

LBRIS

We know
books

Coordonatori:

Simona Trifu

Bogdan Patrichi

Ana Miruna Drăgoi

Psihiatrie - clinică, psihodinamică și elemente de farmacologie



Editura Medicală
București, 2021

Cuprins

1. **Introducere în psihiatrie – 7**
2. **Conceptul clasic de Narcisism. Perspective psihanalitice – 51**
3. **Conceptul clasic de Nevroză. Perspective psihanalitice – 97**
4. **Tulburările anxioase – 126**
5. **Tulburarea obsesiv-compulsivă – 136**
6. **Tulburările somatoforme și conversive. Saltul de la psihic la somatic – 146**
7. **Amnezia disociativă și Tulburarea de identitate disociativă – 171**
8. **Criterii diagnostice în schizofrenie. Între genetic, pulsional, biochimic, clinic și psihodinamic – 186**
9. **Vulnerabilitate versus fragilitate psihică în schizofrenie și tulburarea delirantă. Diagnostice diferențiale cu tulburările psihotice scurte – 209**
10. **Date generale ale episodului depresiv major – 234**
11. **Tulburările de dispoziție – 257**
12. **Suicidul – 280**
13. **Tulburările de personalitate – 302**
14. **Tulburările legate de consumul de alcool – 352**
15. **Structura psihică a pacientului toxicoman din perspectivă psihodinamică – 390**
16. **Înțelegerea factorilor genetici și a căilor neurobiologice responsabile de dependențe – 405**
17. **Patologia dementială. Diagnostice diferențiale și particularități clinice. Elemente de morfopatologie – 424**

18. **Scurt review privind clasificare morfologică și modificări în demență – 450**
19. **Neurotransmițători, neuromodelatori, structuri anatomice implicate în patologiile psihiatrice – 467**
20. **Aspecte de psihofarmacologie – 502**

Introducere în psihiatrie

Aspecte legale și etice în Psihiatrie. Aspecte istorice

În 1838, Alexandru Ghica face prima lege avizată pentru pacienții psihici, inspirat de regele Philip al Franței, în perioada lui Esquirol. O altă problemă ridicată este aceea a **globalizării** în domeniul psihiatriei, datorită multiplelor obstacole, dintre care, unele create de noi înșine, ca specialiști, altele dictate de limitele și limitările științei noastre la actualul moment de timp, obstacole ierarhice date de **mișcarea anti-psihiatrică**, încă activă. Apare necesitatea apărării juridice pentru profesioniștii din domeniul Sănătății Mintale. Încă din 1679 se vorbea despre *dreptul inalienabil al oricărei persoane asupra propriului corp*, situație în care *orice reținere împotriva voinței trebuie să fie abilitată de către organele juridice*.

Capacitatea psihică reprezintă atributul stării psihice de exercitare a drepturilor și libertăților. Se referă la un anumit moment de timp.

O internare/consultație/tratament la psihiatrie în antecedente comportă exclusiv o discuție prin prisma noțiunii de **capacitate psihică** (afectată sau nu la un anumit moment de timp), fără a putea infera asupra evoluției psihiatrice viitoare a celui în cauză.

În această situație, ar putea intra aspecte clinice de tipul: episod depresiv mediu la un pacient pilot, tratament psihiatric în perioada studenției pentru un viitor cadru didactic, procuror, etc.

Ar trebui deplasat accentul către Ministerele în cauză, ce au rețele proprii sau către rețeaua de Expertiză a Capacității de Muncă, spitalul axându-se pe latura tratamentului în episodul acut de boală.

Versiunea 2012 a Legii Sănătății Mintale. Definiri și redefiniri conceptuale

S-a renunțat la ideea că persoana dependentă de alcool este bolnavă psihic. Persoana cu tulburări psihice este considerată cea care nu este în stare să înțeleagă semnificația și consecințele comportamentului său. Aici trebuie făcută o distincție între *persoana cu tulburări psihice* și *persoana cu tulburări psihice grave, care nu înțelege semnificația și consecințele comportamentelor proprii*. În echipa de îngrijire a pacientului psihiatric este inclus și medicul internist și medicul de familie.

Elemente de etică și deontologie în psihiatrie

În desfășurarea relației pacient – medic se respectă dreptul la **confidențialitatea informațiilor** și viața privată a pacientului, de către toți membrii echipei terapeutice (medicul curant, medicul șef de secție, medicii rezidenți, psihologul și asistentul social, asistentul medical, personalul medical auxiliar). Sunt considerate excepții în cazul pacientului psihiatric, conform Legii 468/2002, următoarele:

- *** cazurile în care pacientul reprezintă un pericol pentru sine și pentru sănătatea publică;
- *** exista o dispoziție legală în acest sens;
- *** cu acordul persoanei în cauză;
- *** stabilirea vinovăției în cazul unei infracțiuni prevăzută de lege;
- *** este necesară pentru exercitarea profesiei, cu condiția respectării anonimatului persoanei.

