

Ministerul Sănătății
Spitalul Clinic de Psihiatrie „SOCOLA” Iași
Comisia de Psihiatrie și Psihiatrie Pediatrică
a Ministerului Sănătății

SUPORT EDUCAȚIONAL REALIZAT ÎN CONFORMITATE CU PREVEDERILE
PROGRAMULUI NAȚIONAL DE SĂNĂTATE MINTALĂ
SUBPROGRAMUL 3.1 DE PROFILAXIE
ÎN PATOLOGIA PSIHIATRICĂ ȘI PSIHOSOCIALĂ

CURRICULĂ DE INSTRUIRE PENTRU ASISTENȚII MEDICALI DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE MINTALĂ

Coordonator:
Prof. Dr. Dragoș MARINESCU

Șef lucrări Dr. Crin MARCIAN
Prof. Veronica BUBULAC
Prof. Dolina CĂLINESCU

În colaborare cu
Prof. Dr. Călin SCRIPCARU

Editura SEDCOM LIBRIS

Ministerul Sănătății
Spitalul Clinic de Psihiatrie „SOCOLA” Iași
Comisia de Psihiatrie și Psihiatrie Pediatrică
a Ministerului Sănătății

SUPOORT EDUCAȚIONAL REALIZAT ÎN CONFORMITATE CU PREVEDERILE
PROGRAMULUI NAȚIONAL DE SĂNĂTATE MINTALĂ

SUBPROGRAMUL 3.1 DE PROFILAXIE
ÎN PATOLOGIA PSIHIATRICĂ ȘI PSIHOSOCIALĂ

editura



CARTEA ESTE O PASIUNE,
IAR PASIUNEA SE ÎMPARTĂIE...

Editor: Petru RADU
Redactor: Alina HUCAI
Operare corectură: Carmen ASTĂCIOAEI
Concepția și realizarea copertei: Ioana ZAUS
Pre-press: Diana PRELIPCEAN, Tudor HUTU

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

MARINESCU, DRAGOȘ

Curriculă de instruire pentru asistenții medicali din sistemul de sănătate mintală: suport educațional realizat în conformitate cu prevederile programului național de sănătate mintală: subprogramul 3.1 de profilaxie în patologia psihiatrică și psihosocială / prof. dr. Dragoș Marinescu (coord.), șef lucrări dr. Crin Marcian, prof. Veronica Bubulac, prof. Doina Călinescu. – Iași: Sedcom Libris, 2012

Bibliogr.

I.S.B.N.: 978-973-670-495-6

- I. Marinescu, Dragoș
- II. Marcian, Crin
- III. Bubulac, Veronica
- IV. Călinescu, Doina

614.253.5:616.89

Copyright © 2012 SEDCOM LIBRIS

Toate drepturile asupra prezentei ediții sunt rezervate Editurii Sedcom Libris, Iași. Reproducerea parțială sau integrală a textelor, prin orice mijloc, precum și a graficii copertei, fără acordul scris al Editurii Sedcom Libris, este interzisă și reprezintă o încălcare a proprietății intelectuale, fiind pedepsită în conformitate cu legislația în vigoare.

Adresa Editurii SEDCOM LIBRIS:

Șos. Moara de Foc nr. 4, cod 700527, Iași, România

Informații, comenzi și propuneri de editare sau colaborare:

Tel.: +40 232 242 877; +40 232 234 582; +40 742 769 772

Fax: +40 232 233 080

E-mailuri: editurasedcomlibris@yahoo.com, editurasedcomlibris@gmail.com

www.editurasedcomlibris.ro

CURRICULĂ DE INSTRUIRE PENTRU ASISTENȚII MEDICALI DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE MINTALĂ

Coordonator:
Prof. Dr. Dragoș MARINESCU

Șef lucrări Dr. Crin MARCIAN
Prof. Veronica BUBULAC
Prof. Doina CĂLINESCU

În colaborare cu
Prof. Dr. Călin SCRIPCARU

Editura SEDCOM LIBRIS
Iași, 2012

CUPRINS

Capitolul I

PSIHIATRIE ȘI NURSING ÎN PSIHIATRIE.....	7
1. INTRODUCERE ÎN TEMA CURRICULEI.....	7
2. SEMNE ȘI SIMPTOME PREZENTE ÎN BOLILE PSIHIATRICE – SEMILOGIE ȘI SINDROMOLOGIE PSIHIATRICĂ.....	8
2.1. TULBURĂRI ALE PROCESELOR COGNITIVE.....	9
2.2. TULBURĂRI ALE AFECTIVITĂȚII ȘI VOINȚEI.....	28
3. NURSING ÎN PSIHIATRIE.....	73
3.1. NURSA.....	75
3.2. NURSING.....	76
3.3. ROLUL NURSEI.....	77
3.4. FUNCȚIILE NURSEI.....	77
3.5. DOMENII DE ACTIVITATE.....	79
3.6. LOCUL DE MUNCĂ.....	80
4. ASPECTE TEORETICE ALE PROCESULUI DE ÎNGRIJIRE (ALE NURSINGULUI).....	80
4.1. EVOLUȚIA ÎNGRIJIRILOR.....	80
4.2. REORIENTAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE.....	82
4.3. ÎNGRIJIRI PRIMARE DE SĂNĂTATE (I.P.S.).....	83
4.4. CADRUL CONCEPTUAL AL ÎNGRIJIRILOR.....	86
4.5. COMPETENȚA ASISTENȚEI MEDICALE.....	88

Capitolul II

MODELUL CONCEPTUAL AL VIRGINIEI HENDERSON.....	91
1. COMPONENTELE ESENȚIALE ALE UNUI MODEL CONCEPTUAL.....	91
2. NEVOILE FUNDAMENTALE.....	93
3. CLASIFICAREA NEVOILOR UMANE DUPĂ TEORIA LUI MASLOW.....	96
4. NEVOIA ȘI HOMEOSTAZIA.....	96
5. INDEPENDENȚĂ ȘI DEPENDENȚĂ ÎN SATISFACEREA NEVOILOR FUNDAMENTALE.....	97
6. SURSELE DE DIFICULTATE.....	101

Capitolul III

PROCESUL DE ÎNGRIJIRE.....	105
1. CULEGEREA DE DATE SAU APRECIEREA.....	107
2. ANALIZA ȘI INTERPRETAREA DATELOR.....	117
3. PLANIFICAREA ÎNGRIJIRILOR.....	131
4. EXECUTAREA (APLICAREA) ÎNGRIJIRILOR.....	136
5. EVALUAREA ÎNGRIJIRILOR.....	144

NEVOILE FUNDAMENTALE.....	149
1. NEVOIA DE A SE MIȘCA ȘI DE A AVEA O BUNĂ POSTURĂ.....	149
2. NEVOIA DE A MÂNCA ȘI A BEA.....	157
3. NEVOIA DE A ELIMINA	168
4. NEVOIA DE A RESPIRA ȘI A AVEA O BUNĂ CIRCULAȚIE.....	182
5. NEVOIA DE A-ȘI MENȚINE TEMPERATURA CORPULUI ÎN LIMITELE NORMALE.....	191
6. NEVOIA DE A FI CURAT, ÎNGRIJIT ȘI DE A-ȘI PROTEJA TEGUMENTELE ȘI MUCOASELE	195
7. NEVOIA DE A COMUNICA	200
8. NEVOIA DE A EVITA PERICOLELE	204
9. NEVOIA DE A DORMI, A SE ODIHNI	207
10. NEVOIA DE A SE RECREA.....	213
11. NEVOIA DE A SE ÎMBRĂCA ȘI DEZBRĂCA.....	215
12. NEVOIA DE A ACȚIONA CONFORM PROPRILOR CONVINGERI ȘI VALORI, DE A PRACTICA RELIGIA	217
13. NEVOIA DE A FI PREOCUPAT ÎN VEDEREA REALIZĂRII	219
14. NEVOIA DE A ÎNVĂȚA CUM SĂ-ȘI PĂSTREZE SĂNĂTATEA	221
 Capitolul V	
ROLUL NURSEI ÎN ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI PSIHIATRICE..	225
1. PROCESUL DE ÎNGRIJIRE ÎN PSIHIATRIE.....	226
2. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI PSIHIATRICE.....	238
3. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU PSIHOZE TOXICE	241
4. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU NEVROZE	245
5. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU SCHIZOFRENIE	248
6. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU DEMENTE.....	250
7. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU OLIGOFRENII.....	252
8. ASPECTELE UNUI PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU PACIENȚII CU UN COMPORTAMENT DEPRESIV	258
9. ASPECTELE UNUI PLAN DE ÎNGRIJIRE A UNUI PACIENT CU UN COMPORTAMENT MANIACAL.....	261
10. ASPECTELE UNUI PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU PACIENȚII CU UN COMPORTAMENT PSIHOTIC.....	265
11. ASPECTELE UNUI PLAN DE ÎNGRIJIRE ÎN FOLOSUL PACIENȚILOR CU DEMENTĂ.....	268
12. PUNCTELE SPECIFICE DE ATENȚIE ÎN ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR PSIHIATRICI CRONICI (SCHIZOFRENII)	271
13. ASPECTELE UNUI PLAN GENERIC ÎN FOLOSUL PACIENȚILOR CU UN COMPORTAMENT DE DEPENDENȚĂ	273
Bibliografie selectivă.....	279

PSIHIATRIE ȘI NURSING ÎN PSIHIATRIE

1. INTRODUCERE ÎN TEMA CURRICULEI

Modulul **Psihiatrie și Nursing în Psihiatrie** se adresează pregătirii specifice necesare asistentului medical generalist și își propune prezentarea unui set de cunoștințe clinice, etiopatogenice și terapeutice care să permită recunoașterea precoce a afecțiunilor și optimizarea calității asistenței psihiatrice.

Dinamica evolutivă a psihiatriei a determinat, în ultimul secol, trecerea de la o etapă predominant descriptivă, asociată cu un model explicativ de inspirație psihologistă, la modelul medical al bolii psihice, care re-aduce psihiatria în rândul specialităților medicale, conferind fiecărei entități nosologice un model explicativ etiopatogenic, responsabil de tabloul simptomatic și sindromologic, de evoluția bolii și răspunsul terapeutic.

Tulburările psihice prezintă, ca o particularitate comună, situarea lor la granița comprehensibilității medicale, impactul și stigma socială a bolii psihice determinând o scotomizare a patologiei psihiatrice și o tendință de a evita, într-o manieră cât mai îndelungată, diagnosticul psihiatric.

Costurile sociale și economice ale tulburărilor psihice, asocierea acestora cu numeroase comorbidități somatice, precum și tulburările comportamentale determinate de îngrijirea inadecvată a suferințelor psihiatrice impun o reevaluare a dimensiunii psihiatriei în contextul social actual.

O țintă importantă a demersului educativ este reprezentată de depistarea precoce a factorilor de risc și a vulnerabilităților specifice pentru dezvoltarea unei tulburări psihiatrice, precum și a factorilor de risc

determinați de o suferință psihiatrică în generarea unor comorbidități somatice severe (infarctul de miocard, stroke-ul, cancerul) sau a unor atitudini discomportamentale, mergând de la adicția comorbidă pentru substanțe ilegale și culminând cu actele hetero- sau autoagresive (suicidul).

Prezentul material constituie baza teoretică a pregătirii educaționale în domeniul psihiatriei clinice și biologice, fiind utilizat ca suport educațional fundamental, supus unei permanente actualizări, în activitățile didactice formativ-educative specifice. Scopul urmărit este realizarea unei viziuni unitare la toate nivelele echipei de îngrijire complexă ce se ocupă de pacienții cu suferințe psihiatrice.

2. SEMNE ȘI SIMPTOME PREZENTE ÎN BOLILE PSIHIATRICE – SEMIOLOGIE ȘI SINDROMOLOGIE PSIHIATRICĂ

Principalele funcții psihice sunt determinate de echilibrul între suportul structural cerebral, reprezentat de unitatea celulară neuronală și glială, și capacitatea de întreținere funcțional-metabolică a acestuia prin procesele metabolice, vasculare și de oxigenare. Integritatea funcțională a psihicului constituie oglinda integrității structurale, pe care se suprapun modelele comunicării neurobiochimice reprezentate de neuromediatori și neuromodulatori. În momentul actual, se discută de o stare funcțională latentă (*resting state*) care poate interveni, în mod compensator, în momentele de dezechilibru ale activității cerebrale.

Boala psihică ar reprezenta, în acest sens, un *pattern* stabil al unei anumite modalități de răspuns patologice a activității cerebrale față de mulțimea factori perturbatori, metabolici, vasculari, neurobiochimici sau structurali.

Funcțiile psihice

Cognitive

Senzația
Percepția
Atenția
Memoria
Gândirea
Limbajul
Imaginația

Afective

- ✓ Dispoziția
- ✓ Reacțiile afective
 - ✓ Emoțiile
 - ✓ Sentimentele
 - ✓ Pasiunile

Conative

- ✓ Motivația
- ✓ Voința
- ✓ Afectivitatea
- ✓ Comportamentul

2.1. TULBURĂRI ALE PROCESELOR COGNITIVE

Semiologia percepției

Senzația este un act psihic elementar, „monomodul”, ce conduce la realizarea unei imagini singulare, a unei însușiri a obiectelor și fenomenelor. Aceasta se realizează prin acțiunea lumii înconjurătoare asupra organelor de simț, prin ea luându-se cunoștință de proprietățile elementare ale materiei.

Percepția este un proces senzorial care se distinge prin sintetism, unitate și integritate, aceasta având capacitatea de a reda realitatea obiectuală în imagini de ansamblu, fapt care îi conferă caracterul „multimodal”.

Cunoașterea lumii se realizează prin întrepătrunderea a două nivele: percepția propriu-zisă și apercepția (condensarea tuturor cunoștințelor și ideilor legate de momentul percepției).

Principalii factori care influențează calitatea percepției ar fi: claritatea câmpului conștiinței; starea anatomo-fiziologică a analizatorului (receptor, căi și zone de proiecție corticală); condițiile în care se realizează percepția; calitatea atenției și apercepția.

Semiologia senzorialității

PERCEPȚIA = Suma senzațiilor + experiența anterioară
subiectivă, personală, reflectă obiectele în totalitatea lor
la baza percepției: SENZAȚIA (act elementar de realizare a
imaginii singulare a unor însușiri ale obiectelor, fenomenelor)

TULBURĂRI CANTITATIVE ALE PERCEPȚIEI	- HIPERESTEZIA - HIPOESTEZIA - ANESTEZIA
TULBURĂRILE CALITATIVE ALE PERCEPȚIEI	- ILUZIA - HALUCINAȚIA - PSEUDOHALUCINAȚIA - HALUCINOZA - CENESTOPATIA

* Agnoziile reprezintă o categorie de tulburări calitative ale percepției, corelate cu leziuni cerebrale, fiind specifice patologiei neurologice sau unor afecțiuni neurodegenerative de tipul bolii Alzheimer.

Elemente de neurofiziologie

Percepția se realizează cu ajutorul analizatorilor de tip vizual, auditiv, olfactiv, gustativ, tactil, proprioceptiv și interoceptiv. Fiecare analizator cuprinde receptori, căi de transmisie și o zonă de proiecție corticală care sintetizează semnalele din periferie, realizând astfel percepția.

Tulburări cantitative

Hiperestezia este trăită ca o impresie de creștere a intensității senzațiilor și apare în surmenaj, neurastenii, prodromurile bolilor infecto-contagioase, debutul unor psihoze (mai ales cele paranoide).

Hipoestezia reprezintă scăderea intensității senzațiilor și se întâlnește în stări reactive acute, nevroză și psihoze isterice, tulburări de conștiință, schizofrenie, oligofrenii, demențe.

Anestezia se referă la anularea senzațiilor dureroase și se întâlnește în criza isterică și în cazuri foarte rare de schizofrenie.

Aceste tulburări cantitative sunt funcționale, ele trebuind diferențiate de modificările determinate de leziuni (receptori, căi de conducere) sau induse de substanțe (anestezia chirurgicală).

Tulburări calitative (majore sau productive)

Iluziile sunt definite ca percepții deformate cu obiect real, fiind de două tipuri: *iluzii fiziologice* (optico-geometrice, de volum etc.) caracterizate prin faptul că subiectul își corectează greșeala și *iluzii patologice* pe care bolnavul nu le corectează, ci le consideră veridice în ciuda evidenței lor patologice. Ca și cele fiziologice, acestea sunt caracterizate prin obiectualitate, fiind, întotdeauna, generate de un excitant real.

Unele iluzii nu au ca mecanism o percepție falsă, ci se bazează pe *interpretarea senzorială* în care pacientul identifică obiectul, dar interpretează *sui generis*.

Vom descrie, așadar, iluzii propriu-zise (prin percepție eronată) și interpretări senzoriale.

Iluziile propriu-zise se referă, practic, numai la analizatorul vizual. Acestea pot fi de două tipuri: *comune* și *particulare*.

Iluziile propriu-zise comune sunt subclasificabile, la rândul lor, în: *dismegalopsii* (modificarea dimensiunilor – macropsii, micropsii); *metamorfopsii* (modificarea formei, până la schimbarea completă a obiectului real) și *poropsii* (modificarea distanței față de obiectul perceput).

Iluziile propriu-zise particulare sunt: *pareidolia* (bolnavul interpretează desenele anodine ale unui covor sau perete ca fiind animale fantastice, ochi etc.) și *falsele recunoașteri* (identificarea greșită a persoanelor).

Interpretările senzoriale (percepție corectă sau aproape corectă, cu interpretare eronată) sunt: *vizuale* – iluzia sosiilor, variantă particulară a falselor recunoașteri; de exemplu, un pacient cu schizofrenie este convins că, deși mama sa arată la fel sau aproape la fel, nu este cea adevărată, ci numai o înlocuitoare (sosie) a acesteia; *auditive* – diverse sunete sau zgomote percepute au o semnificație particulară (pașii sunt ai dușmanilor, cântecul păsărilor din grădină are scopul de a-l descuraja etc.); *viscerale* – perceperea eronată a funcționării unor organe sau aparate; apar în stări hipocondriace, schizofrenie, melancolie (sindrom Cotard), demențe.

Recapitulând, iluziile se pot întâlni la: oamenii normali – favorizate de condiții improprii de percepție, sugestibilitate, stări emoționale deosebite; bolnavi cu tulburări funcționale sau leziuni ale receptorilor, ale căilor de conducere sau zonelor integrative (mai ales lobul temporal); bolnavi cu stări febrile, boli infecto-contagioase, intoxicații endogene sau exogene; bolnavi cu stări confuzionale de diverse etiologii; bolnavi nevrotici

(isterici, obsesivo-fobici); bolnavi psihotici (stări delirante și depresive, schizofrenie, psihoze paranoide, demențe).

Halucinațiile, definite de Ball ca fiind „percepții fără obiect de perceput”, se clasifică în: halucinații psiho-senzoriale („adevărate”); halucinații psihice („pseudohalucinații”); halucinoze; alte manifestări halucinatorii.

Halucinațiile psiho-senzoriale prezintă următoarele caracteristici: proiecție spațială – fenomenele halucinatorii sunt situate de bolnav în câmpul perceptiv (campin) sau dincolo de limitele acestuia (extracampin); bolnavul are convingerea fermă a existenței reale a acestora; sunt percepute prin căile și modalitățile senzoriale obișnuite; au grad variabil de intensitate, durată și complexitate (de la elementare până la complexe); pot fi intermitente sau continue; au rezonanță afectivă (de obicei, sunt anxiogene, dar pot fi și plăcute).

După natura senzorială pe care o îmbracă, halucinațiile psihosenzoriale pot fi auditive, vizuale, gustative, olfactive, tactile și corporale (proprioceptive și interoceptive).

Halucinațiile psihice sunt autoreprezentări aperceptive, fără proiecție spațială, care se desfășoară „în mintea”, „în capul”, „în interiorul corpului” bolnavului. Bolnavii sunt convinși de realitatea existenței lor, resimțindu-le ca fiind rezultatul unor acțiuni ce vin din afară, având caracterul de „făcute” sau provocate de cineva. Se caracterizează prin straniețe, exogenitate și automatism.

Pseudohalucinațiile depășesc domeniul analizatorilor, cuprinzând o serie de fenomene impuse, legate de gândire, stări emoționale și chiar de motricitate.

După aria de manifestare, **pseudohalucinațiile** se clasifică în: *auditive* – ecoul gândirii, sonorizarea gândirii, voci interioare; *vizuale* – scene „în cap”, diverse imagini în spațiul subiectiv; *gustative și olfactive* (gusturi și mirosuri provocate, „făcute”); *tactile* – apar sub forma unor senzații extrem de neplăcute și penibile (de exemplu, „biciuirea neutronică”); *corporale* – legate de noțiunea de „lipsă de libertate interioară”, „de stăpânire interioară”, „de influență”; *psihesteze* (influențare psihică) – furtul gândirii, ghicitul gândurilor, gânduri impuse, tranzitivism (pacientul simte că ideile sale circulă prin lume și sunt cunoscute de toți), stări emoționale impuse („mă fac să plâng”, „mă fac să râd”), teleghidarea întregii persoane; *kinesteze* (motorii) – se exprimă clinic prin perceperea executării unor mișcări impuse, realizând, în cadrul sindromului

de automatism mintal, două aspecte particulare: halucinații motorii grafice și halucinații motorii verbale.

Halucinozele sunt halucinații a căror semnificație patologică este recunoscută de bolnav, acestea apărând în leziunile neurologice pedunculare (Lhermitte și van Bogaert), leziunile de trunchi cerebral, stările toxice și infecțioase.

Alte manifestări halucinatorii sunt: *halucinațiile funcționale* – percepția unor excitanți obiectivi determinând apariția unor false percepții de tip halucinatoriu (de exemplu, apa ce curge la robinet este percepută sub forma unor voci care îl injuriează pe bolnav); caracteristic acestor halucinații este faptul că sunt percepute atâta timp cât există excitantul real; *halucinoidele* – fenomene psihopatologice de aspect halucinatoriu, situate între reprezentări vii și halucinații vagi, ce nu reușesc să-l convingă pe deplin bolnavul asupra existenței lor reale; *imaginile eidotice* – reproiectarea în exterior a imaginilor unor obiecte sau ființe, la persoane dotate cu forțe receptive deosebite; *halucinațiile fiziologice* – acestea apărând la alternarea stărilor de veghe și somn; se numesc *hipnagogice* cele de adormire și *hipnapompice*, cele de trezire.

Importanța clinică a fenomenelor halucinatorii este diversă și complexă, după cum urmează: halucinațiile elementare și mai ales halucinozele au valoare orientativă în ceea ce privește localizarea suferințelor cerebrale; halucinațiile psihosenzoriale și mai ales pseudohalucinațiile aparțin, în marea lor majoritate, tulburărilor psihice de intensitate psihotică (sindroame paranoide); au caracter de urgență medicală, întrucât experiența halucinatorie este intens trăită de bolnav, cu mare încărcătură anxioasă, generând un comportament de apărare (comportament halucinatoriu), cu potențial auto- și heteroagresiv; în cadrul psihozelor paranoide, bolnavul poate nega existența halucinațiilor, ceea ce reprezintă disimularea fenomenelor halucinatorii; pseudohalucinațiile fac parte integrantă din sindromul de automatism mintal descris de Kandinsky și Clerambault, specific schizofreniei paranoide și parafreniei.

Cenestopatia (termen introdus de Duprè) este o senzație neplăcută situată în corp, nejustificată prin recepție sau suport anatomo-fiziologic. Se caracterizează prin: extremă fugacitate; absurditate anatomo-fiziologică; modalitate „personală” de prezentare.

Aceasta aparține nevrozelor și unor debuturi psihotice, semnificând deficit de comunicare, gândire magică sau nivel socio-cultural redus. Strict semiologic, ar putea fi situată între iluzie și halucinoză.

Aгноziile sunt tulburări de percepție determinate de un defect de integrare gnozică și având semnificație clinică în ceea ce privește localizarea leziunilor cerebrale (studiul lor aparține neurologiei). Exemple: *agnozia vizuală* (cecitatea psihică) – leziunea lobului occipital; *prosopagnozia* (nerecunoașterea fizionomiilor cunoscute) – leziuni ale emisferului drept; *agnozia culorilor* – leziuni ale emisferului stâng; *agnozia auditivă* (surditatea psihică) – leziuni bilaterale de lob temporal.

Semiologia atenției

Atenția (*prosexia*) este o funcție psihică elementară prezentă în orice sector sau moment al existenței conștiente (totală și ubicuitară). Aceasta direcționează procesele cognitive și are un important rol adaptativ, mediind contactul între lumea interioară și cea exterioară.

Scopul acesteia îl constituie autoreglarea activității psihice pe micro-intervale, în mod intermitent.

Calitățile (însușirile) identificate sunt: stabilitate și mobilitate; volum și concentrare; distributivitate (atenție selectivă).

Clasificarea vizează identificarea mai multor tipuri de atenție: *involuntară* – reacția de orientare nespecifică; *voluntară* – reacția de orientare specifică; *habituală* – starea de pregătire pentru o recepție corectă.

Acțiunile (cu implicarea altor procese psihice) au în vedere următoarele aspecte: selectarea mesajelor; ajustarea anticipativă; polarizarea intermitentă a vieții psihice.

Subordonarea vizează claritatea conștiinței, stările afective și personalitatea.

Semiologia atenției

ATENȚIA (PROSEXIA)

- reacție care orientează, dirijează și focalizează (concentrează) pulsivul conștient asupra un anumit sector al realității (intenționalitate);
- Este influențată de afecțiunile:

ATRIBUTELE ATENȚIEI

- **CONCENTRAREA:** atenția se focalizează pe un anumit stimul (obiect); crescând eficacitatea percepției, se poate realiza fără efort (datorită curiozității, interesului) sau poate necesita un efort al voinței.
- **DISPERSIA:** aria de atenție superficială din jurul focarului de concentrare a atenției, în care obiectele sunt percepute mai puțin clar.
- **PERSISTENȚA:** capacitatea de a menține atenția la un nivel optim de concentrare.
- **MOBILITATEA:** capacitatea de a comuta atenția pe un alt obiect când necesitatea o impune.

Vigilența atenției este definită după cum urmează: „capacitatea de a putea răspunde corect la problematica pusă de mediul înconjurător”. Depinde de celelalte instanțe psihologice ale individului, dar mai ales de claritatea câmpului de conștiință, calitatea memoriei și nivelul cognitiv. Aceste instanțe realizează *reacția de orientare*, care poate fi: *nespecifică* – reflexă sau învățată – de exemplu, întoarcerea capului spre direcția unde s-a produs un zgomot puternic sau închiderea ochilor în momentul unei lumini puternice; *specifică* – motivată (cognitiv sau afectiv), de exemplu, orientarea spre jocul adversarului într-un meci de box.

Orientarea se poate exprima în plan verbal (orientarea verbală) sau comportamental (orientarea practică).

Diminuarea vigilenței atenției se asociază frecvent confuziei mintale, conducând la mari *tulburări de orientare* în ceea ce privește: *orientarea temporală* (situarea corectă în timp a propriei persoane și capacitatea elaborării unor planuri în timp); *orientarea spațială* (identificarea corectă a spațiului imediat și capacitatea elaborării unor scheme spațiale); *orientarea asupra altor persoane* (allopsihică); *orientarea asupra propriei persoane* (autopsihică).

Semiologia atenției

MODIFICĂRI CANTITATIVE ALE ATENȚIEI

HIPOPROSEXIA: – creșterea atenției

- de concentrare și persistență (depresie, anxietate pentru exterior);

- de dispersie și mobilitate (depresie).

HIPERPROSEXIA: – diminuarea atenției

- de concentrare și persistență (personalitate epileptoidă, depresie – pentru propria suferință);

- de dispersie și mobilitate (manie).

APROSEXIA: – abolirea atenției

- retard mental sever, demențe, stări confuzionale.

Elemente de neurofiziologie

Atenția este legată în special de sistemul reticulat activator ascendent al trunchiului cerebral care are un efect tonic, difuz și durabil asupra cortexului. Formațiunea reticulată diencefalică are efecte de scurtă durată, fiind importantă pentru mobilizarea atenției.

Formațiunea reticulată exercită un rol protector asupra cortexului, permițând trecerea anumitor mesaje (filtru). Există un filtraj negativ pentru stimuli inutili, care nu mai „activează” creierul și un filtraj pozitiv care favorizează accesul stimulilor relevanți către cortex. Prin acest mecanism, se realizează concentrarea și stabilitatea atenției. Un alt mecanism care intervine în stabilitatea atenției este habituarea senzorială: stimulii repetitivi devin, după o vreme, nesemnificativi și nu mai sunt selectați.

Contradicția dintre impulsurile activator-facilitatoare ascendente și cele inhibitor-moderatoare descendente este foarte importantă pentru funcționarea optimă a atenției.

Tulburările atenției (disprosexiile)

Atenția în psihopatologie nu poate fi privită într-un singur plan ca în psihologie, ci într-o manieră sincronă cu alte funcții și procese psihice, ceea ce creează premisa unei viziuni integrative și nu analitice.

Hiperprosexia poate prezenta două variante: *globală* sau *nespecifică* – se observă în stări maniacale, psihoze delirante și *hipervigilantă*

(sectorizată sau specifică) care se întâlnește în melancolie, paranoia, nevroza obsesivo-fobică.

Hipoprosexia reprezintă un deficit de filtraj al informațiilor și dificultăți de selectare a răspunsurilor. Apare în tulburările câmpului conștiinței, nedevelopările sau deteriorările de intelect și personalitate, schizofrenie, nevroze, surmenaj.

Aprosexia apare în stări confuzionale grave, stări comatoase.

Semiologia memoriei

Memoria este un proces psihic cognitiv care fixează și stochează (depozitează) informațiile, asigurând evocarea și recunoașterea experienței trăite. Reprezintă „zestrea persoanei” și se compune, în mod analitic, din: memoria perceptuală (percepțiile trăite); memoria gândirii; memoria afectivității; memoria activității.

Delay extinde noțiunea și descrie: *memoria biologică* (filo- și ontogenetică); *memoria socială* (propriu-zisă, ca proces psihic); *memoria autistă* (probabil, manifestă în vis și în bolile psihice).

Sectoarele cronologice ale memoriei sunt două: psihopatologic (memoria de fixare și memoria de evocare voluntară sau automată) și psihologic (memoria imediată; memoria recentă și memoria de lungă durată).

Semiologia memoriei

MEMORIA

↳ proces psihic complex cu ajutorul căruia se realizează înțipărirea (fixarea), păstrarea (conservarea) și evocarea (reactualizarea) unor experiențe.

TULBURĂRILE DE MEMORIE	HIPERMNEZIILE
	HIPOMNEZIILE
	AMNEZIILE
	PARAMNEZIILE

Elemente de neurofiziologie

Memoria pare a avea un suport material – engrama, aceasta fiind constituită din acid ribonucleic (ARN), cantitatea de ARN crescând în procesul învățării, odată cu memorizarea.

Din punct de vedere anatomic, Papez a descris, ca suport al memoriei, un circuit cortico-subcortical (care-i poartă numele): *hipocamp – fornix – corpi mamilari – talamus – girus cinguli – hipocamp*. Acest circuit ar fi în strânsă legătură cu cortexul prefrontal.

O serie de argumente vin în sprijinul importanței acestui circuit pentru memorie: instalarea afaziei în leziunile lobului temporal dominant, concentrația superioară de ARN în zonele respective, lezarea aproape constantă a corpilor mamilari în sindromul Korsakov (amnestic).

Prezența hipocampului ar putea explica așa-numita memorie afectivă (este bine cunoscut faptul că reținem mai bine evenimentele cu încărcătură afectivă mai mare).

Din punct de vedere bioelectric, s-a admis ipoteza circuitelor reverberante. Aceste rețele de neuroni ar juca un rol de „amplificator” care determină stocarea informațiilor prin creșterea excitabilității neuronale.

Putem, așadar, afirma că, în funcționarea memoriei, sunt implicate atât mecanisme bioelectrice și biochimice (memoria imediată și de scurtă durată), cât și mecanisme structurale (memoria de lungă durată).

Tulburări (dismnezii) cantitative

Hipomnezia este scăderea, în diferite grade, a funcțiilor mnezice (stări confuzionale și sindroame deficitare ușoare, patologia vârstei înaintate).

Amnezia reprezintă prăbușirea funcției mnezice (sindroame deficitare și stări confuzionale grave, sindrom Korsakov). Aceasta poate fi de mai multe tipuri: *anterogradă* (de fixare), cu alterarea fixării și conservarea evocării; *antero-retrogradă* – amnezie progresivă ce alterează atât fixarea, cât și evocarea; *lacunară*, ce delimitează o perioadă în care fixarea nu s-a efectuat (goluri de memorie); *electivă* (tematică), reprezentând uitarea unor anumite evenimente sau persoane în relație cu o puternică încărcătură afectivă.

În legătură cu ordinea instalării amneziei, Delay elaborează *legea disoluției memoriei* (pierderea amintirilor se petrece de la complex la simplu), pe baza legii regresiei memoriei a lui Ribot (amintirile se pierd în ordinea inversă achizițiilor).

Hipermneziile reprezintă exagerarea evocărilor (sindromul maniacal și paranoia). În general, se rețin mai bine evenimentele cu încărcătură afectivă crescută. O variantă deosebită ar fi *viziunea retrospectivă* (derularea unor perioade lungi de viață în câteva secunde) întâlnită în situații-limită.

Tulburările (dismneziile) calitative

Acestea reprezintă amintiri deformate, neconforme cu realitatea: *criptomnezia* – evocarea unor conținuturi netrăite de pacient (mai frecvent, materiale științifice, artistice), acesta fiind convins că îi aparțin (deteriorări de personalitate, paranoia); *înstrăinarea amintirilor* – pacientul nu recunoaște apartenența unor experiențe trăite, considerându-le ca auzite sau citite (fenomen invers criptomneziei, întâlnit în deteriorări de personalitate); *falsa recunoaștere mnezică (déjà vu, déjà vécu)* – pacientul recunoaște persoane și situații pe care nu le-a cunoscut sau trăit; fenomenul opus – *falsa nerecunoaștere (jamais vu, jamais vécu)*; *paramnezia de reduplicare Pick* – dedublarea evenimentelor trăite, cu senzația că s-a aflat în situații asemănătoare, dar nu identice; *pseudoreminiscențele* – falsificare a ordinii cronologice, adică trăirea, în prezent, a unor evenimente reale din trecut; *confabulația* (halucinație de memorie) – pacientul „umple” goluri din memorie cu evenimente netrăite sau total greșit plasate în timp; în general, apar la insistența examinatorului (caracter provocat); După a descris trei variante de confabulație, după conținut: „de încurcătură”, „de jenă”; mnezice (conținut verosimil); fantastice și onirice; din cauza caracterului lor neintenționat, au mai fost numite „minciuni adevărate”, fiind specifice sindromului Korsakov; *ecmnezia* – pacientul confundă trecutul cu prezentul, re trăiește cu intensitatea prezentului perioade de mult trecute (demență senilă).

