

LETIȚIA DOBRANICI  
**SĂNĂTATE MINTALĂ**

© Editura Fundației *România de Mâine*, 2008  
**Editură acreditată** de *Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului*  
prin *Consiliul Național al Cercetării Științifice*  
*din Învățământul Superior*

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**  
**DOBRANICI, LETIȚIA**

**Sănătate mintală**, Letiția Dobranici – București:  
Editura Fundației *România de Mâine*, 2008  
Bibliogr.  
ISBN 978-973-163-099-1

616.89(075.8)  
159.9(075.8)

Reproducerea integrală sau fragmentară, prin orice formă  
și prin orice mijloace tehnice, este strict interzisă  
și se pedepsește conform legii.

*Răspunderea pentru conținutul și originalitatea textului*  
*revine exclusiv autorului/autorilor.*

**UNIVERSITATEA *SPIRU HARET***  
FACULTATEA DE SOCIOLOGIE-PSIHOLOGIE

**LETIȚIA DOBRANICI**

# **SĂNĂTATE MINTALĂ**

EDITURA FUNDAȚIEI *ROMÂNIA DE MÂINE*  
București, 2008



## CUPRINS

<b>1. Sănătatea mintală – Concept. Istoric. Obiective</b> .....	9
• Ce este sănătatea mintală? .....	9
• Modele ale sănătății mintale .....	10
• Domenii de exprimare ale sănătății .....	13
• Scurt istoric al sănătății mintale .....	14
• Obiective ale sănătății mintale .....	17
<b>2. Despre conceptul de sanogeneză</b> .....	18
• Factori de sanogeneză și factori de protecție .....	18
• Caracteristicile factorilor sanogenetici .....	18
• Relația stil de viață – vârstă – sănătate .....	20
• Vârsta copilăriei și sanogeneză .....	21
• Adolescența și stilul de viață .....	23
• Vârsta adultă și adaptarea socială .....	24
• Perioada de senectute .....	27
<b>3. Stigmatizare și sănătatea mintală</b> .....	30
• Atitudinea față de persoanele cu probleme de sănătate mintală .....	31
• Stigmatizarea și mass-media .....	32
• Direcții în vederea destigmatizării bolnavului psihic .....	35
• Strategii de combatere a stigmatizării .....	37
<b>4. Stresul și sănătatea mintală</b> .....	39
• Definierea conceptului de stres .....	40
• Clasificarea stresului .....	42
• Noțiuni despre fiziopatologia stresului .....	46
• Diagnosticarea stresului .....	48
• Tratatamentul stresului .....	48
• Prognosticul și prevenția stresului .....	50

<b>5. Adaptare. Coping. Reziliență</b> .....	51
• Adaptare/coping .....	51
• Cum definim adaptarea? .....	52
• Clasificarea copingului .....	54
• Despre conceptul de reziliență .....	56
• Ce este reziliența? .....	56
• Care sunt caracteristicile persoanelor cu reziliență crescută? .....	59
<b>6. Repere de medicină psihosomatică</b> .....	60
• De ce ne interesează? .....	61
• Etiologie .....	62
• Tulburările somatoforme. Definiții și cadru conceptual .....	63
• Grupa Tulburări Somatoforme în DSM-IV .....	63
• Somatizarea și psihanaliza .....	64
• Afectivitatea negativă (AN) și somatizarea .....	64
• Modele ale somatizării .....	66
• Exemple de tulburări psihosomatice .....	67
• Criteriile de diagnostic DSM-IV-TR pentru factorii psihosociale care afectează condiția medicală .....	70
<b>7. Alcoolismul și sănătatea mintală</b> .....	72
• Scurt istoric despre alcool și alcoolism .....	72
• „Miturii” despre alcoolism .....	73
• Alcoolismul: între viciu și boală .....	74
• Efectele consumului de alcool .....	76
• Consecințele alcoolismului în cifre .....	77
• Date epidemiologice și complicații ale alcoolismului .....	79
• Comorbiditatea sau dublul diagnostic .....	80
• Screeningul alcoolismului. Detecția precoce .....	81
• Să ne reamintim următorii termeni .....	84
<b>8. Tabagismul</b> .....	85
• Scurt istoric al tutunului .....	85
• Fumatul: influență, efecte și complicații .....	86
• Farmacologia nicotinei .....	86
• Efectele nicotinei .....	87
• Complicații medicale .....	88
• Femeile și tabagismul .....	90
• Tabagism pasiv .....	91
• Tabagism în cifre .....	91
• Terapia cognitiv-comportamentală și renunțarea la fumat .....	95

<b>9. Obezitatea și sănătatea mintală .....</b>	<b>96</b>
• Ce este obezitatea? .....	96
• Diagnosticul obezității .....	97
• Forme de obezitate .....	98
• Care sunt complicațiile obezității? .....	98
• Obezitatea la copil și adolescent .....	99
• Factori etiologici ai obezității .....	101
• Cum tratăm obezitatea? .....	103
<b>10. Tulburări ale instinctului alimentar .....</b>	<b>106</b>
• Definiție și istoric .....	106
• Anorexia nervosa .....	107
• Criterii de diagnostic .....	107
• Date epidemiologice .....	107
• Etiologie .....	108
• Tablou clinic .....	110
• Consecințe medicale și psihice .....	110
• Evoluție și prognostic .....	111
• Tratamentul anorexiei nervoase .....	111
• Bulimia nervosa .....	112
• Criterii de diagnostic .....	112
• Date epidemiologice .....	113
• Etiologie .....	114
• Tablou clinic .....	115
• Complicații medicale și psihice .....	115
• Evoluție și prognostic .....	116
• Tratamentul bulimiei nervosa .....	116
<b>11. Tulburările de somn .....</b>	<b>117</b>
• Definiția somnului .....	117
• Tipuri de tulburări de somn .....	119
• Caracteristicile insomniei .....	121
• Somnul și înaintarea în vârstă .....	121
• Tulburările de somn la copii .....	122
• Principalele probleme de somn la copil .....	122
• Măsuri de psihoigenă a somnului .....	125
<b>Sănătatea mintală ca problemă de sănătate publică.</b>	
<b>Direcții de intervenție .....</b>	<b>126</b>
<b>Anexă: Legea 487/2002, Legea sănătății mintale și a protecției</b>	
<b>persoanelor cu tulburări psihice .....</b>	<b>131</b>
<b>Bibliografie .....</b>	<b>157</b>





# 1. SĂNĂTATEA MINTALĂ CONCEPT. ISTORIC. OBIECTIVE



## • *Ce este sănătatea mintală?*

Indiferent de criteriile folosite, definirea și încadrarea noțiunii de sănătate mintală este extrem de dificilă ținând cont de complexitatea conceptului. Există două abordări pentru **definirea sănătății mintale**:

1. folosind **criteriile negative** (lipsa disconfortului, lipsa invalidității, lipsa durerii etc.);
2. folosind **criteriile pozitive** (capacitatea de adaptare la schimbările din mediu, altruism, controlul instinctelor, autonomie, integrare, armonie interioară).

Etimologic, derivă din latinescul *sanitas* – sănătate, *mens* – spirit.

Definiția Organizației Mondiale a Sănătății (OMS): „O condiție a unei complete bunăstări fizice, mintale și sociale, neconstând doar în lipsa unei boli sau infirmități care este starea de sănătate”.

*Sănătatea mintală* poate fi considerată *o rezultată a interacțiunii dinamice între factorii individuali și sociali*. Ea este condiționată de disponibilitățile (calitățile) intelectuale și afective (innăscute sau dobândite), care permit individului realizarea, integrarea socială și autodepășirea. Sfera sănătății mintale este mai restrânsă decât cea a normalității, eludând la nivelul individului conotațiile valorice, normative,

statistice și subliniind latura funcțională, adaptativă a individului. Sănătatea mintală se suprapune domeniului mai restrâns al normalității psihologice.

• **Modele ale sănătății mintale**

Există mai multe modele ale sănătății mintale:

1. Modelul tradiționalist – continuumul sănătate mintală – boală
2. Modelul pozitiv care reunește abilitățile sociale cotidiene, asertivitatea, autoaprecierea, fără să se specifice condiția obligatorie a absenței bolii, sănătatea mintală fiind accesibilă și unei persoane afectate de o boală (remisă, ameliorată)
3. Modelul funcțional promovează ideea sănătății ca echilibru adaptativ dintre individ cu antecedentele și resursele sale, rețeaua de suport social și factorii protectivi din mediu.

O altă clasificare a modelelor din perspectivele cărora este privită atât sănătatea mintală, cât și comportamentele anormale este cea de mai jos:

<b>MODELUL</b>	<b>SĂNĂTATEA MINTALĂ</b>	<b>COMPORTAMENT ANORMAL</b>
<b>psihiatric</b>	abilitatea de satisfacere a necesităților instinctuale în limitele impuse de societate	dezvoltarea greșită sau exagerată a măsurilor de apărare, însoțite de anxietate
<b>comportamentalist</b>	adaptare deschisă la stimulii din mediu	adaptare inefficientă prin învățarea unor comportamente inadecvate și incapacitate de corectare
<b>umanist</b>	împlinirea tendințelor naturale față de orientarea și împlinirea de sine	incapacitatea de dezvoltare pe deplin a personalității prin blocarea sau distorsionarea acestor tendințe către auto-mulțumire
<b>existențial</b>	libertatea de a decide conștient	incapacitatea realizării identității adecvate de sine și a înțelegerii sensului vieții
<b>interpersonal</b>	realizarea de relații interpersonale	rezistența față de relații interpersonale și acomodare de tip patologic

**Coleman și Broen**

Indivizii, și nu medicii sunt și trebuie să fie responsabili de starea de sănătate a primilor. Printr-o dietă adecvată, exerciții, managementul stresului și evitarea adicțiilor, indivizii pot promova activ, propria lor sănătate mai mult decât prin pasiva evitare a bolilor. Locul și responsabilitatea individuală pentru sănătate sunt legate astfel de comportamentul și stilul de viață al fiecăruia.

Din perspectiva psihologilor, sănătatea mintală „optimală” presupune:

### **Să ne simțim bine cu noi înșine**

- să nu ne lăsăm copleșiți de propriile emoții: teamă, mânie, supărare, dragoste, gelozie, furie, vinovăție sau griji;
- să fim capabili să trecem peste necazurile și greutățile vieții, să facem față „din mers” dezamăgirilor;
- să avem o atitudine optimistă, tolerantă (până la o anumită limită însă) față de noi înșine și față de alții, să avem simțul umorului și să putem face haz cu ușurință de propria noastră persoană;
- să ne putem accepta propriile defecte încercând, în același timp, să le minimalizăm;
- să avem respect pentru propria noastră persoană;
- să ne autoapreciem realist, să nu ne subestimăm calitățile și capacitățile, dar nici să nu ni le supraestimăm;
- să fim capabili să rezolvăm în mod adecvat situațiile care apar în viața noastră;
- să ne bucurăm de lucrurile simple, de întâmplările cotidiene plăcute.

### **Să ne simțim bine împreună cu alții**

- să fim capabili să oferim dragoste și ajutor celorlalți, să ne gândim și la interesele altora;
- să avem relații personale satisfăcătoare, armonioase și durabile;
- să iubim oamenii, să avem încredere în ei și să le arătăm această încredere;
- să respectăm valorile și demnitatea celorlalți, să înțelegem și să acceptăm faptul că oamenii sunt diferiți;
- să nu-i înșelăm pe alții, să nu ne folosim niciodată de ceilalți pentru a ne atinge scopurile, dar, în același timp, să nu-i lăsăm pe ceilalți să profite de noi;

- să simțim că facem parte dintr-un grup;
- să fim responsabili față de semenii.

### **Să putem îndeplini cerințele vieții**

- să ne rezolvăm problemele într-un mod constructiv, pe măsură ce apar;
- să ne asumăm responsabilitățile ce ne revin;
- să ne modelăm propriul ambient atunci când se poate și să ne adaptăm atunci când este nevoie;
- să ne facem planuri de viitor;
- să primim cu bucurie experiențe și idei noi;
- să ne folosim capacitățile și talentele;
- să ne fixăm țeluri realiste;
- să fim capabili să luăm singuri hotărâri în problemele care ne privesc;
- să fim mulțumiți când depunem eforturi în ceea ce facem, să muncim cât mai bine pentru a realiza ceea ce ne-am propus.

Sănătatea mintală vizează două sensuri:

1. Ca stare subiectivă de bine a unui individ/colectivității
2. Ca obiectiv de sănătate publică:
  - Promovarea valorilor pozitive, a stilurilor de viață care generează starea de sănătate mintală generală
  - Măsurile ce previn stresul colectiv, focarele de tensiune (sărăcie, foamete, conflicte interetnice, religioase)
  - Măsurile care cenzurează promovarea valorilor negative (exemplu, violența prin mass-media)
  - Strategii de igienă mintală în cazul profesiilor cu risc crescut (industria armamentului, navigație, cei cu stresuri decizionale sau suprasolicități intelectuale crescute care pot dezvolta sindromul de *burnout*).

Psihiatrie  
și psihologie clinică  
și comunitară

Psihiatrie preventivă  
(igiena mintală)

• *Domenii de exprimare ale sănătății*

Privită din perspectivă holistică, sănătatea cuprinde toate domeniile de exprimare ale „soma” și „psyche”.

<b>DOMENIUL Indicatori/semne</b>	<b>SOMATIC Sănătate somatică</b>	<b>PSIHIC Sănătate psihică</b>
Dispoziții emoționale negative vs pozitive	Confort „fizic”, satisfacție privind starea actuală	Confort „psihic”; frecvență crescută a sentimentelor pozitive; frecvență scăzută a sentimentelor negative; satisfacție privind starea actuală
Lipsă de energie și de elan vs interes și nivel de energie ridicat	Abundență de energie; vitalitate, forță fizică, perseverență	Activitate, interes, plăcere de a întreprinde ceva, perseverență
Defensivă vs expansivitate	Apărare fizică	Afirmarea sinelui; expresivitate; spontaneitate; realiuarea sinelui
Tulburări funcționale și ale performanței vs performanță optimală și productivitate	Funcții fizice „optimale” performanță fizică ridicată, capacitate nealterată de a-și îndeplini rolul social productivitate crescută	Funcții psihice „optimale”; exemplu, comportament, contact cu realitatea, puterea de voință, autocontrol, creativitate, capacitate nealterată de a-și juca rolurile sociale, productivitate crescută
Concentrare pe sine vs transcendența sinelui	Atenție scăzută pentru propriul corp, funcționarea organelor etc.	Atenție scăzută pentru propria persoană (comportament, valori, probleme de sens etc.)
Căutarea unui ajutor, dependență vs autonomie	Nu este nevoie de ajutor medical, autonomie, sentimentul de control interior	Nu este nevoie de ajutor psihologic, autonomie, sentimentul de control interior
Sentiment al valorii personale scăzute vs ridicat	Acceptarea propriului corp; „mândrie” privind forma sa fizică, încredere în sine	Acceptarea propriei persoane (caracter etc.), stimă de sine crescută

## • *Scurt istoric al sănătății mintale*

**10.000 î.e.n.** În timpurile preistorice nu exista separare între medicină, magie și religie. Există dovezi de trepanație craniană făcută încă în epoca de piatră, craniile fiind folosite ca amulete.

**2.850 î.e.n.** La Memphis, templul lui Imhotep, un mare vindecător egiptean care a fost zeificat, a devenit școală de medicină în care pacienții primeau terapie prin somn, terapie ocupațională, excursii pe Nil, concerte, dansuri și pictură. Teoriile psihiatrice sunt încă private din perspective magică, terapiile de succes fiind atribuite zeilor protectori.

**2.000 î.e.n.** În Mesopotamia, potrivit codului lui Hammurabi medicii-preoți (Asu) tratau în special tulburările mintale atribuite posesiei demonice (folosind psihoterapia!) în timp ce medicii simpli se ocupau doar de „bolile trupului”. Talmudul este plin de comentarii psihologice. Iudaismul sugerează că boala și nebunia reprezintă pedepse pentru păcate.

**Secolul VIII î.e.n.** În Grecia, Esculap, un medic eminent, pune bazele primelor „sanatorii” construite în zone deosebit de frumoase, unde pacienții erau tratați prin exerciții, diete speciale și terapie prin somn.

**Secolul VI î.e.n.** În India, Buda atribuia gândurile senzațiilor și percepțiilor, despre care spunea că se combină gradual și automat în idei. În Grecia, apare celebra expresie „Cunoaște-te pe tine însuși” atribuită, în funcție de surse, lui Thales sau Solon. În China, Confucius afirma că „învățarea netrecută prin filtrul gândirii este muncă risipită.”

**460 î.e.n.** Hipocrate, născut la Kos, a scris 76 tratate care sunt considerate și în prezent baza medicinei și psihiatriei moderne. A descris melancolia, psihoza postpartum, mania, fobia și paranoia. Hipocrate considera că ideile, gândurile se formează în creier și nu în inimă, așa cum se credea până atunci. Tot el este cel care a realizat prima clasificare a personalității în funcție de cele 4 umori (flegmatic, coleric, sangvin, melancolic).

**400 î.e.n.** Platon a propus o imagine a sufletului ca un car tras de doi cai, unul nobil și altul mânat doar de propriile lui instincte. Carul sugerează echilibrul fragil între instinctele conflictuale, prefigurând teoria psihanalitică freudiană, superego-id-ego. Platon a discutat și despre originea viselor, precum și despre natura sublimării sexuale.

**384 î.e.n.** Aristotel a arătat importanța eredității. Pitagora a definit comportamentul emoțional și rațional și a subliniat importanța voinței personale. Asclepiade a inventat un pat care se balansa și în care pacienții cu tulburări mintale se relaxau ascultând muzică. El s-a pronunțat împotriva închiderii bolnavilor psihici și a fost primul care a făcut diferența între halucinații și iluzii. Tot el a fost cel care s-a pronunțat împotriva sângerărilor ca procedeu terapeutic care a continuat însă și în următorii 1500 de ani.

**Secolul al II-lea e.n.** Soranus din Efes a subliniat importanța convalenței și a relației medic-pacient. Tot el este cel care a sugerat tratarea pacienților maniacali cu ape alcaline bogate în litiu, tratament care a fost redescoperit pentru tratamentul psihozei maniaco-depresive de către psihiatrul australian John Cade abia în anii 1940!

Românii au axat tratamentul tulburărilor mintale pe terapii plăcute, care cuprindeau băi, masajе, audiții muzicale, odihnă în camere bine luminate. Cicero (aprox. 110 î.e.n) a formulat un interviu complex care cuprindea nu numai datele personale ale pacientului, dar și întrebări despre trecutul familial, despre muncă, educație, obiceiuri și evenimente semnificative de viață. Cicero a respins conceptual hipocratic legat de cele 4 umori, că melancolia nu este determinată de bila neagră, ci de furie, frică și suferință psihică. Areteus a stabilit că episoadele depresive și maniacale apar la același individ, fiind separate de intervale de „luciditate”. În pragul erei noastre, influența medicilor greci și români a intrat în declin, fiind reinstalată ideea că boala psihică este consecința furiei zeilor, în acest fel justificându-se arderea vrăjitoarelor în Evul Mediu. Demonologia și vânătoarea de vrăjitoare a continuat până în secolul al XVI-lea, existând însă și medici care se opuneau acestor practici și care propuneau conceptul de boală naturală și remedii pe bază de plante pentru bolile psihice (Paracelsus, Agripa).

Din păcate, tratamentul inuman al bolnavilor psihici a continuat și în **secolul al XVII-lea** considerându-se (de către doctori! – precum, Thomas Willis) că dacă bolnavii psihici se comportă ca animalele, atunci ar trebui închiși și tratați ca animalele. În acest secol apar azilele private pentru bolnavii mintali, azile în care tratamentul varia în funcție de suma de bani plătită.

**Secolul al XVIII-lea** cunoaște o dezvoltare a structurilor construite pentru bolnavii psihici, internarea lor nefiind posibilă decât în urma eliberării unui certificate care să confirme „nebunia” – în Anglia. Totuși, tratamentele de tip scufundarea în apă, rotirea pe un scaun până la amețire, închiderea, legarea și izolarea pacienților, dietele cu vomitive și clismele continuau să fie prescrise și susținute. Cel care a revoluționat spitalele din Franța și a început reforma umanitară a fost Pinel (1745-1826), care a militat împotriva legării pacienților. Această abordare umanitaristă este continuată de William Tuke, de fiul său Henry și de nepotul său, Samuel în York.

Abia spre sfârșitul secolului al XIX-lea, în 1881, cu ocazia celei de-a 40 aniversări a Asociației Medico-Psihologice, s-au exprimat următoarele principii ale Asociației Superintendenților din Instituțiile Americane pentru Bolnavi psihici:

- Nebunia este o boală care poate afecta pe oricine.
- În majoritatea cazurilor, se înregistrează mai multe succese în tratarea pacienților în structuri special organizate, decât acasă.
- Aglomerarea secțiilor este un rău de o importanță capitală.
- Nebunul nu ar trebui niciodată închis în închisori.

Emil Kraepelin (1855-1927) produce prima clasificare a bolilor mintale care stă la baza actualelor sisteme de diagnostic. Alfred Meyer (1866-1950) considera că pacientul psihic ar trebui consultat în mediul său. Soția sa a devenit ceea ce mai târziu vom numi asistent social, făcând vizite la domiciliul pacientului și înregistrându-le obiceiurile. Ea a fost cea care a susținut importanța conversației cu pacientul.



• ***Obiective ale sănătății mintale***

- Diminuarea incidenței și prevalenței bolilor psihice
- Diminuarea mortalității asociate bolilor psihice
- Ameliorarea severității problemelor secundare ale bolilor psihice (funcționare socială slabă, comorbiditate)
- Dezvoltarea serviciilor de îngrijiri
- Reducerea stigmatizării bolnavilor psihici
- Protejarea drepturilor și demnității suferinzilor de afecțiuni psihice
- Promovarea aspectelor psihologice din îngrijirea primară
- Creșterea calității vieții
- Acțiuni de *advocacy* pentru creșterea toleranței față de suferința psihică
- Prevenția în grupurile de risc
- Asistența bolnavilor cu evoluție cronică

## 2. DESPRE CONCEPTUL DE SANOGENEZĂ



### • *Factori de sanogeneză și factori de protecție*

Prin factorii de sanogeneză se înțeleg totalitatea factorilor individuali sau de grup, exogeni și endogeni care produc, mențin și promovează evoluția stării de sănătate mintală a individului sau a grupurilor de indivizi. Există o suprapunere parțială a factorilor sanogenetici peste factorii de protecție ai stării de sănătate mintală. În timp ce factorii de sanogeneză și produc sănătatea mintală, factorii de protecție se rezumă la menținerea sau favorizarea acesteia. **Factorii sanogenetici** sunt, în primul rând, factori exogeni, în timp ce **factorii de protecție** sunt legați de factori endogeni, care cuprind:

- Constituția biopsihică
- Temperament, tip caracterial
- Ereditate
- Capacitatea de adaptare la mediu

### • *Caracteristicile factorilor sanogenetici*

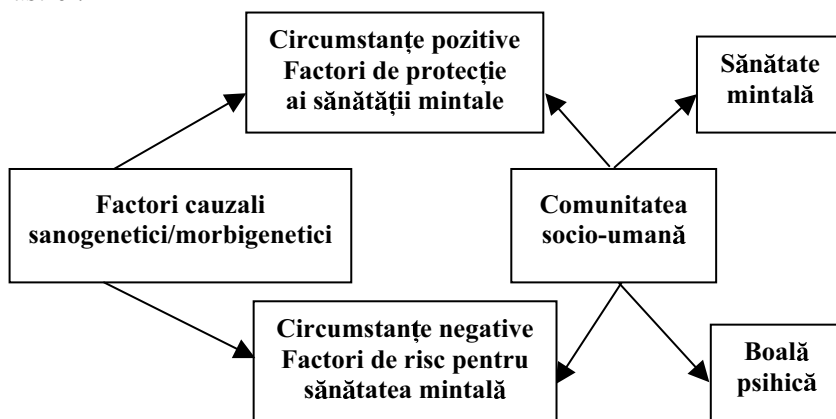
- Produc și mențin starea de sănătate mintală
- Acționează din exterior asupra individului sau grupului de indivizi
- Sunt corelați cu circumstanțele pozitive care favorizează acțiunea lor sanogenetică

În opinia lui P. Deniker, Th. Lemperiere și J. Guyot, factorii sanogenetici cuprind: factori ecologici exogeni (exemplu, factori meteo-climatici, factori demografici), factori socio-economici și culturali (exemplu, habitat, mediu familial, nivelul de educație, nivelul cultural, tradiție, religie, învățământ, factori profesionali, economici, sociali). În ceea ce privește **circumstanțele pozitive**, acestea sunt exemplificate prin: nivelul de trai crescut, acțiuni profesionale conforme cu aptitudinile, alternarea activităților profesionale cu distracțiile, alimentarea rațională, grup familial organizat, cultivarea valorilor sociale și cultural morale pozitive, adaptarea pozitivă, igiena somnului etc.

La celălalt pol al ecuației sănătate mintală-boală psihică se află **factorii de morbigeneză psihică** și **circumstanțele negative** care pot să conducă la tulburarea stării de sănătate mintală și la apariția de boli psihice. Acești factori pot fi:

- Factori personogenetici (care țin de individ)
- Factori demogenetici (care țin de grupul socio-uman)
- Factori ecogenetici (care țin de mediul ambiant)
- Factori socio-genetici (care țin de mediul social)
- Circumstanțe negative (exemplu, suprasolicitarea profesională, dezorganizarea grupului familial, alcoolism, toxicomanii, carențe educaționale, presiuni sociale, modele diferite de sistemul tradițional)

Mecanismele de acțiune ale tuturor acestor factori sunt schematizate astfel:



## • *Relația stil de viață – vârstă – sănătate*

Termenul de „stil de viață sănătos” a început să fie folosit din 1980, atât de către Organizația Mondială a Sănătății, cât și de Centrul de Control al Bolilor din Atlanta –, Statele Unite, pentru a numi grupul de comportamente care reduc riscul de rănire, morbiditate și mortalitate și care cresc șansele unei stări de bine și a stării de sănătate. Comportamentele care cresc sau prejudiciază starea de sănătate includ:

- Obiceiuri alimentare
- Exercițiu fizic
- Fumat
- Consum de alcool
- Folosirea drogurilor
- Practici sexuale
- Obiceiuri legate de somn, orar de somn
- Igiena personală
- Folosirea măsurilor de siguranță în trafic
- Alte obiceiuri specifice anumitor grupuri de populație (folosirea cremei de soare) etc.

Conceptul de „stil de viață” este folosit și în alte contexte, o definiție complexă fiind aceea de „mod distinct de viață definit ca un set de modele de comportament, care apare cu aceeași constanță într-o perioadă de timp” (Elliot, 1993). Din această definiție se înțelege că „stilul de viață” nu încearcă să definească totalitatea comportamentelor individului, existând trei aspecte care fac ca stilul de viață să fie un comportament specific:

1. constanța (sau stabilitatea relativă) în timp,
2. să se supună unui anumit model,
3. să aibă expresivitate (să aibă o anumită semnificație pentru sine și pentru ceilalți).

„Stilul de viață sănătos” este acel stil de viață care demonstrează, în studii epidemiologice sau în alte tipuri de cercetare, că previne bolile și favorizează starea de sănătate. La celălalt pol se află conceptul de „comportament de risc” sau „stil de viață nociv”,

referindu-se la comportamente voite care cresc riscul de rănire sau boală (Irvin, 1990).

Deși stilul de viață a unei persoane este privit ca rezultatul alegerilor individuale, controlabile, s-a demonstrat că factorii sociali și de mediu exercită o influență substanțială asupra acestuia.

### • *Vârsta copilăriei și sanogeneza*

Psihigiena copilului începe cu măsurile aplicate femeii gravide. Personalitatea și starea emoțional-afectivă, metabolismul, ritmul somn-veghe sunt aspecte esențiale legate de dezvoltarea ulterioară a viitorului copil, precum și de perioada de embriogeneză. În acest sens, o deosebită valoare prezintă următoarele aspecte:

- statutul marital al femeii gravide;
- modul în care aceasta a conceput copilul;
- dorința femeii de a avea sau nu copii;
- sănătatea fizică și psihică a viitoarei mame;
- anturajul familial, social și profesional al femeii;
- modul de alimentație al gravidei,
- utilizarea de alcool, cafea, tutun, droguri, medicamente etc.;
- afecțiuni intercurente (infecțioase, toxice, traumatisme, boli psihice etc.), care pot afecta cursul sarcinii;
- tratamente urmate de femeie în cursul sarcinii, care pot avea efecte asupra copilului; încercările nereușite de întrerupere a cursului sarcinii.

O atenție deosebită trebuie acordată momentului nașterii, dat fiind faptul că acesta poate aduce adesea complicații neplăcute atât pentru viitoarea mamă, cât și pentru copil. În acest sens, măsurile de psihigienă care se impun sunt următoarele:

- pregătirea psihologică a femeii în vederea nașterii;
- pregătirea femeii pentru a primi statutul de viitoare mamă;
- pregătirea și asigurarea unor circumstanțe pozitive ale momentului nașterii;

- îngrijirile emoțional-afective speciale din perioada de lactație;
- instituirea unei atmosfere de calm, de echilibru, favorabilă mamei și copilului.

Măsurile de sanogeneză care se impun a fi aplicate copilului diferă în raport cu vârsta acestuia. Pentru adecvarea lor sunt stabilite trei perioade: nou-născutul (0-1 an), copilul mic (1-3 ani), preșcolarul (4-7 ani).

**Psihologia nou-născutului (0-1 an)** trebuie să țină seama de următoarele aspecte: țipătul de la naștere al copilului este un indiciu de sănătate, dar totodată el exprimă și suferința provocată de intrarea în joc a primelor reflexe și instincte; apariția unor obiceiuri caricaturale rele, cum ar fi sugerea degetului, capriciile, încăpățânările, atacurile de mânie, plânsul. Copilul se dezvoltă în funcție de relațiile dintre părinți, de relațiile dintre el și părinții săi, de atmosfera emoțională din casă.

**Psihologia copilului mic (1-3 ani)** are în vedere următoarele aspecte: existența tulburărilor digestive, a colicilor, a apariției dinților; jocurile; relațiile cu ceilalți, cu adulții, cu frații, cu copiii; imitația.

**Psihologia copilului preșcolar (4-7 ani)** trebuie să aibă în vedere următoarele aspecte: integrarea acestuia în grupul familial, relațiile diferențiate cu părinții, relațiile diferențiate cu frații, relațiile diferențiate cu celelalte rude, începerea primelor forme de educație instituționalizată.

Un rol important în igiena mintală a copilului îl au câteva aspecte particulare, cum sunt:

- psihotraumatismele emoțional-afective, carențele sau frustrările;
- formarea complexelor;
- defectele de educație în raport cu dezvoltarea emoțională și formarea personalității;
- influența pozitivă sau negativă a modelelor asupra copiilor (părinți, frați mai mari, bunici, alte rude sau alte persoane);
- jocurile;
- activitatea în familie.

Riscul de îmbolnăvire psihică între 0 și 18 ani	
Vârsta / stadiul de dezvoltare	Tipul de tulburări psihice
0-1,5 (oral)	<b>Autism, depresie, tulburări polimorfe de somn</b>
1,5-3 (anal)	<b>Negativism, constipație, coșmaruri, timiditate</b>
3-5 (oedipian, genital)	<b>Fobii, coșmaruri, diferite tulburări de vorbire, enurezis, encoprezis</b>
6-11 (de latență)	<b>Dificultăți școlare, obsesii, simptome de conversiune, ticuri</b>
12-18 (maturizare sexuală)	<b>Tulburări de identitate, anorexie mintală, schizofrenie, comportament delictual</b>

### • *Adolescența și stilul de viață*

Pentru a defini adolescența anumite criterii sunt relevante (exemplu, caracteristici sexuale secundare, abilități cognitive, criterii sociale, vârstă). Potrivit lui Adams și colab, 1994 – adolescența acoperă perioada 11-20 ani, făcându-se distincție între:

- perioada adolescenței timpurii (11-14 ani);
- adolescența medie (15-17 ani);
- adolescența târzie (18-20 ani).

Nu există un consens general cu privire la definiția adolescenței. OMS definește adolescența ca perioada dintre 10 și 19 ani. În această perioadă sunt conturate stilurile de viață prin interacțiunea factorilor culturali, sociali, psihologici, fiziologici și biologici.

În timpul adolescenței apar numeroase comportamente nocive (morbigeneză). Dacă în copilărie copiii sunt în mod normal activi fizici și nu folosesc decât rareori tutun, alcool sau droguri, la sfârșitul adolescenței se înregistrează un procent semnificativ de adolescenți care sunt sedentari, folosesc substanțe adictive. O mare parte dintre ei sunt activi sexual, dar nu folosesc mijloace de protecție, supunându-se riscului sarcinilor nedorite, bolilor transmise sexual, printre care și HIV – SIDA. Datele OMS arată că procentul fumătorilor și al celor care consumă alcool crește semnificativ în adolescență. În același

timp, în această perioadă de viață crește numărul comportamentelor de risc, adolescenții renunțând să poarte cască de protecție, centură de siguranță, consumând alcool la volan, nerespectând limita de viteză, făcându-și tatuaje sau piercing fără respectarea unor măsuri minime de igienă etc. Efectele acestor comportamente nocive sunt de scurtă și lungă durată. Se desprinde, de aici, importanța promovării comportamentelor sanogenetice în perioada adolescenței, lucru care se poate realiza prin mass-media și programe educaționale în școală și comunitate. Eficiența acestor programe, deși modestă, justifică includerea lor în planurile de sănătate publică și mintală a fiecărei țări (modulul prevenție).

### • *Vârsta adultă și adaptarea socială*

Se consideră că vârsta adultă este cea a deplinei armonii psihice, biologice și sociale a individului. În această perioadă, individul bine adaptat se realizează la maximum: tendințele sale și-au găsit căile de manifestare, iar rezultatele sunt stabile, sigure, constante și continue. Dispar ardoarea, neliniștea, entuziasmul, modul excesiv și exaltat care fac ca realitatea să fie percepută deformat în timpul adolescenței, în locul lor apar sinceritatea, seriozitatea, rațiunea.

Viața profesională absoarbe întreaga activitate a adulților. Cariera s-a desenat și își urmează cursul. Ea îi oferă individului echilibru, seninătate morală și sănătate psihică. Constanța este principiul psihoigienei. La această vârstă, experiența proprie este utilizată și se aprofundează. Apar simțul datoriei și dorința de a obține rezultate din ce în ce mai bune. La adult se constată dorința de a se remarca, de a obține compensații, dar și un statut de distincție profesională.

Un alt aspect legat de această vârstă îl constituie nivelul economic. Dorința de a face avere este unul dintre mobilurile cele mai puternice ale activității umane, ea având semnificație atât pentru sine, cât și pentru cei din jur. Problema nivelului economic este legată de cea a instinctului de proprietate. Uneori însă, când dorința de „a avea” se combină cu egoismul, cu „a acapara”, ea se centrează exclusiv pe propria persoană, devenind avariție. Teama de viitor și nesiguranța obligă individul la acumulări de resurse materiale și financiare adesea



nejustificate. În această privință, un aspect cu valoare în psihoigienă este dat de „asigurările obligatorii”, ca suport al stării de încredere și, implicit, al unui echilibru securizant pentru starea de sănătate mintală. Tot la vârsta adultă, structura morală a individului se află în raport direct cu starea de sănătate mintală având în vedere următoarele:

- Conservarea tendinței de a câștiga
- Necesitatea de a limita realist dorințele proprii
- Necesitatea de a se asigura pe sine și pe ai săi față de eventualele situații critice etc.
- Necesitatea de a evita riscurile vieții: sau de a găsi soluții de rezervă.

În ceea ce privește evoluția personalității, se consideră că la adult personalitatea este complet formată, iar evoluția acesteia încheiată. Cu toate acestea, apar și elemente noi: ambiția de a menține un echilibru între viața psihică și rezultatele activității; vanitatea, posturile avantajoase, premiile, distincțiile, favorurile, stima, recunoașterea meritelor, superioritatea, reputația.. Este perioada în care persoana este foarte vulnerabilă la jigniri, eșec, devalorizare. Așadar, viața adultului este o competiție care se desfășoară permanent sub semnul imperativului luptei și al responsabilității. În această dinamică, viața oscilează între succese și eșecuri, ambele marcând profund viața și activitatea, comportamentul și mentalitatea, existența emoțional-afectivă ale adultului. Aceste aspecte sunt direct implicate în starea de sănătate mintală, iar cunoașterea lor este esențială în ceea ce privește obligativitatea instaurării măsurilor de igienă mintală cu valoare psihopreventivă. Prin urmare, trebuie să se aibă în vedere stabilirea unei balanțe între:

**POSSIBILITĂȚI – NIVELUL INTELECTUAL – COMPETENȚA PROFESIONALĂ și SARCINI – SITUAȚII – REZULTATE.**

Un rol major în acest proces revine Eului individual, forței acestuia și capacității de adaptare plastică la sarcini și la situații.

**Eșecul și succesul** reprezintă nu numai două situații, ci și două direcții de viață, două atitudini ale individului. Prima implică angoasă, nehotărâre, un Eu slab; cea de-a doua – curaj, hotărâre, fermitate, un Eu puternic. Aceste aspecte se pot observa în schema de mai jos, așa cum arată C. Enăchescu, 2004.

CURAJ	ANGOASĂ
Impuls creator	Inhibiție
Realizări	Erori
SUCCES	EȘEC
recompensă	pedeapsă
satisfacție	culpabilitate
Hipertrofia Eului Realizare de sine, demnitate, autoritate	Autonegarea Eului Sentimentul nerealizării de sine, complexe de inferioritate
SĂNĂTATE MINTALĂ OPTIMĂ	BOLI PSIHICE, ALCOOLISM, SUICID etc.

