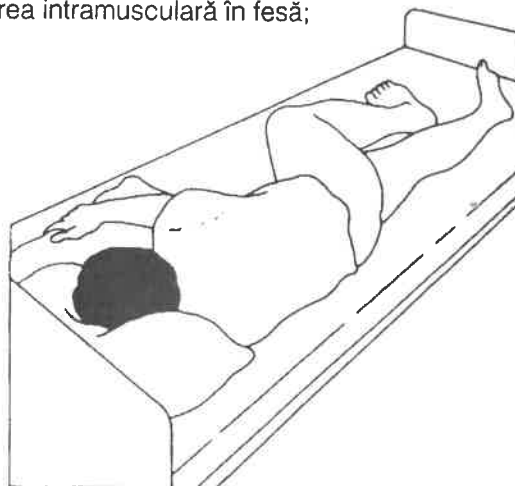
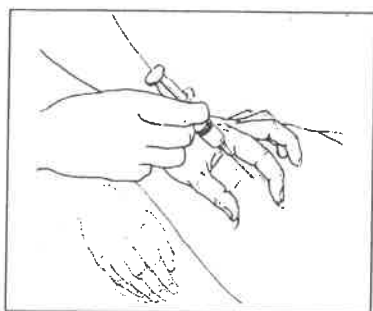


Poziția corectă a pacientului pentru injectarea intramusculară în fesă;

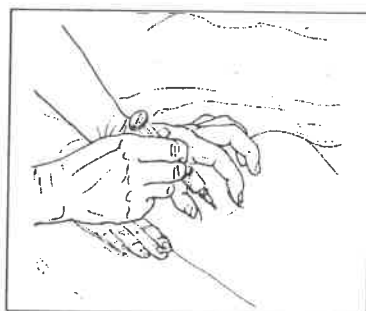


2. Injectarea

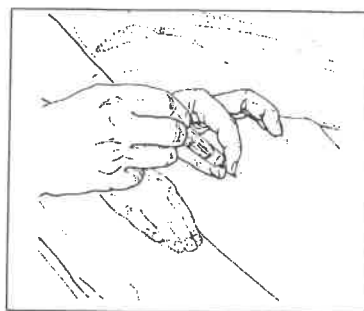
- a. dezinfectarea pielii.
- b. introdu acul perpendicular; siringa să fie menținută la un unghi de 90 de grade.
- c. Controlează prin aspirație dacă nu ai atins vreun vas de sânge.



b.

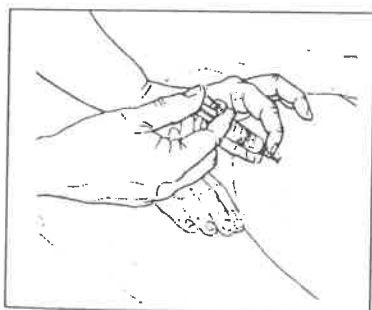


b.

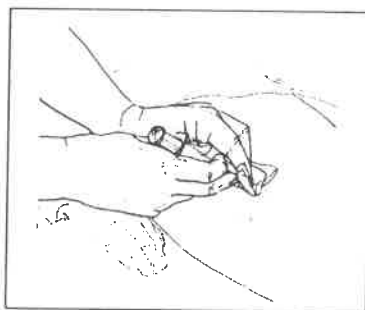


d.

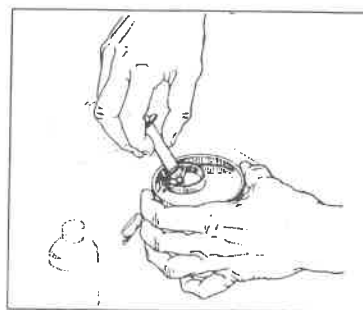
- e. injectează soluția de injectat încet în mușchi.
- f. la terminare, scoate acul cu atenție dar repede afară.
- g. masează cu o vată locul injecției.
- h. depune acul în vasul pentru colectarea acelor folosite.



e.



f.



h.

INJECTAREA INTRACUTANĂ

Injecțiile intracutane sînt folosite mai ales cu scop diagnostic cum ar fi: reacția Mantoux, sau pentru vaccinări, etc.

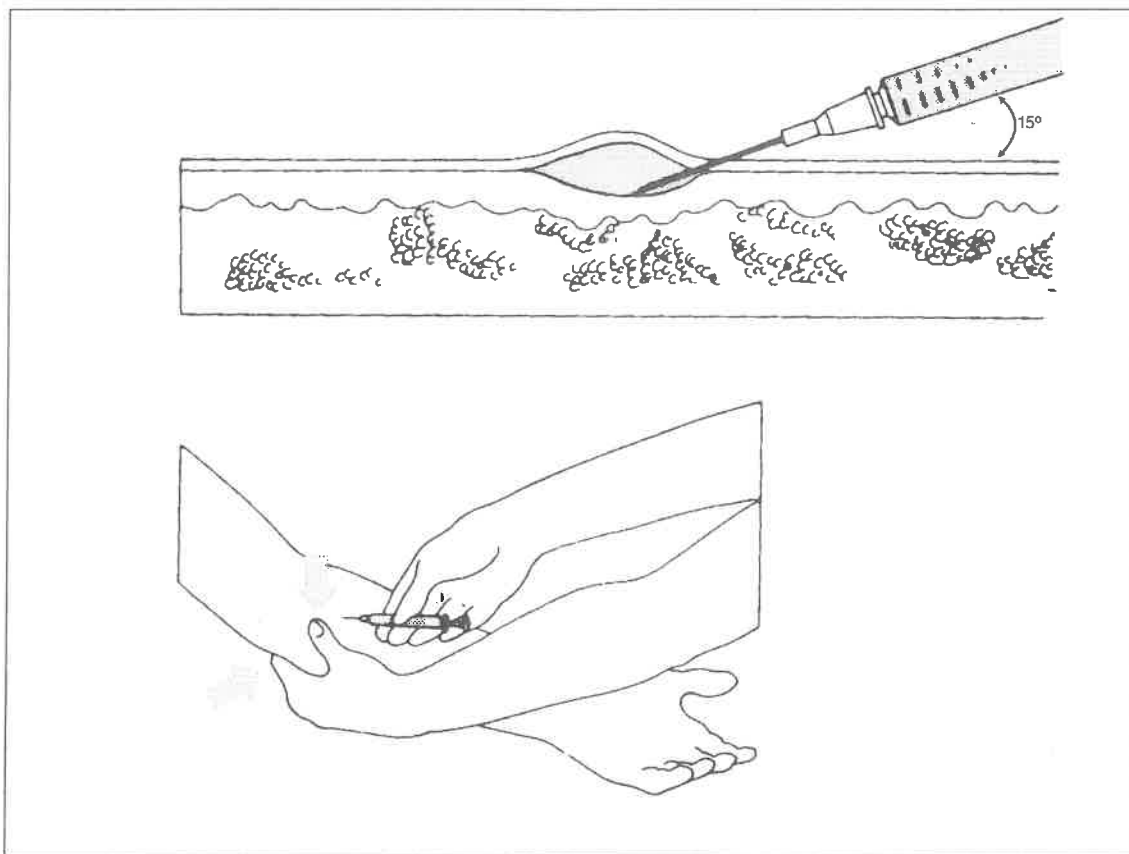
Locuri pentru efectuarea injecției intracutane:

1. regiunea anterioară a antebrațului.
2. porțiune a spatelui, situată imediat sub omoplat.

În general se folosește siringa de 1 ml. și un ac cu o lungime de 1 cm.

Injecția:

Introdu acul în piele într-un unghi de 15 grade, cu deschiderea vârfului în sus. Injecțiază soluția astfel încît să se formeze o bășicuță albă.



CUPRINS

Obiectiv general	106
Activități didactice	107
Material de Studiu "Reader"	109
1. Comunicarea dintre cadrele medicale și pacienți	111
2. Apariția coordonării activităților	117
3. Modul de lucru în ergoterapie/coordonarea activităților	119

OBIECTIV GENERAL

La sfârșitul acestui capitol vei avea o imagine despre funcționarea pacientului pe plan social în spitalul de psihiatrie.

PENTRU ACEASTA POȚI SĂ FACI URMĂTOARELE :

1. să redai motivul pentru care comunicația este importantă;
2. să dai exemple de factori care au influență asupra comunicației între oameni și a modului de comunicare;
3. să numești diferite forme de comunicare;
4. să indici modul la care oamenii pot fii stimulați pe planul comunicării în cadrul activităților de autoîngrijire;
5. să arăți cum un cadru medical poate acorda unui pacient sprijin în funcția comunicativă;
6. să descrii asupra cărui punct va trebui să-și fixeze atenția cadrul medical la începerea, întreținerea și întreruperea treptată/ruperea bruscă a unei relații;
7. să dai exemple de funcționare nearmonioasă pe plan relațional și să indici modul la care cadrul medical poate oferi sprijin și ajutor;
8. să enunți importanța coordonării activităților;
9. să arăți care este diferența dintre sarcina cadrului medical în tratamentul pacientului psihiatric și cea a coordonării activităților.

ACTIVITĂȚI DIDACTICE

- A. Răspunde pentru tine la următoarele întrebări, meditănd asupra lor:**
Ce reprezintă pentru tine importanța comunicării?
Te bazezi pe anumite criterii în alegerea prietenilor și dacă da, de ce tocmai pe acele criterii?
Se ține cont în secția unde lucrezi de funcționarea sub aspect social a pacientului?
Dacă da, prin ce se remarcă acest lucru și care este opinia ta despre aceasta?
- B. Literatură de studiu.**
Studiază din materialul de studiu articolul:
Relațiile dintre cadrele medicale și pacienți.
Notează eventualele întrebări și neclarități și discută-le în clasă.
- C. Răspunde la următoarele întrebări:**
Cum abordezi relația cu pacienții?
După studiul teoriei constăți că ești mulțumit de felul cum obișnuiai să abordezi problema sau există lucruri pe care data viitoare le vei face altfel și de ce?
- D. Literatură de studiu.**
Studiază din materialul de studiu articolul despre îndrumarea activităților. Scrie eventualele întrebări și neclarități și discută-le în clasă.
- E. Temă.**
Încearcă să faci un program de zi unui anumit pacient din secția ta, plecând de la teoria citită și folosindu-te de propria creativitate.
- F. Testarea cunoștințelor.**
1. De ce este importantă comunicarea?
 2. Dă câțiva factori care influențează comunicarea.
 3. Numește câteva exemple de diverse forme de comunicare.
 4. Cum poți stimula oamenii pe planul comunicării?
 5. Cum poți da sprijin unui pacient în cadrul funcției lui comunicative?
 6. La ce trebuie să fii atent în calitate de cadru medical, atunci când ai de a face cu începerea, întreținerea și întreruperea treptată/bruscă a unei relații?
 7. Dă o serie de exemple de funcționare nearmonioasă pe planul relațiilor și arată la ce mod poți acorda ajutor și sprijin.
 8. Care este importanța coordonării activităților?
 9. Arată care este diferența dintre rolul cadrului medical și cel al coordonării activităților, în tratarea pacientului psihiatric.
 10. Care sînt după părerea ta punctele cele mai importante de care trebuie ținut cont în funcționarea socială a pacientului?

Material de Studiu "Reader"



1. COMUNICAREA DINTRE CADRELE MEDICALE ȘI PACIENȚI

Atitudinea pacientului în timpul internării.

În primele zile de la internare, pacientul se simte ca printre străini. Acest fapt îi conferă senzația de nesiguranță atât în ceea ce privește mediul ambiant cât și cea legată de sine însuși. Acest context are influență și asupra atitudinii lui față de persoanele implicate în tratamentul său.

Unii pacienți își exteriorizează teama, alții par a fii plini de încredere în propriile forțe sau chiar agresivi. După ce pacientul începe să se obișnuiască cu cei din jur, își va schimba comportamentul manifestat la început. Este important a se da atenție primei impresii făcute de pacient, deoarece aceasta poate fii caracteristică pentru comportamentul lui anterior față de persoanele străine. Timiditatea sau dimpotrivă, agresivitatea lui pot reprezenta forme de manifestare a dificultății lui pe planul relației cu cei din jur.

A face cunoștință.

La început, cadrele medicale sînt pentru pacient la fel, dar după cîteva zile el începe să le distingă unele de altele și să-și formeze o părere despre fiecare.

Prin atitudinea lor, cadrele medicale vor trebui să impună respect dar în același timp nu vor trebui să se aștepte să fie tratate cu respect ca de la sine înțeles. Cadrul medical va trebui să se prezinte pacienților, punînd astfel accent asupra persoanei sale și mai puțin asupra funcției pe care o deține. Pacientul este interesat mai degrabă să cunoască numele cadrului medical decît locul ocupat de acesta în ierarhie.

Unii pacienți pun întrebări prea personale și încearcă să afle de la cadrul medical lucruri legate de familie, prieteni, părerii personale, interese.

La astfel de întrebări nu este necesar să se răspundă. În caz contrar s-ar crea impresia că interesul cadrului medical ar fii îndreptat mai mult spre propria persoană și nu spre pacient. Ocazia de a stabili un contact.

Cadrul medical ajunge să-l cunoască pe pacient prin intermediul discuțiilor purtate și a activităților comune. Unor cadre medicale le vine mai ușor de a intra în vorbă cu pacientul în timpul diverselor activități desfășurate împreună. Atenția și grija pe care le manifestă cadrul medical pacientului, oferă ocazia de a purta discuții cu acesta. Cu cît sînt mai dese aceste contacte cu pacientul, cu atît mai ușor se va putea intra în vorbă cu acesta. Interesul pe care îl arată cadrul medical vieții de zi cu zi a pacientului, dă acestuia convingerea că este tratat cu atenție.

Convorbiri cu pacientul.

În prima fază a internării, vor fii luate arareori în discuție problemele cu caracter personal legate de pacient. Cadrul medical nu trebuie să pună niciodată întrebări directe sau să dea impresia că ar fii curios în anumite probleme, ci să încerce să cunoască pacientul personal. Orice subiect care ar putea interesa pe pacient, constituie o ocazie de a purta o conversație, cum ar fii de pildă despre: sport, lectură, muzică, modă, programe radio, T.V. etc. Treptat, îți vei putea forma o imagine despre modul de viață al pacientului înainte de internare.

Subiecte

Majoritatea pacienților vorbesc deschis, dacă boala le permite, despre unde și cum locuiesc, despre părțile plăcute și neplăcute legate de aceasta, vecinii lor, depre magazine, persoanele din familie. Astfel de discuții pot rămîine pe deplin neutre și totuși pot crea o impresie despre felul de viață al pacientului în trecut.

Factorii care influențează internarea și comunicarea.

Ușurința cu care se stabilește un contact între cadrul medical și pacient, depinde într-o mare măsură de personalitatea amîndorura. Pacienții și cadrele medicale cu un trecut asemănător, stabilesc mai ușor un prim contact, decît aceia care provin din medii sociale diferite.

Vîrsta pacientului joacă de asemenea un rol important în relația cadru medical/pacient. Personalul îngrijitor consideră că este mai ușor să intre în vorbă cu pacienți ori mai în vîrstă, ori mai tineri decît el, decît cu pacienți de aceeași vîrstă cu el. S-a constatat de asemenea că prezența personalului de sex opus ușurează stabilirea contactului verbal dar, există bineînțeles și cazuri în care pacienții preferă să vorbească cu persoane de același sex. Comunicarea dintre cadrul medical și pacient depinde direct proporțional cu funcția pe care o are cadrul medical respectiv în secție.

Un cadru medical nou venit într-o secție va trebui să aștepte cîteva zile pînă ce pacienții se vor simți în largul lor și vor lega discuții.

Există și pacienți care vor face uz tocmai de această ocazie spre a fii primii care vor încunoștiința noul personal venit despre mersul lucrurilor pe secție, cîștigîndu-și propria încredere și apărînd ca o autoritate printre ceilalți pacienți.

Cu cît cadrul medical se află mai des în preajma pacientului, cu atît mai mult crește șansa ca el să fie abordat de pacient, atunci cînd acesta simte nevoia să comunice.

Însemnătatea comunicării.

Nu fiecare comunicare dintre pacient și cadrul medical are influență asupra procesului de refacere. Important este să arăți pacientului interes.

Relațiile sînt influențate de simptomatologia bolii.

Boala de care suferă pacientul va influența contactul cadru medical/pacient și vice versa, de asemenea. Pacienții depresivi intră deosebit de greu în contact cu personalul îngrijitor, cu toate că ei simt o nevoie foarte mare de a comunica.

Cadrele medicale sînt adesea conștiente de starea de izolare în care se află pacientul, dar totuși simt ceva care le împiedică să se aproprie de el. Uneori este greu de stabilit dacă s-a reușit într-adevăr realizarea unui contact cu un pacient care suferă de schizofrenie, cu toate că este clar că a avut loc o conversație cu el.

Unii pacienți care suferă de tulburări neurotice își exprimă clar nevoia de contact, pe cînd alții, din contră, sînt trecuți ușor cu vederea deoarece ei nu se lasă remarcați, rămînînd undeva pe fundal. Pacienții care rămîn internați pe perioade de timp lungi, simt cîteodată că legătura cu personalul medical slăbește, atunci cînd cadrul medical cunoscut de ei este înlocuit cu altul nou, acesta îndreptîndu-și atenția mai cu seamă asupra bolnavilor nou internați.

Importanța menținerii unui contact permanent.

Este important să se întrețină contact cu toți pacienții, ca astfel cei ce simt nevoia, să li se acorde această șansă.

Contactul cît mai îndelungat posibil cu personalul medical îngrijitor, duce la ameliorarea stării unor pacienți.

Contactul de lungă durată și orientat, va solicita cadrul medical din punct de vedere emoțional. A fii respins de către pacient, cade adesea greu; cel mai simplu ar fii deci să te retragi, dar pacientul are în ciuda atitudinii sale negative totuși nevoia de a fii acceptat și de a insista spre a stabili un contact cu el. Întreruperea contactului cu pacientul are ca urmare doar agravarea stării acestuia.

Contactul tacit.

Și mai greu de acceptat decît refuzul pe față al contactului, este indiferența tacită sau insensibilitatea aparentă, izolarea unor pacienți. În astfel de situații, cadrul medical va trebui să-și însușească "arta" de a se afla în preajma pacientului, fără a face ceva. O companie liniștită, relaxantă, tăcută, poate face pe pacient să realizeze că relația cu oamenii este lipsită de primejdii.

Contactul fizic.

Nu este ușor să afli dacă contactul fizic îl ajută pe pacient. Atunci când simți pentru cineva simpatie, vrei să încurajezi sau să protejezi pe cineva, atingi persoana, cum ar fi ținutul de mână. Unii pot găsi acest gest plăcut pe când alții, din contră.

Contactul vizual.

În timpul discuțiilor sau a jocurilor, distanța fizică dintre pacient și cadrul medical poate avea o însemnătate deosebită. Uneori, pacienții se apropie prea mult de persoana cu care stau de vorbă, comparativ cu oamenii sănătoși. Atunci când persoanele stau prea aproape unele de altele, nu mai poate fi vorba de un contact vizual ci privirile lor se îndreaptă de-a lungul lor. Probabil acest fel de a privi este mai ușor de suportat decât contactul vizual direct.

Atitudinea și tehnica de a vorbi cu pacientul.

Sarcina cadrului medical este de lăsa pacientul să vorbească cât mai liber posibil. A adopta o ținută de ascultător plin de interes, este bună la început, dar nu este de obicei suficientă. Este adesea necesar de a se însuși diverse tehnici de comunicare. Spre a face pe pacient să vorbească liber, sînt necesare nu numai asigurarea de timp și spațiu propice acestui țel, dar și crearea unei anumite ambianțe care să invite la discuție. Este greu de stabilit o regulă generală de utilizare a unei anumite tehnici. Tehnica de utilizat depinde de situație, de pacient și de mesajul pe care pacientul vrea să-l transmită. O plimbare prin grădină, poate oferi unui pacient ocazia de a-și spune "povestea", pe cînd altuia șederea în pat.

Se întîmplă uneori ca abia spre sfîrșitul discuției, pacientul să spună ceva important, atunci cînd vede că timpul acordat este aproape pe terminate. Avînd în vedere faptul că acest lucru se petrece frecvent, este bine să anunți pacientul de la început cît timp are la dispoziție. Este deci avantajos ca pacientul să fie informat de durata convorbirii, aceasta putînd avea loc într-o atmosferă relaxată. Cadrul medical nu va fi obligat de a-și privi permanent ceasul de la mînă ci își va putea concentra toată atenția asupra pacientului.

O ținută încurajatoare.

Scoaterea de exclamații de încurajare, gestul de aprobare dînd din cap, sînt suficiente uneori de a face pacientul să continue să vorbească. Pe timpul cît pacientul vorbește, caută să obțină aprobarea sau dezaprobarea celor spuse de el. Deîndată ce el va simți în glasul interlocutorului său dezaprobare sau indignare, sau dacă va realiza că a jignit pe cel cu care stă de vorbă sau l-a derutat, pacientul va înceta să mai vorbească.

Comunicarea orientată spre un scop.

Uneori cadrul medical reușește spontan să găsească cuvintele și răspunsurile potrivite, gesturile și remărcile adecvate, spre a-l face pe pacient să se simtă în elementul său. Și mai des însă se întîmplă că ceea ce poate fi luat drept un răspuns plin de înțelepciune, are ca urmare faptul că pacientul devine convins că și acest cadru medical nu este altfel decât toți ceilalți oameni cu care a vorbit deja înainte. Uneori este necesar doar să dai ascultare celor spuse, plin de compasiune și înțelegere. Poți să dai de înțeles că ascuți prin a face remărci asupra stării pacientului. Poți de exemplu să spui: "Observ că vă frămîntați batista în mîini", sau "Văd că ați plîns, n-ați vrea să vorbiți despre asta?" Scopul tratamentului este pentru unii de a obține o imagine a propriei situații, iar pentru alții de a învăța să-și poată stăpîni emoțiile. Este bine pentru pacient dacă este ajutat spre a-și analiza mai bine problemele, de a le cerceta prin diferite prisme și de a-și exprima gîndurile cu claritate. Vorbirea pacientului nu va fi ușurată prin punerea de întrebări prea directe și pătrunzătoare, despre viața sa sau despre dificultățile lui pe plan emoțional sau despre părerile lui. Este posibil ca pacientul, pe parcursul convorbirii să-și dea singur seama de dorința cadrului medical de a-l ajuta, dînd fără a fi întreat informațiile necesare rezolvării cazului său, cum ar fi răspunsuri la întrebări de felul: unde, cînd, ce alte lucruri ar mai fi de spus, cu cine, etc., etc.

Pacientul poartă responsabilitatea propriilor decizii.

Uneori pacienții cer un sfat, deși rar se întâmplă ca ei să aibă nevoie într-adevăr de acel sfat. Motivul este mai degrabă de a-și justifica și întări propriile decizii, care sînt, după părerea lui, bineînțelese cele mai bune.

Prin urmare, nu are prea mult rost să se dea sfaturile cerute. Dacă acestea ar fi urmate, pacientul ar face responsabil de propriile fapte pe cel de la care a primit sfaturile. Scopul urmărit este tocmai de a face pe pacient să ia singur hotărîri și să devină răspunzător pentru ele.

Bineînțeles, că pacientul poate să se supere pe cineva care va refuza în mod direct să-i dea sfatul cerut sau să răspundă direct la întrebarea pusă. Într-o astfel de situație, cadrul medical va putea să reformuleze întrebarea, făcîndu-l pe pacient să devină ceva mai clar în exprimare.

Pacientul trebuie să-și formeze singur o imagine despre propria situație.

Cadrele medicale vor trebui să fie atente să nu facă imediat uz de cunoștințele lor în domeniul mecanismelor psihologice atunci cînd dau explicații pacienților despre situația lor. Prin aceasta s-ar îngreuna și mai mult, în mod inutil, situația pacientului. O interpretare a situației, chiar dacă ea este pe deplin corectă, este de obicei refuzată, îngreunînd și mai mult comunicarea.

Dacă pacientul acceptă explicația dată de cadrul medical, înseamnă că el și-a format probabil deja o imagine despre propria situație pentru a fi capabil de a trage propriile concluzii. Formarea unei păreri personale nu poate fi impusă din afară.

Necesitatea de a evalua relațiile.

Tuturor cadrelor medicale trebuie să li se ofere ocazia de a discuta cu alte persoane despre relațiile lor cu pacienții. Din cînd în cînd este necesară cel puțin o evaluare sistematică, ce ar determina personalul îngrijitor să relateze în rezumat, despre cele spuse și făcute de pacient, precum și de reacția de răspuns a cadrului medical la acestea.

Dacă mai multe cadre medicale au contact cu același pacient, este necesar a se face o comparație care are ca scop cunoașterea diferitelor moduri de abordare a aceleiași probleme și de formarea unei idei despre măsura în care comportamentul pacientului poate fi considerat ca fiind o reacție la modul în care a fost tratat de către diferitele cadre medicale.

Discuțiile cu alte cadre medicale sînt necesare pentru a înțelege mai bine rolul jucat de factorii sociali în cadrul relațiilor interumane. Contactul permanent cu pacienții și mai ales cu cei care cer atenția celor din jur, pot suprasolicita din punct de vedere nervos cadrul medical. Din aceste motive este necesar ca prin intermediul discuțiilor, sfaturilor cît și prin sprijin personal să se mențină echilibrul emoțional al cadrului medical. De asemenea se pot analiza pe această cale propriile probleme și se pot dezvolta diverse aptitudini utile în cadrul terapiei pacienților.

Relații sociale / Sfera din secție.

S-a spus deja că sfera din secție joacă un rol important în procesul terapeutic la care este supus pacientul și că intenția este de a se crea o ambianță potrivită pentru pacient.

Dacă pacientul s-a restabilit, atunci el trebuie să fie în stare la fel ca toți ceilalți, să facă față la greutăți, să trăiască în armonie cu cei din jur, să le accepte slăbiciunile, să ajute pe cei care o duc mai greu, arătîndu-și înțelegerea față de cei care au o situație mai rea decît cea proprie. În timpul internării, pacientul este confruntat cu persoane care au altfel de viață decît a lui, au alt temperament și poate că se află într-o stare chiar mai rea decît a lui.

Familia consideră adesea că nu este bine ca pacientul să fie internat în aceeași secție cu bolnavi a căror stare este mai gravă sau care sînt bolnavi de mult timp. Este bine de a asculta contraargumentele aduse de familia pacientului dar în același timp de a

le prezenta argumentele care susțin necesitatea internării în secția respectivă. Pentru mulți dintre membrii de familie ai pacientului, internarea constituie o confruntare dură cu realitatea. Membrul de familie a cărui mamă, tată sau altă rudenie este internată, va fi profund marcat de acest fapt. El își va pune întrebarea cum va trebui să se comporte de acum înainte, având în vedere stigmatizarea care apare în general odată cu internarea. Este important de a se crea ocazii în care membrii de familie ai pacienților pot să vorbească despre aceste lucruri. Se pot organiza de pildă grupuri în cadrul cărora membrii de familie ai pacienților își vor împărtăși unii altora sentimentele trăite de ei în legătură cu internarea.

Nu sînt dovezi că s-ar face rău unui pacient internîndu-l într-o secție în care se află altfel de cazuri, cu un alt trecut al bolii sau alt diagnostic. Comunicarea verbală în grup este importantă și apare atunci cînd pe secție sînt internați pacienți cu diferite diagnostice și proveniențe. Ei își dau seama că un comportament anormal poate fi ținut totuși sub control. Ei văd că personalul îngrijitor rămîne calm în situații nu tocmai plăcute pentru ei. Ei văd de asemenea efectul pozitiv pe care acest comportament îl generează în cadrul grupului.

Relațiile sociale dintre pacienți.

A te simți fericit înseamnă a avea capacitatea de a lega relații sociale satisfăcătoare. Unii oameni își pot face ușor prieteni; alții, ca urmare a nereușitelor anterioare, încetează de a mai încerca. Ei nu știu cum să se apropie de alții, sînt atît de timizi și cu gîndul la ce o să spună ceilalți despre ei, încît dau impresia că ar fi orgolioși, inabordabili și aroganți, însușiri care în loc să-i apropie de oamenii cu care ar dori să lege prietenie, nu fac altceva decît tocmai să-i îndepărteze.

Nu este deloc ușor să-ți faci prieteni; și mai greu este atunci cînd ai la activ o internare. Cum trebuie să procedezi într-o astfel de situație?

Este important ca pacientul să considere internarea sa ca pe un fapt pozitiv. El va trebui să primească sprijin în a-și face o rețea socială. Pacientului i se va da ocazia de a întîlni alte persoane. Pe baza experiențelor acumulate, i se va da de înțeles că "arta" nu constă numai în a cîștiga prietenia cuiva ci și în a o menține. Cadrul medical poate primi sprijin din partea altor discipline din clinică, prin începerea antrenamentului de aptitudini sociale. Clinica este locul care oferă pacientului cele mai bune ocazii de a exersa stabilirea contactelor sociale. El este nevoit să rămînă în secție, cu persoane pe care nu le-a ales singur. Este aproape imposibil să se ocolească unii pe alții, iar despre sferă privată, nici nu poate fi vorba. În această perioadă se descoperă de către pacienți că există printre ei și persoane care au interese aproape comune sau că locuiesc în același oraș. Toate acestea constituie puncte de legătură care facilitează intrarea în legătură cu alții.

Pacientul poate să-și dea singur seama și adesea este de remarcat faptul că pe măsură ce situația lui se îmbunătățește, se lărgeste și cercul lui de cunoscuți. De asemenea se remarcă faptul că el poate să poarte din ce în ce mai multă responsabilitate.

PENTRU A UȘURA STABILIREA CONTACTULUI CU ALȚII, SE POT ORGANIZA ÎN SPITALUL DE PSIHIATRIE ACTIVITĂȚI ÎN GRUP, ÎN DIFERITE MODURI:

1. În calitate de spectator, persoana respectivă nu participă decît cu prezența sa, luînd totuși parte în mod pasiv la experiența celorlalți.
2. O activitate în grup la care se așteaptă din partea participanților să activeze independent. Forme de terapie cum ar fi, înotul, pictura, se încadrează aici.
3. Următorul pas poate fi un proiect la care iau parte toți membrii grupului. Aici pot fi concepute activități cu o durată mai lungă sau mai scurtă de timp.

Rolul cadrului medical

Cadrul medical îndeplinește rolul de amortizor, aducînd elementul de stabilitate și rezistență atît în secția unde activează cît și în instituție. Este de datoria lui de a cunoaște relațiile pacientului în grup. Poate apare o relație de prietenie între un pacient dependent și unul care oferă protecție. Felul acesta de prietenie durează doar pe perioada cît prietenia satisface

nevoile celor doi. Atunci cînd starea celui care fusese dependent se ameliorează iar celălalt pacient găsește un alt mod de a se arăta util, prietenia lor se reduce. Schimbarea de prieteni, cunoașterea nevoilor care stau la baza prietenilor din secție precum și a motivului unei schimbări intervenite într-o prietenie, constituie date importante în cunoașterea evoluției bolii.

Pacientul și grupul.

Atitudinea pacientului față de grup este importantă. Faptul că el se simte acceptat de grup avînd senzația că aparține grupului, poate avea efecte benefice asupra lui.

Dacă el se simte însă respins și neacceptat de grup, tratat chiar cu dușmănie, este poate necesară intervenția cadrului medical spre a-l ajuta să-și cîștige din nou încrederea în sine și în același timp să devină conștient de propria atitudine în grup.

Dacă în secție apare o situație grea, comportamentul pacientului față de cadrul medical poate fii un indicator al progresului în ameliorarea stării lui.

Gelozia între pacienții care au același medic sau întrecerea pentru cîștigarea atenției asistentei șefe, pot reda măsura în care pacientul este dependent de instituția psihiatrică.

În calitate de conducător de grup, unii pacienți devin atît de curajoși încît încep să aducă critici la adresa instituției sau a conducerii ei. Organizarea de ședințe cu participarea personalului medical și a pacienților, corespunde pe deplin conceptului despre preluarea treptată de către pacient a răspunderii asupra sa și a viitorului său.

Desigur intenția este ca pacientul să continue și în afara spitalului, exersarea aptitudinilor sociale cîștigate pe timpul internării.

Este de recomandat ca după externare să se ofere ocazia foștilor pacienți de a se întîlni și de a schimba impresii și experiențe trăite de ei.

2. APARIȚIA COORDONĂRII ACTIVITĂȚILOR

De la 'welfare' pînă la terapia ocupațională

În anul 1944, atunci cînd trupele de aliați au eliberat țara noastră, au venit împreună cu ei și așa numiții ofițeri "welfare". Acești ofițeri erau însărcinați cu asigurarea relaxării și dezvoltării spirituale a militarilor, precum și acordarea de atenție problemelor lor. Se ajunsese la concluzia că a oferi ocupație răniților duce la stimularea procesului de vindecare. Crucea Roșie Olandeză și-a asumat la acea vreme răspunderea pentru aspectul 'ocupația cu scopul de a distra atenția' ca una dintre sarcinile pe timp de pace.

