



Implemented by

giz Deutsche Gesellschaft
für Internationale
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development and Cooperation SDC
Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare
Швейцарское управление по развитию и сотрудничеству

Mini-ghid pentru specialiști
din domeniul asociativ

ABORDAREA DIZABILITĂȚILOR MINTALE ȘI INTELECTUALE



Implemented by



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development and Cooperation SDC
Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare
Швейцарское управление по развитию и сотрудничеству

Ghidul „Abordarea dizabilităților mintale și intelectuale” este realizat de Asociația Obștească „CASMED” cu sprijinul proiectului „Consilierea Guvernului Republicii Moldova în politici economice”, implementat de către GIZ Moldova cu suportul financiar al Ministerului Federal pentru Cooperare Economică și Dezvoltare al Germaniei (BMZ) și al Agenției Elvețiene pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC).”

Colectivul de autori:

Jana CHIHAI, doctor în științe medicale, conferențiar universitar, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie N. Testemițeanu

Andrei EȘANU, doctorand, asistent universitar, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie N. Testemițeanu

Alina BOLOGAN, doctorand, asistent universitar, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie N. Testemițeanu

C O N Ţ I N U T

1.

Sănătatea mintală. Tulburările Mintale

1. 1.	Sănătatea Mintală	4
1. 2.	Tulburările Mintale	4
1. 2. 1.	Depresia	5
1. 2. 2.	Anxietatea	8
1. 2. 3.	Schizofrenia	11
1. 2. 4.	Tulburările de intelect. Retardul mintal.	14

2.

Intervenții psihologice

2.1	Tehnici de intervenție în criză	17
2.2	Principii de conduită antistres	19
2.3	Activarea comportamentală (AC)	19
2.4	Psihoeducație	21
2.5	Interviul motivațional	22

3.

Legislația. Organizația serviciilor de sănătate mintală în RM

3.1	Legislația în domeniul Sănătății Mintale	25
3.2	Organizația Serviciilor de Sănătate Mintală în RM	26



SĂNĂTATEA MINTALĂ. TULBURĂRILE MINTALE.

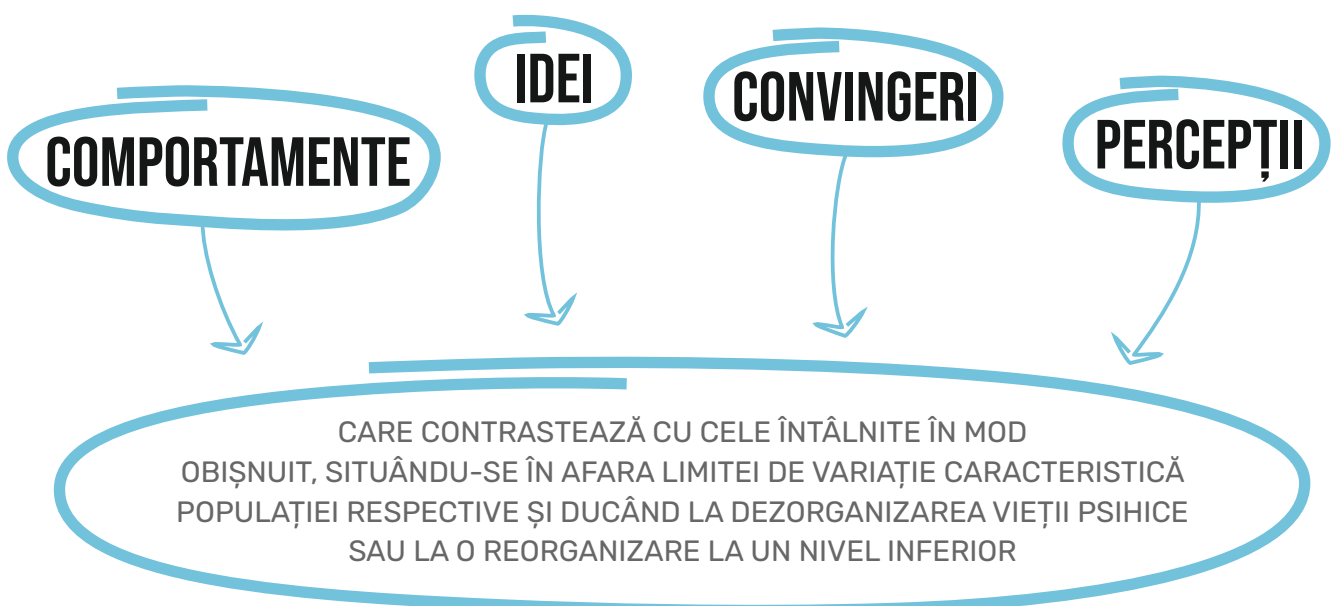
Sănătatea mentală este ceea ce gândim, simțim, cum acționăm și cum facem față încercărilor vieții. Este cum ne privim pe noi înșine, viețile noastre și oamenii care fac parte din ele.

Sănătatea mentală include:

- cum facem față stresului,
- cum ne relaționăm cu ceilalți,
- cum luăm deciziile.

Sănătatea mentală este un concept care decurge din cel de normalitate, adaptat la viața psihică a individului.

Tulburările Mentale SE MANIFESTĂ PRIN PREZENȚA ANUMITOR:



Tulburările mintale se înregistrează în toate țările lumii, atât la bărbați, cât și la femei, indiferent vârstă, statut social și mediul de trai. Analiza situației la nivel mondial privind necesitățile în serviciile de sănătate mentală, prezentată de OMS, estimează că

aproximativ 450 de milioane de oameni din întreaga lume au o tulburare mentală. Circa 10% dintre adulți se confruntă în prezent cu o tulburare mentală, iar 25% vor dezvolta afecțiunea pe parcursul vieții.

Clasificarea tulburărilor mintale

Tulburările mintale se clasifică în:

1. Tulburări nevrotice
Anxietatea, Depresia

2. Tulburări psihotice
Schizofrenia

Depresia

Depresia nu înseamnă pur și simplu a te simți nefericit sau plictisit de toate pe parcursul a câtorva zile. Toți noi trecem prin perioade de deprimare, însă atunci când ești în depresie, te simți trist permanent pe parcursul a câtorva săptămâni sau luni, nu doar a câtorva zile.

Unele persoane cred că depresia este ceva neînsemnat, nu o stare reală de sănătate. Aceste persoane n-au dreptate. Depresia este o adevărată boală cu adevărate

simptome. Ea nu este un semn de slăbiciune sau ceva din ce îți poți reveni „luându-te în mâini”. Partea bună este că, prin tratament și suport adecvat, majoritatea persoanelor se pot recupera completamente.

Depresia este o stare, în care o persoană se simte trist, însă este diferită de tristețea obișnuită. Din cauza depresiei, poate fi greu să lucrezi, să înveți sau să îndeplinești sarcini cotidiene.

Cum să-ți dai seama că treci prin depresie?

Depresia afectează oamenii în mod diferit și poate cauza o largă varietate de simptome. Acestea diferă de la sentimente durabile de tristețe sau disperare, la pierderea interesului în lucrurile care produceau plăcere, cât și dorința de a plânge. Multe persoane cu depresie prezintă de asemenea simptome de anxietate.

Persoanele deprimare se simt triste în majoritatea timpului pe durata a cel puțin 2 săptămâni. La fel, manifestă cel puțin 1 din aceste 2 simptome:

- Nu se mai bucură sau nu se mai preocupă de lucrurile, hobby-urile, activitățile plăcute anterior.
- Se simt triste, indispușe, frustrate,

dezamăgite, melancolice, disperate sau irascibile în cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi.

De asemenea, depresia poate face ca persoana:

- Să piardă sau să acumuleze în greutate;• Să doarmă prea mult sau prea puțin (în special, să se trezească mult mai devreme);
- Să se simtă obosită sau lipsită de energie;
- Să se simtă vinovată sau inutilă;
- Să uite unele lucruri sau să se simtă confuză;
- Să se gândească la moarte sau la suicid.

