

DEFINIȚII

Sănătatea este starea de confort fizic, mintal, social.

Sănătatea mintală reprezintă funcții psihice depline, care permit individului funcționarea adecvată în domeniul vieții profesionale, personale, sociale.

Tulburarea mintală reprezintă anomalii ale funcțiilor cognitive, afective, ale comportamentului, personalității, determinând o deteriorare a funcționării în unul sau mai multe domenii de activitate (profesional, relațional, familial, social) sau creează un risc de moarte sau de pierdere a libertății.

CLASIFICAREA BOLILOR PSIHICE

1. Retardul mintal.
2. Demențe, tulburări cognitive, delirium.
3. Tulburări legate de substanțe (alcool, opiacee, hipnotice, sedative sau anxiolitice, cocaină, canabis, inhalante etc).
4. Schizofrenia, tulburarea delirantă.
5. Tulburări ale dispoziției (tulburarea bipolară, tulburarea depresivă).
6. Tulburări anxioase (tulburări prin anxietate generalizată, atacul de panică, fobiile, tulburarea obsesiv compulsivă).
7. Tulburarea somatoformă (tulburarea de somatizare, tulburarea conversivă-isteria-)
8. Tulburări sexuale, ale identității de gen.
9. Tulburări ale alimentării.
10. Tulburări ale somnului.
11. Tulburări ale controlului impulsurilor (tulburarea explozivă intermitentă, kleptomania, tricotilomania, jocul patologic de noroc).
12. Tulburări de adaptare.
13. Tulburări de personalitate.

BOLILE PSIHICE CU INCIDENȚĂ RIDICATĂ ÎN MEDIUL PENITENCIAR

1. PSIHOZA

- idei delirante, bizare;
- halucinații (auditive, vizuale);
- vorbire dezorganizată (incoerență);
- comportament dezorganizat;
- aplatizare afectivă, avoliție, alogie (scăderea fluentei și productivității limbajului, scăderea stocului de idei).

2. RETARDUL MINTAL

- funcționare intelectuală semnificativ sub medie (QI<70);
- deficite, alterări ale funcționării în unul dintre domeniile: comunicare, autoîngrijire, abilități sociale și interpersonale, abilități academice funcționale, muncă, timp liber, sănătate, siguranță, utilizarea resurselor comunitare.

3. DEPRESIA

- dispoziție depresivă persistentă;
- pierderea interesului, a plăcerii față de toate/ aproape toate activitățile;
- scădere ponderală, scăderea apetitului;
- insomnie, oboseală, pierdere a energiei;
- sentimente de devalorizare, vinovăție excesivă;
- capacitate de gândire și concentrare scăzută;
- idei recurente de moarte.

4. MANIA

- dispoziție expansivă sau iritabilă persistentă;
- stimă de sine crescută, grandoare;
- fugă de idei, distractibilitate;
- nevoie scăzută de somn;
- polipragmazie (creșterea activității orientate către un scop-social, sexual-), agitație psihomotorie;
- implicare excesivă în activități plăcute care au potențial ridicat de consecințe negative (cumpărături necontrolate, legături sexuale indiscrete, investiții necugetate în afaceri).

5. *PSIHOPATIA*

- pattern comportamental dizarmonic pe termen lung;
- inflexibil;
- necesită un istoric de dificultăți îndelungate în diferite domenii ale vieții (afectiv, de muncă), în relațiile interpersonale.

6. *NEVROZA*

- preocupare excesivă pentru corp, pentru pretinse simptome fizice sau pentru pretinse boli somatice;
- repetate solicitări pentru investigații medicale în pofida faptului că medicul îl asigură, repetat, că aceste solicitări nu au substrat medical.

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

DEFINIȚIE

“ Pattern permanent de experiență interioară și comportament care deviază marcant de la așteptările pe care le avem din partea insului. Acest pattern se manifestă în spectrul cognitiv, afectiv, al funcționării interpersonale și al controlului impulsurilor; este permanent și inflexibil; debutează în adolescență; este stabil în timp și creează disfuncționalitate.

