

**Ministerul Sănătății al Republicii Moldova  
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie  
„Nicolae Testemițanu”  
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală**

**A. NACU, J. CHIHAI, G. GARAZ**

# ***Urgențe în Psihiatrie***

***Recomandări metodice***

Aprobate de Consiliul Metodic Central al USMF « *Nicolae Testemițanu* » din .....,  
procesul verbal nr.....

**Recenzenți :**

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

.

## **LISTA DEPRINDERILOR PRACTICE DISCIPLINA PSIHOLOGIE CLINICĂ, PSIHIATRIE, PEDOPSIHIATRIE**

1. Urgența psihiatrică în caz de comportament suicidal
2. Urgența psihiatrică în caz de stare deprimată a dispoziției
3. Urgența psihiatrică în caz de stare euforică a dispoziției
4. Urgența psihiatrică în caz de iritabilitate și furie
5. Urgența psihiatrică în caz de inhibiție psihomotorie
6. Urgența psihiatrică în caz de agitație psihomotorie
7. Urgența psihiatrică în caz de pacient catatonie
8. Urgența psihiatrică în caz de sindrom catatonie malign/neuroleptic malign
9. Urgența psihiatrică în caz de pacient psihotic condus de substanțe
10. Urgența psihiatrică în caz de pacient psihotic cu schizofrenie
11. Urgența psihiatrică în caz de pacient psihotic cu tulburări de dispoziție
12. Urgența psihiatrică în caz de pacient psihotic cu tulburări de anxietate
13. Urgența psihiatrică în caz de schizofrenie febrilă
14. Urgența psihiatrică în caz de atac de panică
15. Urgența psihiatrică în caz de tulburare de anxietate
16. Urgența psihiatrică în caz de traumă acută sau tulburare de stres posttraumatică
17. Urgența psihiatrică în caz de doliu (inclusiv patologic)
18. Urgența psihiatrică în calamități naturale
19. Asistența psihiatrică în caz de refuz sau exces de alimentație.
20. Urgența psihiatrică în caz de pacientul cognitiv afectat: delirium tremens
21. Urgența psihiatrică în caz de pacientul cognitiv afectat: demența
22. Urgența psihiatrică în caz de pacientul cognitiv afectat: tulburări amnestice
23. Urgența psihiatrică în caz de pacientul cognitiv afectat: stare crepusculară
24. Urgența psihiatrică în caz de pacientul cognitiv afectat: status epileptic
25. Urgența psihiatrică în caz de comportament suicidal la copii
26. Urgența psihiatrică în caz de psihoze, agitație or agresiune la copii
27. Urgența psihiatrică în caz de abuz la copii
28. Urgența psihiatrică în caz de tulburări de alimentație la copii
29. Glosar de semne și simptome clinice psihiatrice

## URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE COMPORTAMENT SUICIDAR

Sinuciderea este o problemă majoră de sănătate și una din cele mai răspândite cauze de adresare la urgență în caz de criză. În 2006, a fost pe locul 11 din topul cauzelor morții în SAU pentru toate categoriile de vârstă (National Institute of Mental Health [NIMH] 2009).

### Epidemiologie

#### Vârsta

Prevalența și letalitatea sinuciderii diferă pe grupe de vârstă. De exemplu, deși tentativele de sinucidere sunt mult mai dese la persoanele de vârstă 15-34 ani, letalitatea este mult mai înaltă la populația mai în vârstă. Printre tinerii adulți cu vârsta cuprinsă între 15 și 24 ani, sinuciderea este pe locul trei din top cauze a morții, însumând circa 12% din toate cauzele de deces în acest grup per an, și este pe locul doi pentru adulți de 25-34 ani (CDC 2009a). Cei mai puternici factori de risc pentru tentativă de suicid în populația tânără sunt prezența depresiei, abuz de alcool sau droguri, comportament agresiv sau distrugător și o tentativă de suicid în antecedente (American Psychiatric Association 2005). Alți factori de risc includ epizoade dese de fugă, întemnițare, instabilitate familială sau peirdere în familie, probleme semnificative cu părnții, evocarea de gânduri suicidale sau discuții despre moarte sau despre viața de apoi pe parcursul momentelor de tristețe sau plictiseală, izolare de prieteni și familie, dificultăți în a face față orientării sexuale, interes scăzut în activități plăcute și sarcină neplanificată.

Factori de risc pentru sinucidere printre persoanele mai în vârstă decât 65 ani diferă față de restul populației. Adicional la faptul de a avea o prevalență mai mare a depresiei, persoanele în vârstă tind să fie social mai izolate, fac mai puțin tentative per suicid îndeplinit și utilizează metode mai letale (Goldsmith et al. 2002; NSSP 2009). Cele mai dese metode suicidare la vârstnici includ armele de foc (71%), supradozare (11%) și sufocare (11%) (Goldsmith et al. 2002).

#### Sexul

Suicidul se manifestă diferit la bărbați și femei. În 2004, suicidul a fost pe locul 8 din top-ul cauzelor de deces la bărbați și pe locul 16 la femei. Deși femeile au tentative suicidare aproape de la două până la trei ori mai des decât la bărbați pe perioada vieții (Krug et al. 2002), totuși de circa 4 ori mai mulți bărbați decât femei mor de suicid finalizat (NIMH 2009). Deși armele de foc, sufocarea și otrăvirea sunt trei cele mai dese metode de suicid atât pentru bărbați cât și pentru femei, totuși bărbații mai des folosesc armele de foc (56%), urmat de sufocare (23%) și otrăvire (13%), pe când femeile mai des utilizează otrăvirea (40%), urmat de armele de foc (31%) și sufocare (19%).

### Factori de risc

Studiile au identificat clar câțiva factori ce corelează cu suicidul.

- 1. Datele demografice.** Caracteristicile majore demografice care corelează cu risc înalt de suicid sunt statutul marital, vârsta, sexul, orientarea sexuală și rasa. Bărbații și femeile ce nu sunt căsătorite (niciodată, divorațați sau văduvi) au risc mai înalt a ratei de sinucidere decât persoanele căsătorite (American Psychiatric Association 2003).
- 2. Anamneza psihiatrică.** Aproximativ 90% din oameni ce au avut suicid finalizat au fost diagnosticați cu tulburări psihiatrice majore (American Psychiatric Association 2003; Arsenault-Lapierre et al. 2004; Harris and Barraclough 1997). Persoanele cu tulburări a dispoziției, tulburări corelate cu abuzul de substanțe, tulburările psihotice și tulburările de personalitate au fost determinate cu risc mai înalt în a comite suicid (Arsenault-Lapierre et al. 2004; Moscicki 1999). Majoritatea suicidelor finalizate au fost la persoanele cu tulburări a dispoziției, în special în faza depresivă.

3. **Dimensiunile Psihologice și Cognitive.** Factori psihologici ce au fost demonstrați că au efect de potențare a riscului suicidar sunt anxietatea și disperarea (Fawcett 1999; Jacobs et al. 1999). Fawcett (1999) a definit anxietatea în prezența depresiei ca durere psihică neîncetată.
4. **Dimensiunile Psihosociale.** Disponibilitatea armelor de foc în combinație cu tulburarea de dispoziție și intoxicația este un profil acut letal (Moscicki 1999). Stresori care au fost identificați ca factori de risc proximali includ pierdere interpersonală, conflicte în relație, respingere, probleme legale (de ex. înțemnițarea), dificultăți financiare și lipsa de suport social.
5. **Trauma în copilărie.** Pacienții cu o anamneză de traume în copilărie (abuz fizic și sexual) pot dezvolta tulburări complexe și invalidante ca adulți. Aceste tulburări includ tulburările disociative, tulburări de personalitate, tulburări alimentare, tulburări legate de abuz de substanțe și tulburarea de stres posttraumatică (Chu 1999). Adicional, acești pacienți pot exprima simptome de impulsivitate severă, labilitate emoțională și comportament auto-vătămător (Mann et al. 1999).
6. **Anamneza familială.** Factori de mediu care sunt cel mai probabil corelați cu riscul de suicid sunt separarea părinților sau divorțul, probleme legale a părinților, abuzul și neglijarea copilului și o anamneză familială psihiatrică sau/și narcologică agravată (Jacobs et al. 1999).
7. **Patologii somatice.** Următoarele stări și patologii somatice sunt asociate cu un risc crescut de suicid: neoplasme maligne, ulcer, tulburări pulmonare (în special astma, patologia pulmonară cronică obstructivă), HIV/SIDA, boala Huntigton, leziuni cerebrale, scleroză multiplă, lupus eritematos, hemodializă renală și tulburări convulsive (Harris and Barraclough 1997; Jacobs et al. 1999)

## Examinarea

Pronfuzimea și amploarea informațiilor obținute de la o evaluarea psihiatrică va varia în funcție de condiții, capacitatea sau dorința pacientului de a oferi informații și disponibilitatea informației din surse colaterale. Surse de informații colaterale care ar putea fi folositoare includ membrii familiei și prietenii pacientului, medici, alți profesioniști în sănătatea mintală sau medicali, profesori sau personalul din școli, colegi și membri din programele de case supervizate unde pacientul poate locui, poate soluționa statutul psihic și stresorii psihosociali, poate avea activități.

O evaluare psihiatrică aprofundată este esențială pentru procesul aprecierii suicidului. Informații privind anamneza psihiatrică și medicală, circumstanțele curente și statutul psihic trebuie să fie obținute pe parcursul acestei evaluări și folosite de clinician pentru:

- a) a identifica factori și caracteristici specifice care ar putea crește sau scădea riscul de suicid sau a comportamentului suicidar și care ar fi justificabile pentru intervențiile acute și continue;
- b) a adresa siguranța imediată a pacientului și a determina cei mai apropiați parametri de tratament;
- c) a dezvolta un diagnostic diferențiat multiaxial care ar putea ajuta la ghidarea următorului pas în tratament (Jacobs et al. 2003).

La examinarea unui pacient suicidar clinicianul trebuie să încerce să identifice:

1. Semne și Simptome Psihiatrice
2. Comportament Suicidar în Antecedente
3. Anamneza Medicală și Psihiatrică
4. Anamneza Psihiatrică Familiană
5. Funcția și Stresorii Psihosociali Curenți
6. Părțile Puternice și Vulnerabilitățile Psihologice
7. Anchetarea suicidului: Ideea Suicidară și Intenția Suicidară, Planul Suicidar și Comportamentul Suicidar, Anamneza Suicidară.

## **Managementul Psihiatric a Comportamentului Suicidar**

Conform Ghidului Practic pentru Examinarea și Tratatamentul Pacienților cu Comportament Suicidar (“Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors” (American Psychiatric Association 2003)), „Managementul psihiatric include stabilirea și menținerea alianței terapeutice; asigurarea siguranței pacientului și determinarea statutului psihiatric, nivelului de funcționare și necesităților clinice a pacientului astfel ca în final să fie un plan și parametri a tratamentului”. Atunci când evaluarea inițială este finisată și planul tratamentului a fost determinat, scopuri adiționale a managementului psihiatric pot fi aplicate în caz de urgență; acestea includ intervențiile în criză, facilitarea aderenței la tratament și oferirea de educare a pacientului și membrilor familiei.

### ***Tabel 1. Ghidul pentru selectarea parametrilor de tratament pentru pacienții cu risc suicidar sau comportament suicidar***

#### **I. Internarea este general necesară**

- 1) După o tentativă de suicid sau suicid abandonat dacă:
  - a. Pacientul este psihotic
  - b. Tentativă a fost violentă, practic mortală sau premeditată
  - c. Măsuri de precauțiune au fost luate pentru a evita salvarea sau descoperirea
  - d. Este prezent planul sau/și intenția persistentă
  - e. Distressul este major sau pacientul regretă că a supraviețuit
  - f. Pacientul este bărbat, cu vârsta mai mare de 45 ani, în special cu un nou debut a maladiei psihiatrice sau gândire suicidară
  - g. Pacientul are un suport limitat familial și/sau social, judecată slabă sau refuzul ajutorului este evident
  - h. Etiologia schimbării statusului mintal al pacientului este metabolică, toxică, infecțioasă sau de așa natură că se necesită observație clinică ulterioară într-un cadru structurat
- 2) În prezența ideății suicidare cu:
  - a. Plan specific cu letalitate înaltă
  - b. Intenție suicidară majoră

#### **II. Internarea poate fi necesară**

După o tentativă de suicid sau tentativă de suicid întreruptă, cu excepția circumstanțelor în care internarea este general indicată

- 1) În prezența ideății suicidare cu:
  - a. Psihoză
  - b. Tulburări psihiatrice majore
  - c. Tentative anterioare, în special dacă au fost grave medical
  - d. Stări medicale care posibil ar contribui (de ex. tulburări neurologice acute, cancer, infecții)
  - e. Lipsă de răspuns la sau incapacitatea de a coopera cu spitalizare parțială sau tratament ambulator
  - f. Necesitatea unui cadru monitorizat pentru medicația cercetată sau terapia electroconvulsivă

## Tratamentul

### *Măsurile de prim ajutor*

Orice urgență psihiatrică trebuie evaluată și sub aspectul riscului suicidar, iar prevenția suicidului este prin definiție un obiectiv prioritar al asistenței psihiatrice de urgență.

Conduita acordării primului ajutor psihiatric este impusă de tabloul clinic și de gravitatea comportamentului autoagresiv al depresivului. Bolnavul nu poate fi tratat la domiciliu. El are nevoie de supraveghere permanentă și tratament de specialitate. Deci, prima atitudine medicală va fi aceea de a interna bolnavul în spital. Pentru a învinge împotrivirea și chiar rezistența sa la internare, se va fi face uz de psihoterapie, în măsura în care bolnavul este permeabil, de medicație anxiolitică și sedativă imediată, fapt ce vizează eliberarea bolnavului de angoasă și facilitarea internării în spital.

Se consideră necesară spitalizarea, în special, dacă pacientul a mai făcut tentative de suicid, dacă are istoric familial de sinucidere, dacă a avut o pierdere recentă semnificativă - în special prin sinucidere - și nu pare să răspundă la interacțiunea interpersonală cu medicul: trebuie să fiți spitalizați, dacă nu vă simțiți în largul dvs.

#### **Trebuie să memorizăm următoarele:**

1. Nu lăsați pacientul suicidar singur; îndepărtați din încăperea orice obiecte potențial primejdioase.
  2. Apreciați dacă tentativa acestuia a fost plănuită sau impulsivă.
  3. Pacienții cu depresie severă pot să fie tratați ambulator, dacă familiile pot să îi supravegheze îndeaproape și dacă tratamentul poate să fie instituit repede. Dacă aceste condiții nu sunt întrunite, este necesară spitalizarea.
  4. Ideea suicidară a pacienților alcoolici se remite, în general, după abțință, în decurs de câteva zile. Dacă depresia persistă și după ce semnele fiziologice ale sevrajului alcoolic s-au rezolvat, este justificată suspiciunea fermă a unei depresii majore. Toți bolnavii suicidari sub intoxicație cu alcool sau droguri, trebuie reevaluați mai târziu, după detoxicare.
  5. Ideile de sinucidere ale pacienților cu schizofrenie trebuie luate în serios, pentru că aceștia tind să folosească metode violente, foarte letale și, uneori, bizare.
- Da- uri și Nu- uri la pacientul suicidar.**
1. Da, întrebați despre ideile de sinucidere, în special despre planurile lui de a-și face vreun rău. Faptul că întrebați despre sinucidere nu va „implanta” bolnavului această idee.
  2. Nu ezitați să întrebați bolnavul, dacă „ar dori să moară”. Abordarea problemei fără ocolișuri este cea mai eficientă.
  3. Da, aveți grijă ca interviul să se desfășoare într-un loc sigur.
  4. Nu oferiți false reasigurări (de ex., „Mai toți oamenii se gândesc să-și ia viața într-un moment sau altul”).
  5. Da, puneți întrebări despre tentative de sinucidere anterioare, care pot să fie legate de tentative viitoare.
  6. Da, puneți întrebări cu privire la accesul la arme de foc.
  7. Nu lăsați bolnavul să plece de la departamentul de urgență/ camera de gardă, dacă nu sunteți sigur că nu își va face vreun rău.
  8. Nu presupuneți că familia sau prietenii vor putea să supravegheze pacientul timp de 24 de ore din 24. Dacă este necesară o astfel de supraveghere, spitalizați bolnavul.
  9. Administrați-i tranchilizante.

Intervenții psihofarmacologice care modifică factorii de risc pot fi de ajutor în prevenirea suicidului. Medicația poate fi salvatoarea de viață nu doar pe termen lung, dar și pe termen scurt, așa ca în tratamentul anxietății severe acute la un pacient depresiv. În cadrul urgențelor medicația poate oferi ușurare semnificativă imediată, dar are efect limitat în timp ce necesită supervizare

îndeaproape a statutului psihic a pacientului, deoarece efectul medicației poate să se șteargă și simptomele să reapară cu reapariția ulterioară a impulsurilor de suicid.

- **Antidepresante** – ghidul practic al Asociației Psihiatrice Americane (2003) sugerează că există o corelație puternică dintre depresia clinică și suicid și că eficiența și siguranța rezonabilă a antidepresantului sprijină utilizarea acestora.
- **Benzodiazepine** – dovezile clinice sugerează că tratamentul agresiv a panicii, anxietății și agitației cu benzodiazepine sau alte medicamente anxiolitice poate reduce riscul suicidar.
- **Neuroleptice atipice** – neurolepticele atipice, așa ca olanzepina și quetiapina, par să producă efect anxiolitic și anti-agitațional la unii pacienți și pot juca un rol în reducerea riscului suicidar. În cadrul urgențelor psihiatrice, neurolepticele sunt utilizate primar pentru a reduce agresiunea și agitația.

## Concluzii

Sinuciderea este o problemă majoră a sănătății mintale și una din cele mai răspândite cauze de adresare la urgență în caz de criză. Mai mult de 33.000 de sinucide finalizate au loc anual în lume ce este echivalent cu 91 de sinucideri pe zi sau o sinucidere la fiecare 16 minute. Deși o parte minoră de tentative de sinucidere se finalizează cu moartea, fiecare nouă tentativă crește riscul decesului și a suferinței psihologice. Prevalența și letalitatea sinuciderilor diferă conform grupelor de vârstă, sex și rasă/etnie.

Cercetările au identificat clar câțiva factori de risc corelați cu suicidul. Caracteristicile demografice majore corelate cu suicidul sunt statutul marital, sexul, vârsta, orientarea sexuală și rasa/etnia. Aproximativ 90% din persoanele care au ajuns la suicid finalizat au fost diagnosticați cu tulburări psihiatrice majore. Factori psihologici care au fost găsiți că potențează riscul suicidal sunt anxietatea și disperarea. Alți factori importanți care ar trebui căutați includ accesul la arme de foc, traume în copilărie, anamneza familială și patologii fizică/somatică.

Profunzimea și amploarea informațiilor obținute de la o evaluare psihiatrică va varia în funcție de situație, capacitatea și dorința pacientului de a oferi informație și disponibilitatea informațiilor din surse colaterale. O examinare psihiatrică aprofundată este esențială pentru evaluarea suicidului. Informații privind anamneza psihiatrică și medicală a pacientului, circumstanțele curente și statutul psihic trebuie obținute pe parcursul acestei evaluări. Doi predictorii importanți a suicidului sunt ideea suicidară și anamneză de tentative suicidare. O anchetare coprehensivă a suicidului trebuie să includă evaluarea ideea suicidară, intenției suicidară, planului suicidar, comportamentului suicidar și anamnezei suicidară.

Managmentul psihiatric a comportamentului suicidar include stabilirea și menținerea alianței terapeutice, asigurarea siguranței pacientului și determinarea statutului psihiatric, nivelului de funcționare și necesităților clinice a pacientului astfel ca în final să fie un plan și parametri a tratamentului

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE STARE DEPRIMATĂ A DISPOZIȚIEI**

### **Abordarea generală a Stărilor Afective**

Tulburările afective sunt simptome sau acuze frecvente pentru pacienți din serviciul de urgență psihiatric. Când pacienții sunt cooperanți examinarea poate fi ușoară. Totuși, pacienți mânioși, iritați și euforici pot fi agitați sau potențial violenți și incapabili să tolereze un interviu prelungit. Pacienții cu labilitate emoțională pot fi imprevizibili și complicați pentru un intervievator



neexperimentat. Pacienții ce sunt profund deprimați pot fi retrași și lenți în răspunsuri, făcând dificilă obținerea informației depline. O examinare detaliată și precisă a pacienților cu tulburări afective este critică din cauza unui risc înalt pentru suicid, violență și morbiditate semnificativă. În acest capitol, ne vom concentra asupra examinării și managementului pacienților cu tulburări afective extreme, în mod particular depresia, mania și furia.

## **Stări afective depresive**

Depresia este pe locul trei dintre cele mai întâlnite acuze a pacienților în serviciul de urgență psihiatric, după abuzul de substanțe și tulburări psihotice (Currier and Allen 2003). Întrădevar, tulburarea depresivă majoră este foarte des întâlnită și poate afecta până la 25% din persoane pe parcursul vieții (Goldstein and Levitt 2006), deși majoritatea din ei nu vor cădea în vizorul psihiatrului. Pacienții care au fost văzuți în cadrul serviciului de urgență psihiatrică sau în cadrul secțiilor urgenței medicale generale pentru o examinare psihiatrică precedată de o tentativă de suicid trebuie mereu să fie mereu atent screenați pentru depresie sau alte tulburări afective. Viceversa, riscul suicidar trebuie evaluat la toți pacienții ce prezintă dispoziție depresivă.

## **Examinarea**

Mulți pacienți cu dispoziție depresivă vor admite ușor suferința lor. Decât să utilizeze întrebări de tip închis, clinicianul ar trebui să folosească întrebări de tip deschis, care des produc o informație mult mai precisă. De exemplu, în loc de a întreba, „Ați spune Dvs. că ați fost trist și plângăreț mai des decât nu în ultimele două săptămâni?” ați putea spune, „Cum a fost dispoziția Dvs. în ultimul timp?” Simptome de depresie sau/și anhedonie sunt esențiale pentru a diagnostica episodul depresiv major. Alte simptome asociate cu episoade depresive includ tulburări hipnice, energie scăzută, tulburări ale apetitului, vină sau autoblamare semnificativă, atenția afectată, inhibiție psihomotorie și preocupare cu moartea sau suicidul. Adicional, un episod depresiv poate fi diagnosticat doar dacă perioada depresiei include o schimbare semnificativă în nivelul de funcționare a pacientului comparativ cu starea sa de bază.

Clinicianul trebuie să întrebe despre stresuri majore și pierderi semnificative ca parte a anamnezei tulburării curente. Aceste stresuri și pierderi pot fi declanșatori a episodului depresiv. La fel ar trebui să fie luată în vedere, o diagnoză de tulburare de adaptare dacă simptomele afective debutează după un stres semnificativ.

Unii pacienți pot minimiza simptomele sale depresive din cauze culturale sau teamă de stigmă și discriminare. Acești pacienți pot decide să moară prin sinucidere și pot nega dispoziția depresivă ca astfel să poată duce la bun sfârșit planurile sale. Diangoze, tratamente anterioare și urmărirea ulterioară a acestora ajută de a pune prezentare curentă în context.

Examinarea stututului psihic a unui pacient cu depresie des va reflecta profunzimea suferinței lui/ei. Igiena, contactul vizual, vorbirea și conținutul gândirii sunt elementele remarcabile. Conținutul gândirii, tematica de inutilitate congruentă cu dispoziția, sărăcia sau nihilismul atenționează asupra unei depresii severe și pot uneori să atingă intensitate delirantă. Simptome psihotice sunt prezente în 15% din toți pacienții depresivi (Glick 2002). La adolescenți, depresia psihotică poate fi primul semn de tulburare bipolară (Schatzberg and Rothschild 1992). Depresie agitată poate fi dificil de a diferenția de o stare mixtă.

## **Diagnoza**

O dispoziție depresivă poate fi parte a multor tulburări psihiatrice. Cea mai des întâlnită diagnoză asociată cu dispoziția depresivă este episodul depresiv major, care trebuie considerat în primul rând. Dacă simptomele pacientului nu întâlnesc toate criteriile pentru un episod depresiv major, clinicianul trebuie să i-a în considerație tulburările de adaptare sau doliul. Dacă pacientul este psihotic și depresiv, clinicianul trebuie să i-a în considerare o diagnoză de episod depresiv

major, sever, cu simptome psihotice. Episoade depresive, cu sau fără psihoză, pot avea loc și la pacienți cu tulburare bipolară, schizofrenie, tulburarea schizoafectivă sau alte tulburări psihotice. Dacă pacientul activ utilizează substanțe ce alterează dispoziția, atunci tulburarea afectivă indusă de SPA ar trebui să fie pe prim plan pentru diferențiere. Abuzul /utilizarea de alcool și opioizi des sunt asociate cu dispoziție depresivă. Mulți pacienți pot avea mai mult decât o diagnoză. De exemplu, există o comorbiditate înaltă dintre tulburări anxioase și simptome depresive. Pacienții cu tulburare de personalitate borderline pot să acuze dispoziție depresivă sau labilă, adițional la relații interpersonale și imagine de sine instabile.

## Management și Amplasarea

Amplasarea pacienților este determinată de aprecierea riscului. Pacienții cu dispoziție depresivă și ideatie suicidară semnificativă și/sau psihoză în general necesită internare în spital. Factorii adiționali ar putea crește necesitatea internării în spital includ prezența unei condiții invalidante medicale, izolare socială, lipsă de ajutor comunitar (asistent social), un mediu ostil la domiciliu sau imposibilitatea îngrijirii în mod ambulator. De fapt, mai mult de jumătate din pacienți văzuți în serviciul psihiatric de urgență cu simptome depresive ar putea necesita internare (Harman et al. 2004).

Pacienții cu episod depresiv major ce nu vor fi internați în spital pot începe administrarea antidepresivelor în secția de urgență (Milner et al. 1999). La prescrierea antidepresivului, clinicianul necesită să explice atent scopul medicației, să descrie reacțiile adverse frecvente și să discute despre limitele temporale până la îmbunătățirea simptomelor.

Pacienții trebuie să fie urmăriți de o persoană din sistemul medical care poate monitoriza răspunsul lor la antidepresiv și să continue prescrierea (Glick 2004; Shea 1998). Dacă e posibil, familia pacientului sau o persoană de suport trebuie să fie inclusă în discuție.

Alegerea medicamentului antidepresiv se bazează pe răspunsul anterior (a pacientului sau membrilor familiei), efecte adverse și contraindicații cunoscute. De-a lungul timpului, inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (SSRI) sunt utilizate frecvent ca terapie de primă linie (Sadock and Sadock 2007). Îmbunătățirea dispoziției are loc în mod tipic la a 4-6-a săptămână de terapie, dar simptomele neurovegetative pot începe să se îmbunătățească în mai puțin de 1-2 săptămâni. Pacienții vor avea nevoie de a continua antidepresivul dincolo de momentul când se vor întoarce la eutimie. Efecte adverse des întâlnite includ disconfort gastric, insomnie, neliniște (până la 25% din pacienți) și tulburări sexuale (în 50-80% pacienți) (Sadock and Sadock 2007).

Doza de start trebuie redusă la vârstnici și la pacienții cu afectarea ficatului. În populația tânără (copii și adolescenți), clinicianul ar trebuie să cântărească atent riscurile și beneficiile SSRI-urilor din cauza că pot crește ideatia suicidară (Bailey 2008). SSRI-urile sunt în mod general considerate sigure la gravide; studiile au arătat că riscul malformațiilor cardiace congenitale la feteși expuși la SSRI-uri nu depășește 2%, deși paroxetina este asociată cu risc mai înalt comparativ cu alte SSRI-uri (Greene 2007).

Benzodiazepinele sau doze mici de antipsihotice atipice sunt des prescrise pentru insomnie și anxietate asociată cu depresie. Pacienții trebuie să fie atenți la riscurile de toleranță, care pot avea loc destul de ușor la benzodiazepine (Glick 2002).

Pentru pacienți cu anamneză de tulburare bipolară, manie sau hipomanie, antidepresivele nu ar trebui să fie prescrise ca monoterapie. Un stabilizator de dispoziție ar trebui să fie administrat concomitent (Sadock and Sadock 2007). Stabilizatori ai dispoziției de primă linie în depresia bipolară sunt litiul și lamotrigina. Quetiapina la fel a arătat un beneficiu semnificativ (El-Mallakh and Karippot 2006). Dacă este prezentă psihoza, antipsihotice tipice sau atipice pot fi utilizate în conjuncție cu antidepresivele (Glick 2002).

Pentru pacienții cu depresie ușoară până la moderată, un curs scurt structurat de psihoterapie poate fi recomandat în combinație cu farmacoterapia sau ca alternativă la antidepresive. Pacienții cu doliu sau tulburări de adaptare ar putea să beneficieze mai mult de la consiliere suportivă decât de la

un antidepresiv. La pacienții cu tulburare de personalitate tip borderline, terapie comportamentală dialectică s-a demonstrat efectivă pentru a reduce comportamentele de auto-vătămare și atenuare labilității dispoziției (Sadock and Sadock 2007). Pacienții și membrii familiei beneficiază de la cunoașterea informației despre simptome și tratamentul depresiei.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE STARE EUFORICĂ A DISPOZIȚIEI**

### **Examinarea**

Examinarea unui pacient cu dispoziție elevată se bazează pe flexibilitatea, creativitatea și răbdarea intervievatorului. La fel ca și la consultarea pacienților depresivi, siguranța este o prioritate. Clinicianul ar trebui să ia în considerație prezența echipei de siguranță, deoarece chiar și cei mai euforici și entuziasmați pacienți pot rapid să devină iritați și necooperanți. Calificarea considerabilă în consultare este necesară pentru a folosi întrebări despre simptome consistente cu mania și în același timp să se evite cauzarea iritabilității sau răspunsurilor excesiv de lungi (Levinson and Young 2006). Prin a pune întrebări care sunt scurte, de tip închis și țintite vor crește volumul de informație utilă de la pacienții care sunt foarte guralivi, circumstanțiali sau dezorganizați. Pentru a obține anamneza bolii curente, clinicianul ar trebui să pună întrebări pentru a obține o înțelegere clară a evenimentelor recente și să exploreze evenimentele stresante recente. Interviu trebuie să se finiseze înainte ca pacientul va fi acut, indiferent de cât de puțină informație factuală a fost obținută. Chiar și o consultație scurtă poate oferi o abundență de date pentru examinarea statutului psihic. Informația despre patternul longitudinal a tulburării afective este necesar pentru determinarea diagnozei. Des, această informație este mai ușor de obținut din surse colaterale.

Simptome particulare maniei ce des apar spontan în interviu includ grandiozitate, scădere necesității în somn, creșterea guralivității, toleranța în activitățile plăcute sau cu risc înalt, creșterea activităților direcționate pe scop, fuga de idei și distractibilitate. Este important de a explora ideea suidară și omucidară, din cauză că pacienții în manie des se simt invincibili și pot pierde toate simțurile de mortalitate sau moralitate. De asemenea, pacienții în manie des angajează comportamente care din neatenție îi pot pune în risc pentru traumă sau desconsiderare (Swann 2003).

Clinicianul ar trebui să întrebe despre utilizarea de antidepresive ca precipitanți a stării maniaceale (Sadock and Sadock 2007). Compliantă joasă cu medicația prescrisă poate la fel contribui la reprezentarea pacientului. Explorarea utilizării recente de substanțe este importantă, din cauza că abuzul de SPA poate mima sau masca episodul maniacal.

Mulți pacienți cu manie au o activitate motorie excesivă și ar putea să fie incapabili de a sta așezați mai mult decât câteva secunde. Examinarea statutului psihic ar putea să dezvăluie hipervigilență, iritabilitate, afect labil, fuga de idei, circumstanțialitate, tangențialitate, iluzii, halucinații, logoree, lipsă de insight și judecată afectată.