Cu timpul a apărut însă nevoia de forțe de muncă cu pregătire, care să coordoneze munca și să ridice nivelul profesional al voluntarilor. Persoanele care erau instruite în domeniul 'welfare' (stare de bine), au primit numele de îndrumător în terapia ocupațională și au fost puși la treabă în spitale, de către cele două organizații care au pus bazele disciplinei de welfare.

Munca de welfare era în anii '70 definită ca: 'a ajuta pe cel care solicită sprijin prin a-i oferi ocupații pline de sens și a-i facilita relaxarea'. Terapia ocupațională pune accentul atît în spitale cît și în casele de bătrîni pe cointeresarea pacienților, respectiv locatarilor, în munca de tratament și îngrijire.

Vic Meijer arată în cartea sa 'Ce este un terapeut?', că scopul primar al terapiei ocupaționale este considerat de la bun început ca agogic (agogie = activitate de îndrumare cu scopul promovării bunăstării pe plan personal, social și cultural) deoarece se are ca țel 'ca omul să fie lăsat să-și descopere propriile posibilități prin care să atingă un standard de viață optimal și să dea un conținut cît mai plin de sens vieții sale'. Nu se mai vorbea deci despre 'distragerea atenției de la probleme', ci scopul era îndrumarea și modularea problemelor prin ocupație, considerată ca plină de sens.

Modul de gîndire 'medical' a fost înlocuit în cadrul școlarizării îndrumătorului de terapie ocupațională, cu un mod de gîndire avînd o orientare mai mult agogică. S-a pus din ce în ce mai mult accent pe dezvoltarea creativității pe lîngă și în folosul învățării cum să te porți cu tine însuși și cu alții.

De la terapia ocupațională pînă la coordonarea activităților

Evoluția terapiei ocupaționale spre coordonarea activităților, trebuie asociată cu introducerea în domeniul sănătății publice la mijlocul anilor '70, a noțiunii de sector de activitate. Sector de activitate este un un nume comun dat activităților orientate spre schimbare, formare, relaxare și antrenare.

Conținutul celor mai importante idei nou apărute a fost în general acceptat. Aceste idei fac distincție între terapie, coordonare și îngrijire, ele fiind socotite ca forme diferite de activitate, constituind discipline separate, puse în slujba ajutorării omului.

Forțele de muncă cu pregătire medie trebuie să îndeplinească funcții care au ca scop îndrumarea cu ajutorul activităților a persoanelor care necesită internare datorită situației în care se află. Scopul principal este promovarea stării de bine a acestor oameni, dacă este posibil în cadrul unui grup, în care persoana care solicită ajutor poate să-și păstreze propriile idei despre norme și valori precum și sentimentul de valoare personală. Alte scopuri demne de menționat ar fii: distragerea atenției și o folosire plină de sens a timpului. Toate activitățile care sînt evaluate de către persoana în cauză ca avînd sens, vor fii luate în considerare; deci nu numai activitățile creative ci și cele productive, recreative și educative, vor fii oferite pacientului, avîndu-se ca scop atingerea țelului propus. A oferi pacientului aceste activități, înseamnă de asemenea a-l activa și a-l stimula.

Evoluții din anii '80

În a doua jumătate a anilor '80 au apărut diverse inițiative urmînd pe cele apărute în Germania de Vest, Anglia, Italia și America de Nord și anume, înființarea în afara instituțiilor de centre de activitate de zi și posibilități de reabilitare prin muncă, în folosul (foștilor) pacienți(lor) psihiatrici și handicapaților psihici. Evoluția mai sus numită a luat naștere într-o oarecare măsură, pe de o parte prin străduința guvernului de a dezinstituționaliza spitalele psihiatrice și instituțiile pentru handicapați psihici. Pe de altă parte există convingerea că oamenii cu un handicap psihic și foștii pacienți psihiatrici au mai multe posibilități de a se integra în societate cu ajutorul programelor de activități de zi și/sau reabilitare prin muncă.

Programele de activitate din aceste centre extraspitalicești, constituie terenul de lucru al coordonatorului (îndrumătorului) de activități, deci este important ca el să-și însușească temeinic metodele acestei forme noi de lucru.

3. MODUL DE LUCRU ÎN ERGOTERAPIE/COORDONAREA ACTIVITĂȚILOR

Scopul

Activitățile pe care disciplinele ET/CA (ErgoTerapie/Coordonarea Activităților) le oferă, reprezintă o oglindire a modului în care oamenii dau formă existenței lor. Aceste activități sînt în general folosite cu scopul de a ridica nivelul stării de bine și sănătății clientului într-o situație de funcționare cît mai independentă posibil a acestuia.

În acest proces de ajutorare este vorba despre a învăța clientul să-și dezvolte aptitudinile și îndemînarea, care îl vor face să funcționeze mai bine în situații concrete de viață și să participe la a da contur propriei vieți.

Aceasta aduce cu sine faptul că clientul va trebui să cunoască situația în care se află și să devină stăpîn pe ea, dar în primul rînd pe propriul său trecut.

Mijloacele

Mijloacele disciplinelor ET/CA sînt activități axate pe muncă și alte ocupații. Aceste activități pretind din partea clientului 'a face' și 'a intra în mișcare', la modul propriu și/sau figurat. Există activități al căror rezultat nu depinde neapărat de comunicarea verbală. Aceasta nu înseamnă că nu se vorbește deloc sau că nu ar fii necesare o convorbire și învățarea unor tehnici de comunicare. Din contră, o discuție cu pacientul va sprijini stimularea și îndrumarea celor observate, experimentate, trăite de pacient, precum și a sentimentelor și dezvoltării acestuia, într-o situație non-verbală pe timpul desfășurării unei activități.

Metodele

Activitățile întrebuițate de disciplinele ET/CA trebuie oferite clientului conform unui sistem și plan, orientat spre atingerea țelului propus. Aceasta înseamnă a putea vedea în perspectivă propriile acțiuni, efectul întrebuițării mijloacelor și a situațiilor, posibilitățile și limitele, etc. Măsura, specificitatea și intensitatea cu care aceasta are loc, ne poate indica dacă este vorba de un tratament sau de o îndrumare. În cadrul tratamentului este necesară o specializare într-o anumită activitate (direcție); aceasta este pusă în relație cu problematica clientului. În îndrumare este vorba mai mult de o diversitate de activități care pot fii întrebuițate. Accentul va fii pus mai mult pe îndrumarea clientului în efectuarea activităților, avîndu-se intenția de a crește interesul clientului în propria persoană și în lumea înconjurătoare. Este de datoria ergoterapeutului/îndrumătorului de activitate, de a face clientului cunoscută intenția tratamentului sau îndrumării.

Situație

Situația în care au loc activitățile depind de scop, posibilități, limite și de voința clientului. Situația este de asemenea determinată de particularitatea unei anumite activități, cu alte cuvinte, o activitate cu caracter profesional pretinde un context profesional. Acesta este motivul pentru care o astfel de activitate va trebui să aibă loc în afara spațiului de locuit. Această situație este adeseori preferată de client deoarece îi oferă motive de a face ceva spre a veni la locul de desfășurare a activității. Pot apare de asemenea piedici în funcționarea clientului care fac necesară desfășurarea activităților în spațiul de locuit. Situația realizată de ET/CA printre alte discipline, are funcție de catalizator asupra proceselor de învățare și realizează ocazia de contact cu lumea dinafară, înfîlnirea cu alți semenii, cu societatea obișnuită.

Perioada de observație: o metodă

La internare, în faza așa numită de diagnosticare, clientul va fi privit sub anumite aspecte, cum ar fi: aspect ereditar, somatic, social și referitor la personalitate. Prin această perspectivă sau cercetare se va stabili problematica sau diagnosticul. Îndrumarea activităților în faza diagnostică dar mai cu seamă ergoterapia, pot aduce o contribuție însemnată acestei cercetări. Această contribuție are la bază ideea că o competență în activitate este determinată în mare măsură de gradul de învățămînt urmat, pregătirea profesională precum și de experiența profesională acumulată. În cadrul acestei metode de observație clientul va fi solicitat printr-un interviu să vorbească cît mai pe larg despre activitățile efectuate pe perioada școlară și apoi profesională, atît despre aspectele practice cît și despre cele emoționale. Se cercetează de asemenea ce influență ar putea exercita aceste experiențe de viață trăite de pacient asupra competenței lui în activitate și care ar putea să fie relația lor cu starea de degradare a acestei competențe. Această metodă constă de asemenea din oferirea clientului de activități specifice destinate persoanei lui, prin intermediul cărora se poate afla care este gradul de competență în activitate în acel moment. Prin activități destinate persoanei, înțelegem că activitățile oferite vor fi selectate și corelate la interesele și afinitățile clientului. În perioada de introducere/observare, va trebui să se formeze o imagine, în colaborare cu clientul, despre relația dintre competența lui în activitate la acel moment și ceea ce se poate în mod rezonabil aștepta, luînd în considerare istoricul clientului. Pe lîngă aceasta se vor lua în discuție posibilitățile de viitor. Această perspectivă de viitor va determina în mare măsură direcția în care clientul va trebui să insiste mai mult pentru cîștigarea competenței în activitate de care el ducea lipsă, crescîndu-și astfel șansa de reușită. Împreună cu clientul și pe baza acestei analize va trebui să se cerceteze care este rolul jucat de îndrumarea activităților.

CONTRIBUȚIA ADUSĂ DE ET/CA ARE DECI UN SCOP DUBLU:

- contribuția adusă la diagnostic;
- cercetare cu privire la posibilitățile și voința de participare a clientului la activități: aceasta în relație cu planul de activități. Acest plan poate aduce o contribuție la îmbunătățirea competenței în activitatea clientului și mai poartă numele de profil de aptitudini.

Procesul de îndrumare: un model

O ergoterapie/coordonare de activități ET/CA care să aibă un înalt profesionalism, trebuie să dispună de un diagnostic, formularea scopului și o evaluare. Diagnosticul medical constatat prin prisma patologiei psihiatrice este pentru ET/CA insuficient, deoarece el oferă puține date concrete privitoare la tulburarea funcționării individului cu toate consecințele care decurg de aici asupra situațiilor de viață (mai ales asupra funcțiilor de zi cu zi, care sînt necesare pentru a putea duce o viață normală). Un diagnostic psihiatric cum ar fi de exemplu: 'Depresie reactivă la o femeie în vîrstă de 54 de ani, care se află în perioadă de menopauză', nu ne spune ce poate și ce nu poate să facă această femeie. Din diagnostic putem deduce doar, că această femeie este probabil inactivă și că nu ar avea poftă să efectueze vreo activitate. În acest caz diagnosticul ne sugerează cîte ceva despre starea sufletească a persoanei respective, dar aproape nimic despre activitățile pe care ea ar fi capabilă să le efectueze.

Procesul de căutare prin colaborare

Stabilirea situației de ieșire sau inventarizarea problemelor, nu pot fi privite separat de desfășurarea istoricului cu care clientul a avut de-a face. Căutarea unei situații de ieșire și a unui scop final, de către cadrul medical de ergoterapie, îndrumătorul de activități împreună cu clientul, poartă numele de proces de căutare prin colaborare. Acest proces reprezintă un punct deosebit de important pentru disciplina de ergoterapie/coordonarea activităților. Procesul începe prin analizarea în mod comun a trecutului clientului cu privire la învățămîntul urmat și la anii de muncă. Atît terapeutul cît și clientul își vor aduce aportul la reușita acestui proces. Clientul este desigur cel mai în măsură să scoată la lumină aspecte din trecutul său în

muncă, precum și nevoile, dorințele sale, propria experiență legată de problemele cu care era confruntat. Cadrul medical de ergoterapie trebuie să posede cunoștințe în domeniul problematicii legate de muncă și de învățămînt. El va trebui să alcătuiască un program de ergoterapie pe baza datelor obținute de la client.

Relația de colaborare

O condiție importantă pentru obținerea unui efect constructiv în procesul de tratament/îndrumare este realizarea unei relații de colaborare între client și ergoterapeut/îndrumător de activități. Acest lucru presupune între altele, luarea în serios a problematicii și trăirilor pe care clientul le prezintă. Luarea în serios a problematicii clientului este importantă deoarece prin aceasta se va putea face distincție între realitate și problemele expuse. O condiție care se impune este de asemenea de a fii motivat în muncă și de a realiza o atmosferă de încredere în relația dintre client și ergoterapeut/îndrumător de activități. Este important de subliniat că istorisirea clientului împreună cu descrierea propriilor sale experiențe de viață în momente critice, vor ocupa un loc central. Chiar în situațiile în care terapeutul consideră că mărturisirea clientului nu corespunde realității, el nu va trebui să confrunte clientul în mod direct cu viziunile sale despre realitate. Aceasta nu înseamnă desigur că clientul va avea sau ar trebui să i se dea întotdeauna dreptate. Esențial este că pentru a crea o relație bazată pe încredere, lucru indispensabil pentru procesul de căutare prin colaborare, va fii necesară luarea în serios a clientului. Pe lângă aceasta, semnificația atribuită de către client diverselor evenimente din trecutul său profesional precum și nevoilor și problemelor sale, denotă motivația sa de a coopera la procesul destinat ajutorării sale.

Reabilitarea

Pacientul psihiatric, pe care noi îl numim cronic, are dreptul să trăiască, locuiască și să lucreze la fel ca toți ceilalți cetățeni.

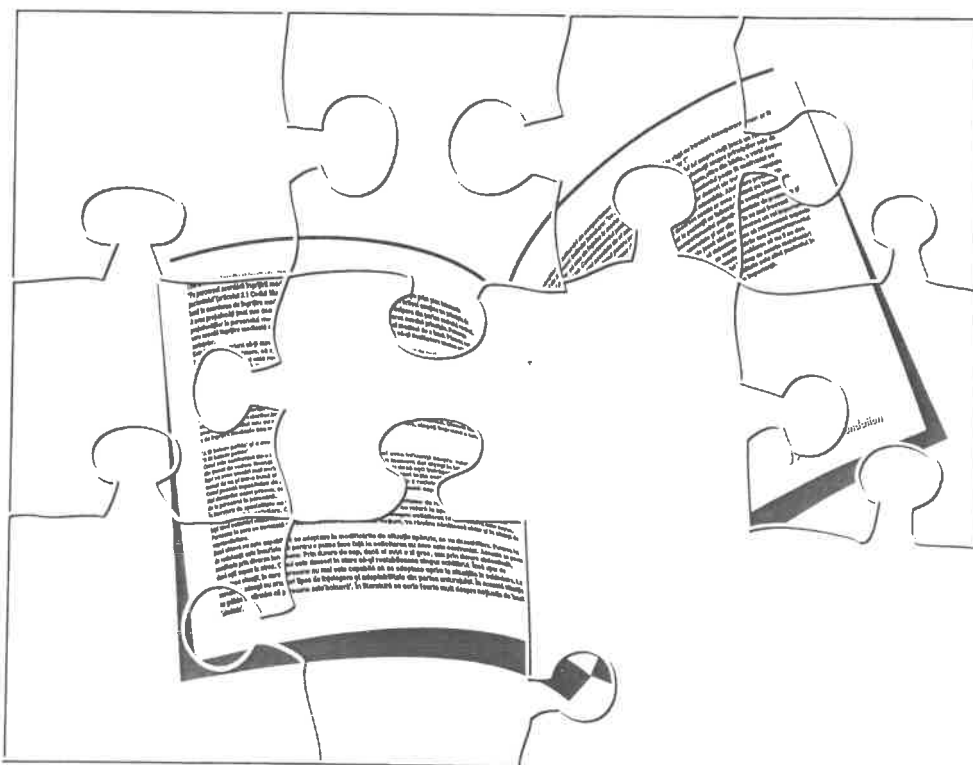
Tratamentul are ca scop mai ales modificarea comportamentului problemă, pe cînd reabilitarea oferă sprijin și acceptare. Scopul final al reabilitării este în principal reintegrarea socială: pe cît posibil de a avea un serviciu, o viață domestică normală și o bună folosire a timpului liber. Cu alte cuvinte, scopul reabilitării este îndeplinirea unui rol normal în viața socială. Reabilitarea nu este o noțiune statică, ci un proces continuu, în cadrul căruia se apreciază posibilitățile pe care le are o persoană cu un anumit handicap. Se va ține cont de asemenea și de eventualitatea unei reșute.

Reabilitare prin muncă

Reabilitarea cu ajutorul muncii trebuie privită ca pe o particularizare a noțiunii generale de reabilitare. Reabilitarea folosind ca mijloc munca, se referă desigur la procesul de reabilitare unde dimensiunea dominantă o deține munca. Demn de menționat este faptul că se are în vedere nu numai cîștigarea unor aptitudini în mînuirea instrumentelor tehnice (cu alte cuvinte, nu se are ca scop doar producția în sine), ci mai ales funcționarea socială a individului în cadrul relațiilor de muncă. Munca este prin definiție o activitate socială și unul dintre cele mai importante mijloace prin care pot lua naștere contacte între oameni. Se poate afirma fără exagerare că activitățile legate de muncă îndeplinesc o serie de funcții importante, cum ar fii de pildă: munca crează sentimentul de a fii prestat ceva util, dă senzația de desfășurare normală a vieții și nicidecum a rolului de pacient, munca oferă contacte sociale și deci sprijin din partea semenilor, prin muncă se face o structurare a timpului, persoana primește un status social prin care se poate identifica mai bine și nu mai puțin important este aspectul financiar. Nici o altă activitate dispune de o însemnătate atît de mare pe plan psihologic, social și material. Se poate trage concluzia că reabilitarea prin muncă, luată ca subgrup făcînd parte din procesul total de reabilitare, dă pacientului psihiatric posibilitatea de a îndeplini rolul normal în societate și nu cel de pacient.

Partea 5

Psihic



CUPRINS

Obiectiv general	126
Activități didactice	127
Material de Studiu "Reader"	129
1. Funcții psihice	131
2. Tulburări psihopatologice	137
3. Introducere în sisteme de diagnoză	159

OBIECTIV GENERAL

La sfârșitul acestei părți vei avea o imagine despre (tulburări) în funcția psihică a omului și despre sistemul de diagnoză DSM-III-R.

Pentru aceasta poți să faci următoarele:

1. să denumești și explici diferitele funcții psihice.
2. să descrii factorii care pot influența funcționarea psihică.
3. să denumești și să aprofundezi tulburările funcțiilor psihice.
4. denumește câteva simptome și indică tablourile patologice în care ele pot apare.
5. explică cele 5 axe din sistemul DSM-III-R.

ACTIVITĂȚI DIDACTICE

A. Răspunde pentru tine la următoarele întrebări, meditănd asupra lor:

Ce te atrage în munca într-un spital de psihiatrie?

Care sînt punctele principale de observație pentru un cadru medical, privitoare la funcționarea psihică a pacientului?

De ce consideri că tocmai aceste puncte de observație sînt importante?

B. Literatură de studiu.

Studiază din materialul de studiu următorul articol: 'Funcții psihice'. Notează eventualele întrebări și neclarități și discută-le în clasă.

C. Temă

Funcționarea psihică a omului influențează funcționarea somatică și socială, fiind vorba de o corelație între aceste funcții. Clarifică și ia în discuție cu un coleg de clasă această corelație, făcînd uz de exemple practice.

D. Literatură de studiu.

Studiază din materialul de studiu articolul: 'Tulburări psihopatologice'. Notează eventualele întrebări și neclarități și discută-le în clasă.

E. Temă

Să presupunem că un pacient vine la tine și îți arată un nodul de pe gît, spunîndu-ți: 'Știai deja despre nodul meu cu care pot să dirijez pe oricine și că totul stă în puterea mea? Acuma știi și tu despre asta'.

Cu ce fel de tulburare psihică ai de a face aici și de ce crezi asta?

Cum ai vrea să te porți față de acest pacient și de ce alegi această manieră?

Discută concluziile cu un grup de colegi de clasă.

F. Literatură de studiu.

Studiază din materialul de studiu ultimul articol: 'Introducere în sistemele de diagnoză'. Notează eventualele întrebări și neclarități și discută-le în clasă.

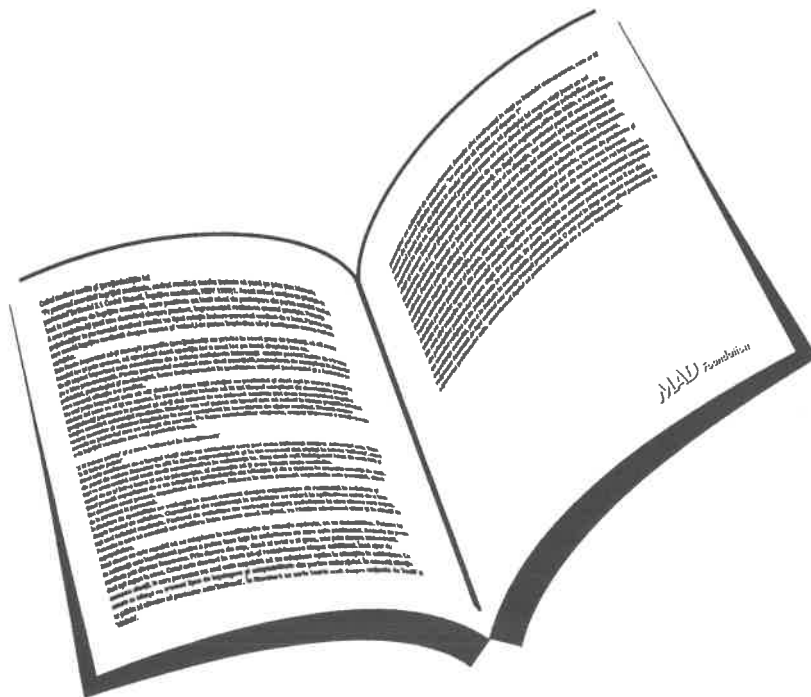
G. Temă

Rezolvă tema II din materialul de studiu și discută concluziile în clasă.

H. Testarea cunoștințelor.

1. Descrie diferitele funcții psihice.
2. Numește factorii care pot influența funcționarea psihică și explică-i.
3. Descrie diferitele tulburări psihopatologice.
4. Indică pentru cel puțin 5 simptome, bolile în care acestea pot apare.
5. Numește cele 5 axe ale sistemului DSM-III-R și explică-le.

Material de Studiu "Reader"



1. FUNCȚII PSIHICE

Adunarea de date privitoare la funcțiile psihice

Fiecare om își are propriile sentimente, observă, este conștient de ceva, învață, memorează ceva și uită mult. Pe scurt, fiecare om se comportă în mediul ambiant, reacționând asupra stimulilor proveniți din mediul înconjurător sau în sine însuși. Starea organelor afectivă a cuiva este o oglindire a totalității sentimentelor sale. Modul de exteriorizare a stării afective este puternic influențat de: cele învățate, motivația personală, observația proprie și modul său de gândire. Există de asemenea factori externi care joacă în acest context un rol important. Răspunsul la stimuli depinde în mare măsură de funcționarea psihică. Dacă starea de conștiență nu este prezentă, atunci nu se va putea observa nimic, iar dacă din contră, persoana este în stare de alertă, simțul de percepție va fi ultra mărit. În paragraful următor vor fi luate în discuție separat diferitele funcții psihice, pentru ca la sfârșit, să le tratăm împreună.

Percepția

Se vorbește despre percepție sau observație, atunci când este vorba despre înregistrarea stimulilor proveniți din mediul înconjurător sau din propriul organism. Simțul gustativ, simțul tactil, vederea, auzul și mirosul percep stimulii respectivi. Condiția ca un stimul să poată fi perceput ca ceva concret, depinde de factorul legat de intensitatea stimulului și de pragul de percepție caracteristic organelor de simț umane. Un auz normal de exemplu, poate percepe stimuli cu o frecvență între 25 și 25000 Hz. Omul nu poate percepe frecvențe situate sub și deasupra acestor frecvențe, în schimb anumite animale, da. Starea de conducere a stimulului este foarte importantă: simțul mirosului funcționează mai puțin bine atunci când mucoasa nazală este inflamată. Se poate concluziona că funcția întregului organism și deci implicit condiția organismului în întregime, joacă un rol important în percepție. Starea de oboseală poate duce la diminuare sau din contră, la o creștere a reacției la diverși stimuli. În cadrul percepției ne vom orienta spre culegerea următoarelor date:

ACUITATEA PERCEPȚIEI:

- percepție mărită;
- percepție normală;
- percepție diminuată;
- percepție parțială.

FELUL PERCEPȚIEI:

- percepția realității;
- percepția iluzională;
- halucinație.

FUNCȚIA ORGANELOR DE SIMȚ.

În cele ce urmează vor fi prezentate schematic o serie de puncte demne de observat în cadrul funcției de percepție. Metoda de înregistrare a datelor se bazează în mod normal pe adresarea de întrebări țintite, măsurători (mai ales în cadrul consultului neurologic) și pe observații.

Percepție mărită

La percepție crescută se pot observa reacții exagerate ca răspuns la stimuli de intensitate normală, cum ar fi sunet sau lumină. Se poate întâmpla ca pacientul să se plîngă de prea multă gălăgie sau să prezinte durere de cap dacă se expune la lumina soarelui.

Percepție normală

La o percepere normală, pacientul reacționează normal la sunet, lumină, stimuli dureroși. Percepția se poate controla printr-o observare atentă a reacțiilor generate de diverși stimuli.

Percepție diminuată

La percepția diminuată se constată o scădere a reacției de răspuns la excitație. Se crează impresia că pacientul nu ascultă la cele ce i se spun. Aceasta poate denota de asemenea diminuarea stării de conștiență, fapt care duce desigur la o diminuare a percepției.

Percepția parțială

La percepția parțială poate fi vorba despre o tulburare neurologică sau o tulburare a acuității vizuale prin care zone ale câmpului vizual nu mai pot fi percepute. Va trebui să se țină seama de faptul că o persoană cu vedere monoculară, nu va fi capabilă să vadă în perspectivă, fiind lipsită de vederea stereoscopică a doi ochi. Alte forme de percepție parțială sînt, acuitatea vizuală diminuată și hipoacuzia (scăderea acuității auditive).

Percepția realității

Atunci cînd ceea ce pacientul observă, coincide cu realitatea și cu cele observate de tine și de alții, se poate vorbi de o percepere a realității. Pacientul reacționează normal la stimuli, iar istoricul bolii prezentat de el precum și starea lui prezentă, corespund realității.

Percepția iluzională

Atunci cînd cineva afirmă că aude sau vede ceva care în realitate este cu totul altceva, el prezintă o percepere deformată a realității. Aceasta poate fi constatată prin aceea că pacientul încearcă să-și corecteze percepția greșită prin a spune, de pildă: 'Am crezut că era cineva aici...'

Halucinația

Halucinația este în contrast cu iluzia, o percepție care nu se datorează unor stimuli reali. Pacientul aude, vede, simte ceva care nu este perceput decît de el. El o ține una și bună că cele percepute de el sînt reale și nu poate fi convins cu în nici un chip de contrar. Un exemplu ar fi atunci cînd cineva susține că afara ninge, în ciuda străduințelor de a-i arăta soarele strălucitor și iarba verde.

Memoria

Memoria este o altă funcție psihică. Se poate spune că memoria este greu sau aproape imposibil de observat. Memoria în sine nu poate fi observată, ci se poate doar constata dacă funcționează bine sau nu. Din discuțiile cu pacientul, se poate trage o concluzie asupra calității memoriei acestuia. Ceea ce este demn de reținut este faptul că în strîngerea de date de la pacient ne vom interesa asupra memoriei de scurtă și de lungă durată. După o comotie cerebrală poate apare o amnezie (pierderea memoriei); aceasta poate fi constatată punînd pacientul să relateze circumstanțele în care a avut loc accidentul. S-ar putea ca în unele cazuri pacientul să nu poată da vreun răspuns la această întrebare. Persoanele demente vor putea povesti cu lux de amănunte lucruri petrecute în trecut dar absolut nimic despre ziua de ieri. Aceste aspecte sînt adesea foarte importante și ele vor trebui notate și raportate spre a putea observa o evoluție în starea pacientului, fie ea regres, progres sau restabilire. Alte fenomene cum ar fi, tulburări de concentrație, tristețe, lipsa motivației, apatie etc., pot îngreuna memorarea. Este bine să se afle dacă pacientul a auzit și înțeles cele spuse. În afară de memorare mai poate fi tulburat și procesul de actualizare a celor memorate (a-și aminti de ceva).

A-și aduce aminte de ceva este un proces activ spre deosebire de a recunoaște ceva. Procesul de amintire prezintă tulburări mai frecvent la persoane în vîrstă decît la cele tinere. Aceasta se referă mai cu seamă la evenimentele recente. Imposibilitatea de a actualiza

informații memorate, se întîlnește de asemenea după emoții puternice, leziune cerebrală și folosire de droguri. Acest fenomen poartă numele de amnezie (retrogradă).

Învățarea

Învățarea este o funcție psihică ce ne duce cu gîndul la școală. Bineînțeles că școala este locul unde se învață dar de fapt putem spune că se învață oriunde și în diverse moduri. "A trăi, te face să înveți", se spune adesea.

Datele cu privire la învățare, nu înseamnă deci învățămîntul urmat de pacient ci comportamentul învățat de pacient de-a lungul timpului. Astfel, pacientul poate avea o serie de obiceiuri cum ar fii de exemplu mersul aplecat pentru a diminua o durere, reacția cinică cu scopul de a-și alunga propriile angoase sau 'a se preface' pentru a atrage atenția celor din jur. Aceste obiceiuri sînt importante pentru a știi cum să abordezi pacientul. O altfel de informație despre procesul de învățare este a observa dacă pacientul prinde repede metoda de a-și schimba singur pansamentul sau de a-și administra singur o injecție, urmărindu-se progresul spre o viață cît mai independentă posibil. Se va ține sub observație, întregul comportament al pacientului. În procesul de dezvoltare a unor obișnuințe rele, se va întocmi chiar o listă cu punctaj (se va ține cu alte cuvinte, scorul). Aceasta va avea loc, mai ales în situațiile în care pacientul va trebui să se dezvețe de un anumit comportament, în cadrul terapiei comportamentale.

Inteligența

Inteligența, sau capacitatea de a rezolva probleme, este tratată de psihologie ca pe o trăsătură a personalității. Noi vom trata inteligența în cadrul funcțiilor psihice deoarece ea este foarte importantă în îngrijirea debilizilor mintali. Inteligența este importantă și cu ocazia instruirii, dării de lămuriri, modului de apropiere față de pacient, modului de explicare a unor situații grele sau complicate. Noi ne putem da seama de capacitatea pacientului de a înțelege și rezolva probleme, nu doar prin teste psihologice ci și prin convorbirile avute cu el, prin punerea de întrebări, punerea lui la încercare.

Orientare

Capacitatea de orientare a pacientului este deosebit de importantă. El va trebui să redea corect unde se află (locul), cît este ora, sau în ce zi ne aflăm (timpul) și cine este el și cine sînt cei din jurul lui (persoană). O bună orientare poate fii dedusă și dintr-o discuție avută cu pacientul, la care se urmărește comportamentul, răspunsurile date și reacțiile avute la diferite încunoștiințări. În cazurile în care starea de conștiență , gîndirea sau percepția prezintă unele tulburări, se poate crea impresia de 'dezorientare'. Va trebui să se facă diferență între aceste situații. Dacă o persoană, după un accident, nu mai știe unde se află, poate fii ca urmare a stării de stupoare (conștiență), sau a pierderii de memorie (amnezie), sau a dezorientării în spațiu. Este deci de recomandat a se culege mai întîii date privitoare și la celelalte funcții psihice înainte de a afirma că este vorba despre o dezorientare.

Gîndirea

Procesul de gîndire nu este încă pe deplin clarificat. În orice caz se poate afirma că gîndirea este un proces în care stimulii, sentimentele, simbolurile, noțiunile și abstracțiile sînt asimilate și prelucrate. Prin gîndire ne formăm o imagine asupra lumii în care trăim. Acest 'a gîndi' nu trebuie confundat cu a observa. Totuși, se folosește deseori expresia: 'la 'ce șezi și cugeți?' Faptul că cineva gîndește se poate vedea în ținuta pe care o ia, faptul că își încruntă sprîncenele sau că are o anumită expresie a ochilor, etc. Gîndirea în sine nu o putem vizualiza.

Vom putea ști ce gîndește cineva doar dacă el însuși ne va spune sau arăta, de exemplu rezolvarea unei probleme printr-o manieră creativă.

De aceea, limbajul, alături de comportament, constituie o sursă de informații referitoare la gîndire.

