



**Programul Operațional Comun
România-Ucraina-Republica Moldova 2007-2013**

**INIȚIATIVE
DE COOPERARE**
TRANSFRONTALIERĂ PRIVIND
**SĂNĂTATEA MINTALĂ
A ADOLESCENȚILOR**
DIN ZONA DE GRANIȚĂ
ROMÂNIA - REPUBLICA MOLDOVA



 **SMADOFORT**

Granițe comune. Soluții comune



Proiect finanțat de
UNIUNEA EUROPEANĂ

România-Ucraina-Republica Moldova
PROGRAM DE COOPERARE TRANSFRONTALIERĂ

Proiect implementat de:
asociația
PARTENER
Grupul de Inițiativă
pentru Dezvoltarea Locală

SOMATO
Asociația Somato
REPUBLICA MOLDOVA

Asociația Helicomed
ROMÂNIA

SMADOfort

Această broșura a fost realizată în cadrul proiectului **"Inițiative de cooperare transfrontalieră privind sănătatea mintală a adolescenților din zona de graniță România - Moldova - SMADO"**.

Broșura **SMADOfort** a fost elaborată de:

Asociația **PARTENER**

Asociația **SOMATO**

Asociația **HELICOMED**.

Scopul acestei broșuri este unul informativ cu caracter general și nu înlocuiește consultul medical de specialitate.

Partea I: Generalități privind Sănătatea Mintală

- 1. Ce înseamnă Sănătate Mintală**
 - 1.1 Definiții ale sănătății mintale**
 - 1.2 Când ne bucurăm de o bună sănătate mintală**
 - 1.3 Particularitățile sănătății mintale la adolescenți**

- 2. Ce înseamnă tulburare psihică**
 - 2.1 Definiții ale tulburării psihice**
 - 2.2 Când suspectăm o problemă de sănătate mintală**
 - 2.3 Cauzele tulburărilor psihice**
 - 2.4 Evoluția tulburărilor psihice**

- 3. Cum avem grijă de sănătatea mintală**
 - 3.1 Cum ne păstrăm sănătatea mintală.**
 - 3.2 Cum ne recuperăm sănătatea mintală**

- 4. Informații generale privind drepturile persoanelor cu tulburări psihice**

Partea II. Probleme de sănătate mintală întâlnite la copii și adolescenți

- 1. Ce înseamnă întârziere mentală**
- 2. Ce înseamnă tulburare din spectrul autist**
- 3. Ce este ADHD**
- 4. Ce înseamnă tulburări de conduită la copii și adolescenți**
- 5. Ce sunt ticurile**
- 6. Ce sunt tulburările de eliminare (enurezis, encoprezis)**
- 7. Ce sunt tulburările de alimentație (anorexia și bulimia)**
- 8. Ce sunt tulburările afective**
- 9. Ce este anxietatea și cum recunosc diferitele tipuri de tulburări anxioase (anxietate generalizată, fobii, atacul de panică, obsesii)**
- 10. Ce înseamnă dependența de alcool sau de droguri și care sunt tulburările datorate consumului acestora**
- 11. Ce este schizofrenia**

Partea III. Reintegrarea și resocializarea copiilor și adolescenților cu probleme de sănătate mintală

- 1. Reabilitarea psiho-socială a copiilor și adolescenților cu probleme de sănătate mintală.**
- 2. Familia confruntată cu un copil sau adolescent cu probleme de sănătate mintală**
- 3. Elemente de comunicare eficientă cu copiii și adolescenții**

Partea IV: Informații despre asistența în domeniul sănătății mintale

- 1. Cine se ocupă de problemele de sănătate mintală ale adolescenților**
- 2. Adrese utile, persoane de contact**

Partea I: Generalități privind Sănătatea Mintală

1. Ce înseamnă Sănătate Mintală

1.1 Definiții ale sănătății mintale

Sănătatea este o noțiune despre care oamenii cunosc prea puține, iar de multe ori informațiile sunt eronate. Majoritatea oamenilor definesc sănătatea din prisma a ceea ce îi caracterizează sau interesează în mod direct. Astfel, fiecare persoană definește sănătatea în felul său:

- Un sportiv va spune că sănătatea înseamnă **o viață activă**, cu multă mișcare și o alimentație echilibrată;
- Un medic va defini sănătatea mai degrabă ca **absența bolii și funcționarea normală** a organismului;
- Un psiholog va argumenta că sănătatea include **capacitatea de soluționare a problemelor emoționale și a traumelor psihice**

Organizația Mondială a Sănătății a definit sănătatea ca: o **stare complexă de echilibru fizic, psihic și social**, o situație în care o persoană se bucură de totală bunăstare fizică, mentală și socială și nu doar simpla absență a bolii.

Sănătatea mintală reprezintă deci o **componentă esențială a sănătății generale** și o stare ce înseamnă mai mult decât simpla absență a unei tulburări psihice.

Sănătate mintală înseamnă să putem funcționa armonios, agreabil, eficient, să facem față cu suplețe situațiilor dificile, să ne putem găsi echilibrul. Să ne putem adapta la mediul înconjurător are, de asemenea, o mare importanță în ceea ce privește bunăstarea mentală, iar aceasta înseamnă să ne fie bine atât în familie cât și în societate (în afara familiei).

Când se vorbește despre sănătate mintală, majoritatea oamenilor se gândesc la boli/tulburări mintale. Dar, sănătatea mintală reprezintă mult mai mult decât absența bolii psihice, reprezintă o parte a vieții noastre de zi cu zi. Totul în viața noastră este o reflectare a sănătății noastre mintale, de aceea sănătatea mintală este o parte integrantă a sănătății generale. Sănătatea mintală este un **echilibru între toate aspectele vieții: social, fizic, spiritual, emoțional și economic**.

Sănătatea mintală e o **stare de bine** în care ne putem realiza propriul potențial, putem face cu succes stress-ului zilnic, ne putem desfășura activitățile caracteristice vârstei, suntem capabili să contribuim la viața comunității în care trăim. Altfel spus, sănătate mintală înseamnă să fim capabili să ne rezolvăm conflictele atât cele din interiorul cât și cele din exteriorul nostru, să facem față frustrărilor inevitabile din viața de zi cu zi. Atunci când ne gândim la bucurie, fericire, liniște sufletească, satisfacție, ne referim de fapt la sănătatea mintală.

Sănătatea mintală este echivalentă cu **starea de normalitate psihică** și constituie condiția esențială a existenței persoanei. Normalitatea psihică se caracterizează prin următorii parametri:

- starea de **echilibru interior**;
- **echilibrul dintre persoană și lume**
- **gândirea coerentă, fluentă, logică**
- capacitatea de a **acționa pozitiv**, de a **găsi soluții adecvate** fiecărei situații de viață individuală.

1.2 Când ne bucurăm de o bună sănătate mintală

Ne bucurăm de o sănătate mintală deplină dacă:

- **Ne simțim bine cu noi înșine:**
 - nu ne lăsăm copleșiți de teamă supărare, dragoste, gelozie, vinovăție sau griji;
 - putem face față dezamăgirilor
 - ne putem accepta propriile defecte
 - avem respect pentru propria noastră persoană
 - ne putem bucura de lucruri simple, de întâmplările din viața de zi cu zi, de experiențele și ideile noi
 - nu ne subestimăm sau supraestimăm calitățile și capacitățile
 - suntem capabili să luăm singuri decizii în cazul apariției problemelor
- **Ne simțim bine împreună cu alți oameni** (în familie, la școală, la serviciu, la joacă, cu semenii în comunitate):
 - avem relații personale armonioase și durabile,
 - suntem capabili să oferim respect, atenție și ajutor celorlalți, ne gândim și la dorințele sau interesele altora, suntem responsabili față de semenii noștri
 - respectăm valorile și demnitatea celorlalți,
 - nu-i înșelăm pe alții și nici nu ne lăsăm înșelații
- **Putem face față cerințelor vieții de zi cu zi:**
 - ne asumăm responsabilitățile ce ne revin
 - ne rezolvăm problemele într-un mod constructiv, pe măsură ce apar
 - ne facem planuri de viitor
 - ne folosim adecvat capacitățile și talentele proprii
 - suntem capabili să ne fixăm țeluri realiste, ne putem armoniza dorințele, ambițiile și sentimentele

- ne străduim în ceea ce facem, muncim cât mai bine pentru a realiza ceea ce ne-am propus

Sănătate mintală a adolescenților, ca și problema normalului și patologicului, este mai dificilă ca la orice altă etapă de vârstă deoarece:

- este perioada în care **se caută propria identitate**. Identitatea nu ne este dată de societate și nu apare ca un fenomen de maturizare, precum creșterea în înălțime, ea trebuie câștigată prin eforturi individuale intense. În această perioadă trebuie făcute o multitudine de alegeri pentru a ne construi propria identitate: alegerea persoanei cu care să împărțim intimitatea afectivă sau fizică, alegerea profesiei, etc.
- este perioada în care **mediul social (școala, grupul de prieteni) își pune amprenta semnificativ și iremediabil**, deși rolul familiei este încă important. Acum se manifestă cel mai vehement insatisfacția în legătură cu părinții (care, brusc, sunt fie prea severi, fie prea toleranți, fie prea implicați, fie prea dezinteresați, fie prea inaccesibili fie prea intruzivi), crescând totodată toleranța și gradul de atracție față de cei din afara familiei.
- este perioada în care au loc **transformări semnificative în plan emoțional și relațional**, în care trăirile sunt mai intense, iar riscul în ceea ce privește afectarea echilibrului personal este crescut
- este perioada în care pot apare o multitudine de **comportamente deviate** (consum de droguri, de alcool în mod excesiv, jocuri de noroc, comportament sexual neadecvat/sex neprotejat, apartenență la grupuri delicioase – furt, violență, etc)
- este perioada în care **între sănătatea fizică și mintală există o foarte strânsă legătură**, perturbarea uneia răsfrângându-se foarte clar și asupra celeilalte. Bolile somatice/fizice, chiar și cele mai banale, se însoțesc uneori de perturbarea echilibrului psihic sau de încetiniri/opriri temporare în dezvoltarea psihică, iar tulburările psihice sunt deseori însoțite de simptome fizice foarte variate.

2. Ce înseamnă tulburare psihică

2.1 Definiții ale tulburării psihice

2.2 Semnale de alarmă pentru o problemă de sănătate mintală

2.3 Cauzele tulburărilor psihice

2.4 Evoluția tulburărilor psihice

2.1 Definiții ale tulburării psihice

Conform estimărilor din 2003 ale OMS din ”Contextul Sănătății Mintale. Politici pentru Sănătatea Mintală – Ghid de Servicii” tulburările psihice alcătuiesc circa 12% din numărul total al bolilor. Specialiștii OMS consideră însă că până în 2020 ele vor constitui 15% din totalul afecțiunilor. Tot până în 2020, se așteaptă ca depresia să fie a II-a cea mai des întâlnită cauză de boală în țările dezvoltate, devansând bolile de inimă și multe alte afecțiuni somatice. În toate părțile lumii persoanele cu disfuncții mintale sunt stigmatizate și discriminate deși numărul acestora este foarte mare: 121 de milioane de persoane suferă de depresie, 70 de milioane de

probleme legate de alcool, 24 de milioane de schizofrenie și 37 de milioane de demență (conform OMS 2003).

Multe persoane sunt **rezervate** în privința solicitării ajutorului profesioniștilor datorită **stigmatului** care însoțește problemele de sănătate mintală. Și la noi, a merge la un specialist în sănătate mintală este încă o rușine. Termenii cei mai utilizați în cazul unei tulburări psihice sunt: nebun, tâmpit, handicapat, schizofren. Și părintele care își duce copilul la psihiatru sau psiholog este deseori catalogat ca fiind “nebun”. De aceea mulți copii și adolescenți ajung să fie tratați pentru tulburările psihice abia în fazele severe ale afecțiunii, când deja există o alterarea a funcționării generale și a relațiilor sociale greu de recuperat.

Tulburările psihice reprezintă **disfuncții ale creierului** care se caracterizează prin **dereglarea gândirii, dispoziției, comportamentului și abilităților de a relaționa cu semenii**. O persoană are o tulburare psihică atunci când pierde contactul cu realitatea (eventual se retrage în propria sa lume), când nu se mai acceptă pe sine însuși sau pe ceilalți, când are o preocupare excesivă pentru propriul corp și propria persoană, când nu se mai poate adapta normelor de viață (sociale, culturale, ocupaționale). **Tulburările psihice pot afecta pe oricine**, indiferent de vârstă (chiar și pe copii și adolescenți) și pot apărea în orice familie (indiferent de starea financiară, educație, gradul de cultură, religie, etc.)