Deși pacienții pot să nu coopereze cu o examinare fizică, ar trebui de încercat, din cauză că un număr de diagnoze medicale sunt asociate cu euforie sau dispoziție elevată. Observații scurte a pacientului pot sugera intoxicație cu o substanță sau sevraj. Investigații simple sunt recomandate. Testarea la beta gonadotropina corionică umană este garantată pentru femeile fertile din cauza efectului teratogen a multor stabilizatori ai dispoziției (James et al. 2007).

### **Diagnoza**

Caracteristicile cheie a tulburării bipolare tip I este unul sau mai multe episoade de manie sau mixte (cu sau fără episoade depresive), pe când tulburarea bipolară tip II este asociată cu stări hipomaniaceale. În hipomanie, pacientul are o dispoziție elevată, euforică sau iritabilă dar nu este psihotic și nu necesită spitalizare. În manie, pacientul prezintă o afectare clară a funcției sociale sau

profesionale, pe când pacienții cu hipomanie de obicei face față responsabilităților în pofida diferitelor nivele de funcționare. Într-o stare mixtă, caracteristici atât a depresiei cât și a maniei sunt prezente, deși se observă o gamă largă de prezentări clinice. Pacienți cu stări mixte des demonstrează labilitate emoțională și agitație severă, care îi face imprevizibili și greu de stăpânit (Swann 2008).

Episoadele maniacale pot fi întâlnite într-un număr mic de patologii comparativ cu episoadele depresive. Deși cel mai des perioadele de dispoziție elevată se asociază cu tulburarea bipolară tip I, totuși la fel pot fi întâlnite în tulburarea schizoafectivă și patologia narcologică. Tulburarea schizoafectivă necesită predominarea logitudinală a simptomelor afective, la fel ca și o perioadă de două săptămâni de simptome psihotice în absența simptomelor afective. Substanțele care se asociază cu dispoziție euforică includ alcoolul, amfetamina, cocaina, halucinogenele și opioizii. Starea de manie este asociată cu dezinhibiție, ce crește riscul de abuz de substanțe. Mania la fel este asociată cu condiții medicale (vezi Tabel 5-6) și poate fi indusă de antidepresive.

## **Managementul și Amplasarea**

Pacienții în stare maniacală sau stare mixtă de obicei au un insight slab sau absent față de ideile și planurile potențial vătămătoare. Ei au nevoie de a fi spitalizați fără consimțământul acestora. Pacienții cu grad adecvat a insightului și tulburări afective mai puțin severe (de ex. hipomania) pot fi tratați în comunitate cu ajustarea medicației și urmărirea îndeaproape.

În cadrul urgențelor, pacienții în stare maniacală sunt des iritabili, agitați și intruzivi. Membrii echipei ar trebui să încerce să scadă zgomotul și imprevizibilitatea mediului și să ofere interacțiuni consistente discrete interpersonale (Swann 2008). Izolare sau fixare pot fi necesare pentru a conține un pacient agitat sau a preveni vătămări altora. Dacă un pacient va rămâne în serviciul psihiatric de urgență pentru o perioadă mai lungă de timp, medicația trebuie să fie oferită proactiv pentru a preveni re-escaladarea comportamentului maniacal.

Antipsihotice atipice sunt medicamentele de primă line în controlul agitației maniacale. Ele au același efect anti-maniacal ca și antipsihoticele tipice și un risc mai mic de akatizie și simptome extrapiramidale (Sadock and Sadock 2007; Swann 2003). Risperidon, olanzepin, ziprazidon, quetiapin și aripiprazol sunt disponibile în diferite forme (tablete, soluții per os sau intramuscular).

Benzodiazepinele pot fi folosite ca monoterapie sau în combinație cu antipsihoticele, cu scopul controlului agitației. Se necesită prudență la indicarea benzodiazepinelor pacienților vârstnici din cauza riscului înalt de a cădea. Clinicianul trebuie să țină cont că pacientul poate fi prea agitat și/sau incapabil de a consimți la tratament și că inițial așa intervenții constituie fixări chimice.

Dacă spitalizarea nu este necesară, atunci când pacientul este calm, poate fi obținut consimțământul informat de la pacient sau tutelă în privința terapiei de susținere. Stabilizatori ai dispoziției nu sunt inițiați tipic în cadrul serviciului psihiatric de urgență, cu excepția când este identificată necomplianța și obiectivul vizitei secției de urgență este simpla reinițiere a utilizării stabilizatorului de dispoziție a pacientului. Administrarea valproatului poate fi încercată (Swann 2003, 2008). Dacă există îngrijorări în sensul teratogenității, se preferă utilizarea antipsihoticelor față de stabilizatorii dispoziției, deși alte câteva riscuri, așa ca simptomele extrapiramidale, ar trebui atent cântărite versus beneficii (Patton et al. 2002).

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE IRITABILITATE ȘI FURIE**

### **Examinarea**

Consultațiile pacienților furioși și iritabili în cadrul serviciului psihiatric de urgență cad în una din cele două categorii: examinarea unei persoane rezonabil de calme care a fost adusă din cauza unui comportament furios și iritabil în societate sau examinarea unei persoane care este furioasă la momentul examinării.

La fel ca și cu oricare alt pacient din cadrul serviciului psihiatric de urgență, examinarea pacientului ce are în anamneză episoade de furie sau la moment este furios începe prin asigurarea siguranței fiecăruia și este ghidat inițial de abilitatea pacientului de a coopera. Cu pacienții rezonabili de calmi și care pot descrie episodul de furie și iritabilitate, intervievatorul va putea obține detalii specifice despre incidentul care a precipitat vizita la fel ca și informații despre episoadele de furie precedente. Intervievatorul ar trebui să folosească întrebări de tip deschis și imparțiale – de exemplu, mai degrabă: „De câte ori l-ai lovit pe Ion?” decât: „L-ai lovit de multe ori?” (ultima întrebare permite pacientului să minimizeze comportamentul lor agresiv, în special dacă riscă arest pentru faptele sale). Odată ce detaliile stării maledive curente au fost explorate, intervievatorul poate utiliza alte întrebări pentru a confirma sau exclude diagnoze specifice.

Examinarea pacienților care sunt furioși și iritabili pe parcursul interviului prezintă provocări speciale. Clinicienii trebuie să fie conștienți de propriul disconfort cu pacienții furioși și să evite demonstrarea oricărei iritabilități priprii. Fixarea limitelor femre poate fi necesară. Încercând a empatiza cu pacientul poate ajuta la stabilirea unei alianțe și a permite pacientului de a se simți înțeles. Această nu înseamnă că clinicianul trebuie să fie de acord cu ideile și convingerile pacientului, dar oferirea din start a unui răspuns rațional unui pacient ce este furios este de prost augur și cu șanse mici de a fi de ajutor. Clinicianul trebuie să permită pacientului furios să se simtă auzit, să se simtă ajutat și să simtă că sentimentele sale sunt confirmate.

## Diagnoza

Comportamentele furioase și iritabile sunt asociate cu multe categorii diagnostice, inclusiv tulburările afective. Persoanele ce retrăiesc un episod depresiv pot prezenta iritabilitate. Această tinde să fie mai obișnuit la bărbați, posibil din cauză că cultura descurajează bărbații de la admiterea că ar avea depresie.

Unii autori au descris „sindromul masculin depresiv”, caracterizat prin control scăzut a impulsurilor, episoade de furie și iritabilitate înaltă (Rutz et al. 1995; Winkler et al. 2005). Pacienții ce retrăiesc un episod maniacal sau mixt pot des mai degrabă fi furioși și iritabili, decât euforici.

Pacienții cu ideație paranoidă și alte simptome psihotice pot deveni foarte furioși din cauză că percep că nimeni nu înțelege frica lor de pericol. De asemenea, din cauza incidenței înalte a abuzului cu SPA și a dependenței observate la pacienții din cadrul serviciului psihiatric de urgență, este important de a lua în considerare că pacienții pot fi intoxicați cu alcool sau alte substanțe stimulante. Pacienții care sunt în sevraj pot deveni foarte iritabili și pot să se prezinte la serviciul psihiatric de urgență căutând benzodiazepine, opiozi sau alte medicamente cu prescripție.

Multe alte categorii diagnostice pot de asemenea să fie asociate cu furie sau iritabilitate. Familia și prietenii pacientului cu tulburare de personalitate tip borderline sau antisocial pot fi mai îngrijorați de propriile izbucniri extreme și inprorice de furie decât însăși pacienții. Tulburarea de personalitate tip borderline ar trebui să fie suspectată la pacienții cu un pattern de instabilitate în relațiile interpersonale și imaginea proprie, fluctuații rapide a dispoziției și comportament auto-vătămător. Caracteristicile de bază în tulburările de comportament și tulburarea de personalitate antisocială sunt agresiunea verbală și fizică, la fel și dispreț față de drepturile altora.

La copii și adolescenți, tulburările de opoziție sfidătoare sunt asociate cu ostilitate, nesupunere și comportament sfidător dar nu cu dispreț pentru drepturile altora. Control slab al impulsurilor este simptom cheie în ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – Tulburare Hiperkinetică cu Deficit de Atenție). La până la 50% din pacienți această patologie persistă și în perioada adultă (Sadock and Sadock 2007). ADHD este des comorbid cu sindromul Tourette, o stare caracterizată de ticuri motorii sau vocale și episoade de atacuri de furie.

Cauze medicale pentru izbucniri de furie la fel ar trebui considerate. Acestea includ demența, delirium, anamneză de traume cranio-cerebrale și tulburări convulsive.

Este important de a reține că furia este o reacție normală la multe circumstanțe. Furia este obișnuită în pierderi subite, decese neașteptate a celor iubiți, furt, diagnoze medicale devastatoare, descoperirea trădării sau alte crize. Furia la fel poate fi retrăită în cazul de calamități. Dacă furia

este situațională, intervievând membrii familiei rapid se poate de descoperi rolul acestora la contribuția izbucnirilor de furie a pacientului.

Tulburare explozivă intermitentă este diagnosticată în absența altor diagnoze. Este mai obișnuită la bărbați. Simptomele cheiei includ expresia de furie extremă, des până la nivelul unei furii incontrolabile, care este disproporțională situației curente. Pacientul de asemenea prezintă remușcări reale după criză și un comportament plăcut între izbucniri.

### **Managementul și Amplasarea**

Managementul unui pacient furios depinde de diagnoză. Medicația ar putea avea un rol în managementul izbucnirilor de furie dacă este prezentă o tulburare psihiatrică. Totuși, orice medicație necesită să fie prescrisă cu un plan clar pentru urmărirea ulterioară pentru a asigura evaluarea atentă a oricăror beneficii (Sadock and Sadock 2007). Spitalizarea trebuie să fie luată în considerare pentru acei pacienți cu o tulburare psihiatrică pentru care furia lor prezintă risc de leziuni pentru sine sau alții.

Unii pacienți care țin sub control dispoziția lor pot beneficia de training pe managementul furiei. Acest training este de obicei oferit într-un cadru de grup și ajută pacienții să învețe strategii de modulare a izbucnirilor sale de furie, să pretindă corect la necesitățile proprii și să dezvolte strategii constructive de soluționare a conflictului. Clinicianul trebuie să documenteze atent evaluarea riscurilor unui pacient furios non-psihotic. Este imperativ să se amintească pacienților că ei sunt responsabili de acțiunile sale și de consecințele acțiunilor sale când sunt furioși. Această trebuie să fie bine documentat.

Spitalizarea sau careva alt tratament psihiatric al furiei în absența unei tulburări psihiatrice este în general ne-indicat. Cea mai adecvată acțiune ar putea fi eliberarea acestor indivizi furioși în custodia organelor de drept. Documentarea atentă a procesului de luare a deciziei în determinarea amplasării pacientului furios este importantă pentru scopurile medico-legale.

### **Puncte Clinice Cheie**

- În examinarea pacienților cu dispoziții extreme, intervievatorul trebuie mereu să abordeze în primul rând problemele de siguranță și risc.
- Stările de furie și depresie se întâlnesc într-o gamă largă de tulburări psihiatrice.
- Obținerea anamnezei longitudinale a stărilor dispoziției este importantă în stabilirea diagnozei tulburării afective.
- Clinicianul trebuie să screeneze pacientul pentru o anamneză de hipomanie sau manie înainte de a iniția un antidepresiv.
- Depresia și mania pot prezenta iritabilitate.
- Pentru pacienții cu depresie ce nu necesită internare, clinicianul trebuie să inițieze tratamentul în cadrul serviciului psihiatric de urgență și să se focalizeze pe maximizarea aderenței (compliancei) și urmării ulterioare.
- La pacienții cu dispoziție furioasă sau iritabilă, clinicianul trebuie să determine dacă o diagnoză psihiatrică este prezentă și să fie ferm de rolul limitat a serviciului psihiatric de urgență în furii necauzate de stări psihiatrice sau alte condiții medicale.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE AGITAȚIE PSIHOMOTORIE**

Exemplul clasic de agitație incomprehensibilă este agitația confuzivă, ce caracterizează o serie de condiții organice: intoxicații, boli somatice acute (infecții grave, de exemplu), boli neurologice. Tabloul clinic este dominat de dezorientarea temporo-spațială, uneori auto- și allopsihiică, halucinații (de obicei, vizuale), tulburare calitativă de conștiință de tip oneiroid. Dimpotrivă,

agitația psihomotorie dintr-o tulburare acută de stres are un caracter comprehensibil, evoluția ei derulând pe fondul clar al conștiinței, coloratura afectivă fiind de tip hipertimic negativ, iar legătura cu un factor de psihostres major fiind inteligibilă. Arborele afectiv trebuie parcurs atât în ramura depresivă, cât și în ramura maniacală. Pe versantul depresiv, trebuie luate în discuție trei eventualități clinice: depresia agitată, raptusul în context melancolic (cu potențial mare auto- și heteroagresiv) și agitația apărută la un depresiv endogen, aflat sub tratament. Pe versantul expansiv vom regăsi agitația maniacală, cu extrema sa, furor-ul. Întreruperea bruscă și recentă a tratamentului timostabilizator (carbonat de litiu, carbamazepină sau valproat de sodiu), precum și abuzurile etilice constituie factori predictivi pentru instalarea zgomotoasă a episodului maniacal. Accesul maniacal se caracterizează printr-o excitație psihomotorie particulară: excentricități vestimentare, conținut verbal glumeț, familiar, agresivitate, gesturi dezordonate, teatrale, hipererotism, obscenități, logoree, fugă de idei, hipermnemie de evocare, scăderea fixării mnemice, exaltare a dispoziției, euforie, irascibilitate, insomnie, apetit exagerat, însă scădere în greutate. Agitația maniacală răspunde foarte bine la haloperidol fiole. Accesul de agitație schizofrenică constă în halucinații, idei delirante nesistematizate, stări catatonice, stupoare, bizarerii comportamentale, impulsivitate violentă, grimase, negativism, discordanță, vorbire impenetrabilă, contact dificil. Accesul răspunde la psihotrope fenotiazinice: levomepromazin, majeptil și la haloperidol. Bufeele delirante polimorfe ale psihopaților au un debut brutal, oscilații ale dispoziției, idei delirante cu teme expansive mistice, de filiație ilustră, de persecuție și depresive, halucinații, comportament adecvat acestora, insomnie, anorexie, tahicardie. Paranoia, delir cronic sistematizat, devine o urgență psihiatrică prin reacțiile antisociale, de mare pericolozitate, auto-și heteroagresive, prin comportamentul delirant, cverulent, legat de tematica de persecuție, de prejudiciu și de revendicare, agitație violentă, agresivitate, halucinații, obnubilări și stări onirice, stări secundare sau automatisme ambulatorii, cu fugi amnezice, episoade delirante, ce se pot manifesta printr-o mare potențialitate agresivă, generând comportamente medico-legale. Primul ajutor medical urmărește imobilizarea bolnavului cu furor, tratament de bază anticonvulsivant: fenobarbital injectabil i.m., diazepam injectabil i. m. sau i. v., carbamazepin, tratamentul cu psihotrope sedative fiind adjuvant.

### ***Măsurile de prim ajutor***

Pentru a se orienta asupra diagnosticului și a lua decizia adecvată de soluționare a urgenței, se vor culege informații de la aparținători sau de la cei care însoțesc bolnavul, asupra circumstanțelor de declanșare a accesului și asupra antecedentelor psihiatrice. Comportamentul medicului va urmări a stabili contactul cu bolnavul, prezentându-se ca medic și efectuând un examen somatic sumar, ceea ce poate conduce la depistarea unor suferințe organice cu manifestări psihice și care necesită un tratament de specialitate (meningită, TBC, hemoragie cerebrală, accident vascular trombotic, cu afazie, hematom intracranian), realizând captarea încrederii bolnavului și diminuând astfel agitația. Calm și autoritar, medicul va prescrie tratamentul sedativ adecvat. Psihotropele sedative vor fi precedate de un examen cardiac și vor fi administrate în doze moderate la persoanele vârstnice. Uneori este necesară imobilizarea pacienților. Pentru un pacient speriat, poate fi folositor diazepamul (5 – 10 mg). Pentru un pacient mai agitat calmarea rapidă este obținută cel mai bine cu 2 – 10 mg. de haloperidol, injectat intramuscular și repetat, dacă este necesar, la fiecare jumătate de oră sau o oră, până la maximum de 60 mg, în 24 ore (depinzând de greutatea pacientului și starea sa fizică). Clorpromazina (75 – 150 mg. intramuscular) este o alternativă mai sedativă față de haloperidol, dar mai probabil hipotensivă. Când pacientul este calm, haloperidolul poate fi continuat în doze mai mici, de obicei de trei-patru ori pe zi și preferabil per os, folosind un sirop, dacă pacientul nu va înghiți tablete. Doza depinde de greutatea pacientului și de răspunsul inițial la medicamente.

Tratamentul medicamentos vizează, de obicei, următoarele trei obiective:

- a) suprimarea sau diminuarea stării de agitație;
- b) combaterea substratului etiologic, când acesta poate fi depistat;

c) menținerea unei bune stări generale a organismului prin administrarea de fortifiante și analeptice cardiovasculare, care să prevină instalarea unui colaps.

Tratamentul este deci complex, adaptat diferitelor forme de agitație, ca și fiecărui caz în parte, ținându-se seama de factorii etiologici, vârstă etc.

Medicamentul cel mai utilizat în stările de agitație a rămas încă Clorpromazina, sub formă injectabilă; se administrează 25 – 75 mg în injecții i.m. profund. În cazurile de agitație anxioasă se preferă Levomepromazina injectabil, o fiolă de 25 mg administrată i.m. profund, iar în agitațiile din epilepsie se utilizează fenobarbitalul injectabil (1 – 2 fiole i.m.).

Un efect deosebit de bun în stările de agitație îl are Haloperidolul; avantajele lor constau în efectul hipotensor minim și în producerea sedării bolnavului fără să-l adoarmă.

În foarte multe cazuri se recurge la asocierile medicamentoase de tipul:

- Clorpromazin (1 fiolă a 25 mg) + Diazepam (1 fiolă a 10 mg);
- Levomepromazin (1 fiolă a 25 mg) + Diazepam (1 fiolă a 10 mg);
- Clorpromazin (1 fiolă a 25 mg) + Haloperidol (1 fiolă a 5 mg);
- Clorpromazin (1 fiolă a 25 mg) + Fenobarbital (1 fiolă a 200 mg);
- Fenobarbital (1 fiolă a 200 mg) + Diazepam (1 fiolă a 10 mg).

La pacienții, care acceptă medicația și căroră le este foarte frică de injecții, se poate folosi, pentru combaterea stărilor de agitație, medicația orală: Levomepromazin (50 – 75 mg), Tioridazin (100 – 150 mg), Diazepam (20 – 30 mg) etc., Neuleptilul sau Haloperidolul în picături (Neuleptilul soluție 4% se administrează 10 – 30 de picături; 1 – picătură echivalează cu un miligram; Haloperidolul soluție 2% se administrează în doză de 30 – 90 de picături; 10 picături echivalează cu un miligram) se recomandă în acele cazuri de agitație, în care se impune administrarea medicației în alimente sau apă, fără știrea bolnavului (de exemplu, la demenți, oligofreni agitați).

După administrarea medicației neuroleptice, agitația bolnavului se calmează în 15 – 20 de minute. Dacă simptomatologia persistă, se repetă doza inițială din oră în oră, până se obține sedarea. La creșterea dozelor vom ține seama de vârsta bolnavului (prudența sa impune la persoanele vârstnice), de posibila existență a unor afecțiuni somatice. Pentru a evita scăderea marcată a tensiunii arteriale, se recomandă asocierea unor analeptice cardiovasculare.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE INHIBIȚIE PSIHOMOTORIE.**

Stupoarea se caracterizează printr-o imobilitate completă sau aproape completă, bolnavii sunt inerți, nu răspund solicitărilor din afară sau reacționează tardiv și vag, mimica rămâne împietrită într-o expresie de durere sau anxietate în stările depresive, sau complet inexpressivă (amimie) ca în stările stuporoase din catatonie, ca și din tulburările grave de conștiință (sopor și comă). După fenomenologia sa, stupoarea din bolile psihice îmbracă aspecte particulare, în funcție de intensitate tulburărilor psihice (nevrotice, psihopatică, psihotice, confuzive) și de aspectele particulare ale entității nosologice în cadrul căreia apare. Astfel, stupoarea nevrotică și psihopatică este depistată în special în isterie, unde survine brusc, în urma unor situații conflictuale puternice. Ea se manifestă printr-o „atitudine de refuz a realității”, bolnavul prezentându-se ca și cum ar fi fost drogat. Mimica exprimă anxietate sau poate prezenta aspectul unei hipomimii sau amimii însoțite de hipertonie și tremor al extremităților, însă în această stare pacientul reacționează la psihoterapia prin sugestie. În stupoarea de intensitate psihotică (stupoarea melancolică, stupoarea schizofrenică, stupoarea confuzională, stupoarea epileptică), tabloul clinic variază în funcție de entitatea nosologică și de tulburarea lucidității conștiinței. Astfel, stupoarea melancolică se caracterizează prin facies melancolic. În stupoarea schizofrenică, faciesul este amimic sau animat de paramimii, bolnavul rămâne akinetic și prezintă uneori hipertoniile localizate și variabile, iar alteori – o atitudine cataleptică. Este interesant de precizat, că, în stupoarea schizofrenică, bolnavul participă



pasiv la activitatea anturajului, astfel că ulterior poate reda cu exactitate evenimentele consumate în perioada respectivă. În stupoarea confuzivă de origine somatică, toxică, infecțioasă (cu evoluție gravă) activitatea psihică pare aproape suspendată. Această stare interferă adesea cu stări confuziv-delirante oneiroide, care lasă unele frânturi mnezice din perioada stuporoasă. Stupoarea epileptică se prezintă sub forma stuporii confuzionale și succedă de obicei criza convulsivă.

Totala inerție motorie (însoțită de o ușoară hipertonie musculară), în timpul căreia bolnavul păstrează vreme îndelungată poziția în care se află sau atitudinea imprimată de examinator, este cunoscută în psihopatologie sub denumirea de catalepsie. Întrucât prin hipertonie musculară corpul își păstrează mult timp poziția imprimată și poate fi modelat asemenea unui obiect de ceară, catalepsia a mai primit denumirea de flexibilitate ceroasă. În toate aceste situații, examenul electromiografic nu evidențiază nimic specific, rezultatul său fiind asemănător cu acela din contracția musculară voluntară. Catalepsia se identifică nu numai în catatonie, ci și în stările de sugestie hipnotică, în isterie, unde realizează „criza cataleptică” sau „somnul cataleptic”, stare brusc instalată, însoțită de îngustarea conștiinței și caracterizată prin hipertonie în hiperextensie, realizând atitudinea în arc de cerc. Spre deosebire de criza cataleptică, somnul cataleptic se prezintă ca o inhibiție motorie completă, care, datorită absenței hipertoniilor, poate oferi impresia de moarte aparentă, cu atât mai mult cu cât această stare are o durată îndelungată, iar respirația bolnavilor este imperceptibilă. Deoarece o serie de manifestări hiper-, hipo- și akinetice se depistează frecvent în catatonie, redăm câteva din elementele constitutive ale acestei stări. Clinicienii au tendința de a asocia această stare, în exclusivitate, cu schizofrenia, în ciuda faptului că acest sindrom se identifică frecvent în asociere cu episoade afective, boli neurologice, efecte secundare ale medicamentelor. Schizofrenia și tulburările afective majore sunt cele mai frecvente cauze psihice. În schizofrenia catatonică, atitudinile și posturile forțate, negativismul sunt elementele esențiale.

Abordarea bolnavului trebuie să fie sistematică și clară, datorită etiologiei plurifactoriale a sindromului. În ciuda aparentei, pacienții sunt conștienți, în stare de veghe și își pot reaminti evenimentele și conversațiile, care s-au produs în timpul episodului. Diagnosticul este dificil de stabilit, chiar și la pacienți cu o tulburare psihică majoră, deoarece ea poate fi considerată o manifestare a afecțiunii de bază, o consecință a tratamentului cu neuroleptice, o complicație a unui consum de droguri sau a unei boli neurologice concomitente.

Diagnosticul diferențial începe cu excluderea ipotezei organice:

- condiții somatice (hipercalcemia, encefalopatia hepatică, pelagra, cetoacidoza diabetică);
  - condiții neurologice (encefalite, boala Parkinson, leziuni ale lobului frontal sau temporal, stări post-ictale);
  - condiții farmacologice și toxice (neuroleptice, corticosteroizii);
- Tabloul de diagnostic diferențial va continua cu:

### ***Măsurile de prim ajutor***

1. Tab. Risperidone 2mg
2. Antidepresive (imipramină, anafranil, sertralină, paroxetină).
3. Terapie electroconvulsivantă 7 – 10 ședințe.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE PACIENT CATATONIC**

### **PACIENTUL CATATONIC**

Catatonie este un sindrom a dereglării motorii caracterizat de stupor fluctuant, mutism, negativism, posturare, stereotipie, supunere automată și manierisme. Pentru a stabili diagnoza sunt necesare de la două la patru caracteristici. Dereglarea motorie este prezentă atunci când pacientul

are capacitatea de a se mișca normal dar nu o face. Dificultățile includ și dificultatea de a începe și opri mișcările, postură înmărmurită și timp de reacție anormal sau neadecvat. Un alt sindrom de dereglare motorie este Parkinsonismul.

Recunoscând sau obținând caracteristicile catatoniei va determina diagnosticare simplă în cadrul urgenței. Catatonie, totuși, este o stare neurotoxică și potențial letală asociată cu multe condiții toxice, metabolice și neuropsihiatrice. Patofiziologia acesteia rămâne neclară, dar multitudinea de etiologii cel mai probabil reflectă o cale finală comună ce include dereglarea circuitelor lobului frontal și ariilor reglatorii motorii a creierului. Clinicienii psihiatrici din urgență trebuie să cunoască etiologiile catatoniei la fel și stările cu care se confundă aceasta. Fiind recunoscută, catatonie poate fi tratată sigur și eficient, indiferent de cauza ce stătea la bază.

## Epidemiologia

Cheia clinică pentru catatonie este căutarea acesteia. Identificarea catatoniei, totuși, este des omisă, ce conduce la concluzia falsă că sindromul este rar. Într-un studiu larg în Olanda pe pacienți psihotici acuti spitalizați, echipa de tratament a recunoscut 2% să fie catatonici, pe când evaluarea sistematică a identificat 18% (Van der Heijden et al. 2005). Studii cu un design similar au descoperit că circa 10% din pacienții acuti spitalizați erau catatonici (Taylor and Fink 2003). Catatonie este des întâlnită și în cadrul pacienților cu tulburări neurologice și medicale generale grave și la persoanele cu tulburări din spectrul autistic la care prevalența se apropie de 20% (Taylor and Fink 2003). G. Bush, G. Petrides, and A. Francis (comunicare personală, 1999) au raportat că din 249 pacienți consecutivi psihiatrici din sala de urgență la un spital universitar, 7% erau catatonici.

Aceleași studii sistematice au demonstrat că catatonie are mai multe prezentări și pacienții cu catatonie des nu sunt nici muți nici imobili. Formele de catatonie excitate sunt caracterizate de activitatea motorie excesivă, dezorientare, confuzie și confabulare fantastică. În formele inhibitate a catatoniei (de ex. sindromul Kahlbaum), pacienții sunt în stupor cu un nivel scăzut de reacționare la stimuli verbali sau nocivi. Ei pot păstra o conservare substanțială a conștiinței, dar vorbirea și mișcările spontane sunt absente sau reduse la un minim și analgezia generalizată poate fi prezentă.

Pacientul din secția de urgență trebuie să fie examinat pentru catatonie când el sau ea prezintă o lipsă de cooperare pasivă, rigiditate musculară neasociată cu boala Parkinson, comportament considerat că reflectă tulburarea de conversie sau simulare, delirium excitat, comportament asemănător convulsiilor, mutism și paternuri de vorbire bizară neconsistentă cu afazia sau oricare din caracteristicile clasice descrise mai jos (vezi secțiunea „Examinarea”). Evoluția catatoniei poate fi ori simplă ori malignă. Când luăm în considerare necesitatea prescrierii unui antipsihotic, medicul din secția de urgență ar trebui inițial să evalueze pacientul la catatonie din cauză că în majoritatea cazurilor catatonie malignă este declanșată de antipsihotice și are loc în pacienții dehidratați cu caracteristici catatonice neobservate.

## Examinarea

Mulți pacienți cu catatonie vorbesc și se mișcă (Abrams and Taylor 1976). Tulburările asociate afective, de vorbire și limbaj precum și simptomele psihotice pot fi atât de intense că clinicienii pierd total din vedere semnele motorii. Mutismul și stuporul sunt semnele clasice, dar izolat ele nu sunt patognomonice. Numărul de simptome și durata acestora necesară pentru diagnoză nu au fost stabilite experimental, dar mulți pacienți demonstrează patru sau mai multe semne (Abrams and Taylor 1976).

## Simptome observate în catatonie

- **Stupor** – stare de alertă scăzută în care pacienții sunt hipoactivi și au răspunsuri diminuate la stimuli verbali sau dureroși. Stuporul este similar în aparență cu sedarea conștiinței – pacientul pare zăpăcit.
- **Excitație** – pacienții sunt impulsivi și stereotipici, cu accese bruște de vorbire, cântat, dansat și ruperea hainelor sale. Mișcări stereotipice complexe pot fi frenetice. Pacienții pot fi iritabili și să

distruge obiecte sau să se lezeze pe ei sau pe alții. Această stare poate să alterneze subit cu stuporul.

- **Mutism** – pacienții sunt conștienți dar verbal neresponsivi. Mutismul nu este mereu asociat cu imobilitatea și poate apărea selectiv. Mutismul include o lipsă de vorbire spontană asociată cu răspundere lentă la întrebări utilizând răspunsuri automate așa ca „Eu nu știu” (vorbire promptă) și făcând discursul de un volum progresiv mai mic până când atinge nivelul unui mormăit abia audibil (vorbire prosectică).
- **Comportamente stimulate** – Echolalia este prezentă când pacientul repetă enunțurile examinatorului. Echopraxia este prezentă când pacientul copie spontan mișcările examinatorului sau este incapabil de a se reține să nu copie mișcările de test ale examinatorului în pofida instrucțiunii contrare. Comportament utilizator este atunci când pacientul pare obligat să utilizeze obiecte (de ex. ridică obiecte, stingerea și aprinderea luminii, includerea alarmei la incendiu, intrarea în salonul altor pacienți).
- **Manierismul verbal** include vorbirea robotizată, sindromul accentului străin și verbigeratia (repetarea constantă a unor cuvinte sau fraze fără sens) sau palilalia (repetarea automată a cuvintelor sau frazelor pronunțate cu viteză crescândă).
- **Stereotipia** – mișcări repetitive, fără direcționare către un scop care sunt des incomode sau rigide. Ele pot fi complexe și sub formă de ritual sau simple (grimase, mișcări a limbii, buzelor, mușcări, adușmecări, atingeri/ palpări automate).
- **Maniersime** – pacientul face mișcări bizare, intenționate așa ca ținerea mâinilor de parcă ar fi arme de foc, salutarea trecătorilor sau să facă caricaturi exagerate sau pompoase a mișcărilor obișnuite/ lumești.