O variantă particulară, dificil de încadrat, este *anecforia* care constă în posibilitatea evocării unor evenimente pe care subiectul le credea uitate.

Semiologia gândirii

Gândirea este un proces central al vieții psihice care realizează o reflectare mijlocită și generalizată a realității, cu evidențierea esențialului și abstractului, pe baza experienței și prelucrării informațiilor. Operațiile gândirii, la nivel elementar, sunt: *analiza* – procesul de descompunere a obiectelor în părți componente; *sinteza* – procesul de reunire a

părților componente într-un tot unitar; *comparația* – prin care se stabilește asemănarea sau deosebirea dintre obiecte și fenomene; *generalizarea* – grupează obiectele și fenomenele după caracteristicile lor comune; *individualizarea* – revine la individ pe baza caracteristicilor particulare; *abstractizarea* – permite diferențierea însușirilor esențiale de cele neesențiale; *concretizarea* – reconstruiește mintal obiectul sau fenomenul în totalitatea trăsăturilor caracteristice.

La nivel logic, gândirea operează cu noțiuni, judecăți și raționamente.

Noțiunea reprezintă conceptul verbalizat ce cristalizează însușirile comune și esențiale ale obiectelor și fenomenelor.

Judecata constă în stabilirea unor relații logice între noțiuni, reflectând raporturile existente între obiectele și fenomenele din realitate.

Raționamentul grupează logic mai multe judecăți, obținând elemente noi asupra raporturilor existente în realitate. După structură, raționamentul poate fi: *inductiv* – extragerea unei concluzii generale din câteva judecăți particulare și *deductiv* – extragerea mai multor concluzii particulare dintr-un adevăr deja demonstrat sau postulat (axiomatic).

Un rol important în procesul gândirii îl au *asociațiile* între noțiuni, realizate prin următoarele mecanisme: contiguitate, asemănare, contrast, cauzalitate. După tipurile dominante de asociații, *gândirea* se consideră a fi *asociativ-mecanică* (asociații prin contiguitate, asemănare și contrast) sau *asociativ-logică* (asociații prin cauzalitate).

Semiologia gândirii

GÂNDIREA

Gândirea este funcția psihică constituită de un flux ideativ logic și coerent.

TULBURĂRILE CANTITATIVE ALE GÂNDIRII	<ul style="list-style-type: none"> - ACCELERAREA PATOLOGICĂ A RITMULUI IDEATIV - ÎNCETINIREA RITMULUI IDEATIV - TULBURĂRI ALE FLUENTEI GÂNDIRII - TULBURĂRI ÎN PRODUCTIVITATEA GÂNDIRII
TULBURĂRI CALITATIVE ALE GÂNDIRII	<ul style="list-style-type: none"> AUTISMUL SAU GÂNDIREA DEREISTĂ RAȚIONAMENTUL MORBID ASOCIAȚIILE INSOLITE ASOCIAȚIILE SUPERFICIALE ASOCIAȚIILE CIRCUMSTANȚIALE DISOCIAȚIA INCOERENȚA ANIDEAȚIA
TULBURĂRI ÎN CONȚINUTUL GÂNDIRII	<ul style="list-style-type: none"> IDEI PREVALENTE IDEI DOMINANTE IDEI OBSESIVE IDEI DELIRANTE

Tulburările gândirii sunt de mai multe tipuri: *de formă* (de ritm (flux) ideativ și coerență); *de conținut* (ideile patologice); *deficitare*; *tulburările limbajului vorbit și scris*.

Tulburările de ritm și coerență

Tahipsihia reprezintă accelerarea fluxului ideativ, însoțită de o accelerare cvasiglobală a vieții psihice; se întâlnește în sindromul maniaco-depresiv, schizofrenia hebefrenică, intoxicații, stări de excitație psihomotorie.

O formă particulară, relativ specifică sindromului maniaco-depresiv, este „fuga de idei”, în care pacientul trece rapid de la un subiect la altul, face asociații prin asonanță, rime, fără a fi incoerent.

Mentismul este descris ca o desfășurare rapidă și incoercibilă a reprezentărilor și ideilor. Se întâlnește în stări de tensiune emoțională, oboseală, intoxicații cu excitante, sindromul obsesiv, schizofrenie (unde îmbracă un caracter particular, mentismul xenopatic).

Bradipsihia reprezintă încetinirea ritmului ideativ, însoțită de o încetinire globală a vieții psihice; se întâlnește în stări de epuizare, sindrom depresiv, schizofrenie, sindroame psihoorganice, sindroame deficitare.

Vâscozitatea psihică și **adezivitatea** sunt forme specifice de lentoare ideativă în epilepsie.

Fading-ul mintal este o încetinire treptată (epuizare) a fluxului ideativ, mergând până la oprire, eventual, cu reluarea progresivă a acestuia; apare în schizofrenie.

Barajul ideativ, descris ca oprirea bruscă a fluxului ideativ, deci și a discursului, este caracteristic schizofreniei.

Scăderea productivității ideilor dă impresia de sărăcie ideativă, mergând până la stereotipia tematică (monoideație). Apare în surmenaj, schizofrenie, stări depresive, demențe.

Anideația reprezintă dispariția, în totalitate, a fluxului ideativ și nu poate fi acceptată decât în stările comatoase profunde.

Tulburarea legăturilor asociative (Bleuler – simptom fundamental în schizofrenie) constă în scăderea sau pierderea caracterului logic al asociațiilor. A mai fost numită „ataxie intrapsihică” (Stranski).

Incoerența reprezintă o tulburare în care conținuturile gândirii își pierd legăturile logice, în diverse grade, de la nivelul ideativ la cel noțional. *Schizofazia* este forma extremă a incoerenței, în care gândirea devine un amalgam de noțiuni. Se exprimă prin „salata de cuvinte” sau/și verbigeratie.

Verbigeratia (termen introdus de Kahlbaum) desemnează un discurs redus la o suită de cuvinte lipsite de sens sau neologisme, care se declanșează cvasiautomat pe durata a câteva ore, debitate pe un ton patetic sau cântat (litania declamativă a lui Chaslin). Această tulburare se observă în regresia schizofrenică foarte accentuată.

Incoerența gândirii, clasic specifică schizofreniei, se poate întâlni și în stările confuzionale, sindroamele deficitare (nede dezvoltarea sau deteriorarea personalității).

Tulburările de conținut

Acestea se referă, în primul rând, la ideile patologice. Principalele caracteristici ale ideilor patologice sunt persistența și/sau slăbirea sau chiar pierderea relațiilor cu realitatea. O altă dimensiune importantă a ideilor patologice constă în relațiile acestora cu personalitatea pacientului. În cadrul ideilor patologice, se descriu: ideea fixă, ideea prevalentă, ideea delirantă și ideea obsesivă.

Ideea fixă (dominantă) se impune pe perioade lungi gândirii subiectului, influențând comportamentul acestuia. Poate fi reversibilă și aparține, în general, sferei normalului, dar poate fi întâlnită și în psiho-

patologie, ca de exemplu, în melancolie (monoideism), după stări onirice (ideea fixă post-onirică), în psihopatii.

Ideea prevalentă reprezintă, de fapt, un mod de gândire, în care elemente din realitate sunt înglobate (forțate) ca argumente în sprijinul unei idei. Relațiile cu realitatea sunt deformate, subiectul utilizând o logică proprie, subiectivă, denumită în psihopatologie „mecanism interpretativ”. Are tendință la dezvoltare (prin „construcția” de noi argumente bazate pe o semantică personală) și potențial psihopatologic delirant. Ideea prevalentă apare în: psihoze reactive, stări post-onirice, psihoza manico-depresivă, stări hipocondriace și în toate stările predelirante (pregătește și potențează „invazia delirantă”).

Ideea delirantă este reprezentată de judecățile și raționamentele care reflectă, în mod eronat, realitatea și modifică, în sensul lor patologic, concepția despre lume a bolnavului, precum și comportamentul său. Are următoarele caracteristici: este o judecată eronată ce stăpânește și domină conștiința bolnavului, modificându-i, în sens patologic, comportamentul; este impenetrabilă la contraargumente și inabordabilă prin confruntare, în ciuda contradicțiilor evidente cu realitatea; este incompatibilă cu existența atitudinii critice, bolnavul fiind lipsit de capacitatea de a sesiza esența ei patologică.

Ideea delirantă este specifică tulburărilor psihice de intensitate psihotică, realizând delirul (una sau mai multe idei delirante bine constituite) – partea cea mai spectaculoasă a semiologiei psihiatrice.

Conținutul (tematica) delirului se referă la: *idei delirante expansive* (expansiunea delirantă a Eului): de mărire, bogăție, grandoare, invenție, reformă, filiație, erotomanie, delirul mistico-religios; *idei delirante depressive* (retracția delirantă a Eului): de negație, autoacuzare, anticipare catastrofică, vinovăție (culpabilitate), ruină socială, morală, materială, pierdere a stimei de sine, lipsă de demnitate, incapacitate, autoliză (suicidare), hipocondriace; *idei delirante de persecuție*: delirul de prejudiciu (material, moral), delirul de urmărire/supraveghere, delirul de influență exterioară, delirul de otrăvire sau amenințare a vieții prin diferite mijloace și metode; *idei delirante mixte*: delirul de interpretare (de gelozie, de relație), delirul metafizic.

Conținutul delirului vizează: *delirul sistematizat* – în care există un nucleu de idei delirante stabile, exprimate coerent și comprehensibil; exemplul clasic îl reprezintă delirul paranoic; *delirul nesistematizat* – în

care ideile delirante se succed fără legătură, nu au stabilitate în timp și au, cel mai adesea, un caracter de incomprehensibilitate (de exemplu, delirurile cronice din schizofrenie și parafrenie).

După volumul delirului, sunt identificate: *delirul bogat – polimorf; delirul sărac și delirul rezidual*.

În funcție de modalitățile de apariție a delirului, sunt identificate două tipuri de delir: *delirul primar*, specific schizofreniei (dispoziția delirantă (pregătirea delirantă), percepția delirantă, intuiția delirantă, automatismul mental) și *delirul secundar* (prin prelucrarea delirului primar, prin mecanism halucinatoriu, prin mecanism interpretativ).

Ideea obsesivă asediază gândirea (lat. *obsidio* > „a asedia”), impunându-se conștiinței, deși este în dezacord cu personalitatea individului. Acesta îi sesizează caracterul parazit sau patologic și încearcă să scape de ea. Clinic, poate îmbrăca următoarele forme: „boala îndoielii”, „boala scrupulelor”, în care subiectul se află într-un perpetuu dubiu, întrebându-se și analizând continuu eventualele posibilități; *amintirile și reprezentările obsesive* care se exprimă clinic prin perseverarea, resimțită penibil de bolnav, a rememorării unor evenimente neplăcute; *obsesiile fobice* sau *fobiile* ce reprezintă temeri nejustificate cu obiect real; *obsesiile impulsive* sau *compulsiunile* care reprezintă teama de a nu comite acte impulsive cu consecințe negative pentru subiect; *acțiunile obsesive* (conduite de evitare, ritualuri și ceremonialuri obsesive).

Spre deosebire de celelalte idei patologice, ideea obsesivă se află în dezacord cu personalitatea subiectului care acționează împotriva obsesiei și nu în sprijinul ei.

Toate aceste tulburări sunt specifice nevrozei obsesivo-fobice sau psihopatiei psihastenice, dar pot fi întâlnite și în fazele de debut ale schizofreniei.

Tulburările deficitare ale gândirii

După etiologia lor, tulburările de tip deficitar pot fi grupate în două mari categorii: *deficit de gândire prin nedezvoltarea personalității* – întâlnit în oligofrenii și *deficit de gândire prin deteriorarea personalității* – întâlnit în sindroamele deteriorative și demențiale.

Semiologia tulburărilor de limbaj

Reprezintă o dublă verigă neurologică și psihiatrică, în tulburările limbajului vorbit, fiind implicate o serie de anomalii de neurodezvoltare care sugerează o vulnerabilitate de tip disconectiv ce poate fi asociată sau nu tulburărilor cantitative ale gândirii, incapacitatea de expresie corectă a limbajului vorbit nefiind simetrică cu deficitul cognitiv.

Semiologia limbajului

Limbajul este definit, cel mai adesea, ca fiind activitatea psihică de comunicare între oameni.

- TULBURĂRILE EXPRESIEI VERBALE
- EXPRESIVITATEA MIMICO-GESTUALĂ
- POSTURA
- TULBURĂRILE CONDUITEI MOTORII

Tulburările limbajului vorbit și ale expresiei verbale

Acestea cuprind o serie de aspecte specifice, încadrabile în interpretarea atitudinii de comunicare a pacientului cu anturajul și considerate de unii autori ca fiind tulburări de comunicare.

Tulburările formale ale vorbirii pot fi corelate cu: *debitul verbal* care se caracterizează prin creșterea debitului – bavardajul; *creșterea fluxului cuvintelor* caracteristică persoanelor sănătoase, vorbărețe, paranoia; *logoreea* – ritm și debit verbal crescut care apare în episoadele maniacale, în agitația psihomotorie; *mutismul*: absența vorbirii printr-o inhibiție de natură afectivă, care apare în stările de stupoare, catatonie, isterie, depresie, tulburările cronice delirante; *mutacismul*: asemănător cu mutismul – un mutism deliberat, care apare în simulare și la histrionici.

Ritmul discursului este marcat de: *accelerarea ritmului (tahilalie)* care apare în oboseală, surescitare, insomnie, intoxicație acută; *înceti-*

nirea ritmului (*bradilalie*) care apare în depresie, demență, retard mintal, epilepsie; *afemie* – imposibilitatea vorbirii, în ciuda eforturilor mimice și gestuale; este rară.

Intonația se referă la intensitatea vorbirii: *voce de intensitate crescută* – tonalitate înaltă, strigăte, interjecții, injurii; apare în excitația maniacală, hipomaniacală, intoxicații acute, sindroame paranoide (în special în tulburările de personalitate de tip paranoic); *voce de intensitate scăzută, șoptită* – caracterizează, cu precădere, depresia, histrionismul.

Tulburări fonetice, semantice și sintactice

Tulburări ale foneticii – de articulație și de pronunție – apar în balbismul tonic, clonic sau tonico-clonic, în boala ticurilor.

Tulburările semanticii și sintacticii afectează înțelesul cuvintelor. Acestea au fost identificate după cum urmează: *paralogismul* – cuvânt uzual folosit în alt sens (apare în schizofrenie); *neologismul* – creează cuvinte noi (apare, de asemenea, în schizofrenie); *agramatismul* – utilizarea unui limbaj telegrafic, redus la esență; *stereotipiile* – repetarea monotonă de cuvinte izolate cu caracter rimat; *ecolalia* – repetarea cuvintelor și intonației interlocutorului (în demență); *psitacismul* (vorbirea de papagal) – vorbire lipsită de sens; *verbigeratia* – debitarea unor cuvinte fără sens; forma extremă este cunoscută sub denumirea de „salată de cuvinte”; *schizofazia* – debutează cu un discurs destul de comprehensibil, apoi se transformă într-un limbaj ermetic; *jargonofazia* – crearea unui limbaj nou; *incoerența* – alterarea maximă a vorbirii.

Tulburările specifice ale limbajului vorbit reprezintă interpretări semiologice ale tulburărilor generice de limbaj, în cadrul unei organizări de inspirație neurobiologică.

Dislogiile (tulburări mentale ale limbajului) sunt tulburări de formă ale activității verbale și tulburări de conținut ale funcției lingvistice (semantice).

Prin tulburările de formă ale activității verbale sunt vizate *hiperactivitatea verbală* (simplă, logoreea, bavardajul, verbigeratia) și *hipoactivitatea verbală* (bradifemia, mutismul, afemia).

Tulburările de conținut ale funcției lingvistice (semantice) vizează *paralogismele* și *neologismele*.

Disfaziile sunt sinonime ale afaziilor.

Dislaliile sunt tulburări de pronunțare: *rotacism, sigmatism, balism tonic sau clonic*.

Aspecte particulare ale discursului la psihotici

Glosomania este o formă de discurs în care cuvintele sunt folosite (alese) nu după intenția de a comunica, ci în funcție de calitățile lor intrinseci de formă (asonanță) sau de sens (omonime, sinonime, antonime).

Glosolalia este un discurs pe care auditorul îl percepe ca neologic (există „mai multe limbaje neologice”). Această tulburare se deosebește de jargonofazie prin faptul că este un monolog adaptat unei teme (scop) ca propagandă, rugăciune etc., iar jargonul glosolalic se observă numai în dialog.

N. Andreasen (1979) realizează un studiu extrem de interesant asupra discursului bolnavilor psihotici (depresivi, maniacali și schizofreni), analizând 113 pacienți diagnosticați după criteriile RDC (*Research Diagnostic Criteria*). Rezultatele arată că unele sunt excepționale (indiferent de diagnostic): barajul, ecolalia, neologismele, paralogismele.

La depresivi, nu s-au decelat veritabile tulburări ale comportamentului verbal, ci numai o încetinire și o oarecare sărăcire a conținutului, dar discursul nu este niciodată ilogic sau incoerent.

La maniacali, a predominat logoreea (mai mult de 150 de cuvinte pe minut), fuga de idei și distractibilitatea (în acest caz, stimulii exteriori determinând divagația discursului).

La schizofreni, tulburările au variat după stadiul de evoluție al bolii, cele mai frecvente fiind: relaxarea asociațiilor, ilogismele, sărăcirea discursului (răspunsuri scurte și elaborate), sărăcirea conținutului discursului (vag, lipsit de informație, hiperconcret sau hiperabstract, repetitiv, stereotip), răspunsurile *alături*, discursul tangențial, incoerența.

Comportamentul verbal al schizofrenului nu este uniform și variază de la un pacient la altul, iar la același pacient, de la un moment evolutiv la altul. Barajele, neologismele, paralogismele și schizofazia, considerate de autorii clasici ca fiind tulburări cvasipatognomonice, sunt rare astăzi și nu aparțin numai schizofreniilor. Ceea ce caracterizează, din punct de vedere formal, discursul bolnavilor schizofreni este discontinuitatea și lipsa de fluentă a acestui discurs.

Tulburările limbajului scris sunt de mai multe tipuri: *tulburări psihografice* (corespunzătoare dislogiilor): hiperactivitate grafică (grafo-ree, incontinență grafică) și hipoactivitate grafică; *tulburări morfologice*: grifonaj, scris în oglindă, scris în ghirlandă etc.; *tulburări ale semanticii grafice*: paragramafisme și neogramafisme.

2.2. TULBURĂRI ALE AFECTIVITĂȚII ȘI VOINȚEI

Semiologia afectivității

Afectivitatea este procesul psihic cel mai legat de personalitate, exprimând subiectivitatea și culoarea ființei psihice proprii și determinând, în bună măsură, caracterul original, unic, irepetabil al fiecărei existențe.

Delay definește afectivitatea ca fiind acea stare de dispoziție fundamentală, bogată în conținuturi emoționale și instinctuale, care dă fiecăreia dintre trăirile noastre sufletești o tonalitate agreabilă sau dezagreabilă, oscilând între cei doi poli extremi – plăcerea și durerea.

Tulburările afectivității

Afectivitatea este un proces dinamic, continuu, în care rezonază două realități: a ambianței și a subiectului.

<i>Tulburări cantitative</i>	Hipertimia pozitivă Hipertimia negativă
<i>Tulburări calitative</i>	Afectivitatea paradoxală Ambivalența afectivă Inversiune afectivă Aplatizare afectivă
<i>Tulburări ale dinamicii relațiilor afective</i>	Labilitate afectivă Rigiditate afectivă

Afectivitatea dispune de trăsături „constante”, dar și de manifestări „dinamice”. Din punct de vedere psihologic, afectivitatea cuprinde:

- **Starea de afect**, definită ca o puternică încărcătură emoțională însoțită de modificări mimico-pantomimice și neurovegetative (tahicar-

oscilații tensionale, paloare sau eritroză facială). Ca reacție emoțională primitivă, în sfera normalului, poate fi exemplificată prin furie, mânie etc.

- **Emoția** exprimă răsunetul afectiv al raportului dintre subiect și lumea înconjurătoare, fiind o manifestare spontană, bruscă sau de lungă durată, în care tensiunea afectivă are o amplitudine mult diminuată față de starea de afect. Trăirile emoționale se pot împărți, după modul în care satisfac sau nu trebuințele sau aspirațiile subiectului, în *pozitive* (plăcerea, satisfacția) și *negative* (neplăcerea, frica). De asemenea, în funcție de tonalitatea lor, emoțiile pot fi *stenice* sau *astenice*, după cum cresc sau scad capacitatea de reacție. Sub aspect temporal, emoțiile determină starea afectivă a subiectului într-un moment dat al existenței sale.

- **Dispoziția** reprezintă starea afectivă generală, de fond, cu intensitate medie și durată lungă. Aceasta este determinată atât de gradul de adaptare la ambianță, cât și de starea emoțională, fiind o rezultată a emoțiilor determinate de mediul extern și intern, combinate cu impulsuri inconștiente.

- **Sentimentele** sunt trăirile cele mai complexe, cu caracter stabil și generalizat, exprimând, în cel mai înalt mod, trăirea raportului subiectului cu mediul ambiant. Acestea angajează întreaga viață psihică și personalitatea, au un obiect precis și influențează comportamentul. Pot fi exemplificate prin prietenie, dragoste, stimă, dar și prin ură, dispreț, invidie.

- **Pasiunile** sunt asemănătoare sentimentelor, deosebindu-se, totuși, prin amplitudinea mai mare a trăirii, prin angajarea mai profundă a persoanei cu puternică instrumentare volițională și polarizare comportamentală. În funcție de orientarea lor, acestea pot fi pozitive (pasiunea pentru artă, știință, profesie) sau negative (egocentrice, individualiste, mizantropice).

Starea afectivă normală poartă denumirea de *eutimie* sau *normotimie*. Această stare nu reprezintă un *status quo* ce dispune de un dinamism intern permanent, ondulant, culisând de la starea de tristețe la cea de bucurie. Tocmai această capacitate de a putea oscila, de a nu rămâne pe o singură direcție dispozițională caracterizează normalul. Cea de-a doua trăsătură esențială este concordanța dispoziției cu evenimentele interne sau externe, precum și cu elementele motivaționale.

Dispoziția, stare de fond a timiei, dă culoare vieții, dar și gândirii noastre. Concordanța între trăirea afectivă și conținutul gândirii poartă denumirea de *catatimie* sau *fenomen de congruență*.

Având ca etalon această eutimie, afectivitatea poate prezenta: tulburări cantitative, tulburări calitative și aspecte particulare.

Tulburările cantitative

Hipertimia reprezintă o creștere a tonalității și intensității afective, depășind capacitatea integrativă și adaptativă a personalității. Aceasta constituie, de fapt, o exacerbare patologică a dispoziției spre polul pozitiv (euforia) sau spre polul negativ (depresia).

Hipertimia pozitivă – euforia („veselia patologică”, dispoziția expansivă) se caracterizează prin exaltare dispozițională, o stare de foarte bine și de satisfacție, optimism exagerat, supraestimare, megalomanie, dezinhibiție instinctuală și volițională. Această stare se poate însoți de idei catatime, idei delirante expansive sau de o ideeție în neconcordanță cu tonalitatea afectivă – idei delirante incongruente. Aceste tulburări se întâlnesc, în mod specific, în cadrul episodului maniacal din boala afectivă. Atunci când tulburarea este însoțită de incongruență ideativă, este vorba de o *tulburare schizoafectivă*, iar când intensitatea este de mică amplitudine, vorbim despre *hipomanie* (stare hipomaniacală).

În cadrul psihopatiilor, se descrie timopatul euforic, apropiat hipomaniacalului, dar la care trăsătura dominantă este cea a inadaptabilității sociale, familiale și profesionale.

Euforia (dispoziția expansivă) mai poate fi întâlnită în intoxicații exogene (alcool, amfetamine, cafeină, cocaină, LSD etc.); iatrogenii (după administrare de hormoni tiroidieni, cortizoni); pe fond organic cerebral, când, alături de tulburarea afectivă, se decelează fenomene deteriorative ale intelectului și personalității (paralizia generală progresivă) sau sindromul moriatic în patologia de lob frontal (euforia este caracterizată printr-o tendință la glume cu tentă pornografică, calambururi, jocuri de cuvinte puerile pe fondul unui deficit intelectual și al scăderii simțului moral).

Starea euforică însoțește frecvent, probabil tot prin componentă frontală, scleroza multiplă în stadiul terminal și așa-numita „boală a ticurilor” (maladia Gilles de la Tourette), caracterizată prin euforie nătângă și vorbire scatologică.

În cadrul schizofreniei hebefrenice, se întâlnește pseudoexpansivitatea, o veselie neroadă, rece, puerilă.

Hipertimia negativă – depresia este caracterizată prin tristețe profundă, dezgust de viață, cantonarea într-un trecut existențial plin de evenimente negative și trăirea unui prezent chinuitor și lipsit de speranță, la care se poate adăuga comportamentul suicidar.

Depresia severă este însoțită de alte tulburări: *pierderea stimei de sine*; *tristețea vitală* – trăirea dureroasă a lui „a fi în lume”; *durerea morală* – torturarea Eului de către Supraeul absolut; *anhedonia* – pierderea capacității de a trăi bucuria, sinonimă cu pierderea interesului și a plăcerii pentru activități habituale care, altădată, îi făceau plăcere; *anestezia psihică dureroasă* – în care bolnavul se plânge că nu mai poate „trăi afectivitatea”, se simte golit de sentimente. Dispoziția depresivă determină bradipsihie și inhibiție instinctual-volițională, mergând până la starea stuporoasă (melancolia stuporoasă sau depresia inhibată). Ideeația catatimă depresivă este reprezentată de ideile depresive care pot ajunge la intensitate delirantă.

Anxietatea este un simptom asociat frecvent depresiei, ca și preocupările hipocondriace. Alături de anxietate, un alt simptom cardinal ce însoțește depresia este insomnia, în special, insomnia de trezire.

În forma sa tipică, depresia se manifestă în episodul depresiv din boala afectivă primară. De asemenea, se evidențiază la timopații depresivi, în cadrul psihopatiilor, precum și în ciclotimie și distimie.

În schizofrenie, depresia poate fi întâlnită atât la debutul acesteia (depresie atipică), cât și pe parcursul evoluției bolii (schizofrenia afectivă, însoțită de incongruență ideativă), dar și la sfârșitul episodului acut (depresia post-neuroleptică sau reactivă).

Depresia poate fi un simptom important în sindroamele psihoorganice deteriorative, de diverse etiologii sau al unor tumori cerebrale (mai frecvent de lob frontal), precum și al encefalopatiei din sindromul de imunodeficiență.

Atât hipertimia pozitivă – euforia, cât și cea negativă – depresia sunt departe de a fi omogene sub aspectul descrierilor semiologice clasice. Adesea, simptomatologia maniactală este intricată cu cea depresivă sub forma stărilor mixte.

Hipotimia reprezintă o diminuare a capacității de rezonanță afectivă, pacientul „vibrând” minim la stimulii afectivi, pozitivi sau negativi.

Această hipotimie conduce la incapacitatea modulării dispoziționale, rezultând „demodularea afectivă”.

Atât hipotimia, cât și demodularea afectivă sunt specifice schizofreniei, denumită și „psihoza hipotimică”. Această tulburare afectivă generează haloul de straniu, nefiresc, incomprehensibil al schizofreniei.

Atimia se caracterizează prin scăderea profundă a conținuturilor afective, cu indiferență cvasitotală față de ambianță. Kraepelin situa acest simptom în nucleul psihopatologic al demenței precoce (schizofrenie), pe care el o denumea „demență afectivă”.

La schizofrenie, timia pare a fi legată mai mult de retracția autistă a Eului, de ruperea contactului cu realitatea, decât de această relaxare a tonusului afectiv. În prezent, această tulburare este rară, datorită posibilităților terapeutice, în special, biologice, care au condus la o veritabilă „încălzire” a schizofreniei.

Athymhormia, descrisă de Dide și Guiraud, în 1922, ar reprezenta un defect al dismorfismului vital instinctiv și timic, din care ar deriva dezinteresul și inafectivitatea.

Apatia se definește ca o lipsă de tonalitate afectivă, ca o „inerție a afectivității”, cu o scădere concomitentă a voinței. Este cunoscută starea apto-abulică descrisă în schizofrenie.

Tulburări calitative (paratimii)

Acestea reprezintă grupul manifestărilor afective caracterizate prin inadecvanță, alură stranie, bizară, aberantă, discrepantă motivațională. Aceste tulburări întâlnite, în mod specific, în schizofrenie, dar și în alte psihoze paranoide, sunt: *inversiunea afectivă* – ostilitatea sau ura manifestată de pacient față de persoanele pe care anterior îmbolnăvirii le-a iubit (în special membrii familiei), aceasta apărând în schizofrenie, parafrenie, delir de gelozie; *ambivalența afectivă* – trăirea simultană a două stări afective diametral opuse (dragoste – ură, simpatie – antipatie); tulburarea este considerată specifică schizofreniei, ca o expresie a procesului disociativ; *investiția afectivă inadecvată (bizară)* – în care pacientul se leagă intens de persoane, animale, obiecte, scopuri sau valori cu semnificație inadecvată sau bizară; *discordanța afectivă* – trăirea afectivă aberantă a conținuturilor psihice, expresia discordanței generale a vieții psihice din schizofrenie; *trăirea afectivă paradoxală* – specifică schizofreniei (poate apărea și în cursul reacțiilor psihotice), se caracterizează prin

factul că pacientul, la aflarea sau trăirea unui eveniment intens psiho-traumatizant, dramatic, răspunde prin euforie.

Tulburări particulare

Labilitatea emoțională reprezintă incapacitatea de a-și controla emoțiile. Poate apărea la persoane timide sau cu impresionabilitate crescută, ca și în unele stări de surmenaj sau sindrom neurastenic.

Versatilitatea timică (labilitatea afectivă) constă în treceri rapide ale dispoziției de la polul depresiv la cel euforic.

Cameleonismul afectiv este capacitatea exagerată pe care o au personalitățile demonstrative de a se adapta afectiv mediului și nu trăirii interioare motivațional-intelectuale a situației date. Este semnul unei imaturități afective și se întâlnește, în mod specific, în suferințele isterice, ca variantă accentuată a versatilității afective.

Prin **incontinență afectivă**, pacientul trece de la „râsul spasmodic” la „plânsul spasmodic”; trecerea de la o anumită stare emoțională la opusul acesteia este incoercibilă și extrem de rapidă, semn caracteristic pentru demența aterosclerotică.

Rigiditatea afectivă reprezintă incapacitatea de a se adapta afectiv, din cauza unei flexibilități reduse a controlului catatim. Este specifică personalităților paranoice, putând apărea însă și în melancolie (depresia ostilă).

Disforia este o dispoziție depresiv-anxioasă, cu disconfort somatic și neliniște psihomotorie, în care se asociază logoreea, excitabilitatea crescută, impulsivitatea și comportamentul coleros.

Anxietatea a fost definită de către Janet drept „teamă fără obiect”. Poate fi generalizată (difuză) și paroxistică (atacul de panică). Aceasta este însoțită de comportamentul de evitare mai ales în cadrul nevrozelor fobice și neurasteniei.

Anxietatea poate fi întâlnită în psihiatrie, în debutul unor psihoze endogene: schizofrenie (stare de tensiune delirantă) sau psihoză depresivă (depresie însoțită de anxietate). De asemenea, însoțește evoluția psihozelor endogene (de exemplu, anxietatea paroxistică din cursul experiențelor halucinatorii).

În cadrul psihozelor toxice alcoolice acute, în stările confuzional-onirice, în general, anxietatea poate fi extremă, generând un comportament de apărare ce poate lua forma unor manifestări auto- sau hetero-

agresive. Se poate manifesta în stările de sevraj la toxicomani, dar poate fi provocată și iatrogen, prin administrarea de medicamente anxiogene ca psihotonele, antidepresivele, cortizonul, bronhodilatatoarele.

Trebuie reținut faptul că anxietatea poate constitui manifestarea inițială sau precedentă a unor afecțiuni organice grave, precum infarctul miocardic, embolia pulmonară, hipertiroidia sau feocromocitomul, constituind o cauză a erorilor de diagnostic. Situația inversă conține echivalențe somatice ale unei stări de anxietate caracterizate prin: dispnee, senzație de sufocare, amețeală, dezechilibru, vertij, leșin, palpitații, tremor generalizat, transpirații, dureri abdominale, parestezii, congestie facială, durere precordială etc.

În consecință, am putea spune că anxietatea, ca și depresia, constituie un teritoriu de interferență al psihiatriei cu toate celelalte discipline medicale. Din aceste motive, pacientul anxios trebuie investigat minuțios, clinic și paraclinic, și numai după excluderea unei componente somatice, anxietatea va fi tratată ca atare.

Angoasa reprezintă, în mod clasic, somatizarea unei stări de anxietate. În conceptul nosologic actual, este foarte dificil de diferențiat angoasa ca simptom de atacul de panică (anxietatea paroxistică), care poate fi complet sau cu simptome limitate.

Semiologia voinței

Voința (*procesul volițional*) reprezintă activitatea psihică orientată spre atingerea unor scopuri propuse conștient. Reprezintă o funcție de reglaj a exprimării comportamentale conștiente.

Voința are la bază procesul decizional, iar în realizarea scopului propus, trebuie depășite toate dificultățile de ordin subiectiv și obiectiv, interne sau externe, ce acționează contrar scopului propus.

Procesul decizional impune necesitatea unei opțiuni orientate conștient către unul sau mai multe scopuri, a căror realizare necesită o serie de acțiuni. Cu alte cuvinte, procesul decizional va implica unul sau mai multe acte voluntare.

Decizia traversează mai multe faze: *formularea scopului* – în concordanță cu aspirațiile și posibilitățile subiectului de a-l realiza; *lupta motivelor* – fază intermediară extrem de importantă, în care raționalul trebuie să învingă subiectivul; *adoptarea hotărârii* – va stabili clar obiec-

tivul, caracterul acestuia (major – minor, imediat – de perspectivă), elementele contrarii, precum și strategia de realizare.