Dacă sănătatea mintală a fost echivalată cu starea de normalitate psihică, tulburarea psihică reprezintă **starea de anormalitate, de dezechilibru** pe mai multe planuri:

- **dezechilibru personal**
- **dezacord în relațiile cu ceilalți**
- **dificultăți de adaptare socială și situațională**
- **dereglări de comportament**
- **nerespectarea normelor** morale și socio-culturale
- **ostilitate/ură nemotivată** față de semenii, de grup sau de instituții;

2.2 Când suspectăm o problemă de sănătate mintală

Cele mai frecvente manifestări care pot constitui **semnale de alarmă** pentru o problemă de sănătate mintală la adolescenți sunt:

- **Adolescentul este perturbat și se simte:**
 - foarte trist, plânge mult, exagerează anumite lucruri, pesimist fără un motiv anume;
 - furios aproape tot timpul, are izbucniri frecvente și greu de controlat disproporționate cu situația, „crize de nervi” frecvente și inexplicabile
 - agitat, parcă nu mai simte oboseala și nici nu mai are nevoie de prea mult somn
 - anxios, are temeri/frici inexplicabile sau prea intense în comparație cu a celorlalți

- îngrozit, speriat că mintea sa este controlată de altcineva sau că îi scapă lui însuși de sub control
- **Adolescentul pare să treacă prin schimbări majore inexplicabile:**
 - învață din ce în ce mai puțin;
 - își pierde interesul față de lucrurile care altădată îi plăceau;
 - are modificări inexplicabile de comportament;
 - evită prietenii și familia și vrea să fie singur tot timpul,
 - are tulburări frecvente de somn sau nu se mai alimentează cum trebuie;
 - nu se mai poate concentra să facă nimic concret; gândirea pare a fi confuză, are idei ciudate
 - crede ca viața este foarte grea și se gândește la suicid;
 - aude voci inexplicabile, sau vede lucruri pe care nimeni nu le mai vede (halucinații)
- **Adolescentul are activitățile limitate de:**
 - deficitul de atenție (gândurile parcă sunt mereu în altă parte), slabă concentrare (nu se poate gândi la ceva anume și nu-și poate face ordine în gânduri),
 - teamă exagerată de a nu face rău celorlalți,
 - nevoia de a face anumite lucruri repetitiv în ideea de a evita un pericol închipuit (de ex. spălatul mâinilor de zeci sau sute de ori pe zi pentru a evita îmbolnăvirea; ritualul îmbrăcării repetat de multe ori pe zi pentru a evita ghinionul),
 - gânduri fulgerătoare, prea rapide pentru a putea fi urmărite (fugă de idei);
 - tulburări de somn: coșmaruri persistente, insomnii sau somnolență
- **Adolescentului are un comportament problematic:**
 - Consumă constant alcool sau droguri;
 - Are un regim alimentar neobișnuit, de exemplu: mănâncă foarte mult pentru ca apoi să vomite intenționat totul, abuzează de laxative sau ia pastile pentru a evita creșterea în greutate, ține o dieta exagerată sau face exerciții fizice epuizante, pentru a slăbi;
 - Încalcă intenționat, în mod repetat legea și drepturile altora, fără să se gândească la ceilalți oameni și la consecințele faptelor sale;
 - face lucruri care îi pot amenința viața.

2.3 Cauzele tulburărilor psihice

Cauzele care pot determina tulburări psihice sunt multiple și diferă, evident, de la o tulburare la alta, de la o persoană la alta. **Factori de risc** ai tulburărilor mintale pot să se găsească în interiorul nostru sau în interiorul familiei, rețelei sociale, comunității sau instituțiilor care ne înconjoară. Prezența factorilor de risc în viața unui om nu înseamnă că acesta va face, obligatoriu, o boală mintală. Aceasta constatare este una dintre cele mai semnificative și mai generatoare de speranță.

Principalii factori de risc în problemele de sănătate mintală sunt:

- **Factori biologici**

- Factori genetici: dacă în familie există persoane cu afecțiuni psihice există un risc mai mare de a avea astfel de probleme față de populația generală
- Boli pe care le-a avut mama în perioada de sarcină: gripa, unele infecții, alimentație insuficientă, unele medicamente pot determina anomalii în dezvoltarea creierului copilului în cursul sarcinii
- Nașterea prematură, greutatea foarte mică la naștere:
- Probleme apărute în copilărie: traumatismele (în special cele la cap), alimentația neadecvată, expunerea la substanțe toxice sau droguri
- Bolile fizice cronice: leucemia sau alte forme de cancer, diabetul, astmul, epilepsia și SIDA, etc.
- **Factori psihosociali**
 - Probleme legate de mamă: mame foarte tinere sau imature care nu dețin abilități parentale bine dezvoltate, mame cu inteligență redusă și dificultăți de învățare
 - Abuzul sau neglijarea copilului din partea familiei
 - Lipsa familiei sau schimbarea frecventă a locului/persoanei de îngrijire a copilului
 - Situația economică din familie
 - Evenimente traumatizante: agresiuni/abuzuri fizice, psihice, sexuale (violuri), violența domestică, etc.
 - Relații intrafamiliale perturbate/mediu familial perturbat, infraționalitatea parentală și violența domestică verbală și fizică
 - Tulburări mintale sau boli somatice grave ale părinților
 - Mediu școlar perturbat sau inadecvat pentru necesitățile adolescentului
 - Grup de prieteni inadecvat: de ex. banda de cartier, un grup infrațional, etc.
 - Interese noi neadecvate: de ex drogurile, jocurile patologice de noroc, dependența de calculator, etc.

2.4 Evoluția tulburărilor psihice

Când se vorbește despre evoluția unei tulburări psihice trebuie luate în considerare următoarele (după Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale DSM IV TR):

- **Tipul de debut al afecțiunii:**
 - debut brusc
 - debut insidios
- **Evoluție episodică sau evoluție continuă**
- **Episod unic sau episod recurent**
- **Durata tulburării:**
 - **forma acută** (ce implică, de obicei, o evoluție sub o lună de zile) întâlnită de exemplu în tulburările corelate cu stressul: unele tulburări anxioase, fobii (frici nejustificate), psihastenia, stările reactive, etc.
 - **forma cronică** (evoluție îndelungată, cu tendință spre o stare permanentă a bolii) întâlnită de exemplu în schizofrenie.
- **Progresiunea** (descrie tendința generală a tulburării în timp): ameliorare, agravare, stabilitate.

Tulburările psihice care pot afecta copiii și adolescenții sunt foarte variate: pot fi **tulburări psihice tranzitorii** (pentru soluționare cărora este necesar un timp limitat) sau **tulburări psihice**

cronice (care, fie sunt tulburări cu care persoana va trăi toată viața, fie necesită perioade lungi de timp până să se amelioreze).

3. Cum avem grijă de sănătatea mintală

3.1 Cum ne păstrăm sănătatea mintală.

General vorbind, putem spune că menținerea sănătății mintale se face prin:

- adoptarea unei **conduite echilibrate de viață**,
- monitorizarea/**păstrarea sănătății fizice**,
- **evitarea exceselor**
- **evitarea factorilor de stres**,
- **alternarea muncii cu recreerea**.

Altfel spus măsurile pe care fiecare dintre noi trebuie să le respecte pentru a ne păstra sănătatea mintală se referă la aspectele complexe privind activitatea zilnică, adaptarea la diverse situații noi, integrarea în climatul familial și social (școlar).

Menținerea sănătății mintale trebuie începută de foarte timpuriu de către familie care trebuie să asigure copilului modelarea sa ca om într-un climat familial echilibrat, ghidându-i dezvoltarea concordant cu aptitudinile și potențialul acestuia. Depășirea perioadei critice dată de pubertate și adolescență, zguduită de crize de identitate și adaptare revine, pe de o parte, în sarcina familiei, pe de altă parte mediului social al copilului, adică școala, urmărindu-se neutralizarea potențialul exploziv al acestei perioade, netezind calea spre împlinire a viitorului tânăr.

Recomandări privind menținerea sănătății mintale

- **evitarea suprasolicitării** fizice sau psihice
- dezvoltarea capacității noastre de **planificare a activităților** cu evitarea lucrului în salturi (fac un program de teme/distracții pe care îl și respect, nu învăț doar în noaptea dinaintea tezei, merg la antrenamente clar planificate și nu doar în zilele de dinaintea concursului sportiv),
- **cunoașterea și acceptarea limitelor personale** – cunoașterea posibilităților proprii (de exemplu: nu pot fi mereu primul la matematică, sunt bun la calculator dar nu sunt bun la dans și la spus glume)
- **alternarea activităților** de învățare cu cele de relaxare

- efectuarea de **activități variate și concordante cu preocupările, plăcerile și nevoile noastre** (de exemplu evitarea unui program monoton axat doar pe școală-lecții, sau doar pe distracție sau plăcere).
- **evitarea izolării**: este important să avem un grup de prieteni, persoane pe care să le cunoaștem și în care să avem încredere, cu care să petrecem timpul liber, să comunicăm, să ne confesăm, cărora să le cerem sfatul, etc,
- utilizarea unei **alimentații corecte**: evitarea alimentării frecvente de la fastfood, mâncatul pe fugă și, eventual doar la prânz, etc.
- respectarea **somnului, a odihnei** (e bine să evităm nopțile nedormite, nu trebuie ca activitățile”relaxante” de la calculator să ne înlocuiască somnul)
- **menținerea sănătății fizice** sau tratarea problemelor de sănătate cu cât mai multă seriozitate (respectarea indicațiilor medical: regim alimentar, medicamente, etc)
- **evitarea conflictelor, exprimarea emoțiilor**, etc

3.2 Cum ne recuperăm sănătatea mintală

În cazul în care **sănătatea mintală este perturbată** este obligatoriu să apelăm la un **specialist** în domeniu: **medicul specialist** în psihiatria copilului și adolescentului, **psihologul, psihoterapeutului, psihopedagogul** (dacă nu cunoaștem direct un astfel de specialist, este bine să ne adresăm medicului de familie).

Intervențiile acestor specialiști sunt de mai multe feluri:

- **consiliere psihologică sau psihoterapie** care urmărește:
 - optimizarea comportamentului și îmbunătățirea relațiilor cu ceilalți,
 - activarea și valorificarea resurselor proprii (calități, aptitudini, talente, etc), creșterea încrederii în propriile forțe
 - îmbunătățirea comunicării cu familia, profesorii, anturajul,
 - mai buna gestionare a situațiilor dificile și stresante,
 - depășirea emoțiilor care ne inhibă, o mai bună exprimare a emoțiilor
 - o mai bună gestionare a timpului,
 - dezvoltarea independenței, etc.
- **tratament medicamentos** recomandat de medicul psihiatru:
 - în ambulatoriu (adică fără internare în spital): cabinete de specialitate, Centre de Sănătate mintală. Majoritatea tulburărilor psihice pot fi în prezent tratate fără să fie necesară internarea în spital
 - în spitale de specialitate. În prezent, durata unei spitalizări este de relativ scurtă durată și nu depășește, de regulă, câteva săptămâni.

4 Informații generale privind drepturile persoanelor cu tulburări psihice

Structurarea drepturilor pe care le avem ca oameni a preocupat lumea de mulți ani. Încă din 1948 s-a elaborat în SUA **Declarația Universală a Drepturilor Omului**, declarație de principiu care

continuă să exercită o mare influență în întreaga lume Doi ani mai târziu, în 1950, inspirându-se din Declarația universală, Consiliul Europei a elaborat „**Convenția Europeană a Drepturilor Omului**”.