O practică utilizată este chestionarul sănătății pacientului: PHQ-9

Cu ajutorul acestui chestionar, medicul de familie, specialist în sănătatea mintală sau chiar persoana însăși se poate auto-evalua. Scala o puteți găsi online aici -

<https://atlas.app/ro/teste/test-depresie-phq-9>



1. În ultimele 2 săptămâni, cât de des ai fost deranjat de oricare din următoarele probleme?	Niciodată	Uneori	Mai mult de jumătate din timp	Aproape tot timpul
a. scăderea interesului sau a plăcerii pentru activitățile curente				
b. tristețe, demoralizare sau lipsă de speranță				
c. tulburări de somn (insomnie sau somnolență)				
d. oboseală sau lipsă de energie				
e. scăderea sau creșterea apetitului				
f. părera proastă despre sine, sentimentele de ratare sau de dezamăgire a familiei				
g. dificultăți de concentrare (ca de exemplu când citești sau te uiți la televizor)				
h. lentoare în mișcări sau vorbit prea încet, lucru sesizat de cei din jur, sau dinpotrivă, agitație ori neliniște				
i. gândul că ar fi mai bine să mori sau să-ți faci rău				
2. Cât de mult te-a afectat oricare din aceste probleme la locul de muncă, acasă sau în relația cu alți oameni	Nici o dificultate	Unele dificultăți	Foarte dificil	Extrem de dificil

Suicidalitate (risc sporit de comportament suicidal)¹

Trebuie evaluată suicidalitatea pentru fiecare pacient depresiv.

Depresia nu este:

- Ceva din care poți „ieși oricând dorești”;
- Un semn de slăbiciune;
- Ceva prin ce trece fiecare persoană;
- Ceva care va dura pentru totdeauna.

Una din formele întâlnite este **Depresia post-natală**, care poate apărea în primele săptămâni după ce ai devenit părinte.

Interpretarea scorului PHQ-9

Diagnostic	Scor total	Acțiune
Depresie minimă	0-4	Nu necesită tratament
Depresie ușoară	5-9	Medicul tratează în funcție de durata simptomelor și afectarea activității zilnice
Depresie modernă	10-14	
Depresie modernă- severă	15-19	Medicul tratează depresia cu antidepresive, psihoterapie și/sau o combinație de tratamente
Depresie severă	20-27	

¹ Marea Britanie (Ghidul NICE privind depresia; ediția 2010, 2013)

Depresia nu este:

Depresia nu are o cauză principală. Factori precum stresul, violența în familie, sărăcia, de asemenea îmbolnăvirea cu o boală gravă, experiențele negative din trecut, alimentația nesănătoasă, consumul de droguri/alcool, dezechilibrul unor substanțe din creier - Serotonină și Norepinefrină, factori genetici pot crește riscul ca cineva să dezvolte depresie.

Tratamentul Depresiei

În majoritatea cazurilor depresia este tratată cu psihoterapie, medicamente antidepresive sau o combinație între cele două.

Este o idee bună ca persoana care crede că are depresie să se adreseze după ajutor, mai ales dacă are un impact mare asupra vieții

sale. Este o problemă comună și există tratamente care pot ajuta. Ajutorul la îndemână în fiecare raion al Republicii Moldova este medicul de familie și Centrul Comunitar de Sănătate Mintală din localitatea sa.

Auto-ajutor pentru Depresie

- 1. Nu te izola, vorbește cu o persoană în care ai încredere.** Menține contactul cu persoanele dragi și prietenii, în special cu acele persoane cu care te simți liber să vorbești despre trăirile și emoțiile tale.
- 2. Practică activitatea fizică.** Exercițiul este un antrenor natural pentru reducerea stresului. Practică cel puțin 30 de minute de activitate fizică în majoritatea zilelor.
- 3. Amintește-ți ceva plăcut.** Un alt lucru pe care îl poți face este să-ți amintești un loc, un obiect sau o întâmplare asociate cu emoții pozitive și cu sentimente de bucurie.
- 4. Redu alcoolul și nicotina.** Dacă lupți cu depresia, ia în considerare reducerea consumului de alcool și nicotină.

Deși poate părea că au un efect de reducere a stresului pe termen lung afectează negativ starea de sănătate.

- 5. Rugăciunea sau meditația.** Aceste practici ajută la liniștirea minții și îți pot aduce noi perspective care restabilesc speranța și încrederea.
- 6. Concentrează-te pe aspectele pozitive ale vieții tale.** Fă-ți o „listă de recunoștință”, trece pe ea lucrurile bune din viața ta și mulțumește pentru ele.
- 7. Fă un lucru bun pentru cineva.** Oferirea unei mâini de ajutor este una dintre cele mai bune metode de a scăpa de dispoziția proastă. Din păcate, este una dintre cele mai puțin utilizate metode pentru combaterea depresiei.

Dacă credeți că ați putea fi deprimat(ă), vizitați medicul sau nursele dumneavoastră. Doar cineva cu instruire în domeniul sănătății mintale vă poate spune dacă starea Dvs. satisface cu adevărat criteriile specifice pentru depresie, sau poate că starea Dvs. este o simplă mâhnire, tristețe obișnuită.

Mergeți imediat să vă întâlniți cu cineva, dacă doriți să vă vătămați sau să vă omorâți! – Chiar și atunci când doriți să vă vătămați pe sine sau pe altcineva, întreprindeți una din acțiunile de mai jos:

- **Apelați medicul și spuneți-le că e o urgență;**
- **Apelați 112;**
- **Mergeți la secția de urgențe a spitalului local.**

Anxietatea

Anxietatea implică sentimente subiective (de exemplu îngrijorarea), răspunsuri fiziologice (de exemplu, tahicardie, hipercortizolemie), precum și răspunsuri comportamentale (de exemplu, evitarea).
Anxietatea poate fi benefică, pregătind organismul pentru acțiune, având un rol de protecție față de un posibil pericol și rol adaptativ, dar poate fi anormală atunci, când acaparează și perturbă viața de zi cu zi,

limitând existența persoanei la strategii de evitare sau de compensare.

Anxietatea se caracterizează printr-o senzație difuză, neplăcută, vagă, de teamă sau neliniște, însoțită de simptome vegetative: cefalee, transpirație, palpitații, tahicardie, disconfort gastric, etc. Este deci constituită din două componente, una fiziologică și alta psihologică, individul fiind conștient de existența ambelor.

Cele mai frecvente semne somatice ale anxietății:²

RESPIRATORII

- senzația de „lipsă de aer” sau „de sufocare”
- senzația de constricție toracică
- tahipnee (accelerare a ritmului respirației)
- senzația de „nod în gât”

CARDIOVASCULARE

- tahicardie (accelerare a bătăilor inimii)
- palpitații
- durere precordială (în dreptul inimii)
- sincopă (pierderea conștiinței, leșin)

NEUROLOGICE

- cefalee (dureri de cap)
- vertij
- parestezii (senzații de furnicături, amorțeală, înțepături, etc.)
- iluzii vizuale
- încețoșarea vederii
- hiperestezie (sensibilitate tactilă exagerată)

VEGETATIVE

- uscăciunea gurii
- paloarea feței
- hiperemie (aflux de sânge) la nivelul tegumentelor feței și bazei gâtului („în decolteu”)
- transpirații
- bufeuri (senzații intense) de căldură

MUSCULARE

- tremor
- contracturi musculare
- hipotonie musculară
- tresăriri musculare
- dureri lombare

GASTROINTESTINALE

- accelerări ale tranzitului intestinal
- colici
- greață, vomă
- dureri abdominale

Cele mai frecvente semne psihologice ale anxietății sunt:

- Dificultăți de concentrare;
- Hipervigilență;
- Senzații de frică;
- Tulburări hipnice;
- Senzație de „nod în gât” (globus);

Anxietatea poate fi percepută ca un sentiment inexplicabil de iminentă pieire, ca o grijă neîntemeiată și exagerată legată de viața cotidiană (de starea sănătății copiilor, de problemele financiare, etc.) sau ca o teamă nejustificată în fața unei anumite situații (călătoria cu autobuzul, avionul), a unei activități (condusul autoturismului) sau a unui obiect (teama de obiecte ascuțite, de animale). De obicei, pacienții descriu

² Ghiduri de terapie Farmacologică în tulburările psihiatrice majore. Sub redacția Udriștoiu T., Marinescu D. Editura Medicală Universitară Craiova, 2014, p. 159-211

următoarele stări psihice și fizice sau somatice în felul următor³:

- îngrijorări nerealiste și excesive;
- sentimente de teamă fără cauză (nemotivate);
- frici nejustificate în legătură cu anticiparea unui pericol necunoscut;
- flashback-uri (amintiri) ale unor traume trecute;
- comportamente compulsive (ritualuri),
- ca o modalitate de a-și diminua anxietatea;
- tremurături, dureri musculare, transpirații, amețeli, tensiune, oboseală, palpitații, senzații de gură uscată, tulburări digestive, senzația de „nod în gât”, frecvență crescută a respirației;
- pierderea capacității de autorelaxare psihică și fizică;
- insomnie.

