Treatment of Psychiatric Patients in Emergency Settings. Primary Psychiatry, 2010; 17 (6); 41-47

Capitolul 2: Pacientul confuz, dezorientat și cu deficiențe cognitive

Autori: Suzanne Schouten, René Keet, Karel Kraan

2.1 Introducere

Populația din întreaga lume îmbătrânește. În viitorul apropiat, poate crește probabilitatea ca pacienții cu deficiențe cognitive să fie referiți pentru o evaluare de urgență. Termenii „confuz” și „dezorientat” constituie o descriere utilizată pe larg și convenabilă care este deseori folosită pentru a caracteriza pacienții examinați în serviciile de urgență. Valoarea acestor termeni este mai mult ilustrativă, decât diagnostică. Pacienții cu deficiențe cognitive și mulți vârstnici sunt dificil de evaluat și, prin urmare, constituie o provocare pentru specialiștii din domeniul sănătății mintale. Comunicarea cu un pacient confuz și agitat poate fi foarte solicitantă și poate necesita multă răbdare. Reconstituirea cu minuțiozitate a istoricului este un element esențial al procesului de diagnostic, însă majoritatea acestor pacienți nu-și pot aminti trecutul. Un istoric colateral, preluat de la membrii familiei, îngrijitori, alți medici, servicii sociale și de alt gen, este esențial, dar nu este întotdeauna disponibil în timpul primei examinări. Mulți dintre acești pacienți au un procent înalt de comorbidități, fapt care impune o abordare multidisciplinară și suport din partea altor specialiști medicali, cel mai des de la cei din domeniul medicinei interne și neurologiei. Diagnosticul diferențial al deficiențelor cognitive este amplu, cuprinzând multe posibilități diferite de diagnostic, care deseori se suprapun. Specialiștii din domeniul sănătății mintale au de obicei doar cunoștințe de bază despre caracteristicile de diagnostic ale delirului și demenței. Mulți dintre ei nu sunt pregătiți suficient și nu sunt instruiți cu regularitate în gestionarea agitației și agresivității.

2.2 Evaluarea pacientului confuz și dezorientat

Evaluarea și examinarea unui pacient confuz și dezorientat poate avea loc în diferite contexte: în secția de urgență a unui spital general, într-un azil de bătrâni, la domiciliu etc. Acest lucru depinde de obicei de severitatea și acuitatea cazului respectiv. Dacă este posibil, este întotdeauna avantajos de efectuat evaluarea într-un mediu cu care pacientul este familiarizat. Simpla schimbare a mediului de obicei provoacă agravarea stării confuze. Pe de altă parte, examenul fizic, testele de laborator și, dacă este disponibilă, investigația neuro-imagistică, pot fi decisive pentru un diagnostic adecvat, argumente care favorizează efectuarea examinării în cabinetul unui medic sau în spital. Pacienții agitați și agresivi pot fi un pericol pentru sine și pentru cei din jur, inclusiv pentru specialiștii din domeniul sănătății mintale. Prin urmare, chiar la începutul evaluării pacienților confuzi, trebuie să ne gândim la siguranță și măsurile de siguranță. Acest lucru poate necesita internare în serviciile de urgență.

2.2.1 Reconstituirea istoricului

Reconstituirea minuțioasă a istoricului medical poate fi suficient de stresantă. Pacienții confuzi sunt de obicei incapabili să ofere răspunsuri adecvate. Colectarea informațiilor de la membrii familiei, îngrijitori și alți medici implicați reprezintă,

prin urmare, o prioritate importantă. Lista de mai jos enumeră elementele care trebuie elucidate (Riba 2010):

- Istoricul bolii curente
- Boala medicală anterioară
- Boli psihiatrice anterioare
- Istoric de traumatisme craniene, convulsii, atacuri cerebrale și alte probleme ale sistemului nervos central
- Istoric de abuz de substanțe
- Nivelul recent al funcției cognitive generale
- Nivelul educațional și vocațional
- Medicamente (prescrise, fără prescripție medicală, suplimente pe bază de plante)
- Factori declanșatori, probleme psihosociale și alți factori
- Istoric familial de tulburări cognitive și alte boli psihiatrice

2.2.2 Examinarea

Examenul trebuie să acopere atât starea somatică, cât și starea mintală, ultima incluzând un examen cognitiv formal.

2.2.2.1 Examenul fizic va include (Johnson 2001):

- Semnele vitale
- Pulsoximetria (saturația cu oxigen în sânge)
- Examinarea capului, urechilor, ochilor, nasului și gâtului (inclusiv a tiroidei)
- Examen neurologic
- Examen cardiovascular și abdominal
- Examen genito-urinar și/sau ginecologic, dacă este necesar

2.2.2.2 Examinarea stării mintale

Deoarece comunicarea cu un pacient confuz este de multe dificilă, observarea atentă a comportamentului pacientului și a modului în care acesta reacționează la mediul înconjurător și la examinator au o importanță majoră. Examenul stării mintale include atât observațiile făcute în timpul investigației clinice, cât și testele specifice bazate pe necesitățile pacientului și ale medicului (Norris, Clark, & Shipley, 2016). Pentru un examen cognitiv formal, sunt disponibile instrumente de examinare clinică, cum ar fi Examenul mini al stării mintale (MMSE), testul Mini-Cog și Evaluarea cognitivă Montreal (MOCA), care au fost traduse în multe limbi, inclusiv în limbile română și rusă. Examinarea stării mintale este utilă pentru a face diferențierea dintre o varietate de afecțiuni sistemice, precum și tulburări neurologice și psihiatrice, de la delir și demență la tulburare bipolară și schizofrenie. Totodată, nu există niște indicații care să vă ajute să decideți ce teste suplimentare ar trebui efectuate, atunci când rezultatele examinării stării mintale nu sunt normale. Prin urmare, testarea ulterioară se bazează pe raționamentul clinic. Informații detaliate despre modul de desfășurare a unui examen al stării mintale sunt prezentate în Capitolul 01.6.

2.2.2.3 Instrumente de screening

Raționamentul medicului este necesar la selectarea celui mai potrivit instrument pentru un anumit pacient. Aceste instrumente au sensibilitate și specificitate diferită pentru tulburările neurologice și psihiatrice. Este important să rețineți că **niciunul nu servește la diagnosticarea vreunei tulburări a stării mintale**. Fiecare dintre ele trebuie interpretat în contextul observațiilor medicului. Nu există indicații consensuale privind efectuarea unor teste suplimentare dacă examinarea stării mintale a dat rezultate anormale; prin urmare, testarea ulterioară se va baza pe raționamentul clinic (Norris 2016).

2.2.2.3.1 Examinarea mini a stării mintale (MMSE)

MMSE a fost elaborat de Folstein (1975) ca instrument de screening pentru evaluarea funcționării cognitive a persoanelor în vârstă. Are maximum 30 de puncte și evaluează orientarea, atenția, memoria, limbajul și capacitatea de a urma comenzi verbale și scrise. Este ușor de utilizat și poate fi ușor învățat de prestatorii de asistență medicală primară și de asistenții medicali, cu puțină instruire necesară. Un avantaj important este că MMSE este cel mai utilizat instrument de screening în întreaga lume și este utilizat aproape în toate proiectele de cercetare care monitorizează funcționarea cognitivă ca răspuns la tratament sau intervenție. Poate fi realizat într-o perioadă scurtă de timp, nu necesită echipament suplimentar și constituie o metodă excelentă de monitorizare a deteriorărilor în timp. Modul de efectuare a testului poate fi găsit în următoarea publicație: Ridha 2005.

În pofida utilizării pe scară largă, acest test are mai multe dezavantaje:

- Subiectiv în cazul persoanelor cu nivel redus de educație, dat fiind că conține elemente de limbaj și testare matematică
- Subiectiv în cazul persoanelor cu deficiențe de vedere (la fel ca și majoritatea testelor)
- Examinare limitată a capacității cognitive vizuo-spațiale
- Incapacitate de a distinge între delir și demență
- Sensibilitate slabă la deficiențele cognitive ușoare și formele timpurii de demență
- Nu efectuează o evaluare semnificativă a funcțiilor executive (testarea lobilor frontal)

2.2.2.3.2 Testul desenării ceasului

Testul de desenare a ceasului este un instrument simplu de depistare a semnelor de declin cognitiv observate în boala Alzheimer și în alte forme de demență. De obicei, este utilizat în combinație cu alte teste cognitive, dar chiar și atunci când este utilizat individual poate oferi informații utile despre capacitatea cognitivă a unei persoane. A fost inițial conceput pentru a evalua abilitățile vizuo-constructive și ca o măsurare a disfuncției spațiale și a neglijării, dar desenarea anormală a ceasului poate fi constatată și în alte deficiențe cognitive.

2.2.2.3.3 Testul Mini-Cog

Testul Mini-Cog este un test de screening al cogniției la persoanele în vârstă. Se efectuează timp de 3 minute și poate fi utilizat în diferite contexte. Mini-Cog combină testul de memorie din trei itemi și testul de desenare a ceasului, punctajul căruia se calculează simplu.

Testul este administrat în modul următor (Doerflinger 2019):

1. Instruiți pacientul să asculte cu atenție și să rețină trei cuvinte între care nu există nici o legătură, apoi să repete cuvintele. Aceleași trei cuvinte pot fi repetate pacientului până la trei ori pentru a reține toate cele trei cuvinte.
2. Instruiți pacientul să deseneze cadranul unui ceas, fie pe o foaie goală de hârtie, fie pe o foaie pe care deja este desenat cercul ceasului. După ce pacientul pune numerele pe cadranul ceasului, rugați-l să deseneze acele ceasului pentru a indica o anumită oră. Ora 11.10 a demonstrat o sensibilitate sporită.
3. Rugați pacientul să repete cele trei cuvinte menționate anterior.

Calcularea punctajului (dintr-un total de cinci puncte):

- Acordați câte un punct pentru fiecare cuvânt reamintit după testul ceasului, de distragere. Reamintirea se punctează de la 0 la 3.
- Testul ceasului este punctat cu 2 dacă este normal și 0 – dacă este anormal. Testul ceasului este considerat normal dacă toate numerele sunt indicate în ordinea și poziția corectă, iar acele afișează în mod clar timpul solicitat. Lungimea acelor nu este luată în considerare la punctare.
- Un punctaj de la 0 la 2 este un rezultat pozitiv pentru demență, un punctaj de la 3 la 5 este un rezultat negativ pentru demență.

2.2.2.3.4 Testul Montreal de evaluare cognitivă

Testul Montreal de evaluare cognitivă (MoCA) este un test scurt, din 30 de întrebări, care ajută specialiștilor medicali să detecteze foarte devreme deficiențele cognitive, permițând un diagnostic mai rapid și îngrijirea pacientului. MoCA este cel mai sensibil test disponibil pentru detectarea bolii Alzheimer, pentru măsurarea funcțiilor executive și a mai multor domenii cognitive, care sunt componente importante ce nu sunt măsurate de Examinarea mini a stării mintale (MMSE) (<https://www.mocatest.org/>). Testul MoCA este tradus în multe limbi, inclusiv în limbile română și rusă, și este utilizat în peste 200 de țări.

Comparativ cu MMSE, MOCA are unele avantaje:

- Este un test mai provocator din punct de vedere cognitiv
- Include funcția executivă (testarea lobilor frontali)
- Măsoară funcționarea la nivel superior a limbajului
- Măsoară procesarea vizuo-spațială complexă

- Sensibilitate înaltă (rata pozitivă adevărată) pentru MCI (90% vs. 18% la MMSE)
- Sensibilitate îmbunătățită pentru demența ușoară Alzheimer (100% față de 78% la MMSE)
- Specificitate excelentă (rata negativă adevărată) atât pentru MMSE (100%), cât și MoCA (87%)

2.3 Delirul

2.3.1 Definiție și diagnostic

DMS 5 definește delirul ca (European Delirium Society, 2014):

- A. Dereglarea atenției și capacitate redusă de a direcționa, concentra, menține și schimba atenția și conștientizarea, orientare redusă în spațiu.
- B. Dereglarea se dezvoltă într-o perioadă scurtă de timp (de obicei, de la câteva ore până la câteva zile), reprezintă o schimbare acută față de nivelul de referință al atenției și conștientizării și tinde să fluctueze în severitate pe parcursul zilei.
- C. Este necesară o dereglare suplimentară a cogniției (deficit de memorie, dezorientare, limbaj, capacitate sau percepție vizuo-spațială).

Delirul este consecința psihiatrică a dereglărilor sistemice, cum ar fi boli somatice, intervenții chirurgicale, durere, deshidratare, dereglări electrolitice, expunere la medicamente cu risc sporit (de exemplu, anticolinergice), intoxicație, sevraj și altele. Acestea sunt elemente importante cu referire la care trebuie să puneți întrebări în mod activ atunci când reconstituiți istoricul medical al pacientului. Delirium tremens este un termen specific pentru starea de confuzie cauzată de sevrajul la alcool. Pacientul delirant agitat constituie o urgență medicală care trebuie tratată. Numai după o stabilizare substanțială poate fi transferat la o secție de psihiatrie, dacă este necesar. Delirul netratat este asociat cu creșterea morbidității și a mortalității.

Delirul este frecvent însoțit de o schimbare a dispoziției sau a comportamentului și ar trebui considerat ca prima posibilitate de diagnostic în cazul în care o persoană în vârstă prezintă probleme de comportament care au un debut destul de brusc. Se poate manifesta ca o stare hipoactivă („delir liniștit”) sau hiperactivă („delir agitat”) și poate fluctua între cele două stări (NICE 2010). Delirul rămâne deseori nerecunoscut și nedocumentat de către medici. Se estimează că ratele delirului nerecunoscut, fapt care se definește ca un diagnostic ratat de delir după examinarea de către un medic sau o nursing din asistența medicală primară, sunt de aproximativ 60% din toate cazurile (McCabe 2019).

Cheia spre diagnosticarea delirului este atenția și conștientizarea anormală, debutul acut sau subacut și evoluția fluctuantă. Cel mai important factor de risc pentru dezvoltarea delirului este demența preexistentă, un concept care poate fi înțeles ca „creier vulnerabil” sau „scăderea rezervei cognitive” (Engel 2004).

2.3.2 Evaluarea pacientului delirant

Examinarea pacientului delirant, care este de obicei necooperant din cauza stării

sale, este deseori provocatoare. Medicul examinator trebuie să acționeze cât mai pragmatic posibil. El trebuie să încerce să valorifice orice oportunitate care apare, eventual abătându-se de la abordarea metodologică, pentru a asigura efectuarea unei evaluări cât mai cuprinzătoare posibil.

Johnson (2001) propune următoarea abordare:

- Încercați să scoateți din cameră cât mai multe persoane. Încurajați pacientul să se odihnească pe pat sau să stea pe un scaun și să vorbească în liniște ori doar să asculte pentru o perioadă de timp. O ceașcă de ceai poate fi o idee bună. Evitați să atingeți pacientul și nu încercați să-l examinați până când nu ați câștigat încrederea sa. Reduceți luminile foarte puternice. Încercați să excludeți zgomotele exterioare. Dacă este posibil, invitați un membru al familiei sau un o altă față familiară pentru a fi alături de pacient. Pacientul se poate simți mai în siguranță fiind așezat pe un scaun decât pe pat, iar părțile laterale ale patului par să mărească riscul de cădere.
- Începeți cu observația. Pacientul poate reacționa la stimuli ignorați în mod normal, de exemplu telefonul din hol. Observați aspectul și comportamentul său general și conținutul vorbirii sale. Examinați starea sa mintală. Mai ales, testați orientarea, atenția și funcția cognitivă. Nu vă certați cu pacientul despre deliruri sau idei paranoice, dar nici nu cădeți de acord cu ele!
- Efectuați un examen fizic. Căutați dovezi ale disfuncției sistemului nervos autonom, tahicardiei și deshidratării. Încercați să identificați semne de boală sistemică, anomalii neurologice focale, meningism, presiune intracraniană crescută sau traumatism cranian. Mișcările multifocale, frisoanele, mișcările de „strângere a scamei” și asterixis sunt unele dintre mișcările involutare observate în delir. Un amplu examen neurologic standard poate fi dificil, dar observarea este esențială. Mișcările și câmpurile vizuale pot fi testate observând pacientul în timp ce privește în jur. El poate fi crede ferm să „urmărește” o țință interesantă, cum ar fi o torță. Oferiți-i pacientului obiecte simple pentru a le privi, ține în mână și observați coordonarea. Lăsați pacientul să se miște, dacă este necesar.
- Încercați să faceți câteva teste de sânge simple; acest lucru se poate face de obicei prin acțiuni de calmare și cu răbdare. Uneori este necesară sedarea judicioasă în scop de investigații ulterioare. Trimiterea unui pacient agitat pentru a fi scanat poate agrava confuzia și rezultatele imagistice nu vor fi valoroase. Anestezierea pacientului poate fi periculoasă și va duce la o confuzie mai mare atunci când pacientul se va trezi, deși acest lucru nu ar trebui să împiedice sedarea în scop de investigații clinice esențiale.

2.3.3 Instrumente de screening

2.3.3.1 Metoda evaluării confuziei (CAM)

Metoda evaluării confuziei (CAM) este considerată a fi standardul de aur pentru testul de screening al delirului. Este un instrument bazat pe dovezi care le permite chiar și clinicienilor care nu au instruire psihiatrică să identifice și să recunoască

delirul rapid și cu precizie în contexte clinice și de cercetare. CAM combină patru itemi care au cea mai mare capacitate de a distinge delirul de alte tipuri de tulburări cognitive. CAM este validat și are o sensibilitate și specificitate ridicate. Un dezavantaj pentru implementare într-o secție de urgență, unde situația este probabil agitată și evoluează rapid, este faptul că implică un interviu semi-structurat de aproximativ 20 de minute, timp care nu este întotdeauna disponibil.

Diagnosticul delirului prin intermediul CAM necesită prezența caracteristicilor 1 și 2, plus fie 3 sau 4. Cele patru caracteristici sunt (McCabe 2019):

- **Debut acut sau evoluție fluctuantă:** Această caracteristică este obținută de obicei de la un membru al familiei sau o asistentă medicală. Este exprimată prin răspunsuri pozitive la următoarele întrebări: Există dovezi ale unei modificări acute a stării mintale față de starea de referință a pacientului? A fluctuat comportamentul anormal în timpul zilei, adică tinde să vină și să dispară sau să crească și să scadă în severitate?
- **Neatenție:** Această caracteristică este exprimată printr-un răspuns pozitiv la următoarea întrebare: Are pacientul dificultăți de concentrare a atenției, de exemplu, este ușor distractiv sau îi vine greu să urmărească firul celor spuse?
- **Gândire dezorganizată:** Această caracteristică este exprimată printr-un răspuns pozitiv la următoarea întrebare: Este gândirea pacientului dezorganizată sau incoerentă, cum ar fi conversații incoerente sau irelevante, flux de idei neclar sau ilogic sau trecerea imprevizibilă de la un subiect la altul?
- **Nivel de conștiință modificat:** Această caracteristică este exprimată prin orice alt răspuns, decât „alert” la următoarea întrebare: În general, cum ați evalua nivelul de conștiință al acestui pacient? Este alert = normal, vigilent = hiperalert, letargic = somnolent, dar ușor de înviorat, stupoare = greu de înviorat sau comă = nu poate fi înviorat?

2.3.3.2 4AT (Testul clinic rapid pentru delir)

4AT este un instrument simplu, rapid (durează mai puțin de 2 minute) și eficient, care poate fi efectuat lângă patul pacientului și ajută practicienilor să detecteze delirul în practica de zi cu zi. O meta-analiză recentă a 17 studii de validare a demonstrat o sensibilitate și specificitate ridicate (Tieges 2020). Testul nu necesită pregătire specială și este ușor de realizat. Testul constă din doar patru itemi și este considerat cel mai frecvent utilizat instrument în practică în întreaga lume. Există o versiune scrisă în limba rusă, iar versiunea în limba engleză este disponibilă și ca aplicație (Android sau iOS). Descărcarea și utilizarea sunt gratuite (<https://www.the4at.com/>).

Item	Descriere	Rezultat	Punctaj
1. Nivel de vigilență	Include pacienții care pot fi deosebit de somnolenți (de exemplu, dificil de înviorat și/sau vizibil somnolent în timpul evaluării) sau agitați/hiperactivi. Observați pacientul. Dacă doarme, încercați să-l treziți vorbindu-i sau printr-o atingere ușoară pe umăr. Rugați pacientul să-și spună numele și adresa pentru a ajuta la evaluare.	Normal (total vigilent, dar nu agitat pe tot parcursul evaluării)	0
		Somnolență ușoară pentru mai puțin de 10 secunde după trezire, apoi normală	0
		Clar anormală	4
2. AMT4 (Test mintal prescurtat)	Numele, vârsta, data și locul nașterii (numele spitalului sau clădirii), anul curent	Fără greșeli	0
		O greșeală	1
		Două sau mai multe greșeli ori netestabil	2
3. Atenția	Întrebați-l pe pacient: „Vă rog să-mi spuneți lunile anului în ordine inversă, începând cu luna decembrie”. Pentru a-l ajuta să înțeleagă inițial, se permite o sugestie de genul - „Care este luna de înainte de decembrie?”	Enumeră corect 7 luni sau mai multe	0
		Începe, dar înregistrează sub 7 luni/refuză să înceapă	1
		Netestabil (nu poate începe, deoarece nu se simte bine, este somnolent, neatent)	2
4. Schimbare acută sau evoluție fluctuantă	Dovezi privind schimbarea semnificativă sau fluctuația nivelului de vigilență, a cogniției sau a altor funcții mintale (de exemplu, paranoia, halucinații) apărute în ultimele 2 săptămâni și încă evidente în ultimele 24 de ore	Nu	0
		Da	4

Un punctaj de 4 sau mai mare: posibil delir +/- deficiențe cognitive

Un punctaj de la 1 la 3: posibile deficiențe cognitive

Un punctaj de 0: delirul sau deficiențele cognitive severe sunt puțin probabile (dar delirul este totuși posibil, dacă informațiile despre schimbarea acută sau evoluția fluctuantă sunt incomplete)

2.3.3 Managementul delirului

2.3.3.1 Intervențiile non-farmacologice

Următoarele intervenții non-farmacologice s-au dovedit a fi utile (Thara 2017):

- Reorientarea frecventă a pacientului și programarea activităților sale folosind ceasuri, calendare etc.
- Asigurarea faptului că pacientul se odihnește noaptea
- Reducerea deficitelor senzoriale cu ajutorul aparatelor vizuale sau auditive
- Evitarea constrângerii fizice, pe cât este posibil
- Accelerarea mobilizării și asigurarea faptului că pacientul își reia activitățile normale și interacțiunile sociale cât mai devreme posibil
- Reducerea la minimum a schimbărilor de personal și în camera pacientului
- Asigurarea unui mediu liniștit, cu un nivel redus de iluminare

După recuperare, este necesar să se instruiască pacientul și îngrijitorii despre motivele dezvoltării delirului. O explicație completă în termeni simpli și consolarea pacientului și a membrilor familiei trebuie să fie o parte obișnuită a îngrijirilor de rutină.

2.3.3.2 Intervențiile farmacologice

Utilizarea pe termen scurt a antipsihoticelor rămâne opțiunea de tratament. Tratamentul vizează controlul agitației și reducerea simptomelor psihotice, atunci când sunt prezente. Haloperidolul și antipsihoticele de a doua generație sunt utilizate pe scară largă. Haloperidolul poate fi administrat intravenos sau per os. În literatură, există anumite variații privind dozele recomandate, acest lucru fiind valabil mai ales pentru Haloperidol. Tendința actuală este de a utiliza doze mai mici de Haloperidol. Dozele mici reduc riscul prolongării QTc. Există o probabilitate mai mică ca antipsihoticele atipice să producă efecte secundare extrapiramidale. Deși antipsihoticele sunt utilizate la scară largă în tratamentul delirului, o analiză Cochrane (Burry 2018) a ajuns la concluzia că, în baza studiilor, nu au existat dovezi că antipsihoticele au redus severitatea delirului comparativ cu medicamentele non-antipsihotice. În plus, nu a fost găsită nicio diferență între neurolepticele tipice și cele atipice.

Următorul tabel prezintă dozele recomandate pentru pacienții vârstnici (Thara 2017). Odată ce simptomele sunt sub control, doza va fi redusă sau întreruptă pe o perioadă de la trei până la cinci zile.

Medicament	Doză inițială (mg)	Doză maximală (mg)
Haloperidol iv	0.25 - 0.5 mg la fiecare 8 ore	0.25 - 0.5 mg la fiecare 6 ore
Haloperidol per os	0.5 - 1.0 mg la fiecare 8 ore	0.5 - 1.0 mg la fiecare 6 ore
Risperidonă	0.5	2 - 3

Olanzapină	1 - 2.5	5 – 15
Quetiapină	12.5 – 25	100 – 200

Benzodiazepinele (Lorazepam: 0,5 – 2 mg la fiecare 4 ore intravenos sau intramuscular) sunt utilizate ca tratament de primă linie pentru delirul cauzat de sevrajul la alcool. Se va evita utilizarea benzodiazepinelor cu acțiune îndelungată.

2.4 Demența

2.4.1 Diagnosticarea

În DMS-5, demența a fost redenumită ca tulburare neurocognitivă majoră. Deoarece cei doi termeni sunt de fapt etichete diferite pentru aceeași afecțiune, a continua utilizarea termenului de demență este considerat o alternativă acceptabilă. Pentru diagnostic sunt necesare două elemente:

1. Dovezi ale declinului cognitiv semnificativ față de la un nivel anterior de performanță în unul sau mai multe domenii cognitive (atenție, funcție executivă, învățare și memorie, limbaj, cogniție perceptiv-motorie sau socială) bazate pe:
 - Îngrijorarea individului, a unui informator cunoscător sau a clinicianului precum că a existat un declin semnificativ al funcției cognitive; și
 - O deficiență substanțială a performanței cognitive, de preferință documentată prin teste neuropsihologice standardizate.
2. Deficitele cognitive interferează cu independența în activitățile de zi cu zi.

Deoarece demența se dezvoltă în general pe parcursul unei perioade mai lungi de timp, simptomele cognitive rareori duc la consultații de urgență. Ceea ce îngrijorează pacientul, îngrijitorii săi și membrii familiei sunt **simptomele comportamentale și psihologice asociate ale demenței** (SCPD). Unele dintre aceste simptome sunt foarte perturbatoare și sunt motivele pentru care pacienții sunt aduși la serviciile de urgență (Thara 2017, Han 2018):

- Umblatul prin casă și afară
- Agresiune verbală și fizică
- Pierderea controlului asupra impulsurilor
- Comportament agitat
- Dezinhibare sexuală, scoaterea hainelor, comportament inadecvat
- Gemete și țipete
- Deliruri și/sau halucinații
- Stare depresivă, cu idei și amenințări suicidare
- Delir

2.4.2 Principiile intervențiilor farmacologice în SCPD

- Intervențiile farmacologice pot fi utilizate pentru tratarea problemelor comportamentale de la moderate la severe.
- Acestea trebuie utilizate cu precauție la pacienții vârstnici. În ultimii ani, au fost evidențiate unele preocupări legate de siguranța utilizării antipsihoticelor atipice (Steinberg 2012).

- Tratatamentul trebuie să înceapă întotdeauna cu doze mici, dozele fiind mărite cu pași mici. Utilizați medicamentul doar pentru cea mai scurtă perioadă de timp posibilă.
- Antipsihoticele atipice, cum ar fi risperidona, olanzapina și quetiapina, pot fi utile în ameliorarea BPSD.
- Pentru tratarea tulburărilor depresive pot fi utilizate antidepresivele. Se recomandă inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS) datorită lipsei de efecte secundare anticolinergice.
- Se va evita utilizarea antidepresivelor triciclice și a altor medicamente cu proprietăți anticolinergice, precum amitriptilina.
- De asemenea, se va evita utilizarea benzodiazepinelor (leziuni asociate căderii, agravare cognitivă).

2.5 Referințe și lecturi ulterioare

- Burry L. et al.: Antipsychotics for treatment of delirium in hospitalized non-ICU patients. Cochrane Library 2018.
- Doerflinger D., Mental Status Assessment of Older Adults: The Mini-Cog. 2019. https://hign.org/sites/default/files/2020-06/Try_This_General_Assessment_3.pdf
- Engel G.L. et al.: Delirium, a syndrome of cerebral insufficiency. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2004, 16:526-538
- European Delirium Association et al.: The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. BMC Medicine 2014, 12:141
- Folstein M.F. et al.: «Mini-mental state»: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975, 12:189-198
- Gagné et al.: Performance of the French version of the 4 AT for screening the elderly for delirium in the emergency department. CJEM 2018;20(6):903-910, doi 10.1017/cem.2018.367
- Hans, J.H. et al.: Delirium and Dementia. Clinics in Geriatric Medicine, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.05.001>
- Hubbeling, D. et al.: Crisis resolution teams in the UK and elsewhere. Journal of Mental Health. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.637999>
- Johnson, M.: Assessing confused patients. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2001;71(suppl I):i7-i12
- McCabe, D.: The Confusion Assessment Method (CAM). 2019. <https://hign.org/consultgeri/try-this-series/confusion-assessment-method-cam>
- Nasredinne, Z. et al.: The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. Journal of the American Geriatrics Society, 2005

- NICE: Delirium: diagnosis, prevention and management. 2010 London
- Norris, D.R. et al.: The mental status examination. *American Family Physician*, 2016
- Ridha B. et al.: The Mini Mental Status Examination. *Practical Neurology* 2005,5,298-303
- Steinberg, M. et al.: Atypical antipsychotic use in patients with dementia: Managing safety concerns. *Am J Psychiatry*, 2012, 169:9:900-906
- Thara, R. et al.: *Emergencies in Psychiatry in Low- and Middle-Income Countries*. Routledge, 2nd Edition, 2017
- Tiegés, Z. et al.: Diagnostic Accuracy of the 4 AT for Delirium Detection in Older Adults: Systematic Review and Meta-analysis. *Age and Ageing* 2021; 50:733-743, doi: 10.1093/ageing/afaa224

Capitolul 3. Pacientul disperat și cu comportament suicidar

Autor: Dr. med. Karel Kraan, Servicii de ambulatoriu, Luzerner Psychiatrie, Elveția

3.1 Unele aspecte de bază despre suicid

Este suicidul ceva care ar trebui să ne îngrijoreze? Da și încă o dată DA! Suicidul este o enormă problemă globală de sănătate mintală. Există însă o veste bună cu două fațete: suicidul poate fi prevenit în multe cazuri! Și rata suicidului este în scădere, în special în țările cu venituri mici și medii. Motivul foarte probabil al acestei evoluții este faptul că se văd efectele campaniilor de prevenire a suicidului.

Cu toate acestea, prevenirea suicidului rămâne a fi un lucru foarte important. În 2016, la nivel mondial au fost estimate 793 000 de decese prin suicid, ceea ce reprezintă o rată globală anuală standardizată a suicidului de 10,5 la 100 000 de populație. Raportul global bărbați : femei a fost de 1,8, ceea ce înseamnă că bărbații prezintă o probabilitate cu 75% mai mare decât femeile de a muri ca urmare a suicidului (OMS 2018 (1)). Suicidul este a 18-a cauză principală de deces la nivel mondial, reprezentând 1,4% din totalul deceselor (OMS) 2018 (2)). Totodată, este foarte probabil ca aceste cifre să fie sub-raportate, deoarece suicidul este în majoritatea țărilor o problemă sensibilă. Datele de la Observatorul Mondial pentru Sănătate al OMS arată că, după accidente, suicidul este a doua cauză principală de deces printre tinerii cu vârsta cuprinsă între 15 și 24 de ani (http://origin.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/). Mai puțin cunoscut este faptul că cea mai mare rată generală a suicidului se constată în rândul bărbaților în vârstă. Factorii de risc constatați pentru această grupă de vârstă includ boala psihiatrică (în special, depresia), traiul solitar și boala fizică (Stanley et al. 2016). Conform primului raport al OMS privind prevenirea suicidului (OMS 2014), aproximativ 75% din suiciduri se produc în țările cu venituri mici și medii. Procentul raportat de sinucideri printre persoanele cu o tulburare mintală variază între 60 și 98% (Bachmann 2018). Depresia, tulburările psihotice în rândul bărbaților mai tineri, tulburările de personalitate și tulburările asociate consumului de substanțe (în special, dependența de alcool) sunt principalele stări mintale asociate cu rate înalte de suicid (Bachmann 2018). Alți factori de risc sunt tentativele anterioare de suicid, intenția de suicid, problemele de sănătate fizică și sexul masculin (Chan et al. 2016). Auto-vătămarea non-fatală duce frecvent la o repetare non-fatală (16% de cazuri în primul an), însă o repetare fatală are loc mai rar (2% - în primul an, 7% - după mai bine de 9 ani) (Owens 2002). Totodată, după douăsprezece luni de la auto-vătămarea non-fatală, rata suicidului produs pe parcursul unui an este de 37 ori mai mare decât în rândul populației generale corespunzătoare (Olfson 2017). Rata de suicid este și mai mare după evenimentele inițiale de auto-vătămare care implică metode violente, comparativ cu cele nonviolente, în special arme de foc.

Se estimează că aproximativ 80 - 90% dintre aceste persoane pot fi tratate cu succes. Tratamentul adecvat este cea mai bună măsură preventivă disponibilă. Suicidalitatea în sine nu poate fi tratată, dar tulburarea mintală care stă la baza acesteia poate fi

tratată. După un tratament eficient, majoritatea persoanelor care au avut tentative anterioare de suicid nu pot înțelege de ce s-au gândit la o astfel de posibilitate.

Un alt lucru important de luat în considerare cu referire la suicid este faptul că o enormă problemă globală de sănătate mintală sunt milioanele de persoane profund afectate de suicidul sau tentativa de suicid a unei rude apropiate sau a unei cunoștințe.

3.2 Câteva mituri populare despre suicid

Într-o excelentă publicație despre prevenirea suicidului (OMS 2014), autorii au prezentat câteva mituri despre suicid, care persistă până în ziua de azi, deși există mai mult decât suficiente informații care denotă contrariul:

„**Mit:** Majoritatea sinuciderilor se întâmplă fără vreun avertisment”.

„**Adevăr:** Majoritatea sinuciderilor au fost precedate de semne de avertizare, fie verbale sau comportamentale”.

„**Mit:** O persoană cu comportament suicidar este hotărâtă să moară”.

„**Adevăr:** Dimpotrivă, persoanele cu comportament suicidar sunt adesea ambivalente în ceea ce privește a trăi sau a muri”.

„**Mit:** O persoană cu comportament suicidar va rămâne suicidară pentru totdeauna”.

„**Adevăr:** Riscul sporit de suicid este de cele mai multe ori pe termen scurt și specific situației. Deși gândurile suicidale pot reveni, acestea nu sunt permanente și o persoană cu gânduri și tentative suicidare anterioare poate continua să ducă o viață lungă”.

„**Mit:** Numai persoanele cu tulburări mintale au un comportament suicidar”.

„**Adevăr:** Comportamentul suicidar indică o nefericire profundă, dar nu neapărat o tulburare mintală. Multe persoane care trăiesc cu tulburări mintale nu sunt afectate de un comportament suicidar și nu toți cei care își pun capăt vieții au o tulburare mintală”.

„**Mit:** A vorbi despre suicid este o idee proastă și acest lucru poate fi interpretat ca o încurajare”.

„**Adevăr:** Având în vedere nivelul înalt de stigmatizare aferentă suicidului, majoritatea oamenilor care se gândesc la suicid nu știu cu cine să vorbească. O discuție deschisă nu va încuraja comportamentul suicidar, dar îi poate oferi persoanei alte opțiuni sau timpul necesar pentru a se răzgândi, prevenind astfel suicidul”.

3.3 Poate oare fi prevenit în mod sigur suicidul sau o tentativă de suicid?

Suicidalitatea acută este impulsul fulminant și periculos de a se sinucide. OMS definește suicidul ca un act deliberat de a-și pune capăt vieții. Majoritatea experților susțin că **nu există criterii bine definite care să permită o predicție fiabilă a suicidului**. Mai mult, suicidul sau tentativa de suicid trebuie diferențiate de comporta-

mentul de auto-vătămare non-suicidar, adică situațiile când o persoană își provoacă daune și vătămări în mod deliberat, fără a avea intenția de a muri ca urmare a comportamentului dăunător.

O provocare în ceea ce privește evaluarea factorilor de risc de suicid derivă din faptul că mulți factori de risc sunt statici, nu pot fi modificați și se limitează la a ajuta la determinarea celor care au nevoie de un nivel mai mare de îngrijiri. În cadrul elaborării ghidului Institutului Național pentru Excelență în Sănătate și Îngrijiri (NICE), Chan et al (2016) au efectuat prima examinare sistematică și meta-analiza unor studii potențiale ale factorilor de risc și a scalelor de evaluare a riscurilor pentru a prezice auto-vătămarea care conduce la suicid. Deși cei patru factori de risc identificați prezintă interes, autorii au remarcat că aceștia au o utilizare practică limitată, deoarece sunt relativ frecvenți în rândul populațiilor clinice. În plus, ei au constatat că nici o scală nu dispune de dovezi suficiente pentru a susține utilizarea sa în prevenirea suicidului, având valori predictive cuprinse între 1,3% și 16,7%. Ei chiar au recomandat prudență în utilizarea lor, deoarece, contând prea mult pe ele în practica clinică, s-ar putea ajunge la consolări false care, prin urmare, sunt potențial periculoase.