Abia în 1989 Adunarea Generală a ONU a adoptat **Convenția ONU cu privire la Drepturile Copilului** care definește drepturile și principiile dezvoltării normale a unui copil, iar în 2006 **Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități** care stabilește standarde noi privind accesul persoanelor cu dizabilități la informație, educație, muncă, spațiu public, etc. Un alt document important în evoluția drepturilor oamenilor este și cel care descrie și garantează drepturile pacienților: **Carta Europeană a Drepturilor Pacienților**

Persoanele cu tulburări psihice au aceleași drepturi ca toate celelalte persoane, existând și instrumentele care reglementează aceasta și, de asemenea, care asigură protecția lor. În plan internațional unul din cele mai importante documente fiind **Convenția ONU pentru Protecția Persoanelor cu Tulburări Psihice și pentru Ameliorarea Asistenței în Domeniul Sănătății Psihice** adoptate de Hotărârea Adunării Generale la 17 decembrie 1991 nr. 46/ 119. Un alt document este ”**Declarația Europeană cu Privire la Copiii și Tinerii cu Dizabilități Intellectuale și Familiile Lor**” care a fost adoptat în București în noiembrie 2010 de către Organizația Mondială a Sănătății din Regiunea Europeană în parteneriat cu Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF), Comisia Europeană și Consiliul Europei.

În România, drepturile persoanelor cu tulburări psihice sunt stipulate în legea 487 din 2002: **Legea Sănătății Mintale și a Protecției Persoanelor cu Tulburări Psihice din România :**

- Orice persoană cu tulburări psihice are dreptul la cele mai bune servicii medicale și îngrijiri de sănătate mintală disponibile.
- Orice persoană care suferă de tulburări psihice sau care este îngrijită ca atare trebuie tratată cu omenie și în respectul demnității umane și să fie apărată împotriva oricărei forme de exploatare economică, sexuală sau de altă natură, împotriva tratamentelor vătămătoare și degradante.
- Nu este admisă nici o discriminare bazată pe o tulburare psihică.
- Orice persoană care suferă de o tulburare psihică are dreptul să exercite toate drepturile civile, politice, economice, sociale și culturale recunoscute în **Declarația Universală a Drepturilor Omului**, precum și în alte convenții și tratate internaționale în materie, la care România a aderat sau este parte.
- Orice persoană care suferă de o tulburare psihică are dreptul, în măsura posibilului, să trăiască și să lucreze în mijlocul societății.
- Orice persoană cu tulburare psihică are dreptul să primească îngrijiri comunitare

Legea privind sănătatea mintală nr. 1402-XII din 16.12.1997 cu modificări ulterioare;

Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova (Capitolul XII. „Asigurarea condițiilor pentru ameliorarea sănătății mintale”), aprobată de către Guvern în luna mai 2007 prin HG nr. 886 din 06.08.2007 și axată pe deplasarea serviciilor de sănătate mintală de la polul spitalicesc spre cel extra-spitalicesc, prin instituirea în special a centrelor comunitare ca unitate de ajutor primar

Partea II. Probleme de sănătate mintală întâlnite la copii și adolescenți

1. Ce înseamnă întârziere mintală
2. Ce înseamnă tulburare din spectrul autist
3. Ce este ADHD
4. Ce înseamnă tulburări de conduită la copii și adolescenți
5. Ce sunt ticurile
6. Ce sunt tulburările de eliminare (enurezis, encoprezis)
7. Ce sunt tulburările de alimentație (anorexia și bulimie)
8. Ce sunt tulburările afective
9. Ce este anxietatea și cum recunosc diferitele tipuri de tulburări anxioase (anxietate generalizată, fobii, atacul de panică, obsesii)
10. Ce înseamnă dependența de alcool sau de droguri și care sunt tulburările datorate consumului acestora
11. Ce este schizofrenia

Dezvoltarea tot mai aprofundată a tehnicilor de investigare cerebrală a permis, în ultimii ani, identificarea modificărilor care apar în unele părți ale creierului în anii adolescenței și înțelegerea comportamentelor caracteristice acestei vârste.

Creierul adolescenților este încă în curs de dezvoltare, cele mai multe modificări fiind observate în **cortexul prefrontal**, care reprezintă acea parte din creier responsabilă pentru **planificarea acțiunilor, controlul impulsurilor, organizarea și abilitatea de a lua decizii responsabile și de a rezolva probleme**. Acest lucru indică faptul că, centrul de control executiv al creierului este încă în curs de formare și imaturitatea din anumite regiuni predispune adolescenții la **comportamente cu risc crescut**.

Procesul de maturizare are loc dinspre partea posterioară a creierului înspre regiunile frontale, prin urmare, cercetătorii au observat că abia la vârsta de aproximativ douăzeci și cinci de ani creierul nostru dobândește toate mecanismele necesare pentru controlul adecvat al impulsurilor și capacitatea de a lua decizii raționale. În adolescență, **mecanismele de control sunt mai puțin dezvoltate** și, de aceea, există o mai mare **predispoziție de a acționa impulsiv** și ținând cont mai mult de instinct decât de rațiune atunci când apar confruntări cu situații stresante sau cu emoții intense, **fără a se putea aprecia corect consecințele imediate ale acțiunilor**.

Specialiștii folosesc termenul „**neuroplasticitate**” pentru a exprima capacitatea creierului de a se modifica și de a dezvolta modele noi de transmitere a informațiilor. Neuroplasticitatea este implicată în procesul de învățare, precum și în controlul emoțional. Această caracteristică a creierului de a se schimba este extrem de crescută la vârsta adolescenței, când comportamentele și abilitățile sunt extrem de maleabile, fapt ce creează atât oportunități cât și numeroase vulnerabilități.

Prin neuroplasticitate, creierul caută modalități de lucru diverse pentru a funcționa eficient iar atunci când unele activități ajung să facă parte din rutina unui adolescent, conexiunile utilizate pentru realizarea acestora sunt întărite. Experiențele repetate creează rețele de conexiuni sinaptice iar acestea devin mai puternice și mai complexe prin utilizarea lor constantă. La aproximativ 11 - 12 ani, căile mai puțin utilizate ajung să intre în declin și în cele din urmă dispar. Dacă un adolescent este pasionat de muzică, sport sau lectură, celulele și conexiunile care contribuie la însușirea acestor abilități vor fi cele mai dezvoltate. Dacă interesele sale sunt pentru jocuri video, vor supraviețui celulele și conexiunile activate în timpul acestora. Conexiunile ineficiente sau slabe sunt „tunse” în același mod în care un grădinar ar tunde un copac sau un tufiș, oferindu-i forma dorită.

1. Ce înseamnă întârziere mintală

Întârziere mintală sau retardarea mintală se referă la prezența unei **limitări substanțiale a funcțiilor neuropsihice**. Se caracterizează printr-o **scădere semnificativă a intelectului** însoțită de **reducerea abilităților de adaptare** în două sau mai multe din următoarele domenii:

- Comunicare
- Îngrijire personală
- Conviețuire în familie
- Abilități sociale, activități în grup
- Școlarizare, profesie
- Petrecerea timpului liber
- Sănătate.

Retardul mintal este deci definit ca o **incompletă dezvoltare a inteligenței** ce determină afectarea globală a persoanei urmare a capacităților reduse intelectuale, de comunicare, motorii și sociale.

Cauzele întârzierilor mintale sunt multiple, însă doar la o parte dintre cei afectați se pot identifica foarte clar. Inteligența este o calitate înăscută, o zestre a fiecărei persoane și poate fi afectată de o multitudine de factori:

- **factori care au acționat în perioada de dezvoltare intrauterină:**
 - factori genetici: anomalii genetice (de ex sdr. Down, fenilcetonuria, scleroza tuberoasă),
 - malformații ale creierului sau alte malformații multiple
 - infecții sau alte probleme (ale placentei, iminență de avort) ale mamei

- expunerea mamei la radiații, unele medicamente, droguri, alcool, traume psihice, etc
- **factori care au acționat la naștere:**
 - naștere dificilă cu suferința copilului, circulară de cordon
 - copil născut înainte de termen (prematuritate) sau sarcină cu termen depășit
 - infecții la naștere
- **factori care au acționat după naștere:**
 - infecții (meningită, encefalită)
 - tumori cerebrale
 - traumatisme craniene severe
 - intoxicații (de ex. cu nitriți, plumb)
 - alte boli care pot determina afectarea creierului: de ex. insuficiența respiratorie severă
- **factori de mediu și socio-culturali:** problemele psiho-sociale care împiedică o bună îngrijire a copilului pot determina întârzieri în dezvoltarea psihică.

General vorbind la cei cu întârziere mintală se întâlnește:

- **întârziere în dezvoltarea limbajului** – dezvoltarea vorbirii este întârziată, unii nu vorbesc deloc, alții au vocabular sărac, deseori fac greșeli gramaticale, au defecte în pronunție ce necesită intervenția logopedului.
- **întârziere în dezvoltarea gândirii** coerență, logică, alterarea gândirii abstracte, etc.
- **afectarea emoțiilor, a voinței**, – emoțiile sunt sărace, inerte, stereotipe, nu pot trăi bucuria sau tristețea pe deplin;
- **incapacitatea de a îndeplini activități intelectuale** complexe (școlarizare dificilă, cu atât mai dificilă cu cât gradul de retard este mai accentuat) și **dificultăți la nivelul activităților motorii** (mai ales la cei cu deficiență mintală severă și profundă)- este caracteristică nedezvoltarea mișcărilor de coordonare fină.

În funcție de gradul de afectare această tulburare psihică se clasifică în:

- ❖ **Retardare/întârziere mintală ușoară** - corespunde unui coeficient de inteligență (test acceptat mondial) IQ cuprins între 50-69.
- ❖ **Retardare/întârziere mintală moderată** – coeficientul de inteligență (IQ) este cuprins între 35-49.
- ❖ **Retardare/întârziere mintală severă** – coeficient de inteligență IQ între 20-30.
- ❖ **Retardare/întârziere mintală profundă** - coeficient de inteligență IQ este sub 20.

Caracteristici ale întârzierii mintale ușoare:

- Dezvoltarea este bună în grupul familial, dacă este susținut, copilul **poate să învețe să scrie, să calculeze**, să deprindă toate cunoștințele generale echivalente nivelului de școală primară. Ca adolescent și adult poate desfășura o **activitate profesională simplă**, își poate asigura necesarul existenței
- **Își poate face prieteni** și, mai târziu, își poate **întemeia o familie**
- Dobândește un **grad minim de autonomie socială**, având capacitatea de a se **autoconduce**

- **Gândirea este incomplet dezvoltată**, este dependentă de concret, este lentă, greoaie, superficială
- **Limbajul este sărac, insuficient**, cu exprimări greoaie și unele **cuvinte pronunțate incorect**.
- Deseori copii și adolescenții cu întârziere mintală ușoară au **tulburări emoționale și de comportament**

Caracteristici ale întârzierii mintale medii și severe

- Dacă a primit suportul necesar copii și adolescenții reușesc să ajungă să se **autoservească la nivel elementar** (pot mânca singuri, pot cere la toaletă, pot să se îmbrace, eventual cu ajutor)
- Pot efectua o **activitate automată sub supraveghere**
- **Nu sunt capabili să ia decizii corecte singuri** (nu se pot autoconduce)
- **Nu pot să citească**, însă reușesc să cunoască litere și să numere
- Gândirea este modestă, concretă, au **dificultăți de adaptare, în situații noi sunt dezorientați**
- Au **limbaj sărac**, vocabularul este restrâns la cuvintele uzuale, unii nu ajung să formeze propoziții
- Sfera emoțiilor este săracă, se exprimă deseori cu **violență**
- Pot învăța să se **ferească de pericole iminente**, dar nu pot anticipa evenimentele nefavorabile decât dacă le-au mai trăit
- **Nu au discernământ, nu pot răspunde pentru faptele lor**

Caracteristici ale întârzierii mintale profunde

- Copii, adolescenții și adulții cu întârziere mintală profundă sunt **total dependenți social**
- **Nu se autoservesc, nu recunosc pericolul**
- **Nu-și pot dezvolta limbajul** sau pot scoate doar sunete nearticulate
- Frecvent au boli neurologice sau malformații variate, stări de agitație cu agresivitate crescută

Tratamentul include:

- **administrarea de medicamente** poate fi utilă (de către medicul specialist în Psihiatria Copilului și Adolescentului)
- **intervenție educațională și dezvoltarea de abilități de viață** (susținerea și coordonarea familiei, asigurarea educației sau muncii potrivite pentru persoane cu retard mintal, îngrijirea adecvată, asigurarea educației complexe).
- **tehnici psihoterapeutice**, în special intervenție comportamentală

2. Ce înseamnă tulburare din spectrul autist

Tulburările din spectrul autist sunt caracterizate prin:

- **deteriorarea calitativă și severă a interacțiunilor sociale** (nu privesc ochi în ochi; nu au capacitatea de a iniția și dezvolta relații cu cei din jur; nu se bucură arătând, căutând sau aducând un obiect, nu se identifică reciprocitatea emoțională și socială; altfel spus **parcă trăiesc într-o lume a lor** și nu sunt interesați de lumea celorlalți)
- **afectarea comunicării** (întârziere sau absența dezvoltării limbajului vorbit, limbaj stereotip, repetitiv)
- **comportament neadecvat, cerc restrâns de interese, activități stereotipe și repetitive.**

Semnele acestei tulburări apar **înainte de 3 ani**, este o tulburare **cronică**, studii longitudinale arătând că 2/3 dintre copiii autiști rămân dependenți social și doar 1/3 pot avea o evoluție satisfăcătoare cu obținerea unui progres educațional care să le ofere un grad de independență.