DIN VORBIREA UNUI PACIENT PUTEM DEDUCE DACĂ:

- gîndește incoerent: vorbind deci incoerent, sărind de la o idee la alta;
- gîndește evaziv: relatează istorisiri lungi și cu multe ocolișuri pentru a spune ceva;
- se înșeală: își corectează propria gîndire atunci cînd este atenționat asupra ei sau atunci cînd el însuși devine conștient;
- suferă de paranoie: gîndește despre lucruri care nu se încadrează în 'normal' și care sînt de neînțeles pentru altcineva, ceea ce face ca anturajul să vrea să-l corecteze. Pacientul nu va putea fii convins cu nici un chip să renunțe la punctul lui de vedere. El poate fii convins de exemplu, că el este cel mai puternic om din lume, că el este Napoleon Bonaparte, că suferă de cancer, că este un păcătos și un om stricat, etc.;
- este suspicios: despică firul în patru, nu se încrede în nimeni și bănuiește că ar fii urmărit sau persecutat. Pierderea simțului realității devine din ce în ce mai evidentă și gîndirea pacientului se transformă treptat în gîndire paranoică.

Motivația

Motivația este reprezentată de totalul motivelor sau inițiativelor de a acționa, care pune la un moment dat pacientul în mișcare și prin care comportamentul pacientului ia formă. Adunarea de date privitoare la motivație are loc de asemenea prin observație și discuții. Cineva care dispune de o motivație bună, va duce la îndeplinire înțelegerile stabilite anterior, va fii punctual și va adopta o atitudine mai pozitivă față de schimbări. Un comportament belicos ("eu vreau!") denotă o motivație puternică. Voința de a persevera precum și încurajarea anturajului și pe sine însuși, constituie date importante cu privire la motivația cuiva. Motivele sau nevoile care determină un anumit comportament pot fii clasificate în diferite moduri. Cîteodată este important să se afle care a fost semnificația anumitor necesități ale pacientului, pentru a putea localiza în final comportamentul manifestat de acesta.

Viața afectivă; sensibilitatea

Prin sentiment se înțelege tot ceea ce este prezent în cunoștința oamenilor, nefiind vorba de noțiunile cognitive.

ÎN ACEST CADRU SE POT DIFERENȚIA PE DE O PARTE EMOȚIILE:

- plăcute sau neplăcute
- de durată scurtă sau lungă (de exemplu: a fii enervat de cineva sau a urî pe cineva)
- puternice sau dimpotrivă;

IAR PE DE ALTĂ PARTE, SENSIBILITĂȚI CORPORALE, CUM AR FII:

- durere
- excitație sexuală
- sensibilitate corporală crescută.

Aceste emoții și sensibilități, pot apare sub o multitudine de forme. Sentimentele nu pot fii observate, dar ele pot cauza reacții sau pot fii descrise de către oameni. Un anumit comportament făcut cunoscut prin observarea pacientului, poate fii interpretat și tradus în următoarea manieră:

- pacientul este necăjit
- pacientul reacționează agresiv
- pacientul este anxios

Multe dintre situațiile care în mod normal produc emoții puternice, pot la unii pacienți să nu

genereze reacții violente sau chiar nici un fel de reacție. Depistarea acestui fel de a reacționa este foarte important, ducînd la o mai bună cunoaștere a vieții afective a pacientului, putîndu-i eventual acorda sprijinul adecvat în domeniul îngrijirii. Acest grup de reacții 'opuse', derutante, poartă numele de mecanisme de apărare. Un exemplu al unei astfel de situații, nu rar întîlnite, este atunci cînd cineva care urmează să fie operat, face tot felul de glume sau 'umor negru' pe seama acestei situații. Un alt exemplu ar fii al cuiva care după un accident grav își pierde ambele picioare dar totuși cere să i se dea pantofii lui din dulap. Această manieră de a reacționa se numește mecanism de apărare deoarece prin aceasta sînt respinse sentimentele legate de pierderea suferită sau de teama simțită. Iată cîteva forme de respingere pe care le putem recunoaște (uneori doar dacă încercăm să le dăm de urmă punînd întrebări):

- negare: persoana refuză să ia cunoștință de propria situație;
- alungare a gîndurilor: persoana dorește să audă orice, în afară de boală;
- devierea atenției: întreaga atenție a cuiva se îndreaptă spre muncă, cu toate că de fapt persoana respectivă este grav bolnavă dar, se teme să meargă la medic;
- raționalizare: ideea că orice trebuie abordat făcînd uz de rațiune și că orice lucru trebuie explicat.

Psihologia acordă de bună seamă acestor aspecte mai multă atenție.

Conștiența

Prin conștiență se înțelege totalitatea funcțiilor psihice care-l fac pe om să întrețină o relație interactivă cu mediul înconjurător și cu sine însuși. Conștiența cunoaște diferite nivele. Unele au o largă răspîndire în limbajul curent, cum ar fii: "a fii amețit", inconștiență, a fii în comă, etc. Alte nivele de conștiență sînt: somnul, a avea un spirit foarte limpede și alert, absența, "a sta visător pe gînduri", somnor, somnolență. Gradul de conștiență depinde de mulți factori, cum ar fii: o noapte de neodihnă, stare gripală, febrilitate, oboseală, utilizare de medicamente, etc. Conștiența în sine, la fel ca și emoția, nu este direct observabilă. Ea poate fii parțial apreciată, prin observarea și interpretarea reacțiilor la stimuli. În acest sens avem la îndemîină gradația Glasgow pentru starea de comă sau ne putem folosi de înregistrarea și interpretarea unei EEG. O altă metodă este observarea comportamentului persoanei și ascultarea celor spuse de ea însuși privitor la conștiența sa. Integritatea conștienței este determinată de toate funcțiile psihice tratate anterior. Ele dau conținut conștienței.

În încheiere, ne vom referi la așa numita conștiență îngustată, ceea ce înseamnă că unii stimuli trec neobservați prin faptul că întreaga atenție se îndreaptă spre un anumit subiect. Iată cîteva exemple care ilustrează această stare: cineva care este adîncit în lectură, privește la televizor, participă la un joc, nu va remarca deîndată dacă a intrat cineva în încăperea sau dacă s-a sunat la ușă. Este de la sine înțeles că funcțiile psihice sînt dependente unele față de altele și că acestea sînt influențate și influențază la rîndul lor funcțiile sociale și somatice.

2. TULBURĂRI PSIHOPATOLOGICE

Introducere

În acest capitol va fi vorba despre tulburări care se pot produce în diferitele funcții psihice. Atunci când vorbim despre funcții psihice nu trebuie să pierdem din vedere corelația care există întotdeauna între aceste funcții; aceasta face ca o tulburare într-o anumită funcție să aducă cu sine adesea și tulburări ale altor funcții. Pentru a putea înțelege ce sînt acelea funcții psihice și ce fel de tulburări pot să le afecteze este necesară observația. Omul este o ființă înzestrată cu gândire, orientată asupra mediului și a persoanei proprii. Datorită acestui fapt ființa umană este capabilă să facă observații asupra altora ca și asupra sa: lucru de nelipsit în cunoașterea psihopatologiei. Multe din aceste perturbări psihice pot apărea nu numai la pacienții de psihiatrie ci și la indivizi cu o funcționare în general normală. În unele cazuri este nevoie să se facă deosebire între o tulburare care poate apărea în mod normal și o tulburare cu adevărat patologică, în aparență total nevinovată.

TULBURĂRI ALE STĂRII DE CONȘTIENȚĂ

Cuvîntul conștiență are mai multe înțelesuri. Vom vorbi despre o conștiență naturală sau biologică, atunci când este posibilă desfășurarea unei activități psihice. Atunci când conștiența naturală este înlăturată, nu mai poate avea loc nici o activitate psihică; persoana respectivă se află în stare de inconștiență.

Cunoaștem de asemenea o conștiență psihologică sau spirituală. Noi ne putem gândi la ceva, devenind "conștienți" la un moment dat, despre acel ceva. Este vorba de 'a deveni conștient', de un lucru.

În cadrul studiului despre tulburările conștienței, ne vom referi doar la conștiența sub aspect biologic. Această formă de conștiență este total dependentă de factori biologici (sănătate și boală).

Cazul A

O studentă în vîrstă de douăzeci și cinci de ani este accidentată de o motoretă în timp ce traversa strada. Ea își pierde cunoștința pe loc. Starea de inconștiență se prelungește pînă a doua zi. Treptat ea își revine la cunoștință dar nu își poate aminti nimic din momentul accidentului, despre cele petrecute.

Cazul B

Un bărbat pierde controlul asupra autovehicolului cu care se deplasa, intrînd în coliziune cu parapetul de pe partea opusă a șoselei. Ca prin minune, persoana în cauză scapă fără vătămări corporale evidente; ceea ce frapază însă, este impresia de absență pe care o crează. El părăsește locul accidentului începînd să vagabondeze. Oamenii care i se adresează, nu primesc întotdeauna un răspuns de la el. Fiind chestionat de poliție, nu își amintește de cele întîmplate.

În ambele cazuri este vorba despre un traumatism cerebral, care are ca urmare o tulburare a stării de conștiență. În primul caz este vorba de o absență a cunoștinței, iar în al doilea caz vorbim despre o tulburare a stării de conștiență. În cazul al doilea se folosește adesea termenul de îngustare a conștienței. Prin aceasta se înțelege că pacientul reacționează la stimulii dar nu este capabil să-i interpreteze corect. Pacientul se concentrează adeseori în mod selectiv asupra ceea ce el poate înțelege. Din această cauză, termenul de îngustare a conștienței poate duce uneori la o interpretare eronată a situației. Acest termen nu este folosit în sistemul de diagnosticare DSM-III-R, după cum la fel, cele mai multe dintre manualele internaționale par a nu-i acorda prea mult interes.

Tulburările conștienței pot fi clasificate în funcție de gradul lor.

Coma.

Un pacient în comă este inconștient, deci conștiența sa este absentă. El nu reacționează la stimuli din exterior, iar stimuli puternici care provoacă durere nu produc deloc sau aproape deloc vreă reacție. Un număr de reflexe sînt de asemenea abolite. Cercetări recente au dus la concluzia că pacienți comatoși, în unele cazuri, ar recepționa totuși unii stimuli. Cadrele medicale trebuie să țină cont de acest lucru avînd grijă ce fac sau spun, atunci cînd se află în preajma unui pacient comatos. Cu toată impresia de absolută absență pe care un astfel de pacient o degajă, s-ar putea ca el să surprindă totuși crîmpeie de conversație.

Sopor.

În starea de somn pacientul reacționează la stimuli, cîteodată puțînd fii chiar trezit pentru cîteva momente, după care cade din nou în starea dinainte.

Somnolența.

Pacientul care prezintă această stare, are continu tendința să adoarmă dar aplicînd diverși stimuli asupra lui, poate fii ținut contactul cu el.

Obnubilare.

În psihiatrie avem de-a face destul de des cu starea de obnubilare a conștienței. Pacientul este treaz, reacționează la mediul înconjurător, cîteodată fiind deosebit de activ dar totuși neavînd mintea complet limpede. Aceasta se poate observa dacă vom da atenție anumitor aspecte. O activitate întreprinsă în mod spontan de către pacient se desfășoară într-un tempo relativ ridicat dar dacă se cere pacientului să se concentreze asupra altui lucru atunci el întîmpină dintr-o dată dificultăți serioase. Chiar la întrebări simple la care se așteaptă un răspuns direct, cum ar fii de exemplu: cîți copii are, pacientul are nevoie de un oarecare timp de gîndire. Procesul lui de gîndire decurge greoi. Astfel de pacient este de asemenea dezorientat: el nu știe cu precizie unde se află, ce zi este astăzi, sau în ce parte a zilei ne aflăm, dimineața sau dupămasa. El pare a nu mai știi despre lucruri care tocmai au avut loc, ca și cum aceste informații nu au putut pătrunde pînă la el. Evenimente petrecute în trecut sînt pentru pacient ca învăluite într-o nebuloasă, nemaifiind în stare să spună despre ce a fost vorba: el prezintă amnezie. De asemenea el întîmpină greutăți în a deosebi realitatea pe care el o observă de trecutul și dorințele sale. El confundă lucrurile unele cu altele; putem spune că el este confuz. Un astfel de pacient știe de exemplu, că se află într-un spital dar susține în același timp că acolo este locul lui de muncă: întîlnind pe coridor o soră medicală, își pune uimit întrebarea ce caută soția lui la biroul unde el lucrează. Faptul că această stare nu este generată doar de o îngustare a orizontului conștienței ci și datorită unei scăderi generale a nivelului acesteia, reiese din amplificarea fenomenelor observate spre seară și/sau la oboseală. Nu rareori se întîmplă ca pacientul activ să adoarmă dintr-o dată. Atunci cînd se sperie de ceva, începe să înțeleagă brusc mai bine lucrurile din mediul înconjurător. Cu alte cuvinte, conștiența sa devine mai clară, mai ascuțită prin sperietură.

Cazul C

O doamnă este internată în spital cu fractură de gleznă, suferită printr-o cădere de pe scară. Ea este bine dispusă și prietenoasă. Nimic nu pare a fii în neregulă cu funcționarea ei psihică. După trei zile, în timpul unei vizite, fiul ei o găsește ceva mai gălăgioasă ca de obicei: felul ei de a vorbi era mai cu viață decît era el obișnuit să audă; el consideră comportamentul mamei sale ca excesiv. El comunică aceste observații privitoare la mama sa personalului medical, dar acesta îl asigură că totul este în ordine. Se consideră că pacienta are un comportament normal. Într-o noapte însă, ea sare din pat cu toate că avea glezna fracturată, țîpînd ca din gură de șarpe, trece prin geamul de sticlă al unei uși pe care probabil nu l-a văzut, fiindcă ar fii văzut un monstru într-un colț al salonului. Din cele exteriorizate de ea se poate trage concluzia că ea considera că se află într-o biserică.

Delir

Doamna din cazul mai sus numit suferă de delir. Delirul este o stare acută (apărută dintr-o dată) caracterizată printr-o încețoșare a conștiinței. Pe lângă aceasta mai apar și tulburări în percepție, sub forma interpretărilor greșite, falsificărilor prin iluzie sau chiar halucinațiilor. Despre aceste noțiuni se va scrie mai pe larg în acest capitol.

Într-un delir pacientul vorbește incoerent, procesul lui de gândire este îngreunat. Ritmul veghe-somn este adeseori tulburat. Aceasta este și una din cauzele pentru care pacientul pe timpul zilei dă impresia că totul ar fi în ordine cu el. Noaptea însă și asta nu tocmai arareori, dă dovadă de o mare vivacitate. Activitatea lui motrică este adesea exagerat de crescută, cu alte cuvinte: pacientul este foarte neliniștit. La fel se poate întâmpla ca pacientul să fie complet inactiv. Pentru a putea fi vorba despre un delir, nu este absolut necesar ca toate aceste simptome să fie prezente. Conform sistemului de diagnosticare DSM-III-R, tulburarea conștiinței trebuie să aibă însă la bază o cauză organică.

Așa după cum am putut vedea din exemplul de mai sus, un delir poate debuta brusc, fără nici o cauză, dar se poate întâmpla tot așa de bine ca el să înceapă ceva mai gradat. În general există totuși anumite fenomene prodromale, prevestitoare. Pacientul devine ceva mai anxios sau neliniștit, își schimbă repede starea de spirit, începe să se miște neliniștit sau să aranjeze tot timpul cuvertura de pat. Acela care are un spirit de observație fin spre a băga de seamă astfel de situații comunicându-le, va face un mare serviciu kolegei sau colegului care urmează să lucreze noaptea. Un delir este cauzat întotdeauna de o boală organică. Adesea este vorba despre o intoxicație. Un aspect înșelător este acela că delirul începe de-abia după ce substanța toxică este luată în doză mai mică sau chiar deloc (cazul delirului de abținere). Un exemplu edificator este delirium tremens (cauzat de abținerea la alcool).

Stare crepusculară

Diferența dintre delir și starea crepusculară este oarecum vagă. În starea crepusculară apar uneori halucinații, iar conștiinței îi lipsește întotdeauna luciditatea, dar nu într-un grad foarte avansat.

Starea pacientului nu este însoțită în general, de neliniște; el se comportă poate puțin cam nesigur pe el dar se poate descurca totuși suficient de bine, purtând acțiunea adecvat, cu sau fără ajutorul unui plan stabilit în mod conștient dinainte. El poate de exemplu să călătorească cu trenul și la un moment dat să își dea seama de cele ce se petrec cu el. Caracteristic pentru această situație este amnezia.

O variantă a stării crepusculare este somnambulismul. Și această stare reprezintă o formă de estompare a conștiinței, apărută în timpul somnului. Acest fenomen poate fi supărător cu toate că în general nu este periculos. El se poate manifesta la copii într-o anumită fază a creșterii lor dar uneori chiar și la adulți. Același lucru este valabil și pentru crizele de anxietate nocturnă apărute la copii (pavor nocturnus). La fel ca și delirul, starea crepusculară, este cauzată de o afecțiune somatică, mai cu seamă o anumită formă de epilepsie. Există și excepții în care starea crepusculară poate fi cauzată pe cale psihogenă, purtând numele de stare crepusculară 'histerică'.

TULBURĂRI ALE CONȘTIENȚĂRII PROPRIEI IDENTITĂȚI (A PROPRIULUI 'EU')

Caz

O studentă în vârstă de douăzeci și trei de ani este internată cu suspiciunea de schizofrenie. Dacă i se pune întrebarea despre cum este împărțită ziua, ea răspunde că 'dimineața primește cina în loc de micul dejun și că seara primește micul dejun'. După care adaugă că: 'La fel s-a întâmplat și mâine'. La întrebarea ce vârstă are, răspunde că ea are treizeci și opt de ani și că copiii ei locuiesc deja la casele lor.

Așa după cum am putut observa și mai înainte, omul are capacitatea de a se observa pe sine însuși. Noi ne cunoaștem pînă la un anumit punct propria persoană. În general putem afirma că ne simțim 'acasă' în propria persoană și că nu avem nici o problemă privitoare la realitatea din jurul nostru. Atunci cînd cineva afirmă că 'așa este felul meu', ne gîndim că aceasta persoană este conștientă despre propriile potențe și limite.

Omul este conștient că el poate juca teatru: noi putem să obținem printr-un anumit comportament un anumit efect la persoana cu care avem de a face. Extremele acestei situații este ori de a ne da toată silința de a fii pe placul altora, ori de a nu ne păsa absolut deloc despre ce gîndește altcineva despre noi. Între aceste extreme există diferite situații intermediare. Cu toate că ținem cont de alții, noi ne socotim ca fiind ființe libere care nu pot fii forțate de altele. În acest cîmp aflat sub tensiune, dintre 'eu' și 'lume', se pot produce tulburări. Dacă tulburarea se referă la propria persoană, vom vorbi despre depersonalizare. Dacă tulburarea se referă la modul cum noi vedem lumea înconjurătoare și realitatea, atunci vom vorbi despre derealizare.

Depersonalizare

Prin depersonalizare se înțelege că persoana respectivă se simte străină de sine însăși. Acest sentiment este adesea înfricoșător. Pacientul are ideea că privindu-se pe sine vede o persoană străină. El nu se mai recunoaște pe sine însuși, nemaiputîndu-se încrede în sine însuși, fapt care duce la dispariția celui mai fundamental simț de siguranță.

Depersonalizarea se manifestă atît în cadrul neurozelor cît și al psihozelor. Fenomenul acesta apare destul de des și la dependenții de droguri. Depersonalizarea se poate manifesta chiar și la persoanele normale, în stare de oboseală extremă, epuizare; în această situație poate fii vorba de o scădere a nivelului de conștiență.

Derealizare

Derealizarea este o înstrăinare de realitate. Realitatea este considerată ca nefiind reală. Totul pare a se petrece într-un film sau într-un vis. Mediul înconjurător este frecvent descris de pacient ca pe un decor, iar oamenii ca niște marionete. Derealizarea poate apare ca o fază incipientă a unei psihoze dar poate apare tot așa de bine și în stare normală de oboseală extremă.

TULBURĂRI ALE PERCEPȚIEI

Cele mai importante tulburări ale percepției sînt iluziile sau falsificarea percepției prin iluzie și halucinațiile. Mai ales cele din urmă își fac apariția cel mai frecvent în cadrul psihozelor. Personalul medical care lucrează într-un spital de psihitrie pe secție, are de a face zilnic cu pacienți care halucinează. Halucinația nu apare în situații normale la oamenii sănătoși.

Iluziile

Iluziile sînt fenomene care apar aproape zilnic fiecăruia: fără iluzii, noi nu am putea chiar exista. Iluziile oferă un înțeles percepției noastre, mai ales atunci cînd aceasta este fugitivă sau imperfectă. Exemplu: dacă, aflîndu-te la volan vezi dintr-o dată că un cîine îți taie calea, frînezi în mod automat; în ultimul moment vezi că de fapt nu era vorba de un cîine ci de un mototol de hîrtie luat de vînt. Concluzia ar fii că ai frînat degeaba. Dar dacă în acel moment te-ai fii uitat liniștit și cu atenție spre a vedea despre ce este vorba, ai fii fost mult prea tîrziu în stare să iei o decizie. Deci ceea ce vedem se află sub influența așteptărilor noastre. Mulțumită acestei însușiri noi sîntem în stare să citim destul de repede: noi vedem ceva ce pentru noi este acceptabil. Din această cauză, noi citim adesea ceva ce nu stă scris iar uneori nu observăm greșelile de tipar, fiindcă 'sărim peste ele cu privirea'.

Atunci cînd sîntem prea concentrați asupra unui lucru sau din contră, 'absenți', visînd cu ochii deschiși, crește riscul de a face greșeli de interpretare.

De exemplu, un elev visător care în timpul unei lecții își aude cu spaimă numele strigat, nu știe despre ce se discută în clasă; abia din reacțiile colegilor lui își dă seama că de fapt nu fusese strigat. Dacă elevul respectiv a auzit un sunet pe care l-a interpretat greșit, atunci a avut o

iluzie, iar dacă el nu a auzit nici un sunet, ci a visat, cu alte cuvinte, acea voce, atunci el a avut o halucinație.

Într-o stare de anxietate crește șansa de a avea iluzii. Dacă, de exemplu ne aflăm într-o pădure întunecoasă, simțindu-ne nu tocmai în largul nostru, vom lua cu mare ușurință un tufiș drept om. Dacă avem totuși acel curaj să ne apropiem de tufa respectivă, constatăm cu o oarecare ușurare că nu a fost de fapt vorba decît de imaginația noastră. În viața normală, iluziile vor fii corectate cu ușurință.

Văzînd cele mai de sus, nu va trebui să ne minunăm că atunci cînd conștiența cuiva este estompată, de exemplu în cazul delirului, șansa de a se produce iluzii este crescută.

Halucinațiile

Halucinațiile pot fii descrise ca observarea unor lucruri care nu există. Altfel decît ne-am aștepta, halucinațiile 'elementare', apar foarte rar. Este vorba despre elemente simple, nestructurate din percepție, cum ar fii auzirea unui ton: de obicei cînd auzim cîte un ton, este mai degrabă vorba de o problemă legată de urechea noastră, nicidecum de o halucinație. O halucinație nu este legată de stimularea vreunui organ de simț.

Se disting următoarele terenuri unde sînt 'percepute' aceste halucinații: auditiv, vizual, olfactiv, gustativ, senzitiv. Pacienții care prezintă halucinații sînt sută la sută convinși de veridicitatea celor auzite sau văzute de ei. Totuși, se pare că ei fac o deosebire calitativă între halucinație și percepție. Poate că din această cauză, pacientul care este întrebat dacă aude 'voci' știe că ne referim la halucinații. O pacientă a denumit pe acela care-i 'vorbea', "vorbitorul tăcut". Chiar dacă halucinațiile sînt oarecum diferite de percepțiile obișnuite, ele nu sînt cu nimic mai puțin 'reale'. O pacientă iese pe balcon strigînd către vocile pe care le auzea în permanență: 'leșiți odată la iveală, arătați-vă odată dacă aveți curajul!' Se întîmplă adesea ca pacienții să se plîngă de halucinațiile lor diverselor servicii telefonice sau la poliție. Cel mai frecvent întîlnite sînt halucinațiile auditive (halucinații acustice). Cel mai des este vorba despre voci dar se întîmplă să fie auzite și alte sunete, cum ar fii gemete, pași sau muzică. Cele auzite de pacient depind de starea lui sufletească. Cineva care este anxios, va auzi voci amenințătoare, cineva care este exaltat va auzi vocea lui Dumnezeu, etc.

Halucinațiile vizuale se produc des, dar nu numai în cazul unei conștiențe diminuate. Într-un delir se produc nu numai iluzii ci și halucinații; cîteodată se succed alternativ, trecîndu-se dintr-una într-alta. Conținutul halucinațiilor depinde într-o oarecare măsură și de starea în care se află organismul. Într-un delir alcoolic sînt văzute de obicei diverse lucruri mărunte, lipsite de vreo culoare, care se află permanent în mișcare (pacientul este preocupat să strivească cu piciorul gîndaci negri sau aleargă să vîneze șoareci albi). În afară de aceste lucruri, pacienții mai descriu de asemenea siluete mici (casa este plină de oameni veniți în vizită).

În cadrul altor intoxicații, pot fii văzute lucruri pline de culoare, cum ar fii fluturi tropicali.

Pacienții cu pneumonie gravă văd foc în cameră, crezînd cîteodată că se află în iad. În tulburările apărute pe fondul unei conștiențe limpezi, cum ar fii cazul schizofreniei, se produc de asemenea halucinații vizuale, dar ceva mai puțin frecvent decît auzirea de voci.

Halucinațiile vizuale din schizofrenie au mai mult un caracter vizionar. De exemplu, un pacient își vede propria fotografie mult mărită atîrnînd pe peretele de la poliție. Cît de altfel este lumea halucinațiilor decît lumea reală se poate deduce din cele afirmate de un pacient care vede pe cineva sînd într-un spațiu care în mod normal nu poate fii ocupat de nici o persoană. Sînt descrise halucinații care își află locul în afara cîmpului de observație (halucinații extracampine): cineva vede foarte clar o persoană care stă în spatele lui sau cineva aude cum se vorbește în alt oraș despre el.

Halucinațiile olfactive, gustative și senzitive sînt rare, ele apărînd mai ales în afecțiuni organice și de asemenea în psihozele foarte grave. În aceste cazuri, pacienții relatează că percep miros de fecale sau spermă, că alimentele pe care le consumă au gust amar, sugerînd că ar fii otrăvite. Alți pacienți simt arsură cauzată de curent electric. Dacă pacientul afirmă că mîncarea lui este amară fiindcă i s-ar fii pus otravă, atunci avem de a face cu un alt aspect și anume faptul că pacientul dă o interpretare experienței sale. Dacă pacientul construiește o explicație întregă a motivelor care ar fii putut duce la otrăvirea lui, atunci avem de a face cu apariția unei paranoie.

TULBURĂRI DE CONȚINUT ALE GÎNDIRII: DELIRUL

Delirurile sau ideile delirante, nu sînt lucruri pe care le putem vedea sau auzi, ci le putem doar gîndi. Pentru pacient ele au o semnificație reală. Delirul este o convingere bolnăvicioasă. Delirurile sînt socotite ca tulburări ale gîndirii, dar aici trebuie precizat faptul că gîndirea în sine nu este tulburată ci doar conținutul ei. De remarcat este faptul că experiențele care contrazic ideile delirante ale pacientului, nu îl pot determina pe acesta să renunțe la ele. Dacă un pacient este convins că soția lui a decedat, el nu își va schimba această idee nici în cazul în care ea ar veni la el în vizită. La întrebarea cine a fost vizitatoarea, el răspunde că ea ar fii de fapt o agentă dublă, sau în cea mai favorabilă situație, el și-ar relua convingerea că soția lui este decedată, deîndată ce ea părăsește încăperea. Foarte ciudat este faptul că persoane sănătoase care au o anumită convingere, politică sau religioasă, nu se lasă convinse de contrar, nici chiar atunci cînd sînt confruntate cu informații care contrazic ideile lor. Putem constata că ființa umană este rațională doar pînă la un anumit punct. Cei mai mulți oameni simt nevoia să creadă în ceva. Faptul că aceste convingeri duc uneori la multe necazuri, putem citi aproape zilnic în ziarele care apar. În cadrul delirurilor însă, distanța dintre adevăr și convingere, poate fii foarte mare. Din această cauză se consideră convingerea unei astfel de persoane, bolnăvicioasă. Un alt argument care susține această idee, este acela că pacientul își bazează ideile delirante pe argumente de care doar el este convins și care sînt înțelese doar de el și nimeni altul. Iată un exemplu: un pacient devine convins de faptul că soția lui îl înșeală fiindcă a văzut ziarul local în camera de așteptare a dentistului. Vederea aceluia ziar a avut deci o altă semnificație pentru pacient decît pentru restul. Deseori se poate observa că astfel de idei sînt altoite pe astfel de argumente. Un alt exemplu: deoarece lumina roșie a semaforului este interpretată de pacient ca un pericol care amenință, situația îi poate genera ideea că el este urmărit. Conținutul unui delir depinde de starea afectivă a celui în cauză, alta fiind starea de spirit a cuiva care se consideră 'regina frumuseții' spre deosebire de cea a cuiva care crede că 'este condamnat la moarte'. Delirurile și halucinațiile merg adesea mîna în mîna: pacientul are impresia că vecinii vor să-l omoare și aude foarte clar cum ei își ascultă cuțitele. Este bine totuși ca aceste două noțiuni să fie tratate și privite separat, cu toate că ele formează un întreg complex. Există situații în care pacientul prezintă idei delirante fără a avea halucinații dar și vice-versa.

Ideile delirante pot fii împărțite în două grupe: deliruri legate de propria persoană și deliruri legate de mediul înconjurător. Prima grupă, deci privitoare la propria persoană, poate fii la rîndul ei subdivizată în delir depresiv, expansiv și hipocondric. Delirul depresiv poate fii înțeles așa după cum putem deduce din denumirea lui, mai ales la persoanele depresive, fiind caracterizat printr-o gîndire negativă despre sine. Un exemplu ilustrativ este cel al complexului de vinovăție, care este caracterizat de sentimentul de vinovăție pe care-l are pacientul față de semenii săi. Atunci cînd un pacient este deosebit de recunoscător pentru tot ceea ce s-a făcut pentru el, este probabil vorba despre un depresiv care are de asemenea delir de vinovăție sau de inferioritate. Nu arareori apar stări de tensiune în familiile acestor pacienți prin faptul că aceștia mărturisesc continuu despre vinovăția lor, devenind astfel iritanți.

Un alt exemplu de delir depresiv este atunci cînd cineva simte că a săvîrșit un păcat cîndva în trecutul său. Greșelile cu pricina, petrecute în trecutul pacientului, cum ar fii masturbarea la vîrsta pubertară, cîntăresc greu în ochii lui: el va trebui să plătească acum pentru aceasta. După ce pacientul se însănătoșește, nu va înțelege cum de a fost în stare să dea o astfel de interpretare acelor întâmplări. Atunci cînd cineva are ideea fixă că și-a pierdut toată averea și că este sărac lipit pămîntului nemaivînd cu ce să-și întrețină familia, ne putem gîndi la o altă formă de delir depresiv și anume la delirul sărăciei. Forma extremă a acestor forme de depresii este nihilismul: pacientul nu recunoaște că el există. Unii afirmă chiar că sînt goi pe dinăuntru, că li s-au scos organele interne. Uneori pacientul poate fii ferm convins că a decedat.

În delirurile expansive, pacientul se supraestimează: el se consideră genial și deosebit de important. Nu arareori pacientul crede că este enorm de bogat. Altă formă de idee delirantă este aceea de a se crede înzestrat cu puterea de a face profeții. Acești pacienți cred că au primit o sarcină sfîntă. Cînd un pacient susține că el descinde dintr-o familie renumită, în timp

ce realitatea este alta, avem de a face cu o idee delirantă de proveniență. Există de asemenea pacienți care cred cu ardoare că ei sînt mari descoperitori și că prin descoperirile lor pot schimba total lumea. Ideea de imortalitate, așa cum spune și numele, este prezentă atunci cînd un pacient afirmă încredințat că el nu va putea muri niciodată.

Pacienții cu delir hipocondric se plîng că diferite părți ale organismului sau chiar întregul corp suferă de diferite boli și că situația lor este fără ieșire, ducînd inevitabil la moarte. Unii pacienți își descriu afecțiunea în termeni agresivi: organul afectat de boală (des este vorba de inimă, abdomen, organe sexuale), este 'mîncat de boală', 'se strică' sau 'puroiază'. Pacienții care se exprimă astfel, au tendință de suicid, neputînd face față disperării. Hipocondria apare nu numai în cadrul delirurilor, ci și în alte afecțiuni psihice.

Delirurile legate de mediul înconjurător au în cele mai multe cazuri de a face cu suspiciunea: delirurile paranoide. Pacientul este ferm convins că cei din jurul lui au ceva cu el, sau că vor să-i pricinuiască vreun rău. O astfel de idee delirantă este atunci cînd pacientul afirmă că tot timpul este privit de oameni, că este ținut sub observație orice ar face și oriunde s-ar afla. Din acest motiv pacientul nu se simte niciunde în siguranță.