Relația aparținător – medic/personal medical

Aparținătorii au obligația de a respecta regulamentele de ordine interioară, în salonul de supraveghere vizita se desfășoară într-un loc special amenajat, sub stricta supraveghere a personalului desemnat, cu acordul medicului de gardă/medicului curant/medicului șef de secție, dacă starea psihică actuală a pacientului permite.

Atunci când este cazul (pacienți a căror stare psihiatrică face ca datele oferite de pacient să nu fie suficient de utile, pacienți cu afecțiuni psihiatrice severe), medicul solicită aparținătorilor informații despre comportamentul anterior al pacientului, inclusiv cu referire la medicația acestuia sau orice alte

informații care ar putea fi utile în luarea celei mai bune decizii terapeutice referitoare la pacient.

După ce a examinat pacientul, medicul de gardă poate informa aparținătorii (în cazul pacienților cu afecțiuni psihiatrice severe) despre decizia medicală luată (internarea pacientului, forma de internare – voluntară sau non-voluntară, modificarea terapeutică indicată în cazul pacienților a căror stare nu necesită internare).

În cazul pacienților a căror stare psihică permite acest lucru, i se vor oferi doar pacientului informațiile necesare, rămânând la latitudinea acestuia de a comunica sau nu informațiile primite de la medic aparținătorilor acestuia.

Relația dintre personalul medical și aparținători este una de cordialitate, în condițiile respectării legislației referitoare la drepturile pacientului.

În cazul aparținătorilor care doresc anumite aspecte care sunt în dezacord cu decizia medicală sau insistă pentru anumita procedură (inclusiv internarea), medicul de gardă le va explica acestora în mod explicit, de ce s-a luat respectiva decizie, argumentând acest lucru, inclusiv bazându-se pe aspectele legale, dincolo de cele medicale.

Personalul medical va preveni, cu ajutorul personalului de pază (dacă este nevoie), apariția oricărui comportament agresiv între pacient și aparținătorii acestuia.

În cazul pacienților internați și care se află în Camera de Gardă, aparținătorii acestuia pot discuta cu pacientul, în locul special amenajat, dacă medicul de gardă consideră că acest lucru nu ar afecta starea pacientului, sub supravegherea personalului medical.

Dacă medicul de gardă consideră că prezența aparținătorilor este un factor negativ în ceea ce privește starea psihică a pacientului, va sugera acestora să revină într-un moment mai favorabil.

Explicitări terminologice

Handicap psihic = incapacitatea persoanei cu tulburări psihice de a face față vieții în societate.

Consimțământ = acordul persoanei cu tulburări psihice = dacă nu are discernământul afectat = pentru internare/diagnostic/tratament. Trebuie reconfirmat.

Discernământul = se referă la o faptă anume.

Periculozitatea = legată de conținere:

- * restricționarea libertății de mișcare;
- * cu mijloace adecvate;
- * fără a produce vătămări corporale.

Intervenția în criză [1]

Aspecte specifice camerei de gardă:

- stabilirea priorităților (condiție somatică/neurologică/psihiatrică);
- prezența comorbidităților;
- evaluarea semnelor vitale (stabilizarea și evaluarea medicală imediată într-o clinică specializată).
- **Evaluarea cooperării** (riscul părăsirii camerei de gardă înaintea examinării și intervenției medicale)
 - asigurarea tuturor măsurilor pentru siguranța pacientului
- **Evaluarea măsurilor de control, imobilizare, sedare**
 - evaluarea comportamentului amenințător și al agitației

Triajul pacientului în urgență [2]

Caz acut:

- Anxietate severă (angoasă psihotică, schizo- în episod psihotic acut, tulburare de panică, tulburări afective, TOC, PTSD, tulburare de personalitate decompensată);
- Ideea de suicid;
- Incoerența (urgență de categ. II);
- Starea confuzională (urgență de categ. II).

Intervenția presupune:

- evaluare psihiatrică;
- internare;
- farmacoterapie de urgență.
- √ Evaluarea somatică se face înaintea administrării medicației psihotrope (riscul reacțiilor adverse ale psihotropelor);
- √ Evaluarea stării mintale;
- √ Diagnosticul probabil;
- √ Menținerea în camera de gardă sau internarea;
- √ Alcătuirea planului terapeutic.