Ambele situații (de **eșec** sau **succes**), afirmă autorul, sunt direct legate de **Eul INDIVIDUAL**, iar acesta, la rândul său, influențează producerea acestor situații. Atât eșecul, cât și succesul contribuie la perfecționarea Eului, precum și a Supra-Eului moral și social ale individului. Distingem două direcții, care corespund atât naturii Eului, cât și sensului de evoluție a stării de sănătate mintală a persoanei:

1. un tip de ***Eu pozitiv***, solid, echilibrat, adaptativ situațiilor vieții, ca rezultat al educației, culturii intelectuale și morale, al educației școlare, sociale și religioase; aceasta este condiția succesului;
2. un tip de ***Eu negativ***, slab, instabil, neechilibrat, incapabil de a se adapta la situațiile vieții trăite, datorat fie unor ambiții personale neconforme cu posibilitățile individuale, fie unui model educațional, moral negativ, fie unui model artificial, ireal, în care au valoare experiențele din cursul copilăriei, carențele educative sau afective, imitația exemplelor rele, situații conflictuale sau refulările anterioare; toate acestea configurează posibilitățile eșecurilor și o stare de sănătate mintală precară sau chiar alterată.

## • *Perioada de senectute*

Ca ultimă etapă a ciclului existenței umane, detestată de mulți, considerată de alții ca vârstă a înțelepciunii, a înțelegerii și acceptării sensului vieții, bătrânețea este mai întâi de toate o vârstă la care se petrec o serie de modificări profunde în viața omului, la care acesta este nevoit să se adapteze. Este bine cunoscut faptul că, în ultimul timp, ne confruntăm cu un fenomen de îmbătrânire demografică (creșterea relativă și absolută a proporției numărului bătrânilor). Odată cu creșterea duratei mediei de viață, odată cu creșterea numărului de persoane vârstnice s-a ridicat și procentul de îmbolnăviri psihice la acest grup populațional în comparație cu vârstele mai tinere. Printre cele mai frecvente tulburări psihice existente în rândul persoanelor de vârstă a treia se numără depresia și anxietatea.

Există multiple stereotipuri generatoare de atitudini negative față de bătrâni și bătrânețe, creându-se imaginea bătrâneții ca fiind plină de nenoroc și nefericire. Este adevărat că bătrânii au de-a face cu multe probleme – boală, sărăcie, depresie, sentimente de inutilitate – oricum, însăși societatea cauzează sau exacerbează aceste probleme. Aceste probleme trebuie recunoscute și acceptate, dar trebuie menționat că teama noastră irațională de bătrânețe și stereotipurile negative nu sunt bazate pe o imagine reală a bătrânului „tipic”(dacă acesta există). Cei mai mulți bătrâni nu sunt izolați de familiile lor, nu sunt bolnavi sau senili, nu au sentimente de inutilitate. Trebuie să facem să dispară stereotipurile despre bătrânețe ca fiind o vârstă de nefericiri sau o senină „vârstă de aur”.

Cum determinăm dacă cineva este tânăr, de vârstă mijlocie sau bătrân? Vârsta cronologică este desigur o bază pentru a face aprecieri asupra etapei de vârstă a unui individ. În unele situații, societatea poate defini vârsta în termeni cronologici formali. Vârsta cronologică este un indicator dur pentru felul în care un individ este, având în vedere că ea nu reflectă decât parțial procesele biologice, psihologice și sociologice care definesc cu adevărat etapele vieții. Într-adevăr, este păcat că stereotipizăm (sau etichetăm) atât de mult oamenii în funcție de vârstă. Astfel de categorii precum „vârsta de mijloc” sau „bătrânețe” sunt

constructe sociale bazate pe o mare varietate de standarde definite social. Funcțional, bătrânețea poate fi definită ca o schimbare substanțială a capacității individului de a contribui la muncă și la protecția grupului. Această capacitate funcțională este determinată de percepția socială a „utilității” calităților și abilităților bătrânilor, și aici diferențele culturale au o mare importanță în definirea bătrâneții. Se pare că există un acord la nivelul opiniei publice cu privire la definirea categoriilor de vârstă. Neugarten și asociații săi (1965) au arătat că cei mai mulți adulți (de vârstă medie) definesc tinerețea între 18 și 24 de ani, vârsta mijlocie între 40 și 50 de ani și bătrânețea între 65 și 70 de ani. Vârsta cronologică ne spune însă puțin despre individ, iar vârsta, însăși, este un construct social. Multe aspecte pot fi implicate în „a se simți bătrân”, de la părul alb și riduri până la pensionare și văduvie. A spune că „ești atât de bătrân pe cât te simți” înseamnă să recunoaștem că vârsta este mai mult decât o chestiune care ține de ani.

### **Tulburările psihologice din perioada bătrâneții**

Ca și alte grupe de vârstă, bătrânii pot și ei să sufere de tulburări psihice. Unele tipuri de probleme psihice par să crească în incidență odată cu vârsta. Rata spitalizărilor pentru probleme psihologice crește cu vârsta. Problemele psihologice prevalează printre cei cu vârste înaintate (peste 75) și cei cu probleme fizice. Ratele sunt mai mari pentru văduvi decât pentru cei căsătoriți, și cele mai mari pentru cei separați sau divorțați. Cea mai comună problemă printre bătrâni este depresia. Simptomele tipice sunt, deopotrivă, psihologice – tristețe, dezinteres, pesimism, dificultate în luarea deciziilor – dar și fizice – oboseală, pierderea apetitului, insomnii. Depresia are un caracter episodic și poate varia considerabil în ceea ce privește severitatea și durata. Adaptarea la pierderile prin care pot trece – văduvie, pensionare, dificultăți sexuale, boli fizice – solicită o enormă cheltuie a energiei fizice și emoționale. Aceste probleme mentale pot conduce la creșterea izolării sociale (Loventhal, 1964). Aceste multiple pierderi se pot concretiza într-o serie de reacții emoționale comune, precum vinovăție, singurătate, depresie, anxietate, neajutorare, furie și să conducă, eventual, la probleme mentale, funcționale. Reacțiile paranoide sunt cea de-a treia problemă funcțională pentru bătrâni. Acestea sunt

în genere mai puțin grave decât la tineri și pot reprezenta încercări „de a da sens” deficiențelor senzoriale. Reacțiile paranoide răspund la tratament. A treia problemă este ipohondria, care presupune o preocupare intensivă pentru funcționarea corpului. Aceasta crește cu înaintarea în vârstă și este mai comună pentru femei decât pentru bărbați.

Tulburările psihice organice reprezintă aproape jumătate dintre tulburările mentale ale bătrânilor, dar proporția crește cu vârsta. Sindroamele psiho-organice pot implica tulburarea funcțiilor cognitive, incluzând memoria, învățarea, vorbirea și orientarea în mediu și poate fi asociată cu anxietatea, depresia, euforia, ideile delirante și alte simptome. Aproximativ 10-20% dintre tulburările „organice” sunt reversibile, implicând dereglări temporare cauzante: diabetul, deficiențe de vitamine, alcoolism. Funcționarea completă poate fi restabilită în astfel de cazuri, dar cel mai adesea există o lipsă de atenție în diagnosticarea și tratamentul acestor probleme reversibile, și o tendință de a-i considera pe acești pacienți mai în vârstă „doar senili” (Butler, 1975).

Cei mai importanți factori care afectează starea de sănătate în general și cea a sănătății mintale în particular sunt: pensionarea, văduvia, izolarea/singurătatea, comorbiditățile somatice, deficitul senzorial (auzul și văzul slab), tulburările de mișcare prin boli musculo-scheletale și articulare.

### 3. STIGMATIZARE ȘI SĂNĂTATEA MINTALĂ



Termenul „*stigma*” derivă din limba greacă și se referă la semne corporale desemnate să exprime ceva neobișnuit și nefavorabil despre statutul moral al semnificatului; asemenea semne erau cicatrici corporale care semnificau faptul că acela care le avea era un sclav, un criminal sau un trădător, cineva care trebuia evitat, în special în public. Folosirea convențională contemporană a conceptului de stigma implică noțiunea unei caracteristici care discreditează persoana respectivă.

Cei mai mulți dintre noi capătă prejudecăți privind boala psihică din timpul miciei copilării și dobândesc anumite expectații; în timp ce imaginația bogată a acestei vârste dezvoltă pe baza unor informații neclare cu un conținut amenințător, conducând la anumite tipuri de expectații privind boala psihică. Asemenea expectații și convingeri sunt de obicei reafirmate și consolidate prin interacțiunile sociale ulterioare. De altfel, limbajul privitor la sănătatea mintală a fost integrat în discursul public într-o manieră care stigmatizează explicit – folosirea unor cuvinte ca „dement”, „maniac”, „diliu”, „sisi”, „sonat” – prin acestea denigrându-i pe cei bolnavi și întregul domeniu al sănătății mintale.

Nucleul stigmatizării bolnavilor psihici și al acelor care îi îngrijesc cuprinde câteva convingeri.

CONVINGERE	MĂSURI NECESARE
Boala psihică – boală falsă Boală simulată Acuze exagerate Evitarea responsabilităților	Bolnavii trebuie făcuți responsabili de acțiunile lor și trebuie să li se nege ipostaza de suferinzi (rolul de bolnavi)
Bolnavul psihic <ul style="list-style-type: none"> <li>• este periculos</li> <li>• este contagios</li> <li>• dă dovadă de slăbiciune</li> <li>• este vinovat</li> </ul>	Control, custodie, disciplină Izolare Respingere – necesită autocontrol Trebuie făcut responsabil și pedepsit

(Anthony Clare)

• *Atitudinea față de persoanele cu probleme de sănătate mintală*

Lipsa unor markeri obiectivi pentru boala psihică este un factor care contribuie foarte mult la persistența convingerii că boala psihică nu este o boală reală, spre deosebire de boala somatică. Dintre diferitele prejudecăți, aceea că bolnavul psihic este violent apare probabil ca cea mai tenace și contribuie în parte la virulența și persistența altor aspecte ale stigmatizării. Acest mod de a percepe boala psihică datează de foarte mult timp. O parte importantă a istoriei psihiatriei este o istorie a detenției, imaginile noastre despre nebunie – derivate din istorie – consolidează ideea bolii psihice ca stare incipientă, latentă de reală violență. Chiar cuvântul „balamuc”, denumind primele instituții psihiatrice este definit ca fiind „un loc de haos, țipete și agitație”. Marea dimensiune a spitalelor psihiatrice e un nou fenomen spectaculos al secolului al XIX-lea, deși a reprezentat o revoluție în psihiatrie prin recunoașterea suferinței psihice ca boală și, ca atare, recunoașterea necesității tratamentului și îngrijirii într-o instituție medicală, nu au reușit totuși să reducă teama și ignoranța în ceea ce privește suferința psihică.

În ciuda beneficiilor clinice și terapeutice oferite de aceste azile, principalul dezavantaj era reprezentat de dimensiune, izolare și atmosfera rece (azilară). Azilul, privit cu intoleranță și dezinteres de-a lungul anilor ca o „ladă de gunoi”, a ajutat la menținerea în conștiința publică a noțiunilor de control, custodie, cronicitate, reprimare și a temerilor de contaminare și violență. Multe din asemenea spitale au devenit supraaglomerate, cu personal redus și au fost excluse din categoria instituțiilor medicale. Odată cu declinul spitalului de psihiatrie și dezvoltarea simultană de unități acute de psihiatrie din cadrul spitalelor generale, ca și dezvoltarea psihiatriei comunitare, au apărut speranțe că stigmatizarea bolilor psihice poate fi redusă și eventual eliminată. Este cazul țărilor dezvoltate, în care tulburările psihice au devenit o patologie vizibilă și în care serviciile de asistență au cunoscut, în ultimii 20 de ani, o schimbare spectaculoasă. Cu toate acestea, în multe țări precum SUA, Marea Britanie, unde închiderea marilor spitale s-a făcut relativ rapid și nu întotdeauna au fost simultan dezvoltate suficiente servicii de îngrijire alternative, s-a constatat o accentuare a temerilor privind asocierea dintre boala psihică și violență și teama că o mare parte din beneficiile privind educația marelui public și implicarea mai intensă a mass-mediei în realizarea unei imagini pozitive a bolii psihice ar putea fi compensate de o cerere pentru un mai mare control al pacienților psihici în comunitate.

### • *Stigmatizarea și mass-media*

Atitudinile populației sunt în general influențate de mass-media și sunt susceptibile să se schimbe în funcție de acestea. Mass-media constituie o colecție dispartată care include nu numai televiziunea și radioul ci și cinematografia, publicitatea, ziarele, revistele. Mai multe studii recente sugerează faptul că atitudinile populației devin favorabile, în sensul că mai multe persoane recunosc faptul că au un bolnav psihic în familie, sunt convinse de importanța și utilitatea tratamentului și acceptă să angajeze un bolnav psihic sau să locuiască în preajma lui. Au apărut, de asemenea, foarte multe organizații nonguvernamentale care luptă pentru apărarea drepturilor acestor



pacienți – asociații naționale de sănătate mintală – ca și organizații ale pacienților suferind de o anumită tulburare și ale familiilor acestora – asociațiile pacienților schizofreni, bipolari, epileptici, cu demență Alzheimer etc. Rolul lor este acela de a atrage atenția asupra dificultăților întâmpinate de pacienții psihici, asupra nevoii pentru servicii mai bune și mai accesibile, de a încuraja mediatizarea modelelor eficiente de asistență psihiatrică. În timp ce profesioniștii domeniului sănătății mintale evită adesea mass-media din teama interpretărilor eronate și simplificărilor excesive, demersurile organizațiilor anterior menționate s-au dovedit a fi încununat de mult succes în folosirea mass-mediei pentru a comunica informații despre sănătatea mintală. Rolul mass-mediei în lume este, însă, controversat, încă, în multe țări cu asistență psihiatrică de bună calitate mass-media continuând să furnizeze informații denaturate în sens negativ privind comportamentul bolnavului psihic. În România, mass-media dă de cele mai multe ori dovadă de lipsă de informații, de prejudecăți și utilizează termeni cu referire la suferința psihică în sens peiorativ, în scopul atragerii atenției prin senzațional. Un mijloc de informare în masă care a manifestat aproape o fascinație pentru psihiatrie și boala psihică este cinematografia. Adesea ea a fost acuzată de accentuarea imaginii negative atât a pacienților psihici, cât și a psihiatrilor. În ultimii 20 de ani, însă, au crescut tendințele de a prezenta cât mai autentic și mai complet viața interioară a suferindului psihic. Multe lucrări autobiografice scrise de chiar persoanele care au trecut printr-o suferință psihică (medici, scriitori etc.) își descriu atât trăirile din timpul bolii, cât și efectele terapiilor, ca și atitudinea profesioniștilor și atmosfera din instituțiile psihiatrice. Toate aceste abordări diferite ale suferinței psihice (care este privită din interior) au condus la schimbări majore în organizarea serviciilor și în atitudinea față de persoanele cu probleme de sănătate mintală, pentru că de multe ori aceste scrieri au relevat faptul că și profesioniștii din domeniul sănătății mintale puteau să se comporte într-o manieră discriminatorie și stigmatizantă față de colegii cu un istoric de boală psihică.

### **Mituri care fac rău – Să le confruntăm cu realitatea!**

*Tulburările mintale sunt doar rodul imaginației persoanei afectate?*

*Nu. Sunt boli reale care generează suferință și dizabilitate.*

- Deja pentru multe tulburări mintale au fost descrise anomalitățile de infrastructură biologică. A nega realitatea bolilor psihice este ca și cum ai nega existența cancerului, motivând că nu poți vedea celulele anormale cu ochiul liber.
- Tulburările mintale pot fi diagnosticate și tratate înainte de a fi prea târziu.

*Tulburările mintale sunt determinate de slăbiciuni de caracter?*

*Nu. Aceste tulburări au cauze biologice, psihologice și sociale.*

- S-a demonstrat că unele gene sunt implicate în schizofrenie și în boala Alzheimer.
- Se știe că depresia este asociată cu modificări ale unor substanțe chimice din creier.
- Dependența de alcool, catalogată altădată drept un viciu decurgând dintr-o slăbiciune de caracter, este legată atât de gene, cât și de factori sociali.
- Influențele sociale pot contribui semnificativ la dezvoltarea diverselor tulburări. Indivizii reacționează diferit la stres. Pierderea unei persoane dragi poate determina depresie. Pierderea locului de muncă este asociată cu abuzul de alcool, suicid, depresie.
- Sărăcia extremă, războiul sunt factori care influențează apariția, durata și severitatea tulburărilor mintale.

*Trebuie pur și simplu să închidem persoanele care au tulburări mintale?*

*Nu. Persoanele cu tulburări mintale pot funcționa social și nu trebuie izolate.*

- Astăzi este posibil să tratăm persoanele cu tulburări mintale în diverse locuri: acasă, în clinici, în secții psihiatrice din spitalele generale, în centre de zi.
- Reabilitarea și reinsertia socială se poate face prin grupuri de sprijin social, locuri de muncă protejate, locuințe protejate.
- Ca și bolile fizice, tulburările mintale variază cu severitate, putând fi tranzitorii (cum ar fi tulburarea acută de stres), periodice (cum ar fi tulburarea afectivă bipolară, caracterizată de episoade de expansivitate, alternând cu episoade depresive) sau cronice și progresive (cum ar fi schizofrenia).

Persoanele cu tulburări mintale nu suferă doar din cauza bolii lor, ci și datorită stigmatizării sociale care împiedică adesea reintegrarea deplină în societate.

- ***Direcții în vederea destigmatizării bolnavului psihic***

Majoritatea persoanelor au în decursul vieții cel puțin o tulburare a echilibrului psihic și au nevoie de toleranță, sprijin, atitudini corecte din partea celor din jur. De cele mai multe ori, când aud de persoane cu tulburări mintale, reacția celor din jur este aceea de respingere, ceea ce accentuează suferința acestora și, în același timp, printr-un efect tip „bumerang”, are consecințe nefaste în plan social. Această atitudine ar trebui să se schimbe esențial, iar această schimbare poate fi un obiectiv esențial al educației pentru sănătate în domeniul sănătății mintale. Sensibilizarea populației cu privire la acest aspect trebuie să înceapă cu informarea corectă pentru că ignoranța este un principal factor ce cauzează intoleranța față de aceste persoane, respingerea lor, refuzul de a le accepta, de a le ajuta să se integreze sau reintegreze social. Implicarea celor din jur este cea mai bună soluție în rezolvarea problemelor complexe pe care aceste persoane le au în plan familial, profesional și social. Oamenii rămân – în cel mai bun caz – indiferenți, dacă nu chiar ostili față de necesitățile și dificultățile celor cu probleme mintale. Impresia pe care ei și-o creează despre aceste persoane este superficială și nefondată și aceasta impresie îi determină să recurgă la discriminare, să-și manifeste ostilitatea sau chiar disprețul, să-i eticheteze în fel și chip pe cei care prezintă tulburări mintale. Din cauza acestor atitudini sociale, multe persoane cu tulburări mintale refuză consultarea unui medic de frica de a nu se afla despre starea lor, din teama de „ce vor spune ceilalți”. Astfel, ei preferă să sufere decât să apeleze la medici neurologi, la psihiatrii sau la psihologi de teama că ar putea fi izolați de familie, de prieteni, de colegi, de societate, în general. Marginalizarea acestor persoane – datorită ignoranței și prejudecăților – duce în timp la creșterea numărului de îmbolnăviri de acest tip și la proliferarea problemelor de ordin etic, juridic și social pe care persoanele cu tulburări mintale le pot crea.

Sunt necesare programe de educație a comunității care să aibă ca obiective:

- înțelegerea cauzelor și consecințelor bolii mintale;

- înțelegerea faptului că stigmatul asociat problemelor de sănătate mintală provoacă izolarea și discriminarea multor persoane care se confruntă cu asemenea probleme, dar în același timp provoacă și probleme sociale;
- conștientizarea faptului că problemele de sănătate mintală sunt tratabile.

În esență, aceste programe trebuie să sensibilizeze populația cu privire la problemele persoanelor cu tulburări mintale, plecând de la o informare corectă despre aceste tulburări, fără exagerări, dar și fără minimalizare.

Dacă factorii esențiali care contribuie la stigmatizare sunt ignoranța, teama și ostilitatea, atunci antidoturile sunt informarea, securizarea și o puternică acțiune antidiscriminatorie din partea liderilor de opinie, a politicienilor. Se consideră, în general, că pentru obținerea unui progres în destigmatizarea bolii psihice și, crearea unei imagini pozitive mai corecte a acesteia, profesioniștii din domeniul sănătății mintale, împreună cu pacienții, cu familiile și cu organizațiile nonguvernamentale de profil trebuie să lucreze în colaborare strânsă cu mass-media. În ultimii ani s-au efectuat numeroase campanii de educare în scopul îmbunătățirii percepției opiniei publice și al combaterii stigmatizării bolii psihice. De exemplu, în 1992, Colegiul Regal al Psihiatrilor și al Medicilor Generaliști a lansat Campania Împotriva Depresiei, al cărei scop era creșterea conștientizării de către public și profesioniști a depresiei și a tratamentului său. La începutul campaniei, cercetările au arătat că publicul nu știa în ce constă depresia. Mulți considerau că boala somatică era mult mai ușor de acceptat și de observat. Majoritatea priveau consilierea ca pe cea mai eficientă modalitate de tratament și considerau că evenimentele neplăcute din viață, precum decesul, divorțul sau șomajul constituie principalele cauze. Despre antidepresive nu se știa nimic clar – erau adesea confundate cu tranchilizantele – și considerate ca un pericol de dependență. La finalul campaniei, studiul a arătat că 90% din populația inclusă era de acord ca persoanelor care suferă de depresie să li se acorde mai multă înțelegere și simpatie de către familie, prieteni, rude. De asemenea, un număr asemănător de subiecți a fost

de acord că oricine poate suferi de o tulburare psihică de-a lungul vieții, în timp ce peste jumătate au recunoscut că au o rudă apropiată sau un prieten care a avut depresie. Cercetarea a arătat, de asemenea, că percepțiile intens negative despre persoanele cu boli psihice grave sunt asociate cu contacte anterioare cu această populație și cu informații empirice incluzând convingerea asocierii dintre violență și boala psihică.

În 1996, Asociația Mondială de Psihiatrie a convocat prima întâlnire de experți provenind din toate țările și care reprezentau grupuri de pacienți, experți în sănătate publică, sociologi, antropologi și psihiatri, care au elaborat un program internațional de amploare antistigmă, vizând în principal stigma asociată schizofreniei. Scopul acestui program este de a crește nivelul de conștientizare și nivelul de cunoștințe privind natura schizofreniei și opțiunile terapeutice, îmbunătățirea atitudinii populației față de cei care au sau au avut schizofrenie și față de familiile lor și de a genera acțiuni pentru eliminarea discriminării și prejudiciului. Au început să se desfășoare studii-pilot în Spania, Canada și Austria, România fiind și ea implicată în program; programul este conceput astfel încât să implice autoritățile locale și naționale, mass-media, grupuri de voluntari, profesioniști în sănătatea mintală și în educație și pacienți psihici.

### • *Strategii de combatere a stigmatizării*

Cele trei abordări propuse pentru a combate stigmatizarea sunt: protestul, educația și contactul.

**Protestul** poate fi folosit, de exemplu, pentru a descuraja media de la reprezentările false ale bolii mintale și bolnavilor psihici și de la perpetuarea stereotipurilor negative sau de a accentua doar comportamentele discriminatorii.

**Programele educaționale** implică diseminarea de date și situații reale și complete despre bolile psihice pentru a facilita decizii corecte. Mesajele și metodele de educație trebuie adaptate atât diferitelor diagnostice psihiatrice, cât și grupurilor țintă vizate.

**Contactul** cu pacienții psihici care trăiesc autonom, responsabil și sunt productivi poate ajuta la combaterea stereotipurilor și atitudinilor negative. Acest lucru devine eficient când contactul are loc în mediul natural, de lucru și viață al bolnavului și nu în structuri speciale de tip spital. Calitatea acestor contacte are un impact covârșitor, deoarece contactele slabe, lipsite de autenticitate sau nereușite pot conduce la creșterea stigmatizării.

Norman Sartorius, fostul președinte al Organizației Psihiatrice Mondiale i-a încurajat în repetate rânduri pe profesioniștii din domeniul sănătății mintale să se implice activ în combaterea stigmatizării și discriminării. Un diagnostic de boală psihică poate fi în sine discriminator și stigmatizant, devenind o etichetă periculoasă atunci când este folosit în mod inadecvat sau abuziv. Efectele adverse ale medicației psihotrope, precum efectele extrapiramidale induse de neuroleptice pot deveni niște markeri mult mai puternici ai bolii psihice decât simptomele inițiale ale bolii. Îmbunătățirea tratamentului și îngrijirii bolnavilor psihici sunt punctul de referință în lupta împotriva stigmatizării și discriminării.

În concluzie, stigmatizarea este un proces social de etichetare, discriminare și excludere. Teorii variate încearcă să explice motivele sociale ale stigmatizării, fie prin istoricul evoluției, fie prin interesul crescând pentru genetică. Programele împotriva stigmatizării trebuie structurate ținând cont de multiplele fațete ale stigmatizării.

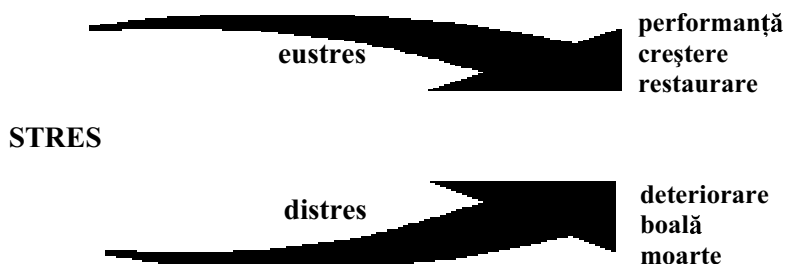
## 4. STRESUL ȘI SĂNĂTATEA MINTALĂ



Stresul este o parte firească a vieții, într-o definiție minimalistă stresul fiind modalitatea în care corpul nostru răspunde solicitărilor din viața noastră. Câteodată se întâmplă ca răspunsurile noastre să fie exagerate, generând stări anxioase, boli psiho-somatice, disconfort, iritabilitate, sindrom de burn-out și alte complicații mintale și fizice. Acest lucru nu trebuie să conducă însă la ideea că stresul trebuie eliminat. Trebuie doar să învățăm să-l gestionăm eficient. Biologul **Hans Selye**, cel care a consacrat termenul de stres, afirma: „Ar fi iluzoriu să ne închipuim că am putea evita stresul de-a lungul întregii noastre vieți; tot ce ne rămâne de făcut este să cunoaștem felul în care putem reduce la minimum efectele lui vătămătoare, deoarece numeroase boli sunt datorate în mare măsură erorilor răspunsurilor adaptative la stres, mai curând decât microbilor sau altor agenți externi.”

Există un nivel optim de stres – EUSTRESUL care conduce la:

- Un nivel crescut de motivație
- Sentimentul de tonifiere și mobilizare
- Un nivel ridicat de energie
- Culegerea și procesarea mai rapidă a informațiilor
- Luarea unor decizii sănătoase
- Acțiuni eficiente și creșterea productivității personale



### • Definirea conceptului de stres

Termenul de stres (*stress* – cuvânt de origine engleză – 1) încordare, presiune, apăsare, povară, 2) fig. tensiune, constrângere, solicitare, efort, 3) fig. accentuare, reliefare etc.) se referă în general la situația în care, sub acțiunea unui factor de natură diversă (fizic, chimic, biologic, psihic etc.) echilibrul organismului este amenințat; limitele resurselor adaptative sunt depășite. Conceptul de stres, introdus de **Selye H**, indica inițial o acțiune de suprasolicitare exercitată din exterior asupra organismului, care determină o reacție de adaptare nespecifică a organismului față de agresiunea care-i amenință integritatea.

Există numeroase definiții ale stresului, dintre care le amintim pe următoarele:

<b>MC. GARTH</b>	<i>Stresul apare când se produce un dezechilibru marcat între solicitările mediului și capacitățile de răspuns ale organismului.</i>
<b>J. DELAY</b>	<i>Stare de tensiune acută a organismului obligat să-și mobilizeze capacitățile de apărare, pentru a face față unei situații amenințătoare.</i>
<b>R. GUILLEMIN</b>	<i>Stare tradusă printr-un sindrom specific, corespunzând tuturor schimbărilor nespecifice induse astfel într-un sistem biologic.</i>
<b>P. FRAISSE</b>	<i>Totalitatea conflictelor personale sau sociale ale individului care nu își găsește soluția.</i>
<b>M. GOLU</b>	<i>O stare de tensiune, încordare și disconfort cauzată de afecte negative, de frustrare, de reprimare a unor trebuințe sau aspirații, de imposibilitatea rezolvării unor probleme.</i>



Stresul psihic este rezultatul acțiunii unor factori sau condiții stresante care acționează predominant asupra psihicului uman, în principal prin semnificația pe care o au pentru persoană.

Se observă cu ușurință că aceste definiții ale stresului sunt doar cele ale DISTRESULUI – stresul negativ. La aceste definiții trebuie făcute următoarele precizări (**Mc Garth**):

1. Solicitățile pot produce stresul psihic numai dacă individul anticipează faptul că nu va fi capabil să le facă față sau că nu le va putea satisface cererile fără a pune în pericol alte scopuri pe care le urmărește.
2. Dezechilibrul între cerințe și capacitatea de a le răspunde adecvat provoacă stresul psihic numai dacă urmările eșecului prezintă importanță pentru subiect; în cazul în care subiectul nu-și dă seama de consecințele inadapării sau acestea nu-l afectează, el nu trăiește sentimentul amenințării și nu este stresat psihic.
3. Anticipând consecințele, individul își poate modifica starea de stres fie prin evitarea solicitărilor, fie prin îndeplinirea acestora la „un preț tolerabil”, fie schimbându-și optica asupra solicitărilor (minimalizându-le) sau asupra posibilităților proprii (reevaluându-le) sau asupra consecințelor.
4. Nu numai suprasolicitările cantitative sau calitative pot determina stres psihic. Se vorbește și despre STRESUL DE SUBSOLICITARE prin monotonie, rutină, lipsă de stimulare și informație care împiedică individul să-și manifeste toate posibilitățile sale, să-și mobilizeze și să-și folosească resursele. Reducerea solicitărilor sau limitarea posibilităților de expresie devin, pentru unele persoane, la fel de stresante ca supraîncărcarea cu sarcini, pentru altele.
5. Altă situație care poate determina stresul psihic este ambiguitatea stimulilor din cauza lipsei de informații sau a unor informații neclare sau contradictorii. În aceste situații, individul, deși este capabil să răspundă, nu-și dă seama ce anume i se cere.

6. Alteori, conflictul rezultă din obligativitatea persoanei de a da în același timp două răspunsuri incompatibile sau de a proceda într-un mod care vine în opoziție cu propria convingere.
7. Alte surse de stres sunt imposibilitatea de amâna răspunsul la solicitări sau restrângerea posibilităților de a răspunde la acestea.

### • *Clasificarea stresului*

În încercarea de a clasifica sursele de stres, tipurile de solicitări stresogene, **Lucian Alexandrescu (2000)** stabilește o clasificare a stresului realizată în funcție de următoarele criterii: magnitudinea absolută sau relativă a stresului; raportul cu etapa de viață a subiectului, nuanțele de expectabilitate-neexpectabilitate și controlabilitate-necontrolabilitate; răspândirea generală a stresorilor și efectul lor asupra omului „obișnuit”. Clasificarea este aplicabilă pentru orice stresori, la orice vârstă și în conjuncție cu orice sistem de clasificare al bolilor psihice. Ea conține opt grupe mari, notate **A-H**.

**Grupa A** – Stresul excepțional sau catastrofic – se referă la stresuri masive, acute, de regulă neașteptate, evenimente ieșite din comun, din cotidian, deloc sau puțin influențabile de către subiect și care afectează practic pe oricine într-o mare măsură. Acest tip de stres include dezastre și calamități naturale, dezastre și catastrofe (războaie, poluări, bombardamente); accidente colective; stresul catastrofic individual: violența nesexuală sau sexuală, tortura. Din punct de vedere clinic (**Predescu** și **Alexandrescu**), patologia ocazionată de stresul catastrofic include reacții psihotice imediate (de șoc și neșoc), reacții mai îndepărtate de tip depresiv și, în mod aproape specific, sechele la distanță, de tipul tulburării de stres posttraumatic.

**Grupa B** – Stresurile vieții – include stresuri concordante sau necontradictorii cu etapa eriksoniană de viață, cu intensitate moderată medie sau mare, care afectează practic pe oricine, dar într-o măsură variabilă. Include șase sub-grupe de:

- 1) stresuri scurte – pierderi reale (cunoștințe, rude), pierderi simbolice;
- 2) stresuri legate de boala tranzitorie;
- 3) stresuri cu post-efecte prelungite – pierderi reale (partener marital, copil), pierderi materiale majore;

- 4) stresuri cu acțiune prelungită -suprasolicitări lungi, boala cronică, conflicte cronice;
- 5) stări stresante – stresul existenței ca handicap sau ca sechelar grav; stresul existenței în condiții precare financiare și/sau de mediu;
- 6) stresuri legate de schimbări majore de statut, mediu, condiție de viață.

Stresurile îndelungate pot contribui la constituirea unor dezvoltări patologice ale personalității.

**Grupa C** – Stresuri care decurg din desfășurarea neobișnuită a unor acte de viață obișnuite.

**Grupa D** – Stresul necazurilor și al solicitărilor cotidiene. Specifice sau nu grupului de apartenență, aceste stresuri induc, cel mult, manifestări tranzitorii sau fragmentare. Au un posibil rol pentru determinarea rezistenței sau lipsei de rezistență la stresori mai mari. Adesea produc o anumită frustrare.

**Grupa E** – Stresul endemic – stresul general și impersonal constituit de veștile proaste ale zilei sau perioadei: inflație, șomaj.

**Grupa E<sub>1</sub>** – Stresurile speciale condiționate de expuneri particulare. Include stresul unor profesii sau ocupații cunoscute ca stresante, și al altor profesii ce implică risc individual.

**Grupa E<sub>2</sub>** – Stresurile condiționate de vulnerabilități individuale particulare:

- a. stresul determinat de psihopatologia preexistentă: stresul determinat de anxietatea fobică, stresul fenomenelor compulsive și cel consecutiv tulburării de control al impulsurilor; stresul resimțit de pacienții cu schizofrenie, cu epilepsie;
- b. stresul consecințelor unor acte psihotice (amintiri crepusculare, confuzie, comportament delirant-halucinator în psihoze majore);
- c. stresul amintirilor, determinat de retrăirea sau evocarea unor situații stresante anterioare;
- d. stresul sărbătorilor ce evidențiază subiectului singurătatea ori inadecvarea vieții pe care o duce;
- e. stresul determinat sau facilitat de prezența unei patologii somatice care modifică vulnerabilitatea.

**Grupa F** – Stresurile speciale – sunt stresuri ce se constituie ca atare, prin vulnerabilități și/sau expuneri particulare.

**Grupa G** – Stresul experimental – nu are, de regulă, urmări patologice durabile. El se referă la diferite proceduri de laborator care induc, la voluntari, stresuri scurte și strict limitate ca intensitate și gamă de conținuturi.

**Grupa H** – Stresul situațiilor extremale – este stresul experimental sau natural indus în legătură cu existența sau pregătirea pentru existență în medii intens nefavorabile vieții omului.