CLASIFICARE

1. Tulburarea paranoidă
2. Tulburarea schizoidă
3. Tulburarea schizotipală
4. Tulburarea antisocială
5. Tulburarea borderline
6. Tulburarea histrionică
7. Tulburarea narcisică
8. Tulburarea obsesiv-compulsivă
9. Tulburarea evitantă
10. Tulburarea dependentă
11. Tulburarea organică de personalitate
12. Tulburarea polimorfă (mixtă)

TULBURAREA DE PERSONALITATE PARANOIDĂ

- suspicioși, neîncredători; se află permanent în așteptarea răului pe care ceilalți vor să i-l facă și orice încercare de a-i demonstra rațional contrariul nu face decât să-i întărească această convingere;

- neîncredere în persoanele apropiate (familie, prieteni) de a căror cinste, fidelitate se îndoiește (verificări minuțioase); gelozie patologică;

- rece, distant cu anturajul, colegii;

- ranchiunos, răzbunător, nu uită insultele și umilințele adeseori inexistente;

- în tensiune permanentă, în așteptarea agresiunii din partea tuturor;

- persoane ostile, rigide, lipsite de empatie, de sentimente, cu dispreț față de cei slabi;

- nu au prieteni, doresc puterea cu orice preț;

- persoane luptătoare, tenace, își urmăresc scopurile personale;

- capacitate de a-și expune logic argumentele, capacitate de convingere, tenacitate, nevoie de putere și valorizare;

- procesomani.

TULBURAREA DE PERSONALITATE ANTISOCIALĂ

- poate debuta în jurul vârstei de 15 ani cu tulburare de conduită (minciună, fugă de acasă, furt, bătaie, agresiuni, distrugere fără regret de bunuri, comiterea de acte cu caracter antisocial: tâlhării, crime, violuri);

- ignorare și violare a drepturilor altora;

- dispreț față de normele morale și sociale;

- toleranță mică la frustrare care îl determină să acționeze conform propriilor pulsioni și dorințe în pofida intereselor celorlalți, a suferințelor acestora sau a normelor sociale;

- iritabili, impulsivi, violenți, lipsiți de sentimente de frică, agresivi (bătaie, atacuri fizice);

- incapabili de a învăța din experiențele anterioare, nu au planuri de viitor;

- nu se pot încadra într-o activitate profesională susținută, schimbă des locul de muncă (au relații tensionate cu colegii, sunt agresivi verbal, fizic, nu respectă ordinea și disciplina, lipsesc des);

- lipsă de responsabilitate în îndeplinirea obligațiilor sociale și în relațiile familiale;

- abuz de alcool și droguri.

TULBURAREA DE PERSONALITATE BORDERLINE (DE GRANIȚĂ ÎNTRE PSIHOZĂ, NEVROZĂ ȘI TULBURAREA DE PERSONALITATE)

- relații interpersonale instabile și intense;
- instabilitatea imaginii de sine (nu se poate controla, înțelege);
- instabilitatea afectelor – disforie, iritabilitate, anxietate;
- impulsivitate;
- imposibilitatea de a sta singur, frica de a fi abandonat;
- plasează oamenii în categorii extreme “buni”/”răi” (idealizare/devalorizare);
- la minimă frustrare apar crize de auto sau heteroagresivitate;
- comportament, gesturi amenințări suicidare recurente sau comportamente de automutilare (atitudini demonstrative);
- sunt “întotdeauna în criză”, manipulatori;
- se angajează în abuz de substanțe, șofat periculos, relații sexuale haotice;
- actele antisociale nu sunt deliberate (ca în tulburarea antisocială), ci impulsive.

TULBURAREA DE PERSONALITATE HISTRIONICĂ

- stil dramatic, emoțional, impresionant;
- adesea cooperanți, dornici de a fi ajutați, au nevoia de a li se acorda atenție;
- din punct de vedere emoțional sunt superficiali, nesinceri, au un stil de vorbire dramatic, teatral, sugestionabili (au o ținută colorată, coafuri, machiaj exagerat). Se folosesc de aspectul fizic pentru a atrage atenția;
- prezintă exagerarea trăirilor afective și comportamentale, dramatizarea acestora. Vorbesc tare și mult, folosesc cuvinte care să impresioneze auditoriul, dar conținutul discursului este lipsit de substanță;
- au o mare versatilitate a emoțiilor (trec cu ușurință de la fericire la disperare, de la bucurie la tristețe), gestică teatrală creând sentimentul de autenticitate a trăirilor;
- provocatori sexuali;
- persoane egoiste, superficiale;
- tendința de manipulare a anturajului;
- toleranță scăzută la frustrare cu exprimarea zgomotoasă a nemulțumirii (tentative demonstrative de suicid).

TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP SCHIZOID

- trăsăturile caracteristice apar din copilărie – copiii retrași, „cuminți”, se joacă singuri, jocuri stereotipe, tăcuți.