Cauzele tulburărilor din spectrul autist nu sunt foarte clar cunoscute, există multe teorii care încearcă (însă nu concludent) să le explice apariția:

- teorii biologice și ipoteze neurochimice (de ex. perturbări ale neurotransmițătorilor) care însă nu sunt pe deplin elucidate
- teorii genetice (de ex. anomalii genetice la anumii cromozomi)
- teorii neuroanatomice (de ex. afectarea anumitor arii cerebrale: disfuncții ale emisferului cerebral stâng)
- teorii imunologice, etc.

Aspecte clinice ale copilului cu tulburare din spectrul autist:

- **dificultăți în exprimarea afecțiunii, în inițierea interacțiunii sociale:** atitudine indiferentă, **copilul se poartă de parcă nu ar vedea sau auzi** (de ex. nu vine când e

chemat, uneori nici nu schițează vreun gest,), nu arată preocupare în a-și exprima sentimentele sau emoțiile (de ex. nu vine bucuros la mamă să-i arate ce a construit), **nu simte nevoia să fie lăudat, mângâiat, nu privește în ochi**, dând impresia că se uită în gol, **par neatenți la lumea din jur**, nu se joacă cu alți copii (eventual doar ia obiectele din mâna lor)

- **tulburări particulare de limbaj:** se pare că jumătate din copiii cu autism rămân fără limbaj, iar la cei care au achiziționat limbajul acesta parcă și-a pierdut funcția de comunicare: **repetă mecanic cuvinte, dificultăți în a înțelege sensul cuvintelor, de a utiliza cuvintele în contextul adecvat.** Vorbirea este de obicei la persoana a II-a și a III-a cu lipsa pronumelui personal ”Eu” (de ex. „băiatul vrea apă”). Uneori **intonația este deosebită**, nu-și pot exprima emoțiile prin tonul vocii, au dificultăți în a purta efectiv o conversație (pot răspunde doar strict la întrebări concrete)
- **comportament marcat de stereotipii, fixații: mișcări repetitive** (de ex. mișcatul mâinilor, legănat, învârtit), **examinează obiectele mirosindu-le sau lingându-le, repetă mecanic anumite sunete** fără valoare de comunicare
- **rezistență la schimbare, interese restrânse:** mănâncă din aceeași farfurie, feluri limitate de mâncare, poate solicita doar anumite haine, preferă doar anumite trasee atunci când merge la plimbare, nu acceptă modificări în casă (mobila nu poate fi mutată, pătura nu poate fi schimbată), etc. **Orice modificare poate declanșa o stare de agitație intensă cu țipete și chiar agresivități.**
- **atașament particular pentru obiecte:** copiii cu tulburare din spectrul autist **preferă să se ”jocă” cu obiecte și nu cu jucării.** Pot avea un atașament particular pentru sticle de plastic, ațe, o cheie, o cutiuță, etc. sau pot avea atitudini bizare față de sunete: sunetul apei care curge, hârtie mototolită (sunt copii care pot sta ore întregi mototolind hârtii sau trăgând de zeci de ori apa la toaletă). **Încercările de a-i despărți de obiectul favorit declanșează reacții intense.**
- **reacții emoționale acute: agitație extremă, agresivitate** deseori față de ei înșiși: se lovesc, se mușcă, parcă nu simt durerea nici pe a lor, nici pe a celorlalți
- **particularitățile jocului:** este **repetitiv, monoton** (de ex. așează jucăriile, le ordonează într-un anumit fel, mereu același și se enervează dacă e stricată ordinea, învârte o roată de la o mașinuță dar nu înțelege că poate fi plimbată pe podea, că poate fi dată de la unul la altul), nu înțelege jocul simbolic (de ex. adorm păpușa, o hrănesc).

În ceea ce privește **dezvoltarea intelectuală** aproximativ **70% au deficiență mintală** (coeficient de inteligență sub 70). Se consideră că aproximativ 5% au un coeficient de inteligență peste 100.

O **formă particulară** de tulburare din spectrul autist este **tulburarea Asperger**. La acești copii există o afectare în plan social prin **existența unor preocupări și interese restrictive**, stereotipe specifice autismului, dar au o **bună funcționare intelectuală și de limbaj**. Păstrează însă mari **dificultăți de rezonanță afectivă și de exprimare a emoțiilor**.

Copiii cu sindrom Asperger sunt de obicei etichetați de colegii de școală ca tocilari sau ciudați ori excentrici datorită **felului de a vorbi** care poate fi foarte formal în mod inutil sau „ca de

roboțel” ori pițigăiat, ca și datorită **obsesiei pentru anumite subiecte** despre care pot să vorbească la nesfârșit, transformând conversația, fără să conștientizeze acest lucru (pentru că nu știu să citească indicii nonverbal), în monolog.

De asemenea, ei **nu înțeleg emoțiile**, nu manifestă empatie față de ceilalți și **nu pricep glumele și subtilitățile limbajului** (figurile de stil, ironiile, unele expresii). Sunt **neîndemânatici** și au un **prag senzorial de obicei mai scăzut** (trăiesc amplificat anumite zgomote, de exemplu), de unde și sentimentul copleșitor de agresiune informațională. Toate acestea îi fac să fie **marginalizați** de copiii de aceeași vârstă, respinși sau luați peste picior și să considere că interacțiunea cu ceilalți este chinuitoare. Mulți copii cu sindrom Asperger devin **depresivi** la vârsta adolescenței și există un **risc suicidal**.

Tratamentul în tulburările de spectru autist este unul complex și de lungă durată:

- informare, psihoeducația părinților
- lucrul cu copilul utilizând tehnici specifice, în principal comportamentale
- tratament medicamentos care contribuie la crearea cadrului pentru intervenția educațională specifică

3. Ce este ADHD și cum se manifestă?

ADHD (tulburare hiperkinetică cu deficit de atenție) este una din cele mai frecvente tulburări psihice ale copilului și adolescentului și se manifestă prin:

- **Deficit de atenție:** dificultate de a-și menține atenția și concentrarea, greșește din neatenție și nu din neștiință, este distras cu ușurință, pare că nu ascultă când i se vorbește, are dificultăți în a termina ceea ce începe sau de a-și organiza activitățile, pierde deseori lucrurile personale, evită efortul mental susținut
- **Hiperactivitate:** îi este greu să stea liniștit, este agitat, aleargă în mod nepotrivit, este neastâmpărat, vorbește excesiv, parcă nu mai obosește, este parcă mereu pe picior de plecare
- **Impulsivitate:** întrerupe interlocutorul, nu așteaptă finalul întrebărilor, nu respectă instrucțiunile, își așteaptă cu greu rândul.

Caracteristicile ADHD la adolescent:

- Mai puțin hiperactiv decât copilul mai mic, dar **foarte impulsiv**
- Este **neatent, plictisit, ușor de distras**
- **Comportament neadecvat la școală** – risc mare de a fi exmatriculat, refuzat de anumite școli
- Are **probleme cu disciplina** acasă și la școală, conflicte frecvente cu părinții, profesorii, colegii
- Imprevizibil în acțiuni, sărind mereu de la una la alta
- Are **accese de furie** și toleranță scăzută la frustrare
- Nu recunoaște autoritatea și poate avea **tulburări de comportament**
- **Relaționează greu cu colegii**, nu prea își face prieteni
- **Se subapreciază**, are o imagine negativă despre sine
- Predispus către **episoade depresive**

- Are **risc mare de abuz** de droguri, activitate sexuală precoce, delinvență.

Fără tratament adecvat, ADHD poate să genereze **comportament disfuncțional** și **manifestări emoționale** cu **impact negativ** asupra performanței școlare și relațiilor cu ceilalți.

De altfel, studiile arată că **educația** copiilor cu ADHD care nu sunt tratați față de copii fără ADHD **este sever perturbată**

- mai puțini termină liceul
- mai puțini termină o facultate
- au mai mare a dificultăților de învățare
- mai mulți au nota scăzută la purtare sau primesc suspendări sau exmatriculări

Tratamentul în ADHD:

- **tratament medicamentos** recomandat de medicul specialist în Psihiatria Copilului și Adolescentului (se urmărește reglarea dezechilibrului anumitor substanțe din creier)
- **consilierea psihologică a copilului și familiei:**
 - Combaterea comportamentelor problematice
 - Recunoașterea sentimentelor și asumarea răspunderilor
 - Dezvoltarea abilităților de a relaționa cu ceilalți
 - Creșterea gradului de autonomie și a stimei de sine
 - Înțelegerea corectă a administrării medicamentelor și limitele aplicării tratamentului
 - Îmbunătățirea funcționării la școală

4. Ce înseamnă tulburări de conduită la copii și adolescenți

Tulburarea de conduită este definită ca un comportament prin care **se încalcă normele sociale și drepturile personale sau de proprietate**. Putem spune că mulți copii și adolescenți au avut momente izolate în care nu au respectat normele sau drepturile celorlalți, însă pentru a fi considerați ca având o tulburare psihică e nevoie ca acele comportamente să fie intense, frecvente și severe.

Tulburarea de conduită este definită, în conformitate cu manualul de diagnostic DSM IV TR, astfel: un **comportament persistent** care afectează sever funcționarea școlară și familială și care **încalcă drepturile și normele sociale:**

- **Agresivitate față de oameni sau animale**
 - Amenință, intimidează, terorizează pe ceilalți oameni

- Agresează fizic utilizând și arme: bețe, cuțite, pietre, sticle, arme de foc, etc
- Este nemilos, crud cu oamenii sau animalele
- Fură confruntându-se chiar cu victima (de ex. fură bijuterii de la gâtul oamenilor, fură telefonul smulgându-l din mână)
- Forțează pe cineva la un act sexual
- **Distrugerea proprietății altor persoane:**
 - A distrus casa sau mașina altor persoane
 - A distrus cu intenție obiecte aflate în proprietatea altor persoane
 - A dat foc cu intenție proprietății altei persoane cu scopul de a provoca daune
- **Furt sau fraudă:**
 - A furat (din magazine, din case)
 - A mințit pentru a obține diferite lucruri sau favoruri sau pentru a evita obligațiile
 - A intrat forțând încuietorile în casa sau mașina cuiva
- **Încălcări grave ale normelor sociale:**
 - Lipsește noaptea de acasă sau stă noaptea mult afară fără acordul părinților și în ciuda interzicerii repetate
 - Chiulește frecvent de la școală

Nu este necesar ca un adolescent să facă toate cele prezentate mai sus, ci doar o parte, pentru ca să aibă tulburare de conduită și să necesite ajutor specializat.

Particularități ale comportamentului antisocial la adolescenți:

- Agresivitatea fizică se însoțește de iritabilitate crescută, nervozitate, violențe verbale (țipete, înjurături), nevoia permanentă de răzbunare, incapacitatea de a ierta, opoziție, încăpățănare absurdă, nemulțumire permanentă
- Furtul poate fi inițial de tipul: ”am împrumutat bicicleta să mă trag puțin și n-am mai dus-o”, ”mi-a plăcut tricoul pus la uscat din balconul de la parter”, pentru ca mai apoi să fie din ce în ce mai complex
- Distrugerea proprietăților publice (bănci sau alt mobilier stradal) se face, de regulă, în grup
- Sfidează regulile adulților
- Consumă deseori droguri
- Sunt implicați în abuzuri sexuale, prostituție
- Deliberat face lucruri care îi supără pe ceilalți și îi acuză pe ceilalți pentru greșelile lor
- Mulți dintre adolescenți au și tulburări emoționale (anxietate, depresie).