În 1994, **Richard H. Rahe și Thomas Holmes** au propus o listă a primilor 10 stresori prin evenimente de viață, ierarhizându-i după cum urmează:

1	Decesul soției sau soțului
2	Divorț
3	Decesul unui membru apropiat al familiei
4	Separare maritală
5	Rănire sau boală personală severă
6	Pierderea serviciului
7	Condamnare la detenție
8	Decesul unui prieten apropiat
9	Sarcina
10	Schimbarea profesiei-reajustare în afaceri

O altă încercare de sintetizare a evenimentelor de viață care pot constitui stresori este cea făcută de acad. prof. **Mircea Lăzărescu**, în 2002, care delimitează următoarele situații:

<b>Psihotrauma</b>	Eveniment secvențial care impresionează intens persoana
<b>Schimbări existențiale semnificative</b>	Schimbare care necesită un efort readaptativ (responsabilități, eforturi, noi rețele de comunicare)
<b>Eșecul</b>	Neîndeplinirea unui proiect în care subiectul este angajat
<b>Frustrarea</b>	Nesatisfacerea unor dorințe, pulsuni, nevoi sau pretenții legitime (circumstanțială, prelungită sau cronică)

<b>Conflictul interpersonal trenant</b>	Stare de tensiune și conflict constant cu persoane angrenate în structuri sociale bine definite (familie, colegi de muncă sau de locuință)
<b>Epuizarea prin suprasolicitare</b>	Program de muncă excesiv, în special dacă nu e urmat de satisfacții (poate fi provocată de un stil particular de viață)
<b>Lipsa de perspectivă vitală</b>	Situații nefavorabile din care subiectul nu are nici o perspectivă de a ieși
<b>Conflictul intrapsihic</b>	Egodistonia realizată de sentimentul vinovăției (poate fi conștient sau preconștient)
<b>Crizele existențiale sau de conștiință</b>	Perioadele critice se referă la personogeneză și ciclurile vieții; apar în perioadele de bilanț individual
<b>Învățărilor patologice</b>	Mai frecvente în copilărie, dar posibile pe tot parcursul vieții

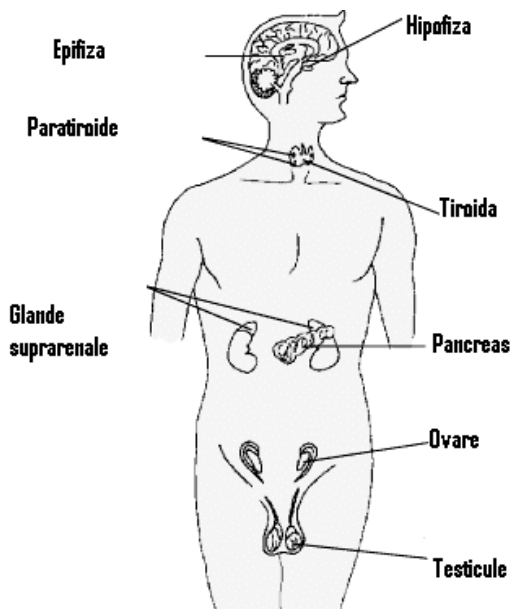
Considerăm de interes și următoarea clasificare după **Stora Jean Benjamin**, 1996:

<b>Stresul la locul de muncă</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surse legate de mediul de lucru</li> <li>• Surse legate de munca într-un post determinat</li> <li>• Surse legate de supraîncărcare</li> <li>• Surse legate de deficiențele în muncă</li> <li>• Surse legate de pericolul fizic</li> <li>• Surse legate de insatisfacția muncii</li> </ul>
<b>Stresul și organizarea muncii</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiguitatea rolului</li> <li>• Exercițarea responsabilității</li> <li>• Responsabilitatea față de viața altora</li> <li>• Stresul relațional</li> <li>• Stresul legat de etapele carierei</li> <li>• Frustrările induse de statutul profesional</li> <li>• Grupurile profesionale</li> </ul>
<b>Surse legate de viața cotidiană</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viața de familie</li> <li>• Dificultățile familiale</li> <li>• Conflictul obligații familiale/obligații profesionale</li> <li>• Mobilitatea profesională și internațională</li> </ul>
<b>Surse legate de schimbările mediului social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absența și dezintegrarea structurilor sociale</li> <li>• Deculturația</li> <li>• Urbanizarea /informatizarea societății</li> </ul>

### • *Noțiuni despre fiziopatologia stresului*

**Hans Selye** a descris sindromul general de adaptare, care constituie suma tuturor reacțiilor sistemice nespecifice ale corpului ce urmează după un stres prelungit. Axul hipotalamo-hipofizo-suprarenal este afectat de secreția prelungită de cortizol, provocând leziuni structurale în diferite organe. **George Engel** a afirmat că, în starea de stres, toate mecanismele de neuroreglare suferă modificări funcționale care deprimă mecanismele homeostatice (de echilibru) ale corpului, determinând o vulnerabilitate a acestuia la infecții și alte tulburări.

Căile neurofiziologice care mediază reacțiile de stres includ: cortexul cerebral, sistemul limbic, hipotalamusul, glanda suprarenală și sistemul nervos simpatic și parasimpatic.



Răspunsurile funcționale la stres sunt succint prezentate mai jos:

Răspunsuri ale neurotransmițătorilor:

- Creșterea sintezei cerebrale de noradrenalină
- Creșterea turnover-ului serotoninei, care poate să rezulte, în cele din urmă, în depleția de serotonină
- Creșterea transmisiei dopaminergice

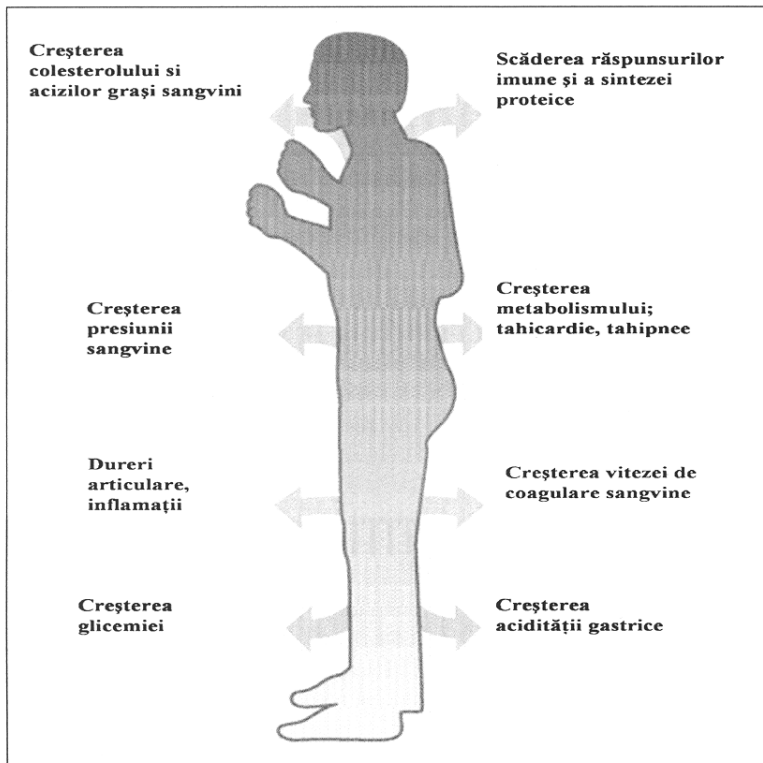
### Răspunsuri endocrine:

- Hormonul adrenocorticotrop (secretat de hipofiză) crește, stimulând glanda suprarenală să secrete mai mult cortizol
- Descreșterea testosteronului în stresul prelungit
- Descreșterea hormonului tiroidian

### Răspunsuri imunitare:

- Activitate imunitară care apare prin eliberarea de factori imunitari hormonal (citokine) în stresul acut
- Scăderea numărului și activității celulelor albe „*natural killer*” în stresul cronic.

În consecință, stresul psihic antrenează – ca orice alt stresor – o participare complexă a întregului organism în cele două ipostaze ale sale „*psyche*” și „*soma*”.



### • *Diagnosticarea stresului*

Când se suspectează că boala unui pacient este legată de stres, se va face un istoric complet și atent, care, în mod natural, va include stresorii din viața pacientului (probleme familiale sau de serviciu, alte boli etc.). De asemenea, evaluarea de către psiholog a personalității individului va trebui făcută pentru a-i evalua resursele de adaptare și paternurile de răspuns emoțional. Există un număr generos de inventare de personalitate și teste psihologice care pot fi folosite pentru a diagnostica cantitatea de stres la care pacientul este expus și strategiile de apărare pe care acesta le folosește pentru a înfrunța/gestiona acest stres. Medicii vor trebui să facă un diagnostic diferențial între tulburările de adaptare, tulburările anxioase sau de depresie și, de asemenea, să ia în calcul bolile somatice care sunt bolile tiroidiene, pancreatice etc. care se pot manifesta cu simptome psihice.

### • *Tratamentul stresului*

Managementul stresului învață individul strategii de adaptare la stres, de gestionare eficientă a acestuia prin:

- Reducerea condițiilor stresante din mediu
- Tehnici de dezvoltare a toleranței la stres
- Menținerea unei imagini de sine pozitive
- Menținerea echilibrului emoțional
- Dezvoltarea unor relații satisfăcătoare cu cei din jur

Cercetările recente, făcute pentru a înțelege multiplele și complexe interacțiuni între mintea umană și corp, au condus la dezvoltarea unei game largi de abordări a bolilor legate de stres. O prezentare succintă a acestor abordări cuprinde:

- **Medicamente.** Medicamente pentru controlul tensiunii arteriale sau altor simptome somatice ale stresului. Sunt folosite anxioliticele și antidepresivele.
- **Programe de management al stresului.** Individuale sau de grup, ele implică de obicei analiza stresorilor din viața individului. Adesea, se concentrează asupra stresorilor de la locul de muncă.



- **Tehnici comportamentale.** Aceste strategii cuprind tehnici de relaxare, exerciții de respirație și programe de exerciții fizice, incluzând plimbările. Terapia prin relaxare urmărește să reducă reactivitatea emoțională și răspunsul fiziologic la emoții. Se folosește relaxarea progresivă, tehnici de relaxare prin imagerie mentală (subiectul este pus să-și imagineze o situație, un loc fără griji și stres, unde se simte confortant și în siguranță), tehnici de meditație, training autogen.
- **Masajul.** Masajul terapeutic ameliorează simptomele induse de stres prin învățarea relaxării progresive a grupurilor musculare din spate, brațe, gât, picioare.
- **Meditația și practicile religioase sau spirituale**
- **Managementul timpului.** Prin stabilirea de obiective de scurtă durată (zilnice) și de lungă durată (anuale), alcătuirea unor liste cu lucruri de făcut „*to do list*”, pe care individul este ajutat să le urmărească prioritar, ajutarea lui în estimarea timpului necesar desfășurării unei activități etc.
- **Terapii alternative.** Cuprind ședințe de yoga, tai-chi, aikido, terapie reiki, aromoterapie, terapie prin dans, tratamente bazate pe suplimente nutritive/regim alimentar, acupunctură, homeoterapie, fitoterapie etc.
- **Terapie cognitivă.** Poate cea mai eficientă metodă de reducere/gestionare a stresului, această abordare ajută pacientul să reinterpreteze stresorii din viața lui în așa fel încât să poată modifica felul în care corpul său reacționează la stres. Această abordare pleacă de premisa că individul are multiple distorsiuni de gândire, gânduri iraționale care induc și mențin stresul. Clientul este încurajat să testeze, alături de terapeut, aceste false ipoteze, adunând contraexemplu față de gândurile iraționale inițiale – testarea ipotezelor. Principalele distorsiuni cognitive includ:
  1. Gândirea emoțională
  2. Suprageneralizarea
  3. Gândirea catastrofică
  4. „Citirea gândurilor”
  5. Concentrarea pe aspectele negative ale unei situații etc.

### • *Prognosticul și prevenția stresului*

Prognosticul recuperării dintr-o boală determinată de stres este legat de o varietate de factori din viața individului, mulți dintre aceștia fiind determinați genetic (rasă, sex, antecedente familiale) sau factori nelegați de controlul individului (aspecte economice, stereotipii culturale, prejudecăți sociale etc.). Chiar în acest context, este posibil ca indivizii să învețe noi modalități de răspuns la stres, schimbându-și astfel modalitatea de reacție. Abilitatea unei persoane de a rămâne sănătoasă în situații stresante mai este numită *rezistența la stres*. Persoanele cu rezistență crescută la stres au trăsături de personalitate care le întăresc capacitatea de *coping*. Aceste trăsături includ și încrederea în importanța lucrurilor pe care le fac, credința că au putere să influențeze lucrurile și evenimentele, o viziune asupra schimbărilor din viață ca fiind oportunități și nu amenințări.

Ideea de a preveni în totalitate stresul este pe cât de imposibilă, pe atât de nedorită, deoarece stresul rămâne un stimul important în creșterea și dezvoltarea umană, în creativitatea acestuia. Strategiile de prevenire a stresului variază mult de la persoană la persoană, depinzând de numărul și natura stresorilor din viața individului și de capacitatea sa de control asupra acestora. Totuși, o combinație de modificări comportamentale și cognitive funcționează bine pentru majoritatea indivizilor, cea mai bună metodă de prevenție fiind un model parental pozitiv de comportamente și atitudini. O existență bogată în interese și preocupări nu îl ferește pe individ de trăirea unor stresuri psihice intense, dar îi permite să le depășească în condițiile unor efecte patologice secundare minime.

## 5. ADAPTARE. COPING. REZILIENȚĂ



### • *Adaptare/coping*

În 1937 **Hans Selye**, fiziopatolog canadian, laureat al premiului Nobel, introduce termenul de *sindrom de adaptare* în patologia generală, definindu-l ca un ansamblu de reacții prin care organismul răspunde la o acțiune agresivă – stres. Pornind de la acest concept, organismul uman se află într-o relație simultană și reciprocă cu mediul exterior. Adaptarea, rezultanta acestei relații, depinde de amândoi factorii participanți, fiecare devenind un determinant și un produs al relației. Termenul de „adaptare” a fost preluat și de psihiatrie, care a dezvoltat în context o adevărată patologie legată atât de adaptare, cât și de stres.

Conceptul de adaptare a făcut posibil pentru cercetători și practicieni să vorbească de capacități, mai mult decât de incapacități, de realizare decât de eșec, despre sănătate decât despre starea de boală. Termenul din limba engleză – *coping* (adaptare) – „*a face față unei situații*”, își află originea în vechiul grecesc „*kolaphos*”, care înseamnă „a lovi”. La început, acesta însemna „a se întâlni”, „a se ciocni de”, „a se lovi de”. Azi, înțelesurile inițiale au evoluat într-o definiție care implică sensul primar, dar la care se adaugă noi conotații („Dicționarul Webster” – 1979 definește *copingul* ca „*a lupta cu succes, a face tot posibilul*” sau în termeni echivalenți „*a fi mai mult decât*”).

• *Cum definim adaptarea?*

Sensurile atribuite adaptării de către principalii autori anglo-saxoni care au acreditat și dezvoltat conceptul de *coping* cuprind:

<b>Coly, 1973</b>	Comportamentul adaptativ este calea conștientă și inconștientă folosită de oameni pentru a se acomoda la cerințele mediului înconjurător, fără să le schimbe scopurile și obiectivele.
<b>Mc.Gath, 1970</b>	Adaptarea este o unitate de acoperire și un pattern clar de comportament prin care organismul poate preveni activ, ușura sau răspunde la circumstanțele care induc stresul.
<b>Murphy, 1962</b>	Adaptarea include întâlnirea a ceva nou, a ceva care n-a mai fost întâlnit: întâlnirea unei situații inedite, unui obstacol sau unui conflict. Adaptarea include elementul mijloc-scop în procesul activității.
<b>Lipowski, 1970</b>	Adaptarea reprezintă toate activitățile cognitive și motorii pe care o persoană suferindă le folosește pentru a-și menține funcționalitatea fizică, integritatea psihică, pentru a-și redobândi echilibrul funcțional și a compensa la limita posibilului pierderile ireversibile.
<b>Pearlin și Schooler, 1978</b>	Adaptarea se referă la orice răspuns sau la orice provocare externă care servește la prevenirea, evitarea sau controlul perturbărilor emoționale.
<b>Lazarus și Launier, 1978</b>	Adaptarea este efortul, împreună cu acțiunea orientată și acțiunea psihică, de a conduce (tolera, reduce, minimaliza) cerințele interne și externe și conflictele care apar odată cu aceste cerințe și care scad sau epuizează resursele persoanei.
<b>Folkman și Lazarus, 1980</b>	Adaptarea este definită ca un efort cognitiv și comportamental făcut pentru a stăpâni, tolera sau reduce cerințele interne și externe, și conflictele care apar odată cu aceste cerințe.
<b>Haan, 1982</b>	Adaptarea este încercarea de a învinge dificultățile. Este o ciocnire la care oamenii odată ajunși folosesc resursele interne și externe pentru a reuși să echilibreze impactul produs de dificultăți.
<b>Folkman și Lazarus, 1984</b>	Adaptarea este o permanentă schimbare a eforturilor cognitive și comportamentale care organizează specific cerințele interne, pentru a administra cererile externe și/sau interne, pentru a preveni scăderea sau epuizarea resurselor persoanei.
<b>Matheny, Aycock, Curlette și Cannella, 1986</b>	Adaptarea reprezintă orice efort sănătos sau nesănătos, conștient sau inconștient de a preveni, elimina sau scădea stresorii sau de suporta efectele lor cu cât mai puține daune.

Aceste definiții subliniază câteva elemente cheie:

- folosirea resurselor;
- gândire și/sau comportament activ;
- reducerea nevoilor interne și/sau externe prin găsirea de soluții și rezolvarea eficientă a problemelor;
- variațiile în ceea ce privește scopul sau ținta adaptării.

Adaptarea este promovarea creșterii și dezvoltării umane prin utilizarea activă a resurselor biopsihosociale care participă la controlul, stăpânirea și prevenirea stresului generat de condiții externe/interne. Adaptarea are funcții importante în capacitatea organismului de a se autoproteja. Abilitățile și capacitățile indivizilor joacă un rol important în rezolvarea cu succes a problemelor, conflictelor și celorlalte nevoi cu care se confruntă organismul. Adaptarea este baza pentru supraviețuirea și evoluția individului și a grupului. Ea însumează ansamblul reacțiilor prin care un individ își ajustează structura sau comportamentul, pentru a putea *„răspunde armonios condițiilor unui mediu determinat sau unor experiențe noi”* (Sutter).

Procesul de adaptare este, în cazul ființei umane, biunivoc, având și o funcție de transformare și adecvare a mediului aflat în dinamică, în raport cu necesitățile și posibilitățile individului. Adaptarea umană nu este deci pasivă, ci dinamică și creatoare. Complexitatea antroposferei necesită un permanent efort, realizat prin procesele adaptative de integrare și reglare, care fac posibilă utilizarea optimă a rezervelor funcționale, precum și refacerea acestora în perioadele în care solicitarea încetează. În acest fel, este menținută homeostazia organismului, precum și fiabilitatea lui în funcționare.

Adaptarea este strâns relaționată cu promovarea stării de sănătate și cu prevenirea tulburărilor (bolilor). În acord cu **Pearlin și Schooler (1978)**, adaptarea ne protejează prin:

1. eliminarea sau modificarea condițiilor care creează probleme;
2. perceperea controlului semnificației trăirilor într-o manieră prin care să se neutralizeze caracterul ei problematic;
3. păstrarea consecințelor emoționale ale problemelor în limite controlabile.

Aceste funcții prefigurează baze comportamentale pentru tratarea și prevenirea tulburărilor și pentru promovarea sănătății.

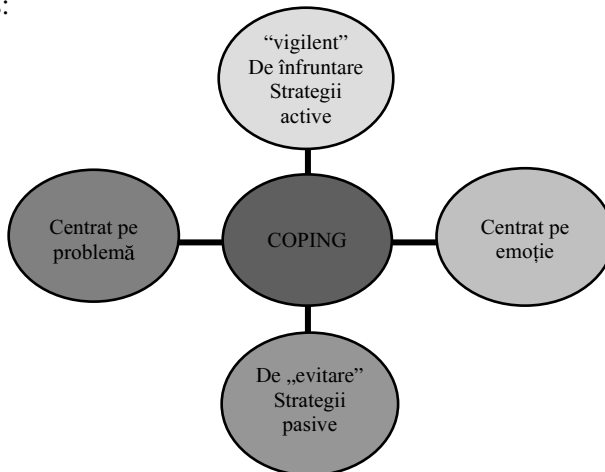
Adaptarea presupune, de regulă, un efort adaptativ, care, de cele mai multe ori, ia forma unor acțiuni mintale și motorii, mai mult sau mai puțin evidente în exterior. Dar sunt destule situații când efortul adaptativ nu presupune declanșarea, menținerea sau modificarea unor scheme comportamentale anume ci întreruperea, stoparea acestora. Uneori, blocarea la timp a unei simple reacții sau a unei operații complexe este de o importanță fundamentală pentru însăși existența fizică a persoanei.

### • *Clasificarea copingului*

Comportamentele de adaptare / copingul pot fi împărțite în patru dimensiuni independente:

1. activ-pasiv (discutând direct acțiunea, tratând despre stresori sau evitând stresorii)
2. cognitiv-emoțional (controlând stresorii angajați în activitatea cognitivă sau ținând de sfera emoțională, catarsisul și expresia)
3. controlul (menținând în aparență controlul personal asupra stresorilor)
4. acțiunea psihologică/acțiunea socială (sfera autorealizării sau suportul social).

Altfel prezentat, tipurile de coping pot fi clasificate conform schemei de mai jos:



<b>Grupe de coping</b>	<b>Rol în procesul adaptativ</b>	<b>Proces adaptativ</b>	<b>Alți factori implicați</b>
Rezolvarea de probleme -strategizarea -acțiunea instrumentală -planificarea	Ajustarea acțiunii pentru a fi eficientă	Coordonarea acțiunilor și a neprevăzutului din mediu	Privește și învață Perfecțiune/măiestrie Randament
Căutarea informației -citire -observație -întrebându-i pe ceilalți	Descoperirea neprevăzutului		Curiozitate Interes
Neajutorarea -confuzia -obstacole cognitive -epuizare mentală	Descoperirea limitelor acțiunii		Vină Neajutorare
Fuga -evitarea cognitivă -comportamente de evitare -negare -interpretarea dorințelor drept realitate	Fuga către un mediu care oferă siguranță		Indepărtare/renunțare Fugă/refugiu Frică
Încrederea în forțele proprii -echilibru emoțional -echilibru comportamental -expresivitate emoțională	Protejarea relațiilor sociale existente	Coordonarea suportului și a resurselor sociale existente	Interes/îndrumare Satisfacție
Căutarea suportului -căutarea interrelaționării -căutarea confortului -suport spiritual	Folosirea resurselor sociale existente		Căutarea proximității celorlalți Tânjire Alte alianțe
Delegarea -căutarea ajutorului în mod non-adaptativ -se plânge, își plânge de milă	Găsirea limitelor resurselor		Rușine Milă de sine
Izolarea -retragere socială -ascundere -evitarea celorlalți	Retragere dintr-un context considerat non-suportiv		Tristețe Înghetare

<b>Grupe de coping</b>	<b>Rol în procesul adaptativ</b>	<b>Proces adaptativ</b>	<b>Alți factori implicați</b>
Acomodarea/obișnuința -distragerea atenției -restructurare cognitivă -minimizarea -acceptarea	Ajustarea flexibilă a preferințelor la opțiuni	Coordonarea preferințelor și a opțiunilor existente	Control secundar alegere
Negocierea -persuasiune -stabilirea priorităților	Găsirea de noi opțiuni		Compromis
Submisivitate -ruminare -perseverență rigidă -gânduri care distrag atenția/intruzive	Renunțarea la preferințe		Dezgust Perseverență rigidă
Opoziție -învinovățirea celorlalți -proiecție -agresivitate	Îndepărtarea constrângerilor		Luptă Furie Sfidare

### • *Despre conceptul de reziliență*

Deși legătura dintre stres și boală a fost atent documentată, nu toate persoanele expuse la situații stresogene se îmbolnăvesc sau „se stresează”. În mod firesc, atenția cercetătorilor s-a îndreptat către semnificația psihologică a evenimentului stresogen pentru individ. Cercetările au arătat că, anumite caracteristici, precum reziliența psihologică și stilul de coping, au un impact definitiv asupra experienței stresului și bolii induse de stres asupra persoanei.

### • *Ce este reziliența?*

În primul rând, este un termen pentru a explica rezistența materialelor la șocuri, primele publicații care conțin acest termen datând din anii 1939-1945. Reziliența (sau rezistența la șoc) reprezintă capacitatea unui material de a absorbi o anumită cantitate de energie înainte de a se rupe, atunci când este lovit brusc de un corp solid. Reziliența se determină cu un aparat numit pendul de reziliență, pe epruvete prismatice, cu secțiunea pătrată sau circulară, prevăzute cu o creștătură.



Reziliența se determină la materialele din care se fac piese și scule supuse la șocuri (loviri) în timpul utilizării: roți dințate, matrițe etc. Noțiunea a fost preluată de numeroase domenii: botanică, etologie, economie etc., termenul definind, în sens larg, capacitatea de rezista la șocuri, dezechilibre, dar și de psihologie, unde se vorbește despre reziliența psihologică.

*Reziliența psihologică* se referă la capacitatea individului de a suporta stresori fără a manifesta disfuncții psihologice, boli psihice sau dispoziție negativă persistentă – capacitatea persoanei de a evita psihopatologia în ciuda diferitelor circumstanțe dificile. Stresorii psihologici sau „factorii de risc” pot fi acuți sau cronici (exemplu, moartea cuiva drag, boală cronică, abuz emoțional sau fizic, șomaj sau violență). Procesul central în clădirea rezilienței constă în dezvoltarea aptitudinilor de coping. Modelul de bază al acestui proces este reprezentat de schema: stresorul A (sau sursa potențială de stres) determină o reprezentare cognitivă cu determinarea deciziei dacă A semnifică un eveniment care poate fi rapid gestionat sau reprezintă o sursă de stres, deoarece poate depăși posibilitățile de coping ale persoanei. Dacă stresorul este considerat periculos, răspunsurile de coping sunt puse în mișcare. Reziliența presupune și o constelație de trăsături de personalitate care servesc ca resurse de rezistență atunci când întâlnim situații stresogene. Ea cuprinde trei elemente de bază:

- provocarea – perceperea schimbării ca normale și naturale și, deopotrivă, ca oportunitate pentru dezvoltarea personală;
- implicare – presupune perceperea semnificației, găsirea de sens în acțiunile întreprinse și dorința de participare activă;
- control – presupune credința că acțiunile noastre pot avea un impact semnificativ asupra circumstanțelor existenței.

Unul dintre pionierii etologiei franceze, **Boris Cyrulnik** are ca principală preocupare conceptul de reziliență – capacitatea de a putea depăși traumatismele psihice și rănilor emoționale cele mai grave – boală, doliu, viol, tortură, atentat, deportare sau război. Pe baza numeroaselor cazuri analizate în cabinetul său de psihoterapie sau observate în timpul misiunilor sale în străinătate, Cyrulnik susține că oamenii au capacitatea de a depăși situațiile cele mai teribile datorită

anumitor abilități deprinse în copilărie, care îi ajută să treacă peste experiențele traumatizante. Cyrulnik este preocupat în mod deosebit de situația copiilor străzii. El a declarat că s-a interesat de acești copii ai străzii, pentru a-i examina și a vedea exact cum pot depăși situația în care se află prin evaluarea resurselor interne. Potrivit prof.dr. Boris Cyrulnik, depășirea unei situații traumatice depinde de istoria personală a fiecăruia.

În opinia sa, cel mai bun loc de ieșire și de exprimare a acestor copii, care nu totdeauna sunt apti să își dezvăluie sentimentele, este chiar strada în care ei stau. Specialistul trebuie să meargă în stradă și acolo să discute cu copilul și să-l evalueze. În cadrul acestei evaluări și încercări de a vedea cum pot fi ajutate persoanele care au suferit diferite traumatisme, un rol important îl are afecțiunea, care este mai importantă decât hrana. Specialistul francez a menționat că, din păcate, există o prevalență a materialului în deficitul afectivului și sunt foarte mulți rezilienți din cauza lipsei de afectivitate. Există o neglijență afectivă în zilele noastre, chiar din partea părinților, care sunt foarte ocupați în a câștiga bani, la serviciu, și atunci copiii se mulțumesc cu mesajele pe care le primesc pe frigider, iar lumea lor se reduce la computer, eventual joacă și foarte, foarte puțină afecțiune, a explicat Cyrulnik. Chiar și în cazul familiilor bogate, a continuat el, există această lipsă de afecțiune, din cauza faptului că cei mai mulți își cresc copiii fie cu o bonă, fie cu altcineva care să-i îngrijească și îi lipsesc de afecțiunea părintească. De cele mai multe ori, acești copii devin obezi, iar neglijența afectivă nu se vede imediat, ci mai târziu, a mai spus Boris Cyrulnik.

Există numeroși termeni în literatura psihologică despre reziliență, folosiți fie ca sinonime, fie pentru a descrie caracteristicile acesteia:

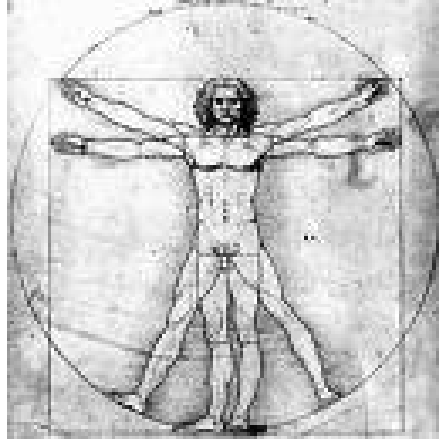
- Coping adaptativ
- Inteligență emoțională (Daniel Goleman)
- Rezistență
- Optimism învățat (Martin Seligman)
- Descoperirea resurselor (Rosenbaum)
- Orientare în viață
- Resurse

- Stimă de sine, Auto-eficiență, încredere în sine
- Personalitate auto-vindecătoare (Howard Friedman)
- Sentimentul coerenței (Aaron Antonovsky)

• ***Care sunt caracteristicile persoanelor cu reziliență crescută?***

- Abilitatea de a-și reveni din orice situație stresantă
- Au o atitudine de tipul „dacă vrei, poți!”
- Tendința de a privi problemele noi ca pe oportunități
- Abilitatea de „a se ține tare” în situații dificile
- Capacitatea de a vedea micile ferestre de oportunitate și de a profita la maxim de ele
- Să aibă un sistem constant și sănătos de valori
- Au o largă rețea de suport social
- Au capacitatea de a gestiona competent diferite tipuri de situații
- Au o zonă largă de confort
- Capacitatea de a se recupera după situații traumatiche

## 6. REPERE DE MEDICINĂ PSIHOSOMATICĂ



Psihosomatica nu este o disciplină medicală separată, ci un mod integrativ de abordare a bolnavului (nu a bolii, individualizarea având o mare importanță în paradigma psihosomatică). Este greșit a considera că există boli psihosomatice și boli nepsihosomatice. De fapt, toți pacienții au trup și suflet, deci toate bolile sunt psihosomatice. Chiar traumatismele au impact psihic: resimțirea durerii, alterarea calității vieții, probleme legate de invaliditate etc. Este drept că există suferințe în care participarea psihică este mai importantă, de exemplu, în așa-zisele boli psihosomatice tradiționale: astmul bronșic, hipertensiunea, ulcerul gastric și duodenal, rectocolită hemoragică etc., dar această viziune a fost depășită în principiu și se recomandă ca toți pacienții să fie abordați prin prisma viziunii psihosomatice. Calitatea vieții trebuie să constituie un obiectiv major în evaluarea pacientului și în stabilirea unei atitudini terapeutice. De asemenea, calitatea vieții trebuie să fie parametrul final de apreciere a demersului sanogenetic. Nu este suficientă ameliorarea fizică a unei boli, dacă această nu duce și la îmbunătățirea vieții pacienților.

Modelul bio-psiho-social de boală, imaginat de psihiatrul american George Engel, rămâne modelul medicinei psihosomatice și acesta este considerat superior modelului bio-medical. Nici rolul acestei concepții nu trebuie depreciaț, acest mod de a vedea lucrurile a permis dezvoltarea medicinei experimentale în secolul XX. Se consideră, în prezent, că dezvoltarea medicinei nu trebuie să se facă în detrimentul atenției față de viața spirituală a pacienților și, de aceea, conform modelului psiho-social trebuie să ne adresăm și aspectelor emoționale, culturale și sociale ale fiecărei boli. O importanță deosebită trebuie acordată relației dintre emoție și boală. Emoțiile negative, precum anxietatea sau depresia, sunt binecunoscuți factori patogenetici, iar combaterea lor ar trebui să nu fie omisă din nici un program terapeutic. Pe de altă parte și incapacitatea de exprimare a emoției, *alexitimia*, reprezintă un element patogenetic, deoarece se însoțește de focalizarea atenției spre simptome somatice fără echivalent organic.

Sub aspect tehnic, progresele cele mai importante se datorează investigațiilor de imagistică cerebrală, incluzând tomografia cu emisie de pozitroni și rezonanță magnetică cerebrală funcțională. Viitorul este al capacității de a localiza în creier focarele de excitație sau inhibiție corelate cu anumite emoții. Comunicarea cu pacientul este însă primordială în obținerea de informații anamnestice utile și în timp redus, precum și pentru a obține „contractul de încredere” cu pacientul. Stabilirea unor bune relații cu pacientul implică și stabilirea de limite care să evite escaladarea relației medic-pacient de către pacienții insistenți.

#### • *De ce ne interesează?*

Bolile psihosomatice ne interesează pentru că reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, simptomele funcționale fiind printre primele cauze de incapacitate de muncă și incapacitate socială și presupun:

- Investigații in extenso
- Spitalizări numeroase
- Proceduri de diagnostic invazive

- Tratamente medicale/polipragmazie
- Metode recuperatorii costisitoare
- Boli iatrogene adeseori mai grave decât presupusele boli somatoforme
- Pacienții sunt pasași de la un medic la altul / Contratransfer negativ

### • *Etiologie*

Din punct de vedere etiologic există mari teorii importante pentru a explica bolile psihosomatice

1. **Teoria specificității.** Această teorie postulează existența unor stresuri sau tipuri de personalitate specifice pentru fiecare boală psiho-somatică și este exemplificată în mod tipic de lucrările a doi cercetători:
  - a. **Flanders Dunbar** – a descris trăsături de personalitate specifice pentru o tulburare psihosomatică (de exemplu, personalitatea coronariană). Personalitatea de tip A muncește mult, este agresivă, iritabilă și susceptibilă de îmbolnăvirea de inimă.
  - b. **Franz Alexander** – a descris conflicte inconștiente care produc anxietate, sunt mediate de sistemul nervos autonom și au drept rezultat o tulburare specifică (de exemplu, nevoile de dependență reprimată contribuie la ulcerul peptic).
2. **Factorii de stres nespecifici.** Această teorie afirmă că orice stres prelungit poate să cauzeze modificări fiziologice care apar într-o tulburare somatică. Fiecare persoană are un organ de șoc, care este vulnerabil genetic la stres: unii pacienți sunt reactivi cardiaci, alții sunt reactivi gastrici, iar alții sunt reactivi tegumentari. Persoanele care sunt cronic anxioase sau depresive sunt mai vulnerabile la boli somatice sau psihosomatice.

### • *Tulburările somatoforme. Definiții și cadru conceptual*

Manualul DSM-IV (1994) subliniază că trăsătura comună a tulburărilor somatoforme este prezența simptomelor fizice, care sugerează o afecțiune aparținând medicinei interne, dar care nu poate fi pe deplin explicată de o situație aparținând medicinei generale, de efectele directe ale unei substanțe sau de altă tulburare mintală (cum ar fi atacurile de panică). În contrast cu simularea, simptomele somatice nu sunt sub control voluntar. Tulburările somatoforme diferă și de simptomele psihice consecutive unei afecțiuni medicale prin aceea că nu există nici o situație medicală care să poată fi considerată ca pe deplin responsabilă pentru simptomele somatice.

### • *Grupa Tulburări Somatoforme în DSM-IV*

- **tulburarea de somatizare** (care din punct de vedere istoric se referea la isterie sau sindromul Briquet) este o tulburare polisimptomatică ce debutează înaintea vârstei de 30 de ani, evoluează mai mulți ani și se caracterizează printr-o combinație de durere și simptome gastro-intestinale, sexuale și pseudo-neurologice.
- **tulburarea somatoformă** nediferențiată se caracterizează printr-o suferință fizică inexplicabilă, care durează cel puțin 6 luni și se situează sub limita diagnosticului de tulburare de somatizare.
- **tulburările de conversie** implică simptome inexplicabile sau deficite, care afectează motricitatea voluntară sau funcția senzorială sau sugerează o situație neurologică sau alte situații de medicină generală. Factorii psihologici se apreciază că sunt asociați cu simptomele sau deficitele.
- **tulburările durerii** (tulburări somatoforme de tip algic) sunt caracterizate prin dureri care focalizează predominant atenția clinică. În plus, factorii psihologici sunt apreciați ca având un rol important în instalarea tulburării, severității, agravării sau menținerii ei.

- **hipocondria** este preocuparea privind teama de a avea o boală gravă, bazată pe greșita interpretare a simptomelor corporale sau a funcțiilor corporale.
- **tulburarea dimorfofobică** este preocuparea pentru un defect corporal imaginar sau exagerarea unuia existent.

### • *Somatizarea și psihanaliza*

Problema somatizării i-au determinat pe **Freud și Breuer** să dezvolte conceptele de **inconștient**, **conflict**, **apărare** și **rezistență**. În epoca victoriană, simptomele somatice neexplicabile erau considerate semne exterioare ale unor tulburări psihologice subiacente (bazale). Insistența permanentă a pacienților, care cereau recunoașterea naturii somatice a simptomelor lor, a fost considerată un mecanism de apărare împotriva cauzelor psihice care stau de fapt la originea lor.

În ultimii 100 de ani s-au înregistrat puține progrese în ceea ce privește explicarea somatizării. Pacienții cu tulburări de somatizare păstrează aceleași reticențe, scepticism și sentimente de frustrare față de explicațiile psihologice care li se dau.

### • *Afectivitatea negativă (AN) și somatizarea*

Subiecții cu A.N. au un nivel înalt de disconfort și insatisfacție, sunt introspectivi, stăruie asupra eșecurilor și greșelilor lor, tind să fie negativiști, concentrându-se asupra aspectelor negative ale celorlalți și ale lor. Afectivitatea negativă are trăsături similare cu alte tipologii dispoziționale cum ar fi nevroticismul, anxietatea, pesimismul, maladaptivitatea. Indivizii cu afectivitate negativă intensă:

- sunt hipervigilenți în privința propriului corp;
- au un prag redus în ceea ce privește sesizarea și raportarea senzațiilor somatice discrete;
- au o viziune pesimistă asupra lumii;
- sunt mai îngrijorați în privința implicațiilor situațiilor percepute;



- au un risc mai mare de somatizare și hipocondrie;
- sunt mai predispuși să raporteze simptome în cursul tuturor situațiilor.

Mai mult, studii recente sugerează că tendința de a relata simptome și afectivitatea negativă sunt ereditare. În 55% din cazuri trăsăturile afectivității negative pot fi atribuite factorilor genetici și numai în 2% din cazuri mediului familial comun. Sesizarea și raportarea simptomelor somatice depinde de modul de prelucrare zonală a informației în creier. Abilitatea de raportare a simptomelor depinde, la rândul ei, de buna funcționare a centrilor limbajului în lobii temporali și parietali. **Gray J (1982)** relevă importanța centrilor inhibitori din creier (din zona septumului și hipocampusului) în influențarea diferențelor individuale în ceea ce privește afectivitatea negativă. Autorul consideră că indivizii pe care el îi numește cu „trăsături anxioase“ (cu afectivitate negativă) au acești centri inhibitori hiperactivi, ceea ce le determină caracterul hipervigilent. Aceasta afectează probabil raportarea simptomelor atât prin nivele înalte de afectivitate negativă, cât și printr-o hiperatenție privitoare la propriul corp.