O altă formă este delirul de influență. Pacientul raportează diverse lucruri care au loc în afara lui la propria persoană, sugerînd faptul că tot ce se petrece are o anumită însemnătate adresată lui. Un astfel de pacient crede că îi sînt adresate mesaje prin programele de televiziune.

Un aspect particular al delirului paranoid este delirul de acuzare. Pacientul este convins că i se face nedreptate, încercînd, coste cît o costă, să obțină dreptatea. Acest delir nu trebuie confundat cu o formă particulară de personalitate; persoanele respective au tendința să se plîngă tot timpul și să se socotească neîndreptățite de către alții. O formă de delir care cauzează multă suferință afiș pacientului cît și anturajului său este delirul de gelozie. Pacientul este convins că partenerul lui de viață îl înșeală. Această gelozie patologică apare destul de des la alcolicii cronici și duc nu arareori la izbucniri agresive cu repercursiuni serioase.

În încheiere ne vom ocupa de delirul de urmărire magico-tehnic. Pacientul afirmă că este amenințat de lumea dinafară pe calea aparatului: telefon, televizor, radio sau prin radiații, etc. Într-o lume în care mijloacele tehnice avansate stau la îndemîină, este de înțeles că pacientul poate găsi și în acest domeniu o sursă informativă pe care să-și poată baza explicarea trăirilor sale neobișnuite. Această explicare pare pentru cineva dinafară cu totul absurdă.

Deosebit de important este de a face deosebire între delirul secundar și cel primar. Delirul secundar este oarecum de înțeles, dacă privim problemele de viață ale celui în cauză. Aceste probleme pot fi uneori puse în legătură cu o psihoză. Delirul trebuie privit ca pe un răspuns la o situație care nu a putut fi rezolvată de pacient altfel decît printr-o idee delirantă. Delirul de clarificare, prin care un pacient dă o explicație halucinațiilor sale, constituie un exemplu potrivit. Un pacient este convins că vecinii lui dețin aparatul de ascultare și megafoane. Această idee pare ciudată, dar pentru pacient nu este deloc așa, fiindcă experiența și modul lui de a raționa îl conving de logicitatea ei. O persoană depresivă se simte lipsită de putere, extenuată, disperată și anxioasă. Prin delirul în care o persoană dă faliment, iar familia sa este omorîtă, putem să ne dăm mai bine seama de cele ce se petrec în interiorul pacientului, de nenorocirea de neînțeles pentru alții care devine astfel mai concretă, mai palpabilă. Ultima idee este important de reținut: delirul dă structură haosului emoțional în care se află pacientul. Aceasta se petrece ca de la sine: un delir nu este conceput cu răbdare de pacient ci el apare dintr-odată, pacientul crezînd cu tărie că un lucru este așa și nu altfel. Pacientul trăiește uneori un oarecare timp într-o nesiguranță dătătoare de teamă, pînă cînd la un moment dat i se aprinde un beculeț în minte: el va pricepe dintr-odată despre ce este vorba. Soluția găsită, pare pentru un altul de neînțeles și nebunească dar pentru pacientul însuși ea este de la sine înțeles "salvatoare".

Delirul secundar are deci o funcție: el face ca o situație de netrăit să devină nu chiar plăcută dar cel puțin accesibilă. Un astfel de delir poate să reprezinte un aspect al unei psihoze, dar se poate produce tot așa de bine și în situații reale. Un exemplu de o astfel de situație este delirul de relație erotică.

Caz

Este vorba despre cazul unei femei celibatate în vîrstă de patruzeci și opt de ani. Ea duce o viață exemplară. Ideea că ar avea dorințe sexuale, este pentru ea o nebunie. Totuși ea se simte puțin cam singură. Atunci cînd, pentru o durere vagă abdominală se prezintă la doctor, ea începu să creadă că doctorul s-ar fii îndrăgostit de ea. Remarca adresată ei de către doctor, cum că au trecut ani de cînd el nu a mai văzut-o, era însoțită de o anumită expresie a feței care spunea totul. Ea începu să meargă din ce în ce mai des la doctor. Ea conștată cu oarecare uimire că doctorul se comportă ceva mai puțin drăguț decît la început dar înțelege că el nu poate altfel și anume, deoarece soția lui a devenit geloasă și l-ar fii amenințat că îl va omorî dacă el nu va renunța la iubirea dedicată acestei doamne. Pentru a-l încunoștiința pe doctor că ea înțelege situația și că nu se va supăra pe el, îi trimite flori. El îi spune însă că nu mai trebuie să facă așa ceva. Tonul anxios pe care el a vorbit, a făcut-o să înțeleagă că i s-a oferit ajutor. Ea refuză să părăsească încăperea unde stătuse de vorbă cu doctorul.

Un astfel de delir începe să se dezvolte treptat. Încercarea de a da o explicație fiecărui fapt care era în contradicție cu ideea delirantă, ducea la complicarea și mai mult a delirului, îndepărtînd pacienta din ce în ce mai mult de realitate. Nu rar se întîmplă ca o astfel de pacientă să treacă la contraofensivă, zgîriind caroseria mașinii soției doctorului, aducînd iubitelui ei cîte o oală cu supă, sunîndu-l la telefon de cîteva ori pe noapte din teama de a nu i se fii întîmplat ceva rău, etc. Delirul acesta pare oarecum de înțeles, ba chiar emoționant. Totuși este alarmant faptul că pacienta ia niște gînduri nefundate drept fapte. Un astfel de delir nu trece ușor ci el poate să însemne doar începutul unei psihoze grave. Un exemplu este chiar femeia din cazul relatat mai sus. Ea începe cu timpul să audă vocea iubitelui, gîndirea ei devine incoerentă, pierzînd complet contactul cu realitatea. Cel mai des se întîmplă însă, ca o astfel de pacientă să păstreze tăcere despre iubirea pe care el i-o poartă în taină. Nu se îndoiește nimeni vreodată de ideea delirantă pe care o are? În delirul secundar apar îndoieli cîteodată dar ele nu duc nicidecum la renunțarea la ideea delirantă. Din contră, pacientul va căuta din ce în ce mai multe argumente, va încerca să descopere dovezi, să observe indicații care pot să ateste delirul său: "Nu o să vreți să credeți, dar eu îmi dau seama că este așa în mod neîndoios". Dacă îndoiala devine totuși prea puternică, de exemplu atunci cînd o cunoștință confruntă pacientul cu caracterul absurd al ideii lui, el se va supăra probabil. Reacția lui nu va difera prea mult de cea a persoanelor sănătoase care nu vor să pună prea mare preț pe convingerea lui delirantă.

Delirul primar ia naștere spontan și nu are legătură cu situația pacientului. Adesea este vorba despre idei imaginare care sînt absolut imposibile. Pacientul nu dă impresia că ar avea vreo îndoială. Dacă îl va contrazice cineva, el va ridica din umeri și ar gîndi: încă unul care nu înțelege nimic.

Caz A

Acest caz este al unei femei care privind la televizor, descoperă că înfățișarea ei este utilizată în programe. Ea începe să caute febril fotografii de-ale ei din tinerețe și iată, că într-adevăr așa este cum a bănuțit, cu toate că pe atunci avea fața ceva mai rotundă decît acuma. Ea își lipește fața cu leucoplast, pentru a preveni furtul imaginii ei.

Caz B

Este vorba despre o femeie care este convinsă că vecinii ei de la etaj pulverizează otrăvuri la ea în cameră prin orificii invizibile în plafon. Ea simte mirosul gazului otrăvitor și acuză dureri de cap incredibil de puternice. Ea pune pe cineva să-i acopere plafonul cu placaj, ține tot timpul draperiile trase dar toate acestea nu ajută la nimic. Soțul ei afirmă că ea ar fii nebună. În cele din urmă, ea fierbe într-o oală soluție de clor pentru a neutraliza gazele otrăvitoare. Nici această măsură nu-și atinge scopul ci și mai rău este că ochii ei devin iritați de gazele otrăvitoare. Ea arată triumfător aceasta soțului ei, care însă în loc să fie convins de ea, începe să-și facă griji serioase despre ideile delirante ale soției lui.

Caz C

O femeie necăsătorită locuiește împreună cu părinții ei care erau la o vîrstă înaintată. Ei erau de ani de zile în relații foarte bune cu vecinii. Acest lucru face de neînțeles faptul că ei au instalat un transmîțător puternic de unde cu care o necăjesc. Deoarece ea simte cum curentul transmis de vecini îi produce arsuri, încearcă să-și protejeze corpul punînd o folie de aluminiu pe sub haine. Această pară a o ajuta într-o oarecare măsură. Ea își dă seama de momentul în care vecinii pun aparatul de emiteră undelor în funcție, observînd mici scînteieri care apar pe ecranul televizorului. Părinții femeii văd și ei de asemenea acele scînteieri de pe micul ecran și devin convinși că fiica lor are dreptate. După ce aceste incidente continuă să se repete, ei cer ajutorul poliției. La percheziționarea casei vecinilor nu se constată nici un fel de aparatură de emiteră undelor, fiindcă ei au prins de veste la timp și bineînțeles, au ascuns-o. Imediat după plecarea poliției, vecinii încep din nou să-i chinuie. Mama femeii în cauză, începe și ea să aibă necazuri de la radiațiile vecinilor și începe să poarte și ea folie de aluminiu pe sub haine. Tatăl protejează camera punînd sîrme de cupru. Cu scopul de a-și șicana vecinii, femeia începe să facă gălăgie noaptea. Un frate de-al ei care trăia în Australia era tehnician. Aflîndu-se odată în vizită acasă la părinți se lasă convins deîndată de ideea că vecinii îi terorizează. El desenează schițe pentru a arăta că acest lucru este într-adevăr posibil.

În exemplele de mai sus vedem că pacienții iau măsuri împotriva ideilor delirante dar acestea nu fac altceva decît să confirme și mai puternic existența delirului. Delirul din cazul B este probabil încă de conceput, pe cînd cele din cazurile A și C conțin nu numai idei improbabile ci putem spune de neexistat: televiziunea nu poate înstrăina fața cuiva și transmîțători de televiziune care să producă arsuri, nu există. În cazul C sîntem martorii unui fenomen ciudat: ideea delirantă este acceptată și crezută nu numai de părinții femeii ci și de fratele ei, care ar fii trebuit să știe mai bine, avînd în vedere profesiunea lui. Acest fenomen la care delirul devine contagios poartă numele de inducție. Inducția poate duce la situații în care sute de oameni încep să creadă într-o idee delirantă, acest lucru ducînd uneori la urmări dramatice.

TULBURĂRI DE FORMĂ ALE GÎNDIRII

Oamenii care au idei delirante pot uneori să le susțină bazîndu-se pe cele mai ciudate raționamente dar procesul lor de gîndire rămîne netulburat. Chiar legătura dintre gînduri, oricît de absurde și lipsite de fundament ar fii ele, păstrează o înlănțuire logică. Se împlînește uneori ca logica pacientului să fie atît de fără cusur încît poate fii chiar crezut.

Există însă cazuri în care apar tulburări în însuși procesul de gîndire. Cu oarecare bunăvoință putem clasifica aceste tulburări de formă ale gîndirii în două grupe: una referitoare la viteza de desfășurare a procesului de gîndire, iar alta la structură.

Viteza de gîndire poate fii încetinită prin frînarea gîndirii. Aceasta devine evidentă la pacienții cu depresie. Gîndirea are loc mai greu, ea este ca un biciclist care trebuie să urce la deal, lucru care nu inspiră nimic plăcut, ba chiar îl tentează ideea să se oprească. Nu numai fluxul de idei este frînat dar și maleabilitatea gîndirii scade. Pacientului îi vine greu să treacă de la o idee la alta sau să pună în balanță un anumit aspect al unei probleme. El rămîne cu gîndirea la un singur subiect. Aceasta ne poate duce uneori cu gîndul la gîndirea forțată. Atunci cînd creierul, indiferent de cauză, nu funcționează optimal, apare o situație care poartă numele de bradifrenie. Gîndirea se desfășoară deosebit de lent, ca și cum s-ar merge împotriva curentului, nefiind vorba de o întîrziere ci de o împiedicare a gîndirii. Pacientul nu are sentimentul că ar fii oprit în gîndire, ci pur și simplu că nu poate gîndi mai repede. Și în acest caz avem de a face cu o scădere a maleabilității gîndirii: problema constă aici nu din faptul că pacientul nu este în stare să își continue gîndurile sale, ca și în cazul frînării, ci că el are tendința de a continua să rămînă să gîndească în una și aceeași direcție. Aceasta duce pacientul să poarte discuții prea extinse, să bată apa în piuă sau să repete un cuvînt sau o activitate fără nici un sens. Acest ultim aspect poartă numele de perseverație. Gîndirea poate avea însă și un ritm de desfășurare mai rapid. În manie de exemplu, este vorba despre o descătușare a gîndurilor, care se succed cu o mare rapiditate, pacientul vorbește

continu fără să se oprească. Gîndirea sa poate fii ușor conturbată: aproape orice îi poate distra atenția. El sare de la o idee la alta, aceste salturi fiind determinate uneori de apariția de asociații de sunete sau noțiuni. Șirul de idei poate fii totuși urmărit. Dezinhibarea duce la lipsa autocriticii, ba chiar la tendința de a se supraestima. La o dezinhibare maniacală ușoară (pacientul primește denumirea de hipoman), procesul de gîndire se desfășoară cu mare ușurință. Acest aspect îl poți compara cu un biciclist care merge la vale: repede și fără greutate. Cineva care se află într-o astfel de stare poate fii deosebit de productiv. Dacă însă dezinhibarea ia proporții, atunci panta devine și mai abruptă, iar biciclistul va prinde viteză mult prea mare: cu alte cuvinte, pacientul nu va mai avea control asupra gîndurilor sale, devenind haotic. Gîndurile lui își vor urma propriul curs: fuga de idei.

Atunci cînd avem de a face cu tulburări în structura gîndirii, vorbim despre tulburări formale. Confuzia pe care o întîlnim la delir poate fii atribuită acestui fel de tulburări. În general însă, acest termen presupune tulburările specifice schizofreniei. La capitolul despre tablourile clinice din psihiatrie, va fii tratat și acest aspect. În continuare vom enumera cîteva dintre cele mai importante tulburări ale structurii gîndirii:

Incoerența

Incoerență, înseamnă mot á mot 'nelegat una de alta', prin aceasta putem deduce că între gînduri succesive sau părți dintr-o propoziție nu există o legătură logică. Ele sînt ca o înșiruire de lucruri nelegate unul de altul. Totuși pacientul poate exprima cîteodată idei cu o mare pondere. Dar acest lucru poate fii mai degrabă simțit decît înțeles. Cîteodată coerența poate dispărea complet, creindu-se un vid.

Manierism

Manierismul este tendința de a vorbi într-o anumită manieră și anume cu emfază, folosind cuvinte pretențioase, protocolare și cu multeocolișuri. Astfel un pacient care dă prioritate altei persoane la intrarea într-o clădire, va spune: "Ați putea fii așa de bun ca să treceți înaintea mea?" Același pacient a cerut permisiunea de a se plimba prin parcul spitalului cu următoarele cuvinte: "O cerință pentru o mai bună funcționare este o schimbare a șederii înăuntru cu una afară, ceea ce conferă desigur un sentiment de libertate și entuziasm și care oferă organismului și spiritului ocazia de a profita din plin de o condiție favorabilă". Cele afirmate de el sînt pe de deplin inteligibile dar printr-o exprimare neobișnuită și cu prea multe meandre.

Concretism

Concretismele sînt aspecte tipice, unde noțiunile abstracte sînt luate drept lucruri concrete. Noțiuni care sînt categorisite ca 'neclare', sînt interpretate la propriu. Cîteva exemple: un bărbat care își leagă capul cu o bandă, pentru a nu lăsa să-i zboare gîndul în altă parte; o femeie caută în dulap să vadă dacă mai are sentimente pentru soțul ei.

Neologism

Neologismele sînt cuvinte care nu există. Cîteodată ele sînt foarte ușor de descifrat, cum ar fii de pildă: "Lumea este împotrivică". Mai greu poate fii înțeles sensul acestor cuvinte: "Ei aruncă cu înțarcarea în mine". Cuvintele existente sînt altfel interpretate, de exemplu cuvîntul degenerație primește o interpretare eronată și anume, ieșire din generație. Charles Manson, faimosul conducător al unei secte ai cărei membrii comiteau crime, se privea pe sine însuși ca pe un profet, numindu-se "fiul omului", făcînd referință la Fiul oamenilor (vezi Biblia).

Blocaj mental

Blocajul mental este descris ca o oprire subită a gîndirii, în mijlocul unei propoziții sau povestiri, pacientul tăcînd dintr-odată. După cîteva momente el își reia cursul vorbirii. Bineînțeles că oricine poate fii distras de alte gînduri, dar în acest caz, nu este vorba despre așa ceva. Blocajul mental este întîlnit rar în practică.

TULBURĂRI ALE INTELIGENȚEI

Inteligența este cu alte cuvinte, puterea de a înțelege, deșteptăciunea. Inteligența pare să fie una dintre cele mai clare noțiuni din psihologie. De la un psiholog se așteaptă adesea ca el să fie capabil să aprecieze în termeni numerici inteligența cuiva: coeficientul de inteligență, sau pe scurt, IQ. IQ-ul este o cifră care reprezintă raportul dintre vârsta inteligenței (determinată prin teste) și vârsta calendaristică, înmulțit cu 100. Se împarte deci cifra corespunzătoare vârstei inteligenței la cifra corespunzătoare vârstei calendaristice iar rezultatul obținut se va înmulți cu 100. Prin această metodă se poate determina la copii dar și la adulți (folosind un sistem adaptat), care posibilitățile intelectuale de care ei dispun.

Alegerea tipului de învățământ depinde nu arareori de rezultatul unui test de inteligență. Un astfel de test constă dintr-o serie de situații similare cu jocul puzzle, pe care persoana testată va trebui să le rezolve, cât de repede posibil. Aceste teste sînt cercetate dinainte pe un număr mare de persoane reprezentative dintr-o populație, avînd deci calitatea unui punct de referință. După cele văzute mai sus, se poate trage concluzia că inteligența este aptitudinea de a urma un anumit nivel de învățământ sau de a efectua un anumit fel de muncă. Dacă am da această definiție inteligenței, atunci ar însemna că pentru fiecare tip de inteligență ar trebui să existe cîte un anumit tip de muncă și învățământ. Cu toate că acest aspect nu este foarte departe de adevăr, nu se poate compara inteligența unei persoane cu a alteia, chiar în cadrul aceleiași nivel. În orice caz, va trebui să fie diferențiate mai multe sortimente de inteligență, cum ar fi de exemplu: inteligență școlară, inteligență în jocul de fotbal, inteligență socială ș.a.m.d. Noțiunea de inteligență, care la început părea atât de limpede, se adevărește a fii în fapt greu de mînut. Cu toate acestea, nu ne putem lipsi în practică de cercetarea inteligenței. Acest lucru derivă din necesitatea de a face prognoze, ca de pildă: poate această persoană să facă față la această muncă sau la acest nivel de învățământ? Testele de inteligență constau de fapt dintr-o serie de subgrupe, subteste, pentru care sînt necesare în mod permanent utilizarea altor aspecte ale inteligenței, alte forme de ingeniozitate. Aceste subteste se axează, în linii mari, pe două aspecte: unul referitor la gîndire, iar celălalt la activitate. De asemenea se poate distinge o inteligență "practică": măsura în care cineva este îndemînic, dispune de o bună putere de apreciere etc. și o inteligență "verbală": măsura în care cineva poate gîndi abstract, poate stăpîni o limbă, poate face calcule în minte, etc. Media celor două constituie "inteligența", dar prin aceasta nu se poate spune prea mult. Ceea ce ne învață experiența practică este faptul că atunci cînd există o mare diferență între cele două forme de inteligență, ne putem gîndi la existența unei tulburări în dezvoltare. Este întotdeauna greu de a afirma cu siguranță că este vorba de o tulburare în dezvoltare. Înainte de a se trece la acceptarea acesteia vor trebui excluse prin cercetare alte posibilități. Un copil poate să aibă greutăți la școală și din cauză că nu vede sau aude bine. Dezvoltarea poate fii întîrziată și datorită unor cauze fizice: amigdale mărite, polipi nazali sau malnutriție, sînt dintre cele mai des întîlnite exemple. Diferiți factori psihici pot avea influență de asemenea asupra prestației școlare. Aceștia pot varia, de la stări tensionale acasă cauzate de certuri dese, neglijare emoțională, pînă la prea lunga ședere în fața televizorului. Există și copii a căror inteligență este normală sau chiar crescută, care pot avea probleme pe alt teren. Așa este cazul dislexiei (tulburare în citire, vorbire). Prin consult psihologic specializat se poate determina cu acuratețe despre ce fel de tulburare este vorba, ce se poate face și care sînt perspectivele.

O inteligență insuficientă este în linii mari divizată în patru categorii. Limitele dintre aceste categorii sînt date de valoarea IQ-ului: de exemplu, debilitatea este caracterizată de un IQ sub 80. Această cifră poate fii obținută doar după o cercetare atentă. O importanță mare o are în practică nivelul de prestație al cuiva. Nimeni nu își face probleme din cifra IQ care i-a fost declarată, ci mai degrabă va suferi pentru că nu poate să socotească, deoarece acest lucru se va repercuta într-adevăr asupra existenței lui în societate.

Handicapat foarte sever (idioție)

Aici este cel mai sever grad de oligofrenie. Astfel de persoane nu sînt capabile nici chiar la o

vîrstă adultă să îndeplinească activități corespunzătoare unui copil sănătos în vîrstă de trei ani: să vorbească cîte ceva, să poată merge bine, să utilizeze toaleta peste zi, să se poată îmbrăca singur, să poată mînce singur. Handicapații foarte grav sînt deci dependenți de îngrijire.

Handicapat sever (imbecilitate)

Dezvoltarea handicapatului sever atinge nivelul vîrstei unui copil sănătos în vîrstă de șase, șapte ani. Vocabularul lui este limitat, vorbirea fiind suficientă pentru existența zilnică dăr la un nivel de copil. Învățarea scrisului sau cititului este imposibilă. Acești handicapați nu pot viețui independent dar ei sînt mai puțin dependenți decît cei cu un handicap foarte sever: ei pot să se îmbrace singuri, să mănînce singuri, etc.

Handicapat ușor (debilitate)

Acest nivel de handicap permite învățarea scrisului și cititului, dar la un nivel scăzut.

Slab dotat (retardat mintal)

Copiii slab dotați intelectual parcurg cu greutate primii ani de școală, rămînînd repetenți de cîte două, trei ori. Ei pot să se mențină în societate cu succes. Posibilitățile lor sînt limitate dar nu necesită nici un fel de ajutor.

Cu toate acestea psihiatria are nu arareori de a face cu aceste cazuri. Motivul este acela că la aceste persoane se pune în evidență nu numai o rămînere în urmă pe plan intelectual ci și o modificare a întregii personalități.

Dezvoltarea pe plan emoțional are o altă desfășurare decît la individul sănătos. Aceasta face ca persoana în cauză să fie mai vulnerabilă. Ea va fii mai puțin rezistentă la dezamăgiri și tensiunea pe care viața o aduce cu sine însăși. Nu arareori reacțiile la situații critice vor fii de natură primitivă, copilărească.

Insuficienta dezvoltare intelectuală se bazează pe anomalii survenite în timpul dezvoltării creierului, prin care acesta este împiedicat să se dezvolte. Acest lucru poate să aibă de a face cu factori genetici moșteniți, dar și cu factori dobîndiți care tulbură dezvoltarea normală a embrionului/fătului de-a lungul gravidității. Iată cîteva exemple: boli infecțioase (rubeola) sau intoxicații (medicamente, heroină, fumatul, consumul de alcool). În timpul unei nașteri laborioase, de exemplu datorită unui bazin osos prea strîmt, poate avea loc o traumatizare a encefalului nou născutului. De asemenea pe parcursul unei nașteri precipitate, se pot produce hemoragii cerebrale ale nou născutului, mai cu seamă dacă acesta este prematur. Creierul poate fii afectat și imediat după naștere de diverse boli infecțioase. Toate acestea pot genera tulburări în dezvoltarea intelectuală, care își vor face apariția mai tîrziu.

S-ar putea deci afirma ușor că o dotare intelectuală mai slabă s-ar datora unei moșteniri genetice. Există însă o șansă mare de a fii vorba de cu totul altceva. Cu cît handicapul intelectual este mai mare cu atît este mai mare probabilitatea că la bază se află o afectare organică a creierului. O anomalie cerebrală nu are numai consecințe asupra capacității de a învăța, dar constituie și cauza pentru care persoana respectivă reacționează confuz atunci cînd este suprasolicitată psihic. Acești oameni au un spirit mai puțin stabil, noi spunem că ei se "dezintegrează" mai ușor. Aceasta înseamnă că la tensiune nervoasă sau la eșec ei pot dezvolta o psihoză. O astfel de psihoză poate fii foarte intensă dar în cele mai multe dintre cazuri ea este de scurtă durată. Unele clinici folosesc pentru acest gen de psihoză termenul de "psihoză de debilitate". Sistemul de diagnoză DSM-III-R nu recunoaște acest termen. Atunci cînd dezvoltarea intelectuală și spirituală este tulburată de factori psihici în totalitate, ca de exemplu neglijarea emoțională extremă, este de acceptat că persoana respectivă este mai vulnerabilă decît media populației.

Viața persoanelor mai puțin dotate intelectual ar trebui să fie mai ușoară decît pentru restul populației. Din păcate, realitatea este cu totul alta. Prin faptul că ei dispun de posibilități restrînse li se oferă mai ales muncă dătătoare de puțină satisfacție și adesea foarte prost plătită. Pentru a putea trăi din puținii bani cîștigați este nevoie de istețime în mînuirea lor, atribut care de multe ori lipsește acestor persoane. Datorită personalității lor imature ei

cedează cu ușurință ofertelor ademenitoare din reclamele comerciale, nereușind să întrevadă pericolele ascunse cu șiretenie. Ei ar trebui să ducă o viață mai ușoară și să li se ofere protecție. Realitatea este că ei sînt expuși la frustrații și încordare mai mult decît restul populației.

Inteligența mai poate fii tulburată în afară de o frînare a dezvoltării ei și prin regresia facultăților intelectuale avute pînă la un moment dat. În acest caz vorbim de demență. Acest subiect va fii tratat în altă parte.

TULBURĂRI ALE MEMORIEI

Memoria dă posibilitate omului și animalelor să realizeze o reeditare a trecutului în prezent. Aceasta face ca experiența trecută să aibă influență asupra modului de abordare a unor situații noi ivite, putînd spune că am tras învățăminte din întîmplările precedente. Învățarea nu poate avea loc în lipsa memoriei fiindcă învățarea este combinarea datelor imprimate în memorie. Pentru a atinge maximum de eficiență în rezolvarea unei situații noi este însă nevoie și de inteligență. Inteligența și memoria sînt corelate formînd o unitate funcțională. Capacitatea memoriei noastre este enorm de mare dacă ne gîndim doar la actorii de teatru și la muzicieni. Noi ne putem aduce aminte nu numai de întîmplări mărunte și de evenimente importante dar și de circumstanțele în care acestea au avut loc, cît și de emoțiile trăite cu acele prilejuri: cu alte cuvinte, noi memorăm adevărate tablouri aflate în mișcare, etc.

Memoria ne poate însă și înșela. Amintirile devin de-a lungul timpului mai mult sau mai puțin modificate: știm de exemplu, cu mare precizie că așa este și nu altfel, dar mai tîrziu se pare, spre marea noastră surprindere că totuși a fost altfel. În general, noi exagerăm în mod inconștient, făcînd lucrurile memorate să pară a fii mai mari, mai frumoase sau mai convingătoare. Memoria se comportă uneori ca o sită. Se întîmplă cîteodată să facem eforturi de a ne aminti de ceva fără să reușim, avînd totuși convingerea că am știut cîndva despre ce era vorba. Cîteodată reușim să ne amintim de acel ceva, folosind alte căi sau ne vine în minte ceea ce căutam abia mai tîrziu cînd informația respectivă nu ne mai este necesară. Aceste aspecte nu reprezintă tulburări, ci caracteristici ale memoriei normale. Aceste caracteristici pot lua amploare însă în modificările patologice ale memoriei. Memoria este indispensabilă pentru funcția de orientare. Dacă nu ne putem aminti că am mai văzut înainte acest loc, atunci nu putem spune nici unde ne aflăm. De aici putem trage concluzia că o tulburare a memoriei va avea ca și consecință în mod inevitabil, dezorientarea. La început apare dezorientarea în timp, apoi pe măsură ce situația se agravează, se va instala dezorientarea în spațiu, urmată de cea legată de cunoașterea persoanelor apropiate. În cele din urmă dezorientarea ia astfel de proporții încît propria persoană devine necunoscută, vezi schema care urmează.

Dezorientarea în timp

Vorbim de dezorientare în timp, atunci cînd cineva va răspunde mai puțin bine decît se așteaptă în situația dată, la întrebări legate de timp. Se întîmplă uneori ca în primele zile de vacanță să nu ținem cont de timp, lucru care se schimbă desigur odată cu rîntarea într-o activitate regulată așa cum este serviciul. Zilele par a fii la fel în spital deci nu va trebui să ne pripim cu concluzia că cineva este dezorientat în timp dacă nu știe să spună în ce zi a săptămînii ne aflăm. Mai important este să aflăm de la pacient în ce parte a zilei ne aflăm, dimineața sau seara, de cîte zile se află în spital, dacă își mai amintește de vizita de ieri sau dacă s-a servit deja masa, etc. Aceste puncte de reper ne oferă posibilitatea de a da noțiuni abstracte de timp, structură.

- dezorientare în timp..... - (în ce zi ne aflăm?)
- dezorientare în spațiu..... - (nu recunoaște locul în care se află, rătăcește)
- dezorientare în persoane..... - (nu-și recunoaște familia)
- dezorientare în propria persoană..... - (cîți copii am??)

Dezorientarea poate apărea în diferite grade.
Timpul nu este în fond altceva decât o succesiune de întâmplări.

Dezorientarea în spațiu

Dezorientarea în spațiu este un simptom mult mai grav. Pentru a ne da seama dacă un pacient este dezorientat în spațiu îl vom întreba dacă știe unde se află, ce se află în spatele unei uși închise, la ce etaj ne aflăm, ș.a.m.d. Și mai important este să observăm dacă cineva cu toate că răspunde la toate întrebările puse, nu este în stare să-și regăsească patul. Chiar și în astfel de situații va trebui să luăm în considerare împrejurările specifice locului: de exemplu, faptul că un pacient se rătăcește într-un spital foarte mare a cărui coridoare par a fi adevărate labirinturi, nu va trebui să fie automat pus pe seama unei dezorientări în spațiu. A fi dezorientat în spațiu crează anxietate. Poate că s-ar putea face comparație cu panica unui copil care nu mai știe drumul spre casă.

Așa cum am observat înainte, funcționarea noastră psihică este un întreg. A trata separat tulburările survenite în diversele funcții psihice, este oarecum artificial. Aceasta poate fi aplicată și în acest caz. Dacă pacientul întrebat unde se află, nu va ști să răspundă (întrebarea aceasta i-o vom adresa doar dacă avem oarecare motive să credem că ar fi dezorientat), putem să-i oferim o posibilitate. Când ne aflăm în cabinetul de consultație, îl vom întreba de exemplu, dacă ne aflăm într-o școală cumva, sau în vreun birou sau într-un bazin de înot. Un pacient dezorientat va răspunde adesea numind una dintre posibilitățile oferite și care bineînțeles nu are nici o legătură cu peisajul din jurul său. În acest caz nu avem de a face doar cu o dezorientare în spațiu ci și cu un simț critic și de apreciere diminuat.

Faptul că cineva nu recunoaște persoane din mediul social frecventat de el, poate să nu fie întotdeauna patologic. Aceasta depinde în mare măsură de cât de bine am cunoscut persoana sau cât de des am întâlnit-o. Unii memorează înfățișarea cuiva mai ușor, alții mai greu. Cineva care însă nu-și recunoaște membrii familiei sale este grav afectat, excepție făcând situația în care conștiința respectivului nu este pe moment limpede. Dar acest caz nu constituie un fenomen alarmant, fiind trecător.

Dezorientare în propria persoană

Cel mai sever grad de dezorientare este dezorientarea legată de propria persoană. Aceasta nu mai cunoaște lucruri esențiale legate de existența ei. Ea nu mai știe de pildă, dacă este sau nu căsătorită, ce vîrstă are, etc.

Cauza tulburărilor de memorie este mai întotdeauna organică. Activitatea cerebrală răspunzătoare de memorie își are sediul în anumite părți ale creierului. Prin traumatizarea sau afectarea prin boală a creierului, apar foarte frecvent tulburări de memorie în grade diferite.