Tratamentul unei astfel de tulburări este dificil pentru că e nevoie de implicare intensă a familiei și a societății (școală, servicii de asistență socială, sistemul de justiție pentru minori). Psihoterapia individuală și de grup, cu antrenarea capacităților psihosociale ar putea fi utile. De asemenea, instruirea și terapia familială pot contribui la îmbunătățirea situației unui adolescent cu o tulburare de conduită.

5. Ce sunt ticurile

Ticurile sunt definite ca fiind **mișcări sau sunete bruște, rapide, neritmice**, adesea **controlate voluntar**, fără nici un scop aparent și care **reproduc un act motor sau vocal normal**. Ticurile pot fi reproduse la comandă de copil, pot fi controlate de acesta (pe anumite perioade) și sunt accentuate în condiții de stres emoțional.

Se descriu:

- **Ticuri simple:** clipit, mișcările ale gâtului, ridicarea umerilor, grimase a feței, tuse de curățire a gâtului, inspirație și expirație forțată pe nas, tragerea nasului, fluierat, suflat, etc.
- **Ticuri complexe:** gesturi faciale, comportamentul de aranjare a ținutei, săritul, atinsul, bătutul din picioare, mirositul unor obiecte, repetarea unor cuvinte sau expresii particulare, utilizarea unor cuvinte neacceptabile, repetarea cuvintelor sau sunetelor pronunțate de alții.

Ticurile pot fi **tranzitorii** sau **persistente, cronice**:

- **Ticuri tranzitorii:** apar mai des la vârsta preșcolară, sunt mișcări ce apar de mai multe ori pe zi, aproape în fiecare zi, cel puțin o lună consecutiv (dar nu mai mult de 1 an)
- **Ticuri cronice:** sunt ticuri motorii sau vocale (dar nu de amândouă tipurile) cu o durată de peste 1 an

Forma cea mai severă a ticurilor este **Tulburarea Gilles de la Tourette**, caracterizată prin prezența atât a ticurilor motorii cât și vocale pe o perioadă de timp mai mare de 1 an. Tulburarea produce un disconfort sever și o afectare serioasă a vieții sociale.

Motivele apariției ticurilor trebuie atent investigate, inclusiv de către părinți. Situațiile stresante prin care trec copilul și/sau familia lui (de ex. divorțul părinților, boala, spitalizarea, accidentarea copilului sau a unuia dintre membrii familiei, pierderea unei persoane dragi, apariția unui frate mai mic, separarea de părinți, începerea grădiniței/școlii etc.) pot avea un impact puternic asupra copilului, ducând uneori la apariția ticurilor.

Tratamentul este complex și diferă în funcție de forma clinică a tulburării.

- **În formele ușoare, tranzitorii**
 - consilierea familiei poate fi suficientă (deseori, reacția părinților și a celor din jur - colegi, prieteni, alți adulți etc. - la primele manifestări ale ticurilor este determinantă pentru evoluția bolii. Observațiile, critica, ironia, interdicția dură de manifestare a ticurilor sporesc anxietatea, copilul se simte vinovat pentru că nu se poate controla, cu efect direct asupra intensificării ticurilor)
 - **comunicare cu copilul** identificare eventualelor traume care ar fi putut duce la apariția ticurilor, susținerea copilului în a-și găsi alte modalități de exprimare a temerilor, suferințelor, spaimelor, identificarea și încurajarea utilizării resurselor de a face față anxietății.

- **În formele severe:**
 - **Terapie medicamentoasă**
 - **Consiliere/Psihoterapie** individuală și de familie
 - **Intervenție educațională.**

6. Ce sunt tulburările de eliminare (enurezis, encoprezis)

Enurezis-ul înseamnă **eliminarea de urină în pat** în timpul nopții **sau în haine** în timpul zilei. Acest comportament este frecvent (de cel puțin 2 ori pe săptămână, mai multe luni), și apare la copii mai mari de 4-5 ani.. Ziua eliminarea de urină în pantaloni survine mai frecvent acasă, după amiaza, în zilele de școală, mai rar la școală sau în public. Noaptea apare de regulă în prima parte a nopții.

Encoprezis-ul constă în **eliminarea de materii fecale** în mod repetat, la o vârstă de peste 4 ani, vârstă la care controlul ar fi trebuit să fie dobândit, eliminarea având loc **în locuri neadecvate** (pe podea, în pantaloni, în diferite colțuri ale camerei, etc). Pot exista perioade în care doar se murdăresc puțin chiloții cu materii fecale. Acest comportament se repetă cel puțin o dată pe lună, măcar 3 luni la rând.

Cauzele tulburărilor de eliminare pot fi:

- **Întârziere în maturizarea structurilor sistemului nervos** (care este responsabil de instalarea controlului sfîcterian pentru urină și materii fecale) sau **întârzieri în maturizarea vezicii urinare.**
- **Factori psihologici:**
 - Educație dură, cu pedepse agresive și obligația copilului de a avea control sfîcterian
 - Evenimente de viață traumatizante
 - Tema copilului la introducerea cu forța în grădiniță
 - Gelozie între frați
 - Conflicte în familie
 - Separare neașteptată de familie
 - Schimbarea locuinței, teama de noile condiții de locuit, etc.

Cum se tratează tulburările de eliminare?

În **tratatamentul enurezisului** se începe cu diferite **tehnici psihoterapeutice** și, dacă nu se obține soluționarea problemei, se recurge și la **tratament medicamentos**:

- ❖ Discutarea **măsurilor pe care părinții trebuie să le adopte**: restricții de lichide seara, cu minim 3 ore înainte de culcare (dacă este vorba de enurezis nocturn) dar cu consum corect de lichide în timpul zilei, obligația de a merge la toaletă pentru a urina înainte de culcare, felicitarea copilului când reușește să nu facă în pat, încurajarea și motivarea acestuia, etc.
- ❖ **Terapia motivațională**: presupune încurajarea unor recompense materiale după un număr de nopți fără micțiuni; se recomandă realizarea unei evidențe a succeselor, de exemplu un jurnal în care să pună câte o steluță roșie pentru o noapte fără pipi și un punct negru pentru o noapte cu pipi. Aceasta îl va ajuta să-i crească responsabilitatea pentru soluționarea problemei.
- ❖ **Reeducarea vezicală**: în timpul zilei trebuie încercată creșterea intervalelor dintre micțiuni, adică să rugăm copilul să țină urina cât mai mult poate în scopul stimulării creșterii capacității vezicale; sunt utile de asemenea exercițiile de întrerupere conștientă a jetului urinar.
- ❖ **Educație sfincteriană**: copilul va fi învățat să urineze la intervale regulate: în prima zi la jumătate de oră, a doua zi la fiecare oră, în următoarele zile la 2 ore, treptat ajungându-se la 3-4 ore.
- ❖ **Terapia de condiționare reflexă** - constă în utilizarea de dispozitive electronice de avertizare, adică niște chiloței care sună în momentul în care se udă, copilul se trezește și oprește voluntar golirea complete a vezicii urinare.

Tratatamentul pentru encoprezis trebuie făcut de către o echipă alcătuită din **medic pediatru** (care să trateze eventualele probleme digestive, să asigure un regim alimentar care să evite diareea sau constipația, etc), **medic psihiatru și psiholog** (psihoeducație: atitudine firească, fără critică față de copil, de dezvinovățește copilul, părinții sunt sfătuiți să nu-l pedepsească, să nu-l jignească, să renunțe la verificarea permanentă a chiloțelilor, etc. Se va fixa un program al defecației, se încurajează un calendar al reușitelor și eșecurilor, se va răsplăti la fiecare reușită fie material, fie afectiv.). Uneori poate fi eficient și un **tratament medicamentos**.

7. Ce sunt tulburările de alimentație (anorexia și bulimia)

Tulburările de alimentație care pot să apară la adolescenți sunt caracterizate printr-o **preocupare exagerată, patologică, privind forma și greutatea corpului**, cu

perturbarea/**modificarea severă a comportamentului alimentar**. În aceste tulburări există deci o percepere greșită/eronată a imaginii corporale și a greutății corpului

Tulburările de alimentație sunt mai frecvente la **adolescenți**, iar vârsta medie de debut al afecțiunii este 15-17 ani. Rata de mortalitate în tulburările de alimentație este de 10%, decesul producându-se prin inaniție (slăbire prin lipsa mâncării), tulburări cardiace generate de dezechilibrele electrolitice date de lipsa alimentației sau suicid.

Anorexia nervoasă se caracterizează prin:

- înfometare, refuzul constant al alimentației
- refuzul de a menține o greutate măcar la valoarea minimă normală pentru vârstă, sex, înălțime
- frică intensă de a nu lua în greutate
- perturbarea modului în care persoana se percepe în ceea ce privește imaginea corpului, conformația, greutatea

De cele mai multe ori această tulburare severă de alimentație începe cu o ”banală” cură de slăbire, pentru ca mai apoi să se dezvolte un comportament specific anorexic cu diete care mai de care mai restrictive. Comportamentul caracteristic al unui adolescent cu anorexie este:

- își **controlează greutatea** frecvent (cântărire repetată, eventual de mai multe ori pe zi). De cele mai multe ori scăderea în greutate este văzută ca un semn de autodisciplină, iar creșterea în greutate ca o pierdere inacceptabilă a controlului.
- alcătuiește **diete** cu conținut foarte redus de calorii (de multe ori sub 500kcal/zi) pe care le respectă cu strictețe, de ex. doar un fruct/zi
- deseori recurge la adevărate **ritualuri în alimentație**, de ex. taie mâncarea în bucăți foarte mici pe care deseori nici nu le mai mănâncă, aranjează alimentelor într-un anumit fel
- face **antrenamente fizice intense**, uneori calculându-și strict a kaloriile pierdute (lucrează la aparate care să indice nr. de calorii pierdute)
- are o **percepție distorsionată a propriului corp** (se consideră obez deși i se văd oasele și toate hainele care îi erau altădată bune sunt acum foarte largi), este nemulțumit de aspectul exterior, se consideră gras și poate face fixații pe anumite părți ale corpului (de ex. fese, șolduri, burtă) care sunt percepute ca ”inacceptabil” de grase
- are o **frică intensă de a se îngrășa**
- la fete, datorită perturbărilor hormonale majore generate de absența alimentației, se instalează **amenoreea** (lipsa menstruației)
- își provoacă vărsături, folosește în mod abuziv laxative, diuretice, medicamente de slăbit pentru a „lupta” împotriva kaloriilor pe care crede că le-a consumat ”în plus” (doar unele dintre persoanele cu anorexie)
- uneori apar și **elemente depresive**: tristețe, sentimente de vinovăție, nervozitate, scăderea încrederii în forțele proprii, tulburări de somn, rareori izolare
- reușește, de cele mai multe ori, să funcționeze d.p.d.v. social mult timp foarte bine, cu rezultate excelente pe multe planuri datorită ambiției, perfecționismului și nevoii de control/autocontrol pe care persoanele cu anorexie le au.

Tratamentul este dificil datorită faptului că adolescentele cu anorexie sunt de obicei ambivalente față de tratament. **Scopul tratamentului** este, în primul rând, să se obțină o **greutate cât mai apropiată de cea adecvată**, corespunzătoare vârstei, înălțimii și sexului. În acest scop se va elabora un **plan alimentar riguros**, se negociază cu adolescenta greutatea țintă și rata de creștere în greutate pe săptămână. De obicei tratamentul se realizează fără internare în spital, dar uneori spitalizarea se impune atunci când greutatea este periculos de scăzută, când scăderea în greutate este foarte rapidă, când există o depresie severă cu risc suicidar sau alte tulburări psihice asociate.

Tratamentul este atât unul **medicamentos**, cât și unul **psihoterapeutic** (psihoterapie suportivă, cognitiv-comportamentală, familială, cu stabilirea unei relații terapeutice solide între adolescent și psihiatru fără de care succesul terapiei este incert).