Dintre tulburările personalității cele mai frecvent implicate sunt: tulburarea histrionică, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea dependentă. Studii corelative s-au făcut nu doar la nivelul unor trăsături de personalitate, ci și a asocierii dintre tulburările de somatizare și alte tulburări psihiatrice. Cum era și de așteptat, multe studii arată o relație strânsă între somatizare și depresie.

O serie de studii făcute în anul 1988 demonstrează că somatizarea este mai puternic asociată cu antecedentele de depresie ale individului decât cu diagnosticul curent de depresie. Alte studii au demonstrat asocieri asemănătoare cu tulburările de anxietate, dar nu există studii care să includă suficienți subiecți pentru a putea trage concluzii privitoare la diagnosticele psihiatrice mai rare.

• *Modele ale somatizării*

<p><b><i>Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic</i></b></p> <p>Corespunde unui model tradițional care consideră raportarea simptomelor somatice și recurgerea la asistență medicală nonpsihiatrică drept rezultat al prezentării modificate a unor tulburări psihice. Deci somatizarea ar fi o expresie „mascată“ a bolii psihice.</p>	<p><b><i>Somatizarea ca amplificare nespecifică a suferinței</i></b></p> <p>Acest model este legat de stilul perceptual presupunând că pacienții tind să perceapă și să raporteze nivele înalte din toate tipurile de simptome. Această tendință de a trăi stări emoționale neplăcute a fost descrisă de <b>Watson</b> și drept afectivitate negativă.</p> <p>Studii făcute pe voluntari sănătoși au arătat o rată înaltă a raportării de simptome la cei cu stări de afectivitate negativă.</p>
<p><b><i>Somatizarea ca tendință de a apela la îngrijiri medicale pentru simptome comune</i></b></p> <p>Acest model ia în considerare rolul suferinței psihologice în determinarea cazurilor în care pacienții solicită ajutor medical pentru simptome care preexistă.</p> <p>Acest model presupune că simptomele somatice neplăcute sunt ubicuitare și că doar stările afective negative îi determină pe indivizi să ceară ajutor medical pentru simptome pe care altfel le-ar putea ignora.</p> <p>Suferința psihologică îi determină pe cei cu somatizare să interpreteze senzații fizice comune corporale ca dovezi ale unei boli (<b>Mechanic, 1982</b>).</p> <p>Cei cu tulburări emoționale se adresează medicului pentru simptome comune pe care ceilalți le depășesc fără ajutor medical.</p>	<p><b><i>Somatizarea ca o consecință a suprautilizării asistenței medicale</i></b></p> <p>Acest model consideră somatizarea ca răspuns la stimularea realizată de sistemul de asistență medicală. El consideră utilizarea serviciilor medicale mai degrabă o cauză a raportării simptomelor decât o consecință a acestora.</p> <p>Această ipoteză accentuează asupra tendinței factorului cultural și a corpului medical de a întări comportamentul de boală și raportarea simptomelor. Cu cât sistemul de îngrijire medicală și instituțiile medicale au în vedere în special simptomele corporale, somatizarea iatrogenică are șanse deosebite de a se afirma.</p> <p>Exemplul somatizării frecvente printre studenții mediciniști ilustrează acest model.</p>

Medicina psihosomatică se bazează pe faptul că „emoțiile pot provoca modificări marcate în funcția organică”. Evoluția, caracterul și durata bolilor organice, poate chiar rezistența la tratament sunt influențate de conflictele interioare, de mecanisme de apărare inadecvate etc. În afara tulburărilor somatoforme, a tulburărilor de conversie și a simptomelor funcționale (nevroze de organ), medicina psihosomatică recunoaște influența stresului, a reacțiilor emoționale asupra organismului.

### • *Exemple de tulburări psihosomatice*

- **Aparatul respirator:** astmul bronșic, tusea și sughițul, hiperventilația
- **Aparatul cardiovascular:** tulburări de ritm cardiac, hipertensiunea arterială esențială
- **Aparatul gastrointestinal:** gastrite, ulcer gastric, diareea emoțională, colon iritabil
- **Sistemul endocrin:** boli tiroidiene, diabet
- **Pielea:** urticarie, pruritul, psoriazis, dermatite atopice
- **Aparatul genitourinar:** dismenoreea, polakiuria
- **Aparatul osteoarticular și muscular:** lombalgiile
- **Cefaleea**

### ASTMUL BRONȘIC

- Crizele sunt precipitate de stres, infecții respiratorii, alergii.
- Se examinează dinamica familială, în special atunci când bolnavul este copil. Se va căuta dacă există hiperprotecție și se va încerca încurajarea activităților independente potrivite.
- Teorii psihologice: dependență și anxietate de separare intense wheezing-ul astmatic este un strigat (chemare) suprimat după iubire și protecție.
- Profilul personalității: trăsături anxioase, evitantă, isterice, ipohondriace.
- Psihanalitic: conflictul dintre „dorința și teama de tandrețe”, capacitatea alterată de „a da și a lua”.

## **TUSEA ȘI SUGHIȚUL**

- Simbolizează încercarea de ușurare de tensiune interioară sau de a scăpa de dorințele și pulsuniile percepute ca fiind periculoase.
- Tusea „protest” este expresia unei furii imposibil de exprimat în cuvinte, desgust sau ostilitate.
- Are ca echivalent digestiv vomitarea.
- Apare când mecanismul reprimării nu mai este suficient.
- Terapii de grup, verbalizarea, instruirea autogenă.
- Sughitul – frecvent la copiii expuși unor comportamente ambivalente din partea părinților: generozitate extremă, punitivitate exagerată.
- Exprimă sentimentul lipsei de protecție, lipsa afecțiunii.

## **SINDROMUL DE HIPERVENTILAȚIE**

- Însoțește tulburarea de panică, tulburarea de anxietate generalizată.
- Asociază tahicardie, vasoconstricție, transpirații, extremități reci, angină dureri abdominale, meteorism, spasme în extremități, parestezii.
- 90% au origine emoțională.
- Femei: Bărbați – 3:1.
- În depresia anxioasă, fobii, persoane ipohondriace, personalitățile dependente.
- Sunt cei care „și rețin sentimentele, suportând prea mult”.

## **NEVROZA CARDIACĂ**

- Persoana de tip A este agresivă, iritabilă, ușor frustrabilă și predispusă la boala arterială coronariană.
- Presiunea socială de a adopta un rol, un comportament opus aptitudinilor și pulsuniilor obișnuite; ostilitate oprimată, agresivitate – colericul.
- Aritmiile sunt frecvente în stările anxioase. Moarte subită prin aritmie ventriculară la unii bolnavi care trec printr-un șoc psihologic sau o catastrofă masivă.

- La hipertensiv: conflictul între impulsunile agresive și sentimentele de dependență.
- Se indică modificări ale stilului de viață: încetarea fumatului, descreșterea aportului de alcool, scăderea în greutate, scăderea colesterolului pentru limitarea factorilor de risc.
- Psihoterapie centrată pe conflict (problem oriented).

#### APARATUL DIGESTIV

- Afecțiunile aparatului digestiv sunt centrate pe nevoia de siguranță, protecție – hrana reprezintă „forma elementară de posesie”, iar digestia – modul de management, utilizare „a ceva dobândit”.
- Sentimentul de ispășire – negativism alimentar, vinovăția, ura, furia – inapetență, vomă.
- Constipația, meteorismul, diareea – conflictul dintre „a da și a reține, a păstra”; conflictul între dependență și independență.

Semnificația psihologică	Simptome digestive
<b>Dificultate în inițierea și stăpânirea unei situații</b>	<b>Stomatite, gingivite</b>
<b>Dificultatea de a accepta o situație</b>	<b>Tulburări de deglutiție</b>
<b>Desgust, repulsie</b>	<b>Anorexie, greață, vomă</b>
<b>Dificultatea cronică de a gestiona o situație</b>	<b>Dureri gastrice, hipermotilitate, spasm piloric sau ulcer</b>
<b>Incapacitate de a finaliza</b>	<b>Durere, colită, colon iritabil</b>
<b>Incapacitate de a se despărți de ceva</b>	<b>Constipație cronică</b>
<b>Dorința de a se elibera de ceva, de a scăpa</b>	<b>Diaree cronică</b>

#### AFECȚIUNILE PIELII

- Pielea – organul cu cea mai importantă expresie psihosomatică.
- Înrôșirea, paloarea, „pielea de găină” sunt expresii ale conflictelor noastre interioare, emoțiilor.
- Pielea și creierul sunt singurele organe cu aceeași origine embriologică – ectoderm.

- Expresii ca „a avea obrazul gros”, „a te băga pe sub pielea cuiva”, „a nu-și încăpea în piele” ilustrează relația dintre acest organ și emoții, caracter.
- Atingerea pielii, masajul, reflexoterapia, aromoterapia determină reacții psihice, au acțiune terapeutică.
- Pot apărea ca boli sau simptome cu expresie psihosomatică: urticaria, pruritul, pruritul ano-genital, psoriazis, dermatite atopice.
- Semnifică imposibilitatea exprimării sentimentelor de furie, independență, conflictele interpersonale.
- Apar cu predilecție la persoanele anxioase, obsesionale, cu nevoie crescută de control sau la persoanele cu grad crescut de dependență.

Cu toate că majoritatea tulburărilor somatice sunt influențate de stres, conflicte sau de anxietate generalizată, unele tulburări sunt afectate mai mult decât altele. În DSM-IV-TR tulburările psihosomatice sunt incluse în clasificare sub numele de „factori psihologici ce afectează condiția medicală”.

**• Criteriile de diagnostic DSM-IV-TR pentru factorii psihosociali care afectează condiția medicală**

A. Este prezentă o condiție medicală generală.

B. Factorii psihologici afectează advers condiția medicală generală într-unul din următoarele moduri:

(1) Factorii au influențat evoluția condiției medicale generale, fapt indicat de asociația strânsă în timp dintre factorii psihologici și apariția sau exacerbarea condiției medicale generale, sau întârzierea recuperării.

(2) Factorii interferează cu tratamentul condiției medicale generale.

(3) Factorii constituie riscuri de sănătate adiționale pentru persoana respectivă.

(4) Răspunsuri fiziologice legate de stres precipită sau exacerbează simptomele unei condiții medicale generale.

**Tulburare mintală ce afectează condiția medicală** (de exemplu, o tulburare psihică cum ar fi depresia majoră care întârzie recuperarea după un infarct miocardic).

**Simptome psihologice ce afectează condiția medicală** (de exemplu, anxietate ce exacerbează astmul).

**Trăsături de personalitate sau stil de *coping* ce afectează condiția medicală** (exemplu, negarea patologică a nevoii de intervenție chirurgicală la bolnav cu cancer, comportamentul ostil, „mereu sub presiunea timpului”, care contribuie la boala cardio-vasculară).

**Comportamente de sănătate maladaptative ce afectează condiția medicală** (exemplu, lipsa de exerciții fizice, sex fără măsuri de siguranță, consum excesiv de alimente).

**Răspuns fiziologic legat de stres ce afectează condiția medicală** (exemplu, exacerbară legată de stres a ulcerului, hipertensiunii, aritmiei sau cefaleei prin tensiune)

**Alți factori psihologici ce afectează condiția medicală** (exemplu, factori culturali, religioși, interpersonal).

## 7. ALCOOLISMUL ȘI SĂNĂTATEA MINTALĂ



### • *Scurt istoric despre alcool și alcoolism*

Consumul de alcool datează din cele mai vechi timpuri. Există anumite indicii că omul de Cro-Magnon (aproximativ din anul 40.000 î.e.n.) cunoștea prepararea unor băuturi fermentate. Aceste băuturi serveau preponderent drept aliment sau ofrande. Cele mai vechi documente istorice în care sunt menționate băuturile alcoolice datează de aproximativ 6.000 de ani. În toate scrierile vechi din Mesopotamia, Egipt, China, Grecia precum și în Biblie găsim mărturii despre folosirea băuturilor alcoolice, dar și despre abuzuri în consumul lor. Cel mai vechi document scris care conține referiri la vin și la bere este considerat a fi papirusul lui Eber, scris în anul 1500 î.e.n. și care conține și prescripții medicale. Consumul de alcool apare și în scrierile lui Homer, Herodot, Aristotel și Platon. În tratatul asupra rănilor, Hipocrate menționa folosirea pansamentelor cu vin cu excepția rănilor articulare. Ca substanță aparte, alcoolul a fost produs mult mai târziu, în jurul anului 1.000, prin invenția unei tehnici performante de distilare. Aceasta înseamnă că băuturile spirtoase există numai începând din Evul Mediu. Odată cu începerea cultivării viței-de vie, anticii au



descoperit metoda obținerii vinului. Importanța acestuia este relevată de apariția în mitologie a unor zei care ocroteau cultura viței-de-vie, dacă ar fi să-i amintim doar pe Bacchus al românilor sau pe Dionisos al grecilor, cărora le erau dedicate serbări speciale. Dar acești zei erau considerați și zei ai veseliei, ai comportamentului inadecvat și ai băutorilor, dovadă că încă din antichitate s-a făcut legătura între consumul de alcool și manifestările intoxicației cu alcool, iar faptul că intoxicația alcoolică produce simptome psihice este ilustrat perfect de cuplul Dionisos-Silen, unde ultimul era un satir, ale cărui caracteristici principale de comportament erau veselia, aproape întotdeauna inadecvată, și dezinhibiția sexuală. Paracelsus este socotit primul care a dat numele de Alckhol substanei volatile obținute la distilarea vinului. Cuvântul alcool își are originea în limba arabă – *al* articol și *cohol* „lucru subtil”

Către sfârșitul secolului al XVIII-lea, medici din Anglia și Germania au definit pentru prima dată **dependența de alcool** ca fiind o **boală** și au descris-o ca atare.

Termenul de alcoolism a fost utilizat prima dată în 1849 de către medicul suedez Magnus Huss. În 1977, Organizația Mondială a Sănătății a publicat un document cu titlul: „Incapacități legate de consumul de alcool” care a încercat să integreze conceptul existent de „alcoolism”. În 1979 termenul „alcoolism” a fost eliminat din clasificarea internațională a bolilor și înlocuit cu „sindromul de dependență alcoolică”.

### • *Mituri despre alcoolism*

Există o serie întreagă de mituri legate de alcoolism, care fac parte din mecanismele de apărare la nivel individual și social (negare, raționalizare).

- Unul dintre mituri spune că alcoolismul este transmis genetic, de la părinte la copil și că, prin urmare, pot deveni alcoolici doar cei cu antecedente în familie.
- Un alt „mit” al alcoolismului este acela că ar exista o diferență netă între băutorul „normal” și alcoolic. Problema constă în

aceea că toți alcoolicii, cu puține excepții, se cred băutori „normali”. În faza gravă a bolii, se pierde controlul cantității băute, și un prim pahar declanșează impulsul nestăpânit de a continua băutul, până la intoxicație. În acel moment s-a depășit stadiul de „băutor social normal”.

- Se spune că oamenii beau pentru că au necazuri. De fapt, în marea majoritate a cazurilor este exact invers: necazurile apar datorită băuturii.
- „Când sunt băuți, oamenii își arată adevăratul caracter”. Este adevărat că alcoolul conduce la dezinhibiție, dar starea de intoxicație cu alcool determină modificări ale vigilității, cogniției și chiar afectivității.
- „Băuturile naturale nu sunt dăunătoare”. De fapt, ele conduc în aceeași măsură la alcoolism.
- „Berea, fiind slabă ca tărie, nu dăunează”. Fiecare băutură are măsura sa (paharul potrivit). Într-o halbă de bere se află mai mult alcool decât într-un păhărel de vodcă. Pe de altă parte, este cunoscută „cardiopatia băutorului de bere”, o boală cardiacă severă care constă în creșterea volumului inimii cu scăderea forței sale de contracție.
- „Alcoolul dă putere”. Adevărul este că alcoolul slăbește organismul.
- „Alcoolul încălzește”. De fapt, alcoolul amortește o parte a senzorilor pielii, ceea ce te face să nu simți frigul pe moment. Acesta este motivul pentru care mulți alcoolici adorm liniștiți iarna în zăpadă, părându-li-se cald, și până dimineață mor înghețați sau suferă degerături grave. Alcoolul eliberează, este drept, căldura din interior, la nivelul pielii, care se încălzește, antrenând de fapt o pierdere de căldură a organismului.

### • *Alcoolismul: între viciu și boală*

În general se consideră că este prezentă o boală atunci când:

1. sunt evidente modificări fizice și/sau psihice care se deosebesc evident de starea de sănătate,

2. aceste modificări pot fi percepute subiectiv și obiectiv,
3. necesită supraveghere medicală sau tratament,
4. nu sunt provocate în mod conștient de cel în cauză,
5. pot avea ca urmare incapacitatea de muncă.

De asemenea, boala presupune un **dezechilibru involuntar** cauzat de agenți din mediul extern sau intern al organismului, presupune un **grup de simptome** specifice și cunoaște o **evoluție progresivă și predictibilă**.

Pornind de la această definiție, **alcoolismul** sau **sindromul de dependență alcoolică** este o boală primară, cronică, influențată în dezvoltarea și manifestările ei de interacțiunea factorilor ce țin de personalitate cu cei ai mediului, cunoaște o evoluție predictibilă și progresivă, adesea putând fi fatală și se caracterizează prin pierderea controlului asupra consumului de alcool, constant sau periodic, prin preocuparea față de alcool și consumul de alcool în ciuda consecințelor nefaste și a dereglărilor gândirii.

Alcoolismul este o **boală primară**, pentru că nu prezintă un sindrom al unei alte stări de boală existentă, ci poate cauza ea însăși alte tulburări fizice sau psihice sau le agravează pe cele existente. În modul cel mai evident, alcoolismul ca boală poate fi recunoscut prin consecințele intoxicației, adică în leziuni ale ficatului, stomacului și sistemului nervos central sau periferic, provocate de alcool.

Natura de **boală cronică** a alcoolismului atrage atenția asupra **caracterului permanent** al bolii. Persoana dependentă de alcool va rămâne toată viața cu această boală. Scopul tratamentului nu constă în restabilirea stării inițiale de sănătate, ci în reducerea complicațiilor și extinderea posibilităților de a trăi o viață satisfăcătoare.

Dependența de alcool are un **caracter predictibil**, pentru că cunoaște aceeași evoluție pentru toți cei care consumă alcool și este **progresivă** pentru că persistă în timp și netratată se agravează, iar starea dependentului se înrăutățește.

Din păcate, alcoolismul este o **boală multifazică** pentru că afectează individul pe toate planurile – familial, material, intelectual, social, profesional, emoțional și al sănătății – manifestându-se în toate prin consecințe nefaste.

De asemenea, tot de abatere de la normal este vorba și în ceea ce privește **pierderea autocontrolului și incapacitatea de a fi abstinent**, nemaiputând fi posibile anumite procese de frânare și control față de alcool, iar capacitatea de control nu poate fi recâștigată nici prin tratament. Specialiștii nu pot prezice cu certitudine care dintre consumatorii de băuturi vor deveni alcoolici. Tratamentul alcoolismului se adresează, așadar, personalității în complexitatea ei, tuturor domeniilor de viață și de comportament ale persoanei în cauză și nu se referă doar la vindecarea anumitor simptome cum ar fi bolile hepatice. Deoarece **dependența psihică** este o problemă mai complicată, specialiștii în domeniu fac parte din alte categorii profesionale decât în cazul bolilor clasice, cea mai importantă contribuție la tratament și-o aduc psihologii, asistenții sociali și terapeuții formați în domeniul adicțiilor. Rezultate notabile se obțin și în grupele de întraajutorare de tipul Alcoolicilor Anonimi.

În cazul alcoolismului, deși sunt prezente toate aceste caracteristici, nu avem de a face cu o **boală în sens clasic**. Această afirmație este susținută de o serie de factori, cum ar fi faptul că, deși apar vătămări grave ale organismului, ele nu sunt nici cauza bolii, nici indispensabile diagnosticării ei. Nimeni nu se poate contamina de alcoolism și nici nu se poate îmbolnăvi de el, ca în cazul altor boli. De fapt alcoolismul este o boală cu proprie participare. O altă deosebire costă în faptul că, în tratamentul altor boli, pacientul suportă pasiv o intervenție, cum ar fi în cazul unei apendicite, unde vindecarea depinde doar de măiestria chirurgului.

#### • *Efectele consumului de alcool*

Efectele consumului de alcool pot fi împărțite în efecte de scurtă și lungă durată.

## **Efecte de scurtă durată**

Chiar la doze mici, alcoolul afectează semnificativ judecata și coordonarea mișcărilor necesare condusului unui autovehicul sau manevrarea în siguranță a aparatelor. De asemenea, doze scăzute sau moderate de alcool pot crește incidența actelor agresive, incluzând aici violența domestică sau abuzul copiilor. Efectele unei cantități moderate de alcool includ amețea și comunicativitatea (alcoolul te face vorbăreț), dar o cantitate mai mare poate provoca dificultăți de vorbire, tulburări de somn, greață și vomismente. Un efect foarte cunoscut este „mahmureala”, care presupune: dureri de cap, greață, sete, amețea, oboseală, hiperestezie senzorială – în special la stimuli auditivi sau lumină puternică.

## **Efectele pe termen lung**

Consumul abuziv, prelungit de alcool poate conduce la adicție. Întreruperea bruscă a consumului de alcool poate produce simptome de sevraj alcoolic, caracterizat prin: anxietate, tremor, halucinații și convulsii. Cele mai frecvente consecințe ale unui consum prelungit de alcool în cantități mari sunt:

- Afectarea permanentă a organelor vitale
- Diferite tipuri de cancer
- Iritație gastro-intestinală, greață, diaree, ulcer
- Deficiențe nutriționale
- Disfuncții sexuale
- Hipertensiune arterială
- Scăderea imunității
- Mamele care beau alcool în timpul nașterii pot da naștere unor copii cu sindromul alcoolic fetal – retard mintal, anomalii fizice ireversibile, risc crescut de alcoolism.

### **• Consecințele alcoolismului în cifre**

- Mai mult de 100.000 /an din cazurile de deces din SUA sunt cauzate de consumul excesiv de alcool. Cauzele directe și

indirecte includ: accidentele de mașină, ciroza hepatică, accidentele vasculare, căderile, cancerul.

- Cel puțin o dată pe an, cantitatea de alcool recomandată pentru un risc scăzut de alcoolism este depășit de un procent de 74% bărbați și 72% femei peste 21 de ani.
- 65% din tinerii intervievați au afirmat că își procură alcoolul de la membrii familiei sau de la prieteni.
- Aproape 14 milioane de americani îndeplinesc criteriile pentru tulburările induse de uzul de alcool.
- Tinerii care consumă alcool au o probabilitate de 50 de ori mai mare să folosească droguri decât cei care nu beau niciodată alcool.
- Între băutori, mai mult de jumătate afirmă că au o rudă care este alcoolic sau are probleme cu alcoolul.
- Bărbații sunt de 4 ori mai predispuși să fie mari consumatori de alcool.
- Mai mult de 18% dintre americani au avut experiența abuzului de alcool sau dependenței de alcool la un anumit moment al existenței lor.
- Accidentele rutiere sunt principala cauză de moarte pentru persoanele între 6 și 33 de ani. 45% dintre aceste cazuri sunt accidente provocate de alcool.
- În SUA, problemele determinate de consumul de alcool de către minori costă mai mult de 58 miliarde de dolari/an, suficient pentru a achiziționa fiecărui elev un computer de ultimă generație.
- Alcoolul este cel mai folosit drog în rândul tinerilor.
- În medie, băutorii „problemă” au de 4 ori mai multe zile de spitalizare decât cei care nu consumă alcool – în primul rând din cauza traumatismelor pe fond de intoxicație cu alcool.

- Alcoolul ucide de 6,5 ori mai mulți tineri decât celelalte droguri la un loc.

• ***Date epidemiologice și complicații ale alcoolismului***

- Problemele legate de alcool încep de obicei la vârsta de **16-30** ani.
- Prevalența abuzului / consumului de alcool – **13,6%** în populația generală.
- Probleme medicale induse de alcool – **7,4%**.
- **Doar 22% dintre aceștia apelează la servicii de specialitate. Adresabilitatea acestor pacienți se împarte în mod egal între medici generalişti și medici psihiatri.**
- **53%** dintre persoanele cu alcoolism au o boală psihică în relație de comorbiditate.
- **25% dintre pacienții unui spital general și 20% din pacienții policlinicilor au diverse tulburări legate de alcool.**

COMPLICAȚII MEDICALE	ALTE COMPLICAȚII
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrită</li> <li>• Pneumonie</li> <li>• Insuficiență hepatică</li> <li>• Ulcer</li> <li>• Pancreatită</li> <li>• Hematom subdural</li> <li>• Cardiomiopatie</li> <li>• Anemie</li> <li>• Neuropatie periferică</li> <li>• Sdr. alcoolic fetal</li> <li>• Psihoza Korsakoff</li> <li>• Demență alcoolică</li> <li>• Creșterea riscului apariției cancerului de limbă, laringe, esofag, stomac, ficat, pancreas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creșterea criminalității globale (violuri, molestarea copiilor, tentative de crimă, crime)</li> <li>• Creșterea numărului de accidente rutiere</li> <li>• Crește numărul tentativelor de suicid (o rată a suicidului de 60-120 de ori mai mare, cu un risc suicidar de 2%-3,4% în timpul vieții)</li> </ul>

În domeniul disciplinei sănătății mintale, dependența de alcool ocupă un loc special prin consecințele multiple pe care le are atât la nivel individual cât și social. Alt aspect de importanță majoră al alcoolismului în plan medical, respectiv familial și social este comorbiditatea.

• ***Comorbiditatea sau dublul diagnostic***

Comorbiditatea sau dublul diagnostic reprezintă prezența a cel puțin două tulburări/boli la același pacient. Statistica arată că 76% din femeile și 65% din bărbații cu diagnostic de abuz/dependență de substanțe (exceptând dependența de nicotină) au un alt diagnostic adițional. Dintre cei care pe durata vieții întrunesc criteriile de diagnostic ale unei adicții la o substanță, 38-51% primesc cel puțin încă un diagnostic psihiatric. Cele mai frecvente tulburări psihice asociate sunt, în ordine descrescătoare:

<b>Bărbați</b>	<b>Femei</b>
Adicția de o altă substanță decât alcoolul	Mania
Tulburarea de personalitate antisocială	Depresia majoră
Mania	Tulburarea de personalitate antisocială
Distimia	Distimia

Se observă cu ușurință că diagnosticele sunt aceleași, dar frecvența de apariție în relație de comorbiditate cu dependența de alcool este diferită la bărbați și femei.

Un studiu de prevalență pe durata vieții efectuat pe alcoolici a constatat că:

- Tulburarea bipolară a fost de 2 ori mai frecventă la alcoolici.
- Tulburarea de panică și fobia socială au fost mai frecvente la alcoolici.
- 25-50% din alcoolici prezintă criterii ale tulburării anxioase.



- Dependența de alcool se asociază cu o tulburare depresivă în 30-40% din cazuri, fiind mai frecventă la femei, la cei cu consum mare de alcool și la cei cu istoric familial de alcoolism.
- Comorbiditățile sunt mai frecvente la populația cu adicții din închisori.

### • *Screeningul alcoolismului. Detecția precoce*

Problema screeningului sau a detecției precoce este o problemă de sănătate publică și una dintre schimbările majore ale medicinei din ultimele decenii. Ea a apărut odată cu modificarea strategiei de depistare a cancerului de sân, a diabetului, a hipertensiunii arteriale în stadii cât mai precoce. Cercetările din ultimii ani au dezvoltat metode ieftine și eficiente de identificare și management al consumului de alcool sau a problemelor determinate de acesta – detecția și intervenția scurtă – „*early detection*” și „*brief intervention*”.

Consumatorul cu risc crescut este acel individ care consumă alcool peste o limită obișnuită în cultura din care face parte și bea mai mult decât este nedăunător într-o ocazie de consum. Mulți consumatori trec dintr-o categorie în alta prin creșterea sau reducerea consumului în anumite perioade. Dacă dorim reducerea problemelor induse de alcool în populația generală, atenția trebuie îndreptată asupra problemelor ușoare și moderate date de alcool, înainte ca ele să devină o problemă de sănătate.

Screeningul reprezintă modalitatea prin care se identifică indivizii cu probleme date de alcool. El presupune o utilizare rapidă a unei proceduri necostisitoare atât ca timp, cât și ca modalitate de utilizare. Scopul screeningului (triaj) este de a decela și trata această problemă într-un stadiu precoce, înainte de debutul unor boli când demersurile terapeutice sunt mult mai scumpe. În evaluarea alcoolismului, screeningul este prima etapă, urmând evaluarea specifică a simptomelor și semnelor, formularea diagnostică și evaluarea consecințelor somatice și psihice ale consumului de alcool.

Există trei mijloace de screening:

1. teste de laborator – detectează modificări ale fluidelor organismului sub consumul de alcool (exemplu, dozarea enzimei gama-glutamil-transferaza);
2. examinare clinică (exemplu, mărirea de volum a ficatului, tremorul limbii sau a mâinilor, modificări de vascularizație a pielii – „steluțe vasculare”);
3. chestionare și scale de autoevaluare.

Ultima metodă reprezintă principala metodă de screening, având avantajul unui cost scăzut, o acceptanță mare și posibilitatea de a fi aplicate de un personal cu antrenament limitat. Procedura tipică a realizării screeningului consumului de alcool cuprinde următorii pași:

1. identificarea consumului de alcool: *Consumați băuturi alcoolice?*. Un răspuns pozitiv implică trecerea la următorul pas;
2. determinarea cantității și frecvenței consumului. Pentru a standardiza această determinare s-a hotărât ca unitatea internațională standard de consum să fie numită „drink – o băutură” reprezentând 12 g de alcool pur (1 sticlă bere de 330 ml, 1 pahar vin de 200 ml, 40 ml de tărie de 40 de grade). – *În medie, în câte zile din săptămână consumați băuturi alcoolice; Ce cantitate de alcool consumați în medie într-o zi?*”

Această etapă a screeningului permite determinarea persoanelor cu risc. După Institutul de Alcoolism al Statelor Unite, o persoană aflată „la risc” de a dezvolta probleme induse de alcool este: un bărbat care bea mai mult de 14 „drinks-uri”/săptămâna sau mai mult de 4 drinks-uri într-o ocazie, o femeie care bea mai mult de 7 drinks-uri/săptămâna sau mai mult de 3 drinks-uri într-o ocazie, o persoană vârstnică care bea mai mult de 7 drinks-uri/săptămâna sau mai mult de 1 drink într-o ocazie.

Decelarea detaliată a problemelor induse de alcool se face prin aplicarea chestionarelor specifice de screening prezentate în tabelul de mai jos.

<b>INSTRUMENTE DE SCREENING</b>	<b>SCURTĂ DESCRIERE</b>
<b>AUDIT</b> – Testul de Identificare a tulburării de uz al alcoolului	Chestionar care cuprinde 10 itemi. Furnizează informații despre cantitatea și frecvența consumului, sindromul de dependență de alcool și problemele cauzate de alcool
<b>CAGE</b>	Chestionar extrem de scurt de numai 4 itemi foarte folosit pentru ușurința la aplicare
<b>SCALE DIAGNOSTICE DE COTARE</b>	<b>SCURTĂ DESCRIERE</b>
<b>ADS</b> – Scala de dependență la alcool	Oferă o metodă de măsurare a severității sindromului de dependență
<b>SADQ</b> – Chestionar pentru evaluarea severității dependenței alcoolice	
<b>CIWA-r</b> – Scală revizuită de evaluare a sevrajului la alcool în institute clinice	Necesită aproximativ 5-7 minute pentru administrare și oferă o evaluare comprehensivă a sevrajului la alcool
<b>INTERVIURI DIAGNOSTICE STRUCTURATE</b>	<b>SCURTĂ DESCRIERE</b>
<b>SCID</b> – Interviu clinic structurat pentru DSM IV	Deși oferă informații diagnostice detaliate, aplicarea acestor instrumente consumă extrem de mult timp
<b>PRISM</b> – Interviu de cercetare psihiatrică în tulburări mintale induse de substanțe	
<b>EVALUAREA COMPORTAMENTULUI BĂUTORULUI</b>	<b>SCURTĂ DESCRIERE</b>
<b>EVALUĂRI ÎN PLANIFICAREA, PROCESUL ȘI REZULTATELE TRATAMENTULUI</b>	<b>SCURTĂ DESCRIERE</b>
<b>DrInC</b> – Inventarul consecințelor băutului	Evaluează tipul de consum, planificarea, procesul și rezultatele tratamentului
<b>ASI</b> – Indexul de severitate a adicției	Se obțin indici de severitate pentru 7 domenii legate de sănătate, incluzând alcoolul, drogurile, domeniile psihiatric, medical, familial, social și legal. În plus, măsoară schimbările severității și frecvenței folosirii alcoolului și drogurilor în timp

• **Să ne reamintim următorii termeni**

**Toxicomania:** consum patologic cronic sau periodic, impulsiv, care modifică starea afectivă sau de conștiință.

**Dependența:** se caracterizează prin tendința de creștere progresivă a dozelor de substanță și prin imposibilitatea de a opri, chiar și pentru câteva zile, consumul fără ca aceasta să NU determine apariția sevrajului.

Dependența este fizică și psihică.

**Dependența fizică,** caracterizată prin apariția sevrajului, include:

- efectele somatice ale utilizării repetate a substanțelor respective;
- în acest context intervin alți doi termeni: toleranța și sevrajul.

**Dependența psihică** – *craving* și căutarea compulsivă a substanței = nevoia de a menține și regăsi senzația de plăcere, de bine, satisfacția, stimularea pe care o aduce consumatorului, dar și de a evita senzația de rău psihic care apare în lipsa consumului.

**Sevrajul** – stare de rău subiectiv, intens, în care pacientul caută să obțină prin orice mijloace drogul, însoțită de o perturbare biologică neurovegetativă și dismetabolică de amploare, iar uneori de moarte.

**Adicția** – „*Addiction*”

- noțiune descriptivă care definește comportamente caracterizate de acte repetate în care predomină dependența față de o situație sau un obiect material care este căutat și consumat cu aviditate;
- în comportamentul adictiv persoanele deviază toate celelalte centre de interes, cu incapacitatea de a alege să nu realizeze gestul adictiv, care nu constituie, de altfel, o experiență agreabilă;
- într-o manieră mai largă, sfera sa de aplicare nu poate fi limitată numai la alcoolism sau toxicomanie, făcând de asemenea parte din aceasta: bulimia, toxicofilia, jocul patologic (*gambling*), autoagresiunea, comportamente sexuale.

**Cravingul sau apetența** – Nevoia imperioasă pentru produsul respectiv și căutarea compulsivă a acestuia este un fenomen care joacă un rol important în apariția dependenței

- Definiția OMS = dorința de a experimenta din nou efectele unei substanțe anterior consumate.
- **Crave** (engl.) = a dori ceva cu ardoare implicând solicitare insistentă – „sete” de drog
- Comportamentul devine expresia acestei trăiri, condensându-se – în pofida oricăror riscuri și neajunsuri – spre procurarea drogului.
- Aparține fenomenului de dependență.

## 8. TABAGISMUL



Fumatul este o „epidemie” cu care se confruntă lumea modernă și care produce anual mai multe victime decât SIDA, alcoolul, abuzul de droguri, accidentele de circulație, crimele, tentativele de suicid și incendiile la un loc. Tabagismul stă la originea unor boli foarte grave, îndeosebi cancere, boli cardiovasculare și boli respiratorii cronice. Se apreciază că el este cauza a 2 milioane de morți pe an în țările industrializate, dintre care aproximativ jumătate din decese survin înaintea vârstei de 65 ani.

### • *Scurt istoric al tutunului*

Este originar din Mexic, unde în secolul al VI-lea era folosit pentru anumite ritualuri religioase. Indienii numeau planta „tobacco” și o foloseau la diferite ritualuri magice, fumând-o în pipe special confecționate. A fost introdus în Europa de către spanioli și s-a răspândit foarte repede, începând cu Franța (1560). În 1735, botanistul suedez Linné denumea tutunul „*Nicotian Tabacum*”, denumire care vine de la cel ce l-a răspândit în Europa, Jean Nicot. În Europa, obiceiul de a fuma a început după cel de-al doilea război mondial, cunoscând însă o răspândire rapidă în întreaga lume.

### • **Fumatul: influență, efecte și complicații**

Tutunul este consumat, în principal, sub formă de țigarete și de țigări de foi; el mai este și prizat, mestecat sau fumat cu pipă. Fumul de tutun conține nicotină (alcaloid toxic pentru aparatul cardiovascular și presupus responsabil de fenomenul de dependență) și de asemenea și alte substanțe periculoase pentru sănătate, îndeosebi cele care rezultă din combustia tutunului, a hârtiei și a aditivilor încorporați în țigarete. Cele mai periculoase sunt gudroanele cancerigene și oxidul de carbon. Tutunul este reprezentat, de fapt, de frunzele speciilor *N. tabacum* și *N. rustica*, ce aparțin genului *Nicotiana*, din familia plantelor Solanacee, care cuprinde peste 100 de specii și subspecii. Acestea conțin o substanță alcaloidă, nicotina, care, odată pătrunsă în organismul uman, produce efecte de dependență farmacologică și psihologică, întreținând și perpetuând obiceiul fumatului.

Multă vreme s-a crezut că nicotina este cel mai toxic agent activ al tutunului, deoarece este o otravă foarte puternică, o doză de 60 mg fiind suficientă pentru a omorî un om.