Caz

Doamnei în cauză îi plăcea să-și trăiască viața, iar alcoolul ocupa un loc nu tocmai modest în acest context. Faptul că ea avea nevoie de alcool întotdeauna, nu a fost băgat în seamă la început. Mai târziu însă, nu mai îndrăznea nimeni să-i spună că ea avea deja o problemă legată de consumul de alcool. Mult timp nu s-a petrecut nimic deosebit cu ea, pînă cînd a început să devină din ce în ce mai uitucă. Situația a devenit atît de serioasă încît ea nu mai putea rămîne de una singură acasă. În cele din urmă ea a fost internată în spital. Acolo se simțea de asemenea în largul ei deoarece nu avea nici cea mai mică idee unde se afla, pentru cît timp sau care sînt perspectivele.

Tulburările de memorie au urmări serioase. A duce o viață independentă fără a avea o memorie cît de cît bună, este practic imposibil. Memoria este alcătuită din mai multe funcții care sînt acordate unele față de celelalte. Aceste funcții pot prezenta în mod aparte tulburări. În practică se pare că odată cu tulburarea unei funcții nici celelalte nu mai funcționează optimal. Aceste funcții sînt următoarele: înregistrarea, păstrarea, aducerea aminte și recunoașterea.

Noi putem să fim uituci deoarece nu înregistrăm suficient de bine. Atunci când sîntem în criză de somn nu mai știm exact dacă am făcut ceva sau nu. Activitatea desfășurată a fost posibilă doar datorită memoriei dar ea nu a fost înregistrată în memoria noastră. În orice caz, nu în maniera prin care noi am fii fost în stare să ne-o amintim. Noi memorăm de fapt o mulțime de lucruri fără să ne dăm seama. Dacă trecînd pe lîngă un magazin necunoscut de noi, sîntem întrebați ce fel de magazin este acesta, șansa de a știi este mică, deoarece nu l-am privit cu atenție. Pe drumul de întoarcere însă, vom recunoaște cu siguranță etalajele din vitrină. Impresiile inaparente au avut probabil totuși o acțiune cu efect întîrziat asupra comportamentului nostru. Lumea reclamelor mizează adesea pe acest lucru.

Înmagazinarea și păstrarea de amintiri ar putea fii comparate cu administrația unei arhive. O serie de documente dispar definitiv dacă izbucnește un incendiu. Ele nu mai pot fii recuperate. La traumatismele cerebrale grave se produce o alterare a funcției de păstrare a amintirilor, aceasta constituind cauza principală a pierderii de memorie. În acest caz, vorbim despre defecte sau lacune în memorie. Este foarte greu de dovedit însă, dacă funcția de păstrare a fost cea alterată.

Importanță și mai mare o are desigur procesul de aducere aminte. Se spune adesea că persoanele demente în vîrstă au probleme din cauza unui defect de înregistrare. În ultima vreme se admite din ce în ce mai mult că aici ar fii vorba mai degrabă de o tulburare a reactualizării amintirilor. De asemenea se face deosebire între memoria de scurtă și de lungă durată (shortterm și longterm memory). Este cunoscut faptul că persoanelor în vîrstă a căror memorie devine mai slabă, este mai ușor a-și reaminti evenimente petrecute în tinerețe decît cele recente. Este interesant de remarcat că atunci cînd dorim să ne amintim un nume, ne vin în minte o mulțime de alte nume despre care însă putem spune cu siguranță că nu reprezintă numele căutat. Dacă cineva intervine însă și enunță numele respectiv, putem să îl recunoaștem cu ușurință. Se întîmplă totuși ca noi să ne înșelăm cîteodată.

Procesul de recunoaștere se pierde treptat în cadrul demenței. Dacă ajutăm pacientul prin a-i spune ceea ce el încearcă să-și amintească, el nu va reuși să recunoască informația primită, aceasta "nespunîndu-i nimic".

Confabulația

Acesta este un simptom care poate apărea în defectele grave de memorie. Pacientul nu își dă seama că nu cunoaște răspunsul la o întrebare, dînd totuși un răspuns pe care el îl consideră bun în acel moment. El inventează pe loc un răspuns pentru a se salva din încurcătură. Ceva mai fîrziu va uita cele spuse și va debita o cu totul altă variantă cu și mai mare convingere. Dacă încercăm să-l demascăm contrazicîndu-l, îl vom face să devină deosebit de anxios. Aceasta este și explicația faptului că un astfel de pacient devine deosebit de nervos atunci cînd confabulațiile lui sînt contrazise. De aceea se recomandă de a nu încerca acest lucru. Dacă situația ne obligă să ne spunem părerea, este de preferat să oferim o alternativă produsă de fantezia noastră.

Nu trebuie să ne imaginăm că memoria este ceva mecanic. Emoțiile pot influența memoria, făcînd ca unele lucruri să nu poată fii uitate niciodată sau din contră, să fie greu sau imposibil de reamintit. Freud a descoperit că noi putem uita lucruri fiindcă acestea nu sînt dorite, prin "rejecție". Cîteodată se întîmplă ca amintirile rejecțate să vină totuși la suprafață, cauzînd probleme. Acest lucru se consideră că poate fii prevenit, prin a redeștepta pacientului acele amintiri cauzatoare de anxietate. Pe acest principiu se bazează psihoanaliza. Mulți oameni sînt de părere că starea pacientului se va îmbunătăți dacă el va povesti altora despre amintirile care îl chinuie. Uneori se încearcă prin mijloace medicamentoase stimularea aducerii aminte. Se pleacă de la ideea că o amintire adusă la cunoștință, deranjează mai puțin decît o amintire care rămîne în subconștient. Acest lucru nu poate fii însă dovedit.

TULBURĂRI ALE DISPOZIȚIEI

Fiecare are o stare de spirit sau o dispoziție de fond, o anumită sensibilitate care îl caracterizează. Starea spirituală de fond depinde de predispoziția proprie dar și de receptivitatea la influențe din afară. Tulburările stării de spirit se produc atunci când dispoziția de fond este grav modificată, fără ca intervenția unor motive externe să facă acest lucru de înțeles.

Dispoziția maniacală

Această dispoziție se manifestă printr-o bună dispoziție exagerat de mare, excitabilitate și un comportament aferat, agitat. Pacientul se simte în general excepțional de bine. Tocmai de aceea, nu consideră absolut deloc necesar să fie tratat. Se întâmplă de asemenea ca starea lui de spirit să nu inspire atât de multă bunădispoziție ci mai ales, neliniștite, agitație. Pacientul maniacal dispune de o energie de nedomolit. Totul îi pare posibil, el vede lumea în roz. Acești oameni au impresia că pot face față unei lumi întregi și că pot realiza orice își propun. Uneori le reușește într-adevăr acest lucru dar cel mai adesea ei pierd simțul realității. Comportamentul lor devine haotic. Această situație aduce cu sine suprasolicitare și deci oboseală, atât celui în cauză cât și anturajului său. Pacientul maniacal nu poate fi temperat și el nu suportă să i se opună rezistență sau să i se impună limitări. Abordarea acestor persoane pretinde cu certitudine foarte mult tact.

Dispoziția depresivă

Starea de spirit depresivă este opusul stării maniacale. Pacientul este victima unei stări de melancolie pe care el însuși nu o poate explica. Uneori pacientul prezintă un delir depresiv, prin aceasta oferind un oarecare substrat și sens stării lui. Expresia "a pica în butoiul cu melancolie" primește o interpretare ilustrativă care ne sugerează ideea de captivitate. Pacientul se simte incapabil de a se elibera din starea de melancolie care îl stăpânește. Lipsa de speranță este o altă latură a depresiei. Din această cauză se remarcă la acești pacienți tendința la suicid.

Ceea ce descriem aici este un aspect al depresiei vitale (depresie la modul restrâns). Aceasta nu are mult de a face cu starea depresivă pe care aproape fiecare a resimțit-o măcar odată în viață, cu ocazia unei nereușite sau dezamăgiri. De aceea pot apare situații confuzive atunci când cineva este confruntat cu un pacient depresiv. Tendința este de a încerca înveselirea pacientului sau de a-i distra atenția, comparându-se boala lui cu o stare de depresie obișnuită. Rezultatul este însă total opus.

Dispoziția apatică lipsește pacientul de orice inițiativă. El este epuizat, negăsind puterea de a schimba ceva în starea lui. Totul pare să se scurgă pe lângă el. Pacientul nu are multe legături cu mediul social. Viața lui este lipsită de culoare, fără elan sau entuziasm. El dă impresia de apatie.

Starea de spirit încărcată pare să ducă în orice moment la o explozie. Pacientul este bănuitor și excitabil. Lucruri mărunte pot declanșa dintr-odată o izbucnire agresivă, care adesea poate genera acte de violență.

Starea de încordare spirituală este adeseori însoțită de o oarecare depresivitate. Pacientul este anxios, nesigur și parcă se află în așteptare. El are sentimentul că în orice moment se poate întâmpla ceva amenințător.

Dispoziția labilă

Aceasta este dominată de o mare nesiguranță. Starea lui de spirit este schimbătoare, prin care comportamentul lui devine de neprevăzut. Mediul extern are o mare influență asupra stării lui de spirit. Pacientul este lipsit de posibilitatea de a-și stăpâni propria dispoziție neputând menține distanță între el și cele ce se petrec în jurul lui. Starea de labilitate poate apare în faza de convalescență după boli somatice sau în faza premenstruală. Multe femei știu din proprie experiență că înainte de menstruație pot avea o stare care este altfel decât de obicei. Frica patologică trebuie privită de asemenea ca pe o tulburare a stării de spirit.

TULBURĂRI ÎN VIAȚA AFECTIVĂ

Prin viață afectivă nu trebuie să înțelegem dragoste și romantism. Nu despre aceste sentimente este vorba aici ci despre afecte. Vorbim despre afect atunci când o anumită împrejurare poate declanșa apariția unei emoții. Un afect poate apărea brusc și poate fii foarte intens dar în general de durată scurtă. Afectul este o reacție la o situație, de aceea el este legat de obiect, de persoană sau de situație. Există o relație între reacțiile afective. Tulburările vieții afective pot fii divizate în două grupe: una în care tulburarea atinge afectivitatea însăși și altă grupă, în care tulburările se manifestă în exteriorizarea sentimentelor. Afectele patologice sînt de nestăpînit, nelimitate, intense, de durată și rigide. Un pacient cu un tablou patologic extatic se va simți permanent într-o stare de beatitudine, nebăgînd în seamă nici o altă problemă. Acest extaz poate apărea la bolnavi psihotici, dar mai ales fiind cunoscut efectul extatic cauzat de folosirea de droguri: cocaină, amfetamină, opium, LSD, marihuana, hașiși, etc. Aceasta este una din cauzele pentru care dependența la aceste droguri se instalează foarte des. Mulți caută să retrăiască extazul dat de aceste droguri.

O altă formă de afect patologic este furia. Și în acest caz pacientul își pierde controlul de sine. Agresivitatea face ca relativizarea să devină imposibilă. Agresivitatea se poate exterioriza pe lîngă proferarea de injurii, cuvinte necuviincioase pînă la acte de violență. Acestea sînt deosebit de periculoase deoarece pacientului îi lipsește capacitatea de discernămint și nu are puterea de a-și înfrîna pornirile, acționînd cu "furie oarbă". Acesta nu este momentul cel mai potrivit de a se duce tratative cu el, ci la nevoie se va trece la acțiune.

În contrast cu acesta, pacientul apatic prezintă afecte foarte slabe. Totul pare să treacă pe lîngă el, fără să-i declanșeze vreo reacție. Pacientul apatic poate lua parte la cele ce se petrec în jurul său chiar dacă lasă impresia că nu ar băga nimic în seamă. Apatia o înțîlnim mai ales la pacienții schizofrenici precum și la bolnavii cu o spitalizare îndelungată. Dacă pacientul reacționează într-o măsură deosebit de redusă la mediu sau chiar deloc, vorbim despre hipestezie sau anhedonie.

O altă tulburare a vieții afective este labilitatea emoțională. Pacientul poate trece rapid de la o stare emoțională pozitivă la una negativă și vice versa, sub influența factorilor externi. Afectele nu pot fii stăpînite, pacientul simțindu-se manipulat de situații. Aceasta apare la bolnavi, persoane cu organismul foarte slăbit sau în faza de debut a demenței. Pacientul plînge sau reacționează impulsiv la cele mai neînsemnate lucruri sau frustrații. El își dă în general seama de exagerările lui, reproșînd acestea "sentimentalității" lui.

TULBURĂRI DE VOINȚĂ

A vrea înseamnă a năzui în mod conștient spre o anumită acțiune sau situație. Omul poate să hotărască singur ce consideră el ca demn de dorit sau demn de năzuit. Voința este un proces conștient de evaluare și cîntărire a impulsurilor și motivelor. Prin acest procedeu putem să îndreptăm impulsurile și motivele noastre spre un anumit scop. Fiecare are dorințe. Noi năzuim spre cît mai multă feicire și spre satisfacerea impulsurilor noastre. Cu toate acestea, facem cîteodată și lucruri pe care nu am vrea să le facem, simțînd ca un fel de obligație. Aceste tulburări ale activității vor fii tratate în următorul paragraf.

Voința este alcătuită din două fenomene, luarea unei decizii și influențarea. Luarea deciziei este la rîndul ei formată din două elemente: abilitatea de decizie și frînarea. O persoană cu abilitate crescută în luarea de decizii reacționează foarte rapid dar se expune riscului de a lua decizii pripite. O persoană prea cugetată însă, va lăsa să-i scape numeroase ocazii fără a putea profita de ele.

O tulburare a voinței este lipsa de decizie. Persoana respectivă se îndoiește în permanență, fiindu-i foarte greu să ia o decizie. Uneori se împlîcă ca ei să nu poată lua nici o decizie, rămînînd cu o dilemă. Propria voință este de fapt eliminată. Acest aspect poate fii văzut la depresii. Dispariția voinței apare și atunci când pacientul este pus să decidă singur asupra unui lucru. De exemplu, un pacient schizofrenic care sub influența halucinațiilor auditive sau a unei porniri interioare va întreprinde acțiuni pe care el nu dorește să le facă.

Acest lucru este valabil, bineînțeles la o altă scară, pentru oricine este ușor influențabil. Este o greșeală să credem că nu putem fii cu nimic influențați. Unele persoane pot influența și modifica complet modul de viață și trăirile unei alte persoane prin putere de convingere, exemple și comparații, făcându-o să ia alte decizii pe care înainte nu le-ar fi considerat nici măcar demne de luat în seamă. Cîteodată persoana nu este convinsă din toată inima și oscilează dar în cele din urmă pe neobservate ea își însușește complet convingerea celorlalți. Ea este ferm convinsă că neinfluențată de nimeni a ajuns la concluzia respectivă. Influențabilitatea este specifică omului. Cîteodată aceasta poate să ia astfel de forme încît să devină o tulburare, cum ar fi cazul delirului indus.

TULBURĂRI ALE ACTIVITĂȚII

Activitatea urmează în mod normal unei exprimări de voință, a cărei direcție este determinată de diferitele funcții psihice. Prin activitate individul este în stare să influențeze și să modifice mediul său înconjurător precum și poziția sa în acest context.

Caz

Un cadru sanitar în vîrstă de 23 de ani își îndeplinea munca cu foarte multă plăcere. El a fost un elev deosebit de studios și foarte punctual, mai ales pe vremea cînd făcea stagiul în spital. Manifesta de asemenea o conștiinciozitate crescută în legătură cu măsurile igienice. Spălarea mîinilor este un lucru necesar în munca sanitară, dar ceea ce sărea în ochi era că el își spăla mîinile mult prea des. După orice ce făcea, el își spăla mîinile, chiar și de șaizeci de ori pe zi, dacă era nevoie. Îngrijorător era faptul că spălutul mîinilor devenise pentru el mai important decît munca însăși. Fiind întrebat de ce face astfel, el răspundea că prin spălarea deasă a mîinilor previne infectarea lui.

Tulburările în activitate se pot subdiviza în două grupe: tulburări cantitative și tulburări calitative. La tulburările cantitative se modifică mai ales forța, rapiditatea și intensitatea cu care se execută o activitate. La tulburările calitative se modifică mai cu seamă forma de mișcare sau activitate.

Tulburările cantitative

Privite din acest punct de vedere, activitățile sau mișcările se desfășoară mai încet, mai slab sau din contră mai rapid și mai puternic, fiind vorba de o diminuare a activității motorii, respectiv de o accentuare a activității motorii.

- Încetinirea mișcării. Acesta este un prim exemplu de diminuare a activității motorii. Toate mișcările se produc cu încetineală. Este ca și cum o "forță contrară" nu permite desfășurarea normală a unei activități. Pacientul cu o astfel de tulburare se mișcă foarte lent și lipsit de spontaneitate. Din cauza încetinelii lui el nu poate ține pasul cu ceilalți, mișcările lui costînd foarte mult timp. Încetinirea mișcărilor apare în sindromul vital depresiv. Cele ce vor urma sînt de mare importanță: dispoziția depresivă predispozează pacientul la suicid. Pentru a trece la fapte însă, este nevoie de o putere de acțiune. Încetinirea mișcărilor funcționează aici ca un mecanism de siguranță, împiedicînd concretizarea tendinței la sinucidere. O mare atenție trebuie acordată pacientului care datorită medicației sau unei cure de șocuri electrice, nu mai prezintă încetinirea mișcărilor, aceasta dispărînd mai devreme decît apare îmbunătățirea dispoziției, făcînd să crească pericolul de sinucidere. Din această cauză pacientul tratat de depresie trebuie protejat cu grijă împotriva propriilor tendințe.
- Slăbirea mișcării. Pacientul se epuizează după efectuarea cîtorva mișcări. Mișcările sînt lipsite de putere, nesigure, neregulate și neterminate. Pacientul ar dori, dacă s-ar putea, să nu se mai miște deloc, ci doar să doarmă. Aici este vorba de asemenea de o oboseală fizică. Slăbirea în intensitate a mișcărilor se întîlnește la persoanele care suferă de sindrom hiperestetic emoțional care mai poartă numele de neurastenie. Acest sindrom îl mai putem întîlni în cadrul bolilor care duc la extenuare fizică, precum și pe timpul convalescenței unei boli care epuizează pacientul.

- Stupoare. Atunci cînd activitatea motorie este în așa măsură diminuată încît aproape că lipsește, vorbim despre stupoare. Pacientul aproape că nu se mai mișcă deloc. El stă ori lungit în pat ca un lemn, ori șade pe scaun ca împietrit. El este la cunoștință și lucrul care ne convinge că el trăiește, sînt ochii. Privirea pare să fie singurul mod de a comunica cu exteriorul. Pacientul nu vorbește. Atunci cînd pacientul nu vorbește deloc poartă numele de mutism. Acest simptom poate apare și separat de stupoare. Stupoarea poate fii înfîlinită în depresii, schizofrenie și histerie. Stupoarea histerică se poate produce la o persoană cu personalitate histerică în mod brusc, ca reacție la o înfîmplare. Comportamentul trebuie privit ca pe un refugiu față de o situație amenințătoare, comportament care nu este ales în mod conștient de către pacient. Acest fenomen ar putea fii comparat cu leșinul la vederea de sînge.
- Impulsul de a se mișca, sau dezinhibarea mișcării. Acesta este un exemplu de tulburare cantitativă de mișcare cu creșterea activității motorice. Activitățile nu sînt defectuoase ci doar efectuate mult mai repede. Mișcările sînt adesea mai intense decît este necesar. Pacientul nu cunoaște ce-i odihna: mișcările se succed una după alta rapid și continuu. Pacienții maniaciali prezintă des acest simptom. S-ar părea că astfel de pacienți sînt neobosiți, ceea ce nu este așa. Ei simt oboseala cumsecade dar impulsul de a se mișca este mai puternic. O astfel de situație poate genera epuizare. Pe lîngă dezinhibarea motorie poate să apară și pierderea de decor și dezinhibare sexuală. Aceste forme de dezinhibare se pot manifesta și în psihoza alcoolică sau în stările crepusculare.
- Agitația motorică. Aceasta este însoțită de o creștere a activității motorice. Aici este prezentă neliniștea, nerăbdarea în loc de impulsul de a se mișca. Pacientul cu agitație nu poate să-și găsească liniștea, ajungînd în final să devină foarte obosit. Cu toate acestea el continuă să se ocupe de diverse lucruri în același timp, într-o manieră lipsită de calm, astfel încît comportamentul lui poate deveni haotic. Agitația motorie este însoțită mai ales de tremurul mîinilor și al feței. Aceasta face ca mișcările să-și piardă precizia, devenind greoaie. O creștere explozivă a mișcărilor este denumită furtună motorică. Aici nu se poate vorbi despre activități care au un anumit scop. Această stare gravă este foarte rar înfîlinită. Inima și circulația sanghină sînt suprasolicitate. Acesta este doar unul din motivele pentru care acești bolnavi trebuiesc sedați.

Tulburările calitative

Tulburările calitative ale mișcărilor și activităților sînt reprezentate mai ales de modificarea naturii și formei mișcării. Aceasta apare în agresivitate, negativism, impulsivitate, activitate forțată și catatonie.

- Agresivitatea. În acest cadru nu este modificată forma ci natura mișcării sau acțiunii. În agresiune are loc o alterare a relației cu sine însuși pe de o parte și cu mediul, pe de altă parte. Cuvîntul agresiune derivă din latinescul *adgressus*, participiul verbului *adgredior*=a merge către ceva, cineva. Cuvîntul a primit pe parcurs înțelesul de a se îndrepta spre cineva, a ataca. În prezent este folosit ultimul sens al cuvîntului. Agresiunea se manifestă asupra cuiva sau ceva; ea poate fii verbală și/sau performată (a înjura și/sau a lovi). Agresiunea poate avea un scop precis sau poate fii nederijată. Agresivitatea apare foarte des la oameni, diferind mult de cea din regnul animal. Agresiunea animalelor are ca motive: apărare, păstrarea teritoriului, asigurarea perpetuării speciei. La oameni agresiunea poate avea afit scop defensiv cît și ofensiv (apărare și atac). În psihiatrie se înfîlnește foarte frecvent agresiunea. Cîteodată aceasta are un caracter patologic limpede dar uneori se poate situa la granița cu normalul. Agresiunea poate fii afit primitivă cît și datorită fricii. Un aspect caracteristic doar omului este faptul că el poate să își îndrepte propria agresiune asupra lui însuși: autoagresiune. Omul poate avea tendința să-și cauzeze singur răni sau durere (automutilare). Depresia este uneori privită ca pe o agresiune îndreptată spre propria persoană.

- Negativismul. Aceasta este o altă tulburare calitativă motorică. Se înfălesc două forme de negativism: una activă și alta pasivă. Pacientul cu negativism activ face totul invers de cum se așteaptă de la el. Acest aspect s-ar putea asemena comportamentului plin de încăpăținare al copilului de vîrsta grădiniței. Acesta face de asemenea exact invers decît i se cere, dar el este cel puțin stăpîn pe voința lui, lucru nevalabil pentru pacientul cu negativism. Negativismul pasiv se manifestă prin faptul că pacientul nu mai face parte activ din realitate. El nu mai reacționează la nimic, lăsînd să treacă toate peste el fără să opună vreo rezistență, ceea ce îl face să depindă de ajutor.
- Acțiunea impulsivă. Așa după cum sugerează și denumirea acestei tulburări, acțiunea care urmează a fii intrînsă este determinată de un impuls. Impulsivul se caracterizează prin faptul că la el nu se poate vorbi de o evaluare conștientă a faptei. Atît pacientul cît și cei din jurul lui, nu pot da nici o explicație comportamentului său impulsiv. Anxietatea poate duce la un act de agresiune pornit din impulsivitate. Impulsivitatea poate apare în cadrul maniei, la persoane cu tulburări de personalitate dar și în schizofrenie. În ultimul caz, impulsivitatea este doar aparentă deoarece pacientul acționează sub influența halucinațiilor operative. Tulburări specifice ale controlului asupra impulsurilor sînt de exemplu: practicarea jocului de noroc în mod patologic, cleptomania (a fura sub influența impulsului) și piromania (a cauza incendii).
- Activitățile forțate. Aceasta este o tulburare calitativă motorică ce se bucură de tot mai mult interes în ultima vreme. Pacientul efectuează activități sub presiunea unei forțe interioare care se opune intereselor lui. Activitățile forțate stau uneori în legătură cu o fobie. Fobia este o teamă manifestată față de o anumită situație (agorafobie = teama de spații mari, stradă, piață; claustrofobie = teama de spații mici, cum ar fii liftul) sau teamă față de anumite ființe (fobie față de animale, fobie socială). Fobiile duc adeseori la apariția de activități forțate, așa cum s-a putut vedea în cazul cadrului sanitar care își spăla mîinile extrem de des. Activitățile forțate se produc la pacienții cu neuroză compulsivă. Acești pacienți au deseori probleme din cauza îndoielii. Ei întîmpină greutăți la integrarea în ritmul vieții în societate unde punctualitatea joacă un rol esențial. Prin faptul că pacientul pierde prea mult timp cu executarea activităților forțate, el nu va fii niciodată punctual. Acest simptom poate apare în depresie și schizofrenie. Între activitatea forțată și activitatea sub influența impulsului există diferența că cea dintîi nu crează nici o plăcere: oprirea ei duce la panică atît de mare încît activitatea va trebui să fie reluată. Activitatea sub influența impulsului însă, oferă o reală plăcere.
- Catatonie. Ultima tulburare calitativă luată în discuție este catatonia. Aceasta este un simptom caracteristic pentru schizofrenie. Evident la catatonie sînt mișcările ciudate, rigide și comportamentul pare lipsit de sens sau nepotrivit cu situația; rigiditatea atitudinii se datorește uniformității și neschimbării ei. Catatonia este caracterizată de diferite fenomene. Anumite poziții și mișcări sînt reluate mereu în aceeași formă: reluarea la nesfîrșit a aceleiași mișcări, de exemplu, frecarea pielii cauzîndu-se bătăături sau pierderea părului în locul respectiv. Aceasta poartă numele de stereotipie. O schimbare de activitate stereotipă este de exemplu, trecerea continuă de la poziția șezînd la statul în picioare. Un alt fenomen catatonic este catalepsia prin care pacientul reușește să reziste mult timp să mențină o poziție care este ciudată și foarte oboșitoare. Dacă încercăm să mișcăm brațul pacientului, acesta va păstra poziția dată ("maleabilitate de ceară"). Un alt fenomen demn de menționat, care se produce arareori, este cel al "pernei imaginare". Pacientul stă culcat în pat ținîndu-și capul cîțiva centimetri deasupra pernei, poziție pe care un om sănătos nu ar putea să o mențină prea mult timp. Alt fenomen catatonic este grimasa feței. Pacientul face "strîmbături", fără a exprima ceva. Fenomenele ecou (a imita ca un ecou cele spuse sau făcute de altcineva), precum și fenomenul negativismului deja descris, sînt ultimele fenomene de catatonie pe care le amintim aici. Astfel de simptome sînt observate în prezent din ce în ce mai rar.

TULBURĂRI PSIHOMOTORICE

Prin psihomotor înțelegem toate mișcările mimice și pantomimice care dau expresie vieții afective. Mimica reprezintă mișcările de expresie ale feței, iar pantomima este reprezentată de mișcările care dau expresie corpului. Gesticulațiile și limbajul sînt de asemenea mișcări de expresie. Gesticulațiile se referă în special la mișcările brațelor și mîinilor. Mișcările de expresie lasă să se vadă ce se petrece în interiorul persoanei. Pantomimica este totalitatea mișcărilor și ținutei corpului prin care se exteriorizează psihicul.

Tulburările psihomotorice iau naștere datorită unor cauze neurologice și psihice. Dacă privim cu atenție pacienții care suferă de o afecțiune a aparatului muscular, cel care răspunde și de mișcările de expresie, vom putea aprecia importanța acestora. Persoanele cu paralizie a musculaturii feței (mai frecvent manifestată la o jumătate a feței) sînt mai greu de înțeles deoarece nu mai dispun de posibilitatea comunicării non-verbale. Același lucru este valabil pentru persoanele care au fost operate la față sau pentru pacienții cu ticuri sau tremurături ale feței. Cadrul medical va trebui să acorde mai multă atenție și timp observării expresiei acestor pacienți. Cei care suferă de boala Parkinson nu prezintă nici o expresie a feței, așa numita "față ca de mască". Aceasta nu înseamnă că ei nu au nici un sentiment ci fiindcă musculatura feței lor nu este activată. Pericolul este că anturajul va crede că acești pacienți sînt indiferenți sau sumbri.

Tulburări ale limbajului se manifestă în tempo-ul sau/și în tonul cu care se vorbește. Tempo-ul vorbirii poate fii prea lent (în depresie) sau prea rapid (în manie). Tulburări ale tonului vorbirii sînt tonuri care diferă mult de cele normale, cum ar fii: un ton prea ridicat, prea scăzut, foarte schimbător, monoton, prea vesel, prea trist. Și în aceste cazuri este prezentă o discrepanță între calitatea expresiei și starea de spirit reală, astfel că pacientul poate oferi o imagine falsă. În încheiere vom numi încă două aspecte ale tulburărilor de vorbire: bîlbîiala și erorile verbale. Bîlbîiala este cauzată de o tensiune crescută în musculatura aparatului fonator, avînd ca urmare o reluare de sunete sau părți de cuvinte. Pentru a ocoli anumite cuvinte se încearcă a se da o descriere a lor. Fenomenul acesta crează probleme într-un contact dar cauza lui în majoritatea cazurilor nu este de natură psihică, ci o imperfecțiune a instrumentului fonetic. Cauzele sînt de natură organică. Aceasta nu exclude o îmbunătățire a calității vorbirii prin intermediul antrenamentului. În eroarea verbală se utilizează cuvinte greșite sau modificate. Aceasta are loc atunci cînd vorbim prea repede sau dacă sîntem prea emoționați. Teoria psihoanalitică dă o cu totul altă explicație acestui fenomen și anume că aceste erori verbale s-ar datora conflictului dintre diverse dorințe, nevoi și tendințe, aflate în subconștient. În unele cazuri pare să fie admisă această explicație, așa numita "eroare verbală freudiană".

Rezumat

În capitolul acesta au fost discutate tulburările care pot apare în diferitele funcții psihice. Pentru a putea stabili dacă o modificare de funcție este patologică, va fii nevoie să cunoaștem funcționarea normală.

Funcționarea normală cuprinde conștiența, gîndirea, percepția, voința, etc. Plecînd de la aceste aspecte se poate constata în ce privință se abat de la normal. Atunci cînd ne uităm la tulburările patologice nu vom vedea în fața noastră un întreg tablou al bolii ci ne vom axa pe observarea și semnalarea funcționării anormale.

3. INTRODUCERE ÎN SISTEME DE DIAGNOZĂ

Sistemele de diagnosticare există încă din antichitate (Galenus ș.a.).

Din anul 1895 se remarcă un avînt în această direcție. Freud și Breuer își publicau pînă atunci studiile lor despre histerie. Clasificările au primit din acel moment o puternică nuanță, datorită viziunii psihoanalitice. O importanță actuală o are:

SISTEMUL DSM-III-R

Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, Third edition, Revised.

Manual de diagnostic și statistică al Asociației Americane de psihiatrie, ediția a 3-a, revizuită.

SINDROAMELE AXA I

A. tulburări care se manifestă în mod obișnuit pentru prima dată la vîrsta primei copilării sau în adolescență.

1. Tulburări de dezvoltare (atenție! acestea au mai întotdeauna urmări asupra axa II)
 - retardare mintală
 - tulburări de dezvoltare grave extinse
 - tulburări de dezvoltare specifice, cum ar fi:
 - abilitatea academică
 - limbaj și vorbire
 - abilitate motorică
 - restul
2. Tulburări de comportament
3. Tulburări de anxietate
4. Tulburări de alimentație
5. Tulburări ale identității sexuale
6. Ticuri
7. Tulburări de excreție
8. Restul de tulburări de vorbire
9. Restul de tulburări ale copilului și adolescentului

B. Tulburări psiho-organice

1. Demențele (pre-)senile
2. Tulburări psiho-organice ca urmare a consumului de stupefiante
3. Tulburări psiho-organice cauzate de boli somatice, afecțiuni etc. (atenție! Întotdeauna va fi deci vorba și de existența unei afecțiuni din axa III)

C. Tulburări cauzate de consumul de stupefiante

- dependență
- abuz

D. Schizofrenia

E. Delirul

F. Restul de tulburări psihotice, printre care:

- sindromul schizofreniform
- sindromul schizo-afectiv
- psihoză reactivă scurtă

- G. Tulburări de dispoziție**
 - 1. Bipolar
 - 2. Depresiv
- H. Tulburări de anxietate**
- I. Tulburări somatoforme**
- J. Tulburări disociative**
- K. Tulburări sexuale**
 - 1. Parafiliile
 - 2. Disfuncții
- L. Tulburări de somn**
- M. Tulburări simulate/imitate**
- N. Tulburări ale controlului asupra impulsurilor (impuls)**
- O. Tulburări de adaptabilitate**
- P. Factori psihici care influențează condiția fizică**

Axa III - Tulburări de personalitate

- A.
 - paranoidă
 - schizoidă
 - schizotimică
- B.
 - antisocială
 - borderline
 - teatrală
 - narcisistă
- C.
 - cu tendința la a evita
 - dependentă
 - obsesiv-compulsivă (forțată)
 - pasiv-agresivă
 - restul

Situațiile în care s-au aplicat codurile V, fără a avea corelație cu tulburarea psihică dar cu importanță în acordarea de atenție sporită în cadrul tratamentului și îndrumării.