În cadrul voinței, se pot distinge o componentă activatoare („voința activă”) și una inhibitoare („voința pasivă”). Prima mobilizează forțele în realizarea scopurilor, iar a doua reprimă acțiunile sau pulsunile care pot compromite acele scopuri.

Voința reprezintă, prin urmare, funcția psihică prin care se realizează trecerea conștientă de la o idee sau de la un raționament la o activitate sau la inhibiția unei activități, în vederea realizării unui anumit scop (V. Predescu, G. Ionescu).

Voința este influențată de integritatea și calitatea tuturor celorlalte funcții psihice, dar gândirea, afectivitatea și motivația de suport pot suplini unele deficiențe constituționale ale personalității.

Voința activatoare și cea inhibitoare alcătuiesc un binom armonic și complementar – dacă ar fi să luăm ca exemplu un automobil –, un joc între frână și accelerație, în care realizările depind atât de calitatea mașinii (celelalte funcții și procese), cât mai ales de cea a conducătorului (respectiv personalitatea).

Tulburările voinței

NIVELUL VOLIȚIONAL

- **VOINȚA (BULIA):** funcția care întocmeste energia dinamizantă a funcțiilor instinctuală și afectivă; având propria lor energie, acestea pot declanșa un comportament.
- Celelalte funcții psihice, neavând un substrat energetic, trebuie susținute prin voință.

• **HIPERBULIA**

- Nu e considerată patologică.
- Poate apărea la unii bolnavi paranoici.

• **HIPOBULIA:**

- Poate fi o trăsătură de personalitate.
- Poate apărea în depresie.

TULBURĂRILE VOINȚEI

Denumite și *disbulii*, acestea sunt consecutive unei deficiențe motivaționale (insuficiența motivației, motivația aberantă) sau unor tulburări cognitive sau afective. Clasic, au fost descrise cantitativ și calitativ.

Tulburări cantitative

Hiperbulia (exagerarea forței voliționale) are, în general, un caracter selectiv și se observă la toxicomani și obsesivi, dar mai ales în paranoia, unde efortul volițional în sfera delirantă este de-a dreptul impresionant.

În cadrul normalului, putem întâlni, destul de rar, însă, creșteri constituționale ale voinței (personalități ferme, tenace).

Hipobulia – scăderea forței voliționale până la dispariție (*abulie*) – se traduce, în plan comportamental, prin scăderea, în diverse grade, a capacității de a lua decizii, deci de a acționa. Spre deosebire de hiperbulie, hipobulia se întâlnește în întreaga patologie psihiatrică (stări nevrotice, psihopatii, toxicomanii, traumatisme cranio-cerebrale, patologie afectivă, oligofrenii și demențe, schizofrenie).

O mențiune aparte trebuie făcută în cazul *abuliei* (imposibilitatea oricărui efort volițional) întâlnită în schizofrenia catatonică și în depreșiile grave.

Tulburări calitative

Disabulia reprezintă dificultatea de a trece la o acțiune sau de a sfârși o acțiune începută, având o rezonanță afectivă negativă; apare în debutul schizofreniei și în neurastenii.

Parabulia este o insuficiență volițională determinată de pulsuni sau acte parazite; se întâlnește în nevroza ticurilor și schizofrenii.

Impulsivitatea este insuficiența voinței pasive, inhibitorii, determinând comportamentul impulsiv (dezechilibrul dintre tendința impulsivă și controlul voluntar). Poate apărea la temperamentele colerice și la nevroticii anxioși, dar este caracteristică unor psihopatii (excitabilă – impulsivă) și epilepsiei.

În concepția noastră, considerăm mult mai adecvat termenul de *disfuncție volitiv-decizională* ce subliniază complementaritatea celor două componente care conduc la o rezultată unică – modul de realizare a scopului.

În acest sens, *disfuncțiile volitiv-decizionale* ar fi: *cantitative* (*hiperactivitatea volitional-decizională* prin exagerarea voinței activatoare sau inhibitoare și *hipoactivitatea volitional-decizională* prin reducerea celor două componente ale voinței) și *calitative* (*discordanța motivație – scop, disocierea binomului volitional – decizional, inadecvare decizională și motivațională*).

Tulburările integrării comportamentale

În cadrul acestora, se disting trei teritorii sau nivele diferite pornind de la simplu la complex, și anume: tulburările vieții instinctuale, tulburările activității psihomotorii și conduitele comportamentale patologice.

Tulburările vieții instinctuale

Prin *instinct*, se înțelege energia psihică pusă, în mod direct, în serviciul satisfacerii unei nevoi biologice a individului – „instinctele fiziologice” și nevoilor de conservare a speciei umane.

Școala psihanalitică utilizează noțiunea de *pulsiune* în locul celei de *instinct*, pulsiunea fiind forța dinamizatoare – „pornire”, „scânteie” – care determină o serie de acte comportamentale în raport cu o situație sau cu un obiect exterior.

Instinctul ar reprezenta nivelul primar, elementar, de mobilizare comportamentală, fiind condus de principiul autosatisfacției, „principiul plăcerii”, în sens freudian. Acesta aparține sferei inconștientului, Sinelui, fiind, în mare măsură, o moștenire filogenetică.

Energia psihică globală (pulsiunile centrate pe „libido”) este modelată de către activitatea conștientă, fiind, așadar, supusă „principiului realității”, atributul Eului conștient și socializat prin istoria ontologică individuală și colectivă.

Arbitrajul luptei între teritoriul instinctiv-pulsional și cel adaptativ-social este realizat de setul normelor etico-morale și educaționale; acest arbitru „restrictiv, amenințător și punitiv” este Supraeul. În acest sens, sociopsihologii (K. Lewin, Murphy) au descris: „Eul autentic” – nesocializat și liber; „Eul inautentic” – socializat, educat și adaptat, dar „închis în propria închisoare” – viața socială. Tot ceea ce omul „a creat” a fost un zid de apărare împotriva propriei instinctualități.

Capacitatea de dominare a pulsionilor instinctive este proprie omului și se realizează prin mecanismele de apărare ale Eului, descrise de Anna Freud: sublimarea, deplasarea, proiecția etc.

Roger descrie următoarele categorii de instincte: *instincte de conservare personală (autoconservare)* (instinctul alimentar care, prin socializare, a generat „arta culinară”; legat de acest instinct, este și *cel de migrațiune* care a condus la descoperiri geografice și colonizări; *instinctul de apărare și cel de grupare (de asociere)* care, prin socializare, au dus la arta și știința războiului, la organizarea familială și socială) și *instinctul de conservare a speciei* – instinctul sexual ce a determinat dezvoltarea eroticii și sexologiei.

Din punct de vedere psihopatologic, vom prezenta tulburările conduitelor alimentare, de apărare și sexuale.

Conduita alimentară

Menționăm că preferăm termenul de *conduită alimentară* celui de *instinct alimentar*, întrucât primul accentuează implicarea comportamentală.

Tulburări cantitative

➤ Exagerarea instinctului alimentar

Hiperfagia este o exagerare a aportului alimentar care se manifestă cu ocazia meselor curente sau în afara lor, mergând până la forma extremă – *bulimia* – nevoia coercibilă de a îngurgita alimente. Hiperfagia aparține persoanelor gurmande, dar și anxioșilor, nevroticilor și unor psihotici hipocondriaci. Bulimia se întâlnește în sindroamele deteriorative și dementiale, dar și în stările pseudodementiale din cursul evoluției cronic-defectuale a schizofreniei.

Aceste tulburări sunt însoțite de modificări ponderale, precum și de „modificarea imaginii proprii” (dilatarea corporală a Eului), asociată cu fenomene de culpabilizare și autopedepsire exprimată, uneori, prin vărsături provocate și/sau diaree, prin exces de laxative.

Când exagerarea conduitei alimentare se manifestă numai față de lichide – senzația de sete permanentă (în afara diabetului insipid), aceasta poartă numele generic de *potomanie* sau *dipsomanie*. Această tulburare este corelată de către unii psihopatologi de orientare comportamentală cu toxicomania alcoolică.

➤ *Diminuarea conduitei alimentare*

Se manifestă prin pierderea apetitului alimentar – *anorexie* –, fenomen ce însoțește boli organice, infecțioase și psihice (mai ales depresiile și stările reactive), fie printr-o restrângere voluntară și, uneori, selectivă față de alimente – *sitiofobia*. Aceasta din urmă poate avea o motivație normală („cura de slăbire”) sau patologică, în nevrozele fobice, obsesivo-compulsive, schizofrenie (teama delirantă de a nu fi otrăvit sau intoxicat), psihoze paranoide, paranoia.

Forma patologică cea mai frecventă este *anorexia mentală*, termen introdus de Lasègue și Gull, în 1873. Această tulburare se înscrie într-un veritabil sindrom – „*anorexia mentală a tinerelor fete*”, cca 95 % dintre cazuri manifestându-se în adolescență, cu o frecvență de 0,1 – 1 % mai crescută în societățile de tip occidental. Anorexia mentală apare mai frecvent în familiile în care mama sau sora au avut un asemenea sindrom (Szmukler, 1985).

Menționăm că anorexia mentală trebuie diferențiată de negativismul alimentar care aparține sindromului catatonie din schizofrenie și de presiilor stuporoase.

Tulburările calitative sunt: *pica* – înghițirea unor materiale necomestibile, cunoscută clasic ca „pica gravidelor” (consumă bucăți de țenușă de pe ziduri); *bizareriile alimentare* – utilizarea excesivă a unor alimente „exotice” sau „rețete proprii bizare”, această tulburare putând fi întâlnită la caracteriopații „snobi”, în unele nevroze anxioase, ca o hipercompensare a unei situații de inferioritate, dar poate marca (dacă „rupe” linia existențială anterioară) și debutul unei schizofrenii; *pervertirea conduitei alimentare* – coprofagia (ingestia de materii fecale), necrofagia (ingerarea unor organe de la persoane decedate), canibalismul; evidențiază o gravă afectare a vieții psihice, întâlnindu-se în oligofrenii, demențe, schizofrenie, dar și în cadrul unor grupuri psihopatice („ritualuri sadice de grup”).

Conduita sexuală

Tulburările trebuie diferențiate, încă de la început, de anumite obiceiuri, tabuuri și practici sexuale ce aparțin diverselor culturi și teritorii etnico-religioase ca manifestări izolate și nu ca „reguli ale unei colectivități”.

Tulburări cantitative

➤ **Exagerarea conduitei sexuale** – *satiriazis* sau *donjuanism* pentru bărbați și *nimfomanie* pentru femei. Această tulburare este corelată cu stările de excitație psihomotorie și se întâlnește în episodul maniacal al bolii afective, schizofrenia afectivă, la psihopații euforici și în intoxicații cu amfetamine, cocaină, alte excitante ale SNC. De asemenea, poate însoți și unele forme de oligofrenie, mai ales la femeile la care „valorizarea sexuală” și „prostituția” compensează handicapul cognitiv.

➤ **Diminuarea conduitei sexuale** – termen impropriu, în opinia noastră, pentru a desemna *impotența masculină și feminină* – *frigidity*. În accepțiunea noastră, nu găsim scăderea instinctului sexual decât la schizofreni, personalități schizotipale și bolnavi depresivi, ca fiind legată de diminuarea globală a interesului pentru activitatea sexuală (retragerea autistă sau depresivă). Considerăm mai potrivit termenul de *tulburări de dinamică sexuală* pentru a sublinia dificultățile de obținere a satisfacției sexuale. Aceste dificultăți sunt:

▪ **Impotența** – imposibilitatea erecției sau erecție incompletă ce nu permite penetrarea. Mai rar de cauză organică (endocrină, urologică, diabet etc.), peste 80 % dintre cazuri sunt de origine psihică și traduc fie surmenaj, fie suferințe psihiatrice (nevroze – angoasa de castrare, stări depresive, schizofrenie, alcoolism), fie tratament prelungit cu sedative, barbiturice, neuroleptice. Impotența poate fi însoțită de idei prevalente sau delirante de gelozie, bazate pe o creștere a pulsionilor sexuale în contradicție cu imposibilitatea satisfacerii lor. În același context, pot apărea comportamente sexuale deviate (exhibiționism).

▪ **Ejacularea precoce** – disfuncționalitate frecventă care constă în producerea erecției fără satisfacerea partenerei, din cauza ejaculării fie înainte de penetrare (*ante portas*) sau imediat după penetrare. Tulburare legată de complexul lui Edip, aceasta s-ar putea explica prin organizarea fantasmatică a vieții sexuale (reprezentările anticipează cu mult realitatea) sau printr-o manifestare a sadismului (producerea plăcerii proprii în detrimentul partenerei).

▪ **Ejacularea întârziată**, chiar imposibilitatea ejaculării, este un semn al declinului sexual la persoanele de vârstă a treia, iar la tineri, reprezintă o componentă sadică de culpabilizare a partenerei (adesea, con-

stituie preambulul unor practici sexuale perverse). Aceasta poate fi legată de primele experiențe erotice cu o „inițiativă erotico-sexuală perversă”.

- **Frigiditatea** (lipsa orgasmului, impotența feminină), preponderent tot de origine psihică, traduce fie un refuz al „feminității”, fie o componentă sadică de inferiorizare a partenerului. Noțiunea de *frigidity* trebuie folosită numai după excluderea unor cauze organice (genitale sau endocrine) și numai dacă partenerul nu prezintă o tulburare disfuncțională. Poate fi legată de experiențe sexuale psihotraumatizante (viol, incest) și apare în tulburări nevrotice anxios-fobice sau depresive, precum și în unele psihoze, mai ales melancolia și schizofrenia.

- **Vaginismul**, contractura musculaturii vaginale de origine psihogenă, manifestare isterică sau fobică, reprezintă un „protest” față de penetrare (simptomul este foarte rar întâlnit).

- **Dispareunia**, durerea produsă de contactul sexual, apărută în afara cauzelor ginecologice, semnifică o tendință masochistă și constituie o modalitate de a controla indirect actul sexual.

- **Diminuarea interesului sexual** este generată de refuzul rolului de partener sexual în favoarea celui de mamă, gospodină sau bună profesionistă. Este legată de un complex oedipian de negare a sexului și de identificare a soțului cu imaginea paternală sau fraternală (relații interzise). Refuzul sexualității și dezinteresul pentru partener generează sentimentul de culpabilizare inconștientă și refugiul în boală (fenomene depresive, obsesive și idei de gelozie).

- **Comportamentul sexual evitant**, justificat uneori de o boală sau de teama de sarcină (*coitus interruptus*), se observă la anxioși, fobici și depresivi, dar poate fi întreținut de frica intens mediatizată față de boli venerice și SIDA.

- **Tulburările orgasmice** privesc trăirea personală a plăcerii sexuale, de la satisfacție până la dezgust.

Tulburări calitative (deviații sexuale, parafilii)

➤ **Deviații în alegerea partenerului:**

- **masturbația** (*ipsația* sau *onania*) reprezintă producerea satisfacției prin autoerotism. Tulburarea este întâlnită, în proporții egale, la ambele sexe, în perioada pubertară și adolescentină. Nu are o semnificație patologică decât dacă persistă după începerea vieții sexuale regulate sau devine singura modalitate de obținere a plăcerii sexuale. Este le-

gată de fantasmatica sexuală și în patologie, se întâlnește la oligofreni, în stările de excitație maniacală și schizofrenie.

- *homosexualitatea masculină (pederastia) și feminină (lesbianismul)* sunt considerate patologice numai în măsura în care sunt contrare Eului – *homosexualitate egodistonică*. Poate fi o practică unică sau asociată cu heterosexualitatea. Kinsey apreciază frecvența homosexualității la 4 % pentru bărbați și 2 % pentru femei, considerând că aceasta poate îmbrăca trei aspecte: experiență unică, episodică și ambisexualitate.

- *pedofilia* reprezintă tendința preferențială de a întreține relații sexuale cu copii, incestul fiind o formă particulară. Se întâlnește cu frecvență crescută la persoanele cu sindroame psihoorganice și stări deteriorative, precum și la unii psihopați.

- *gerontofilia* indică preferința sexuală pentru persoane în vârstă, fiind o tulburare de tip oedipian care însoțește violul patologic. Se întâlnește în psihopatii și stări psihopatoide, oligofrenii și schizofrenie, unde violul patologic poate constitui o modalitate de debut medico-legal.

- *zoofilia (bestialitatea)* se referă la întreținerea de raporturi sexuale cu animale, fiind mai ales întâlnită în situații de izolare, la oligofreni, în sindroame psihoorganice, deteriorative, alcoolism și schizofrenie.

- *necrofilia* înseamnă întreținerea de raporturi sexuale cu cadavre sau persoane muribunde; se manifestă la personalități psihopatice, oligofreni și, extrem de rar, la schizofreni care lucrează în condiții favorizante (morgă, pompe funebre).

- *pigmalionismul* este atracția sexuală pentru statui; o echivalență actuală ar fi utilizarea păpușilor gonflabile.

➤ **Deviații ale actului sexual:**

- *voyeurismul* înseamnă obținerea satisfacției sexuale privind un act sexual executat de alte persoane. În prezent, această practică este întreținută de filmele pornografice.

- *exhibiționismul* este cea mai narcisică dintre tulburările sexuale și constă în expunerea organelor genitale în public; important pentru subiect este faptul de a se expune privirii persoanelor de sex opus. Exhibiționiștii își aleg locuri preferențiale (școli, cămine, internate) și o „victimă” sau un grup de „victime”. Tulburarea aparține psihopatiilor, stărilor psihopatoide, alcoolismului, sindroamelor deteriorative, psihozei maniacale și schizofreniei.

- *sadismul* înseamnă obținerea satisfacției prin chinuirea partenerului, de la micile jocuri sexuale dureroase până la crima sadică. Se întâlnește la psihopați impulsivi și explozivi, la epileptici, în sindroame psihoorganice și schizofrenie.

- *masochismul* – opusul sadismului – se caracterizează prin obținerea orgasmului prin suferință fizică, până la veritabile torturi. Frecvent, cele două tulburări se asociază în cadrul unui cuplu sexual pervers, sado-masochist, fiecare dintre parteneri jucând un rol sau celălalt.

- *fetișismul* duce la ideea că subiectul nu poate ajunge la plăcerea sexuală decât în prezența unui obiect investit cu puteri simbolice deosebite – fetișul. Acesta poate fi un obiect de lenjerie sau oricare obiect de uz personal și se asociază cu participarea senzorială (un anumit parfum, atingerea unei bucăți de catifea).

➤ ***Tulburări ale scopului actului sexual:***

- *travestitismul* înseamnă substituirea plăcerii sexuale prin purtarea hainelor sexului opus.

- *transsexualismul* reprezintă refuzul de identificare cu sexul propriu, tulburare rară, cu frecvența de 1/100 000 pentru femei și 1/30 000 pentru bărbați. Atunci când sexul genetic este diferit de sexul pacientului, se vorbește despre transsexualism veritabil; în acest caz, se poate admite – la cererea pacientului și prin hotărâre judecătorească – schimbarea sexului prin executarea unor operații estetice. Dacă sexul genetic este identic cu sexul pacientului, tulburarea se consideră psihogenă. Această tulburare este însoțită frecvent de homosexualitate, practici sadice și delikte sexuale grave.

Perversiunile sexuale sunt dificil de definit și, conform DSM-III-R, sunt veritabile parafilii, atunci când sunt practicate într-un scenariu pervers, indiferent de acordul sau dezacordul partenerului. Oricare dintre tulburările descrise mai sus și care îndeplinesc aceste condiții în afara altor tulburări mintale sunt potențial încadrabile în perversiunile sexuale.

Instinctul de apărare

Tulburări cantitative

- *Exagerarea instinctului de apărare* conduce la agresivitate, de la conduita agresivă verbală până la violența fizică și crima patologică. Se întâlnește la bolnavi cu psihoze delirant-halucinatorii (schizofrenie, psi-

hoze paranoide), în paranoia, la bolnavii cu sindroame psihoorganice, la oligofreni.

- *Diminuarea instinctului de apărare* determină așa-numitul comportament de risc, culminând cu actul suicidal. Tulburarea este întâlnită frecvent la pacienții cu tulburări depresive, psihopatii sau sindroame psihoorganice. Suicidul poate apărea și la pacienții cu alte tulburări organice incurabile (SIDA, cancer etc.).

Tulburări calitative

- *Fuga patologică* este o tulburare încadrabilă în reacția psihotică acută (vezi *psihogeniile*), fiind caracterizată printr-o acțiune automată, cu motivație de apărare, executată pe un fond de îngustare a conștiinței. Ca exemplu clasic, se poate cita cazul războiului în care soldații din prima linie, de frică, fug, pentru a scăpa de moarte, direct înspre liniile inamice, devenind astfel, din victime potențiale, victime sigure.

- *Reacțiile patologice de apărare* apar la pacienții care trăiesc experiența dedublării halucinatorii a personalității sau drama depersonalizării (schizofreni).

- *Ritualurile de evitare* – compulsive, ale marilor obsesivi, dar care pot apărea și în schizofrenie.

Tulburările conduitei motorii sunt tulburări ale comportamentului expresiv și tulburări ale activității motorii generale.

Tulburări ale comportamentului expresiv

Acestea cuprind „limbajul corporal” al pacienților, după cum urmează:

Mimica este expresia non-verbală involuntară și reflexă. Mobilitatea și „expresivitatea mimicii” poate prezenta următoarele tulburări: *hipermimia* – exagerarea mobilității mimice (se întâlnește în accesul maniacal); *hipomimia* – diminuarea mimicii la bolnavii depresivi, schizofreni, parkinsonieni, confuzi, demenți, oligofreni; *paramimia* – tulburarea manifestă prin discordanța mimicii față de conținutul afectiv (este caracteristică schizofreniei; această tulburare trebuie diferențiată de mimica compensatorie care reprezintă afișarea voluntară a unei fațade mimice ce ascunde starea sufletească reală; în schizofreniile cu evoluție cronică defectuală, se poate ajunge la *psitacismul mimic* – hipermobilitatea incomprehensibilă și inexpressivă a mimicii); *ecomimia* – mimica în ecou

imobilită în schizofrenie și în sindroamele deficitare); *amimia* – imobilitatea mimicii (se întâlnește foarte rar în stările stuporoase melancolice, în cadrul schizofreniei catatonice și în sindromul P.E.M.A.: palilalie, ecolalie, mutism, amimie, din demența Pick).

Sindromul de impregnare neuroleptică poate genera un sindrom hipertonic-hiperkinetic cu diminuarea mimicii, faciesul pacientului arătând ca o „mască imobilă”.

Gestica poate reprezenta, la rândul ei, o exagerare a expresiei gestuale (sindrom maniacal, anxietate, unele forme de schizofrenie) sau o diminuare a acesteia (depresii, sindroame psihoorganice și deteriorative); *negativismul* – rezistența activă sau pasivă față de orice stimul extern sau chiar față de realizarea nevoilor fiziologice (negativism intern); poate fi pasiv, atunci când bolnavul este inert, dar nu răspunde la solicitări și activ, când bolnavul se opune executării unei acțiuni; în clinică, întâlnim negativism motor, verbal, alimentar și intern; *parakineziile* – pervertirea (pierderea) sensului și a conținutului natural și logic al mișcărilor: *manierismul* – supraîncălcarea conduitelor și gesturilor simple, acestea devenind artificiale, puerile, caricaturale (mers dansat, săltăreț; când dă mâna, întinde un singur deget etc.); *bizareria* – o pierdere a conținutului logic al acțiunilor comportamentale, acestea căpătând un caracter incomprehensibil; *stereotipiile* – repetarea, într-o manieră identică, a unei anumite mișcări, cel mai adesea bizară, perseverarea într-un anumit gest sau act comportamental și păstrarea îndelungată a unei anumite poziții („perna psihică”, „cocoș de pușcă”, „contractura cataleptică” și „atitudinea catatonică”); stereotipiile de mișcare (kinetice sau parakinetice) sunt cel mai frecvent întâlnite în schizofrenia catatonică, în demența senilă și oligofrenii; *ecopraxia* – imitarea gesturilor examinatorului (face parte din sindromul ecopatic, alături de ecomimie și ecolalie).

Ținuta și vestimentația exprimă legătura estetică a individului cu ambianța și este o „normă socială”, deseori încălcată de bolnavul psihic, constituind, uneori, primul semn al bolii. Tulburările acestora pot fi: *dezordinea vestimentară* – care trădează o stare confuzională, debutul unei psihoze (adesea, schizofrenia), oligofrenie, demențe; *rafinamentul vestimentar exagerat* – care este întâlnit la personalitățile psihopatice, isterice sau în cadrul bizareriilor de comportament din schizofrenie; *excentricitățile vestimentare* (ținută extravagantă, culori țipătoare, ornarea cu decorații etc.) – ce exprimă tendințele megalomane, fiind întâlnite în stă-

rile de excitație maniacală sau în paranoia (excentricitatea bizară mai poate apărea în hebefrenie și în forma expansivă din paralizia generală progresivă); *travestitismul* – utilizarea vestimentației sexului opus; *cisvestitismul* – utilizarea vestimentației corespunzătoare sexului, dar inadecvată vârstei.

Tulburările simbolice ale comportamentului expresiv pot fi: *ticurile* sau *parapantomimiile*, acte motorii repetitive involuntare, care dispar în somn și exteriorizează un conflict nevrotic (nevrozele mixte sau motorii) și *tulburările motorii de tip conversiv* ce apar în cadrul isteriei și reprezintă manifestarea motorie a „conversiei isterice” (paralizii și hiperkinezii isterice, crize epileptiforme).

Tulburări ale activității motorii generale

Exagerarea activității motorii poartă denumirea de *hiperkinezie*. Când pe acest fond, se adaugă neliniștea și dezorganizarea actelor motorii, vorbim despre *excitație psihomotorie* care, în forma extremă de manifestare, poartă denumirea de *agitație*.

Agitația psihomotorie este o tulburare de ansamblu a conduitelor motorii ce traduce o stare de excitație psihică. Aceasta exprimă pierderea controlului voluntar asupra propriilor acțiuni. Tabloul clinic al agitației psihomotorii prezintă variante diverse:

- *agitația reactivă* – legată de o stare anxioasă (psihoza reactivă) – este în raport direct cu un eveniment psihotraumatic și relevă trăsăturile personalității (mai frecvent, isterice – teatralism și hiperexpresivitate). Are valoarea unei veritabile comunicații și răspunde la măsuri psihoterapeutice simple și la anxiolitice;
- *agitația din psihozele delirant halucinatorii* (bufe delirant, schizofrenie, psihoze paranoide) – legată de experiența delirantă și halucinatorie trăită de bolnav. În schizofrenie, mai ales, are un aspect incoerent, bizar și detașat de ambianță;
- *agitația din accesul maniacal* apare pe un fundal euforic, cu idei delirante expansive. Este însoțită de logoree, fugă de idei și se poate accentua la contradicții minore, îmbrăcând forme coleroase. Poate ajunge la forma extremă – *furor maniacal*. Pacienții prezintă mare rezistență la oboseală, sunt dezinhibați instinctiv-volițional și pot comite acte medico-legale, în special delictе sexuale;

- *agitația în psihopatii* se caracterizează prin hiperexpresivitate, declanșată la șantaj, fiind declanșată de un conflict relațional;
- *agitația în melancolie* – mai ales în forma anxioasă, fiind însoțită de idei de incurabilitate, pierderea stimei de sine și autoacuzare. Prezentă mare risc suicidal;
- *agitația din confuzia mintală și stările confuzo-onirice* – dezorientată, se desfășoară pe fundalul unei stări de anxietate extremă. Pacientul este în mijlocul onirismului său, pe care îl trăiește intens ca participant la scenariul halucinatoriu, cel mai adesea terifiant;
- *agitația în demențe*, mai ales vesperală sau nocturnă – frecvent însoțită de deambulare. Este alimentată de idei de prejudiciu material și moral și poate fi agresivă; bolnavii prezintă tendința de fugă și vagabundaj, toate acestea constituind un motiv frecvent de spitalizare, care exprimă pierderea toleranței anturajului față de pacient;
- *agitația din oligofrenie* – săracă, stereotipă, însoțită de acte absurde, gesticulație incoerentă, tendințe hetero- sau autoagresive;
- *agitația din epilepsie* – manifestată ca echivalență epileptică, fiind intercritic declanșată de incitații ale anturajului. Poate atinge o formă extremă („furor epileptic”) care, prin caracterul său automat, poate conduce la acte de mare violență și cruzime urmate de amnezia totală a episodului.

Agitația psihomotorie în psihopatologie exprimă starea psihică a bolnavului, gradul de dezorganizare a actelor fiind expresia conținuturilor sale afective și ideative.

Diminuarea activității motorii poate îmbrăca mai multe aspecte:

- *hipokinezia* reprezintă expresia, în plan clinic, a inhibiției psihomotorii; este obiectivată prin bradikinezie, lentoarea generală a mișcărilor, hipomimie, bradilalie;
- *akinezia* se caracterizează prin inhibiție psihomotorie extremă manifestată prin:
 - *baraj motor* – întreruperea bruscă și întâmplătoare a oricărei mișcări (apare în schizofrenie). Se însoțește frecvent de baraj ideo-verbal, acesta trebuind diferențiat de absența epileptică;
 - *fading motor* – diminuarea treptată, până la dispariție, a unei acțiuni; apare în schizofrenie, depresii și stări de epuizare;

▪ *starea stuporoasă* – siderarea tuturor funcțiilor psihice; este însoțită de o stare de prostrație completă, de suspendare a oricărei activități motorii, adinamie, amimie și mutism. Bolnavul stuporos este imobil, pătează patul, este inert, mut, nu reacționează la stimuli și refuză alimentația (negativism alimentar). Uneori, la acest tablou, se asociază incontinența sfincteriană (starea gatoasă descrisă de vechii autori). În spatele acestei „măști stuporoase”, se poate ascunde o mare încărcătură afectivă. Din punct de vedere psihopatologic, se descriu mai multe variante de stupeoare (stupor):

- *stupeoarea melancolică* – forma extremă a inhibiției depresive; de obicei, se instalează insidios, pe un fundal depresiv psihotic. Mutismul maschează o activitate delirantă intensă (idei de culpabilitate, autoacuzare, negație), însoțită de durerea morală care torturează „conștiința depresivă”. Această stare se trădează clinic prin grimase ce exprimă o veritabilă durere, gemete și prin prezența semnului clasic – „omega melancolic” – cuta intersprâncenoasă;

- *stupeoarea catatonică* în care mimica este fie inexpresivă, fie enigmatică. Imobilitatea se însoțește de negativism activ (opoziționism) și catalepsie (conservarea atitudinilor impuse – „flexibilitate ceroasă”). Stupeoarea se poate instala sau dispărea brusc sau treptat, putând persista zile sau săptămâni;

- *stupeoarea reactivă* – declanșată de un eveniment psihotraumatic major (catastrofe naturale sau personale); se traduce plastic prin expresia „împietrit de durere”. Este legată direct de evenimentul psihotraumatic (legătură cauzală) și diminuează odată cu îndepărtarea de momentul psihotraumatic (legătură temporală);

- *stupeoarea confuzională* – pacientul este apatic, inert, indiferent; seamănă cu starea de *comă vigیلă*, punând, în același timp, probleme dificile de diagnostic diferențial.

➤ *catatonie* – descrisă de Kahlbaum, în 1874, ca entitate nosologică independentă, inclusă de Kraepelin în cadrul demenței precoce, a fost prezentată, în 1911, de Bleuler ca o formă clinică a schizofreniei. Catatonie reprezintă un ansamblu de tulburări psihomotorii ce se desfășoară pe fondul inerției și catalepsiei. Se poate desfășura pe un fond de claritate a conștiinței – *catatonie lucidă* sau pe fond confuziv – *catatonie onirică*. Principalele simptome sunt: sugestibilitatea, catalepsia, negativismul, parakineziile (bizarerii, stereotipii, manierism); uneori, pot apă-

manifestările ecopatice (imitarea actelor examinatorului); ecomimie, ecoprazie, ecopraxie.

Conduite comportamentale patologice

Impulsiunea este nevoia imperioasă de a efectua, în mod brusc, un act motor irațional, cu un caracter agresiv sau chiar periculos și a cărui execuție scapă de sub controlul voluntar al subiectului.

Raptusul este o succesiune de manifestări impulsive paroxistice, pe care pacientul nu le poate ține sub control; se manifestă exploziv, violent și poate duce la heteroagresivitate sau la suicid (raptusul suicidal).

Impulsivitatea este caracteristică unor personalități dizarmonice sau *borderline*, psihozelor; în acest context, alcoolul și consumul de droguri favorizează descărcările impulsive. Exemple de conduite patologice impulsive sunt piromaniam, cleptomania, jocurile patologice etc.

Compulsiunea este teama de a nu comite un act impulsiv; aceasta determină o deviere a agresivității care se poate manifesta în mod simbolic. Manifestările acesteia sunt specifice nevrozei obsesiv-compulsive și personalităților psihastenice.

Gesturile și acțiunile suicidare – suicidul finalizat, tentativele de suicid și echivalentele suicidare (parasuicidul) se pot întâlni în depresii, psihopatii, alcoolism, dar și în situații existențiale limită.

Fuga constituie un abandon impulsiv cu părăsirea domiciliului sau a locului de viață obișnuit. Diversele tipuri de fugi se manifestă fără motiv sau la contrarietăți minore, fără un scop precis și sunt limitate ca timp. Se descriu: *fugi reactive* (reacția acută); *fugi gregare* (împreună cu un grup de prieteni); *fugi automate* (inconștiente, epileptice).

Violența fizică, culminând cu crima de omor, poate avea o motivație delirantă și poate constitui debutul schizofreniei (debutul monosimptomatic sau medico-legal); mai poate apărea în psihopatii, alcoolism, sindroame deteriorative, psihoze paranoide. Forme specifice de violență fizică sunt: *infanticidul* – o formă particulară ce apare la sociopati, schizofreni, epileptici; *pruncuciderea* – uciderea copilului imediat sau la câteva zile după naștere care se întâlnește în psihozele *post-partum* (în aceste cazuri, se impune, de urgență, separarea de copil și consultul psihiatric); *crima altruistă* – aparține melancoliei; bolnavul își ucide familia și apoi se sinucide, „pentru a-i scăpa de catastrofe sau chinuri îngrozitoare”; poate fi comisă și de fanatici (uciderea unui întreg grup de sec-

Curriculă de instruire pentru asistenții medicali din sistemul de sănătate mintală

tanți religioși etc.); *crima sadică* – aparține personalităților multiple, schizofreniei și epilepsiei (caracterul vindicativ, răzbunător).

Explozivitatea intermitentă implică episoade intermitente, la interval de luni sau ani, manifestate prin pierderea controlului și descărcări exploziv-impulsive de mare amplitudine. O formă particulară o reprezintă sindromul impulsiv-exploziv premenstrual.