- incapacitate de inițiere și menținere a relațiilor sociale, cu tendință evidentă la singurătate, izolare socială și “răceală emoțională”;

- incapacitate de implicare emoțională în relații interumane, aplatizare afectivă (incapacitatea de a trăi agresivitatea, ura, compasiunea);

- persoane distante, retrase, evită relațiile interpersonale de orice natură (inclusiv relațiile sexuale – nu își întemeiază familie);

- aleg meserii solitare pentru a nu fi nevoiți să se integreze într-un colectiv (matematicieni, fizicieni, filozofi, cercetători);

- nu au prieteni, sunt solitari, au o imaginație imaginativă bogată, pot părea excentrici.

STUDII DE CAZ

PSIHOZA

B.C, bărbat, 21ani, se prezintă la cabinet însoțit de familia alertată de comportamentul schimbat al băiatului de aproximativ o săptămână: nu se mai îngrijește, are perioade când este foarte agitat sau când vorbește singur, are gesturi bizare, nu mai iese din casă, încuie ușile.

La cabinet pacientul este suspicios, privește în jur bănuitor, este agitat, nu-și poate focaliza atenția la întrebările medicului; spune că este urmărit de niște vecini care vor să-l omoare „...mi-au spus mie prietenii mei,... i-am auzit cum îmi vorbeau la ureche,...uneori îmi spun că sunt prost și râd de mine, comentează ceea ce fac...nu i-am mai văzut de mult, dar îi aud...”

DEPRESIA

V.D., 45 ani, se prezintă la cabinet pentru dispoziție tristă de aproximativ două săptămâni, cu ideea depresivă și inutilitate, vinovăție *“nu sunt bun de nimic, nu-mi pot ajuta familia, nu mai am chef să fac nimic, stau toată ziua în pat, nu-mi mai place nimic...”*, *“aș vrea să mor...”*; lipsă de speranță *“...nu mai am nici un rost...”*.

Pacientul plânge ușor, privește în jos, vorbește lent, cu perioade de latență între întrebare și răspuns. Are o ținută neîngrijită, postură cu umeri căzuți. Se simte obosit, acuză insomnie marcată nu se mai poate concentra – nu mai poate citi, nu mai poate urmări emisiuni TV și nu mai poate să termine activități cotidiene simple, nu mai resimte plăcerea activităților considerate în mod obișnuit ca fiind agreabile (week-end-uri, evenimente fericite). Supravaluează aspectul negativ al situațiilor, minimalizând-ul pe cel pozitiv.

PSIHOPATIA

B.P, 30 ani, bărbat, școlarizare patru clase, fără ocupație în prezent, stagiul militar neefectuat, recidivist.

Prezintă istoric al tulburărilor de conduită de la 14 ani (fugă de acasă, minciună, furt, distrugeri de bunuri).

În prezent prezintă instabilitate, agresiune verbală și fizică, toleranță scăzută la frustrare. Este lipsit de sentimentul de frică, nu regretă faptele comise. Are relații tensionate cu familia și colegii; folosește anturajul pentru a-și rezolva problemele (manipulativ).

Prezintă pe antebraț și abdomen multiple cicatrici cheloide datorate unor autoagresiuni.

NEVROZA

G.C, 36 ani, se prezintă la cabinet cu numeroase acuze somatice: cefalee, amețeli senzații de apăsare toracică, dureri abdominale difuze, senzația de „nod în gât”, transpirații, tremurături amorteți ale membrelor. Aceste manifestări durează de câteva săptămâni, timp în care pacientul a fost la mai multe consulturi la medici de mai multe specialități, a fost investigat paraclinic, toate analizele și examinările (EKG, ecografie abdominală etc) fiind normale.

Pacientul este anxios, nu doarme bine, se simte obosit, la serviciu nu se poate concentra. Discuția cu el a scos în evidență că aceste stări neplăcute pe care le resimte sunt consecința unor conflicte exterioare (este amenințat de pierderea serviciului). Pacientul este convins însă că trăirile sale se datorează unor boli somatice grave.

MANIA

T.Z, 35 ani, este adus la cabinet de familie pentru agitație psihomotorie marcată, insomnie (doarme 2-3 ore pe noapte), hiperactivitate, sentimente de grandoare (descrie cu lux de amănunte și gestică largă cum îi ajută el financiar pe cei din familie chiar dacă aceștia nu-i solicită acest lucru și nu-i recunosc meritele).

La cabinet, în timpul interviului vorbește fără întrerupere, cu voce ridicată; glumește cu cei prezenți, le face chiar avansuri; este dezinhibat, se supără dacă este întrerupt.

Are o părere foarte bună despre sine, repetând că nu este apreciat la adevărata valoare, că el muncește mult, fiind implicat în multe proiecte grandioase (pe care însă nu le finalizează). Se simte în formă, nu are nevoie de somn, lucrează și noaptea. Nu este conștient că-i deranjează pe cei din jur.