Totodată, există o nevoie foarte mare de un instrument fiabil de evaluare pentru a fi utilizat în sălile de urgență. Din acest motiv, Patterson et al. (1983) au creat Scala SAD PERSONS (SPS) ca un ghid simplu și practic de evaluare a suicidului pentru studenții în medicină și medicii ne-psihiatri, care este încă utilizată pe larg în instituțiile clinice pentru evaluarea riscului de suicid. Într-un studiu ulterior publicat în 1988, Hockberger și Rothstein au abordat două întrebări:

1. „Poate oare un medic împovărat de atmosfera agitată dintr-o secție de urgență, de timpul limitat pentru evaluarea pacientului și de lipsa instruirii psihiatrice formale să fie la fel de exact ca un psihiatru negrăbit în solicitarea informațiilor necesare pentru calcularea unui scor fiabil?”
2. „Există un scor sub care medicul poate externa cu încredere un pacient, făcând o referire psihiatrică corespunzătoare?”

În versiunea **Modified SAD PERSONS Scale (Scala modificată SAD PERSONS)** (Tabelul 3.1), sunt evaluați 10 itemi cu un scor de 1 sau 2, apoi se calculează suma. Suma poate fi apoi utilizată pentru a decide privind măsurile ulterioare în managementul pacientului: o sumă de 6 sau mai mare ar indica necesitatea unui examen din partea unui specialist în psihiatrie în secția de urgență, iar un scor de 8 sau mai mult ar însemna că trebuie examinată oportunitatea internării într-un spital de psihiatrie.

Tabelul 3.1 Scala modificată SAD PERSONS

Item	Scor
Masculin	1
Vârsta sub 19 ani sau peste 45 de ani	1
Depresie sau tulburare bipolară	2
Tentativă anterioară de suicid	2
Utilizare excesivă a alcoolului și drogurilor	1
Pierderea gândirii raționale	2
Lipsa suportului social (despărțit/ă, divorțat/ă, văduv/ă)	1
Plan organizat de suicid	1
N-are partener, copii	1
A exprimat intenția de suicid	2

O recentă cercetare sistematică (Warden et al. 2014) a evaluat Scala SAD PERSONS din punct de vedere al performanței sale în prezicerea evoluțiilor legate de suicid. Nici unul din cele trei studii identificate n-a arătat că scala ar prezice cu exactitate un comportament suicidar. Alte metode de screening propuse au aceeași soartă: testele psihometrice, cum ar fi Scala disperării după Beck, Scala intenției de suicid sau Scala ideății suicidare sunt de obicei mai puțin utile - există o rată înaltă a persoanelor care nu prezintă un risc de suicid, însă dau rezultate pozitive la testarea cu aceste instrumente (Chan et al., 2016).

Un alt posibil instrument de screening este **Scala Columbia de evaluare a gravității riscului de suicid (C-SSRS)**. Versiunea completă în limba engleză poate fi găsită la http://cssrs.columbia.edu/wp-content/uploads/C-SSRS-Baseline-Screening_AU5.1_eng-USori.pdf. Chestionarul a fost elaborat de mai multe instituții, inclusiv Universitatea Columbia, cu suportul Institutului Național de Sănătate Mintală. Pentru Moldova, există o traducere în limbile română și rusă. În actualizarea referitoare la traduceri existente se menționează că acest chestionar încă nu a fost implementat în țară. Chestionarul este ușor de administrat și necesită o pregătire minimă. Un studiu recent suedez a arătat că frecvența, durata și piedicile itemilor C-SSRS au fost asociate cu un risc înalt pe termen scurt. Cu toate acestea, capacitatea de a prezice corect un comportament suicidar viitor este limitată.

Scala Columbia de evaluare a gravității riscului de suicid (C-SSRS) este un chestionar utilizat pentru evaluarea riscului de suicid, elaborat de mai multe instituții, inclusiv Universitatea Columbia, cu suportul NIMH. Scala este susținută de dovezi și face parte dintr-o inițiativă națională și internațională de sănătate publică, care implică evaluarea suicidalității. Disponibilă în 103 limbi diferite, scala a fost utilizată cu succes în mai multe instituții, inclusiv școli, campusuri universitare, unități militare și de pompieri, sistemul de justiție, asistența medicală primară, precum și în cercetări științifice.

Suicidul este asociat cu numeroși factori eterogeni de risc, dar nu există un instrument de evaluare care să poată prezice un comportament suicidar viitor în mod fiabil. **Istoricul de tentative de suicid rămâne în continuare cel mai puternic predictor.** Acest lucru subliniază importanța faptului de a întreba deschis pacientul despre istoria sa anterioară și despre intențiile sale legate de prezent și viitor.

3.4 Evaluarea și managementul pacientului cu comportament suicidar

Înainte de a intra în detalii, prezentăm mai jos o listă, care rezumă pașii ce trebuie urmați atunci când la un serviciu de urgență se prezintă un pacient cu comportament suicidar:

1. Efectuați o examinare psihiatrică minuțioasă, inclusiv a istoricului psihiatric, a stării psihice, a factorilor protectivi și de risc
2. Evaluați tendința suicidară actuală
3. Stabiliți nivelul de risc (reduc, moderat, înalt)
4. În dependență de nivelul de risc, decideți privind proceduri ulterioare de tratament:
 - Spitalizare voluntară sau involuntară ori externare?
 - În caz de externare: organizați un tratament de menținere, începeți medicația, dacă este indicat, discutați despre planul de siguranță, restricționarea mijloacelor, dacă este necesar.

3.4.1 Evaluarea pacientului care a întreprins o tentativă de suicid

Suicidul este unul din cele mai frecvente motive pentru care persoanele aflate în stare de criză se prezintă la un serviciu de urgență. Există diferite tipuri de pacienți cu risc potențial de suicid:

- Pacienți în situație vădită de risc de suicid, care vin singuri ori sunt aduși de altcineva pentru a primi ajutor
- Pacienții care au efectuat recent o tentativă de suicid
- Pacienți cu o tulburare psihiatrică latentă
- Pacienți care își ascund suicidalitatea în spatele plângerilor somatice sau psihosomatice. La evaluarea pacienților cu plângeri fizice vagi sau inexplicabile, medicul nu trebuie să uite să întrebe despre depresie, atacuri de panică și ideație suicidară.

În textul următor, ne vom axa pe pacientul care a încercat să se sinucidă și a fost referit către un serviciu de urgență.

După cum s-a menționat anterior, un mit prea popular este că întrebările despre ideile și intențiile de suicid ar putea fortifica intenția persoanei de a-și pune capăt vieții. Mulți clinicieni ezită să pună astfel de întrebări. Într-adevăr, poate fi incomod de a discuta cu pacienții despre gândurile lor despre suicid și moarte. Trebuie însă să depășiți acest disconfort. Fiți direcți! Învățați a pune întrebări de genul: “Te gândești să-ți pui capăt zilelor?” În realitate, majoritatea pacienților cu comportament suici-

dar sunt mai mult decât dispuși să discute despre gândurile și intențiile lor, dacă sunt întrebați în mod direct. Rețineți că o întrebare despre gândurile suicidare poate salva o viață! Experiența clinică ne arată că imediat după o tentativă de suicid pacienții sunt în special dispuși să vorbească despre situația personală și factorii psihosociali de risc. Acesta este, de asemenea, cel mai bun moment pentru a organiza interviuri cu membrii familiei, dacă există probleme relaționale și alți factori psihosociali de risc.

Dacă a fost efectuată o tentativă de suicid, **obiectivul primei evaluări psihiatrice este de a stabili o relație favorabilă cu pacientul** și de a colecta informații despre ceea ce a dus la tentativa de suicid. De multe ori, interviul inițial nu are loc într-un mediu favorabil, deseori se desfășoară într-o secție de urgență aglomerată și agitată. Dacă starea pacientului permite, medicul ar trebui să găsească o sală liniștită pentru a efectua evaluarea. Țineți cont de faptul că pacientul poate fi somnolent, intoxicat sau sub terapie intensivă. Pacientul trebuie să se simtă în largul său atunci când este chestionat de medic.

Stabilirea unei alianțe terapeutice cu pacientul cu comportament suicidar se poate face în moduri diferite. Întrebările pot fi generale sau specifice. Se recomandă o abordare ierarhică a chestionării, ceea ce înseamnă că intensitatea interviului (și caracterul direct al întrebărilor) va crește treptat, menținând totodată anxietatea sau agitația pacientului la nivelul minim. Deseori, nu este ușor de estimat cum va reacționa pacientul la întrebări. Unii pacienți vor percepe abordarea ierarhică drept un fel de a „bate câmpii”. Uneori, va trebui să încercați diferite tipuri de intervenții și să analizați cum reacționează pacientul la acestea. Cel mai important este să fie evaluat de către clinician în mod continuu mersul interviului și starea emoțională a pacientului. Procedând astfel, veți adapta interviul în dependență de răspunsurile pacientului. În timpul evaluării, veți lua în serios toate amenințările, semnalele de avertizare și factorii de risc. Și țineți cont că întrebările dificile și sensibile pot avea un efect terapeutic foarte mare (Thara R. et al., 2017).

La interviuarea pacientului, clinicianul ar trebui să se preocupe de investigarea diferitor itemi (Tabelul 3.2) (APA, 2003). O provocare generală legată de evaluarea factorilor de risc de suicid este faptul că mulți factori de risc sunt statici, nu pot fi modificați și, prin urmare, nu contribuie prea mult la a determina dacă pacientul are nevoie de îngrijiri de ambulatoriu sau spitalicești.

Tabelul 3.2: Itemi de evaluat în determinarea comportamentelor suicidare

Ghidul practic pentru evaluarea și tratamentul pacienților cu comportament suicidar (APA, 2003) enumeră următorii itemi care urmează a fi evaluați în timpul examinării unui pacient:

Manifestarea curentă a suicidalității	Gânduri, planuri, comportamente și intenții suicidare sau de auto-vătămare.
	Metode concrete preconizate pentru îndeplinirea suicidului, inclusiv letalitatea lor și așteptările pacientului cu privire la letalitate, precum și faptul dacă sunt accesibile arme de foc.
	Motive pentru a trăi și planuri de viitor.
	Consum de alcool și alte substanțe asociate cu manifestarea curentă.
	Gânduri, planuri sau intenții de răzbunare sau violență față de ceilalți.
Manifestări simptomatice	Dovezi de lipsă de speranță, impulsivitate, anhedonie, atacuri de panică și anxietate.
Boala psihiatrică	Semne și simptome curente de tulburări psihice (tulburări de dispoziție, schizofrenie, abuz de substanțe, tulburări de anxietate și tulburări de personalitate). Explorați comorbiditățile.
Istoric	Istoric de comportament suicidar.
	Istoric de boală psihiatrică, spitalizări anterioare, tratament anterior pentru consum de substanțe.
	Istoric medical și chirurgical.
	Istoric familial de comportament suicidar și tulburări mintale, inclusiv consum de substanțe.
Situția psihosocială	Stresori psihologici acuti sau cronici (pierderi interpersonale reale sau percepute, dificultăți financiare, modificări ale statutului socio-economic, conflicte familiale, violență în familie, abuz sau neglijare sexuală sau fizică în trecut sau prezent).
	Statutul profesional, locul de trai, prezența sau absența sistemelor de suport social.
	Constelația și calitatea relațiilor de familie.
	Convingerile culturale și religioase despre moarte și / sau suicid.

Factori individuali	Trăsături de personalitate.
	Abilitățile de coping (de a face față situației).
	Reacții anterioare la stres.
	Capacitatea de testare a realității.
	Abilitatea de a tolera durerea psihologică (reziliența).

Explorarea manifestării curente a suicidalității este o parte esențială a evaluării. Următoarele întrebări pot fi utile pentru evaluarea intenției de suicid și a letalității la persoanele care au încercat să se sinucidă (APA, 2003):

- Puteți descrie ce s-a întâmplat (de exemplu, circumstanțele, factorii precipitanți, viziunea despre viitor, consumul de alcool sau alte substanțe, metoda, intenția și gravitatea vătămării)?
- Ce gânduri au dus la tentativă?
- Ce v-ați gândit că se va întâmpla (de exemplu, veți dormi, veți suferi o leziune sau veți muri, ori veți avea o reacție din partea unei anumite persoane)?
- Erați singur/ă sau erau prezente și alte persoane în momentul respectiv?
- După aceea - ați căutat singur/ă ajutor sau cineva a solicitat ajutor pentru Dvs.?
- Ați planificat să fiți descoperit/ă sau ați fost găsit/ă din întâmplare?
- Cum v-ați simțit ulterior (de exemplu, ușurat/ă sau regretați că sunteți în viață)?
- Ați beneficiat de tratament ulterior (de exemplu, medical sau psihiatric, la secția de urgență, spitalicesc sau ambulatoriu)?
- S-a schimbat viziunea Dvs. despre lucruri sau este ceva diferit pentru dvs. după tentativă?

3.4.2 Factorii de luat în considerare de către medicul din asistența primară pentru a stabili dacă pacientul cu comportament suicidar trebuie să fie internat în spital sau să fie referit pentru supraveghere de ambulatoriu.

Datorită specializării sale, specialistul în sănătate mintală poate avea mai multă experiență în evaluarea pacienților suicidari. Medicul din asistența primară poate să nu dispună de experiență. O situație frecventă în care se poate pomeni este de a decide dacă pacientul cu comportament suicidar trebuie să fie internat la spital sau să fie referit pentru supraveghere de ambulatoriu. Weber et al. (2017) au abordat această întrebare într-un mod ceva mai sistematic. Ei au distins trei nivele de risc de suicid: redus, moderat și sever. În funcție de nivelul de risc, ei recomandă diferite intervenții în managementul pacientului cu comportament suicidar. Riscul atribuit pacientului depinde de evaluarea a trei categorii de factori:

1. Există factori protectivi?
2. Pot fi stabiliți factori de risc acut?
3. Care sunt rezultatele evaluării suicidalității?

3.4.2.1 Factorii protectivi (Weber et al., 2017).

Atunci când analizăm posibili factori protectivi, putem distinge factori nemodificabili și factori potențial modificabili.

Tabelul 3.3

Posibili factori protectivi	
Nemodificabili	Modificabili
Sex feminin	Suport interpersonal
Căsătorie	Abilități pozitive de coping
Copii	Satisfacție de la viață
Sarcină	
Religie/Spiritualitate	

Factorii modificabili pot fi stabiliți în rezultatul următoarelor întrebări:

1. Ce vă face să mergeți înainte în perioadele grele?
2. Care sunt motivele Dvs. pentru a trăi?
3. Ce v-a împiedicat să acționați asupra acestor gânduri?
4. Pe ce sau pe cine contactați pentru ajutor în perioade ca acestea?

3.4.2.2 Factori de risc (Weber et al., 2017).

Tabelul 3.4

Sumarul factorilor validați de risc de suicid	
Cronici	Acuți
Tentativă anterioară de suicid	Ideație suicidară
Spitalizare recentă	Lipsa unui scop, deznădejde
Trai solitar	Insomnie
Istoric familial de suicid	Anxietate, agitație
Populație LBGQT *	Sentimentul de a fi prins într-o capcană
Evenimente adverse din copilărie	Lipsa aderenței la îngrijiri
Evenimente stresante ale vieții	Retragere socială
Boală mintală	Furie, mânie, comportament de răzbunare
Boală fizică	Nepăsare
Șomaj	Schimbări de dispoziție și personalitate
Vârstă avansată	Abuz de substanțe
	Disperare

**LBGQT reprezintă diferite orientări sexuale (lesbiene, homosexuali, bisexuali, transsexuali și queer)*

Acești factori au interacțiuni complexe. Ei nu ar trebui examinați în mod individual, deoarece anume efectele cumulate ale acestor factori plasează un pacient într-o situație de risc mai înalt. Prezența unei boli mintale este unul dintre cele mai importante riscuri. Într-un studiu mondial, s-a estimat că peste 90% dintre cei care s-au sinucis aveau un diagnostic psihiatric în momentul decesului (Bertolote, 2002). Cele mai frecvente patru boli psihice au fost tulburările de dispoziție, tulburările asociate consumului de substanțe, schizofrenia și tulburările de personalitate. S-a dovedit că perioada de timp imediat după spitalizare crește de asemenea riscul de suicid.

3.4.2.3 Evaluarea suicidalității

Un aspect esențial al evaluării riscului de suicid este ca clinicianul să înțeleagă clar dorința pacientului de a se sinucide, capacitatea sa de a face acest lucru și intenția curentă de suicid a acestuia.

Următoarele întrebări vă pot ajuta în colectarea informațiilor necesare.

1. De ce doriți să muriți? Nu uitați – faptul de a vorbi deschis despre suicid nu va încuraja pacientul să recurgă la acest gest!
2. Ați făcut ceva pentru a vă pregăti moartea? Aveți un plan? Cât de potențial letal este planul? Pacientul se așteaptă ca planul să aibă succes?
3. Pe o scară de la 1 la 10, unde ați plasa dorința de a muri?
4. Ați încercat vreo metodă specială sau ați făcut anumite măsuri de repetiție pentru suicid? Ați făcut alte pregătiri, așa ca scrierea testamentului sau alcătuirea unui bilețel de adio?

3.4.2.4 Determinarea nivelului de risc

Scopul general este ca, prin identificarea și combinarea factorilor protectivi, a factorilor de risc acut și a rezultatelor evaluării suicidalității, clinicianul să poată estima nivelul actual al riscului de suicid al pacientului care l-ar ajuta să decidă ce pași trebuie întreprinși (Weber et al, 2017).

Tabelul 3.5

Nivel de risc	Factorii protectivi	Factorii de risc acut	Evaluarea suicidală	Proceduri recomandate
Redus	Factori protectivi multipli, ușor de identificat	Puțini factori de risc, simptome ușoare de dispoziție, dovezi de autocontrol	Ideație limitată în frecvență, intensitate sau durată. Fără vreun plan sau intenție	1. Urmărirea frecvență de ambulatoriu în asistența primară, monitorizarea oricărei modificări a riscului
				2. Evaluarea suplimentară a simptomelor de dispoziție
				3. Examinarea oportunității unei referiri psihiatrice

Moderat	Câțiva factori protectivi identificabili	Factori de risc cronici de bază. Simptome minime de dispoziție. Menținerea autocontrolului. Puțini factorii de risc acut	Ideație suicidară frecventă, dar limitată ca intensitate și durată. Poate avea un plan, dar nu și intenție	<p>1. Măriți frecvența / durata vizitelor. Evaluarea repetată a necesității spitalizării</p> <p>2. Implicați familia și sistemul de suport</p> <p>3. Restricționarea mijloacelor</p> <p>4. Examinați protocoalele de urgență, cum ar fi cele referitoare la saloanele de urgență și serviciile de criză</p> <p>5. Controlați simptomele de dispoziție prin utilizarea medicamentelor și/sau psihoterapiei</p> <p>6. Urmăriți frecvent prin apeluri telefonice sau vizite de îngrijire (dacă sunt disponibile)</p> <p>7. Examinați oportunitatea unei referiri psihiatrice și/sau spitalizării, în special dacă re-evaluarea denotă sporirea riscului</p>
Înalt	Factori protectivi minimi	Factori de risc acut multipli sau factor de risc de nivel ridicat. Autocontrol slab, fie la nivelul de bază, fie datorat substanțelor	Ideație suicidară frecventă, intensă și persistentă cu planuri. Poate discuta despre intenție, dar nu a adunat mijloace sau a avut 3 comportamente de repetiție	<p>1. Evaluare în vederea spitalizării, fie de către un psihiatru la fața locului, fie într-o sală de urgență</p> <p>2. Nu lăsați pacientul singur în timpul evaluării</p> <p>3. Poate fi indicată spitalizarea, chiar și involuntară</p> <p>4. Restricționarea mijloacelor în perioada acută de după spitalizare</p>

3.4.3 Tratatamentul de supraveghere

Dacă s-a luat decizia că pacientul poate fi externat din salonul de urgență sau trimis înapoi acasă, sunt importanți doi pași. Dacă este posibil, membrii familiei ar trebui implicați în acești pași. În primul rând, se va face referire pentru o consultație de supraveghere fie către medicul din asistența primară, fie către un specialist în sănătate mintală. În al doilea rând, clinicianul ar trebui să elaboreze împreună cu pacientul un plan de siguranță.

Planul de siguranță conține o listă de strategii de coping și surse de suport care trebuie utilizate în timpul sau, chiar mai bine, înaintea unei crize de suicid. La elaborarea planului de siguranță, se vor discuta și include următoarele elemente:

1. Identificarea și recunoașterea semnelor de alertă
2. Identificarea și implementarea strategiilor personale de coping
3. Utilizarea suporturilor interpersonale ca mijloc de distragere de la gândurile sau îndemnurile perturbatoare
4. Contactarea prietenilor sau membrilor familiei pentru a ajuta la rezolvarea crizei
5. Contactarea unui prestator sau serviciu de sănătate mintală

Restricționarea mijloacelor: O intervenție foarte utilă în prevenirea suicidului constă în limitarea accesului la metodele letale, atât la nivel individual, cât și pentru populația generală. Multe studii au arătat că această intervenție poate fi eficientă. Unele persoane pot căuta alte metode, dar mulți nu o vor face. Și atunci când fac acest lucru, aleg metode mai puțin letale, care sunt asociate cu mai puține decese. De exemplu, dacă în tentativa de suicid au fost implicate arme de foc, colaborând cu pacientul, membrii familiei și poliția vor întreprinde imediat măsuri pentru a elimina armele.

Nu există nicio metodă lipsită de erori pentru a determina cât de redus sau înalt este riscul de suicid al pacientului! Clinicianul trebuie să integreze datele clinice colectate, să evalueze informațiile din punct de vedere al gravității și acuității situației pacientului și să aplice raționamentul clinic pentru a estima nivelul de risc. În final, este foarte important să luăm o decizie! Trebuie să acceptăm faptul că se pot comite erori de raționament. Din păcate, este o realitate tristă pentru clinicienii care lucrează adesea în servicii de urgență că pacienții vor recurge la suicid la un moment dat. Dacă se întâmplă asta - solicitați sprijin din partea colegilor pentru a vă ajuta să abordați întrebări care apar adesea, de exemplu: „Am trecut oare cu vederea ceva important?”.

3.4.4 Contracte de prevenire a suicidului

În practica clinică, sunt larg răspândite contractele verbale și scrise de prevenire a suicidului (cunoscute și sub denumirea de contracte de ne-prejudiciere). Nu există dovezi că utilizarea lor este utilă în reducerea tentativelor de suicid și sunt multe avertismente împotriva utilizării lor (Beautrais, 2007).

3.5 Tratament farmacologic

3.5.1 Medicamente antidepresive

Întrucât prezența unei tulburări mintale poate fi un factor important de risc pentru tentativele de suicid și pentru sinucideri, tratamentul adecvat și bazat pe dovezi al tulburării de bază este o necesitate urgentă. Tulburările de dispoziție sunt cele mai frecvente tulburări mintale în rândul persoanelor care s-au sinucis. În pofida îngrijorărilor privind riscul sporit de suicid (ideație suicidară și tentative de suicid) legate de utilizarea medicamentelor antidepresive, multe studii au constatat că acestea sunt protectoare împotriva gândurilor, comportamentelor și tentativelor de suicid în toate grupele de vârstă, mai puternic și constant la adulți, în special la vârstnici. (Weber 2017). Preocupările menționate au fost mai ales raportate în timpul tratamentului eșantioanelor pediatrice. Atunci când se tratează pacienți cu depresie și cu comportament suicidar, inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS) sunt preferabili față de antidepresantele triciclice (TCA), datorită riscului mai mic de supradozaj. Dacă riscul de suicid rămâne înalt, TCA și alte medicamente cu risc sporit de supradozaj vor fi întotdeauna prescrise în cantități limitate. Supravegherea și monitorizarea minuțioasă sunt esențiale, dacă în timpul unei crize de suicid a fost început un medicament cu antidepresante.

3.5.2 Litiul

Litiul are efecte anti-suicidar și anti-agresiv bine dovedite. Este un medicament important care permite un tratament rațional, sigur (dacă este monitorizat corect) și economic al pacienților cu tulburări afective. Tratamentul pe termen lung cu litiu reduce ratele de mortalitate sporite de 2 - 3 ori printre pacienții netratați cu tulburări afective severe până la nivelul populației generale. Acest lucru se datorează în special riscului redus de suicid. Se consideră că efectele anti-suicid ale litiului ar putea fi legate de efectele sale anti-agresive (Müller-Oerlinghausen, 2010). În prezent, litiul nu este disponibil în Moldova, dar există speranță că situația se va schimba în viitorul apropiat.

3.5.3 Alte medicamente

Există dovezi clinice că tratamentul agresiv al panicii, anxietății și agitației cu benzodiazepine poate reduce riscul de suicid. Într-o situație de urgență, îngrijorarea pentru dependența de benzodiazepine ar trebui considerată ca fiind mai puțin importantă decât riscul de sinucidere. Neurolepticele atipice, cum ar fi olanzapina și quetiapina, au efecte anxiolitice și anti-agitante la unii pacienți și pot fi utile la tratarea pacienților suicidari. S-a demonstrat că clozapina a redus semnificativ comportamentul suicidar la pacienții cu tulburări schizofrenice și schizoafective.

3.6 Întrebări dificile la care ar trebui să vă răspundeți în cazul în care gestionați pacienți cu comportament suicidar

Pe parcursul mai multor ani de gestionare a pacienților cu comportament suicidar în situații de criză, autorul a avut de răspuns de mai multe ori la două întrebări difi-

le. Răspunsurile pe care clinicianul trebuie să le găsească vor influența demersul său atunci când lucrează cu pacienți suicidari. Una este mai mult de natură filozofică, iar a doua are implicații și consecințe etice care trebuie luate în considerare.

Întrebarea 1. Are oare ființa umană dreptul să se sinucidă?

Întrebarea 2. Trebuie oare spitalizat pacientul suicidar și, dacă este necesar, chiar împotriva voinței sale?

Iată răspunsurile personale pe care le-am găsit eu. Aș dori să subliniez din nou că fiecare clinician care lucrează în situații de urgență va trebui să găsească un răspuns pentru sine. Vă recomand să discutați pe larg aceste întrebări cu colegii dumneavoastră!

Răspunsul 1. Răspunsul meu este: În general da, dar depinde! Depinde dacă cogniția pacientului este afectată sau nu. De exemplu, dacă distorsionarea cogniției a fost cauzată de o stare depresivă sau psihotică, atunci noi, ca clinicieni, avem obligația de a proteja pacientul de auto-vătămare.

Răspunsul 2. Primul răspuns duce la cel de-al doilea. Pentru că este obligația noastră de a proteja pacienții cu cogniția afectată, spitalizarea acestora, dacă este necesar, chiar împotriva voinței lor, este obligatorie. În general, dacă siguranța pacientului este în pericol, trebuie examinată oportunitatea spitalizării, chiar dacă acesta se află în cea mai restrictivă instituție de tratament. Aceste gânduri generează întrebarea - când și câtă responsabilitate dorim să ne asumăm pentru pacienții noștri și când îi responsabilizăm pe ei?

3.7 Bibliografie și lecturi ulterioare

- Almeida O. et al.: Suicide in older men: The health in men cohort study (HIMS). Preventive Medicine, Volume 93, 33-38, 2016
- American Psychiatric Association (APA): Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors, 2003
- Bachmann S.: Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. International Journal of Environmental Research and Public Health 2018, 15, 1425
- Bertolote J. et al.: Suicide and psychiatric diagnosis – a worldwide perspective. World Psychiatry 2002, 1:3, 181-185
- Beutrais, A. et al: Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence. The New Zealand Medical Journal. Vol 120, No 1251, 67-79
- Hockberger, R. et al.: Assessment of suicide potential by non-psychiatrists using the sad person score. Journal of Emergency Medicine, 1988, 6, 99-107.
- Lindh A. et al.: Short term risk of non-fatal and fatal suicidal behaviours: The predictive validity of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale in a Swedish adult psychiatric population with a recent episode of self-harm. BMC Psychiatry (2018) 18:319

- Meltzer, H. et al.: Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia. International suicide prevention trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry*, 2002;60:82-91
- Müller-Oerlinghausen et al.: Lithium Reduces Pathological Aggression and Suicidality: A Mini-Review. *Neuropsychobiology*, 2010, 62, 43-49.
- Mundt, J.C. et al.: Prediction of suicidal behavior in clinical research by lifetime suicidal ideation and behavior ascertained by the electronic Columbia-Suicide-Severity Rating Scale *J. Clin Psychiatry*. Sept.;2013 74(9): 887-893
- Olfson, M. et al.: Suicide following deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 2017, 174, 765-774.
- Owens, P. et al.: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *British Journal of Psychiatry*, 2002, 181, 193-199
- Patterson, W.M. et al.: Evaluation of suicidal patients: The SADPERSONS Scale. *Psychosomatics*, 1983, 24, 343-349.
- Thara, R. et al.: *Emergencies in Psychiatry in Low- and Middle-Income Countries*. Routledge, 2nd edition, 2017
- Warden, S. et al.: The SAD PERSONS Scale for suicide risk assessment – A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 2014, 18, 313-326.
- Weber, A. et al.: *Psychiatric Emergencies: Assessing and Managing Suicidal Ideation*. *Med Clin North Am*, 2017, 101, 553-571. doi:10.1016/j.mcna.2016.12.006
- World Health Organization (1): *World Health Statistics 2018*
- World Health Organization (2): *Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016*. 2018
- World Health Organization (3): *Preventing suicide – A global imperative*. 2014
- Yip, P. et al.: Means restriction for suicide prevention. *Lancet*, 2012, 379(9834): 2393-2399

Capitolul 4: Pacienții cu stări de dispoziție depresivă sau ridicată

Autori: Jana Chihai,

Dr. med. Karel Kraan, Servicii de ambulatoriu, Luzerner Psychiatrie, Elveția

4.1 Stările de dispoziție depresivă

4.1.1 Introducere

În cadrul unui studiu european privind prevalența tulburărilor psihice, tulburările afective (depresia unipolară) s-au clasat pe a doua poziție în lista celor mai frecvente tulburări, după tulburările de anxietate. Conform clasamentului estimat după DALY (DALY = ani de viață ajustați la dizabilitate), depresia unipolară a fost pe a doua poziție, după tulburările de consum de alcool (Wittchen 2010). Același lucru este valabil și referitor la plângerile pacienților care solicită ajutor de la serviciile de urgență. Datele diferă de la o națiune la alta, mai ales în dependență de modul în care sunt organizate serviciile de urgență: într-un studiu american (Currier 2003), tulburările de dispoziție au fost pe al treilea loc, iar într-un studiu indian (Sidana 2009) – pe al cincilea loc. Atunci când se evaluează pacienți cu o stare de dispoziție depresivă, **o problemă majoră este riscul de sinucidere care trebuie evaluat întotdeauna.** Din acest motiv, profesioniștii care lucrează în servicii de urgență trebuie să cunoască bine fenomenologia tulburărilor depresive. Există, de asemenea, și alte tulburări psihiatrice asociate cu un risc înalt de suicid. Din acest motiv, această problemă importantă este abordată în cadrul unui capitol separat (a se vedea Capitolul 3).

4.1.2 Evaluarea

De regulă, comunicarea cu pacienții care se află într-o stare depresivă de la ușoară la moderată nu este o sarcină dificilă. Majoritatea dintre ei sunt cooperanți și dispuși să vorbească despre plângerile lor și despre modul în care se simt. Acest lucru ar putea să nu fie valabil la examinarea pacienților într-o stare depresivă severă. Aceștia sunt de obicei retrași, retardați din punct de vedere psihomotoric și, prin urmare, au o reacție lentă sau chiar mută. Poate deveni anevoios să le punem întrebări, deoarece într-o situație de urgență nu dispunem de timp infinit. Cu toate acestea, evaluarea exactă a pacienților cu stări depresive are o importanță majoră, dat fiind riscul sporit de suicid și comorbiditățile medicale și psihiatrice considerabile.

La evaluarea pacienților depresivi, clinicianul va pune întrebări deschise, nu închise: prin intermediul întrebărilor deschise se colectează de obicei informații mai exacte. De exemplu, în loc să întrebați „Ați fost mai trist și mai deprimat decât de obicei în ultimele 2 săptămâni?”, ați putea întreba: „Cum a fost starea Dvs. de dispoziție în ultima vreme?”.

Clinicianul va întreba despre stresurile majore și pierderile semnificative care ar fi putut declanșa episodul depresiv. Se va lua, de asemenea, în considerare eventualitatea unui diagnostic de tulburare de ajustare, dacă simptomele de dispoziție încep după un stres considerabil.

Unii pacienți își pot minimiza simptomele depresiei din motive culturale sau din

teama de stigmatizare și discriminare. Este posibil ca acești pacienți să fi luat decizia de a muri prin sinucidere și pot nega starea de dispoziție depresivă pentru a-și îndeplini planurile. Este important să punem întrebări despre episoadele anterioare de tulburări de dispoziție. Diagnosticul, tratamentul și monitorizarea efectuate în trecut ajută la plasarea manifestărilor curente într-un context (Riba 2010).

Este important să întrebați despre abuzul de substanțe din trecut și din prezent. Substanțele utilizate frecvent ca automedicație pentru starea de dispoziție depresivă sunt alcoolul și benzodiazepinele. Pe de altă parte, consumul sau abuzul de substanțe poate, de asemenea, induce un episod depresiv. Poate fi dificil de a distinge dacă pacientul este deprimat pentru că bea alcool sau dacă pacientul bea pentru că este deprimat (Riba 2010).

Examinarea stării mintale a unui pacient cu depresie demonstrează de regulă profunzimea stresului său. Aspectul general, nivelul de igienă și înfățișarea, scăderea contactului vizual, vorbirea lentă și conținutul modificat al gândirii sunt elemente tipice. Temele congruente stării de dispoziție, precum lipsa de valoare, sărăcia, viovăția sau nihilismul, semnalează deseori o depresie severă și, uneori, pot atinge o intensitate delirantă. Într-un studiu amplu privind prevalența depresiei în rândul populației generale, simptomele psihotice (delirul și halucinațiile) au fost prezente la aproximativ 12,5% din toți pacienții cu depresie (Ohayon 2002). S-a demonstrat că la un anumit procent de pacienți (de regulă, adolescenți), depresia psihotică este primul semn al tulburării bipolare (Kessing 2017, Østergaard 2014).

4.1.3 Instrumente de screening și diagnosticare

4.1.3.1 Indicele OMS-5 al stării de bine

Indicele OMS-5 al stării de bine este un chestionar foarte scurt din cinci întrebări menite să evalueze starea de bine. A fost introdus de Organizația Mondială a Sănătății ca o măsură de auto-raportare a stării de bine mintale curente. OMS-5 s-a dovedit a avea o validitate adecvată în screening-ul depresiei (Topp 2015).

Durata realizării este de mai puțin de un minut. Pentru fiecare întrebare, se pot da valori de la 0 la 5. Prin adunarea valorilor, se obține un scor sumativ. Un scor total jos corespunde unui nivel redus al stării de bine. Un scor brut sub 13 sau dacă pacientul a răspuns de la 0 la 1 la oricare dintre cei cinci itemi indică o posibilă depresie. Se recomandă apoi administrarea Inventarului depresiei majore. De asemenea, poate fi calculat un scor procentual, care poate fi folosit pentru a măsura schimbarea în timp.

De la prima sa publicare în 1998, OMS-5 a fost tradus în peste 30 de limbi (inclusiv în limbile română și rusă). Poate fi descărcat gratuit de pe Internet (<https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/who-5-questionnaires/Pages/default.aspx>). Testul poate fi utilizat la adulți, adolescenți și copiii cu vârsta peste nouă ani.

Indicele OMS-5 al stării de bine

În ultimele două săptămâni	Tot timpul	Majoritatea timpului	Mai mult de jumătate din timp	Mai puțin de jumătate din timp	O parte a timpului	Niciodată
1. M-am simțit vesel și cu dispoziție bună	5	4	3	2	1	0
2. M-am simțit calm și relaxat	5	4	3	2	1	0
3. M-am simțit activ și viguros	5	4	3	2	1	0
4. M-am trezit simțindu-mă voinic și odihnit	5	4	3	2	1	0
5. Viața mea de zi cu zi a fost plină de lucruri care mă interesează	5	4	3	2	1	0

4.1.3.2 Inventarul de depresie majoră (MDI)

Majoritatea scalelor de evaluare care măsoară prezența și severitatea simptomelor depresive au fost elaborate înainte de crearea sistemelor de diagnostic bazate pe dovezi (Cuipers 2007). Inventarul de depresie majoră (MDI) este un chestionar de auto-raportare a stării de dispoziție care include 12 întrebări și a fost elaborat de Centrul pentru colaborare în sănătate mintală al Organizației Mondiale a Sănătății (Bech 2001), având menirea de a genera un diagnostic CIM-10 sau DSM-IV al depresiei clinice, precum și o estimare a severității simptomelor.

MDI este disponibil gratuit și poate fi descărcat de pe Internet, inclusiv manualul complet și instrucțiunile de notare (<https://psychology-tools.com/major-depression-inventory/>). A fost tradus în câteva limbi.

https://www.psykiatri-regionh.dk/CCMH-english/Rating-scales-and-questionnaires/Documents/MDI_Score_KeyInstr_UPDATED.pdf. În dependență de rezultate, se recomandă un interviu clinic de monitorizare.