Bulimia nervoasă se definește prin:

- episoade repetate de **consum alimentar exagerat** (mănâncă odată cantitate exagerată – de ex. tot ce găsește în frigider - și, eventual într-un **timp scurt**)
- urmate de **comportamente compensatorii prin care să elimine ce a mâncat**: vărsături autoprovocate, laxative, diuretice (medicamente care să determine eliminarea apei din organism), exerciții fizice intense

Comportamentul caracteristic al unui adolescent cu **bulimie** este:

- **mănâncă** într-o perioadă scurtă de timp (în mai puțin de 2 ore) o **cantitate mare de mâncare** de obicei bogată în calorii, frecvent pe ascuns, uneori noaptea – **episoade bulimice**
- după episoadele bulimice se angajează în **comportamente compensatorii de eliminare**: vărsături (cel mai frecvent), laxative, diete restrictive, cu evitarea alimentelor care sunt percepute că îngrașă, antrenamente fizice intense
- are **sentimente de vinovăție**, se simte rușinat de comportamentul său, dar are senzația că nu se poate autocontrola, că **nu-și poate stăpâni dorința de a mânca**
- este **preocupat de greutatea corpului** dar, spre deosebire de adolescenții cu anorexie, se menține la o greutate normală sau peste medie sau are o greutate fluctuantă
- are o **frică intensă de a se îngrășa**
- poate avea leziuni sau cicatrici pe degetele cu care își provoacă vărsăturile, carii dentare, mai ales pe fața linguală/internă a dinților, ca urmare a contactului cu vărsătura care are un conținut acid și atacă smalțul dinților
- **dispoziția depresivă, anxietate stimă de sine scăzută, perturbarea relațiilor** cu cei de la școală și cu familia sunt mai frecvente decât la adolescenții cu anorexie.

Pacienții cu bulimie sunt **mai receptivi la tratament**, iar tratamentul acestora constă, de asemenea în asocierea dintre medicație și psihoterapie.

8. Ce sunt tulburările afective

Ce este depresia și cum o recunosc

Depresia, ca și trăire pe care fiecare dintre noi am experimentat-o uneori, reprezintă o senzație de tristețe, nemulțumire, uneori oboseală, descurajare, idei pesimiste, uneori anxietate. Aceste sentimente sunt firești și apar deseori la vârsta adolescenței când e nevoie să se facă atâtea alegeri importante pentru mai târziu. În preajma examenelor sau a concursurilor importante din adolescență, în momentele dificile cu prietenii (ceartă, contradicții, despărțiri) sau cu familia (neînțelegeri, idei total diferite, lipsa comunicării, etc) este normal să apară ”gânduri negre”.

Dacă însă această stare de dispoziție este **intensă și persistă în timp modificând semnificativ viața** familială, școlară și socială a adolescentului atunci este deja vorba despre o tulburare psihică care are nevoie de intervenția specialiștilor.

În **depresie** se întâlnesc următoarele modificări

- **modificarea dispoziției:** tristețe exagerată uneori însoțită de plâns, dispoziție melancolică, anxietate, neliniște interioară, indiferență, dezinteres pentru lucruri altădată plăcute, pierderea sentimentului de bucurie. Caracteristic la adolescenți este o dispoziție iritabilă, pare că totul îi enervează și îi nemulțumește.
- **modificarea gândirii** (în sensul reducerii, inhibiției): încetinirea gândirii, idei negative, pesimiste, stare de "oboseala psihică", fixații, dificultăți de concentrare, imposibilitate de a se hotărî, de a lua o decizie. În depresia severă pot să apară halucinații și idei delirante.
- **modificări ale imaginii de sine:** scăderea încrederii în forțele proprii, sentimente de inutilitate și eșec, idei de învinovățire nemotivate de realitate, are imaginea unui viitor în care nu va reuși nici în planul profesiei nici în plan familial/personal
- **modificarea activității:** pierderea energiei, adolescentul face activitățile numai pentru că trebuie sau nu le mai face deloc, are dificultăți în începerea lor, randament școlar scăzut, mișcărilor sunt lente, fără vlagă, ținuta lasă deseori impresia de persoană vârstnică (aplecat înainte, cocârjat), vocea este monotonă, plictisită. Uneori poate apare o stare de neliniște motorie până la agitație, cu plâns greu de oprit.
- **modificarea somnului:** somnul este deseori perturbat în sensul dificultăților de adormire (cu gânduri negative, triste, anxioase care împiedică relaxarea necesară somnului) sau treziri pe parcursul nopții și imposibilitate de a readormi, uneori somnolență
- **modificarea alimentației:** absența poftei de mâncare și scădere în greutate sau, dimpotrivă, consumul exagerat de alimente (mai ales dulciuri)

- **modificări ale comportamentului:** comportamente autodistructive: consum de droguri, alcool; idei și tentative de suicid
- **modificări ale sănătății somatice:** de ex. dureri abdominale, dureri de cap, etc.

Uneori depresia face parte dintr-o tulburare psihică care se numește **tulburare afectivă bipolară**. Aceasta se caracterizează prin episoade repetate în care nivelele de dispoziție și activitate ale adolescentului sunt perturbate astfel:

- fie în sensul **creșterii dispoziției:** energie și activitate crescută (**manie sau hipomanie**), iritabilitate, vorbit excesiv, nevoie scăzută de somn, nu simte oboseala, comportamente fără inhibiții în care cheltuiește exagerat, nu respectă legile, are activități sexuale multiple care ajung să deranjeze chiar și grupul de prieteni atât de tolerant uneori.
- fie în sensul **scăderii dispoziției:** energie și activitate scăzută (depresie).

Episoadele de depresie alternează cu episoadele de manie care, uneori, nu sunt recunoscute de cei din jur, comportamentul exaltat fiind considerat ca o etapă firească, de ”criză de adolescență”.

Intervenția în tulburările afective (depresie, tulburare afectivă bipolară) este complexă și constă în:

- consilierea familiei pentru ca aceasta să poată interveni pentru îndepărtarea factorilor stresanți, se vor discuta modalitățile de comunicare eficientă a emoțiilor, etc
- psihoeducația familiei pentru o mai bună înțelegere a afecțiunii, a opțiunilor terapeutice, a evoluției bolii, a prevenirii recăderilor
- terapie psihoeducațională pentru adolescentul cu tulburare afectivă: informare despre boală, despre medicație și eventualele efecte secundare, antrenarea abilităților sociale și ale vieții de zi cu zi
- psihoterapie individuală suportivă
- psihoterapie de grup sau familială (dacă este necesar).

9. Ce este anxietatea și cum recunosc diferitele tipuri de tulburări anxioase (anxietate generalizată, fobii, atacul de panică, obsesii)

Anxietatea face parte în mod firesc din existența noastră și se caracterizează printr-un sentiment de pericol iminent, de teamă nedeterminată/fără obiect, de neliniște interioară (spre deosebire de frică care reprezintă o reacție emoțională la un pericol exterior clar, bine definit). **Frica și anxietatea sunt trăiri normale** și au un rol esențial în adaptarea noastră, făcând parte din procesul normal de dezvoltare. Caracterul patologic, de boală al acestor trăiri este dat de creșterea frecvenței manifestărilor, de severitatea și de persistența lor anormală.

Tulburările de anxietate reprezintă **cele mai frecvente probleme de sănătate mintală** la copii și adolescenți.

Anxietatea se leagă de anticiparea unei presupuse primejdii și se manifestă fără prezența unui pericol real (nu știu ce formă va avea primejdia). Îngrijorarea este un exemplu tipic de anxietate, în care persoana se gândește la consecințele negative ale unor evenimente/situații.

Anxietatea este deci o stare emoțională caracterizată prin:

- **Sentimentul unui pericol iminent**
- **Atitudine de așteptare în fața pericolului**
- **Sentimente de neputință în fața pericolului**

Deseori stările de anxietate sunt însoțite și de: dureri abdominale, diaree, senzație de greață, transpirații, uscăciunea gurii, senzație de sufocare, de lipsă de aer, frecvență mare a bătăilor inimii, modificări ale culorii feței, etc.

Cele mai frecvente tulburări anxioase la adolescenți sunt:

- Anxietatea generalizată
- Atacurile de panică
- Fobiile
- Tulburare de stres posttraumatic
- Tulburare obsesiv compulsivă

Principalele modalități de intervenție în tulburările anxioase sunt:

- Însușirea de tehnici educaționale incluzând controlul anxietății și fobiilor prin atitudini corecte și suportive ale familiei
- Participare la terapii variate: individuală, de grup, familială cu scopul identificării sursei de anxietate, învățarea comportamentelor și modelarea, schimbarea răspunsului anxios, desensibilizare la factorii care provoacă frica, etc.
- Intervenție psihofarmacologică (medicamente recomandate de către medicul specialist în psihiatria copilului și adolescentului)

10.1. Anxietatea generalizată

Un adolescent care suferă de **anxietate generalizată**:

- Pare a fi tot timpul **îngrijorat, neliniștit pentru aproape tot ce-l înconjoară**: teme, lucrări, prieteni, banii familiei, plățile legate de locuință, teamă că nu e la fel de bun ca ceilalți, că se pot întâmpla accidente cu cei dragi, etc
- Își face nenumărate **griji cu sau fără motiv, din orice**, se frământă pentru fiecare lucru pe care trebuie să-l facă sau să nu-l facă, **analizează anxios consecințele** aproape în permanență
- **Nu își poate controla grijile exagerate**, uneori le recunoaște ca fiind excesive sau nepotrivite, însă nu se poate liniști
- Teamă și grijile se asociază cu **stări de oboseală, dificultăți de atenție, nervozitate, tensiune musculară, perturbări ale somnului** deseori cu insomnii în care analizează acțiuni sau situații petrecute sau ipotetice cu caracter de catastrofă
- Temerile și anxietatea îi **perturbă viața** atât la școală cât și în familie

10.2 Atacul de panică

Atacul de panică reprezintă punctul maxim pe care îl poate atinge orice tulburare anxioasă și se manifestă printr-o trăire de **frică intensă** apărută brusc însoțită de :

- **Manifestări cardiovasculare:**
 - Bătăi puternice ale inimii, frecvență crescută a bătăilor inimii
 - Durere în piept
 - Transpirații
- **Manifestări respiratorii:**
 - Senzație de sufocare, de lipsă de aer
 - Senzația de scurtare a respirației, tendința de respirație profundă
 - Respirație neregulată
- **Manifestări gastrointestinale:**
 - Greață
 - Vomă
 - Dureri de burtă
- **Alte manifestări somatice:**
 - Tremurături
 - Senzație de amețală, de leșin, de pierderea echilibrului
 - Senzația de amorțeală sau de furnicături
 - Valuri de căldură sau senzație de frig cu frisoane
- **Manifestări psihice:**
 - Senzația că lumea nu e reală, sentimentul de detașare/îndepărtare de sine
 - Teamă de a nu pierde controlul, de a nu înnebuni
 - Teamă de a nu muri.

Adolescenții ajung să aibă un **comportament de evitare** a situațiilor care ar putea să determine un atac de panică (de exemplu nu mai folosesc liftul și urcă pe jos indiferent la ce etaj dacă suferă de claustrofobie, nu mai răspund deloc la lecții dacă au fobie socială). De asemenea își creează **variante de comportament liniștitoare**, de exemplu: dacă le e teamă de întuneric merg doar însoțiți de cineva când se întunecă sau aprind luminile în toată casa și susțin să fie lăsate așa, dorm cu lumina aprinsă, etc.

10.3 Fobiile

Fobia reprezintă o frică exagerată, nejustificată, legată clar de un obiect sau de o situație (de exemplu: frica de păianjeni, de școală – fobie școlară, teama de întuneric – aclofobie, teama de spații închise – claustrofobie, teama de fi singur – autofobie, teama de înălțime - acrofobie etc.). Adolescentul care are o fobie recunoaște că frica sa este exagerată și nejustificată, dar în ciuda argumentelor nu se poate controla.

Dacă vine în contact cu situația sau obiectul fobic, adolescentul are imediat o **reacție de tip anxios**, uneori similară cu atacul de panică care poate persista și după înlăturarea obiectului care l-a înspăimântat. De asemenea, se dezvoltă un **comportament de evitare** a situațiilor sau obiectelor de care se teme, perturbându-și astfel activitatea școlară sau cea din familie.

Prezența anumitor tipuri de frică este firească în diferite faze ale dezvoltării și ar trebui să dispară odată cu creșterea. De exemplu la vârstă mică teama de a dormi singur sau pe întuneric intră în firesc, dar dacă și la 16 ani persistă atunci se poate vorbi de o perturbare a sănătății mintale.