Profilaxia – recomandări generale

- Educarea pacientului
- Abordare generalistă (situațiile de viață, starea sănătății, imaginea de sine a pacienților (concretizarea problemei))
- Auto-suportul și auto-gestionarea (ședințe terapeutice în grup sau aplicații Internet, programele individuale de auto-ajutorare ghidată)
- Stil de viață și activități fizice (să includă de regulă trei sesiuni pe săptămână cu o durată moderată (de la 45 minute la 1 oră) timp de 10 - 14 săptămâni (în medie, 12 săptămâni).

Factorii declanșatori pentru examinarea posibilității de diagnosticare a unei tulburări de anxietate:

- Consultarea frecventă din motivul plângerilor multiple, diverse și fără legătură somatică;
- Probleme non-specifice persistente ca: tensiunea lăuntrică, iritabilitatea, probleme de concentrare sau de somn;
- Plângeri similare hiperventilării (amețeală, furnicături, senzație de apăsare în piept);
- Plângeri somatice persistente care nu pot fi explicate printr-o patologie somatică, cum ar fi aritmia, extrasistolia, dispneea, diareea, migrena etc.;
- Solicitarea medicamentelor tranchilizante sau somnifere;
- Abuzul de alcool sau substanțe;
- Prezența simptomelor depresive sau/și anxioase;
- Membri ai familiei cu tulburări de anxietate.⁴

Cum să înțeleg dacă o persoană are anxietate?

Pentru a presupune o tulburare anxioasă este necesar de a obține răspuns la 2 întrebări cheie ce urmează:

ÎNTREBĂRI CHEIE:

1. În ultimele două săptămâni v-ați simțit nervos, anxios, sau la limită?
2. Ați fost incapabil de a înceta sau de a vă controla îngrijorările?

Dacă răspunsul este DA la una din întrebările de mai sus – este necesar de

evaluat întregul spectru de simptome ale anxietății cu efectuarea diagnosticului diferențiat.

Pentru aprecierea nivelului de severitate în caz de Tulburare de anxietate generalizată se poate utiliza scala TAG 7, care urmează.

³ Ghiduri de terapie Farmacologică în tulburările psihiatrice majore. Sub redacția Udriștoiu T., Marinescu D. Editura Medicală Universitară Craiova, 2014, p. 159-211.

⁴ Ghidul Medicilor Generaliști Olandezi

Scala pentru Tulburare de anxietate generalizată (TAG 7)

Pe parcursul ultimelor 2 săptămîni, cât de des v-ați simțit deranjat/ă de următoarele probleme?

	Defel	Câteva zile	Mai mult de jumătate din zile	Aproape în fiecare zi
Vă simțeați nervos, anxios sau la limită	0	1	2	3
Nu puteați înceta sau controla îngrijorarea	0	1	2	3
Îngrijorare prea mare în privința diferitor lucruri	0	1	2	3
Dificultate de a vă relaxa	0	1	2	3
Erați atît de agitat, că puteați sta pe loc cu greu	0	1	2	3
Vă enervați și vă iritați ușor	0	1	2	3
Vă simțeați nervos, anxios sau la limită	0	1	2	3

Interpretarea scorului:

Scor total	Interpretare
≥10	Posibilă diagnoză de tulburare generalizată de anxietate; de confirmat printr-o evaluare ulterioară
5	Anxietate ușoară
10	Anxietate moderată
15	Anxietate severă

Scara din 7-elemente de Tulburare de anxietate generalizată (TAG-7), poate fi folosită la monitorizarea anxietății.

Dacă o persoană primește un scor de 3 sau mai multe puncte, trebuie luată în considerare o tulburare de anxietate și este necesară o evaluare ulterioară.

Dacă o persoană primește un scor de 2

puncte sau mai puțin, dar unele preocupări persistă, următoarea întrebare ar trebui să fie: „Te găsești în situația de a evita locuri sau activități care îți cauzează această problemă?”

Dacă răspunsul este da, este indicată o evaluare suplimentară.

Educarea pacientului

- Educarea pacientului se realizează de către medicul de familie, nursă, psiholog, psihiatru și include:
 - Instruirea pacientului / biblioterapie** (explicați caracterul multi-factorial (ereditar, biologic, social, pierdere traumatică) al originii anxietății. Instruirea pacientului se poate face prin intermediul Internetului.
 - Structurarea zilei** (structurarea regulată a zilei este benefică. Dați sfaturi referitoare la planificarea structurii zilei, stabilind un timp regulat pentru trezire și culcare, masă, posibile activități de muncă sau odihnă).
 - Activitate fizică** (programele de activitate fizică pentru persoanele cu simptome de anxietate persistente de nivel sub-prag sau anxietate de la ușoară la moderată trebuie să: fie prestate în grupuri, cu suportul unui practician competent; conțină de regulă trei ședințe pe săptămână cu o durată moderată (de la 45 minute la 1 oră) pe parcursul a 10 - 14 săptămâni (în medie - 12 săptămâni).

Tehnici de relaxare:

Respirația abdominală



1.Română



2.Română



1.Rusă



2.Rusă

Vizualizare



1 video



2 video



3 video

Tratamentul medicamentos

În cazul prezenței simptomelor anxietății de obicei, nu sunt necesare medicamente, fiind preferabile alte intervenții (de primă etapă). Numai în cazul, în care nu se îmbunătățește starea din intervențiile (psihologice) anterioare sau în cazul în care suferința sau deficiența în funcționarea cotidiană este (foarte) gravă.

Schizofrenia

Ce este schizofrenia? – Schizofrenia este o tulburare a funcțiilor creierului care împiedică pacientul să gândească corect și să perceapă adecvat realitatea ambientală. Ea poate face pacientul să vadă, să audă, să simtă lucruri care nu există în realitate, ori să creadă în niște lucruri ce nu sunt adevărate.

Există vreo investigație specifică, care să confirme diagnosticul de schizofrenie? – Nu.

Nu există nici o investigație specifică. Însă medicul sau asistenta medicală, specialiștii de la centrele comunitare de sănătate mintală pot să vă explice despre schizofrenie.

Lumea persoanelor cu schizofrenie

Experiențe (trăiri) neobișnuite. Așa cum persoanele „normale” percep lumea dintr-o anumită perspectivă, persoanele cu schizofrenie au propria lor perspectivă asupra lumii. Percepția persoanelor cu

schizofrenie însă, este de obicei foarte diferită de realitatea celorlalți oameni din jurul lor.

Trăind într-o lume care pare distorsionată, în permanentă schimbare și lipsindu-le niște puncte de sprijin ale realității, pe care noi toți le folosim, o persoană cu schizofrenie se poate simți confuză și anxioasă. O astfel de persoană poate părea distantă, detașată de lumea din jur sau preocupată de altceva sau poate sta nemișcată „ca piatra” și eventual fără să vorbească, timp de ore întregi. Sau poate să fie într-o permanentă mișcare, agitație, neliniște. Astfel, o persoană cu schizofrenie, poate prezenta comportamente complet diferite în momente diferite de timp.