Evaluarea sănătății mintale

Se face prin examinare directă/numai de către medic psihiatru/în instituții = când cel în cauză are dificultăți în a aprecia implicațiile unei decizii.

Obiectivele sunt:

- * **stabilirea diagnosticului;**
- * **capacității psihice;**
- * **periculozității;**
- * **gradului de incapacitate/invaliditate/handicap;**
- * **discernământul = se stabilește numai prin expertiză**

medico-legală psihiatrică.

* În această categorie **NU** intră: conflictele familiale/profesionale/nonconformismul față de valorile morale, sociale, politice, religioase.

* Faptul că o persoană a fost îngrijită/spitalizată în trecut **NU** justifică un diagnostic prezent sau viitor de tulburare psihică.

Diagnosticul se pune în concordanță cu Clasificarea OMS/ICD-10. Trebuie consemnat în sistemele de evidență medicală/spus celui în cauză/comunicat la cerere autorităților în drept.

• Medicul psihiatru are obligația să formuleze un program terapeutic.

• Există confidențialitatea informațiilor, cu excepția situațiilor prevăzute de lege.

Pacientul are dreptul să conteste rezultatul evaluării, să solicite și să obțină repetarea evaluării.

Există: prevenție/medic de familie (poate interveni și în registrul psihiatric în situațiile de urgență)/ambulatoriu/sisteme de stat/sisteme private. Asistența medicală psihiatrică este gratuită.

Serviciile medicale trebuie să corespundă cantitativ și calitativ:

- CSM;
- Cabinet psihiatric;
- Cabinet psihologic;
- Cabinet de psihoterapie;
- Cabinet de logopedie;
- Centru de intervenție în criză;
- Îngrijire la domiciliu;
- Spital;
- Staționar de zi;
- Secție de psihiatrie dintr-un spital deneral;
- Compartiment de psihiatrie de legătură dintr-un spital

general;

- Locuințe protejate;

- Centru pentru Violența în familie;
- Există și servicii complementare pentru consultanță și educație publică a celor cu tulburări psihice.

Pentru pacienții psihici, trebuie să li se respecte:

- Viața privată;
- Convingerile culturale/religioase;
- Trebuie protejați să nu li se administreze medicamente nenecesare;
- Protejați de maltratările altor pacienți;
- Tratați într-un mediu cât mai puțin restrictiv;
- Dreptul de a fi asistat la acordarea consimțământului.

Excepții:

→ Comportamentul lui = pericol iminent pentru vătămarea proprie/a altora.

→ Nu are capacitatea psihică de a-și înțelege starea de boală și necesitatea tratamentului.

→ Dacă este pus sub interdicție trebuie luat consimțământul de la reprezentantul legal.

→ Dacă nu se poate obține consimțământul, medicul psihiatru insituie procedurile de diagnostic și tratament pe perioadă limitată, pentru rezolvarea urgenței.

→ Dacă medicul nu deține informații despre reprezentantul legal/reprezentantul convențional are obligația de a informa de îndată DGASPC.

Evaluarea psihiatrică – Interviu

- Problematika timpului limitat *versus* severitatea simptomelor;
- Uneori interviul este imposibil de efectuat;
- Toate amenințările de auto-/heteroagresivitate trebuie luate în serios;
- Nu trebuie evitate întrebările directe ce pot dezvălui potențialul suicidal;
- Trebuie investigat dacă cel în cauză și-a construit un plan specific (oportunitatea întrebărilor directe);
- Lipsa planurilor de viitor, lipsa de speranță;
- Schimbarea intereselor obiceiurilor (*cedarea bunurilor personale, testament*);
- Un simptom important este INSOMNIA;

• Trebuie inventariat dacă pacientul însuși are un „antidot” și *Ce crede el că va face*;

• Motivele, pe cât posibil, trebuie prezentate de către pacient;

• Informarea cât mai completă de la aparținători (care la rândul lor trebuie informați asupra severității simptomatologiei și implicațiilor);

• Evaluarea simptomatologiei: debut, factori precipitanți, severitate, durată;

• Istoric (debut, internări, tratamente anterioare);

• Uz de alcool/droguri (întrebări directe, deoarece pacienții „ascund”);

• Antecedente somatice și medicamente utilizate (cortico-steroidi, L-DOPA, amfetamine, hormoni tiroidieni);

• Antecedente heredo-colaterale (în măsura posibilului);

• Date din istoria personală (nivelul de funcționare socială, mediul din care provine, dificultăți legale).