Axa III - descrierea bolilor / stărilor fizice.

Axa IV - Gravitatea factorilor de stres psiho-sociali

- 0. nu se dispune de informații utile, sau: nici o schimbare a situației actuale
- 1. deloc sau minimal, de ex: vacanță cu familia, luarea unui împrumut de la bancă.
- 2. ușor, de ex: ceartă cu vecinii, schimbarea orarului de muncă.
- 3. mijlociu, de ex: un serviciu nou, decesul unui prieten, graviditate.
- 4. grav, de ex: boli grave, regres financiar mare, probleme relaționale mari
- 5. extrem, de ex: decesul partenerului, divorț.
- 6. catastrofal, de ex: lagăr de concentrare, catastrofă naturală.

Axa V - cel mai ridicat nivel de funcționare din ultima perioadă

- 90-81 simptome minimale sau absente; o bună funcționare pe toate liniile; interes și preocupare pe o scală largă de activități; efectiv din punct de vedere social și mulțumit cu viața, în general; doar probleme, griji, mărunte, zilnice.
- 80-71 dacă simptomele există, ele sînt pasagere și de așteptat ca reacție la factorii de stres psiho-sociali; doar o limitare ușoară a funcționării în cadrul relațiilor, la servicii sau la școală.
- 70-61 prezența cîtorva simptome sau oarecare greutate în funcționarea într-o relație, la servicii sau la școală dar cu o funcționare satisfăcătoare per global.
- 60-51 simptome de gravitate mijlocie sau dificultate medie în funcționarea în relații, la servicii sau la școală.
- 50-41 simptome grave sau o limitare gravă în funcționare în relații, la servicii sau la școală.
- 40-31 o limitare oarecare a verificării realității sau a comunicației sau, o limitare gravă în diferite domenii, cum ar fii la școală, servicii, relații de familie, pe planul judecării, gîndirii sau dispoziției afective.
- 30-21 comportamentul este influențat în mare măsură de deliruri sau halucinații, sau există o limitare gravă pe planul comunicației, judecării sau imposibilitatea de a funcționa în aproape toate domeniile.
- 20-11 oarecare pericol de a aduce prejudicii, pagube atît sieși cît și altora, sau din cînd în cînd a nu fii capabil de a-și întreține igiena proprie, sau o limitare gravă a comunicației.
- 10-01 pericol prezent în permanență de a produce prejudicii și pagube atît sieși cît și altora, sau pe o durată lungă de timp incapacitate de a-și menține igiena personală, sau acțiuni grave în scop de suicid cu o expectativă reală de deces.

Temă II

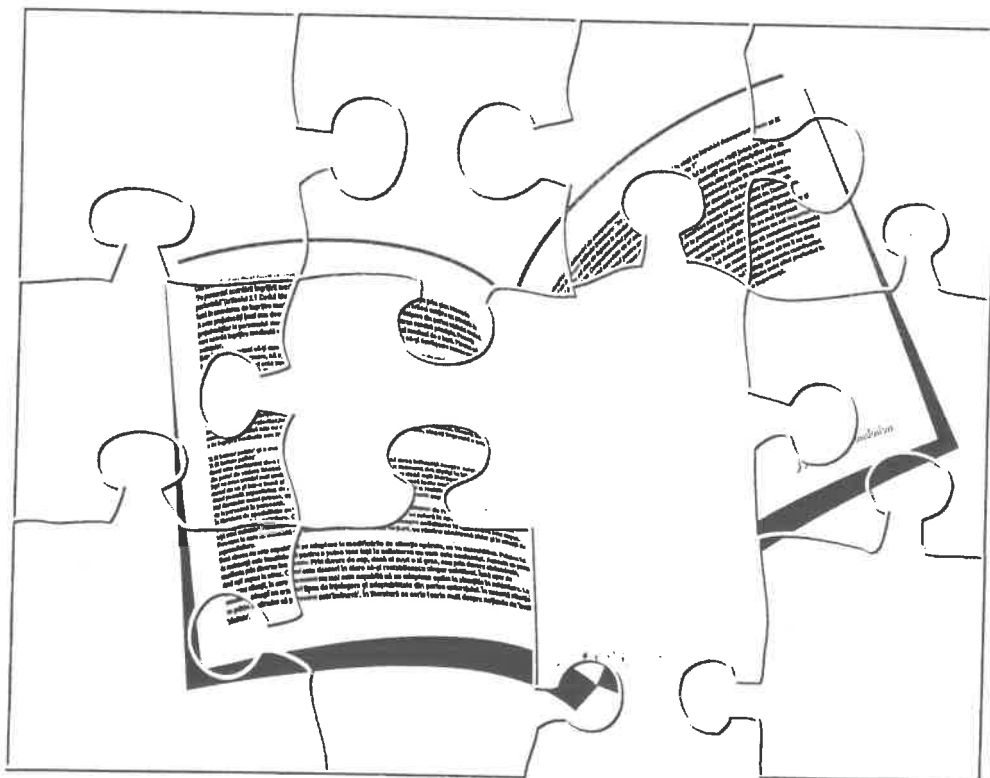
Să luăm cazul unui bărbat care era teribil de înjosit de către șeful său. Bărbatul respectiv devenea din această cauză din ce în ce mai agresiv. El își înfrîna însă pornirile, fiind conștient că dacă ar întreprinde ceva împotriva șefului său, ar putea fii dat afară din servicii. Șeful continua să îl umilească, ceea ce făcea să crească agresivitatea bărbatului în cauză. Agresivitatea crescută cauzează anxietate (de a fii descoperit și pedepsit) și sentimente de vinovăție.

Cu timpul el devine deosebit de prietenos față de șeful lui. El devine "dintr-odată" foarte înțelegător asupra modului de comportament al șefului, acesta fiind la urma urmei doar un om. În același timp se petrec schimbări ciudate în comportamentul bărbatului. El începe să aibă un tic nervos și să se simtă încordat. Zilnic îl chinuie o durere la stomac. El ridică tot timpul din umeri, ca și cum ar vrea să se debaraseze de o greutate care-i apasă umerii. De asemenea prezintă tulburări de concentrație.

1. Determină pe baza DSM-III-R, despre ce tablou psihiatric este vorba la acest bărbat. Folosește în special axele I și II. Dă explicație la aceasta.

Partea 6

Patologie Psihiatrică



CUPRINS

Obiectiv general	166
Activități didactice	167
Material de Studiu "Reader"	169
1. Tulburările de anxietate și comportamentul neurotic	171
2. Îngrijirea pacienților cu un comportament depresiv	175
3. Îngrijirea pacienților cu comportament maniacal	179
4. Îngrijirea pacienților cu comportament psihotic	183
5. Îngrijirea pacienților cu demență	187
6. Antrenament de orientare spre realitate (AOR) = (ROT = reality orientation training) și validarea	191
7. Îngrijirea pacienților psihiatrici cronici	199
8. Spitalizarea ca proces	203
9. Îngrijirea pacienților cu comportament dependent	207

OBIECTIV GENERAL

La sfârșitul acestui modul vei avea cunoștință despre o serie de afecțiuni psihiatrice și vei ști ce formă și conținut să dai îngrijirii.

ÎN ACEST SCOP VEI PUTEA:

1. să numești și să descrii cinci tulburări de anxietate.
2. să prezinți aspectele esențiale în cadrul îngrijirii pacienților cu tulburări de anxietate.
3. să explici noțiunea de tulburări neurotice.
4. să prezinți aspectele esențiale în îngrijirea tulburărilor neurotice.
5. să numești și să descrii patru forme de depresie.
6. să întocmești un plan de îngrijire pentru un pacient depresiv.
7. să descrii sindromul maniaco-depresiv.
8. să numești simptomele specifice caracteristice unei perioade de depresie.
9. să numești simptomele specifice caracteristice unei perioade maniacale.
10. să descrii imaginea globală a unei situații maniacale.
11. să întocmești un plan de îngrijire pentru un pacient suferind de manie.
12. să numești și să descrii cinci tulburări psihotice.
13. să întocmești un plan de îngrijire pentru un pacient psihotic.
14. să numești și să descrii două forme de demență.
15. să numești criteriile de diagnoză pentru demență.
16. să întocmești un plan de îngrijire pentru un pacient cu demență.
17. să explici noțiunile ROT și Terapie de validare.
18. să explici noțiunea de pacient psihiatric cronic.
19. să numești și să descrii cinci forme de schizofrenie.
20. să descrii 10 simptome posibile în schizofrenie.
21. să prezinți aspectele esențiale în îngrijire pacientului suferind de schizofrenie.
22. să dai definiția spitalizării.
23. să numești și să descrii zece cauze posibile de spitalizare.
24. să descrii procesul de spitalizare.
25. să explici noțiunea de comportament de dependență.
26. să întocmești un plan de îngrijire generic pentru un pacient cu comportament de dependență.
27. să întocmești un plan de îngrijire pentru un pacient manifestând dependență alcoolică.
28. să numești fenomenele de abținere la tabac, opiacee, amfetamine, barbiturice și alcool.

ACTIVITĂȚI DIDACTICE

A. Răspunde pentru tine la următoarele întrebări:

Cu ce trăsături specifice de boală ai de a face în munca pe care o desfășori?
Cu ce probleme ești confruntat în munca cu acești pacienți?
Ce aspecte specifice ai vrea să înveți, în ce direcție este îndreptată nevoia ta de
unoaștere?

B. Literatură de studiu.

Studiază articolul "Tulburările de anxietate și comportamentul neurotic" din index.
Notează eventualele întrebări și neclarități și expune-le în timpul lecției.

C. Literatură de studiu.

Studiază articolul "Îngrijirea pacienților cu un comportament depresiv" din index.
Notează eventualele întrebări și neclarități și expune-le în timpul lecției.

D. Temă.

Întocmește un plan de îngrijire pentru un pacient depresiv. Care sunt propriile tale
posibilități și limite în abordarea acestui grup de pacienți?

E. Literatură de studiu.

Studiază articolul "Îngrijirea pacienților cu un comportament maniacal" din index.
Notează eventualele întrebări și neclarități și expune-le în timpul lecției.

F. Temă.

Întocmește, în grupe mici, un plan de îngrijire pentru un pacient maniacal. Care sunt
propriile tale posibilități și limite în abordarea acestui grup de pacienți?

G. Literatură de studiu.

Studiază articolul "Îngrijirea pacienților cu un comportament psihotic" din index.
Notează eventualele întrebări și neclarități și expune-le în timpul lecției.

H. Temă.

Studiază două cazuri de pacienți psihotici din secția ta.
Întocmește un plan de îngrijire pentru fiecare pacient și prezintă-l în grup, discută-l
ulterior în secția ta.

I. Literatură de studiu.

Studiază articolul "Îngrijirea unui pacient dement și AOR/Terapie de validare" din index.
Notează eventualele întrebări și neclarități și expune-le în timpul lecției.

J. Temă.

Ce crezi că este greu în abordarea pacienților cu demență? Prelucrează această
problemă într-un plan de îngrijire și discută-l cu un coleg. În ce măsură crezi că există
posibilități în folosirea ROT și a Terapiei de validare?

K. Literatură de studiu.

Studiază articolele "Îngrijirea pacienților cronici și spitalizarea ca proces" din index.
Notează eventualele întrebări și neclarități și expune-le în timpul lecției.

L. Temă.

Describe o situație în care recunoști clar procesul de spitalizare, prelucrând aici cele citite.

M. Literatură de studiu.

Studiază articolul "Îngrijirea pacienților cu un comportament de dependență" din index. Notează eventualele întrebări și neclarități și expune-le în timpul lecției.

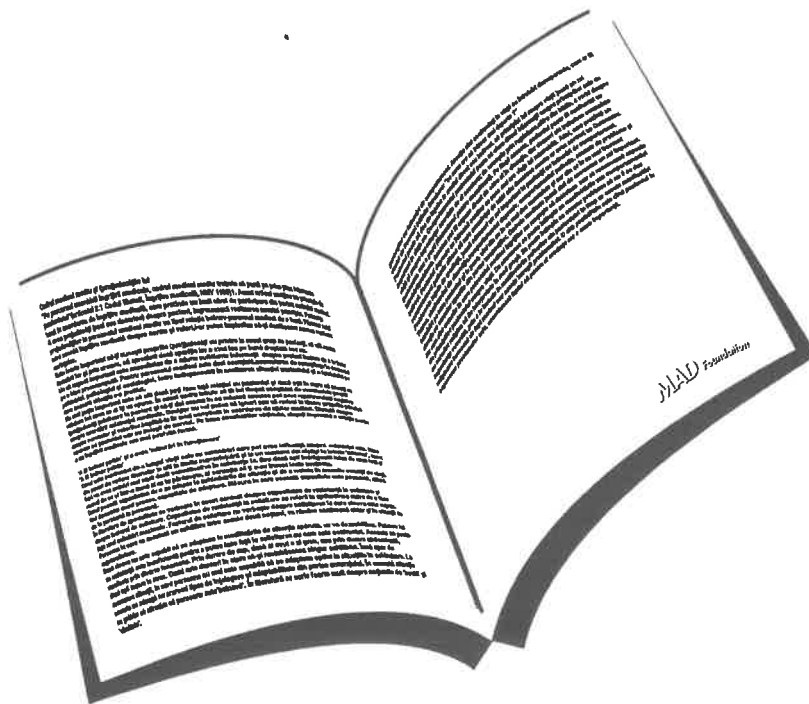
N. Temă.

Care este părerea ta despre pacienții alcoolici? Expune-ți părerea despre planul de îngrijire generic din index, folosind două coli de hârtie format A-4.

O. Verificarea cunoștințelor.

1. Numește și descrie cinci tulburări de anxietate.
2. Descrie punctele esențiale în îngrijirea tulburărilor de anxietate.
3. Explică noțiunea de deranjamente neurotice.
4. Descrie punctele esențiale în îngrijirea tulburărilor neurotice.
5. Numește și descrie cinci forme de depresie.
6. Descrie sindromul maniaco-depresiv.
7. Numește simptomele specifice în perioada depresivă și maniacală.
8. Descrie tabloul clinic caracteristic situației maniacale.
9. Numește și descrie cinci tulburări psihotice.
10. Numește și descrie două forme de demență.
11. Care sunt criteriile diagnostice pentru demență?
12. Descrie noțiunile de AOR și Terapie de Validare.
13. Explică noțiunea de pacient psihiatric cronic.
14. Numește și descrie cinci forme de schizofrenie.
15. Descrie zece simptome posibile în schizofrenie.
16. Indică aspectele esențiale din îngrijirea pacienților cu schizofrenie.
17. Explică noțiunea de spitalizare.
18. Numește și explică zece cauze posibile de spitalizare.
19. Descrie procesul de spitalizare la asistenții medicali.
20. Explică noțiunea de comportament de dependență.
21. Numește simptomele de abținere la tabac, opiacee, barbiturice, amfetamine și alcool.
22. Scrie un raport în care să redai propriile experiențe de studiu în legătură cu acest modul și cu ceea ce dorești și poți să faci în cadrul spitalului tău.

Material de Studiu "Reader"



1. TULBURĂRILE DE ANXIETATE ȘI COMPORTAMENTUL NEUROTIC

A. TULBURĂRILE DE ANXIETATE

Conform DSM-III în cazul tulburărilor de anxietate, frica este simptomul principal care apare ca o reacție la încercările respectivei persoane de a-și ține sub control acuzele. Se pot distinge următoarele tulburări de anxietate:

Panica patologică

Panica patologică se caracterizează prin accese repetate de panică, cu un debut imprevizibil, manifestat prin presimțiri intense de frică, teamă și sentimente de groază, asociate deseori cu sentimentul unei catastrofe care se apropie. Accesele durează rareori mai mult de câteva minute. Persoana nu se află într-o situație care în mod normal ar putea cauza frica. Se vorbește despre un acces de panică atunci când se constată patru sau mai multe din simptomele următoare.

- Probleme legate de respirație (dispnee) sau senzație de sufocare.
- Vertij, sentiment de nesiguranță sau chiar leșin.
- Palpitații, tahicardie.
- Frisoane sau tremurături.
- Transpirație.
- Sete de aer.
- Greață sau acuze gastrice.
- Depersonalizare sau pierderea simțului realității.
- Sensibilitate crescută sau scăzută.
- Senzație de căldură (asemănătoare bufeurilor) sau de frig.
- Durere toracică sau o senzație neplăcută în piept.
- Frică de moarte.
- Frica de a înnebuni sau de a face lucruri necontrolate.

Fobiile

Prin fobie se înțelege teama de ceva, un obiect, o ființă sau o situație, care în mod normal nu ar trebui să-ți inspire frică. Este frica generatoare de frică. Fobiile cunosc o mare varietate de aspecte, de exemplu: teama de locuri deschise, cum ar fi de exemplu piețele (agorafobie), teamă de a sta în spații reduse ca dimensiune (claustrofobie), teama de apă, de a călători cu avionul, teama de murdărie, etc.

Tulburările obsesiv-compulsive (Gândirea forțată și activitatea forțată)

Acestea se caracterizează prin repetarea obsesivă a ideilor sau imaginilor pe care pacientul nu le poate nega, și repetarea neconținută a impulsului de a efectua acțiuni aparent lipsite de scop. Cel implicat poate respinge o teamă extremă dînd curs acestor impulsuri. Încercările de a pune capăt acestor activități sau gândiri obsesive pot duce la reacție de panică.

Dacă activitatea forțată se execută după un anumit model sau anumite reguli, atunci este vorba despre un ritual forțat.

Deseori cei în cauză sunt conștienți de caracterul exagerat al acestui comportament. Oamenii care suferă de tulburări obsesiv-compulsive pierd mult timp cu acest lucru, ceea ce îi face să funcționeze mai puțin bine în viața privată sau la locul de muncă.

Tulburare prin stress post-traumatic

Atunci când cineva a avut de a face cu o experiență traumatică, și această experiență este mereu re trăită într-o anumită manieră, vorbim despre tulburare prin stress post-traumatic. Repetarea amintirilor, visurilor legate de o experiență traumatizantă din trecut, sau

redeșteptarea unei amintiri dureroase cu ocazia unei anumite activități sau prin vizionarea unui film în care există similitudini cu propria experiență, pot duce la reactualizarea sentimentului de frică trăit cândva.

Tulburare generalizată de anxietate (frica de tot ce există)

Tulburarea generalizată de anxietate este o tulburare difuză de anxietate în care cineva se teme continuu, într-o manieră "ireală" (pe o durată de minimum șase luni), de tot felul de lucruri, de care în mod normal nu trebuie să te temi. Acest lucru se manifestă de exemplu în îngrijorare exagerată, sentimente de frică, vigilență crescută și cercetătoare a mediului înconjurător.

B. TULBURĂRI NEUROTICE

Tulburările neurotice sunt deseori urmarea a cel puțin unuia din tulburările de dezvoltare care au avut loc în timpul copilăriei. În tulburările neurotice este vorba despre o anumită teamă pe care o are cineva și modul în care este abordată această frică. Aceasta se manifestă deseori în comportamente tipice, cum ar fi comportamentul de evitare a situațiilor pe care cineva le consideră anxioase, sau o poziție foarte dependentă. O persoană cu tulburări neurotice este în stare să evite teama și este în stare să fugă de probleme. Pacienții cu tulburări neurotice se simt deseori frânați și oboșiți din cauza consumului crescut de energie investit în evitarea fricii. Reedijk definește tulburările neurotice ca pe o dezechilibrare psihică cauzată de prezența în mod exagerat a sentimentului de anxietate în viața cuiva având ca urmare un consum crescut de energie pentru evitarea și înlăturarea fricii. Pe de altă parte anumite obstacole sau anumite temeri pot stimula oamenii la prestații. De fapt ai putea spune că aproape fiecare om este confruntat din când în când, cu probleme care generează sentimente de teamă, având mai mult sau mai puțin caracter neurotic.

Dacă aceste sentimente de frică rămân în anumite granițe, nu se întâmplă nimic și pot avea chiar un efect pozitiv, dar atunci când granițele sunt depășite este înțelept să iei măsuri.

TULBURĂRI DE ALIMENTAȚIE

Oamenii pot avea probleme de alimentație în diverse moduri. Ne vom limita aici doar la anorexia nervosa și bulimia nervosa.

Anorexia nervosa

În cazul anorexiei nervosa persoana în cauză are o frică bolnăvicioasă de a se îngrășa. Este caracterizată printr-o tulburare serioasă în conștientizarea propriului organism, preocuparea exagerată legată de alimentație și refuzarea mâncării.

Afecțiunea se întâlnește atât la băieți cât și la fete. Frecvența întâlnită la fete este aproape de nouă ori mai mare. Acești pacienți refuză să-și mențină aceeași greutate a corpului sau nu au capacitatea de a crește în greutate. Se vorbește despre anorexia nervosa în cazul în care greutatea corporală este cu cel puțin 15% mai mică decât ar trebui să fie, conform normelor statistice pe categorii de vârstă și înălțime.

Bulimia nervosa

Bulimia nervosa este dorința "bolnăvicioasă" de a mânca.

Această dorință se întâlnește mai ales la femei și începe în timpul adolescenței sau stadiul de început al maturității.

Boala constă din episoade repetate de apetit alimentar exagerat cu minimum două accese pe săptămână timp de o perioadă de trei luni.

ASPECTE ESENȚIALE ÎN ÎNGRIJIRE

Vom prezenta câteva puncte importante în îndrumarea pacienților cu tulburări de anxietate sau comportament neurotic.

ÎN LEGĂTURĂ CU DERANJAMENTELE DE ANXIETATE:

- Ai grijă să rămâi calm și să nu pari amenințător: frica poate fi transmisă ușor.
- Nu lăsa pacienți deosebit de anxioși, singuri: prezența ta poate da pacienților un sentiment de siguranță.
- Limitează-te la comunicația cea mai elementară: clar și concis, fără ocolișuri, cu cuvinte simple și mesaje scurte, deci fără povești lungi.
- Limitează pe cât posibil factorii excitanți din jur care ar putea amplifica teama.
- Dacă pacientului i se dau medicamente, administrează-le după prescripții și urmărește cum reacționează pacientul și în ce măsură observi efecte secundare.
- Încearcă să stabilești împreună cu pacientul cauza care îi provoacă teama și cum ar putea să o stăpânească într-o manieră pozitivă.
- Vorbește cu pacientul despre experiențele sale și stimulează-l să-și exprime emoțiile, crează pentru aceasta un mediu liniștit și confortabil și oferă-ți sprijinul la nevoie.

- Discută împreună cu pacientul despre momentul de apariție al fricii și cum poți opri temporar acest sentiment, de exemplu cu ajutorul exercițiilor de relaxare, efort corporal sau făcând acest sentiment discutabil din timp.

ÎN LEGĂTURĂ CU COMPORTAMENTUL NEUROTIC:

- Nu te considera răspunzător pentru comportamentul pacientului: el este singur răspunzător pentru faptele sale.
- Ia pacientul în serios.
- Dacă ai probleme cu anumite comportări ale pacientului, spune-i-o sub forma unui mesaj personal.
- Nu începe lupta despre cine are dreptate.
- Încearcă să câștigi încrederea pacientului.
- Ascultă-l și dacă nu ai timp în acel moment spune-i când ai timp și ai grijă să fi prezent atunci.
- Exprimă-ți clar dorința și posibilitățile: stimulează-l să participe la activitățile de grup pentru a preveni izolamentul.
- Fă aranjamente pentru o abordare unanimă pe care fiecare membru al echipei să o respecte.
- Observațiile atente trebuie să fie discutate regulat în discuțiile echipei multidisciplinare.
- Nu lăsa partenerul să-ți observe prejudecățile ci discută-le cu colegii: discută-ți și neputințele cu colegii.
- În cazul în care nu te împaci prea bine cu un pacient, cere unui coleg să preia îngrijirea acestui pacient: analizează împreună cu colegii comportamentul pacientului și vezi în ce măsură și în ce mod se poate realiza o schimbare a comportamentului.

2. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU UN COMPORTAMENT DEPRESIV

1. CLARIFICAREA NOȚIUNILOR

Fiecare are momente în viața sa când se simte deprimat și abătut. Este vorba despre o depresie doar atunci când o astfel de stare de spirit se menține mai mult timp și persoana nu mai este în stare de loc sau parțial să se îngrijească. Este deci vorba despre o dispoziție sumbră însoțită de diverse tulburări în activitatea de autoîngrijire.

PUTEM DISTINGE CONSECUTIV:

- depresie în sens mai restrâns cu sau fără trăsături psihotice sau vitale;
- Depresie ca un component al unei tulburări bipolare;
- ciclotimie;
- distimie.

a. Depresie în sens mai restrâns cu sau fără trăsături psihotice sau vitale.

În cazul unei depresii în sens restrâns este vorba despre o dispoziție disfonică (abătut, trist, fără speranțe, sumbru, iritabil) sau de pierderea interesului pentru aproape toate lucrurile care până atunci erau considerate obișnuite, cum ar fi diverse activități și forme de petrecere a timpului. Tulburarea de dispoziție este permanent și clar prezentă.

MAI POT FI DISTINSE URMĂTOARELE SIMPTOME:

- poftă de mâncare redusă și slăbire clară sau poftă de mâncare crescută și creșterea semnificativă a greutateii;
- insomnie ori somnolență;
- agitație sau inhibare psiho-motorică;
- pierderea interesului sau a plăcerii în efectuarea activităților obișnuite sau reducerea interesului sexual;
- pierderea energiei, oboseală;
- sentimente de lipsă a valorii, reproșuri și/sau sentimente de vinovăție;
- slăbirea concentrației, gândire înceată, nehotărâre;
- idei despre moarte, idei de sinucidere, dorința de a muri sau încercări de sinucidere.

Într-o depresie poate fi vorba despre caracteristici psihotice (depresia psihotică). În acest caz, pe lângă simptomele numite mai este vorba despre o atitudine deviată față de realitate. Acest lucru se poate manifesta prin viziuni, halucinații sau lipsa reacției la mediul înconjurător.

ÎN CAZUL UNEI DEPRESII CU TRĂSĂTURI VITALE ESTE VORBA DESPRE URMĂTOARELE SIMPTOME:

- pierderea plăcerii în toate sau aproape toate activitățile;
- incapacitate de a reacționa la impulsurile plăcute normale;
- dispoziție depresivă de tip special, adică dispoziția depresivă este cu totul alta decât acel sentiment pe care-l ai când moare cineva iubit;
- depresiunea se manifestă cel mai puternic dimineața;
- respectivul se trezește dimineața devreme (cel puțin două ore înainte de ora obișnuită);
- agitație sau inhibare motorică;
- pierdere clară în greutate;
- sentimente de vinovăție exagerate și inadecvate.

b. Depresia ca un component al unei tulburări bipolare.

Tulburările bipolare se caracterizează prin schimbări puternice de dispoziție, de la depresie adâncă la manie extremă dar cu păstrarea unei dispoziții normale între acestea.

În cazul unei tulburări bipolare este vorba despre un comportament depresiv și unul maniacoal. Acest comportament poate fi și combinat (cu schimbări permanente de dispoziție). Schimbarea de dispoziție poate avea loc și la câteva zile.

c. Ciclotimia:

Vorbim despre ciclotimie în cazul în care într-o perioadă de cel puțin doi ani se ivesc perioade caracterizate de anumite simptome atât de depresie cât și de manie, dar care nu sunt destul de serioase sau durabile pentru a satisface criteriile unei depresii în sens restrâns (vezi paragraful a) sau a maniei. Perioadele depresive sau maniacoale pot fi separate unele de altele de perioade de dispoziție normală care să dureze fiecare cel puțin câteva luni. Ele pot fi combinate sau se pot produce în mod alternativ .

d. Distimia:

Ne referim la distimie atunci când este vorba despre simptome de depresie de-a lungul unei perioade de cel puțin doi ani. Aceste simptome nu sunt însă destul de serioase și de durabile pentru a satisface criteriile depresiei în sens restrâns.

Perioade depresive

Simptome specifice:

- dispoziție abătută
- pierderea interesului și plăcerii în activități

Efecte secundare:

- insomnia și somnolența
- puțină energie
- sentiment de inferioritate
- prestații reduse

- slăbirea atenției și a concentrației
- izolare socială
- pierderea interesului sexual

- implicare redusă în activități plăcute

- sentiment de frânare
- mai puțin vorbăreț decât de obicei
- dispoziție pesimistă tendință la plâns sau accese de plâns

Perioade maniacoale

Simptome specifice:

- dispoziție iritabilă, expansivă

Simptome secundare:

- nevoie redusă de somn
- mai multă energie ca de obicei
- sentiment amplificat al propriei valori
- productivitate crescută asociată cu ore de muncă neobișnuite
- gândire ascuțită, neobișnuit de creativă
- căutare de contact fără limite
- hipersexualitate fără a se lua în considerație eventuale urmări dureroase
- participare exagerată în activități plăcute; lipsa atenției pentru urmări dezavantajoase
- neliniște corporală
- mai vorbăreț ca de obicei
- exagerat de optimist
- râs inadecvat, a face glume și jocuri de cuvinte

2. ASPECTELE UNUI PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU PACIENȚII CU UN COMPORTAMENT DEPRESIV

Conținutul unui plan de îngrijire pentru pacienții cu un comportament depresiv variază de la caz la caz. Este important de știut care este cauza unui anumit comportament pentru a organiza îngrijirea adecvată.

problema de îngrijire	scopurile îngrijirii	acțiunea de îngrijire
1. consumă pacientul suficient lichid și hrană sau deloc? ceea ce ar putea duce la pericolul de slăbire a organismului sau de pierdere în greutate	- pacientul trebuie să consume destul lichid și hrană, greutatea corpului este stabilă, prevenindu-se slăbirea corpului	- să se ofere pacientului cantități mici de mai multe ori pe zi - să servești pe cât posibil mesele împreună cu pacientul - să menții pe cât posibil echilibrul la mâncare și băutură - să inventarizezi dorințele pacientului - să se controleze săptămânal greutatea corpului - să se apeleze la nevoie la o dietistă - totul să se organizeze structurat într-un program zilnic structurat
2. pacientul este constipat	- pacientul are un model de defecare	- să întrebi pacientul despre urină, scaun - să menții o listă a defecării - să oferi pacientului destulă mișcare; să nu-l lași să stea toată ziua în pat; să se facă o plimbare zilnică (introdusă în planul zilnic structurat) - să se ofere un laxativ de comun acord cu o dietistă - să se ofere un laxativ de comun acord cu un medic
3. pacientul are o gură uscată și o senzație de sete	- pacientul bea suficient și-și clătește gura regulat, ceea ce face să nu mai aibă gura uscată și senzație de sete	- să se creeze condiții ca pacientul să poată să-și clătească gura și să bea (să se ofere cele necesare de băut, băuturi în frigider, să se ceară familiei să aducă băuturi suplimentare etc) - să se ofere pacientului în mod regulat de băut și să fie stimulat să bea.
4. pacientul nu este de loc sau aproape de loc în stare să se îngrijească igienic	- pacientul este în stare să se îngrijească igienic, adică să se spele (zilnic), să se îmbrace cu haine curate	- pacientul să fie stimulat zilnic să se spele/îmbrace - să se folosească timp suficient pentru aceasta, pentru că funcționarea globală este înceată și dă posibilitatea de a se lega un contact mai strâns cu pacientul; să se programeze timp suplimentar în programul zilnic structurat - dă-i posibilitatea pacientului să-și dea seama că poate să facă ceva - preîntâmpină tensiunile/ iritațiile oferind o structură clară (lasă-l să termine sistematic activitatea, ia-ți timp suficient, ține cont de posibilitățile pacientului în acel moment) - în caz extrem preia activitățile de îngrijire
5. pacientul are probleme cu somnul (adoarme greu, doarme agitat, se scoală devreme) pentru că stă mult în pat în timpul zilei sau este "prizonierul" propriilor stări depresive	- pacientul are un astfel de ritm de zi/noapte încât este vorba de un echilibru între activitate și odihnă	- nu-l lăsa pe pacient să stea mult în pat în timpul zilei; oferă-i activități; stimulează-l să se ridice din pat (inclusiv într-un program structurat de zi) - apelează eventual și la alte terapii/ îndrumare de activitate (terapie creativă, terapie de mișcare, terapie prin muzică etc.) - pacientul primește deseori somnifere; ai grijă ca să le ia, și observă și efectul, legat de acuze.

problema de îngrijire	scopurile îngrijirii	acțiunea de îngrijire
6. pacientul este agitat pentru că este "hărțuit" de gânduri și sentimente depresive	- pacientul se poate concentra asupra activităților sale și este în stare să-și manifeste sentimentele și ideile depresive	<ul style="list-style-type: none"> - să se îndrume pacientul în mod structurat în activitățile sale zilnice (acestea să fie incluse într-un program structurat de zi) - să se stabilească un contact cu pacientul prin întreprinderea activităților împreună cu pacientul; să se lege neforțat o discuție cu pacientul, doar dacă pacientul simte nevoia - apreciază care este efectul discuției despre idei/sentimente; dacă pacientul se "îngroapă" și mai mult prin aceasta în depresia lui, nu continua discuția ci stimulează pacientul în activități concrete
7. pacientul are idei de sinucidere spunând că vrea să-și ia viața. Nu este nevoie ca pacientul să exprime această intenție întotdeauna	<ul style="list-style-type: none"> - pacientul este în stare să exprime ideile/sentimentele suicidale - pacientul se află într-o asemenea situație încât nu ar putea face o încercare de sinucidere 	<ul style="list-style-type: none"> - să se facă ideile și sentimentele suicidale ale pacientului discutabile așa încât să se poată aprecia în ce măsură acestea joacă un rol - în cazul pericolului acut de sinucidere să se ia măsurile adecvate; îngrijire în secția închisă; să te informezi regulat despre starea pacientului - controlează dacă se iau medicamentele - să se consulte doctorul dacă se dau sedative; să se observe efectul acestora - să se discute sinuciderea cu pacientul; să nu existe nimic secret despre asta - dacă pacientul nu se exprimă despre sinucidere să se urmărească activitatea sa non-verbală, de exemplu tendința de a se izola - să se țină contact regulat cu pacientul, să nu fie evitat (vezi și 9) - dacă se iau anti-depresive să se țină pacientul sub observație pentru că atunci când activitatea pacientului se intensifică, dar dispoziția este încă sumbră pericolul de sinucidere este mare - vezi mai departe capitolul despre sinucidere
8. pacientul nu este în stare să lege sau să întrețină relații, pentru că nu se mai simte valoros și nu vrea să fie o povară pentru altul	- pacientul este în stare să lege și să întrețină relații și contacte cu alții și-și consideră contribuția ca fiind valoroasă	<ul style="list-style-type: none"> - preîntâmpină ca pacientul să se izoleze complet de activitatea (socială) de grup; lasă-l să participe la mese, orele de ceai/ cafea; implică eventual ceilalți pacienți în îngrijirea pacientului (să se includă aceste lucruri într-un program structurat de zi) - să se îndrume vizitele familiei; să se observe atât reacțiile pacientului cât și ale familiei - să se răspundă la întrebările familiei, dar să se stimuleze ca familia să rămână în contact cu pacientul - familia să fie implicată pe cât posibil la îngrijirea directă; să se facă aranjamente pentru asta - să nu se confirme sentimentele pacientului prin a-l evita; chiar prezența poate fi un semnal; recunoaște propriul sentiment de neputință dar nu-l lăsa să te atragă în sentimentele depresive ale pacientului sau la ruperea contactului; sprijiniți-vă și în cadrul echipei în acest caz

ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU COMPORTAMENT MANIACAL

1. EXPLICAREA NOȚIUNILOR

Comportamentul maniacal se poate manifesta prin forme severe și ușoare. Comportamentul influențează întreaga funcționare a pacientului.