4.1.4 Diagnosticarea

O stare depresivă include:

- Simptome afective, așa ca tristețe pervazivă (dispoziție depresivă), lipsa plăcerii sau interesului pentru activități (anhedonie/apatie) și uneori iritabilitate (în special la copii și bărbați)
- Simptome cognitive, precum reducerea stimei de sine și a concentrării, indecizie, sentimente de vinovăție și gânduri suicidare
- Simptome fizice, așa ca retard sau agitație psihomotorie, creșterea sau scăderea somnului, a apetitului sau a energiei

Conform DSM-5, poate fi stabilită o diagnoză de episod depresiv major, dacă o persoană prezintă cinci sau mai multe dintre următoarele simptome timp de cel puțin două săptămâni:

- Dispoziție depresivă în cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi
- Pierderea interesului sau a plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile (anhedonia)
- Pierdere semnificativă în greutate sau scăderea ori creșterea poftei de mâncare
- Efectuarea mișcărilor fără scop, cum ar fi mersul prin cameră încolo și înapoi
- Oboseală sau pierderea energiei
- Sentimente de lipsă de valoare sau de vinovăție
- Capacitate de gândire sau de concentrare diminuată, ori indecizie
- Gânduri recurente despre moarte, idei suicidare recurente fără un plan concret sau o tentativă de sinucidere

Alte simptome asociate cu episoadele depresive includ tulburări de somn și retard psihomotoriu. Un alt criteriu de diagnostic este reducerea nivelului de funcționare al pacientului, în comparație cu valoarea de referință. Și, după cum s-a menționat anterior, pot fi prezente și simptome psihotice.

Dispoziția depresivă poate face parte din multe tulburări psihiatrice. Cel mai frecvent diagnostic asociat cu dispoziția depresivă este episodul depresiv major (CIM-10 F32), care ar trebui luat în considerare în primul rând. Dacă simptomele pacientului nu întrunesc criteriile complete pentru un episod depresiv major, se va lua în considerare o tulburare de ajustare sau un doliu. Dacă pacientul este psihotic și depresiv, se va lua în considerare un diagnostic de tulburare depresivă majoră severă cu caracteristici psihotice (ICD-10 F32.2). Episoadele depresive, cu sau fără psihoză, pot apărea și la pacienții cu tulburare bipolară, schizofrenie, tulburare schizoafectivă sau alte tulburări psihotice.

Mulți pacienți cu o tulburare depresivă pot avea mai mult de un diagnostic. De exemplu, există un nivel înalt de comorbiditate între tulburările de anxietate și simptomele depresive.

4.1.5 Managementul

4.1.5.1 Managementul general

După evaluarea pacientului, modul ulterior de a acționa este în mare măsură determinat de severitatea simptomelor depresive și de rezultatul evaluării riscului de suicid. Pacienții cu stări depresive severe și ideeație suicidară semnificativă și/sau psihoze necesită, în general, internarea în spital. Alți factori care vorbesc în favoarea internării sunt comorbiditatea medicală semnificativă, izolarea socială, lipsa suportului familial și comunitar sau lipsa posibilității de a beneficia de îngrijiri imediate de monitorizare corespunzătoare. Dacă pacientul nu necesită îngrijiri spitalicești, este esențial să se poată începe imediat tratamentul ambulatoriu.

Principalele ghiduri americane și europene pentru tratamentul depresiei majore recomandă principii similare (Davidson 2010):

- Individualizarea planului de tratament
- Pregătirea pacientului pentru un posibil tratament pe termen lung
- Acordarea îngrijirilor bazate pe rezultate măsurabile
- Tratarea până la remisiune

4.1.5.2 Managementul farmacologic

Înainte de externarea din serviciile de urgență a unui pacient care nu necesită îngrijiri spitalicești, este util de determinat dacă tratamentul antidepresiv poate sau trebuie început imediat. Cel mai mare avantaj este că nu se pierde timp. De regulă, antidepresivele necesită un anumit timp pentru a avea efect deplin. Totodată, există și unele aspecte în defavoarea acestei abordări. Un număr destul de mare de pacienți sunt ambivalenți în ceea ce privește administrarea de medicamente antidepresive, motivul cel mai frecvent fiind frica de efectele secundare. Clinicienii trebuie să explice minuțios scopul medicamentului, să informeze despre posibilele efecte secundare și cum pot fi gestionate, precum și să discute despre durata de timp necesară pentru ameliorarea simptomelor. Pentru a explica aceste aspecte în profunzime, de obicei nu este suficientă o singură conversație. Dacă este posibil, ar trebui inclusă în discuție familia pacientului și sistemul său de suport. Dacă nu este posibilă monitorizarea ambulatorie imediată pentru a supraveghea răspunsul la tratamentul antidepresiv, pacienții vor rămâne singuri cu întrebări fără răspuns și cel mai probabil vor întrerupe medicația. La fel, probabil este mai înțelept să amânați începerea unui tratament antidepresiv până când va putea fi posibil tratamentul ambulatoriu.

Alegerea unui antidepresiv pentru un anumit pacient se bazează de obicei pe următoarele patru considerațiuni (Boyce 2021):

- Găsirea echilibrului corect între eficacitate și tolerabilitate
- Corelarea antidepresivului cu tipul de depresie și manifestările acesteia
- Considerațiuni legate de siguranță (risc de supradozaj, interacțiuni cu alte medicamente sau tulburări medicale) și grupurile speciale (pacienți în vârstă și femeii în timpul sarcinii și alăptării)
- Preferințele pacientului și răspunsul din trecut

Recomandările privind tratamentul de primă linie pentru tulburarea depresivă majoră moderată includ monoterapie antidepresivă, psihoterapie și combinația acestora (Davidson 2010). Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS), datorită efectelor lor secundare și profilului de siguranță, sunt de obicei recomandați ca medicamente de primă linie. Cele mai frecvente efecte secundare ale acestora includ greața, insomnia, nervozitatea și disfuncțiile sexuale.

Lucruri de reținut la inițierea tratamentului cu antidepressive:

- De regulă, efectele secundare apar mai devreme decât efectele terapeutice dorite, fapt despre care trebuie informați pacienții
- Dozele inițiale trebuie reduse la vârstnici și la pacienții cu afecțiuni hepatice
- Antidepressivele pot declanșa o stare maniacală, dacă în spatele stării depresive se „ascunde” o tulburare bipolară. La pacienții cu antecedente de tulburare bipolară, se vor administra concomitent stabilizatori ai dispoziției (a se vedea 4.2.4.2).
- Pacienții care beneficiază de psiho-educație consistentă și în timp util sunt mult mai predispuși să continue tratamentul, în pofida efectelor secundare deranjante.
- Insomnia este o problemă importantă de abordat.

Benzodiazepinele sau antipsihoticele atipice cu doze mici sunt frecvent prescrise pentru insomnie, agitație și anxietate asociate cu depresia. Totodată, în majoritatea ghidurilor, benzodiazepinele nu sunt recomandate, iar dacă sunt recomandate, doar pentru tratamentul pe termen scurt (Davidson 2010). Pacienții trebuie informați cu privire la riscul de toleranță și dependență.

4.2 Stările ridicate de dispoziție

4.2.1 Introducere

Tulburarea bipolară este o tulburare mintală gravă care prezintă aceleași simptome depresive ca tulburarea depresivă unipolară, dar este definită prin episoade suplimentare de manie, hipomanie și episoade mixte. Deși pacientul se recuperează de obicei între episoade, pot fi prezente simptome reziduale. De regulă, tulburarea începe în adolescență sau la vârsta adultă timpurie și are un impact psihosocial semnificativ asupra vieții persoanei afectate și a îngrijitorilor săi. Comparativ cu simptomele dispoziției ridicate, simptomele depresive sunt mai pervazive și contribuie mult la deficiențe funcționale (posibil pe tot parcursul vieții). Pacienții cu tulburări bipolare se confruntă cu probleme în educație, la locul de muncă, în activitățile de agrement și viața socială, precum și în relațiile lor personale. Din cauza vârstei precoce de debut al bolii, în general, tulburarea bipolară subminează de obicei dezvoltarea socială, educațională și debutul carierei. Tulburarea bipolară este asociată cu nivel educațional mai jos și rate mai înalte ale șomajului, decât în rândul populației generale. Comorbiditatea psihiatrică (de exemplu, tulburările de anxietate și de consum de substanțe) și medicală (de exemplu, bolile cardiovasculare și obezitatea) este înaltă. Pacienții cu tulburare bipolară prezintă un risc înalt de tentative de suicid și de înfăptuire a suicidului. Evoluția tulburării poate fi foarte devastatoare și nu întotdeauna este ușor de tratat.

În sens mai larg, tulburările bipolare au o prevalență de aproximativ 4% pe parcursul vieții (1% - bipolară I, 1% - bipolară II și 2% - ciclotimie și alte tulburări bipolare nespecificate) (Merikangas 2007), ceea ce constituie aproximativ o pătrime din prevalența tulburării depresive unipolare.

Care sunt provocările tulburărilor bipolare?

- Diagnosticarea corectă: Din cauza prevalenței episoadelor depresive, tulburările bipolare pot fi diagnosticate greșit ca tulburare depresivă unipolară, deoarece tulburările bipolare deseori încep cu episoade depresive. Simptomele care indică creșterea dispoziției de multe ori apar mai târziu în cursul bolii. Simptomele maniacale, în special simptomele hipomaniacale, trebuie explorate activ. În medie, episoadele maniacale sunt mai scurte decât episoadele depresive și apar mai rar.
- Adicția: Adicția este o problemă majoră pentru persoanele cu tulburare bipolară. Auto-medicația cu droguri și alcool este o strategie de coping frecventă, dar riscantă. Rata de prevalență pe parcursul vieții a oricărei tulburări bipolare și a tulburărilor de consum de substanțe este de 47%, pentru tulburarea bipolară I - 60 % (Pettinati 2013).
- Suicidalitatea: rata de suicid în rândul pacienților bipolari este de aproximativ de la 10 până la 30 de ori mai mare decât rata corespunzătoare în rândul populației generale. Până la 20% dintre pacienții (în majoritate netratați) cu tulburare bipolară își încheie viața prin sinucidere și de la 20 până la 60% dintre aceștia au o tentativă de suicid cel puțin o dată în viață.
- Lipsa discernământului: în timpul unui episod maniacal acut, discernământul este de obicei limitat sau nu este prezent.
- Găsirea medicației corecte: Există un număr destul de mare de medicamente utilizate în tratamentul tulburării bipolare. În multe cazuri, combinația diferitor medicamente se dovedește a fi cea mai eficientă, dar poate fi dificil să identificăm care sunt aceste medicamente.

4.2.2 Evaluarea

Atunci când se evaluează un pacient cu un diagnostic posibil sau confirmat de tulburare bipolară, se vor explora următoarele puncte:

- Debutul și severitatea simptomelor
- Cursul anterior al bolii, la reconstituirea istoricului se vor solicita și informații de la îngrijitori
- Examinarea stării mintale
- Evaluarea ideății suicidare și, eventual, de omucidere
- Comorbiditatea medicală și psihiatrică (în special, tulburare de consum de substanțe)
- Tratamentul anterior și medicația (utilizarea medicamentelor antidepressive poate declanșa un episod maniacal)
- Complanța la tratamentul anterior
- Analize de urină și sânge
- Alegerea/posibilitatea stabilirii tratamentului de monitorizare după evaluarea de urgență

Dacă este constituit tabloul clinic complet, vor fi ușor de recunoscut criteriile unui

episod maniacal în tulburarea bipolară I. Simptomele care apar de obicei de la sine în timpul interviului includ:

- **Simptome afective**, precum dispoziția euforică, expansivă, iritabilă sau labilă
- **Simptome cognitive**, cum ar fi stima de sine ridicată sau grandiozitatea, distractibilitatea, fuga gândurilor și fuga ideilor
- **Simptome fizice**, cum ar fi creșterea activității psihomotorii, creșterea activității orientate spre scopuri și agitația psihomotorie
- Un simptom distinctiv (dar nu întotdeauna prezent) este reducerea necesității de somn și creșterea libidoului

La apogeul unui episod maniacal, deseori sunt prezente psihozele cu deliruri și halucinații, dar pot fi și absente. Pacienții cu manie se implică adesea în activități care pot avea consecințe dureroase, de exemplu, cumpărături nelimitate, chefuri sau alte activități cu risc ridicat.

La fel ca în toate tulburările psihiatrice, reconstituirea istoricului este un element cheie în stabilirea unui diagnostic corect. Se va explora activ hipomania, deoarece pacienții care sunt predominant depresivi pot considera hipomania ca o stare normală („singura dată când m-am simțit foarte bine în viața mea”).

Evaluarea și comunicarea cu pacienții cu dispoziție ridicată este, de regulă, foarte provocatoare, interviewerul trebuie să fie flexibil, creativ și, mai presus de toate, foarte răbdător. Dispoziția este nu doar euforică și ridicată, dar acești pacienți sunt deseori iritabili, disforici și agitați. Ei pot fi foarte irascibili, potențial violenți și incapabili să tolereze un interviu îndelungat. Prin urmare, preocupările de siguranță sunt întotdeauna o prioritate. Folosirea întrebărilor scurte și de tip închis ajută la obținerea informațiilor utile de la pacienții care sunt foarte vorbăreți, circumstanțiali sau manifestă o gândire dezorganizată. Ele pot fi, de asemenea, utile pentru a evita iritabilitatea sau pentru a preveni răspunsuri lungi. Evaluarea trebuie finalizată înainte ca situația să scape de sub control, indiferent de cât de puține informații fiabile au fost obținute. În acest caz, informații despre situația actuală și evoluția pe termen lung pot fi obținute de obicei din surse colaterale.

4.2.3 Diagnosticul

Spectrul tulburărilor bipolare include trei stări diferite:

- **Tulburarea bipolară I** este o tulburare cu episoade depresive și maniacale, cu sau fără simptome psihotice.
- **Tulburarea bipolară II** constă din episoade depresive și hipomaniacale care sunt de obicei mai puțin severe și nu inhibă neapărat funcționarea zilnică.
- **Tulburarea ciclotimică** este o tulburare ciclică care cauzează scurte episoade de hipomanie și depresie.

Pentru diagnosticarea tulburării bipolare I conform DSM-5, este necesar să se îndeplinească criteriile pentru un episod maniacal. Este posibil ca episodul maniacal să fi fost precedat de și poate fi urmat de episoade hipomaniacale sau depresive majore:

- O perioadă distinctă de dispoziție anormală și persistentă, expansivă sau iritabilă și activitate sau energie anormal de ridicată și persistentă direcționată către obiective, cu o durată de cel puțin 1 săptămână și prezentă cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi
- **În această perioadă distinctă, trei (sau mai multe) dintre următoarele simptome trebuie să fie prezente la un nivel considerabil:**
 - Stimă de sine ridicată sau grandiozitate
 - Reducerea necesității de somn (de exemplu, se simte odihnit după doar 3 ore de somn)
 - Mai vorbăreț decât de obicei sau presiune de a vorbi continuu
 - Fuga de idei sau percepție subiectivă că gândurile fug
 - Distractibilitate
 - Creșterea activității orientate spre scopuri
 - Implicare excesivă în activități care au un potențial înalt de consecințe dureroase
- Tulburarea de dispoziție este suficient de severă pentru a provoca o deficiență marcată a funcționării sociale sau profesionale sau pentru a necesita spitalizare în vederea prevenirii auto-vătămării sau a vătămării altor persoane, sau sunt prezente caracteristici psihotice

Pentru diagnosticarea tulburării bipolare II conform DSM-5, este necesar să se îndeplinească criteriile pentru un episod hipomaniacal:

- O perioadă distinctă de stare de dispoziție anormal de ridicată și persistentă, expansivă sau iritabilă și activitate sau energie anormal de ridicată și persistent, direcționată spre un scop, care durează cel puțin 4 zile consecutive și se manifestă în cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi
- **În această perioadă distinctă, trebuie să fie prezente trei (sau mai multe) dintre următoarele simptome și să reprezinte o schimbare vizibilă față de comportamentul obișnuit**
 - Stimă de sine ridicată sau grandiozitate
 - Reducerea necesității de somn (de exemplu, se simte odihnit după doar 3 ore de somn)
 - Mai vorbăreț decât de obicei sau presiune de a vorbi continuu
 - Fuga de idei sau percepție subiectivă că gândurile fug
 - Distractibilitate
 - Creșterea activității orientate spre scopuri
 - Implicarea excesivă în activități care au un potențial înalt de consecințe dureroase
- Episodul este asociat cu o schimbare fără echivoc în funcționare, care nu este caracteristică persoanei atunci când nu este simptomatică
- Perturbarea stării de dispoziție și schimbarea în funcționare sunt observabile de către alte persoane

- Episodul nu este suficient de sever pentru a provoca deficiențe semnificative în funcționarea socială sau profesională sau pentru a necesita spitalizare

O tulburare ciclotimică este definită conform DSM-5 după cum urmează:

- De cel puțin 2 ani, există numeroase perioade cu simptome hipomaniacale care nu întrunesc criteriile pentru un episod hipomaniacal și numeroase perioade cu simptome depresive care nu întrunesc criteriile pentru o tulburare depresivă majoră.
- **În perioada menționată de 2 ani, perioadele hipomaniacale și cele depresive au fost prezente cel puțin jumătate din timp și persoana nu a fost fără simptome mai mult de 2 luni consecutive.**

4.2.4 Managementul

4.2.4.1 Managementul general

În serviciile de urgență, pacienții într-o stare maniacală sunt de obicei iritabili, agitați, intruzivi și imprevizibili. În cazul unui pacient extrem de agitat, poate fi necesară izolarea sau constrângerea pentru a-l imobiliza sau a preveni vătămarea altora. Rețineți că o asemenea abordare este deseori asociată cu rezultate negative, de exemplu, leziuni fizice, cât și psihologice atât la personal, cât și la pacienți, precum și consecințe negative pe termen scurt și lung pentru relația pacient-medic. Procedurile de imobilizare necesită personal suplimentar și observații ulterioare care necesită mult timp. Pacienții puternic sedați vor petrece mai mult timp în serviciile de urgență înainte de a putea fi internați sau transferați. Este foarte important să discutați cu pacientul ulterior, dacă au fost necesare intervenții involuntare (Zeller 2015). Mai multe detalii despre tranchilizarea rapidă pot fi găsite în Capitolul 6.

Izolarea și imobilizarea trebuie evitate ori de câte ori este posibil. În loc de imobilizare, se vor utiliza inițial alte tehnici non-invazive. Acestea sunt descrise detaliat în Capitolul 6 și sunt rezumate în caseta de mai jos (Zeller 2015):

- Respectarea spațiului personal al pacientului
- Evitarea provocării
- Stabilirea contactului verbal și oferirea orientărilor și asigurărilor
- Comunicarea simplă și concisă
- Identificarea necesităților și emoțiilor pacientului
- Ascultarea a ceea ce spune pacientul
- Stabilirea limitelor clare
- Oferirea opțiunilor și inspirarea optimismului

Pacienții aflați într-o stare maniacală sau mixtă au, de obicei, puțin sau niciun discernământ despre ideile, planurile și acțiunile lor potențial dăunătoare. Spitalizarea involuntară este cea mai frecventă opțiune. Pacienții cu mai mult discernământ și cu tulburări de dispoziție mai puțin severe (de exemplu, hipomanie) pot fi gestionați într-un serviciu ambulatoriu, cu ajustarea medicamentelor și o monitorizare minuțioasă.

4.2.4.2 Managementul farmacologic

4.2.4.2.1 Principii generale

- Alegerea strategiei de tratament farmacologic și a medicației se bazează pe experiențele anterioare ale pacientului și, eventual, ale rudelor de gradul I cu tulburare bipolară, dacă există. Vor fi luate în considerare preferințele pacientului.
- Informarea este esențială! Chiar de la început, pacientul și îngrijitorii trebuie informați cu privire la fazele tratamentului (tratament acut, tratament de continuare și terapie de menținere). Pe cât este posibil, se vor aplica principiile de luare a deciziilor informate.
- Un episod mixt (sunt prezente atât simptome maniacale, cât și depresive) este tratat ca și mania.
- Tratamentul unui episod maniacal sever se efectuează, de preferință, în spital.

4.2.4.2.2 Episodul maniacal

- Deși episoadele maniacale sunt evenimente destul de rare în evoluția pe termen lung a tulburării bipolare, au fost aprobate un număr destul de mare de substanțe pentru tratamentul maniei. Aceste medicamente psihotrope provin din grupuri foarte diverse, cum ar fi medicamentele antiepileptice, antipsihoticele de prima și a doua generație și litiul. Litiul este cel mai vechi medicament antimaniacal cunoscut, efectul său fiind descoperit de psihiatrul australian John Cade în 1948.
- Monoterapii pentru tratamentul de primă linie al maniei acute: există doze de nivelul 1 pentru litiu, quetiapină, divalproex, asenapină, aripiprazol, paliperidonă, risperidonă și cariprazină (Yatham, 2018). Dacă substanțele de mai sus nu sunt disponibile, poate fi luat în considerare tratamentul de linia a doua cu olanzapină sau haloperidol. Rețineți că haloperidolul prezintă un risc mai mare de simptome extrapiramidale și acatizie. În serviciile de urgență, tratamentul cu un antipsihotic de a doua generație este cea mai bună opțiune. Pentru dozele medii, consultați Tabelul 6.1 din Capitolul 6. Risperidona, olanzapina, ziprasidona, quetiapina și aripiprazolul sunt disponibile în diferite forme (comprimate, solubil sau intramuscular).
- Terapii combinate pentru tratamentul de primă linie al maniei acute: există doze de nivelul 1 pentru quetiapină și litiu sau divalproex și risperidonă și litiu sau divalproex (Yatham, 2018).
- Dacă pacientul maniacal se află sub tratament antidepresiv pentru depresia bipolară, antidepresivul trebuie oprit, chiar dacă are loc o terapie antidepresivă de menținere.
- Tulburarea de somn și agitația pot fi tratate temporar cu o benzodiazepină suplimentară. Atunci când se utilizează benzodiazepine la pacienți vârstnici, trebuie luate măsuri de precauție din cauza riscului sporit de căderi.

- De reținut faptul că pacientul poate fi prea agitat pentru a-și da acordul pentru tratament și, prin urmare, astfel de intervenții trebuie considerate ca constrângere chimică. A se vedea, de asemenea, Capitolul 6.6 privind tranchilizarea rapidă.

4.2.4.2.3 Episodul depresiv (depresia bipolară)

- Din cauza riscului înalt de suicid, tratamentul unei depresii bipolare severe se efectuează, de preferință, în spital. Nu trebuie subestimată povara pentru îngrijitori în cazurile severe.
- Pentru tratamentul depresiei bipolare, există dovezi de nivelul 1 pentru quetiapină și o combinație de lurasidonă și litiu sau divalproex (Yatham 2018).

4.2.4.2.4 Prevenirea recidivelor

- Pentru aproape toți pacienții diagnosticați cu tulburare bipolară, prevenirea recidivelor este o componentă centrală a tratamentului de succes. Poate fi inițiată ca parte a tratamentului spitalicesc sau ambulatoriu, dar nu trebuie inițiată în serviciile de urgență.
- Cele mai bune dovezi pentru prevenirea recidivelor la pacienții cu o manifestare tipică a tulburării bipolare I există pentru litiu. Litiul este eficient atât în prevenirea episoadelor maniacale, cât și a episoadelor depresive și are un efect antisuicidar superior în comparație cu alte substanțe (Yatham 2018).
- Alte tratamente pentru care sunt disponibile dovezi de primă linie în prevenirea recidivelor sunt quetiapina, divalproex și lamotrigina (Yatham 2018). Quetiapina este în special benefică pentru prevenirea episoadelor mixte.

4.3 Referințe și lecturi ulterioare

- Bech P. et al. *The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity.* J Affect Disord 159-164, 2001.
- Boyce P. et al.: Choosing an antidepressant. Aust Prescr 2021; 44:12-5, <https://doi.org/10.18773/austprescr.2020.064>
- Cuijpers P. et al.: Sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory in outpatients. BMC Psychiatry 2007, 7:39, doi:10.1186/1471-244X-7-39
- Currier G. et al.: Organization and function of academic psychiatric emergency services. General Hospital Psychiatry 25, 124-129, 2003
- Davidson J.: Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. J Clin Psychiatry 2010, 71; Suppl E1:e04, doi: 10.4088/JCP.9058se1c.04gry
- Kessing L. et al.: Rate and predictors of conversion from unipolar to bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis, <https://doi.org/10.1111/bdi.12513>
- Merikangas K.R. et al.: Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry, 2007;64(5):543-552
- Moldavian guideline major depression
- Moldavian guideline bipolar disorder

- Olesen, J. et al.: The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology* 2012, 19: 155-162, doi:10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x
- Ohayon M. et al.: Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *Am J Psychiatry* 2002, 159:1855-1861
- Østergaard S.D. et al.: Risk factors for conversion from unipolar psychotic depression to bipolar disorder, *Bipolar disorders*, Volume 16, Issue 2, March 2014, Pages 180-189, <https://doi.org/10.1111/bdi.12152>
- Pettinati H. et al: Current status of co-occurring mood and substance use disorders: A new therapeutic target. *Am J Psychiatry* 2013; 170:23-30.
- Sidana A. et al.: Psychiatric profile of patients attending General Emergency room services- A prospective study. *Journal of Mental Health & Human Behavior*, 2009.
- Topp C. et al.: The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature, doi: [10.1159/000376585](https://doi.org/10.1159/000376585)
- Wittchen, H.U. et al.: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* (2011) 21,655-679
- Yatham L.N. et al.: Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD), 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018; 20(2):97-170

Capitolul 5. Pacientul anxios

Autori: Suzanne Schouten, René Keet

5.1 Introducere

Anxietatea este o reacție normală la un pericol imaginat sau real. Anxietatea este o stare emoțională care se referă la un pericol iminent și este însoțită de simptome fizice, prin activarea sistemului nervos autonom. Organismul se pregătește pentru o reacție de „luptă sau fugă”, cu accelerarea bătăilor inimii și a respirației, creșterea tensiunii musculare, gânduri și comportamente anxioase, cum ar fi înțepenirea (înghetarea) sau fuga. Prin urmare, anxietatea poate fi considerată în primul rând ca un răspuns adaptiv și normal care are proprietăți salvatoare.



Anxietatea este deseori asociată cu probleme sau preocupări (imnente) în domenii importante ale vieții, cum ar fi familia, relațiile, locul de muncă, contactele sociale și sănătatea, dar poate apărea și în mod spontan. Simptomele anxietății pot fi deranjante și pot cauza îngrijorări (de exemplu, cu privire la sănătatea fizică). Ele pot duce la disfuncții sociale și profesionale considerabile, precum și la consum excesiv de medicamente. Simptomele de anxietate au tendința de a deveni independente și pot spori riscul de a dezvolta o tulburare de anxietate. În multe cazuri, ele merg mână în mână cu tulburările depresive, somatizările și acuzele de tensiune și nu întotdeauna pot fi clar deosebite de acestea (Shelton 2008).

Următoarele situații pot indica prezența simptomelor sau tulburărilor de anxietate (Milner 1999):

- vizite frecvente la medic cu plângeri schimbătoare și incoerente, adesea somatice
- plângeri sau probleme nespecifice persistente, cum ar fi tensiune, iritabilitate, labilitate, probleme de concentrare, apatie sau probleme de somn
- simptome de „hiperventilație”, cum ar fi senzație de sufocare, transpirație, gură uscată, amețeli, palpitații, zăpăceală, furnicături la nivelul brațelor și picioarelor
- plângeri fizice persistente pentru care nu se găsește nicio cauză fizică și referitor la care pacientul poate fi consolată cu greu sau doar pentru un scurt timp
- solicitarea de somnifere sau sedative
- probleme cu alcoolul sau drogurile
- acuze depresive sau depresie
- tulburări de anxietate în antecedente sau printre membrii familiei
- la copii: dureri de cap și de stomac, probleme în a spune la revedere (în a sta în casă, în grupul de joacă), probleme de somn, coșmaruri, absentism, solicitarea intensă a consolării din partea adulților

5.2 Istoria de caz a unui pacient anxios

O femeie în vârstă de 65 de ani este examinată de nursele psihiatrică comunitară în sala de urgență. Ea este însoțită de o prietenă. Se agață foarte vizibil de prietena ei. Ea pare a fi foarte anxioasă. Îi spune nursei că urmează un tratament de ceva timp, dar simte că situația se deteriorează. Nu mai îndrăznește să meargă la supermarket, este foarte emotivă și face acuzații la adresa medicului ei de familie și a prietenilor săi. Înainte de a veni la sala de urgență, ea a avut hiperventilație pe parcursul unei perioade mai lungi de timp și simte dorința de a se întinde pe podea pentru a se calma. S-a separat de soțul ei de trei ani, iar recent a fost finalizată procedura de divorț. Are două fiice adulte, una locuiește în Kenya și cealaltă în apropiere, dar relația cu aceasta este dificilă. O scurtă conversație telefonică cu medicul ei de familie arată că acesta este decepționat de faptul că tratamentul anterior nu a avut succes. În pofida numeroaselor discuții pe care le-a avut cu pacienta sa, în ultimele săptămâni - aproape zilnic, nu s-a înregistrat niciun progres. Prietenii ei l-au sunat de mai multe ori pe medicul de familie pentru a-și exprima îngrijorarea că ea este în permanență anxioasă, că hiperventilează foarte des și că stă întinsă pe podea. Ei consideră că este iresponsabil ca ea să fie singură acasă.

După ce a ascultat plângerile spontane ale femeii, nursele îi oferă ceva de băut. Procedând astfel, ea stabilește contactul într-un mod calm și prietenos și încearcă să o liniștească pe pacientă cât mai mult posibil. Apoi, ea îi explică în pași mici care este scopul conversației și cât va dura aceasta. Ea îi spune pacientei că vor încerca să traseze împreună, în mai puțin de o oră, o hartă a problemei acute. Și că, ulterior, psihiatrul li se va alătura spre sfârșitul conversației pentru a face un plan imediat.

5.3 Evaluarea și managementul pacientului anxios

Pentru evaluarea pacientului anxios și agitat în sala de urgență, recomandăm utilizarea unei abordări pas cu pas, precum este descrisă în Capitolul 1.

Etapa 1: Colectarea informațiilor relevante

Culegerea informațiilor relevante este un pas foarte important și reprezintă piatra de temelie în stabilirea alianței terapeutice necesare pentru tratamentul și intervențiile viitoare. Răspunsurile la aceste întrebări pot oferi primele indicii cu privire la natura diagnostică a situației clinice. Nu uitați să informați pacientul cu privire la intervalul de timp disponibil.

Etapa 2: Examinarea pacientului

Puneți următoarele întrebări:

- De când are pacientul simptomele sau plângerile?
- Care este cursul lor? Sunt continue sau apar sub formă de atacuri?
- Dacă vin în atacuri: cât durează atacurile și cât de des apar?
- Sunt acestea declanșate de o situație specială sau apar din senin?
- Ce crede pacientul despre severitatea simptomelor și despre gradul de suferință subiectivă?
- Suferă el sau ea de simptome însoțitoare? De exemplu, palpitații, transpirație, tremur, dificultăți de respirație, dureri, dureri de stomac, furnicături, senzații de amorțeală, senzații de căldură sau de frig, senzații de derealizare sau depersonalizare, agitație, senzație de oboseală rapidă, probleme de concentrare, iritabilitate, probleme de somn.
- Pe ce se axează anxietatea? Este vorba de pierderea controlului, pierderea minților sau moartea (tulburarea de panică), neputința în caz de boală (agorafobie), anumite obiecte sau situații (fobie specifică), evaluarea negativă din partea altor persoane (fobie socială), toate nenorocirile posibile pe care le poate aduce viața (tulburare de anxietate generalizată), retrăirea unui eveniment traumatizant din punct de vedere psihologic (TSPT), o boală fizică gravă (hipocondrie) sau gânduri ori acțiuni compulsive (tulburarea obsesiv-compulsivă)?
- Cum sau cu ce mijloace a încercat pacientul să obțină o ușurare a plângerilor sale până acum?
- Ce impact au simptomele asupra funcționării sociale și profesionale, sunt evitate anumite activități și situații?

Pentru a exclude o boală gravă, este necesară o examinare fizică minuțioasă. Totodată, este important de reținut că, în multe cazuri, evaluările somatice nejustificate și repetate sporesc și consolidează anxietatea pacientului. Prin urmare, examinările necesare trebuie să fie bine gândite înainte de a fi efectuate.

În cazul pacientei noastre în vârstă de 65 de ani și recent divorțată, aceasta mergea deja de mult timp la un specialist, învățând tehnici de respirație care să o ajute să facă față sentimentelor de anxietate. Deși a făcut exercițiile în mod regulat, ea nu

mai are curajul să meargă la centrul comercial din apropiere, gândindu-se că fiecare vizită la supermarket s-ar putea încheia ca un dezastru major. Odată, a leșinat în timpul unei vizite la supermarket, iar managerul supermarketului a trebuit să aibă grijă de ea. Ulterior, s-a dus la medicul de familie și a cerut ca acesta să-i verifice inima. În pofida asigurărilor medicului că totul era în regulă cu inima ei, ea încă se temea să meargă la supermarket. Acum, prietena ei face cumpărăturile pentru ea. De asemenea, nu doarme bine, în jur de patru-cinci ore pe noapte, și se gândește continuu la divorț și la consecințele financiare ale acestuia. Simte că fostul ei partener nu o sprijină deloc. Acesta a făcut în repetate rânduri remarca că el vede plângerile și comportamentul ei actual ca pe un joc de teatru. Mai mult, ea zice că, deși nu dorește în mod activ să-și pună capăt vieții, are totuși sentimentul că ar putea muri în curând, în parte pentru că nu are încredere în corpul ei. Cumva, ea își imaginează că plângerile sunt doar temporare, pentru că nu a mai avut asemenea plângeri mai înainte și nu are antecedente psihiatrice. Ea se descrie ca fiind o femeie cu un caracter bun, căreia îi place să fie foarte independentă, dar care poate fi și dură cu ceilalți uneori. Atitudinea ei normală față de viață este mai mult de abordare și nu de cicăleală. De asemenea, ea spune că îi este rușine de plângerile sale și are sentimentul că nu este deloc ea însăși. Principala ei dorință este să poată dormi mai bine și să-și recapete viața normală. S-a săturat să fie mereu copleșită de crizele sale de anxietate.

În familia ei nu există antecedente de probleme psihiatrice. Este susținută de prietena ei și de câțiva vecini care uneori fac unele lucruri pentru ea. Până în urmă cu patru ani, a lucrat ca asistentă administrativă la o bancă, înainte de a se pensiona. Acum face muncă voluntară într-un azil de bătrâni. În ceea ce privește medicamentele, folosește cinci mg de diazepam, care i-a fost prescris de medicul de familie. Bea trei cești de cafea pe zi, nu fumează și nu consumă alcool sau droguri.

Etapa 3: Ipoteza de lucru

La finalul consultației, cazul este discutat cu psihiatrul curant. Ca ipoteză de lucru, se diagnostichează o tulburare de anxietate.

Pasul 4: Stabilirea obiectivelor

După formularea unui posibil diagnostic, se discută împreună cu pacientul următoarele obiective de tratament:

- Reducerea simptomelor de anxietate prin
 - Dezvoltarea abilităților de autogestionare
 - Participarea la sesiuni de psihoeducație, fie singură, fie în cadrul unui grup
 - Elaborarea unui plan de criză și comunicarea unui număr de telefon al serviciului de criză care poate fi folosit zi și noapte (dacă este disponibil)
 - Îmbunătățirea somnului, începând cu 25 mg de quetiapină sau 15 mg de mirtazapină (utilizare off-label!*). Nu se inițiază niciun alt medicament, deoarece acesta este un contact de urgență. Alte aspecte privind medicația sunt lăsate la latitudinea profesioniștilor care vor asigura supravegherea sa.
- *Vă rugăm să țineți cont de faptul că utilizarea medicamentelor menționate

mai sus pentru insomnie este relativ răspândită, deși, din cauza lipsei de studii bine controlate, nu există dovezi suficiente privind eficacitatea acestor medicamente pentru insomnie (Kamphuis 2015). De asemenea, acestea prezintă un potențial de efecte secundare semnificative (Sateia 2017).

Etapa 5: Intervenții

Intervențiile de bază pentru persoanele cu o tulburare de anxietate sunt:

- Psihoeducația: furnizarea de informații pacientului, familiei și celor din jur cu privire la tulburare, prognostic și diferitele opțiuni de tratament.
- Încurajarea activării și contracararea comportamentului de evitare: pacientului i se recomandă să rămână activ și să nu cedeze cât mai mult posibil tendinței de a evita situațiile care-i provoacă teamă. În caz de depresie comorbidă, pacientul este sfătuit să-și structureze ziua și să înceapă să ia medicamente antidepressiv, dacă nu i-au fost deja indicate. Acest lucru poate include, de asemenea, sfaturi privind stilul de viață și funcționarea la locul de muncă, educație, școală sau în situații sociale.
- Monitorizarea activă: monitorizarea evoluției simptomelor și a plângerilor pacientului, o atitudine de așteptare vigilentă, de asemenea a pacienților care nu doresc tratament. Profesionistul poate folosi consilierea de susținere și structurată pentru a motiva pacientul pentru psihoterapie și/sau medicație.