Semiologia conștiinței

Aceasta este o noțiune imposibil de definit datorită complexității și multiplelor fațete subiective pe care le conține. H. Ey definea conștiința ca fiind „actualitatea experienței trăite”, iar K. Jasper, drept „totalitatea fenomenelor psihice la un moment dat”.

Tulburările de conștiință

Conștiința, din punct de vedere psihologic, reprezintă acel proces de reflectare a propriului eu și a lumii înconjurătoare. Din punct de vedere psihopatologic, când se vorbește despre conștiință, se face referință și la tulburările, în diferite grade, ale stării de luciditate.

Tulburări cantitative ale conștiinței	Starea de veghe Obtuzie Hebetudine Torpoare Obnubilare Stupoare Sopor Comă
Tulburări calitative ale conștiinței	Îngustarea câmpului conștiinței Starea crepusculară Confuzia mentală Denivelarea conștiinței în diferite grade Tulburări de conștiință de tip delirant

Starea de conștiință – practic, sinonimă cu vigilitatea, se bazează pe integritatea funcțiilor elementare biologice și psihologice, caracterizându-se prin luciditate, claritate și control rațional. Pe această bază, individul poate intra în „dialog” cu lumea reală.

Semantic, atributul *conștient* este precedat de verbul „a fi”, confirmând legătura ființei cu destinul său biologic. *A fi conștient* constituie o prezență obligatorie la spectacolul lumii, dar fără a garanta implicarea

personală în acest spectacol. A fi conștient este o condiție pentru recepțarea și prelucrarea informațiilor, dar este foarte departe, în același timp, de sensul existențial al celebrului „a fi în lume”.

Invers, a nu fi conștient reprezintă o absență sau o imposibilitate de a fi prezent în mediu. Starea de conștiință este individuală și informativă, nu reflexivă.

Conștiința este o structură duală, biologic-spirituală, latura biologică suprapunându-se parțial peste starea de conștiință, restul teritoriului acesteia din urmă fiind ocupat de ceea ce H. Ey numea „corpul somatic”. Conștiința este, obligatoriu, conectată la lume, la ceilalți; ea presupune reflexivitate și implicare personală, filtrarea informațiilor și interpretarea lor într-o manieră proprie, pe un sistem de coordonate axiologice, etico-morale și estetice.

Din punct de vedere psihopatologic, conștiința reprezintă o luptă a conștientului cu inconștientul, iar destrutturarea conștiinței este interpretată ca o invazie a inconștientului asupra conștiinței.

Conștiința cuprinde mai multe nivele: *conștiința de veghe* sau *elementară* – nivelul biologic superpozabil peste starea de conștiință; *conștiința operațională* – permite efectuarea etapelor logico-operaționale ale proceselor cognitive și integrarea informațiilor în propriul sistem valoric; *conștiința axiologică* – reprezintă aderarea persoanei la un sistem axiologic concordant culturii sale; *conștiința etico-morală* – permite „prezența în lume” într-o manieră adecvată și conformă normelor sociale; *conștiința estetică* – atitudinea generală a individului față de realitate și latura expresivă a persoanei.

În acest context, destrutturarea sau regresiunea atrage după sine următoarele tulburări psihopatologice: abolirea conștiinței estetice care determină inautenticitatea trăirilor și o existență falsă, contrafăcută (caracteristică suferinței nevrotice); abolirea conștiinței etico-morale care duce la incapacitatea de adaptare și integrare socială la nivel de micro-sau macrogrup (specifică tulburărilor psihopatice); abolirea conștiinței axiologice care reprezintă pierderea sistemului de valori (apare în psihoze și psihopatii); diminuarea sau abolirea conștiinței operaționale ce are loc în sindroame deficitare (oligofrenii și demente); diminuarea sau abolirea conștiinței elementare care determină tulburări cantitative ale câmpului de conștiință de la obtuzia mintală până la comă.

Elemente de neurofiziologie

Conștiința (în sensul de *conștiință, vigilitate*) presupune integritatea structurilor de recepție a informațiilor, a formațiunilor de transport, filtrare și prelucrare a informației (formațiune reticulată și scoarță). Orice agresiune traumatică, toxică, infecțioasă, biochimică asupra uneia dintre secvențele procesului conștiinței duce la tulburări ale acesteia din urmă.

Un rol deosebit este jucat de sistemul reticulat activator ascendent – SRAA care ar produce „trezirea cortexului”.

Formațiunea reticulată este alcătuită din mase de neuroni și dintr-un sistem de fibre care părăsesc aferențele sau eferențele la nivelul trunchiului cerebral, intrând în relație cu masele neuronale ascendente și descendente. Nucleii talamici nespecfici, împreună cu cei ai hipotalamusului posterior și lateral, fac parte din formațiunea reticulată, constituind capătul cel mai rostral al acesteia.

Așadar, formațiunea reticulată reprezintă un nod de întâlnire a căilor activatoare nespecifice care merg spre cortex și a celor care coboară de la el, asigurând un efect dinamogen ascendent și, în același timp, transmitând impulsuri corticale descendente, care influențează tonusul, activitatea neuronală, funcția viscerală. Sistemul multineuronal reticulat ascendent este capabil să „moduleze” impulsurile ascendente, contribuind la realizarea procesului de percepție corticală, de aceea numindu-se *sistem activator ascendent* (SRAA).

Penfield a descris sistemul centrencefalic (părți din diencefal, mezencefal și punte) care, împreună cu cortexul temporal, ar constitui „centrul conștiinței”.

În instalarea și menținerea vigilității, intervin și mecanisme umorale, pe primul plan, situându-se sistemul adrenergic.

Jaspers a descris *criteriile de apreciere a tulburărilor de conștiință*: detașarea de realitate, tulburarea memoriei, dezorientarea, incoerența (numai în context).

Vom descrie, în cele ce urmează, tulburările de conștiință din punct de vedere semiologic, într-o ordine analitică.

Tulburările cantitative

Acestea reprezintă tulburări ale conștiinței (vigilității), cu alte cuvinte, diverse grade de îndepărtare de realitate:

- *obtuizia* – diminuarea permeabilității și recepției prin ridicarea pragurilor senzoriale, cu dificultăți asociative sau pierderea supleței ideative; subiectiv, este resimțită ca o dificultate în precizarea și formularea ideilor;
- *hebetudinea* – dezinserția pacientului din realitate; acesta nu realizează și nu poate stăpâni situația în care se află, situație ce i se pare străină, având, în consecință, o atitudine de perplexitate sau de indiferență;
- *torpoarea* – dezorientare, scăderea tonusului afectiv-volițional, hipokinezie, reducerea inițiativei, apatie; poate fi comparată cu starea de somnolență;
- *obnubilarea* – scăderea tonusului întregului psihism prin ridicarea marcată a pragurilor senzoriale; recepția este întârziată și inadecvată, apar dificultăți asociative și de evocare mnestică, dezorientare temporo-spațială și allopsihică, bradikinezie; răspunsurile bolnavului pot fi ameliorate prin intensificarea și repetarea stimulilor;
- *stuporul* – tulburare accentuată și particulară a conștiinței, cu inerție motorie totală; bolnavul nu mai reacționează decât la excitanți foarte puternici, comportamentul său fiind total rupt de realitate, granița cu coma fiind imprecisă;
- *soporul* – agravare a stării de obnubilare, manifestată prin somnolență accentuată, cu reacții foarte diminuate la stimuli; uneori, este greu de diferențiat de coma vigilă;
- *coma* – denumită de Guiraud stare de „apsihie”, se situează în afara interesului psihiatriei;
- *suspendările pasagere ale conștiinței* – lipotimia, sincopa și crizele epileptice.

Tulburările calitative

Spre deosebire de cele cantitative, aceste tulburări afectează nivelele superioare ale conștiinței, tulburând „adecvarea” la realitate.

- *Starea confuzională* – obnubilarea conștiinței, dezorientare temporo-spațială, tulburări mnezice importante și dificultăți logico-operativale. Aceasta conduce la dezorganizarea vieții psihice, a proceselor cognitive și de sinteză.

- *Starea confuzo-onirică* (onirismul) – se adaugă la confuzia mentală a onirismului – „starea de vis trăită în realitate” (Lassègue). Este o stare halucinatorie extrem de bogată, cu halucinații predominant psiho-

senzoriale: vizuale panoramice și auditive complexe (uneori, gustative și olfactive), cu conținut dezagreabil, terifiant; conținutul este mai frecvent zoopsic sau profesional. Bolnavul acționează în consecință, participă activ, este un actor în „scenariul oniric”. Se citează frecvent reacții de apărare și comportament halucinatoriu ce pot genera grave acte antisociale. Aceste tulburări se întâlnesc în psihoza alcoolică acută (*delirium tremens*), psihoze infecțioase, intoxicații exogene (droguri, ciuperci) și în sindroame psihoorganice post-traumatice, vasculare și tumorale.

Starea confuzională și cea confuzo-onirică implică o acțiune lezională cerebrală biologică sau toxică, putându-se instala în boli somatice cu hipoxie, anoxie cerebrală sau cu perturbarea homeostaziei (insuficiențe renale, hepatice, respiratorii, cardiace etc.).

- *Oneiroidia* este „visarea patologică” în care pacientul, în stare de perplexitate, asistă la derularea, pe un ecran virtual, a unui scenariu de vis; a fost descrisă de M. Gross ca fiind debutul oneiroid al schizofreniei.

- *Starea crepusculară* este percepută diferit, din punct de vedere semiologic, de către școala anglo-saxonă care o consideră o stare oneiroidă prelungită și de școala franceză și germană care o înțelege drept o îngustare marcată și paroxistică a conștiinței, cu derularea unor activități motorii automate, însoțite sau nu de fenomene halucinatorii. După ce își revine, pacientul păstrează parțial amintirea experiențelor halucinatorii din timpul stării crepusculare sau prezintă amnezie lacunară. Această tulburare se întâlnește, în general, ca echivalentă epileptică și prezintă potențial antisocial deosebit.

- *Îngustarea câmpului conștiinței* reprezintă o slăbire a relațiilor cu realitatea, determinând pacientul să reacționeze în virtutea unui anumit conținut psihic limitat. Se întâlnește în psihopatii și stări psihopatoide („scurt circuit”), psihoze reactive și isterie (stare secundă).

Extinzând conceptul de *conștiință* din punct de vedere psihopatologic și filosofic, am putea include la acest capitol experiențele delirant-halucinatorii din schizofrenie și parafrenie, depersonalizarea din schizofrenie, precum și comprimarea – dilatarea timpului din psihoza maniaco-depresivă.

Tulburările de personalitate

Etimologic, termenul de *personalitate* vine de la *persona* („mască”, din latina antică); este vorba despre masca actorului sau, mai exact, masca imprimată cu actorul din spatele acesteia.

În accepțiunea actuală, personalitatea este un concept imposibil de definit. Considerând-o ca o „sinteză a trăsăturilor individuale”, nu suntem departe de definiția lui Boethius (sec. VI): „persoana este o substanță individuală de natură rațională”.

Allport afirma, încă din 1936, că în limba engleză, există cca 18.000 de cuvinte referitoare la *personalitate* și *comportament*.

Dacă teoria antică a umorilor a fost net dominantă aproape douăzeci de secole, în ultima sută de ani, au fost elaborate diverse concepții asupra personalității, bazate pe facultăți (puteri), instincte, impulsuri, valori fundamentale (Murray), factori (Cattell), regiuni, trăsături, tendințe.

Oricum, personalitatea este o entitate unică, irepetabilă și relativ constantă în timp, fiind considerată, pe bună dreptate, o unitate bio-psycho-socială.

Ne vom opri pe scurt asupra a două concepții de referință ale structurii personalității:

Freud descrie „instanțele” (nivelele) personalității. Dacă într-o primă etapă, acestea au fost inconștientul, preconștientul și conștiința, mai târziu, marele savant a descris cele trei „provincii ale aparatului psihic”: *Id* (*Sine*) – produs bioenergetic, complet dezorganizat, dominat de instincte, izvor primar de energie; *Ego* (*Eu*) – rezultat al experienței proprii, în special din copilărie, acesta fiind organizat și „mediind” relațiile dintre instincte și viața exterioară; *SuperEgo* (*SupraEu*) – conține valorile morale, interdicțiile, imaginile parentale; acesta este o cenzură pentru celelalte instanțe și operează la nivel inconștient ca și *Id*-ul.

G. Allport consideră personalitatea ca fiind „integrarea progresivă, dar niciodată completă, a tuturor sistemelor care primesc adaptările caracteristice la mediile sale variate”. Autorul descrie organizarea dinamică a personalității plecând de la reflexele condiționate, ca cele mai simple forme învățate ale comportamentului adaptativ. *Reflexele condiționate* se integrează în „deprinderi”, iar acestea, la rândul lor, constituie „trăsăturile personale, ca dispoziții dinamice și flexibile”.

În sfârșit, se formează „sisteme de trăsături – *Eu-ri*”, coerente între ele, dar variabile în funcție de situație, sisteme care constituie personalitatea.

Tipologii de personalitate

O manieră importantă de studiu a personalității este cea tipologică. De la Hipocrat și până în zilele noastre, au fost elaborate diverse tipuri umane, utilizându-se diferite criterii (*biologice și/sau psihologice*).

Principalele scopuri ale acestor tipologii ar fi descoperirea unor predispoziții pentru anumite boli și predicția comportamentului.

Tipologii biologice

Hipocrate, pe baza criteriilor morfologice, a descris două tipuri: *structura apoplectică* ce predispune la crize ictale și *structura fizică* ce predispune la tuberculoză.

Galen aplică teoria umorilor și corelează, pentru prima dată, caracteristici fiziologice cu unele trăsături psihologice: *temperamentul sangvinic* – predominanța sângelui; *temperamentul coleric* – predominanța bilei galbene; *temperamentul melancolic* – predominanța bilei negre; *temperamentul limfatic* – predominanța limfei.

Viola, la începutul secolului XX, adoptă o clasificare morfologică: *tipul brevilin* – megalosplanhnic, cu predominanța trunchiului în raport cu membrele; *tipul longilin* – microsplanhnic; *normotipul*.

Pende modifică această morfologie prin corelarea cu un nivel endocrin: *tipul longilin stenic* – care este un hipertiroidian și hiperpituitar caracterizat, pe plan psihomotor, prin tahipsihie și tasikinezie; *tipul longilin astenic* – hiposuprarenal și hipogenital, caracterizat prin tahipsihie, labilitate și fatigabilitate; *tipul brevilin stenic* – hipersuprarenal și hipergenital, caracterizat prin expansivitate și euforie; *tipul brevilin astenic* – hipotiroidian și hipopituitar, caracterizat prin depresie și inerție.

Sigaud descrie și el o tipologie cu nuanță fiziologico-clinică: *tipul respirator*; *tipul muscular*; *tipul digestiv*; *tipul cerebral*.

Tipologii biopsihologice

Kretschmer este autorul unei tipologii morfopsihologice cu corelații psihopatologice: *tipul picnic* – cu predominanța diametrelor transversale – temperamentul ciclotim, predispus la psihoza afectivă; *tipul leptosom* – cu predominanța diametrelor longitudinale – temperamentul schizotim, predispus la schizofrenie; *tipul athletic* – vâscos – temperamentul vâscos, predispus la epilepsie; *tipul displastic* – *idem*.

Sheldon corelează tipurile somatice cu dimensiunea psihologică, descriind: *tipul endomorf* – caracterizat prin predominanța diametrelor bazinului față de cele ale centurii scapulo-humerale, ale cărui dimensiuni psihologice ar fi viscerotonia: atitudine relaxată, hipokinezie, latență crescută în declanșarea reacțiilor, mică amplitudine emoțională, înclinație către confort fizic și conduită hedonică, sociofilie, politețe ceremonioasă, toleranță, mulțumire de sine; *tipul mezomorf* – caracterizat prin dezvoltarea puternică a sistemului osteo-muscular, cu predominanța extremităților față de trunchi și a diametrelor centurii scapulo-humerale față de bazin, a cărui dimensiune psihologică este somatonia ilustrată prin: atitudine fermă, siguranță în conduită și mișcări, maturitatea aspectului general, poartă delicatețe în maniere, agresivitate competitivă, caracter energic, gust al riscului și hazardului; *tipul ectomorf* – caracterizat prin dezvoltarea membrilor în raport cu trunchiul și a craniului în raport cu masivul facial, a cărui dimensiune psihologică este cerebrotonia tradusă prin suplețe psihomotorie, mobilitate ideativă, promptitudine în reacții și mișcări, decență, discreție și preferință pentru intimitate, inhibiția adresabilității sociale.

Tipologii psihanalitice

Sigmund Freud, părintele psihanalizei, a descris o tipologie care se bazează pe tipurile libidinale: *tipul oral* – caracterizat prin pasivitate, dependență, nevoia de afecțiune, protecție și siguranță; *tipul anal* – dominat de zgârcenie, corectitudine, ordine, simetrie, pedanterie, iritabilitate și încăpățănare; *tipul uretral* – ilustrat prin orgoliu, ambiție și tendințe competitive; *tipul falic* – caracterizat prin siguranță, inițiativă și dezinvoltură; *tipul genital* – ilustrat prin calități ideale de personalitate.

Horney edifică o clasificare a personalității în funcție de relația individului cu ambianța: *tipul complezant* – caracterizat prin tendința de a se dirija spre oameni; *tipul agresiv* – cu tendința de dirijare împotriva oamenilor; *tipul detașat* – caracterizat prin tendința de a se îndepărta de oameni.

From, bazat pe aceleași principii psihosociale, descrie câteva tipuri de orientare socială: *orientare receptivă* – își realizează tendințele din surse externe; *orientare de acumulare* – persoana se bazează și se construiește prin economisirea și conservarea a ceea ce produce; *orientare comercială* – personalitatea este adaptată ca o marfă ce poate fi vândută

sau cumpărată; *orientare productivă* – își folosește calitățile în vederea realizării aspirațiilor și edificării personalității.

A. Roback realizează o tipologie bazată pe principiile reglatoare în modelarea conduitei (modul de inhibare a instinctelor depinzând de însușirile personalității): *caracter superior* – are ca principiu reglator intuiția; *caracter înalt* – bazat pe principii etico-logice, estetice și religioase; *caracter mijlociu* – generat de mijloace sociale și juridice; *fără caracter* – se bazează pe mijloace fizice – „dresajul social”.

E. Sprangler elaborează o tipologie caracterială („predispoziția pentru trăiri și acțiuni”): *tipul practic* – egoist – condus de principiul utilității; *tipul teoretic* – individualist – caracterizat prin construcții intelectuale; *tipul estetic* – ce sfidează practica, dar și preocupările și își savurează existența într-o conduită ludică; *tipul religios* – înclinat spre comunicare cu forțe supranaturale; *tipul dominator* – domină și folosește toate mijloacele pentru realizarea acestui scop; *tipul social* – este altruistul ce își risipește viața pentru a satisface pe ceilalți.

Jung, bazându-se pe fenomenul contradicției bipolare (zi – noapte, flux – reflux, naștere – moarte etc.), distinge: *tipul extravertit* – predominanța relațiilor cu ceilalți; *tipul introvertit* – predominanța vieții interioare. În prima parte a vieții, predomină extraversiunea, iar în ultima parte, introversiunea.

Rorschach descrie o tipologie în funcție de rezonanța afectivă: *tipul extratensiv* – realizează, cu ușurință, legături interpersonale, este labil, instabil, renunță ușor; *tipul introtensiv* – caracterizat prin rigiditate, fermitate, discreție; *tipul coarctat* – retractat, cu slabă energie instinctivă; *tipul ambiegal*.

Semiologia personalității

În scop didactic, considerăm util să descriem trei domenii semiologice: depersonalizarea – derealizarea; hipocondria; dizarmonia de personalitate.

Depersonalizarea, descrisă de Krishaber, în 1873, drept „nevropatie cerebro-cardiacă”, este foarte greu de definit, aceasta nesemnificând un simptom, sindrom sau entitate nosologică, fiind, mai degrabă, o stare sau „un moment de evoluție” (P. Janet).

Elementul esențial al acestei tulburări este impresia de schimbare pe care bolnavul o percepe și o trăiește; poate fi impresie de schimbare

psihică (așa-numita „desanîmare”) sau impresie de schimbare somatică (desomatizare). Bolnavul trăiește dramatic sentimentul anxiogen al modificării propriului Eu, descriind această stare, în lipsa unor elemente de referință, prin expresia „ca și cum” n-ar mai fi sigur de propria identitate, nu s-ar mai recunoaște, pierzându-și simțul unității proprii persoane, căutând permanent să se regăsească pe el însuși.

Depersonalizarea este descrisă de bolnav prin sentimentul de vid interior, de încetinire a cursului vieții, de devalorizare și diminuare până la dispariție a forței de rezonanță afectivă sau chiar prin sentimentul de dedublare (bolnavul asistă ca un spectator la derularea vieții sale), iar în cazurile extreme, prin sentimentul de moarte psihică.

Tulburarea implică forul cel mai intim al pacientului, reunind, în cadrul aceleiași trăiri patologice, anxietatea, perplexitatea și straniețea; în cazul predominanței pe plan somatic, bolnavul are impresia devitalizării, „a scurgerii vieții din propriul corp”.

Efortul făcut de bolnavi în scopul regăsirii de sine conduce la o permanentă verificare introspectivă care, contrar dorinței de a elucida, le accentuează interiorizarea și îi îndepărtează de real.

Stări asemănătoare pot fi întâlnite și în cadrul normalității (cu manifestare mult diminuată), în stări afectiv-negative reactive, surmenaj, momente de scădere a vigilității (trecerea de la veghe la somn). În patologie, se întâlnește în stările depresive, bufeuri delirante acute, dar este caracteristică, în forma ei completă, schizofreniei și psihasteniei (în care se desfășoară pe fondul clarității conștiinței, ceea ce îi accentuează caracterul dramatic).

O formă particulară, dar frecventă, de manifestare este „sindromul de automatism mintal” constituit din trăiri complexe de influență exterioară („furtul și ghicitul gândurilor”, gânduri impuse, stări emoționale impuse, mișcări impuse etc.), care se întâlnește în schizofrenie.

Derealizarea reprezintă impresia de înstrăinare, de nefamiliaritate a realității trăite, care îi apare bolnavului ca iluzorie, ireală, stranie, înconjurată de semnificații misterioase. Aceasta trebuie întotdeauna legată de depersonalizare, exprimând aceeași pierdere a autenticității, a apartenenței la propriul Eu.

Hipocondria ar putea fi considerată ca formă a desomatizării. Aceasta cuprinde o gamă largă de „schimbări corporale”, de la preocupări excesive de boală până la forme delirante.

În varianta minoră (nevrotică), poate îmbrăca forme obsesive, fobice sau isterice și se referă la diverse boli, fără suport real, dar trăite intens de pacienți.

Forma majoră (delirantă) se află în contradicție flagrantă cu realitatea; un exemplu ar fi „sindromul Cotard” constituit din idei de negație și transformare a propriilor organe („nu mai am ochi, stomacul mi-a putrezit”) și idei de imortalitate („nici nu mor, sunt condamnată să trăiesc în această situație”). Se întâlnește în psihoze depresive grave, mai ales la o vârstă înaintată.

O formă rară de hipocondrie, întâlnită în schizofrenie, este delirul metabolic, în care pacientul trăiește o transformare a întregului corp și se comportă în consecință (se consideră câine, pisică, obiect de sticlă etc.).

Dizarmonia de personalitate, manifestată prin dezechilibru și instabilitate, caracterizează personalitățile anormale (psihopatii și stări psihopatoide încadrate la *tulburări de personalitate*). Aceste tipuri de personalități se caracterizează prin incapacitatea de adaptare la condiții sociale obișnuite, în prezența unei dezvoltări normale a proceselor cognitive.

În general, tulburările de personalitate sunt dificil de obiectivat, din cauza caracterului lor deosebit de subiectiv și abstract, precum și a multiplelor influențe socio-culturale.

Tulburările ritmului somn – veghe

Studiul acestor tulburări a fost amplificat în decursul ultimilor ani, odată cu descoperirea particularităților electrofiziologice ale somnului și a legăturilor existente între unitatea funcțională a creierului și activitatea ritmică nictemerală sau sezonieră. În acest sens, considerăm utilă informarea despre principalele elemente de tip semiotic, legate de tulburările ritmului somn – veghe:

- **tulburări de adormire și în menținerea somnului:** *insomnia*: totală sau parțială – la adormire sau la trezire; *somnolență excesivă*: narcolepsia, apneea în somn;
- **tulburări asociate stadiului de somn:** *somnambulism*: automatism ambulatoriu în timpul somnului; *pavor nocturn*: agitație în timpul somnului; *enuresis (encomprezis)*: pierderea de materii fecale în timpul somnului; *bruxismul*: scrâșnirea dinților în timpul stadiului I și II; *crize epileptice morfeice*.

Gruparea semiologică a simptomelor psihiatrice este realizabilă în sindroame psihopatologice a căror specificitate diagnostică este limitată. Tendința nosografică actuală încearcă o globalizare a psihopatologiei pe baza unor criterii diagnostice predominant statistice a căror veridicitate este discutabilă. Progresele neurobiologice evidente ale ultimelor două decenii au permis elucidarea etiopatogeniei majorității tulburărilor psihiatrice, putându-se discuta de o veritabilă sindromologie biologică în psihiatrie. În scop didactic, considerăm că, în primă instanță, clasificarea sindromologică, în funcție de intensitatea patologică a simptomatologiei, este cea mai utilă studentului.

Pe baza acestei clasificări, **principalele sindroame psihiatrice** sunt: *sindroamele nevrotice*; *sindroamele psihopatice*; *sindroamele psihotice*: afective – depresiv și maniacal, delirant (delirant-halucinatoriu), hipocondriac, catatonie, confuzional; *sindroame deficitare*: amnestic; deteriorativ-demențial. (vezi clasificarea de mai jos) Nedevelopările de personalitate vor fi descrise separat, la subcapitolul *Oligofrenii*.

1. Sindroamele nevrotice

Sindroamele nevrotice prezintă, prin frecvența și polimorfismul lor, o dificultate diagnostică deosebită, generată și de nespecificitatea simptomatologiei. Acestea constituie o sursă majoră de erori diagnostice, putând masca fie o altă afecțiune psihiatrică, fie o tulburare organică gravă: cerebrală sau somatică. Dintre toate sindroamele nevrotice, singurele cu o oarecare specificitate sunt sindroamele compulsive și, în oarecare măsură, sindroamele fobice.

Sindroamele nevrotice se caracterizează prin:

- *prezența conștiinței bolii* – subiectul se recunoaște ca bolnav și pune trăirile sale patologice pe seama bolii;
- *conservarea capacităților adaptative* – eventualele probleme de adaptare sunt minime; nevroticul este în conflict cu el însuși, nu cu ceilalți;
- *personalitatea rămâne, în esența ei, păstrată*.

În general, simptomatologia este de mică intensitate, dar este trăită penibil de către pacient. Sindroamele nevrotice pot acompania numeroase boli somatice, existând o permanentă dispută între rolul etiopatogenic al tulburărilor psihice în determinismul unor boli somatice sau rolul unor boli somatice în generarea suferinței psihiatrice.

Principalele sindroame nevrotice sunt: sindromul astenic (neuras-tenia); sindromul anxios care cuprinde tulburarea de anxietate generalizată, atacul de panică, tulburarea fobică și tulburarea obsesiv-compulsivă; sindromul nevrotic de conversie (nevroza isterică); sindromul manifestărilor motorii ca echivalențe converșive (nevroza ticurilor).

2. Sindroamele psihopatice sau tulburările de personalitate

Acestea cuprind un grup eterogen de tulburări psihice situate, din punct de vedere al intensității, între sindroamele nevrotice și psihotice, caracterizându-se prin incapacitatea subiectului de a se adapta la condiții sociale, familiale și profesionale obișnuite. Această incapacitate este generată de alterări ale structurilor caracteriale (caracteriopatii) și de atrofia instanțelor etico-morale ale conștiinței (anetopatii).

Din punct de vedere psihopatologic, sindroamele psihopatice se divid în două mari categorii:

➤ **Sindroamele psihopatice nucleare** – cu determinism puternic genetic (se implică, tot mai frecvent, o anomalie a sistemului serotoninic), în care manifestările comportamentale antisociale și inadaptabilitatea se manifestă precoce, din mica copilărie, și urmăresc ca un fir roșu întreaga existență a individului (radicalii de personalitate psihopatică nucleară ai lui Binder). Aceste tulburări sunt specifice psihopatiilor.

➤ **Dezvoltările dizarmomice** ale personalității reprezintă o modulare defectuoasă, o structurare deviantă, conjuncturală, a personalității, aceasta fiind determinată de factorii de vulnerabilitate genetico-biologici, dar și sociali. Exemplul tipic este cel al comportamentului antisocial învățat în cadrul unui grup etnic, religios, fanatic, politic sau al copilului crescut în medii ostile, lipsite de afectivitate (orfelinate, internate, școli de reeducare etc.).

Tulburările de personalitate, atât cele nucleare, cât și dezvoltările patologice de tip psihopatic (dizarmonic) ale personalității, răspund la patru criterii diagnostice clinice:

➤ **Criteriul totalității** – deși este alterată numai instanța etico-morală, întreaga personalitate a psihopatului este modificată, reacționând în situații frustrante ca un „tot unitar”. Acest criteriu poate fi asemănat cu fenomenul „petei de ulei”, picătura inițială fiind alterarea nivelului caracterial care se întinde și cuprinde întreaga personalitate.

➤ *Criteriul continuității* – „seria neagră” a comportamentului dezadaptativ, o multitudine de conduite antisociale sau lipsite de etică și morală care urmăresc întreaga existență a pacientului (radicalii lui Binder).

➤ *Criteriul intensității* – situează psihopatiile într-o poziție intermediară, între nevroze și psihoze.

➤ *Criteriul dinamicii* – oricând, structura psihopatică (dizarmonică) poate suferi decompensări atât nevrotice, cât și psihotice.

Din punct de vedere nosografic, sindroamele psihopatice pot fi întâlnite într-o arie destul de largă de suferințe: fără substrat organic demonstrabil (psihopatii; tulburări de comportament la copii și adolescenți; debutul schizofreniei – pseudopsihopatic); în context lezional (stări psihopatoide de etiologie toxică, traumatică; debutul suferințelor deteriorative – demențe).

Existența diagnosticului de tulburare de personalitate este asociată, în concepția clinică, cu integritatea structurală și funcțională cerebrală, adevăr parțial, întrucât tehnicile neuroimagistice au putut evidenția unele modificări de mică amplitudine, *leziuni la nivelul punctelor strategice de interferență conectivă*, ce determină organizarea lezională de personalitate. Modificarea personalității, *fractura personalității*, determinată de o condiție traumatică, toxică, infecțioasă, ce aduce lezarea structurală și funcțională, definește organizarea lezională a personalității.

3. Sindroamele psihotice

3.1. Sindroamele afective

Nucleul central al acestor sindroame este ocupat de modificările extreme ale dispoziției și cuprinde *sindroamele depresive și sindromul maniacal*.

Sindroamele depresive se caracterizează prin triada:

➤ *Hipertimie negativă* – depresie, „tristețe vitală”, o modificare profundă a stării timice, în sens negativ, însoțită de durere morală și pierderea raportului de integrare obiectivă a Eului în subiectivitatea temporală. Depresivul este cantonat într-un trecut chinuitor și plin de păcate, prezentul dureros și viitorul lipsit de speranță fiind, practic, eludate. El pierde plăcerea de „a fi în lume”, acest dat devenind o pedeapsă.

➤ *Inhibiție psihomotorie cu reducerea modalităților și conduitelor expresive și instinctive.* Depresivul traversează timpul cu „minimum de viteză”. Mimica este hipomobilă, cu „omega” melancolic, privire stinsă, comisurile bucale lăsate, realizând „masca tristeții”. Gestica este redusă, pantomima fiind a unei „umbre” ce traversează, în obscuritate și îngrozitor de încet, „scena vieții”, fiind copleșit de trăirea suferinței propriului destin.

Pierderea interesului și a plăcerii pentru activități habituale care, altădată, îi făceau plăcere, devine o condiție a existenței depresive. Vocea este stinsă, discursul coerent, bradipsihia, bradilalia și bradifemia fiind prezente. Răspunsurile sunt monosilabice, acompaniate de gesturi și sus-pine sau plâns ce subliniază poziția de resemnare, de înfrângere, dispe-rare și neputință în fața destinului. Această inhibiție atinge intensitatea maximă în stuporul melancolic.

➤ *Tulburarea calitativă a conținutului gândirii* – sistemul delirant depresiv – cuprinzând idei de inutilitate, autoacuzare și vinovăție (pa-cientul se acuză de greșeli mărunte sau imaginare, toată existența sa fi-înd dominată de erori decizionale ce au atras eșecul celor apropiați), pierderea stimei de sine, a speranței de viitor, idei hipocondriace, de ruină somatică sau anticipare catastrofică. Totul conduce la ideea suici-dară (de autoliză), pacientul socotind suicidul ca fiind singura cale de ie-șire din acest permanent „chin existențial”.

La aceste componente de bază, în sindroamele depresive, se mai pot asocia:

➤ *Anxietatea* – mergând de la o senzație difuză, generalizată, de disconfort și pierdere a siguranței proprii existențe până la crizele anxi-oase paroxistice, însoțite de agitație psihomotorie, putându-se ajunge la raptusul melancolic suicidar. Prezența anxietății crește riscul suicidar.

➤ *Modificări caracteriale* mai evidente la persoanele în vârstă, acestea fiind dominate de iritabilitate, intoleranță, ostilitate și agresivi-tate față de anturaj.

➤ *Tulburările somnului:* insomnia, mai ales cea din a doua jumă-tate a nopții (insomnia de trezire), dar se citează și dificultăți de ador-mire și treziri multiple de-a lungul nopții; hipersomnia, mai rar întâlnită.

➤ *Tulburări somatice:* tulburări digestive dominate de anorexie, slăbire în greutate și constipație; multiple acuze somatice pe un fond hi-perestezic disconfortant, reprezentând punctul de plecare al prelucră-

rilor hipocondriace; tulburări sexuale cu scăderea libidoului, impotență sau frigiditate.

Forme clinice ale sindroamelor depresive:

- *Depresia simplă*, în care tulburarea dispoziției este centrală, celelalte simptome fiind prezente, dar mai puțin exprimate.
- *Depresia anxioasă* se alătură dispoziției depresive, generând un potențial suicidal major.
- *Depresia inhibată sau stuporoasă* este forma în care inhibiția psihomotorie atinge punctul maxim, apărând starea stuporoasă, negativismul alimentar și verbal. În spatele acestei fațade, se ascunde, de asemenea, un mare potențial suicidal.
- *Depresia delirantă* are în nucleul central al simptomatologiei sale edificiul delirant depresiv.
- *Depresia bipolară* este reprezentată de existența unui sindrom depresiv în cadrul unei tulburări bipolare.