### Semne provocate în catatonie

- **Ambitendință** – pacientul pare „blocat”, într-o mișcare indecisă, ezitantă, rezultată din contradicerea verbală de către examinator a semnelor puternice non-verbale a lui/ei, așa ca oferirea mâinii pentru a strânge mâna în semn de salut în paralel spunând, „Nu-mi strânge mâna; nu vreau să o strângi”.
- **Posturare (catalepsie)** – Pacientul menține o poziție pentru mult timp. Exemple obișnuite sunt a sta în picioare într-o cameră sau să stea culcat în aceeași poziție în pat sau pe o sofă toată ziua. Exemple mai frapante sunt curbare exagerată, a sta în pat cu capul și umerii ridicați și fără suport de parcă ar fi o pernă (perna psihologică), starea culcată în poziție de briceag, stând cu părțile superioare și inferioare ale corpului sucite sub un unghi drept, menținerea brațelor deasupra capului sau ridicate într-o manieră de rugăciune și menținerea degetelor și mâinilor într-o poziție bizară.
- **Flexibilitate ceroasă** – Rezistența rigidă inițială a pacientului la manipulările examinatorului este gradul trecută, permițând re poziționare (așa ca la îndoirea lumânării).
- **Supunere automată (mitgehen)** – În pofida instrucțiunilor contrare („fii moale și lasă-mă să fac tot lucrul ... nu mă ajuta ... prefăte că dormi”), pacientul se mișcă la presiunea ușoară a examinatorului într-o nouă poziție (postură), care ulterior poate fi menținută de pacient în pofida instrucțiunilor contrare. Se necesită de testat bilateral din cauză că semnul poate fi rezultatul leziunii cerebrale contralaterale.
- **Negativism** – Pacientul rezistă manipulărilor examinatorului, fie ușor sau viguros, cu puterea echivalentă celei aplicate, de parcă corelat cu stimulul acțiunilor examinatorului. Negativismul în interacțiunea dintre pacient și personal poate fi interpretat eronat ca „comportament rău”, include dormirea sub pat, merg în baie la rugămintea dar se murdăresc acolo, se întorc când li se vorbește, refuză să deschidă ochii, închid gura când li se oferă mâncare sau lichide.
- **Stimul legat de vorbire** – Ca răspuns la rugămintea clinicianului, „Când eu ating nasul meu, tu ating pieptul tău”, pacientul atinge nasul său într-un comportament ca în oglindă în pofida faptului că înțelege instrucțiunea.

## Managementul

Odată recunoscută, catatoniea poate fi tratată eficient și rapid. Strategia generală este de a omite medicamente antipsihotice, menținerea echilibrului hidric și electrolic, utilizarea de lorazepam pentru sedare și a se considera TEC ca tratament definitiv. Catatoniea răspunde bine la tratament, indiferent de cauza ce a stat la bază. Nici numărul și nici patternul simptomelor catatonice nu prezice răspunsul la tratament. Strategia cea mai sigură de a preveni recădere este de a continua ca tratament de menținere orice prescriere ce a fost eficientă pe parcursul bolii acute.

## Asigurarea Stabilizării și Siguranței

Pe cât de îmbucurător este faptul că catatoniea e tratabilă, totuși ea poate fi letală. Pacienții cu catatonie, în special cu un sindrom cu debut acut, necesită protecție și îngrijire, efectuate cel mai bine în condiții de spital. Pacienții cu forme de excitație catatonice ar putea necesita izolare și fixare pentru a asigura siguranța lor și a celor din jur. Semnele vitale ale pacientului ar trebui măsurate imediat. Pacienții cu forme maligne de catatonie, ce pot implica hipertermie, hiper sau hipotensiune, tahicardie și tahipnee cu saturație scăzută în oxigen, ar trebui tratați în cadrul urgențelor medicale generale cu suport hemodinamic, îngrijire intensivă la nivel de nursing și evaluări rapide a semnelor de catatonie malignă, inclusiv deshidratare, insuficiență renală și dereglări electrolitice (de ex. hiperkaliemie).

## Evitarea preparatelor antipsihotice

Pentru a evita precipitarea unei reacții neurotoxice, tratamentul cu preparate antipsihotice trebuie să fie discontinuat și evitat. Medicamente antipsihotice cu potență înaltă, în special haloperidol, sunt utilizate des pentru a reduce excitația și comportamentul agresiv, dar la pacienții cu catatonie, utilizarea acestor preparate crește riscul dezvoltării catatoniei maligne (CM) sau sindromului neuroleptic malign (SNM). Aproape toți antagoniștii dopaminici au fost asociați cu CM/SNM, deși antipsihoticele convenționale cu potență înaltă sunt asociate cu un risc mai mare comparativ cu omologii de potență joasă și atipicii. Steiner și co. (2004) au raportat că timp de o perioadă mai mare de 7 ani, doar antipsihoticele tipice au fost implicate în 57% cazuri de CM/SNM. Deși antipsihoticele atipice sunt presupuse mai sigure decât omologii săi tipici, CM/SNM a fost înregistrat la fiecare din preparatele antipsihotice atipice, și un număr semnificativ de cazuri de CM/SNM au loc la doze terapeutice a acestor medicamente (Fink and Taylor 2003).

O reacție toxică este mult mai posibilă dacă pacienții sunt deshidratați, primesc medicația parenteral sau cu o viteză de titrare înaltă sau dacă primesc concomitent doze înalte de litium. Pacienții cu manie ce sunt febrili sau au avut un epizod de catatonie în antecedente sunt mai susceptibili la dezvoltarea CM/SNM cu haloperidol și alte medicamente antipsihotice cu potență înaltă.

## Tratamentul cu Benzodiazepine

Dacă este identificată cauza specifică a catatoniei (de ex. statut epileptic neconvulsiv, delirium indus anticholinergic, un sindrom de toxicitate alcoolică), tratamentul cauzei devine prioritate. Dacă nici o cauză specifică nu este recunoscută rapid, pacientul cu catatonie este tratat cel mai bine cu benzodiazepine. Cea mai mare experiență este cu lorazepam și diazepam. Aceste preparate sunt eficiente. Aproape 70-80% din pacienți cu catatonie malignă răspund la monoterapie cu lorazepam (Hawkins et al. 1995; Koek and Mervis 1999; Schmider et al. 1999; Ungvari et al. 1994). Benzodiazepinele sunt sigure și aritmii cardiace sunt extrem de rare. Deoarece reducerea excitației și somnul au loc cu mult înaintea inhibiției respiratorii (adică pragul sedării este mult mai jos decât pragul pentru inhibiția respiratorie), chiar și doze înalte administrate intravenos sunt la un nivel cu mult mai jos decât complicațiile posibile. Administrare intravenoasă inițială de asemenea permite dozare atentă.

Doze mai mari decât de obicei de lorazepam sunt necesare de administrat pentru a fi eficiente. Într-un studiu, de exemplu, lorazepam 8-24 mg/zi a oferit 70-80% remisiune (Petrides and Fink 2000). Pentru pacienții stuporoși, dozarea începe de la 1-2mg x3/zi și este crescută cu câte 3mg în

fiecare zi fiecare 1-2 zile conform toleranței. Dacă nici o ușurare substanțială nu are loc după câteva zile, TEC (Tratament ElectroConvulsiv) bilateral este tratamentul de elecție și poate fi salvator de viață. Pentru pacienții excitați, dozele de lorazepam trebuie să fie înalte și repetate la intervale frecvente. Pacienții cu delirium manical în mod tipic necesită fixare, urmată de lorazepam 2-4mg i.v., în dependență de masa pacientului, fiecare 20 minute până când pacientul este calm, dar conștient. Pentru pacienții cu febră, hipertensiune, tahicardie și tahipnee, lorazepam 2mg i.v. ar trebui de administrat fiecare 8 ore, cu majorarea cu 3mg/zi la necesitate. Dozarea ulterioară depinde de echilibrul dintre răspuns cu sedare. Eșecul în a răspunde în două zile justifică TEC bilateral, programat inițial ca tratament zilnic. În cazuri extreme de excitație catatonică, a fost necesară anestezie generală.

În mod tipic, un curs de tratament acut cu succes va dura circa 4-10 zile. Când catatonია este rezolvată cu benzodiazepine, tratamentul ulterior a psihopatologiei asociate modifică algoritmiul standard de tratament pentru a evita medicamentele antipsihotice inductoare a catatoniei, inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) și agoniștii a acidului gamma-aminobutiric tip B (GABAB). Pentru a menține remisiunea, benzodiazepinele sunt continuate în doze eficiente pentru 3-6 luni și ulterior încet micșorate.

### **Terapia Electro Convulsivă (TEC)**

Când provocarea cu benzodiazepine nu obține îmbunătățire măsurabilă, pregătirea către TEC se face imediat. Un test provocător eșuat (adică, după 2-3mg de lorazepam sau echivalent) prezice un proces clinic prelungit și des eșuat cu benzodiazepine. Așteptând până când tratamentul este considerat eșuat înainte de obținerea consimțământului informat, evaluărilor de laborator și examinărilor pentru TEC vor prelungi inutil boala pacientului și vor crește riscul decesului.

TEC-ul se administrează la o frecvență individualizată cu plasarea electrozilor bitemporal și curenți cu puls-scurt. Aproximativ 90% din pacienții catatonici trec în remisiune după TEC, chiar și acei ce nu au răspuns la benzodiazepine. TEC nu doar va ușura catatonია dar de asemenea poate ameliora psihopatologia ce stă la bază, în mod particular tulburarea bipolară. TEC este sigur și eficient la pacienții care au stări medicale generale ce sunt cauza sau comorbide cu catatonია. Deși stările medicale generale pot limita utilizarea benzodiazepinelor, dantrolenei sau agoniștilor dopaminici, nu există contraindicații absolute pentru utilizarea TEC-ului. Oricând este necesar un tratament rapid și definitiv, TEC este tratamentul de elecție pentru catatonია de orice severitate, la gama cea mai largă de pacienți și cu practic orice comorbiditate. Această întrebare trebuie luată în considerare când se determină înclinația pacientului spitalizat pentru un pacient catatonic.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE CATATONIE MALIGNĂ/ SINDROM NEUROLEPTIC MALIGN**

Catatonია Malignă (CM) este o stare amenințătoare pentru viață caracterizată de simptome motorii de catatonία combinate cu febră și instabilitate autonomică (vegetativă). Pacienți cu CM pot avea de asemenea rigiditate musculară, posturare, negativism (gegenhalten), tremor, febră, diaforeză și tahipnee cu oxigenare neadecvată (Adland 1947; Fricchione et al. 2000). CM este forma cea mai severă de catatonία și justifică îngrijiri intensive. Fără tratament adecvat, pacienții pot deceda leziune musculară și rezultând în insuficiență renală.

CM este identic clinic cu Sindromul Neuroleptic Malign (SNM), și este probabil că SNM și CM reflectă aceeași patofiziologie, diferențiindu-se doar în SNM prin administrarea anterioară a unui medicament antipsihotic (Carroll and Taylor 1997; Fricchione 1985). CM a fost descris anterior dezvoltării medicamentelor antipsihotice și SNM are caracteristicile clinice care nu pot fi diferențiate de CM. SNM a fost de asemenea asociat cu preparate în afara clasei antipsihotice și cu stări medicale generale necorelate cu expunerea la vreun medicament (Caroff and Mann 1993).

Necesitatea imediată în managementul pacienților cu CM/SNM include discontinuare medicamentelor antipsihotice; protejarea pacientului când este excitat și delirios; reglarea temperaturii și hidratării; îngrijiri intensive de nursing pentru a preveni trombozele vaselor profunde, aspirație și pierderea integrității pielii. TEC oferă tratament eficient a CM, cu rate de răspuns generale raportate în literatură cu limite între 63% și 91% (Troller and Sachdev 1999). Necesită să fie administrat cât mai devreme posibil și intens la pacienții fibrili pentru a conține boala. Când tratamentul este amânat peste 5 zile de îngrijiri spitalicești, mortalitatea crește brusc peste 10%.

### **Puncte Clinice Cheie**

- Catatonie este un sindrom de dereglare motorie, cel mai des asociat cu tulburări afective (nu schizofrenia).
- Catatonie poate fi ușor identificată când două sau mai multe simptome clasice sunt prezente la examinare (stupor, mutism, negativism, posturare, stereotipie, supunere automată).
- Cea mai deasă eroare în evaluarea catatoniei este a nu o lua în considerare în diagnosticul diferențiat și de a nu efectua o examinare din cauza unei credințe eronate că toți pacienții cu catatonie sunt muți, imobili și înghețați într-o singură poziție.
- Pacienții cu catatonie se împart în două grupe largi, acei cu 1) tulburări afective, 2) patologii neurologice, 3) expunere la un medicament antipsihotic sau serotoninergic și 4) tulburări metabolice.
- Catatonie este o stare neurotoxică și letală potențială; este mai bine de considerat sindromul neuroleptic malign și sindromul serotoninic toxic ca forme maligne de catatonie cu fiziopatologie și tratament similar.
- Management sigur și eficient include evitarea medicamentelor antipsihotice, prescrierea de lorazepam pentru ușurarea simptomelor și trecerea rapidă la terapia electroconvulsivă ca tratament definitiv.

## **TULBURĂRILE DE MIȘCARE INDUSE DE MEDICAȚIE**

### **I. Introducere generală**

Medicamentele antipsihotice tipice se asociază cu o serie de efecte adverse neurologice disconfortante și potențial severe. Antipsihoticele tipice acționează prin blocarea legării dopaminei de receptorii dopaminici implicați în controlul mișcărilor voluntare și involuntare. Antipsihoticele noi – antagoniștii serotoninei–dopaminei – blochează legarea de receptorii dopaminici într-o măsură mult mai mică și au o probabilitate mai mică de a produce astfel de sindroame. Tulburările de mișcare includ:

- (1) parkinsonismul indus de neuroleptice,
- (2) distonia acută indusă de neuroleptice,
- (3) akatizia acută indusă de neuroleptice,
- (4) diskinezia tardivă indusă de neuroleptice,
- (5) sindromul neuroleptic malign și
- (6) tremorul postural indus de medicație.

### **II. Parkinsonismul indus de neuroleptice**

**A. Diagnostic, semne și simptome.** Simptomele includ creșterea tonusului muscular (rigiditate în „țeavă de plumb“), rigiditate în roată dințată, mers taraind picioarele, postură încovoiată și scurgerea salivei la colțurile gurii (*drooling*). Tremorul sub forma semnului pilulei – din parkinsonismul idiopatic – este rar, dar poate să fie prezent mai frecvent un tremor regulat, lipsit de finețe, asemănător tremorului esențial. Un alt efect parkinsonian indus de antipsihotice este tremorul

focal, perioral, denumit uneori **sindromul iepurelui**, dar acesta survine mai tarziu pe parcursul tratamentului decat alte tremoruri.

**B. Epidemiologie.** Efectele adverse parkinsoniene apar la aproximativ 15% din bolnavii tratați cu antipsihotice, de regulă în decurs de 5 până la 90 de zile de la instituirea tratamentului. Femeile sunt afectate cam de două ori mai frecvent decat bărbații, iar tulburările pot să apară la orice varstă, deși cel mai frecvent se manifestă după 40 de ani.

**C. Etiologie.** Sunt cauzate de blocarea transmisiei dopaminergice în tractul nigro-striatal. Simptomele pot să fie produse de orice antipsihotic și în special de produsele cu potență ridicată și cu niveluri reduse ale activității anticolinergice (de ex., trifluoperazina – Stelazine). Este improbabil să fie implicate clorpromazina (Thorazine) și tioridazinul (Mellaril) 1.

**D. Diagnostic diferențial.** Include parkinsonismul idiopatic, alte cauze organice ale parkinsonismului, precum și depresia, care se poate asocia cu simptome parkinsoniene.

**E. Tratament.** Se poate trata cu agenți anticolinergici, cu amantadină (Symadine) sau cu difenhidramină (Benadryl). Anticolinergicele trebuie întrerupte după 4 până la 6 săptămâni, pentru a se vedea dacă bolnavul nu a dezvoltat toleranță față de efectele parkinsoniene; în jur de jumătate din pacienții cu parkinsonism medicamentos necesită continuarea tratamentului antiparkinsonian. Chiar și după întreruperea antipsihoticelor, simptomele parkinsoniene pot să persiste timp de până la 2 săptămâni și chiar până la 3 luni la bolnavii în varstă. La acești bolnavi se poate continua medicamentul anticolinergic și după întreruperea antipsihoticelor, până la dispariția completă a simptomelor parkinsoniene.

### III. Distonia acută indusă de neuroleptice

**A. Diagnostic, semne și simptome.** Mișcările distonice sunt rezultatul unei contracturi sau al unui spasm muscular lent, susținut, și sunt involuntare. Distonia poate să implice gatul (torticolis sau retrocolis spasmodic), mandibula (închiderea forțată a gurii, rezultând în dislocări de mandibulă sau trismus), limba (protruzii, răsucire) sau întregul corp (opistotonus). Afectarea ochilor rezultă în crize oculogire, caracterizate prin îndreptarea în sus și lateral a ochilor. Alte distonii include blefarospasmul și distonia glosio-faringiană, care produce dizartrie, disfagie și chiar dificultăți respiratorii ce pot să cauzeze cianoză. Copiii sunt predispuși în mod particular la opistotonus, scolioză, lordoză și mișcări de reptăție ale corpului. Distonia poate să fie dureroasă și anxioasă și duce frecvent la noncompliance față de viitoarele regimuri terapeutice medicamentoase.

**B. Epidemiologie.** În jur de 10% din bolnavi fac distonie ca efect advers al antipsihoticelor, de obicei în primele ore sau zile de tratament. Distonia are frecvență maximă la bărbații tineri (< 40 de ani), dar poate să apară la orice varstă și sex.

**C. Etiologie.** Deși apare cel mai frecvent după administrarea IM de antipsihotice cu potență ridicată, distonia poate să succedă administrării oricărui antipsihotic. Este cel mai puțin frecventă în cazul tioridazinului și este infrecventă în cazul risperidonului. Se consideră că mecanismul de producere este legat de hiperactivitatea dopaminergică din ganglionii bazali, care se produce atunci când nivelurile de medicament antipsihotic din SNC încep să scadă între doze.

**D. Diagnostic diferențial.** Include convulsiile și diskinezia tardivă.

**E. Evoluție și prognostic.** Distonia poate să aibă fluctuații spontane și poate să răspundă la reasigurări, dând medicului impresia falsă că tulburarea de mișcare este isterică sau că este în întregime sub control conștient.

**F. Tratament.** Profilaxia cu anticolinergice sau alte medicamente (vezi Tabelul 27–1) previne, de regulă, distonia, cu toate că riscurile tratamentului anticolinergic profilactic contrabalansează cu mult acest beneficiu. Aproape întotdeauna simptomele dispar după tratament cu anticolinergice administrate intramuscular sau cu difenhidramină administrată intravenos sau intramuscular (50 mg). De asemenea, s-a mai raportat eficiența diazepamului (10 mg intravenos), a amobarbitalului (Amytal), a cafeinei natriu benzoice și a hipnozei. Deși, de obicei, față de acest efect advers se dezvoltă toleranță, uneori este prudent să se schimbe antipsihoticul dacă bolnavul este deosebit de îngrijorat de posibilitatea repetării reacției.

#### IV. Akatizia acută indusă de neuroleptice

**A. Diagnostic, semne și simptome.** Akatizia este o senzație subiectivă de disconfort muscular care îl poate face pe bolnav să fie agitat, să meargă în continuu, să se ridice și să se așeze în succesiune rapidă și să se simtă în general disforic. Simptomele sunt în primul rând motorii și nu pot fi controlate voluntar de către bolnav. Akatizia poate să apară oricând pe parcursul tratamentului. Odată ce a fost recunoscută și diagnosticată, dozele de antipsihotice trebuie să fie reduse la nivelul minim efectiv.

**B. Tratament.** Se poate încerca tratament cu anticolinergice sau cu amantadină, cu toate că aceste medicamente nu sunt deosebit de eficiente în akatizie. Alte medicamente, care ar putea fi mai eficiente, includ propranololul (Inderal) (30 până la 120 mg pe zi), benzodiazepinele și clonidina (Catapres). În unele cazuri de akatizie nici un tratament nu pare să fie eficient.

#### V. Diskinezia tardivă indusă de neuroleptice

**A. Diagnostic, semne și simptome.** Diskinezia tardivă este un efect întârziat al neurolepticelor care se manifestă rareori mai devreme de 6 luni de tratament. Tulburarea constă din mișcări anormale coreo-atetozice, involuntare și regulate ale mușchilor capului, membrilor și trunchiului. Severitatea mișcărilor se întinde de la cea minimă – adesea neremarcată de pacient sau de membrii familiei sale – până la cea intens incapacitantă. Cele mai frecvente sunt mișcările periorale, care includ mișcările protruzive sau de răsucire ale limbii, mișcările de masticație sau laterale ale mandibulei, protruzia buzelor și grimasele faciale. De asemenea, sunt frecvente și mișcările degetelor și încheștarea mainii. În cazurile severe apar torticolis, retrocolis, răsucirea trunchiului sau mișcări pelvine. S-a raportat și diskinezie respiratorie. Diskinezia este exacerbată de stres și dispare în cursul somnului.

**B. Epidemiologie.** Diskinezia tardivă apare la 10–20% din bolnavii tratați cu neuroleptice timp de peste un an. În jur de 15–20% din bolnavii spitalizați pe termen lung au diskinezie tardivă. Femeile sunt afectate mai frecvent decât bărbații, iar copiii, pacienții în vârstă de peste 50 de ani și bolnavii cu leziuni cerebrale sau cu tulburări ale dispoziției sunt, de asemenea, expuși unui risc ridicat.

**C. Evoluție și prognostic.** Între 5% și 40% din totalul cazurilor de diskinezie tardivă se remit în cele din urmă, proporție care atinge între 50% și 90% din cazurile ușoare. Totuși, diskinezia tardivă se remite mai puțin frecvent la varstnici decât la bolnavii mai tineri.

**D. Tratament.** Cele trei abordări de bază ale diskineziei tardive sunt prevenția, diagnosticul și managementul. Prevenția se realizează cel mai bine prin prescrierea medicației antipsihotice numai atunci când ea este clar indicată și în dozele cele mai mici care sunt încă eficiente. Antipsihoticele noi (de ex., risperidonul) se asociază cu mai puțină diskinezie tardivă decât antipsihoticele mai vechi. Din momentul în care diskinezia tardivă a fost recunoscută, psihiatrul trebuie să ia în considerare reducerea dozelor de antipsihotic sau chiar întreruperea medicației. Ca o alternativă, medicul poate să treacă bolnavul pe clozapină sau pe unul din noii antagoniști ai receptorilor dopaminici, cum ar fi risperidonul, olanzapina sau quetiapina. La bolnavii care nu pot să mai reducă efectiv de litiu, carbamazepină (Tegretol) sau de benzodiazepine.

#### VI. Sindromul neuroleptic malign

**A. Diagnostic, semne și simptome.** Sindromul neuroleptic malign este o complicație cu potențial letal, care poate să apară în orice moment pe parcursul tratamentului antipsihotic. Simptomele sale motorii și comportamentale includ rigiditate și distonie musculară, akatizie, mutism, obnubilare și agitație. Simptomele autonome includ hiperpirexie (până la 42°C), transpirații și creșterea pulsului și tensiunii arteriale. Datele de laborator includ leucocitoză, creșterea creatin fosfokinazei, a enzimelor hepatice și a mioglobinei plasmatică, precum și mioglobinurie, însoțită uneori de insuficiență renală.

**B. Epidemiologie.** Bărbații sunt afectați mai frecvent decât femeile, iar bolnavii tineri sunt afectați mai des decât cei mai în vârstă. Rata mortalității poate să atingă 20–30% sau chiar mai mult atunci când sunt implicate medicamente antipsihotice depozit.



**C. Fiziopatologie.** Necunoscută.

**D. Evoluție și prognostic.** Simptomele se instalează, de regulă, pe parcursul a 24–72 de ore iar sindromul netratat durează 10–14 zile. În fazele inițiale diagnosticul este adesea ratat, iar retragerea sau agitația pacientului pot să fie apreciate eronat ca manifestări ale unei exacerbari a psihozei.

**E. Tratament.** Primul pas terapeutic este întreruperea imediată a medicamentelor antipsihotice; suport medical pentru răcirea pacientului; monitorizarea semnelor vitale, a electroliților, a balanței hidrice și a excreției renale; tratamentul simptomatic al febrei. Medicația antiparkinsoniană poate să reducă parțial rigiditatea musculară. Dantrolenul (Dantrium), un relaxant al musculaturii scheletale (0,8–2,5 mg/kg la fiecare 6 ore, până la un dozaj total de 10 mg pe zi) poate să fie util în tratamentul acestei tulburări. Din momentul în care pacientul poate să ia medicație orală, dantrolenul se poate administra în doze de 100 până la 200 mg/zi. Se mai pot adăuga la tratament bromocriptina (20 până la 30 mg/zi în patru prize egale) sau, poate, amantadina. Tratamentul trebuie continuat timp de 5 până la 10 zile. La reinstituirea tratamentului antipsihotic psihiatrul trebuie să ia în considerare trecerea la un medicament cu potență joasă sau la unul din noii antagoniști ai serotoninei/dopaminei (de ex., clozapină), cu toate că s-a raportat că sindromul neuroleptic malign a apărut și în cursul tratamentului cu clozapină.

## VII. Tremorul postural indus de medicație

**A. Diagnostic, semne și simptome.** Este o alterare ritmică a mișcărilor, de obicei mai rapidă decât o dată pe secundă.

**B. Epidemiologie.** Tipic, tremorul descrește în perioadele de relaxare și somn și crește odată cu stresul sau anxietatea.

**C. Etiologie.** În timp ce toate diagnosticele enumerate până acum în acest capitol se asociază specific cu tratamentul neuroleptic, tremorul poate să fie produs de o serie întreagă de alte medicamente psihotrope – în special de litiu, antidepresive și valproat (Depakene).

**D. Tratament.** Tratamentul implică patru principii.

1. Se va administra doza de medicament cea mai mică posibil.
2. Bolnavii își vor reduce la minimum consumul de cafeină.
3. Medicația psihotropă trebuie luată la culcare, pentru a reduce la minimum perioada diurnă de tremor.
4. Antagoniștii receptorilor  $\beta$ -adrenergici (de ex., propranololul – Inderal) se pot administra pentru tratamentul tremorului indus de medicație.

## PACIENTUL PSIHOTIC

### Definiții

*Psihoză* – se referă la „idei delirante, orice halucinații importante, vorbire dezorganizată sau comportament dezorganizat sau cataton”.

*Idei delirante* – sunt „convingeri eronate ce în mod obișnuit implică o interpretare eronată a percepției sau experienței”.

*Halucinații* – sunt percepții senzoriale care nu sunt bazate pe realitate și pot fi olfactorii, vizuale, tactile, auditive și chiar și gustative.

*Vorbire dezorganizată* – are loc când pacientul nu se mai poate exprima coerent prin propoziții structurate.

*Comportament dezorganizat* – poate include acțiuni de violență subite, fără provocare; comportament sexual neadecvat; sau incapacitatea de a se îmbrăca corect.

*Comportament catatonic* – include imobilitate, posturare și mutism.

## Consultația inițială a pacientului

### Modul de prezentare

Un pacient poate să se prezinte în sala de urgență fiind adus de ambulanță, să vină din propria voință sau să fie adus în sala de urgență de familie, prieteni, străini sau personalul din cadrul organelor de drept. Pacienții care se prezintă în sala de urgență pentru psihoză cad în mod general în trei categorii mari:

1. Cei ce se prezintă cu acuze medicale/ somatice;
2. Cei ce se prezintă cu acuze sociale;
3. Cei ce se prezintă cu acuze psihiatrice.

Cauze obișnuite pentru care așa pacienți solicită ajutor sunt: halucinații, sentiment de persecuție sau idei paranoidă, simptome afective sau stresori sociali. Pacienții des prezintă plângeri despre lipsă de loc de trai, dificultăți financiare sau alte probleme sociale, doar pentru a descoperi că sunt la fel de flagrant psihotici; un pacient care solicită o intervenție socială sau pare că are motive secundare pentru prezentare în sala de urgență necesită o evaluare deplină.

Pacienții psihotici sunt îndreptați în sala de urgență de către cineva. Comportament intolerabil de comunitate, așa ca violența, agresiunea, agitația și comportament dezorganizat sau neadecvat va rezulta în implicarea fie a serviciului organelor de drept sau serviciului medical de urgență. Pacienții cu idei delirante de persecuție pot face multe plângeri despre alții către organizații organelor de drept și finisează cu îndreptarea la evaluare, de obicei mulțumită unui ofițer din organele de drept îngrijorat. Familiile indivizilor psihotici pot aduce pe cei dragi la serviciile de urgență pentru comportament agresiv sau pot ei pot să comunice că pacienții nu mai mănâncă, nu dorm, se comportă neadecvat sau nu pot avea grijă de sine într-un careva alt mod.

### Evaluarea inițială și Managementul

Evaluarea inițială psihiatrică este separată de interviul deplin ce va urma și are un singur scop: să evalueze pericolul și să mențină un mediu sigur. Orice pacient ce este fizic violent la ajungerea în sala de urgență necesită o evaluare imediată și ar putea avea nevoie de intervenții urgente comportamentale și/ sau farmacologice. În schimb, un pacient ce ajunge în sala de urgență psihiatrică într-o careva formă de constrângere poate să nu mai necesite această evaluare inițială.

Din păcate, unii pacienți acut psihotici nu vor răspunde la intervențiile verbale sau demonstrația forței. În așa caz, în mod obișnuit, următorul pas pentru asigurarea siguranței atât a pacientului cât și a personalului și micșorare șansei situațiilor potențial periculoase, implică intervenții farmacologice, constrângere fizică sau ambele.

Medicul curant are câteva opțiuni de ales în determinarea intervenției farmacologice optime pentru pacientul psihotic agitat acut: care medicație să utilizeze, în ce doză, și pe cele cale de administrare. Majoritatea secțiilor de urgență folosesc fie forma medicamentoasă intramusculară sau orală pentru rezolvarea psihozei. În afară de cazul când pacientul este violent fizic sau în pericolul iminent de a deveni astfel, o practică bună, ce ar putea ajuta la stabilirea unui raport mai bun cu pacientul, este de a oferi chiar și aparent celor mai agitați pacienți opțiunea de a lua medicamentele oral (Currier et al. 2004). Când medicația intramusculară este necesară, este recomandat de a avea inițial la îndemână personalul necesar pentru constrângerea fizică a pacientului, dacă e necesar, din cauză că orice tentativă de a administra o injecție unui pacient agitat involuntar fără cel puțin o fixare temporară reprezintă un risc semnificativ de înțepare cu acul sau alte tipuri de leziuni pentru toți cei implicați.

Tratamentul tradițional al agitației și psihozei în cadrul urgențelor presupune doze mari de antipsihotice tipice așa ca haloperidol (Hillard 1998). Cu timpul, aceste doze au fost reduse datorită riscului de efecte adverse așa ca distonia acută. Antipsihoticele rămân a fi sprijinul temeinic a tratamentului pentru agitație acută și psihoză în multe secții de urgență.

Benzodiazepinele, așa ca lorazepam, sunt la fel des folosite.