5.4 Diagnosticul diferențial

5.4.1 Afecțiunile medicale asociate cu simptome de anxietate

Diagnosticul diferențial al unui sindrom de anxietate este extensiv și include atât tulburări psihiatrice, cât și somatice, precum și utilizarea sau retragerea medicamentelor. Este necesară o examinare fizică minuțioasă pentru a exclude posibilele cauze medicale. Lista de mai jos ilustrează diferite afecțiuni medicale care pot fi însoțite de simptome de anxietate (Thara 2017):

- Cauze endocrine

Hipertiroidism, feocromocitom, disfuncție paratiroidiană, sindrom premenstrual, carcinoizi

- Cauze cardiovasculare

Infarct miocardic și angine, aritmii, hipovolemie, hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă congestivă, sincopă, boli valvulare

- Afecțiuni respiratorii

Astm bronșic acut, boală pulmonară obstructivă cronică, embolie pulmonară, edem pulmonar, pneumotorax, apnee în somn

- Afecțiuni neurologice

Insuficiențe cerebrovasculare, convulsii, migrene, disfuncții vestibulare, miastenie

- Afecțiuni metabolice

Hipoglicemie, hiponatremie, hiperkaliemie, porfirie

- Cauze legate de droguri și substanțe

Intoxicație și sindroame de sevraj (alcool, opioide, stimulente, sedative hipnotice), acatizie cauzată de substanțe dopaminergice, anticolinergice, simpatomimetice, bronhodilatatoare

5.4.2 Cauze psihiatrice

Odată ce afecțiunile somatice au fost excluse ca posibilă cauză a simptomelor de anxietate, trebuie luate în considerare cauzele psihiatrice, în baza informațiilor obținute din evaluarea pacientului și din istoricul acestuia. Diagnosticalele frecvente care au anxietatea ca simptom principal sunt:

- Tulburarea de anxietate generalizată
- Tulburarea de panică
- Tulburarea de anxietate socială (fobia socială)
- Fobia specifică
- Tulburarea acută de stres
- Tulburarea de stres posttraumatic (TSPT)
- Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC)

Principala diferențiere între diversele tipuri de tulburări de anxietate se bazează pe faptul dacă există sau nu atacuri de panică și pe situațiile în care acestea apar. O tulburare de panică se caracterizează prin atacuri de panică neașteptate și recurente. În timpul unui atac de panică, pacienții simt o anxietate severă și deseori raportează sentimente de catastrofă iminentă, cum ar fi „o să înnebunesc” sau „o să mor”. De regulă, atacurile de panică durează doar câteva minute. Acestea nu se limitează la o anumită situație și, prin urmare, sunt imprevizibile. Atacurile de panică nu sunt specifice tulburării de panică. În tulburarea de anxietate socială, atacurile de panică apar doar în situații sociale, iar în cazul fobiei specifice - doar în situația fobică, de exemplu, în prezența animalelor sau într-un lift. O tulburare de anxietate generalizată nu are atacuri de panică, dar se caracterizează prin anxietate și îngrijorare continuă și excesivă. Mulți pacienți cu tulburări de anxietate generalizată au una sau mai multe tulburări psihiatrice comorbide, cum ar fi depresia. Tulburarea obsesiv-compulsivă se caracterizează prin obsesii și compulsii. Pacienții manifestă gânduri și impulsuri recurente, intruzive, nedorite și persistente care provoacă anxietate și stres considerabil.

În debutul unei tulburări de panică, pacienții rareori se prezintă la un serviciu de urgență psihiatrică, deoarece atacurile de panică sunt la început resimțite de pacient ca simptome somatice (Bucelletti 2013). Având în vedere gravitatea simptomelor simțite (plângeri toracice, teama de moarte, palpitații cardiace) în timpul unui atac de panică, pacientul este determinat să se prezinte la un medic somatic sau la serviciul de urgență. Îngrijitorii sunt de asemenea tentați să se gândească inițial la o cauză somatică, mai degrabă decât la o tulburare psihiatrică.

5.5 Tratamentul psihologic

După diagnosticarea unei tulburări de anxietate într-o situație de urgență și după întreprinderea primelor intervenții posibile, cel mai important lucru este să se organizeze tratamentul necesar. În cele mai multe cazuri, va fi suficientă o modalitate ambulatorie, foarte rar va fi necesar un tratament spitalicesc. Tratamentul ulterior poate consta în psihoeducație, automonitorizare și autogestionare, care pot fi susținute cu ajutorul aplicațiilor de telefonie mobilă. Abordările psihoterapeutice sunt terapia cognitiv-comportamentală, expunerea și relaxarea aplicată.

5.6 Managementul farmacologic

5.6.1 Benzodiazepinele: funcționează ... adesea prea bine ... dar

În situații de urgență, benzodiazepinele sunt cele mai bune medicamente disponibile cu acțiune scurtă și relativ sigure. Acestea sunt eficiente și oferă o ușurare rapidă și, prin urmare, sunt prescrise la scară largă. De exemplu, lorazepamul, administrat pe cale orală sau intramusculară într-o doză de 0,5 până la 2 mg, poate rezolva rapid un atac de anxietate. Lorazepamul este frecvent medicamentul de alegere, deoarece este bine absorbit și are un început rapid de acțiune. Cu toate acestea, utilizarea continuă a benzodiazepinelor poate duce la dependență, orice pacient care a luat o benzodiazepină timp de mai mult de trei-patru săptămâni poate avea simptome de sevraj, dacă medicamentul este întrerupt brusc (Brett 2015).

Utilizatorii de benzodiazepine prezintă un risc sporit de accidente rutiere, de leziuni cauzate de căderi, de depresie respiratorie și de deteriorare a funcțiilor cognitive. Dacă este totuși necesar să prescrieți o benzodiazepină, faceți acest lucru pentru o perioadă cât mai scurtă posibil,

într-o doză mică, și conveniți cu privire la metoda de utilizare, durata administrării medicației și când și cum va fi întreruptă medicația (Reinhold 2011).

Pentru utilizatorii cronici de substanțe somnifere, medicul trebuie să repete în mod regulat informațiile despre motivele pentru care utilizarea permanentă este nedorită și să le dea sfaturi pentru a înceta administrarea acestora.

Indicații pentru insomnie:

- în cazul insomniei de scurtă durată (până la 3 săptămâni) cauzată de probleme acute temporare, există indicații pentru utilizarea benzodiazepinelor numai dacă suferința este inacceptabil de mare
- în cazul insomniei de lungă durată (mai mult de 3 săptămâni), dacă nu mai este posibilă nicio ameliorare (de exemplu, cu intervenții non-farmacologice) și dacă insomnia duce la disfuncții grave în timpul zilei. Scopul terapeutic este ameliorarea simptomelor, cum ar fi disfuncția.

În tulburările de anxietate: utilizarea benzodiazepinelor este indicată doar la pacienții pentru care tratamentul cu ISRS, IRSN și tratamentul psihologic s-au dovedit a fi ineficiente.

În cazul unor probleme grave de personalitate: se va evita repetarea prescripției.

În cazul pacienților vârstnici, experții sunt de părere că benzodiazepinele și medicamentele din grupul Z (zolpidem, zopiclon), având în vedere riscul sporit de cădere, se vor administra doar în cazuri severe (de exemplu, agitație severă/neliniște, tulburări severe de somn, în timpul perioadei de inițiere a tratamentului antidepresiv pentru depresia majoră, tulburare de anxietate netratabilă).

5.6.2 Alte intervenții farmacologice

De regulă, în cazul majorității tulburărilor de anxietate, farmacoterapia nu este necesară. Prima opțiune este întotdeauna o abordare psihologică a tratamentului. Dar, dacă este indicat, tratamentul farmacologic de primă linie pentru aceste tulburări sunt inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (pentru toate tulburările), inhibitorii recaptării serotoninei-norepinefrinei (pentru unele) și pregabalina (doar pentru tulburarea de anxietate generalizată). Majoritatea tulburărilor de anxietate răspund la dozele utilizate în tulburările depresive. Pentru TOC însă se recomandă doze mai mari de ISRS. Antidepresivele triciclice serotoninergice (ATC: clomipramina și imipramina) pot avea, de asemenea, un efect benefic asupra evoluției tulburării. S-a demonstrat că o combinație de medicație și terapie cognitiv-comportamentală/expunere s-a dovedit a fi o strategie de tratament dorit și de succes din punct de vedere clinic (Bandelow 2012 și 2013).

În cazul anxietății de performanță sau al tracului de scenă, farmacoterapia este ocazional utilă, dar de obicei contraindicată. Beta-blocantul propranolol (10 până la 40 mg) poate fi administrat cu o jumătate de oră până la două ore înainte de spectacolul care urmează să fie prezentat.

Tabelul următor ilustrează etapele care pot fi parcurse, atunci când se utilizează intervenții farmacologice pentru tratarea diferitor tulburări de anxietate

Tabelul 5.2 (GGZ NHN)

Tulburarea de panică	Fobia socială	Tulburarea de anxietate socială generalizată
<p>Etapa 1: un ISRS Etapa 2: un alt ISRS Etapa 3: venlafaxină sau un ATC (clomipramina) Etapa 4: o benzodiazepină (efect puternic) Etapa 5: un IMAO După etapa 3, se va examina întotdeauna oportunitatea terapiei comportamentale, dacă nu a fost făcută mai înainte.</p>	<p>Etapa 1: un beta-blocant (ocazional) Etapa 2: o benzodiazepină (ocazional) Etapa 3: un ISRS sau venlafaxină</p>	<p>Etapa 1: un ISRS sau venlafaxină Etapa 2: un alt ISRS sau venlafaxină Etapa 3: o benzodiazepină sau IMAO Etapa 4: un IMAO sau o benzodiazepină</p>

Tulburarea de anxietate generalizată (TAG)	Tulburarea de stres posttraumatic (TSPT)	
Etapa 1: antidepressive (ISRS sau IRSN) sau buspironă Etapa 2: antidepressiv (ISRS, IRSN sau ATC) sau buspironă Etapa 3: benzodiazepină sau pregabalină Etapa 4: benzodiazepină sau pregabalină	Etapa 1: un ISRS Etapa 2: un alt ISRS Etapa 2a: posibilă adăugare a unui antipsihotic (în cazul TSPT legate de lupte cu hiperagitație) Etapa 3: venlafaxină sau un ATC Etapa 4: un IMAO	

5.7 Bibliografie și lecturi suplimentare

- Bandelow, B. et al.: Pharmacological treatment of panic disorder, 2013. In Anxiety Disorders. <https://doi.org/10.1159/000351953>
- Bandelow, B. et al.: Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2012. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.667114>
- Brett, J. et al.: Management of benzodiazepine misuse and dependence. Australian Prescriber, Vol. 38, Nr. 5, Oct. 2015
- Buccelletti, F. et al.: Recurrent use of the Emergency Department in patients with anxiety disorder. European Review for Medical and Pharmacological Sciences, 2013.
- Milner, K. K. et al.: Mood and anxiety syndromes in emergency psychiatry. Psychiatric Clinics of North America, 1999. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70124-6](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70124-6)
- Reinhold, J. A. et al.: Pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. Expert Opinion on Pharmacotherapy, 2011. <https://doi.org/10.1517/14656566.2011.618496>
- Shelton, R. C. et al: Anxiety disorders. In The Medical Basis of Psychiatry: Third Edition, 2008. https://doi.org/10.1007/978-1-59745-252-6_9
- Sateia MJ et al.: Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. J Clin Sleep Med. 2017;13(2):307–349.

Capitolul 6. Pacientul agitat, furios, perturbator și agresiv

6.1 Introducere

Gestionarea pacientului agitat, furios, perturbator și agresiv, într-un mod care să respecte drepturile persoanei, este cea mai dificilă sarcină! Întâlnirile deseori escaladează sau scapă de sub control, deoarece profesioniștii din domeniul sănătății nu știu ce atitudine să adopte atunci când se confruntă cu o astfel de situație. Mulți dintre ei nu sunt instruiți suficient pentru a o depăși în mod profesionist.

Agresiunea nu este un fenomen patologic în sine. Cu toate acestea, comiterea actelor violente față de alte persoane este considerată drept cea mai gravă infracțiune împotriva semenilor (Almvik R. et al., 2007) și, prin urmare, este deseori etichetată drept „anormală”. Din punct de vedere psihologic, agresiunea poate fi înțeleasă ca o formă de comportament fizic și/sau verbal care urmărește scopul de auto-afirmare. De asemenea, poate fi considerată drept un comportament defensiv, folosit pentru mobilizarea resurselor, în vederea depășirii situațiilor percepute ca nocive și periculoase.

Se obișnuiește a crede că, la ființele umane, agresiunea este provocată atunci când persoanele sunt frustrate de factori fizici și psihologici, cum ar fi căldura, frigul, foamea sau conflictele interne și / sau externe. Acest lucru poate provoca un comportament agresiv și distructiv, menit să fie vătămător din punct de vedere emoțional și/sau fizic, urmărind dominarea unei persoane de către alta. Rețineți, totuși, că **nu există o definiție sau un concept universal acceptat al agresiunii și violenței și cauzelor care le provoacă.**

6.2 Afecțiuni medicale și psihiatrice care pot provoca un comportament agitat și agresiv

Comportamentul agresiv și violent este frecvent asociat cu tulburările mintale. Această pretinsă asocieră se datorează în mare măsură stigmei și concepțiilor greșite (Thara, V. și colab., 2017). Până în ziua de azi, se mai discută în mod controversat dacă persoanele cu tulburări mintale sunt mai periculoase decât alte persoane. Sunt studii care arată că există factori de risc și diagnostice de risc de violență (cum ar fi psihoza, abuzul sau dependența de alcool și droguri, tulburările de personalitate și sexul masculin), dar există și studii care nu au putut confirma aceste constatări.

Analizând numărul total de acte de agresiune, este foarte mică probabilitatea ca persoana responsabilă de acestea să aibă o tulburare mintală. De exemplu, pacienții cu tulburări psihotice comit doar aproximativ 1% din totalul crimelor violente (Walter M. et al., 2016). Ce concluzie putem face? Este bine să rețineți că, atunci când aveți de-a face cu pacienți agresivi și violenți, **neacționarea în conformitate cu aceste concepții greșite** poate fi foarte utilă pentru prevenirea unei posibile escaladări a situației. Acestea fiind spuse, nu se poate nega faptul că în instituțiile clinice au loc cazuri de comportament agresiv și violent. Agresiunea poate fi o trăsătură obișnuită și importantă a urgențelor psihiatrice. Anumite categorii de diagnostice

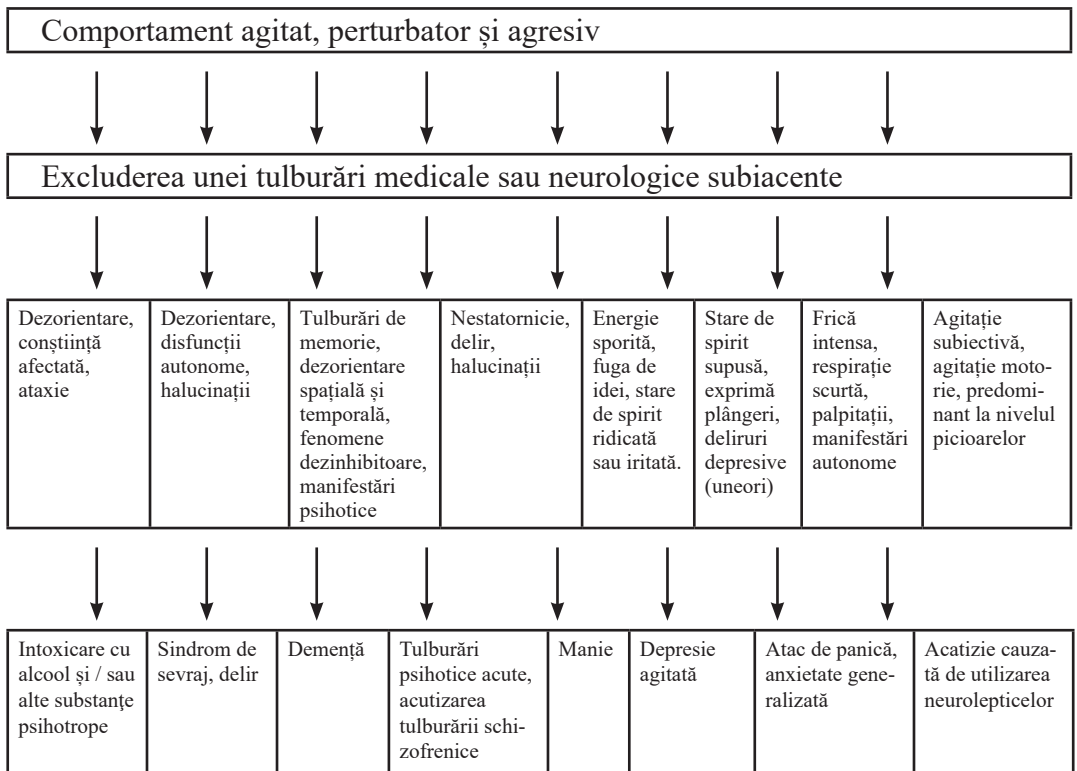
în sănătatea mintală - pacienții cu psihoză acută, în stare de ebrietate, cu tulburări de personalitate - sunt asociate cu o medie mai mare de acte agresive decât alte di-
agnoze.

Atunci când aveți de-a face cu un pacient agitat și/sau agresiv, mai întâi, înainte de a începe evaluarea psihiatrică, trebuie excluse cauzele somatice. Cauzele somatice frecvente sunt:

- tulburările metabolice, precum hipo- și hiperglicemia
- tulburările electrolitice, precum hipo- și hipernatremia
- traumatismele craniale-cerebrale, convulsiile epileptice (stare postictală)
- ischemia cerebrală și cardiacă (de exemplu angina pectorală, infarctul mio-
cardic, hemoragia subarahnoidă, accidentul vascular cerebral)
- bolile multisistemice și degenerative (de exemplu, Morbus Parkinson)
- encefalita
- insuficiența hepatică și renală
- neoplasmale

Figura 1 (adaptată după Mavrogiorgou P. et al, 2011) oferă o bună imagine de ansamblu a posibilelor afecțiuni psihiatrice subiacente și a manifestărilor lor tipice.

Figura 1



Când evaluați și gestionați un pacient agresiv într-o situație de urgență, trebuie să țineți bine cont de două principii importante:

1. Dată fiind importanța aspectelor etice și a deciziilor ce urmează a fi luate, toate intervențiile trebuie să se bazeze pe principiul „**practicii cel mai puțin restrictive**”

2. **Cel mai sigur factor în prezicerea unui comportament agresiv și violent în viitor este existența în trecut a unui comportament agresiv și violent.** Acest aspect trebuie explorat în mod activ în toate evaluările psihiatrice.

6.3 Abordarea pas-cu-pas în evaluarea și managementul unui pacient agresiv

Prima etapă: SIGURANȚA MAI ÎNTÂI DE TOATE!

Înainte de a vedea pacientul agresiv, trebuie să urmați niște pași importanți. **A fi pregătiți este cel mai esențial pas!** Toți profesioniștii implicați trebuie în avans să știe ce să facă. O modalitate de a asigura acest lucru este ca fiecare instituție și organizație să elaboreze instrucțiuni corespunzătoare și să ofere suficientă instruire. Scopul general este de a garanta cel mai înalt nivel de siguranță posibil pentru toate persoanele implicate.

Dacă este posibil, înainte de a vedea pacientul agitat și agresiv, vor fi clarificate următoarele puncte:

- Adunați cât mai multe informații despre persoană și despre situația curentă. Înainte de a vedea pacientul, întrebați familia, poliția, medicul care a făcut referirea, etc. despre riscurile potențiale.
- Pacientul are o tulburare psihică? A fost anterior tratat în spital sau ambulatoriu?
- Există un istoric de idei și / sau deliruri de persecuție?
- Există un istoric de abuz de substanțe?
- Pacientul are acces la arme periculoase?
- Pacientul are antecedente de comportament agresiv și violent?
- Verificați împrejurimile sau încăperile în care medicul va vedea pacientul. Care sunt mijloacele de evadare? Dacă pacientul este vizitat într-un mediu închis, medicul trebuie să se plaseze mai aproape de ieșire decât pacientul. Este de preferat o sală de examinare cu două ieșiri.
- Sala de examinare trebuie proiectată astfel încât să asigure siguranța. Mobilierul deplasabil vă permite o amenajare flexibilă. Eliminați sau securizați obiectele care pot fi utilizate ca arme.
- Asigurați-vă că există un număr suficient de oameni în jur pentru a vă ajuta, dacă va fi necesar. Lucrul cu pacientul agitat este întotdeauna un efort de echipă! Când persoanele agresive se simt depășite ca număr, de obicei se „răcoresc”. O „demonstrație de forță” adecvată este de obicei suficientă pentru a atenua o situație potențial periculoasă. Nu mergeți niciodată singur la un pacient agresiv. Trebuie neapărat să fiți cel puțin două persoane! Cu cât mai mulți, cu atât mai bine!

- Clinicienii care lucrează în secții de îngrijiri acute trebuie să fie multifuncționali și să tolereze schimbarea rapidă a priorităților pacientului. Este cu siguranță benefic de a tolera sau chiar de a contacta cu plăcere cu pacienții agitați.
- Personalul trebuie să fie instruit în mod adecvat, în special în ceea ce privește tehnicile și abilitățile de de-escaladare. **Acestea trebuie exersate cu regularitate!**
- Poate fi binevenit să folosiți scale obiective pentru a evalua și monitoriza agitația: utilizarea acestora ajută la minimizarea pericolului de a ignora semnele timpurii ale agitației. O astfel de scară, destul de simplă de utilizat, este Scala de evaluare a activității comportamentale (BARS) (Richmond, 2012), chiar dacă a fost criticată pentru faptul că nu face o distincție clară între agitație și agresivitate (Volicer, 2017).
- Medicul examinează nivelul de activitate și îi atribuie la una din următoarele șapte categorii:
 1. Dificil sau incapabil de a se agita
 2. Inactiv, dar răspunde în mod normal la contactul verbal sau fizic
 3. Somnolent, pare sedat
 4. Liniștit și treaz (nivel normal de activitate)
 5. Semne de exces (fizic sau verbal), se calmează cu instrucțiuni
 6. Extrem de activ sau activ continuu, dar nu necesită imobilizare
 7. Violent, necesită imobilizare.
 - Decideți dacă situația cere implicarea poliției și clarificați cu ei **în prealabil** ce rol vor avea.

Etapa a doua: Comunicarea

- Stabiliți o relație cu pacientul, în măsura posibilă. Vorbiți direct cu pacientul, nu vorbiți cu alte persoane din jur (martori, rude, etc.).
- Doar o singură persoană trebuie să interacționeze verbal cu pacientul.
- Nu uitați să vă prezentați pe sine și pe ceilalți specialiști implicați. Indicați titlul și numele Dvs. și explicați care vă este funcția.
- Explicați clar care este scopul interviului și ce proceduri ar putea fi necesare.
- Spuneți-i pacientului că misiunea Dvs. este de a-l menține în siguranță și asigurați-l că nu i se va face nimic rău.
- Mențineți o atitudine optimistă.
- Fiți concis și asigurați o comunicare simplă: folosiți propoziții scurte și cuvinte simple. Acordați pacientului timp pentru a procesa ceea ce i s-a spus și pentru a răspunde. Repetarea este esențială pentru o de-escaladare cu succes.
- Luați în considerare toate dorințele sau nevoile rezonabile ale pacientului, cum ar fi foamea sau setea sau nevoia de a merge la baie. Faptul de a-i oferi pacientului ceva de băut sau de mâncat, fără ca el să o ceară, poate avea un efect calmant.

- Dorește oare să-și exprime frustrarea? Sau are nevoie de medicamente?
- Majoritatea pacienților ostili și agresivi reacționează bine la tehnicile de „vorbire condescendentă” (explicate mai detaliat la etapa a cincea).
- Luați în serios viziunile și opiniile pacientului.
- Fiți empatici! Pacienții cu un comportament agresiv se simt adesea vulnerabili, amenințați și atacați.
- Fii respectuoși! Nu uitați: **scopul este de a stabili o alianță terapeutică**, care poate fi una pe termen foarte lung. Pacienții își amintesc contactul inițial, mai ales dacă lucrurile „merg prost”.
- Asigurați-vă că există o concordanță între comunicarea Dvs. verbală și cea non-verbală.

Etapa a treia: Un pas înapoi din punct de vedere fizic

- Mențineți o distanță care este atât sigură pentru Dvs., cât și ne-amenințătoare pentru pacient. Stați la o lungime de braț.
- Încălcarea spațiului personal a unui pacient cu idei de persecuție poate fi percepută ca o confruntare sau atac și persoana se poate dezlanțui în autoapărare.
- Evitați să vă confrunțați direct cu un pacient agitat. Stați într-un colț.
- Nu atingeți pacientul. Astfel de gesturi sunt adesea interpretate greșit.
- Mențineți o expresie facială calmă.
- Evitați contactul vizual direct excesiv. Nu priviți îndelungat în ochii pacientului, acest lucru poate fi perceput ca o confruntare.
- Vorbiți calm, rar și constant. Nu ezitați și nu manifestați nesiguranță când vorbiți.
- Acționați calm și încrezător. Mișcările trebuie să vă fie lente și gentile.
- Gândiți-vă la postura Dvs. Țineți brațele lăsate, neîncrucișate, mâinile deschise și vizibile. Nu puneți mâinile pe umeri sau în buzunare. Nu dați din deget.
- Limbajul corporal trebuie să demonstreze că nu se intenționează a face ceva rău și trebuie să fie în concordanță cu ceea ce spune clinicianul. Evitați să vă confrunțați direct cu pacientul agitat. Stați într-un colț. Comportament și expresie facială calmă. Evitați contactul vizual direct și excesiv, precum și privirea fixă.
- Respirați calm și profund.

Etapa a patra: Un pas înapoi din punct de vedere psihic

- Dacă situația este deja destul de tensionată, medicul poate fi singurul care are mintea suficient de limpede pentru a evalua situația.
- Luați-vă mult timp pentru a vă gândi! Faceți un pas înapoi din punct de vedere psihic. Evaluați și reevaluați situația. Ce a declanșat comportamentul agresiv?
- Clinicienii trebuie să-și auto-monitorizeze în mod continuu propria stare

emoțională și să se simtă în siguranță atunci când interacționează cu pacientul.

- Comportamentul agresiv este legat de o tulburare psihică? Sau o boală fizică, o problemă socială, un conflict?
- Nu vă grăbiți să emiteți concluzii! Chiar dacă pacientul are un istoric de problemă de sănătate mintală, comportamentul său agresiv s-ar putea să nu fie direct legat de aceasta.
- Ce poate face medicul pentru a rezolva situația? Poate medicul sau membrii personalului să-i promită pacientului că îl vor ajuta, analizând problemele care îl deranjează? Dar fiți prudenți - nu faceți promisiuni false!
- Nu judecați, nu criticați, nu manifestați iritare, frustrare, furie sau răzbunare. Nu amenințați și nu ”strângeți la colț” pacienții.
- Nu vă certați și nu-i spuneți pacientului că nu are dreptate și că aveți dreptate Dvs.
- Nu vă lăsați prinși într-o ceartă cu pacientul, nu vă apărați sau nu vă justificați pe sine sau comportamentul Dvs.
- Dacă sunteți insultat sau abuzat verbal - ignorați.
- Gândiți anticipat! Pregătiți-vă în avans pentru insulte tipice și limbaj abuziv.
- Atâta timp cât pacientul se conformează mai mult sau mai puțin – lăsați-l să-și salveze onoarea, având ultimul cuvânt.

Etapa a cincea: Intervenții non-farmacologice / tehnici de „vorbire condescendentă”

Un rezumat bun al principiilor de de-escaladare poate fi găsit în publicația *Declarația de consens* a Proiectului BETA al Asociației Americane pentru Psihiatria de Urgență (Richmond și colab., 2012).

- Prezentați-vă. Utilizați frecvent numele pacientului.
- Orientați pacientul în timp, loc și explicați-i cine este alături de el.
- Vorbiți clar, spuneți cine sunteți, spuneți-i care este funcția Dvs., oferiți-vă ajutorul.
- Întrebați ce se întâmplă, folosiți întrebări deschise.
- Încurajați pacientul să vorbească despre preocupările sale.
- Ascultați cu atenție ce spune pacientul. Rezervați timpul necesar. Aplicați Legea lui Miller. Legea lui Miller spune că „pentru a înțelege ceea ce îți spune cineva, este necesar să admiți că persoana respectivă este sinceră, apoi să-ți imaginezi ce poate fi adevărat din cele spuse” (Wikipedia). Respectarea acestei legi vă va face să judecați mai puțin.
- Parafrazați și repetați ceea ce a spus pacientul. „V-am înțeles corect ...?”
- Dacă pacientul se mișcă încolo și încoace sau stă în picioare, invitați-l să se așeze. Dacă se așază, așezați-vă și Dvs! Dacă dorește să stea în picioare, puteți sta așezat.
- Există trei moduri de a fi de acord cu un pacient. Primul este de a fi de acord cu adevărul. Al doilea este de a fi acord în principiu. Al treilea este de a fi de acord

să nu fiți de acord, ceea ce implică să nu vă mai certați referitor la o diferență de opinii. Pacienții cu psihoze îi pot cere medicului să fie de acord cu un delir evident. Dacă vi se cere un asemenea lucru, recunoașteți că nu ați trecut niciodată prin ceea ce trece pacientul, dar că îl credeți că trece printr-o asemenea experiență.

- Nu porunciți sau nu fiți autoritar, ci
- Stabiliți reguli și limite clare: informați pacientul despre comportamentul acceptabil. Vătămarea de sine sau a altora este inacceptabilă. Stabilirea limitelor trebuie să fie rezonabilă și realizată într-un mod respectuos. Dacă pacientul îl face pe clinician să se simtă inconfortabil, spuneți-i că ar putea deveni dificil să-l ajute dacă comportamentul său continuă. Atât pacientul, cât și medicul trebuie să se trateze reciproc cu respect, acest lucru fiind valabil în ambele sensuri. Încălcarea unei limite trebuie să aibă ca rezultat o consecință. Consecința trebuie să fie în mod clar legată de comportamentul respectiv, trebuie să fie rezonabilă și prezentată într-un mod respectuos.
- Dacă este posibil, oferiți opțiuni și alternative: oferiți lucruri care pot fi percepute ca acte de bunătate. Dacă situația se tensionează și dacă agresivitatea este pe punctul de a se transforma în violență, fiți asertiv și propuneți rapid alternative. Abordați subiectul medicamentelor. Scopul acestora este să calmeze pacientul, nu să îl sedeze inutil. Spuneți-i clar pacientului că poate avea beneficii din administrarea medicamentelor, dacă credeți asta. Spuneți-le pacienților că lucrurile întotdeauna pot fi îmbunătățite.
 - Dacă prezența altei persoane este contraproductivă, rugați-o să plece.
 - Reduceți la minimum numărul de persoane implicate, mai ales dacă sunt niște martori neimplicați.
 - Dacă vă aflați într-un loc foarte public sau nesigur, sugerați să vă deplasați într-un loc mai liniștit și mai protejat.
 - Invitați pacientul să se așeze. Dacă este așezat, așezați-vă și Dvs.! Dacă vrea să stea în picioare, puteți rămâne așezat.
 - Respectați dorințele și preocupările pacientului, drepturile omului!

Etapa a șasea: Dacă spitalizarea și/sau o intervenție farmacologică este/sunt probabile

- Spuneți care sunt consecințele diferitor modalități de acțiune.
- Subliniați că scopul oricărui tratament este de a ușura situația pentru pacient. Argumentați și explicați regulile. Fiți sinceri, exprimați posibilitatea de a greși, chiar acceptați faptul că procedura sau tratamentul ar putea fi nedrept pentru pacient.
- Dacă este necesară o intervenție, oferiți opțiuni și posibilitatea de a alege, dacă este posibil, lăsați pacientul să decidă cât mai mult posibil. Fiți flexibili, negociați, gândiți strategic, evitați o luptă pentru putere, faceți compromisuri, dacă este posibil.

- Discutați cu pacientul și personalul: dacă, în cazul unui pacient agitat, devine necesară o intervenție involuntară, explicați ulterior de ce a fost necesară intervenția. Dacă a fost necesară imobilizarea sau aplicarea forței, informați personalul. Revizuiți ce s-a întâmplat, ce a mers bine în timpul intervenției și unde mai este loc de îmbunătățire.

Rețineți: O stare agitată poate dispărea pentru o perioadă scurtă de timp doar pentru a reveni rapid și poate chiar cu mai multă severitate. Este important să fiți pregătiți!

6.4 Instruire în tehnicile de de-escaladare

După cum s-a menționat deja, cea mai bună metodă de prevenire a escaladării situațiilor agresive este de a instrui suficient toți membrii personalului în tehnicile de de-escaladare. Există puțin consens cu privire la tehnicile necesare, iar majoritatea cercetărilor se bazează pe opinii de expert. Nau et al. (2009) au creat o scală de de-escaladare a comportamentului agresiv în limba germană (DABS). Versiunea engleză a fost modificată și validată de Mavandadi et al. în 2016. Versiunea engleză măsoară șapte itemi cu scoruri de la 1 la 5, cu descrieri asociate ale celor mai bune practici. Ea permite evaluarea abilităților personalului, precum și programe de instruire și educație.

Cei șapte itemi măsurați sunt:

- 1. Valorizarea clientului:** Recunoașterea veritabilă a faptului că preocupările clientului sunt valide, importante și vor fi abordate într-un mod semnificativ.
- 2. Reducerea fricii:** Ascultarea activă a clientului și exprimarea unei empatii veritabile, sugerând că situația clientului are potențial de schimbări pozitive în viitor.
- 3. Informarea cu privire la interogările și anxietatea clientului:** Poate comunica o înțelegere amplă a preocupărilor și lucrează pentru a descoperi rădăcina problemei.
- 4. Oferirea îndrumărilor pentru client:** Sugerează mai multe modalități de a ajuta clientul referitor la preocupările sale actuale și recomandă măsuri preventive.
- 5. Crearea unor posibile acorduri: Își asumă responsabilitatea pentru îngrijirea clientului și încheie întâlnirea cu o soluție pe termen scurt convenită și un plan de acțiuni pe termen lung.**
- 6. A rămâne calm:** Păstrează un ton calm al vocii și un ritm constant, indiferent de reacțiile clientului.
- 7. Riscant (scor inversat):** Menține o distanță moderată față de client pentru a asigura siguranța, dar nu arată alarmat și speriat.

6.5 Resurse utile

6.5.1 Acordul privind tratamentul / luarea în comun a deciziilor

În cazul persoanelor cu risc repetat de a dezvolta un comportament agitat și agresiv într-un episod acut de tulburare mintală, este posibil de discutat cu ei

în avans sau cel târziu după un incident agresiv despre mijloacele lor preferate de management. Un astfel de acord privind tratamentul, încheiat de obicei între pacient și o instituție de tratament spitalicesc, poate fi în scris și are patru scopuri de bază:

1. Consolidarea auto-determinării pacientului;
2. Accentuarea conceptului precum că relația dintre pacient și instituția terapeutică se bazează pe parteneriat;
3. **Îmbunătățirea calității tratamentului prin integrarea experiențelor anterioare și a preferințelor de tratament ale pacientului;**
4. Facilitarea luării deciziilor în situații de criză.

6.5.2 Lista de verificare pentru violență după Brøset

Lista de verificare pentru violență după Brøset (BVC) din Norvegia este o listă de verificare din 6 itemi, care poate ajuta la prezicerea unui comportament violent, iminent într-o perioadă scurtă de timp (în următoarele 24 de ore). BVC este de obicei utilizată în instituțiile psihiatrice spitalicești, dar poate fi folosită ca instrument de evaluare și în secțiile de urgență. Poate fi utilizată de toți membrii personalului care lucrează cu pacienții.

Ghidul NICE NG10 cu privire la managementul pe termen scurt al violenței și agresivității recomandă utilizarea unui instrument de predicție, cum ar fi BVC, în loc de un raționament clinic nestructurat. Lista de verificare este utilă și la elaborarea unui plan de management al riscurilor în instituțiile psihiatrice spitalicești. Informații despre lista de verificare și utilizarea acesteia pot fi găsite la <http://riskassessment.no/>.

BVC cuprinde cei șase itemi de comportament enumerați în tabelul de mai jos. Pentru fiecare item, absența comportamentului se punctează cu un scor de 0, prezența comportamentului – cu un scor de 1. Scorul maxim total este 6. Dacă comportamentul manifestat este „normal” pentru un pacient bine-cunoscut, doar o intensificare a comportamentului duce la un scor de 1. De exemplu, dacă un pacient bine-cunoscut este confuz și dezorientat și este așa de o perioadă lungă de timp, va avea un scor de 0. Dacă se observă o creștere a confuziei, aceasta va da un scor de 1. O prezentare video care explică modul corect de stabilire a punctajului poate fi găsită urmând acest link:

https://kurs.helse-sorost.no/ScormServices/ScoStart.aspx?load=preview&scorm_version=1.2&starting_url=/elaps40/Content/436f1594-bb24-4a0c-bb36-66b83e950d58/index.html

BVC cuprinde următorii șase itemi:

Confuz

Arată vizibil confuz și dezorientat. Poate să nu fie conștient de timp, loc sau persoană.

Iritabil

Se supără sau enervează ușor. Nu poate să tolereze prezența altora.

Gălăgios

Comportamentul este excesiv de „sonor” sau zgomotos. De exemplu, trântește ușile, strigă când vorbește, etc.