Halucinațiile. Lumea persoanelor cu schizofrenie poate fi plină de halucinații. Pot experimenta senzații care în realitate nu există, cum ar fi: aud voci care le spun să facă anumite lucruri, văd oameni sau lucruri

care nu există sau simt că ceva le atinge corpul. Unele dintre aceste halucinații pot fi înspăimântătoare. Cele mai frecvente tipuri de halucinații în schizofrenie sunt cele auditive. Vocile pe care le aud pot să comenteze activitățile persoanei, pot intra în conversație cu ea sau îi pot da comenzi.

Ideile delirante. Sunt credințe personale false, la care persoana nu renunță, în ciuda argumentelor contradictorii și care nu fac parte din credințele culturale ale persoanei. Acestea sunt simptome frecvent întâlnite în schizofrenie și pot lua, de exemplu, forma unor teme de persecuție sau grandoare. Câteodată, ideile delirante au un aspect bizar – de exemplu, persoanele cu schizofrenie pot crede că un vecin le controlează acțiunile prin intermediul undelor magnetice sau că anumite persoane de la televizor le adresează în mod direct anumite mesaje sau că le difuzează propriile mesaje prin televizor. Ideile delirante de persecuție sunt frecvente în schizofrenia paranoidă și reprezintă idei false și iraționale – persoana crede că este agresată, înșelată, otrăvită sau au loc acțiuni conspirative împotriva sa.

Gândire dezorganizată. Gândirea persoanelor cu schizofrenie este adesea afectată. Ele au senzația că nu pot gândi corect, că anumite gânduri vin și pleacă rapid, că nu se pot concentra asupra unui singur lucru pentru o perioadă mai mare de timp și că sunt foarte ușor distrase de alte lucruri. Persoanele cu schizofrenie nu pot diferenția între ceea ce este relevant și ceea ce nu este relevant într-o anumită situație. Nu pot să-și ordoneze gândurile și ideile într-o succesiune logică, ele devenind astfel dezorganizate și fragmentate, iar rezultatul constă în trecerea haotică de la o idee la alta.

Modificările emoționale. Persoanele cu schizofrenie prezintă ceea ce se numește „afect inadecvat”. Acest lucru se referă la exprimarea unei emoții care nu este în concordanță cu gândirea și discursul persoanei. De exemplu, o persoană care suferă de schizofrenie poate spune că este persecutată de demoni și apoi începe să râdă.

Persoanele cu schizofrenie prezintă adesea un „afect plat” sau „tocit”. Acești termeni se referă la o reducere a expresivității emoționale, adică folosesc un ton al vocii monoton sau expresii faciale reduse.

Normal versus anormal. În anumite momente, indivizii normali se pot simți sau pot gândi și reacționa în moduri care amintesc de simptomele unei persoane cu schizofrenie. Adesea pot simți că nu gândesc limpede, clar. Pot deveni foarte anxioși atunci când trebuie să vorbească în fața altor persoane (se simt confuzi, nu-și pot aduna gândurile, uită ceea ce voiau să spună).

Așa cum o persoană normală poate face în mod ocazional lucruri neobișnuite, în același mod multe persoane cu schizofrenie adesea gândesc, se poartă și simt într-un mod perfect normal. Dacă nu este într-o perioadă a bolii de dezorganizare extremă, persoana cu schizofrenie are un sens al realității; de exemplu, știe că majoritatea oamenilor mănâncă de trei ori pe zi și dorm noaptea. A fi total rupt de realitate nu înseamnă că persoana trăiește cu totul în altă lume. De cele mai multe ori, există doar anumite aspecte care nu au o bază reală. Atunci când persoana cu schizofrenie aude o voce pe care ceilalți nu o aud, este o distorsionare a realității, dar este o distorsionare doar a unei părți a realității. Astfel, persoana cu schizofrenie poate părea absolut normală în cea mai mare parte a timpului.

Cum se tratează schizofrenia? –

Schizofrenia se tratează cu medicamente care asigură controlul simptomelor și cu diferite tipuri de consiliere și suport, precum și cu alte metode non-medicamentoase în asociere, precum cele psihologice.

Medicamentele pentru schizofrenie, de regulă reduc și chiar înlătură simptomele. Uneori, este necesar să fie administrate câteva medicamente, până când se va găsi medicamentul cel mai potrivit, care funcționează cel mai bine și cauzează cele mai puține efecte nedorite.

Medicamentele utilizate pentru tratamentul schizofreniei pot cauza efecte adverse neconfortabile. Dacă medicamentele pe care le ia persoana cauzează efecte adverse, vorbiți-i medicului despre acestea. Medicul ar putea reduce doza, trece la un alt medicament sau poate să ajute să gestioneze în alt mod efectele adverse. Pentru a controla simptomele schizofreniei, de obicei este nevoie de a lua medicamente pentru tot restul vieții. Este important ca medicamentele să fie luate exact așa cum a recomandat medicul. În caz contrar, simptomele ar putea să se agraveze. Pentru persoana cu schizofrenie și pentru familia sa poate fi util să participe la un tip specific de terapie, numită „psihoeucația familiei.” Acest gen de terapie poate învăța persoana cu schizofrenie și pe persoanele dragi să însușească unele lucruri utile ca, de exemplu:

- Schizofrenia este o boală biologică și nu este greșea cuiva;

- Modalitățile de a nu permite agravarea stării persoane cu schizofrenie;
- Modalitățile de a face față simptomelor, astfel încât ele să fie mai puțin stresante, etc.

Pe lângă impactul asupra persoanei care are schizofrenie, schizofrenia afectează semnificativ familia și apropiații acestuia. Ei sunt cei care intră constant în contact cu persoana cu schizofrenie și resimt un mare stres emoțional.

Persoanele care au schizofrenie au nevoie ca oamenii din jurul lor, familia, prietenii, să fie informați despre această afecțiune. Cu cât știu mai multe despre schizofrenie, evoluția și simptomele sale, cu atât pot face viața persoanei cu schizofrenie și a lor mai ușoară.

Tratamentul schizofreniei este un proces care se întinde de cele mai multe ori pe toată durata vieții. Tratamentul este individualizat, în funcție de fiecare pacient, acesta fiind un participant activ și important în alegerea planului terapeutic. Sprijinul familiei pe parcursul întregului proces este vital.

Spitalizarea

Decizia de a interna pacientul **DEPINDE DE PREZENȚA UNOR SIMPTOME** care pot pune în pericol viața acestuia și a celor din jurul său. Pentru cazurile în care pacienții refuză spitalizarea când aceasta este necesară, se aplică **LEGEA Nr. 1402** din 16.12.1997 privind sănătatea mintală.

Pe lângă tratamentul medicamentos sunt și alte tipuri de intervenții.

Ele sunt cele prin care atât pacientul cât și familia acestuia înțeleg importanța urmării tratamentului. Șansele de recădere (recidivă) în cazul unui pacient care urmează corect tratamentul

medicamentos sunt de 20%, față de 80% în cazul în care acesta nu îl urmează. Intervenția psihosocială crește eficiența tratamentului medicamentos și invers.

Tipuri de intervenții psihosociale:

Antrenarea abilităților sociale

Ținta acestui tip de intervenție sunt simptomele negative ale persoanelor cu schizofrenie, cele care împiedică persoana cu schizofrenie să funcționeze în societate ca un membru activ. Metoda își propune să îmbunătățească funcționarea socială a pacienților prin

învățarea comportamentelor necesare în societate, pierdute ca urmare a bolii. Cele mai comune simptome sunt lipsa contactului vizual, sărăcia expresiilor faciale, lipsa spontaneității în conversație, lipsa capacității de apreciere corectă a expresiilor celorlalți.

Reabilitare vocațională

Schizofrenia ca diagnostic nu înseamnă că pacientul nu poate fi un membru activ și productiv al societății. Mulți dintre pacienți pot munci având chiar abilități deosebite în anumite domenii, iar acest lucru este esențial pentru reintegrarea lor socială și o recuperare pozitivă.