După inhalarea la nivel pulmonar, fluxul sangvin arterial preia această substanță și o transportă către creier într-un interval de 10 secunde. La acest nivel, nicotina se leagă de receptorii colinergici centrali, activând căile neuro-umorale, ducând la eliberarea de hormoni și neurotransmițători, incluzând acetilcolina, noradrenalina, dopamina, corticosteroidii, serotonina, hormoni hipofizari. Acest proces are ca urmări creșterea forței de contracție și a frecvenței cardiace, blocarea transmiterii durerii, reacție corticală de trezire și creșterea vigilenței, relaxare etc. În acest mod se explică efectele euforice și instalarea dependenței de nicotină.

### • **Farmacologia nicotinei**

Nicotina din fumul de tutun este rapid absorbită și atinge concentrația cerebrală maximă într-un minut. Țigarele conțin în general 6-11 mg nicotină, din care sunt absorbite 1-3 mg. Astfel, o persoană care fumează un pachet de țigări pe zi va absorbi aproximativ 40 mg nicotină zilnic. Timpul plasmatic de înjumătățire a nicotinei este de aproximativ 2 ore. Datorită faptului că apare toleranța, se simte nevoia de a fuma mai mult pentru a obține efectul dorit.

## • *Efectele nicotinei*

Nicotina determină următoarele efecte:

- Relaxarea musculaturii scheletice
- Stimulare cerebrală cu creșterea serotoninei, opioidelor endogene, vasopresinei și catecolaminelor
- Stimulează centrul recompensei din creier prin căile dopaminergice din centrul mezolimbic
- Îmbunătățește atenția și învățarea
- Are efect anxiolitic
- Reduce emoțiile negative
- Dozele mari pot produce o stimulare asemănătoare cu cea produsă de cocaină
- Reduce apetitul
- Produce modificări fiziologice care sunt răspunzătoare de instalarea toleranței, dependenței fizice și a sindromului de sevraj

Reducerea concentrației plasmatice a nicotinei imediat după întreruperea fumatului stă la baza manifestărilor ce apar în cadrul **sevrajului nicotinic**. Acesta se instalează în decurs de 2 ore de la întreruperea fumatului, fiind maxim între 24-48 ore. Poate dura zile și chiar săptămâni. Simptomele sevrajului nicotinic cuprind:

- Dorința puternică de a fuma
- Iritabilitate, furie, labilitate emoțională
- Anxietate
- Dificultăți de concentrare
- Agitație
- Reducerea frecvenței cardiace
- Creșterea apetitului și câștigul în greutate (abandonarea fumatului este asociată cu o creștere medie în greutate de aprox. 2,75 kg)
- Stări depresive

Dacă majoritatea fumătorilor cunosc faptul că tutunul conține nicotină, puțini știu că, în afară de aceasta, în fumul de țigară se mai află alte aproximativ 4.000 de substanțe chimice, din care peste 300 sunt toxice

pentru om și 43 sunt cancerigene. La prima vedere, identificarea compușilor din fumul de tutun pare o sarcină insurmontabilă, însă, cercetările intensive și progresele înregistrate în toxicologie și carcinogeneză din ultimii ani au permis izolarea substanțelor cu cea mai crescută activitate toxică. Dintre acestea, monoxidul de carbon, nicotina și gudroanele sunt agenții toxici majori ai fumului de țigară. Dar există mulți alții: oxizi de azot, cianuri, amoniac, precum și alchide volatile.

### • *Complicații medicale*

Afecțiunile legate de tabagism sunt foarte multe, compușii toxici din fumul de tutun afectând practic toate organele. Frecvența îmbolnăvirilor în rândul fumătorilor este, per ansamblu, de 3,5 ori mai ridicată decât în rândul celor care nu fumează. Aerosolii de tutun vin în contact direct cu mucoasa cavității bucale, a faringelui, laringelui, esofagului și cu mucoasa arborelui pulmonar, substanțele toxice din componența lor depunându-se la aceste niveluri. Mucoasa respiratorie permite pasajul compușilor în sânge, fiind vehiculați în toate organele corpului și având drept consecință vasta patologie asociată cu expunerea la fumat. Afecțiunile cele mai frecvente sunt cele pulmonare, reacțiile acute manifestându-se prin iritația și inflamația mucoasei bronșice, responsabilă pentru apariția unei expectorații excesive, tuse și dezvoltarea edemelor pulmonar. Reacțiile tabagice cronice reprezentate de bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) se manifestă prin bronșită, emfizem pulmonar și fibroză, cu un coeficient de risc de 20-36% pentru fumătorii peste 50 de ani ce consumă mai mult de 20 de țigări pe zi.

Acumularea nocturnă a mucusului determină tusea matinală a fumătorului, necesară pentru permeabilizarea arborelui respirator invadat de mucus. Repetarea acestui fenomen în toate diminețile, trei luni pe an, cel puțin doi ani consecutiv, constituie definiția bronșitei cronice. Spre deosebire de aceasta, emfizemul pulmonar se caracterizează prin distrugerea pereților alveolari, cu apariția unei insuficiențe respiratorii de tip restrictiv.

Așadar, **afecțiunile respiratorii** care ating fumătorii sunt reprezentate, în principal, prin bronșita cronică. Aceasta poate evolua spre emfizem și insuficiență respiratorie cronică.



Fumatul poate provoca o serie de **cancere**: *cancerul de plămân*. Riscul cancerului de plămân crește o dată cu intensitatea tabagismului, durata în ani a tabagismului fiind încă mai determinantă decât cantitatea fumată pe zi în apariția acestei boli: cu cât începutul tabagismului a fost mai precoce, cu atât mai mare este riscul apariției cancerului de plămân. *Cancerale guri* (fumătorii de pipă, mestecătorii de tutun), *de rinofaringe*, *de laringe* și *de esofag* sunt, de asemenea, în foarte numeroase cazuri, provocate de consumul de tutun. A fost demonstrată o asociere între anumite cancere (*cancerul de col uterin*, *cancerul vezicii*) și tabagism. Compușii toxici ai tutunului pot produce și alte forme de cancer, cum ar fi cele ale *laringelui*, *faringelui*, *esofagului*, *pancreasului*, *rinichilor* și *vezicii urinare*.

**Bolile cardiovasculare** sunt provocate de nicotină și de oxidul de carbon, care perturbă oxigenarea țesuturilor, antrenând o creștere a riscului bolilor coronariene (angor, infarct miocardic), a aterosclerozei aortei (anevrism) și a arteritei membrelor inferioare.

Substanțele toxice vehiculate pe cale sangvină conducând la o reacție inflamatorie cronică la nivelul peretelui vascular. După expuneri repetate, se constată rigidizarea vaselor sangvine, favorizând apariția plăcilor de aterom. Asocierea între defectele pereților vasculari și fumat este tipică pentru ruptura anevrismelor de aortă sau pentru disecția de aortă. Riscul cardiac crește dacă tabagismul se asociază cu alți factori de risc vasculari, precum contraceptivele orale (pilula). Riscul de arterită este mai ridicat la diabetici. Atunci când scleroza vasculară generată de tabagism afectează creierul, ea poate antrena un **accident vascular cerebral**. Fumatul este asociat, de asemenea, cu spasmul arterial și cu tromboza la nivelul întregului pat arterial. Acest fenomen este prezent și la nivelul arterelor coronare, cu favorizarea apariției anginei pectorale și a infarctului miocardic, precum și la nivelul arterelor cerebrale, crescând cu 50% riscul accidentelor vasculare cerebrale. Reluarea fumatului după infarct dublează mortalitatea la un an.

**Alte afecțiuni** legate de consumul de tutun sunt, în principal, ulcerul duodenal, ulcerul gastric, boala lui Crohn, osteoporoza și herniile (legate de tusea fumătorilor). Trebuie menționat că greutatea corporală a fumătorilor este mai mică decât cea a nefumătorilor.

**Alte efecte ale fumatului** sunt: impotența pentru bărbați și infertilitatea în cazul femeilor, deprimarea sistemului imunitar, creșterea riscului de apariție a osteoporozei, accentuarea ridurilor faciale, carențe de vitaminele A, C și E. Fumatul alterează simțul gustativ și olfactiv, iar ulcerile digestive sunt mai dese și mai greu de tratat în cazul fumătorilor.

### • *Femeile și tabagismul*

Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) estimează că, în țările industrializate, o parte din cele 2 milioane de decese pe an legate de consumul de tutun atinge femeile, din cauza „consecințelor specifice ale tabagismului asupra sănătății femeilor și copiilor lor”. Se apreciază, în fapt, că riscul de mortalitate cardiovasculară crește de 10 ori la femeile care fumează și care utilizează și pilula contraceptivă. Atunci când femeia este gravidă, tabagismul crește, de altfel există riscul de avort spontan și întârzie creșterea copilului. În sfârșit, la menopauză, fumătoarele sunt expuse unui risc mai crescut de osteoporoză (rarefiere a țesutului osos). La femei, tutunul este asociat cu cancerul de sân, de col uterin, de stomac, pulmonar și ovarian.

Anticoncepționalele combinate cu nicotina pot provoca infarct miocardic. Femeile care iau anticoncepționale și fumează au un risc foarte ridicat pentru apariția infarctului. În general, infarctele se produc la o vârstă foarte tânără, multe dintre ele au fost constatate în jurul vârstei de 30 de ani, în cazul femeilor care asociază tabagismul cronic cu administrarea de anticoncepționale pe perioade lungi de timp.

Copiii mamei fumătoare au la naștere o greutate mai mică și un risc crescut de a contracta infecții. Fumatul cauzează o incidență mare a nașterilor premature, la fumătoare constatându-se, de asemenea, o îngroșare a placentei, cu un risc crescut de *placenta praevia*. Riscul de avort spontan este mare la fumătoare. Renunțarea la fumat ar fi bine să se facă înainte de a rămâne însărcinate sau imediat după. Studiile arată că riscul de prematuritate și de hipotrofie fetală se menține ridicat și la mamele care au renunțat la fumat după primul trimestru de sarcină. Expunerea femeilor însărcinate la fumul de țigară poate provoca mai târziu moartea subită a nou-născuților, în primul an de viață. Cercetările

au demonstrat că nicotina ar putea fi responsabilă de moartea subită a sugarilor, deoarece, ajunsă în sângele nou-născuților încă din viața intrauterină, se fixează pe un receptor din creierul acestora și dereglează centrul respirator. Specialiștii sunt de părere că nicotina poate provoca un stop respirator în timp ce nou-născuții dorm.

### • *Tabagism pasiv*

Acesta privește persoanele nefumătoare care trăiesc sau lucrează în anturajul unuia sau mai multor fumători. Astfel, copiii supuși tabagismului părinților pot fi victimele unor afecțiuni respiratorii (rinofaringite, bronșite, astm), precum și ale unor conjunctivite sau otite. La adult, tabagismul pasiv se traduce printr-un risc crescut de cancer al plămânului și al afecțiunilor cardiovasculare. Fumatul pasiv constă în inhalarea fumului de țigară de către nefumătorii aflați în vecinătatea persoanei care fumează. Doar 15% din fumul de țigară este inhalat de fumător, restul de 85% poluează aerul ambiant. Se estimează că femeile căsătorite cu fumători sunt de patru ori mai predispuse să moară de cancer pulmonar decât cele căsătorite cu nefumători.

Ca urmare a fumatului pasiv:

- crește riscul de deces prin boli cardiace cu 30%,
- crește riscul de cancer pulmonar,
- se produce agravarea astmului alergic și a alergiilor respiratorii.

### • *Tabagism în cifre*

Fumatul ucide în cel mai real sens al cuvântului! S-a estimat că fumarea unei singure țigări scurtează viața cu 7 minute, iar fumarea unui pachet de țigări pe zi scurtează viața cu 140 de minute/zi. Aceasta înseamnă că, pentru fiecare an de fumat, se pierde mai mult de o lună din viață.

În România, în 2004 – 46,4% dintre bărbați și 24,1% dintre femei fumează; 64% dintre persoanele sub 16 ani fumează, înregistrându-se o creștere de 11% față de studiul din 1999, simultan cu scăderea vârstei de debut a fumatului; 32% dintre elevi au fumat prima țigară înainte de

vârsta de 14 ani. Doar 13% dintre români cred că fumatul ocazional este dăunător, dar cred în proporție de peste 75% că fumatul de 1-2 pachete pe zi aduce cu sine riscuri pentru sănătate.

Rata mortalității din cauza fumatului este, în România, de 522 de decese la 100.000 de locuitori, față de 273 la 100.000 de locuitori la nivel european.

Trei minute alocate de medici pentru discuții legate de fumat fac ca rata de abținere să fie de aproximativ 7,9-10,2%.

Majoritatea europenilor se declară în favoarea interzicerii totale a fumatului în locurile publice, demonstrează studiul Eurobarometru prezentat în Parlamentul european. Studiul relevă că tabagismul ucide 650.000 de persoane în UE, la care se adaugă 80.000 de decese provocate de tabagismul pasiv.

Experții estimează că 25% din totalul deceselor prin cancer și 15% din cauzele de decese ar putea fi cauzate de nicotină. Sondajul relevă că un fumător din trei a încercat, în cursul ultimilor 12 luni, să renunțe la acest viciu, dar 70% dintre ei au revenit la obișnuința de a fuma.

S-a stabilit că, la ora actuală, fumatul este răspunzător pentru mai mult de patru milioane de decese anual. Deci, în mai puțin de cinci ani, un număr de persoane egal cu populația României moare din cauza acestei deprinderi.

Incidența bolilor cauzate de fumat este în continuă creștere. Se estimează că, până în anul 2020, numărul deceselor anuale prin boli cauzate de tabagism se va ridica la zece milioane. Dacă tendințele actuale legate de fumat vor persista, aproximativ 500 milioane de persoane aflate astăzi în viață, adică circa 9% din populația globului, vor deceda ca urmare a folosirii tutunului. Aproximativ jumătate din decesele legate de fumat se produc între 35-69 de ani, ceea ce face din fumat cea mai importantă cauză de moarte prematură în țările civilizate.

După aprecierile OMS, în lume există 1,2 miliarde de fumători, din care 70% trăiesc în țările în curs de dezvoltare.

În țara noastră, mai mult de o treime din populație este reprezentată de adepți ai acestui viciu letal. Care este cauza care îi determină pe atâția oameni să îmbrățișeze acest viciu? Un răspuns este lipsa de informare. Și, totuși, medicii, care ar putea fi considerați cele mai informate persoane în domeniu, înregistrează un procent de 43,2% dintre

fumători, chiar mai mult decât media în populația generală. În țara noastră, 60,5% dintre bărbați și 40% dintre femeile pneumologi fumează.

Studiile au arătat că fumatul în general este responsabil pentru evoluția a peste 25 de boli canceroase cu rate ale mortalității cuprinse între 12,3% și 91,5%. Se estimează că incidența actuală a cancerului pulmonar este de 1,5 milioane la nivel mondial. În țara noastră, acest tip de cancer ocupă primul loc, atât la incidență, cât și la mortalitate. Și, totuși, prin simpla suprimare a fumatului, ar putea fi evitate 9 din 10 cazuri de cancer pulmonar. Riscul de a dezvolta cancer pulmonar este de 30 de ori mai mare pentru un fumător care a consumat 2 pachete de țigări zilnic timp de 30 de ani, față de un nefumător. Frecvența acestui tip de malignitate este în creștere în rândul femeilor, în paralel cu creșterea incidenței fumatului la sexul feminin. În plus, depistarea acestui tip de cancer se face foarte rar într-un stadiu operabil. Supraviețuirea la cinci ani nu atinge în medie valoarea de 10%.

În România, aproximativ 40% din totalul cauzelor de deces prin cancer la bărbați (cancer pulmonar, de stomac, prostată și pancreas) au ca factor de risc major tutunul.

Mortalitatea provocată de tabagism a explodat în 1992, ratele de mortalitate fiind de trei ori mai mari decât la sfârșitul anilor '50. România se numără printre țările cu cele mai ridicate valori ale consumului de tutun. Un studiu realizat în 1999 a relevat că 39% dintre femei și 72% dintre bărbați s-au declarat fumători, doar 54% recunoscând că sunt fumători activi. În rândul țărilor ex-comuniste, România ocupă un loc fruntaș în ceea ce privește frecvența fumatului. De asemenea, țara noastră prezintă o tendință constantă de creștere a numărului de noi fumători printre femei și tineri. Statisticile arată că, 21% dintre românii peste 15 ani fumează zilnic.

În Statele Unite, tabagismul este direct responsabil pentru aproximativ 30% din toate decesele prin cancer ce au loc anual.

Consumul total de tutun crește. Dacă tendința actuală rămâne neschimbată, numărul de fumători, estimat la 1,3 miliarde în prezent, va ajunge la 1,7 miliarde în 2025, iar 1 fumător din 2 va deceda din cauza unei boli asociate tabagismului.

Aproape 50% din persoanele care fumează toată viața decedază ca urmare a complicațiilor tabagismului, majoritatea înainte de 70 ani, iar calitatea vieții din ultimii ani este mult redusă. Se estimează că

speranța de viața a bărbaților fumători este redusă în medie cu 13 ani, iar cea a femeilor fumătoare cu 14,5 ani din cauza fumatului. Totuși, ea se poate ameliora dacă persoana renunță la fumat.

**Fumatul este responsabil pentru:**

- 90% din cazurile de cancer pulmonar
- 75% din cazurile de bronșită cronică și emfizem
- 25% din cazurile de cardiopatie ischemică
- 87% din decesele prin cancer pulmonar și este responsabil pentru majoritatea cancerelor bucale, laringiene, faringiene, esofagiene și ale vezicii urinare.
- 24 boli: cancer bucal, cancer pulmonar, cancer de vezică urinară
- Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), incidența cancerelor ar putea crește cu 50% în întreaga lume, cu 15 milioane de cazuri noi în fiecare an până în 2020.
- Fumatul este principala cauză a cancerului pulmonar și a deceselor prin cancer în general, fiind responsabil pentru 90% din cazurile de cancer pulmonar la bărbați și 78% la femei.
- Fumatul este principalul factor de risc modificabil pentru accidentul vascular cerebral (AVC), care duce frecvent la invaliditate și chiar la deces.

Raportul mondial despre cancer demonstrează clar că acțiunile întreprinse contra tabagismului, infecțiilor și pentru o alimentare mai sănătoasă pot preveni o treime din cazurile de îmbolnăvire și permit tratarea altei treimi.

Consumul de tutun rămâne a fi cel mai mare risc evitabil de cancer. În lume, în secolul 20, circa 100 milioane de persoane au decedat din cauza maladiilor legate de tabagism (cancer, pneumopatii cronice, maladii cardiovasculare, accidente cerebrovasculare).

Jumătate din fumătorii înrăiți mor din cauza acestei deprinderi. Un sfert din fumători mor prematur (între 35 și 69 de ani). Riscul cancerului pulmonar este mai mare de 20-30 de ori la fumători decât la nefumători.

În țările cu prevalență a tabagismului și unde multe femei fumează pe tot parcursul vieții lor adulte, se pot atribui fumatului 90% din cancerele pulmonare. Pentru vezica biliară și rinichi riscul este de 5-6 ori mai mare, ceea ce semnifică mai mult de 50% din cazuri

datorate tutunului. Riscul relativ pentru cancerul cavității bucale, faringelui, laringelui și esofagului (cancer spinocelular) la fumători este de 6 ori mai mare decât la nefumători, iar în cazul carcinoamelor pancreatice este 3-4 ori mai mare. Aceste estimări le depășesc pe cele făcute anterior și, din păcate, se descoperă riscuri relative de 2-3 ori mai mari pentru forme noi de cancer asociate cu tabagismul: stomac, ficat, col uterin, rinichi, cavitate nazală și sinus, esofag (adenocarcinom) și leucemie mieloidă.

Chiar dacă este mai bine să nu începi niciodată să fumezi, datele epidemiologice arată că există avantaje enorme și dacă se renunță la fumat. Se va observa o substanțială diminuare a numărului de decese datorate cancerului în deceniile viitoare la cei care vor renunța la această dependență. Renunțarea are efecte maxime dacă se produce în primii treizeci de ani de viață, dar se obține o scădere considerabilă a riscurilor, mai mult de 60%, și la cei care au decis să renunțe după 50 de ani.

### • *Terapia cognitiv-comportamentală și renunțarea la fumat*

Acest tip de terapie reprezintă o componentă esențială a oricărui program de tratament. Presupune trei faze importante:

1. Faza de pregătire. În această fază sunt revăzute motivele pentru abandonarea fumatului și gradul de dorință pentru a întrerupe fumatul. Se stabilește o dată precisă pentru întrerupere. Se realizează un jurnal cu numărul de țigări fumate zilnic și cu motivele pentru care a fost fumată fiecare țigară.
2. Faza de întrerupere. Presupune controlul impulsurilor (auto-controlul), identificarea și modificarea sau evitarea situațiilor care „împing” la fumat, înlocuirea cu altă acțiune în situațiile în care nu pot fi evitate.
3. Faza de menținere, care cuprinde: identificarea situațiilor cu risc crescut de recădere, repetarea comportamentului adecvat pentru aceste situații, evitarea ideii că un moment de slăbiciune reprezintă un eșec total, implicarea în alte activități de tip recompensator.

## 9. OBEZITATEA ȘI SĂNĂTATEA MINTALĂ



### • *Ce este obezitatea?*

Definită simplu printr-o boală cronică ce se caracterizează prin acumularea excesivă de grăsime în corp, obezitatea a devenit o problemă de sănătate publică prin consecințele pe care le are asupra sănătății individului, costurile pe care le presupune și valorile statistice alarmante pe care le înregistrează. Obezitatea reprezintă o problemă mondială, afectând în prezent sute de milioane de oameni, de pe toate continentele.

Obezitatea este principalul factor al infarcturilor, al accidentelor vascular-cerebrale, dar și al diabetului. În ultimii ani, la nivel mondial, numărul persoanelor care suferă de obezitate s-a dublat. Potrivit unor estimări ale experților Organizației Mondiale a Sănătății, până în 2010 mai mult de jumătate din populația occidentală va fi afectată de obezitate. Alarmante sunt cazurile de obezitate infantilă, cu proporții dramatice în Statele Unite și, mai nou, în Europa. Costurile alocate tratării acestei afecțiuni se ridică la peste 70 de miliarde de dolari anual în Statele Unite și, la aproximativ, 50 de miliarde de euro în Uniunea Europeană. Prevalența obezității în România este de peste 37% în cadrul populației adulte.



### • *Diagnosticul obezității*

Obezitatea este prezentă atunci când se depășește cu 20% greutatea standard din tabelele uzuale ale valorilor greutateii, în funcție de înălțime. O altă măsură mai precisă a obezității este cantitatea de grăsime din corp sau indexul de masă corporală (*body mass index* – BMI) = indicele de masă corporală (IMC).

Se consideră obezitate atunci când indicele de masă corporală (IMC) este mai mare de 25. Indicele de masă corporală se calculează raportând greutatea corporală (în kg) la înălțime, la pătrat (în metri), ca în formula de mai jos:

$$\text{IMC} = \frac{M}{H^2}$$

unde:

**IMC** – este indicele de masă corporală

**M** – este greutatea corporală măsurată în kilograme

**H** – este înălțimea măsurată în metri (dacă ai un metru și șaizeci de centimetri, valoarea lui H va fi **1,60**)

- IMC = 25 -29,9 (supraponderal)
- IMC = 30 – 34,9 (obezitate grd. I)
- IMC = 35 – 39,9 (obezitate grd. II)
- IMC = > 40 (obezitate grd. III)

La cealaltă extremă, un IMC sub 18,5 indică subponderalitatea.

Tot printr-un simplu calcul matematic se poate stabili rapid dacă există riscul unei forme mai periculoase a obezității, și anume **obezitatea abdominală**. Calculul se rezumă la raportarea dimensiunii taliei, exprimată în centimetri, la înălțime (măsurată tot în centimetri). Dacă rezultatul acestui raport este mai mare de 0,5 putem vorbi de obezitate abdominală.

## • *Forme de obezitate*

Există descrise mai multe forme de obezitate:

**Obezitatea androidă** (hipertrofică) – apare mai frecvent la bărbați sub în fluența testosteronului și corticoizilor, care determină acumularea grăsimilor în partea superioară a corpului („burtă mare”) și care apare prin hiperfagie și polidipsie (mâncat și băut mult). Se poate slăbi repede și ușor.

**Obezitatea ginoidă** (hiperplazică) – apare frecvent la femei datorită activității ovariene, hormonii estrogeni determinând depunerea grăsimii în partea inferioară a corpului (șolduri, coapse, gambe). Masa celulelor grase (adipocite) e mare fără să fie asociată cu hiperfagie (cantitatea de mâncare nu e crescută), dar există preferințe pentru produse alimentare dulci. Această formă de obezitate este rezistentă la dietă și există recidive.

**Obezități circumstanțiale** – apărute în urma schimbării stilului de viață (oprirea sportului, fumatului, căsătorie, schimbarea locului de muncă, pensionare, imobilizări prelungite etc.). Este de obicei temporară.

**Obezitatea paradoxală** – descrisă la femei înainte de menstruație, când se poate înregistra o creștere în greutate de 3-4 kg și care dispare după aceea, în câteva zile, printr-o diureză crescută (urinare în cantități mari). O altă formă de obezitate paradoxală este înregistrată la persoanele cu labilitate emoțională crescută, care se pot îngrășa sub influența stresului și 5-10 kg într-o lună.

## • *Care sunt complicațiile obezității?*

Obezitatea are efecte adverse numeroase asupra sănătății asociindu-se cu o gamă largă de boli. Prognosticul reducerii greutateii este nefavorabil. Dintre 100 de obezi, după regimul alimentar: 5-10% nu slăbesc, 30% renunță pe parcurs, 55% ating greutatea dorită, dar, după 1-7 ani, 33% dintre aceștia se îngrășă și mai mult, iar 22% se îngrășă cu câteva kilograme făcând eforturi mari să-și păstreze greutatea, 3-6% slăbesc și se mențin, printr-o dietă atentă, mai puțin de 3 % rămân slabi și reușesc să se mențină fără nici un efort.

- boli cardiovasculare (hipertensiune arterială, infarct miocardic, hemoragie cerebrală etc.),

- cancer (risc crescut de cancer uterin, sân, col uterin, ovar, vezică și căi biliare – la femei și risc crescut de cancer de colon, rect și prostată – la bărbați),
- diabet zaharat,
- hiperlipidemie (colesterol și trigliceride crescute),
- boli digestive (litiază biliară, constipație),
- steatoză hepatică,
- boli articulare (osteoartrită a genunchilor, pinteni osoși calcaneeni, osteoartroza coloanei vertebrale),
- varice, stază venoasă,
- tulburări menstruale,
- reducerea libidoului și dinamicii sexuale,
- tulburări respiratorii (dispnee, sdr. Pickwick, apnee nocturnă obstructivă),
- guta,
- scăderea capacității de efort fizic,
- obezitatea scade în general calitatea vieții,
- statistic, mortalitatea este mult mai mare în rândul persoanelor care suferă de obezitate decât la populația cu greutate corporală normală.

### • ***Obezitatea la copil și adolescent***

Obezitatea copilului este o realitate curentă căreia societatea trebuie să-i acorde atenția cuvenită. Dincolo de variațiile largi ale diferitelor statistici în ceea ce privește incidența și prevalența acestei patologii, toate sunt, de fapt, în acord asupra creșterii frecvenței obezității copilului, aceasta fiind considerată astăzi cea mai frecventă tulburare de nutriție la copii și adolescenți în țările dezvoltate.

În contextul general al tendinței mondiale de creștere a frecvenței obezității, obezitatea copilului a dobândit, în ultimii ani, un interes tot mai larg, reprezentând tema de cercetare a unor studii epidemiologice extinse, derulate în mai multe state. În urma prelucrării datelor din 79 de țări, experții estimează că, în lume, există în prezent aproximativ

22 de milioane de copii obezi, cu vârste mai mici de 5 ani. Conform datelor, la sfârșitul mileniului, 32% dintre copiii cu vârste cuprinse între 5-14 ani erau supraponderali, iar 14% din copiii cu vârste între 6-11 ani și 11% din cei cu vârste cuprinse între 12-17 ani erau obezi. Programul Național de Supraveghere a Stării de Sănătate din Anglia a relevat că frecvența supraponderalității la copil a crescut în ultimele decenii de la 7,3%, la 15%; frecvența obezității este estimată în prezent la 5%. În Canada, în perioada 1970-1990 s-a înregistrat o creștere a frecvenței obezității copilului și adolescentului cu 43%. Aceeași tendință se remarcă și în țările asiatice. România raporta o creștere a obezității copilului de 8%.

Obezitatea poate apărea la orice vârstă, în orice moment al copilăriei sau al vieții adulte, dar de mare importanță este faptul că o mare proporție a copiilor supraponderali și obezi devin adulți obezi. Apariția bolii pare să fie influențată de o serie de factori ce intervin pe parcursul vieții, în etape diferite ale evoluției cronologice, dar care de cele mai multe ori se întrepătrund. Perioada de preșcolar și școlar mic (3-10 ani) este deosebit de importantă pentru predicția obezității viitoare. Aproximativ 50% din totalul preșcolariilor supraponderali vor deveni adulți supraponderali, iar riscul de a deveni adulți obezi este de două ori mai mare pentru copiii supraponderali, comparativ cu copiii normoponderali. Acest risc este de 3 până la 10 ori mai crescut în cazul copiilor obezi, comparativ cu normoponderalii. Creșterea treptată și exagerată a greutateii corporale între vârsta de 3 și 10 ani determină o obezitate progresivă, severă și persistentă, datorită creșterii numărului de celule adipoase. Greutatea la vârsta adolescenței este un alt factor predictiv al greutateii adultului. Adolescenții obezi au un risc global de 5-20 ori mai mare de a deveni adulți obezi și de a muri precoce, prin boli cardio-vasculare.

Majoritatea studiilor efectuate până acum în ceea ce privește influența obezității la copil și adolescent au rezultate ce converg către aceeași concluzie: obezitatea apărută în copilărie și menținută la vârsta adultă este mai greu de tratat decât cea apărută la maturitate. Dacă avem în vedere numeroasele complicații asociate obezității, precum și comorbiditățile, unele dintre ele cu prognostic vital, putem înțelege impactul

major al acestei patologii apărute la vârste fragede asupra individului, colectivității și, nu în ultimul rând, asupra societății în general.

Greșelile alimentare reprezintă cert una dintre principalele cauze ale acestei explozii de supraponderalitate și obezitate la copil și adolescent, alături de reducerea gradului activității fizice zilnice. Este binecunoscut rolul nefast jucat de alimentația hipercalorică, hiperlipidică, bogată în lipide *trans* și glucide simple asupra stării de sănătate a populației. În ultima perioadă, piața alimentară de desfacere a fost invadată de așa-numitele produse fast-food, a căror principală caracteristică este densitatea calorică mare în cantități reduse de aliment, cu o valoare nutrițională redusă. Sunt produse bogate în grăsimi, zahăr și sare și sărace în fibre alimentare, vitamine și minerale și care consumate zilnic au urmări dezastruoase pentru sănătatea copilului. Ca urmare, deși din punct de vedere senzorial, de cele mai multe ori aceste produse alimentare sunt mult mai atractive, atât în ceea ce privește gustul, mirosul, cât și aspectul exterior și reprezintă și „o modă” printre cei tineri, ele nu oferă principiile alimentare în cantitățile și în proporțiile recomandate pentru o creștere și dezvoltare normale, având chiar efecte negative la nivelul economiei organismului. Astfel, surplusul energetic va fi depozitat sub formă de țesut adipos, cu toate consecințele acestuia, atât în perioada copilăriei și adolescenței, cât și mai târziu, în perioada adultă. În perioada adolescenței, prezența obezității determină un risc crescut al depresiei sau al tulburărilor de comportament alimentar, precum anorexia sau mâncatul compulsiv, în special datorită preocupărilor tot mai frecvente asupra greutateii corporale și a idealului cultural promovate, de a fi slab. Obezitatea apărută încă de la vârsta adolescenței afectează statutul socio-economic al persoanei la vârsta adultă.

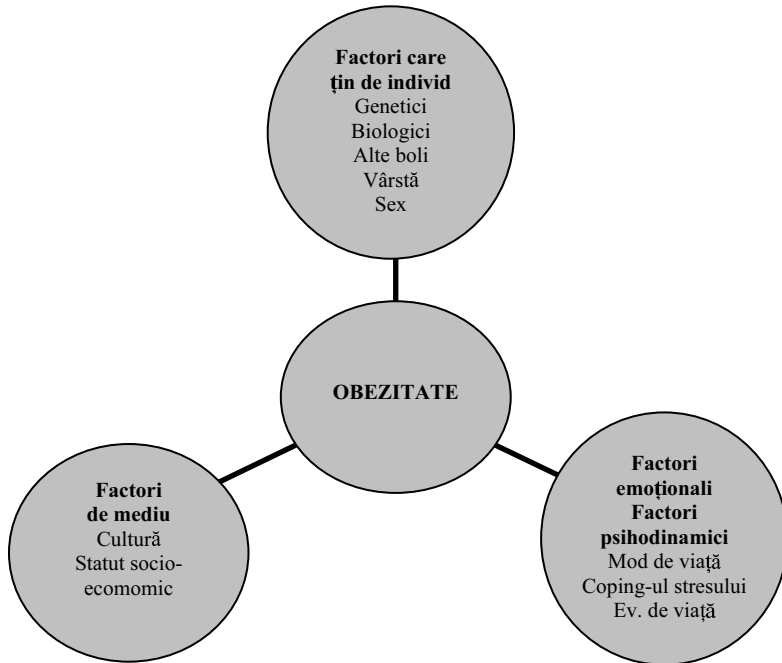
### • *Factori etiologici ai obezității*

Etiologia obezității este una plurifactorială. Sunt implicați deopotrivă factori biologici, genetici, socio-economici, psihologici și psihodinamici. În încercarea de a-i sistematiza, schema de mai jos oferă o viziune de ansamblu asupra cauzelor obezității.

Una dintre teoriile biologice spune că, după consumul de alimente, ar putea exista o perturbare a semnalului metabolic către receptorii hipotalamici, astfel încât senzația de foame persistă, persoana continuând să mănânce pentru că nu a ajuns la senzația de sațietate. O altă teorie afirmă că leptina, un hormon produs de adipocite, acționează ca un termostat al grăsimii, fiind și responsabil pentru apetitul fiecărui individ: cu cât avem mai multe adipocite, cu atât vom avea și o poftă mai mare de mâncare.

**Sexul.** Femeile au de două ori mai multe adipocite decât bărbații, cu o distribuție diferită de aceștia. De asemenea, mușchii ard cu 10-20% mai multe calorii decât grăsimea. Sistemul muscular al bărbaților este mai dezvoltat, de aceea aceștia se îngrașă mai greu. Cu **vârsta** metabolismul se încetinește, masa musculară scade și activitatea fizică este mai redusă. În condițiile unui aport caloric egal cu cel dinainte, există tendința luării în greutate. În ceea ce privește **factorii genetici**, în jur de 80% din pacienții care sunt obezi, au un istoric familial de obezitate. Atunci când ambii părinți sunt obezi, șansa copilului de a fi supraponderal, la rândul lui, este de 90%. În cazul în care unul dintre părinți este obez, șansa este de 40%. Există câteva sindroame de hiperfagie hipotalamică congenitală, cum ar fi, de exemplu, sindromul Prader Willi, în care copilul dezvoltă obezitate severă, hipogonadism (dezvoltarea alterată a organelor sexuale și a funcției sexuale) și un anumit grad de retardare mentală. **Cultura** în care ne naștem cuprinde și obiceiurile alimentare, modul în care gătim și mâncăm. În ziua de azi, obiceiurile alimentare promovate sunt cele ale hranei de tip fast-food, dulciurile rafinate sunt oferite ca recompensă copilului mic, iar adolescenții ies des la pizza, shaorma sau forneti după școală. **Inactivitatea fizică – sedentarismul** a devenit un *modus vivendi* pentru mulți tineri care își petrec timpul liber la televizor sau în fața calculatorului. **Problemele medicale** hormonale precum hipotiroidismul sau Boala Cushing sunt responsabile pentru mai puțin de 2% din cazurile de obezitate. În ceea ce privește **factorii psihologici**, se știe că stresul produce hiperfagie fără însă să existe o asocieră clară între o anumită boală psihică și obezitate. Din punct de vedere **psihodinamic**, nevoile intense de dependență induc mâncatul exagerat ca o compensare. Pentru unele persoane care nu s-au simțit ocrotite în perioada

copilăriei, alimentele sunt echivalentul simbolic al afecțiunii și gratifică nevoile generale. În pubertate și adolescență, obezitatea poate fi expresia evitării sexualității. Unele **medicamente psihotrope** sunt cunoscute pentru faptul că produc îngrășare exagerată.



### • *Cum tratăm obezitatea?*

Primul pas esențial în tratamentul persoanelor cu obezitate apărută la adult este abordarea fără a judeca pacientul, identificarea patogenezei multifactoriale, și decizia critică dacă pacientul necesită scădere în greutate sub orice formă sau necesită un program de exerciții fizice care să determine o scădere mai ușoară în greutate. În cazul în care greutatea în exces nu determină sau nu agravează diabetul zaharat, hiperlipidemia (creșterea grăsimilor în sânge) sau hipertensiunea arterială, nu se știe cert dacă pacienții cu obezitate ușoară-moderată necesită scăderea în greutate. Unele studii au demonstrat că ciclurile

repetate de scădere și apoi de creștere în greutate pot favoriza bolile cardiovasculare mai mult decât rămânerea la greutatea crescută moderat, dar stabilă. Singurele metode de a trata eficient și sigur, pe termen lung, obezitatea ușoară-moderată sunt cele în care se combină schimbarea regimului alimentar într-unul cu mai puține calorii și exercițiile fizice.