Un tip particular de fobie este **fobia socială** în care adolescentul se teme în mod exagerat și evită pe cât posibil două mari categorii de situații:

- situațiile ce presupun interacțiune cu ceilalți pentru a dezvolta relații: vorbitul către colegi, exprimarea opiniilor personale, participarea la aniversări, petreceri, invitarea altor adolescenți să facă lucruri împreună, lucrul în grup, vorbitul la telefon, întâlniri cu adolescenți de sexul opus, etc.
- situații în care pot fi **observați sau evaluați** (situații de performare socială): participare activă la ore (să răspundă sau să pună întrebări), scrisul la tablă, vorbitul în public, mâncatul în fața altor persoane, intrarea într-o încăpere în care ceilalți deja s-au așezat, etc.

9.4 Tulburare de stres posttraumatic

Tulburarea de stres posttraumatic apare după un eveniment extrem de traumatizant sau amenințător de viață care a determinat frică intensă și sentimente de neputință. Tipurile de traume majore întâlnite la adolescenți sunt:

- **violență fizică și psihică extremă** (fie acasă – adolescenți bătuți și terorizați de părinți, în special de tată, fie în afara familiei – atacuri cu arme de foc sau cu obiecte contondente: cuțit, topor, bătă, etc),
- **violență sexuală** (viol, tentativă de viol),
- **traume psihice** variate: decesul părinților sau al fraților mai ales dacă a fost neașteptat (de exemplu prin suicid sau accident rutier),
- **dezastre naturale** (inundații, incendii care au afectat semnificativ familia).

Tulburarea de stres posttraumatic se manifestă astfel:

- **Retrăirea persistentă/frecventă a evenimentului traumatizant** în diferite moduri:
 - Amintirea frecventă a evenimentului, cu imagini, gânduri și senzații legate de traumă
 - Coșmaruri legate sau nu de momentul traumatizant, insomnii, treziri frecvente pe parcursul nopții
 - Senzația de retrăire a traumei, halucinații, iluzii, sentimentul de detașare, de îndepărtare de sine
 - Perturbare în plan psihic, deseori cu frică, atunci când vine în contact cu obiecte/situații(stimuli externi) sau apar gânduri (stimuli interni) care seamănă sau simbolizează un aspect al evenimentului traumatizant (de ex. vede o fotografie într-o vitrină care i se pare că seamănă la ochi cu agresorul, intră în bucătărie și vede un cuțit)
 - Perturbare în plan fizic atunci când vine în contact sau apar gânduri care seamănă sau simbolizează un aspect al traumei: transpirații, tremurături, senzație de amețală, de pierderea echilibrului, senzația de amorțeală, valuri de căldură sau senzație de frig cu frisoane, etc
- **Evitarea persistentă a activităților sau situațiilor care ar putea să amintească trauma:**
 - Eforturi pentru a evita gândurile, sentimentele sau conversațiile legate de traumă
 - Eforturi de a evita locurile sau persoanele care ar putea trezi amintiri despre traumă
 - Blocaj în ceea ce privește evocare unor aspecte ale momentului traumatizant
 - Scăderea interesului pentru activitățile obișnuite
 - Sentimente de înstrăinare de ceilalți
 - Sentimente de inutilitate
 - Sentimente de blocare, de reducere a perspectivelor de viitor: crede că nu mai poate face o carieră în plan profesional, nu mai speră la o relație în plan afectiv, etc
- **Alte manifestări** frecvente:
 - Nervozitate crescută
 - Dificultăți de concentrare

- Stare de vigilență, de alertă crescută, e ca un arc gata să reacționeze
- Tresărire la cel mai mic zgomot

Toate aceste manifestări **perturbă major viața** adolescentului, atât în plan școlar cât și familial. Frecvent, la adolescent, tulburarea de stres posttraumatic **este urmată de depresii severe și de consumul și dependența de droguri**. Uneori apar și ideile suicidare. Alți adolescenți devin anxioși, cu atacuri de panică, dezvoltă tulburări de somn variate (insomnii, coșmaruri), tulburări de adaptare.

Pentru a trata o astfel de problemă de sănătate mintală este nevoie de intervenție complexă a unei echipe de specialiști care să ia în discuție:

- **Tratament medicamentos** (recomandat de psihiatru)
- **Psihoterapie individuală:** utilă pentru ca adolescentul
 - să înțeleagă ce i s-a întâmplat,
 - să învețe să-și controleze sentimentele de neajutorare și teamă,
 - să învețe unele tehnici de relaxare înaintea adormirii (la cei cu probleme de somn)
- **Terapie de grup:** are drept scop:
 - împărtășirea sentimentelor cauzate de traumă
 - dezvoltarea de aptitudini necesare depășirii momentului traumatic
 - găsirea de soluții pentru rezolvarea problemelor
- **Terapia familială:** îmbunătățește relațiile intrafamiliale, mediază reacțiile membrilor familiei, etc.

10.5 Tulburarea obsesiv - compulsivă

Tulburarea obsesiv – compulsivă se caracterizează prin prezența de :

- **Gânduri obsesive, repetitive:** idei, imagini care **invadează mintea** persoanei (de ex. teama de murdărie, teama că cineva apropiat ar putea păți ceva rău, teama de boală, ideea de a avea lucrurile într-o anumită ordine). Adolescentul realizează că aceste obsesii sunt **inadecvate**, îi creează o stare de anxietate și încearcă să le ignore, să le reziste sau să le înlăture cu alte acțiuni sau gânduri
- **Actele compulsive sau ritualurile:**
 - sunt **comportamente repetitive** (de ex. spălătul mâinilor de zeci sau sute de ori pe zi, ordonatul, verificatul excesiv) sau **acte mintale** (de ex. calculatul, numărutul) pe care persoana se simte obligată să le facă **pentru a răspunde la o obsesie**. Concret:
 - pentru că se teme de microbi (aceasta e obsesia) se spală de zeci de ori pe mâini și stă foarte mult la baie (aceasta e compulsia, ritualul)
 - pentru că se teme de hoți (obsesie) verifică neconținut ușa de la intrare în casă (compulsie, ritual), ajungând să se întoarcă, de ex. din stația de tramvai, pentru a mai verifica încă o dată
 - pentru a nu avea ghinion sare de 2 ori înainte de a intra în orice încăpere

- pentru ca cei dragi să ajungă cu bine acasă, trebuie ca toate obiectele să fie așezate într-un anumit mod (ritual de aranjare, de ordonare).
- Comportamentele repetitive sau actele mintale (care sunt fie clar **excesive** – spălatul de zeci de ori pe zi, fie **nerealiste** – nu-ți poți ajuta sora să ajungă cu bine acasă dacă faci ordine neconținut în camera ei și îi așezi bluzele pe un anumit scaun) au rolul de a reduce starea psihică proastă sau să prevină o situație de care persoana se teme.

În decursul evoluției tulburării, adolescenții pot recunoaște că obsesiile și ritualurile sunt excesive, că le **perturbă major viața**, că sunt **consumatoare de timp**. De asemenea, adolescenții descriu bine **tensiunea interioară**, disconfortul psihic pe care îl trăiește dacă încearcă să își reprime/ignore/limiteze pornirile compulsive.

10. Ce înseamnă dependența de alcool sau de droguri și care sunt tulburările mentale sau de comportament datorate consumului constant

Consumul de alcool și droguri este des întâlnit la adolescent. Deseori este vorba doar de un **consum ocazional, în grup**, însă nu de puține ori, pornindu-se de la acest tip de consum se ajunge la **consumul foarte frecvent și la dependență**.

Prima experiență a consumului de droguri se realizează, de obicei, **din curiozitate sau la presiunea grupului sau ca reacție de opoziție față de părinți**. Mai apoi, apare **nevoia fizică și psihică** (dorința irezistibilă de a obține cu orice preț senzația trăită inițial) care determină reluarea consumului. **Inițial utilizarea se caracterizează prin consum moderat, festiv**, asupra căruia adolescentul păstrează controlul. Uneori însă, se trece la **utilizarea cu risc**:

- **Risc legat de condițiile de consum:** consum în locuri interzise (de ex. în toaleta școlii) sau periculoase (de ex. pe acoperișul blocului), activități ce implică risc după consum (de ex. să conducă scuterul sau să meargă pe bicicletă)
- **Risc legat de cantitățile consumate** (risc de supradozare și chiar deces de la prima sau a doua încercare)
- **Risc legat de natura produselor/substanțelor utilizate** (de ex. heroina este considerată ca fiind un drog de risc încă de la prima experimentare)

Există diferiți **factori personali, familiari sau sociali** care cresc într-un fel sau altul riscul pentru consumul de substanțe toxice. În astfel de cazuri, utilizarea toxicelor duce frecvent la dependență și abuz cronic:

- **Factori de risc de ordin personal**
 - factori genetici;
 - tipul de personalitate și temperament;
 - diferite afecțiuni psihice, precum ADHD (deficitul de atenție asociat cu hiperreactivitate), tulburările de comportament, depresia cronică, represiia (ascunderea anumitor sentimente), sindromul stresului posttraumatic sau tulburările anxios depresive);
 - tentația, specifică vârstei;
 - vârsta mică la prima utilizare.

- **Factori de risc familiali**
 - istoric familial de utilizare a substanțelor toxice;
 - atitudinea părinților fie prea laxă fie prea rigidă în legătură cu activitățile școlare, extrașcolare, fumatul sau consumul de alcool sau droguri;
 - viață familială dezorganizată;
 - implicare parentală inadecvată, în educația și viața adolescentului;

- **Factori de risc de ordin social**
 - accesul relativ ușor la diferite toxice;
 - anturajul nepotrivit;
 - publicitatea prin media a alcoolului, țigaretelor sau drogurilor.

Tipuri de consum întâlnite la adolescent:

- **Consumul social și recreativ** în scop euforizant. Se petrece, de obicei, în cadrul grupului de prieteni și nu de unul singur, cel mai adesea la sfârșit de săptămână sau în vacanțe. Școlarizarea și activitățile extrașcolare (de ex. sportul) nu au, de obicei, de suferit. Totuși, dacă acest tip de consum devine regulat, poate să apară și declinul școlar.
- **Consumul auto-terapeutic** în scopul relaxării, a reducerii unor stări de anxietate. Este, cel mai adesea, un consum solitar, mai regulat, care însă poate alterna și cu momente de consum în grup. Școlarizarea este repede afectată, adolescentul se izolează, se rupe de prieteni și de activitățile extrașcolare. Viața socială devine tot mai săracă. La acești adolescenți se regăsesc frecvent factori de risc individuală actuali sau de mai demult: tulburări de somn (dificultăți importante de adormire, coșmaruri, insomnii, etc), tulburări anxioase și/sau depresive.
- **Consumul de tip toxicoman** în care se caută efectul de anestezie – apatie. Consumul se produce atât de unul singur cât și în grup, este regulat aproape zilnic. Constant se produce excluderea din cadrul școlarizării după schimbări frecvente ale școlilor, ale orientării în cadrul școlarizării și eșecuri repetate pe toate direcțiile. În plan social, adolescentul nu mai are relații decât cu alți tineri aflați în situații marginale. La acești adolescenți se pot deseori identifica:
 - **Factori de risc familiali:** neînțelegeri constante între părinți, atmosferă rigidă în familie, dificultăți socio-economice majore, indiferență din partea familiei, etc
 - **Factori de risc individuali:** depresie, anxietate, dificultăți adaptative, etc.

În ultimii ani în țara noastră a crescut foarte mult consumul de **droguri așa numite legale (etnobotanice)** care dau, de asemenea, dependență destul de rapidă și duc la deteriorarea vieții adolescentului consumator. Menționăm că s-a înregistrat un număr crescut de decese la adolescenți urmare a consumului acestor substanțe.

Un număr important de adolescenți consumă alcool. Riscurile cele mai mari sunt legate de **supradozare** (consum mare de alcool care poate induce o stare de comă) și de **tulburările de comportament** care însoțesc frecvent consumul de alcool. **Consumul cronic** poate determina **dependență**, cu **afectarea memoriei și a gândirii** mergând până la **halucinații și delir**, **afectarea funcționării școlare/familiale**.