Amenință fizic

Există o intenție certă de a amenința fizic o altă persoană. De exemplu, ia o poziție agresivă; trage de haină o altă persoană; ridică un braț, picior, arată din pumn sau imită o lovitură cu capul îndreptată către o altă persoană.

Amenință verbal

O izbucnire verbală care este mai mult decât o voce ridicată și există o intenție certă de a intimida sau amenința o altă persoană. De exemplu: atacuri verbale, limbaj abuziv, poreclire, comentarii neutre din punct de vedere verbal, dar rostite într-un mod agresiv.

Atacă obiecte

Un atac îndreptat către un obiect, nu o persoană. De exemplu, aruncă neselectiv un obiect; lovește sau sparge geamuri; bate cu piciorul, lovește sau dă cu capul într-un obiect; sau strică mobilierul.

Scor = 0

Riscul de violență este redus.

Scor = de la 1 la 2

Riscul de violență este moderat. Trebuie luate măsuri preventive.

Scor peste 2 puncte

Riscul de violență este înalt. Trebuie luate măsuri preventive și trebuie elaborat un plan de management al comportamentului agresiv.

6.6 Managementul farmacologic (tranchilizarea rapidă)

6.6.1 Principii generale

În pofida numărului mare de pacienți cu stări psihiatrice internați în serviciile de urgență, nu există ghiduri bazate pe dovezi privind managementul corespunzător al urgențelor psihiatrice. Lipsa ghidurilor bazate pe dovezi și a studiilor clinice randomizate (SCR) privind medicamentele pentru afecțiuni psihiatrice este deosebit de surprinzătoare, comparativ cu procedurile standardizate bine-definite pentru situațiile de urgență somatică. Recomandările privind cele mai bune practici se bazează de obicei pe experiența clinică a serviciilor psihiatrice spitalicești acute sau pe declarațiile de consens referitoare la anumite subiecte, cum ar fi tratamentul pacienților agitați. Chiar și după șase decenii de experiență de tranchilizare rapidă

de urgență, există încă o nevoie foarte mare de studii independente bune, relevante pentru practica din lumea reală (Ostinelli, 2017).

În prezent, nu există un tratament psiho-farmacologic specific diagnosticului pentru situații de urgență. Alegerea tratamentului psiho-farmacologic este determinată de sindroamele și simptomele clinice ale pacientului.

6.6.2 Tranchilizarea rapidă

Dacă de-escaladarea și alte intervenții non-farmacologice nu au reușit să calmeze pacientul agitat și/sau agresiv, poate fi necesar să se examineze oportunitatea unei intervenții farmacologice. Scopul intervenției este de a se asigura că pacientul nu prezintă un risc pentru sine sau pentru ceilalți. Utilizarea medicamentelor menite să producă sedare la un pacient agitat acut sau agresiv se numește „tranchilizare rapidă”. Scopul principal al tranchilizării rapide este calmarea pacientului, nu sedarea lui inutilă. Ori de câte ori este posibil, pacientul trebuie să fie implicat în stabilirea tipului și a modului de administrare.

Intervenția, în combinație cu posibile mijloace de imobilizare fizică și/sau izolare, va fi considerată ca parte a unei strategii de management (de exemplu, intervenția farmacologică în situație de criză), dar nu în primul rând ca o tehnică de tratament. Alegerea intervenției se bazează pe necesitatea clinică și siguranța pacientului. Intervenția trebuie să fie rezonabilă și să corespundă riscului prezentat de pacient în momentul respectiv. Pe durata întregii perioade de tranchilizare rapidă ar trebui să fie posibil de comunicat cu pacientul.

6.6.3 Riscurile tranchilizării rapide

Utilizarea tranchilizării rapide este o practică cu risc ridicat, care necesită o gestionare profesionistă pentru a evita vătămarea inutilă. Riscurile asociate tranchilizării rapide pentru pacient sunt:

- Sedare excesivă, care duce la pierderea vigilenței și/sau cunoștinței
- Deficiență cardiovasculară (aritmii, hipotensiune arterială, moarte subită)
- Depresie respiratorie
- Interacțiuni cu medicamente (prescrise, alcool, droguri ilicite)
- Tulburări fizice subiacente coincidente

Personalul secțiilor de urgență trebuie să dispună de suficientă practică pentru a asigura aplicarea corespunzătoare a tranchilizării rapide. Vor fi, de asemenea, definite cerințele privind instruirea, instrucțiunile privind prescrierea în condiții de siguranță și monitorizarea în siguranță a sănătății fizice.

6.6.4 Alegerea medicamentelor

Sunt disponibile două clase de medicamente pentru tranchilizarea rapidă: benzodiazepinele și antipsihoticele (atât de prima, cât și de a doua generație). Uneori, aceste medicamente sunt utilizate în combinație. Alegerea tipului de medicament și a dozajului depinde de vârsta pacientului, greutatea sa, alte medicamente prescrise sau neprescrise și de bolile cunoscute, cum ar fi abuzul îndelungat de benzodiazepine.

pine, alcoolism, insuficiență hepatică sau renală. Dozajul depinde, de asemenea, de gravitatea agitației.

O declarație de consens a Asociației Americane pentru Psihiatria de Urgență (Proiectul BETA) (Wilson et al., 2012) propune alegerea medicamentelor de primă linie în baza cauzei suspectate a agitației:

Tabelul 06.1

Cauza agitației		Alegerea și dozarea medicamentelor de prima și a doua generație
Agitație asociată cu delir	Nu se suspectă sevraj la ETOH sau BZN	1. ADG oral (risperidonă 2 mg sau olanzapină 5-10 mg) 2. APG oral (haloperidol, doză redusă)
	Se suspectă sevraj la ETOH sau BZN	1. BZN oral (lorazepam 1-2 mg) 2. BZN parenteral (lorazepam 1-2 mg im sau iv)
Agitație din cauza intoxicației	Cu stimulante ale SNC	1. BZN oral (lorazepam 1-2 mg) 2. BZN parenteral (lorazepam 1-2 mg im sau iv)
	Cu deprimante ale SNC (ex., ETOH)	1. APG oral (haloperidol 2-10 mg) 2. APG parenteral (haloperidol 2-10 mg im)
Agitație asociată cu psihoză		1. ADG oral (risperidonă 2 mg sau olanzapină 5-10 mg) 2. APG oral (haloperidol 2-10 mg cu BZN) 3. ADG parenteral (olanzapină 10 mg im sau ziprasidonă 10-20 mg) 4. FGA parenteral (haloperidol 2-10 mg im cu BZN)
Agitație nediferențiată sau manifestare complexă	Fără psihoză evidentă	1. BZN oral (lorazepam 1-2 mg) 2. BZN parenteral (lorazepam 1-2 mg im sau iv)
	Psihoză evidentă	La fel ca și în agitația asociată cu psihoză

Abrevieri:

APG = antipsihotic de prima generație

ADG = antipsihotic de a doua generație

ETOH = alcool

BZN = Benzodiazepine

În mod clasic pentru benzodiazepine nu există indicații de tratament al psihozelor, de elecție clar că sunt antipsihoticele, iar dacă vorbim despre agitație sunt preferate antipsihoticele sedative (clorpromazina, levomepromazian, droperosolul).

Contează și tradițiile locale: în SUA, sunt preferate antipsihoticele, în timp ce în Marea Britanie se utilizează cel mai des benzodiazepinele. Motivul care stă la baza preferinței pentru utilizarea antipsihoticelor în tratamentul agitației în psihoză este că acestea abordează boala de bază. Benzodiazepinele sunt preferate în tratarea agitației cauzate de intoxicația stimulantă, sevrajul la alcool sau în caz de etiologie necunoscută a agitației (Wilson, 2012). În Marea Britanie, diazepamul este considerat mai mult sau mai puțin depășit, aproape întotdeauna se folosește Lorazepam (Patel 2018). Din cauza efectelor sale secundare extrapiramidale, haloperidolul nu mai este considerat un medicament de primă alegere în multe țări europene. Cu toate acestea, unii experți consideră că, dacă este utilizat corect, Haloperidolul este unul dintre cele mai sigure antipsihotice ce poate fi utilizat în situații de urgență psihiatrică (Pajonk, 2006). În SUA, antipsihoticele de a doua generație sunt preferate față de Haloperidol. Totodată, acesta este considerat în continuare un medicament de ales pentru tratamentul agitației în contextul intoxicației acute cu alcool.

6.6.5 Modalitatea de administrare a medicamentelor

Medicamentele orale vor fi întotdeauna oferite în primul rând. Medicamentele orale sunt mai ieftine, cu impact mai mic asupra demnității umane și, de obicei, la fel de eficiente ca medicamentele intramusculare sau intravenoase. Un medicament administrat pe cale orală trebuie oferit într-un mod ne-amenințător și colaborativ: „Știu că te simți foarte deprimat, această pastilă te va ajuta în timp ce ne vom gândi cum să procedăm”. Medicii trebuie să sublinieze faptul că administrarea medicamentelor nu trebuie percepută ca o pedeapsă și că, în același timp, orice comportament amenințător sau periculos nu este acceptabil.

6.6.6 Întrebări care trebuie puse și ce trebuie de făcut înainte de a administra o tranchilizare rapidă

- Au fost încercate toate intervențiile non-farmacologice? Acest lucru este esențial! Intervențiile non-farmacologice sunt descrise în capitolul 6.
- Pacientul a folosit deja medicamentul respectiv? Dacă da, au apărut efecte adverse?
- Convingeți pacientul să ia o doză orală de medicament.
- Explicați-i pacientului că aveți nevoie de acordul său pentru a-i oferi tratament.
- Dacă este necesar să trateze un pacient fără acordul acestuia, medicul trebuie să explice totul pas cu pas.
- Explicați de ce este necesar medicamentul și efectul acestuia.
- Asigurați-vă că sunt destule persoane disponibile în preajmă, astfel încât medicamentul să poată fi administrat în siguranță. Dacă pacientul este foarte agresiv, pot fi necesare cinci persoane. Amintiți-vă: o demonstrație de forță

este de obicei suficientă pentru a-l încuraja pe pacient să coopereze fără a fi nevoie să se folosească forța.

- Echipa trebuie pregătită **în prealabil**, fiecare persoană trebuie să-și cunoască bine rolul său. O persoană trebuie să coordoneze administrarea medicamentului.

6.6.7 Îngrijirile de monitorizare și discutarea cu pacientul sunt esențiale!

- Monitorizați pacientul (respirația, tensiunea arterială, starea psihică, efectele secundare) la fiecare 15 minute în prima oră și la fiecare 30 de minute ulterior.
- Explicați ce efecte secundare pot apărea. Rețineți: Ar trebui să fie posibil să comunicați cu pacientul pe întreaga perioadă de tranchilizare rapidă.
- După ce pacientul s-a calmat, discutați cu el de ce au fost necesare medicamente. Rugați-l pe pacient să descrie ce a simțit și ascultați-l ce spune. Explicați motivele care au dus la intervenție. Nu fiți acuzator, nu dați vina pe pacient. În același timp, nu justificați sau apărați decizia de a da medicamente.
- Clinicianul îi poate oferi pacientului posibilitatea de a încheia un contract comun pentru gestionarea situațiilor viitoare, în care poate fi necesară o tranchilizare rapidă. Pacientul trebuie să fie implicat în luarea deciziilor; pacientul poate sugera cum să fie gestionate situațiile similare în viitor. Aceste contracte comune nu au putere juridică, dar îi ajută pacientului să se simtă auzit și implicat în propriile îngrijiri.

Tabelul 6.2: Medicamente de sedare (Fulde G. et al.: 2011, Pajonk F.G. 2006, Roppolo L. 2020)

Medicament	Doza obișnuită pentru adulți	Comentarii
Diazepam (nu mai este folosit pe scară largă)	5-10 mg po sau iv max. 30 mg per eveniment	Efecte adverse Supra-sedare: mențineți gura deschisă, poziție de recuperare, asigurați cu oxigen Hipotensiune arterială: întindeți pacientul în poziție orizontală, administrați lichide intravenos Depresie respiratorie: susțineți căile respiratorii, asigurați cu oxigen Posibile reacții paradoxale Acțiune mai lungă decât midazolamul

Haloperidol	5-10 mg po, im sau iv, poate fi repetat după 30 min., max. 30-50 mg/24 ore	<p>Efecte adverse:</p> <p>Cel mai înalt risc de SEP: spasme și contracții musculare continue (distonie acută), agitație motorie (acatizie), mișcări musculare involuntare (diskinezie): pentru SEP se administrează benzotropină 2 mg po, im sau iv</p> <p>Când sunt implicați mușchii gâtului (laringospasm acut), există posibilitatea unei urgențe medicale din cauza deficienței respiratorii.</p> <p>Hipotensiune arterială (mai ales când se aplică iv): întindeți pacientul în poziție orizontală, administrați lichide intravenos.</p> <p>Risc de QT lung la administrare iv</p> <p>Contraindicații</p> <p>Intoxicație acută cu analgezice, somnifere, medicamente psihotrope</p> <p>Utilizați cu precauție dacă sunt prezente boli cardiovasculare, deși există puține efecte secundare asupra inimii și circulației</p> <p>Terapie combinată</p> <p>Poate fi combinat cu lorazepam sau diazepam.</p>
Lorazepam	2-4 mg po sau im max. 10 mg/24 ore	<p>Efecte adverse</p> <p>Aceleași, ca și în cazul administrării de diazepam.</p>
Midazolam	5-10 mg im max. 20 mg per eveniment.	<p>Efecte adverse</p> <p>La fel ca și în cazul administrării de diazepam</p> <p>Debut rapid</p> <p>A se utiliza cu precauție la pacienții cu depresie a SNC</p>

Olanzapina	5-10 mg po sau im max. 20-40 mg/24 ore	Efecte adverse Hipotensiune: Întindeți pacientul în poziție orizontală, administrați lichide intravenos Convulsii: poziție de recuperare, eliberați căile respiratorii, benzodiazepine
Risperidona	1-2 mg po max. 12 mg/24 ore	Efecte adverse Cel mai înalt risc de SEP la ADG
Ziprasidona	10-40 mg im max. 40mg/24 ore	Efecte adverse Cel mai înalt risc de QT lung la ADG

Abrevieri:

po = pe cale orală, im = intramuscular, iv = intravenos

SEP = simptome extra-piramidale

ADG = antipsihotice de a doua generație

6.7 Bibliografie și lecturi suplimentare

- Almvik R. et al.: The Brøset Violence Checklist (BVC) and the prediction of in-patient violence: some preliminary results. *Psychiatric Care*, 1998, 5 (6), 208-211
- Almvik R. et al.: Predicting inpatient violence using the Brøset Violence Checklist (BVC). *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 1999, 4 (3), 489-497
- Almvik, R. et al.: The Brøset Violence Checklist (BVC): sensitivity, specificity and inter-reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 2000, 15 (12), 1284-1296
- Almvik R. et al: Assessing risk for imminent violence in the elderly – The Brose-Violence-Checklist, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007, 22, 862-867
- Fulde G. et al.: Managing aggressive and violent patients. *Aust Prescr* 2011;34:115-118. DOI: [10.18773/austprescr.2011.061](https://doi.org/10.18773/austprescr.2011.061)
- Mavandadi V. et al.: Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the De-Escalating Aggressive Behaviour Scale. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2016, 23, 357-368
- Mavrogiorgou P. et al.: The management of psychiatric emergencies. *Deutsches Ärzteblatt International*, 2011, 108 (13), 222-230
- Nau, J. et al.: The De-Escalating Aggressive Behaviour Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 2009, 1956-1964
- NICE Guidelines (NG10): Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings. 2015.

- Ostinelli EG, Brooke-Powney MJ, Li X, Adams CE. Haloperidol for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD009377. DOI: 10.1002/14651858.CD009377.pub3
- Ostinelli EG, Hussein M, Ahmed U, Rehman FU, Miramontes K, Adams CE. Risperidone for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 4. Art. No.: CD009412. DOI: 10.1002/14651858.CD009412.pub2.
- Pajonk, F.G.: Psychopharmakotherapie in der Notfallmedizin. Notfall + Rettungsmedizin 4, 2006, 393-402.
- Patel, M. et al: Joint BAP NAPICU evidence-based consensus guidelines for the clinical management of acute disturbance: de-escalation and rapid tranquillisation. Journal of Psychiatric Intensive Care, 2018, 1-44.
- Richmond, J. et al.: Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. Western Journal of Emergency Medicine, 2011, 13, 17-25
- Thara R., L. Vijayakumar: Emergencies in Psychiatry in Low- and Middle-Income Countries. 2nd edition. Routledge 2017
- Walter, M. et al.: Psychiatrische Notfälle. Erstdiagnostik – Erstmassnahmen – Einweisungsrichtlinien. Ecomed Medizin 2016
- Wilson M.P. et al.: The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta psychopharmacology workgroup. West J Emerg Med. 2012;13(1):26-34.
- Zeller, S. et al.: Managing Agitation Associated with Schizophrenia and Bipolar Disorder in the Emergency Setting. West J Emerg Med. 2016;17(2):165–172.

Capitolul 7: Pacientul cu tulburări psihotice acute

Autori: Jana Chihai

Dr. med. Karel Kraan, Servicii de ambulatoriu, Luzerner Psychiatrie, Elveția

7.1 Introducere

Termenul psihoză este utilizat pentru a descrie o serie de simptome care apar atunci când convingerile, gândurile, sentimentele, simțurile și comportamentele unei persoane sunt modificate. Acest lucru deseori cauzează dificultăți în a determina ceea ce este real și ceea ce nu este, deoarece persoana interpretează greșit ceea ce simte. Un episod psihotic este o perioadă de timp (o săptămână sau mai mult) în care o persoană are simptome intense sau severe de psihoză, care afectează viața și funcționarea sa de cotidiană. Experiențele psihotice constituie un continuum și nu se încadrează în categorii stricte.

Psihoza nu este neapărat o tulburare de sănătate mintală în sine. Deși în multe cazuri este un simptom al unei tulburări psihiatrice sau al altor afecțiuni medicale, poate apărea și la persoanele sănătoase, de exemplu, în perioadele de stres extrem, de lipsă de somn sau doliu sever. În ultimii ani, fenomenul „auzitului vocilor” este un subiect discutat pe larg. Majoritatea persoanelor care semnalează că „aud voci” nu au contacte cu serviciile de sănătate mintală, deoarece nu consideră personal că experiența lor este îngrijorătoare. Totodată, acești oameni evită de obicei să vorbească despre experiențele lor, deoarece se tem că vor fi considerați ”nebuni” sau „dereglați” (Iudici 2018). Rețineți că, până în ziua de azi, psihoza este încă asociată cu o stigmatizare considerabilă, teamă și înțelegere publică limitată (Ghidul NICE 2014).

Aproximativ 50% dintre persoanele care dezvoltă o tulburare psihotică se confruntă cu acest lucru la puțin timp după împlinirea vârstei de 20 de ani. Debutul la tineri are loc cu circa 5 ani mai devreme decât la tinere. Primul episod (acut) de psihoză este de obicei precedat de o perioadă prodromală, care durează de la câteva zile până la aproximativ 18 luni. Perioada prodromală se caracterizează mai degrabă printr-o deteriorare generală a funcționării personale și sociale, decât prin simptomele psihotice descrise în Secțiunea 7.2. Perioada prodromală este de obicei urmată de un episod acut marcat de halucinații, delir și tulburări comportamentale, care sunt deseori însoțite de anxietate și agitație, uneori de agresiune și violență. În pofida progreselor majore înregistrate în depistarea precoce a tulburărilor psihotice, de cele mai multe ori episodul acut încă duce la tratament spitalicesc și în (prea) multe cazuri la spitalizare involuntară. În urma rezolvării episodului acut – de obicei, după intervenții farmacologice și psihologice – simptomele pozitive se diminuează și chiar dispar la mulți pacienți, deși pot rămâne o serie de simptome negative. Primii ani după debut pot fi deosebit de îngrijorători și haotici. Pe parcursul acestora, persistă un risc ridicat de sinucidere. După finalizarea unui episod acut, apar alte probleme, cum ar fi excluziunea socială, posibilități limitate de a reveni la școală sau la muncă și probleme în stabilirea relațiilor sociale. Cursul ulterior al tulburării poate

fi întrerupt de episoade acute recurente, când sunt necesare intervenții suplimentare (farmacologice, psihologice și sociale). Prevenirea recăderilor este, prin urmare, un aspect foarte important care poate ajuta la modificarea rezultatului. Deși modelul descris este unul obișnuit, cursul unei tulburări psihotice poate varia considerabil. Unii oameni au simptome pozitive foarte scurte în timpul unui episod unic, alții le pot experimenta timp de mai mulți ani. Unii nu trec printr-o perioadă prodromală, iar tulburarea începe brusc. Alții au chiar de la început un curs cronic cu simptome predominant negative.

În pofida faptului că, în unele cazuri, prognosticul poate să nu fie favorabil, este important să se țină cont de faptul că tulburările psihotice pot fi tratate și, în zilele noastre, mulți pacienți se pot recupera bine. Cu cât mai devreme sunt recunoscute simptomele și este acordat suport și tratament, cu atât mai mari sunt șansele unei bune recuperări și unui rezultat favorabil.

7.2 Care sunt cele mai frecvente semne și simptome ale psihozei?

Psihoza se caracterizează prin schimbări de dispoziție, gândire, idei și comportament anormal. Simptomele variază de la o persoană la alta și se pot schimba în timp. Fiecare persoană prezintă o combinație unică de simptome și experiențe. În lista de mai jos, simptomele sunt grupate pentru a fi mai ușor recunoscute de profesioniștii din domeniul sănătății.

- **Gândire confuză:** Gândurile cotidiene devin confuze și nu se mai completează reciproc în mod adecvat. Acest lucru poate face ca discursul persoanei să devină neclar sau greu de înțeles. Persoana poate avea dificultăți în a se concentra, a purta o conversație sau a-și aminti lucruri. Gândurile pot fi accelerate sau încetinite. Vorbirea sau gândirea pot părea dezorganizate, un fenomen numit **tulburare de gândire formală**.
- **Delir:** Delirurile sunt convingeri neadevărate. Acestea pot fi stranii (legate de idei care nu sunt fezabile) sau nu (legate de idei care sunt fezabile, dar totuși nu reale). Persoana este atât de convinsă de delirul său, încât nici cel mai logic argument nu o poate face să-și schimbe părerea. De exemplu, cineva poate fi sigur că, dat fiind modul în care mașinile sunt parcate lângă casa sa, poliția îl supraveghează. Persoanele cu psihoză pot manifesta așa-numita **gândire magică**, ceea ce înseamnă că cred că gândurile sau cuvintele lor pot face ca lucrurile să se întâmple (referință delirantă).
- **Halucinațiile:** Halucinația este atunci când o persoană vede, aude, simte, miroase sau simte gustul a ceva care nu este de fapt acolo. Ea poate auzi voci pe care nimeni altcineva nu le aude sau poate vedea lucruri care nu sunt acolo ori poate găsi lucruri care au gust sau miros de parcă ar fi otrăvite.
- **Schimbare de emoții:** Modul în care cineva se simte se poate schimba fără vreun motiv. Persoana se poate simți izolată de lume sau ca și cum totul se mișcă la ralanti. Sentimentul de detașare de lumea înconjurătoare se numește **derealizare**. Pierderea contactului cu propria realitate personală, însoțită de sentimente de ne-

realitate și de înstrăinare, se numește **depersonalizare**. La persoanele care prezintă simptome de psihoză sunt, de asemenea, frecvente oscilațiile de dispoziție, de la excitație, anxietate, depresie până la simțirea sau manifestarea unor emoții mai reduse, decât la cei din jurul lor.

- **Schimbare de comportament:** Persoanele cu psihoză se pot comporta diferit față de modul în care o fac de obicei. Ar putea fi extrem de active sau pot să nu aibă deloc energie. Ele pot râde atunci când lucrurile nu par să fie amuzante sau devin furioase, agitate sau supărate fără nici un motiv. Persoanele care se simt în pericol pot chema poliția sau o persoană care crede că este Isus Hristos poate petrece întreaga zi predicând în stradă. **Comportamentul catatonie** este o tulburare psihomotorie care poate include următoarele fenomene: stupor, retragere emoțională, mutism, postură (asumarea voluntară și menținerea unor poziții inadecvate sau bizare), rigiditate musculară, negativism, ecopraxie/ecolalie (repetarea fără sens a acțiunilor sau cuvintelor altora).

Atunci când apar pe fundal de tulburări psihotice sau schizofrenie, simptomele se împart de obicei în:

- simptome pozitive, cum ar fi halucinațiile, delirul și
- simptome negative, cum ar fi apatia emoțională, lipsa energiei, vorbirea săracă, retragerea socială și auto-neglijarea. Simptomele negative sunt mai decisive pentru prognosticul pe termen lung decât simptomele pozitive și sunt mai dificil de tratat.

7.3 Tipurile de tulburări psihotice

Simptomele psihotice sunt o caracteristică principală a tulburărilor psihotice. Cele mai frecvente diagnostice psihiatrice din această categorie de luat în considerare includ tulburarea delirantă, tulburarea psihotică scurtă, tulburarea schizofreniformă, schizofrenia, tulburarea schizoafectivă și tulburarea bipolară. Schizofrenia este probabil cel mai cunoscut reprezentant al tulburării psihotice; prin urmare, termenii de psihoză și schizofrenie sunt deseori folosiți interschimbabil. Clasificarea DSM-5 a tulburărilor psihotice a încercat să treacă de la o abordare categorială la una de spectru. Aceste diagnostice se disting între ele în baza istoricului obținut de la pacient și rudele sale și a informațiilor colaterale despre derularea în timp, prezența sau absența simptomelor de dispoziție și prezența sau absența factorilor de stres. Tabelul 7.1 sintetizează criteriile de diferențiere pentru fiecare diagnostic (Bhati 2013):

Tabelul 7.1

- **Tulburarea delirantă:** Delir izolat, în absența altor simptome psihotice.
- **Tulburarea psihotică scurtă:** Psihoză tranzitorie cu revenirea la funcționarea premorbidă.
- **Tulburarea schizofreniformă:** Schizofrenie subsindromală cu simptome psihotice multiple cu o durată mai mare de o lună și mai mică de șase luni.
- **Schizofrenia:** Două sau mai multe simptome psihotice timp de 6 sau mai multe luni.

- **Tulburarea schizoafectivă:** Simptome psihotice timp de 2 săptămâni, în absența simptomelor de dispoziție și a simptomelor care întrunesc criteriile pentru un episod de dispoziție în cea mai mare parte a duratei bolii.

7.4 Diagnosticul diferențial

Simptomele psihotice pot fi constatate și în contextul diferitor tulburări psihice, altele decât tulburările psihotice. Alte diagnostice care trebuie luate în considerare sunt:

- **Tulburările asociate consumului de substanțe:** simptomele psihotice sunt rezultatul direct al unei substanțe sau al unui medicament, în timpul fazei de intoxicare sau în timpul fazei de sevraj (de exemplu, psihoza indusă de consumul de cocaină și amfetamină, agenții antiparkinsonieni, corticosteroizii, sindromul de sevraj la alcool). Aceste tulburări sunt descrise în Capitolul 8.
- **Afecțiunile somatice:** o serie de probleme medicale pot provoca simptome psihotice (de exemplu, tumoare pe creier, psihoză în demența cu corpi Lewy). Plus la aceste simptome, deseori este prezentă o stare delirantă. Aceste stări sunt descrise în Capitolul 10.
- **Tulburările de dispoziție:** Atât stările maniacale, cât și episoadele de depresie majoră pot prezenta simptome psihotice. Acestea sunt, de obicei, congruente cu dispoziția (de exemplu, pacientul maniacal va avea deliruri grandioase; pacientul deprimat va avea un delir de vinovăție sau inutilitate). Tulburările de dispoziție sunt discutate în Capitolul 4.
- **Tulburările de anxietate:** Formele severe ale tulburărilor de anxietate par să aducă simptome psihotice. Uneori o tulburare obsesiv-compulsivă poate fi atât de bizară, încât pare a fi psihotică. Tulburările de anxietate sunt abordate în Capitolul 5.

7.5 Evaluarea, examinarea și comunicarea cu pacientul psihotic

În cel mai bun caz, evaluarea unui pacient psihotic începe înainte de internarea sa la serviciile de urgență. După cum este descris în detalii în Capitolul 6, primul pas este de a asigura siguranța tuturor persoanelor implicate, inclusiv a pacientului, fiind cât mai bine pregătiți posibil. Este esențial să se colecteze în prealabil cât mai multe informații despre persoană și situația în care se află, întrebând medicul care face referirea, membrii familiei, poliția etc. Acest lucru trebuie făcut înainte de a consulta pacientul. Întrebările importante care trebuie adresate în prealabil sunt:

- Există antecedente de tulburări psihice, pacientul a fost tratat anterior în spital sau ambulatoriu?
- Suferă pacientul de ideeație și/sau delir de persecuție?
- Există antecedente de abuz de substanțe?
- Are pacientul un istoric de comportament agresiv și violent în trecut?

Pacienții cu tulburări psihotice vin la serviciile de urgență prin diverse mijloace și în diferite circumstanțe. Ei pot veni pe cont propriu, pot fi aduși de o ambulanță sau

de membri ai familiei, prieteni sau chiar de străini. Rudele își pot aduce membrii familiei bolnavi, deoarece sunt îngrijorate de un posibil comportament psihotic și agresiv, după ce au încetat să-și mai ia medicamentele. Sau sunt îngrijorate pentru că pacientul a încetat să mănânce, se comportă ciudat, nu poate să doarmă și să aibă grijă de sine. El poate veni din proprie voință sau poate fi adus împotriva voinței sale de către poliție din cauza unui comportament agitat, agresiv sau alt comportament inadecvat, intolerabil pentru comunitate. Pacienții cu delir de persecuție deseori fac plângeri împotriva altor persoane către ofițerii de poliție și ajung să fie referiți la serviciile de urgență pentru o evaluare din cauza stării lor delirante.

Pacienții psihotici care se prezintă singuri la serviciile de urgență se încadrează, în general, în una din următoarele trei categorii:

- Au plângeri somatice sau medicale din cauza stării fizice precare. Este binecunoscut faptul că persoanele cu tulburări mintale severe au o rată a mortalității de la două până la trei ori mai mare, decât rata printre populația generală. Aproximativ 60% din această mortalitate excesivă este cauzată de boli fizice (De Hert 2011).
- Au plângeri de natură socială (de exemplu factori sociali de stres, cum ar fi lipsa adăpostului și a banilor).
- Au plângeri psihiatrice din cauza simptomelor (sentiment de persecuție, halucinații, anxietate, simptome de dispoziție) și/sau efecte secundare ale medicamentelor.

După efectuarea primei evaluări scurte a situației pe loc, asistenta sau medicul curant va decide cum să procedeze.

- Pacientul poate aștepta să fie evaluat complet sau trebuie consultat imediat?
- Există un pericol iminent sau potențial sau se admite că poate fi efectuată o examinare detaliată în condiții de siguranță?
- Dacă există un pericol iminent sau potențial – care este cea mai bună modalitate de
- de-escaladare a acestuia? Este necesară o intervenție psihologică și/sau farmacologică urgentă? Modul de gestionare a unui pacient agitat, agresiv și violent este descris în detalii în Capitolul 6.
- Dacă este necesară o intervenție farmacologică, medicul va decide ce medicamente să utilizeze, doza necesară și modalitatea de administrare. Administrarea medicamentelor pe cale orală s-a dovedit de repetate ori a fi abordarea cea mai utilă. Dacă pacientul psihotic este agitat acut, atunci ar putea fi necesar un medicament intramuscular. Subiectul **tranchilizării rapide** este prezentat în detalii în Capitolul 12.
- Unii pacienți ajung în sala de urgențe prin aplicarea unei anumite forme de constrângere fizică. Este oare aceasta chiar necesară? În foarte multe situații, este posibilă o intervenție mai puțin restrictivă.
- Pacienții aduși de ambulanță se pot calma între timp. Au primit medicamente

în acest răstimp?

- Sunt plângerile pacientului predominant medicale sau psihiatrice? Care plângeri necesită atenție mai întâi?
- Este medicul curant suficient de instruit pentru a continua evaluarea, inclusiv o examinare detaliată a stării psihice sau trebuie să apeleze la un specialist în sănătate mintală?

Evaluarea unui pacient psihotic trebuie să includă un istoric complet și un examen al stării psihice (modalitatea de efectuare a examenului stării psihice este descrisă în Capitolul 1). Țineți cont de faptul că mulți pacienții psihotici au probleme de concentrare și legate de alte sarcini cognitive. S-ar putea să nu tolereze o examinare care durează mult timp și dacă se pun întrebări complicate.

Stabilirea unei alianțe terapeutice cu pacientul este primul și cel mai important pas de realizat atunci când interviem un pacient cu psihoză. Luați în considerare dorințele și necesitățile sale, dacă sunt rezonabile. Deseori, lucrurile simple funcționează cel mai bine. Faptul de a-i oferi unui pacient anxios ceva de băut fără ca el să ceară poate avea un efect foarte calmant. Dar țineți cont de faptul că un pacient delirant poate interpreta greșit propunerea dvs. De exemplu, ar putea crede că îi propuneți apă otrăvită.

Este intervievatorul capabil să vorbească limba preferată a pacientului? Este necesară traducerea? Spuneți-i interpretului să **traducă verbatim** (cuvânt cu cuvânt) și să se abțină de la a interpreta ceea ce spune pacientul. Nu se recomandă implicarea membrilor familiei sau prietenilor în calitate de interpreți. Aceștia pot fi mai puțin exacti, având interese că părți terțe. Dacă utilizați un interpret, întotdeauna priviți și vorbiți direct cu pacientul, nu vorbiți și priviți interpretul.

Încurajați pacientul să vorbească despre preocupările sale. Ascultați cu atenție, lăsați-i timpul necesar. Întrebați ce s-a întâmplat, folosiți întrebări deschise. Dacă informația pe care v-o dă pacientul este confuză sau discursul său este dezorganizat, parafrazați și repetați ceea ce a spus pacientul. Nu încercați să sintetizați într-o formă coerentă ceea ce vă spune pacientul. Există riscul că veți începe să interpretați sau să interpretați greșit ceea ce spune acesta. Recunoașteți deschis dacă nu înțelegeți ce încearcă să vă comunice pacientul și rugați-l să încerce din nou.

Dacă se suspectează o stare psihotică, trebuie să intrați în detalii când întrebați despre simptomele psihotice. Gândiți-vă la modul în care veți formula întrebările într-un mod neamenințător. Faptul de a întreba pacienții despre ceea ce îi deranjează i-ar putea face să vorbească despre delirurile lor. Aici intervievatorul trebuie să fie atent. Admiteți ce spune. Nu puneți niciodată la îndoială sau nu contestați ceea ce crede pacientul! Țineți cont de faptul că aceste lucruri – oricât de ciudate n-ar părea – sunt foarte reale pentru pacient. Pe de altă parte, nu complotați față de delirurile unui pacient. Fiți deschiși referitor la faptul că nu puteți judeca ce este corect sau greșit. Încercați să rămâneți cât mai neutri posibil – ceva ce poate fi destul de dificil!

Când întrebați despre halucinații, vorbiți ca despre o chestiune factuală. Pacientul

aude una sau mai multe voci, vorbesc acestea direct cu el sau vorbesc despre el? Care este conținutul halucinațiilor? Îl sperie sau sunt voci mai mult sau mai puțin prietenoase? Întrebați în mod special despre vocile ordonatoare. Și verificați dacă în trecut pacientul a acționat în baza comenzilor acestor voci.

7.6 Managementul pacientului psihotic în serviciile de urgență

Este bine de știut că, pe termen lung, psihoza este tratabilă. Tratamentul cu intervenții psihosociale și medicație – atunci când este administrat corect – este eficient. O problemă mult mai amplă este că persoanele cu afecțiuni severe, cum ar fi psihoza și schizofrenia, nu au acces la tratament de calitate. Spitalele psihiatrice nu sunt eficiente în acordarea suportului și tratamentului de lungă durată, orientat spre recuperare, de care au nevoie acești pacienți. Un astfel de tratament trebuie să aibă loc în comunitate, inclusiv prin acordarea suportului pentru membrii familiei sau alți îngrijitori implicați. Tratamentul deficient și lipsa resurselor ambulatorii duc la recăderi ale pacienților, fapt care, din păcate, cauzează intervenții de urgență repetate (inutile).

În pofida numărului mare de pacienți internați în serviciile de urgență cu simptome psihiatrice, nu există ghiduri bazate pe dovezi care să abordeze gestionarea lor adecvată. Recomandările privind cele mai bune practici se bazează de obicei pe experiența clinică a serviciilor psihiatrice acute spitalicești sau pe declarațiile de consens. Un bun exemplu de asemenea declarații este Proiectul BETA, un efort interdisciplinar inițiat de Asociația Americană de Psihiatrie de Urgență în 2012. Au fost întruniți experți din domeniile psihiatriei, medicinei de urgență, asistenței medicale, psihologiei și asistenței sociale. Cinci grupuri de lucru au lucrat asupra următoarelor teme: de-escaladarea verbală ca tratament de primă linie pentru agitație, farmacoterapia care tratează cea mai probabilă cauză a agitației, evaluarea psihiatrică corespunzătoare, tratamentul adecvat al afecțiunilor medicale asociate; și reducerea la minimum a imobilizării fizice și a izolării (Richmond 2012, Wilson 2012, Stowell 2012, Nordstrom 2012 și Knox 2012). Spitalele au început să discute și să implementeze aceste recomandări pentru o abordare mai non-coercitivă și colaborativă a gestionării pacienților extrem de agitați (Roppolo, 2020). Scopul final al acestor recomandări este de a contribui la asigurarea siguranței pacienților și a personalului din secțiile de urgență.