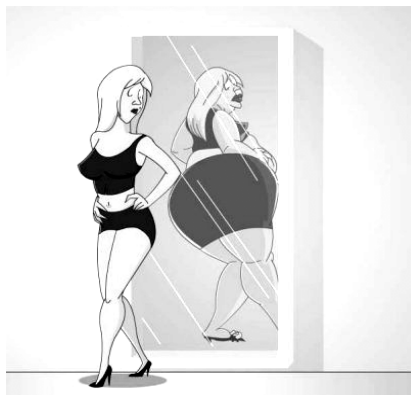
Tratamentul obezității se poate face prin:

1. **Dietă:** cea mai bună metodă a tratării obezității rămâne o dietă echilibrată (1100-1200 calorii), suplimentată cu vitamine, fier, magneziu, acid folic și vitamina B6. Sunt periculoase curele drastice de slăbire sau postul total, existând riscul de natriureză, hipotensiune ortostatică, perturbarea balanței azotului în organism. Mesele frecvente (dar aceeași cantitate de alimente) determină o micșorare semnificativă a procentului de calorii transformat în grăsime).
2. **Exercițiu fizic:** crește densitatea corporală și duce la scăderea adipozității. În mod paradoxal, la persoanele anterior sedentare, creșterea activității fizice poate duce la descreșterea aportului alimentar.
3. **Farmacoterapie:** în tratamentul obezității se folosesc diferite medicamente (orlistat, sibutramină, fentermină, dietilpropion, mazindol, fenilpropanolamină etc.) care acționează fie prin inhibiția lipazei care descrește absorbția grăsimilor cu până la 30%, fie prin creșterea metabolismului, prin inhibarea apetitului sau prin inhibarea receptării de serotonină și noradrenalină. Tratamentele cu medicamente care suprimă apetitul alimentar, fie prescrise de medic, fie luate fără rețetă medicală (cele mai multe conțin cafeină sau fenilpropolamină), sunt urmate de creștere în greutate. În plus, multe dintre componentele acestor medicamente pot cauza complicații medicale și psihiatrice semnificative. Similar, preparatele pe bază de hormoni tiroidieni nu au eficiență pe termen lung, dar au riscuri substanțiale, în special în cazul pacienților cu boli cardiace.



4. **Tratament chirurgical:** chirurgia gastrică prin reducerea dimensiunilor stomacului cu ajutorul unor inele – gastroplastie, înlocuiește procedurile de bypass gastric practicate până acum, care ducea la complicații în 50% din cazuri.
5. **Psihoterapie:** terapia comportamentală este metoda psihoterapeutică cu cele mai bune rezultate. Și elementele cognitive sunt utile în măsura în care pacienții sunt învățați să recunoască situațiile care îi determină să mănânce prea mult și se încearcă dezvoltarea altor patternuri (modele) de comportament alimentar. Terapia cognitiv-comportamentală durează de obicei minim 1-2 ani cu 1 ședință săptămânală, succesul tratamentului fiind în proporție de 40%. Terapia orientată pe conștientizare nu s-a dovedit a fi utilă. Terapia de grup ajută la menținerea motivației, se învață măsuri generale de psihoeducație și măsuri nutriționale specifice, se învață gestionarea eficientă a stresului.

## 10. TULBURĂRI ALE INSTINCTULUI ALIMENTAR



### • Definiție și istoric

Tulburările alimentare sunt caracterizate prin **perturbarea marcată a comportamentului alimentar**. Cuprind două tulburări majore și anume: *anorexia nervosa* și *bulimia nervosa*.

Termenul „**anorexie**” înseamnă „pierderea totală sau parțială a poftei de mâncare”, o denumire care poate preta la confuzii, deoarece, în primul rând, nu apetitul ci comportamentul alimentar este dereglat. Completarea „*nervosa*” indică cauze psihice în acest tip de perturbare. Deși primele informații despre anorexie datează încă din 1684, ca boală Anorexia nervosa (AN) a fost descrisă de Charles Lasegue, în 1873, la în cartea sa *L'anorexie Hysterique* și denumită astfel de către un alt medic francez, Henri Huchard, în 1883. Noțiunea de „**bulimie**” provine din cuvântul grecesc *bulimos* care se traduce aproximativ prin „foame de lup”. Texte referitoare la această afecțiune datează chiar din perioada antică, însă doar începând cu inițierea termenului „*Bulimia nervosa*” (BN) de către Gerald Russel în 1979, aceasta este recunoscută ca boală.

- ***Anorexia nervosa***

- **Criterii de diagnostic**

1. Greutate corporală mai scăzută cu 15% față de greutatea normală
2. Teamă intensă de a crește în greutate, deși persoana poate fi subponderală
3. Distorsiuni ale imaginii corporale
4. Absența a cel puțin trei cicluri menstruale consecutive

Distorsiunea imaginii corporale se referă la tulburarea modului în care este percepută dimensiunea corporală, adică persoana pretinde că este grasă, chiar dacă este foarte slabă sau neagă gravitatea greutateii scăzute pe care o are.

Sunt două tipuri de anorexie recunoscute: *tipul restrictiv*: dietă foarte strictă, dar fără comportamente de tip „binge” – evacuare forțată (vărsături autoinduse sau folosirea de medicamente care să producă diureză crescută, laxative sau clisme) și *tipul cu evacuare forțată* în care manevrele de evacuare forțată enumerate mai sus sunt folosite.

- **Date epidemiologice**

Prevalența pe durata vieții la femeii este de 0,5-3,7%. Debutul bolii are loc de obicei între 10 și 30 de ani, asociindu-se adesea cu un eveniment de viață stresant. Anorexia apare la o vârstă fragedă, adesea la scurt timp după prima menstruație. Vârsta cea mai periclitată, la care o persoană se poate îmbolnăvi, este – pentru prima dată – la 14 ani și, apoi, la 18 ani. În trecut se credea că doar tinerele fete aflate la vârsta adolescenței pot deveni anorectice, dar chiar și în prezent ele reprezintă cazurile majoritare din totalul celor afectate. Însă tot mai des se întâlnesc cazuri grave de anorexie la ambele sexe și la toate vârstele, chiar și la copiii care, prin publicitate, filme, prieteni sau alte influențe, ajung la impresia greșită că aspectul fizic este cel mai important. Realitatea este că boala este mult mai frecventă la femeii (raport 10:1 până la 20:1). S-a observat apariția mai frecventă la

femeile cu ocupații care necesită o siluetă suplă (manechine, balerine). De asemenea, boala este mai frecventă în țările dezvoltate.

## • Etiologie

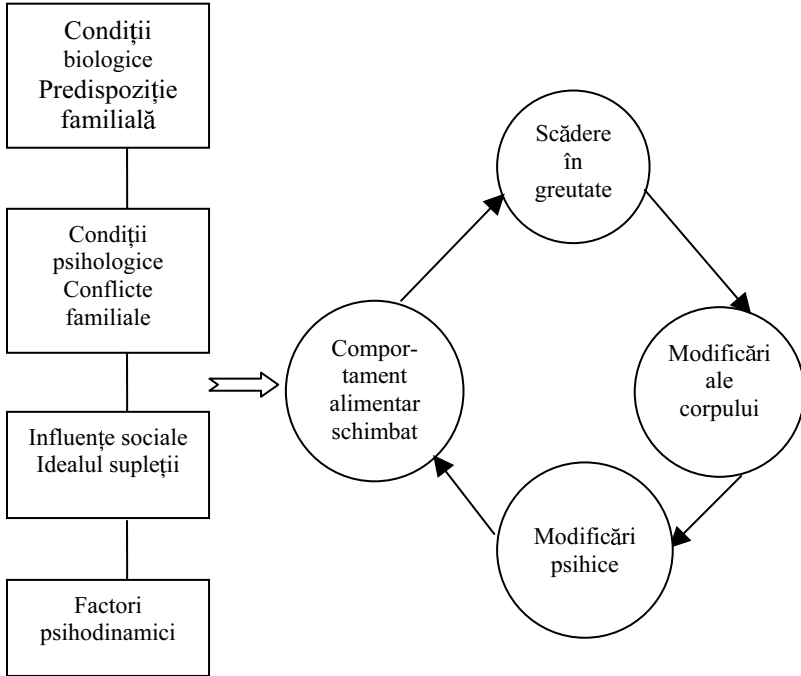
Persoanele predispuse sunt tinerele sensibile, autocritice sau cu aspecte compulsive ale personalității, care provin din familii cu istorie de tulburări depresive sau din familii cu un stil de viață „îngrădit” de părinți (copii lipsiți de libertate). Practicarea sportului, baletului, modelingului, luptelor sau altor asemenea activități care promovează aspectul suplu al persoanei, pot duce, de asemenea, la dorința de scădere excesivă în greutate. Dorința de scăderea în greutate, pornită din teama excesivă și neintemeiată de a fi supraponderal, este un simptom care diferențiază cert anorexia nervoasă de alte tulburări psihiatrice sau medicale care pot conduce la scăderea în greutate. Bolnavii cu oricare dintre cele două tipuri de anorexie nervoasă își organizează viața socială, comportamentul și, în ultima fază, identitatea în jurul dorinței de a slăbi în continuare și de a nu crește în greutate.

Rezumând, în cazul apariției anorexiei acționează mai mulți factori împreună, care se influențează reciproc.

**Factori biologici:** Predispoziția genetică poate constitui un factor, ratele de concordanță fiind mai mari la gemenii monoziagoți (50%) decât la cei dizigoți (10%). Din punct de vedere neurobiologic există dovezi în sprijinul reducerii turn-overului noradrenalinei. Activitatea opioizilor endogeni este mai scăzută, consecință a inaniției.

**Factori psihologici:** Apariția bolii pare să fie o reacție față de exigențele de independență, funcționare socială și sexuală din adolescență. Faptul că anorexia apare în majoritatea cazurilor în faza grea de dezvoltare și maturizare a corpului, adică la pubertate, a condus la concluzia că această boală apare în momentul în care o fată/femeie simte că nu reușește să facă față problemelor și solicitărilor tipice acelei vârste. În timpul pubertății față trebuie să-și dobândească o identitate corespunzătoare transformărilor într-o tânără femeie. Dacă ea simte că

această sarcină o depășește, apare un adânc sentiment de nesiguranță. Pentru unele paciente, încercarea de a-și controla greutatea corporală pare a le reda siguranța. Greutatea devine astfel un factor important al respectului față de sine.



**Factori sociali:** În Occident idealul frumuseții s-a dezvoltat de la începutul anilor '60 tot mai mult în direcția unui corp zvelt. Accentul pe care îl pune societatea pe siluetă și pe exercițiile fizice constituie un factor de presiune pentru tinerele fete.

**Factori psihodinamici:** În centrul complexului psihodinamic se află legătura tinerei fete cu mama sa, de care este incapabilă să se separe psihologic, dublată de dorința ambivalentă de a se separa de ea. Pacientele, pe de o parte, „își întorc agresiunea distructivă asupra lor ca pedeapsă pentru trădarea de a-și fi dorit separarea de mamă” și, pe de altă parte, folosesc refuzul hranei ca încercare de a obține o

îngrijire tandră, atenție și control asupra mamei. O altă interpretare psihodinamică a anorexiei este aceea în care pacientele transferă lupta lor asupra impulsurilor sexuale în plan oral, refuzând să mănânce. Semnifică, de asemenea, frica de sarcină, fuga de feminitate prin faptul că dezvoltarea formelor feminine este împiedicată prin menținerea unui corp suplu, fără burtă. Respingerea hranei nu constituie doar o luptă împotriva maturizării sexuale, dar și o încercare de rezistență împotriva maturizării ca adult.

### • **Tablou clinic**

Anorexicii se consideră prea grași, oricare ar fi greutatea lor reală. Uneori ei nici nu observă când au deja o greutate sub cea normală. Pentru a slăbi, anorexicii refuză consumarea alimentelor sau consumă doar alimente cu, conținut foarte scăzut în calorii, cazuri în care această boală poate deveni fatală. Anorexicii găsesc plăcere în starea creată de înfometare și de faptul că își au corpul „sub control”, iar slăbirea o văd ca o răsplată a „activității” lor. Își controlează greutatea prin cântăriri repetate, prin luarea măsurilor, fac sport chiar și în situațiile în care sunt bolnave, rănite sau obosite; la femei apare o neregularitate a ciclului care poate chiar să nu mai intervină timp îndelungat, iar la bărbați apare impotența. Unghiile, pielea și părul sunt clar afectate, iar tensiunea și temperatura corpului sunt scăzute. La început, persoanelor care nu cunosc situația le este greu să perceapă aceste probleme. Din punct de vedere medical, o persoană cu un IMC mai mic de 17,5 poate fi considerată anorexică.

### • **Consecințe medicale și psihice**

Din cauza scăderii în greutate și a alimentației sărace pot apărea grave tulburări somatice. Printre manifestări se includ:

- Scăderea în greutate din cauza înfometării sau exercițiilor fizice în exces
- Amenoreea (lipsa menstruației)
- Scăderea libidoului

- Dureri abdominale
- Malnutriția (o formă severă de scădere în greutate)
- Tulburări electrolitice (hipokalemie – scăderea potasiului din sânge)
- Pierderea smalțului dinților din cauza vărsăturilor repetate autoinduse
- Esofagită
- Anemie
- Subțierea firelor de păr – *lanugo* (asemănător cu puful de pe capul sugarilor)
- Scăderea estrogenului și testosteronului
- Osteopenie (pierdere de țesut osos)
- Adesea se întâlnesc și simptome ale unei depresii sau/și puternică irascibilitate
- Compulsii și uneori halucinații
- Anxietate
- Abuz de alcool și alte substanțe
- Suicidul în cazul bolnavilor depresivi
- Moartea din cauza malnutriției severe

### • **Evoluție și prognostic**

Din totalul pacientelor, 40% recuperează, 30% se ameliorează, restul de 30% devenind cazuri cronice. Rata de mortalitate a anorexiei nervoase este de aproximativ 18%, în primul rând din cauza complicațiilor medicale și suicidului.

### • **Tratamentul anorexiei nervoase**

Cei mai mulți dintre pacienți trebuie tratați intraspitalicesc, într-o unitate pediatrică sau psihiatrică pentru mai multe săptămâni sau luni. Inițial, sunt stabiliți din punct de vedere medical, după care este începută reabilitarea nutrițională. Tratamentul este îndreptat și spre identificarea și tratarea tulburărilor coexistente, care includ tulburările de dispoziție, anxietatea, tulburările de personalitate și abuzul de

alcool sau alte substanțe. După ce greutatea pacienților este readusă la o limită normală, antrenarea intensivă într-un model de viață sănătos consolidează eficiența tratamentului. Tratamentul pacienților cu vârsta sub 18 ani are succes doar dacă este inclusă întreaga familie. Perioada de convalescență durează de obicei 2-3 ani și include tratamentul individual, al grupului sau al familiei. Tulburările psihiatrice coexistente, în special tulburările de dispoziție, de personalitate și abuzul de substanțe necesită cel mai mult timp pentru a fi depășite și sunt cele mai dificil de tratat. Mortalitatea poate fi redusă prin stabilizarea medicală promptă a scăderii în greutate și a hipokaliemiei (hipopotasemiei) și prin recunoașterea și tratamentul tulburărilor depresive apărute concomitent (în 30-50% din cazuri).

Tratamentul psihosocial și terapia de grup au rol educațional și suportiv. Psihoterapia psihodinamică individuală s-a demonstrat a fi în general ineficientă. Cea mai valoroasă s-a demonstrat a fi terapia cognitiv-comportamentală, care încearcă să schimbe atât atitudinile și obiceiurile alimentare, cât și imaginea propriului corp. Terapia familială este utilă pentru problemele relaționale și poate ajuta la reducerea simptomelor. Medicația se folosește adeseori în asociație cu psihoterapia, cuprinzând antidepresive și, uneori, neuroleptice atipice.

### • ***Bulimia nervosa***

Bulimia constă într-o manifestare de pierdere a controlului asupra comportamentului alimentar în timpul ingestiei de alimente și de provocare a vomei sau a altor comportamente de compensare a aportului, de fiecare dată după îngurgitarea alimentelor.

### • **Criteria de diagnostic**

A. Episoade recurente de alimentare în *binge* (*îndopare*). Un episod de *binge* se caracterizează prin ambele, din următoarele situații:

(1) consumarea, într-o perioadă definită de timp (de exemplu, într-o perioadă a 2 ore) a unei cantități de alimente care este clar mai mare



decât ceea ce ar mânca majoritatea oamenilor într-o perioadă de timp asemănătoare și în circumstanțe similare.

(2) senzația de lipsă de control asupra mâncatului în acel răstimp (de exemplu, senzația că nu se poate opri din mâncat sau că nu poate controla ce și cât mănâncă).

B. Comportament compensator recurent inadecvat, pentru a preintampina creșterea în greutate, cum ar fi vărsăturile auto-induse; abuzul de laxative, diuretice sau alte medicamente, clisme; încetarea alimentării sau exercițiu fizic excesiv.

C. Alimentarea în *binge* și comportamentul compensator inadecvat se manifestă, ambele, în medie de cel puțin 2 ori pe săptămână, timp de 3 luni.

D. Evaluarea de sine este excesiv influențată de forma (aspectul) și greutatea corpului.

E. Tulburarea nu apare doar în cursul episoadelor de anorexie nervoasă.

Există două tipuri descrise:

**Tip evacuator (purging):** în cursul episodului curent de bulimie persoana s-a angajat cu regularitate în auto-inducerea de vărsături sau în abuzul de laxative, diuretice sau clisme.

**Tip neevacuator:** în cursul episodului curent de bulimie persoana a folosit alte comportamente compensatorii inadecvate, cum ar fi postul (nealimentarea) sau exercițiul fizic excesiv, dar nu s-a angajat regulat în auto-inducerea de vărsături sau în abuzul de laxative, diuretice sau clisme.

### • Date epidemiologice

Prevalența pe întreaga durată de viață la femei este de 1-4%. Vârsta de debut este de obicei pe la 16-18 ani. Ca și anorexia, bulimia este mult mai frecventă la femei (raportul 10:1). Câteva episoade de alimentație excesivă necontrolată sunt obișnuite în adolescență, trășături bulimice întâlnindu-se și la 5-25% din populația adultă.

## • Etiologie

**Factori biologici:** Studiile metabolice indică activitate și turnover scăzut pentru noradrenalină și serotonină. Nivelurile plasmatiche ale endorfinelor sunt crescute la unele paciente cu bulimie care practică vărsăturile, fapt care poate să le întărească acest comportament. Există o frecvență crescută a istoricului familial de depresie și obezitate.

**Factori familiari:** Pacientele tind să fie perfecționiste și orientate către realizare. De obicei, pacientele provin din familii din clasele mijlocii sau ridicate cu legături slabe în interiorul nucleului familial ai căror membrii acționează impulsiv. Stresul este predominant, există multiple răspunderi și presiune crescută către realizarea socială.

**Factori psihologici:** Ca și pacientele cu anorexie, bulimicele au dificultăți cu respectarea exigențelor parentale în adolescență dar sunt mai extroverte, mânioase și impulsive. Pot să le fie teamă de părăsirea familiei (la terminarea școlarizării). Discrepanța dintre părerea despre sine și imaginea socială poate provoca stări de tensiune și de vid interior.

**Factori psihodinamici:** Aspectul psihodinamic este determinat de instabilitatea emoțională, impulsivitatea dublată de frica de a-și pierde controlul, toleranță scăzută la frustrare și tendințe către adicții diferite. Deoarece exprimarea conflictelor intrapsihice este imposibilă, apare mecanismul de apărare tip deplasare, mâncarea și mâncatul căpătând o valoare simbolică. Fanteziile sexuale sau agresive inacceptabile sunt „exgurgitate” simbolic. Foamea este interpretată ca o amenințare prin pierderea controlului asupra trupului, echivalentă cu incapacitatea de a-și stăpâni viața. Perioadele de îndopare au rol de reducere a stresului în sensul unui act autoconsolator, dar ușurarea nu durează fiind înlocuită de sentimentul de vină, de pierdere a controlului. Voma este provocată în scopul menținerii greutateii corporale pe care pacientul o consideră un indicator al refacerii autocontrolului. În cazul bulimiei, lupta pentru separarea de figura maternă este jucată în planul ambivalenței față de alimente.

## • **Tablou clinic**

Alimentele consumate în perioadele de „îndopare” sunt în general bogate în grăsimi și carbohidrați putând depăși 5000 kcal/episod. Consumul excesiv de alimente și consumarea lor se face adeseori în secret. Episoade de înfulecare și apoi de inducere a vomiei pot apărea de la 1-2 pe săptămână, până la 20 pe zi. La fel de variabilă este și durata episodului de *binge*. De regulă, aceste situații se petrec într-o totală intimitate a persoanei afectate și sunt percepute de către partenerul de viață sau de către familie abia mai târziu. Un profund sentiment de rușine și învinovățire care apare după un astfel de exces este principalul motiv pentru care persoana se ascunde chiar și de cea mai buna prietenă. Pentru a putea mânca după poftă, se întâmplă ca persoanele bulimice să facă datorii sau chiar să fure datorită lipsei de bani. Autoinducerea vomiei poate apărea și după mese în care nu a consumat o cantitate mare de hrană.

## • **Complicații medicale și psihice**

Problemele emoționale asociate sunt frecvente. Plecând de la sentimentele de vinovăție, bulimicul poate dezvolta în peste 70% din cazuri depresie clinică. Sunt frecvente și tulburările de panică (în peste 20% din cazuri). Simptomele obsesiv-compulsive sunt întâlnite în peste 30% din cazuri. În afara bulimiei, pot exista în relație de comorbiditate psihiatrică și alte tulburări în controlul impulsurilor, inclusiv abuzul de substanțe (30-40%). Sunt obișnuite disfuncțiile sexuale.

Dintre complicațiile medicale amintim:

- Dezechilibre electrolitice
- Dezechilibre ale echilibrului acido-bazic
- Creșterea uremiei
- Esofagită
- Decalcificarea dinților
- Hipertrofia parotidelor cu creșterea amilazei

## • **Evoluție și prognostic**

Evoluția este, de obicei, cronică, dar mai bună decât în anorexie dacă nu se complică cu dezechilibre hidro-electrolitice severe. Recuperarea, sub tratament, este de 60%, rata recăderilor poate atinge însă, într-o perioadă de 5 ani, un procent de 50%.

## • **Tratamentul bulimiei nervosa**

După stabilirea diagnosticului, mulți pacienți cu bulimie nervoasa pot fi tratați în continuare ambulatoriu (extraspitalicesc) odată ce, gradat, scade frecvența și severitatea episoadelor de abuz alimentar și de purgație. Unora dintre pacienți trebuie să le fie însă, întrerupte brusc aceste comportamente în timpul spitalizării, în special în cazurile severe acompaniate de planuri de suicid sau în cazurile cu complicații medicale. După ce episoadele de abuz alimentar și de purgație au fost întrerupte și toate complicațiile medicale tratate, ținta tratamentului este inhibarea pe termen lung a acestor comportamente cu ajutorul terapiei cognitiv-comportamentale. La fel ca și în tratamentul anorexiei nervoase, medicul trebuie să cunoască tulburările psihiatrice coexistente. În aproximativ 50% dintre cazurile de bulimie, medicamentele antidepresive sunt eficiente. Exercițiile fizice moderate ajută atât la ameliorarea stresului, cât și la creșterea stării de sănătate. Atât psihoterapia cognitivă, cât și cea interpersonală au efecte mult mai semnificative și de mai lungă durată decât terapia antidepresivă singură. Această afecțiune are o evoluție favorabilă dacă este tratată cu rigurozitate.

Există și **forme atipice** ale tulburărilor de comportament alimentar – „*binge eating disorder*” în care persoana afectată are numeroase episoade de „îndopare”, fără însă să apeleze la măsurile compensatorii de menținere a greutateii care apar la bulimici. Persoanele cu acest tip de tulburare de comportament alimentar sunt de obicei supraponderale sau obeze, mănâncă mult și repede, fără a avea senzația de sațietate. Aceste episoade, ca și în bulimie, au loc de obicei în intimitate și sunt însoțite de sentimente de vină și rușine după terminarea ospățului.

## 11. TULBURĂRILE DE SOMN



### • *Definiția somnului*

Somnul este definit ca o stare fiziologică, periodică și reversibilă, caracterizată prin inactivitate somatică, suprimarea relativă și temporară a conștienței, însoțită de o abolire mai mult sau mai puțin importantă a sensibilității și o încetinire a funcțiilor vegetative: ritm respirator, cardiac, scăderea temperaturii corporale cu aproximativ 0,5 grade Celsius, diminuarea funcțiilor secretorii (exceptând rinichiul) și relaxare musculară. Somnul răspunde unei necesități vitale de repaus periodic. Teoretic este foarte diferit de comă, cu care poate prezenta însă asemănări clinice (cu coma superficială).

**Durata somnului** variază în funcție de vârstă. Nou născutul doarme în medie 16,6 ore pe zi și cu cât copilul înaintază în vârstă, durata somnului în ciclul circadian scade, astfel că la 6 luni copilul doarme 13,9 ore/zi, iar la 1 an 13 ore. Durata somnului la adulți și adolescenți este în legătură directă cu factorii de mediu și sociali, față de sugari unde ea pare determinată în primul rând de maturarea neurologică și, probabil, de temperamentul lui.

S-a demonstrat faptul că există două stări distincte ale somnului, care se succed de 4-6 ori în cursul nopții: somnul lent, cu activitate cerebrală lentă și mișcare nonrapidă a ochilor (NREM) și somnul paradoxal, cu activitate cerebrală rapidă, la fel ca și mișcările globilor oculari (REM), în timpul căruia se produc visele. Somnul NREM este împărțit în mod convențional în 4 faze diferite prin profunzime și caracteristici bioelectrice înregistrate. Primele două sunt asociate cu somnul „ușor”, superficial, iar ultimele două sunt asociate somnului adânc, profund, cu un înalt prag al trezirii, însoțindu-se de mioză (îngustarea pupilelor), poziție divergentă a globilor oculari, bradicardie, bradiaritmie, scăderea tensiunii arteriale, creșterea debitului sanguin cerebral cu 10%. Trezirea bruscă se face, din aceasta, printr-o perioadă tranzitorie confuzională. Somnul REM (*rapid eye movement*), este caracterizat de o activitate electroencefalografică destul de asemănătoare cu starea de veghe; pragul de trezire este variabil, iar trecerea la starea de veghe se face, de această dată, prin receptarea imediată a mediului înconjurător. Se asociază cu *nistagmus*, mișcări orizontale, ample ale globilor oculari, hipotonia mușchilor cefei, tahicardie, neregularități ale pulsului, ale ritmului respirator, pupile de aspect normal. Se presupune că somnul paradoxal este necesar proceselor de anabolism și maturizării sistemului nervos, de aceea el este mai lung la nou-născut, și la sugarul mic. Somnul NREM și REM alternează ciclic în timpul nopții, perioada ciclului extinzându-se gradual, în timpul vieții, de la 50-60 de minute la nou-născut la 90 de minute în adolescență. Ambele stări de somn sunt întrerupte de scurte treziri. Somnul normal este introdus în activitatea NREM după o scurtă perioadă cunoscută ca starea hipnagogică, manifestată la adolescent prin imagini fragmentare și model fragmentat de gândire. În somnul din prima parte a nopții ciclurile somnului lent sunt dominate de fazele 3 și 4, dar pe măsură ce noaptea trece predomină fazele 1 și 2. Dimineața, trezirea se face în mod obișnuit din timpul somnului paradoxal. Până la vârsta de 1 an copilul are, în cele 13 ore de somn, aproximativ 8-10 cicluri de somn, cu durata medie de 50-70 de minute, din care faza REM reprezintă 30% din total. La adolescent, somnul REM ajunge să constituie 20% din durata totală a somnului.

## • *Tipuri de tulburări de somn*

Există patru mari forme de tulburări de somn:

- Insomnia sau lipsa somnului este definită drept imposibilitatea de a adormi, de a menține starea de somn sau de a se odihni în timpul nopții, incluzând trezirea involuntară.
- Hipersomnia se caracterizează prin somnolență excesivă care survine aproape în fiecare zi.
- Tulburări de ritm veghe/somn – pacientul nu poate dormi atunci când are nevoie de somn (acestea apar ca urmare a decalajului de fus orar sau a lucrului în ture de noapte).
- Parasomniile înglobează o serie de comportamente anormale care apar în timpul somnului și sunt reprezentate de evenimente nedorite care se manifestă verbal, prin mișcări sau acțiuni care intervin în timpul somnului (exemplu, somnambulism).

O altă clasificare a tulburărilor de somn este cea a Asociației Americane de Psihiatrie în „Manualul pentru diagnosticul și statistica bolilor mintale” (DSM IV), care clasifică tulburările de somn în:

- tulburări primare ale somnului (**dissomnii, parasomnii**),
- tulburări de somn asociate altor tulburări mintale (care rezultă dintr-o boala psihică diagnosticată),
- tulburări de somn datorate unor condiții medicale generale.

**Dissomniile** sunt tulburări primare de inițiere sau menținere a somnului, sau de somnolență excesivă, fiind caracterizate printr-o perturbare a cantității, calității sau a ritmului somnului. Această secțiune cuprinde: insomnia primară, hipersomnia primară, narcolepsia, tulburări de somn corelate cu respirația, tulburări ale ritmului veghe-somn. Termenul de „primar” așa cum este utilizat în insomnia primară și hipersomnia primară, presupune faptul ca tulburarea de somn să pară a fi independentă de orice altă condiție somatică sau psihică cunoscută.

**Parasomniile** au ca element esențial un eveniment anormal, care survine fie în timpul somnului, fie la pragul dintre starea de veghe și somn. Această clasă cuprinde: anxietatea provocată de vis (coșmarul),

enurezisul nocturn, teroarea de somn (pavorul nocturn), somnambulismul (automatismul ambulator nocturn).

**Tulburările de somn datorate unei condiții medicale generale** includ boli neurologice degenerative (boala Alzheimer, boala Parkinson, boala Huntington), boli cerebrovasculare, boli endocrine (hipotiroidismul, hipertiroidismul, hipo sau hiperadrenocorticismul), infecții virale sau bacteriene (hipersomnia din encefalita virală), boli pulmonare (bronșita cronică), boli musculoscheletale (artrita reumatoidă, fibromialgia). Alte **tulburări de somn sunt induse de consumul anumitor substanțe** ca: alcoolul, amfetaminele și stimulante înrudite, cofeina, cocaina, opioidele, sedativele, hipnoticele, anxioliticele și altele (agoniștii și antagoniștii adrenergici, ai dopaminei, acetilcolinei și serotoninei, antihistaminicele și corticosteroizii).

Într-o prezentare simplă, insomniile reprezintă imposibilitatea de a adormi, de a dormi (de a menține starea de somn), sau de a se odihni în timpul nopții și include și trezirea prea devreme (involuntară). Poate fi tranzitorie (câteva zile), pe termen scurt (nu mai mult de 3 săptămâni), sau cronică (mai mult de 3 săptămâni), și este simptomul care însoțește alte probleme de ordin medical sau psihologic. Insomnia apare de cele mai multe ori ca rezultat al unor condiții primare, descoperirea cauzelor fiind pasul cel mai important în vindecarea ei. Insomnia cronică apare frecvent la persoanele care suferă de depresie, insuficiență cardiacă, boli endocrine, nevroze etc., dar și la cele care consumă droguri, băuturi alcoolice în cantități semnificative sau la cele care fumează în exces (chiar și întreruperea fumatului poate cauza insomnia tranzitorii, simple).

Insomnia se manifestă mai ales la persoanele în vârstă, dar și în rândul tinerilor foarte stresați. În prezent, se poate vorbi și de o insomnie cauzată de timpul îndelungat petrecut de copii în fața computerului. Stilul de viață poate conduce și el la tulburări de somn, cofeina fiind cel mai frecvent utilizată pentru a întrerupe somnul. De asemenea, sforăitul afectează somnul partenerului. Insomnia mai apare ca efect secundar al administrării mai multor produse farmaceutice, care se eliberează fără rețetă medicală.



De cele mai multe ori, tulburările de somn își au originea în conflictele interioare, în situațiile de stres, în comportamente incompatibile cu somnul și în anxietatea anticipatorie din fața unei nopți cu somn tulburat.

### • *Caracteristicile insomniei*

Pacienții se plâng adesea că:

- le este greu să adoarmă, se scoală în timpul nopții și nu pot readormi sau se trezesc prea devreme dimineța;
- au un somn agitat sau chiar superficial, iar dimineța când trebuie să se trezească au sentimentul că nu s-au odihnit suficient;
- nu dorm destul;
- le este frică să nu piardă controlul somnului, le este teamă că nu mai pot adormi sau că au un somn de proastă calitate care le poate afecta sănătatea;
- pe lângă aceste acuze se adaugă și cele care se referă la lipsa stării de confort fizic și psihic în timpul zilei, au o stare de oboseală, de incapacitate, de nemulțumire, de lipsă de elan și de depresie.

### • *Somnul și înaintarea în vârstă*

În prezent, se estimează că, în România, o treime din persoanele de vârstă adultă suferă de insomnie la un moment dat, pe parcursul întregii vieți. Medicația și bolile somatice contribuie la problemele de somn la vârsta înaintată. Persoanele în vârstă prezintă o serie de modificări ale somnului, rezumate mai jos:

#### **1. Acuze subiective:**

- Timpul petrecut în pat înainte de adormire crește
- Numărul de treziri nocturne crește
- Timpul total de somn nocturn descrește
- În timpul zilei persoana este obosită și somnolentă
- Este frecvent nesatisfăcută de somn
- Somnul din timpul zilei este mai frecvent

#### **2. Dovezi obiective de modificare a ciclului de somn:**

- Reducerea duratei somnului nocturn

- Nevoia de scurte perioade de somn în timpul zilei
- Reducerea perioadelor de somn REM
- Reducerea fazelor III și IV de somn
- Treziri frecvente

### • *Tulburările de somn la copii*

Un nou născut doarme în medie 16-17 ore pe zi, în tranșe de câte 3 ore. La 3 luni, somnul său este de 15 ore, dar poate dormi neîntrerupt 7 ore (în timpul nopții). În jurul vârstei de 1 an, copilul doarme noaptea 9-10 ore și după masa de prânz 2-3 ore. Cantitatea totală de somn se diminuează spre 4-5 ani, unii copii ajungând să nu mai doarmă după-amiaza.

**Somnul ideal** al copilului este singur în pat, în camera lui, cu adormire liniștită atunci când îi este somn și trezire spontană dimineața. Fiecare om are ritmul său propriu de somn și durata proprie în care reușește să se odihnească în funcție de efortul depus și de caracteristicile personale. Cunoașterea cât mai bună a acestui ritm al copilului scutește părinții de multe eforturi de a-l culca atunci când lui nu-i este somn sau a-l trezi când mai vrea să doarmă. Diferențele dintre starea unui copil odihnit și cea a unui copil obosit sunt foarte mari și se manifestă în toate tipurile de activități. Ceea ce este foarte important este că fiecare copil are propriile lui nevoi și este bine ca ele să fie respectate: unii sunt mai somnoroși, alții se trezesc foarte devreme, unii dorm după-amiaza, alții se odihnesc mai bine într-un somn mai lung noaptea.

Problemele de somn pot antrena după ele deficit de atenție, iritabilitate, tulburări de memorie, lipsa apetitului etc.

### • *Principalele probleme de somn la copil*

**Insomnia din primul an** este o tulburare foarte frecventă, cu semnificații diferite în funcție de gravitate, dar care reflectă întotdeauna o dificultate de relaționare între bebeluș și anturajul său. În insomnia

comună este vorba adesea de condiții nepotrivite (rigiditate a orelor de masă, excese alimentare, zgomot, atmosferă tensionată etc.). Insomnia cedează o dată cu ameliorarea acestor condiții. Calmul mamei și al celorlalți membrii ai familiei are cea mai mare importanță. În insomnia *severă* se distinge o insomnie agitată, în care bebelușul nu încetează să țipe, să plângă, să se agite. Insomnia „calmă” este cea în care bebelușul stă în pat cu ochii deschiși, tăcut ore întregi și pare că nu are nevoie de nimic. Aceste insomnii severe sunt rare și sunt prezente în antecedentele copiilor autiști sau cu psihoză precoce.

**Dificultățile de adormire** sunt mult mai banale, apărând cel puțin câteva luni în dezvoltarea oricărui copil între 2 și 6 ani. În această perioadă, copilul aflat în plină explorare a lumii și descoperire de noi obiecte și activități, acceptă cu dificultate mersul la culcare în detrimentul jocului. După 2 ani apar primele coșmaruri sau vise de angoasă în care copilul se sperie și care pot duce până la o fobie de somn. În aceste condiții sunt necesare, amenajări speciale ale culcatului” implicând citirea poveștilor, lumina aprinsă, ritualuri, obiect tranzițional, prezența unei persoane lângă copil.

**Opoziția față de culcare** – copilul plânge, se agită, se dezvește când este culcat, adesea reușind să adoarmă după adevărate lupte epuizante.

**Ritualurile de culcare** – frecvente între 3-6 ani. Copilul cere și nu poate adormi fără un obiect, pahar cu apă, bomboană, repetarea aceluiași cântec etc.

**Fobia de culcare** – se poate reduce adesea la o cerere contrafobică: lumină aprinsă, ușă deschisă, dar uneori poate atinge o mare intensitate, astfel încât copilul este cuprins de panică imediat ce simte ca adoarme. De obicei, evită patul lui și este supus unor vise de angoasă.

**Insomnia autentică** – se observă la copilul mare sau la adolescent și nu este o reducere a cantității de somn ci o deplasare a somnului la altă oră, adormind la 11-12 noaptea. Reducerea reală a timpului de somn este rară și survine într-un context de criză de angoasă, necesitând îngrijire și tratament specializat.