Comportamentul maniacal poate să apară și independent dar și legat de comportamentul depresiv.

CARACTERISTICILE SITUAȚIEI MANIACALE:

- una sau mai multe perioade clare cu o dispoziție expansivă sau iritabilă. Această dispoziție este o trăsătură manifestată pe prim plan.
- durează cel puțin o săptămână. În acest timp se remarcă cel puțin trei din următoarele simptome:
 - activitate intensă (socială, profesională sau sexuală), sau neliniște corporală;
 - mai vorbăreț ca de obicei sau nevoia de a continua să vorbească;
 - fuga de idei sau experiența subiectivă că ideile hărțuiesc;
 - sentiment exagerat al propriei valori (eventual idei de marire sau visuri de mărire);
 - nevoie redusă de somn;
 - ușor de distras;
 - a se ocupa intens de activități care au o șansă mărită de consecințe dureroase care nu pot fi negate (de exemplu să cheltuiască prea mulți bani, indiscreții sexuale, investiții nechibzuite, conducerea imprudentă a mașinii)

2. ASPECTE ALE UNUI PLAN DE ÎNGRIJIRE ÎN FAVOAREA UNUI PACIENT CU COMPORTAMENT MANIACAL

Problema de îngrijire	Scopurile îngrijirii	Acțiunile de îngrijire
1. pacientul nu-și acordă timp suficient să bea și să mănânce și consumă puțină mâncare și lichid, ceea ce face să fie slăbit fizic	- pacientul va consuma hrană suficientă și variată și lichide, ceea ce face să nu fie epuizat fizic	- pacientul să fie implicat consecvent la mese și să bea ceai și cafea - să se ofere hrană și lichide de mai multe ori pe zi; aceasta și pentru a preveni iritația și agresiunea în caz de insistență să se noteze balanța hidrică și hrana ingerată. - la nevoie să se ceară sfatul unei dietiste în legătură cu o dietă consistentă - în cazul sensibilității exagerate la excitanți să se ia mesele împreună cu pacientul înafara grupului (în cazul îngrijirii separate)
2. pacientul bea și mănâncă continuu, nu se poate înfrâna, mănâncă din lada de gunoi etc.	- pacientul va mânca și va bea cantități normale și în mod normal.	- observare continuă a schemei de hrănire - să se mănânce și bea împreună cu pacientul - să se mănânce cu el într-un mediu lipsit de factori iritanți (separat) - să se prezinte porții adaptate - să stai lângă pacient atunci când se mănâncă în grup, pentru a preveni/frâna eventualele calamități (de exemplu consumarea mâncării celorlalți pacienți)

Problema de îngrijire	Scopurile îngrijirii	Acțiunile de îngrijire
3. pacientul nu-și acordă timp suficient pentru a se îngriji bine igienic și neglijează acest lucru	- pacientul se află într-o stare bună de îngrijire igienică	<ul style="list-style-type: none"> - pacientul trebuie îndrumat zilnic la spălat etc. într-un mediu lipsit de factori excitanți (un loc de spălat separat) - să se preia eventual grija (cere asistență la nevoie) - pacientul să fie stimulat de a lua parte activ la activitatea de îngrijire; să fie implicat atunci când este distras - să rămâi consecvent cu pacientul pentru a-l preveni să fugă și să se ocupe de alte lucruri - în cazul îngrijirii izolate să i se dea ocazia de a se duce regulat la WC - în cazul că transpiră excesiv să i se dea ocazia să se spele de mai multe ori
4. pacientul este haotic în ceea ce face și din cauza asta crează un mediu de trai haotic	<ul style="list-style-type: none"> - pacientul este în stare să aducă structură și regularitate din care cauză mediul său de trai nu mai este haotic - să i se acorde îngrijiri izolate în situațiile de neliniște extremă 	<ul style="list-style-type: none"> - să se ofere un program structurat de activități, conceput în mod răspunzător - pacientul să fie îndrumat direct în executarea unui program de activități - explică clar ceea ce faci - lasă-l pe pacient să participe treptat și dozat la activitatea în grup și observă efectul - să se ofere un program zilnic clar structurat și în cazul îngrijirii neizolate; observă efectul - administrează medicamente la nevoie - să se noteze mijloacele și măsurile luate
5. pacientul are un ritm de zi/ noapte tulburat; el doarme puțin sau de loc și-i deranjează pe ceilalți pacienți	- pacientul are un ritm de zi/ noapte normal și nu-i deranjează noaptea pe ceilalți pacienți	<ul style="list-style-type: none"> - pacientul să fie lăsat să doarmă separat; îngrijire izolată - preîntâmpină ca pacientul să se odihnească prea mult în timpul zilei, ținându-se cont de acest lucru în programul zilei - să se afle motivul neliniștii de pe timpul nopții, eventual să se discute cu pacientul pentru a afla temerile/tensiunile -a se administra eventual medicamente; să se observe efectul acestora
6. pacientul nu-și poate menține ideile; el reacționează la toate excitațiile și este haotic în contactele cu ceilalți	- pacientul se poate concentra la excitații și poate menține contactul cu ceilalți	<ul style="list-style-type: none"> - pacientul să fie îngrijit izolat într-un mediu lipsit de excitanți; - să nu accepți fuga ideilor sale în discuțiile cu el; - menține pacientul la subiectul discuției - corectează pacientul în realitatea vieții zilnice; - oferă-i activități concrete (programul de zi) - nu lua în discuție cu pacientul abordarea aleasă - eventual mustră-l pe pacient - observă comportamentul pacientului în grup; ia-l separat dacă se crează tensiune în relația cu ceilalți pacienți - observă cum decurge vizita; - îndrumă vizitatorul atunci când există tensiune - observă dispoziția; semnalează eventuala trecere spre comportament depresiv

Problema de îngrijire	Scopurile îngrijirii	Acțiunile de îngrijire
7. pacientul manifestă o pierdere de decor (umblă gol, înjură, comportament asocial etc.	- pacientul se află într-o asemenea situație încât relația lui față de mediu nu (mai) poate să fie afectată	<ul style="list-style-type: none"> - protejează pacientul vorbind despre comportamentul său, indică-i clar granițele - îndepărtează-l pe pacient din grup dacă nu poate fi corectat (îngrijire izolată) - caută să afli care este cauza comportamentului său; ce vrea să spună prin asta? (întreabă-l, observă ceea ce spune și face) - verifică reacția pacientului la acest comportament; - vorbește cu el dacă este posibil (de exemplu despre sentimente de rușine) - informează-i (la nevoie) pe ceilalți pacienți despre comportamentul pacientului; dă explicații
8. pacientul reacționează agresiv la cei din jur; el are sentimentul că este împiedecat de ceilalți	- pacientul nu reacționează agresiv la cei din jur, ci este în stare să-și facă tensiunea sa/ problemele sale discutabile	<ul style="list-style-type: none"> - observă situațiile în care pacientul este agresiv; - probabil că a doua oară se va putea ține cont de aceasta sau se va putea preveni preîntâmpinând escalarea comportamentului pacientului distrăgându-i atenția la timp - ia pacientul în serios; explică ceea ce faci; dă-i ocazia să reacționeze - fixează granițe clare; spune ce este tolerat și ce nu - poate că izolarea temporară este necesară dacă situația este amenințătoare pentru pacient și cei din jur; - observă bine efectul; - dacă izolarea duce numai la mai multă frică și tensiune, nu o continua - discută cu pacientul motivele agresivității sale; menține contactul cu pacientul - controlează-ți propria forță de susținere; la nevoie predă îndrumarea pacientului unui coleg - fă reguli clare despre vizită; dozează vizita și vezi de ce îndrumare are nevoie vizitatorul - îndrumă vizitatorul mai ales dacă există o șansă de escalare; oferă familiei informații despre abordarea aleasă și motivarea ei
9. pacientul întreprinde acțiuni cu urmări negative pentru existența sa și cea a familiei/relației sale (de exemplu tranzacții financiare)	- pacientul este în stare să întreprindă astfel de acțiuni	<ul style="list-style-type: none"> - observă comportamentul pacientului și vezi cu ce se ocupă - sondează-i gândurile și planul prin discuție - discută cu el consecințele unor astfel de acțiuni - preîntâmpină ca el să întreprindă astfel de acțiuni (nu numai în secție; stabilește reguli despre telefon) - stabilește reguli cu familia despre administrarea banilor etc. - să se ia eventual măsuri juridice (punerea în custodie)

Problema de îngrijire	Scopurile îngrijirii	Acțiunile de îngrijire
10. pacientul nu poate să discute problemele (din trecut) într-o manieră reală	-pacientul își poate discuta problemele într-o manieră reală și contribuie la căutarea unei soluții pentru aceste probleme	<ul style="list-style-type: none"> - leagă și întreține o relație jovială cu pacientul în timpul îngrijirii intensive - dă-i pacientului posibilitatea de a-și exterioriza ideile/sentimentele; dozează acest lucru după starea în care se află - caută contact; nu-l evita din cauza comportamentului său neclar/bizar - semnalează ideile și sentimentele pe care le exprimă pacientul; raportează-le pe măsură ce pacientul capătă mai mult simț al realității, inventarizează împreună cu el problemele din trecut și implică pacientul direct în alegerea unui tratament ulterior
11. pacientul este/se manifestă suicidal	- pacientul nu face încercări de sinucidere și este în stare să vorbească despre ideile și gândurile sale suicidale	<ul style="list-style-type: none"> - vezi prelucrarea planului de îngrijire din capitolul 2 al acestui modul - observare suplimentară a pacientului în faza de trecere de la comportamentul maniacal la cel depresiv și invers; dacă dispoziția este depresivă și pacientul este activ, atunci pericolul de sinucidere este mare - observă folosirea medicamentelor și efectul acestora

4. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU COMPORTAMENT PSIHOTIC

Explicarea noțiunilor

Există următoarele tulburări psihotice:

A. Schizofrenia

Vezi pentru explicații capitolul schizofrenie

B. Tulburarea schizofreniformă

Tulburarea schizofreniformă are aceleași simptome ca și schizofrenia. Dar aceasta durează mai mult de două săptămâni și mai puțin de șase luni.

C. Psihoza reactivă de scurtă durată

Simptomele psihotice apar imediat după acționarea unui factor de tensiune psiho-socială care se poate recunoaște și care ar provoca aproape oricui semnale clare de urgență.

TABLOUL CLINIC SE CARACTERIZEAZĂ PRIN NELINIȘTE EMOȚIONALĂ ȘI CEL PUȚIN UNUL DIN URMĂTOARELE SIMPTOME PSIHOTICE:

- incoerență sau slăbirea asociației;
- halucinații;
- delir;
- comportament puternic haotic sau fenomene catatonice.

Simptomele psihotice durează mai mult de o oră, dar mai puțin de două săptămâni și există o reîntoarcere în final la nivelul dinainte de boală. Psihoza se manifestă deseori acut. Nu pot fi observate simptome prodromale clare în cadrul debutului bolii.

D. Tulburarea paranoidă

Tulburarea paranoidă se caracterizează printr-un delir sistematizat care durează cel puțin o lună. Nu apar halucinații clare. Cu excepția delirului, nu se poate evidenția un comportament bizar.

SE POT DISTINGE URMĂTOARELE TULBURĂRI:

- delirul de persecuție: pacientul crede că cei din jur vor să-i facă rău;
- delirul de gelozie: pacientul crede că partenerul sexual este infidel;
- delirul implicării erotice: pacientul crede că o persoană importantă este îndrăgostită de el;
- delirul somatic: pacientul crede că suferă de o boală fizică sau că nu arată normal;
- delirul grandorii: pacientul își atribuie o valoare, putere, cunoștințe exagerate, o identitate specială sau o relație specială cu o zeitate sau o persoană renumită.

E. Tulburarea schizo-afectivă

Vorbim despre o tulburare schizo-afectivă atunci când nu se poate stabili un diagnostic clar și există dubii între trăsăturile unei tulburări afective (depresie, manie) și a unei tulburări schizofreniforme sau schizofrenie.

Aspectele unui plan de îngrijire pentru pacienții cu comportament psihotic

Problema de îngrijire	Scopurile îngrijirii	Acțiunile de îngrijire
1. pacientul bea și /sau mănâncă puțin sau de loc ca urmare a trăirii psihotice	- pacientul bea și mănâncă suficient	- a se observa/întreba motivele pentru care nu bea/mănâncă - să se implice pacientul la alcătuirea meniului - a se oferi în mod regulat mâncare și băutură - să nu se insiste cu mănucarea dacă pacientul este suspicios - la nevoie să se mănânce cu pacientul separat în caz de surexcitare
2. pacientul are gura uscată și senzație de sete ca urmare a medicației psihotrope, a epuizării și a aerului prea uscat.	- pacientul nu are gura uscată sau senzație de sete	- să se controleze care este cauza senzației de sete; legat de aceasta: * observare continuă dacă se ivesc eventuale efecte secundare ale medicației psihotrope * pacientul să fie stimulat să-și clătească gura și să consume mai multe lichide; * la nevoie să se ofere pacien- tului mai multe lichide; * să se informeze doctorul despre eventualele efecte secundare ale medicației psihotrope observate la pacient * să se facă plimbări cu pacientul
3. pacientul prezintă constipație sau o cantitate redusă de fecale	- pacientul are un ritm de defecare normal	- să se afle cauza problemei prin observare sau printr-o discuție cu pacientul - să se ofere hrană variată - să nu se insiste prea mult dacă prin aceasta se crează o stare de tensiune - pacientul să fie stimulat să facă mai multă mișcare (sport,plimbări etc.) - să se consulte eventual doctorul
4. pacientul nu își acordă suficient de bine îngrijirile igienice sau de loc	- pacientul se îngrijește d.p.v. igienic bine	- să se îndrume pacientul în îngrijirea zilnică a corpului - oferă-i timp suficient, nu-l goni - lasă pacientul să facă pe cât posibil totul singur - implică pacientul direct la realitatea activității - semnalează din timp tensiunile; dozează numărul acțiunilor ce trebuiesc îndeplinite - poate este nevoie să se dea atenție îngrijirii de mai multe ori pe zi
5. pacientul are frisoane iar tonusul muscular este crescut dând impresia de rigiditate în mișcări, ca urmare a medicației psihotrope	- pacientul nu manifestă nici un efect secundar în atitudine și mișcări	- pacientul să fie informat despre eventualele efecte secundare ale medicației psihotrope - să se observe efectele secundare ale folosirii medicației psihotrope, urmărindu-se atitudinea și mișcarea pacientului - să se raporteze doctorului; să se caute posibilitățile prin care efectele secundare ale medicamentelor psihotrope pot fi înlăturate; - să se ofere eventual medicamente împotriva efectelor secundare și să se observe efectele - să se propună eventual modificarea terapiei medicamentoase (altă dozare, alte medicamente)

Problema de îngrijire	Scopurile îngrijirii	Acțiunile de îngrijire
6. pacientul este hiperactiv și manifestă un comportament haotic ca urmare a fricii și a neliniștii interne. El nu este în stare să se frâneze sau manifestă tendința de izolare	- pacientul nu este temător sau neliniștit și este în stare să întreprindă activități într-un mod ordonat, cu un ritm de zi/noapte bun	<ul style="list-style-type: none"> - să se ofere îngrijirea într-o secție cu pacienți puțini; - să se înceapă eventual îngrijirea într-o cameră de izolare - îndrumarea să fie făcută de o singură persoană - să se întocmească un program structurat de zi, în concordanță cu posibilitățile pacientului; acest program trebuie orientat spre activități legate de viața reală - să se implice eventual un îndrumător de activități - să se îndrume administrarea medicației psihotrope și să se observe efectele acesteia; - preîntâmpină ca pacientul să meargă la culcare neliniștit - în caz de neliniște pe timpul nopții, încearcă să afli cauza; nu evita o discuție - se cere o evaluare permanentă a activității asistentului și efectul acesteia asupra pacientului - consultă doctorul în legătură cu efectele terapiei și eventuala adaptare a acesteia
7. pacientul nu este în stare să lege o relație în mod real, cauza constând dintr-o comunicație defectuoasă ca urmare a tulburărilor de percepție și gândire (delir și halucinații)	- pacientul este în măsură să comunice cu cei din jur așa încât este în stare să lege o relație cu ceilalți	<ul style="list-style-type: none"> - caută contact cu pacientul și nu-l evita - caută puncte de legătură pentru o discuție în probleme concrete - nu-i spune pacientului cum trebuie să se simtă sau să gândească - să rămâi corect în această relație - nu continua să vorbești cu pacientul până devine confuz; - caută să-i distragi atenția - nu încerca să-l convingi că ai dreptate sau că el nu are dreptate
8. pacientul cauzează în timpul vizitei tensiuni și sentimentul că nu este înțeles; familia nu știe prea bine cum să se comporte în astfel de situații;	- pacientul este în stare să concretizeze contactele cu familia și rudele într-o manieră degajată	<ul style="list-style-type: none"> - să fi mereu conștient de efectul contactelor cu pacientul pentru tine însuși; - ai grijă de propriile tale granițe; - primește vizitatorii într-un loc liniștit - îndrumă comunicația dintre pacient și familie - observă vizita - îndrumă familia
9. pacientul se manifestă agresiv pentru că se simte amenințat și/sau anxios	- pacientul este în așa măsură în stare să-și stăpânească sentimentele de agresiune încât nu va fi vorba despre amenințarea fizică a altora	<ul style="list-style-type: none"> - să se afle cauza agresiunii; - să nu se evite contactul cu pacientul pe motivul că este agresiv - să se spună clar pacientului care sunt granițele - să se acționeze clar și sever în caz de violență fizică; - pacientul să nu fie abordat singur - să fie separat la nevoie - să se observe serios comportamentul pacientului; să se recunoască la timp ivirea intențiilor lor de agresiune; să se prevină escalarea

5. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU DEMENTĂ

Explicarea noțiunilor

Se poate face distincție între:

- a. tulburări psiho-organice care se ivesc sub formă de demență la vârsta bătrâneții sau la o vârstă anterioară ei;
- b. sindromuri psiho-organice care sunt legate de diverse afecțiuni somatice.

Referitor la a.

Se pot distinge următoarele forme de demență

Demență degenerativă primară:

Acesta este un deranjament psiho-organic cronic cu un debut insidios și o evoluție progresivă treptată. Caracteristicile principale sunt: pierderea funcțiilor intelectuale, cum ar fi memoria, capacitatea de judecată, gândirea abstractă, funcțiile corticale superioare și schimbări în personalitate și comportament.

ACESTE DEMENTE SE POT CLASIFICA DUPĂ VÂRSTĂ:

- cu debut înaintea vârstei bătrâneții: simptomele acestei boli apar înaintea vârstei de 65 de ani (boala lui Pick și Alzheimer)
- cu debut la bătrânețe: simptomele apar după vârsta de 65 de ani.

Demența ca urmare a unor infarcte cerebrale multiple:

Aceasta este o afecțiune psiho-organică cronică cu o evoluție progresivă. Spre deosebire de evoluția uniformă a demenței degenerative primare, evoluția demenței cauzate de infarcte cerebrale multiple este schimbătoare și neregulată.

Simptomele care se pot observa diferă ca natură de la un pacient la altul. Acest lucru depinde de zona în care creierul este afectat. Anumite funcții cognitive pot dispărea devreme în timp ce altele pot rămâne intacte timp destul de îndelungat. Se observă deseori tulburări de memorie, în gândirea abstractă, capacitatea de judecată, controlul impulsurilor și a personalității.

Simptomele neurologice care ar putea apărea sunt: slăbirea mușchilor membrelor, reflexe asimetrice. Reflexul Babinski, disartrie și mersul cu pași mici. Se mai pot constata semne de delir, halucinație și depresie. Tulburarea este legată de afecțiuni vasculare, hipertensiune, hipoxie cerebrală, hipoglicemie și embolii cerebrale.

Referitor la b.

Sindromuri psiho-organice care se leagă de diverse afecțiuni somatice.

În acest caz se observă schimbări cognitive, de comportament și de personalitate, cauzate de o afecțiune somatică primară. Faptul că sindromul devine cronic depinde de evoluția afecțiunii și de stadiul în care s-a început tratamentul bolii. Aici ne putem gândi la următoarele boli: chorea Huntington, boala lui Parkinson, scleroza multiplă, epilepsia, leziuni cerebrale, SIDA, afecțiuni hepatice, afectarea funcției tiroidiene.

CRITERIILE DIAGNOSTICE PENTRU DEMENTĂ:

- pierderea capacității de înțelegere într-o așa măsură încât aceasta să ducă la o dereglare în funcționarea socială sau profesională;
- tulburări de memorie;

CEL PUȚIN UNUL DIN URMĂTOARELE SIMPTOME TREBUIE SĂ FIE PREZENTE:

- tulburare a gândirii abstracte, care reiese de exemplu din interpretarea la propriu a proverbelor, dificultăți în a descrie înțelesul cuvintelor sau a noțiunilor;
- tulburări de judecată și critică;
- alte tulburări ale funcțiilor corticale superioare cum ar fi afazia (tulburare de vorbire), apraxia (neputința de a executa activități motorice), apraxia constructivă (neputința de a desena după model figuri tridimensionale); agozia (neputința de a interpreta excitații senzoriale);
- modificări de personalitate (reducerea sau accentuarea "trăsăturilor" personale dinainte de boală.

Aspecte ale planului de îngrijire în folosul pacienților cu demență.

Problema de îngrijire	Scopurile îngrijirii	Acțiunile de îngrijire
1. modelul de hrănire al pacientului este tulburat	- pacientul consumă suficientă hrană și lichide	<p>în funcție de cauză:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacientul să fie ajutat să bea și să mănânce dacă el nu (mai) poate - în cazul că uită, să se indice pacientului orele de masă/ ceai sau cafea - să se însoțească pacientul la sala de mese/sufragerie - să se consulte un doctor în cazul când problema alimentației este rezultatul efectului secundar al medicamentelor - să se adapteze hrana de comun acord cu o dietistă (dietă, frecvența meselor)
2. pacientul este incontinent pentru urină și/sau fecale	- pacientul nu este incontinent pentru urină și fecale	<p>în funcție de cauză:</p> <ul style="list-style-type: none"> - să se consulte un doctor pentru a se stabili cauza fizică; să se administreze eventual medicamente - în legătură cu tulburările de memorie și dezorientare, trebuie să se atragă atenția pacientului să meargă la WC - pacientul să fie însoțit eventual la WC și să se ofere sprijinul necesar la îngrijire - să se folosească la nevoie mijloace de ajutorare (WC adaptat, scutece)
3. pacientul nu mai este în stare să se îngrijească pe sine de loc sau parțial	- pacientul este în stare (eventual cu îndrumare continuă) să se îngrijească total sau parțial	<ul style="list-style-type: none"> - să se îndrume pacientul în îngrijirea sa zilnică - pacientul să fie stimulat să se îngrijească - ține cont de obiceiurile pacientului (să facă duș sau nu) - observă reacțiile pacientului; încearcă să afli motivul sau cauza care se află la baza (in)activității unui pacient.
4. pacientul are un ritm de zi/noapte deranjat, deoarece noaptea este agitat, neputând să doarmă din cauza fricii și a confuziei	- pacientul este liniștit noaptea putând să doarmă suficient	<ul style="list-style-type: none"> - oferă pacientului ziua destule activități (după posibilitățile sale) - întreabă motivele neliniștii și încearcă să calmezi pacientul printr-o discuție - rămâi lângă pacient când este în pat; prezența ta îl poate calma - consultă doctorul pentru eventuala administrare de medicamente (sedative sau somnifere); explică pacientului clar despre acțiunea medicamentelor

Problema de îngrijire	Scopurile îngrijirii	Acțiunile de îngrijire
5. pacientul nu este în stare să își asigure de unul singur un regim suficient de mișcare fizică și folosire utilă a timpului	- pacientul întreprinde activități și de aceea face suficientă mișcare fizică și folosește timpul util	<ul style="list-style-type: none"> - pacientul trebuie stimulat să facă mișcare să se ofere activități: gimnastică pentru bătrâni, plimbări, implicare în gospodărie etc.) - să se indice pacientului mereu posibilitățile de mișcare, având în vedere faptul că uită și este dezorientat - să se întreprindă la nevoie activități împreună cu pacientul - să se implice un îndrumător de activități - să se ofere AOR/ terapie de validare (vezi paragraful 10) - în cazul tulburărilor de mobilitate să se introducă fizioterapia - orice acțiune ai alege, să ții cont de modul de viață/stilul de viață specific al pacientului
6. pacientului îi este greu să lege și să întrețină contact, din cauza problemelor de comunicație cauzate de starea de confuzie și de tulburările de memorie	- pacientul este în stare ,prin prisma posibilităților și a limitărilor sale, să lege și să întrețină contacte	<ul style="list-style-type: none"> - oferă pacientului ocazia să se exprime; răspunde la nevoia lui de contact - ia în serios lumea trăirilor pacientului; lasă-l să spună ce-l preocupă - fii conștient de reacțiile pacientului - dacă pacientul este tensionat atunci e bine să-i distragi atenția implicându-l în realitate (vezi activitățile la 5) - îndrumă pacientul în contactele cu ceilalți pacienți; informează-i pe ceilalți la nevoie despre situația pacientului - în caz de tensiuni serioase poate fi necesar să se evite contactele cu ceilalți pacienți
7. pacientul are pierdere de decor	- pacientul este protejat în asemenea măsură încât poate trăi cu ceilalți în situația sa	<ul style="list-style-type: none"> - fii conștient de faptul că pacientul nu este în stare să se îngrijească în toate - întreprinde la timp activități de îngrijire (atât fizic cât și psihic și social)
8. în relația dintre pacient și familia sa este vorba despre neînțelegere și tensiune	- prin prisma posibilităților și a limitărilor sale, pacientul este în stare să mențină relația cu familia sa	<ul style="list-style-type: none"> - observă cum decurg contactele dintre pacient și familia sa - îndrumă contactul atunci când este vorba de întrebări/tensiuni - informează familia despre situația pacientului și despre consecințele acestora - dă familiei indicații privitoare la contactul cu pacientul (vezi 6) - dă ascultare întrebărilor și sentimentelor familiei - recomandă eventual familiei să ia legătură cu doctorul
9. pacientul nu-și poate exprima ușor/sau de loc sentimentele legate de situația sa	- pacientul poate discuta sentimentele sale legate de situația sa	<ul style="list-style-type: none"> - caută contact cu pacientul; arată-i că-i dai atenție - întreabă-l dacă vrea să vorbească despre situația sa - nu forța discuția - încearcă să clădești contactul, prin acțiuni făcute împreună cu pacientul - inventarizează întrebările și problemele pacientului; nu porni de la ideea că oricum nu se poate face nimic; multe dintre probleme pot fi soluționate; este bine să se asculte cu atenție

Problema de îngrijire	Scopurile îngrijirii	Acțiunile de îngrijire
10. pacientul nu este în stare să garanteze propria sa securitate și cea a altora	<ul style="list-style-type: none"> - pacientul se află în asemenea situație încât nu formează un pericol pentru sine și ceilalți 	<ul style="list-style-type: none"> - vezi ce consecințe periculoase poate avea comportamentul pacientului - nu-l lăsa pe pacient să aibă articole de fum - fixează pacientul în cazul în care poate să cadă de pe scaun sau din pat - canalizează eventualul comportament agresiv (vezi capitolul despre agresiune) - dacă există pericol de cădere nu lăsa pacientul să facă duș sau baie singur - fii conștient de pericolul de sinucidere (mai ales în faza incipientă a demenței)
11. pacientul este dezorientat și uituc	<ul style="list-style-type: none"> - în prisma posibilităților și a limitelor sale, pacientul este în stare să-și amintească situații sau să se orienteze 	<ul style="list-style-type: none"> - antrenament de orientare spre realitate (AOR) - terapia de validare

6. ANTRENAMENT DE ORIENTARE SPRE REALITATE (AOR) = (ROT = REALITY ORIENTATION TRAINING) SI VALIDAREA

BATRÂNII CARE DEMENTEAZĂ SE POT ABORDA ÎN DOUĂ MANIERE

În momentul de față există două maniere de abordare a bătrânilor care dementează: Antrenamentul de orientare spre realitate (ROT sau AOR) și Terapia de validare. Mai ales despre Validare s-a publicat și discutat mult în ultima vreme. Validarea aparține de noile curente, în timp ce ROT (AOR) a fost dezvoltat în SUA la sfârșitul anilor 50. Prin ce se disting ROT și Validarea una de alta, care este abordarea cea mai potrivită, în care fază a demenței și în ce mod este de preferat a fi aplicată? Articolele următoare încearcă să vă explice aceste lucruri.

ANTRENAMENTUL DE ORIENTARE SPRE REALITATE = ROT (AOR)

Bătrânii cu o formă ușoară de demență simt deseori nevoia să trăiască în trecut sau să se reîntoarcă la trecut, adică să fie înafara realității actuale. ROT încearcă să-i facă să se întoarcă la realitatea actuală, reducându-le starea de confuzie, oferindu-le în mod repetat informații realiste. Acest mod de abordare pare a fi potrivit mai ales pentru astfel de bătrâni.

Introducere

Dezorientarea indică neputința individului de a-și aminti exact informații personale, cum ar fi propriul nume sau fosta profesie, locuința dinainte sau cea actuală (de exemplu locul nașterii sau adresa actuală) și/sau timpul în care ne aflăm (ora, ziua, anotimpul). Aceste trei domenii de orientare - în ordinea în care apar pentru prima oară- sunt rezumate deseori cu titlul: timp, loc și persoană.

O persoană cu astfel de tulburări depinde de cei din jur.