Terapia de grup

Terapiile de grup își propun îmbunătățirea metodelor de adaptare. Ele pot fi mijloace importante de monitorizare a pacienților privind reapariția simptomelor premergătoare unui nou episod. Terapiile de grup sunt eficiente în reducerea izolării sociale și ameliorarea contactului cu realitatea.

Intervenții familiale

Familia poate înțelege cel mai bine gravitatea stării persoanei cu schizofrenie atunci când acesta este în faza acută. Tot în această situație familia înțelege necesitatea tratamentului adecvat. Este necesar ca familia să înțeleagă că negarea existenței unei tulburări psihice și încercarea de a căuta o alta explicație pentru apariția acesteia sunt în detrimentul pacientului.

Psihoterapiile de orientare cognitiv-comportamentală

Încearcă să modifice experiențele și simptomele psihotice sau efectul exercitat de acestea asupra gândirii, sentimentelor și comportamentului pacientului, astfel încât acestea să fie acceptabile pentru pacient. Nu se încearcă, de exemplu, contrazicerea ideii delirante, ci acceptarea ei și înglobarea ei în sistemul de valori acceptate de societate. Este o metodă complementară tratamentului medicamentos.

Tulburările de intelect. Retardul mintal.

INTELÉCT, *intelecte*, s. n. Capacitatea de a gândi, de a cunoaște, de a avea o activitate rațională, de a opera cu noțiuni; minte, gândire, rațiune. Din fr. intellect, lat. intellectus. (DEX '09 - 2009)

INTELIGENȚA este facultatea de a descoperi proprietățile obiectelor și fenomenelor înconjurătoare, cât și a relațiilor dintre acestea, dublată de

posibilitatea de a rezolva probleme noi⁵

CONFORM GRADULUI DE SEVERITATE identificăm:

- **retard mintal ușor** (IQ= 70-50) este cel mai frecvent consecința unui mediu familial social deficitar, afectează cu preponderență categoriile defavorizate și are un risc mare de recurență; cauzele

⁵ <https://ro.wikipedia.org/wiki/Inteligență>

medicale sunt rare iar pacientii sunt educabili și pot căpata un anumit grad de independență. Reprezintă cca. 85% din toate cazurile de retard mental.

- **retard mental sever** (IQ <50) Acesta poate fi la rândul său subîmpărțit în moderat (IQ=50-35), sever (IQ=35-20) și profund (IQ<20). Are o distribuție uniformă la toate categoriile sociale, cauzele biomedicale sunt cele mai frecvente, risc mic de recurență, necesită îngrijiri speciale.

EDUCAȚIONAL

- **educabili**, pot învăța la școală lucruri simple dar fără a depăși nivelul clasei a V-a.
- **antrenabili**, pot învăța să se îngrijească, dar puțini pot învăța să scrie și să citească.

- **neantrenabili**, sunt în totalitate dependenți de îngrijirea altora.

TESTUL DE INTELIGENȚĂ

- Este o metodă care stabilește gradul de inteligență al unei persoane;
- poate stabili capacitatea cognitivă în viața cotidiană a individului;
- poate prevedea succesul/eșecul persoanei examinate în urmarea unor școli sau în anumite profesii;
- metodă suplimentară în stabilirea unor boli mintale (demența);
- Cel mai cunoscut dintre aceste metode este stabilirea coeficientului de inteligență (IQ).

Factorii cauzali ai retardului mental

Stabilirea cauzelor retardului mental este o acțiune dificilă, dar foarte necesară pentru stabilirea unui prognostic și a unui sfat genetic corect. La etiopatogenia retardului mental contribuie factori de mediu și/sau genetici.

FACTORII GENETICI

- **Aberații cromozomiale:**
Anomaliile numerice cromozomiale Down
- **Erori metabolice ereditare monogenice (enzimopatii)**
Fenilcetonuria
boala Hartnup
Tirozinoza
mucopolizaharidozele

FACTORI EXTERNI

- **agenți traumatici**
hemoragii intracraniene
- **agenți toxici**
alcoolismul matern
sindromul alcoolic fetal
- **agenți infecțioși**
citomegalovirus
toxoplasma
rubeola
- **carențe nutriționale ale gravidei**
Iod
Seleniu

Factori de mediu

1. **agenți traumatici**
(hemoragii intracraniene);
2. **agenți toxici**
(îndeosebi alcoolismul matern/sindromul alcoolic fetal);
3. **agenți infecțioși**
(citomegalovirus, toxoplasma, rubeola);
4. **carențe nutriționale ale gravidei**
(iod, seleniu).

Clasificarea Retardului Mintal

UȘOARĂ	MEDIE	SEVERĂ	PROFUNDĂ
IQ (70) 60 - 50	IQ 49 - 35	IQ 34 - 20	IQ 19 - 1
educabil	antrenabil	puțin antrenabil	neantrenabili
CES (Cerințe educaționale speciale)	Educarea abilităților de autoîngrijire	Supraveghere; Autoasistare minimă	Îngrijire permanentă
Vârsta mintală:			
12 - 9 ani	9 - 6 ani	6 - 3 ani	3 - 0 ani
Vor fi în stare să muncească și să mențină relații sociale bune, având contribuții în societate	Adulții vor avea nevoie de diferite grade de sprijin pentru a trăi și munci în comunitate	O continuă necesitate de sprijinire	Limitarea gravă în îngrijirea proprie, continență, comunicare și mobilitate

Abordarea persoanelor cu retardare mintală e holistică și nu este suficient doar tratament medical:

Echipa multidisciplinară + FAMILIA

- (pedo)psihiatru, psiholog, logoped;
- pediatru, neurolog, endocrinolog;
- educator-defectolog, pedagog;
- kinetoterapeut, maiștri.

Obiectivele intervențiilor

- stimularea și dezvoltarea la maximum a capacităților disponibile;
- însușirea deprinderilor de autoservire și muncă;
- asimilarea cunoștințelor școlare posibile;
- învățarea celor necesare unei adaptări sociale și profesionale optime.

Asistența medicală

- corectarea instabilității psihomotorii și a reacțiilor emoționale exagerate;
- psihostimulare, ameliorarea metabolismului cerebral;
- terapia anti-convulsivantă;
- deficiențele motorii necesită terapia antispastică, gimnastică medicală sistematizată;
- fizioterapie, masaj galvanic, ionizări;
- cure balneare în sanatorii specializate;
- intervenții chirurgicale (tenotomii);
- tratamentul bolilor somatice asociate.



INTERVENȚII PSIHOSOCIALE

Tehnici de intervenție în criză

Criza e definită ca un eveniment brusc în viața cuiva, care tulbură echilibrul psihonoemoțional, în timpul căruia mecanismele obișnuite de abordare nu pot rezolva problema.

Comunicarea are un rol esențial în gestionarea situațiilor de conflict și a crizelor.