De curând, antipsihoticele atipice, au fost folosite pentru a trata psihoza în secțiile de urgență; olanzepin, ziprasidon și aripiprazol sunt disponibile în forme intramusculare cu acțiune de

scurtă durată. Dacă agitația pacientului sau starea psihotică acută poate fi soluționată cu medicație orală, clinicienii au o gamă mai largă din care pot alege. Alegerea care medicament de administrat pentru agitație și în ce doze, trebuie să fie adaptat individual. În absența oricărei informații clinice ulterioare, unui pacient psihotic dar din alte puncte de vedere sănătos, fără alergii cunoscute, i se poate administra combinația de haloperidol și lorazepam.

### **Evaluarea Pacientului Psihotic**

După triajul inițial și evaluarea pacientului psihotic, pacientul trebuie să fie plasat într-un mediu sigur. Ulterior evaluarea psihiatrică deplină poate începe. Pe parcursul interviului, aceleași măsuri de siguranță care se aplică tuturor pacienților psihiatrici ar trebui urmați îndeaproape.

### **Consultația**

Evaluarea pacientului psihotic ar trebui să includă, maximal cât pacientul poate tolera, o anamneză și o examinare a statutului psihic completă. În cadrul examinării statutului psihic, mai mult timp trebuie să se acorde scoaterii la iveală a simptomelor psihotice de la pacient. Formularea întrebărilor pentru obținerea informației necesare într-o manieră ne-amenințătoare ce este confirmată de pacient este critică pentru stabilirea alianței terapeutice. Arii importante la care se necesită de atras atenție în cadrul examinării statutului psihic al pacientului psihotic includ: abstractizarea, caracterizarea proceselor și conținutului gândirii și caracterizarea preocupărilor interne. Pacienții ar trebui întrebați despre halucinații într-o manieră minimal posibil stigmatizatoare, în special pacienții ce retrăiesc primul episod psihotic.

Atunci când halucinațiile sunt prezente, este important de a întreba dacă pacientul aude una sau mai multe voci, dacă vocile vorbesc despre pacient sau cu pacientul, și care este conținutul halucinațiilor. Pacienții trebuie să fie întrebați despre halucinații auditive imperative.

Întrebări despre idei delirante ar trebui să acopere gama celor mai întâlnite tipuri de delir: persecutiv, somatic, religios și de grandoare. Pe parcursul chestionării ideilor delirante, intervievatorul ar trebui să păsească atent, căci orice raport fragil care s-a reușit a stabili cu pacientul paranoid sau franc delirant poate fi negat dacă clinicianul pare să pună sub semnul întrebării sau să provoace credința ferm susținută de pacient; pe de altă parte, nu este niciodată o practică acceptabilă de a complota cu ideile delirante ale pacientului. În cazul ideilor delirante somatice, un pacient prezentând acuze somatice trebuie să primească o examinare medicală amănunțită și adecvată, chiar dacă pacientul are o tulburare psihotică primară și în mod particular dacă nu există nici o documentație în privința examinării somatice făcute anterior în trecut.

După completarea evaluării psihiatrice, clinicianul trebuie să construiască diagnosticul diferențiat. Pentru toți pacienții ce se prezintă în secția psihiatrică de urgență, este în general de ajutor de a gândi despre diagnostic diferențiat în termen de câteva categorii largi în care simptomele ar putea să se încadreze:

1. Condiții medical (patologii somatice);
2. Condiții induse de substanțe;
3. Tulburări psihotice;
4. Tulburări afective;
5. Tulburări anxioase.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE PACIENT PSIHOTIC CONDIȚIONAT DE PATOLOGII SOMATICE**

Deși problemele medicale sunt de obicei cele mai rare cauze de simptome la pacienții care au fost deja triați către psihiatrie, pacienții trebuie examinați pentru condiții medicale, în primul rând din cauza că o problemă medicală prezintă o cauză a simptomelor potențial mai rapid reversibilă și din cauză că scăparea unei condiții medicale poate cauza consecințe dezastruoase. Clinicianul nu trebuie să se pripească la concluzionarea că pacientul care pare a fi psihotic are o

condiție psihiatrică primară. Des aceste simptome includ delirium, un sindrom caracterizat de statut psihic fluctuant care de asemenea poate fi acompaniat de simptome psihotice, inclusiv dezorganizare, halucinații (în particular halucinații vizuale), și credințe eronate care de obicei nu sunt rigide.

Luând în considerare toate posibilele cauze medicale a simptomelor psihotice, este dificil de a determina examinarea medicală adecvată pentru pacientul psihotic (în mod particular din cauză că majoritatea acestor condiții sunt rare și testele cel mai probabil vor fi cu un randament scăzut). Indiferent de anamneza psihiatrică, fiecare pacient ce se prezintă cu simptome psihotice ar trebui minimum investigat: analiza generală desfășurată a sângelui, un profil metabolic cuprinzător, testarea la TSH și sifilis. Luând în considerare prevalența și beneficiul adițional ca măsură de sănătate publică, testarea HIV la fel ar trebui să fie încurajată.

Tratamentul pentru psihoză secundară unei condiții medicale generale ar fi bine de abordat în sensul soluționării condiției medicale ce stă la bază și este de obicei cel mai bine realizat într-o secție somatică cu consultația psihiatrului.

### **Stări induse de substanțe (SPA)**

O varietate de substanțe pot cauza simptome psihotice, pe parcursul ori a fazei intoxicaționale sau a fazei de sevraj. Abuzul de substanțe poate de asemenea predispuce pacienții la căderi și alte accidente cu traume cranio-cerebrale consecutive, care ulterior prezintă simptome psihiatrice. Este important de a nu cădea în capcană prin atribuirea acestor simptome abuzului de substanțe, din cauză că scăparea unei leziuni craniene poate avea consecințe dezastruoase pentru pacient. Pacienții cu abuz de substanțe care se prezintă cu debut de simptome psihotice trebuie examinați pentru evidența traumelor cranio-cerebrale, și, dacă prezente, trebuie de obținut.

Toți pacienții care se prezintă cu simptome psihotice în secția de urgență trebuie să fie screenați la abuz de SPA prin teste toxicologice din urină și ser. Tratamentul pentru psihozele induse de substanțe de obicei implică menținerea siguranței pacientului în cadrul psihiatric cu intervenții suportive până când simptomele se rezolvă. O excepție de la regula dată este delirium tremens, ce necesită un management medical agresiv (des în cadrul secției de terapie intensivă) pentru a preveni convulsii, aspirații și deces. În pofida faptului că pacienții cu psihoze induse de substanțe des nu au o tulburare psihotică la bază, ei pot beneficia de antipsihotice și benzodiazepine la necesitate pe parcursul episodului pentru a soluționa simptomele lor, în mod particular dacă agitația este importantă.

## **URGENTĂ PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE PACIENT PSIHOTIC CU SCHIZOFRENIE ȘI PSIHOZE SCHIZOAFECTIVE**

Posibil cele mai evidente diagnoze ce trebuie considerate când un pacient prezintă simptome psihotice includ schizofrenia, tulburarea schizoafectivă, tulburarea schizotipală și episodul psihotic scurt. Aceste diagnoze se diferențiază între ele una de cealaltă prin anamneza obținută de la pacient și informația colaterală despre durata, prezența sau absența simptomelor afective și prezența sau absența stresorilor. Mai jos este o trecere în revistă a criteriilor pentru fiecare diagnoză (APA 2000):

- *Schizofrenie*. Cel puțin 6 luni de simptome, și cel puțin o lună cu cel puțin două din următoarele simptome: idei delirante, halucinații, vorbire dezorganizată, comportament grav dezorganizat sau catatonic, simptome negative.
- *Tulburare schizoafectivă*. Cel puțin 6 luni de simptome, inclusiv atât simptome psihotice cât și afective, cu prezența simptomelor psihotice pentru cel puțin 2 săptămâni în absența simptomelor afective la un moment dat pe parcursul bolii.
- *Tulburare schizofreniformă*. Cel puțin o lună, dar mai puțin de 6 luni de simptome psihotice.
- *Episod psihotic scurt*. Simptomele psihotice se instalează și total se rezolvă în mai puțin de o lună; simptomele sunt des cauzate de prezența unui stresor acut. Tratamentul pentru tulburările

psihotice primare de obicei implică utilizarea agenților antipsihotici combinați cu psihoterapie suportivă.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE PACIENT PSIHOTIC CU TULBURĂRI AFECTIVE**

Atât episoadele maniacale cât și episoadele depresive majore pot prezenta simptome psihotice. Luând în considerare că tulburările afective sunt mult mai dese ca tulburările psihotice primare și că tratamentul și pronosticul sunt diferite pentru pacienții cu tulburări afective cu simptome psihotice comparativ cu pacienții cu tulburări psihotice primare, toți pacienții ce prezintă simptome psihotice trebuie evaluați îndeaproape, atât în timpul consultației cât și în obținerea informației colaterale, pentru prezența simptomelor afective. Simptome psihotice care sunt prezente pe parcursul episoadelor afective sunt de obicei congruente cu dispoziția (de ex., pacientul maniacal poate avea idei delirante de grandoare, pe când pacientul depresiv poate avea idei delirante negativiste, așa ca: organele sale putrezesc/ se descompun).

Tratamentul pentru tulburările afective cu simptome psihotice include tratament farmacologic, atât pentru simptome afective cât și pentru simptomele psihotice, precum și psihoterapie.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE PACIENT PSIHOTIC CU TULBURĂRI DE ANXIETATE**

Unele prezentări clinice severe a unor tulburări anxioase pot părea psihotice și această posibilitate trebuie luată în considerație la pacienții care se adresează la secția de urgență. Unii pacienți cu tulburare obsesiv-compulsivă pot să-și mențină gândurile obsesive cu o așa rigiditate sau pot prezenta așa niște ritualuri bizare încât să pară psihotici. Pacienții care sunt în mijlocul retrăirii episodului din cadrul tulburării de stres posttraumatic de asemenea pot să pară psihotici. Aceste fenomene subliniază importanța obținerii unei treceri în revistă complete a simptomelor psihiatrice pe parcursul interviului, din cauză că tratamentul acestei patologii va fi foarte diferit de cel al unei tulburări psihotice primare.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE SCHIZOFRENIE FEBRILĂ**

Este o formă cu debut brusc, de obicei, hiperacut și hipertoxic, ce poate evolua spre confuzie mentală (de tip delirant-oneiroid). De cele mai multe ori, se manifestă prin alternanțe între stări de agitație psihomotorie marcată și stări de inhibiție cu tensiune anxioasă mare, întretăiată de raptusuri cu manifestări auto- și heteroagresive (bolnavii sar din pat și lovesc, își scot cu brutalitate sonda sau acul de perfuzie etc.). Stare de agitație și mai ales, negativismul alimentar total agravează și mai mult starea generală.

Tabloul clinic este completat de grave tulburări vegetative (alternări) ale tensiunii arteriale, acrocianoză, hipertermie, transpirații abundente, deshidratare și uneori hemoragii spontane). Pacienții care suferă de o astfel de formă, deși rară, dar întâlnită și în prezent, decedează în aproximativ două săptămâni, în stare de hipertermie acută, cu VSH crescută, hiperleucocitoză.

### Luarea unei decizii unui tratament adecvat

Clinicianul va avea de obicei o impresie bună despre ceea ce crede că sunt parametri adecvați de tratament, îndată după finisarea evaluării detaliate riscurilor. Dacă pacientul psihotic este motivat să urmeze recomandările clinicianului, decizia despre ce pași următori în acest punct este ușoară. Dacă clinicianul crede că pacientul ar beneficia de stabilizare în spital (fie din cauza nivelului de risc sau din cauza că tratamentul în staționar ar facilita o soluționare mai rapidă și tratarea simptomelor pacientului), atunci pacientul poate fi internat cu consimțământul liber. Alternativ, dacă clinicianul simte că pacientul poate fi externat în siguranță cu un grad înalt de ajutor ambulator, el sau ea poate să se simtă reasigurat că pacientul cel mai probabil va fi compliant cu intervențiile necesare. Dacă un pacient psihotic nu este motivat să se trateze sau dacă pacientul activ refuză tratamentul, atunci alegerea unor parametri de tratament este cu mult mai dificilă. O lipsă de motivație pentru tratament este des asociată cu un grad de severitate a simptomelor mai înalt, o impresie clinică de pericol pentru alții mai importantă, suspiciozitate marcantă și grandoare (Mulder et al. 2005). Des, asemenea situații necesită spitalizare involuntară. Clinicianul face față dificultăților când pacientul nu întrunește standardele legale pentru spitalizare forțată dar este improbabil că va urma tratamentul ambulator. În așa cazuri, clinicianul încearcă să construiască o alianță terapeutică și să crească motivația pacientului în cadrul urgențelor (posibil prin utilizarea unor așa tehnici ca interviul motivațional). Clinicianul la fel poate încerca să mobilizeze ajutorul social al pacientului (inclusiv familia, prietenii și furnizorii de tratament așa ca managerii de caz) de a încuraja complianța pacientului față de urmărirea ambulatorie și de a monitoriza îndeaproape orice înrăutățire a simptomelor care ar determina pacientul să se reîntoarcă sala de urgență.

Odată ce o decizie de a spitaliza pacientul a fost luată fie voluntar fie forțat clinicianul în secția de urgență este responsabil de inițierea planului de tratament până când pacientul este reevaluat de echipa din spital (staționare). La acest moment, evaluarea medicală detaliată ar trebui să fie deja inițiată și clinicianul ar trebui să comunice echipei staționare care teste sau probleme medicale necesită să fie urmărite. O sarcină ce des cade pe umerii clinicianului din urgență este de a iniția sau de a schimba schema de tratament farmacologic a pacientului. Modificările farmacologice sunt des necesare pentru a reduce nivelul de risc a pacientului în secția spitalului, de exemplu, dacă ea sau el deja a demonstrat agitație în cadrul sălii de urgență. Totuși, în această eră de tratament manageriat și spitalizări scurte, este des necesar, chiar dacă agitația nu a fost prezentă, de a face modificări a tratamentului imediat – mai degrabă decât să aștepte ca echipa staționară să ia decizia a doua zi – pentru a facilita managementul rapid a simptomelor. Ceea ce urmează este o listă scurtă de factori ce trebuie luați în considerare în alegerea agenților neuroleptici pentru pacienții psihotici:

- *Efecte adverse.* Antipsihotice atipice (generație a doua) prezintă un risc mai important de sindrom metabolic, pe când antipsihoticele tipice (generația întâi) prezintă un risc mai mare de simptome extrapiramidale, dischinezie tardivă și sindrom neuroleptic malign. Fiecare situație a pacienților trebuie considerată individual în baza tolerabilității a efectelor adverse și orice anamneză personală sau familială (de ex. diabet) ce ar expune la un risc mai mare față de aceste efecte adverse.
- *Anamneza personală* (sau anamneza familială) de răspuns la un agent anumit.
- *Potențial de non-complianță.* Pacientul care este considerat că are risc înalt de a trișa pe parcursul spitalizării ar putea necesita un antipsihotic în formă lichidă sau tablete dizolvabile. Pacientul care ar avea nevoie de o hotărâre judecătorească pentru medicație din cauza obiecției poate beneficia de un antipsihotic ce este disponibil în formă injectabilă cu acțiune de scurtă durată. Pacientul care este în risc cronic pentru non-complianță în cadrul ambulator, chiar după ce este stabilizat în cadrul staționarului, poate beneficia maximal prin inițierea unui antipsihotic în formă orală care de asemenea este disponibil în formă injectabilă prelungită, pe care pacientul poate fi ulterior titrat.
- *Probleme de cost și accesibilitate.* Este important de a asigura că după externare pacientul va fi capabil de a obține medicația începută; altfel, pacientul mult mai probabil va deveni non-compliant pe viitor. Dacă este neasigurat, pacientul trebuie tratat de la început cu un

medicament pe care el sau ea va fi capabil de a-l procura după externare, sau clinicianul ar trebui să inițieze eforturi în direcția asigurării medicale a pacientului. Dacă pacientul este asigurat dar planul de asigurări limitează agenții disponibili, el sau ea ar trebui tratați inițial cu un agent din lista asigurată dacă e posibil în caz contrar se necesită a face o cerere către compania de asigurări pentru agentul din afara listei.

- *Frecvența dozelor.* Pacienții tind să aibă o rată mai mare de complianță față de medicamentele ce se dozează o dată în zi comparativ cu cele ce necesită mai multe doze.

### **Rolul Psihiatrului ca Psihoeducator**

Psihiatrul joacă un rol vital în oferirea de psihoeducare a pacienților și a familiilor acestora. Des, clinicianul din urgență este primul lucrător din sfera sănătății mintale ce contactează cu pacientul la debutul primului episod psihotic, pacient, care ar putea să nu aibă nici o informație despre diagnoza sau despre modul în care sistemul sănătății mintale funcționează. Frecvent, pacienții cu psihoză se prezintă în sala de urgență într-o stare paranoidă și eșecul clinicianului de a oferi informații despre cauza luării unei decizii de internare sau externare, sau de ce anume acest tratament a fost indicat, doar servesc la agravarea paranoiei, lăsând pacientul să aibă nevoie să ghicească de ce clinicianul face ceea ce face, și des în final atribuind un motiv răuvoitor clinicianului.

Același lucru poate fi des adevărat pentru familii, care văd că persoana dragă este bolnavă, dar, cunoscând persoana din starea sănătoasă, o consideră pe ea sau el mai capabilă de a avea grijă de sine decât este pacientul în realitate. Ulterior familiile percep măsurile coercitive, așa ca medicația prolongată și internarea forțată, mai degrabă ca victimizare decât ca ajutor persoanei dragi. Psihoeducarea servește pentru a schimba aceste preconcepții eronate și ajută la construirea unei alianțe în care pacientul și familia sunt participanți activi în planul de tratament. Această alianță merită timpul investit necesar pentru a oferi psihoeducare chiar și în cele mai aglomerate săli de urgență.

### **Puncte clinice cheie**

- Psihoza este caracterizată de idei delirante, halucinații și vorbirea și comportamentul dezorganizat.
- Deși tulburările psihotice primare așa ca schizofrenia sunt cele mai evidente cauze, pacienții prezentând psihoză necesită să fie evaluați atent la prezența unor condiții medicale, abuz de SPA și alte condiții psihiatrice care ar putea cauza simptomele acestora.
- Se necesită atenție în evaluare pacientului psihotic pentru a menține siguranța pe parcursul obținerii anamnezei de la pacient sau surse colaterale.
- Examinarea anamnezei factorilor de risc pentru violență sau auto-vătămare va oferi informația necesară pentru luarea deciziei necesității spitalizării și tratamentului de mai departe.
- Medicația antipsihotică joacă un rol cheie atât în controlul agitației cât și în soluționarea simptomelor psihotice, dar intervențiile non-farmacologice așa ca psihoeducarea de asemenea sunt vitale în tratamentul pacienților psihotici în cadrul urgențelor.

## **PACIENTUL ANXIOS**

Toți resimțim anxietatea. Absența completă a acesteia este probabil extrem de rară, extrem de patologică și poate chiar incompatibilă cu o viață de lungă durată. Oricine se află acut amenințat ar trebui să resimtă unele elemente de anxietate, atât psihologic/ emoțional cât și fizic. Activarea

sistemului nervos simpatic este un aspect normal a răspunsului la o amenințare și este un component normal a pregătirii fizice de a răspunde la sau face față cu amenințarea. Totuși, anxietatea de asemenea poate să apară în absența unei amenințări adevărate sau să apară într-un exces important față de magnitudinea amenințării. La unii oameni, pare să fie prezent mereu. Când apare neadecvat, excesiv sau necontrolabil și produce afectare în funcții critice a vieții, anxietatea este considerată patologică și o tulburare anxioasă este prezentă cel mai probabil.

Prima provocare în evaluarea pacienților ce se prezintă în secția de urgență este diferențierea urgenței medicale adevărate, ce necesită intervenții specifice pentru a salva viața sau minimiza leziunile tisulare, de o situație acută ce implică riscuri imediate mai puține. Prezența unei anxietăți extreme nu înseamnă prin sine că riscul real este mic, deoarece amenințările medicale serioase, așa ca durerile în regiunea cardiacă din cadrul infarctului miocardic iminent, pot genera frici foarte intense. Prin urmare, prima regulă în managementul anxietății în secția de urgență este de a nu lăsa să vă împiedice în evaluarea atentă a urgenței medicale ce necesită intervenție promptă.

De îndată ce riscurile medicale sunt excluse și cel mai probabil este identificată o problemă psihosocială sau psihiatrică, siguranța încă nu e asigurată, deci pasul următor este evaluarea atentă a riscului psihiatric. Obiectivele primare la acest moment sunt riscul de suicid și comportamente autovătămătoare și riscul de heteroagresivitate. Pacienții doar cu tulburări anxioase sunt rar violenți, dar anxietatea crește riscul pentru violență și pacienții foarte anxioși ar putea foarte bine avea alte tulburări (de ex., psihoza paranoidă, tulburare de personalitate tip borderline) în care riscul pentru leziuni față de sine sau alții este foarte înalt.

Tulburările anxioase sunt foarte des întâlnite; cel puțin unu din patru persoane poate fi afectat de cel puțin una din cele șase tulburări anxioase. Aceste tulburări au loc mai des la femei decât la bărbați și sunt mai obișnuite la persoanele cu nivel socioeconomic scăzut. Tulburarea de panică are o prevalență pe parcursul vieții de 1.5-5% și este des comorbidă cu alte tulburări. Din pacienții cu tulburare de panică 91% au cel puțin o altă diagnoză psihiatrică. Un nivel de comorbiditate similar este raportat la tulburarea de anxietate generalizată, ce are o prevalență pe parcursul vieții de 5%. Până la 25% din populație poate avea o fobie specifică. Prevalența pe parcursul vieții a tulburării de anxietate socială este estimată variat între 3 și 13%. Prevalența pe parcursul vieții a tulburării de stres posttraumatice este de aproximativ 8%, deși prevalența este mai înaltă în populații specifice, așa ca veteranii din lupte. Prevalența pe parcursul vieții a tulburării obsesiv-compulsive este de 2-3% (Sadock and Sadock 2003).

## URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE ATAC DE PANICĂ

Anxietatea poate fi o stare cronică sau subcronică, dar este re trăită și acut. Debut subit a anxietății acute este cel mai des este re trăit ca frică. O creștere subită a fricii poate la fel de bine fi un răspuns adecvat la o amenințare adevărată, dar poate să apară și în absența amenințării sub formă de atacuri de panică. Frica subit-instalată este des însoțită de activarea sistemului nervos simpatic, ce poate să ducă la creșterea frecvenței cardiace (tahicardie), midriază (pupile dilatate) și alte schimbări fiziologice ce pregătesc organismul să răspundă la amenințare. Ele declanșează o înaltă vigilență atât față de stimulii externi cât și față de stările interne (organice, proprioceptive), scanând organismul la surse de risc care ar necesita răspuns imediat. Vigilența este asociată cu creșterea conștientizării senzațiilor fizice. Într-un atac de panică, în special când factori amenințatori din mediu real nu sunt prezenți, aceste senzații fizice sunt interpretate ele însele ca sursă de amenințare, cauzând focusarea atenției pe ele și ducând la creșterea senzațiilor care ar putea include: palpitații, dispnee, amețelă, derealizare, parestezie și/sau greață. Aceste senzații la rândul său cresc vigilența și sentimentul de amenințare astfel generând gândire catastrofică (de ex., „Fac un atac de cord”), astfel creând o creștere ciclică a „fricii de frică” ce culminează într-un atac în plină floare (deplin). Senzațiile subiective a stărilor alterate a corpului de obicei depășesc cu mult orice schimbare reală în parametrii fiziologici.



În timp ce un atac de panică reflectă o activare anormală a sistemului fricii, totuși a avea un atac de panică nu înseamnă numai că o persoană are tulburare de panică. Mai mult de o treime din populație va avea un atac de panică o dată în viața lor, dar mai puțin de 5% vor dezvolta tulburarea de panică (Sadock and Sadock 2003). Fiecare om poartă cu sine capacitatea de a panica ca răspuns la perceperea unei amenințări. Un singur atac, fiind ca răspuns la o amenințare reală sau nu, nu constituie o tulburare. Unii oameni pot avea chiar atacuri recurente, dar le soluționează eficient și nu suferă nici o deteriorare, și deci nu se califică pentru o diagnoză. Totuși, dacă cel puțin un atac a fost spontan, și se dezvoltă frica de alte atacuri ulterioare și funcția este afectată, tulburarea de panică este cel mai probabil prezentă. Mulți pacienți cu panică de asemenea dezvoltă agorafobie, ce implică frică și evitare a spațiilor din care va fi dificil de a evada, cu frică specifică de a avea un atac de panică și de a fi incapabil de a fugi. Nu toate atacurile de panică ce duc la comportament evitant sunt datorate tulburării de panică. Când atacurile nu apar niciodată spontan dar sunt consistent declanșate de factori specifici, o diagnoză mai adecvată ar fi fobia specifică. Obiecte fobice tipice pot varia de la animale mici (de ex., păianjeni, șerpi, câini) la situații problematice particulare (de ex., înălțimi, spații închise, avioane, furtuni). Dacă factorii declanșatori se focusează pe atenția socială frica de rușine în public, diagnoza poate fi tulburarea de anxietate socială.

Persoanele cu atacuri de panică care sunt mereu declanșate de factori specifici des reușesc să soluționeze atacurile prin evitarea atentă a factorilor declanșatori, deși abilitatea de a face asta depinde de cât de ușor de evitat sunt factorii declanșatori și „prețul” suportat pentru comportamentul evitant. De exemplu, evitarea păianjenilor este mult mai ușor decât evitarea situațiilor sociale sau tuturor formelor de transport public. Când apar atacurile spontan, precum se întâmplă în tulburarea de panică, utilizarea evitării pentru a face față este mai provocatoare și mai puțin eficientă; fiindcă factorii declanșatori nu sunt circumscriși, evitarea poate deveni pervasivă și invalidantă. Pacienții pot deveni legați de casă, ieșind din casă doar pentru a căuta ajutor medical pentru simptomele sale retrăite.

Aceste diferențe pot direcționa decizia tratamentului. Panica și evitarea corelată cu factori declanșatori circumscriși specifici poate fi tratată non-farmacologic, prin expunere și desensibilizare. Acest tratament este bazat pe principiul simplu că evitarea bazată pe frică de obicei implică declanșarea automată a semnalelor de alarmă la nivel subcortical al creierului și cea mai bună cale de decuplare a factorilor declanșatori de răspunsul automat este prin expunerea sistematică, graduală la factori într-o situație controlată, ce permite desensibilizarea răspunsului sistemului automat de alarmă de acești factori. Deși pacienții cu *atacuri* de panică pot avea comportamente evitante pentru care acest tip de tratament prin expunere ar putea fi util, pacienții cu *tulburare* de panică mult mai sigur vor avea nevoie și de intervenție farmacologică. Altfel diagnosticul diferențiat devine important chiar în secția de urgență, deoarece inițierea tratamentului farmacologic pentru o bine diagnosticată tulburare de panică va fi adecvat, dar evaluarea de către un specialist pe anxietate ar putea fi importantă înainte de inițierea medicației pentru fobie sau anxietate socială, pentru care tratamentul prin expunere ar putea fi cel de primă linie.

### **Managementul atacului de panică**

Atacurile de panică sunt evident înfricoșătoare și neconfortabile. Pacienții cu atacuri de panică se vor prezenta în secția de urgență cu suferință anxioasă intensă și anxietatea poate fi „contagioasă”, în special când amenințarea ce provoacă acest răspuns puternic nu poate fi localizată. Interacționând cu pacientul panicat, clinicianul trebuie să evite de a fi tras în vârtejul anxietății acestuia. Reasigurări false, așa ca insistența că nimic amenințător nu are loc chiar înainte de colectarea oricăror date care ar sprijini această impresie, sunt foarte improbabil de a fi de careva ajutor. Totuși, pacientul poate fi calmat prin asigurarea că pașii necesari vor fi făcuți pentru a identifica și de a soluționa orice amenințare și că suferința exprimată va fi luată în serios și redusă. Această abordare calmă va fi critică în construirea raportului necesar pentru evaluarea deplină a simptomelor prezentate, pentru a obține anamneza și testările necesare pentru a asigura că pacientul

nu are o condiție medicală mai urgentă și de a construi o bază pentru soluționarea productivă a anxietății acute.

Adițional la menținerea calmului și comportamentului încrezător, dar fără reasigurare falsă sau condescendentă, clinicianul poate face pași adiționali pentru a ajuta la calmarea pacientului. Atacurile de panică uneori sunt asociate de hiperventilare, care declanșează și intensifică simptomele fizice. Ajutând pacientul să încetinească respirația prin atenție și control poate fi de ajutor, atenționând că cheia este încetinirea respirației, nu adâncirea respirației, cu suficient volum respirator pentru o oxigenare adecvată, dar nu cu respirații uriașe ce vor ține pCO<sub>2</sub> (presiunea parțială a dioxidului de carbon) scăzută. Relaxarea musculară progresivă, cu tensionare sistematică și ulterior relaxare a diferitor grupe de mușchi a corpului, este util pentru unii pacienți. Reasigurare, pe parcursul obținerii de date, că pacientul nu pare a fi în pericol medical acut de asemenea poate ajuta. Inițierea educației – informarea pacientului că aceasta ar putea fi un atac de panică; că atacurile de panică sunt copleșitoare și înfricoșătoare dar nu cu adevărat amenințătoare; și dacă este un atac de panică, cel mai probabil va trece rezonabil de rapid dacă pacientul va permite să-și urmeze cursul – poate atât calma cât și pune baza pentru eforturile ulterioare de tratament. Această educație oferă bază pentru componenta cognitivă a terapiei cognitiv-comportamentale, ce a demonstrat eficacitate în tratarea panicii și care poate începe în secția de urgență. Componenta comportamentală implică expunere și desensibilizare la factorii care declanșează frica, dar cadrul acut nu este probabil cel mai adecvat context pentru inițierea acestei părți de lucru.

Altă metodă cognitivă utilizată în terapia cognitiv-comportamentală pentru panică ar putea fi utilă și pentru alți pacienți din secția de urgență. Aceasta presupune evaluarea interpretărilor catastrofice a pacientului cu panică care des sunt alipite de simptomele acestora prin explorarea dovezilor anamnestice relevante interpretării lor. De exemplu, pacientul care interpretează durerea în regiunea cardiacă ca dovadă că el/ ea are un atac de cord poate fi întrebat despre factorii de risc cardiac și împreună cu medicul poate deseori fi ajutat să vadă că el/ ea are mulți factori ce fac un atac de cord foarte improbabil; pacientul poate fi tânăr, lipsa unei anamneze familiale de patologie cardiacă, să aibă profilul metabolic favorabil, să aibă tensiune arterială normală ș.a.m.d. Dacă pacientul a avut episoade anterioare asemănătoare cu cel curent care nu s-au dovedit a fi atacuri de cord, aceasta poate fi discutat. Examinatorul poate să împărtășească propria experiență a sa despre pacienții cu simptome identice care s-au adresat la secția de urgență și s-a demonstrat că nu au avut atac de cord.

Dacă pacientul este preocupat de retrăiri înfricoșătoare care pot fi evaluate direct cu teste comportamentale, atunci aceasta ar putea avea un impact puternic, benefic. De exemplu, unii pacienți pot fi convinși că dacă se ridică în picioare, tensiunea lor arterială va cădea și ei vor leșina. Cu suportul adecvat, ei ar putea să fie dispuși să verifice această convingere, cu un monitor automat de tensiune arterială fixat și să vadă exact ce se întâmplă cu frecvența cardiacă și tensiunea lor arterială, cu educația necesară oferită ca să poată înțelege schimbările de pe monitor. Activând aceste gen de procese cognitive poate ajuta la a reduce focusarea și intensitatea emoțională.