După o evaluare amplă a unui pacient psihotic în serviciul de urgență, concluzia fundamentală la care trebuie să ajungă medicul este referitor la serviciile corespunzătoare pentru continuarea tratamentului. Starea și motivația pacientului îi permit oare să fie referit către un serviciu ambulatoriu sau este necesară o spitalizare psihiatrică, voluntară sau involuntară? Dacă este posibilă o referire către un serviciu ambulatoriu, atunci pacientul trebuie consultat a doua zi. În dependență de resursele disponibile, tratamentul spitalicesc poate oferi o evaluare și un tratament mai rapid al simptomelor pacientului. Decizia de spitalizare psihiatrică involuntară trebuie să se bazeze pe o evaluare aprofundată a riscurilor. Aspectele legale ale spitalizării in-

voluntare sunt discutate în Capitolul 12. Mai multe informații sunt oferite în Ghidul moldovenesc (Protocolul Clinic Național) pentru schizofrenie (paginile 32-33). O situație dificilă pe care clinicianul o poate întâlni este aceea în care pacientul nu întrunește standardele legale pentru internarea involuntară, dar nici nu poate urma tratament ambulatoriu din cauza înțelegerii slabe sau a lipsei de motivație pentru tratament.

Decizia privind serviciul potrivit pentru tratamentul ulterior depinde de o serie de factori:

- Au avut succes intervențiile din serviciile de urgență în stabilizarea pacientului?
- Își înțelege pacientul starea sa? Este motivat pentru tratament sau se opune în mod activ tratamentului?
- Dacă există antecedente de psihoză: cum a fost aderența pacientului la tratament și compleanța la medicamente?
- Există riscul de auto-vătămare și de vătămare a altor persoane?
- Dacă, dat fiind nivelul stării psihotice, este posibilă referirea către serviciile ambulatorii, ce resurse sunt disponibile? De regulă, acești pacienți trebuie să fie consultați a doua zi și ulterior foarte frecvent, uneori zilnic (de exemplu, pentru a asigura aderența la medicație). Experiența a demonstrat că posibilitatea de a efectua vizite la domiciliu este esențială în multe cazuri. Uneori, o stabilizare în condiții de internare voluntară în staționar poate facilita o evaluare mai rapidă și tratamentul simptomelor pacientului, dacă nu este disponibil un tratament ambulatoriu intensiv.
- Este posibilă mobilizarea suportului social (membri ai familiei, prieteni, prestatori de tratament și alți îngrijitori, angajatori) pentru a îmbunătăți aderența la tratamentul ambulatoriu? Aceste persoane pot fi însărcinate cu monitorizarea simptomelor pacientului pentru a detecta posibila deteriorare a acestora la o etapă incipientă? Membrii familiei și specialiștii non-medicali au beneficiat de psihoeducație? Membrii familiei pacienților psihotici se plâng cel mai frecvent de faptul că aceștia sunt lăsați în mod constant singuri de sistemul medical.

Important de reținut

În psihoza acută, clinicianul de urgență este de cele mai multe ori primul specialist din domeniul sănătății mintale care contactează cu pacientul. Țineți cont de faptul că această experiență poate fi formativă pentru conformarea sau ne-conformarea pacientului cu cursul ulterior al tratamentului. Acest lucru se referă și la pregătirea ulterioară a membrilor familiei pentru cooperare. Concepțiile greșite se fac rapid. Psihoeducația poate fi folosită pentru a le contracara și a construi o alianță în care pacienții și membrii familiei sunt participanți activi în planul de tratament. Întotdeauna merită să petrecem suficient timp pentru a consolida această alianță! De obicei, timpul este deficitar în serviciile de urgență, dar acest fapt nu trebuie folosit niciodată ca o scuză pentru a nu avea timpul necesar în tratarea pacienților psihotici! Rezervând suficient timp, puteți obține o enormă „rentabilitate a investițiilor”!

7.6.1 Managementul psihologic (De-escaladarea)

De-escaladarea trebuie utilizată întotdeauna ca o strategie de primă linie pentru a trata pacienții agitați și cei psihotici. De-escaladarea este o combinație de intervenții non-verbale și verbale cu intenția de a calma pacienții, astfel încât să fie posibilă o evaluare și un tratament adecvat. Deoarece agitația nu apare numai în stările psihotice, de-escaladarea și tehnicile de „a vorbi de sus” sunt abordate pe larg într-un capitol separat (vezi Capitolul 6). Pentru mai multe informații, consultați Ghidul moldovenesc (Protocolul Clinic Național) pentru schizofrenie (paginile 46-50).

7.6.2 Managementul farmacologic

Scopul principal al tratamentului farmacologic într-un serviciu de urgență este stabilizarea pacientului, astfel încât să fie posibilă comunicarea și evaluarea adecvată a pacientului. Stabilizarea trebuie să fie suficientă pentru a permite continuarea tratamentului în condiții de ambulatoriu.

Cele mai frecvent utilizate medicamente sunt cele neuroleptice și benzodiazepinele. Înainte de a utiliza aceste medicamente, se va examina situația fiecărui pacient în mod individual, punându-se următoarele întrebări:

- Care este scopul tratamentului?
- Tolerabilitatea reacțiilor secundare posibile și istoricul personal sau familial (de exemplu, diabet) care ar putea expune pacientul unui risc mai mare de apariție a acestor reacții secundare.
- Posibilitatea ne-conformării: Pacienții psihotici de obicei au o experiență mare cu serviciile de urgență. Luați în considerare posibilitatea ca pacientul să nu-și ia medicamentele perorale în mod corespunzător, ascunzând medicamentul între dinți și obraz pentru a evita înghițirea acestuia. Dacă este posibil, utilizați un antipsihotic disponibil sub formă lichidă sau de pastile dizolvabile.
- Probleme de cost și acces: Este important să se asigure că, după externa-

re, pacientul va putea să obțină medicamentele începute. Necesitatea de a schimba medicamentul mărește riscul de ne-conformare.

- Frecvența dozării: Sunt de așteptat rate mai mari de compleanță dacă se administrează un medicament cu o singură doză zilnică.

Utilizarea medicamentelor pentru a determina sedarea unui pacient extrem de agitat sau agresiv se numește **tranchilizare rapidă**. Scopul principal al tranchilizării rapide este de a calma pacientul, nu de a-l seda fără necesitate. Deoarece psihoza este doar una dintre multiplele cauze ale agitației și agresiunii, subiectul tranchilizării rapide este discutat separat și în detaliu în Capitolul 12.

7.6.2.1 Antipsihoticele tipice (de prima generație)

În mod tradițional, episoadele acute de agitație, agresiune și psihoză în sala de urgență erau gestionate farmacologic, folosindu-se neuroleptice tipice, cum ar fi haloperidolul. Haloperidolul a căzut într-o oarecare dizgrație din cauza dozelor mari utilizate în mod formal, care au cauzat frecvent efecte secundare grave și înfricoșătoare, cum ar fi distonia acută. În prezent, se utilizează doze mult mai mici, care sunt la fel de eficiente. În pofida reputației slabe a haloperidolului, unii experți consideră în continuare că acesta este cel mai sigur medicament antipsihotic (Pajonk 2006) în situații de urgență. Acesta este de obicei accesibil pe scară largă, în special în zonele cu resurse limitate, și poate fi singurul medicament antipsihotic disponibil. Este frecvent combinat cu administrarea simultană a unei benzodiazepine. Chiar dacă această combinație de tratament a devenit o procedură răspândită pe scară largă, o recentă analiză Cochrane (Ostinelli 2017) a ajuns la concluzia că adăugarea unei benzodiazepine la haloperidol nu are o dovadă puternică de beneficiu și poate implica un risc suplimentar de prejudiciu.

Efectele secundare cauzate de antipsihoticele de primă generație (APG) includ un risc sporit de simptome extrapiramidale, inclusiv dischinezie tardivă și sindrom neuroleptic malign. Simptomele extrapiramidale sunt tulburări de mișcare induse de medicamente. Simptomele includ **distonie** (spasme continue și contracții musculare), **acatizie** (se poate manifesta ca agitație motorie), **parkinsonism** (simptome caracteristice cum ar fi rigiditatea și creșterea fluxului salivar), **bradikinezie** (încetinirea mișcării) și **tremor**. Tratamentul pe termen lung cu APG poate duce la **dischinezie tardivă**, o tulburare caracterizată prin mișcări involuntare, repetitive ale corpului, inclusiv grimase, scoaterea limbii sau plesnitul din buze. În plus, pot exista convulsii rapide sau mișcări sinuoase lente. **Sindromul neuroleptic malign** este o afecțiune ce constituie un pericol pentru viață, cauzată de o reacție adversă la medicamente neuroleptice. Simptomele includ febră mare, transpirație, tensiune arterială instabilă, stupor, rigiditate musculară și disfuncție autonomă. Tulburarea se poate dezvolta în primele două săptămâni de tratament cu medicamentul. De obicei, este nevoie de terapie intensivă.

7.6.2.2 Antipsihoticele atipice (de a doua generație)

În ultimul timp, pentru a gestiona psihoza în serviciile de urgență se utilizează antipsihoticele atipice. Olanzapina, ziprasidona și aripiprazolul sunt disponibile în multe țări într-o formă intramusculară cu acțiune scurtă. În prezent, aceste medicamente sunt preferate față de antipsihoticele de primă generație pentru calmarea unui pacient foarte agitat prin intermediul unei intervenții farmacologice. Dacă agitația sau starea psihotică acută a unui pacient pot fi gestionate cu medicamente orale, medicii pot alege dintr-o gamă largă de medicamente.

În ceea ce privește efectele secundare, antipsihoticele de a doua generație pot spori riscul de a dezvolta un **sindrom metabolic**. Sindromul metabolic este definit de obicei prin prezența a trei sau a mai mulți factori dintr-un grup (hipertensiune arterială, obezitate abdominală, niveluri ridicate de trigliceride, niveluri scăzute de HDL și niveluri ridicate de zahăr în sânge în condiții de repaus alimentar). Prezența acestor factori este legată de un risc crescut de boli cardiovasculare și diabet de tip 2.

7.6.2.3 Benzodiazepinele

Benzodiazepinele, cum ar fi lorazepamul, sunt, de asemenea, utilizate frecvent pentru a calma pacienții agitați.

Cele mai frecvente efecte secundare ale benzodiazepinelor sunt moleșeala, somnolența sau amețelile. Conducerea vehiculelor sau folosirea utilajelor periculoase trebuie interzise în timpul utilizării acestor medicamente. Consumul de alcool în asociere cu benzodiazepinele poate intensifica aceste efecte. Benzodiazepinele trebuie utilizate numai pe termen scurt, deoarece utilizarea pe termen lung poate duce la toleranță, abuz și dependență. Dacă tratamentul este oprit brusc, pot apărea reacții de sevraj.

Administrarea intravenoasă a benzodiazepinelor poate fi asociată cu stop cardiac și/sau respirator, dacă acestea sunt administrate prea rapid. Alte reacții cauzate de administrarea intravenoasă includ: hipotensiune arterială, aritmii cardiace, bradicardie, apnee (în timpul somnului), depresie respiratorie, greață/vomă, vedere încețoșată sau dublă.

7.7 Bibliografie și lecturi ulterioare

- Bhati M. Defining Psychosis – The Evaluation of DSM-5 Schizophrenia Spectrum Disorders. *Curr Psychiatry Rep* (2013) 15:409 DOI 10.1007/s11920-013-0409-9
- De Hert M. et al.: Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10:52.77
- Elgin, Suzette: *Language in Emergency Medicine: A Verbal Self-defense Handbook*.
- Holloman G.H. et al.: Overview of Project BETA: best practices in evaluation and treatment of agitation. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):1- 2.

- Iudici A. et al: The Phenomenon of “Hearing Voices” – Not Just Psychotic Hallucinations – A Psychological Literature Review and a Reflection on Clinical and Social Health. *Community Mental Health Journal* <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0359-0>
- Large M, Ryan C, Callaghan S, Paton MB, Singh SP. Can violence risk assessment really assist in clinical decision-making? *Aust N Z J Psychiatry* 2014; 48: 286–88.
- Mulder R, Newton-Howes G, Coid JW. The futility of risk prediction in psychiatry. *Br J Psychiatry* 2016; 209: 271–72.
- Iudici A. et al: The Phenomenon of “Hearing Voices” – Not Just Psychotic Hallucinations – A Psychological Literature Review and a Reflection on Clinical and Social Health. *Community Mental Health Journal* <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0359-0>
- Keepers G. et al.: The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia.
- Knox D.K. et al.: Holloman GH Jr. Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta seclusion and restraint workgroup. *West J Emerg Med.* 2012;13(1):35-40.
- Nordstrom K. et al.: Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta medical evaluation work- group. *West J Emerg Med.* 2012;13(1):3-10.
- Pajonk F.G. et al.: Psychopharmakotherapie in der Notfallmedizin. *Notfall Rettungs med* 2006,9;393-402, DOI 10.1007/s10049-006-0831-1
- Protocol clinic national: Schizofrenia, Primul Episod Psihotic, Ministerul Sănătății, Munciiși Protecție I Sociale, Republic of Moldova, 2020, http://sanatatemintala.md/images/documente/protocoale_clinice/! PCN SCH 2020 Revizuire_FINAL.pdf
- Richmond J. et al.: Verbal De-escalation of the agitated patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 18, Volume XIII, No. 1: February 2012
- Roppolo LP, Morris DW, Khan F, et al. Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation). *JACEP Open.* 2020;1:898–907. <https://doi.org/10.1002/emp2.12138>
- Stowell K.R. et al.: Florence P, Harman HJ, Glick RL. Psychiatric evaluation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta psychiatric evaluation workgroup. *West J*

Emerg Med. 2012;13(1):11-16.

- Wilson M.P. et al.: The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta psychopharmacology workgroup. West J Emerg Med. 2012;13(1):26-34.
- <http://sanatatemintala.md/ro/legislatie/legislatia-nationala>

Capitolul 8: Abuzul de substanțe: pacientul somnolent, intoxicat și supradozat

Autori: Suzanne Schouten, Lisette van der Vorst, René Keet, Karel Kraan

8.1 Introducere

Un număr considerabil de pacienți care se prezintă la serviciile de urgență au plângeri și simptome legate de abuzul sau adicția la substanțe. Pentru profesioniștii care lucrează acolo, este esențial să aibă cunoștințe despre substanțe și efectele acestora. Mai mult, este crucial să înțeleagă riscul sporit de sinucidere pe care îl pot avea pacienții care utilizează substanțe. Când tratați pacienții cu tulburări de abuz de substanțe, rețineți că venirea la secția de urgență poate fi un prim pas spre căutarea de ajutor și tratament.

Cele mai frecvente situații de urgență sunt fie rezultatul unei doze mari (sindromul de intoxicație), fie oprirea bruscă după o perioadă lungă de utilizare excesivă (sindromul de sevraj) (Frances 2005). Caracteristicile intoxicației acute sau supra-dozei sunt legate de efectele farmacologice ale substanței, atunci când sunt luate în cantități excesive. Doza care duce la o intoxicație gravă depinde în mare măsură de toleranța persoanei respective.

În principiu, există două tablouri clinice care pot fi întâlnite în sala de urgență, când sunt examinați pacienți cu tulburări asociate cu consumul de substanțe. Ei sunt fie într-o stare psihică „deprimată”, fie „excitată”. „Deprimat” în acest context se referă la pacienții sedați, letargici, comatosi sau al căror istoric indică o tendință generală descendentă a stării mintale. Pacienții „excitați” pot prezenta un comportament acut dezorganizat, agitat, psihotic sau violent. O stare deprimată rezultă fie din intoxicația cu anumite substanțe (de exemplu, alcool, opioide), fie din retragerea stimulentei („cocaine crash” – oboseală intensă după consum). O stare „excitată” este fie o consecință a sevrajului (de exemplu, la alcool, opioide, benzodiazepine), fie a intoxicației (de exemplu, cu cocaină, amfetamine, ecstasy, halucinogeni).

În afară de grupul principal de pacienți acuti examinați în serviciile de urgență din cauza complicațiilor medicale sau psihiatrice asociate consumului de substanțe, pot de asemenea fi întâlniți și:

- Pacienți care caută în primul rând ajutor pentru detoxifiere și care doresc suport pentru a lupta cu dependența
- Pacienți care se prezintă cu complicații sociale ale consumului cronic de substanțe (criză psihosocială, cum ar fi lipsa locului de trai, pierderea suportului social, ruperea relației, etc.)
- Pacienți care caută în principal medicamente pentru ameliorarea simptomelor de sevraj

8.2 Definiția dependenței de substanțe

Dependența de substanțe este definită ca un sindrom psihologic care reflectă un imbold intern de a utiliza substanțe, care duce la deteriorarea controlului asupra utilizării substanței și poftă puternică și, de regulă, dezvoltarea ulterioară a toleranței și a simptomelor de sevraj. O altă caracteristică este utilizarea continuă, în pofida conștientizării faptului că continuarea consumului de substanțe va duce la consecințe dăunătoare.

- Următoarele caracteristici comportamentale sunt tipice în caz de sindrom de dependență:
- Consumarea substanța în cantități mai mari sau pentru o durată mai mare decât ar dori persoana
- Dorință nereușită de a reduce consumul sau de a nu mai consuma substanța
- Persoana cheltuie mult timp pentru a obține, consuma sau a se recupera după consumul substanței
- Pofte și dorință puternică de utilizare a substanței
- Persoana nu reușește să facă ceea ce ar trebui la serviciu, acasă sau la școală din cauza consumului de substanțe
- Consumul este continuat, chiar și atunci când provoacă probleme în relații
- Renunțarea la activități sociale, ocupaționale sau recreative importante din cauza consumului de substanțe
- Consumarea substanțelor din nou și din nou, chiar și atunci când acestea pun în pericol persoana
- Continuarea consumului, chiar și atunci când persoana știe că are o problemă fizică sau psihologică care probabil este cauzată sau agravată de substanță
- Persoana necesită o cantitate mai mare de substanțe pentru a obține efectul dorit (toleranță)

Conform ghidurilor de diagnostic CIM-10, un diagnostic clar de dependență poate fi pus numai dacă trei sau mai multe dintre următoarele criterii au fost prezente împreună la un moment dat în anul precedent:

- O dorință puternică sau un sentiment de compulsiune de a lua substanța
- Dificultăți în a controla comportamentul de consum de substanțe în ceea ce privește debutul, încetarea sau nivelul de utilizare
- O stare de sevraj fiziologic atunci când consumul de substanțe a încetat sau a fost redus, dovadă fiind: sindromul caracteristic de sevraj la substanță; sau utilizarea aceleiași (sau a unei foarte apropiate) substanțe cu intenția de ușurare sau evitare a simptomelor de sevraj
- Dovezi de toleranță, astfel încât sunt necesare doze mai mari de substanță psihoactivă pentru a obține efectele produse inițial de doze mai mici (exemplu clare în acest sens pot fi văzute la persoanele dependente de alcool și opiacee care pot consuma doze zilnice suficiente pentru a incapacita sau a ucide consumatori netoleranți)

- Neglijarea progresivă a plăcerilor sau intereselor alternative din cauza consumului de substanțe psihoactive, interval de timp mai mare necesar pentru obținerea sau utilizarea substanței ori pentru recuperarea după efectele sale
- Consum persistent de substanțe, în pofida dovezilor clare ale consecințelor evident dăunătoare, cum ar fi afectarea ficatului prin consumul excesiv de alcool, stări depresive de dispoziție ca urmare a perioadelor de consum intens de substanțe sau afectarea funcționării cognitive din cauza drogurilor; sunt necesare eforturi pentru a determina dacă consumatorul a fost sau s-ar putea de așteptat să fie conștient de natura și amploarea prejudiciului

8.3 Intervievarea și evaluarea pacientului cu adicție

La interviuarea tuturor pacienților care se prezintă la un serviciu de urgență, este obligatoriu să-i întrebați clar despre consumul și abuzul de substanțe! Este foarte important să stabiliți o relație de lucru, specificând cine sunteți, fiind calm în comunicare și oferind încurajare și speranță pentru un rezultat bun. Este crucial să se aplice o abordare empatică și fără judecată și să se manifeste sensibilitate la situația actuală a vieții pacientului și la contextul cultural.

Elementele interviuării motivaționale pot fi foarte utile în stabilirea unei relații de lucru constructive (Miller și Rollnick 2013). Interviul motivațional înseamnă, în general, mai mult o modalitate de abordare sau o atitudine pe care o adoptăm față de pacient, decât o tehnică specifică. Toți angajații profesioniști din secția de urgență trebuie să fie instruiți privind utilizarea acestor tehnici. Și rețineți: **fiecare întâlnire pe care o are un pacient cu tulburări de consum de substanțe cu un serviciu de urgență este o fereastră de oportunitate** de care să profitați! Prin urmare, este foarte important ca profesioniștii care lucrează în acest domeniu să aibă cunoștințe practice despre resursele de recuperare disponibile pentru consiliere ulterioară (specialiști în tulburări de consum de substanțe, agenții de servicii sociale, Alcoolici Anonimi, etc.).

Itemii de mai jos sunt elemente esențiale ale interviului motivațional (Riba 2010)

- Înțelegerea viziunii pacientului asupra situației sale, în special prin utilizarea unor afirmații de ascultare reflexivă
- Afirmarea și acceptarea pacientului, ca principiu primordial al conversației
- Obținerea și consolidarea selectivă a afirmațiilor pacientului privind recunoașterea problemei, preocuparea, dorința de schimbare, beneficiul schimbării pentru sine, etc.
- A avea răbdare și a-i permite pacientului să ajungă la conștientizarea problemei, mai degrabă decât să i se spună, să se diagnosticheze sau să i se descrie pacientului o problemă, fapt care poate provoca rezistență
- Afirmarea libertății pacientului de a alege nu doar problemele identificate și consecințele asociate, ci și metoda de tratament

La început, unii pacienți pot să nu admită în mod deschis că au o problemă de dependență. Ca profesionist, aveți provocarea de a crea o atmosferă în care să puteți întreba despre plângerile curente, de a vă face o idee despre circumstanțele în care a apărut problema și de a afla despre consumul curent de substanțe. Întrebările referitoare la consumul de substanțe trebuie prezentate ca fiind la fel de normale ca și întrebările despre orice alt factor de risc pentru sănătate. Asigurați-vă că sunteți atent la tacticile de diversiune și continuați să întrebați despre consumul de substanțe până când veți înțelege pe deplin cantitatea și circumstanțele consumului. De exemplu: cuantificați consumul pe zi sau sesiune, frecvența consumului, durata consumului continuu, ora și data ultimului consum, metoda de aplicare, perioadele de abținere, precipitanții recidivei. Poate fi oportun să folosiți umorul, de exemplu, întrebând: „Câte pahare plus trei?”. Cu timpul, mulți pacienți indică că consumă mai mult decât spun inițial. Desfășurarea interviului în prezența membrilor familiei sau a prietenilor poate evoca multă vinovăție și rușine. Gestionați acest lucru cu atenție. În timpul interviului, nu uitați să analizați cum arată, miroase și se prezintă persoana.

Pacienții deseori folosesc mai mult de un drog. Asigurați-vă că includeți și întrebări despre:

- Sedativ-hipnotice, în special benzodiazepine (O'Brien 2005)
- Canabis (Hall 2015)
- Heroină și alte opioide (Societatea Americană de Medicină a Adicâiilor 2016)
- Medicamente în bază de prescripție medicală și fără prescripție medicală (de exemplu, medicamente antitusive)
- Psihostimulante, precum cocaina și amfetamina (Howell și Kimmel 2008)
- Medicamente de petrecere, precum 3,4-metilendioximetamfetamina = MDMA / ecstasy (Meyer 2013) și acid gamma-hidroxiibutiric (GHB) (Van Noorden 2016)
- Inhalatoare, precum oxidul de azot (van Amsterdam 2015).

De asemenea, asigurați-vă că puneți întrebări despre tentativele anterioare de detoxifiere, supradozele de droguri, tentativele de sinucidere, simptomele de sevraj, delir și convulsii și despre istoricul medical și psihiatric.

Examenul fizic trebuie să fie urmat de teste de laborator corespunzătoare.

Și nu în ultimul rând: asigurați-vă de faptul că țineți cont permanent de problemele de siguranță pe parcursul diagnosticului, evaluării și managementului. Pacienții cu tulburări de consum de substanțe pot fi imprevizibili în comportamentul lor.

8.4 Studiu de caz

Textul de mai jos descrie o problemă tipică de adicție întâlnită de serviciile de urgență și prezintă forme practice de tratament. Studiul de caz ilustrează implementarea practică a tratamentului problemelor de adicție în cadrul serviciilor de criză. De rând cu aceasta, vor fi discutate liste de observații practice, cum ar fi Scala revizuită de evaluare a sevrajului de alcool a Institutului Clinic (CIWA-AR), deoarece acestea pot ajuta la monitorizarea simptomelor de sevraj în timpul internării clinice. La fel, în acest capitol se va prezenta o scurtă explicație despre atitudinile prestatorilor de servicii, cercul schimbării și interviul motivațional.

Caz: Problemele de alcool și suicidalitatea

Serviciului de criză i se solicită să evalueze o tânără de 34 de ani care a aflat recent că și-a pierdut autoritatea părintească asupra fiului său cu dizabilități. Consilierul pentru servicii în caz de adicții i-a raportat medicului generalist al pacientei că beneficiara nu s-a prezentat la ultimele două întâlniri de monitorizare. Medicul generalist este îngrijorat. Consilierul pentru adicții lucrează într-o altă regiune, motiv pentru care serviciul de criză este solicitat să facă evaluarea.

Invităm pacienta în cabinetul nostru, dar ea nu se prezintă. Suntem sunați de poliție la scurt timp după ce am fost rugați să facem evaluarea. Pacienta a fost văzută mergând în apropierea șinelor de cale ferată și prietenii ei au sunat și la numărul de telefon de urgență. În pofida eforturilor depuse de poliție, ea nu a fost găsită lângă gară. În cele din urmă, pacienta se întoarce acasă cu prietenii și poliția. Mergem la ea acasă. Prietenii pacientei asistă la evaluare. Aceștia spun că după pronunțarea deciziei instanței privind privarea de autoritatea părintească, pacienta a reluat consumul de alcool, consumând aproximativ $\frac{3}{4}$ litru de vodcă pe zi. Prietenii sunt îngrijorați de starea femeii și se tem că s-ar putea sinucide. Vedem o femeie îmbrăcată sumar și întinsă pe canapea, cu părul decolorat și care arată cam slăbită. Vorbirea ei este neclară, iar respirația ei miroase a alcool.

Ea ne spune că viața ei nu mai are sens. Acționează oarecum teatral. Casa pare rezonabil de bine îngrijită, bucătăria este goală. După ce ne-am cerut permisiune de la pacientă, ne uităm în frigider. De asemenea, este gol, conținând doar un borcan de murături. Lângă canapea este o sticlă mare de vodcă, care este deja $\frac{2}{3}$ goală. Pacienta spune că nu a mâncat de câteva zile, dar bea $\frac{3}{4}$ litri de vodcă în fiecare zi. Ne spune că are gânduri suicidare, își repetă afirmația, dar neagă că ar avea planuri

reale de a se sinucide. Fiind întrebată la acest subiect, ea spune că nu îndrăznește. Nu a întreprins niciodată o tentativă de sinucidere, dar a fost internată de mai multe ori în clinici de adicție din Africa de Sud și Olanda. Gândurile sale suicidare provoacă multă îngrijorare pentru către oamenii din jurul ei. Din alte informații adunate din istoricul cazului ei, ea pare să fi lucrat ca stewardesă până acum 2 ani, dar a fost concediată din cauza problemelor cu alcoolul. Este divorțată de 5 ani.

Pe scurt, vedem o femeie de 34 de ani cu probleme de dependență de alcool și cu o recentă recidivă de consum intens, anume a $\frac{3}{4}$ litri de vodcă pe zi în ultimele 2 săptămâni. Ea exprimă gânduri suicidare, dar nu are planuri concrete. Prietenii ei sunt neliniștiți și insistă asupra internării.

Din păcate, în acest moment nu există niciun pat disponibil în clinica de adicții. Prietenii se simt incapabili să o susțină acasă în weekend, deoarece au și ei probleme legate de consumul de alcool. În cele din urmă, ajungem la un acord cu pacienta și prietenii săi că o vom interna voluntar într-o secție din clinica de psihiatrie. Ulterior, ea este internată, se face un examen fizic și se începe protocolul CIWA-Ar (a se vedea 08.8). Se prescrie lorazepam și tiamină și periodic sunt efectuate controale de către nursa din secție.

Pacienta se simte mult mai bine în dimineața următoare. Protocolul CIWA-Ar este continuat și se fac programări de monitorizare la consilierul ei permanent pentru adicții. Ea anunță că, după weekend, va reveni la terapeutul său și își va continua tratamentul pe termen lung. Gândurile sale suicidare s-au rezolvat. Ea spune că vrea să înceapă din nou să-și trateze dependența de alcool și speră să restabilească contactul cu copilul ei. Vestea despre pierderea autorității părintești asupra copilului a fost foarte dificilă pentru ea și a declanșat recidiva de consum abuziv.

După o consultare comună și un apel telefonic, transmitem pacienta către consilierul ei permanent pentru adicții. Prietenii ei o duc la ambulatoriul de adicții.

Având în vedere prezența gândurilor suicidare, dar absența unor planuri specifice, riscul acut a fost estimat a fi doar ușor crescut. Această evaluare și, în plus, continuarea consumului ridicat de alcool, au fost motivele noastre pentru o internare pe termen scurt. Dacă această intervenție nu ar fi fost posibilă sau dacă suportul de ambulatoriu ar fi fost disponibil în weekend, se poate admite că comportamentul suicidar ar fi crescut.

În acest caz, au fost întreprinși următorii pași:

- Înregistrarea
- Evaluarea pe teren
- Formularea primei ipoteze de lucru
- Crearea unui plan împreună cu beneficiarul și rețeaua sa
- Înțelegeri practice în secție
- Planul de medicație și lista respectivă de monitorizare/observare CIWA-AR
- Observarea și raportul elaborat de nursă
- După prima stabilizare: referirea către alte servicii și închiderea cazului.

În rezultat, se recomandă următoarele activități:

- Implicarea rețelei (membrii familiei și prietenii) în situații de criză. Rețeaua va rămâne implicată cu beneficiara și după criză. Luarea în considerare a semnalelor și preocupărilor rețelei. Definirea unui interval de timp clar pentru pacient și rețea.
- Internarea într-un spital de psihiatrie nu este cea mai potrivită pentru problemele de dependență. Se recomandă doar pentru evitarea pericolului pe termen scurt.
- Fiți clari și transparenți: explicați ce beneficii poate oferi o internare temporară.
- Organizați îngrijiri de monitorizare. Detoxifierea fără îngrijiri ulterioare este inutilă și poate duce la o recidivă în scurt timp. Prin urmare, este important să creați o rețea de siguranță după internarea pe termen scurt. Dacă nu faceți acest lucru, situația de criză poate reapare.

8.5 Planul de intervenție în caz de recidivă

Este foarte important să stabiliți un plan de intervenție în caz de recidivă împreună cu pacientul. Acesta îl ajută să facă față momentelor dificile. Este deosebit de important să discutați despre situațiile în care pofta începe sau este declanșată.

Faza	Semnale	Ce pot face eu?	Ce poate face familia sau susținătorii mei?
Bine	Nu am poftă de alcool sau droguri Am o rutină zilnică Practic sportul în mod regulat Am grijă de mine Mănânc alimente sănătoase Mă simt bine	Continuați așa Activități sportive Continuați să aveți bine grijă de sine	Să-mi susțină pașii Să fie pozitivi Să mă trateze în mod normal Să mă ajute să mă axez pe ceva nou
Momente dificile	Am un pic de poftă Există momente în care mă gândesc să iau alcool sau droguri Ziua începe greu și am grijă mai puțin de mine	Vorbiți despre asta Găsiți o modalitate bună de a vă distra Faceți o plimbare Stați departe de persoanele care consumă sau au o influență proastă asupra dvs	Să fie susținători în momentele dificile Este important să fie pozitivi în aceste momente Să recunoască aceste momente și să vă ajute să găsiți o modalitate de a vă distra Să faceți ceva împreună: să vă plimbați, să faceți sport, să vă jucați într-un joc

Momente proaste	Gândurile de a consuma alcool sau droguri sunt foarte puternice Am început să consum din nou alcool sau droguri Mi-e rușine de mine după ce am consumat alcool sau droguri	Nu mai consumați! Stați departe de magazinul de băuturi alcoolice sau de dealer Vorbiți despre asta	Momentul sau momentele dificile legate de consum sunt momente din care puteți învăța Nu intrați în panică, acordați suport pentru a reveni la o fază anterioară.
-----------------	--	---	---

8.6 Intoxicația și sindromul de sevraj

Intoxicația acută și supradoza sunt evenimente provocatoare și dinamice care au un larg spectru de manifestări ce implică intoxicația deliberată și intoxicație cu alcool, droguri ilicite și prescrise. Dacă din cauza intoxicației severe nu este posibil de efectuat un interviu sigur, este necesar de acordat un suport vital de bază și avansat și, uneori, resuscitare. Încercați să obțineți informații de la membrii familiei și/sau de la alte persoane despre istoricul de consum de droguri și despre drogurile utilizate. Începeți cu evaluarea semnelor vitale, mai ales atunci când există schimbări în nivelul de conștiință. Porniți procesele de susținere și recuperare și fiți conștienți de complicații. Uneori este nevoie de internare la spital.

Tabelul 08.1 Metoda ABCDE de evaluare a funcțiilor vitale în caz de intoxicație gravă

Principiul de bază al metodei ABCDE este „tratați mai întâi ceea ce ucide mai întâi”
A = Căile respiratorii (în engleză, Airway)
B = Respirația (în engleză, Breathing)
C = Circulația
D = Dizabilitatea
E = Expunerea

8.6.1 Prezentarea simptomelor sindroamelor de intoxicație

8.6.1.1 Intoxicarea cu alcool

- Comportamentul victimei se schimbă: devine vesel sau, dimpotrivă, trist și / sau uneori prezintă un comportament inadecvat.
- Vedere slabă, amețeli, somnolență, posibilă pierdere a cunoștinței.
- Pacientul prezintă semne de dormitare.
- Pacientului îi este cald, îi este greață și vomită sau are senzația de vomă.
- O intoxicație cu alcool poate duce la stop cardiac.
- Severitatea unei intoxicații cu alcool corespunde concentrației de alcool din sânge (BAC) și se caracterizează prin euforie, deficit de atenție

(BAC 0,3 gr/l), comportament inadecvat (sexual și/sau agresiv), vorbire neclară, ataxie, tulburări de echilibru (BAC > 1 gr/l), nistagmus, reflexe reduse, confuzie, conștiință redusă (BAC > 2gr/l), convulsii și, în cele din urmă, utilizatorii în comă sunt internați la o unitate de terapie intensivă, unde este esențială o politică de expectativă, cu controlul funcțiilor vitale.

8.6.1.2 Intoxicare cu opioide

Intoxicația cu opioide poate include următoarele simptome: greață, vomă, disforie, retenție urinară, hipotermie, hiporeflexie, sedare, analgezie, mioză (îngustarea pupilelor).

8.6.1.3 Intoxicare cu XTC (Ecstasy, MDMA)

Intoxicația cu XTC este rareori letală, dar trebuie acordată o atenție specială hipertermiei și hiponatremiei.

8.6.1.4 Intoxicare cu amfetamine

Psihostimulantele, precum amfetaminele, provoacă euforie și convingerea de a fi neobosit.

8.6.1.5 Intoxicare cu cocaină

Intoxicația cu cocaină provoacă euforie și convingerea de a fi invincibil.

8.6.1.6 Intoxicare cu benzodiazepine

- Intoxicație ușoară: somnolență și confuzie
- Intoxicație moderată până la severă: ataxie (tulburări de coordonare), letargie (somnolență) hipotonie, nistagmus, hipotensiune și tahicardie, bradicardie, depresie respiratorie și comă

8.6.1.7 Intoxicare acută cu GHB

Este important să se facă o distincție între otrăvirea reală cu GHB sau sevrajul de GHB. Pentru a clarifica această întrebare, deseori este necesar să obțineți informații de la pacient sau de la îngrijitori. Deoarece nu există un antidot pentru otrăvirea cu GHB, accentul se pune pe combaterea simptomelor, de la sedative pentru comportament neliniștit, până la ventilație în caz de inconștiență profundă (Hendriks 2018).

8.6.1.8 Intoxicarea cu canabis

Nu există un antidot disponibil pentru tratamentul intoxicației sau supradozei de canabis. Cele mai frecvente efecte acute nedorite ale intoxicației sau supradozei de canabis sunt aproape întotdeauna ușoare și temporare, cum ar fi gură uscată, usturime la ochi, bătăi accelerate ale inimii sau senzația de membre grele. În unele cazuri, apar simptome de anxietate, panică sau psihotice, în special la persoanele care au puțină experiență cu nivele ridicate de THC. Aceste simptome dispar de obicei de la sine.