**Angoasele nocturne** cuprind, teroarea nocturnă” sau pavor nocturn, visele de angoasă și trezirile anxioase. Ele apar adesea sub denumirea de coșmaruri, fără o diferențiere precisă.

**Teroarea nocturnă** – copilul începe să țipe în pat, buimac și cu o figură înspăimântată, nu recunoaște persoanele din jur și pare total absent de situație, nereacționând la vorbe sau gesturi. Criza durează de obicei câteva minute, apoi copilul adoarme. La trezire copilul nu-și amintește nimic din cele întâmplate în cursul nopții.

**Coșmarurile** apar cu o mare frecvență, 30% dintre copii relatează un astfel de episod survenit recent. Poate fi observat începând de la vârsta de 2 ani. Copilul geme, țipă, plânge, strigă după ajutor. Uneori se trezește dar cel mai adesea abia a doua zi dimineața povestește, visul urât”. Copiii se tem ca ceea ce i-a speriat în somn să nu se întâmple cu adevărat, manifestă anxietate sau vinovăție chiar și când povestesc coșmarul pe care l-au avut. Singura metodă la dispoziția părinților este de a consola copilul și a nu încerca să evite problema lui ci să-l asigure de toată înțelegerea și sprijinul lor.

**Trezirea anxioasă** este intermediară între teroarea nocturnă și visul de angoasă, copilul se trezește neliniștit și adesea se duce în patul părinților.

**Somnambulismul** apare între 7 și 12 ani, în special la copiii la care există antecedente familiale de somnambulism. În cursul primei jumătăți a nopții, copilul se ridică și merge, uneori prezintă o activitate complicată, dar întotdeauna identică. După câteva minute (10-30) se culcă la loc sau se lasă dus în pat. A doua zi nu-și amintește nimic. Somnambulismul evoluează adesea favorabil, dispărând în mod spontan. Atunci când este însoțit de alte simptome, în special de manifestări anxioase devine necesar un ajutor terapeutic.

**Automatisme motorii** sunt: bruxismul sau scrâșnirea dinților, somnilocvia în care copilul vorbește în somn și mișcările ritmice din timpul somnului în care copilul întoarce capul stânga-dreapta, îndoiaie genunchii etc. După ce au fost depistate, părinții e bine să le observe și să le noteze durata, timpul manifestării, reacțiile copilului, frecvența etc.

În cazul celor care denotă o anxietate, pot avea legătură cu evenimente din viața reală sau deranjează copilul, e necesar să se vorbească cu el despre aceste lucruri, să i se povestească, dacă întreabă și, în nici un caz, să nu fie pedepsit sau luat în râs.

- ***Măsuri de psihoigienă a somnului***

Pacientul trebuie să țină cont de următoarele reguli:

- Să aerisească dimineața și seara dormitorul, să mențină o cameră curată și în ordine.
- Trebuie să evite dorința puternică de a adormi, întrucât face somnul imposibil. Voința de a dormi antrenează o așteptare anxioasă. Astfel, pacientul este instruit să urmărească nu adormirea, ci, dimpotrivă, să rămână treaz și să-și observe reacțiile corporale (ce anume nu-l lasă să adoarmă).
- Să nu se așeze în pat decât atunci când este foarte obosit, gata de a adormi.
- Să nu folosească patul și în scopul altor activități care stimulează (exemplu, să se uite la televizor etc.).
- Dacă după 20 minute nu poate să adoarmă, să se ridice din pat, să schimbe camera și să stea în picioare până când simte că i s-a făcut somn.
- În fiecare dimineață să se trezească la aceeași oră, indiferent de numărul de ore de somn și de starea de oboseală.
- Să nu doarmă în timpul zilei.
- Mese la ore regulate în fiecare zi, evitarea meselor abundente în apropierea orei de culcare.
- Practicarea seara a unor rutine de relaxare (exemplu, meditația, relaxarea musculară progresivă).
- Un program de exerciții fizice în cursul dimineții.
- Întreruperea substanțelor de tip cafeină, nicotină, alcool, stimulante.
- Să își stabilească un orar regulat de somn.

## SĂNĂTATEA MINTALĂ CA PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ. DIRECȚII DE INTERVENȚIE

**Sănătatea mintală** este o problemă de sănătate publică, iar promovarea ei trebuie să fie un obiectiv al comunității. Amenințarea la adresa sănătății mintale este un fenomen complex, de ordin biologic, psihologic, dar și social. În fața oricărei amenințări complexe, grupurile umane trebuie să se apere prin măsuri planificate, subordonate unei concepții strategice a căror aplicare presupune abordări tehnice și tactice. În România există o amenințare semnificativ mai mare decât în alte zone europene, amenințare care se poate observa din: deteriorarea generală a stării de sănătate a populației, creșterea ratei suicidului, creșterea consumului de substanțe psihoactive și a dependenței de droguri, numărul crescut de factori stresogeni (declin economic, creșterea șomajului, scăderea nivelului de trai etc.), creșterea comportamentelor agresive și violenței.

Elaborarea și punerea în practică a unui program de promovare a sănătății mintale interesează, în egală măsură, toate instituțiile și compartimentele societății, indiferent de orientarea lor predominant medicală, economică, culturală sau socială, ceea ce impune concentrarea eforturilor atât pentru asigurarea condițiilor optime, necesare dezvoltării armonioase a personalității, cât și pentru neutralizarea factorilor ce ar putea să o influențeze nefavorabil. Programele de promovare a sănătății mintale vor fi **eficiente** dacă vor fi îndeplinite câteva **condiții**:

- cunoașterea morbidității prin boli psihice, posibilă prin efectuarea unor studii epidemiologice și analiza incapacității temporare de muncă, a invalidității;

- cunoașterea factorilor de risc în îmbolnăvirile psihice și a etiopatogeniei, realizabilă prin cercetări nemijlocite în diverse domenii de activitate și colaborare interdisciplinară;
- aprecierea dinamicii morbidității în viitor, pe baza actualei morbidități, a tendinței fenomenelor demografice, direcțiilor de dezvoltare socială;
- cunoașterea posibilităților actuale, disponibile, de influențare a sănătății mintale și a îmbolnăvirilor;
- evaluarea necesităților de intervenție;
- conceperea unor programe specifice, cu obiective pertinente și clar delimitate pe baza cărora să fie structurate etape și acțiuni concrete;
- colaborarea intersectorială – sistem medical, școală, familie, biserică, autoritate publică, comunitate.

**Principiile** care stau la baza oricărui plan de sănătate mintală pot fi rezumate astfel:

1. Trebuie să se sprijine pe o analiză a situației reale, cu identificarea consecutivă a problemelor cheie.
2. Trebuie să fie rodul unei munci în echipă formată din grupuri de lucru multidisciplinare.
3. Trebuie să aibă un scop bine definit și obiective strategice, secvențializate pe termen scurt, mediu și lung.
4. Trebuie să aibă o structură modulară.
5. Trebuie să aibă un sistem de monitorizare: analize de etapă, feedback permanent, responsabilități clare.

În ceea ce privește organizarea modulară a unui plan de sănătate mintală, în *Tratatul de Sănătate mintală*, autorii D. Prelipceanu, R. Mihăilescu și R. Theodorescu au analizat structura unui Plan Național de Sănătate Mintală. Acesta trebuie să cuprindă:

1. Modulul PREVENȚIE
2. Modulul SISTEME DE ÎNGRIJIRI
3. Modulul NORME
4. Modulul RESURSE
5. Modulul CONEXIUNI

## **Modulul prevenție (de profilaxie primară)**

Este focalizat pe trei direcții:

### **1. Diferite tipuri de prevenție în funcție de populația țintă**

- a. Prevenție generală – care vizează întreaga populație (exemplu, programe de igienă mintală împotriva abuzului de substanțe psihoactive, programe de management al stresului).
- b. Prevenție selectivă – care cuprind grupuri cu risc crescut de a dezvolta probleme psihice (exemplu, programe pentru copiii instituționalizați).
- c. Prevenție focalizată – care vizează grupurile cu risc înalt de boală (predispoziție genetică, simptome minimale, markeri biologici prezenți) (exemplu, programe privind populația vârstnică, programe privind copiii cu antecedente heredocolaterale de tulburări afective, schizofrenie).

### **2. Analizarea factorilor de risc**

Trebuie identificați factorii de risc biologici, psihologici și sociali prin metodologii specifice, adaptate populației de referință. Această operațiune se numește screening. Cercetările științifice, riguroase, prin care să se determine corelațiile semnificativ statistice, presupun fonduri substanțiale și un cadru instituțional solid.

### **3. Tipuri variate de programe**

Profilaxia primară se realizează prin diferite tipuri de programe educaționale, medicale, de asistență socială etc.

## **Modulul sisteme de îngrijiri (profilaxie secundară și terțiară)**

Orice sistem de îngrijiri trebuie să fie supus următoarelor principii pentru a funcționa optim:

- Principiul teritorializării (zonalității) – fiecare zonă să aibă structuri de îngrijire.
- Principiul echipei terapeutice (nu doar medicul este important într-o structură de îngrijire, aceasta realizându-se de către o echipă formată din medici, asistenți medicali, psihologi, asistenți sociali etc.).



- Principiul continuității îngrijirilor (odată externat din spital, pacientul trebuie evaluat și îngrijit și acasă, în secții de recuperare etc.).
- Principiul specializării (îngrijirile trebuie să fie specializate multicriterial, în funcție de vârstă, tip de patologie, mod de abordare terapeutică).
- Principiul orientării comunitare (există o serie largă de organizații nonguvernamentale sau organizații de pacienți care pot ajuta cu informații, consiliere, modele de proiecte).

Structurile de îngrijiri ar trebui să aibă ca piesă fundamentală Centrul de Sănătate Mintală și să cuprindă: spitalul de psihiatrie, secția de psihiatrie din spitalele generale, staționarul de zi, centrul de intervenție în criză, rețele specializate pentru dependențe, geriatrie, alte structuri de tip comunitar, echipe mobile.

### **Modulul norme**

Elaborarea unei legi de sănătate mintală și a altor acte normative și legi respectând principiile Organizației Mondiale a Sănătății, care stipulează:

- Promovarea sănătății mintale și prevenirea tulburărilor psihice
- Accesul la îngrijirea primară de sănătate mintală
- Evaluarea sănătății mintale în concordanță cu principiile internaționale
- Prevederea celui mai puțin restrictiv tip de îngrijire de sănătate mintală
- Persoanele calificate să ia decizii
- Respectarea corpului de legi în vigoare
- Autodeterminarea
- Dreptul de a fi asistat în exercitarea autodeterminării
- Posibilitatea de a reexamina procedurile
- Mecanism de revizuire periodică

Necesitatea acestor legi decurge din faptul că profesioniștii din domeniul sănătății mintale să poată interveni în situații care necesită protecția integrității pacienților, precum și a celor din jur, protejarea împotriva formelor de abuz, manipulare.

## **Modulul resurse**

Înglobează atât resursele financiare, cât și cele umane, vizând definirea raportului dintre nevoile din domeniul sănătății mintale și fondurile asigurărilor sociale de sănătate, liniile extrabugetare de finanțare, sursele financiare internaționale, programe de formare la toate nivelurile (studenți, medici, psihologi, asistente, asistenți sociali etc.), programe de specializare pentru medicii de familie și strategii de atragere către zona sănătății mintale a altor specialiști (juriști, sociologi, preoți etc.).

## **Modulul conexiuni**

Presupune realizarea de legături cu alte sisteme realizând subsisteme „de interfață”.

Acestea pot fi făcute între sistemul de sănătate mintală și:

1. sistemul medical general (exemplu, dezvoltarea psihiatriei de legătură);
2. învățământul universitar și cercetarea științifică (institut de cercetări în sănătatea mintală, departament de sănătate mintală în cadrul institutului de sănătate publică, curriculum de sănătate mintală în programa facultăților de psihologie, sociologie, medicină);
3. mass-media (programe de informare a jurnaliștilor și programe de monitorizare a presei și TV în vederea combaterii stigmatizării);
4. organizații non-guvernamentale (ONG);
5. alte sisteme.

# ANEXĂ



# LEGEA 487/2002, LEGEA SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI A PROTECȚIEI PERSOANELOR CU TULBURĂRI PSIHICE

## Capitolul I – Dispoziții generale

**Art. 1** Sănătatea mintală reprezintă o componentă fundamentală a sănătății individuale și constituie un obiectiv major al politicii de sănătate publică.

**Art. 2** Guvernul României, prin organismele sale abilitate, întreprinde măsuri pentru promovarea și apărarea sănătății mintale, prevenirea și tratamentul tulburărilor psihice.

**Art. 3** Ministerul Sănătății și Familiei este autoritatea competentă pentru organizarea și controlul activității de ocrotire a sănătății mintale a populației.

**Art. 4** Ministerul Sănătății și Familiei elaborează Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică și psihosocială, corespunzător cerințelor de sănătate ale populației.

**Art. 5** În sensul prezentei legi: a) prin persoană cu tulburări psihice se înțelege persoana bolnavă psihic, persoana cu dezechilibru psihic sau insuficient dezvoltată psihic ori dependentă de alcool sau de droguri, precum și persoana care manifestă alte dereglări ce pot fi clasificate, conform normelor de diagnostic în vigoare din practica medicală, ca fiind tulburări psihice; b) prin persoană cu tulburări psihice grave se înțelege persoana cu tulburări psihice care nu este în stare să înțeleagă semnificația și consecințele comportamentului său, astfel încât necesită ajutor psihiatric imediat; c) prin pacient se înțelege persoana cu tulburări psihice aflată în îngrijirea unui serviciu medical; d) prin echipă terapeutică se înțelege totalitatea profesioniștilor în domeniul sănătății mintale implicați în asigurarea sănătății mintale, a asistenței medicale și în îngrijirea unei persoane cu tulburări psihice, cum sunt: medic, psihiatru, psiholog, asistent medical specializat, asistent social, ergoterapeut și personal paramedical; e) prin personal paramedical se înțelege un membru component al echipei terapeutice, altul decât medicul sau asistentul medical specializat; f) prin servicii complementare se înțeleg serviciile care asigură îngrijiri de sănătate mintală și psihiatrice, precum: consiliere psihologica, orientare profesională, psihoterapie și alte proceduri medico-psihosociale; g) prin servicii comunitare se înțeleg serviciile care permit îngrijirea pacientului în mediul sau firesc de viață; h) prin capacitate psihică se înțelege atributul stării psihice de a fi compatibilă, la un moment dat, cu exercitarea drepturilor civile sau a unor

activități specifice; i) prin handicap psihic se înțelege incapacitatea persoanei cu tulburări psihice de a face față vieții în societate, situația decurgând direct din prezența tulburării psihice; j) prin consimțământ se înțelege acordul persoanei cu tulburări psihice cu privire la procedurile de internare, diagnostic și tratament, care trebuie să fie liber de orice constrângere și precedat de o informare completă, într-un limbaj accesibil, din care să rezulte avantajele, dezavantajele și alternativele procedurilor respective, și să fie reconfirmat în continuare ori de câte ori este nevoie sau la inițiativa persoanei în cauză; k) prin discernământ se înțelege componenta capacității psihice, care se referă la o faptă anume și din care decurge posibilitatea persoanei respective de a aprecia conținutul și consecințele acestei fapte; l) prin pericolozitate socială se înțelege atributul unei stări psihice sau al unui comportament ce implică riscul unei vătămări fizice pentru sine ori pentru alte persoane sau al unor distrugerii de bunuri materiale importante; m) prin reprezentant legal se înțelege persoana desemnată, conform legislației în vigoare, pentru a reprezenta interesele unei persoane cu tulburări psihice; n) prin reprezentant personal se înțelege persoana, alta decât reprezentantul legal, care acceptă să reprezinte interesele unei persoane cu tulburări psihice, desemnată de aceasta; o) prin internare voluntară se înțelege internarea la cererea sau cu consimțământul pacientului; p) prin internare nevoluntară se înțelege internarea împotriva voinței sau fără consimțământul pacientului.

## **Capitolul II – Promovarea și apărarea sănătății mintale și prevenirea îmbolnăvirilor psihice**

**Art. 6** (1) Promovarea sănătății mintale vizează modele de conduită și un mod de viață sănătos, care cresc rezistența la factorii perturbatori și reduc riscul de apariție a bolilor psihice.

(2) Promovarea sănătății mintale se realizează prin mijloace educaționale și informaționale specifice celor utilizate pentru promovarea bunăstării fizice.

**Art. 7** (1) Apărarea sănătății mintale constă în adoptarea de măsuri de către instituțiile abilitate prin lege, prin care să se limiteze răspândirea concepțiilor, atitudinilor și comportamentelor dăunătoare pentru sănătatea mintală, în special abuzul de substanțe psihoactive, violența, comportamentul sexual anormal și pornografia.

(2) Pentru a pune în aplicare aceste măsuri Ministerul Sănătății și Familiei va colabora cu Ministerul Educației și Cercetării, Ministerul de Interne, Ministerul Tineretului și Sportului, Ministerul Muncii și Solidarității

Sociale, Consiliul Național al Audiovizualului și cu organizații neguvernamentale, cu asociații profesionale și cu alte organisme interesate.

**Art. 8** (1) Prevenirea îmbolnăvirilor psihice se realizează prin programe științifice, medicale, educaționale și sociale, destinate: a) întregii populații – prevenire generală; b) grupurilor de populație cu risc semnificativ mai mare decât restul populației de a dezvolta tulburări psihice – prevenire selectivă; c) grupurilor de populație cu risc înalt de îmbolnăvire psihică – prevenire focalizată.

(2) Ministerul Sănătății și Familiei, Academia de Științe Medicale și institutele de sănătate publică stabilesc măsuri specifice de identificare a factorilor de risc biologic, psihologic și social la nivelul întregii populații și al diverselor grupuri de populație.

(3) Ministerul Sănătății și Familiei elaborează norme pentru depistarea precoce a tulburărilor psihice și de restabilire cât mai rapidă a sănătății mintale, exercitând totodată și controlul respectării acestora.

**Art. 9** Măsurile privind promovarea și apărarea sănătății mintale, precum și prevenirea îmbolnăvirilor psihice sunt active, integrate, multidisciplinare, implicând și participarea individului, a familiei și a comunității.

### **Capitolul III – Evaluarea sănătății mintale și proceduri de diagnostic al tulburărilor psihice**

**Art. 10** (1) Evaluarea sănătății mintale se efectuează, prin examinare directă a persoanei în cauză, numai de către medicul psihiatru.

(2) Evaluarea se va efectua în instituții de sănătate mintală acreditate conform legii.

**Art. 11** Evaluarea sănătății mintale se face cu consimțământul liber, informat și documentat al persoanei, cu excepția situațiilor specifice, stabilite de lege. În cazul în care persoana evaluată are dificultăți în a aprecia implicațiile unei decizii asupra ei înseși, aceasta poate beneficia de asistența reprezentantului personal sau legal.

**Art. 12** Evaluarea stării de sănătate mintală se efectuează la cererea persoanei, la internarea voluntară a acesteia într-o unitate psihiatrică sau la solicitarea expresă a unor instituții autorizate, în condițiile unei internări silite.

**Art. 13** (1) Obiectivul evaluării este stabilirea diagnosticului.

(2) În anumite cazuri specificate de lege evaluarea are ca obiective determinarea capacității psihice și a discernământului, stabilirea pericolozității pentru sine sau pentru alte persoane, determinarea gradului de incapacitate, invaliditate și handicap psihic. Evaluarea capacității psihice se efectuează

pentru unele profesii care necesită acest fapt, categoriile urmând să fie stabilite prin norme.

**Art. 14** (1) În evaluarea sănătății mintale medicul psihiatru nu ia în considerare criteriile neclinice, cum sunt: cele politice, economice, sociale, rasiale și religioase, conflictele familiale sau profesionale ori nonconformismul față de valorile morale, sociale, culturale, politice sau religioase, dominante în societate.

(2) Faptul că o persoană a fost îngrijită ori spitalizată în trecut, nu justifică un diagnostic prezent sau viitor de tulburare psihică.

**Art. 15** (1) Dacă în urma evaluării stării de sănătate mintală medicul psihiatru constată prezența unei tulburări psihice, diagnosticul se formulează în conformitate cu clasificarea Organizației Mondiale a Sănătății, în vigoare.

(2) Rezultatul evaluării se formulează în conformitate cu principiile și procedurile medicale în vigoare. El se consemnează în sistemele de evidență medicală și este adus la cunoștința persoanei în cauză, reprezentantului său personal sau legal ori, la cererea expresă, autorităților în drept.

(3) În cazul în care în urma evaluării efectuate se ajunge la diagnosticarea unei tulburări psihice, medicul psihiatru are obligația să formuleze un program terapeutic care se aduce la cunoștința pacientului sau reprezentantului său personal ori legal.

**Art. 16** (1) Persoana care este evaluată din punct de vedere al sănătății mintale are dreptul la confidențialitatea informațiilor, cu excepția situațiilor prevăzute de lege.

(2) Persoana în cauză sau reprezentantul său legal are dreptul să conteste rezultatul evaluării, să solicite și să obțină repetarea acesteia.

**Art. 17** Evaluarea sănătății mintale în cadrul expertizei medico-legale psihiatrice se face în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

## **Capitolul IV – Servicii medicale și de îngrijiri de sănătate mintală**

### **Secțiunea 1 – Unități de asistență medicală pentru sănătatea mintală**

**Art. 18** (1) Serviciile medicale și de îngrijiri de psihiatrie sunt acordate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate prin: a) rețeaua serviciilor de sănătate, predominant prin intermediul medicului de familie; b) structuri specializate de sănătate mintală.

(2) Serviciile medicale și de îngrijiri de psihiatrie se pot acorda și prin rețeaua de sănătate privată.



**Art. 19** Asistența medicală și îngrijirile primare de sănătate mintală sunt o componentă a îngrijirilor de sănătate, ele fiind acordate atât în rețeaua ambulatorie de psihiatrie, cât și de către medicul de familie.

**Art. 20** Bolnavii psihici monitorizați prin sistemul de asistență ambulatorie, indiferent de statutul social pe care îl au, beneficiază de asistență medicală gratuită.

**Art. 21** (1) În domeniul ocrotirii sănătății mintale medicul de familie are următoarele responsabilități: a) promovarea și apărarea sănătății mintale și prevenția tulburărilor psihice; b) participarea la îngrijirea ambulatorie a tulburărilor psihice, intervenția terapeutică de urgență în limitele competenței sale, conform metodologiei elaborate de Ministerul Sănătății și Familiei, trimiterea persoanelor cu tulburări psihice către rețeaua de asistență medicală și îngrijiri de sănătate mintală.

(2) Pentru realizarea obiectivelor menționate mai sus se asigura competența profesioniștilor din rețeaua primară prin formare profesională continuă.

(3) Serviciile medicale și îngrijirile de sănătate mintală, prestate în rețeaua de îngrijiri primare de sănătate, trebuie să corespundă atât cantitativ, cât și calitativ prevederilor legale în vigoare.

(4) Serviciile medicale și îngrijirile de sănătate mintală, prestate în rețeaua de sănătate privată, trebuie să corespundă atât cantitativ, cât și calitativ prevederilor prezentei legi.

**Art. 22** Serviciile specializate de sănătate mintală se realizează prin următoarele structuri: a) centrul de sănătate mintală; b) cabinetul psihiatric, cabinetul de evaluare, terapie și consiliere psihologică, de psihoterapie și de logopedie; c) centrul de intervenție în criză; d) servicii de îngrijire la domiciliu; e) spitalul de psihiatrie; f) staționarul de zi; g) secția de psihiatrie din spitalul general; h) compartimentul de psihiatrie de legătură din spitalul general; i) centre de recuperare și reintegrare socială; j) ateliere și locuințe protejate; k) centrul de consultanță privind violența în familie.

**Art. 23** De serviciile medicale și de îngrijiri de sănătate mintală aparțin și furnizorii de servicii complementare îngrijirii psihiatrice, și anume: consultația, informare și educare publică a persoanelor cu tulburări psihice.

## **Secțiunea 2 – Norme de îngrijire**

**Art. 24** Persoanele cu tulburări psihice beneficiază de asistență medicală, îngrijiri și protecție socială de aceeași calitate cu cele aplicate altor categorii de bolnavi și adaptate cerințelor lor de sănătate.

**Art. 25** Pentru asigurarea calității îngrijirilor serviciile de sănătate mintală trebuie să îndeplinească următoarele condiții: a) să fie accesibile din punct de vedere geografic, prin repartizarea judicioasă în teritoriu a unităților din sectorul public; b) să asigure continuitatea îngrijirilor și acoperirea diversității nevoilor de evaluare, tratament, reabilitare și reintegrare a persoanelor cu tulburări psihice; c) să asigure și să dezvolte modele de îngrijire comunitară; d) să dispună, după caz, de personal medical, paramedical și auxiliar calificat, în număr suficient și supus unui proces continuu de formare profesională; e) să dispună de spații, amenajări și echipamente care să permită proceduri de evaluare și terapie adecvate și active pentru asigurarea de îngrijiri complete, în conformitate cu normele internaționale; f) să asigure folosirea unor metode terapeutice și a unor mijloace care să restabilească, să mențină și să dezvolte capacitatea persoanelor cu tulburări psihice de a face față singure propriilor inabilități și handicapuri și de a se autoadministra; g) să permită exercitarea drepturilor cetățenești și a celor ce derivă din calitatea de pacient, cu excepția situațiilor prevăzute de legislația în vigoare; h) să respecte și să asigure condiții pentru viața particulară a persoanei cu tulburări psihice; i) să respecte și să fie adaptate convingerilor religioase și culturale ale persoanelor cu tulburări psihice; j) să asigure accesul pacienților la procesul de evaluare a îngrijirilor.

**Art. 26 (1)** Orice persoană cu tulburări psihice trebuie apărată de daunele pe care ar putea să i le producă administrarea nejustificată a unui medicament sau a unor proceduri de diagnostic și tratament, de maltratările din partea altor pacienți, ale personalului de serviciu sau ale altor persoane ori de alte acte de natură să antreneze o suferință fizică sau psihică.

2) Îngrijirile oricărei persoane cu tulburări psihice se acordă în mediul cel mai puțin restrictiv, prin proceduri cât mai puțin restrictive, care să respecte pe cât posibil integritatea sa fizică și psihică și să răspundă în același timp nevoilor sale de sănătate, precum și necesității de a asigura securitatea fizică a celorlalți.

**Art. 27** Scopul îngrijirilor acordate oricărei persoane cu tulburări psihice este apărarea și întărirea autonomiei personale.

**Art. 28** Tratamentul și îngrijirile acordate persoanei cu tulburări psihice se bazează pe un program terapeutic individualizat, discutat cu pacientul, revizuit periodic, modificat atunci când este nevoie și aplicat de către personal calificat.

**Art. 29 (1)** În alcătuirea și în punerea în aplicare a programului terapeutic medicul psihiatru este obligat să obțină consimțământul pacientului și să respecte dreptul acestuia de a fi asistat în acordarea consimțământului.

(2) Medicul psihiatru poate institui tratamentul fără obținerea consimțământului pacientului în următoarele situații: a) comportamentul pacientului reprezintă un pericol iminent de vătămare pentru el însuși sau pentru alte persoane; b) pacientul nu are capacitatea psihică de a înțelege starea de boală și necesitatea instituirii tratamentului medical; c) pacientul a fost pus sub interdicție în urma unei proceduri juridice anterioare și s-a instituit tutela; d) pacientul este minor, medicul psihiatru fiind obligat să solicite și să obțină consimțământul reprezentantului personal sau legal al pacientului.

(3) În situațiile prevăzute la alin. (2) lit. a) și b), în care nu se obține sau nu se poate obține consimțământul reprezentantului personal ori legal al pacientului, medicul psihiatru acționează pe propria răspundere, instituind procedurile de diagnostic și tratament pe care le consideră necesare pe perioada strict necesară atingerii scopului urmărit. Aceste cazuri vor fi notificate și supuse analizei comisiei de revizie a procedurii, în conformitate cu prevederile art. 52.

**Art. 30** Consimțământul poate fi retras în orice moment de către pacient sau de reprezentantul sau personal ori legal, medicul psihiatru având obligația să informeze pacientul sau reprezentantul său personal ori legal asupra urmărilor întreruperii tratamentului. Medicul psihiatru are dreptul de a continua aplicarea măsurilor terapeutice pe perioada strict necesară în cazul în care apreciază că întreruperea tratamentului are drept consecință apariția pericolozității pentru sine sau pentru alte persoane, din cauza bolii. Aceste cazuri vor fi notificate și supuse analizei comisiei de revizie a procedurii, în conformitate cu prevederile art. 52.

**Art. 31** În situațiile în care medicul psihiatru suspectează existența unui conflict de interese între pacient și reprezentantul său personal, sesizează parchetul pentru desemnarea unui reprezentant legal.

**Art. 32** Toate deciziile terapeutice se comunică imediat pacientului și se consemnează în dosarul medical al acestuia în cel mai scurt termen.

**Art. 33.** (1) Întreaga echipa terapeutică este obligată să păstreze confidențialitatea informațiilor, cu excepția situațiilor prevăzute de prezenta lege.

(2) Situațiile în care pot fi dezvăluite informații referitoare la o persoană cu tulburare psihică sunt următoarele: a) există o dispoziție legală în acest sens; b) stabilirea vinovăției în cazul unei infracțiuni prevăzute de lege; c) acordul persoanei în cauză; d) este necesară pentru exercitarea profesiei, cu condiția respectării anonimatului persoanei în cauză.

(3) Pot fi transmise dosare și informații medicale între diferite unități sanitare, la cerere sau cu ocazia transferului, dacă pacientul acceptă transferul

(4) când anumite informații referitoare la un tratament actual sau trecut privind un pacient sunt necesare unei instanțe de judecată sau Colegiului Medicilor din România, care judecă în legătură cu o cauză, medicul curant este autorizat să aducă dovezi de orice fel privind pacientul și comunicări ale informațiilor aflate sub semnul confidențialității.

(5) Orice pacient sau fost pacient are acces la toată documentația medicală din serviciile unde a fost îngrijit, cu excepția cazurilor în care: a) dezvoltarea unor asemenea documente medicale ar putea să fie în detrimentul sănătății sale fizice și mintale, acest fapt fiind stabilit de către medicul-șef sau de către medicul curant; b) a fost efectuată o specificație scrisă asupra riscului acestui efect pe dosarul pacientului, aplicată numai persoanelor care sunt pacienți în prezent, nu și foștilor pacienți.

**Art. 34** (1) Orice pacient sau fost pacient are dreptul de a înainta plângeri în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.

(2) Plângerile pacienților pot fi formulate și de reprezentanții personali sau legali ai acestora privind încălcarea drepturilor pacienților prevăzute de prezenta lege.

### **Secțiunea 3 – Drepturile persoanelor cu tulburări psihice**

**Art. 35** (1) Orice persoană cu tulburări psihice are dreptul la cele mai bune servicii medicale și îngrijiri de sănătate mintală disponibile.

(2) Orice persoană care suferă de tulburări psihice sau care este îngrijită ca atare trebuie tratată cu omenie și în respectul demnității umane și să fie apărată împotriva oricărei forme de exploatare economică, sexuală sau de alta natură, împotriva tratamentelor vătămătoare și degradante.

(3) Nu este admisă nici o discriminare bazată pe o tulburare psihică.

(4) Orice persoană care suferă de o tulburare psihică are dreptul să exercite toate drepturile civile, politice, economice, sociale și culturale recunoscute în Declarația Universală a Drepturilor Omului, precum și în alte convenții și tratate internaționale în materie, la care România a aderat sau este parte, cu excepția cazurilor prevăzute de lege.

(5) Orice persoană care suferă de o tulburare psihică are dreptul, în măsura posibilului, să trăiască și să lucreze în mijlocul societății. Administrația publică locală, prin organismele competente, asigură integrarea sau reintegrarea în activități profesionale corespunzătoare stării de sănătate și capacității de reinsertie socială și profesională a persoanelor cu tulburări psihice.

(6) Orice persoană cu tulburare psihică are dreptul să primească îngrijiri comunitare, în sensul definit de prezenta lege.

**Art. 36** (1) Orice pacient cu tulburări psihice are dreptul la: a) recunoașterea de drept ca persoană; b) viața particulară; c) libertatea de comunicare, în special cu alte persoane din unitatea de îngrijire, libertatea de a trimite și de a primi comunicări particulare fără nici un fel de cenzură, libertatea de a primi vizite particulare ale unui consilier ori ale unui reprezentant personal sau legal și, ori de câte ori este posibil, și ale altor vizitatori, libertatea de acces la serviciile poștale și telefonice, precum și la ziare, la radio și la televiziune; d) libertatea religioasă sau de convingere.

(2) Mediul și condițiile de viață în serviciile de sănătate mintală trebuie să fie pe cât posibil cât mai apropiate de viața normală a persoanelor de vârstă corespunzătoare.

(3) Pentru petrecerea timpului liber orice pacient cu tulburări psihice are dreptul la: a) mijloace de educație; b) posibilități de a cumpăra sau de a primi articolele necesare vieții zilnice, distracțiilor sau comunicării; c) mijloace care să permită pacientului să se consacre unor ocupații active, adaptate mediului său social și cultural, încurajări pentru folosirea acestor mijloace și măsuri de readaptare profesională de natură să îi ușureze reinsertia în societate.

(4) Pacientul nu poate fi obligat să presteze o muncă forțată.

(5) Activitatea efectuată de către un pacient într-un serviciu de sănătate mintală nu trebuie să permită exploatarea fizică sau psihică a acestuia.

**Art. 37** Studiile clinice și tratamentele experimentale, psihochirurgia sau alte tratamente susceptibile să provoace vătămări integrității pacientului, cu consecințe ireversibile, nu se aplică unei persoane cu tulburări psihice decât cu consimțământul acesteia, în cunoștință de cauză, și cu condiția aprobării de către comitetul de etică din cadrul unității de psihiatrie, care trebuie să se declare convins că pacientul și-a dat cu adevărat consimțământul, în cunoștință de cauză, și că acesta răspunde interesului pacientului.

**Art. 38** (1) Din momentul admiterii într-un serviciu de sănătate mintală, fiecare pacient trebuie să fie informat, de îndată ce este posibil, într-o formă și într-un limbaj pe care să poată să le înțeleagă, asupra drepturilor sale, în conformitate cu prevederile legii, iar această informare va fi însoțită de explicarea drepturilor și a mijloacelor de a le exercita.

(2) Dacă pacientul nu este capabil să înțeleagă aceste informații și atât timp cât această incapacitate va dura, drepturile sale vor fi aduse la cunoștința reprezentantului său personal sau legal.

(3) Pacientul care are capacitatea psihică păstrată are dreptul să desemneze persoana care va fi informată în numele său, precum și persoana care va fi însărcinată să îi reprezinte interesele pe lângă autoritățile serviciului.

**Art. 39** Persoanele care execută pedepse cu închisoarea sau care sunt deținute în cadrul unei urmăriri sau a unei anchete penale și despre care s-a stabilit că au o tulburare psihică, precum și persoanele internate în spitalul de psihiatrie ca urmare a aplicării măsurilor medicale de siguranță prevăzute de Codul penal primesc asistență medicală și îngrijirile de sănătate mintală disponibile, conform prevederilor legii.

## **Capitolul V – Internarea într-o unitate de psihiatrie**

**Art. 40** Internarea într-o unitate de psihiatrie se face numai din considerente medicale, înțelegându-se prin acestea, proceduri de diagnostic și de tratament.

### **Secțiunea 1 – Internarea voluntară**

**Art. 41** Internarea voluntară se aplică în același mod ca și primirea în orice alt serviciu medical și pentru orice altă boală.

**Art. 42** Internarea voluntară într-un serviciu de psihiatrie se realizează cu respectarea normelor de îngrijire și a drepturilor pacientului, prevăzute la art. 25-28, art. 29 alin. (1) și la art. 32-38.

**Art. 43** Orice pacient internat voluntar într-un serviciu de sănătate mintală are dreptul de a se externa la cerere, în orice moment, cu excepția cazului în care sunt întrunite condițiile care justifică menținerea internării împotriva voinței pacientului.

### **Secțiunea 2 – Internarea nevoluntară**

**Art. 44** Procedura de internare nevoluntară se aplică numai după ce toate încercările de internare voluntară au fost epuizate.

**Art. 45** O persoană poate fi internată prin procedura de internare nevoluntară numai dacă un medic psihiatru abilitat hotărăște că persoana suferă de o tulburare psihică și consideră că: a) din cauza acestei tulburări psihice există pericolul iminent de vătămare pentru sine sau pentru alte persoane; b) în cazul unei persoane suferind de o tulburare psihică gravă și a cărei judecată este afectată, neinternarea ar putea antrena o gravă deteriorare a stării sale sau ar împiedica să i se acorde tratamentul adecvat.

**Art. 46** Internarea nevoluntară se realizează numai în spitale de psihiatrie care au condiții adecvate pentru îngrijiri de specialitate în condiții specifice.

**Art. 47** (1) Solicitarea internării nevoluntare a unei persoane se realizează de către: a) medicul de familie sau medicul specialist psihiatru care are în îngrijire această persoană; b) familia persoanei; c) reprezentanții serviciilor abilitate

ale administrației publice locale; d) reprezentanții poliției, jandarmeriei, parchetului sau ai pompierilor.

(2) Motivele solicitării internării nevoluntare se certifică sub semnătura de către persoanele menționate la alin. (1), cu specificarea propriilor date de identitate, descrierea circumstanțelor care au condus la solicitarea de internare nevoluntară, a datelor de identitate ale persoanei în cauză și a antecedentelor medicale cunoscute.