Dacă atacul pacientului nu poate fi soluționat prin reasigurări și tipul de tehnici descrise mai sus, se va lua în considerație utilizarea benzodiazepinelor. Un agent cu o acțiune relativ de scurtă durată, așa ca lorazepam în doză de 0.5-1 mg, este de obicei suficient pentru un individ ce nu a primit niciodată benzodiazepine. Lorazepam poate fi utilizat intramuscular dacă pacientul este incapabil să ia o medicație orală. Utilizarea medicației este prezentată ca metodă secundară deoarece benzodiazepinele, chiar și cele cu acțiune rapidă așa ca alprazolam, au nevoie de timp ca să ajungă în patul vascular și să-și exercite efectul asupra creierului. Atacurile de panică des se reduc natural înainte ca medicamentul să-și facă efectul, dar pacienții vor atribui fals recuperarea lor medicamentului și rapid vor dezvolta o dependență psihologică privind accesul la el. Chiar și atunci când benzodiazepinele oferă ușurare, utilizarea acestora poate să sugereze pacientului că simptomele anxioase nu pot fi controlate sau suportate fără ajutor extern, diminuând eficiența proprie a pacientului și subminând tipul cognitiv și fiziologic de lucru care este important pentru optimizarea recuperării pe termen lung.

### **Tratamentul inițial a tulburării de panică**

Dacă panica este diagnosticată corect, un tratament adecvat poate fi inițiat în secția de urgență, utilizând atât metodele medicamentoase cât și non-farmacologice. Antidepresivele SSRI sunt medicamentele de elecție; ele pot reduce atât frecvența cât și intensitatea atacurilor de panică, și pot fi inițiate în secția de urgență (Wulsin et al. 2002). SSRI-urile au avantajul de a fi utile în tratamentul multor altor patologii comorbide care sunt des întâlnite la pacienții cu panică, inclusiv anxietate socială, tulburare de anxietate generalizată, PTSD și depresie. La prescrierea SSRI-urilor, clinicianul ar trebui să țină minte că acești pacienți au o sensibilitate interoceptivă crescută și o înclinație la gândire catastrofică despre senzațiile corporale. Din cauză că SSRI-urile pot cauza senzații corporale în primele zile până la săptămâni de tratament, riscul de a face atac de panică și de discontinuare abruptă a medicației în faza de titrare este înalt. SSRI-urile pot fi undeva activatoare la prima administrare, și pacienții cu panică sunt în mod particular sensibili la acest efect. Dacă este început la o doză prea înaltă sau fără pregătire adecvată, acest efect activator inițial poate conduce pe unii pacienți cu panică la refuzul oricăror eforturi viitoare de a primi un SSRI, cu toate că această activare inițială poate fi de fapt semn de pronostic pozitiv că tulburarea lor de panică va demonstra sensibilă până la final la acest medicament. Acest risc de sensibilitate timpuriu ar trebui soluționat prin instrucțiuni clare pacientului despre ce trebuie să se aștepte și o titrare foarte graduală a medicației de la dozele cele mai jos posibile de inițiere. Sertralina și citalopram sunt preparate bune de primă linie pentru pacienții cu panică. Sertralina are un foarte larg diapazon a dozelor, deci poate fi inițiată la o doză foarte joasă (12.5 mg/zi) și titrată încet la o doză țintă de 100-200mg/zi.

Citalopram este o alternativă bună, din cauză că tinde să fie minim activator, cu cele mai puține efecte corporale ce pot fi interpretate eronat de pacient pe parcursul titrării. Poate fi inițiat de la 2.5mg/zi și titrat la o doză țintă de 20-40 mg/zi. Cu oricare medicament, ritmul titrării poate fi ajustat la sensibilitatea individuală și trebuie efectuat sub supraveghere, așa că urmărirea îndeaproape este importantă. Un ritm de titrare foarte încet ar trebui utilizat în timp ce pacientul este în așteptarea urmării (la externare).

Dacă procesul a fost explicat adecvat, pacienții sofisticăți ar putea fi capabili de a învăța cum să ajusteze ritmul titrării singuri, în conformitate cu sensibilitatea lor activatoare. Benzodiazepine cu durată lungă de acțiune, așa ca clonazepam, pot fi prescrise într-o mod programat pentru a reduce sensibilitatea interoceptivă a pacientului pe parcursul titrării unui antidepresiv SSRI. O urmărire rapidă și un management activ a titrării medicației este cheia unui tratament reușit.

Management cognitiv a atacurilor de panică este piatra de temelie a tratamentului tulburării de panică și aceasta de asemenea poate și trebuie să fie inițiată în secția de urgență. Educarea pacienților despre cum amigdala și sistemul limbic procesează amenințările și generează frica și anxietatea normală, cu activarea fiziologică asociată ce este adaptivă când amenințarea reală există, poate duce la creșterea sentimentului de confort că senzațiile fizice retrăite pe parcursul atacului de panică sunt de fapt bazate pe creier, chiar dacă sunt conduse de o „alarmă falsă” generată de creier. Educarea și antrenamentul adecvat în cum să folosim această informație ca o metodă cognitivă de a face față poate să ajute la reducerea presiunii resimțite de acești pacienți de a persevera în evaluări medicale prin vizite adiționale la secția de urgență.

Precum discutat mai sus, pacienții pot fi ajutați să caute evidențe în propria experiență de viață și în a altora pentru a sprijini noțiunea că simptomele lor ar o explicație bazată pe biologie reală și neuroștiință modernă, că frica lor nu reflectă probleme psihologice și că alarma ce sună în creierul lor nu reflectă pericolul real. Simplul act de etichetare a senzațiilor fizice care sunt corelate cu anxietatea poate duce la creșterea stăpânirii senzațiilor și poate direct reduce activitate în cadrul circuitului fricii (Lieberman et al. 2007). Pornirea proceselor cognitive și angajarea în discuție cu sine despre retrăirile proprii fizice și emoționale interne poate de fapt reduce productivitate amigdalei ce generează sau susține ciclul panicii. Știind că etichetarea și gândirea atacă într-un fel sursa problemei poate crește motivația pacientului de a persevera în metodologia dată pentru a face față simptomelor sale.

Tehnici de relaxare – respirație încetinită și relaxarea musculară progresivă sunt abordări utile în managementul anxietății acute în secția de urgență. Dovezile sunt mixte dacă aceste tehnici adaugă semnificativ ceva la pachetul terapiei cognitiv-comportamentale standarde utilizate în tratamentul panicii, dar ele la sigur vor avea ceva valoare pentru unii pacienți pe parcursul eforturilor inițiale de a soluționa atotcopleșitoarea anxietate și iniția tratamentul complet. Respirație abdominală încetinită poate fi învățată în secția de urgență și prescrisă pentru durata a 5-20 minute, o dată sau de trei ori pe zi. Dacă o persoană este deja antrenată în această tehnică, poate fi uneori fi de ajutor de asemenea în atacurile acute. Relaxarea musculară progresivă poate fi la fel învățată în secția de urgență. În această tehnică, pacienții sunt rugați să scaneze grupurile de mușchi de la cap la degetele de la picioare consecutiv, contractând fiecare grup de mușchi pentru câteva secunde, ulterior relaxând grupul pentru o perioadă echivalentă de timp, focusându-se pe senzația generală de relaxare ce are loc și se răspândește când un mușchi tensionat este relaxat. Această tehnică uneori poate reduce tensiunea musculară ce se acumulează în tulburările anxioase. Ambele tehnici pot reduce direct excitarea emoțională, posibil prin activarea proceselor cognitive în creier ce inhibă productivitatea amigdalei și prin focusarea atenției pe senzațiile fizice de relaxare și nu pe senzațiile generate de frică. Pacienților li se poate la fel recomanda să se angajeze în alte tipuri de practici meditative, deși aceasta este clar mai dificil de efectuat în cadrul secției de urgență dacă persoana nu este anterior antrenată. Dacă pacientul posedă deja o practică meditativă, utilizarea și aplicarea acesteia în situația de panică poate fi susținută.

Tratamentul complet a tulburării anxioase des include un component bazat pe expunere în cadrul pachetului de terapie cognitiv-comportamentală. Acest component este mereu important dacă clinica simptomului include comportament semnificativ evitant bazat pe anxietate. În terapia de expunere, scopul este de a reduce răspunsurile automate de anxietate la factori condiționali printr-un proces de expuneri repetate și desensibilizare. În tulburarea de panică, atât factorii interni cât și externi au devenit declanșatori a anxietății și fricii și terapia panicii des include expunere la ambele tipuri de factori. Țintele de expunere deci ar putea include atât factorii interoceptivi (de ex., curse de inimă, scurtări a respirației, amețeli) cât și factorii exteroceptivi (de ex., locuri și activități temute). Precum s-a discutat anterior, pacientul în criză acută poate fi prea instabil de a începe acest tip de tratament și sala de urgență nu este adecvată pentru acest tip de suport și instrucțiuni necesare de a o iniția. Totuși, poate fi de valoare a prezenta pacientului idea că anxietatea face ca oamenii să evite lucrurile ce o declanșează, dar că această evitare este sursa de cea mai copleșitoare invalidizare impusă de tulburare. Orice lucru pe care pacienții pot face pentru a menține funcția, de a merge peste frică, de a continua să facă lucrurile care în realitate sunt sigure de a fi făcute, vor proteja de cele mai rele consecințe a panicii. Această îi introduce noțiunea că există cu siguranță un tratament nemidecamentos pentru starea lor, care poate să-i ajute să revindece abilitatea lor de a se simți siguri în lume, astfel ajutându-i să mențină speranța și optimismul. O urmărire rapidă, cu un clinician calificat cu experiență în aceste tehnici poate atunci avea într-adevăr un impact și spori rezultatele.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE TRAUMA ACUTĂ ȘI TULBURAREA DE STRES POSTTRAUMATICĂ**

Trauma acută creează riscuri de sechele psihiatrice, dacă natura traumei este violență interpersonală, accidente sau dezastre naturale. După ce un pacient este curat medical, clinicianul poate să evalueze pacientul pentru sechele psihiatrice și să recomande tratament și/sau prevenție.

Cum a fost remarcat anterior, anxietatea crescută și activarea sistemului nervos central sunt răspunsuri normale la amenințare, dar când sunt într-un mod particular intense, prelungite sau distrug funcția, diagnoza și tratamentul unei tulburări de stres poate fi adecvat. Asociația Americană de Psihiatrie (2000) definește două tulburări posttraumatice: tulburarea de stres acută (ASD) și

PTSD. Ambele au nevoie de expunere la evenimente ce prezintă amenințarea cu moartea sau leziuni serioase și ca reacții să fie obținute frică intensă, disperare sau teroare. Simptome adiționale pot include disociere sau amortire emoțională, retrăirea traumei, evitarea și hiperexcitabilitate. ASD trebuie să aibă loc până la 4 săptămâni de la traumă și să dureze mai puțin de 4 săptămâni în total. Adesea se dezvoltă în PTSD, ce necesită prezența simptomelor cel puțin o lună, deși se poate la fel rezolva de la sine. Luând în considerare că ASD este o condiție limitată de timp, tratament poate nu fi necesar sau el însăși poate fi limitat de timp. În măsura în care prezența ASD poate prezice riscul de PTSD, detectarea precoce și tratamentul în cadrul urgenței poate fi capabil de a preveni complicațiile ulterioare ce pot fi destul de severe.

### **Evoluție Pacienților Traumatizați**

Deși aceasta este o arie în dezvoltare a cercetării, un număr de factori de risc pentru dezvoltarea PTSD-ului din ASD au fost identificați. Un studiu prospectiv pe 200 supraviețuitori ai unui atac a arătat că 17% din participanți au îndeplinit criteriile de ASD la săptămâna a doua și 24% de participanți au îndeplinit criteriile de PTSD la 6 luni. Predictorii semnificativi statistic la săptămâna doi de îndeplinire a criteriilor de PTSD la 6 luni au inclus: probleme psihologice anterioare, suport social posttraumă scăzut, perceperea mai mare de amenințare a vieții, răspunsuri emoționale în jurul traumei și disocierea, ruminarea traumei și auto-evaluări negative. Creșterea frecvenței cardiacare în pauză la 2 săptămâni de asemenea a fost demonstrat că prezică PTSD la 6 luni (Kleim et al. 2007).

Natura traumei este la fel de remarcant când se evaluează riscurile de progresare în PTSD. Trauma interpersonală, așa ca viol sau atacat, deține un risc mai înalt decât alte tipuri, așa ca calamități naturale. Este în special adevărat în cazul femeilor. Riscul relativ de PTSD de la traume fără atac descrește cu timpul, dar riscul de la traumă interpersonală nu scade. Anamneză de traume interpersonale timpurii crește riscul de PTSD de la o traumă recentă (Breslau 2001).

Prin urmare, în evaluarea pacienților traumatici, clinicianul necesită să clarifice natura traumei; să descopere antecedente de depresie, anxietate, alte tulburări psihiatrice sau abuz timpuriu; și să exploreze retrăirile psihologice corelate cu trauma, așa ca sentimentul de înfrângere mintală și o înclinație către ruminare sau disociere. Este critic de a asigura o urmărire rapidă pentru a evalua pentru factori de risc adiționali, așa ca excitare somatică în curs de desfășurare și să monitorizeze procesul recuperator.

În afară de servirea ca factor de risc pentru dezvoltarea PTSD, natura traumei este la fel relevantă în măsura în care comportamentul pacientului poate contribui la risc crescut de expunere repetată la traumă. Utilizarea de alcool, eșec în utilizarea restricțiilor de siguranță, condusul riscant și impulsul de a se răni sau a răni pe alții toate contribuie la prezentarea pacientului în secția de urgență și creează riscuri pentru vizite viitoare. Pentru unii pacienți, vizita în secția de urgență poate reprezenta „un moment inevitabil” în care un comportament ce contribuie la expuneri traumatice poate fi abordat cu impact sporit.

Este important de a atenționa că ASD și PTSD nu sunt unicele consecințe psihiatrice a unei traume. Reactivarea sau debut al depresiei, abuz de substanțe și chiar psihoză pot avea loc ca urmare a expunerii la traumă. Aceasta poate fi în special adevărat după o calamitate naturală, ce poate traumatiza o întreagă comunitate și elimina suportul la nivel de sistem pentru pacienții cu tulburări mintale (S.L. Austin and Godleski 1999).

Săpând prea adânc în detaliile traumei cu pacientul nu este fără risc, în special pentru acei pacienți care nu pot să-și aducă aminte detalii critice. Apăsând prea tare când pacientul pare să fie speriat de amintiri sau nu poate să-și aducă aminte detalii poate intensifica trezirea traumatică și astfel să crească riscul pentru PTSD. O formă de re-evaluare critică a incidentului ce a împins la imediata povestire a detaliilor traumatice a fost cândva pe larg folosită pentru a ajuta celor ce sensibili să „prelucreze” după expunerea la traumă. Totuși, evidența existentă nu sprijină eficiența acestei abordări în reducerea riscului de PTSD. Atenția a fost schimbată către „prim ajutor

psihologic”, ce se focusează pe nevoile fizice imediate, suport social, asigurarea cu siguranță, educare și normalizarea reacțiilor psihologice acute (Litz and Maguen 2007).

### **Alte Anxietăți și Condiții Corelate cu Anxietatea**

Deși panica și trauma au o situație de vârf particulară în contextul secției de urgență, alte tipuri de condiții corelate cu anxietatea au un impact asupra probabilității și naturii prezentării pacientului în salonul de urgență. Toate tulburările anxioase pot contribui la creșterea fricii sau grijii în fața simptomelor fizice și vor mări șansa ca pacientul să apară în serviciul de urgență și să nu caute ajutor pe căi mai puțin urgente. Pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă pot demonstra un nivel aproape delirant de grijă despre infestare sau infectare. Pacienții cu fobie de injecții intravenoase pot să leșine în cadrul secției de urgență fiind pentru alt motiv. Pacienții cu tulburare de anxietate generalizată pot avea o focusare a atenției grijii sale asupra organelor, cauzând prezentarea lor în sala de urgență pentru o evaluare care ar fi putut aștepta pentru o consultație primară programată. Similar, tulburările somatoforme așa ca hipocondria sau somatizarea de asemenea implică anxietate intensă corelată cu simptomele fizice și deși ele nu sunt clasificate ca tulburări anxioase, ele vor aduce pacienți foarte anxioși în secția de urgență. O discuție mai detaliată a acestor stări este departe de scopul acestui capitol.

### **Puncte Clinice Cheie**

- Anxietatea este o acuză obișnuită în secția de urgență și tulburările anxioase reprezintă o povară semnificativă sistemului medical dacă nu sunt recunoscute adecvat și tratate.
- Atacurile de panică pot fi soluționate fără medicație, folosind tehnici cognitive și comportamentale.
- SSRI-urile oferă ușurare în majoritatea tulburărilor anxioase, deși o titrare încetă până la doza țintă ar putea fi necesară luând în considerare înclinația SSRI-urilor de a cauza anxietate - simptome fizice provocate la inițierea acestor medicamente.
- Pacienții traumatici cu suferință severă sau disociere în urma expunerii la traumă, o anamneză de patologii mintale înainte de traumă, dificultate în a reveni la funcționarea normală după traumă și semne de excitare vegetativă au un risc înalt de a dezvolta PTSD.
- Riscul de PTSD poate fi redus prin introducerea rapidă a tehnicilor cognitiv-comportamentale și normalizarea ritmului vieții (de ex., somnul) după evenimentul traumatic. Nu există suficiente date la acest moment care ar sprijini eforturile de a preveni PTSD farmacologic.
- Anxietatea marcată nu reduce posibilitatea problemelor medicale majore ce necesită atenție urgentă și nu ar trebui să distragă atenția de la evaluarea medicală necesară. Risc înalt poate rămâne chiar dacă patologiile medicale amenințătoare vieții au fost excluse, din cauză că anxietatea poate sreflecta o tulburare psihiatrică de bază care în sine are un risc înalt de hetero și auto-agresiune.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE DOLIU.**

Doliul poate să apară și din motive nelegate de moartea unei persoane iubite:

- (1) pierderea unei persoane iubite prin despărțire / separare, divorț sau detenție;
- (2) pierderea unui obiect sau a unei circumstanțe cu încărcătură emoțională (de ex., pierderea unei posesiuni dragi sau a unei slujbe sau poziții valorizate);
- (3) pierderea unui obiect fantazat al iubirii (de ex ., moartea

intrauterină a fătului, nașterea unui copil malformat);

(4) pierderea care rezultă dintr-o lezare narcisică (de ex., amputație, mastectomie).

Trebuie să memorizăm următoarele:

A. Da, încurajați ventilarea simțămintelor. Permiteți pacienta să vorbească despre aceia pe care i-a iubit. Pot fi utile reminiscentele despre experiențe pozitive.

B. Nu spuneți unei persoane în doliu că nu trebuie să plângă sau să se mânieze.

C. Da, încercați ca un mic grup de oameni care l-au cunoscut pe decedat să discute despre acesta în prezența persoanei îndoliate.

D. Nu prescrieți medicație antianxioasă sau antidepresivă ca tratament regulat, de durată. Dacă persoana îndoliată devine acut agitată, este mai bine să oferiți consolări verbale, și nu o pilulă. Totuși, pe termen scurt pot să ajute mici doze de medicație (5mg de diazepam-Valium).

E. Da, țineți seama că vizitele scurte și frecvente la psihiatru sunt mai utile decât câteva vizite lungi.

F. Da, țineți seama de posibilitatea unei reacții de doliu întârziate, care apare la câțva timp după deces și constă din modificări comportamentale, agitație, labilitate dispozițională și abuz de substanțe. Astfel de reacții pot să survină în apropierea aniversării unui deces (reacție aniversară).

G. Da, țineți seama că, înainte de producerea propriu-zisă reacție a pierderii, poate să aibă loc o reacție de doliu anticipativă, care poate să descrească intensitatea reacției de doliu acute din momentul producerii reale a pierderii. Dacă este recunoscut atunci când are loc, acesta poate să fie un proces util.

H. Da, rețineți că persoana în doliu după decesul unui membru de familie care s-a sinucis, s-ar putea să nu dorească să discute despre sentimentele de a fi stigmatizată pe care le are.

**DOLIUL ȘI TRAVALIUL DE DOLIU** poate fi clasificat în următoarele stadia conform autorilor:

#### **John Bowlby.**

- I. **Amorțire sau protest.** Se caracterizează prin suferință, frică și manie. Șocul poate să dureze momente, zile sau luni.
- II. **Dorul și căutarea după figura pierdută.** Lumea pare goală și lipsită de sens, dar stima de sine rămâne intactă. Se caracterizează prin preocupare cu persoana pierdută, neliniște fizică, plans, manie. Poate să dureze câteva luni sau chiar ani.
- III. **Dezorganizare și disperare.** Neliniște și lipsă de scop. Creșterea preocupărilor somatice, retragere, introversie și iritabilitate. Retrăiri repetate ale amintirilor.
- IV. **Reorganizare.** Odată cu formarea unor noi patenuri, obiecte și scopuri, doliul cedează și este înlocuit de amintiri dragi. Se produce identificarea sănătoasă cu decedatul.

#### **C.M. Parkes**

- I. **Alarmă.** Stare stresantă caracterizată prin modificări fiziologice (de ex., creșterea TA și a pulsului); asemănătoare cu stadiul 1 al lui Bowlby.
- II. **Amorțire.** Persoana pare doar superficial afectată de pierdere, dar în realitate se protejează pe sine de suferința acută.
- III. **Nostalgie (căutare).** Caută sau își amintește persoana pierdută. Stadiu asemănător cu stadiul 2 al lui Bowlby.

- IV. **Depresie.** Persoana se simte lipsită de speranțe asupra viitorului, simte că nu poate continua să trăiască și se retrage față de familie și prieteni.
- V. **Recuperare și reorganizare.** Persoana realizează că viața sa va continua, cu noi ajustări și scopuri diferite.

### DOLIUL LA PĂRINȚI ȘI LA COPII

Pierderea unui părinte	Pierderea unui copil
<p>Faza de protest. Copilul își dorește cu putere părintele pierdut.</p> <p>Faza de disperare. Copilul resimte lipsă de speranțe, retragere și apatie.</p> <p>Faza de detașare. Copilul cedează atașamentul emoțional față de părintele pierdut.</p> <p>Copilul poate să-și transfere nevoia de părinte asupra unuia sau mai multor adulți.</p>	<p>Poate fi o trăire mai intensă decât pierderea unui adult.</p> <p>Sentimentele de vinovăție și neajutorare pot fi copleșitoare.</p> <p>Apar stadii de șoc, negare, manie, negociere [„targuială”] și acceptare.</p> <p>Manifestările de doliu pot să dureze toată viața.</p> <p>Până la 50% din căsătoriile în care un copil a decedat se sfârșesc prin divorț.</p>

### DOLIU VERSUS DEPRESIE

Doliu	Depresie
<p>Identificare normală cu decedatul. Ambivalență redusă față de decedat.</p> <p>Plans, scădere în greutate, libido scăzut, retragere, insomnie, iritabilitate, concentrare și atenție scăzute.</p> <p>Ideile de sinucidere sunt rare.</p> <p>Blamare de sine legată de modul în care a fost tratat decedatul. Fără sentimente generale de lipsă de valoare.</p> <p>Persoana respectivă trezește empatie și simpatie.</p> <p>Simptomele diminuează cu timpul. Auto-limitat.</p> <p>De regulă dispare în 6 luni până la un an.</p> <p>Persoana este vulnerabilă la boli somatice</p> <p>Răspunde la reasigurare și contacte sociale. Nu este ajutat de medicația antidepressivă.</p>	<p>Hiperidentificare anormală cu decedatul. Ambivalență crescută și manie inconștientă față de decedat.</p> <p>La fel</p> <p>Ideile de sinucidere sunt frecvente.</p> <p>Blamare de sine în general. Persoana se gândește că este în general rea sau lipsită de valoare.</p> <p>De regulă, persoana respectivă trezește neplăcere (<i>annoyance</i>) sau iritare interpersonală.</p> <p>Simptomele nu diminuează și pot să se înrăutățească. Depresia poate să fie încă prezentă după câțiva ani.</p> <p>Persoana este vulnerabilă la boli somatice.</p> <p>Nu răspunde la reasigurări și respinge contactele sociale.</p> <p>Bolnavul este ajutat de medicația antidepressivă.</p>

## URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CALAMITĂȚI NATURALE

Tulburările psihogene în cataclisme și catastrofe de masă ocupă un loc aparte în legătură cu aceea, că pot în același timp să apară la un număr mare de oameni, care introduc dezorganizare în mersul general a lucrărilor de ajutor. Prin aceasta se determină necesitatea evaluării operative a stării celor care au suferit, prognoza tulburărilor determinate, precum și petrecerea activităților de tratament posibile.

Prin condiții extremale în aceste cazuri se subînțeleg situațiile, periculoase pentru viața, sănătatea și bunăstarea unor grupuri importante a populației, condiționate de cataclisme, catastrofe, avarii, utilizarea de către dușman în caz de război a diverselor arme. Orice acțiuni extremale sunt considerate ca catastrofice atunci, atunci când provoacă distrugerii enorme, provoacă moarte, rănire sau suferință a unui număr mare de oameni. Organizația mondială a sănătății determină calamitățile ca situații, caracterizare de un pericol serios neprevăzut pentru sănătatea societății.



Tulburările psihopatologice în situații extremale au multe în comun cu tulburările clinice, care se dezvoltă în situații obișnuite. Dar sunt și deosebiri mari. În primul rând, în rezultatul acțiunii multor factori psihotraumatizanti care acționează în situații extremale, apar în același timp la un număr mare de oameni. În al doilea, tabloul clinic în aceste cazuri nu are caracter individual, ca în condiții psihotraumatizante obișnuite și se reduce la un număr mic de manifestări psihice. O particularitate este aceea, că, necătfind la dezvoltarea tulburărilor psihogene și situației de pericol care continuă, persoana suferindă trebuie să continue luptea activă cu urmările cataclismului pentru a supraviețui și a păstra viața celor apropiați și celor din jur.

Stările reactive, care apar în cazul calamităților și catastrofelor, fac parte din grupul mare de tulburări psihogene, printre care sunt reacțiile neurotice și patocaracterologice, neurozele și psihozele reactive.

Acțiunile traumante puternice și acute sunt legate de obicei de situațiile-catastrofă, cataclisme, unde apare frica pentru viața și sănătatea oamenilor apropiați. Una dintre principalele caracteristici ale acestor traume constă în aceea că, că ele nu sunt actuale pentru personalitate și nu sunt legate de particularitățile premorbidului. Situația de spaimă ating mai mult partea emoțională și se manifestă printr-o prelucrare intensivă a personalității, reacție care apare pe cale reflectorie.

În dependență de tabloul clinic a tulburărilor psihogene pot fi împărțite în două grupuri – cu simptomatice nepsihotică și cu tulburări psihotice.

Toți pacienții cu tulburări psihotice după primul ajutor medical sunt îndreptați spre grupul medical și după posibilitate evacuați. Cei cu tulburări psihogene, care au nevoie de ajutor medical, sunt aduși în instituțiile, plasate în regiunea catastrofei.

Din momentul începutul lucrărilor de ajutor în rând cu ajutorul de urgență și cel psihiatric, oferit de grupuri psihiatrice mobile, se recomandă organizarea cabinetelor psihiatrice sau secții în policlinicile din zone de catastrofă sau cataclism, unde se pot adresa cei suferinzi, cât și cei care participă la lucrările de restabilire și ajutor. Aceste secții îndeplinesc funcțiile secțiilor de diagnosticare și tratament de scurtă durată cu tulburări psihice delimitate. În aceste cazuri este necesar de prevăzut atât spitalizarea generală, cât și cea temporară a persoanelor care au nevoie de ajutor psihiatric.

Pe măsura soluționării situației periculoase pentru viață și reducerea posibilității apariției psihozelor reactive, tot mai important devine organizarea lucrului psihoterapeutic în rândul populației, în spitalele regiunii care au suferit, precum și în locurile de evacuare. În acest lucru trebuie incluși medicii instituțiilor psihoneurologice din regiune și instituțiilor medicale generale.

La reacțiile de adaptare și la tulburările neurotice începătoare scopul oricăror acțiuni psihiatrice și medico-psihologice sunt profilactică a dezadaptării psihice, bolilor psihice și psihosomatice. Dar nu este nevoie de tratament special la profesionist: este nevoie de consultarea lui pentru diagnosticul diferențial al stării sănătății. În aceste cazuri, în rând cu eliminarea acțiunilor traumatice adăugătoare poate fi utilizată psiho-corijarea, psihoterapia comportamental-cognitivă și altele. Câteodată este nevoie de o odihnă scurtă, fizioterapie, reflexoterapie. Se pot indica preparate din grupul adaptogenilor, actoprotectorilor și nootropilor, care au acțiune de tratament și profilaxie, deasemenea tranchilizante și psihostimulatoare.

În cazul reacțiilor neurotice, scopul principal al tratamentului este reducerea anxietății și fricii, adaptarea omului la viață și activitate în condițiile psihogeniei care se păstrează. Pentru aceasta sunt utilizate tranchilizantele, antidepresantele cu acțiune universală de liniștire și psihoterapia. Cea mai eficientă metodă psihoterapeutică în aceste cazuri este, psihoterapia cognitivă. Metoda ia în considerație particularitățile stării celor suferinzi, care au necesitatea de a povesti despre catastrofă, despre scenele cele mai importante și mai strașnice pentru ei. Întrebările active, ascultarea atentă și binevoitoare, «expunerea» celor mai neplăcute emoții permit micșorarea încordării afective, structurarea emoțiilor și activarea activității cu un scop anumit a celor suferinzi.

În cazul când situația se stabilizează ajutorul psihiatric și medic-psihologic se acordă celor, care se adresează după el. În această perioadă se includ în lucru grupuri de ajutor psihiatric specializat. Psihozele reactive de durată au nevoie de tratament în staționar.

Unicul principiu de petrecere a psihoterapie în cazuri de dezadaptare psihică în cataclisme, manifestarea clinică în diverse forme a tulburărilor neuro-psihice și psihosomatice de limită, este combinarea diferențială a metodelor preponderent de direcție simptomatică, de personalitate și social-centrate.

În caz de reacții neurotice și alte tulburări neurotice sunt utilizate diverse forme de psihoterapie individuală și de grup de orientare spre personalitate de durată scurtă, care realizează în totalitate acțiunea etiopatogenetică pentru înțelegerea și eliminarea cauzelor și mecanismelor de dezadaptare psihică.

Pentru reducerea și lichidarea tulburărilor neurotice se utilizează hipnoza, trainingul autogen, metode comportamentale și altele. Cu ajutorul hipnosugestiei se poate acționa practic asupra tuturor simptomelor neurotice. Metoda trainingului autogen este cea mai indicată pentru tulburările neuroastenice. Metodele comportamentale sunt foarte rezultative în tratarea, în primul rând a tulburărilor obsesiv-fobice. Psihoterapia rațională se utilizează independent sau în combinație cu alte metode. Se lucrează cu gândirea logică a pacientului, în calitate de factor de tratament vine autoritatea medicului, convingerea, reconvingerea, explicarea, etc. Legătura strânsă a factorilor biologici, psihologici și sociali, în mecanismul dezadaptării psihice la cei care au suferit în timpul calamităților și catastrofelor determină caracterul complex al terapiei.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE REFUZ SAU EXCES DE ALIMENTAȚIE.**

### **Anorexie nervoasă**

Anorexia mintală constituie o urgență psihiatrică majoră, fiind una din rarele situații din psihiatrie „în care un sfârșit fatal este o posibilitate reală”. Anorexia mintală este o maladie, predominant a adolescenței, care afectează îndeosebi fetele între 12 și 25 de ani și, într-un procent mic, băieții. Simptomatologic se constată anorexie psihică – bolnavul luptă împotriva apetitului, iar repulsia pentru alimente apare nu numai la ingestia sau vederea lor, ci și când și le reprezintă: amenoree – de obicei, oligomenoree cu hipomenoree; scăderea importantă în greutate și anemie. Considerată mult timp o afecțiune endocrinologică, și anume o formă de insuficiență hipofizară sau ovariană, investigațiile moderne au demonstrat că este o boală psihică, modificările endocrine fiind secundare și instalându-se târziu. Manifestările psihopatologice din anorexia mintală pot fi încadrate, mai degrabă, în modelele psihiatriei marginale, ca un tip de reacție, ce se dezvoltă în unele cazuri ca o nevroză, iar în altele, ca o psihoză (sau ca manifestarea unei psihoze), pe fondul unei personalități dizarmonice, afecțiunea este o formă particulară de criză a adolescenței. Fenomenologia clinică și buna inserție socială a bolnavului (adolescențele cu anorexie mintală sânt hiperactive atât fizic, cât și intelectual), ca și evoluția favorabilă, nu pledează pentru modelul procesual psihotic, unde refuzul alimentar este secundar manifestărilor delirante. Refuzul de a menține greutatea corporală la, sau deasupra unei greutate minime normale pentru etatea și înălțimea sa (de exemplu, pierdere în greutate, ducând la menținerea greutății corporale la mai puțin de 85% din cea expectată sau incapacitatea de a lua în greutate plusul expectat în cursul perioadei de creștere, ducând la o greutate corporală de mai puțin de 85% din cea expectată).