Tabelul 08.2 Prezentare generală a manifestărilor clinice legate de consumul de substanțe și diagnosticul diferențial (GGZ NHN)

	Simptom	Cauza	Substanța	Diagnostic diferențial
Funcțiile vitale	Conștiință redusă	Intoxicație	Alcool, benzodiazepine, opiacee	Epuizare, hematom subdural, hipoglicemie, abces cerebral (HIV)
	Hipertensiune	Intoxicație	Psihostimulante și LSD	
	Hipotensiune	Abstinență, Intoxicație	Alcool, benzodiazepine, opiacee	Sepsis, pierderi de sânge
	Tahicardie	Intoxicație, Abstinență	Psihostimulante, atropină, alcool, benzodiazepine	
	Hipertermie	Intoxicație	Psihostimulante, ecstasy, LSD, atropine	
	Hipotermie	Abstinenta	Alcool, benzodiazepine, opiacee	Sindromul neuroleptic, sepsis
	Hipoventilație	Intoxicație	Alcool, benzodiazepine, opiacee	
Ochii	Pupile mici	Intoxicație	Opiacee	
	Pupile mari	Intoxicație	Ecstasy, LSD	
	Reactivi	Abstinență	Opiacee	
	Pupile ușor mărite	Intoxicație	Psihostimulante	
	Pupilele sunt mari, nereactive	Intoxicație	Atropină	
	Scleră roșie	Intoxicație	Canabis	
	Nistagmus	Intoxicație	Alcool, benzodiazepine	
	Lacrimi	Abstinență	Opiacee	
Nasul	Scurgeri nazale	Abstinență	Opiacee	
	Uscat	Intoxicație	Atropină	
	Ulcer al septului nazal	Consum	Cocaină	
Pielea	Uscată fierbinte	Intoxicație	Atropină	
	Umedă fierbinte	Intoxicație	Psihostimulante	
	Locuri de injec-tare	Consum	Opiacee, Psihostimulante	

	Piele de găină	Intoxicație Abstință	LSD Opiacee	
Vorbirea	Lentă și clară	Intoxicație	Opiacee	
	Lentă și neclară	Intoxicație	Alcool și benzodiazepine	
	Rapidă	Intoxicație	Psihostimulante	
Mâinile	Tremur ușor	Intoxicație	Psihostimulante, ecstasy, LSD, opiacee	
		Abstință	Alcool, benzodiazepine	
	Tremur grosolan	Abstință		
Neurologic	Reflexe sporite	Intoxicație	Psihostimulante	
	Reflexe reduse	Intoxicație	Alcool, benzodiazepine	
	Convulsii	Intoxicație	Psihostimulante, codeină	
		Abstință	Alcool, benzodiazepine	
Plămâni	Edem pulmonar	Intoxicație	Opiacee, alcool, benzodiazepine	

8.6.2 Simptomele și managementul sindroamelor de intoxicație și sevraj

Tabelul 08.3 face un sumar al simptomelor și managementului sindroamelor de intoxicație și sevraj pentru diferite substanțe (Franken și Brink 2009).

Tabelul 08.3

Substanța	Intoxicația	Tratamentul	Sevrajul	Tratamentul	Complicațiile	Tratamentul
Alcool	Vorbire neclară, tulburări de coordonare, mers nesigur, tulburări de comportament, nistagmus, comportament inadecvat, stupoare, comă	Dacă este necesar, internare într-o unitate de terapie intensivă pentru a controla funcțiile vitale	Tahicardie, transpirație, tremor, insomnie, greață, vomă, anxietate, convulsii epileptice, delir	Clordiazepoxid în program de eliminare treptată	Sevraj cu delir	10 mg diazepam per rectum Haloperidol 1-5 mg 1-4 dd Thiamine 100 mg im dd
Benzo-diazepine	A se vedea Alcoolul	Dacă este necesar, internare într-o unitate de terapie intensivă Flumazenil 0.3 mg iv	Similar cu sindromul de sevraj alcoolic, cu excepția duratei mai lungi (de la zile până la săptămâni și luni)	Repornire urmată de program de eliminare treptată	Sevraj cu delir	Diazepam 10 mg Internare în unitatea de terapie intensivă, flumazenil, funcțiile vitale

Canabis	Roșeață conjunctivală, apetit crescut, gură uscată, hipotensiune ortostatică, tahicardie, percepție mărită, hipervigilență, depersonalizare și derealizare, psihoză	Simptomatic Benzo-diazepinele sunt o opțiune	Greață, stare de rău, cefalee	Nu este necesar	Psihoză indusă de canabis	În caz de necesitate, tratament antipsihotic
Ecstasy	Tahicardie, pupile mari, bruxism (scrâșnitul dinților), gură uscată, vorbește mai mult, clar și alert, mai puțin obosit	Simptomatic	Disforie	Simptomatic	Excitare, hipertermie, rabdomioliză, convulsii	Internare într-o unitate de terapie intensivă, funcțiile vitale
Cocaină Amfetamine	Euforie, sentiment sporit de sine, anxietate, suspiciune, agresivitate, tahicardie, hipertensiune, hipertermie, pupile mărite, agitație psihomotorie, greață, vomă, psihoză	Simptomatic. Fără betablocați	Disforie, anxietate, oboseală, vise vii neplăcute, iritabilitate, insomnie	Expectativ Simptomatic	Infarct miocardic, psihoză	Internare
Opioide	Vorbire neclară, probleme de atenție și concentrare, bradicardie, pupile îngustate	Internare. Naloxon 0.4 mg/ml iv sau im. la fiecare 2-3 minute, până apare efectul	Iritabilitate, disforie, anxietate, febră, greață, vomă, dureri articulare și musculare, lacrimare, rinoree (scurgeri nazale), piloerecție (piele de găină), dilatare pupilară (pupile mărite), diaree, căscat, insomnie, pofta de droguri	Metadonă. Începeți cu 10-20 mg, evaluați la fiecare 3 ore și, în caz de necesitate, măriți doza.	Depresie respiratorie	Internare, Naloxon IV. Funcțiile vitale.

GHB (gama-hidroxi-butirat)	Hiper tensiune, tahicardie, greață, vomă	Simptomatic	Poftă	Expectativ	Depresie respiratorie, comă, delir	Internare în unitatea de terapie intensivă funcțiile vitale
Nicotină	Greață, salivă, dureri abdominale, diaree, cefalee, amețeli		Disforie, tristețe, insomnie, iritabilitate, anxietate, tulburări de concentrare, neliniște, bradicardie, apetit crescut			

8.6.3 Alte manifestări acute

8.6.3.1 Sindromul de delir excitat (SDE)

Persoanele cu SDE au următoarele caracteristici:

- Sunt extrem de agresive sau violente
- Suspiciune de intoxicație cu stimulente
- Sunt insensibile la durere
- Respirație rapidă
- Transpirație puternică
- Sunt foarte neliniștite (ocupate, urmărite, iritate, excitate)
- Senzație de piele fierbinte
- Nu urmează instrucțiunile poliției
- Sunt fără haine sau îmbrăcate prea subțire
- Sunt extrem de puternice („puteri supraomenești”)
- Nu obolesc, în pofida efortului puternic
- Sunt atrase de lumină sclipitoare/zgomot puternic
- Mormăie (sunete neinteligibile, de animale)

Aceste caracteristici nu sunt întotdeauna prezente imediat și pot fi diferite. Managementul farmacologic este rezumat în tabelul următor:

Managementul farmacologic al SDE

Tabelul 08.4: Mijloace de sedare în simptomatica SDE (ACEP 2009)

Medicament	Intramuscular Intravenos	Dozaj	Debut (min)	Durata efectului în minute
Midazolam	im	5	10-15	120-360
	iv	2-5	3-5	30-60
Lorazepam	Im	4	15-30	60-120
	iv	2-4	2-5	60-120
Diazepam	Im	10	15-30	15-60
	iv	5-10	2-5	15-60
Haldoperidol*	Im	10-20	15	180-360
	iv	5-10	10	180-360
Droperidol**	Im	5	20	120-240
	iv	2,5	10	120-240
Olanzapină	IM	10	15-30	24 uur

IM: Intramuscular

IV: Intravenos

* Cave: tulburări de ritm cardiac și efecte anti-colinergice

** Doza obișnuită la adulți. Pentru a combate agitația în SDE, pot fi necesare doze cu mult mai mari

8.6.3.2 Hipotermia este o stare în care temperatura centrală a corpului unei persoane este atât de scăzută, încât metabolismul normal este pus în pericol. La persoanele sănătoase normale, temperatura corpului variază între 37,5 (uneori mai mare, după exercițiile fizice) și 35,5 grade Celsius. Temperaturile corpului sub 27 grade Celsius sunt aproape mortale, dacă nu se întreprind intervenții medicale.

8.6.3.3 Hipertermia este o stare a corpului în care are loc o creștere necontrolată a temperaturii din cauza unei perturbări a echilibrului dintre producția și pierderea de căldură. Temperatura corpului va crește. Puteți remarca acest lucru la delirium tremens, consum de droguri, cocaină, amfetamine, MDMA, GHB.

8.6.3.4 Hiponatremia este lipsa de sodiu în sânge. O hiponatremie este constatată atunci când concentrația serică este mai mică de 135 mmol/l. Una din cauzele hiponatremiei este consumul excesiv de apă (intoxicație cu apă). În caz de alcoolism, se constată și o dietă unilaterală cu un aport prea mic de proteine. În caz de utilizare frecventă a ecstasy, veți vedea uneori și transpirații excesive cu consum frecvent de apă.

8.7 Substanțe care pot provoca psihoză

Diverse substanțe pot provoca simptome psihotice, fie în faza de intoxicație, fie în faza de sevraj. Tabelul 08.5 enumeră unele dintre substanțele întâlnite frecvent în unitățile de urgență și simptomele lor însoțitoare. Consumul de substanțe poate, de

asemenea, predispune pacienții la căderi și alte accidente cu producerea traumatismului cranian și se pot prezenta apoi cu simptome psihiatrice. Este important să nu cădem în capcana atribuirii incorecte a acestor simptome consumului de substanțe, deoarece trecerea cu vederea a unui traumatism cranian poate avea consecințe grave pentru pacient. Pacienții cu abuz de substanțe care prezintă simptome psihotice cu debut nou trebuie să fie examinați pentru a vedea dacă nu există un traumatism cranian și, dacă este posibil, se va face imagistica cerebrală.

Toți pacienții care se prezintă cu simptome psihotice în secția de urgență trebuie să fie testați la consumul de substanțe prin testul de urină sau toxicologie serică. Tratatamentul psihozei induse de substanțe implică de obicei menținerea siguranței pacientului într-o instituție psihiatrică prin intervenții de susținere până când simptomele se remit. O excepție este delirium tremens, care necesită un management medical agresiv (de regulă, într-o unitate de terapie intensivă) pentru a preveni convulsiile, aspirația și moartea. În pofida faptului că mulți pacienții cu psihoze induse de substanțe nu au o boală psihotică subiacentă, aceștia pot avea beneficii în urma administrării de antipsihotice și benzodiazepine, în funcție de necesități, în timpul episodului pentru a aborda simptomele, în special dacă agitația este proeminentă.

Tabelul 08.5 Substanțe care pot provoca psihoză (Riba 2010)

Substanța	Semne și simptome
Alcool	<i>Intoxicație:</i> agitația poate părea psihotică
	<i>Sevraj:</i> halucinații cu halucinoză alcoolică, halucinații și delir cu delirium tremens
Amfetamine	<i>Intoxicație:</i> psihoză similară cu cea observată la cocaină, dar deseori de durată (3-5 zile), pupile dilatate; frecvent însoțită de stigma consumului cronic de amfetamine (de exemplu, anorexie, dentiție slabă)
Canabis	<i>Intoxicație:</i> ideeație paranoică; dacă este severă, drogul poate să fi fost combinat cu alte substanțe (de exemplu, PCP)
Cocaină	<i>Intoxicație:</i> dezorganizare, simptome maniacale, deliruri, halucinații (inclusiv tactile), pupile dilatate; durează ore întregi după utilizare
	<i>Sevraj:</i> dispoziție deprimată, halucinații, somnolență și retragere socială; începe la câteva ore după utilizare și durează 24-72 de ore
Halucinogene (LSD, ciuperci psihocibine)	<i>Intoxicație:</i> halucinații vizuale vii, simptome disociative; cazurile de reapariție a simptomelor de intoxicație („flashback-uri”) pot apărea după luni sau ani de la consum
PCP	<i>Intoxicație:</i> halucinații, deliruri, violență imprevizibilă; simptomele cresc și scad și pot dura 3-5 zile; asociat cu hiperacuzie și nistagmus

LSD= lysergic acid diethylamide - dietilamida acidului lisergic

PCP=phencyclidine - fenicilidină

08.8 Scala revizuită a Institutului clinic pentru evaluarea sevrajului de alcool (CIWA-Ar)

Cel mai obiectiv și cel mai bine validat instrument de evaluare a severității sevrajului de alcool este Scala revizuită a Institutului clinic pentru evaluarea sevrajului de alcool (CIWA-Ar), prezentată mai jos. Acest chestionar constă din 10 itemi și poate fi administrat rapid la patul pacientului în aproximativ 5 minute. Cei 10 itemi se referă la greață și vomă, anxietate, tremor, transpirație, tulburări auditive, tulburări vizuale, tulburări tactile, cefalee, agitație și obnubilare. Fiecărui item îi sunt atribuite de la 0 până la 7 puncte, cu excepția ultimului item, căruia i se atribuie 0-4 puncte, cu un scor total posibil de 67. Pacienții care obțin mai puțin de 10 puncte nu au nevoie de medicamente suplimentare pentru sevraj. CIWA-Ar nu este protejată de drepturi de autor și poate fi reprodusă gratuit (Sullivan 1989).

Item	Întrebări de pus	Punctaj	
Greață și vomă	Vă simțiți rău la stomac? Ați vomitat? Observații	0	Fără greață și fără vomă
		1	Greață ușoară, fără vomă
		2	
		3	
		4	Greață intermitentă cu răgâit
		5	
		6	
		7	Greață constantă, răgâit frecvent și vomă
Tulburări tactile	Aveți senzații de mâncărime, furnicături și înțepături, arsuri, amorțeală sau aveți senzația că vă trec furnici pe sau sub piele? Observații	0	Nici una
		1	Mâncărime, furnicături și înțepături, arsuri sau amorțeli foarte ușoare
		2	Mâncărime, furnicături și înțepături, arsuri sau amorțeli ușoare
		3	Mâncărime, furnicături și înțepături, arsuri sau amorțeli moderate
		4	Halucinații moderat severe
		5	Halucinații severe
		6	Halucinații extrem de severe
		7	Halucinații continue

Tremor	Brațele întinse și degetele despărțite Observații	0	Fără tremor
		1	Nu este vizibil, dar poate fi simțit când se pune vârful degetului pe vârful degetului
		2	
		3	
		4	Moderat, când brațele pacientului sunt întinse
		5	
		6	
		7	Sever, chiar și când brațele nu sunt întinse
Dereglări auditive	Sunteți mai conștient de sunetele din jurul dvs.? Sunt acestea dure? Vă sperie? Auziți lucruri despre care știți că nu sunt aici? Observații	0	Lipsesc
		1	Duritate sau capacitate de a înspăimânta foarte ușoară
		2	Duritate sau capacitate de a înspăimânta ușoară
		3	Duritate sau capacitatea de a înspăimânta moderată
		4	Halucinații moderat severe
		5	Halucinații severe
		6	Halucinații extrem de severe
		7	Halucinații continue
Transpirații paroxistice	Observații	0	Fără transpirație vizibilă
		1	Transpirații abia perceptibile, palme umede
		2	
		3	
		4	Picături de transpirație vizibile pe frunte
		5	
		6	
		7	Transpirații abundente

Dereglări vizuale	Vi se pare că lumina este prea puternică? Culoarea sa este diferită? Vă dor ochii? Vedeți ceva care vă deranjează? Vedeți lucruri despre care știți că nu sunt aici? Observații	0	Nu sunt prezente
		1	Sensibilitate foarte ușoară
		2	Sensibilitate ușoară
		3	Sensibilitate moderată
		4	Halucinații moderat severe
		5	Halucinații severe
		6	Halucinații extrem de severe
		7	Halucinații continue
Anxietate	Vă simțiți nervos? Observații	0	Fără anxietate, în largul său
		1	Anxietate ușoară
		2	
		3	
		4	Moderat anxios sau precaut, deci poate fi dedusă anxietatea
		5	
		6	
		7	Echivalentă cu stările de panică acută, așa cum se observă în delirul sever sau în reacțiile schizofrenice acute
Dureri de cap, cap greu	Vă simțiți diferit capul? Simțiți de parcă ar exista o bandă în jurul capului dvs.? Nu evaluați amețea. Evaluați severitatea.	0	Nu sunt prezente
		1	Foarte ușoare
		2	Ușoare
		3	Moderate
		4	Moderat severe
		5	Severe
		6	Foarte severe
		7	Extrem de severe

Agitație	Observații	0	Activitate normală
		1	Ceva mai mult decât activitatea normală
		2	
		3	
		4	Moderat agitat și neliniștit
		5	
		6	
		7	Merge înainte și înapoi în cea mai mare parte a interviului sau se mișcă în mod constant
Orientarea și obnubația	Ce zi este azi? Unde vă aflați? Cine sunt eu?	0	Orientat și poate face adăugiri în serie
		1	Nu poate face adăugiri în serie sau este incert despre dată
		2	Dezorientat referitor la dată cu cel mult 2 zile calendaristice
		3	Dezorientat referitor la dată cu mai mult de 2 zile calendaristice
		4	Dezorientat referitor la loc sau persoană

8.8 Bibliografie și lecturi ulterioare

- American Society of Addiction Medicine. (2016). Opioid Addiction 2016 Facts and Figures. ASMA-Opioid Addiction 2016 Facts and Figures. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.01.007>.
- Frances, R., Miller, S., & Mack, A. (2005). *Clinical Textbook of addictive disorders* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Franken, I., & Brink, W. van den. (2009). *Handboek verslaving*. Tijdstroom.
- Hall, W. (2015). What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/add.12703>
- Howell, L. L., and Kimmel, H. L. (2008). Monoamine transporters and psychostimulant addiction. *Biochemical Pharmacology*. <https://doi.org/10.1016/j.bcp.2007.08.003>
- Meyer, J. (2013). 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA): current perspectives. *Substance Abuse and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.2147/sar.s37258>

- Miller, W., and Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing*. New York: The Guildford Press.
- O'Brien, C. P. (2005). Benzodiazepine use, abuse, and dependence. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Olgers, T. J., Dijkstra, R. S., Drost-de Klerck, A. M., & ter Maaten, J. C. (2017). The ABCDE primary assessment in the emergency department in medically ill patients: An observational pilot study. *Netherlands Journal of Medicine*.
- Riba, M. et al. (eds): *Clinical Manual of Emergency Psychiatry*, 2010
- Sullivan, J.T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C.A., Sellers, E.M. (1989). Assessment of Alcohol Withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb00737.x>
- van Amsterdam, J., Nabben, T., & van den Brink, W. (2015). Recreational nitrous oxide use: Prevalence and risks. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*. <https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2015.10.017>
- Van Noorden, M., Kamal, R., Dijkstra, B., Brunt, T. M., & De Jong, C. (2016). Gamma-Hydroxybutyrate Abuse and Dependence. In *Neuropathology of Drug Addictions and Substance Misuse*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800212-4.00036-4>

Capitolul 9. Pacientul abuzat și traumatizat

Autor: René Keet, Director Fit-Academy, GGZ Noord-Holland-Noord

9.1 Introducere

Orice eveniment care implică a trece prin sau a fi martor la un deces real sau un pericol de deces, vătămare gravă sau violență sexuală poate avea un efect traumatizant. Experiențele traumatizante pot include: o amenințare la adresa integrității fizice în rezultatul unui accident grav sau a agresiunii fizice și/sau sexuale, abuz asupra copiilor și abuz în familie, participarea la un război - ca persoană civilă sau ca participant la o operațiune militară; o calamitate naturală, cum ar fi un incendiu, inundație sau ciclon. Evenimentele traumatizante includ situații care vi se întâmplă Dvs. personal sau unei persoane apropiate. Poate fi traumatizant și un eveniment care i s-a întâmplat unei persoane necunoscute și ați fost martor la acesta, de exemplu, fiind la locul unui accident grav sau ați fost implicat/ă în eveniment în timpul lucrului Dvs.

9.2 Sindroame clinice

Evenimentele traumatizante sunt foarte stresante. Aproape toți cei care suferă traume vor fi afectați emoțional; oamenii vor reacționa în multe moduri. Reacțiile pot include frică intensă, sentiment de neajutorare sau groază. Amintirile despre experiența traumatizantă sunt de obicei explicite, coerente și greu de uitat. La copii, experiențele traumatizante se manifestă, de obicei, ca comportament dezorganizat sau agitat. Majoritatea oamenilor se vor recupera destul de repede cu ajutorul familiei și prietenilor sau chiar ei singuri. Pentru alții, efectele pot dura mai mult și pot cauza probleme de sănătate mintală, precum tulburări de stres post-traumatic, depresie, anxietate sau abuz de substanțe.

9.2.1 Reacție acută la stres

În dependență de sistemul de clasificare folosit, există diferite criterii de diagnosticare a unei prime reacții psihologice posibile după ce persoana a trecut prin sau a fost martor la un eveniment traumatizant, care constituie un pericol pentru viață. Conform CIM-10, această primă reacție este numită reacție acută la stres, iar conform DSM-5 - tulburare acută de stres.

CIM-10 definește reacția acută la stres ca o tulburare tranzitorie, care apare la o persoană după ce a suferit un stres fizic și psihic sever și care se reduce, de obicei, după câteva ore sau zile. Vulnerabilitatea individuală și capacitatea de coping joacă un rol în apariția și severitatea reacțiilor acute la stres. Simptomele prezintă în general un tablou mixt și în schimbare și includ o stare inițială de „zăpăceală”, cu o oarecare constricție a conștiinței și restrângere a atenției, incapacitate de a înțelege stimulii și dezorientare. Această stare poate fi urmată fie de retragerea ulterioară din situația respectivă, fie de agitație și activitate excesivă (reacție de zbor sau fugă). Deseori sunt prezente semne autonome de anxietate de panică (tahicardie, transpirație, înroșire). Simptomele apar de obicei la câteva minute de la impactul

stimulului sau evenimentului stresant și dispar după două-trei zile (în multe cazuri, după câteva ore). Dacă simptomele persistă, trebuie luată în considerare o modificare a diagnosticului.

9.2.2 Tulburarea acută de stres (TAS)

Pe lângă evenimentul traumatizant, pentru diagnosticul unei tulburări acute de stres (TAS), conform DSM -5, este necesară prezența a nouă sau mai multe dintre următoarele simptome:

Simptome de intruziune

1. Amintiri recurente, involuntare și intruzive dureroase despre evenimentul/ evenimentele traumatizante.
2. Visuri recurente dureroase în care conținutul și/sau afectul visului sunt legate de eveniment (e).
3. Reacții disociative (de exemplu, flashback-uri) în care persoana se simte sau acționează ca și cum evenimentul/evenimentele traumatizante ar avea loc din nou.
4. Suferință psihologică intensă sau prelungită sau reacții fiziologice marcate ca răspuns la indici interni sau externi care simbolizează sau se aseamănă cu un aspect al evenimentului/evenimentelor traumatizante.

Stare negativă de spirit

5. Incapacitate persistentă de a avea emoții pozitive

Simptome disociative

6. O percepere modificată a realității din mediul înconjurător sau a sinelui
7. Incapacitate de a-și aminti un aspect important al evenimentului/evenimentelor traumatizante

Simptome de evitare

8. Eforturi de evitare a amintirilor, gândurilor sau sentimentelor dureroase despre sau strâns asociate cu evenimentele traumatizante
9. Eforturi de evitare a factorilor externi care trezesc amintiri, gânduri sau sentimente dureroase despre sau strâns asociate cu evenimentul/evenimentele traumatizante.

Simptome de excitare

10. Perturbarea somnului
11. Comportament iritabil și izbucniri furioase (cu puțină sau fără vreo provocare), de obicei exprimate ca agresiune verbală sau fizică față de oameni sau obiecte.
12. Hipervigilență
13. Probleme de concentrare
14. Răspuns exagerat la spaimă

Aceste simptome post-traumatice pot dura până la o lună după traumă. Dacă însă persistă mai mult de o lună, este indicată o evaluare ulterioară pentru TSPT. Prevalența TAS diferă la diferite populații și tipuri de traume. De exemplu, ratele de prevalență în urma unui atac fizic și viol sunt mai mari decât în urma accidentelor rutiere. După atacul terorist din Mumbai, India, în 2008, 30% din cele 70 de victime tratate la un spital public au fost diagnosticate cu tulburare acută de stres (Balasinorwala, 2010). TAS este un factor de risc pentru dezvoltarea ulterioară a TSPT, dar nu toate persoanele care întrunesc criteriile pentru TAS vor ajunge să dezvolte TSPT (Bryant, 2011). Pe de altă parte, persoanele care dezvoltă TSPT nu neapărat vor avea mai întâi un diagnostic de TAS. Alți factori care sporesc riscul unei persoane de a dezvolta TAS includ: experiența anterioară de traumă, istoric de tulburări de sănătate mintală, severitatea înaltă a traumei, istoric de reacții disociative la evenimentele traumatizante anterioare și sexul feminin (Bryant, 2016).

Persoanele cu TAS pot dezvolta tulburări suplimentare de sănătate mintală, cum ar fi anxietatea și depresia. Simptomele de anxietate includ senzația de pericol iminent, îngrijorarea excesivă, dificultăți de concentrare, oboseală, neliniște și fuga gândurilor. Simptomele de depresie includ sentimente persistente de disperare, tristețe sau amorțeală, oboseală, plâns pe neașteptate, pierderea interesului pentru activitățile care erau cândva plăcute, modificări ale apetitului sau ale greutateii corporale și gânduri de sinucidere sau auto-vătămare.

9.2.3 Tulburarea de stres post-traumatic

Cea mai frecvent raportată diagnoză după un eveniment traumatizant este tulburarea de stres post-traumatic (TSPT). Există o comorbiditate înaltă între TSPT și alte tulburări asociate cu traumele, precum depresia, anxietatea și abuzul de substanțe. Variația ratelor de prevalență pentru TSPT este considerabilă. Se cunosc multe despre factorii de risc la nivel individual pentru TSPT, dar există puține constatări privind variațiile de prevalență la nivel de țară sau cultură (Dückers, 2016).

9.2.3.1 Simptome

În majoritatea cazurilor de TSPT, simptomele apar în prima lună după un eveniment traumatizant. Cu toate acestea, în unele cazuri, poate trece luni sau chiar ani înainte ca simptomele să înceapă să apară. Unele persoane cu TSPT trec prin perioade lungi cu simptome mai puțin vizibile, urmate de perioade în care acestea se agravează. Alte persoane au simptome severe în mod constant. Simptomele specifice ale TSPT pot varia foarte mult de la o persoană la alta, dar, în afară de faptul că a trecut prin sau a fost martor al unui eveniment traumatizant, deseori mai sunt întâlnite 3 alte caracteristici de bază:

- re-trăirea simptomelor evenimentului
- eforturi de evitare a situațiilor, locurilor și persoanelor care amintesc de evenimentul traumatizant
- simptome de hiper-excitare

Evenimentul traumatizant

De-a lungul timpului, în diversele definiții ale TSPT s-au produs schimbări în modul de a defini un eveniment traumatizant. Conform DSM-5, criteriul stresor implică expunere la „moarte, amenințare de moarte, vătămare gravă reală sau amenințare de vătămare gravă, violență sexuală reală sau amenințare de violență sexuală” (APA, 2013).

Retrăirea

Retrăirea este cel mai tipic simptom al TSPT. Aceasta se întâmplă atunci, când o persoană re trăiește involuntar și intens evenimentul traumatizant sub formă de

- amintiri despre eveniment (flashback-uri)
- coșmaruri
- imagini sau senzații repetitive și tulburătoare
- senzații fizice, așa ca durere, transpirație, senzație de boală sau tremur

Unele persoane au gânduri negative constante despre experiența trăită, punându-și în mod repetat întrebări, care îi împiedică să se împace cu evenimentul respectiv. De exemplu, s-ar putea să se întrebe de ce li s-a întâmplat anume lor evenimentul și dacă ar fi putut face ceva pentru a-l opri, ceea ce poate cauza sentimente de vinovăție sau rușine.

Evitarea și amorțeala emoțională

Încercarea de a evita reamintirea evenimentului traumatizant este un alt simptom principal al TSPT. Aceasta înseamnă evitarea anumitor persoane, situații sau locuri, care amintesc despre traumă sau evitarea de a vorbi cu cineva despre experiența trăită. Multe persoane cu TSPT încearcă să alunge din mintea lor amintirile despre eveniment, distrăgându-se prin muncă sau hobby-uri. Unii oameni încearcă să facă față sentimentelor lor, încercând să nu simtă nimic. Acest lucru se numește amorțeală emoțională. Aceasta poate duce la izolarea și retragerea persoanei și, de asemenea, la renunțarea la activitățile care îi aduceau plăcere.

Hiper-excitatea (senzație de a fi „la limită”)

O persoană cu TSPT poate fi foarte anxioasă și poate fi dificil pentru ea să se relaxeze. Aceste persoane pot fi în permanență cu gândul la pericole de amenințări și se înspăimântă ușor. O asemenea stare de spirit se numește hiper-excitate. Hiper-excitatea duce adesea la:

- iritabilitate
- explozii de furie
- tulburări de somn (insomnie)
- dificultăți de concentrare

În DSM-5 a fost adăugat un criteriu suplimentar care prevede schimbări negative în cogniții și starea de spirit. Acest criteriu include simptome precum convingerile negative persistente și așteptările față de sine, învinuirea distorsionată persistentă a

propriei persoane sau a altora, simptome disociative, sentimente de detașare și efect de constricție. (Sareen, 2014).

Ceea ce diferențiază TSPT de alte tulburări, în afară de expunerea la traume, este retrăirea simptomelor. Multe dintre celelalte simptome descrise se suprapun cu alte tulburări psihice, care nu sunt asociate cu traume.

9.2.3.2 Alte probleme asociate cu TSPT

Multe persoane cu TSPT au, de asemenea, o serie de alte probleme, inclusiv:

- alte probleme de sănătate mintală, așa ca depresia, tulburările de anxietate sau fobiile
- comportament de auto-vătămare sau distructiv, cum ar fi consumul de droguri sau abuzul de alcool
- alte simptome fizice, precum durerile de cap, amețeli, dureri toracice și dureri de stomac.

Există o variabilitate apreciabilă în cazurile de TSPT raportate după calamități naturale versus dezastre provocate de factorul uman, așa ca război sau atacuri teroriste. Apare mai frecvent după dezastre provocate de factorul uman, decât după o calamitate naturală. Persoanele care sunt expuse riscului de a dezvolta o patologie psihiatrică pe termen mai lung trebuie identificate din timp. Wilcox (2009) a arătat că ratele înalte de suicidalitate sunt asociate cu TSPT. TSPT cauzează morbiditate pe termen lung din cauza problemelor de relații interpersonale, problemelor parentale, furiei sporite, consumului crescut de alcool, problemelor legate de locul de muncă. De asemenea, este asociată cu o rată înaltă de probleme medicale, precum problemele cardiovasculare, boli respiratorii, probleme metabolice, probleme neurologice și probleme ale articulațiilor și oaselor.

9.3 Factorii de risc pentru TSPT

Persoanele care prezintă un risc mai mare de a dezvolta tulburări mintale pe termen lung asociate cu traume trebuie identificate din timp. Pasul cel mai important în detectarea timpurie este evaluarea acestora prin prisma factorilor de risc. Cei care au factori de risc trebuie să fie monitorizați minuțios în cadrul îngrijirilor de menținere. Există o serie de factori de risc bine determinați, care pot contribui la dezvoltarea TSPT (Sareen, 2014).

Tabelul 9.1 Factorii de risc pentru TSPT

Factori pre-traumă	Factori asociați traumei	Factori post-traumă
Sex feminin	Frica percepută de moarte	Ritm cardiac înalt
IQ scăzut	Traumă de abuz	Suport social redus
Expunere anterioară la traumă	Severitatea traumei	Stres financiar

Istoric familial de tulburare psihică	Vătămare corporală	Gravitatea durerii
Istoric personal de tulburare psihică		Internare în unitatea de terapie intensivă
Factori de personalitate		Leziuni cerebrale
Genetica		Disociere peri-traumatică
		Tulburare acută de stres

Alți factori de risc care au fost raportați includ: abilități slabe de a face față (de coping), pierderea membrilor familiei și amputarea membrelor. Accentuăm încă o dată: persoanele cu factori de risc trebuie monitorizate îndeaproape după traumă pentru a trata simptomele imediat ce apar, fie de către asistența medicală primară sau de către specialiștii din domeniul sănătății mintale.

9.4 Evaluarea și gestionarea pacientului abuzat și traumatizat

După un eveniment potențial traumatizant, este recomandabil ca primele intervenții să se limiteze la psiho-educație, informând persoana despre reacțiile normale la traume și sfătuind pacientul să se abțină de la consumul (mai mare) de alcool și droguri. Tabelul de mai jos oferă o imagine de ansamblu a săptămânilor ulterioare. În primele două săptămâni, este important să privim amintirile (flashback-urile), schimbările de dispoziție și tulburările de somn ca o reacție normală la un eveniment traumatizant.

Primele zile după expunere	→	Psiho-educație privind reacțiile normale Descurajați consumul de alcool și droguri
Până la 2 săptămâni după expunere	→	Psiho-educație privind importanța suportului din partea rețelei neformale
După 4 nopți consecutive cu somn perturbat	→	Tratament cu un medicament non-benzodiazepinic, de ex. zopiclonă
Plângeri care persistă mai mult de 3 săptămâni și care provoacă limitări semnificative	→	Luați în considerare acordarea îngrijirilor specializate de sănătate mintală Începeți cu ISRS
Fără efect la 3 luni după începerea tratamentului medicamentos	→	Referiți către serviciile specializate de sănătate mintală

Trauma creează o suferință psihică imensă din cauza expunerii la violență, fricii de moarte și sentimentelor de lipsă de control. În faza acută, pacienții pot avea o serie de reacții emoționale, inclusiv simptome de stres acut, anxietate, suferințe

extreme, șoc, amorțeală, neîncredere, simptome fizice, așa ca pierderea poftei de mâncare, tulburări de somn, dureri, frică de sine și de alții, precum și depresie. Este important pentru ei să recunoască faptul că multe dintre aceste reacții sunt reacții normale la evenimente extrem de neobișnuite și anormale și că, pentru majoritatea persoanelor, reacțiile se vor diminua și atenua cu timpul. Pentru majoritatea oamenilor, recuperarea se face spontan și ei pot reveni la viața cotidiană normală. Prin urmare, încurajarea pacienților să mizeze pe abilitățile lor de a face față (coping), de rând cu acordarea suportului social pot fi suficiente pentru a-i ajuta să-și depășească experiențele amenințătoare. Studiile au arătat că, în timp, majoritatea persoanelor expuse la traume se recuperează fără intervenții psihologice formale.

Atunci când evaluați pacientul, în orice stadiu, este important să explorați care sunt plângerile prezente și care sunt abilitățile sale de coping. Următoarele patru întrebări sunt utile la efectuarea evaluării individuale:

1. Ce s-a întâmplat?
2. Ce știți despre vulnerabilitatea și reziliența Dvs.?
3. Care este scopul Dvs.?
4. De ce aveți nevoie?

Nu orice pacient este capabil să înțeleagă relația dintre plângerile sale și evenimentul traumatizant. Rușinea sau vinovăția pot duce la o manifestare somatică și pacientul se poate abține să-și dezvăluie plângerile psihologice. Un interviu clinic care poate fi utilizat este Scara semi-structurată PTSS administrată de clinician (CAPS) (Weathers et al., 1995) as well as to provide a measure of PTSD symptom severity. The structure corresponds to the DSM-IV criteria, with B, C, and D symptoms rated for both frequency and intensity; these two scores are summed to provide severity ratings. Additional questions assess Criteria A, E, and F. The CAPS-IV also inquires about associated features of guilt and dissociation; the latter allow the interview to be used for assessment of Acute Stress Disorder (e.g., Creamer et al., 2004; O'Donnell et al., 2004).

9.5 Intervenții psihologice

Principiile de gestionare a reacțiilor psihiatrice în urma unor traume prevăd oferirea suportului psihosocial timpuriu și prevenirea morbidității psihiatrice pe termen mediu-lung. Pentru toți lucrătorii din domeniul sănătății, care lucrează cu reacțiile psihiatrice în urma traumelor, este util să aibă un cadru conceptual pentru a înțelege care sunt necesitățile de tratament ale persoanelor care au trecut prin situații traumatizante.

9.5.1 Consilierea în situație de criză

Consilierea în situație de criză este o formă de intervenție care poate fi realizată de specialiști instruiți în crizele situațiilor acute de dezastru (Reyes, Elhai, & Ford, 2008). Pe lângă intervențiile specifice descrise mai sus, unele măsuri generale pot contribui la atenuarea efectului traumei. Acestea includ: mobilizarea resurselor co-

munitare și religioase, de rând cu familia și alt suport social; oferirea informațiilor factuale victimelor și populației mai vaste; diseminarea informațiilor despre simptomele psihologice obișnuite și modalitatea de a le gestiona în urma unui incident de teroare prin utilizarea mijloacelor de informare scrise, sociale și audiovizuale; educarea profesorilor pentru a-i putea ajuta pe copii să facă față traumei; și prevenirea distresului în masă prin reflectare responsabilă de către mass-media.