Este de preferat interviul direcționat și sistematizat.

* Situație specială: pulsiunea suicidară însoțită de agitație – în care pacientul va fi sedat și/sau imobilizat înainte de evaluare

* Se vor explica simplu toate intervențiile terapeutice pentru:

- creșterea complianței;

- capacitatea de a lua decizii informate (evaluarea acestei capacități – de a fi de acord cu tratamentul – trebuie bine documentată în F.O.);

* Confidențialitatea este absolută și garantată prin lege.

Evaluarea stării mintale

• Este obligatorie (MMSE poate fi util).

• Nivelul de conștiență:

- confuzie cu bradipsihia din depresie;

- stări crepusculare post criză epileptică;

- stări disociative (urgente pentru 24 de ore);

- Aspectul și comportamentul (gradul de cooperare/ostilitatea, activitatea motorie).

• Dispoziția și afectele (paternul comportamental, observabil) – Atenție la disforie, registrul afectelor și amplitudinea acestora!

- **Limbajul, Orientarea și Memoria.**
- **Tulburările perceptuale** (iluzii, halucinații auditive imperative).
- **Forma și conținutul gândirii:**
 - ideea delirantă;
 - ideea de suicid și homicid;
 - ideea depresivă de lipsă de speranță, devalorizare și incurabilitate.

Modalități de realizare a internării la psihiatrie

Internare voluntară

- pacientul se prezintă la **camera de gardă** sau direct la medicul curant;
- **bilet de trimitere** – de la medicul de familie/psihiatru;
- Internarea se solicită atunci când vechea schemă de tratament nu mai controlează suficient simptomatologia;
- nu vor fi înlocuite două medicamente în același timp;
- se vor urmări îndeaproape **posibile reacții neplăcute**;
- pacienții acceptă internarea și înțeleg motivele ei;
- Se realizează numai în spitalele de psihiatrie care au condiții adecvate.

Modalități de a ajunge în Camera de Gardă

- după o tentativă suicidală sunt transferați cei dintr-un serviciu de toxicologie al unui spital de urgență;
- supravegherea este componenta princeps în managementul cazului;
 - este un punct în care riscul de a repeta tentativa este crescut (mai ales dacă este marca unui **episod depresiv major sever endogen**);
 - urgență psihiatrică → **halucinații auditive** imperative;
 - Fie una sau mai multe voci comentative (indiferent de conținutul vocilor);
 - Fie o singură voce care dictează (imperativ) actele comportamentale ale pacientului.
- Criterii de o mai mică anvergură clinică pentru **internarea non-voluntară**:
 - **instabilitatea decizională** a pacientului;
 - **lipsa totală a insight-ului**;
 - **dezorganizarea la nivelul gândirii**.

- Identificarea **dispoziției depresive majore** cu inhibiție marată a gândirii și conduitei:
 - **răspunsuri tangențiale sau discurs circumstanțial;**
 - **atacul de panică** poate fi considerat urgență psihiatrică, deși în această caz nu este necesară internarea non-voluntară.

Internare non - voluntară

• pacienți cărora le lipsește critica bolii, fiind necesară intervenția altcuiva pentru ca ei să poată intra în circuitul psihiatric,

• **pacienți, cei cu sindrom discomportamental violent** precum și cei care sunt aduși consecutiv unei **tentative de suicid sau prezintă ideea și preocupări autolitice.**

Solicitarea poate fi făcută de către:

- medcul de familie;
- specialist psihiatru din teritoriu;
- familie;
- reprezentanți ai Administrației publice/ordinea publică;
- Poliție, Jandarmerie;
- Pompieri;
- procuror;
- instanță de judecată civilă.

• Motivele se certifică sub semnătură și cu toate datele de identitate ale celui care face solicitarea. Vor fi descrise circumstanțele care au determinat această decizie. Trebuie precizate **antecedentele personale cunoscute psihiatrice cunoscute.**

• Transportul se face cu serviciul de Ambulanță. Dacă pacientul este periculos, se apelează la Poliție/Jandarmerie/Pompieri. Se respectă integritatea fizică/demnitățile persoanei. Transportul **cu Ambulanța se face întotdeauna cu însoțitor.**

Conținutul:

= restricționarea libertății de mișcare;

* pentru a salva viața/sănătatea/integritatea corporală;

* este interzis ca pentru cei internați să se facă cu lanțuri/

cătușe;

* nu poate fi folosită ca sancțiune;

* nu este parte a programului de tratament;

* nu este o soluție pentru lipsa de personal;

* nu este o soluție pentru situația în care nu este indicat

tratamentul;