Din punct de vedere psihopatologic, tulburările sunt polimorfe și includ:

- A. Frica intensă de a nu lua în greutate sau de a deveni gras, chiar dacă este subponderal (ă).
- B. Perturbarea modului în care este experimentată greutatea sau conformația corpului propriu, nedatorată influenței greutății sau conformației corporale asupra autoevaluării sau negarea seriozității greutății corporale scăzute.
- C. La femeile postmenarhice, amenoree, adică absența a cel puțin trei cicluri menstruale consecutive. (O femeie este considerată că are amenoree, dacă menstrele sale survin numai după administrarea de hormoni, de ex., estrogeni).

### ***Măsurile de prim ajutor***

1. Psihoterapie individuală și familială.
2. Cura de insulină în doze mici.
3. Tranchilizante.
4. Neuroleptice sedative.
5. Antidepresive.

#### **Bulimie nervoasă**

Această tulburare include următoarea fenomenologie:

A. Episoade recurente de mâncat excesiv. Un episod de mâncat excesiv se caracterizează prin ambii itemi care urmează:

(1) mâncatul într-o anumită perioadă de timp (de exemplu, în decurs de două ore), a unei cantități de mâncare mai mare decât cea pe care cei mai mulți oameni ar putea-o mânca în aceeași perioadă de timp și în circumstanțe similare;

(2) sentimentul de lipsă de control al mâncatului în cursul episodului (de exemplu, sentimentul că persoana respectivă nu poate stopa mâncatul sau controla ce și cât de mult a mâncat).

B. Comportament compensator inadecvat recurent în scopul prevenirii luării în greutate, cum ar fi vărsăturile autoprovocate, abuzul de laxative, diuretice, clisme sau alte medicamente, postul sau exerciții excesive.

C. Mâncatul excesiv și comportamentele compensatorii inadecvate apar ambele, în medie de cel puțin două ori pe săptămână, timp de 3 luni.

D. Autoevaluarea este în mod nejustificat influențată de conformația și greutatea corpului.

E. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul episoadelor de anorexie nervoasă.

### ***Măsurile de prim ajutor***

1. Psihoterapie individuală și familială.
2. Tranchilizante.
3. Neuroleptice sedative.
4. Antidepresive.

## **PACIENTUL AFECTAT COGNITIV**

Pacientul cu tulburări cognitive prezintă provocări unice în urgențele psihiatrice. Multe tulburări psihiatrice discrete sunt asociate cu deficit cognitiv. Astfel, diagnosticul diferențiat a tulburărilor cognitive este vast, acoperind uneori multe categorii diagnostice ce se suprapun și forțând medicul să ia în considerație multe posibilități. Adicional, „deficitul de bază” a tulburărilor cognitive poate fi mai puțin dramatic în prezentarea sa ca urgență decât stările clinice „distructive” (adică, psihoza, mania, agitația motorie, violență față de sine și/sau alții) care ar putea fi focalizarea inițială a atenției clinicianului. Astfel, clinicianul ce întâlnește numeroase stări clinice distructive în cadrul urgențelor trebuie să țină minte posibilitatea unei tulburări cognitive de bază ca explicație multitudinii de probleme clinice ale pacientului.

Localizarea clinică a prezentării din urgență a tulburării cognitive poate fi variată și uneori provocatoare, și ar putea include utilizarea urgentă a psihofarmacologiei, internare medicală sau chirurgicală cu consultarea psihosomatică psihiatrică, internare în secție psihiatrică sau plasarea în modele alternative de trai supervizat. La necesitate, diagnosticul psihiatric definitiv și planul de management pe termen lung nu întotdeauna poate fi atins în cadrul urgențelor; evaluarea și intervenția inițială, totuși, rămâne crucială pentru localizarea definitivă în aceste cazuri. Cu

îmbătrânirea populației, prevalența tulburărilor cognitive a crescut (Blennow et al. 2006). Respectiv, cunoașterea bună a managementului urgențelor acestor pacienți este imperativă clinic.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE PACIENT AFECTAT COGNITIV: DELIRIUM**

Conform DSM-IV-TR, delirium este o stare subacută cu un debut acut caracterizată de tulburări circadiene, afectare cognitivă, alterarea nivelurilor de atenție și veghe, și curs variabil. Cheia unei diagnoze de delirium este debutul acut sau subacut și cursul fluctuant. Deși delirium este invariabil o consecință a unei sau mai multor tulburări sistemice, cel mai important factor de risc „static” pentru dezvoltarea deliriumului este demența pre-existentă, un concept ce poate fi înțeles ca „creierul vulnerabil” sau „scăderea rezervelor cognitive” (Engel and Romano 2004). Deși delirium se prezintă cu un debut acut sau subacut, poate deveni cronic dacă cauza sistemică de bază nu este reversibilă. Deși pacientul cu demență este foarte vulnerabil pentru a dezvolta delirium, totuși delirium apare și la pacienții fără demență la fel. Deci, prezentarea urgentă a deliriumului justifică o cercetare clinică eficientă dar amănunțită pentru depistarea tulburărilor sistemice implicate. Tulburările sistemice asociate deliriumului pot să nu fie evidente inițial; totuși, deliriumul trebuie să fie soluționat activ și sindromal în timp ce se caută factorii sistemici ce urmează rapid. Datorită numărului vast de cauze a deliriumului, evaluarea trebuie să fie minuțioasă și ideal ar trebui să fie inițiată în secția de urgență. Din cauză că delirium este manifestarea psihiatrică a bolilor sistemice, focusarea chestionării clinice trebuie să acopere multe posibile sisteme de organe. Tratamentul deliriumului trebuie inițiat prompt, chiar și până la determinarea și soluționarea tulburărilor sistemice asociate cu debutul acestuia. Pacienții pot ține minte episodul deliriumului și deliriumul este des destul de înfricoșător pentru membrii familiei.

### **Tulburările asociate cu alcool și/sau alte droguri**

Variate stări corelate cu abuz de substanțe pot prezenta afectare cognitivă. Intoxicarea cu alcool sau droguri poate rezulta în afectare cognitivă temporară. „Deconectările” din abuzul de alcool (perioadele scurte de amnezie asociate cu dependența de alcool) pot conduce la evaluări de urgență. Abstința de la alcool, sedative sau hipnotice poate rezulta într-un delirium franc și instabilitate autonomă (vegetativă) (Engel and Romano 2004).

### **Abstința alcoolică**

Abstința alcoolică este una din cele mai dese prezentări din această categorie și poate fi complicată atât de posibilitatea unui nivel înalt de alcoolemie cât și de utilizarea concomitentă a stimulamentelor sau abstința simultană de la altă substanță. Dorința de luptă și agresiune pot fi întâlnite atât în intoxicația cu alcool cât și în abstința, totuși, întoarcerea tipică a stabilității la pacienții alcool-dependenți cu intoxicație severă de îndată ce se normalizează nivelul de alcoolemie este o imagine familiară pentru cei ce lucrează în secția de urgență. Nivelul de alcoolemie la care apare abstința variază de la pacient la pacient și poate debuta chiar de la 6 ore de la ultima administrare de alcool la alcoolici cronici. Sindromul de abstință este caracterizat prin instabilitate vegetativă cu hipertensiune arterială, tahicardie și transpirație exagerată; simptome gastrointestinale cu greață, vomă și diaree; și activarea SNC cu anxietate și tremor. Halucinațiile și convulsiile, tipic sunt accese grand mal unice, pot fi mesagerii unor complicații de abstință mai serioase. După 48-72 ore, aproximativ 5% din pacienții în abstință alcoolică vor dezvolta un sindrom numit delirium tremens, care include halucinații (de obicei vizuale), delirium și instabilitate vegetativă severă. Tratament precoce, agresiv al abstinței în curs de dezvoltare poate preveni progresul către un delirium tremens, care poate fi letal în 5-10% din pacienți în pofida tratamentului și în 20-35% fără tratament. Consumul unei cantități mari de alcool, patologie medicală concomitentă așa ca pneumonia, și o anamneză de delirium tremens crește riscul că un pacient va face delirium tremens pe parcursul (Ferguson et al. 1996).

Strategia optimală în tratamentul abstenenței alcoolului este substituirea agentului fiziologic echivalent, așa ca benzodiazepinele, care au un timp de semi-viață mai lung, și ulterior micșorarea acestuia gradual. Aceasta evită o schimbare bruscă în echilibrul de la o stare de intoxicație compensată la starea de abstenență necompensată. Chiar și benzodiazepinele cu acțiune de scurtă durată, așa ca lorazepam (1-2mg i.v. sau per os fiecare 1-2 ore), pot fi titrate pentru a produce o stare de sedare ușoară. Benzodiazepinele cu acțiune de lungă durată, așa ca clordiazepoxid, au avantajul de a se elimina treptat, dar pot la fel să se acumuleze în prezența afectării semnificative a ficatului (Greenblatt et al. 1978). Acumularea benzodiazepinelor pe de altă parte, poate conduce la un delirium ce nu poate fi diferențiat de stare inițială.

Utilizarea de medicamente antipsihotice, de obicei cu activitate anticolinergică joasă (de exemplu, haloperidol), poate fi utilizată pentru halucinații severe ce nu răspund la benzodiazepine sau agresiune și agitație severă. Agoniști  $\alpha_2$  adrenergici centrali așa ca clonidina sau  $\beta$ -blocanții așa ca metoprolol pot fi utilizați pentru soluționarea hipertensiunii arteriale sau tahicardiei dacă simptomele vegetative sunt evidente. Toată această medicație este capabilă de a cauza toxicitate (Battaglia et al. 1997). Luând în considerație potențialul letal al abstenenței alcoolice, este necesară prudență pentru a evita supramedicarea, dar nu până la punctul în care riscăm un tratament insuficient.

Practica uzuală de hidratare a pacientului și administrării de tiamină și acid folic a ajutat în scăderea consecințelor neurologice și funcționale pe termen lung, așa ca encefalopatia Werinke și sindromul Wernike-Korsakoff. Prin urmare, ele rămânând să fie esențiale în tratament.

### **Sindromul Neuroleptic Malign**

O formă particulară periculoasă de delirium este sindromul neuroleptic malign (SNM) iatrogen. Această constelație de delirium, rigiditate și creatinfosfokinaza (CPK) crescută ar trebui să fie suspectată în orice pacient ce se prezintă cu statut mintal alterat și care a avut acces la preparate antipsihotice. În anii recentți, NMS a fost raportat tot mai des în utilizarea antipsihoticilor atipice. Epizode anterioare de NMS validate sunt o parte importantă a anamnezei pacientului. Managementul necesită un index adecvat de înalt de suspiciune, o determinarea a nivelului de CK promptă, ajutor suportiv și reținerea de a administra antipsihotice până la re-normalizarea nivelului de CPK pentru cel puțin două săptămâni, la care punct terapia antipsihotică poate fi reîncepută cu grijă cu monitorizarea CPK-ului. În unele cazuri, dantrolene, bromcriptine și terapia electroconvulsivă pot fi luate în considerație.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE PACIENT AFECTAT COGNITIV: DEMENTA**

### **Demența**

Demența este un sindrom al afectării cognitive globale care, conform definiției DSM-IV-TR, trebuie să includă amnezie anterogradă și/sau retrogradă și cel puțin o disfuncție a ariilor cognitive, așa ca afazia, apraxia, agnozia sau disfuncții executive<sup>1</sup>. Demența este prezentă în plină stare de alertă (veghe), ce este crucial în delimitarea demenței de delirium, cu care este des comorbidă. Majoritatea sindroamelor demențiale au un debut insidios și o evoluție caracterizată de un progres lent, dar medicul trebuie să nu uite că această evoluție, deși prototipică pentru demență în majoritate cazurilor, nu este uniformă (Engel and Romano 2004). Prezentarea acută a unei scăderi a funcției cognitive importante poate fi rezultat al unei leziuni critice localizate în SNC (de exemplu, accident

<sup>1</sup> **Executive functioning** is a theoretical construct representing a domain of cognitive processes that regulate, control, and manage other cognitive processes.

cerebrovascular al arterei cerebrale medii în emisfera dominantă în cazul unei demențe vasculare post-ictus) (Romón 2002).

Sindromul demențial poate fi destul de rapid progresiv (de exemplu, boala Creutzfeldt-Jakob) sau poate fi parțial reversibil prin intervenții clinice (de exemplu, hipotiroidie, carența vitaminei B<sub>12</sub>) (Boeve 2006; Engel and Romano 2004).

Delimitarea demenței de delirium, deși sunt concepte clinice cruciale, este în oarecare măsură o dihotomie falsă în practica clinică, fiindcă pacienții cu demență nediagnosticată anterior vor prezenta des un delirium simultan. Demența este un factor de risc cel mai tangibil și important pentru dezvoltarea ulterioară a deliriumului. Mulți pacienți vor retrăi câteva epizoade de delirium pe parcursul evoluției tragice a unei demențe degenerative. Adicional, demența este asociată cu o gamă de stări comorbide psihiatrice care episodic ar putea domina (și într-o oarecare măsură defini) tabloul clinic. Tulburările afective, cel mai des stările depresive, sunt foarte dese la pacienții cu demență (Lyketsos et al. 2002; Robert et al. 2005). Un pacient care este semnificativ depresiv acut și cu demență ușoară cronică poate să se prezinte în sala de urgență cu dispoziție depresivă, semne neurovegetative și chiar crize suicidale, deși patologia psihiatrică de bază este demența. Mulți pacienți cu demență comorbidă și depresie vor retrăi un epizod depresiv mai mult în domeniul cognitiv (de exemplu, scăderea memoriei sau concentrației) decât în domeniul afectiv, și pot interpreta starea lor clinică ca una de afectare cognitivă în creștere, ce cel mai probabil declanșează o dispoziție depresivă și mai gravă, instalând astfel cercul vicios. Și mai distrugătoare, și cauză a multor prezentări în urgență a pacienților demenți, este relația pernicioasă dintre demență și psihoză. Simptome psihotice comorbide uzuale în demență includ idei delirante, în particular cele paranoide și halucinații (Leverenz and McKeith 2002). Ideile delirante în demență pot fi o încercare de apărare pentru a „ascunde” afectarea cognitivă. De exemplu, pacientul ce a pierdut un obiect valoros din cauza afectării cognitive, poate în schimb crede că un membru al familiei i-a furat acel obiect. Într-adevăr, debutul simptomelor psihotice la un pacient cu demență este pe atât distructiv pe cât de periculos pentru pacient și familie, și este un context obișnuit a prezentării la urgență (Robert et al. 2005).

Prin urmare, diagnoza diferențiată de psihoză acută trebuie să includă inevitabil excluderea sindromului de demență. Mai rar, un pacient cu demență poate să se prezinte în sala de urgență cu un episod acut comorbid de hipomanie sau manie (Romón 2002).

Pacienții demenți pot să prezinte cu fenomenul apusului-de-soare, unde pacientul dezvoltă creșterea confuziei și agitației motorii după amiază și noaptea. Acești pacienți pot, sau nu pot să satisfacă cerințele pentru un epizod de delirium comorbid pentru aceste epizoade; cu toate acestea, acești pacienți pot deveni foarte periculoși și riscant de soluționat la domiciliu sau într-un mediu de viață necontrolat.

În final, prezentarea la urgență a pacienților demenți poate fi datorită mai degrabă a factorilor sociali decât a celor clinici. Pacienții cu demență ușoară sau medie pot în trăi de obicei în comunitate, dacă ei au o supraveghere adecvată și li se oferă necesitățile de bază de către alți ajutători. Când o persoană de suport este bolnavă sau moare, totuși, pacientul dement – acum deja fără supraveghere, poate fi adus în secția de urgență doar din cauza incapacității sale de a avea grijă de sine. Clinicianul ar trebui în să chestioneze standard despre stabilitatea sistemului social, în special a pierderii figurilor de sprijin primar, în timpul prezentării la urgență a pacientului cu demență.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE PACIENT AFECTAT COGNITIV: TULBURĂRI AMNESTICE**

**Tulburările amnestice**

Tulburările amnestice pot apărea „izolat” în câteva circumstanțe specifice (de exemplu, amnezie globală tranzitorie, sindromul Korsakoff, intoxicație cu monoxid de carbon). Caracteristica de bază a acestor tulburări interesante este deficitul focal în memoria declarativă sau semantică (adică, memoria pentru fapte spre deosebire de acțiuni motorii învățate). Conform clasificării internaționale, alte deficite corticale (așa ca în demență) sau orice schimbări în ritmul circadian, în nivelul de conștiință sau atenție (așa ca în delirium) sunt absente. Deficitul mnezic poate fi anterograd (incapacitatea de a învăța material semantic nou), retrograd (incapacitatea de ași aminti materialul anterior învățat), sau o combinație din ambele. Unele tulburări amnestice pot avea un debut acut; pentru că sunt destul de distrugătoare față de funcționarea pacientului, ele cel mai probabil vor conduce la necesitatea unei evaluări în urgență. Adicional tulburării amnestice specificate printre tulburările cognitive, amnezia disociativă (amnezia anterogradă și/sau retrogradă urmată de stresori psihosociali) poate fenomenologic semăna cu alte tulburări amnestice; din cauza probabilității acesteia de a afecta psihosocial, ea la fel poate fi prezentă în urgență.

### **Amnezia Globală Tranzitorie**

Amnezia globală tranzitorie este o amnezie globală cu debut acut și este reversibilă. De obicei apare la pacienții de vârstă medie fără anamneză psihiatrică anterioară. Alte aspecte a funcționării cognitive nu sunt afectate. Cauza nu este clară dar poate fi o tulburare temporară în funcționare lobului temporal. Din cauza debutului atât de acut și păstrării a altor funcții cognitive, amnezia globală tranzitorie este foarte supărătoare pentru pacient și des conduce la prezentarea la urgență. Este necesară evaluare totală, inclusiv neuroimagică și evaluarea pentru o patologie vasculară. Dacă acești pacienți au un risc crescut pentru afectare cognitivă în viitor nu este clar.

### **Sindromul Korsakoff**

Sindromul Korsakoff este o tulburare amnestică cu debut acut în contextul dependenței alcoolice. Este atribuită carenței tiaminice. Poate să apară izolat sau ca parte a unui tabloul mai mare de demență alcoolică. Este tratată cu administrarea de tiamină intravenos și suplimentare nutritivă ulterioară.

### **Tratament**

Primul pas în tratamentul afectărilor cognitive este managementul factorilor sistemici, ghidat de rezultatele examinării fizice, laborator și rezultatele imagistice. Pentru a trata simptomele comportamentale sunt o gamă de medicamente psihotrope utilizate des. Antipsihoticele, atât tipice cât și atipice, sunt acum standarde în ajutorul de urgență (Carson et al. 2006; Kile et al. 2005; Lacasse et al. 2006; Meagher 2001; Tune 2001; Weber et al. 2004). Cel mai des utilizat în cadrul urgențelor este antipsihoticul tipic haloperidol (restul altor antipsihotice tipice sunt rar utilizate în cadrul urgențelor) și câteva antipsihotice atipice.

Datorită proprietăților sale sedativ/hipnotice benzodiazepinele în monoterapie pot fi utilizate în delirium datorat abstenenței alcoolice sau sedativ/hipnoticelor, care sunt des asociate cu semne de hiperexcitare vegetativă. Benzodiazepinele sunt des combinate cu antipsihoticele tipice sau cele atipice pentru managementul deliriumului datorită altor cauze (Meagher 2001). Totuși, ar trebui utilizate cu precauție, din cauza că pot exacerba în multe cazuri deliriumul și pot crește afectarea cognitivă în demență. Cea mai importantă diferență între benzodiazepine este proprietatea lor farmacocinetică – preparatele cu durata scurtă de semi-înjumătățire vor avea un efect mai rapid dar vor necesita o administrare mai frecventă decât preparatele cu durata lungă de semi-înjumătățire.

Deși sunt utilizate mult mai rar în cadrul urgențelor pentru a trata pacienții cu afectare cognitivă, alte medicamente sunt la fel de utile. Anticonvulsivantele pot fi folosite pentru a suplimenta controlul agitației. Unul din medicamente este Depacon, forma intravenoasă de valproat. Poate fi administrat la doza de 15-20 mg/kg/zi cu monitorizarea funcției hepatice, trombocitelor, amoniacul seric și nivelele de valproat seric (Kile et al. 2005). Dacă toxicitatea anticolinergică este confirmată și/sau o anamneză de demență premorbidă poate fi stabilită, utilizarea timpurie de inhibitori a colinesterazei (donepezil, rivastigmin sau galantamina) poate fi inițiată (Coulson et al.

2002). În final, în cazuri de afectare cognitivă cu agitație periculoasă, preparate anestezice așa ca propofol pot fi utilizate pentru un scurt timp, dar pacientul ce primește acest preparat trebuie să fie în secția de reanimare, și să i se ofere o observare clinică atentă și un management a căilor respiratorii.

O considerație importantă este că utilizarea medicamentelor pentru a controla agitația la un pacient cu afectare cognitivă riscă să contribuie la delirium, astfel înrăutățind funcționarea cognitivă a pacientului. Astfel, medicamentele trebuie utilizate cu atenție, și ar trebui utilizată doza minim eficientă, în special la pacienții vârstnici.

### **Puncte Clinice Cheie**

- Tulburările cognitive sunt printre cele mai întâlnite categorii de tulburări psihiatrice în cadrul secției de urgență.
- Pacienții cu afectare cognitivă pot să prezinte simptome diverse comportamentale (de exemplu, psihoză, agitație, violență) în cadrul secției de urgență.
- Tulburările cognitive sunt o parte importantă a diagnosticului diferențiat în prezentarea stărilor de agitație.
- „Fumul” deliriumului des poate conduce la descoperirea „focului” demenței.
- Evaluarea unui pacient agitat cu afectare cognitivă necesită evaluare neuroimagică, clinică de laborator și fizică.
- Managementul acut al pacientului cu afectare cognitivă poate necesita antipsihotice tipice, antipsihotice atipice, benzodiazepine și alte sedative; managementul cronic necesită utilizarea multor clase psihofarmacologice de medicamente.
- Examinarea statutului psihic minuțioasă și o evaluare cantitativă cognitivă sunt necesare pentru evaluare inițială și ulterioară.
- Prezentarea în cadrul urgenței a afectării cognitive este mai des datorată psihozei, agitației și distrugerii în modelul de îngrijire la progresia de tulburari cognitive în sine.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE STARE CREPUSCULARĂ.**

Starea crepusculară este un sindrom psihotic particular, care se instalează și dispare brusc. Tulburările de conștiință, de altfel, grave din cursul său (pierderea lucidității conștiinței, a orientării adecvate în realitate, pierderea capacității gândirii de a diferenția subiectivul de obiectiv și ficțiunea de realitate, pierderea posibilității de a se conforma normelor și valorilor sociale) se asociază cu o activitate automată, cu acte motorii coerente, coordonate. Comportamentul, deși în general ordonat, este influențat de fenomenologia halucinatoriu-delirantă, onirism, și de stările afective anormale (anxietate, disforie, nostalgie, mânie).

Etiologia poate fi destul de variată: epileptică, emotivă (reacții psihotice catastrofice), puerperală (psihoza postpartum), în evoluția unei psihoze acute (delirul acut), în stări de deteriorare (demențe), în sindromul Korsakov, în alte intoxicații (CO, barbiturice, alte substanțe), în accidente vasculare cerebrale, în traumatisme cranio-cerebrale, epilepsie etc. În cursul sindroamelor crepusculare, bolnavii pot să săvârșescă acte agresive de o deosebită violență și cruzime.

Starea crepusculară este caracterizată printr-o îngustare a capacității de gândire, în așa fel, încât ar părea, că este prezentă numai o singură tendință, împreună cu ceea ce este necesar pentru îndeplinirea ei, în timp ce restul personalității, în măsura în care ar fi în contradicție cu ea nu există. În cursul acestor stări, comportamentul este în general ordonat, dar concomitent cu acțiunile sale ordonate poate comite și acte neașteptate, adesea violente. În general, sub aspect comportamental, conduita bolnavului apare ca determinată de un amestec de întâmplări trăite și halucinatoriu-delirante, ele derulându-se ca într-un vis trăit sau ca într-o realitate fictivă. Astfel, bolnavul nu poate diferenția subiectivul de obiectiv, este ca și cum lumea sa imaginativă ar fi proiectată în realitate, ca și cum funcțiunea ar fi devenit realitate. Datorită naturii psihotice,



conduita bolnavilor poate fi caracterizată și prin acțiuni surprinzătoare, ilogice și uneori violente, bolnavii fiind stăpâniți de stări afective anormale (anxietate, disforie) sau de idei delirante (urmărire, mărire). Bolnavii par absenți, sunt agitați sau apatici, dar se consideră posibilă și eventualitatea ca tulburările evidente de conduită să lipsească. Pacienții cu asemenea tulburări psihice pot comite acte agresive de mare violență și cruzime, urmate de o amnezie lacunară sau totală.

Ca variante ale tulburării de conștiință de tip crepuscular nominalizăm automatismul ambulatoriu, fuga patologică (crepusculară) și somnambulismul.

În *automatismul ambulatoriu*, deși conștiința este profund alterată, se păstrează coordonarea și coerența motorie, astfel că bolnavii pot face călătorii uneori îndelungate, precum și alte acte și acțiuni mai mult sau mai puțin complexe, urmate de amnezia lacunară a actului respectiv. Automatismul ambulatoriu poate reprezenta un acces epileptic psihomotor sau poate urma un acces epileptic major.

*Fuga patologică crepusculară* se caracterizează printr-o intensă tensiune afectivă; se manifestă clinic printr-o fugă dezordonată, cu imposibilitatea controlului actelor și a evitării pericolelor. Se depistează în epilepsie și în stările de afect patologic (consecutive unor situații psihotraumatizante acute).

*Somnambulismul* este o stare de tulburare a conștiinței, care apare în timpul somnului; constă din acte și acțiuni motorii automate, complexe, de o execuție calitativ superioară a celor din starea de veghe.

Spre deosebire de aceste tulburări, *transa* se definește ca o stare de intensă sugestie hipnotică, în timpul căreia insul se află sub totala influență a hipnotizatorului.

### ***Măsurile de prim ajutor***

Această stare impune asistență psihiatrică de urgență și ea va fi orientată etiopatogenic, iar ca tratament simptomatic se va utiliza:

1. Sol. Fenobarbitali 2,0 i.m.
2. Sol. Clorpromazini 2,0 i.m.
3. Sol. Diazepamii 2,0 i.m.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE STATUS EPILEPTIC**

Starea de rău epileptic (S.R.E.) se caracterizează prin succesiunea frecventă a acceselor epileptice, intervalul de timp dintre ele fiind în cele mai multe cazuri atât de scurt, încât bolnavul nu-și revine la starea de conștiință.

### ***Starea de rău epileptic generalizată de tip grand mal.***

Aceasta este forma clasică a status-ului epileptic și se caracterizează prin apariția succesivă a crizelor epileptice tonico-clonice generalizate, cu comă intercritică, tulburări grave vegetative, febră și prognostic infaust, dacă nu se intervine terapeutic în timp util. Apare la toate vârstele, întâlnindu-se mai frecvent între 20 și 60 de ani, cu predominanță la bărbați. Status-ul grand mal constă în succesiunea frecventă a crizelor tonico-clonice generalizate, cu o durată totală medie de 24 – 48 de ore. Crizele se succed cu o frecvență de 2 – 6 pe oră, determinând o stare de comă permanentă intercritică. Criza de grand mal în cadrul status-ului nu diferă de accesul singular, decât prin durata mai mare a crizei (în medie de 1 – 3 minute) și prin creșterea fazei tonice în detrimentul fazei clonice. În cursul evoluției status-ului grand mal, faza clonică poate deveni din ce în ce mai scurtă, până la dispariția completă, status-ul devenind la un moment dat de tip tonic. În toate cazurile, faza tonică de scurtă durată postictală, care se semnalează la crizele singulare de grand mal, dispare. Tulburările vegetative se instalează treptat, constituind factorul de gravitate,

care pune viața bolnavului în pericol. Astfel, hipertensiunea arterială, apneea din timpul fazei tonice a convulsiilor, urmată de polipnee, tahicardia și hipersecreția traheo-bronșică sunt principalele tulburări vegetative, responsabile de deces. În faza postictală, starea de comă este de diferite profunzimi și este însoțită de tulburări vegetative variabile. În unele cazuri cu status prelungit, poate să apară o hipotensiune arterială, sau chiar o stare de colaps. Tahicardia din timpul fazei critice se poate prelungi și în faza intercritică. Se instalează tulburări de ritm cardiac. Secreția abundentă traheo-bronșică și salivară produc un sindrom respirator obstructiv relativ, cu apariția cianozei, iar uneori și a unui edem pulmonar acut. După încetarea acceselor tonico-clonice, starea de comă persistă un timp variabil, de la 12 până la 24 de ore, fiind „mascată” și de cantitățile mari de barbiturice administrate. În mod treptat, tulburările vegetative se pot atenua și bolnavul își revine la starea de conștiință, trecând printr-o fază confuzională, însoțită de agitație. Moartea poate surveni în timpul accesului de G.M., datorită colapsului circulator sau stopului respirator. Alteori decesul survine la câteva zile după ieșirea din status, datorită unor grave tulburări cardiocirculatorii, sau datorită insuficienței hepatice sau renale. S.R.E. de tip G.M. survine mai des la vechi epileptici, encefalopați și întârziați mentali.

### ***Status-ul petit mal.***

Se depistează destul de rar. Survine la copii și foarte rar la adulți. Simptomele status-ului petit mal se caracterizează, în primul rând, prin tulburări de conștiință de intensitate variabilă. Poate să apară o simplă încetinire a ideeației sau o încetinire a execuției ordinilor, stări de imobilitate și imposibilitate a executării oricărui act voluntar sau automat o dezorientare temporo-spațială, stări de somnolență, de obnubilare sau de stupoare până la letargie. Se pot pune în evidență tulburări de percepție, ideeație, memorie, atenție, tulburări ale intelectului, ale praxiei și gnoziei. Status-ul petit mal se mai poate manifesta prin mici mioclonii (palpebrale sau faciale), dar și prin automatisme mari, chiar (mai rar) prin fugi epileptice, considerate adesea drept automatisme epileptice temporale sau stări crepusculare psihotice. Se pot intercala și crize convulsive generalizate. Această formă de status epileptic poate dura de la câteva ore, la 3-4 săptămâni, și apare, de obicei, sub vârsta de 20 de ani. Status-ul P.M. se poate termina printr-o criză de G.M., amnezia faptelor din timpul status-ului este variabilă, în funcție de gravitatea tulburărilor de conștiință.