**Art. 48** Transportul persoanei în cauză la spitalul de psihiatrie se realizează, de regulă, prin intermediul serviciului de ambulanță. În cazul în care comportamentul persoanei în cauză este vădit periculos pentru sine sau pentru alte persoane, transportul acesteia la spitalul de psihiatrie se realizează cu ajutorul poliției, jandarmeriei, pompierilor, în condițiile respectării tuturor măsurilor posibile de siguranță și respectării integrității fizice și demnității persoanei.

**Art. 49** Medicul psihiatru, după evaluarea stării de sănătate mintală a persoanei aduse și după aprecierea oportunității internării nevoluntare, are obligația de a informa imediat persoana respectivă cu privire la hotărârea de a o supune unui tratament psihiatric, precum și de a informa reprezentantul personal sau legal al pacientului, în termen de cel mult 72 de ore, asupra acestei hotărâri.

**Art. 50** Dacă medicul nu deține informații referitoare la existența sau la adresa unui reprezentant personal ori legal al pacientului, are obligația de a informa autoritatea tutelară.

**Art. 51** Dacă medicul psihiatru consideră că nu există motive medicale pentru internare nevoluntară, nu va reține persoana adusă și va înscrie decizia sa, cu motivarea respectivă, în documentația medicală.

**Art. 52** (1) Decizia de internare nevoluntară se confirmă în termen de cel mult 72 de ore, pe baza notificării făcute de către medicul care a internat pacientul, de către o comisie de revizie a procedurii, alcătuită din 3 membri numiți de directorul spitalului, și anume: 2 psihiatri, pe cât posibil alții decât cel care a internat persoana, și un medic de altă specialitate sau un reprezentant al societății civile.

(2) Această comisie procedează la examinarea periodică a pacientului internat nevoluntar, în termen de maximum 15 zile, sau la solicitarea medicului care are pacientul în îngrijire.

(3) Comisia are obligația de a consemna decizia luată în dosarul medical al pacientului și de a informa pacientul și reprezentantul sau personal sau legal asupra deciziei luate.

**Art. 53** (1) Decizia de internare nevoluntară este notificată în cel mult 24 de ore și este supusă revizuirii parchetului de pe lângă instanța judecătorească competentă. În acest scop unitatea spitalicească în care se află internat pacientul

este obligată să pună la dispoziție parchetului de pe lângă instanța judecătorească competentă documentele medicale referitoare la pacientul în cauză.

(2) În situația în care parchetul de pe lângă instanța judecătorească competentă consideră că internarea nevoluntară este nejustificată, se va dispune efectuarea unei noi examinări psihiatrice de către o altă comisie medico-legală, în condițiile prevăzute de legislația în vigoare.

**Art. 54** (1) Împotriva hotărârii de internare nevoluntară, pacientul, reprezentantul personal sau legal al acestuia poate sesiza instanța judecătorească competentă, potrivit legii. În cadrul procesului, dacă starea sa o permite, pacientul este audiat de către judecător; în situația în care acest lucru nu este posibil, judecătorul se deplasează la unitatea în care este internat pacientul, pentru audieri. Judecarea se face în procedură de urgență.

(2) Pacientul, familia sau reprezentantul său legal ori personal are dreptul să solicite efectuarea unei noi expertize medico-legale psihiatrice, în condițiile prevăzute de legislația în vigoare.

**Art. 55** În cazul în care un pacient internat voluntar își retrage consimțământul și sunt întrunite condițiile prevăzute la art. 45, medicul psihiatru curant declanșează procedura de menținere a internării nevoluntare.

**Art. 56** În situația în care nu se mai constată condițiile care au determinat hotărârea de internare nevoluntară, fapt confirmat și de medicul psihiatru care are în îngrijire pacientul, comisia de revizie a procedurii decide externarea după examinarea directă a pacientului. În acest caz, pacientul are dreptul de a părăsi imediat unitatea spitalicească sau poate solicita continuarea tratamentului în urma consimțământului scris.

**Art. 57** (1) Dacă instanța judecătorească competentă nu autorizează internarea nevoluntară sau retrage autorizația, persoana în cauză are dreptul de a părăsi imediat unitatea spitalicească sau poate solicita, în urma consimțământului scris, continuarea tratamentului.

(2) Dacă o persoană aflată în procedura de internare nevoluntară părăsește unitatea spitalicească fără să existe decizia comisiei de revizie a procedurii sau hotărârea instanței de judecată competente, unitatea spitalicească are obligația de a sesiza imediat organele de poliție și parchetul de pe lângă instanța judecătorească competentă, precum și familia, reprezentantul personal sau legal al pacientului.

**Art. 58** Pacientul internat nevoluntar este tratat în condiții similare celor în care sunt îngrijiți ceilalți pacienți din unitatea de psihiatrie respectivă, cu respectarea prevederilor art. 37.

**Art. 59** (1) Restricțiile privind libertățile individuale ale pacientului internat nevoluntar sunt limitate de starea sa de sănătate și de eficiența tratamentului.



Nu pot fi limitate drepturile pacientului privind: a) comunicarea, conform dorinței sale, cu orice autoritate cu atribuții în domeniul de competență legat de situația sa, cu membrii familiei sau cu avocatul; b) accesul la corespondența personală și utilizarea telefonului în scop privat; c) accesul la presă sau la publicații; d) dreptul la vot, dacă nu se află într-o situație de restrângere a drepturilor cetățenești; e) exercitarea liberă a credinței religioase.

(2) Pacientul internat nevoluntar are dreptul de a fi informat asupra regulamentului de funcționare a unității spitalicești.

(3) Internarea nevoluntară nu constituie o cauză de restrângere a capacității juridice a pacientului.

## **Capitolul VI – Sancțiuni**

**Art. 60** Nerespectarea de către profesioniștii în domeniul sănătății mintale a confidențialității datelor despre persoana cu tulburări psihice, a principiilor și a procedurilor referitoare la obținerea consimțământului, a instituirii și a menținerii tratamentului, a procedurilor de internare nevoluntară a pacientului, precum și a drepturilor pacientului internat atrage, după caz, răspunderea disciplinară, contravențională sau penală, conform prevederilor legale.

## **Capitolul VII – Finanțarea serviciilor de sănătate mintală**

**Art. 61** Serviciile medicale și de îngrijiri de sănătate mintală acordate persoanelor asigurate se finanțează din bugetul asigurărilor sociale de sănătate.

**Art. 62** Activitățile profilactice din patologia psihiatrică și psihosocială, precum și îngrijirile preventive de sănătate mintală se finanțează de la bugetul de stat.

## **Capitolul VIII – Dispoziții tranzitorii și finale**

**Art. 63** Ministerul Sănătății și Familiei, în colaborare cu Ministerul Justiției, Ministerul Educației și Cercetării, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și organele administrației publice locale vor lua măsurile de punere în aplicare a prevederilor prezentei legi.

**Art. 64** Pe data intrării în vigoare a prezentei legi se abrogă Decretul nr. 313/1980 privind asistența bolnavilor psihici periculoși, publicat în Buletinul Oficial, Partea I, nr. 83 din 16 octombrie 1980.

*(Legea 487/2002, legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, publicată în M. Of. partea I nr 589/08.08.2002)*

## **Norme de aplicare a Legii Sănătății Mentale și a Protecției Persoanelor cu Tulburări Psihice nr. 487 din 11 iulie 2002**

### **CAPITOLUL I: PROMOVAREA ȘI APĂRAREA SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI PREVENIREA ÎMBOLNĂVIRILOR PSIHICE**

**Art. 1** Instituțiile publice abilitate să ia măsuri pentru promovarea și apărarea sănătății mentale, prevenirea și tratamentul tulburărilor psihice sunt următoarele:

- (a) Ministerul Sănătății
- (b) Ministerul Educației și Cercetării
- (c) Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei
- (d) Ministerul Administrației și Internelor
- (e) Ministerul Justiției
- (f) Agenția Națională Antidrog
- (g) Agenția Națională pentru Sport
- (h) Agenția Națională pentru Tineret
- (i) Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap
- (j) Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului

#### **Art.2**

(1) Ministerul Sănătății elaborează Planul de măsuri pentru promovarea sănătății mentale și prevenirea îmbolnăvirilor psihice în colaborare cu instituțiile publice prevăzute la art.1, precum și cu organizații neguvernamentale.

(2) Planul prevăzut la alin.(1) se publică pe site-ul Ministerului Sănătății.

#### **Art.3**

Fiecare instituție dintre cele prevăzute la art.1 întocmește și publică pe site-ul propriu un raport anual cu privire la activitățile întreprinse pentru promovarea sănătății mentale și prevenirea îmbolnăvirilor psihice, precum și bugetul alocat.

### **CAPITOLUL II: EVALUAREA SĂNĂTĂȚII MINTALE**

#### **Art. 4**

(1) Pacienții din Centrele de recuperare și reabilitare neuropsihică, aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap sunt evaluați din punct de vedere psihiatric de cel puțin două ori pe an, de către medicul specialist psihiatru, în scopul stabilirii celei mai adecvate conduite de recuperare.

(2) Evaluarea din punct de vedere psihiatric de la alin.(1) se realizează prin servicii medicale ambulatorii și se efectuează, la solicitarea Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, în baza unui grafic stabilit de comun acord și se decontează de către Fondul Național Unic de Asigurări de Sănătate.

(3) Alte unități decât cele prevăzute la alin.(1), aflate în structura Direcțiilor Generale Județene de Asistență Socială și Protecția Copilului și în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap solicită evaluarea din punct de vedere psihiatric pentru persoanele cu tulburări psihice asistate, în vederea redistribuirii în alte unități prevăzute la alin.(1).

(4) Serviciile medicale prevăzute la alin.(2) și alin.(3) se furnizează de medici psihiatrii din unități sanitare cu sau fără personalitate juridică în afara timpului de lucru de la unitatea la care este angajat, iar cheltuielile de transport, cazare și diurna se suportă de solicitant.

(5) Evaluarea din punct de vedere psihiatric se finalizează, dacă este cazul, cu un plan terapeutic care se transmite unității solicitante și scrisoare medicală adresată medicului de familie pe lista căruia este înscrisă persoana evaluată.

#### **Art. 5**

Categoriile de profesii care necesită examinarea periodică a stării de sănătate mintală, se aprobă prin ordin al ministrului sănătății, la propunerea unităților interesate, cu respectarea dispozițiilor legale privind confidențialitatea și drepturile persoanei cu tulburări psihice.

### **CAPITOLUL III: SERVICII DE SĂNĂTATE MINTALĂ**

#### **Art. 6**

(1) În vederea asigurării asistenței psihiatrice comunitare, a creșterii accesibilității și calității serviciilor acordate, se organizează din punct de vedere funcțional, teritoriul țării, în arii geografice numite sectoare psihiatrice.

(2) Se organizează separat sectoare psihiatrice pentru adulți și sectoare psihiatrice pentru copii și adolescenți, astfel:

a) un sector psihiatric pentru adulți este o arie teritorială și populațională distinctă, care cuprinde 100 – 150 000 de locuitori.

b) un sector psihiatric pentru copii și adolescenți este o arie teritorială și populațională distinctă, care cuprinde 200 000 – 400 000 de locuitori.

#### **Art. 7**

(1) În vederea organizării și funcționării sectoarelor psihiatrice prevăzute la art.6, Ministerul Sănătății, prin direcțiile de sănătate publică, înființează comisii județene în termen de 15 de zile de la intrarea în vigoare a prezentului ordin;

- (2) Comisia județeană prevăzută la alin.(1) are următoarea componentă:
- a) un reprezentant al direcției de sănătate publică;
  - b) un coordonator – medic psihiatru, desemnat de direcția de sănătate publică;
  - c) un reprezentant al administrației publice locale.
- (3) Pentru dezvoltarea și funcționarea sectoarelor psihiatrice, Ministerul Sănătății monitorizează utilizarea resurselor financiare și umane prin Institutul Național de Cercetare și Dezvoltare în Sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate.
- (4) Comisiile prevăzute la alin. (1) stabilesc, în termen de 30 de zile, conform prevederilor legale în vigoare, hărțile sectoarelor psihiatrice după evaluarea resurselor umane și materiale disponibile și propun măsuri pentru acoperirea nevoilor de îngrijiri de sănătate mintală.
- (5) Direcțiile de sănătate publică județene vor elabora în termen de 6 luni de la stabilirea hărților sectoarelor psihiatrice planuri specifice de măsuri pentru realizarea progresivă a prevederilor referitoare la serviciile de sănătate mintală cuprinse în prezentul ordin.

#### **Art.8**

- (1) Baza sistemului de îngrijiri o reprezintă o unitate funcțională constituită de echipa terapeutică și structurile în care aceasta își desfășoară activitatea deservind un sector psihiatric.
- (2) Echipa prevăzută la alin. (1) este compusă din medici specialiști în psihiatrie, psihologi, asistenți sociali, asistenți medicali de psihiatrie și alte categorii de personal necesare, în funcție de activitățile desfășurate și de specificul sectorului. Echipa terapeutică este condusă de un psihiatru, medic primar sau medic specialist.
- (3) Medicul – coordonator al echipei terapeutice adaptează serviciile acordate în cadrul sectorului, în funcție de specificitățile sectorului psihiatric deservit și de nevoile populației țintă.

#### **Art. 9**

- (1) În cadrul fiecărui sector se organizează în funcție de nevoile și particularitățile locale, următoarele structuri:
- (a) centrul de sănătate mintală, care organizează unitatea mobilă, centrul de intervenție în criză și staționar de zi, după caz;
  - (b) staționarul de zi;
  - (c) cabinete de psihiatrie;
  - (d) structuri cu paturi cu sau fără personalitate juridică.

(2) Se pot organiza structuri transectoriale cu paturi, cu sau fără personalitate juridică pentru patologii rare, rezistente la tratament sau care nu pot fi rezolvate la nivelul sectorului, precum și pentru pacienții încadrați în art. 114 Cod Penal.

(3) Pentru îngrijiri de lungă durată pentru persoane cu probleme severe și persistențe de sănătate mintală, se organizează în fiecare sector compartimente sau secții cu paturi, cu maxim 40 de paturi.

#### **Art 10**

În unitățile sanitare cu paturi se organizează compartimente de psihiatrie de legătură pentru asistența psihiatrică a pacienților internați.

#### **Art 11**

Pacienții, care în urma evaluării de către echipa terapeutică necesită tratament îndelungat, vor fi dirijați către centrele de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică sau către locuințele protejate, după caz.

#### **Art. 12**

(1) În cadrul fiecărui sector psihiatric se acordă servicii după cum urmează:

**a) servicii psihiatrice ambulatorii;**

**b) servicii de asistență mobilă**, pentru pacienți dificil de tratat sau care refuză să frecventeze structurile medicale, dar care acceptă tratamentul sau pentru acoperirea unor nevoi psihosociale variate, care necesită deplasarea unor membri ai echipei terapeutice;

**c) servicii psihiatrice de zi:** terapie ocupațională, psihoterapie individuală și de grup, precum și programe specializate de reabilitare. Aceste servicii furnizate pacienților internați în staționarul de zi sunt limitate în timp la maxim 2 luni, după aceasta pacienții fiind trimiși serviciilor de reabilitare sau către asistența primară.

**d) servicii de reabilitare** – în funcție de oportunitățile locale, fiecare centru de sănătate mintală oferă programe specializate de reabilitare: programe de terapie ocupațională, programe de reabilitare vocațională, programe de petrecere a timpului liber, programe de psihoeducație.

**e) servicii spitalicești**

**f) îngrijiri la domiciliu**

(2) Îndrumarea medicilor de familie din sectorul psihiatric în acordarea de îngrijiri de sănătate mintală. Echipa terapeutică a sectorului psihiatric stabilește protocoale de colaborare cu medicii de familie pentru asigurarea continuității îngrijirilor.

### **Art 13**

(1) Pentru fiecare sector psihiatric se prevede un anumit număr de paturi pentru patologia acută, în funcție de nevoile și particularitățile sectorului, fie într-un spital psihiatric, fie într-o secție de psihiatrie dintr-un spital general.

(2) Personalul unui serviciu spitalicesc sectorial este parte integrantă a echipei terapeutice de sector.

### **Art. 14**

(1) Echipa terapeutică a sectorului psihiatric pentru adulți cuprinde:

- (a) 8 norme întregi pentru psihiatri;
- (b) 40 norme întregi pentru asistente de psihiatrie;
- (c) 4 norme întregi pentru psihologi clinicieni;
- (d) 5 norme întregi pentru asistenți sociali;
- (e) alt personal.

(2) Echipa terapeutică a sectorului psihiatric pentru copii și adolescenți cuprinde:

- (a) 4 norme întregi pentru psihiatri;
- (b) 20 norme întregi pentru asistente de psihiatrie;
- (c) 2 norme întregi pentru psihologi clinicieni;
- (d) 3 norme întregi pentru psihopedagogi;
- (e) 3 asistenți sociali;
- (f) alt personal.

### **Art.15**

Pentru îngrijiri de lungă durată, pentru persoane cu probleme severe și persistente de sănătate mintală, se organizează în fiecare sector unități cu maxim 40 de paturi.

### **Art. 16**

(1) Pentru pacienții fără probleme severe și persistente de sănătate mintală care necesită tratament de lungă durată, echipa terapeutică evaluează nevoile și stabilește în funcție de starea clinică a pacientului tipul de locuință protejată spre care să fie îndreptat.

(2) Categoriile serviciilor medicale oferite persoanelor cu tulburări psihice din locuințele protejate sunt elaborate prin ordin comun al Ministerului Sănătății și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

### **Art. 17**

Autoritățile publice locale colaborează cu Ministerul Sănătății pentru a asigura spații adecvate pentru centrele de sănătate mintală.

### **Art. 18**

Centrele de sănătate mintală și staționarele de zi pentru copii și adolescenți trebuie să aibă localizare intracomunitară, amenajări și structuri specifice funcțiilor de prevenire, depistare precoce și terapie complexă a tulburărilor psihice infantilo-juvenile și ale familiei.

## **CAPITOLUL IV: DREPTURILE PERSOANELOR CU TULBURĂRI PSIHICE**

### **Art. 19**

(1) La internarea într-o unitate de îngrijire, pacienții trebuie imediat informați asupra identității și statutului profesional al personalului de îngrijire care le acordă asistență și asupra regulamentului de ordine interioară, pe care trebuie să-l respecte pe durata internării.

(2) Medicul psihiatru trebuie să aducă la cunoștința pacientului care sunt alternativele de tratament și îngrijire, riscurile și efectele adverse ale aplicării programului terapeutic individualizat.

(3) Programul terapeutic individualizat elaborat de către echipa terapeutică, cu consimțământul pacientului, trebuie să cuprindă:

- a) Descrierea naturii problemelor și a nevoilor specifice ale pacientului;
- b) Descrierea celor mai puțin restrictive condiții de tratament necesare;
- c) Descrierea obiectivelor tratamentului;
- d) Specificarea responsabilităților personalului.

(4) Medicul specialist psihiatru este responsabil de monitorizarea implementării programului individualizat de tratament.

### **Art. 20**

În aplicarea art. 26 din lege, în cazul necesității restrângerii libertății de mișcare a pacientului, cu scopul de a împiedica producerea unei vătămări pentru sine sau pentru o altă persoană trebuie respectate următoarele proceduri:

- (a) Conținerea pacientului;
- (b) Izolarea pacientului.

### **Art. 21**

(1) Prin conținere, în sensul prezentelor norme, se înțelege restricționarea libertății de mișcare a unei persoane prin folosirea unor mijloace adecvate pentru a preveni mișcarea liberă a unuia dintre brațe, a ambelor brațe, a unei gambe sau a ambelor gambe sau pentru a-l imobiliza total pe pacient, prin mijloace specifice protejate, care nu produc vătămări corporale.

- (2) Conținționarea poate fi utilizată doar atunci când este necesară apărarea pacientului de propriile acțiuni care l-ar putea răni pe el sau pe ceilalți. Poate fi folosită doar dacă aplicarea celor mai puțin restrictive tehnici a fost neadecvată sau insuficientă pentru a preveni orice lovire sau vătămare.
- (3) Conținționarea nu poate fi folosită ca pedeapsă sau ca mijloc de a suplini lipsa de personal sau de tratament.
- (4) În aplicarea măsurii de restricționare a libertății de mișcare a pacientului trebuie depuse toate eforturile pentru evitarea durerii.
- (5) Reprezentantul legal sau personal al pacientului trebuie informat cu privire la dispunerea unei măsuri de restricționare a libertății de mișcare a pacientului.
- (6) Conținționarea trebuie efectuată numai în baza dispoziției scrise a medicului. Dispoziția medicului trebuie să detalieze factorii care au condus la conținționare și să specifice natura conținționării. În dispoziție trebuie precizată ora la care măsura de conținționare a fost luată. Conținționarea nu poate dura mai mult de 4 ore.
- (7) Măsura conținționării va fi menționată în foaia de observație a pacientului.
- (8) Măsurile de conținționare aplicate pacienților, incluzând toate dispozițiile scrise ale medicului prin care s-a dispus măsura, se descriu în Registrul măsurilor de conținționare și izolare aplicate pacienților.
- (9) Registrul prevăzut la alin. (8) se păstrează în condiții de confidențialitate.
- (10) Pe tot timpul conținționării, pacientul trebuie să fie monitorizat pentru a observa dacă nevoile sale fizice, de confort și siguranța sunt îndeplinite. O evaluare a condițiilor pacientului trebuie realizată la cel puțin fiecare 30 de minute sau la intervale de timp mai scurte, dacă medicul o cere. Evaluarea trebuie înregistrată în foaia de observație a pacientului.

## **Art. 22**

- (1) Prin izolare se înțelege modalitatea de protejare a pacienților care reprezintă un pericol pentru ei înșiși sau pentru alte persoane. Această măsură trebuie aplicată cu maximă precauție și numai în cazul în care orice altă modalitate s-a dovedit ineficientă.
- (2) Măsura izolării poate fi aplicată numai dacă instituția psihiatrică dispune de o încăpere special prevăzută și dotată în acest scop. Încăperea trebuie să ofere posibilitatea unei observări continue a pacientului, să fie iluminată și aerisită în mod corespunzător, să aibă acces la toaletă și lavator și să fie protejată în așa fel încât să prevină rănirea celui izolat. Nu pot fi izolate concomitent în aceeași încăpere mai multe persoane.



- (3) Măsura izolării trebuie să fie aplicată pentru un timp cât mai scurt posibil. Măsura trebuie revizuită periodic la un interval de cel mult 2 ore. Pacientul și/sau reprezentantul său legal va fi informat cu privire la măsura izolării și despre procedura de revizuire periodică a măsurii.
- (4) Pacientul va fi observat în timpul izolării conform unui program prevăzut de medicul care dispune măsura izolării.
- (5) Pe perioada dispunerii măsurii izolării, pacientul va păstra îmbrăcămintea, precum și orice articole de uz personal sau cu semnificație religioasă, cu excepția situației în care păstrarea acestora ar putea afecta siguranța sa.
- (6) Măsura izolării poate fi dispusă doar de medic, în aceleași condiții ca și cea a conțenționării.
- (7) Măsura izolării trebuie menționată în Registrul măsurilor de conțenționare și izolare și în foaia de observație a pacientului, cu îndeplinirea aceluiași condiții ca și în cazul conțenționării.
- (8) Măsura izolării nu trebuie folosită ca pedeapsă sau ca o formă de amenințare.
- (9) Măsura izolării nu poate fi parte a programului de tratament.

#### **Art. 23**

În aplicarea prevederilor art. 29 al legii se va folosi formularul pentru obținerea consimțământului informat prezentat în Anexa 2.

#### **Art. 24**

- (1) Toate informațiile privind starea de sănătate a pacientului, condiția sa medicală, diagnosticul, prognosticul și tratamentul, precum și alte informații de natură personală sunt confidențiale, chiar și după moartea pacientului.
- (2) Informația confidențială poate fi divulgată numai cu consimțământul explicit al pacientului sau când există dispoziții judiciare exprese în acest sens. Consimțământul este presupus atunci când divulgarea se face către un alt membru al echipei terapeutice implicate în tratamentul pacientului.
- (3) Toate datele de identitate ale pacientului trebuie protejate.
- (4) Pacienții au dreptul de a primi rezultatul în scris al diagnosticului, tratamentului și îngrijirii lor la externarea dintr-o unitate de îngrijire.
- (5) Nu este admisă intervenția în viața particulară a pacientului sau în viața de familie decât în cazul în care, pe lângă consimțământul pacientului, aceasta poate fi justificată ca necesară diagnosticului, tratamentului sau îngrijirii pacientului.
- (6) Intervențiile medicale pot fi efectuate numai atunci când există respectul necesar pentru intimitatea persoanei și numai în prezența acelor persoane necesare intervenției respective, dacă pacientul nu a solicitat altfel.

### **Art. 25**

(1) Toate unitățile care acordă îngrijiri de sănătate mintală au obligația să înființeze un registru special pentru înregistrarea tuturor plângerilor înaintate de către pacienți sau reprezentanții acestora.

(2) Conducerea unității are obligația să răspundă în scris la toate plângerile cu privire la încălcarea drepturilor pacienților.

(3) În registru prevăzut la alin. (1) se consemnează și modalitatea de soluționare a plângerilor.

### **Art. 26**

Pacienții spitalizați fără consimțământul lor nu pot fi folosiți ca subiect de cercetare științifică.

## **CAPITOLUL V: INTERNAREA NEVOLUNTARĂ**

### **Art.27**

În termen de 30 zile de la intrarea în vigoare a prezentului ordin, Ministerul Sănătății desemnează prin ordin, la propunerea direcțiilor de sănătate publică și cu avizul Comisiei de specialitate de psihiatrie, unitățile autorizate să efectueze internări nevoluntare.

### **Art. 28**

(1) Medicul psihiatru care evaluează cazul și stabilește dacă pacientul are, în acel moment, posibilitatea să înțeleagă starea sa de boală, va explica într-un limbaj simplu și pe înțelesul acestuia necesitatea internării în vederea acordării îngrijirilor de sănătate mintală, sub supraveghere medicală.

(2) În situația în care pacientul refuză internarea și medicul consideră că sunt întrunite condițiile internării nevoluntare, medicul va informa pacientul, familia, reprezentantul personal sau legal, după caz, despre dreptul său de a contesta măsura internării nevoluntare, precum și despre procedurile care trebuie urmate pentru contestarea acesteia.

### **Art. 29**

(1) Solicitarea internării nevoluntare se formulează și se semnează de către una dintre persoanele prevăzute la articolul 47 din lege, în momentul prezentării la camera de gardă a spitalului.

(2) Dacă solicitantul nu știe să scrie, solicitarea de internare nevoluntară poate fi scrisă de echipa de gardă, pe baza relatărilor solicitantului, fapt care se va menționa, cu precizarea persoanei care a scris solicitarea și datelor de identificare ale acesteia.

(3) În solicitarea prevăzută la alin. (1) trebuie descrise manifestările ce pun în pericol viața, sănătatea, integritatea corporală proprie sau a altora.

#### **Art. 30**

(1) Medicul de familie sau medicul specialist psihiatru care solicită internarea nevoluntară nu pot fi implicați în luarea deciziei de internare sau de revizuire periodică a internării nevoluntare.

(2) Persoanele care solicită internarea nevoluntară a unei persoane nu pot fi membri ai comisiei de revizie constituite pentru respectiva persoană.

#### **Art. 31**

(1) Transportul persoanei la spital fără consimțământul acesteia se poate face doar dacă refuză internarea voluntară și dacă există un pericol iminent de vătămare asupra sa sau a celor din jur.

(2) Personalul serviciilor care asigură transportul persoanei la spitalul psihiatric trebuie să menționeze lipsa consimțământului persoanei transportate într-un raport prezentat medicului psihiatru în momentul aducerii la spital în vederea internării.

(3) În raportul prevăzut la alin. (2) se menționează dacă a existat împotrivire din partea persoanei, care au fost măsurile adoptate, precum și medicația care a fost aplicată.

(4) Transportul persoanei la spital se face în condițiile cele mai puțin restrictive posibile asigurându-se respectarea integrității sale fizice, psihice și a demnității sale.

#### **Art. 32**

(1) Atunci când pacientul, reprezentantul său personal sau legal solicită externarea, dar sunt întrunite condițiile care justifică menținerea internării contra voinței, medicul psihiatru care are în îngrijire bolnavul declanșează procedura de internare nevoluntară.

(2) În situația prevăzută la alin. (1), dacă nu există alt medic psihiatru care să hotărască internarea nevoluntară, medicul curant poate lua decizia de internare nevoluntară, ca măsură de urgență, urmând confirmarea acesteia prin cadrul legal stabilit.

#### **Art. 33**

(1) În toate unitățile spitalicești nominalizate de către Ministerul Sănătății să efectueze internări nevoluntare, se constituie un registru unic de evidență centralizată a acestor cazuri și a documentației medico-juridice care stă la baza internării și susține legalitatea acesteia.

(2) Internarea nevoluntară se înregistrează în registrul unic de evidență a tuturor acestor cazuri, prevăzut la alin. (1), aici urmând a fi consemnate și deciziile luate de către comisiile de revizie a acestei proceduri.

(3) Registrul prevăzut la alin. (1) cuprinde următoarele informații:

(a) numele, prenumele, profesia, vârsta și domiciliul persoanei internate;

(b) data internării;

(c) numele, prenumele, profesia și domiciliul persoanei care a cerut internarea;

(d) dacă este cazul, menționarea deciziei justiției (număr, dată, instanță) de punere sub tutelă, curatelă sau supraveghere;

(e) notificarea medicului care a internat nevoluntar bolnavul către directorul unității, cu menționarea numelui, prenumelui și a gradului profesional;

(f) datele examinărilor de către comisia de revizie, cu componenta nominală și decizia luată;

(g) data încetării internării și starea la externare.

#### **Art. 34**

(1) Notificarea medicului care a internat nevoluntar pacientul către directorul unității se va face folosind formularul prevăzut în Anexa 3.

(2) Notificarea medicului care a internat nevoluntar pacientul către parchetul de pe lângă instanța judecătorească competentă se va face folosind formularul prevăzut în Anexa 4.

(3) Notificarea comisiei de revizie a procedurii către parchetul de pe lângă instanța judecătorească competentă se va face folosind formularul prevăzut în Anexa 5.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Alexandrescu L.C.**, *Clasificarea stresului psihic*, Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie și Psihologie Medicală, 2-3/1993, Asociația Medicală Română, București, 1993.
2. **Aspinwall L.G., Taylor, S.E.**, *A Stitch in Rime: Self-regulation and Proactive Coping*. Psychological Bulletin, 121, 417-36 (1997).
3. **Atkinson R., Smith E., Bem D., Hilgard E.**, *Introduction to Psychology*, 10th edition, Editura Cosmopress, Geneva, 1990.
4. **Avers T. S., Sandler I. N., West S. G. Roosa M.W.**, *A Dispositional and Situational Assessment of Children's Coping: Testing Alternative Models of Coping*. Journal of Personality, 64, 923-58 (1996).
5. **Ayers S., Baum A, McManus C., Newman S., Wallston K., Weinman J., West R.**, *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, Editura Cambridge University Press, New York, 2007.
6. **Baldwin R.C., Chiu E., Katona C., Graham N.**, *Guidelines on Depression in Older People, Practising the Evidence*, Editura Martin Dunitz Ltd, London, 2002.
7. **Baltes M.M.**, *The Many Faces of Dependency*, Cambridge University Press. New York, 1997.
8. **Block S., Chodoff P.**, *Etică psihiatrică*, ediția a II-a, Oxford New-York, Melbourne Oxford University Press, 1991.
9. **Brandtstädter J., Renner G.**, *Tenacious Goal Pursuit and Flexible Goal Adjustment: Explication and Age-related Analysis of Assimilative and Accommodative Strategies of Coping*. Psychology and Aging, 5 (1), 58-67, 1990.
10. **Cain J.**, *Psihanaliză și psihosomatică*, Editura TREI, Iași, 1998.
11. **Coyne J.C., Gottlieb B.H.**, *The Mismeasure of Coping by Checklist*. Journal of Personality, 64, 959-91, 1996.
12. **Crow S.J., Mitchell, J.E.**, *Rational Therapy of Eating Disorders*. Drugs, 1994.
13. **Cuparencu B., Hotico TR., Macrea R., Rândașu ST., Safta L., Secăreanu Al.**, *sub redacția Sârbu Aurelia, Psihiatrie clinică*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1979.

14. **Desjarlais R., Eisenberg L., Good B., Kleinman A.,** *World Mental Health, Problems and Priorities in Low – Income Countries*, Editura Oxford University Press, Inc., New York, 1995.
15. **Enăchescu C.,** *Tratat de igienă mintală*, ediția a II-a, Editura Polirom, Iași, 2004.
16. **Folkman S., Moskowitz J.T.,** *Positive Affect and the Other Side of Coping.*, American Psychologist, 55, 647-54, 2000.
17. **Gelder M., Gath D., Mayou R.,** *Tratat de psihiatrie*, Oxford, ediția a II-a, Editura Asociația Psihiatrilor Liberi din România, Geneva Initiative Publishers, București-Amsterdam, 1994.
18. **Goldberg R. J.,** *Ghid clinic de psihiatrie*, ediția a II-a, Editura ALL, București, 2001.
19. **Gorgos C.** (sub redacția), *Dicționar Enciclopedic de Psihiatrie*, vol. IV, Editura Medicală, București, 1992.
20. **Haan N.,** *Coping and Defending: Processes of Self-environment Organization*, New York: Academic Press, 1977.
21. **Hamburg D., Sartorius N.,** *Health and Behaviour, Selected Perspectives*, Cambridge University Press, 1989.
22. **Horney K.,** *Conflictele noastre interioare*, Editura IRI, București, 1998.
23. **Ionescu G.,** *Tratat de psihologie medicală și psihoterapie*, Editura „ASKLEPSIOS”, București, 1995.
24. **Lazarus R.,** *Coping Theory and Research: Past, Present, and Future*, Psychosomatic Medicine, 55, 234-47, 1993.
25. **Lazarus R.,** *Toward Better Research on Stress and Coping.* American Psychologist, 55, 665-73, 2000.
26. **Lowe C., Nechas J.,** *Whole Body Healing: Natural Healing with Movement, Exercise, Massage and Other Drug-Free Methods*, Emmaus, PA: Rodale Press, 1983.
27. **Murphy L., Moriarity A.,** *Vulnerability, Coping, and Growth: from Infancy to Adolescence*, New Haven: Yale University Press. 1976.
28. **Nolen-Hoeksma S.,** *Ruminative Coping with Depression*, în **J. Heckhausen & C. S. Dweck** (Eds.), *Motivation and Self-regulation Across the Life Span* (p. 237-56), Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1998.
29. **Pearlin L.I., Schooler C.,** *The Structure of Coping*, Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21, 1978.
30. **Plozza B.L., Poldinger W., Kroger F.,** *Boli psiho-somatice în practica medicală*, Editura Medicală, București, 1996.
31. **Prelipceanu D., Mihăilescu R., Teodorescu R.,** *Tratat de sănătate mintală*, vol. I, Editura Enciclopedică, București, 2000.

32. **Ptacek J.T., Smith R.E., Espe K., Rafferty B.**, *Limited Correspondence Between Daily Coping Reports and Retrospective Coping Recall*, *Psychological Assessment*, 6, 41-9, 1994.
33. **Roth S., Cohen L.**, *Approach, Avoidance, and Coping with Stress*, *American Psychologist*, 41, 813-19, 1986.
34. **Sadock B., Sadock V.**, *Manual de buzunar de psihiatrie clinică*, ediția a III-a, Editura Medicală, București, 2001.
35. **Sadock B.J., Sadock V.A., Kaplan & Sadock**, *Terapie medicamentoasă în psihiatrie*, Editura Medicală Callisto, 2002.
36. **Skinner E.A.**. *Coping Across the Lifespan*, în **N. J. Smelser, P. B. Baltes** (Eds.-in-Chief), *N. Eisenberg Vol. Ed... Internațional Encyclopedia of the Social ar, Behavioral Sciences*, Elsevier: Oxford, UK, 2003.
37. **Snyder C.R.**, *Coping: the Psychology of What Works*, New York: Oxford University Press, 1999.
38. **Soddy K., Ahrenfeldt R.H.**, *Mental Health in a Changing World*, Tavistock Publications Limited, London, 1965.
39. **Tennen H., Affleck G., Armeli S., Carney M.A.**, *A Daily Process Approach to Coping: Linking Theory, Research, and Practice*, *American Psychologist*, 55, 626-36, 2000.
40. **Tudose C., Tudose F.**, *Psihiatrie în practica medicală*, Editura Infomedica, București, 2007.
41. **Tudose F.**, *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*, Editura Fundației România de Mâine, București, 2006.
42. **Tudose F.**, *Psihopatologie și orientări terapeutice în psihiatrie*, Editura Fundației România de Mâine, București, 2007.
43. **Tudose F., Tudose C.**, *Abordarea pacientului în psihiatrie, ghid de lucrări practice*, Editura Infomedica, București, 2002.
44. **Valliant G. E.**, *Empirical Studies of Mechanisms of Defense*, Washington, DC: American Psychiatric Association, 1986.
45. **White R.W.**, *Strategies of Adaptation; an Attempt at Systematic Description*, în **G.V. Coelho, D.A. Hamburg, J. E. Adams** (Eds.). *Coping and Adaptation* (p. 47-68), New York: Basic Books, 1974.

Redactor: Octavian CHEȚAN  
Tehnoredactare: Vasilichia IONESCU  
Coperta: Cornelia PRODAN

---

Bun de tipar: 23.01.2008; Coli tipar: 10  
Format: 16/61 × 86

---

Editura Fundației *România de Mâine*  
Bulevardul Timișoara, nr.58, București, Sector 6  
Tel./Fax:021/444 20 91; [www.spiruharet.ro](http://www.spiruharet.ro)  
e-mail: [contact@edituraromaniademaine.ro](mailto:contact@edituraromaniademaine.ro)