Sindromologia depresivă poate constitui un element prodromal pentru debutul schizofreniei, al bolilor neurodegenerative (Alzheimer, Parkinson) sau al bolilor organice grave (neoplasme cerebrale sau somatice). Sindromul depresiv, apărut pe parcursul evoluției unei boli somatice, constituie un factor independent de prognostic evolutiv defavorabil. Ca și în cadrul sindromului maniaco-depresiv pe care îl vom prezenta mai jos, numeroase substanțe psihoactive (alcool) fie ilegale, fie chiar unele medicamente pot genera sindroame depresive sau maniacale. Pentru depresie, specific este asocierea acesteia cu tratamentul cu interferon sau substanțe de tip betablocant (sindroame depresive induse de substanțe psihoactive).

Sindromul maniaco-depresiv

Simptomatologia accesului maniaco-depresiv este exprimată prin triada:

- *Dispoziție expansivă* – euforie, cu optimism exagerat, plăcere de a trăi, supraestimarea persoanei proprii, generozitate.
- *Dezinhibiție psihomotorie și instinctivă* – agitație psihomotorie, excitabilitate instinctuală (mai ales sexuală), pacientul pierzându-și cele mai elementare norme de cenzură. Se conduce numai după principiul plăcerii, totul fiindu-i permis și neavând niciun fel de reticență sau jenă

față de situațiile pe care le creează (el este „stăpânul”!). Acest „cântec, joc și voie bună” poate fi întretăiat de manifestări coleroase, de contrarietăți.

➤ *Ideație expansivă*, caracterizată prin logoree, fugă de idei, idei delirante expansive, megalomanie, idei de filiație, de bogăție, de invenție etc.

Tabloul clinic este completat de alte tulburări:

➤ *Hipermnezie* – pacientul este invadat de o multitudine de amintiri, însă memoria de fixare este de slabă calitate, din cauza mării distracibilități a acestor pacienți;

➤ *Hiperprosexie spontană și hipoprosexie voluntară*, atenția fiind distrasă de cel mai mic stimul de mediu;

➤ *Percepția superficială*, putând genera iluzii și false recunoașteri;

➤ *Imaginația* este exaltată, conducând la o exaltare a trăirilor Eu-lui, cu reconstrucția trecutului în sensul megaloman;

➤ *Simptome somatice*: insomnie rebelă (practic, lipsa nevoii de somn); deshidratare și tulburări cardiace generate de continua agitație psihomotorie, putând conduce la stări confuzionale, hipertimie, oligurie; foame și sete exagerate (crize dipsomanice); hiperexcitabilitate și incapacitatea de a-și satisface instinctul sexual descătușat – fenomen ce duce la acte antisociale, delikte sexuale.

Formele clinice ale sindromului maniacoal sunt:

➤ *Hipomania* este o „caricatură”, o formă atenuată a excitației maniacale;

➤ *Mania simplă* („veselă”) corespunde, din punct de vedere clinic, descrierii clasice a sindromului maniacoal;

➤ *Mania coleroasă sau forma crepusculară* (după G. Ionescu), dominată de agitație psihomotorie externă, culminând cu furia maniacoală (furor maniacoal), în care bolnavul este devastator, comițând acte de o violență extremă;

➤ *Mania delirantă* în care domină ideația delirantă expansivă;

➤ *Mania confuzivă* în care se suprapune un factor exogen, cel mai frecvent, consumul exagerat (dipsomaniac) de alcool. Confuzia apărută pe parcursul evoluției unui acces maniacoal poate fi consecința deshidratării și perturbărilor homeostatice, iar suprapunerea unui factor infecțios intercurrent poate conduce la o stare de delir acut cu risc letal;

➤ *Mania atipică* are drept caracteristică asocierea unor elemente delirante incongruente cu starea dispozițională, precum și a altor elemente din sfera schizofreniei. Se întâlnește în schizofrenia afectivă și în debutul pseudo-maniacal al schizofreniei.

➤ *Forme mixte*, în care se asociază elemente depresive.

3.2. Sindroamele delirante

Sindroamele delirante constituie nucleul psihozelor endogene; acestea au fost descrise clasic ca fiind de mai multe tipuri: sindromul paranoid; sindromul paranoiac; sindromul parafrenic; sindromul de automatism mental.

Sindromul paranoid conține, în esență, un delir halucinatoriu nesistematizat, lipsit de coerență, cu polimorfism tematic de persecuție și de grandoare, adesea incomprehensibil.

Sindromul parafrenic este un delir halucinatoriu sistematizat, dominat de elemente fantastice („delirul de imaginație” al lui Dupré). Se caracterizează printr-o producție delirantă pur imaginativă, uneori, bazată pe confabulație – *parafrenia confabulatorie*.

Sindromul paranoiac este un delir sistematizat nehalucinatoriu, bine structurat, care are la bază mecanismele delirului de interpretare (Scrieux și Capgras) sau cele ale delirurilor pasionale; este specific psihozei endogene denumite *paranoia*.

În cadrul sindromului paranoiac, se descriu două variante:

➤ *Delirul de interpretare* dominat de tematica de persecuție și grandoare are o sistematizare și o coerență remarcabile, dând un aspect de verosimilitate. Clérambault le denumea plastic „deliruri cu structura în rețea”, deoarece sistemul delirant realizează o veritabilă frescă delirantă, un serial delirant. Paranoicul are o forță de inducție redutabilă, apărând *clasicul delir indus* („la folie à deux”), dar, din păcate, istoria ne-a demonstrat că indusul poate fi, dramatic, chiar un macrogrup.

➤ *Delirurile pasionale* reprezintă „deliruri în sector”, acestora fiindu-le specifice implicarea emoțională maximă și binomul delirant persecuție – megalomanie. Aici sunt incluși: cverulenții procesivi; idealistii pasionali (fanaticii religioși/politici); inventatorii deliranți; delirul de gelozie; delirul erotomanic – convingerea fermă că este iubit de o persoană cu statut social superior.

Sindroamele paranoiace pot fi întâlnite și în cadrul alcoolismului (delirul de gelozie al alcoolicului), precum și în cadrul sindroamelor psihoorganice vasculare sau involutive, dominate de idei de prejudiciu material și moral, cverulență, procesivitate și gelozie.

Sindromul de automatism mental reprezintă cel mai specific sindrom din punct de vedere diagnostic, fiind, în mod semnificativ, prezent în schizofrenie. Clasic, s-a descris un triplu automatism mental: ideo-verbal, motor și senzitiv.

➤ **Automatismul ideo-verbal** – în cadrul automatismului ideo-verbal, se disting patru categorii de procese: pozitive continue, pozitive episodice, negative și mixte.

Procesele pozitive continue cuprind: emanciparea abstractului și emanciparea gândirii, fie nediferențiată, fie formală – halucinația strictă psihică numită și *halucinația abstractă* (Baillarger, Sèglas, Kandinsky); violarea amintirilor.

Procesele negative diverse sunt caracterizate prin: dispariția gândurilor și uitării – lipsa posibilității de a gândi, gândirea vidată, goală ca „robinetul care nu debitează” sau „fântâna secată”, resimțită foarte penibil de către bolnav; oprirea gândurilor; perplexitatea fără obiect; îndoielile.

Procesele mixte cuprind: înlocuirea gândurilor; uitările și îmbogățirea gândurilor; aprosexia; fenomenele de automatism afectiv, emoțional și volitiv (bolnavul are impresia că „i se dă o veselie artificială”).

➤ **Automatismul senzitivo-senzorial** – cuprinde toate formele de sensibilitate, în general, fiind mai multe căi senzoriale afectate simultan. Se descriu: automatismul monocord sau „tactic” – înțepături, curenți, praf etc.; automatisme similare cu cele din intoxicația cu cocaină sau din alcoolism; tulburările cenestezice care, în funcție de personalitatea bolnavului, pot viza hipocondria, posesiunea sau persecuția.

Automatismul senzitiv este mai frecvent la femei și este însoțit de mecanisme de interpretare în sfera sexuală, cu tendințe erotico-mixte.

➤ **Automatismul motor** – constă în senzații kinestezice diverse care pot genera sentimente de posesiune.

3.3. Sindroamele hipocondriace, a căror importanță rămâne validă, sunt, în general, scotomizate de clasificările nosografice actuale, ocupând o poziție semiologică intermediară, greu de validat. Hipocondria nu constituie o entitate nosologică de sine stătătoare (cu excepția

dezvoltărilor hipocondriace), ci poate îmbrăca o intensitate nevrotică sau psihotică.

3.4. Sindromul catatonie

Se caracterizează prin tulburări psihice de etiologie diversă (endogenă, exogenă, mai rar reactivă) ce se derulează pe un fond de claritate a conștiinței sau confuziei și a căror unitate de expresie clinică o constituie alterarea conduitei și comportamentului psihomotor, interesând, în principal, motricitatea voluntară.

Simptomatologia sindromului catatonie

Negativismul exprimă conduitele de refuz ale comportamentului expresiv (negativism extern – verbal, gestual, alimentar) sau ale comportamentului sfincterian fiziologic (negativism intern), determinând glob vezical și constipație extremă.

Negativismul poate fi activ – pacientul opunându-se activ la tentativele de mobilizare și pasiv – pacientul refuzând, prin absenteism psihic, orice participare la actul comunicării.

De asemenea, poate fi total sau parțial – blocajul total al expresiei comportamentale fiind întrerupt de unele mișcări sau explozii verbale.

Catalepsia este o tulburare psihomotorie de tonus muscular și de inițiativă motrice, cu următoarele forme de expresie clinică:

- **flexibilitatea ceroasă** (descrisă de Wernicke) reprezintă rezistența plastică a musculaturii la tentativele de mobilizare, cu păstrarea atitudinii motorii imprimate (plasticitatea soldatului de plumb). Aceste atitudini pot fi nefirești și imposibil de conservat pentru o durată mai îndelungată de către individul normal. Catalepticul poate păstra aceste atitudini ore sau chiar zile întregi – de exemplu, „perna psihică” (dacă unui pacient cu catalepsie i se ia perna, capul păstrează aceeași poziție ca și cum perna s-ar afla, în continuare, la locul ei);

- **hipertonie rigidă** în care bolnavul pare o statuie și prezintă o rezistență extremă la toate tentativele de mobilizare;

- **suspendarea oricărei inițiative motorii** cu adinamie, amimie, incapacitate totală de mișcare spontană și pasivitate absolută.

Catalepsia face parte din sindromul catatonie, dar poate exista și în contexte etiopatogenice și sindromologice independente: *catalepsiile din sindroamele striate* – mai ales cele parkinsoniene post-encefalitice și în

agresiunile traumatice sau tumorale ale lobului prefrontal; *catalepsia „isterică”*, contestată la ora actuală și care cuprinde somnul cataleptic, crizele cataleptice și catalepsia hipnotică.

Sugestibilitatea presupune un grad crescut de reactivitate la sugestie (proces de influențare a psihicului sau a comportamentului unei persoane de către o altă persoană). În cadrul sugestibilității catatonice, este descris așa-numitul *sindrom ecopatic* ce cuprinde: *ecomimia* – pacientul imită mimica examinatorului; *ecopraxia* – pacientul imită gestica examinatorului; *ecolalia* – pacientul repetă cuvintele examinatorului.

Manierismul implică afectarea și patetismul tuturor conduitelor de expresie, ce capătă astfel un puternic caracter de „artificial” (grimase, gesturi ceremoniale sau patetice, mers dansant etc.) sau „pueril”.

Stereotipiile reprezintă conduite expresive repetitive gestuale, de mișcare sau atitudine, verbale sau grafice.

Impulsunile sunt descărcări motorii sau verbale bruște, extrem de violente, putând merge de la o agitație extremă – „raptusul catatonic” (adesea, soldat cu crimă patologică) până la descărcări verbale stereotipe și îninteligibile – „litania catatonică” (caricatură a unui ritual religios).

Tulburările somatice pot atinge nivele înalte de intensitate, cu alterarea gravă a stării generale: hipersalivație, hipersudorație, deshidratare, edeme, tulburări verbale și motorii, hipertermie, creșterea azotemiei – tablou specific catatoniei mortale descrise de Stauder.

După starea câmpului conștiinței, sindroamele catatonice pot îmbrăca două forme: catatonia lucidă desfășurată pe un câmp de conștiință clar și catatonia onirică desfășurată pe un fond de confuzie mintală.

După cantitatea de mișcare, simptomatologia catatonică se poate manifesta destul de variat: de la *stuporul catatonic* (inertie motorie totală, prostrație) până la *agitația catatonică* (stereotipă, manieristă), instalată mai frecvent brusc, sub formă de raptus.

Formele clinico-etilogice ale sindromului catatonic sunt:

- *Catatonismul* reprezintă schișarea sau reducerea sindromului catatonic la semne minore; acesta se poate asocia oricărei forme clinice de schizofrenie.
- *Stupoarea catatonică* constituie tabloul specific și complet al schizofreniei catatonice.

- *Forma hebefreno-catatonică a schizofreniei* are o evoluție severă, progresivă, cu ajungerea la stadiul defectual pseudodemential în trei – patru ani.
- *Catatonía infecțioasă și tonică* – elemente catatonice pot apărea în febra tifoidă și paratifoidă, colibaciloze, encefalite, paralizia generală, intoxicații cu bulbocapnină, acetilcolină.
- *Catatonía simptomatică* din tumorile cerebrale, în special de la baza creierului, și din traumatismele cranio-cerebrale.
- *Catatonía periodică* – descrisă de Gjessing, caracterizată prin episoade catatonice ce se repetă la anumite intervale, între acestea bolnavul prezentând o remisiune a simptomatologiei.
- *Catatonía mortală* – descrisă de Stauder, caracterizată prin debut brusc cu delir, halucinații, mari tulburări vegetative, agitație psihomotorie cvasipermanentă, negativism alimentar, deshidratare, azotemie crescută, hipertermie, cianoză. Această formă, foarte rară, are un prognostic extrem de nefavorabil, letalitatea fiind de 95 %. Este asemănătoare delirului acut sau encefalopatiei acute hiperazotemice. Singurele rezultate terapeutice pozitive, dar limitate erau obținute prin utilizarea precoce a terapiei electroconvulsivante. Prin posibilitățile actuale de terapie intensivă, prognosticul s-a ameliorat net (letalitate de 30 %). Din aceste motive, denumirea de *catatonie mortală* (Stauder) a fost înlocuită cu „catatonie pernicioasă” (Weitbrecht) sau „catatonie cu pericolozitate vitală” (Pauleikhoff).
- *Catatonía tardivă* descrisă de Kraepelin aparține, după unii autori, schizofreniei, iar după alții, demențelor presenile și se caracterizează prin fenomene catatonice, deteriorare intelectuală rapidă, demență și sfârșit letal în unu – doi ani.
- *Catatonía experimentală* – Baruk și Jong au provocat simptome catatonice prin administrarea de toxină colibacilară (extract de bilă umană și lichid cefalo-rahidian de la pacienți cu schizofrenie și tuberculoză).

3.5. Sindromul confuzional

Sindromul confuzional cuprinde, clasic, tulburările calitative ale conștiinței, forma cea mai frecventă fiind starea confuzo-onirică, incluzând următoarele categorii de simptome: obnubilarea conștiinței cu dezorientare temporo-spațială, uneori allopsihică și, mai rar, autopsihică; onirismul; alterarea stării generale.

Simptomatologie:

Tulburări intelectuale – așa-numita „dezordine în gândire”, generată și de tulburările de memorie și de anomalii perceptive.

Tulburări ale dispoziției și de comportament – manifestate prin perplexitate anxioasă, conduite de apărare, gestică încetinită și neconcordanță, incoerență verbală.

Onirismul este caracterizat prin: prezența halucinațiilor, mai ales vizuale, dar și auditive, tactile, gustative, olfactive; tematică zoopsică, profesională, familială, mistică sau erotică; mobilitate deosebită – mergând până la „haos caleidoscopic”; intensitatea trăirii, ce explică agitația și pericolitatea comportamentului acestor pacienți; recrudescență vesperală.

4. Sindroamele deficitare

4.1. Sindroamele amnestice cuprind:

Sindroamele amnezice organice

Amneziile organice persistente:

➤ **Sindromul Korsakov** – descris în anul 1889 ca fiind consecutiv unei carențe vitaminice la alcoolicii subnutriți. Se caracterizează prin următoarea simptomatologie: amnezie de fixare; dezorientare temporospațială; confabulații; false recunoașteri.

➤ **Sindroamele amnezice bihipocampice**, observate după lobectomia temporală bilaterală (tehnică utilizată în unele cazuri de epilepsie temporală rebelă), encefalite herpetice, encefalopatie post-anoxică și care se caracterizează prin: amnezie anteroretrogradă masivă, confabulații, conștientizarea tulburărilor amnezice, tulburări cognitive și comportamentale.

Sindroamele amnezice psihogene

Aceste sindroame se caracterizează printr-un debut brusc, legat de un eveniment psihotraumatic și au tendință la remisiune totală.

4.2. Sindromul demential

Sindroamele deteriorative și dementiale sunt sindroame organice cerebrale care au următoarele caracteristici: diminuare continuă, importantă și globală a activităților psihice, tradusă în plan clinic prin alterarea marcată a funcționării intelectuale, afective și sociale (sindrom dement).

evoluție cronică și progresivă (sindrom deteriorativ); ireversibilitatea proceselor deteriorative.

În cadrul sindroamelor demențiale, se descrie, în faza prodromală, existența unui sindrom deteriorativ specific – *Mild Cognitive Impairment (MCI)*.

Sindroamele de nedezvoltare cognitivă (oligofreniile) sunt tulburări, în mare măsură, determinate de anomalii genetice sau de neurodezvoltare, dar și consecințe ale unor traumatisme obstetricale severe sau ale unor agresiuni toxice infecțioase sau traumatice asupra creierului în perioada copilăriei. Oligofreniile sunt acompaniate, într-o manieră variabilă, de prezența unor tulburări de tip comportamental sau a unor interferențe de tip psihotic. Studiul oligofreniilor este specific psihiatriei copilului și adolescentului, în psihiatria adultului, psihiatria socială având ca obiectiv îngrijirea acestei categorii de pacienți care asociază dizabilităților cognitive multiple alte dizabilități și incapacități.

3. NURSING ÎN PSIHIATRIE

Introducere în profesie

Istoria profesiei de *nursă, asistent medical (cel ce îngrijește pacienții)* a început în 1860, odată cu înființarea primei școli de către Florence Nihtingale.

În urma examenului, Florence Nihtingale este autorizată să practice această profesie de Colegiul Asistenților Medicali, în concordanță cu pregătirea și experiența sa, și să îndeplinească procedurile impuse de îngrijirea pacienților, indiferent de situația în care se află.

Astăzi, procesul de *nursing* a căpătat valențe noi, rolul asistentului medical a devenit mai complex, în sensul lărgirii sferei de activitate, una dintre îndatoriri fiind aceea „de a diagnostica și stabili atitudinea terapeutică adecvată pentru răspunsul individului față de o problemă de sănătate actuală sau potențială”.

În centrul îngrijirilor de sănătate, se află pacientul, dar el nu mai este perceput simplist, doar ca un individ ce suferă de o anumită boală, ci este apreciat holistic, ca o persoană cu necesități fizice, emoționale, psihologice, intelectuale, sociale și spirituale.

Aceste necesități interrelaționează, sunt interdependente, de egală importanță și reprezintă fundamentul intervențiilor asistentului medical care va trebui să se adapteze la o infinitate de reacții, manifestări, trăiri, relații interpersonale, generate de unicitatea profilului psihic al protagoniștilor implicați și de specificul situației concrete în care își desfășoară activitatea.

Este important ca asistentul medical să fie familiarizat cu aspectul complex al naturii psihice umane, să înțeleagă că indivizi diferiți au reacții diferite față de aceeași problemă, urmare a structurii lor unice de personalitate. Există mai multe accepțiuni ale conceptului de *personalitate*, dar cea mai folosită este aceea ce definește personalitatea ca fiind „organizarea mai mult sau mai puțin durabilă a caracterului, temperamentului, inteligenței și fizicului unei persoane, ce determină adaptarea sa unică la mediu”.

Conceptul holistic de *apreciere a individului* poate fi rezumat în câteva idei principale ce stau la baza susținerii științifice a desfășurării procesului de nursing:

- individul este un tot unitar caracterizat prin integritate și reprezintă mai mult decât suma părților sale componente;
- individul se află în permanentă interacțiune cu mediul înconjurător, schimbând materie și energie cu acesta;
- evoluția fiziologică a individului este ireversibilă și unidirecțională în timp și spațiu;
- individul uman se caracterizează prin capacitate de abstracție, imaginație, senzații, emoții.

Toate aceste aprecieri subliniază evoluția conceptului *îngrijirilor de sănătate* de-a lungul timpului, precum și adaptarea acestuia la principiile de organizare actuală a sistemului sanitar, urmărind, în principal, rolul asistentului medical, și anume:

- asistentul medical reprezintă un element important al echipei medicale;
- asistentul medical desfășoară o activitate autonomă, cu competențe bine stabilite;
- activitatea medicală nu vizează doar tratarea eficientă a îmbolnăvirilor, în prezent, accentul punându-se pe prevenirea bolilor și promovarea stării de sănătate;

- rolul asistentului medical intervine atât în îngrijirea individului, cât și a comunității (promovarea sănătății, educația pentru sănătate).

3.1. NURSA

Astăzi, conform I.C.N. (Consiliul Internațional al Nurselor), nursa este definită astfel:

a) este o persoană care a parcurs un program complet de formare, care a fost aprobat de Consiliul Asistenților Medicali; a trecut cu succes examenele stabilite de Consiliul Asistenților Medicali; îndeplinește standardele stabilite de Consiliul Asistenților Medicali; este autorizată să practice această profesie așa cum este definită de Consiliul Asistenților Medicali, în concordanță cu pregătirea și experiența sa; este autorizată în îndeplinirea acelor proceduri și funcții care sunt impuse de îngrijirea sănătății, în orice situații s-ar afla, dar să nu facă o procedură pentru care nu este calificată.

Asistentele medicale răspund de propria lor activitate, de practica lor; supraveghează îngrijirile auxiliare și pregătirea elevilor. Prin urmare, asistenta răspunde nu numai pentru ceea ce face, dar și pentru categoriile auxiliare.

b) Nursa este pregătită printr-un program de studiu incluzând: promovarea sănătății; prevenirea îmbolnăvirilor; îngrijirea celui bolnav din punct de vedere fizic, mental, a celor cu deficiențe, indiferent de vârstă și în orice unitate sanitară sau în orice situație s-ar afla la nivel de comunitate. Această definiție a devenit cunoscută și acceptată în toată lumea, iar în prezent, este utilizată și în România pentru descrierea nursingului.

Codul asistentului medical descrie, de asemenea, patru responsabilități care definesc direcțiile importante, și anume: promovarea sănătății; prevenirea îmbolnăvirilor; restabilirea sănătății; înlăturarea suferinței.

c) Profesia de nursă generalistă presupune: o pregătire pluridisciplinară – socială, tehnică, practică (în unități sanitare și pe teren, în comunitate); însușirea competențelor de bază, și anume: să dețină cunoștințe de psihologie (să știe să încurajeze); să aibă o atitudine potrivită față de pacient și familia sa; să aibă preocuparea de a înțelege ceea ce simt ceilalți (capacitate de empatie); fenomenele urmărite în special de asis-

tenta medicală sunt reacțiile: individuale; familiale și de grup – la problemele actuale sau potențiale de sănătate.

Aceasta trebuie să fie ca o mamă ce acționează conform nevoilor copilului, fiind necesar ca adeseori să îndeplinească sarcini cât mai diverse. De aceea, asistenta medicală a fost denumită „mamă profesionistă”.

3.2. NURSING

Definiția Organizației Mondiale a Sănătății

a) Definiția prezentată de O.M.S. și I.C.N. stabilește că: nursingul este o parte integrantă a sistemului de îngrijire a sănătății, acesta cuprinzând: promovarea sănătății; prevenirea bolii; îngrijirea persoanelor bolnave (fizic, mental, psihic, handicapați) de toate vârstele, în toate unitățile sanitare, așezările comunitare și în toate formele de asistență socială.

Definiția Virginiei Henderson

b) Virginia Henderson definește nursingul astfel: „Să ajuți individul, fie acesta bolnav sau sănătos, să-și afle calea spre sănătate sau recuperare, să ajuți individul, fie bolnav sau sănătos, să-și folosească fiecare acțiune pentru a promova sănătatea sau recuperarea, cu condiția ca acesta să aibă tăria, voința sau cunoașterea necesare pentru a o face, și să acționeze în așa fel încât acesta să-și poarte de grijă singur cât mai curând posibil”.

Definiția Asociației Nord-Americane

c) A.N.A. (*North American Association*) dă următoarea definiție nursingului comunitar: „Nursingul comunitar nu este numai o sinteză a practicii de nursing și a educării în domeniul sănătății, ci are și scopul de a menține și a stimula sănătatea populației. Îngrijirile au un caracter continuu, fiind orientate asupra individului, a familiei sau a grupului, contribuind astfel la sănătatea întregii populații a zonei respective. Nursa aplică diverse metode pentru a menține și stimula sănătatea, coordonează activitatea în acest domeniu și stimulează continuitatea. Scopul ei este și acela de a-i apropia pe indivizi, familie sau diverse grupuri. Din această definiție, reiese că intervențiile nursei nu se orientează doar spre pacienții individuali, ci cuprind și mediul social, afectiv și fizic al acestora.”

3.3. ROLUL NURSEI

În cele ce urmează, prezentăm concepția Virginiei Henderson privind rolul esențial al asistentei medicale: „Rolul esențial al asistentei medicale constă în a ajuta o persoană bolnavă sau sănătoasă să-și mențină sau recâștige sănătatea (sau să-l asiste în ultimele sale clipe) prin îndeplinirea sarcinilor pe care le-ar fi îndeplinit singur, dacă ar fi avut forța, voința sau cunoștințele necesare. Asistenta medicală trebuie să îndeplinească aceste funcții, astfel încât pacientul să-și recâștige independența cât mai repede posibil”. (Virginia Henderson, *Principii fundamentale ale îngrijirii bolnavului*)

Precizare: O.M.S. descrie, de asemenea, rolul nursei în societate, care este important pentru noi: „Rolul nursei în societate este să asiste indivizi, familii și grupuri, să optimizeze și să integreze funcțiile fizice, mentale (psihice) și sociale afectate semnificativ prin schimbări ale stării de sănătate”.

Aceasta implică personalul de nursing în activitățile de asistență ce se referă la sănătate, ca și la boală și care privesc întreaga durată a vieții de la concepție la moarte.

Nursingul se ocupă, așadar, de aspectele psihosomatice și psihosociale ale vieții, deoarece acestea afectează sănătatea, boala și moartea.

De aceea, nursingul folosește cunoștințe și tehnici din științele fizice, sociale, medicale, biologice și umaniste (arta și știința).

Personalul de nursing lucrează ca partener alături de lucrători de alte profesii și ocupații, ce participă la asigurarea sănătății în activități înrudite.

Individul și, acolo unde este cazul, familia sa vor trebui să fie implicați în toate aspectele pentru menținerea unei bune sănătăți (din „Dezvoltarea Nursei Generaliste”, Raport la o reuniune O.M.S., Copenhaga, februarie 1990).

3.4. FUNCȚIILE NURSEI

Funcțiile asistentei medicale sunt de natură: independentă; dependentă și interdependentă.

Funcțiile de natură independentă

Asistenta asistă pacientul din proprie inițiativă, temporar sau definitiv prin îngrijiri de confort, atunci când el nu-și poate îndeplini independent anumite funcții (ajutorul asistentei este în funcție de vârstă, de natura bolii, de diverse dificultăți: fizice, psihice sau sociale); în stabilirea unor relații de încredere cu persoana îngrijită și cu aparținătorii (apropriații); prin transmiterea unor informații, învățăminte, ascultarea și susținerea pacientului; în vederea promovării unor condiții mai bune de viață și sănătate, este alături de indivizi și colectivitate.

Funcția de natură dependentă

La indicația medicului, asistenta aplică metodele de observație, de tratament sau de readaptare, observă la pacient modificările provocate de boală sau tratament și le transmite medicului.

Funcția de natură interdependentă

Asistenta colaborează cu alți profesioniști din domeniul sanitar, social, educativ, administrativ etc. și participă la activități interdisciplinare.

Exemple: acțiuni de depistare a tulburărilor de ordin fizic, psihic sau social; acțiuni de educație pentru sănătate, de sensibilizare asupra responsabilității și asupra drepturilor pe care le are populația în materie de sănătate; acțiuni de rezolvare a problemelor psihosociale; acțiuni privind organizarea și gestionarea centrelor sau unităților de îngrijire.

Precizare: Pentru a răspunde nevoilor persoanelor și grupurilor cărora li se adresează îngrijirile, asistenta utilizează, în practica profesională, cunoștințele teoretice și practice medicale, cele de economie, informatică, psihologie, pedagogie etc.

Alte funcții: De aici, se desprind câteva funcții specifice care sunt incluse în statutul asistentei medicale și care se regăsesc în cadrul funcțiilor de natură: independentă, dependentă și interdependentă. Subliniem astfel:

a) *funcția profesională;* este vorba de rolul cel mai important al asistentei, acela de a se ocupa de pacient în scopul menținerii echilibrului sau de a face pentru el ceea ce el însuși nu poate. Aici sunt cuprinse funcțiile: tehnică; preventivă; de umanizare a tehnicii; de psiholog, ca și func-

țiile din codul asistentei medicale: promovarea și menținerea sănătății; prevenirea îmbolnăvirilor; îngrijirea în situația îmbolnăvirii și recuperarea.

Aceasta cere din partea asistentei: să acorde direct îngrijirea; să educe pacienții; să educe alți profesioniști din sistemul sănătății; să participe plenar la activitatea echipei de asistență sanitară; să dezvolte practica nursingului pe baza gândirii critice și a cercetării.

b) funcția educativă – educare pentru sănătate. Această funcție presupune, alături de calități psihologice și aptitudini pedagogice, să știi să comunici, să știi să fii convingător. Rolul educativ reiese și din relațiile pacient – asistent, precum și din relațiile de muncă cu personalul din subordine, practicanți, studenți (educarea personalului de nursing).

c) funcția economică – de gestionare. Aceasta implică gestionarea serviciului, organizarea timpului, precizarea priorităților de aprovizionare etc. Funcția economică se realizează prin corelarea acesteia cu comportamentul etic.

d) funcția de cercetare. Această funcție impune dezvoltarea unor calități specifice, dar pe fondul unei pregătiri profesionale și morale superioare. Asistenta, ca participantă în echipa de cercetare alături de medic, devine o componentă importantă. Prin activitatea pe care o desfășoară (multifactorial, multidisciplinar și multisectorial), asistenta are atribuția de identificare a domeniilor de cercetare și, mai ales, de cercetare de nursing.

În cadrul funcției de natură interdependentă, asistenta colaborează (lucrează) cu personal din alte compartimente (administrativ, economic, serviciul plan-profesional), precum și cu alți profesioniști (educatori, psihologi, logopezi, profesori), fapt care-i permite să desfășoare și activități de cercetare.

Notă: În *Nursingul în acțiune* de Jane Salvage, 1992, sunt descrise patru funcții majore ale nursei. Alte funcții, precum și atribuțiile și responsabilitățile nursei sunt definite detaliat în „Dezvoltarea Nursei Generaliste”, Raport prezentat la Reuniunea O.M.S., Copenhaga, 1990.

3.5. DOMENII DE ACTIVITATE

Domeniile de activitate pentru asistenta generalistă (cu pregătire pluridisciplinară) sunt serviciile de sănătate staționar și ambulatoriu:

Curriculă de instruire pentru asistenții medicali din sistemul de sănătate mintală

învățământ, cultură; cercetare; educație; social-economic (condiții de viață); administrativ; demografic; alimentar; igienic.

3.6. LOCUL DE MUNCĂ

Poate fi în comunitate și ambulatoriu (dispensar – urban; rural; policlinică; școli, grădinițe, creșe, leagăne; cămine de bătrâni); în staționar (secții: interne, chirurgie, pediatrie, obstetrică – ginecologie etc.); inspectorate de poliție sanitară – igienă.

4. ASPECTE TEORETICE ALE PROCESULUI DE ÎNGRIJIRE (ALE NURSINGULUI)

Factorul decisiv pentru elaborarea unui cadru conceptual privind îngrijirile l-a constituit orientarea către o nouă concepție, și anume: îngrijiri centrate nu pe sarcini, ci pe persoana îngrijită, considerată, în mod global, unitară.

Asistenta trebuie să cunoască „global” individul, precum și comunitatea în care acesta trăiește.

4.1. EVOLUȚIA ÎNGRIJIRILOR

Până la jumătatea secolului al XX-lea, îngrijirile au fost tributare mai ales concepției religioase, moștenite din trecut.

Florence Nightingale a căutat să elibereze îngrijirile de impregnarea religioasă, insistând pe faptul că: îngrijirile nu pot să demonstreze doar simpla caritate (mila); aceasta trebuie să cedeze locul unei înțelegeri a problemelor, bazată pe gândire. Astfel, pentru prima oară în istoria îngrijirilor, practica acordării îngrijirilor devine obiectul „gândirii”. În cartea sa, *Note despre nursing*, din 1859, Florence Nightingale descrie aceste îngrijiri.

Cu toate că formarea surorilor medicale a început, competența era limitată, începând însă din 1930, progresele medicinei și ale chirurgiei au modificat conținutul profesiei. Medicii le-au delegat o parte dintre actele

(sarcinile) lor surorilor. Pentru a face față solicitărilor, îngrijirile au fost reorganizate după principiul taylorismului, adică realizarea lor în serie. Din această cauză, bolnavul, care până atunci era în centrul preocupărilor, a trecut pe planul al doilea (activitatea nu mai era centrată pe pacient, ci pe sarcinile ce trebuiau îndeplinite, în timp ce penuria de surori accentua această situație). De asemenea, și dezvoltarea rapidă a științelor medicale, a tehnicii a contribuit la trecerea pacientului pe plan secundar, punându-se accentul pe aspectele medicale și tehnice.

Astfel, îngrijirile au ajuns a fi devalorizate; trecute pe plan secundar; lăsate adesea în sarcina ajutoarelor necalificate.