9.5.2 Primul ajutor psihologic (PAP)

Dezbaterile privind modalitatea optimă de planificare și tipul de îngrijiri psihosociale care urmează a fi prestate la scurt timp după evenimentele traumatizante continuă încă. A fost elaborată o serie de modele de prim ajutor psihologic pentru a răspunde necesităților persoanelor în perioada imediat următoare după dezastru și evenimente traumatizante. Comparativ cu alte abordări, PAP are în special un accent de susținere și psiho-educational, mai degrabă decât psihoterapeutic. Scopul este de a aborda necesitățile inițiale ale celor afectați prin evaluarea necesităților și preocupărilor acestora, oferindu-le îngrijiri și suport practic, ajutându-le acestor oameni să-și acopere necesitățile de bază (cum ar fi alimentele, apa și adăpostul), ascultându-i, consolându-i și ajutându-i să se simtă calmi, ajutându-i să se conecteze la informații, servicii și suporturi sociale și protejându-i de alte prejudicii (OMS 2011). Se consideră că primul ajutor psihologic dispune de strategii mai adecvate, având o probabilitate mai joasă de a prejudicia, așa ca intervențiile precoce post-traumă, cum ar fi debriefing-ul psihologic.

9.5.3 Debriefing-ul psihologic (DP)

Debriefingul psihologic este o intervenție structurată de grup folosită în urma unui eveniment traumatizant. A fost implementat pe larg în rândul persoanelor care lucrează în organele de poliție, serviciile de pompieri, medicina de urgență și instituțiile militare. Conceptul care stă la baza DP este că toate persoanele care au trecut prin același eveniment traumatizant au necesități similare. De-a lungul anilor, a devenit evident că DP are dezavantaje și deficiențe. Deoarece nu include o componentă de evaluare, nu poate fi adaptat la necesitățile individuale ale fiecărei persoane. În general, DP include o singură ședință sau un număr limitat de ședințe pe parcursul a câteva ore și nu prevede o procedură de follow-up sau pași pentru a stabili care persoane au nevoie de mai mult suport. Mai multe studii au arătat că DP nu reduce riscul de a dezvolta o tulburare de stres post-traumatic, anxietate sau simptome depresive. În plus, unele studii au demonstrat că DP poate agrava simptomele existente (Sijbrandij, 2006). În prezent, DP nu mai este o procedură standard recomandată.

9.5.4 Tratamentul psihologic și psihoterapeutic

Tratamentul de expunere este considerat drept standardul de aur al tratamentului TSPT, atât imaginar, cât și in vivo. Acesta este un proces de descriere în detalii a evenimentului, care poate fi comparat cu un film redat fragment cu fragment. În acest proces, emoțiile sunt explorate și atenuate. Există diferite variante ale terapiei

de expunere: desensibilizarea și reprocesarea prin mișcarea ochilor (EMDR), terapia cognitiv-comportamentală, terapia expunerii narative și psihoterapia eclectică scurtă. Toate acestea au un element comun – expunerea (Sareen, 2014).

9.5.5 Creșterea post-traumatică (CPT)

În pofida suferințelor psihice extreme pe care persoanele le pot avea în urma unei traume majore, s-a văzut că, beneficiind de suport adecvat, poate exista și „creștere post-traumatică”. CPT poate fi definită ca „experiența schimbărilor pozitive care au loc ca urmare a luptei cu crizele de viață extrem de provocatoare”. Luptând pentru a face față traumei, persoanele pot dezvolta „interpretări alternative ale crizei, beneficii percepute sau un nou sens și scopuri ale vieții”. Aceste schimbări pozitive pot include dezvoltarea noilor viziuni și creșterea personală care, cu timpul, pot contracara efectele negative ale traumei (Pat-Horenczyk & Brom, 2007).

Cercetările au arătat că CPT se caracterizează, în general, prin trei aspecte majore:

- relații interpersonale mai semnificative
- noi viziuni asupra sinelui
- schimbarea viziunii despre lume (inclusiv schimbarea viziunilor politice)

De asemenea, persoanele apreciază mai mult viața și dau o apreciere mai mare sănătății.

9.6 Farmacoterapie

Farmacoterapia poate fi utilă în tulburările psihiatrice asociate cu traume. În perioada inițială după o traumă, pot fi necesare medicamente pentru somn și anxietate excesivă. Ulterior, medicamentele pot fi necesare pentru simptomele TSPT sau depresiei clinice majore. Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS), așa ca fluoxetina, sertralina și paroxetina și ISRN, cum ar fi venlafaxina ajută la toate grupurile de simptome ale TSPT, anxietății și depresiei. Faptul că există un grad înalt de comorbiditate dintre TSPT și depresia majoră face ca administrarea antidepresivelor să fie deosebit de utilă. Dovezile sugerează, de asemenea, că utilizarea extensivă a ISRS, dincolo de faza acută, poate îmbunătăți în continuare simptomele și preveni recidiva. Limitarea lor înseamnă întârzierea debutului îmbunătățirii stării. Benzodiazepinele (clonazepam, alprazolam și temazepam) pot fi utile ca medicamente adjuvante pentru persoanele cu tulburări de somn, iritabilitate, anxietate și alte simptome de hiperexcitabilitate. Trazadona și zopiclona pot fi de asemenea utilizate la persoanele cu probleme de somn. Agoniștii alfa-2-adrenergici cu acțiune centrală, așa ca clonidina și alfa-1 adrenoblocantele, așa ca prazosina sunt utili pentru insomnie, coșmaruri, flashback-uri, hiper-vigilență și agitație. Există unele dovezi privind eficacitatea antipsihoticelor atipice (olanzapină și risperidon) ca medicație adjuvantă la persoanele cu agitație, flashback-uri severe și anxietate (Sareen 2014).

9.7 Bibliografie și lecturi ulterioare

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. Fifth Edition.
- Balasinorwala, V.P. et al. (2010). Acute stress disorder in hospitalized victims of 26/11-terror attack on Mumbai, India. *Journal of the Indian Medical Association*
- Bryant, R. A. (2011). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatizant stress disorder: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/JCP.09r05072blu>
- Bryant, R. A. (2016). Acute stress disorder. In P.R. Casey & J. J. Strain (Eds.) *Trauma- and stressor-related disorders: A handbook for clinicians* (pp. 81-98). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Dückers, M. et al. (2016). A vulnerability paradox in the cross-national prevalence of post-traumatizant stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 209, 300-305
- Pat-Horenczyk, R., & Brom, D. (2007). The multiple faces of post-traumatizant growth. *Applied Psychology*. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00297.x>
- Reyes, G., Elhai, J. D., & Ford, J. D. (2008). *Assessment of trauma exposure*. *The Encyclopedia of Psychological Trauma*. <https://doi.org/10.1002/9781118269947>
- Sareen, J. (2014). Posttraumatizant stress disorder in adults: Impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/070674371405900902>
- Sijbrandij, M. et al. (2006): Emotional or educational debriefing after psychological trauma: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 150-155
- Weathers, F., Newman, E., Blake, D., Nagy, L., Schnurr, P., Kaloupek, D., ... Keane, T. (1995). Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS). *Boston (Mass)*. <https://doi.org/10.1037/t00072-000>
- Wilcox, H. C., Storr, C. L. & Breslau, N. (2009). Posttraumatizant stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban American young adults. *Archives of General Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.557>
- World Health Organisation (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*

Capitolul 10: Urgențele psihiatrice în afecțiunile medicale

Dr. med. Karel Kraan, Servicii de ambulatoriu, Luzerner Psychiatrie, Elveția

10.1 Introducere

Simptomele psihiatrice nu sunt specifice unei anumite boli și pot fi cauzate de diverse afecțiuni fizice și psihiatrice. Disfuncția creierului cauzată de anumite afecțiuni medicale și neurologice poate produce, în general, orice simptom psihiatric. Este important să se țină cont de acest lucru la examinarea unui pacient internat în serviciul de urgență din cauza simptomelor psihiatrice, altfel vor fi interpretate greșit diagnosticele de bază importante. De exemplu, un pacient agitat și cu halucinații, care se confruntă cu delir de persecuție, este deseori greșit considerat ca fiind psihotic. Acesta poate suferi de un delir. Bolile fizice pot provoca simptome de depresie, anxietate, apatie, impulsivitate, delir, halucinații, stări psihotice și maniacale, schimbări ale personalității și disfuncții sexuale. Dacă nu sunt evaluate minuțios, schimbările în starea psihică ca urmare a unei afecțiuni medicale pot fi atribuite incorect unei tulburări psihiatrice.

Prin urmare, fiecare pacient internat în secția de urgență care prezintă simptome psihiatrice urmează să fie

- supus unei scurte, dar ample evaluări medicale,
- inclusiv istoricul medical detaliat,
- unui examen fizic și neurologic,
- unei evaluări cognitive de bază,
- în caz de necesitate, se vor efectua teste de laborator.

Simptomele psihiatrice care sunt secundare afecțiunii medicale deseori pot fi rezolvate, dacă este tratată corespunzător afecțiunea medicală de bază. De asemenea, este posibil ca simptomele psihiatrice și afecțiunile medicale să apară simultan, fără însă să existe legături directe între ele. În afară de aceasta, este bine-cunoscut faptul că pacienții psihiatrici au, în multe cazuri, un nivel mai ridicat de comorbiditate medicală și mortalitate.

Aspectele-cheie pentru a distinge simptomele psihiatrice cauzate de o tulburare psihiatrică față de cele cauzate de o afecțiune medicală sunt (Welch, 2018):

- la toți pacienții medicali care prezintă simptome psihiatrice cu debut nou se stabilește un diagnostic de delir până când se dovedește contrariul
- evaluarea cognitivă este esențială pentru identificarea delirului, cu deficiențe deosebit de sensibile în testele de atenție susținută
- stările psihiatrice se dezvoltă de obicei insidios, nu în câteva ore sau zile.

Delirul este discutat mult mai detaliat în Capitolul 2.

10.2 Unele afecțiuni medicale frecvente care pot provoca simptome psihotice

Tabelul următor rezumă afecțiunile medicale care se pot manifesta cu simptome psihotice (Griswold 2015, Riba 2010):

	Tulburarea medicală
<i>Boli endocrine</i>	Boala Cushing Hipertiroidism Diabetul zaharat
<i>Boli neurologice</i>	Convulsii (interictale sau postictale) Demență (halucinații vizuale, în special în demența cu corpi Lewy) Boala Huntington Scleroza multiplă Boala Parkinson
<i>Boli maligne</i>	Cancer cerebral primar sau metastatic Teratom ovarian Cancer pulmonar cu celule mici
<i>Boli infecțioase și inflamatorii</i>	Infecții sistemice și ale SNC HIV/SIDA Sifilis terțiar Septicemie Lupus eritematos sistemic
<i>Traume</i>	Leziuni ale capului
<i>Boli metabolice</i>	Encefalopatie hepatică (insuficiență hepatică acută sau cronică) Tulburări electrolitice (legate de insuficiență renală, tulburări alimentare, polidipsie psihogenă) Hipo- sau hiperglicemie Hipoxie „Psihoza UTI”
<i>Medicamente</i>	Steroizi Interferon Levetiracetam Agoniștii dopaminei Interacțiuni medicamentoase Sevrajul la medicamente Abuz de substanțe Sevrajul la substanțe
<i>Alte boli</i>	Boala Wilson Porfirie acută intermitentă Lipsa somnului

10.3 Afecțiuni medicale asociate cu dispoziția deprimată

Tabelul următor rezumă afecțiunile medicale care se pot manifesta cu simptome de dispoziție deprimată și anxietate (adaptat după Cosci 2015, Riba 2010):

	Tulburarea medicală
<i>Boli endocrine</i>	Boala Cushing Boala Addison Hipotiroidism Hipertiroidism Diabet Hiperparatiroidism
<i>Boli neurologice</i>	Scleroză multiplă Meningioame Boala Parkinson Accident vascular cerebral (în special, subcortical) Demența Boala Huntington
<i>Boli maligne</i>	Cancer cerebral primar sau metastatic Cancer pancreatic Cancer pulmonar Cancer gastric
<i>Boli infecțioase și inflamatorii</i>	Hepatita Gripa Mononucleoza Lupus eritematos sistemic HIV/SIDA Tuberculoză
<i>Traume</i>	Leziuni ale capului
<i>Tulburări metabolice</i>	Tulburare convulsivă Anemie Tulburări electrolitice Deficit de vitamina B12 și alte deficiențe nutriționale Uremie
<i>Medicamente/Toxine</i>	Barbiturice Benzodiazepine Levodopa Blocante beta-adrenergice Intoxicație cu plumb și alte metale grele
<i>Alte boli</i>	Infarct miocardic Boala Wilson

10.4 Afecțiuni medicale asociate cu o stare de dispoziție ridicată

Tabelul următor rezumă afecțiunile medicale care se pot manifesta cu simptome de stare de dispoziție ridicată și anxietate (adapted from Riba 2010):

	Tulburarea medicală
<i>Boli endocrine</i>	Boala Cushing Hipertiroidism
<i>Boli neurologice</i>	Scleroză multiplă Demență
<i>Boli maligne</i>	Cancer cerebral primar sau metastatic
<i>Boli infecțioase și inflamatorii</i>	Encefalită Meningita Sifilisul sistemului nervos central Lupus eritematos sistemic HIV/SIDA Hepatita Gripa Mononucleoza
<i>Traume</i>	Leziuni ale capului
<i>Tulburări metabolice</i>	Epilepsie Hipoglicemie Tulburări electrolitice Uremie Hemodializa Deficitul de vitamina B3 Deficitul de vitamina B12
<i>Medicamente/Toxine</i>	Levodopa Metilfenidat Glucocorticoizi Captopril Intoxicație cu plumb și alte metale grele Amfetamină Cocaină
<i>Alte boli</i>	Boala Wilson Vasculită primară a sistemului nervos central Vasculită sistemică Lipsa somnului

10.5 Afecțiuni medicale asociate cu simptome de anxietate

Pentru o prezentare generală, a se vedea Capitolul 5.

10.6 Lecturi suplimentare și bibliografie

- Cosci, F. et al.: Mood and Anxiety Disorders as Early Manifestations of Medical Illness: A Systematic Review. *Psychother Psychosom* 2015; 84:22–29, DOI: 10.1159/000367913
- Griswold K. et al.: Recognition and differential diagnosis of psychosis in primary care. *American Family Physician*, Vol. 91, No 12, 856-863, June 2015
- Newhill, C.: Psychiatric Emergencies: Overview of Clinical Practice and Clinical Practice. *Clinical Social Work Journal*, Vol. 17. No. 3, Fall 1989
- Reeves R., et al.: Unrecognized physical illness prompting psychiatric admission. *Annals of Clinical Psychiatry*, Vol. 22, No. 3, August 2010
- Riba M., Ravindranath, D. (eds): *Clinical Manual of Emergency Psychiatry*, 2010, American Psychiatric Publishing Inc., Washington D.C.
- Welch K. et al.: When psychiatric symptoms reflect medical conditions. *Clinical Medicine* 2018 Vol 18, No 1: 80–7

Capitolul 11. Urgențele în psihiatria copiilor și adolescenților

Autori: Jana Chihai

Dr. med. Karel Kraan, Servicii de ambulatoriu, Luzerner Psychiatrie, Elveția

11.1 Introducere

Urgențele psihiatrice la copii sunt situațiile în care există o amenințare potențială pentru siguranța și/sau bunăstarea copilului și a familiei. Aceste urgențe sunt de obicei caracterizate prin simptome intense, pericol perceput, un sentiment de urgență și perceperea unui rezultat catastrofal imediat (Martin, Volmar și Lewis, 2007). Funcționarea și starea de bine a copiilor depind foarte mult de mediul lor: familie, școală și comunitatea în care trăiesc. Urgențele psihiatrice la copii reprezintă, de obicei, unele disfuncții în unul sau mai multe dintre elementele acestui sistem delicat echilibrat. Ele sunt în mare parte rezultatul unor procese complexe, continue și au o istorie lungă de dificultăți emoționale și comportamentale, nefiind evenimente discrete subite (Scivoletto, 2010).

În contextul unei urgențe psihiatrice, rareori copilul nu prezintă semne de avertizare anterioare, deoarece un copil aflat în criză reflectă de obicei o familie sau un sistem comunitar aflat în criză. Persoanele care pot defini o situație ca una de urgență sunt părinții sau tutorii copilului sau alți adulți din mediul de care depinde copilul.

11.2 Situații frecvente și factori catalizatori care duc la urgențe psihiatrice la copii și adolescenți în mediile cu resurse reduse

Urgențele psihiatrice la copii și adolescenți apar, în general, ca urmare a agravării unei tulburări psihiatrice preexistente, a unor experiențe traumatizante acute sau a complicațiilor unei stări sau tratament medical. Mai jos, sunt prezentate câteva exemple de astfel de situații:

- Tulburările psihiatrice preexistente ar putea constitui o urgență în cazul unei recidive sau agravării simptomelor. Un adolescent cu tulburare bipolară ar putea manifesta un comportament perturbator și agresiv fizic în timpul unui episod maniacal acut, prezentând un risc de auto-vătămare, vătămare a altora și/sau prejudiciere a proprietății.
- Unele manifestări pot să nu aibă vreo legătură cu stările psihiatrice anterioare, dar ar necesita o intervenție psihiatrică din cauza expunerii copilului sau adolescentului la o situație traumatizantă.
- Tulburările precum epilepsia rămân predominante în mediile cu resurse reduse.
- Reacțiile acute la medicamente, așa ca antipsihoticele „tipice”, pot constitui o urgență psihiatrică la copii.

11.3 Evaluarea și examinarea stării psihice

- La interviuarea copilului, se va ține cont de vârsta și nivelul de dezvoltare

al acestuia. Copiii mai mici sunt, în general, mai puțin expliciti.

- Copilul poate să fi generat o criză și poate dori să vorbească despre aceasta sau poate fi reticent ori retras. Copilul se poate simți forțat să se trateze.
- Este important să nu fiți conflictuali sau acuzatori față de copil, indiferent cât de rău este comportamentul acestuia.
- Observați care este relația copilului cu membrii familiei și în ce măsură copilul este de acord referitor la problemele ce trebuie abordate și cum urmează să fie abordate.

Astfel, profesioniștii trebuie să utilizeze abilități de interviuare și observație, care să încurajeze copilul să vorbească, precum și să acorde atenție atât indicilor verbali, cât și celor nonverbali. Este important să încercați să intervievați confidențial adolescenții și copiii mai mari pentru a-i încuraja să vorbească liber despre preocupările lor.

Atunci când evaluați starea psihică a unui copil sau adolescent (Martin, Volmar și Lewis 2007), este important să fiți atenți la următoarele aspecte:

- Semne de dezorientare, confuzie și niveluri fluctuante ale conștiinței
- Agitație sau retardare psihomotorie, neastâmpăr
- Semne neurologice, cum ar fi vorbire neclară, ataxie și apraxie
- Stare de spirit depresivă sau supărare, labilitatea stării de spirit
- Incoerența gândirii și a vorbirii
- Ideeație suicidară sau omucidară
- Amenințări sau ideeație agresivă
- Tulburări de percepție
- Impulsivitate
- Memorie deteriorată
- Raționament și intuiție slabă
- Inteligență limitată
- Stare intoxicată? De exemplu, un comportament ciudat, asociat cu confuzie, comă sau schimbări respiratorii sau circulatorii ar trebui să genereze suspiciuni privind probleme de consum de substanțe.

11.4 Principii de gestionare a urgențelor psihiatrice la copii

Urgența sau criza prezintă o oportunitate de intervenție și schimbare. Deși stabilirea unui diagnostic precis este esențială, uneori plângerea pe care o are copilul are o însemnătate redusă pentru diagnosticul și managementul psihiatric, fiind doar un semn al distressului copilului. În unele cazuri, criza poate fi gestionată cel mai eficient prin gestionarea psihopatologiei parentale.

La elaborarea planului de tratament, profesioniștii din domeniul sănătății analizează cele trei dimensiuni ale modelului biopsihosocial pentru a evalua situația copilului, părintelui sau a altui îngrijitor.

- Asigurați siguranța copilului și a celor din jur și aveți grijă ca copilul să fie protejat împotriva auto-vătămării sau a unui mediu abuziv.

- Este esențial să se stabilească comunicarea cu copilul, precum și între copil și familie.
- Uneori, copilul este „pacientul identificat” într-o familie cu multiple probleme și nu trebuie să fie făcut țapul ispășitor pentru problemele din familie.

11.5 Urgențele psihiatrice specifice la copii

11.5.1 Delirul

Delirul apare la copiii bolnavi critic din întreaga lume. Aceasta este o tulburare a conștiinței și a cunoașterii, care se dezvoltă acut și are o evoluție fluctuantă, caracterizată prin neatenție și abilitate deteriorată de a primi, prelucra, stoca sau reaminti informații. Delirul pediatric poate fi extrem de subtil și, în manifestările sale clinice, poate fi complicat de variabilitatea dezvoltării. Poate fi, de asemenea, asociat cu alte simptome neuro-psihiatrice, cum ar fi acțiuni fără scop, inconsolabilitate și semne de dereglare autonomă (Smith, 2009).

Abordarea clinică a delirului

Abordarea clinică față de prevenirea sau tratarea delirului poate varia și poate fi determinată de obiective diferite, inclusiv următoarele:

- Controlul factorilor de risc catalizatori (infecție, anomalii electrolitice, lipsa somnului și expunerea la medicamente sau substanțe)
- Managementul simptomelor delirului (psihoză și/sau agitație)
- Tratamentul delirului prin rezolvarea cauzei de bază.

Managementul psihosocial

Menținerea unui mediu cât mai aproape de normal posibil în cadrul spitalului permite orientarea consecventă a pacientului și ajută la liniștirea copilului (Martin, Volmar și Lewis, 2007). Strategiile utilizate în lucrul cu copiii bolnavi critic cu delir includ următoarele:

- Încercați să vă asigurați că părinții sau îngrijitorii copilului sunt prezenți.
- Copilului trebuie să i se arate în mod regulat imagini cu persoane și obiecte cunoscute.
- Redarea muzicii cunoscute poate ajuta copilul.
- Dacă este posibil, pentru gestionarea comportamentală a copilului, va fi implicat un specialist în domeniul sănătății mintale a copilului și adolescentului.

Managementul medicamentos al delirului

- Deși medicamentele utilizate pentru a gestiona delirul pot controla pe termen scurt agitația și comportamentul perturbator, acestea au efecte psiho-actiive adverse care pot agrava starea aparatului senzorial al pacientului și pot provoca deficiențe cognitive de durată. Haloperidolul este un agent antipsihotic convențional utilizat frecvent pentru tratamentul delirului. Totodată, în delirul hipoactiv, care este asociat cu epuizarea dopaminei versus exces, tra-

tamentul cu haloperidol poate agrava severitatea delirului și poate prelungi retardarea psihomotorie sau chiar poate genera trăsături catatonice.

- În cadrul tratamentului cu haloperidol, aproape 10% din copii și adolescenți au dezvoltat o distonie acută (Unitatea de Terapie Intensivă Pediatrică din Rotterdam, Olanda), prin urmare, sunt necesare măsuri de precauție, ca și în cazul disponibilității biperidenului (0,05 mg iv per doză, administrat, dacă este necesar, la fiecare 15 minute, până la dispariția simptomelor).
- Antipsihoticile atipice, așa ca risperidona, olanzapina și ziprasidona, sunt considerate drept alternative la haloperidol în tratamentul delirului. Beneficiile clinice potențiale ale acestei clase de medicamente includ impactul lor global asupra receptorilor dopaminei, precum și efectele lor asupra serotoninei, acetilcolinei și neurotransmisiei norepinefrinei (Sorrentino, 2004).

Tabelul 11.1 Dozajul pentru risperidonă sau haloperidol (oral) (protocolul olandez)

Masa	Doza inițială*	Dozaj	Dozaj maxim
<45 kg	0.02 mg / kg	0.01-0.08 mg/kg/zi în 2 prize	4mg/zi
>45 kg	0.5-1mg /kg	0.01-0.08mg/kg/zi în 2 prize	6 mg/zi
Adulți	2mg /zi în 2 prize	1-6 mg/zi	Lipsește dovezile pentru dozaje >6mg/zi

* Doza inițială de două ori pe zi, cu un interval de cel puțin o oră între ele. Ulterior, examinați efectul și efectele secundare.

Pentru pacienții cu insuficiență hepatică și renală severă, doza de risperidonă trebuie redusă cu 50% și va fi luată mai mult timp pentru a atinge doza țintă. Nu combinați soluția de risperidonă cu cafeaua sau ceaiul.

11.5.2 Agitație, agresivitate și violență

Agitația este un simptom care se manifestă frecvent în multe stări psihiatrice și se consideră drept o urgență psihiatrică. Caracteristicile de bază descrise în general sunt:

- Neastâmpăr și activitate motrice excesivă sau semi-intenționată
- Iritabilitate
- Reacție sporită la stimuli interni și externi
- Evoluție instabilă

Tabelul 11.2: Cauzele agresivității la copii și adolescenți

- Reacție la conflictele interpersonale și dificultățile din mediul lor (parenting inconsecvent sau abuziv, lipsa unei discipline adecvate)
- Psihoză / schizofrenie
- Tulburare bipolară
- Depresie
- ADHD sever (tulburare de hiperactivitate cu deficit de atenție)
- Abuz de substanțe
- Tulburare convulsivă

Sursa: Adaptată în baza Psihiatriei copilului și adolescentului după Lewis (Martin, Volmar și Lewis 2007)

Managementul agresivității la tineri

- Adolescenților agresivi sau agitați trebuie să li se acorde delicat asistență și suport. Mai întâi, ei trebuie gestionați prin abordarea de tip „discuție de de-escaladare” („talking down”) și intervenții comportamentale.
- Dacă sunt instruite corespunzător, nursele pot utiliza metoda „Rezistenței nonviolente” dezvoltată de Haim Omer (Omer, 2008).
- Dacă metodele de mai sus se dovedesc a fi ineficiente, la următoarea linie de management se va examina oportunitatea imobilizării chimice (medicamentease).
- Imobilizarea fizică se va utiliza doar atunci când metodele mai puțin restrictive eșuează și există un pericol iminent pentru siguranța copilului sau adolescentului sau a altor persoane.
- În perioada când se utilizează imobilizarea fizică, copilul sau adolescentul trebuie monitorizat pentru a nu admite obstrucția căilor respiratorii, modificări în respirație, reducerea circulației sau modificări ale temperaturii corpului.

Farmacoterapia de urgență la tinerii agresivi

- Agenții antipsihotici de primă generație, așa ca haloperidolul și clorpromazina, sunt cele mai ușor disponibile medicamente. Modul de administrare în caz de urgență depinde de gravitatea simptomelor țintă, de cooperarea copilului și de formulele medicamentoase disponibile (Murder 2010). Calea orală este metoda preferată, deoarece este mai puțin invazivă și li permite copiilor afectați să participe la exercitarea unui anumit nivel de control asupra comportamentului lor. Preparatele lichide sunt preferabile pastilelor, deoarece acestea nu pot fi ascunse în gura copilului, iar absorbția este astfel mai bine garantată. Calea intramusculară poate fi utilizată atunci, când este necesar un debut mai rapid al acțiunii, iar pacientul este necooperant la administrare orală sau intravenoasă. Haloperidolul poate fi administrat atât oral, cât și parenteral.

Tabelul 11.3 Doza de haloperidol la copii și adolescenți (protocolul olandez)

Haloperidol. 6-12 ani

- Doza inițială - 0.01-0.025 mg/kg/zi în 1-2 prize
- Doza de menținere: doza inițială + 0.25-0.5 mg extra săptămânal, 1-2 prize, dozaj maximal - 0.15 mg/kg/zi, titrare până la 0.05-0.075 mg/kg/zi
- Dozaj maxim - 0.15 mg/kg/zi

Haloperidol, 12-18 ani

- Doza inițială - 0.01 - 0.025 mg/kg/zi în 1-2 prize
- Doza de menținere: doza inițială + 0.25-0.5 mg extra săptămânal, 1-2 reprize, dozaj maxim - 0.15 mg/kg/zi, titrare până la 1-5 mg /zi în 1-2 prize
- Dozaj maxim 0.15 mg/kg/zi*

* Protocolul olandez

- Antipsihoticele de a doua generație, de exemplu olanzapina, sunt opțiuni suplimentare de tratament disponibile pentru controlul agresivității. În general, acestea sunt mai bine tolerate și sunt mai puțin susceptibile de a provoca evenimente adverse, așa ca distonia acută și Parkinsonismul indus de medicamente, decât haloperidolul.
- Benzodiazepinele pot fi de asemenea folosite pentru a controla agresivitatea. Totodată, acestea trebuie evitate în cazurile când se suspectează utilizarea altor medicamente, în special în tulburările în care există depresia sistemului nervos central, din cauza riscului de interacțiuni medicamentoase și depresie respiratorie. Doar formulele orale ale benzodiazepinelor, cum ar fi lorazepam, sunt în prezent aprobate pentru copii.
- Utilizarea altor medicamente depinde de diagnosticul specific (de exemplu, convulsii, psihoză și tulburări de comportament).

11.5.3 Auto-vătămarea deliberată și tentativa de suicid

Comportamentul suicidar la tineri este recunoscut ca o problemă importantă de sănătate și socială și este acum printre primele cinci cauze de deces în rândul tinerilor din întreaga lume. Este una dintre cauzele principale ale referirilor de urgență din lume, deși este mai puțin frecvent în rândul pre-adolescenților, decât printre adolescenți. Descifrarea comportamentului unui copil, care are intenția de auto-vătămarea, poate fi dificilă. În general, se consideră că copiii mai mici nu au logica sau abilitățile cognitive de a planifica, înțelege consecințele și a urma pregătirea pentru suicid. Metoda folosită pentru suicid dezvăluie puterea intenției, utilizarea armelor de foc, spânzurarea și strangularea indicând o intenție mai puternică, decât o supradoză de droguri (Schaffer, 2007).

Amenințările și comportamentul de sinucidere pot reflecta un strigăt de ajutor și pot fi legate de atingerea unui alt obiectiv decât auto-vătămarea. Comportamentul

suicidar poate fi cauzat și de problemele de comunicare din familia copilului. Astfel, unii copii ajung să se sinucidă. Prin urmare, este important să se identifice cei care prezintă un risc sporit. La efectuarea unei evaluări, este important să se identifice factorii de risc descriși în tabelul următor.

Tabelul 11.4 Factorii de risc de suicid și auto-vătămare

- **Vârsta:** riscul de suicid și auto-vătămare este redus la copiii prepubertari și crește în perioada adolescenței medii și mari.
- **Sexul:** băieții prezintă un risc mai mare de suicid, deși fetele fac de trei ori mai multe tentative de suicid.
- **Prezența depresiei:** depresia majoră cu simptome de însoțire, așa ca stimă de sine redusă, deznădejde, neputință, singurătate și sentimentul de vinovăție pot fi factorii de risc cei mai importanți.
- **Prezența unei tulburări de comportament:** băieții cu un comportament antisocial sunt mai predispuși să se vatăme pe sine și pe alții, mai ales dacă fac abuz de alcool și droguri. Raționamentul deficient și problemele de control al impulsurilor sunt asociate cu consumul de droguri și pot fi mortale.
- **Tentative anterioare de suicid:** tentativele anterioare sporesc riscul de suicid.
- **Distresul în familie și evenimente de viață stresante,** cum ar fi neînțelegerile în familie, certurile.
- **Psihopatologia în familie, violența și abuzul fizic** sunt factori de risc importanți pentru ideea sau tentativele de suicid în rândul copiilor pre-adolescenți.
- **Factorii școlari:** S-a constatat că bullying-ul la școală este un factor de risc de sinucidere.

Evaluarea tinerilor suicidari

Managementul copiilor și adolescenților suicidari trebuie să implice o evaluare a comportamentului suicidar al copilului și determinarea riscului de deces sau repetiție, precum și o evaluare a diagnosticelor de bază sau a factorilor de promovare (Schaffer, Gould și Hicks 2007). Diagnosticul de bază trebuie tratat în mod corespunzător și trebuie stabilite intervenții psihosociale pentru factorii promotori.

La evaluarea comportamentului suicidar se vor lua în considerare următoarele:

- Metoda folosită, inclusiv letalitatea acesteia
- Intenția tânărului/tinerei și perceperea letalității
- Factorii care au accelerat tentativa
- Gradul de planificare a efectuării tentativei
- Șansă de salvare
- Dezvăluirea tentativei
- Frecvența și durata ideeației suicidului înainte și după tentativă

11.5.4 Abuzul fizic și sexual asupra copilului

Atât abuzurile fizice, cât și cele sexuale pot da naștere unor simptome de urgență acute sau întârziate. Abuzul poate fi evident, așa ca violul, vătămarea fizică gravă sau poate fi camuflat, așa ca incestul, abuzul fizic moderat sau neglijarea (Shipman, 2009).

Evaluarea

- Cazurile de abuz sunt identificate mai ales de către pediatri sau medici de familie. Un psihiatru pentru copii poate fi chemat să evalueze starea emoțională a pacientului și a familiei.
- Clinic, copilul abuzat poate arăta înspăimântat, evaziv și agresiv și poate adopta o poziție defensivă. Apatia, somnolența și tristețea sunt, de asemenea, trăsături frecvente.
- Nu este ceva neobișnuit ca copiii să neghe orice istoric de abuz, deși sunt unele semne clare, din cauza fricii de a fi responsabili pentru o criză familială sau din teama de a provoca viitoare agresțiuni din partea făptașului.
- Este important să urmăriți reacțiile verbale și non-verbale ale copilului în prezența diferitor membri ai familiei. O manifestare mai intensă de anxietate, frică sau agresivitate față de o anumită persoană ar putea fi un indiciu privind autorul abuzului.
- Suspiciunile de maltratare sau abuz trebuie să se bazeze pe istoricul clinic, examenul fizic și examenele imagistice diagnostice.

Managementul

Rolul unui psihiatru în cazurile de abuz este de a ajuta la identificarea unor astfel de cazuri sau de a manifesta suspiciuni atunci când aceste cazuri le sunt aduse la cunoștință, de a acorda asistență de urgență și de a comunica cu ceilalți membri ai echipei multidisciplinare.

Managementul victimelor abuzurilor trebuie să urmărească trei obiective principale:

1. Prevenirea abuzurilor ulterioare prin îndepărtarea copilului de mediul în care are loc abuzul.
2. Oferirea consolării pentru efectele evenimentului trecut, adică este necesar să tratați copilul cu înțelegere și să-i acordați suport.
3. Evaluarea necesităților emoționale, sociale și educaționale ale copilului în urma evenimentului.

11.5.5 Probleme de consum de substanțe

Deși tulburările asociate cu consumul de substanțe și alcool devin din ce în ce mai frecvente printre tineri, intoxicația acută și reacțiile la medicamente sunt manifestări mai puțin frecvente, decât psihoza și agresivitatea în mediile cu venituri mici și medii.

Evaluarea

- Comportamentul ciudat, asociat cu confuzie, comă sau schimbări respiratorii ori circulatorii ar trebui să genereze suspiciuni privind probleme asociate cu consumul de substanțe.
- Analiza urinei și sângelui
- Problemele asociate consumului de substanțe sunt deseori comorbide cu alte tulburări, așa ca depresia, psihoza și abuzul de mediu.

11.6 Bibliografie și lecturi suplimentare

- Marder, SR, Sorsaburu, S, Dimayevich, E, Karagianis, IL, Dawe, IC, Falk, DM, Dellva, MA, Carlson, JL, Cavazzoni, PA and Baker, RW (2010). Case reports of post-marketing adverse event experiences with olanzapine intramuscular treatment in patients with agitation. *J Clin Psychiatry*, 71,433-441.
- Martin, A, Volmar, FR and Lewis, M (eds) (2007). *Lewis' child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijnen: Pediatrisch delier, 01.01.2014
- Nordstrom, K and Allen, MI 2007, Managing the acutely agitated and psychotic patient. *CNS*
- *Spectr*, 12 (10 Suppl 17), 5-11.
- NICE guideline (2015). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings.
- Omer H, Schorr-Sapir I, Weinblatt U (2008). Non-violent resistance and violence against siblings. *Journal of Family Therapy*. 450-464.
- Schaffer, D, Gould, M and Hicks, R (2007). Teen suicide fact sheet. New York: Department of Child Psychiatry, New York State Psychiatric Institute, Columbia College of Physicians and Surgeons. *Child Psychiatric Emergencies* 123
- Scivoletto, S, Boarati, MA and Turkiewicz, G (2010). Psychiatric emergencies in childhood and adolescence. *Rev Bras Psiquiatr*, 32 (Suppl 2), 112-120.
- Shipman, K and Taussig, H (2009). Mental health treatment of child abuse and neglect: The promise of evidence-based practice. *Pediatr Clin North Am*, 56,417-428.
- Smith, HA, Fuchs, DC, Pandharipande, PP, Barr, FE and Ely, EW (2009). Delirium: An emerging frontier in the management of critically ill children. *Crit Care Clin*, 25,593-614.

- Sorrentino, A (2004). Chemical restraints for the agitated, violent, or psychotic pediatric patient in the emergency department: Controversies and recommendations. *Curr Opin Pediatr*, 16, 201-205.
- Author: Marco Bottelier, Director Child and Adolescent Psychiatry, GGZ Noord-Holland-Nord

Acest ghid a fost elaborat în cadrul proiectului moldo-elvețian MENSANA –
„Suport pentru reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova”