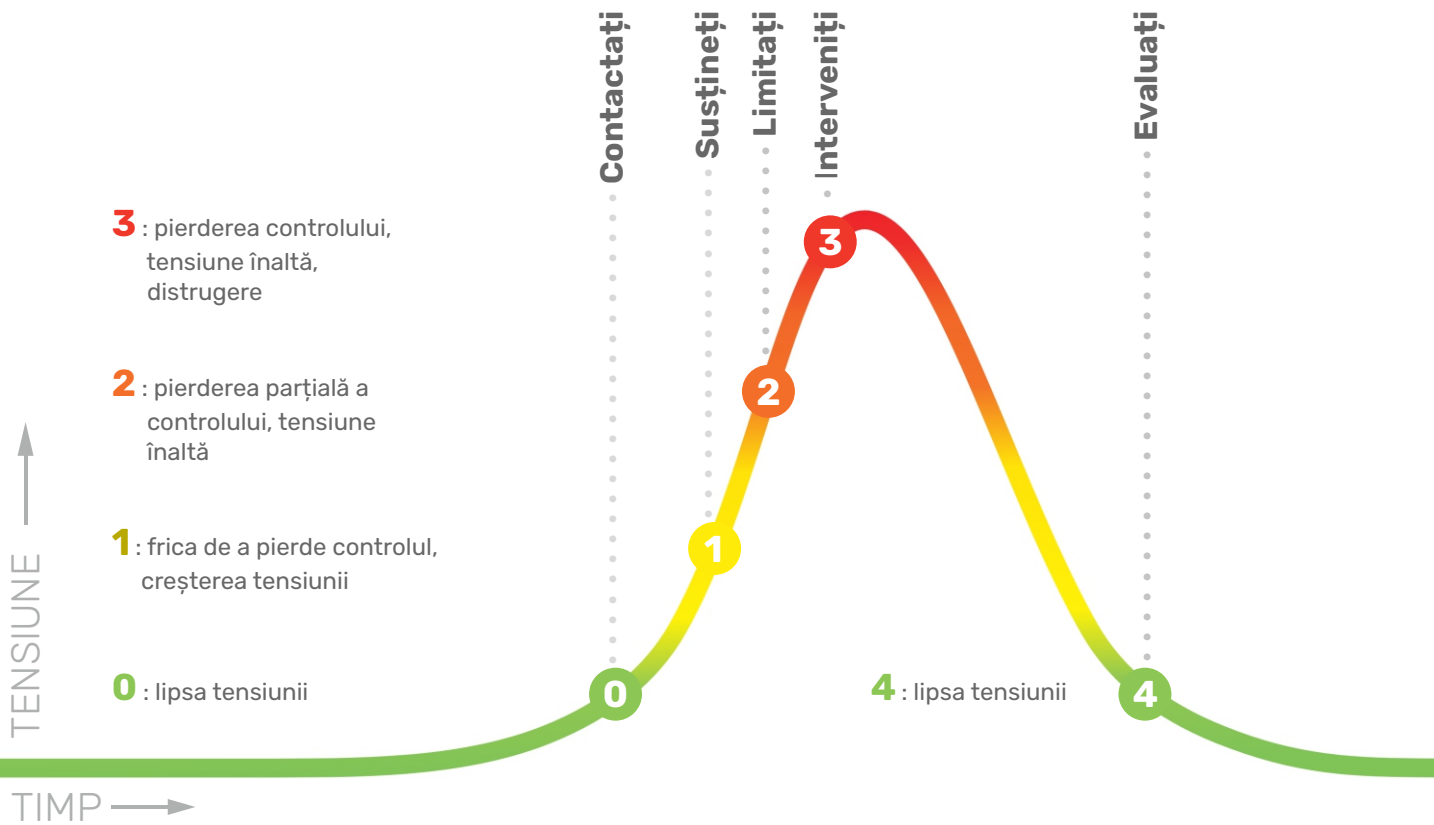
Comunicarea este un ansamblu de acțiuni care au în comun transmiterea de informații sub formă de mesaje, știri, semne sau gesturi simbolice, texte scrise ș.a.m.d. între doi indivizi, numiți interlocutori, sau mai formal, emițător și receptor. Este o parte esențială din capacitățile personalului integrat în serviciul medical în general și cel de medicină de familie în particular. Cea mai tipică formă de comunicare are loc în cadrul consultațiilor medicale.

Comunicarea înseamnă putere. Cei care îi stapânesc modul de utilizare pot schimba modul în care percep lumea și modul în care sunt ei înșiși percepuți de lume.

(Anthony Robbins)

Modalități de a răspunde unei situații conflictuale:

- **Abandonul** - dacă o persoană se retrage fizic sau emoțional dintr-un conflict, poate de teama confruntării, neavând nimic de spus cu privire la problemă.
- **Reprimarea** este refuzul de a lua act de existența unui conflict, de a vorbi despre acesta.
- **Strategia victorie-înfrângere** este o confruntare de forțe din care una tinde să ajungă deasupra.
- **Compromisul** este împăcarea fiecărei părți cu ideea de a câștiga ceva, dar și de a renunța la ceva; totuși, compromisul pune accentul pe ideea de renunțare și nu pe cea de câștig.
- **Strategia câștig-câștig** - specifică tehnicilor de negociere, pune accentul pe avantajele descoperirii de soluții mai bune, urmărind de asemenea îmbunătățirea relațiilor între parteneri.



Verde :

Faza 0 - Lipsa Tensiunii, în echilibru

Verde :

Faza 4 - Relaxarea

Manifestări

Comportament echilibrat, relaxat, exprimare prietenoasă și postură neutră

Intervenții: contactați & evoluți

Verde : Faza 0 În echilibru

- Stabiliți contacte
- Abordați, cercetați (puneți întrebări)
- Elaborați un plan de criză
- Respectați

Verde : Faza 4 Relaxarea

- Restabiliți contactul
- Abordați, Evoluți
- Ajustați plan de criză
- Respectați

Galben :

Faza 1 - Frica de a pierde controlul

Manifestări

Tensionat față de nemulțumită, respirații profunde, mâncatul unghiilor, comportament hiper, se ridică/se așează, brațele încrucișate, postură ne-binevoitoare

Intervenții: susțineți

- Abordați ceea ce remarcați,
- Puneți întrebări: ce se întâmplă și de ce?
- Oferiți suport
- Pot face ceva pentru tine?

Orange :

Faza 2 - pierderea parțială a controlului

Manifestări

Față tenționată, strânge pumnii, neliniștit, strigă, lovește lucruri, pleacă

Intervenții: susțineți

- Ajustați, limitați și oferiți alternative
- Preluati controlul, când este necesar
- Instrucțiuni comportamentale: scurte, clare, concrete
- Solicitați schimbări comportamentale realiste, executabile

Roșu :

Faza 3 - distrugere, pierderea controlului

Manifestări

Violență fizică marcată, violență verbală, agitație psihomotorie

Intervenții: susțineți

- Securitatea, mai întâi de toate (a dvs., a colegilor, a celorlalți și a agresorului)
- Fiți pregătit : coordonarea sarcinilor și acțiunilor (cine ce face)
- Dacă puteți, interveniți fizic într-un mod sigur și uman

Principii de conduită antistres

La baza conduitei antistres stau câteva premise care pot să permită oricărui individ să reziste nenumăratelor stresuri care ne asaltează zilnic. Trebuie să învățăm să trăim cu stresul care adesea este inevitabil.

Secretul constă în a transforma stresul în energie învingătoare. Este întotdeauna bine să învățăm să ascultăm propriul corp și să ni-l facem prieten (Luban Plozza).

Adoptarea unui comportament cu scopul de a face față stresului psihic este constituită de îndeplinirea următoarelor obiective:

1. reglarea optimă a nivelului de aspirații în raport cu nivelul de posibilități (diferență minimă în favoarea nivelului de aspirații);
2. asigurarea celor 3 nevoi psihologice fundamentale: nevoia de afiliere, de

securitate pe termen lung, și de noutate a experienței;

3. formarea unei gândiri pozitive, bazate pe: acceptarea stresului psihic ca pe o provocare, abordabilă de pe poziția unui loc de control intern (prin asumarea responsabilității personale) dar incluzând și apelul la suportul social;
4. evaluarea corectă a caracteristicilor stresorului, în raport cu resursele personale (inclusiv evaluarea situațiilor ambigue ca nefiind în mod obligatoriu amenințătoare);
5. creșterea autoeficacității prin raportări repetate la realizările personale anterioare.