Abia mai târziu, s-a ajuns la revalorizarea relației între cel îngrijit și cel ce îngrijește.

Către sfârșitul anilor '70, curentul revalorizării relației dintre cel îngrijit și cel ce îngrijește influențează surorile belgiene, grație lucrărilor Virginiei Henderson care a descris necesitățile fundamentale ale omului, ca bază a îngrijirilor (publicații din anul 1955, apoi 1966, 1977) – *14 Nevoi Fundamentale*.

Pentru descoperirea acestor necesități trebuie să intri însă în relație cu persoana îngrijită. Este știut faptul că nu putem (este imposibil practic) să cunoaștem fiecare pacient atâta timp cât îngrijirile acordate sunt efectuate în serie (sistem taylorian). Acestei concepții noi (adică îngrijiri centrate nu pe sarcini, ci pe persoana îngrijită) i s-a acordat însă o mare importanță, ceea ce a făcut ca nursele să-și organizeze munca în alt mod, adică în loc să li se repartizeze sarcini, să li se repartizeze bolnavi, activitatea trebuind să fie centrată astfel pe *persoană*.

Astfel, asistenta trebuie: să fie conștiința celui lipsit de conștiință; să fie ochiul pentru cel care și-a pierdut vederea; să fie mâna pentru cel căruia i-a fost amputată; să fie dragostea de viață pentru cel ce încearcă să se sinucidă; să posede cunoștințele necesare pentru tânăra mamă (*Principii de bază*, Virginia Henderson).

Alte concepte de nursing:

De-a lungul anilor, s-au conturat numeroase teorii ale nursingului:

Florence Nightingale (1820 – 1910) – teoriile sale se bazează pe conceptul de *mediu înconjurător*.

Virginia Henderson (1897 – 1996) – dă definiția nursingului, adoptată ulterior și de I.C.N.; conceptul său are în vedere cele 14 nevoi ale omului.

Myra E. Levine (n. 1920) – teoria sa este deosebită prin enunțul celor patru principii, și anume intervențiile pacientului care se bazează pe: conservarea energiei pacientului; conservarea integrității structurale a pacientului; conservarea integrității personale (psihice) a pacientului și conservarea integrității sociale a pacientului, dar și prin introducerea cuvântului *trophicognosis* propus în locul termenului *diagnostic nursing* pe care îl respinge.

Hildegard Peplau (n. 1909) – teoriile sale sunt centrate pe relația terapeutică dintre nursă și pacient, cele patru secvențe identificate de Peplau în cadrul acestei relații interpersonale fiind: orientarea, identificarea, exploatarea și retragerea.

Imogene M. King (n. 1923) – utilizând sub formă de concept major *persoana*, King introduce trei sisteme dinamice ce interacționează: individul, grupurile și societatea.

Betty Neuman – teoria sa este influențată de conceptul de *stres* descris de *Hans Selye* și propune două instrumente pentru studiul nursingului: gândirea inductivă și abordarea deductivă.

Martha Rogers (n. 1914) – teoria sa se bazează pe relația dintre om și mediul înconjurător.

Dorothea Orem – folosește, pentru prima oară, explicit termenul de *autonomie în nursing*.

Sora Callista Roy (n. 1939) – conform teoriei sale, nursingul trebuie să fie centrat pe individ și sistemul său adaptativ.

Jean Watson (n. 1940) – autorul identifică zece factori care influențează structura, studiarea și înțelegerea nursingului ca știință a îngrijirii.

M. M. Leininger – publică lucrări legate de nursingul transcultural.

4.2. REORIENTAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.), creată în 1948, este o instituție specializată a Națiunilor Unite, căreia îi revine, pe plan internațional, responsabilitatea principală în probleme sanitare și de sănătate publică. O.M.S. cuprinde 165 de țări (număr în continuă creștere, tot mai multe state, îndeosebi dintre cele care și-au dobândit independența, urmând să facă parte din Organizație) repartizate în șase birouri regionale.

Biroul regional al Europei (unul dintre cele șase birouri regionale) cuprinde, în prezent, 50 de state membre, printre care și România.

Pentru reorientarea serviciilor de sănătate, sunt importante următoarele hotărâri:

1) Conferința de la Alma-Ata (1978), unde s-a enunțat principiul I.P.S. (Îngrijiri Primare de Sănătate) prin „Declarația de la Alma-Ata”.

Au urmat apoi:

2) În 1979, lansarea strategiei mondiale „Santé pour tous d'ici l'an 2000” (*Sănătate pentru toți până în anul 2000*).

3) În 1984, statele membre ale regiunii europene au adoptat cele 38 de obiective (scopuri) ale *Sănătății pentru toți*.

4) Conferința de la Viena (21 – 24 iunie 1988) continuă să sensibilizeze nursele din toată Europa asupra modificărilor cerute în practica de îngrijire pentru atingerea celor 38 de obiective regionale.

5) Rezoluția Adunării Mondiale a Sănătății 45.5 din 1992 (vezi *Nursingul în acțiune* de J. Salvage).

4.3. ÎNGRIJIRI PRIMARE DE SĂNĂTATE (I.P.S.)

Definiție. Prin *îngrijiri primare de sănătate*, înțelegem: îngrijiri esențiale de sănătate, accesibile tuturor persoanelor și familiilor din comunitate, prin mijloace ce le sunt acceptabile, cu participarea lor plenară și la un preț de cost abordabil comunității și țării.

Îngrijirile primare de sănătate se sprijină pe comunitate.

Definiția comunității:

Prin *comunitate*, înțelegem ansamblul unei populații de pe un teritoriu geografic determinat, de care este legat prin interese și valori comune, având o formă de gestiune administrativă, iar membrii săi au interrelații cu grupuri sociale și instituții.

Comunitatea este locul de unde pleacă îngrijirile primare de sănătate; indivizii, familiile și grupurile își asigură singuri responsabilitatea acțiunilor de sănătate. Pentru realizarea acestei strategii, s-a considerat că este necesară schimbarea vechii concepții de *asistentă medicală*, și anume concepția de dinainte de Conferința de la Alma-Ata, când: acțiunile de sănătate au fost orientate spre lupta împotriva bolii; se acordă o

pondere mai mare refacerii sănătății, și nu menținerii și dezvoltării ei; îngrijirile erau limitate la partea medicală și, în acest caz, asistenta era un executant al indicațiilor medicale, pierzându-și rolul de bază în procesul de îngrijire.

Dar îngrijirile persoanei nu presupun numai funcții tehnice, ci și de nursing ce ne obligă să gândim.

În concepția actuală, se consideră că o bună asistentă medicală (o bună îngrijire) presupune trecerea de la îngrijirile terapeutice (cărora li s-a acordat un loc prioritar în dauna îngrijirilor menite să mențină sănătatea, viața) la I.P.S., adică la îngrijirile primare de sănătate.

Îngrijirile primare de sănătate sunt denumite și *îngrijiri de sănătate comunitare*, pentru că solicită participarea comunității (a membrilor acesteia). Prin urmare, omul, în globalitatea sa, cu necesitățile sale bio-fiziologice, psiho-sociale, culturale și spirituale poate activa ca un copartner și nu ca un receptor pasiv de diverse prestații.

Îngrijirile primare de sănătate favorizează îngrijiri complete, înglobând: promovarea sănătății; prevenirea îmbolnăvirilor; îngrijirile curative curente și obișnuite; recuperarea; urgențele.

Îngrijirile primare de sănătate acoperă trei niveluri de intervenții, și anume: îngrijiri de prevenire primară; îngrijiri de prevenire secundară și îngrijiri de prevenire terțiară.

Se poate vorbi și de intervenția de nivel IV în cazul bolilor terminale (susținerea familiei etc.).

Nivelurile de intervenții

Îngrijiri de prevenire primară

Prin prevenirea primară, înțelegem menținerea și promovarea sănătății, precum și prevenirea îmbolnăvirilor. Intervenția asistentei urmărește: educația sanitară (din toate punctele de vedere: alimentație, contracepție etc.) și prevenirea specifică (vaccinări, profilaxia unor boli).

Îngrijiri de prevenire secundară

Prevenirea secundară urmărește intervențiile curative pentru tratamentul bolilor și prevenirea agravării sau a complicațiilor.

Rolul asistentei este să descopere problemele la timp (prin vizite acasă, în comunitate – nu așteptăm să ne caute oamenii, îi căutăm noi, prin controale periodice etc.).

Îngrijiri de prevenire terțiară

Prevenirea terțiară urmărește recuperarea. Rolul asistentei este să susțină persoana îngrijită pentru a se adapta la diferite dificultăți cauzate de problemele de sănătate (rol în recuperarea persoanei).

Pentru asigurarea dezvoltării îngrijirilor primare de sănătate, sunt necesare trei domenii de studiu și acțiune: identificarea a ceea ce înseamnă îngrijiri primare de sănătate; inițierea personalului sanitar, a consumatorilor în îngrijiri primare de sănătate; promovarea și recunoașterea valorii sociale și economice a îngrijirilor primare de sănătate.

1. Identificarea a ceea ce înseamnă I.P.S.

Acest proiect implică necesitatea cunoașterii și studierii unui întreg ansamblu de caracteristici: climatul, resursele de apă, caracteristicile populației, nivelul de educație a populației, categoriile sociale, resursele economice, caracterul urban sau rural, natura muncii efectuate de bărbat și femeie, incidența și prevalența unor boli, rețeaua serviciilor de sănătate.

2. Inițierea personalului sanitar și a consumatorilor de I.P.S.

a) pregătirea lucrătorilor sanitari pentru a înțelege I.P.S., indiferent că aceștia lucrează în mediu extraspitalicesc, în mediu spitalicesc sau sunt personal de instruire.

Este indispensabil ca aceștia să cunoască medii de viață diferite pentru colaborarea cu I.P.S.: mediul familial – domiciliul; mediul de muncă – activitatea bărbaților, femeilor; mediul școlar – copiii; alte medii – cultural, petrecerea timpului liber etc.

Pregătirea lucrătorilor sanitari și sociali pentru a lucra cu populația, nu pentru populație, le impune acestora: să știe să asculte; să fie capabili să înțeleagă propunerile făcute (de indivizi, familii, grupuri); să știe să utilizeze informațiile; să știe să alcătuiască un plan de îngrijire (sau acțiuni sanitare stabilite cu populația); să învețe să muncească cu alte modele sociale diferit de cel îngrijit sau conducător și salariat.

Modele sociale stabilite pe relații de egalitate și recunoaștere reciprocă

Personalul din sistemul sanitar trebuie să învețe să renunțe la complexe de superioritate sau de inferioritate între diferitele categorii pro-

Curriculă de instruire pentru asistenții medicali din sistemul de sănătate mintală

fesionale și să cunoască valoarea socială a persoanelor care îndeplinesc alte profesii.

Personalul din sistemul sanitar nu trebuie să-și asume un comportament de dominație față de consumatorii de prestații, spunându-le ce au de făcut, fără să-i asculte cel puțin ce au de spus.

Important! Asistenta generalistă a cărei activitate se desfășoară în comunitate trebuie să mențină contacte regulate cu persoane, familii, grupuri, la domiciliu, la școală, în diverse instituții (locuri de muncă) și/sau locuri recreative.

Asistentele trebuie să abordeze îngrijirile de așa natură, încât să satisfacă nevoile de sănătate ale pacientului, ale familiei, colectivității și societății.

b) populația trebuie pregătită să (lucreze) coopereze cu lucrătorii sanitari.

3. Recunoașterea valorii sociale și economice a I.P.S. și a persoanelor care le acordă

În acest context, trebuie să studieze costul, incidența economică a I.P.S., ținând cont de: durata timpului de muncă; mijloacele și tehnologiile necesare; cheltuieli (local, dotare etc.); dotarea cu personal.

4.4. CADRUL CONCEPTUAL AL ÎNGRIJIRILOR

Orice activitate ce se dorește a fi profesională urmărește să se sprijine pe baze științifice. Cu toată diversitatea teoriilor și conceptelor despre îngrijiri (în această profesie), în întregul lor, acestea comportă o anumită înțelegere privind persoana îngrijită, sănătatea și îngrijirile (nursingul).

1. Conceptual, *omul* este o ființă unică, cu nevoi biologice, psihologice, sociale și culturale, o ființă în continuă schimbare și în interacțiune cu mediul său înconjurător, o ființă responsabilă, liberă și capabilă de a se adapta.

După Virginia Henderson, conceptul de *individ* are următoarea sferă semantică: „Individul este o entitate bio-psiho-socială formând un tot indivizibil (noțiune privind globalitatea individului). El are necesități

fundamentale (comune tuturor), cu manifestări specifice pe care și le satisface singur dacă se simte bine. El tinde spre autonomie în satisfacerea necesităților sale”.

2. În ceea ce privește termenul *sănătate*, au fost formulate mai multe definiții.

Definiția O.M.S. cu privire la *sănătate* este următoarea: „Sănătatea este o stare de bine fizic, mental și social, ce nu constă numai în absența bolii sau a infirmității”.

Alte definiții:

„Sănătatea este o stare în care necesitățile sunt satisfăcute în mod autonom, nu se limitează la absența bolii”. (Virginia Henderson)

„Sănătatea este o stare de echilibru bio-psiho-social, cultural și spiritual, stare de autonomie și independență, fără a fi egală cu absența bolii sau a infirmității, este o stare dinamică ce dă posibilitatea unui organism de a rămâne în echilibru cu mediul extern și intern.” (Dinamica se referă la capacitatea individului de adaptare la modificările mediului intern și extern.)

„Sănătatea reprezintă ansamblul forțelor biofizice, fizice, afective, psihice și sociale, mobilizabile pentru a înfrunta, compensa și depăși boala.”

3. Concepția despre *boală* se referă la ruperea echilibrului, a armoniei, reprezentând un semnal de alarmă tradus prin suferința fizică, psihică, o dificultate sau o inadaptare la o situație nouă, provizorie sau definitivă. Este un eveniment care poate merge până la respingerea socială a omului din anturajul său.

4.5. COMPETENȚA ASISTENȚEI MEDICALE

Practicarea unor îngrijiri de calitate presupune multe cunoștințe și elemente de competență: cunoașterea unui model conceptual de îngrijire (de nursing); cunoștințele acumulate; cunoașterea demersului științific.

1. Cunoașterea unui model conceptual de îngrijire

Definiție: Un model conceptual este un ansamblu de concepte, o imagine mentală care favorizează reprezentarea realității.

Modelul conceptual (cadrul conceptual) este, prin urmare, o dimensiune esențială de bază care ne permite să aplicăm „filosofia noastră” privind îngrijirile. Nu poate să fie altfel, deoarece cadrul conceptual este stabilit pe bază de postulate, valori și elemente.

Pentru a defini cadrul conceptual al unei profesii – oricare ar fi câmpul ei de acțiune –, este necesar mai întâi să se precizeze următoarele elemente: scopul profesiei; țelul activității sale: beneficiarul; rolul său; dificultăți întâlnite la pacienții de care se ocupă (sursele de dificultate puse în evidență de asistentă sunt legate de lipsa de forță fizică, voință sau de cunoștințe); natura intervenției acordate pacientului (de înlocuire, suplinire, ajutorare, întărirea forței, sporirea forței); consecințele acestei acțiuni. Toate aceste elemente, atunci când se organizează într-o structură teoretică globală, devin cadrul său conceptual (sau modelul său conceptual, în cazul nostru, al nursingului).

2. Cunoștințele acumulate

Științifice

- Cunoștințele științifice acumulate pe parcursul formării asistentei o ajută la înțelegerea ființei umane în dimensiunile sale fizice, intelectuale și afective. Acestea furnizează, de asemenea, explicații asupra mediului fizic și social.

Tehnice

- Noțiunile și abilitățile tehnice se referă la procedeele metodice și științifice care servesc la promovarea sănătății și combaterea bolilor.

Relaționale

- Cunoștințele relaționale se referă la capacitatea asistentei de a stabili relații cu pacienții, de a crea un climat propice unor relații calde de umanitate. De asemenea, asistenta trebuie să știe să colaboreze cu anturajul pacientului (familie, prieteni), să lucreze într-o echipă multidisciplinară și în comunitate.

Etice

- Cunoștințele etice sunt legate de ansamblul de norme și principii referitoare la valorile morale ale persoanei și profesiei, reglând, în același timp, buna conduită a asistentei.

Legislative

- Cunoștințele legislative se referă mai ales la reglementările și directivele incluse în legi, în vederea protejării asistentei și a pacientului.

Cunoașterea demersului științific

Demersul științific este un instrument de investigație, de analiză, de interpretare, de planificare și de evaluare a îngrijirilor. Cunoașterea demersului științific aplicat în îngrijirea individualizată a pacienților îi va permite asistentei să ajungă la continuitate și la planificarea unor îngrijiri de calitate.

Instrumentul logic și sistematic pe care-l utilizează nursingul este demersul științific.

Capitolul II

MODELUL CONCEPTUAL AL VIRGINIEI HENDERSON

În acest context, este necesar să se precizeze conceptele-cheie ale acestui model:

- Individul bolnav sau sănătos este văzut ca un tot complet prezentând 14 nevoi fundamentale pe care trebuie să și le satisfacă;
- Scopul îngrijirilor este de a păstra sau a restabili independența individului în satisfacerea acestor nevoi;
- Rolul asistentei îl constituie suplinirea a ceea ce el nu poate să facă singur.

Un model conceptual pentru o profesie reprezintă o imagine mentală a profesiei, o concepție a ceea ce ar putea sau ar trebui să fie.

Un model conceptual este o abstracție, o creație a spiritului.

1. COMPONENTELE ESENȚIALE ALE UNUI MODEL CONCEPTUAL

Componentele esențiale ale unui model conceptual sunt următoarele: postulatele, valorile și elementele (scopul profesiei; țelul activității (beneficiarul); rolul activității; dificultăți întâlnite de pacient (sursa de dificultate); intervenția acordată; consecințele).

Postulatele

Acestea reprezintă suportul teoretic și științific al modelului conceptual, fiind enunțuri pentru susținerea altor enunțuri. Acestea sunt re-

cunoscute și acceptate (nu trebuie demonstrate). Postulatele pe care se bazează modelul Virginiei Henderson sunt următoarele:

- Orice ființă umană tinde spre independență și o dorește.
- Individul formează un tot caracterizat prin nevoi fundamentale. Când una dintre nevoi rămâne nesatisfăcută, individul nu este „complet”, „întreg”, „independent”.

Valorile sau credințele

Modelul Virginiei Henderson este susținut de trei valori:

- Asistenta posedă funcții care sunt proprii.
- Când asistenta preia din rolul medicului, ea cedează o parte dintre funcțiile sale unui personal necalificat.
- Societatea așteaptă un serviciu din partea asistentelor, pe care nu poate să-l primească de la niciun alt personal.

Elementele

Cele șase elemente care dau sens vieții profesionale sunt enunțate în cele ce urmează.

Scopul profesiei este: de a ajuta pacientul să-și conserve sau să-și restabilească independența, în așa fel ca el să poată să-și satisfacă nevoile prin el însuși; de a favoriza vindecarea; de a asista muribundul spre un sfârșit demn.

Membrii acestei profesii tind spre un ideal. Fiind însă realiști, neputând să-l atingă, ei acceptă să desfășoare activități limitate care au scopul de a conserva sau a restabili independența persoanelor îngrijite.

Obiectivul activității profesionale este beneficiarul, adică persoana sau grupul de persoane spre care este îndreptată activitatea.

În atingerea obiectivului, se ține cont de faptul că individul, bolnav sau sănătos, formează un tot cu nevoi comune tuturor ființelor umane, dar și de faptul că manifestarea nevoilor este diferită de la un individ la altul.

Rolul profesiei desemnează rolul social pe care îl au membrii profesiei.

Modelul conceptual al Virginiei Henderson

Rolul asistentei este de suplinire a dependenței (a ceea ce nu poate să facă persoana), de a încerca să înlocuiască necesitatea în așa fel ca persoana să poată să-și satisfacă cerințele mai ușor și fără handicap.

Sursa de dificultate

Dificultățile întâlnite la pacient, care fac ca persoana să nu poată răspunde la una dintre nevoile sale, sunt cauzate de o lipsă: de forță; de voință sau de cunoștințe.

Aceste dificultăți țin de competența asistentei, fiind important de știut de care lipsă este dată sursa de dificultate. Dar dificultățile întâlnite de pacient nu sunt toate legate de profesiunea noastră.

Intervenția aplicată persoanei

Asistenta nu trebuie să piardă din vedere omul în globalitatea sa. Intervenția va fi orientată asupra „lipsei” și constă în a spori (a crește) independența persoanei.

Consecințele sunt rezultatele obținute – „ameliorarea” dependenței sau „câștigarea” independenței, respectiv atingerea scopului.

2. NEVOILE FUNDAMENTALE

Generalități

Fără îndoială, există anumite nevoi fundamentale comune tuturor ființelor umane, care trebuie satisfăcute pentru a atinge un nivel optim de bunăstare. Cadrul conceptual al Virginiei Henderson pornește de la existența unor necesități fiziologice și aspirații ale ființei umane, numite *nevoi fundamentale*.

Nevoile fundamentale și dimensiunile bio-psiho-sociale, culturale și spirituale

Cadrul conceptual al Virginiei Henderson se bazează pe definirea celor 14 nevoi fundamentale, cu componentele bio-psiho-sociale, culturale și spirituale ale individului.

Atingerea de către pacient a independenței în satisfacerea acestor nevoi este specifică profesiei de asistentă medicală. Pentru a aplica mo-

delul conceptual al Virginiei Henderson, asistenta trebuie să știe că o nevoie fundamentală este o necesitate vitală, esențială, a ființei umane pentru a-și asigura starea de bine, în apărarea fizică și mentală. Cele 14 nevoi fundamentale sunt următoarele:

- a respira și a avea o bună circulație;
- a bea și a mânca;
- a elimina;
- a se mișca și a avea o bună postură;
- a dormi și a se odihni;
- a se îmbrăca și a se dezbrăca;
- a-și menține temperatura corpului în limite normale;
- a fi curat, îngrijit, a-și proteja tegumentele și mucoasele;
- a evita pericolele;
- a comunica;
- a acționa conform propriilor convingeri și valori, a practica religia;
- a fi preocupat în vederea realizării;
- a se recrea;
- a învăța cum să-ți păstrezi sănătatea.

Fiecare dintre aceste nevoi comportă diferite dimensiuni ale ființei umane, și anume: o dimensiune biologică (bio-fiziologică); o dimensiune psihologică; o dimensiune sociologică; o dimensiune culturală; o dimensiune spirituală.

Cele 14 nevoi fundamentale îmbracă forme foarte variate în funcție de individ, de starea sa de sănătate, maturitatea sa, obiceiurile personale și culturale. Fiecare nevoie prezintă componente bio-fizico-psiho-socio-culturale.

Cele 14 nevoi formează un tot unitar, iar a considera o nevoie făcând abstracție de celelalte constituie o negație a „totului”; a încerca să separe fizicul de psihic este, așadar, inutil.

Conform conceptului Virginiei Henderson, scopul ideal al profesiei de asistentă îl constituie independența persoanei în satisfacerea celor 14 nevoi fundamentale.

Asistenta care vrea să personalizeze îngrijirile trebuie să țină seama, prin urmare, de diversele dimensiuni implicate, precum și de interacțiunea între nevoi. Satisfacerea sau nesatisfacerea unei nevoi are consecințe asupra satisfacerii sau nesatisfacerii celorlalte nevoi.

O nevoie nesatisfăcută poate să pară (sau să fie) de ordin bio-fiziologic, dar aceasta nu înseamnă că este singura dimensiune interesată. De exemplu, nevoia de a elimina comportă și o dimensiune psihologică – nevoia de intimitate pe care o resimte persoana sau tensiunea nervoasă care se repercutează, de asemenea, comportă și dimensiunea cultural-spirituală: prin valoarea acordată igienei în anumite culturi sau referitor la anumite obișnuințe și ritualuri.

În clasificarea nevoilor, după Virginia Henderson, circulația este alăturată nevoii de a se mișca. Dată fiind însă legătura fiziologică care unește funcția cardio-respiratorie, unii preferă să alăture funcția circulatorie nevoii de a respira, ceea ce este, în fond, logic.

O altă problemă care nu este specificată este sexualitatea. Se consideră că faptul de a comunica înglobează sexualitatea, aceasta fiind un mijloc de combatere a solitudinii ființei și de comunicare la nivelul corpului său.

În concluzie, toate aceste dimensiuni, în ansamblul lor, pot modifica manifestările de satisfacere a fiecăreia dintre nevoi, influențând, implicit, satisfacerea nevoilor fundamentale. De exemplu, pentru nevoia de a se alimenta, reamintim factorii dimensiunii psihologice, socio-culturale și chiar religioase (spirituale) care pot influența satisfacerea nevoii.

Dimensiunea psihologică

În acest sens, sunt enunțați factori psihologici ca frica, anxietatea, emoția, repulsia pentru anumite alimente.

Dimensiunea socio-culturală

Această dimensiune se referă la climatul familial în timpul mesei, obiceiurile alimentare legate de familie sau cultură, importanța acordată alimentației.

Dimensiunea spirituală (religioasă)

În acest context, sunt relevante aspecte precum restricția alimentară impusă pentru anumite religii (de exemplu, carnea de porc la evrei).

3. CLASIFICAREA NEVOILOR UMANE DUPĂ TEORIA LUI MASLOW

Abraham Maslow, psiholog și umanist american, afirmă că există cinci categorii de nevoi umane, ierarhizate, în ordinea priorităților, astfel: nevoi fiziologice; nevoi de siguranță; nevoia de apartenență; nevoia de recunoaștere socială și nevoia de realizare (depășire).

Conform acestei teorii, trebuie să fie satisfăcute, mai întâi, nevoile de bază (toate sau cea mai mare parte dintre acestea) – fiziologice și de securitate –, pentru ca persoana să poată tinde spre satisfacerea nevoilor de ordin superior, și anume apartenența, stima, realizarea, depășirea de sine).

4. NEVOIA ȘI HOMEOSTAZIA

Satisfacerea, în ansamblu, a nevoilor unei persoane permite conservarea în stare de echilibru a diverselor sale procese fiziologice și psihologice.

Nevoia constituie o stare care cere un aport, o ușurare, indicând lipsa unui lucru cu caracter de necesitate, de dorință (dorit, vrut), de utilitate.

Homeostazia este definită ca o stare de echilibru și de autoreglare care se instalează între diverse procese fiziologice ale persoanei. Acest concept se extinde, de asemenea, și la procesele psiho-sociologice.

Astfel, astăzi, se vorbește despre *homeostazie fiziologică* și despre *homeostazie psiho-socială* a individului.

Evoluția spre o nevoie superioară nu se poate realiza pe deplin decât atunci când nevoia inferioară este satisfăcută.

Nesatisfacerea unei nevoi, fie aceasta de ordin fiziologic sau psihologic, este susceptibilă a avea repercusiuni pentru una sau mai multe nevoi.

Exemplu de autoreglare (transpirația în febră): o eliminare insuficientă a acidului uric poate provoca un oarecare grad de acidoză metabolică pe care nevoia de a respira va încerca să o compenseze printr-o respirație rapidă și profundă, antrenând astfel o mai mare eliminare de CO₂ și o restabilire posibilă a echilibrului acido-bazic.

Exemplu cu efect mai puțin favorabil în procesul de autoreglare: o persoană care nu se poate mișca va avea apetitul scăzut, capacitatea pulmonară redusă, motilitatea intestinală încetinită, tonusul psihologic scă-

zut, homeostazia proceselor fiziologice și psihologice putând fi astfel perturbată.

Ierarhizarea nevoilor după Abraham Maslow

Nevoia de realizare implică: realizarea personalității, autodepășirea și creativitatea.

Nevoia de recunoaștere poate fi de mai multe tipuri: de iubire – de recunoștință; de stimă – de recunoaștere a statutului, a competenței; de respect.

Nevoia de apartenență se referă la nevoia: de a stăpâni situațiile; de a aparține unui grup; de a fi recunoscut și acceptat de către grup; de a avea cui împărtăși; de putere.

Nevoia de siguranță se manifestă în cazul agresiunilor externe (pierderea locului de muncă, schimbarea mediului, orașului), în contextul unor catastrofe, a unor evenimente sociale deosebite, pe timp de război etc.

Nevoile fiziologice (nevoi fizice și corporale elementare) sunt următoarele: nevoia de a mânca, a bea, a se odihni, a comunica, a se distra, a elimina, absența durerii, anularea suferinței; nevoia de aer, apă etc.

Evoluția spre o nevoie superioară nu se poate realiza pe deplin decât atunci când nevoia inferioară este satisfăcută.

5. INDEPENDENȚĂ ȘI DEPENDENȚĂ ÎN SATISFACEREA NEVOILOR FUNDAMENTALE

Ca să-și mențină un echilibru fiziologic și psihologic, pacientul trebuie să atingă un nivel minim de satisfacere a nevoilor sale.

Independența la adult

Aceasta implică atingerea unui nivel acceptabil în satisfacerea nevoilor (un bun echilibru fiziologic și psihologic), prin acțiuni pe care le îndeplinește individul însuși (singur), fără ajutorul unei alte persoane. Independența înseamnă, prin urmare, satisfacerea uneia sau a mai multor nevoi prin acțiuni proprii, îndeplinite de însăși persoana în cauză.

Pentru copii, independența se consideră și atunci când nevoile sunt îndeplinite cu ajutorul altora (de către alții), în funcție de faza de creștere și de dezvoltare a copilului.

Dependența

Aceasta implică incapacitatea persoanei de a adopta un anumit comportament sau de a îndeplini, în mod individual, fără ajutorul unei alte persoane, acțiuni care să-i permită un nivel acceptabil în satisfacerea nevoilor, astfel încât să poată obține o anumită stare de independență.

Originea probabilă a acestei dependențe este o lipsă de forță (când pacientul nu poate), lipsă de voință (când nu vrea), lipsă de cunoaștere (când pacientul nu știe cum să acționeze pentru satisfacerea nevoilor fundamentale).

Observație: Asistenta știe că propria sa competență nu este suficientă în vastul domeniu al sănătății. Așa, de exemplu, în cazul unui pacient nesatisfăcut din cauza lipsei de bani, a locuinței, a căldurii, intervenția asistentei este limitată. De aceea, în astfel de situații, ea recunoaște competența altor profesioniști cu care lucrează interdependent.

Important de reținut: Noțiunea de *nivel acceptabil în satisfacerea nevoilor* înseamnă că poate exista un oarecare grad de insatisfacție, fără ca acest lucru să presupună însă și o dependență a persoanei.

De exemplu: O persoană este independentă dacă folosește, într-un mod adecvat, fără ajutorul altei persoane, un aparat, un dispozitiv, o proteză (proteză auditivă, oculară, dentară, cârjă, sac de stomie, membru artificial etc.), fapt care-i permite să manifeste o stare de bine, fiind, așadar, independentă. Dependența apare din momentul în care o persoană trebuie să recurgă la altă persoană pentru a utiliza un aparat, un dispozitiv de susținere sau o proteză.

O altă precizare: Se consideră că este eronat să calificăm pacientul „dependent”; de aceea este preferabil să se folosească sintagma „problemă de dependență”.

Manifestarea de dependență

Atunci însă când o nevoie fundamentală este nesatisfăcută din cauza unei surse de dificultate, apar una sau mai multe manifestări de dependență. Acestea sunt semne observabile ale unei anumite incapacități a persoanei de a răspunde prin sine însuși la această nevoie.

Exemplu: Incapacitatea unei persoane de a-și proteja tegumentele poate duce la roșeață sau la leziune, aceasta fiind o manifestare de dependență față de această nevoie. Un alt exemplu ar fi incapacitatea de a

comunica generatoare, de asemenea, de manifestări de dependență care pot conduce la izolarea socială.

Dependența unei persoane trebuie să fie considerată (apreciată) nu numai în raport cu intensitatea sa, dar și cu durata sa (de la câteva zile la ani de zile). Astfel, dependența poate fi de mai multe tipuri: moderată sau totală, temporară sau permanentă.

Clasificarea nivelurilor de dependență

Nivelul de dependență (indicele de gravitate) al persoanei îngrijite se poate determina în funcție de evaluarea funcției de independență/ dependență a fiecărei nevoi fundamentale, după următorul tabel:

Tabel de corespondență a nivelurilor de dependență

Niveluri de dependență	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
	Persoana este independentă și autonomă.	Persoana prezintă o dependență moderată.	Persoana prezintă o dependență majoră.	Persoana prezintă o dependență totală.

Fiecare nevoie fundamentală poate fi încadrată într-una dintre cele patru categorii.

Totalul de puncte obținut permite clasificarea pacienților în patru categorii de dependență, astfel:

Clasificarea în patru categorii de dependență

persoană independentă:	până la 14 =	nivel 1
pacient cu dependență moderată:	de la 15 la 28 =	nivel 2
pacient cu dependență majoră:	de la 29 la 42 =	nivel 3
pacient cu dependență totală:	de la 43 la 56 =	nivel 4

Importanța practică

Evaluarea nivelului de dependență a pacientului se folosește ca instrument de măsură pentru a ne orienta în procesul de îngrijire. Astfel, consemnarea și urmărirea nivelului de dependență ne permite aprecierea rezultatului obținut în urma tratamentului și intervențiilor de îngrijire.

Determinarea și consemnarea nivelului de dependență se pot face și numai pentru una sau mai multe dintre nevoile nesatisfăcute, acordând nevoii respective un punctaj de la 1 la 4, fără să se mai facă totalizarea punctelor.

Tipuri de dependență și nivelul de intervenție

Dependența poate să intereseze aspectul biologic, psihologic, social, cultural și spiritual al ființei umane. Pacientul poate să prezinte patru forme de dependență: potențială, actuală, descrescândă, permanentă.

Această problemă trebuie să fie considerată sub unghiul celor trei niveluri de intervenții deja menționate: prevenirea primară, secundară și terțiară.

Potențială Dacă problema de dependență este posibil să apară din cauza anumitor predispoziții, atunci vorbim de o stare de *dependență potențială*. În acest caz, trebuie planificată o intervenție. *Exemplu:* La un pacient subalimentat, imobilizat, poate ușor să apară roșeață sau răni prin presiune (escară). O acțiune preventivă poate evita însă această problemă de dependență.

Actuală În același timp, dacă problema este prezentă, dependența este *actuală*. În acest caz, acțiunile vor fi corective.

Descrescândă Atunci când dependența pacientului se reduce, se spune că aceasta este în *descrescere*. Rolul asistentei, în acest caz, este de a susține acest progres și de a ajuta pacientul să-și regăsească gradul optimal de autonomie.