RETARDUL MENTAL

A.B., 24 ani, al doilea copil din patru frați, părinți alcoolici, a efectuat șase clase la școala ajutătoare, în prezent fără ocupație.

Se prezintă la cabinet pentru: accese de furie cu crize clastice (în care sparge obiecte), comportament repetat autoagresiv (se lovește repetitiv cu un obiect dur).

Este neîngrijit, cu o igienă deficitară. Manifestă suspiciozitate, dificultăți de comunicare, limbaj stereotip, țipete, treceri bruște de la o stare afectivă la alta la contrarii mărunte.

Examenul psihologic a evidențiat un QI=60.

STUDII DE CAZ

- Joc de rol -

PSIHOZA

A.I., 23 ani, bărbat, se prezintă la cabinet cu următoarele manifestări apărute de circa 10 zile:

- ținută neîngrijită, agitație psihomotorie, privire suspicioasă, comportament neobișnuit, neadecvat

- halucinații auditive, cu caracter imperativ (îi comandă anumite acțiuni pe care acesta le poate executa)

- incapacitatea de a-și focaliza atenția
- folosește cuvinte inadecvate, ce nu au legătură cu ceea ce dorește să comunice
- dezinteres pentru ceea ce se întâmplă în jurul lui
- nu-și poate formula clar ideile (idei delirante de persecuție, urmărire)
- are gesturi de apărare față de inamici imaginari (bizarerii comportamentale)

DEPRESIA

P.A., 46 ani, se prezintă la cabinet cu următoarele manifestări:

- dispoziție tristă de circa trei săptămâni

- postură cu umeri căzuți, fața exprimă tristețe marcată, înlăcrimat

- vorbește lent, își găsește cu greu cuvintele

- idei de devalorizare și vinovăție, idei de moarte

- se simte obosit, fără energie, nu-i mai place să desfășoare activități care înainte îi făceau plăcere

- sentimente de inaptitudine
- în discuție pune accent pe nerealizări și mai puțin pe realizări.

PSIHOPATIA

D.N., 35 ani, bărbat, provine din familie dezorganizată, prezintă:

- consum de alcool

- agresivitate verbală și fizică

- conflict permanent cu cei din jur (iritabilitate, irascibilitate)

- egocentrism (acționează după propriile dorințe, neacordând nici un fel de atenție intereselor și suferințelor celorlalți sau normelor sociale)

- nu are sentimente de vină, nu învață din experiențele anterioare.

NEVROZA

D.B., 40 ani, prezintă:

- cefalee, senzații de “nod în gât”, dificultăți de respirație, presiune toracică, tremurături, palpitații, insomnie, neliniște, anxietate, teamă de moarte

- discuția cu medicul evidențiază că manifestările au apărut în urma divorțului, dar pacientul solicită îngrijiri medicale, considerând că suferința sa se datorează unei boli grave (a fost la numeroși medici, s-a investigat paraclinic în mai multe locații), fiind convins că i se ascunde adevărul în ceea ce privește gravitatea bolii sale.

MANIA

V.O., 40 ani, se prezintă la cabinet cu:

- o ținută colorată, neadecvată situației
- stare de irascibilitate, hiperactivitate, idei de grandoare, insomnie marcată
- descrie afaceri riscante de ale căror consecințe nu este conștient (nu le apreciază corect)
- extrem de comunicativ, cu o mimică expresivă, glumește cu ceilalți
- inconstanță a dispoziției, treceri bruște de la bună dispoziție la furie, când se simte contrazis
- nu-și poate menține concentrarea atenției, trece rapid de la o idee la alta, simte nevoia de a vorbi în permanență.

RETARDUL MINTAL

R.S., 30 ani, se prezintă la cabinet cu:

- lentoare în gândire, vorbire greoaie, cu stereotipii
- insuficientă coordonare în mișcări
- slabă capacitate de judecată
- comportament auto și heteroagresiv
- ținută neîngrijită
- accese de furie, imaturitate, toleranță scăzută la frustrare
- pacientul nu lucrează, fiind implicat în acte antisociale favorizate de lipsa discernământului și tendința la imitație.

STUDII DE CAZ

TULBURAREA DE PERSONALITATE ANTISOCIALĂ

M.B., 35 ani, bărbat, se prezintă la cabinet cu:

- iritabilitate, irascibilitate la incitații minime
- agresivitate verbală și fizică
- minte pentru a-și atinge scopurile
- discuția cu medicul relevă că se implică în acte agresive (bătăi) pe care nu le regretă
- nu are sentimente de vină
- nu respectă normele impuse
- nu poate urma un program impus (nu are serviciu).