În 1959 s-a dezvoltat în SUA o terapie nouă, ROT, cu scopul original de a oferi stimulentele necesare simțurilor și emoțiilor pentru pacienții psiho-geriatrici care rămân mult timp într-o instituție. Mai târziu scopul a devenit acela de a stimula și activa persoanele cu confuzie pentru a regăsi contactul pierdut cu realitatea. Astfel ROT încearcă să promoveze independența și bunăstarea celor în vârstă.

Mai urmărește și reducerea fricii și stimularea încrederii de sine. Ideea de bază a ROT este aceea că oferirea permanentă și repetată a informațiilor corecte și realiste, corectarea sistematică a acțiunilor și exprimărilor greșite și stimularea și încurajarea unui comportament independent pot opri sau încetini progresarea stării de confuzie a celor bătrâni.

Unii spun că ROT este în primul rând o metodă de a oferi, într-o manieră structurată, mai mult timp și atenție nevoilor emoționale a bătrânilor confuzivi.

PROGRAMELE ROT CONSTAU DIN DOUĂ COMPONENTE:

- ROT de grup;
- ROT de 24 de ore sau individual.

ROT de grup

În ședințe în grupe mici, participanții sunt antrenați să-și îmbunătățească orientarea și să învețe îndemănările practice pierdute.

Îndrumătorii oferă participanților teme și antrenamente orientate spre observare, memorie, atenție și concentrație.

Se vorbește în comun despre vreme, împărțirea zilei sau despre instituția în care se află

participanții în acel moment. Nu este vorba aici doar despre exersarea funcțiilor de gândire ci și de promovarea contactelor între membrii grupului. În casele de îngrijire pentru bătrâni, ROT a devenit deosebit de popular în ultimii 20 de ani, atât pentru personalul care îngrijește și tratează cât și pentru personalul paramedical. Îndrumarea acestui antrenament este mai ales în mâna îndrumătorilor de activități, a celor care îngrijesc pe cei bolnavi și bătrâni, asistenților psihologi și a ergoterapeuților. În ultimii ani s-a aplicat ROT în proiectele de primire și îngrijire zilnică pentru bătrânii confuzivi care mai locuiesc încă independent.

ROT de 24 de ore sau individual

Pornind de la ideea că ROT nu are rost dacă se limitează la una sau două ședințe săptămânale, ROT este (de obicei) combinat cu a abordare de 24 de ore. De la cei care ajută și de la familie se cere mereu o atitudine de orientare spre realitate atunci când intră în contact cu bătrânii rătăciți; aceasta înseamnă că ei trebuie să explice clar care este realitatea actuală. Adică ei relatează continuu despre ceea ce se întâmplă în mediul înconjurător.

Numai în această manieră este posibilă readaptarea completă la viața zilnică. Un mod de a concretiza aceasta este oferirea de comentarii la toate întâmplările zilnice, a se spune ce trebuie să se gătească, ce program este la televizor, cine vine în vizită. În instanțele care lucrează conform principiului ROT, cei din personal își spun mereu numele și ceea ce fac. Cei care îngrijesc știu de obicei din proprie experiență că o convorbire cu o persoană care dementează decurge mai suplu atunci când se folosește un sprijin de memorie, de exemplu: o discuție despre vreme va fi mai ușoară atunci când se deschide perdeaua și persoana în vârstă poate privi afară.

Într-o discuție despre un membru al familiei cel care dementează va înțelege mai repede ce se spune atunci când îi arăți o fotografie. Bineînțeles că informația oferită trebuie să se lege de lumea gândirii celui care dementează și să se potrivească la gravitatea confuziei.

ROT nu cere numai o poziție activă a mediului social din jur, dar și a persoanei însăși care dementează. Se apelează la maximum de posibilitățile ei. Se stimulează și îndrumă în direcția dorită efectuarea activităților zilnice obișnuite, cum ar fi îmbrăcatul și dezbrăcatul, mâncatul, spălatul.

Bineînțeles că aici este nevoie și de ajutorul celor din jur. O activitate dificilă cum ar fi îmbrăcatul, trebuie făcută în etape, în așa fel încât bătrânul să o înțeleagă. I se dă mai întâi un maiou și un chilot, apoi ciorapii, cămașa, pantalonul, pantofii și pulovărul. Și acțiunile diferite necesare la spălat sunt structurate în gesturi simple, în care ajutorul constă în a se oferi ordinea acțiunii dorite și ajutor acolo unde este nevoie.

Trebuie să fie clar că această abordare necesită multă răbdare și implicare de la cei care îngrijesc.

Critică la adresa ROT

Esența ROT este aceea că mediul social și fizic al bătrânului confuziv este adaptat pentru a se compensa tulburările de memorie. Acest mediu adaptat este pentru cel în vârstă "ca un punct de lumină într-o ceață deasă" așa cum spune renumitul geriatru englez Tom Arie.

În ciuda popularității ROT acesta a fost și mult criticat.

Unii oponenți afirmă chiar că ROT nu este altceva decât îndoctrinarea celor în vârstă cu informații a căror importanță este dubioasă. Alții au criticat ROT pentru că bătrânii sunt mereu confrunțați cu neputința lor. Alții menționează că cercetarea științifică nu a putut demonstra de loc sau aproape de loc valoarea ROT-ului: îmbunătățirile (minime) sau pozitive sunt doar temporare, bătrânul confuziv revine la vechiul nivel de îndată ce se sistează ROT; pe deasupra cele învățate sunt limitate numai la domeniile în care are loc antrenamentul, efecte generale sunt doar rareori raportate sau de loc.

Suporterii acestei metode, susțin că nu există studii în care toți cei implicați să aplice împreună consecvent toate principiile. Ei mai menționează că mulți nici nu cunosc bine regulile ROT sau le aplică incorect: nu toți respectă de exemplu regula că nu trebuie să corectezi un bătrân dacă ai (prea) puțin timp, dacă există oarecare excitare sau iritare sau dacă un bătrân vorbește incoerent.

Când se recomandă ROT-ul și când nu?

Mulți sunt de părere că ROT nu este întotdeauna efectiv pentru toți cei în vârstă. ROT se recomandă mai ales la bătrânii cu o formă ușoară de demență, care-și mai dau încă seama de problemele lor de memorie. Cu toate că realitatea așa cum o cunoaștem noi, pare să le scape mereu, ei încearcă tot ce se poate ca să-i înțeleagă pe ceilalți.

De aceea cel mai bun criteriu pentru aplicarea ROT este reacția însăși a dementului. Atâta timp cât persoana reacționează adecvat la ceea ce îi comunicăm despre realitatea înconjurătoare, ROT este indicat. Dacă el reacționează cu lipsă de înțelegere, negare, tristețe sau agresiune, atunci este mai bine să se renunțe la ROT.

ABORDAREA ROT NU ESTE RECOMANDABILĂ ÎN URMĂTOARELE CONDIȚII:

- atunci când dezorientarea duce la o nerecunoaștere a unei regresii mintale rapide;
- dacă bătrânul a fost destul de sau foarte dezorientat timp de un an sau mai mult;
- dacă bătrânul reacționează cu panică sau teamă la corecțiile aduse. Târârea lui înapoi la realitatea de aici și acum poate fi foarte înfricoșătoare și dureroasă pentru bătrânii care cred că trăiesc într-o realitate care este mai plăcută și mai fericită. Pe deasupra pentru un bătrân poate fi foarte frustrant dacă este confruntat foarte clar cu pierderea memoriei sale, mai ales atunci când el însuși încă nu a prelucrat de loc problema.
- în fine, mai sunt situații în care tehnica ROT nu este efectivă deoarece abordarea ROT nu este răspunsul potrivit la comportamentul dezorientat, să ne gândim de exemplu la starea de confuzie sau la repetarea continuă a aceleiași întrebări.

VALIDAREA, O ALTĂ ABORDARE A DEMENȚEI

Oricine lucrează serios cu oameni demenți se lovește mai devreme sau mai târziu de problema că acești oameni trăiesc în propria lor realitate și se lasă greu îndrumați spre realitatea noastră. În timpul încercărilor făcute de a implica bătrânii care dementează la realitatea noastră, asistenta de grup canadeză Naomi Feil a descoperit că se crează un contact mai bun atunci când confirmi ideile și sentimentele persoanei demente ca fiind realitate. Această confirmare ocupă locul central în metoda ei, careia i-a dat din acest motiv numele de "Validare" (confirmare). Acest articol se ocupă de această abordare diferită. Se va da atenție largă bazei, scopului și posibilităților de aplicare.

Ne este greu de multe ori să ne închipuim ideile și sentimentele altuia. Acest lucru este cu atât mai greu cu cât ideile și sentimentele altuia deviază puternic de ale noastre. Dar avem deseori tendința de a compara ideile și sentimentele altuia cu cele ale noastre. Atunci când există diferențe mari, ne exprimăm deseori prin a exclama: "nu poți crede așa ceva!" sau "Aici greșești!". Aici se include faptul că noi credem că ideile și sentimentele noastre sunt cele juste și că ideile și sentimentele altuia trebuie totuși schimbate.

Pe de altă parte știm cu toții ce bine este atunci când altul îți înțelege ideile și sentimentele tale. Dacă altcineva te lasă să crezi că-și poate închipui ideile și sentimentele tale sau că "nu este greșit" să crezi ceea ce crezi sau să simți ceea ce simți. Confirmarea ne dă un sentiment de acceptare și ne sprijină sentimentul propriei noastre valori. Această confirmare și acest sprijin a sentimentului propriei noastre valori este tocmai punctul central în abordarea Validării, dar de fapt nu este nimic nou în asta. În domeniul îngrijirii se știe de mulți ani că acceptarea trăirii altuia este condiția cea mai importantă pentru un contact bun cu clientul. Această abordare nu este complet necunoscută nici în contactul cu oameni demenți. Vedem că cei care îngrijesc și ajută cunosc importanța de a trăi în lumea celor care dementează. Pe de altă parte orientarea spre realitate a primit mult accent în contactul cu oameni demenți.

Presupunerea că regresia poate fi astfel încetinită a jucat aici un rol. Vom arăta în continuare că această presupunere nu este complet greșită. Pentru un grup mare de oameni suferind de

demență, această presupunere nu mai contează. Orientarea spre realitate nu mai intră în nevoi și posibilități. Nici regresivitatea nu mai este încetinită. Este vorba de grupul celor demenți care se întorc tot mai mult în trecut, a căror amintiri și imagini din trecut domină. Ideile lor nu mai sunt dirijate de gândirea logică, ci de obicei de sentimente. Imaginile din trecut, amintirile lor, nu sunt relatate de aceea la adevăratele întâmplări care au avut loc, ci de obicei la efectul lor asupra pacientului. Altfel spus: punctul central în aceste amintiri este trăirea acestor evenimente. Demenții care se află în acest stadiu, ca cel descris mai sus, nu mai cer o orientare spre realitate. Ei se simt mai bine și mai în siguranță în realitatea lor. De aceea ei cer o altă abordare.

În sala comună, o femeie stă pe radiator mestecând într-o ceașcă. Ea spune membrului din personal care trece: "Uite, fierb un ou". Acesta reacționează spunând: "Da, văd". La care femeia spune: "Ai văzut?- Ce bine îmi pare".

În abordarea de Validare, recunoașterea unei realități interne din care cineva percepe trecutul și realitatea din jurul său ocupă un loc central. Asta înseamnă că fiecare comportare are însemnătate, indiferent de măsura regresivității ca urmare a demenției. Comportamentul fiecăruia decurge tot din propria trăire a realității. Atunci când recunoaștem această trăire drept realitate, separat de faptul dacă cineva este sau nu dement, înseamnă că recunoaștem că fiecare comportare are însemnătate, o însemnătate înțeleasă prin prisma acestei trăiri.

Istoric

Abordarea prin Validare se leagă de teoriile lui Erikson, care distinge opt faze în dezvoltarea psiho-socială. Fiecare fază a vieții este caracterizată de o anumită temă de existență specifică. Astfel în faza de bebeluș (0-2 ani) tema din primul plan este de exemplu "încrederea contra neîncrederii".

Copilul nou născut încearcă să găsească, cum s-ar zice, răspuns la întrebarea în ce măsură poți avea încredere în lumea străină dinafara uterului, sau dacă este mai bine să nu ai încredere în toți și toate în această lume. Ca ultima fază, a 8-a a bătrâneții, Erikson distinge faza bătrâneții, în care tema principală de existență este "integrare contra disperării". Cel bătrân se află la un moment dat într-un punct în care trebuie să-și facă bilanțul vieții sale. Într-un asemenea moment, locul central îl ocupă întrebarea în ce măsură este cineva în stare să accepte viața pe care a trăit-o. Integrarea înseamnă aici: recunoaște și acceptă că viața ti s-a scurs așa cum a fost și ai ajuns unde ești. Asta înseamnă că poți spune, privind înapoi: "E bine așa cum a fost". Dacă acest lucru nu reușește, atunci s-ar putea întâmpla ca persoana să devină disperată. Viața este aproape pe terminate și ea nu mai poate retrăi sau schimbată. Naomi Feil a adăugat la aceste opt faze de viață a lui Erikson o nouă fază. În această nouă fază tema de existență "soluție contra vegetare" ocupă locul central. Naomi Feil privește această fază drept o fază normală la cei de vârstă înaintată, care nu mai sunt în stare să trăiască în prezent cu toate emoțiile neprelucrate din trecut. S-ar putea spune că demențul deplasează atenția internă spre zonele sensibile din trecut, pentru a fugi de realitatea dureroasă, intolerabilă. Această deplasare a atenției interne poate face ca numeroase amintiri emoționale să ia locul gândirii intelectuale. Aceasta face ca amintiri cu încărcătură emoțională să poată fi prelucrate.

În acest sens, procesul demenței și al preocupării de amintiri neprelucrate poate lua amploare. Procesul demenței poate fi privit și ca pe o alegere: retragerea din realitatea insuportabilă din prezent, pentru a te reîntoarce la trecut, să retrăiești din nou experiențele plăcute și să prelucrezi la nevoie emoțiile neprelucrate. Cuvântul "alegere" nu trebuie înțeles ca pe o alegere bine cântărită, înțeleaptă, ci ca pe o direcție dorită (simțită intuitiv) la un nivel inconștient.

Pe măsură ce se reușește să se prelucreze trecutul sau să se accepte realitatea, va fi posibil să se lege iar contactul cu realitatea. Persoana ar putea ajunge iar la integrare în prezent. Dacă persoana care dementează nu ajunge la prelucrare, atunci va ajunge la ceea ce Naomi Feil numește vegetare, ultimul stadiu al procesului de demență.

Pe acest fundal va fi clar de ce abordarea prin Validare dă așa de multă importanță confirmării amintirilor și a trăirii trecutului și a prezentului. Prezentul este interpretat și perceput de cei care dementează prin prisma emoțiilor neprelucrate și prin re trăirea emoțiilor plăcute. De exemplu pentru femeia care a fost apreciată doar în rolul de mamă, o păpușă poate deveni un copil. Atunci când ar avea impresia că este apreciată și în prezent, separat de rolul ei de mamă - păpușă poate rămâne o păpușă.

Scopul

Scopul cel mai important al abordării prin Validare este restabilirea sentimentului propriei valori. Prin confirmarea ideilor și a trăirilor celui dement, confirmând că aceste idei și trăiri sunt o realitate pentru el, cel dement primește un sentiment de liniște interioară. Și omul care dementează este copleșit - în această primă fază a regresiei sale - de propriile idei și sentimente. Imaginile repetate mereu din trecut, și confuzia care există din această cauză în prezent, fac ca dementul să fie înfricoșat și nesigur. Ce se întâmplă cu el? Ce se petrece? Această nesiguranță și îndoială de sine sunt de obicei întărite de reacțiile - deseori negative - din jur. El este corectat când face greșeli. Este criticat dacă uită tot timpul diverse înțelegeri sau chiar numele nepoților.

Mai ales în stadiul de început cel care dementează va face tot ce poate să mențină contactul cu realitatea. Din nefericire el eșuează în mod regulat și de aceea pierde și ultimul sentiment al propriei valori. Nu degeaba cei care dementează completează lacunele memoriei lor cu invenții (confabulare). În acest fel ei încearcă să meargă în pas cu ceilalți, care știu totul mai bine. Este o încercare de a menține sentimentul propriei valori. Acesta este motivul pentru care Validarea pune un accent puternic pe restabilirea acestui sentiment al propriei valori.

De asta depinde și cel de-al doilea scop: reducerea stresului. Dacă cel care dementează primește o confirmare pozitivă, atunci se simte sprijinit. Se simte înțeles și apreciat în prezent. Asta face ca prezentul să fie mai puțin dureros pentru el ceea ce face ca tensiunea să se reducă.

Aceste două scopuri în sine pot face ca cel dement să se simtă mai fericit. Și totuși abordarea prin Validare încearcă să meargă mai departe. Așa cum s-a spus mai sus, fostele emoții neprelucrate vor domina într-un stadiu mai târziu al regresiei. Abordarea prin Validare urmărește prelucrarea acestor emoții. Acest lucru este posibil, de exemplu prin faptul că cel care dementează primește acum șansa și este stimulat să exteriorizeze ceea ce nu a fost exprimat înainte. Aici poate fi vorba atât de exprimări "pozitive" cât și de cele "negative". Astfel o persoană în vârstă poate fi abătută pentru că nu a arătat niciodată partenerului sau copiilor cât de mult îi iubește. Altcineva poate fi supărat fiindcă nu și-a manifestat niciodată necazul sau iritarea. Ultimul scop la fel de important al abordării prin Validare este sprijinirea celui dement în găsirea unei justificări a propriului său trecut. Mai ales în acest scop se poate recunoaște tema de existență a celei de a noua faze de viață: rezolvare contra vegetării.

Grupul urmărit

Oare abordarea prin Validare este potrivită pentru toți cei care dementează sau se orientează spre un grup anumit. Pentru a putea răspunde la această întrebare trebuie să analizăm mai întâi cele patru stadii în procesul dementării.

Stadiul de început este caracterizat mai ales de conflictul intern în care se află cel care dementează, care se exteriorizează printr-o atitudine foarte defensivă (de apărare). Cel care dementează respinge atât trăirea internă cât și mediul din jur. Încearcă să se mențină

prin a fi foarte înțelept și a lupta din toate puterile împotriva procesului de schimbare în curs. Încearcă să se agațe cu putere de realitatea prezentului. Și totuși vedem deja în apariția tulburărilor de memorie și dezorientare un început de părăsire a prezentului. De exemplu cel care dementează pierde legătura dintre ceea ce se petrece acum și ceea ce a fost acum cinci minute. Viața din jur este tot mai de neînțeles. În acest stadiu cel care dementează vrea să fie ajutat să rămână în realitate, în prezent. În al doilea stadiu vedem trecerea spre abandonare în procesul de reîntoarcere spre trecut. Încercarea tensionată și încăpătânată de a rămâne în realitate slăbește. Amintirile vin din nou mai asociativ, adică evenimentele și ideile din prezent sunt legate spontan de alte amintiri sau idei. Persoana este acum mai deschisă pentru o discuție despre aceste amintiri. De aceea tocmai în acest stadiu - în care capacitatea verbală este în mare parte intactă - este posibil să urmărești și să înțelegi persoana dementă în amintirile sale. Interpretarea acestei realități are loc din lumea lor interioară, în care amintirile și trăirile din trecut stau puternic pe primul plan. Urmarea este aceea că ei spun uneori lucruri care sunt greu de înțeles pentru noi. Deseori cel care dementează se folosește de limbaj simbolic pentru a-și exprima ideile și sentimentele. Astfel cuvântul "mamă" înseamnă mai mult o exprimare a sentimentelor de securitate și căldură, decât propria mamă. Exprimări ca "vreau la mama mea" sau "vreau acasă" pot fi înțelese ca "nu mă simt în siguranță aici și de aceea caut securitate, căldură". Cel care dementează folosește și situații din trecut pentru a exprima trăirea prezentului.

Pe lângă aceasta și obiectele pot avea o valoare simbolică. Ne putem gândi aici la geantă sau la baston pe care cel dement nu vrea de loc să le lase din mână. Pentru persoana respectivă aceste obiecte au căpătat o funcție importantă. În acest stadiu iese la suprafață și o anumită înțelepciune internă. Oamenii care dementează pot vorbi foarte bine unii cu alții despre sentimente și teme universale cum ar fi: părinți, copii, boli, pierderea unei persoane iubite, a îmbătrâni, etc.

În al treilea stadiu capacitatea verbală începe să se reducă și dementul se închide tot mai mult în sine. El este mai puțin în stare să spună propoziții coerente și este mai puțin sensibil la excitanții din jur.

Le place mai ales să se miște, să danseze, să cânte și să facă diverse repetări ritmice. De exemplu o femeie care spune mereu "o, tatăl meu scump" și care se bucură din plin cu asta. Și în acest stadiu fostele evenimente ocupă un loc central, și dementul este în stare să soluționeze conflicte nerezolvate și emoții neprelucrate. De aceea este important să mergi cu ei în realitatea lor. Există o nevoie mare de apropiere de ceilalți. Contactul non-verbal ocupă un loc mai mare și cel dement este foarte sensibil la o abordare caldă, grijulie.

În ultimul stadiu mediul înconjurător pătrunde din ce în ce mai greu până la el. Ochii sunt deseori închiși sau au o privire ațintită. Există deseori o reacție la atingere. Aici putem recunoaște ceea ce Naomi Feil descrie în cea de-a noua fază de viață a doua parte "vegetare". În general nu se mai recunoaște familia și nici simbolurile. Exprimările constau mai ales din sunete de neînțeles. Uneori este posibil să distingi nuanțe în aceste sunete, în care anumite sunete sunt legate de anumite emoții sau nevoi. Astfel țipătul de foame poate fi diferit de cel al trăirii de bucurie.

Să ne întoarcem înapoi la întrebarea: spre cine este orientată abordarea prin Validare? Din experiență s-a constatat că abordarea prin Validare se leagă bine de nevoile și posibilitățile celor care dementează în al doilea sau al treilea stadiu al procesului de demență. Ei sunt mai puțin încăpătânați să mențină legătura cu realitatea și atenția lor internă este orientată mai mult spre domeniile sensibile din trecut. Amintirile ies la suprafață asociativ și din cauză că rațiunea a căzut pe un alt fundal, ei sunt mai deschiși pentru discuțiile legate de aceste amintiri. Cel care dementează în prima fază se află încă într-un conflict intern puternic și are de aici nevoie puternică de a se orienta spre realitate. De aceea pentru acești oameni ROT este mai potrivit.

Cel care dementează în al patrulea stadiu va avea mai multă nevoie de activități orientate spre atingere sau excitație a simțurilor. Activități plăcute vor fi cele mai potrivite pentru acest grup de oameni.

Maniera de lucru și aplicațiile

Abordarea prin Validare se poate aplica în mai multe maniere.

Se poate face distincție între abordarea de 24 de ore, abordarea de grup și abordarea individuală. În abordarea de 24 de ore este vorba mai ales despre exprimarea atitudinii sau abordării prin Validare în activitatea și contactul cu oamenii demenți.

Aceasta este cel mai bine valorificată atunci când toate disciplinele colaborează. Prin asta preîntâmpini ca cel care dementează să fie confruntat mereu cu reacții contrarii.

De exemplu: o femeie își caută mama. Atunci când o persoană spune "vine acuș", altă persoană neagă căutarea și a treia încearcă să spună că mama nu mai trăiește, neliniștea se întărește. O abordare mai consecventă - așa cum este de exemplu pe baza Validării - poate reduce această neliniște și căutare. Ar fi mai plăcut pentru locatar când ceilalți ar spune de exemplu: "Căutați? Să vă însoțesc puțin?" În timpul plimbării poți întreba despre "căutare" sau "mamă" sau poți să asculți și să intervii la cele spuse de locatar. Astfel de plimbări nu-ți iau în general mai mult de câteva minute, dar dau locatarului un sentiment de sprijin, compasiune.

ABORDAREA PRIN VALIDARE DE 24 DE ORE MAI ÎNSEAMNĂ URMĂTOARELE:

- dacă un dement spune ceva, orientează-te mai mult la sentimentele pe care le emană decât la fapte;
- nu respinge exprimările și sentimentele ci confirmă-le și încearcă să le pătrunzi înțelesul;
- evită pe cât posibil comportamentul fals. Cel dement observă de obicei dacă ești interesat sau nu, dacă te prefaci sau nu. Ei sunt mai orientați spre limbajul corpului decât spre cuvintele tale.

În cazul abordării de grup se alcătuieste un grup din circa cinci până la zece persoane. Acestea sunt toate aproape în același stadiu de demență (stadiu II sau III). Este important ca în componența acestui grup să se țină cont de felul oamenilor care vor fi prezenți în grup: câțiva oameni cărora le place să vorbească; un tip grijuliu care poate să încurajeze; cineva care să poată conduce grupul; cineva care să fie conducător muzical; nu mai mult de două persoane care acuză mereu pe alții. În grup fiecare primește un rol care i se potrivește cel mai bine la propria lume a trăirilor sale. Menținând aceleași roluri la fiecare ședință, acestor oameni li se oferă recunoaștere, siguranță și deci securitate. Grupul se întrunește cel puțin odată pe săptămână la o oră fixă și un spațiu stabil. Char și programul ședinței este mai mult sau mai puțin același.

Abordarea individuală este potrivită mai ales pentru a face cunoștință și pentru o abordare mai terapeutică. Pentru a face cunoștință individual ai nevoie de o posibilitate bună de a afla toate fațetele celui care dementează (nevoi, personalitate, istoria vieții, teme ale vieții etc.). Mai poți aprecia și în ce stadiu al procesului de demență se află cel care dementează.

ÎN ABORDAREA TERAPEUTICĂ, URMĂTOARELE PUNCTE SUNT IMPORTANTE:

- ascultă cu grijă și încearcă să-ți formezi o opinie despre cele pe care celălalt încearcă să ți le spună despre anumite persoane și întâmplări;
- orientează-te mai mult spre emoțiile și sentimentele pe care le transmite celălalt, decât spre faptele care sunt povestite.
- când pui întrebări orientează-te mai mult spre cine, ce, cum și unde decât spre de ce;
- orientează-te mai ales spre semnalele non-verbale, limbajul corpului celui alt;
- nu te îndrepta prea mult spre un anumit scop în discuție. Ai șansa de a pierde contactul cu celălalt și lumea trăirilor sale.

Discuțiile individuale pot varia de la 10 minute până la o oră. Acest lucru depinde puternic de partenerul de discuție și de temele discutate. Îndrumarea individuală se aplică și în situațiile mici de criză care pot avea loc într-o zi. Aici contactul nu durează mai mult de 5 minute. Să ne gândim de exemplu la locatara care-și caută mama.

7. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR PSIHIATRICI CRONICI

1. Explicarea noțiunilor

a. Pacientul psihiatric cronic

Pacienții psihiatrici cronici sunt pacienții despre care se presupune că nu vor scăpa niciodată de boala de care suferă.

Sunt oameni care în loc de tratament pentru boala lor au nevoie de îndrumare în boala lor.

LA BAZA UNEI BOLI CRONICE SE AFLĂ O MULTITUDINE DE CAUZE, CUM AR FI:

- neputința de a rămâne pe picioare în situații diferite. Este deci vorba de a nu putea și nu de a nu dori. Ei nu sunt în stare de exemplu să reacționeze cu îndrăzneală ci aleg mai degrabă fuga spre vechiul comportament bolnav;
- nu pot satisface cerințele pe care societatea le pretinde de la cetățenii ei. Ei nu pot munci intens, de exemplu, 8 ore pe zi sau le este greu să lege și să mențină contacte. Uită de înțelegerile stabilite și trăiesc în propria lor lume care nu este de înțeles pentru ceilalți. Acestea sunt doar câteva exemple care ar putea genera probleme în societate;
- societății la rândul ei îi este greu să se adapteze la acești oameni prin a le accepta prestațiile reduse; societatea nu oferă acestora muncă potrivită cu posibilitățile lor. Societatea stabilește propriile ei norme și cine nu le poate satisface are ghinion;
- efectul de spitalizare al mediului de spital. Ca urmare a spitalizării se poate dezvolta un sindrom de spitalizare la pacient. Asta înseamnă o pierdere a independenței, activității și interesului la pacient. Pacientul devine neinteresat pentru cele din jur. Se izolează de problemele și lucrurile din lumea din afară. În final pierde orice inițiativă și se mulțumesc cu o dependență totală de institut și colaboratorii săi;
- familia și cei din jur nu mai sunt dispuși să-i accepte. Ca urmare a tot felul de probleme pe care familia le-a avut cu pacientul, pentru familie poate fi o ușurare că pacientul se află într-un spital de psihiatrie. Calmul s-a reîntors. Familia este convinsă că șederea pacientului într-un spital de psihiatrie este cea mai bună soluție. Ideea că vor putea fi iar confrunțați cu pacientul cu toate problemele sale și cu problemele pe care le-au avut din această cauză crează o opoziție puternică, încât nu doresc să-l primească iar pe pacient în casă;
- cei care îngrijesc nu mai sunt în stare uneori să-l abordeze pe pacient cu un oarecare interes. Pentru că asistenții lucrează mult timp cu oameni sau mereu cu aceiași oameni, sau au speranțe prea mari, riscă să fie epuizați emoțional sau fizic. Acest lucru este numit "burn-out" (ardere completă). Pentru a scăpa de povara emoțională, cel care îngrijește încearcă să limiteze pe cât posibil contactele cu pacientul.

Pacientul primește un răspuns la întrebarea sa dar nu se mai dă atenție nevoii care se ascunde în întrebarea sa. Se oferă îngrijire conform instrucțiilor și nici un pas în plus. Se lucrează după rutină, se respectă regulile, dar nimic în plus. Se dezvoltă o imagine negativă despre pacienți și cei în cauză au puțină satisfacție în munca lor.

b. Pacientul cu schizofrenie

Formele schizofreniei.

Există diferite forme de schizofrenie.

Forma catatonică (tipul catatonic)

La forma catatonică poți distinge una din următoarele trăsături.

- Stupoare catatonică: aici pacientul reacționează mai puțin la mediul său decât te-ai putea aștepta. Se poate ca pacientul să se miște mai puțin sau să fie mai puțin activ;
- Negativism catatonic: pacientul opune rezistență puternică împotriva tuturor instrucțiilor și a încercărilor de a-l face să se miște;
- Rigiditate catatonică: pacientul încearcă să mențină o anumită poziție și se împotrivesc tuturor încercărilor celor care-l îngrijesc de a-l face să se miște;
- Agitația catatonică: pacientul are o activitate motorică intensă, este excitat. Pacientul nu poate fi influențat de excitații din exterior. Această formă poate duce la epuizare și deci trebuie oprită. Acest lucru se face de obicei cu ajutorul medicamentelor;
- Atitudine catatonică: la această formă pacientul poate lua atitudini foarte bizare. Dacă este în pat își ține de exemplu capul cu câțiva centimetri deasupra pernei.

Forma dezorganizată (tipul dezorganizat)

Comportamentul pacientului este deseori regresiv. Afecțiunea este superficială. Acest om va prezenta treptat schimbări în comportament. Se îngrijește tot mai prost, se comportă straniu, bizar, este haotic și are manifestări de neînțeles a sentimentelor, cum ar fi râsul de neînțeles. El devine tot mai pasiv și comunicația este incoerentă.

Forma paranoidă (tipul paranoid)

Un pacient cu schizofrenie paranoidă se caracterizează prin suspiciune extremă față de cei din jur. El are una sau mai multe deliruri sau halucinații. Acestea sunt mai ales idei de persecuție sau de grandoare. Trăsăturile seamănă de obicei cu cele ale psihozei paranoide acute, dar delirurile nu se reduc ci continuă să existe într-o formă sistematizată. Pacientul manifestă un comportament foarte haotic.

Forma nediferențiată (tipul nediferențiat)

Pacientul are delir și halucinații clare și este foarte haotic.

Schizofrenia de defect (tipul rezidual)

Comportamentul pacientului este bizar, el devine din ce în ce mai retras și prezintă reacții emoționale neadecvate. Este vorba mai ales de oamenii în vârstă, bolnavi cronici. Ei sunt deseori neglijenți, au propriile lor obiceiuri stranii, își văd de treaba lor. În psihiatria biologică se crede că în această formă există leziuni cerebrale demonstrabile. Se vorbește aici despre schizofrenie de tipul II.

Simptome

Vom descrie câteva simptome posibile ale pacienților cu schizofrenie.

Autismul

Pacientul este retras în sine, dă impresia că se află în propria sa lume de idei. Uneori el atribuie cuvintelor un înțeles propriu, sau dezvoltă o manieră de a scrie pe care numai el singur o poate înțelege.

Declararea sentimentului

Ca urmare a tot felul de sentimente puternice, cum ar fi frică și fericire, pacientul poate trece printr-o adevărată luptă în care un sentiment compensează un alt sentiment. Urmarea acestui fapt este aceea că se ivește o nivelare a afectivității. Pacientul devine insensibil. Întâmplările îl lasă rece.