Principii de conduită antistres

- planificarea eficientă a timpului;
- a face ceva din plăcere (ex., realizarea hobby-urilor) cel puțin o dată pe săptămână (o dată pe zi);
- a rezerva în fiecare zi un moment de liniște;
- a realiza un echilibru între muncă/recreație, muncă și familie;
- a dormi 7-8 ore pe noapte cel puțin de două ori pe săptămână;
- a folosi procedee de relaxare, inclusiv a oferi și a primi cu regularitate afecțiune, a discuta dificultățile cu alții, condiție în care vor trebui căutați prieteni cărora să le poți face confidențe;
- a cultiva trăiri și sentimente pozitive și a recurge la umor;
- a practica exerciții fizice (cel puțin la sfârșit de săptămână și - zilnic - mersul pe jos);
- a depăși momentul de stres, făcând altceva interesant;
- a-și armoniza aspirațiile cu posibilitățile;
- cultivarea activităților spirituale;
- evitarea stresurilor inutile (ex. vizite în medii angoasante);
- reflectarea asupra scopurilor majore și sensului vieții;
- a învăța să spună sigur „nu” (a nu promite cu ușurință lucruri ce se vor dovedi ulterior un balast de preocupări stresante);
- a-și face un obicei din a ajuta pe alții, fără a aștepta remunerare și apreciere.

Activarea comportamentală (AC)

Activarea comportamentală este o formă structurată de intervenție psiho-socială, care are scopul de a activa persoanele. Toate tehnicile de activare comportamentală respectă principiile de bază ale creșterii activării și a angajamentului pentru viață.

Când suntem depresivi, noi:

- Nu ne simțim bine fizic;
- Avem gânduri depresive;
- Ne schimbăm modul de a ne comporta;

Comportamentul diferit se exprimă prin:

- Stoparea frecventă a obișnuințelor importante;
- Retragera de la lucrurile plăcute care ne fac să ne simțim bine;
- Evitarea lucrurilor importante și necesare, așa ca plata facturilor;

În urma retragerii, sentimentele și gândurile noastre de asemenea se agravează, deoarece toate simptomele depresiei sunt legate între ele. Scopul AC este de a face ca pacienții să-și recapete funcționalitatea pierdută sau redusă în timpul depresiei.

AC include activități menite de a le ajuta pacienților:

- Să-și restabilească obișnuințele zilnice;
- Să sporească activitățile externe plăcute;
- Să țină cont de așa probleme necesare, cum ar fi, spre exemplu, plata facturilor.

Analiza funcțională (ABCDE)

- Antecedentele sau contextul;
- Reacții comportamentale;
- Consecințele comportamentelor curente;
- Direcții apreciate;
- Efect.

Structura Activării Comportamentale

Activitățile pot fi divizate în:

- Obișnuințe
- Plăcute
- Necesare

Mesaje cheie

- Activarea comportamentală este utilă și obligatorie în conduita pacientului cu depresie ușoară și moderată.
- AC permite revenirea mai rapidă la starea de funcționalitate anterioară.

Cei 4 pași ai AC

1. Înregistrați într-o agendă ce faceți acum
2. Faceți liste ale obișnuințelor, lucrurilor plăcute și celor necesare, pe care ați dori să le faceți;
3. Aranjați listele separate într-o singură listă:
 - a. Activitățile cele mai dificile sunt în vârful listei
 - b. Activitățile mai ușoare sunt la sfârșitul listei
 - c. Amestecați obișnuințele, activitățile plăcute și cele necesare.
4. O fișă zilnică pentru a planifica cum să începeți a face aceste lucruri.

Psihoeducația

Psihoeducația este o intervenție psihologică axată pe informarea persoanelor cu boală psihică și a persoanelor apropiate despre boala psihică și despre cele mai bune modalități de înfruntare a problemelor lor psihice.

Psihoeducația este o intervenție terapeutică bazată pe dovezi pentru pacienți și pentru cei apropiați, care oferă informații și sprijin pentru a înțelege mai bine și pentru a face față bolilor. Psihoeducația este adesea asociată cu boli mintale grave, inclusiv demență, schizofrenie, depresie clinică, tulburări de anxietate, boli psihotice, tulburări de alimentație și tulburări de personalitate, cu toate că termenul a fost folosit și pentru programele care abordează afecțiuni fizice cum ar fi cancerul.^{6/7}

Psihoeducație este „abilitarea celui afectat” cu „expertiza de tratament fundamentată științific” într-un mod cât mai eficient posibil.

Scopurile Psihoeducației în SM

- Obținerea de către pacient și rude a competențelor de bază;
- Facilitarea gestionării informate și auto-responsabile a bolii;
- Aprofundarea rolului pacienților în calitate de experți;

- Co-terapeuți: consolidare a rolului rudelor și familiei;
- Bună cunoaștere a bolii și îmbunătățirea complianței;
- Promovarea prevenirii recidivelor;
- Promovarea aspectelor sănătoase;
- Combinarea optimă a metodelor profesionale terapeutice și a abilității.

Scopurile psihoeducației referitoare la client

- A dezvolta o mai bună cunoaștere a: bolii, prognozei, modului de prevenire a recidivei;
- A îmbunătăți aderența la medicamente și tratament;
- A recupera.

Scopurile psihoeducației referitoare la persoanele apropiate

- A dezvolta o mai bună cunoaștere a: bolii, prognozei, modalități de susținere a pacientului în vederea prevenirii recidivelor;
- A reduce povara pentru persoanele apropiate;
- A îmbunătăți rețeaua de suport a pacientului,
- Recuperarea.

De ce este importantă?

- S-a dovedit a fi eficientă, dacă este prestată cât mai mult posibil cu implicarea pacientului.
- Corespunde valorilor noastre.
- Psihoeducația facilitează luarea în comun a deciziilor.
- Nicio decizie referitoare la starea sa nu trebuie luată fără pacient!
- Psihoeducația facilitează abilitarea, oferindu-le clienților oportunitatea de a-și controla procesul de recuperare.

Ce implică psihoeducația?

1. Ce înseamnă boala psihică?

- Scop – Înțelegere și auto-acceptare
- Furnizarea informației despre:
- Simptome - pozitive, negative.
- Medicamente și efecte adverse.
- Intervenții psihoterapeutice și prevenirea suicidului -program, opțiuni
- Măsuri psihosociale - program

2. Cum să fac față bolii psihice?

- Scop – Autogestionare
- Semne de avertizare precoce, plan de criză, de prevenire a recidivei etc.

3. Cine prestează psihoeducația?

Mai mulți specialiști pot și trebuie să presteze psihoeducație:
Medici de familie

⁶ Bäuml, Josef, et al. Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. Schizophrenia Bulletin. 2006 32 (Supplement 1): S1-S9

⁷ Hogarty, GE, Anderson, CM, Reiss, D, et al. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:340-347.

- Nurse
- Psihatri
- Psihologi
- Terapiști ocupaționali
- Asistenți sociali

Opțiuni de auto-îngrijire utile în caz de stări depresive ușoare

- Conectați-vă
- Fiți activi

- Oferiți
- Continuați să învățați
- Remarcați
- Activitate fizică
- Participare socială
- Învățare pe tot parcursul vieții
- Resurse comunitare
- Opțiuni disponibile în localitatea pacientului.

Interviul motivațional

o discuție confidențială pentru a ajuta beneficiarul să-și schimbe comportamentul

La baza interviului motivațional stă concepția despre etapele schimbării comportamentului.

A fost dezvoltat în anii '80 în SUA și Marea Britanie pentru ca apoi să fie utilizat peste tot în lume, în general în domeniul medical și în special în tratamentul pentru dependența de substanțe psihoactive.

Așa cum este definit de către autorii săi William Miller și Stephen Rollnick – ambii psihologi - este o metodă directivă de comunicare, centrată pe client, care are ca scop creșterea motivației intrinseci pentru schimbare prin explorarea și rezolvarea ambivalenței. Este vorba despre un stil de intervenție, despre o modalitate particulară de interacțiune cu clientul, orientată spre un obiectiv determinat, de exemplu, diminuarea sau renunțarea la comportamentul de risc. Este „centrat pe client” – la fel ca în practica lui Carl Rogers – și se desfășoară într-o atmosferă empatică și valorizantă, facilitând schimbarea comportamentului și stilului de viață al clientului.

Interviul motivațional are la bază principii care subliniază responsabilitatea clientului pentru propria alegere. Ambivalența este naturală din toate perspectivele schimbării. În acest sens, prin explorarea și descoperirea valorilor și percepțiilor proprii clientului, relația are scopul de a crește motivația acestuia pentru schimbare. Clientul este cel care va formula argumentele în favoarea schimbării. Preocupările acestuia au

prioritate față de cele ale consilierului.