### ***Măsurile de prim ajutor***

Tratamentul SRE se face în condiții optime în serviciile de reanimare și terapie intensivă, prezența unui medic anestezist-reanimator fiind deosebit de utilă. Se supraveghează în privința confuziei post-ictale; se întrerup sau se scad dozele acelor medicamente, care scad pragul convulsivant. Pacientul se plasează în condiții de protecție, imobilizat, culcat pe spate, cu capul în poziție laterală și de ușoară extensie. Pentru menținerea permeabilității căilor respiratorii, la nevoie, se introduce o canulă, se face aspirația secrețiilor și se asigură asistarea ventilației. Se canulează o venă pentru recoltarea probelor de laborator (necesare diagnosticului etiologic) și pentru administrarea de urgență a medicației.

Medicamentele cele mai eficiente pentru oprirea SRE sunt, în ordine descrescând:

- a) Diazepamul, administrat pe cale i.v.
- b) Diazepamul, administrat i.v. lent (5 mg pe minut), în doză de 0,15 – 2,8 mg/kg corp, oprește SRE în aproximativ 85% din cazuri. Doza totală de diazepam fiind între 30 și 100 mg/24 ore.
- c) Hidratul de cloral în soluție 10 %. , efectul administrării rectale durează 2 – 4 ore.
- d) Sol. Clorpromazini 2,0 i.m.
- e) Sol. Fenobarbitali 2,0 i.m.
- f) Sol. Tiopentali sau Sol. Hexenali i.v.
- g) Puncție lombară

## URGENȚA PSIHIATRICĂ LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

Deși copiii și adolescenții se prezintă secția de urgență pentru motive diferite, câteva din cele mai dese sunt suicidul; psihoza; agitația sau agresivitatea; abuzul copiilor și tulburări alimentare. Vom discuta aceste mai întâlnite patologii în secțiunea dată.

### URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE COMPORTAMENT SUICIDAL LA COPII

#### Evaluare

După stabilirea siguranței, pacientul trebuie evaluat la ideea de suicid. În contrast cu adulții sinucigași, adolescenții sinucigași reprezintă o proporție mai mare din totalul deceselor, ideea de suicid este mai deasă, tentativele de suicid sunt mai dese, tulburările de comportament distructiv cresc riscul și efectul de contaminare este mai puternic (Ash 2008). Conform studiilor epidemiologice și clinice, factorii de risc pentru suicid la copii și adolescenți este comorbiditatea deasă cu alte tulburări psihiatrice, așa ca tulburarea depresivă, de comportament disruptiv, anxietate sau abuz de substanțe. Alții factori de risc includ circumstanțe familiale adverse, așa ca satisfacția joasă a îngrijitorului (celui ce are grijă) de copil cu mediul familial, monitorizarea parentală scăzută și anamneză parentală de patologii psihiatrice. A fost descoperit că ideea și comportamentul suicidar este asociat cu competență socială și instrumentală joasă, ce sunt crezute că subminează stima de sine și încurcă dezvoltării afiliației sociale suportive (King et al. 2001). Trebuie luat în considerație evaluarea mediului de la domiciliu a copilului și a capacității părinților sau îngrijitorului de copil de suport în caz de risc a copilului, în special în timp ce evaluarea se mișcă către punctul de determinare a localizării (spitalizării). Clinicianul ar trebui să nu uite despre ratele de suicid a adolescenților în timp ce evaluează riscul. Deși suicidul finisat se cunoaște că este un fapt rar la copiii pre-adolescenți, riscul începe să crească la vârsta de 13 ani, și până la sfârșitul adolescenței este similar cu cel de la adulții tineri. Fetele fac tentative mai dese decât băieții, dar băieții au mai multe șanse de a avea un suicid finisat cu succes. Rata de suicid la copii și adolescenți a rămas destul de stabilă de la 9,48 la 6,78 per 100.000 persoane din 1990 până în 2003, cu o tendință de creștere de 8% – 7,32 per 100.000 persoane în 2004 (Centers for Disease Control and Prevention 2007 - USA).

#### Intervențiile

Clinicianul are nevoie să-și petreacă timpul educând familia și pacientul despre suicid, prevenția suicidului și bolilor mintale. Este important de a asculta atent, de a reflecta înapoi îngrijorările și de a fi siguri că pacientul și părinții sau îngrijitorii acestuia înțeleg pe deplin totul ce clinicianul dorește să transmită. Dacă gestul suicidar a pacientului pare a fi un strigăt după ajutor, el/ea ar putea să nu necesite spitalizare ulterioară ci mai degrabă o urmărire atentă a unui clinician ambulator. Această determinare ar trebui să fie bazată pe cazul individual, resurselor disponibile, dorința familiei de a se angaja în tratament și alte considerații. Pentru un copil care a făcut o tentativă de suicid aparent neletală sau care are ideea de suicid pasivă, explorarea de mai departe a mediului de acasă este esențială în determinarea unde pacientul va fi mai în siguranță. Plasamente alternative pot fi necesare dacă părinții sunt incapabili de a monitoriza adecvat copilul; dacă sunt cunoscuți ca fiind periculoși sau abuzând alcool sau alte substanțe; dacă nu înțeleg pe deplin instrucțiunile pentru externare; sau dacă sunt considerați de copil de a fi stresori suficient de semnificativi ca siguranța lui acasă să nu poată fi garantată. Dacă siguranța pacientului acasă este sub orice formă pusă la îndoială, prima opțiune este de a găsi alt membru al familiei care ar dori și ar fi capabil de a avea grijă de copil temporar. Dacă aceasta nu este posibil, copilul ar trebui să fie internat până când un plasament adecvat poate fi organizat într-un centru de criză rezidențial, cu o agenție de orfelinat sau cu o agenție de servicii sociale similară. În serviciul psihiatric de urgență,

din cauză că pacientul foarte puțin probabil va fi văzut încă o dată, în mod tipic nu se inițiază tratament cu antidepresive.

### **Localizarea (dispensarizarea)**

Reieșind în informația despre pacient din cadrul secției de urgență, clinicianul determină nivelul următor de ajutor. Posibilitățile includ: spitalizare; servicii la nivel de urgență spitalicească (intervenții în criză); programe stepdown (pași inferiori) așa ca program de tratament ambulator, intervenții în criză la domiciliu sau intervenții de management de caz intensiv; îngrijiri ambulatorii standarde sau fără urmărire ulterioară. Altă opțiune este de a contacta serviciile de protecție socială sau alte agenții de servicii sociale.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ PSIHOZE, AGITAȚIE OR AGRESIUNE LA COPII**

### **Evaluarea**

Pentru copilul sau adolescentul ce prezintă psihoză, agitație sau agresivitate, clinicianul necesită să ia în considerație câteva întrebări.

1. Are pacientul simptome însoțitoare sugestive pentru o tulburare psihiatrică sau o tulburare neurologică medicală? Clinicianul trebuie să încerce să excludă orice cauză posibilă reversibilă ce schimbă statutul psihic (de exemplu, durere, infecție, stare confuză din cauza infecției, convulsii parțiale complexe, stări toxice, sindroame de intoxicare sau abținere de preparate).
2. Este comportamentul volitiv sau o face pentru beneficiu secundar?
3. Este comportamentul secundar fricii sau anxietății; sau este în anticiparea spitalizării?
4. Care este nivelul cognitiv al pacientului? Unii copii cu tulburări în dezvoltare apar ca fiind agitați când de fapt comportamentul lor este o reflecție a strategiei de liniștire sau o ușoară exacerbare a stereotipurilor de bază.
5. Are pacientul halucinații? Este vital de a lua în considerație diferența dintre halucinațiile adecvate dezvoltării (primare) și halucinațiile în cadrul unei tulburări psihiatrice. Aug [og] și Ables [eibls] (1971) au determinat cinci factori care ar putea predispuce un copil să retrăiască așa-zisele halucinații primare în absența oricărei boli sau tulburări diagnosticabile:
  - I. Vârsta și inteligența limitată sunt factori importanți. Pentru un copil, fantezii pline de dorința de a se îndeplini sunt un mod de gândire obișnuit. Totuși, un copil cu o inteligență medie la vârsta de 3 ani poate de obicei face diferența dintre fantezie și realitate.
  - II. Privare emoțională poate conduce la majorarea gândirii fantastice și posibil a halucinațiilor, ca o modalitate de gratificare ce realitate nu poate să o ofere.
  - III. Accent pe un mod particular de percepție poate fi important. Experiența de viață poate face în așa mod ca să fie dificil de a diferenția dintre percepții auditive aprinse și halucinații auditive la un copil care este parțial surd sau dintre percepții vizuale și halucinații vizuale la un copil a cărui părinte este preocupat de sănătatea ochilor.
  - IV. Credințele religioase și/sau culturale familiale pot predispuce copilul de a retrăi percepții neobișnuite.
  - V. Stări emoționale puternice în caz de stres pot conduce la regresie, halucinații și/sau stări disociative.

### **Halucinațiile primare includ următoarele:**

- Halucinații hipnagogice (tranzitorii, au loc între somn și trezire, spre trezire)
- Imagini eidetice (capacitatea copilului de a vizualiza sau auzi un obiect mult timp după a fost văzut sau auzit; o capacitate ce în mod tipic se pierde cu timpul la pubertate la un copil fără întârzieri în dezvoltare sau anamneză de traumă)

- Prietene imaginar (tipic pentru copii de 3-5 ani, și copilul este conștient că acest prieten este o fantezie și nu e real)
- Visuri, coșmaruri
- Iluzii fiziologice/halucinații izolate (iluzii efemere bazate pe interpretarea greșită a umbrelor, culorilor și mișcărilor)
- Halucinoză (un număr de halucinații ce au loc pe parcursul unei perioade de timp dar nu sunt corelate cu vreo cauză cunoscută)

Pentru a determina dacă un pacient are o halucinație secundară sugestivă pentru o etiologie psihiatrică sau medicală, clinicianul ar trebui să ia în considerație contextul deplin al prezentării pacientului (Weiner 1961). Tulburările afective primare sau psihotice ar trebui luate în considerație dacă pacientul de asemenea prezintă simptome afective severe, fie depresive sau maniacale; dacă afectul pacientului nu este congruent, aplatizat, tocit sau grandios; sau dacă pacientul are memoria afectată, agitație, neliniște, un ciclu somn-veghe tulburat, sau tulburări a memorie, atenției sau concentrației. Dacă halucinațiile pacientului sunt acompaniate de distorsiuni perceptuale, mișcări automate sau repetitive, pierderi de conștiință parțiale sau perioade de confuzie, sau dacă sunt precedate de aură vizuală, atunci o condiție neurologică primară așa ca epilepsia sau migrenele trebuie să fie luate în considerație.

### Intervenția

Din cauză că siguranța este pe primul plan, clinicianul ar trebui să micșoreze factorul de anturaj. Dacă e posibil, persoane familiare ar trebui să rămână în apropiere, și copilului ar trebui să i se ofere hrană, lichide și activități distractive așa ca jucării, jocuri sau materiale pentru desen.

Lucrând cu un pacient limitat cognitiv care este verbal și fizic agresiv, clinicianul ar trebui să încerce să ignore pacientul (de exemplu, să evite contactul vizual, răspunsul verbal și atingerea). Dacă pacientul se apropie de un membru al personalului în timp ce este angajat într-un comportament agresiv sau distrugător, membrul personalului ar trebui să se miște mai departe de pacient pentru a limita interacțiunea. Totuși, membrul personalului trebuie să ia măsuri imediate dacă situația este potențial periculoasă pentru pacient sau oricine altcineva. Dacă pacientul rămâne agitat, clinicianul ar trebui să ia în considerare unul din medicamentele enumerate în Tabelul 1.

Denumire	Doza	Începutul acțiunii	Timpul de înjumătățire/eliminare (ore)
Lorazepam	0,25-2 mg per os sau i.m. de repetat fiecare 6-8 ore la necesitate (maximum 2-3 doze în 24 ore)	i.m. – 20-30 minute per os: 30-60 minute	Copii: 11 Adulți: 13
Clorpromazine	10-50 mg per os sau 12,5-25 mg i.m. de repetat fiecare 2-4 ore la necesitate (maximum 2-3 doze în 24 ore)	i.m.: 15 minute per os: 30-60 minute	30
Haloperidol	0,25-5 mg per os sau i.m. de repetat fiecare 2-4 ore la necesitate (maximum 2-3 doze în 24 ore)	i.m. – 20-30 minute per os: 2-3 ore	18-40
Risperidon	0,125–2 mg per os de repetat fiecare 4–6 ore la necesitate (maximum 2-3 doze în 24 ore)	i.m.: 1–3 ore	20
Benzotropin	0,25-2 mg per os sau i.m. de repetat fiecare 6-8 ore la	i.m.: ≤ 15 minute	6-48

	necesitate (maximum 2-3 doze în 24 ore)	per os: ≤ 1 oră	
Difenhidramin (Dimedrol)	12,5-50 mg per os sau i.m. de repetat fiecare 4-6 ore la necesitate (maximum 2-3 doze în 24 ore)	i.m.: ≤ 2 ore per os: 2-4 ore	2-8

### **Haloperidol și lorazepam**

Pentru agitație extreme, pentru a obține un nivel înalt de sedare

### **Haloperidol, lorazepam și benztropin sau difenhidramin**

În agitații extreme, pentru a obține un nivel înalt de sedare și pentru a preveni simptome extrapiramidale

### **Haloperidol și difenhidramin**

Pentru a obține un nivel înalt de sedare și de a preveni simptome extrapiramidale. Pentru a preveni sau dacă pacientul deja a dezvoltat simptome extrapiramidale, se administrează oral o doză de difenhidramin fiecare 6-8 ore pentru a acoperi 48 ore de post-doză a unei singure doze de haloperidol.

### **Haloperidol și benztropin**

Pentru a preveni simptome extrapiramidale. Pentru a preveni sau dacă pacientul a dezvoltat simptome extrapiramidale, de a administra o doză orală de benztropin fiecare 8-12 ore pentru a acoperi până la 48 ore de post-doză a unei singure doze de haloperidol.

**Clorpromazina** este asociată cu hipotensiune ortostatică și colaps cardiovascular; de utilizat atent și de nu administrat în combinație cu difenhidramin sau benztropin.

**Lorazepam** este asociat cu depresie respiratorie; de utilizat cu atenție în caz de funcției pulmonară compromisă. De asemenea, lorazepam este asociat cu reacții paradoxale (creșterea agitației) la copii mici și copii cu tulburări în dezvoltare/handicap.

### **Altă medicație anxiolitică sau antipsihotică**

Dacă pacientul deja le primește cu rezultate bune, ați putea lua în considerație administrarea încă a unei doze.

Următoarele momente ar trebui luate în considerație în alegerea medicamentelor:

- Alte medicamente psihoactive sau substanțe care pacientul le primește curent sau care le-a primit vreodată
- Efectul posibil al medicației psihotrope asupra bolii medicale a pacientului
- Simptome comorbide
- Calea de administrare
- Efectele adverse potențiale și factorii de risc a pacientului
- Rapiditatea dorită a efectului
- Dozarea

Următoarele ghiduri importante ar trebui la fel să fie urmate:

- **Nu** indicați medicația - *la necesitate* - fără re-evaluarea medicului.
- **Nu** combinați diferite tipuri sau clase de preparate antipsihotice.
- **Nu** combinați diferite tipuri de benzodiazepine.

Uneori, fixarea poate fi luată în considerație la pacienții ce sunt psihotici, agitați sau agresivi. Utilizarea fixării ar trebui să fie limitată, totuși, în cazurile în care toate intervențiile au eșuat și ar trebui să fie luate în considerație doar temporar până când pacientul dobândește un nivel adecvat de control al comportamentului său.

### **Localizarea/ Dispensarizarea**

Orice pacient care prezintă simptome sugestive pentru o stare prodromală psihotică, psihoză primară în debut sau exacerbare a simptomelor psihotice care au fost anterior bine controlate ar trebui spitalizat pentru motive de siguranță, evaluare ulterioară și soluționarea simptomelor. În unele ocazii, unii pacienți ar putea să prezinte simptome psihotice ușoare care ar putea fi soluționate sigur acasă. Dacă familia este capabilă de a oferi supervizarea adecvată și urmărire ambulatorie, mediul de acasă poate fi mai de preferință. Pacienții ce prezintă tulburări afective, anxietate sau comportament disruptiv nou, ar trebui să fie evaluați pentru siguranță așa cum este descris mai sus și nivelul adecvat de ajutor determinat de localizare/dispensarizare. Pacienții cu handicap în dezvoltare, totuși, nu răspund bine la schimbări în mediul sau/și îngrijitorul său. Prezența unui îngrijitor familiar în momentul venirii în sala de urgență des micșorează agitația pacientului prin restabilirea rapidă a rutinei cunoscute. Dacă agitația este controlată rapid, pacientul poate fi externat acasă și spitalizarea fiind evitată. Psihiatrul din serviciul de urgență ar trebui să fie familiar cu resursele disponibile pentru pacienții cu handicap în dezvoltare, și aplicațiile pentru suport extern la școală sau acasă ar trebui inițiate la acest moment. Spitalizarea pacientului ar trebui folosită doar ca ultimă măsură în afară de cazul când este disponibilă o secție cu intervenții specializate pentru copii cu handicap. Intervenții specifice terapeutice oferite acestei populații sunt limitate sau lipsesc în secții obișnuite psihiatrice, și acești pacienți, datorită dificultăților sale comportamentale, sunt prea des izolați sau supramedicați în așa condiții.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZUL COPILOR ABUZAȚI**

### **Abuzul copiilor**

Orice comportament, din partea unui adult, care dăunează bunăstării fizice sau psihologice sau dăunează creșterii și dezvoltării unui copil este considerat abuz față de copil. Nu există grupuri etnice sau socioeconomice specifice în care abuzul față de copil este mai răspândit. Din cauză că abuzul față de copil are loc tipic în contextul unei crize familiale, clinicianul ar trebui să fie suspicios față de natura urgenței la copil, dar să lucreze greu pentru a stabili raportul cu ambii, copilul și părinții, fără ca să demonstreze la exterior nici o atitudine sau gând preconcepțiu. O alianță puternică va ajuta copilul să dezvăluie informație sensibilă. Adicional, menținerea unei atitudini profesionale va ajuta dacă intervenția necesită îndepărtarea copilului din familie către un mediu protejat al unei secții spitalicești sau serviciului social până la evaluarea detaliilor.

### **Tipuri de abuz față de copil**

**Neglijarea copilului.** Neglijarea copilului este caracterizată general prin omiteri în îngrijire ce rezultă în vătămări semnificative sau risc de vătămări semnificative. Neglijarea este frecvent definită în termeni de eșec în asigurarea necesităților de bază a copilului, așa ca mâncare, îmbrăcăminte, adăpost, supervizie adecvată sau ajutor medical. Tipic, neglijarea copilului este divizată în trei tipuri: fizică, educațională și neglijare emoțională.

**Abuz sexual.** Abuzul sexual include ambele, infracțiuni prin atingere (giugiuleală sau contact sexual) și infracțiuni nu prin atingere (expunerea copilului la material pornografic) și poate implica grad diferit de violență și traumă emoțională. Cel mai frecvent caz raportat este incestul sau abuzul sexual ce are loc între membrii familiei, inclusiv acelea din familii biologice, adoptive și familii vitrege. Incestul cel mai frecvent are loc într-o relație tată-fiică;

totuși, incest la mamă-fiu, tată-fiu, și frate-soră de asemenea au loc. Alte rude sau îngrijitori la fel uneori comit abuz sexual.

**Abuz fizic.** Cu toate că o vătămare rezultată din abuzul fizic nu este accidentală, părintele sau îngrijitorul nu neapărat au avut intenția de a răni copilul. Leziunile ar putea rezulta din disciplină severă, inclusiv chelfăneală vătămătoare sau pedeapsă fizică ce este neadecvată vârstei sau stării copilului. Leziunea poate fi rezultatul unui singur episod sau unor episoade repetate și poate varia în severitate de la semne li vânătăi minore la moarte.

**Maltratare psihologică.** Maltratare psihologică sau abuz emoțional, este definit ca „un patern repetitiv de comportament al îngrijitorului sau incidente extreme care transmit copilului ideea că sunt buni de nimic, invalizi, neubiți, nedoriți, pe cale de dispariție sau doar buni ca să îndeplinească necesitățile altuia.”

### **Sunt șase categorii de maltratare psihologică:**

- Desprețuire (de exemplu, deprecierea, respingere ostilă, ridiculizare)
- Terorizare (de exemplu, amenințarea copilului cu violența, plasarea copilului într-o situație recunoscută ca periculoasă)
- Izolarea (de exemplu, închiderea copilului, limitarea neadecvată a libertății de a se mișca a copilului, limitarea interacțiunilor sociale ale copilului)
- Exploatarea sau stricarea (de exemplu, modelarea de comportament antisocial așa ca activități criminale, încurajarea prostituției, permiterea abuzului de substanțe)
- Negarea sensibilității emoționale (de exemplu, ignorarea încercărilor copilului de a interacționa, eșuarea în exprimarea afecțiunii)
- Neglijarea sănătății mintale, medicale sau educației (de exemplu, refuzul de a permite sau eșuarea în oferirea tratamentului pentru probleme serioase de sănătate mintală sau medicală, ignorarea necesității serviciilor pentru nevoi educaționale grave)

### **Evaluarea**

Examinarea statutului psihic al pacientului poate dezvălui un copil înfricoșat care ar putea avea așteptări nerealiste despre reunificarea cu familia abuzivă sau membrii familiei, sau care ar descrie o gândire magică despre anularea abuzului. Copilul sau adolescentul poate să se prezinte în feluri diferite, așa ca fiind extrem de responsabil, fiind impulsiv, demonstrând schimbări extreme a dispoziției, neînțelegerea limitelor personale sau fiind rușinos sau retras. Pacienții mai tineri pot retrăi coșmaruri sau terori nocturne, și pot fi extra-apropiați cu o persoană dar refuză să fie alături de alte persoane. Copii mai în vârstă, în special adolescenții, pot deveni mai retrași, să-și schimbe stilul hainelor către unul ce e sexual provocător sau să facă eforturi să ascundă dezvoltarea lor sexuală și atractivitatea. Copilul mai în vârstă poate dezvolta de asemenea un comportamente promiscue sau comportamente sexual deviate, să fugă de acasă, să dezvolte probleme de abuz alcoolic sau de alte substanțe, sau să încerce să se sinucidă. Un copil ce este suspectat că ar fi victima unui abuz ar trebui să fie examinat atent de un pediatru în secția de urgență medicală pentru depistarea semnelor de abuz. Analiza de laborator, culturi, tampoane și imagistică ar putea fi necesare pentru a fundamenta descoperirile clinice.

### **Intervenția**

Ca de obicei, în lucrul cu victime potențiale ale abuzului, clinicianul ar trebui să mențină o atitudine profesională, ce pretinde ca să fii sensibil, grijuliu, empatic, obiectiv și orientat pe scop și acțiune. Cazurile de abuz față de copil pot trezi sentimente contratransferențiale puternice în clinician, care poate să simtă mânie față de pretinsul răufăcător și simpatie pentru victimă; totuși, clinicianul trebuie să se rețină de a fi confrunțional sau acuzator și să mențină un sentiment de calmitate și siguranță în cadrul secției de urgență. Clinicianul trebuie să afle de la ambii, atât de la



pacient cât și de la părinții sau îngrijitorii pacientului, detaliile presupusului abuz și ulterior să se consulte cu alți membri ai echipei psihosociale, echipei spitalicească de evaluare a copiilor abuzați sau alți supervizori pentru a determina localizare/dispensarizarea adecvată.

## **URGENȚA PSIHIATRICĂ ÎN CAZ DE TULBURĂRI DE ALIMENTAȚIE LA COPII**

### **Tulburări de alimentație**

Unele din cele mai frecvente prezentări ale anorexia nervosa în sala de urgență includ amețală și leșin în pauzele de la școală sau acasă sau convulsii; când părintele sau îngrijitorul este foarte suspicios în privința tulburărilor alimentare după ce observă pacientul că vomită (și poate de asemenea să acuze la patologii gastrointestinale); sau când părintele sau îngrijitorul observă că pacientul limitează periculos consumul. Un studiu din 2008 a descoperit că 16,9% din cei cu anorexie nervoasă au avut tentative de suicid (Bulik et al. 2008). Pentru psihiatru de urgență, întrebarea dacă pentru a interna un pacient cu o tulburare de alimentație fie într-o secție medicală sau o secție de psihiatrie se va baza pe resursele disponibile în spitalul clinicianului. În urma realizării unei evaluări fizice și psihiatrice complete, inclusiv o evaluare necesară a familiei, spitalizarea în staționar este justificată dacă este îndeplinită oricare dintre următoarele criterii:

- $\leq 75\%$  de la greutatea corporală ideală (pacientul într-un halat după dezbrăcare)
- frecvența cardiacă  $< 45$  bpm, după o odihnă în poziție orizontală pentru 5 minute
- hipokalemie (în evaluarea electroliților plasmei)
- hiponatremie (în evaluarea electroliților plasmei)

Luând în considerare rata semnificativ de înaltă a suicidului la pacienții cu anorexie nervoasă, unele din prezentările lor vor fi similare altor pacienți psihiatrici care necesită spitalizare imediată pentru stabilizare și siguranță (American Psychiatric Association 2006):

- Suicidalitate gravă cu letalitate înaltă sau intenție (care în orice circumstanțe justifică spitalizarea).
- Înrautățirea capacității de a controla voma auto-indusă, creșterea exceselor alimentare, utilizarea diureticilor și utilizarea laxativelor ce pot fi considerate periculoase pentru viață.
- Schimbări în greutate corelate cu statut psihic alterat sau schimbat datorită înrautățirii simptomelor tulburărilor afective, suicidalității sau decompensării psihotice.
- Preocuparea de greutate și/sau imaginea corporală, însoțită de refuzul mâncării sau gânduri obsesive despre imaginea corpului sau greutate ce determina necooperanța pacientului cu tratamentul și necesită un cadrul bine structurat pentru reabilitare.

Alte prezentări ar putea să nu justifice spitalizarea în dependență de întregul tablou clinic și evaluarea psihiatrică deplină (American Psychiatric Association 2006):

- Pierdere recentă abruptă sau constantă în greutate și/sau o greutate corporală totală ce este  $< 85\%$  decât norma greutății sănătoase. Indicele masei corporale (BMI; calculat ca  $[\text{greutatea în kilograme}] / [\text{înălțimea în metri}]^2$ ), este mai puțin util la copii decât la adulți și nu ar trebui folosit pentru estimare, exceptând extremele statutului nutrițional al pacientului. BMI-uri ajustate la vârstă sunt disponibile (Centers for Disease Control and Prevention 2006 - USA). Copii mai jos de al cincilea perecentil sunt considerați sub-ponderali. Totuși, alți factori, așa ca musculatura anormală, statutul cadrului corporal, constipație și aport crescut de lichide pot influența aceste rezultate și pot fi înșelătoare. Adicional, BMI-uri specifice individuale pot fi înțelese mai bine acordându-le cu grupurile etnice (Lear et al. 2003).
- Tulburări metabolice, inclusiv hipofosfatemie, hiponatremie, hipokalemie sau hipomagnezemie; creșterea azotului ureic din sânge în contextul funcției renale normale.

- Tulburări hemodinamice la copii și adolescenți: frecvența cardiacă la nivel de 40-50 bpm; schimbări ortostatice (creșterea frecvenței cardiace >20 bpm sau scădere cu >10–20 mm Hg); tensiunea arterială mai jos de 80/50 mm Hg.

### **Puncte Clinice Cheie**

- Siguranța temporară este scopul principal în evaluarea urgenței.
- Orice intervenție luată în considerație ar trebui să fie adecvată pentru obținerea și menținerea siguranței pacientului.
- Testele de evaluare, procedurile și intervențiile trebuie să fie eficiente, practice și utile pentru stabilirea primatului stărilor medicale versus celor psihiatrice.
- Agitație acută ar trebui soluționată inițial prin ajustarea mediului, înaintea utilizării medicației sau fixării fizice.
- Intervenții acute în criză necesită ca clinicianul să mențină o atitudine profesională, demonstrând în același timp empatie, ascultare activă și oferirea adecvată a educației și instrucțiunilor.
- Managementul psihofarmacologic temporar ar trebui încercat la pacienții cu afectarea controlului comportamentului acut, agitației, agresiunii sau psihozei.
- La copii, în special cei ce nu au primit niciodată preparate psihotrope, medicamentele ar trebui utilizate doar dacă sunt necesare, începând cu doze mici.

## GLOSAR

### DE SEMNE ȘI SIMPTOME CLINICE PSIHIATRICE

#### I. Introducere generală

Psihiatrii își dezvoltă capacitatea de a depista condițiile mintale din câteva motive: pentru a formula diagnostice exacte, pentru a prescrie tratamente eficiente, pentru a oferi prognostice fiabile, pentru a analiza problemele psihice într-un mod cât mai complet și pentru a comunica fructuos cu alți clinicieni. Ca să își îndeplinească toate aceste scopuri, psihiatrii trebuie să devină experți în domeniul limbajului psihiatriei; trebuie să învețe să recunoască și să definească semnele și simptomele comportamentale și emoționale; iar după toate acestea trebuie să devină maeștri ai observării riguroase și descrierii logice a fenomenelor mintale ale psihiatriei. Multe din semnele și simptomele psihiatrice își au rădăcinile în comportamentul normal și pot să fie înțelese ca puncte diferite de pe un spectru care se întinde de la normal până la patologic.

A. **Semne.** Observațiile și constatările clinice obiective, cum ar fi constricția afectivă sau inhibiția psihomotorie a pacientului.

B. **Simptome.** Experiențele [trăirile] subiective descrise de bolnavi, cum ar fi dispoziția depresivă sau lipsa de energie.

C. **Sindrom.** Grup de semne și simptome care formează împreună o condiție ce poate fi recunoscută; sindromul poate să fie mai echivoc decât o tulburare sau boală specifică.

#### II. Definiții ale semnelor și simptomelor psihiatrice<sup>2</sup>

În continuare sunt definite, în ordine alfabetică, o serie de fenomene mintale legate de semne și simptome.

**Abulie:** Impuls redus de a acționa și gândi (cu alte cuvinte, absența voinței), în asociere cu indiferența față de consecințe. Apare prin deficit neurologic, în depresie, în schizofrenie.

**Acalculie:** Pierderea capacității de a efectua calcule; nu este cauzată de anxietate sau de deficitul de concentrare. Apare prin deficit neurologic, în tulburările de învățare.

**Acrofobie:** Teama de locuri înalte.

**Adiadocokinezie:** Incapacitatea de a executa mișcări alternative rapide.

**Afazie:** Orice tulburare a înțelegerii sau exprimării limbajului cauzată de o leziune cerebrală. Pentru tipurile de afazie, vezi fiecare termen specific.

**Afect:** Trăirea subiectivă și directă a emoției atașate ideilor sau reprezentărilor mintale ale obiectelor. Afectul are manifestări exterioare care pot fi clasificate ca restricționate, tocite, aplatizate, largi, labile, adecvate sau inadecvate. Vezi și dispoziție.

**Afect constrictționat:** Reducere a intensității tonului simțirii, care este mai puțin severă decât cea din afectul tocit.

**Afect inadecvat:** Ton emoțional care nu se găsește în armonie cu ideea, gândul sau vorbirea care îl însoțește. Se întâlnește în schizofrenie.

---

<sup>2</sup> Multe din definițiile incluse aici pot să suscite obiecții din partea psihiatrilor europeni. Pentru o mai bună cunoaștere a semiologiei psihiatrice se recomandă folosirea unor referințe suplimentare.

**Afect labil:** Expresie afectivă caracterizată prin modificări rapide și bruște, nelegate de stimuli externi.<sup>3</sup>

**Afect plat:** Absența totală sau aproape totală a oricăror semne de expresie afectivă.

**Afect restricționat:** Reducere a intensității tonului simțirii care este mai puțin severă decât în afectul tocit dar este clar prezentă. Vezi și afect constrictivat.