Permanentă Dacă în ciuda îngrijirilor din partea asistentei, problema nu poate fi corectată, atunci dependența este *permanentă* sau *cronică* (de exemplu, în paraplegie). Rolul asistentei, în acest caz, constă în suplinirea a ceea ce pacientul nu poate face independent și de a-l ajuta să se adapteze în aceste limite.

6. SURSELE DE DIFICULTATE

Sursele de dificultate se definesc ca fiind cauza dependenței. Orice obstacol major care împiedică satisfacerea uneia sau a mai multor nevoi fundamentale constituie o sursă de dificultate. Sursele de dificultate pot fi cauzate de: factori de ordin fizic; factori de ordin psihologic; factori de ordin social; factori de ordin spiritual; factori legați de cunoștințe insuficiente.

1. Factori de ordin fizic

Sursele de dificultate de ordin fizic cuprind toate obstacolele (pie-dicile) fizice de natură intrinsecă sau extrinsecă ce influențează negativ satisfacerea uneia sau a mai multor nevoi fundamentale. Sursele de dificultate intrinseci provin de la individul însuși. Poate fi vorba de o problemă articulară, de o paralizie, de o problemă metabolică, de o infecție, de o excrescență care obturează trecerea aerului, a alimentelor, a substanțelor excretoare etc. Sursele de dificultate extrinseci cuprind agenți exteriori care, în contact cu organismul uman, împiedică funcționarea normală (de exemplu, o sondă nazo-gastrică sau vezicală care cauzează iritații, un pansament compresiv, o imobilizare etc.).

2. Factori de ordin psihologic

Sursele de dificultate de ordin psihologic cuprind sentimente și emoții, pe scurt, stările sufletești și intelectuale care pot influența satisfacerea anumitor nevoi fundamentale, de gândire, anxietate și situații de criză (doliu etc.).

Manifestările de dependență la acest nivel pot afecta toate nevoile (de exemplu, anxietatea poate cauza hiperventilație, anorexie, diaree, perturbarea capacității de comunicare etc.).

3. Factori de ordin social

Sursele de dificultate de ordin social cuprind problemele generate persoanei în raport cu anturajul său, cu partenerul de viață, cu familia sa, cu prietenii, colegii de muncă, pe scurt, problemele legate de inserarea (încadrarea) în comunitate. Aceste surse pot fi prezente pe diverse pla-

nuri relaționale culturale și economice. Se pot prezenta sub formă de modificări ale rolului său social (serviciu nou, șomaj), dificultăți de comunicare, probleme de adaptare la o anumită cultură, sentiment de respingere etc. Asistenta nu poate întotdeauna să influențeze direct problemele generate de aceste surse de dificultate, dar ea trebuie să știe să le recunoască și să ajute pacientul. Asistentele trebuie să deceleze nivelul igienei locuințelor, salubritatea, aerul ambiant etc. Sursele de dificultate de ordin social pot să afecteze calitatea vieții (cu repercusiuni asupra tuturor nevoilor) și pot constitui surse de stres, de depresie, de malnutriție etc.

4. Factori de ordin spiritual (sursele de dificultate de ordin spiritual)

Este vorba despre aspirațiile spirituale, despre revolta persoanei împotriva sensului vieții, despre întrebări religioase, filosofice, despre anumite limite în practicarea religiei care-i dau persoanei o serie de insatisfacții. Acestea au repercusiuni mai ales asupra persoanelor în vârstă sau la muribunzi, putând însă apărea manifestări de dependență și la alte categorii.

5. Factori legați de lipsa de cunoștințe (sursele de dificultate legate de lipsa de cunoștințe)

Asistenta poate ajuta pacientul în procesul de câștigare a unor cunoștințe care sunt necesare pentru satisfacerea nevoilor. Astfel, sunt necesare informații pentru cunoașterea de sine, precum și o serie de cunoștințe despre sănătate și boală, cunoașterea celorlalte persoane, cunoașterea mediului social.

Intervenția asistentei se poate răsfrânge direct asupra sursei de dificultate sau asupra manifestărilor de dependență. Uneori însă nu se poate acționa asupra sursei de dificultate.

Astfel, în cazul unei probleme de retenție urinară, din cauza efectului anesteziei la un pacient operat, asistenta nu poate acționa asupra sursei, ci doar asupra retenției care constituie problema de dependență a pacientului. Din contra, atunci când este vorba de insuficiență de cunoștințe, acțiunile asistentei pot viza direct sursa de dificultate, printr-o învățare (educare) adecvată a pacientului.

Modelul conceptual al Virginiei Henderson

Alte situații în care intervenția asistentei asupra sursei de dificultate nu este posibilă se referă la deficitul vizual sau intelectual.

Există însă și situații în care intervenția asistentei poate fi prezentă la cele două niveluri: de exemplu, un pacient cu escară din cauza imobilizării (asistenta se ocupă de rană, dar și de sursa de dificultate, prin schimbarea poziției pacientului).

Capitolul III

PROCESUL DE ÎNGRIJIRE

Prezentare generală

Ce este procesul (sau demersul) de îngrijire?

Este o metodă organizată și sistematică care permite acordarea de îngrijiri individualizate. Demersul de îngrijire este centrat pe reacțiile particulare ale fiecărui individ (sau grup de indivizi) la o modificare reală sau potențială de sănătate.

După Geneviève Dechanoz, procesul de îngrijire reprezintă aplicarea modului științific de rezolvare a problemelor, a analizei situației, a îngrijirilor, pentru a răspunde nevoilor fizice, psihosociale ale persoanei, pentru a renunța la administrarea îngrijirilor stereotipe și de rutină, bazate pe necesități presupuse, în favoarea unor îngrijiri individualizate, adaptate fiecărui pacient. Este un mod de a gândi logic, care permite intervenția conștientă, planificată, a îngrijirilor, în scopul protejării și promovării sănătății individului.

Aplicarea cadrului conceptual al Virginiei Henderson în procesul de îngrijire ușurează identificarea nevoilor pacientului pe plan bio-psihosocial, cultural și spiritual, precum și găsirea surselor de dificultate care împiedică satisfacerea nevoilor. De asemenea, permite stabilirea intervențiilor capabile să reducă influența acestor surse de dificultate, cu scopul de a ajuta persoana să-și recapete autonomia (pe cât posibil).

Etapele procesului de îngrijire

Procesul de îngrijire comportă cinci etape: *culegerea de date; analiza și interpretarea lor (probleme, diagnostic de îngrijire); planificarea îngrijirilor (obiective); realizarea intervențiilor (aplicarea lor); evaluarea.*

Culegerea datelor ne permite să facem o inventariere a tuturor aspectelor privind pacientul în globalitatea sa. Se poate spune că acestea ne informează asupra a ceea ce este pacientul, asupra suferinței, asupra obiceiurilor sale de viață și asupra stării de satisfacere a nevoilor fundamentale.

Analiza și interpretarea datelor ne permit să punem în lumină problemele specifice de dependență, precum și sursa de dificultate care le-a generat, adică elaborarea diagnosticului de îngrijire.

Planificarea îngrijirilor ne permite: determinarea scopurilor (obiectivelor) care trebuie urmărite, mai precis determinarea obiectivelor de atins (rezultatul așteptat); stabilirea mijloacelor pentru rezolvarea obiectivelor (pentru atingerea rezultatelor); executarea, aplicarea intervențiilor; utilizarea planului de intervenții elaborat (precizarea concretă a intervențiilor).

Evaluarea constă în analiza rezultatului obținut (dacă intervențiile au fost adecvate, dacă s-a obținut rezultatul dorit sau nu), observându-se, totodată, dacă au apărut noi date în evoluția stării pacientului (care trebuie notate) și, eventual, dacă este necesară reajustarea intervențiilor și obiectivelor (proces ciclic).

Care sunt avantajele utilizării procesului științific din punct de vedere al calității îngrijirilor?

Avantajul cel mai mare este legat de faptul că demersul se sprijină pe datele furnizate de pacient sau luate din alte surse sigure. Aceste date permit să se observe situația în ansamblul ei și să se aprecieze nevoile reale ale fiecărui pacient considerat ca o persoană diferită și unică în sine.

Demersul constituie, prin urmare, un instrument de individualizare și de personalizare a îngrijirilor, acestea concurând la umanizare.

O altă calitate a demersului constă în faptul că informațiile constituie o resursă foarte utilă pentru controlul calității de îngrijire, punând la dispoziția întregii echipe de îngrijire detaliile planificării îngrijirilor și făcând posibilă raționalizarea îngrijirilor, coordonarea și stabilirea priorității.

1. CULEGEREA DE DATE SAU APRECIEREA

(PRIMA ETAPĂ A DEMERSULUI SAU PROCESULUI DE ÎNGRIJIRE)

Culegerea datelor constituie faza inițială, debutul procesului de îngrijire de la care începe derularea acestui demers. Culegerea informațiilor este un proces continuu, în sensul că pe tot parcursul muncii sale, asistenta nu încetează să observe, să întrebe și să noteze datele care îl privesc pe fiecare pacient.

Prin urmare, începând din momentul sosirii pacientului în spital sau al contactului inițial cu personalul de îngrijire, într-un centru de sănătate, în comunitate și pe tot parcursul îngrijirii, culegerea de date îi permite asistentei să-și stabilească acțiunile de îngrijire.

Multe dintre asistentele din spital se informează despre pacient încă înainte de a-l vedea (citesc dosarul, culeg date mai semnificative), pentru a-l aborda astfel cu un spirit deschis.

Tipuri de informații culese

Informațiile culese sunt de mai multe tipuri: date obiective – despre pacient observate de asistentă; date subiective – expuse de pacient; date conținând informații trecute; date conținând informații actuale; date legate de viața pacientului, de obiceiurile sale, de anturajul său sau de mediul înconjurător.

Îngrijirea pacientului pornește de la informațiile primite. Scopul investigațiilor noastre este de a rezolva problemele pacientului, pe care acesta nu și le poate rezolva singur. Identificarea problemelor de îngrijire a pacientului se bazează pe cunoașterea pacientului.

Cunoașterea deficiențelor pacientului

Este foarte importantă cunoașterea așteptărilor acestuia în ceea ce privește: îngrijirea, sănătatea, spitalizarea sa, propriile resurse cu ajutorul cărora să poată face față nevoilor de sănătate.

Prin cunoștințele noastre, trebuie (putem) să aprofundăm problemele reale și potențiale.

Toate informațiile culese pot fi grupate în două mari categorii: date relativ stabile și date variabile.

Date relativ stabile

Informații generale: nume, vârstă, sex, stare civilă etc.

Caracteristici individuale: rasă, limbă, religie, cultură, ocupație etc.

Gusturi personale și obiceiuri: alimentație, ritm de viață etc.

Evenimente biografice legate de sănătate: boli anterioare, sarcini, intervenții chirurgicale, accidente etc.

Elemente fizice și reacționate: grup sangvin, deficite senzoriale, pro-teze, alergii etc.

Rețeaua de susținere a pacientului: familie, prieteni etc.

Date variabile

Sunt date în continuă evoluție și schimbare, cerând, totodată, o constantă reevaluare din partea asistentei.

Date variabile legate de starea fizică: temperatură, tensiune arterială, funcție respiratorie, apetit sau anorexie, eliminare, somn, mișcare, reacții alergice, inflamații, infecții, oboseală, intensitatea durerii, reacții la tratament, la medicamente etc.

Date variabile legate de condițiile psihosociale: anxietate, stres, confort, disconfort, stare depresivă, stare de conștiință, grad de autonomie, capacitate de comunicare, acceptarea sau neacceptarea rolului etc.

Așa cum am mai menționat, colectarea datelor este un proces continuu care trebuie urmărit de către asistentă în munca sa zilnică, pentru a descoperi cum să se ajungă la satisfacerea nevoilor.

Aceste date se află la dispoziția întregii echipe de îngrijire și constituie un instrument de lucru în procesul de îngrijire, care trebuie să fie adus la zi, cu regularitate, în funcție de evoluția stării pacientului.

Surse de informație

Pentru culegerea datelor, asistenta trebuie să recurgă la diferite surse de informații, astfel: sursa directă, primară: pacientul; surse secundare sau indirecte: familia și anturajul pacientului; membrii echipei de sănătate; dosarul medical (actual și anterior); scheme de referință (consultarea unor date; cazuri specifice: hemodializa).

Mijloacele principale cele mai eficace de a obține informațiile dorite sunt, fără îndoială, următoarele: observarea pacientului; interviul pacientului; consultarea surselor secundare (mai sus enumerate).

Observarea

Observarea rămâne elementul primordial, de bază, pe care îl folosește asistenta pe parcursul activității și presupune: o capacitate intelectuală deosebită de a sesiza, prin intermediul simțurilor, detaliile lumii exterioare (diferite detalii).

Observarea este un proces mental activ și se bazează pe subiectivitatea celui ce observă, ceea ce determină marea sa „fragilitate”.

Observația este filtrată prin mecanismele noastre senzoriale, de percepție și emotivitate.

Pe scurt, percepția este un proces selectiv care ne face să vedem ceea ce am învățat să vedem și ceea ce este de văzut. În atenția noastră, trebuie să se afle diminuarea subiectivității (prin efort intelectual).

Implicarea simțurilor

În cursul muncii sale pentru pacient, asistenta se folosește de organele de simț, de vedere, auz, atingere și miros.

Vederea ne aduce o multitudine de informații despre caracteristicile fizice ale unei persoane (fizionomia, privirea, comportamentul etc.) și ne informează, de asemenea, asupra anumitor semne și simptome care traduc o nevoie insatisfăcută, o problemă de sănătate: față tristă sau denotând suferință; agitație sau descurajare; erupții ale pielii, ictere etc.

Prin *simțul auzului*, ne parvin cuvintele. În acest sens, sunt importante: intonația vocii; gemetele, văicărelile, plângerile; zgomotele emise de pacient, bătăile cardiace, gazele.

Atingerea joacă rol important la examenul fizic sau la palparea anumitor părți ale corpului, permițând cunoașterea detaliilor (indurație, grosimea unei mase, căldura membrelor etc.).

Mirosul permite: decelarea unui miros relevant pentru gradul de curățenie al pacientului; identificarea unor procese patologice – infecția unei plăgi care degajă un miros urât; halena – de exemplu, la un diabetic (în acidoză).

Utilizarea observației

Pentru a fi eficace, observația trebuie făcută cu multă atenție, fiind necesar ca asistenta să-și dezvolte spiritul de observație și, pe cât posibil,

să facă abstracție de propriile preocupări și să se concentreze asupra pacientului și asupra a tot ceea ce-l înconjoară.

Cadrul conceptual al nevoilor fundamentale constituie o grilă de observație sistemică și practică. Această grilă cu cele 14 nevoi ale pacientului din punct de vedere bio-psiho-social, cultural, spiritual permite observarea pacientului ca un tot, construind o viziune holistică asupra persoanei. De asemenea, aceasta presupune depistarea surselor de dificultate care sunt cauza dependenței pacientului.

Elemente de evitat

Asistenta trebuie să se ferească de: subiectivism, judecăți preconcepute, rutină și superficialitate, lipsa de concentrație și continuitate.

Precizare: În observarea pacientului de către asistentă, pentru culegerea datelor, se recurge și la instrumente de măsură termometrice, aparate de monitorizare etc. Acestea ar fi informațiile culese după modelul medical, dar este foarte important ca datele să fie după modelul nou, al procesului de îngrijire care permite o viziune globală a pacientului din punct de vedere bio-psiho-social în acordarea de îngrijiri individualizate. Dacă folosim modelul medical, vom avea numai informații medicale.

Interviul

Generalități: Interviul (întrevederea, dialogul, discuția cu pacientul) este o formă specială de interacțiune verbală care se desfășoară în intimitate, între asistentă și diverse persoane care recurg la îngrijiri de sănătate.

Acesta permite depistarea nevoilor nesatisfăcute ale persoanei, precum și diverse manifestări de dependență pe care le determină.

Interviul este, prin excelență, un instrument de personalizare a îngrijirilor (instrument de cunoaștere a personalității).

Condițiile pentru interviu

Trebuie să se țină cont de anumiți factori importanți: alegerea momentului oportun pentru pacient; respectarea orei de masă, a momentelor de oboseală și de repaus, a perioadelor când pacientul se simte foarte suferind.

Asistenta trebuie să-și organizeze astfel munca, încât să prevadă un timp suficient de lung pentru a-i permite pacientului să se exprime în ritmul său.

Asistenta trebuie, de asemenea, să creeze toate condițiile, ținând cont de intimitatea la care pacientul are dreptul și de confortul acestuia.

Interviul se bazează pe abilitatea asistentei de a stabili o comunicare eficientă și clară.

De asemenea, interviul presupune capacitatea asistentei de a manifesta un comportament care să reflecte: o atitudine de acceptare, capacitate de ascultare, o atitudine de respect, capacitate de empatie.

Asistenta demonstrează acest comportament prin: menținerea unui contact vizual – expresie (mimică) senină, surâzătoare a feței (după caz), printr-o poziție comodă și un limbaj care îi dovedesc pacientului dorința sa de a-l asculta și de a-i ușura urmărirea interviului.

Abilități ale asistentei de a facilita interviul

Este foarte importantă abilitatea de a pune întrebări adecvate. Întrebările pot fi închise sau deschise.

Întrebările închise aduc un răspuns limitat prin „da” sau „nu”.
Exemplu de întrebare închisă: „Ați dormit bine?” (răspuns monosilabic).

Întrebările deschise îi permit pacientului să se exprime. *Exemplu de întrebări deschise:* „Vorbiți-mi despre problema care v-a adus la spital.” sau: „Puteți să-mi descrieți obișnuința dumneavoastră în legătură cu somnul?”. Întrebările deschise pot fi de diverse tipuri: de tip narativ (de exemplu: „Povestiți-mi ce probleme vă mai creează boala.”, „Povestiți-mi ceea ce s-a petrecut.” – desfășurarea unui eveniment); de tip descriptiv (de exemplu: „Descrieți-mi felul dumneavoastră de a proceda.”); de tip de calificare (de exemplu: „De ce nu mâncați niciodată carne?”).

Un rol deosebit de important îl joacă și următoarele abilități:

➤ abilitatea de a confirma (valida) percepțiile sale în legătură cu pacientul, în așa fel încât să elimine subiectivismul observației sale (de exemplu: „Mi-ați spus că sunt două zile de când vomati.”). Cereți-i să vă repete ceea ce credeți că nu ați înțeles.

➤ abilitatea de a readuce pacientul la răspunsurile necesare atunci când face digresiuni (de exemplu: „Văd că vă preocupă mult digestia dumneavoastră, dar n-ați putea să-mi dați amănunte și despre somnul dumneavoastră?”).

➤ abilitatea de a face o sinteză (de exemplu, pe scurt: „Ceea ce mi-ați povestit demonstrează că nu puteți niciodată să vă destindeți din cauza nervozității dumneavoastră.”).

➤ abilitatea (capacitatea) de a aplica o ascultare activă: prin repetarea ultimei părți din frază pacientului; prin extragerea și reformularea conținutului emotiv din enunțul pacientului și răspunzându-i în așa fel încât să-i demonștrați că înțelegi ceea ce el simte (trăiește);

Aceste accesibilități sunt necesare pentru a nu-l face pe pacient să se închidă în el, să nu mai răspundă. Asistenta trebuie să știe cum să pună întrebări suplimentare sau să treacă sub tăcere unele chestiuni care pun pacientul în situații neplăcute.

Scop

Începerea relației asistentă – pacient, este favorizată de: schimbul de informații, idei și emoții; obținerea de informații asupra celor cinci „dimensiuni” ale pacientului: fizică, afectivă, intelectuală, spirituală, socială; observarea pacientului: interacțiunile dintre pacient și familia sa, modul în care acesta evoluează în mediul spitalicesc; furnizarea de date pacientului, care-l vor determina să pună întrebări și să participe la stabilirea obiectivelor și efectuarea îngrijirilor.

Tipuri de interviu

➤ *Structurat* – pentru obținerea datelor de bază ale fiecărui pacient, de exemplu: „Cum vă numiți?”, „Cu ce vă ocupați?”

➤ *Semistrukturat* – condus cu obiective și puncte de reper dinainte precizate, de exemplu: „Relatați-mi despre suferințele dumneavoastră legate de constipație”.

Etapele interviului

a) Începerea interviului

Asistenta se prezintă declinându-și numele, funcția și explicând scopul interviului.

Exemplu: „Bună ziua... Mă numesc... și sunt asistentă. Aș dori să discutăm zece minute în legătură cu starea dumneavoastră de sănătate și să-mi răspundeți la câteva întrebări care-mi vor permite să planific îngrijirile. Sunteți de acord?”

Pacientul va fi asigurat, cu această ocazie, de confidențialitatea interviului.

b) Desfășurarea interviului

Asistenta pune întrebări deschise sau închise, ale căror răspunsuri vor forma „profilul” pacientului.

Pe parcursul interviului, asistenta și pacientul devin, rând pe rând, emițător și receptor.

Exemplu:

Pacientul: „Pentru ce este sursa de oxigen pe peretele de deasupra patului meu? Asta înseamnă că sunt grav bolnav?”

Asistenta: „Nu, nu înseamnă asta. Toate saloanele din această secție sunt prevăzute cu surse de oxigen. Spitalul are un sistem central de distribuire a oxigenului și, dacă un pacient are nevoie, putem să i-l administrăm rapid. Acesta este motivul pentru care ați fost neliniștit?”

Pacientul: „Nu, eram doar curios”.

Asistenta: „În această situație, aveți alte probleme care vă neliniștesc?”

Pacientul: „Da”.

Este de preferat să se semnaleze apropierea sfârșitului interviului.

Exemplu: „Am să vă mai pun două întrebări.” sau „Vom termina în două minute”.

c) Concluzia interviului

La sfârșit, asistenta va trage concluziile asupra interviului.

Exemplu: „Vă mulțumesc că mi-ați răspuns la aceste întrebări.”; „Am înțeles care vă sunt problemele.”; „Răspunsurile date de dumneavoastră mă vor ajuta să vă planific îngrijirile.”

Profilul pacientului este constituit din informațiile culese prin intermediul interviului și cuprinde ca elemente de bază următoarele:

Informații generale

Nume, prenume

Sex

Stare civilă

Ocupație

Religie

Surse de susținere

Antecedente medicale

Bolile copilăriei, vaccinări
Traumatisme
Spitalizări (experiența pacientului cu ocazia spitalizărilor anterioare)
Intervenții chirurgicale
Alergii medicamentoase
Utilizarea tratamentelor empirice
Antecedente familiale
Boli cronice, afecțiuni mentale ale membrilor de familie
Mod de viață, obișnuințe
Utilizarea de alcool, tutun, droguri
Obiceiuri de muncă, somn, alimentație
Practicarea exercițiilor fizice
Probleme de sănătate actuală
Apariția simptomelor
Natura acestora
Caracteristici (localizare, durată, intensitate etc.)
Factori declanșatori (frig, umezeală, efort etc.)
Măsuri luate pentru a le ușura și efectul acestora
Cunoștințe despre sănătate
Mediul ambiental:
- Factori de risc (poluanți, zgomote, trepidații)
- Securitatea fizică (respectarea măsurilor de protecția muncii)
Profilul psiho-social și cultural
Limbă vorbită, etnie
Capacități cognitive
Emoții, sentimente, stări sufletești care pot influența satisfacerea nevoilor
Probleme generate în raport cu familia, anturajul

Notă: În culegerea datelor, pe lângă profilul pacientului, va fi inclus și examenul sistemelor și aparatelor:

Examenul fizic
Investigații radiologice și endoscopice
Explorări funcționale
Examene de laborator

FIȘA DE INTERVIU

STAGIU PRACTIC: _____ SPECIALITATEA: _____
 ELEV: _____ ȘCOALA: _____
 ANUL: _____ DATA: _____

DATE GENERALE DESPRE PACIENT

INIȚIALELE PACIENTULUI: _____
 Vârsta: _____ Sexul: _____
 Starea civilă: _____ Nr. copii: _____
 Religia: _____ Profesia: _____
 Statutul social: _____ Ocupația: _____
 Locul de muncă: _____
 DOMICILIUL: Localitatea: _____ Casa: _____ Camere: _____

OBIȘNUINȚE DE VIAȚĂ

ALCOOL: da/nu/ocazional TUTUN: da/nu/ocazional
 DROG: da/nu/denumirea: _____ mod de administrare: _____
 CAFEA: da/nu/ocazional
 Dieta: _____ greutate: _____/kg; înălțime: _____; TA: _____
 Puls/min.: _____; Semne particulare _____
 Alergii cunoscute: _____ reacția: _____

STAREA DE DEPENDENȚĂ

Autonom/semiindependent/dependent
 Proteze: dentară/oculară/auditivă/de membru/valvulară;
 Stimulator cardiac/din anul: _____
 Lentile de contact/ochelari - dioptrii: _____
 Afecțiuni care limitează activitatea: cardiace/respiratorii/locomotorii/
 senzoriale/alte: _____

ALTE PROBLEME DE SĂNĂTATE

Spitalizări anterioare pentru: _____ la data: _____
 Operații/intervenții: _____ la data: _____
 Tratamente prescrise: _____ urmate: da/nu.
 Impresii din spitalizarea anterioară: _____

PREZENTARE DE CAZ (CULEGEREA DE DATE):

Data apariției: _____

Motivele internării: _____

Probleme de sănătate (dependență - P -): _____

Sursele de dificultate (etiologia - E -): _____

Manifestări de dependență (semne și simptome - S -): _____

Alte date (investigații paraclinice etc.): _____

2. ANALIZA ȘI INTERPRETAREA DATELOR

(A DOUA ETAPĂ A PROCESULUI DE ÎNGRIJIRE)

Pentru ca datele culese să poată orienta asistenta spre intervenții individualizate, este important ca ele să fie analizate și interpretate. Aceasta presupune identificarea nevoilor specifice ale pacientului, nu numai a celor care caracterizează orice ființă umană. De exemplu, nevoia de a fi curat este comună tuturor, în timp ce nevoia de a face zilnic duș este personală, particulară pentru o anumită persoană. O altă persoană, pentru a fi independentă, are nevoie să-și poată spăla zilnic părul. Există, de asemenea, nevoi personale în ceea ce privește dinții, bărbieritul, unghiile etc. Identificarea nevoilor particulare se face, pe cât posibil, cu participarea pacientului. Datele culese pentru cele 14 nevoi vor indica una sau mai multe nevoi particulare. Acestea pot să conducă acțiunile asistentei la intervenții individualizate.

Analiza

Analiza datelor se face prin: examinarea datelor; clasificarea datelor: date de independență – acelea care permit satisfacerea autonomă a nevoilor; date de dependență; stabilirea problemelor de îngrijire; recunoașterea legăturilor și a priorităților (problemelor).

Analiza presupune, de asemenea, regruparea datelor pentru fiecare din cele 14 nevoi.

Regruparea permite identificarea resurselor individuale.

Interpretarea

Interpretarea datelor înseamnă a da un sens, a explica originea sau cauza problemei de dependență, adică a defini sursele de dificultate.

De reținut: Analiza și interpretarea datelor vor conduce asistenta la stabilirea diagnosticului de îngrijire.

Notă: Organizarea datelor se poate face și după diferite alte metode (Maslow, Gordon, pe sisteme: sistem respirator, sistem cardiovascular etc.).

Analiza și interpretarea datelor, în nursing, este o sarcină complexă.

Dificultatea provine din: numărul mare de date culese (relativ la cele 14 nevoi); varietatea surselor de informații (pacient, familie, dosar,

echipă de îngrijire etc.); caracterul schimbător al unui mare număr de date; subiectivitatea persoanei care culege datele; caracterul adesea urgent și grav al situației.

Rolul asistentei este să determine prin datele culese ce nevoie este nesatisfăcută și unde se află sursa de dificultate (care reprezintă obstacolul în satisfacerea nevoii).

Diversele cunoștințe ale asistentei în nursing și în științele conexe (anatomie, fiziologie, fiziopatologie, psihologie, sociologie etc.) îi vor fi sprijin în procesul de analiză și interpretare a datelor.

Departajarea între manifestările de independență și manifestările de dependență

Exemplu:

1. Comportamente ale pacientului care-i favorizează satisfacerea nevoilor: își ia masa regulat și cu poftă; alimentație variată care respectă normele; nicio alergii alimentare; hidratare în jur de 2000 ml/zi.

2. Comportamente ale pacientului care nu-i favorizează satisfacerea nevoilor: lipsa poftei de mâncare; greutate la stomac atunci când mănâncă; dificultate în a dormi persistentă de două zile; spune că nu simte gustul alimentelor pentru că este prea nervos și se gândește cum va fi la întoarcerea lui acasă.

Din manifestările de la punctul întâi, se poate vedea că această persoană evoluează, în general, bine, dar starea sa actuală arată (punctul doi) un oarecare dezechilibru, din cauza unei neliniști legate de reîntoarcerea acasă. Această persoană are nevoie de suportul asistentei și de informații privind convalescența la domiciliu. Această neliniște și lipsa de informații pot constitui o problemă de dependență.

Exercițiu:

M. P. este un pacient de 76 de ani, spitalizat de mai multe săptămâni, ca urmare a unui accident vascular cerebral (AVC), cu imobilizare aproape completă a părții drepte. Pacientul prezintă, de asemenea, dificultate în articularea cuvintelor. Respirația sa este superficială: ritm 24/min. Apetitul său este bun, dar are nevoie de ajutor pentru a-și tăia alimentele și a-și susține mâna dreaptă (este dreptaci). Se hidratează bine, poate să țină în mână un pahar, poate să ceară bazinetul, dar nu poate

să-și mențină scaunul prea mult (incontinență de fecale și pierderi de urină, scaune moi). Prezintă, de asemenea, roșeață la nivelul sacrului (29 cm diametru). De câteva zile, poate să se întoarcă în pat ajutându-se de marginea patului. Stă zilnic în fotoliu timp de o oră, se simte, în general, anxios, în momentul ridicării fiindu-i frică să nu cadă. Cu toate aceste limite, comunică bine, îi place să-l atingi, să-l mângâi, dar se și plictisește, n-are decât un televizor și se simte foarte singur.

Faceți partaj între datele care-i favorizează și cele care nu-i favorizează satisfacerea nevoilor, diferențiind, prin urmare, între manifestările de independență și cele de dependență. Pentru a ușura exercițiul, vă enumerăm manifestările de dependență: respirație superficială (ritm 24/min.); partea dreaptă imobilizată; are nevoie de ajutor pentru a-și tăia alimentele și pentru a-și susține mâna; nu poate să-și rețină scaunul mult timp; incontinență de fecale și urină; roșeață la nivelul sacrului; anxietate în momentul în care se ridică; îi este frică să nu cadă; dificultate în a articula cuvintele, plictiseală, sentimentul de solitudine.

Diagnosticul de îngrijire (nursing)

Pornind de la informațiile culese și de la departajarea manifestărilor de dependență, asistenta poate să definească problemele pacientului și să stabilească un diagnostic de îngrijire.

Formularea sintetică a informațiilor într-un diagnostic de îngrijire înlesnește munca asistentei, clarificându-se astfel sensul intervenției sale.

Definirea diagnosticilor de îngrijire nu constituie un element nou, bazele disciplinei fiind fixate de Florence Nightingale, în anii 1854 - 1855, după care au urmat din ce în ce mai multe descrieri despre problemele de îngrijire și despre necesitatea unui cadru conceptual pentru profesia de asistentă.

În ultimele două decenii (pe plan mondial), îngrijirile acordate de asistente au evoluat considerabil în materie de responsabilitate.

Învățământul tinde să formeze nu numai asistente executante, ci, de preferință, asistente care să răspundă în mod autonom de problemele unui individ.

Pe scurt, când rolul asistentelor a început să evolueze, acestea s-au reunit pentru a forma grupul de studiu pentru clasificarea diagnosticilor de îngrijire (S.U.A., 1973).

Grupul de studiu Asociația Nurselor Americane (A.N.A.), a fost format din asistente practiciene, asistente din învățământ, teoreticiene, conducătoare. Acest grup elaborează o listă de diagnostice care au fost studiate și testate în practică. Apoi, acest grup se transformă în „North American Nursing Diagnosis Associations” (N.A.N.D.A.), Asociația Nord-Americană de Diagnostic de Îngrijire (în franceză, A.N.A.D.I. – Asociația Nord-Americană de Diagnostic Infirmer).

În cadrul acestui grup, care se reunește periodic, se completează lista de diagnostice, se dezbate probleme de educație continuă, de folosire a unui vocabular mai uniform și mai comod în formularea diagnosticului.

Reproducem, în cele ce urmează, diferite definiții ale diagnosticului de îngrijire:

1) „Diagnosticul de îngrijire este o formă simplă și precisă care descrie răspunsul (reacția) persoanei (sau grupului) la o problemă de sănătate. Acesta constituie o judecată practică bazată pe colectarea și analiza datelor și servește drept pivot pentru planificarea îngrijirilor. Diagnosticul de îngrijire relevă rolul autonom al asistentei.” (*Planification des soins infirmiers*, autori: Louise Grondin, Rita I. Lussier, Margot Phaneuf, Lise Riopelle)

2) „Diagnosticul de îngrijire este un enunț concis, actual sau potențial, al manifestărilor de dependență a persoanei, regrupate sau nu, și legate de o sursă de dificultate.” (*Répertoire des Diagnostics Infirmiers*, autori: Lise Riopelle, Louise Grondin, Margot Phaneuf).

3) „Diagnosticul de îngrijire vizează o problemă de sănătate reală sau potențială pentru care nursele, prin baza pregătirii și experienței lor, sunt capabile (calificate) să acorde îngrijire.” (Gordon, *Le diagnostic infirmier. Témoin du rôle propre de l'infirmier*, AMIEC Cahier nr. 12, p. 41).

4) „Un diagnostic de îngrijire este enunțul care descrie răspunsul uman (stare de sănătate sau alterare actuală/potențială a unui mod de interacțiune) al unui individ sau al unui grup, pe care asistentele pot să îl identifice legal și pentru care pot prescrie intervenții definitive în vederea menținerii sănătății sau reducerii, eliminării, prevenirii deteriorărilor (înrautățirii)”. (L. J. Carpenito, *Le diagnostic infirmier. Témoin du rôle propre de l'infirmier*, AMIEC Cahier nr. 12, p. 42).

5) În 1990, este adoptată oficial definiția diagnosticului de îngrijire (de nursing) de către Adunarea Generală a ANADI: „Enunțul unei judecăți clinice asupra reacțiilor la problemele de sănătate prezente sau po-

...iale, la evenimentele de viață ale unei persoane, ale unei familii sau unei colectivități". (*Le diagnostic infirmier. Témoin du rôle propre de l'infirmier*, AMIEC Cahier nr. 12, p. 14).