TULBURAREA DE PERSONALITATE BORDERLINE

D.Z., 27 ani, bărbat, prezintă

- instabilitate emoțională marcată (plasează oamenii în categorii extreme „buni/răi”)
- caută anturajul, nu poate sta singur
- recurge la autoagresiuni, tentative suicidare demonstrative în scopul de manipulare
- stare de nemulțumire permanentă
- comite acte agresive, impulsive (nu deliberat)
- sentiment de gol interior.

TULBURAREA DE PERSONALITATE PARANOIDĂ

A.P., 40 ani, bărbat, prezintă:

- suspiciune, neîncredere în ceilalți (îi suspectează pe ceilalți că ar fi rău intenționați în ceea ce-l privește și nu poate fi convins că acest rău nu există)
- foarte atent la ce se petrece în jur, nu are încredere
- pune la îndoială loialitatea altora (chiar a celor apropiați), este gelos
- caută în detaliu dovezi în sprijinul bănuielilor sale, fără a ține seama de situație în întregul său
- dacă se simte ofensat este gata de represalii disproporționate
- rațional, logic, rezistă argumentelor celorlalți
- îi este greu să manifeste emoții pozitive, nu prea are simțul umorului.

TULBURAREA DE PERSONALITATE SCHIZOIDĂ

B.C., 29 ani, bărbat, manifestă:

- singurătate, izolare socială
- pare impasibil, detașat, greu de deslușit, evită contactul vizual
- indiferent la elogi sau critici
- nu-l interesează viața celorlalți, are puțini prieteni apropiați, nu leagă prietenii cu ușurință
- preferă activitățile solitare (are o imaginație bogată)
- nu caută compania celorlalți.

TULBURAREA DE PERSONALITATE HISTRIONICĂ

C.R., 30 ani, bărbat, manifestă:

- nevoia de a i se acorda atenție (caută să atragă atenția celorlalți, nu-i plac situațiile în care nu este obiectul atenției generale), caută stăruitor afecțiunea propriului anturaj
- comportament exagerat
- vorbește mult, tare, încercând să impresioneze, gestică teatrală, evocă impresii fiind lipsit de precizie și detaliu
- dramatizează exprimarea emoțiilor, care sunt foarte schimbătoare
- preocupare de sine, nestatornicie
- tendința de idealizare sau, dimpotrivă, de depreciere excesivă a persoanelor din anturajul său.

COMPONENȚA ȘI ROLURILE PROFESIONALE ÎN ECHIPA MULTIDISCIPLINARĂ IMPLICATĂ ÎN PLANUL TERAPEUTIC AL DEȚINUȚILOR CU PROBLEME DE SĂNĂTATE MINTALĂ (DPSM)

Echipa multidisciplinară va fi alcătuită din:

- medic psihiatru/medic generalist
- psiholog
- educator
- asistent social
- asistent medical
- comandant de secție/șef tură
- agent supraveghetor.

Rolurile profesionale ale membrilor echipei:

Medicul psihiatru – diagnostichează, stabilește conduita terapeutică și monitorizează evoluția stării DPSM.

Medicul generalist – depistează DPSM și îi îndrumă către medicul specialist psihiatru; asigură monitorizarea acestora din punct de vedere al stării psihice și al tratamentului recomandat de medicul specialist.

Psihologul – asigură conservarea și îmbunătățirea statutului psihosomatic al DPSM pe parcursul traseului execuțional.

Educatorul – asigură sprijin calificat în vederea îmbunătățirii nivelului educațional al DPSM. Asistă DPSM în soluționarea problemelor cu care se confruntă pe perioada detenției.

Asistentul social – organizează și desfășoară programe și activități sociale menite să faciliteze reinserția socială a DPSM.

Asistentul medical – se ocupă de pacient în scopul recâștigării echilibrului psihic, sau face pentru el ceea ce el însuși nu poate. Acordă direct îngrijire, educă pacienții, consultă alți profesioniști din sistemul sănătății.

Comandant de secție/șef tură – verifică modul de desfășurare a programului zilnic cu DPSM; participă la principalele activități planificate, pretinzând celorlalte cadre neimplicate în acest activități respectarea ordinelor și instrucțiilor de linie.

Agentul supraveghetor – execută activitatea de pază, supraveghere și escortare a DPSM; manifestă vigilență față de activitatea DPSM, cunoaște starea de spirit a acestora.