**Afect tocit:** Tulburarea a afectelor manifestată prin reducerea severă a intensității tonului externalizat al simțămintelor; unul din simptomele fundamentale ale schizofreniei, conform lui Eugen Bleuler.

**Agitație:** Anxietate severă asociată cu neliniște motorie.

**Agitație psihomotorie:** Hiperactivitate fizică și mentală care este, de obicei, neproductivă și se asociază cu o senzație de furtună interioară, așa cum apare în depresia agitată.

**Agorafobie:** Frica patologică de locuri deschise sau de părăsirea mediului familiar al locuinței. Poate să se însoțească sau nu de atacuri de panică.

**Agresivitate:** Acțiune energetică, cu scop, verbală sau fizică; corespondentul motor al afectului de furie, mânie sau ostilitate. Apare în deficitul neurologic, tulburarea de lob temporal, tulburările de control al impulsurilor, manie, schizofrenie.

**Akatizie:** Senzație subiectivă de neliniște motorie, manifestată prin nevoia intensă de a fi în mișcare continuă; poate să fie considerată un efect secundar extrapiramidal al medicației antipsihotice. Poate fi confundată cu agitația psihotică.

**Alexitimie:** Incapacitatea de a descrie sau de conștientiza propriile emoții sau dispoziții, sau de a elabora asupra fanteziilor legate cu depresia, abuzul de substanțe și tulburarea de stres posttraumatic.

**Ambivalență:** Coexistența a două impulsuri opuse în legătură cu un același lucru la aceeași persoană și în același timp. Se întâlnește în schizofrenie, stările borderline, tulburarea obsesiv-compulsivă.

**Amnezie:** Incapacitatea totală sau parțială de evocare a trăirilor anterioare; poate fi de origine organică (tulburare amnezică) sau emoțională (amnezia disociativă).

**Anterogradă (AA):** Pierderea memoriei pentru evenimentele care urmează debutului amneziei; frecventă după traumatisme cranio-cerebrale.

**Retrogradă (AR):** Pierderea memoriei pentru evenimentele care precedă debutul amneziei.

**Anergie:** Lipsă de energie.

**Anhedonie:** Pierderea interesului și retragerea din toate activitățile obișnuite plăcute. Se asociază adesea cu depresia.

**Anomie:** Incapacitatea de evocare a numelor obiectelor.

---

<sup>3</sup> Sau legate de stimuli externi minori.

**Anorexie:** Pierderea sau descreșterea poftei de mâncare. În anorexia nervoasă, pofta de mâncare poate să se păstreze, dar pacientul refuză să mănânce.

**Anosognozie:** Incapacitatea de a recunoaște un defect somatic propriu (de ex., pacientul neagă paralizia unui membru).

**Anxietate:** Simțământ de aprehensiune cauzat de anticiparea unui pericol, care poate fi intern sau extern.

**Apatie:** Ton emoțional tocit, asociat cu detașarea sau indiferența; se întâlnește în unele forme de schizofrenie și depresie.

**Apraxie:** Incapacitatea de a executa o activitate motorie voluntară cu scop; nu poate fi explicată prin paralizie sau altă afectare motorie sau senzorială. În apraxia de construcție, pacientul nu poate să deseneze forme bi- sau tridimensionale.

**Asociații prin asonantă** (asociații clang): Asociație sau vorbire determinată de sunetul, și nu de sensul, cuvântului; cuvintele nu au legătură logică; asonantele și rimele pot să domine comportamentul verbal. Se întâlnește cel mai frecvent în schizofrenie sau în manie.

**Ataxie:** Lipsă de coordonare, fizică sau mintală. 1. în neurologie, se referă la pierderea coordonării musculare. 2. în psihiatrie, termenul de ataxie intrapsihică se referă la lipsa de coordonare dintre sentimente și gânduri<sup>4</sup>; se întâlnește în schizofrenie și tulburarea obsesiv-compulsivă severă.

**Atenție:** Concentrare; aspect al conștientiei care se referă la cantitatea de efort exercitat în focalizarea asupra anumitor aspecte ale unei experiențe, activități sau sarcini. Este afectată de obicei în anxietate și în tulburările depresive.

**Autism:** vezi Gândire autistă.

**Blocaj**<sup>5</sup>: întrerupere bruscă a șirului gândirii, înainte de terminarea unui gând sau a unei idei; după o scurtă pauză, persoana nu își amintește ceea ce se spunea sau era pe cale să se spună (mai este cunoscut și ca furt al gândurilor), frecvent în schizofrenie și anxietatea severă.

**Catalepsie:** Condiție în care persoana menține poziția corpului în care este pusă; se întâlnește în cazurile severe de schizofrenie catatonică. Sinonimă cu *flexibilitas cerea* sau flexibilitate ceroasă.

**Cataplexie:** Pierderea temporară bruscă a tonusului muscular, cauzând slăbiciune și imobilizare; poate fi precipitată de diferite stări emoționale și este urmată frecvent de somn. Frecventă în narcolepsie.

**Catatonie:**

- Agitație (excitație) catatonică: Agitație, impulsivitate și comportament agresiv, de mare intensitate.

---

<sup>4</sup> *Disocierea ideo-afectivă*

<sup>5</sup> *Sperrung (lb. germană)*

- Posturare catatonică: Asumarea voluntară a unei posturi nepotrivite sau bizare, menținute în general pentru perioade îndelungate de timp. Poate să alterneze pe neașteptate cu excitația catatonică.
- Rigiditate catatonică: Poziție motorie fixă și susținută, care este rezistentă la modificare.

**Circumstanțialitate:** Tulburare a proceselor asociative de gândire și vorbire în care pacientul face digresiuni în amănunte nenesesare și gânduri nepotrivite înainte de a comunica ideea centrală. Se întâlnește în schizofrenie, tulburarea obsesiv-compulsivă și unele cazuri de demență. Vezi și tangențialitate.

**Cogniție:** Procesele mintale de cunoaștere și conștientizare; funcționează în strânsă asociere cu judecata.

**Comă:** Stare de inconștiență profundă, din care persoana nu poate fi trezită, asociată cu responsivitate minimă sau nedetectabilă la stimuli; se întâlnește în leziuni sau boli ale creierului, în condiții sistemice cum ar fi cetoacidoza diabetică sau uremia și în intoxicația cu alcool și alte droguri. Coma poate să apară și în stările catatonice severe și în tulburarea conversivă.

**Compulsiune:** Nevoia patologică de a acționa conform unui impuls care, dacă i se rezistă, produce anxietate; comportament repetitiv<sup>6</sup> ca răspuns la o obsesie sau executat în conformitate cu anumite reguli, fără un alt scop în sine decât acela de a preveni producerea unui anumit lucru în viitor.

**Confabulație:** Umplerea inconștientă a golurilor de memorie prin imaginarea de trăiri sau evenimente fără bază faptică, întâlnită frecvent în sindroamele amnestice; trebuie diferențiată de minciună.

**Confuzie** (stare confuzională): Tulburări ale conștienței manifestate prin orientare dezordonată în raport cu timpul, spațiul sau persoana. Conștiență<sup>7</sup> : starea de informare curentă (awareness) cu răspunsuri la stimulii externi.

**Coprolalie:** Utilizarea involuntară a unui limbaj vulgar sau obscen. Se întâlnește în unele cazuri de schizofrenie și în Tulburarea Tourette.

**Déjà entendu:** Deja auzit. Iluzia că ceea ce aude persoana în cauză a mai auzit înainte.

**Déjà pensé:** Deja gândit. Condiție în care un gând ne mai gândit niciodată este considerat în mod eronat ca o repetare a unui gând anterior.

**Déjà vu:** Deja văzut. Iluzie de recunoaștere vizuală în care o situație nouă este considerată în mod eronat drept o repetare a unei experiențe anterioare.

**Delir:** Certitudine<sup>8</sup> falsă, bazată pe inferență incorectă despre realitatea externă, care este susținută ferm în pofida probelor sau dovezilor obiective și evidente în sens contrai și în pofida faptului că alți membri ai culturii respective nu împărtășesc credința respectivă.

---

<sup>6</sup> *Ritual*

<sup>7</sup> *Sau cunoștință; a nu se confunda cu conștiința.*

<sup>8</sup> *Convingere sau credință, belief.*

**Delir bizar:** Certitudine falsă care este patent absurdă sau fantastică (de ex., invadatori din spațiul cosmic au implantat electrozi în creierul pacientului). Frecvent în schizofrenie. În delirurile care nu sunt bizare, conținutul se situează, de obicei, în domeniul posibilului.

**Delir congruent cu dispoziția:** Delir al cărui conținut se potrivește cu dispoziția (de ex., pacienții depresivi care cred că ei sunt răspunzători de distrugerea lumii).

**Delir de control:** Convingerea falsă că voința, gândurile sau sentimentele unei persoane sunt controlate de forțe externe.

**Delir de grandoare:** Concepție exagerată despre importanța, puterea sau identitatea propriei persoane.

**Delir de infidelitate**<sup>9</sup> : Certitudinea falsă că o persoană iubită nu este fidelă; uneori se numește gelozie patologică.

**Delir de persecuție:** Convingerea falsă de a fi hărțuit sau persecutat; se constată adesea<sup>10</sup> la pacienții litigioși, care au o tendință patologică de a intenta acțiuni in justiție din cauza răului tratament imaginar. Este cel mai frecvent delir.

**Delir de referință:** Credința falsă că purtarea (comportamentul) altora se referă la persoana celui în cauză și cu evenimentele, obiectele sau alți oameni au o semnificație particulară și neobișnuită, de regulă de natură negativă; derivă din ideea de referință, când persoanele simt, în mod fals, că alții vorbesc despre ele (de ex., convingerea că cei de la TV sau radio vorbesc despre persoana respectivă). Veziși transmiterea gândurilor.

**Delir de sărăcie**<sup>11</sup> : Convingerea falsă de a fi sărac sau că va fi deprivat de toate posesiunile materiale.

**Delir incongruent cu dispoziția:** Delir bazat pe o referință incorectă la realitatea externă, al cărui conținut nu are legătură cu dispoziția sau este nepotrivit cu dispoziția (de ex., pacienții depresivi care cred că sunt noul Mesia).

**Delir nihilist (de negație):** Delir depresiv că lumea și tot ceea ce are legătură cu ea au încetat să mai existe.

**Delir paranoid:** Include delirurile de persecuție și delirurile de referință, control și grandoare.

**Delir somatic:** Delir referitor la funcționarea propriului corp.

**Delirium:** Tulburare mintală acută reversibilă caracterizată prin confuzie și o anumită afectare a conștienței; se asociază în general cu labilitate emoțională, halucinații sau iluzii și cu comportament nepotrivit, impulsiv, național sau violent.

---

<sup>9</sup> În general, în mod curent se vorbește despre delir de gelozie; de fapt, de multe ori este vorba nu doar de un delir de gelozie (adulter posibil), ci de unul de infidelitate (adulter consumat).

<sup>10</sup> Clinic, delirul de persecuție este important în psihozele majore.

<sup>11</sup> Delirul de sărăcie este o temă particulară a delirului de ruină, care este o noțiune mai largă și mai semnificativă clinic (se poate întâlni în depresiile cu elemente psihotice congruente cu dispoziția)

**Depersonalizare:** Simțământ de nerealitate cu privire la sine, la părți ale propriei persoane sau cu privire la mediul înconjurător, care apare<sup>12</sup> în condiții de stres extrem sau oboseală extremă. Se întâlnește în schizofrenie, tulburarea de depersonalizare și tulburarea de personalitate schizotipală. **Depresie:** Stare mintală caracterizată prin simțăminte de tristețe, singurătate, disperare, stimă de sine scăzută și auto-reproșuri; semnele de însoțire includ inhibiția psihomotorie sau, uneori, agitația, retragerea din contactele interpersonale și simptome vegetative cum ar fi insomnia și anorexia. Termenul se referă la dispoziția astfel caracterizată sau la o tulburare a dispoziției.

**Deraiere (derailment):** Deviere treptată sau bruscă a șirului gândurilor, fără blocare; se folosește uneori ca sinonim al slăbirii asociațiilor.

**Derealizare:** Senzație de realitate schimbată sau că ceea ce este înjur s-a modificat. Se întâlnește de regulă în schizofrenie, atacurile de panică, tulburările disociative.

**Dereism:** Activitate mintală care urmează un sistem logic total subiectiv și idiosincronic și care nu ia în considerare faptele realității sau experienței. Caracteristic pentru schizofrenie. Vezi și gândire autistă.

**Dezinhibiție:** 1. înlăturarea unui efect inhibitoriu, ca în reducerea funcției inhibitorii a cortexului de către alcool. 2. în psihiatrie, libertatea mai mare de a acționa în conformitate cu pulsunile sau simțămintele interne și cu mai puțină grijă față de restricțiile dictate de normele culturale sau de superego.

**Dezorientare:** Confuzie; afectarea cunoașterii timpului, locului și persoanei (poziția seifului în raport cu cealaltă persoană). Caracteristică pentru tulburările cognitive. □ **Disforie:** Simțământ de neplăcere sau disconfort; dispoziție de insatisfacție și neliniște generală. Apare în depresie și anxietate.

**Diskinezie:** Dificultate în efectuarea mișcărilor. Se întâlnește în tulburările extrapiramidale.

**Dispoziție:** Ton pervaziv și susținut al sentimentelor care este trăit intern și care, în extremele sale, poate să influențeze practic toate aspectele comportamentului și percepției lumii de către persoana respectivă. Se deosebește de afect, expresia externă a tonului interior al simțirilor.

- Congruent cu dispoziția: în armonie, adecvat cu dispoziția; idei care se potrivesc cu dispoziția, frecvente în tulburarea bipolară.

- Incongruent cu dispoziția: Nepotrivit cu dispoziția, idei care nu se armonizează cu dispoziția, frecvente în schizofrenie.

**Distonie:** Tulburare motorie extrapiramidală constând din contracturi lente, susținute, ale musculaturii axiale sau apendiculare. adesea predomină o mișcare, conducând la devieri posturale relativ susținute; reacțiile distonice acute (grimase faciale, torticolis) se întâlnesc ocazional la instituirea terapiei medicamentoase antipsihotice.

**Distractibilitate:** Inabilitatea de a-și focaliza atenția; pacientul nu răspunde la sarcina pe care o are de efectuat, ci dă atenție unor fenomene irelevante din mediu.

**Distractibilitate:** Condiție în care bolnavul trece de la un subiect la altul în funcție de stimuli interni sau externi; se întâlnește în manie.

---

<sup>12</sup> Uneori



**Dizartrie:** Dificultate în articulare, în activitatea motorie de modelare ca vorbire a sunetelor emise, dar nu și în găsirea cuvintelor sau în gramatică.

**Ecolalie:** Repetarea psihopatologică a cuvintelor sau frazelor unei persoane de către alta; tinde să fie repetitivă și persistentă. Se întâlnește în unele forme de schizofrenie, în special în tipul catatonie.

**Elație (elation):** Afect ce constă din simțăminte de bucurie, euforie, triumf, intensă satisfacție de sine sau optimism. Apare în manie, situație în care nu are o bază în realitate.

**Euforie:** Simțământ exagerat de bunăstare, care este nepotrivit cu evenimentele reale. Poate să apară în uzul de droguri, cum ar fi opiaceele, amfetaminele și alcoolul.

**Exaltare:** Simțământ de intensă elație și grandoare.

**Flexibilitate ceroasă:** Condiție în care pacienții mențin poziția corpului în care au fost puși. Se mai numește și catalepsie.

**Fobie:** Frică persistentă, patologică, nerealistă și intensă de un obiect sau de o situație; persoana fobică poate să înțeleagă că frica este irațională dar, cu toate acestea, nu poate să o risipească.

**Formicație (formication):** Halucinație tactilă ce implică senzația că insecte mici umblă pe piele sau pe sub piele. Se întâlnește în adicția la cocaină și în delirium tremens.

**Frică:** Stare emoțională neplăcută, constând din modificări psihofiziologice ca răspuns la o amenințare sau la un pericol real. Comparați cu anxietate.

**Fugă de idei:** Succesiune rapidă a gândurilor sau vorbirii fragmentare în care conținutul se schimbă brusc iar vorbirea poate să fie incoerentă. Se întâlnește în manie.

**Gândire abstractă:** Gândire caracterizată prin abilitatea de a sesiza caracteristicile esențiale ale întregului, de a desface întregul în părți componente și de a discerne proprietățile comune. Gândirea simbolică.

**Gândire autistă:** Gândire în care gândurile sunt în mare măsură narcisice și egocentrice, cu accent asupra subiectivității și nu obiectivității și fără preocupare pentru realitate; termenul se folosește ca sinonim pentru autism și dereism. Se întâlnește în schizofrenie, tulburarea autistă.

**Gândire concretă:** Gândire caracterizată nu de abstractizare, ci de lucruri și evenimente reale și de experiență imediată; se întâlnește la copiii mici, la cei care au pierdut sau nu au dezvoltat abilitatea de a generaliza (ca în unele tulburări mintale cognitive) și la persoanele cu schizofrenie. A se compara cu gândire abstractă.

**Gândire ilogică:** Gândire care conține concluzii eronate sau contradicții interne; este psihopatologică numai dacă este marcată și dacă nu este cauzată de valori culturale sau de deficitul intelectual.

**Gândire magică:** Formă de gândire dereistă; gândire asemănătoare cu cea din faza preoperațională la copii (Jean Piaget), în care gândurile, cuvintele sau acțiunile dobândesc putere (de ex., puterea de a cauza sau împiedica un eveniment).

**Grandiozitate** (grandoare)<sup>13</sup> : Simțăminte exagerate despre importanța, puterea sau cunoștințele deținute sau despre identitatea proprie. Se întâlnește în tulburarea delirantă, stările maniacale.

**Halucinație:** Percepție senzorială falsă ce apare în absența oricărei stimulări externe relevante în modalitatea senzorială implicată.

**Halucinații auditive:** Falsă percepție sonoră, de regulă voci dar și alte sunete, cum ar fi muzică. Sunt cele mai frecvente halucinații în tulburările psihiatrice.

**Halucinații congruente cu dispoziția:** Halucinații cu conținut care se potrivește cu dispoziția depresivă sau cu cea maniacală (de ex., pacienții depresivi care aud voci care le spun că sunt niște persoane rele; pacienții maniacali care aud voci care le spun că au valoare, putere sau cunoaștere inflaționate).

**Halucinații gustative:** Legate de gust.

**Halucinații haptice (tactile):** Legate de senzațiile de atingere.

**Halucinații hipnagogice:** Halucinații care apar atunci când persoana adoarme; de obicei nu sunt considerate patologice

**Halucinații hipnopompice:** Halucinații care apar atunci când persoana se trezește din somn, de obicei nu sunt considerate patologice.

**Halucinații imperative:** Perceperea falsă a unor ordine cărora persoana se poate simți obligată să li se supună sau cărora îi este incapabilă să li se opună.

**Halucinații incongruente cu dispoziția:** Halucinații care nu sunt asociate cu stimuli externi reali, al căror conținut nu se potrivește cu dispoziția depresivă sau cu cea maniacală (de ex., în depresie, halucinații care nu implică teme cum ar fi vinovăția, pedeapsa meritată sau inadecvarea; în manie, halucinații care nu implică teme cum ar fi valoarea sau puterea inflaționate).

**Halucinații liliputane:** Percepția falsă că obiectele sunt mult mai mici decât în realitate; se mai numesc și halucinații micropsice. A se compara cu macropsie.

**Halucinații olfactive:** Halucinații care implică primar olfacția/mirosurile; apar cel mai frecvent în tulburările medicale, în special în cele care afectează lobul temporal.

**Halucinații somatice:** Halucinații care implică percepția unei trăiri fizice localizate în interiorul corpului.

**Halucinații vizuale:** Halucinații care implică primar simțul văzului.

**Hiperactivitate:** Activitate musculară crescută. Termenul este folosit frecvent pentru a descrie o tulburare constatată la copii, care se manifestă prin neliniște constantă, hiperactivitate,

---

<sup>13</sup> În mod tradițional, grandoarea se referă la importanța exagerată acordată propriei persoane. Grandiozitatea poate să aibă un context mai larg, cum ar fi tematicile delirante cosmice, de reformă universală, salvare a lumii, invenții/soluții miraculoase ale marilor probleme ale zilei sau ale omenirii etc (uneori, pacienții de acest fel nu prezintă un delir de grandoare propriu-zis, ei nu își acordă decât în subsidiar o importanță exagerată).

distractibilitate și dificultăți de învățare. Se întâlnește în tulburarea prin deficit atențional/hiperactivitate.

**Hipermnezie:** Grad ridicat de reținere și evocare. Poate fi indusă prin hipnoză și se poate întâlni la unele persoane supradotate; poate să constituie, de asemenea, un element al tulburării obsesiv-compulsive, al unor cazuri de schizofrenie și al episoadelor maniacale din tulburarea bipolară I.

**Hipervigilență (hipervigilitate):** Atenție și concentrare excesivă asupra tuturor stimulilor interni și externi; se întâlnește de obicei în stările delirante sau paranoide.

**Hipomanie:** Anormalitate a dispoziției cu caracteristicile calitative ale maniei, dar ceva mai puțin intensă. Se întâlnește în tulburările bipolară II și ciclotimică.

**Idee prevalentă (overvalued):** Convingere sau idee falsă sau nerezonabilă care este susținută dincolo de limitele rațiunii. Este mai puțin intensă sau de mai scurtă durată decât delirul, dar se asociază de obicei cu boala mintală.

**Idei de referință:** Interpretarea incorectă a incidentelor și evenimentelor din lumea exterioară ca deținând o referință directă, personală, la propria persoană; ideile de referință se pot constata ocazional la persoane normale, dar apar frecvent la pacienții paranoizi. Dacă sunt prezente cu frecvență sau intensitate suficientă sau dacă sunt organizate sau sistematizate, ideile de referință constituie deliruri de referință.

**Iluzie:** Interpretarea perceptuală incorectă a unui stimul extern real. A se compara cu halucinație.

**Incoerență:** Comunicare lipsită de conexiuni, dezorganizată sau incomprehensibilă. Vezi și salată de cuvinte.

**Încorporare:** Mecanism primitiv de defensă inconștientă în care reprezentarea psihică a unei alte persoane sau aspecte ale unei alte persoane sunt asimilate în propriul self printr-un proces figurativ de ingestie orală simbolică; reprezintă o formă specială de introiecție și este cel mai timpuriu mecanism de identificare.

**Insertia gândurilor:** Delirul că în mintea cuiva se implantează gânduri, de către alți oameni sau forțe.

**Insight** (înțelegere/conștientizare, „critica bolii“): Recunoașterea conștientă a propriei condiții. În psihiatrie se referă la conștientizarea [cunoașterea] și înțelegerea propriei psihodinamici și a propriilor simptome de comportament maladadaptativ; este foarte importantă pentru facilitarea modificărilor personalității și comportamentului persoanei respective,

**Întunecarea conștienței:** Orice tulburare a conștienței în care persoana nu este pe deplin trează, alertă și orientată. Apare în delirium, demență și tulburarea cognitivă. Alterare a orientării, percepției, și atenției; se întâlnește în disfuncțiile cerebrale.

**Iritabilitate:** Excitabilitate anormală sau excesivă, cu mânie, enervare sau nerăbdare ușor declanșate.

**Jamais vu:** Fenomen paramnezic caracterizat de senzația falsă de nefamiliaritate a unei situații reale care a mai fost trăită anterior.

**Judecată:** Actul mintal de comparare sau evaluare a opțiunilor din cadrul unui set de valori dat, cu scopul alegerii unui curs de acțiune. Dacă cursul de acțiune ales este consonant cu realitatea sau cu standarde comportamentale adulte mature, se spune că judecata este intactă sau normală; se spune că judecata este afectată dacă acțiunea aleasă este clar maladadaptativă, dacă rezultă din decizii impulsive bazate pe nevoia de gratificare imediată sau dacă este în alt mod nepotrivită cu realitatea măsurată potrivit standardelor mature ale adultului.

**La belle indifférence:** Literal înseamnă „frumoasa indiferență”; atitudine nepotrivită de calm sau lipsă de preocupare în legătură cu dizabilitatea proprie. Se poate întâlni la pacienții cu tulburare conversivă.

**Logoree:** Vorbire bogată (rapidă), sub presiune, coerentă; vorbitul incontrolabil, excesiv; se întâlnește în episoadele maniacale ale tulburării bipolare I. Se mai numește și tahilogie, verbomanie, volubilitate.<sup>14</sup>

**Macropsie:** Percepția falsă că obiectele sunt mai mari decât în realitate; a se compara cu micropsie.

**Manie:** Stare a dispoziției caracterizată prin elafie (euforie), agitație, hiperactivitate, hipersexualitate și gândire și vorbire accelerate (fugă de idei). Se întâlnește în tulburarea bipolară I. Vezi și hipomanie.

**Manierism:** Mișcare involuntară de neșters, habituală.

**Memorie:** Proces prin care ceea ce se trăiește sau se învață devine o înscriere în sistemul nervos central (înregistrarea), unde persistă cu un grad variabil de permanență (reținerea) și poate fi reamintit sau regăsit din depozit după dorință (evocarea).

**Memorie imediată** (pe termen scurt): Se referă la reținerea imediată (a evenimentelor din ultimele câteva momente); mai este cunoscută ca memorie de lucru și memorie tampon (buffer).

**Memorie recentă:** Se referă la evenimentele ultimelor câteva zile.

**Memorie îndepărtată** (pe termen lung): Se referă la evenimentele trecutului [personal] îndepărtat.

**Micropsie:** Percepția falsă că obiectele sunt mai mici decât în realitate. Uneori se numește halucinație liliputană. A se compara cu macropsie.

**Mutism:** Absența organică sau funcțională a facultății vorbirii. Vezi și stupor.

**Negativism:** Opoziția sau rezistența verbală sau non-verbală la sugestiile și îndemnurile din afară; întâlnit frecvent în schizofrenia catatonică, în care pacientul rezistă oricărui eforturi de a fi mișcat sau face opusul a ceea ce i se cere.

**Neologism:** Cuvânt sau grup de cuvinte noi, a căror derivare nu poate fi înțeleasă; întâlnit frecvent în schizofrenie. Termenul a fost folosit și pentru a desemna un cuvânt care a fost construit incorect, dar ale cărui origini rămân, totuși, inteligibile (de ex., pantof de cap, însemnând pălărie), dar construcțiile de acest fel sunt denumite mai corect aproximări verbale.

---

<sup>14</sup> Se mai numește și tahifemie, iar volubilitatea nu este considerată patologică prin definiție.

**Obsesie:** Idee, gând sau impuls persistent și recurent, care nu poate fi eliminat din conștientă prin logică sau raționament; obsesiile sunt involuntare și ego-distonice. Vezi și compulsiune.

**Orientare:** Starea de cunoștință de sine și despre locul înconjurător în termenii timpului, locului și persoanei.

**Panică:** Atac de anxietate acut și intens, asociat cu dezorganizarea personalității; anxietatea este copleșitoare și se însoțește de senzația de catastrofa iminentă.

**Parapraxie:** Act eronat (ratat), cum ar fi un lapsus linguae sau rătăcirea unui obiect. Freud atribuie parapraxiile unor motivații inconștiente. **Perseverare:** 1. Repetarea patologică a unui același răspuns în fața unor stimuli diferiți, ca în repetarea aceluiași răspuns verbal la întrebări diferite. 2. Repetarea persistentă a unor cuvinte sau concepte specifice în procesul vorbirii. Se întâlnește în tulburările cognitive, schizofrenie și alte boli mintale. Vezi și verbigerare.

**Retardare [inhibiție<sup>15</sup>] psihomotorie:** încetinire a activității psihice, motorii, sau a ambelor; se întâlnește în depresie, schizofrenia catatonică. Poate să survină și opusul ei - agitația psihomotorie.

**Retragerea (furtul) gândurilor:** Delirul că propriile gânduri sunt îndepărtate din minte de către alți oameni sau forțe. Vezi și transmiterea gândurilor.

**Salată de cuvinte:** Amestec incoerent, în esență incomprehensibil, de cuvinte și grupuri de cuvinte, întâlnit frecvent în cazurile foarte avansate de schizofrenie. Vezi și incoerență.

**Sărăcia vorbirii:** Utilizarea limitată a vorbirii; se întâlnește în tulburarea autistă, schizofrenia catatonică, tulburarea depresivă majoră.

**Slăbirea asociațiilor** (asociații îndepărtate): Tulburare de gândire sau vorbire caracteristică schizofreniei, implicând o tulburare a progresiunii logice a gândurilor, manifestată ca incapacitatea de a comunica verbal în mod adecvat; idei neînrudite și fără legătură între ele trec de la un subiect la altul. Vezi și tangențialitate.

**Semne vegetative:** în depresie, simptome caracteristice cum ar fi tulburarea somnului (în special trezirile matinale), scăderea poftei de mâncare, constipația, scăderea în greutate și pierderea răspunsului sexual.

**Stare confuzivă:** Perturbarea orientării în timp, spațiu, sau la persoană.

**Stereotipie:** Repetarea mecanică continuă a unor activități verbale sau fizice; se întâlnește în schizofrenia catatonică.

**Stupor:** 1. Stare de reactivitate descrescută la stimuli și de conștientă mai puțin decât deplină față de mediul înconjurător; ca tulburare a conștientei, indică o condiție de comă parțială sau semi-comă. 2. în psihiatrie, se folosește sinonim cu mutism și nu implică neapărat o tulburare a conștientei; în stuporul catonic, pacienții sunt, de obicei, conștienți de ceea ce îi înconjoară.

---

<sup>15</sup> Fenomenul clinic la care se referă „retardarea” psihomotorie este bradikinezia/ bradipsihia/ bradilalia. În limba română este, probabil, mai potrivit să ne referim la inhibiție sau lentoare psihomotorie, și nu la „întârziere”.

**Tangentialitate:** Mod de a vorbi indirect, digresiv sau chiar irelevant, în care nu este comunicată ideea centrală.

**Transmiterea gândurilor:** Senzația că propriile gânduri sunt transmise sau proiectate în mediu. Vezi și retragerea (furtul) gândurilor.

**Tulburare de gândire:** Orice tulburare a gândirii care afectează limbajul, comunicarea sau conținutul gândirii; elementul principal al schizofreniei. Manifestările se întind de la simplul blocaj și circumstanțialitatea ușoară până la slăbirea profundă a asociațiilor, incoerență și deliruri; se caracterizează prin nerespectarea regulilor semantice și sintactice, în dezacord cu educația (instrucția), inteligența sau originea culturală a persoanei.

**Tic:** Mișcare musculară involuntară, spasmodică, stereotipă a unor grupuri mici de mușchi; se observă în special în momente de stres sau de anxietate, rareori ca rezultat al unei boli organice.

**Transă:** Stare de reducere a conștientei și activității, asemănătoare somnului.

**Verbigeratie:** Repetarea stereotipă și lipsită de sens a unor cuvinte sau propoziții, așa cum se vede în schizofrenie. Se mai numește și catafazie. Vezi și perseverație.

**Vorbire sub presiune (pressured speech):** Creștere cantitativă a vorbirii spontane; vorbire rapidă, zgomotoasă, accelerată, așa cum poate să apară în manie, schizofrenie și în tulburările cognitive.

**Bibliografie:**

1. DSM-IV. Manual de Diagnostic Statistic al Asociației Psihiatrice Americane, București, 2000.
2. ICD-10. Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. București, 1998.
3. Kaplan & Sadock. Psihiatrie clinică. Manual de buzunar. București, 2001.
4. Koning F. Petersdorff T, von Hippel C. Kaschka WP (1999): Initial care of psychiatric emergency patients: Anaesthetist 1999 Aug; 48(8): 542-8.
5. Laemmel K (1996): Psychiatric emergencies. Schweiz Rundsch Med Prax 1996 Dec 10; 85(50): 1915 – 20.