Diagnosticile de îngrijire servesc ca bază pentru a alege intervențiile de îngrijire care vizează atingerea rezultatelor pentru care asistenta este responsabilă.

Componentele diagnosticului de îngrijire (de nursing)

Diagnosticul de îngrijire este format din două sau trei părți principale: problema de dependență a persoanei; cauza problemei de dependență; semne și simptome.

1. Prima parte a diagnosticului

Prima parte a diagnosticului constă în enunțul problemei, problema care exprimă o dificultate trăită de persoană, un comportament sau o atitudine nefavorabilă sănătății sau satisfacerii nevoilor sale. Reamintim că problema de dependență o putem defini ca o schimbare defavorabilă de ordin bio-psiho-social, cultural sau spiritual în satisfacerea unei nevoi fundamentale care se manifestă prin semne observabile.

Precizare: Problemele de dependență se definesc în urma analizei și interpretării datelor (a manifestărilor de dependență).

Termenii care indică o schimbare în starea de sănătate, frecvent folosiți în formularea problemei, sunt: alterare, deteriorare, deficit, incapacitate, diminuare, dificultate, perturbare.

După culegerea datelor, asistenta poate să tragă o concluzie, explicând clar situația și definind problemele.

De exemplu: alterarea stării de conștiință; atingerea integrității pielii; alterarea integrității fizice; alterarea mobilității fizice; alterarea eliminării intestinale: constipație.

2. A doua parte a diagnosticului

A doua parte a diagnosticului este constituită din enunțul cauzei (etiologia) problemei, adică a sursei de dificultate. Reamintim că sursa de dificultate poate fi definită ca o piedică (obstacol major) în satisfacerea uneia sau mai multor nevoi fundamentale.

Cauza poate fi legată de factorii de ordin fizic, psihologic, social și spiritual sau de o insuficientă cunoaștere.

Diagnosticul de îngrijire (format din trei părți) utilizează formula P.E.S.: probleme de sănătate; etiologie; semne și simptome.

P E S

Probleme de dependență	Etiologia sau cauza	Semnele prin care se manifestă
------------------------	---------------------	--------------------------------

Exemplu:

P = alterarea eliminării intestinale: constipația;

E = din cauza imobilității;

S = manifestată prin scaune rare, dure; senzații de presiune la nivelul rectului, dureri abdominale.

Există *trei tipuri de diagnostic de îngrijire*:

- **diagnostic actual** – când manifestările de dependență sunt prezente, observabile;

- **diagnostic potențial** – când o problemă poate surveni, dacă nu se previne;

- **diagnostic posibil** – este acela care descrie o problemă a cărei prezență nu este sigură. În loc să se riște descrierea unui diagnostic eronat, este preferabil să se prezinte ca ceva posibil, atrăgând în felul acesta atenția personalului de îngrijire care urmează apoi să infirme sau să confirme diagnosticul.

Sinteza celor trei tipuri de diagnostic de îngrijire

ACTUAL

Problema este prezentă, semnele și simptomele sunt validate, iar cauza, identificabilă.

Exemplu: „Alimentație inadecvată prin deficit din cauza stării depresive”.

POTENȚIAL

Problema are mari șanse să survină, fiind prezenți factorii de risc.

Exemplu: „Atingerea potențială a integrității pielii, din cauza imobilității”.

POSIBIL

Problema poate fi prezentă (prezența problemei nu este certă), dar sunt indicii care lasă să se întrevadă. Colectarea de date va trebui să infirme sau să confirme.

Exemplu: „Perturbarea posibilă a stimei de sine din cauza unei dificultăți în asumarea rolului de tată sau disfuncții sexuale”.

Deoarece diagnosticul de îngrijire trebuie să se orienteze spre acțiunile autonome, este esențial să se identifice o cauză sau etiologia asupra căreia asistenta poate să acționeze.

Orientarea diagnosticelor spre intervenții autonome și/sau intervenții de colaborare

Formularea diagnosticului de îngrijire se face, așadar, pornind de la informațiile culese, continuând cu analiza și interpretarea lor de către asistentă și exprimă problema persoanei, cauza acestei probleme și semnele prin care se manifestă și care reies din datele culese (după cum rezultă din exemplele anterioare). În acest sens, redăm mai jos și alte exemple:

Exemplul 1

Date culese:

- amputație de gambă stângă;
- refuză să-și privească bontul;
- își ascunde bontul sub cuvertură;
- exprimă sentimente negative față de această operație;
- vorbește puțin.

Diagnostic de îngrijire:

- alterarea imaginii corporale din cauza...
- amputația gambei, manifestată prin...

Exemplul 2

Date culese:

- stă toată ziua la televizor, nu-l interesează alte lucruri;
- se apropie puțin de alte persoane, spune că se simte singur și se plictisește, primește puțin vizitatori.

Diagnostic de îngrijire:

- sedentarism din cauza lipsei de motivație de a face alte activități sau exerciții;
- sentiment de inutilitate din cauza lipsei de activitate sau
- sentiment de singurătate din cauza izolării sociale.

Exemplul 3

După culegerea datelor și separarea manifestărilor de dependență ale pacientului M.P., putem formula următoarele diagnostice:

Diagnostice:

1. problemă respiratorie potențială din cauza imobilității, manifestată prin...;
2. dificultate în a se alimenta din cauza imobilității părții drepte, manifestată prin...;
3. modificarea eliminării intestinale și urinare (incontinență) din cauza pierderii controlului sfincterian, manifestată prin...;
4. lezarea integrității pielii din cauza presiunii asupra sacrului, manifestată prin...;
5. anxietate (de exemplu, frica de a cădea);
6. alterarea comunicării din cauza accidentului vascular cerebral (AVC), manifestată prin dificultate în articularea cuvintelor.

Diagnosticele astfel formulate orientează munca asistentei spre intervenții cu obiectivul bine precizat.

Problema conexă (de colaborare)

Trebuie să ținem cont, în același timp, de funcțiile de colaborare ale asistentei cu medicul. Trebuie precizat, de asemenea, faptul că nu toate problemele identificate de asistentă pot să constituie diagnosticul de îngrijire cu rol propriu (independent). Astfel, după L. J. Carpenito, toate problemele identificate de către asistentă se pot defini în două tipuri de probleme, utilizând doi termeni, și anume: diagnosticul de îngrijire (probleme cu rol propriu de îngrijire) și problemele conexe (cu rol de colaborare sau cu rol interdependent de îngrijire). Problemele conexe pe care le identifică asistenta sunt probleme reale sau potențiale de sănătate (complicații) care rezultă sau pot rezulta din situații patologice sau iatrogene.

Problema conexă este definită astfel: problemă reală sau potențială de sănătate (complicație) corespunzând unui răspuns fiziopatologic al organismului (unui traumatism, unei boli) pe care asistentele au întreaga responsabilitate să îl recunoască, să îl semnaleze și să îl trateze în colaborare cu medicul. Se impune, prin urmare, ca asistentele să identifice și problemele de îngrijire care țin cont de funcțiile de colaborare (diagnostic de îngrijire colaborativ).

De exemplu, în cazul unui „diabetic” (când pot apărea: hipotensiune, stare de leșin, tremurături, roșeață a feței, iritabilitate sau somnolență, vomă) sau în cazul „iminenței de infarct miocardic” (cu dureri retrosternale, aritmii, tahicardie etc.), cazuri în care intervențiile asistentei sunt de colaborare, dar permit, în același timp, și intervenții autonome vizând confortul bolnavului, diminuarea anxietății etc.

Exemple de diagnostic de îngrijire colaborativ (reunind problema și cauza): intoleranță (imposibilitatea, nu suportă) la activități fizice din cauza condiției sale cardiace; modificarea stării de confort din cauza durerii retrosternale; anxietatea legată de frica de moarte.

Precizare: În formularea diagnosticului de îngrijire, cauzele (sursele de dificultate) care constituie a doua componentă a diagnosticului, se leagă de prima componentă – de problemă – prin următoarele cuvinte: „legat de”, „din cauză”, așa cum ați observat în exemplele de mai sus.

În cazul imposibilității cunoașterii sau a neclarității sursei de informare, asistenta va descrie doar problema pacientului (sau specifică: sursa posibilă!).

Se poate întâmpla, așadar, ca uneori, problema de dependență să fie privită ca o sursă de dificultate sau invers.

Exemplu: „Durerea” poate fi o problemă de dependență, dar și sursă de dificultate (exemplu: în mișcare), tot așa, și frica, stresul, doliul etc. care pot fi, de asemenea, tratate ca probleme de dependență și ca surse de dificultate.

EXERCITII

Cazul nr. 1

M. S., 63 ani, este văduv de o lună; în prezent, refuză să se alimenteze, plânge frecvent, se izolează. Fiica sa declară că el se trezește foarte devreme și umblă fără rost, în lungul și în latul camerei. Fața sa este tristă și împietrită. Fiind de puțin timp pensionar, este lipsit de ocupație. Diagnosticalele de îngrijire pot fi formulate reunind problema și cauza sa.

PROBLEMA DE DEPENDENȚĂ/SURSA DE DIFICULTATE

Stare depresivă: doliul neacceptat încă.

Sentiment de izolare: pensionar, fără ocupație.

SEMNE

Manifestate prin... (vezi textul).

Cazul nr. 2

M. I., pacientă de 40 ani, se plânge că nu are scaun decât la cinci sau șase zile. Fecalele sunt de consistență dură și dificil de eliminat. Este o femeie puțin activă, căreia îi place să mănânce bine. Meniul său se compune întotdeauna din carne, cartofi, paste făinoase și produse de patiserie.

PROBLEMA DE DEPENDENȚĂ/SURSA DE DIFICULTATE

Constipație generată de:

- *dieta săracă în fibre;*
- *lipsa de mișcare;*
- *lipsa de cunoștințe.*

SEMNE manifestate prin... (vezi textul).

Cazul nr. 3

I. D., 38 ani, operat de puțin timp, este purtătorul unei colostomii (anus artificial). Este adesea trist și pierdut în gânduri. Refuză ca soția să-l asiste la îngrijirile sale speciale și nu se întoarce spre ea imediat după ce și-a efectuat îngrijirile.

PROBLEMA DE DEPENDENȚĂ/SURSA DE DIFICULTATE

Problema de cuplu: modificarea schemei corporale.

Sentiment de rușine față de noua imagine corporală.

Perturbarea imaginii de sine: din cauza schemei corporale.

SEMNE manifestate prin... (vezi textul).

Atenție:

- Trebuie să știm să facem diferența între manifestările de dependență și problemele de dependență;
- Nu este obligatoriu să utilizăm toate (sau numai) diagnosticele din lista NANDA (Asociația Nord-Americană pentru Diagnosticul de Nursing) sau alte clasificări adoptate.

Putem să formulăm propriul nostru diagnostic de îngrijire sau, mai bine zis, putem să formulăm problema identificată de noi la o persoană, prin propriii noștri termeni. Importantă este identificarea corectă a problemei pe care o prezintă persoana și formularea care să ne conducă (orienteze) spre intervențiile ce le putem face (spre aplicarea practică a îngrijirilor).

Exerciții de testare a cunoștințelor

Alegeți o singură problemă pe care o considerați cea mai potrivită pentru emularea diagnosticului, având următoarele date:

1. Date culese	Probleme
<ul style="list-style-type: none"> - lipsa familiei sau a prietenilor - comunică puțin, este retras - se simte singur și înlăturat - arată ostilitate 	<ul style="list-style-type: none"> alterarea comunicării verbale izolarea socială anxietate alterarea procesului de gândire

R = 2

2. Date culese	Probleme
<p>Pacientul se exprimă în felul următor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „eu nu mai valoriz nimic acum” - „eu nu voi mai ajunge să...” - „altădată, eu puteam să fac față situațiilor celor mai dificile, pe când acum...” 	<ol style="list-style-type: none"> 1. modificarea imaginii corporale 2. perturbarea interrelațiilor sociale 3. perturbarea cronică a stimei de sine 4. perturbarea situațională, a stimei de sine

R = 4

Prezentare de cazuri

Doamna T. (68 ani) a fost pianistă concertistă; în prezent, locuiește cu fiica și ginerele său. A trebuit să se pensioneze devreme din cauza unei artrite reumatoide severe, îi place să asculte muzică și să citească, însă, în prezent, nu poate să asiste la concertul orchestrei simfonice, cu

toate că are abonament pentru sezon. Este obligată să stea acasă când are dureri articulare și resimte oboseala când își sporește activitățile. Mișcările mâinii sunt limitate, mai ales în flexie. Degetele sunt deformate și edemate; merge încet și cu rigiditate. Flica sa spune că trebuie să-și ajute mama pentru cea mai mare parte a activităților sale.

Alegeți cea mai bună formulare de diagnostic (problemă + etiologie) pentru sintetizarea datelor culese de la dna T.: deficit de îngrijire personală din cauza intoleranței la activități fizice; intoleranță la activități fizice legată de diminuarea tonusului muscular; diminuarea mobilității fizice din cauza durerilor articulare și a limitelor funcționale; perturbarea de rol legată de pensionarea forțată, de incapacitatea de a-și asuma rolul (pianistă); diminuarea mobilității fizice din cauza artritei.

R = 3

Doamna M. (83 ani) are o fractură de șold de acum cinci ani și, în prezent, se mișcă puțin în timpul zilei. Prezintă uneori incontinență urinară și se plânge de mici pierderi de urină. Se plânge că nu poate să adoarmă din nou după ce a fost la toaletă noaptea.

Este somnolentă dimineața și spune frecvent că este foarte obosită pentru a se trezi la micul dejun. În cursul zilei, este iritabilă și se plânge că asistenta n-o lasă să-și facă siesta.

Cum poate fi formulat diagnosticul de îngrijire? (problema + etiologia)

R = perturbarea obișnuințelor de somn din cauza necesității de a se scula pentru a urina și a diminuării mobilității.

Criterii care permit stabilirea unor priorități între problemele de dependență

Pentru a stabili o ordine a priorităților între diagnosticalele de îngrijire, trebuie avută în vedere, mai întâi, în ce măsură nevoia nesatisfăcută amenință (vatămă) homeostazia pacientului sau securitatea sa și gradul de dependență. Asistenta trebuie să se ocupe mai întâi:

1. de o nevoie a cărei nesatisfacere pune în pericol starea de homeostazie a pacientului;
2. de o nevoie a cărei nesatisfacere antrenează o foarte mare cheltuială de energie;

Procesul de îngrijire

3. de o insatisfacție care poate să compromită serios securitatea pacientului;
4. de o nevoie a cărei nesatisfacere determină un grad important de dependență;
5. de o nesatisfacere la nivelul unei nevoi care repercutează asupra mai multor nevoi;
6. de o nevoie a cărei nesatisfacere vatămă (deranjează) confortul pacientului;
7. de o nevoie a cărei nesatisfacere se repercutează asupra demnității pacientului (lipsa de respect, comunicare sau informație insuficientă);
8. de o nevoie care este importantă în ochii pacientului (exemplu: pacient paralizat, afazic, să comunice cu copiii).

Exercițiul nr. 1

Puneți cifrele 1, 2 sau 3 în paranteză, după prioritatea apreciată de dumneavoastră.

Operată în ajun pentru vezica biliară:

- A. ☐ modificarea respirației din cauza durerii;
- B. ☐ durere toracică dreaptă, din cauza intervenției;
- C. ☐ risc potențial de hemoragie din cauza unor probleme sanguine.

Exercițiul nr. 2

Doamna X este urmărită la domiciliu. Ea a avut o intervenție asupra colonului și este purtătoarea unei colostomii; iată diagnosticele elaborate:

- A. ☐ insuficientă cunoaștere în legătură cu îngrijirea colostomiei;
- B. ☐ o lejeră alterare a funcției digestive – posibilă anxietate;
- C. ☐ modificarea schemei corporale – rău (greu acceptabilă).

Stabiliți prioritățile.

Exercițiul nr. 3

Doamnei T. îi place să cânte la pian. Ea suferă de artrită și are probleme (vezi diagnostic).

- A. ☐ constipație din cauza alimentației sărace în fibre;
- B. ☐ depresie ușoară, probabil cauzată de o pensionare anticipată;
- C. ☐ alterarea mobilității degetelor din cauza artritei.

Stabiliți prioritățile.

Sinteza diferențelor între diagnosticul de îngrijire și diagnosticul medical

Diagnosticul de îngrijire

1. Ține cont de starea pacientului care trăiește o problemă de dependență și de reacția sa față de această stare.
2. Identifică un răspuns uman specific unui procent de boală particular, condiție sau situație.
3. Se schimbă în funcție de modificările răspunsurilor pacientului.
4. Nu există o terminologie anume desemnată și acceptată de comunitatea profesională de nursing pentru a descrie reacția umană.
5. Ține cont de sursele de dificultate sau de factorii care contribuie (care cauzează) problema de sănătate.

Exemplu: Aport caloric (excedent) întrecând nevoile organismului, legat de inactivitate sau lipsă de cunoștințe.

6. Servește ca ghid în determinarea tipurilor de intervenții de tip nursing care vor asigura ca îngrijirea acordată, furnizată de orice nursă, să promoveze reacții sănătoase și un trai de calitate.
7. Orientează asistenta spre intervenții autonome.

Diagnosticul medical

1. Ține cont de problema de sănătate în sine, descrie procesul (exemplu: artrită reumatoidă, AVC).
2. Identifică un proces anume de boală în legătură cu patologia unor organe și sisteme specifice.
3. De obicei, rămâne constant în decursul bolii (deși mai poate fi adăugat și un alt diagnostic).
4. O terminologie anumită a fost desemnată și acceptată de comunitatea profesională medicală pentru a descrie procesele specifice de boală.
5. Formularea să nu implice, în general, factorii etiologici (exemplu: obezitatea).
6. Servește ca ghid în determinarea cursului obișnuit al tratamentului medical pentru promovarea însănătoșirii.
7. Orientează practicianul spre tratament medical.

3. PLANIFICAREA ÎNGRIJIRILOR

(A TREIA ETAPĂ A PROCESULUI DE ÎNGRIJIRE)

După formularea diagnosticului de îngrijire, asistenta elaborează un plan de acțiune care să influențeze pozitiv starea fizică și mentală a persoanei și să reducă problemele de dependență.

- *Definiție:* Planificarea îngrijirilor înseamnă stabilirea unui plan de intervenție, prevederea etapelor, a mijloacelor de desfășurare, ca și a precauțiilor care trebuie luate.

- *De reținut:* Planul de intervenție ține cont și de prescripțiile medicale. Planul de intervenție cuprinde două componente: obiectivele de îngrijire și intervențiile.

Planul de intervenție îi permite asistentei să judece urgențele și importanța problemelor de dependență, putând astfel să decidă prioritățile pe care trebuie să le respecte în cursul unei zile de muncă.

Acest plan se întocmește ținând cont de toate sursele de informație și de participarea tuturor colaboratorilor din echipa de îngrijire, în vederea clarificării problemelor pe care le are persoana (pacientul) și pentru o orientare comună a acțiunilor ce urmează a fi întreprinse.

Un astfel de plan, care ușurează urmărirea îngrijirilor ce trebuie acordate de către toți membrii de echipă, din toate turele de lucru, constituie un instrument de comunicare, de unificare și de continuitate a îngrijirilor.

Important: Deoarece planul de îngrijire este stabilit pornind de la nevoile și capacitățile pacientului, acesta are dreptul să participe la deciziile privind intervențiile, are dreptul să-și spună opinia asupra îngrijirilor pe care le dorește. Obiectivul principal al îngrijirilor este de a aduce persoana la un grad optim de independență în satisfacerea nevoilor proprii.

Este, prin urmare, esențial, în măsura în care este posibil, să se colaboreze cu persoana îngrijită în pregătirea planului de intervenții și în elaborarea priorităților.

Asistenta trebuie să informeze persoana cu privire la acțiunile pe care le întreprinde și să-i solicite acordul.

De exemplu: Asistenta poate să-i spună unui pacient slăbit care stă de mult timp în pat: „Planul de îngrijire pe care l-am făcut pentru dumneavoastră impune să vă ridicați din pat. Astăzi, vă voi așeza în fotoliu, în

trei reprize. Pentru a evita problemele respiratorii și ca să nu vă încerce o stare de slăbiciune, ar fi bine să nu rămâneți în fotoliu mai mult de 30 de minute. Sunteți de acord să încercăm?"

Sau unui pacient cu incontinență, în urma îndepărtării unei sonde, care poate fi reeducat, i se poate spune: „Mi-ar plăcea să vă ajut în rezolvarea problemei dumneavoastră vezicale. Dacă vreți, eu vă duc la toaletă la fiecare două ore în cursul zilei, ca să puteți dumneavoastră, puțin câte puțin, să reluați mai bine controlul vezical. Dumneavoastră ce credeți în acest sens?"

Unui pacient afazic, în recuperare, i se poate spune: „Eu cred că dumneavoastră v-ar plăcea să încercați să vă exprimați, nu-i așa? Dacă mă ajutați, putem începe să lucrăm împreună la pronunția a două consoane. În timp ce vă fac toaleta (baia parțială) și de fiecare dată când voi veni să vă văd, vom căuta cuvinte care încep cu «p» și dumneavoastră veți încerca să le pronunțați cu mine. Găsiți că aceasta este o idee bună?"

În unele cazuri, planurile de intervenție se pot face în întregime cu colaborarea pacientului, dar nu întotdeauna este posibil acest lucru. Uneori, nu este de dorit să i se comunice pacientului toate obiectivele propuse, aceasta în cazul în care există riscul de a-i produce acestuia neliniște sau reacții negative.

1. „Planificarea îngrijirilor” se mai numește și „Plan de intervenții”.

Prioritatea 1: Nevoi fiziologice (respirație, circulație, nutriție, hidratare, eliminare, temperatură, confort fizic)

Prioritatea 2: Nevoi de securitate (pericole din mediul înconjurător, frică)

Prioritățile 3 - 4 - 5: Nevoia de a simți dragostea, de a nu fi izolat (pierderea unei ființe dragi, a stimei de sine, a realizării etc.)

Precizare: Problemele care trebuie trecute în planul de îngrijire se aleg cu discernământ, deoarece, teoretic, fiecare pacient ar putea avea 50 - 60 de diagnostice de îngrijire și atunci, folosirea planului ar fi aproape imposibilă.

A. Obiectivele de îngrijire, prima componentă a planificării îngrijirilor

Un obiectiv de îngrijire poate fi definit astfel:

- descrierea unui comportament pe care-l așteptăm de la pacient;
- un rezultat pe care dorim să-l obținem în urma intervențiilor.

Acest rezultat definește comportamentul scontat al pacientului, un comportament care se dorește să se observe în manifestările pacientului (reacții specifice prevăzute). Pacientul și familia trebuie incluși în acest proces de formulare a obiectivului.

Obiectivul de îngrijire vizează, așadar, atitudinea, comportamentul sau acțiunea pacientului însuși (sau a familiei, a grupului și colectivității).

Iată un exemplu de obiectiv care ar fi acceptabil în cazul unui pacient parțial paralizat: pacientul să se îmbrace fără ajutor în decurs de... (săptămâni) sau pacientul să-și mențină tot timpul gamba (piciorul) și brațul drept (dacă ele sunt afectate), într-o bună poziție anatomică; se precizează și obiectivul de îngrijire: asistenta va verifica la fiecare trei ore.

Caracteristicile unui obiectiv de îngrijire

Obiectivul de îngrijire trebuie astfel formulat, încât să reiasă clar și precis care sunt rezultatele pe care pacientul (familia, grupul, colectivul) și asistenta speră să le obțină, precum și care sunt acțiunile, intervențiile pe care asistenta și pacientul (familia, grupul, colectivul) le pot întreprinde pentru a-și atinge scopul fixat.

Pentru aceasta, asistenta trebuie să formuleze obiectivele pornind de la sistemul SPIRO (mijloc mnemotehnic pentru elaborarea obiectivelor de îngrijire).

Obiectivele astfel formulate trebuie să răspundă la următoarele cinci întrebări:

S = specificitate: Cine face acțiunea?

P = performanță: Ce face pacientul? Ce se poate face pentru pacient?

I = implicare: Cum se face acțiunea?

R = realism: În ce măsură se poate face acțiunea?

O = observabil: Când?

Prin urmare, obiectivul trebuie să aibă următoarele caracteristici (componente):

Specificitate: Să aparțină unui singur subiect (familie, grup etc.); exemplu: „Ca dna X...”.

Performanță: Acțiuni, atitudini, comportamente așteptate de la persoană, pornind de la un verb activ; exemplu: „Ca dna X să înțeleagă și să efectueze...”.

Notă: În situații grave de dependență marcată, implicarea asistentei în vederea satisfacerii nevoilor este aproape totală, având în vedere că pacientul nu poate totdeauna să se implice; în acest caz, obiectivul va avea un caracter mai pasiv, dar el are întotdeauna ca subiect pacientul. Exprimarea, în aceste cazuri, se va face cu verbe la diateza pasivă. Exemplu: „Dna X va fi supravegheată la fiecare oră privind...”.

Implicare: Nivelul de angajare a persoanei (trebuie să acționeze singur sau cu ajutor); exemplu: „Ca dna X să înțeleagă și să efectueze ea însăși...” sau „Ca dna X să meargă cu ajutorul (asistentei, cârjei)”.

Realism: Obiectivul trebuie să țină cont întotdeauna de capacitățile fizice, intelectuale, afective ale persoanei; pentru a fi aplicabil, el trebuie să fie realist și aceasta atât din punct de vedere al capacității persoanei, cât și din punct de vedere al abilității și disponibilității asistentei pentru a-l ajuta să atingă obiectivul; exemplu: „Ca dna X să efectueze ea însăși îngrijirile stomiei, respectând principiile învățate”.

Observabil: Comportamentele, acțiunile și atitudinile să poată fi „obiectiv” observabile, măsurabile, evaluabile cu precizie; exemplu: „Ca dna X să procedeze ea însăși la aplicarea dispozitivului de stomie de fiecare dată”.

Obiectivul este uneori formulat și în termeni de intervenții executate de asistentă. Exemplu: asigurarea confortului (pat comod etc.); prevenirea complicațiilor infecțioase (mobilizarea pacientului etc.); ameliorarea microclimatului etc.

Precizăm că este preferabil ca obiectivele să fie formulate în termeni de comportament așteptat de la pacient, mai curând decât în termeni de intervenții executate de asistentă (sau altă persoană).

De asemenea, trebuie să practice o formulare în termeni care să stabilească obiectivul ce poate fi realizat (mai ales studenții au tendința să exprime obiectivele ca posibil de realizat 100 %).

Obiectivele pot fi: pe termen scurt (O.T.S.) (ore, zile); pe termen mediu (O.T.M.) (o săptămână); pe termen lung (O.T.L.) (săptămâni, luni).

Exemple:

O.T.S. – Dna X va fi așezată în fotoliu în fiecare zi, timp de o oră, de trei ori pe zi (acesta este un obiectiv de intervenție a asistentei).

O.T.M. – Într-o săptămână, dna X să meargă fără ajutor până la baie.

O.T.L. – Dna X să-și mărească progresiv mobilitatea degetelor pentru a fi capabilă să tricoteze în termen de o lună.

Pentru fiecare problemă, pot fi formulate unul sau mai multe obiective.

Pentru a atinge un obiectiv îndepărtat, se fixează mai multe obiective scurte sau pe termen mediu.

Exemplu: Dna X va trebui să facă în fiecare zi, în trei reprize, exerciții de flexie a degetelor și pumnului (termen scurt). Într-o săptămână, ea trebuie să fie capabilă să preseze o minge, rând pe rând, în fiecare mână (termen mediu).

Aceste obiective cumulate vor duce, puțin câte puțin, la obiectivul pe termen lung: peste o lună, aceasta să poată să tricoteze.

În cazul unui pacient internat în spital, O.T.L. Global este considerat ca obiectiv de atins până la externarea pacientului și trebuie scos în evidență în planul de îngrijire, pentru ca toată echipa de îngrijire să știe spre ce rezultat tind eforturile comune.

Exemplu: Îngrijim două femei cu vârsta în jur de 70 de ani: una activă și una care nu-și părăsește patul (zace la pat), ambele operate de fractură de col femural.

Obiectivul, în primul caz, va fi ca la întoarcerea la domiciliu, la soțul ei, aceasta să fie capabilă să meargă cu ajutorul unui baston și să efectueze sarcini zilnice obișnuite.

Obiectivul, în al doilea caz, va fi ca pacientul să se înapoieze la casa de bătrâni cu fractura vindecată și fără complicații.

Un alt tip de obiective pe care asistenta trebuie uneori să le elaboreze sunt obiectivele permanente.

Exemplu: Dna X se va ridica întotdeauna cu ajutor.

De reținut: Este util, în anumite cazuri, să se menționeze, în formularea obiectivului, momentul în care se va face evaluarea sa. De exemplu: „a se evalua la fiecare oră” sau „a se evalua la trei zile” etc.

Exercițiu de elaborare a obiectivelor

Pornind de la următoarele diagnostice de îngrijire, elaborați obiectivele necesare: deshidratare ușoară, legat de o hidratare insuficientă; diminuarea amplitudinii respiratorii, din cauza imobilizării îndelungate (vârsta 74 ani); predispoziție la escare de decubit, din cauza faptului că pacientul este imobilizat de mai multe zile și se mișcă foarte puțin în pat.

Sugerăm următoarele răspunsuri:

R1 = Ca pacientul să bea 2000 ml lichide timp de 24 ore (la intervenții, se va preciza cum se va face repartizarea cantității de lichide).

R2 = Ca pacientul să-și amelioreze amplitudinea respirației: să facă exerciții respiratorii timp de cinci minute, de două ori pe zi.

R3 = Ca pacientul să se întoarcă și să-și schimbe poziția în pat, ajutându-se de marginea patului său auxiliar, la fiecare două ore.

B. Intervenția, a doua componentă a planificării îngrijirilor

Alegerea tipului intervenției îi permite asistentei să determine modul de acțiune pentru a corecta problema de dependență a pacientului.

Acțiunile asistentei (de exemplu: de suplinire sau de completare a ceea ce pacientul nu face singur) au ca scop conservarea sau atingerea unui grad optim de independență a pacientului.

Asistenta care întocmește planul de îngrijire trebuie să se gândească la intervenții care răspund cu adevărat nevoilor specifice ale pacientului.

Intervențiile trebuie să fie, prin urmare, novatoare, personalizate, observabile, măsurabile (evaluabile).

Pentru ca intervențiile să fie evaluabile, este necesar să se indice: la ce oră (2, 6 sau 10 h), în care moment al zilei (dimineața, după baie etc.); la ce interval (de trei ori pe zi, de patru ori pe zi etc.) sau ce continuitate, pe ce durată trebuie să se desfășoare acțiunea asistentei sau să se supra-vegheze continuu semnele (de exemplu: dispneea).

4. EXECUTAREA (APLICAREA) ÎNGRIJIRILOR

(A PATRA ETAPĂ A PROCESULUI DE ÎNGRIJIRE)

Aplicarea îngrijirilor constituie momentul realizării conștiente și voluntare a intervențiilor planificate pentru a obține rezultatul așteptat.

Aplicarea în practică a acțiunilor are ca scop să ajute pacientul să-și mențină sau să-și recapete independența sau un oarecare nivel de independență. În aplicarea în practică a intervențiilor, sunt antrenati: pacientul, asistenta, echipa de îngrijire, familia (aparținătorii). Implicarea acestora are ca scop reducerea sau eliminarea cauzei problemei.

Pacientul: execută acțiunile planificate pentru el, în funcție de resursele proprii (exemplu: exerciții, răspunde la diverși stimuli...).

Asistenta: supervizează aceste acțiuni, încurajează, informează, își manifestă empatia, ajută și efectuează toate îngrijirile necesare pacientului.

Echipa de îngrijire: asigură completarea și eficacitatea activității profesionale.

Familia: în anumite circumstanțe, este alături în acțiuni de îngrijire.

Observație: Cele două etape ale demersului de îngrijire: planificarea îngrijirilor (a III-a etapă) și executarea îngrijirilor (a IV-a etapă) sunt strâns legate între ele, astfel: în rubrica planificare, decidem intervențiile care trebuie să se execute în etapa următoare: „ridicarea pacientului de trei ori în cursul zilei”; în rubrica executarea intervențiilor: „ridic pacientul de trei ori în cursul zilei”. Această relație strânsă poate să fie sursă de confuzie între cele două etape pentru studenții de la școala postliceală sanitară, care ar trebui, atunci când concep planul de îngrijire, să repete aceleași elemente și în etapa a III-a, și în etapa a IV-a.

Pentru a se evita această confuzie, este posibil ca intervenția (atât în ceea ce privește planificarea, cât și aplicarea) să fie consemnată o singură dată în planul de îngrijire, într-o rubrică de „intervenții”.

Trebuie să precizăm că realizarea intervenției reiese din evaluarea stării pacientului înainte, în timpul și după intervenție. Este însă foarte important ca intervenția să fie formulată clar și precis; în consecință, va trebui indicat: cui se adresează acțiunea (persoană, familie etc.); orarul (înainte de masă, la două ore, de trei ori pe zi, la culcare sau data); natura acțiunii (cu un verb activ, observabilă, măsurabilă); semnătura asistentei care planifică, execută îngrijirile.

Exemplu: „Se determină pacientul să practice exerciții respiratorii (zece respirații abdominale profunde), câte cinci minute la două ore”.

Semnătura: Maria Pop

Exercițiu: pentru integrare în procesul de îngrijire.

(fără evaluare)

Domnul V. R., în vârstă de 68 de ani, este spitalizat de puțin timp pentru probleme cardiace care acum sunt în ordine. Câteva elemente reies din culegerea de date. Pacientul se alimentează destul de bine, dar se hidratează foarte puțin (o băutură la masa de prânz). Cu toate că i s-a recomandat să facă mișcare, el are dificultate în a se deplasa din cauza unei fracturi a gambei drepte, unde mai simte puțină durere. Are nevoie de ajutor pentru a se deplasa, însă se jenează să-i ceară ajutor asistentei. Nu sună decât foarte rar. Prezintă defecare regulată, la două zile, însă scaune dure și micțiuni puțin mai frecvente. El spune că se reține adesea de la a urina. Prezintă, de asemenea, incontinență ușoară ocazională. Se plânge uneori de durere în partea inferioară a abdomenului.

Notă: Se acordă prioritate nevoii de a se mișca, pentru că aceasta îi produce cea mai pronunțată dependență cu repercusiuni asupra altor nevoi. Pentru a ușura demersul, problema cardiacă se lasă deoparte.