Interviul motivațional este util în special în situațiile în care persoanelor cu dizabilități mintale le este dificil să recunoască severitatea unei probleme. Stabilirea unei relații de colaborare permite gestionarea unui nivel inițial scăzut de motivație, dificil de abordat prin metodele uzuale de terapie.

În situații în care comportamentul unei persoane este elementul determinant al prognosticului, cum este cazul tratamentului pentru boli cronice sau gestionarea individuală a factorilor de risc (diabet, obezitate, sedentarism, dependente etc.), abordarea motivațională crește eficiența consilierii terapeutice.

Învățarea principiilor fundamentale ale interviului motivațional este compatibilă cu modelele teoretice clasice din consiliere și psihoterapie iar aplicarea acestuia se integrează în experiența profesională acumulată anterior indiferent de școala psihoterapeutică. Stilul său original pune accentul pe colaborarea dintre practician și pacient pentru atingerea unui obiectiv realist.

Interviul motivațional și-a dovedit eficiența atât în terapia consumului și dependenței de substanțe (alcool, cocaină, amfetamine, opiacee, marihuana, tutun) cât și în ceea ce privește o varietate largă de probleme medicale (dietă și activitate fizică, aderența la tratament, prevenirea HIV, managementul bolilor cardiovasculare și diabetului, hipertensiune, astm, bulimie etc.).

Sarcini pentru consilier

- sporirea probabilității ca clientul să participe, să persevereze și să adere la o anumită strategie de schimbare a comportamentului sau să se pregătească pentru o schimbare.

INTERVIUL MOTIVAȚIONAL poate fi utilizat în lucrul:

- cu persoanele cu orice tip de adicții (alcool, fumat, droguri, dependența electronică etc);
- cu lucrătorii sexului comercial (LSC);
- cu persoane cu risc de infectare cu HIV/ITS;
- cu persoanele fără adăpost / fără serviciu;
- cu probleme de alimentație (supra- / subponderali);
- persoane ce administrează medicamente;

- cu orice persoană care vrea să-și schimbe comportamentul sau să adopte un alt comportament.

PRINCIPIILE INTERVIULUI MOTIVAȚIONAL⁸

- Motivația de a schimba comportamentul aparține clientului;
- Anume beneficiarul verbalizează contradicțiile din propria viață și încearcă să le soluționeze;
- Convingerile directe, impunerile, „sperietorile” nu sunt metoda potrivită pentru soluționarea problemelor;
- Consilierul doar însoțește și direcționează discuția, ajutând beneficiarul să studieze situația contradictorie (ambivalența) și să găsească soluții.

Etapele interviului motivațional și acțiunile specialistului

ETAPA

ACȚIUNILE SPECIALISTULUI

1. Lipsa reflexiei Pre-Contemplarea

clientul nu tinde să-și schimbe comportamentul

- Nu cunoaște consecințele propriilor acțiuni
- Crede că comportamentul lui nu-l supune riscurilor
- Consideră că va fi foarte dificil să se schimbe;
- Nu vrea să se gândească la schimbarea conduitei

CONSILIERUL

- Confirmă lipsa pregătirii
- Sporește preocuparea
- Explică și personalizează riscul

2. Intenția Contemplarea

- Clientul își dă seama că se supune riscului
- Intenționează să se schimbe în ~ 6 luni încă ezită

CONSILIERUL

- Ajută la luarea unei decizii informate
- Ajută la elaborarea planului

3. Decizia

Pregătirea

- Clientul este motivat, gata de a acționa
- Își planifică modul în care își va schimba comportamentul

CONSILIERUL

- Ajută la luarea unei decizii informate
- Ajută la elaborarea planului

4. Acțiunea

- Urmează modelul nou de comportament

- Sporește auto-eficacitatea în înfruntarea obstacolelor
- Ajută cu sugestii de reorganizare și suport social

⁸ Prochaska, J.U. & Di Clemente, "The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy", Homewood, Illinois.Schofield, 1991

ETAPA

ACȚIUNILE SPECIALISTULUI

5. Susținerea

Menținerea

Clientul întreprinde acțiuni pentru a stabiliza schimbările a rezista tentației de a ceda

CONSILIERUL

Previne recidiva:

- Identifică riscurile
 - Formează aptitudini
 - Cum să spui NU
-

6. Recidiv

- Clientul n-a menținut noul comportament
- A revenit la comportamentul de risc

CONSILIERUL

- Evaluează obstacolele,
 - Motivează reînceperea procesului
-

Pași importanți în interviul motivațional (exerciții practice)

- „Semănați” îndoiala
- Discutați toate „pro” și „contra”
- Împreună cu beneficiarul elaborați un plan de acțiuni
- Oferiți informația utilă
- Încurajați succesele persoanei
- Profilaxia recidivului

LEGISLAȚIA.

ORGANIZAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ ÎN RM.

Legislația în domeniul Sănătății Mintale

Declarația Europeană, privind Sănătatea Mintală (2005 în Helsinki, Finlanda), la care a aderat și Republica Moldova, prin care ameliorarea sănătății mintale a devenit o direcție prioritară pentru țară.

La 26-27 noiembrie 2010 Republica Moldova a aderat la Declarația europeană cu privire la sănătatea copiilor și tinerilor cu dizabilități intelectuale și a familiilor lor „O sănătate mai bună, o viață mai bună: copiii și tinerii cu dizabilități intelectuale și familiile lor”

În iulie 2010 Republica Moldova a ratificat Convenția ONU pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități, care modifică paradigma de abordare, în special a dizabilităților psihosociale (mentale și de comportament) și intelectuale.

Cadrul normativ național⁹

Tabelul 1

Legea privind sănătatea mintală nr. 1402 - XIII din 16.12.1997 ¹⁰	Reglementează acordarea de asistență psihiatrică a populației
Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008 - 2017	Este fixată acțiunea privind integrarea sănătății mintale în medicina primară
HG nr. 55 2012 - Regulamentul-cadru al Centrului comunitar de sănătate mintală și a Standardelor minime de calitate	Asigură politica-cadru în vederea dezvoltării rețelei de centre comunitare de sănătate mintală
Ordinul MS nr.591 din 20 august 2010 „Cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de Sănătate Mintală din Republica Moldova	Reglementează activitatea internă, cât și conectarea serviciului de sănătate mintală cu sistemul general de sănătate
“Ordinul MS nr. 610 din 24.05.2013 – Strategia de dezvoltare a serviciilor de SM la nivel de comunitate și integrarea acestora în AMP pentru 2013-2016	Cuprinde un ansamblu de măsuri și acțiuni preconizate să reformeze sistemul de asistență psihiatrică
Ordinul MS nr. 407 din 16.05.2014 Cu privire la Centrele Comunitare de Sanatate Mintală	Prestarea de catre medici de familie a unor servicii de sanatate mintala
Ordinul MS nr. 446 din 09.06.2015 “Cu privire la unele măsuri de eficientizare a serviciilor comunitare de sănătate mintală”	Crearea CCSM în toate raioanele și APL-uri Trecerea serviciului consultativ de psihiatrie în incinta AMP

⁹ http://www.ms.gov.md/?q=legislatie&field_legtip_tid=11

¹⁰ <http://lex.justice.md/index.php?Maction=view&view=doc&lang=1&id=312970>

Organizarea Serviciilor de Sănătate Mintală în RM

Serviciile de Sănătatea Mintală trebuie dezvoltate la mai multe nivele pentru a spori accesibilitatea:

- Auto-îngrijirea;
- Îngrijirile comunitare informale;
- Serviciile de sănătate mintală în sistemul de îngrijiri primar;
- Îngrijirea în servicii comunitare de Sănătate Mintală;
- Servicii psihiatrice în spitalele generale.

Începând cu 01 septembrie 2014 au fost instituite Centre Comunitare de Sănătate mintală în toate raioanele din țară.