Există și alte substanțe toxice care sunt folosite de adolescenți. Dintre acestea amintim:

- **substanțele toxice cu administrare pe cale inhalatorie** (sprayuri, substanțe pe baza de benzen, uleiuri, vopsele și substanțe adezive). Aceste tipuri de substanțe toxice sunt frecvent folosite de adolescenți deoarece sunt ușor de procurat și sunt de asemenea relativ ieftine. Cu toate acestea, sunt extrem de toxice, deoarece conțin substanțe (de ex. **toluen**), care pot cauza leziuni cerebrale, tumori (utilizarea cronică) și, în unele cazuri, chiar decesul utilizatorului;
- **droguri folosite cel mai adesea în cluburi**, precum: **ecstasy** (MDMA), **gamahidroxibutirat (GHB)**, **flunitrazepam (Rohypnol)**. Utilizarea, chiar și rară de ecstasy, poate duce la **depresie**, **probleme cu somnul** și **anxietate** severă, simptome care pot dura mai mult de câteva săptămâni de la utilizarea inițială. Utilizarea cronică a acestui drog determină **afectarea ficatului și probleme de concentrare și memorie**;
- **metamfetamina** (deseori regăsită sub diferite denumiri generice, precum, **speed**, **crank** sau **met**). Acest drog creează dependență și poate cauza manifestări grave, precum, **crize pseudoepileptice** (pierderea conștienței, contracții ale mușchilor, tremurături involuntare), accidente vasculare ischemice, probleme mentale grave (**paranoia**, **halucinații**, crize de depersonalizare) și alte probleme de sănătate pe termen lung;
- **halucinogene**, cel mai frecvent **LSD** (acid dietilamid lisergic), **mescalina**, psilocybin, PCP (phencyclidina) și **ketamina**. Utilizarea LSD-ului poate cauza **afecțiuni psihice grave**, precum cele care se manifestă prin halucinații variate;
- **opiacee**, ca **heroina**, **morfina** și **codeina**. Utilizarea opiaceelor conduce la dependență fizică și psihică. Adolescenții care folosesc droguri sunt predispuși la diferite infracțiuni, în special **furtul** diferitelor bunuri din casa familiei și, uneori, se pretează chiar și la prostituție pentru a procura bani pentru droguri;
- Unele medicamente (de ex. diazepam, unele siropuri de tuse) mai ales în combinații cu alcool sunt folosite de asemenea de adolescenți cu diferite ocazii;
- **steroizii anabolizanti** sunt substanțe medicamentoase folosite în special de băieții care vor să-și crească brusc masa musculară și să-și reducă semnificativ țesutul adipos. Aceste substanțe pot cauza însă **cancer hepatic**, **oligospermie** (scăderea numărului de spermatozoizi), dobândirea unor caracteristici fizice masculine, iritabilitate, furie,

creșterea colesterolului și al tensiunii arteriale cu apariția **infarctului miocardic acut sau al accidentului vascular cerebral**.

Este destul de dificil pentru părinți sau membrii anturajului, să identifice o problemă legată de consumul de toxice în rândul adolescenților. Unii părinți suspectează eventuala utilizare a drogurilor în cazul adolescenților care prezintă un **comportament anormal** (negativism, negare, izolare), cu toate că acest comportament poate fi considerat normal la aceasta vârstă. Dintre **semnele care pot apărea odată cu abuzul de toxice**, amintim următoarele:

- **atenție scăzută asupra înfățișării fizice** (îmbrăcăminte și igienă inadecvate);
- **pierderea apetitului alimentar** și scăderea inexplicabilă în greutate;
- hiperemie conjunctivală (**ochi roșii**), utilizarea inadecvată și frecventă a picăturilor pentru ochi și a odorizantelor bucale (guma de mestecat, dropsuri mentolate);
- **absenteism și performanțe școlare slabe**;
- **pierderea interesului pentru anumite activități școlare sau extrașcolare**, pentru sport sau alte hobbyuri;
- comportament care trădează încercarea de a ascunde un anumit secret;
- **îndepărtarea de membrii familiei și prieteni**;
- **prieteni și anturaj nou**, care nu sunt prezentați familiei;
- comportament caracterizat prin **minciună și furt**;
- **comportament disprețuitor față de familie și prieteni**;
- **atitudine ostilă, violență**;
- **dezinteres și lipsa planurilor de viitor**.

Dependența de alcool sau alte droguri înseamnă :

- apariția fenomenului de **toleranță la drog** adică nevoia de cantități tot mai mari pentru a obține efectul dorit
- apariția fenomenului de **sevrăj** adică, dacă nu se continuă consumul drogului, apare o **stare fizică și psihică neplăcută** care variază de la un drog la altul (frecvent anxietate, agitație sau lentoare, greață și vomă, tulburări de somn, nervozitate, convulsii, halucinații, etc.)
- **necesitatea ca substanța să fie luată în cantități mai mari și pe perioade mai lungi** decât s-a intenționat
- existența **dorinței de a reduce sau controla utilizarea drogului însă eforturile în acest sens sunt lipsite de succes**
- **se pierde mult timp cu activități legate de drog**: achiziționare, consum, recuperare după efectele acestuia
- **reducerea sau abandonarea activităților sociale**, ocupaționale din cauza drogurilor

Se disting **două feluri de dependență: cea fizică și cea psihică**. Delimitarea dintre aceste două tipuri de dependență este destul de dificilă:

- **Dependența fizică** este o **consecință a unui consum frecvent și abuziv** de substanțe nocive și a **adaptării organismului** prin modificări metabolice la acesta, obținându-se o **creștere a toleranței**. Drept urmare organismul are nevoie

de respectiva substanță ca să funcționeze. **Dependența fizică se manifestă întotdeauna la întreruperea consumului** când apar o serie de fenomene neplăcute pe plan fizic, numite **fenomene de sevraj** (tremurături, senzație de vomă, transpirație abundentă, tulburări de somn, neliniște). Intensitatea acestor fenomene se extinde de la o simplă stare de slăbiciune cu tulburări digestive până la manifestări grave, uneori mortale. Din păcate **starea de bine, de „normalitate” se reinstalează la reluarea administrării drogului**, ceea ce explică în parte și marea dificultate de a renunța la consum.

- Despre **dependența psihică** se vorbește atunci când există **dorința interioară**, iar apoi cerința obsesivă de a consuma în continuare substanța nocivă, fie pentru a-și procura din nou plăcere, fie pentru a evita neplăcerile. **Dependența psihică** se instalează pe neobservate din motive aparent neînsemnate, de exemplu din cauza proastei dispoziții, apatiei sau pentru că se spune că numai cu un pahar de băutura ”bucuria la petrecere este deplină”. Dependentul psihic folosește acea substanță pentru a obține **starea de confort psihic și pentru a rezolva stările de stres sau indispozițiile**. Atunci când substanța nu este la îndemână, apare **disconfortul psihic sau chiar frica** ce îl determină pe cel în cauză **să-și facă provizii și să-și organizeze întreaga viață în așa fel încât drogul să fie la îndemână**. Astfel se formează o **legătură emoțională cu drogul**, care persistă încă multă vreme după ce dependența fizică a fost depășită. Acesta este și motivul pentru care, chiar și în cazul tratamentului medicamentos și psihologic, recidivele sunt frecvente.

La adolescenții care consumă droguri sau alcool apar frecvent:

- **tulburări de dispoziție:** stări depresive sau, din contra, stări euforice, somnolență sau lipsa nevoii de somn, activitate intensă, agitație, stări de anxietate, frică nejustificată
- **dificultăți școlare** care nu existau anterior (cea mai importantă modificare care sugerează consumul de droguri)
- **dificultăți de concentrare și menținere a atenției**
- **tulburări de gândire** mergând până la dezorganizarea gândirii și idei delirante
- **conflicte** în familie și în mediul școlar, **violență**
- **eșec școlar** (exmatriculare urmare a absențelor sau a conflictelor)
- **alte comportamente de risc:** furt, vânzare de droguri

Alte consecințele consumului de droguri la adolescență sunt:

- **pe termen scurt:**
 - accidente și traumatisme,
 - acte de violență
 - comportament sexual de risc (boli cu transmitere sexuală, sarcină nedorită)
 - boli cronice severe (SIDA, hepatită cronică)
- **pe termen lung:**
 - moartea prin supradoză sau prin suicid
 - degradarea fizică
 - degradarea psihică
 - dezadaptare socială.

Alte forme de dependențe (internetul, jocul patologic de noroc, jocurile video etc.)

Atunci când auzi cuvântul "dependență", cel mai probabil te gândești imediat la droguri, la persoanele care simt că nu mai pot trăi fără aceste substanțe nocive, sau la alcoolici. Însă dependențele pot fi legate și de alte lucruri, multe dintre ele apărând în epoca modernă odată cu noile tentații.

Dependența de internet/calculator

Deși internetul a devenit una dintre cele mai importante resurse de informații, utilizarea necontrolată, patologică a internetului – adică **dependența de internet** - poate avea un impact negativ asupra performanțelor școlare, a relațiilor de familie și asupra stării emoționale a adolescenților, fiind un comportament cu semne și simptome similare cu cele ale oricărei alte dependențe.

Dependența de Internet este definită ca o pierdere compulsivă a controlului impulsurilor legate de utilizarea Internetului (jocuri online, rețele sociale, sesiuni-maraton de navigare pe Internet) care implică în principal **dependența psihologică de Internet** iar simptomele sunt comparabile cu ale altor comportamente adictive, cel mai apropiat fiind jocul de noroc patologic.

Studiile realizate în ultimii ani au arătat că:

- adolescenții și adulții tineri sunt mai susceptibili de a fi **dependenți de Internet decât orice altă grupă de vârstă**
- în rândul tuturor persoanelor care suferă de această dependență, adolescenții și adulții tineri sunt mai susceptibili de a-și **neglija munca și școala** decât adulții mai mari cu același tip de comportament dependent.
- adolescenții dependenți de internet sunt mai susceptibili decât oricare grupă de vârstă **să se izoleze și să aibă complicații psihiatrice** la tulburarea lor

Abuzul de Internet este atât de frecvent încât DSM (*“Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale*), care este publicat de Asociația Americană de Psihiatrie, are în vedere, în

prezent, adăugarea unui asemenea diagnostic în următoarea sa ediție propusă pentru publicare, alături de alte probleme de sănătate mintală, cum ar fi tulburarea bipolară, schizofrenie și tulburările de personalitate.

Dependența de Internet acoperă o varietate de comportamente și de probleme de control al impulsurilor, care includ:

- **Dependența de relaționare virtuală** - dependența de rețele sociale, chat și mesagerie, până la punctul în care **prietenii virtuali, on-line devin mai importanți decât relațiile cu familia și prietenii din viața reală**, care ajunge să pară goală și lipsită de bucurie. Această realitate falsă devine deosebit de periculoasă și determină o dependență mult mai severă decât celelalte tipuri de comportamente legate de Internet. Atunci când este utilizat în mod responsabil, Internetul poate fi un loc minunat pentru a interacționa pe plan social, a întâlni oameni noi. O altă problemă este faptul că, în aproximativ 50% din cazuri, oamenii mint despre vârsta lor, greutatea, ocupația, starea civilă sau adoptă identități false, uneori chiar de gen.
- **Comportamente compulsive pe Internet - joc de noroc patologic, utilizarea compulsivă a site-urilor de cumpărături sau licitații online**, care conduc, de multe ori, la probleme financiare. Persoanele cu asemenea comportamente cumpără lucruri de care, de cele mai multe ori, nu au nevoie și pe care nu și le pot permite.

Mulți dintre noi avem tendința de a ne petrece mai mult timp pe internet atunci când **ne simțim singuri sau suntem copleșiți de sentimente neplăcute**, în căutarea unui mod de a **scăpa de plictiseală sau a uita**, pentru moment, de problemele care ne provoacă disconfort. **Nu toți devenim, însă, dependenți**. Există o serie de diferențe între cei care utilizează Internetul într-un mod sănătos și cei care nu. De exemplu, persoanele dependente s-au dovedit a fi mult mai atrase de aplicații interactive, cum ar fi chat și cumpărături, în timp ce non-dependenții folosesc Internetul aproape exclusiv pentru trimiterea de e-mail și căutarea de informații.

Studiile au arătat că **cei mai expuși la riscul de dependență sunt adolescenții și adulții tineri**, iar dintre aceștia, **băieții și cei cu anumite vulnerabilități temperamentale** cum ar fi **timiditatea, stima de sine scăzută, competențe emoționale și sociale scăzute, comportamente de risc** (consum de alcool, droguri, joc de noroc patologic), **competențe slabe de gestionare a timpului**. Adolescenții dependenți de Internet sunt mai introvertiți și mai timizi în interacțiuni sociale față-în-față și **preferă singurătatea, activitățile solitare**.

Există, prin urmare, anumiți **factori de risc dovediți pentru dependența de Internet și dependența de calculator**:

- **Anxietatea** - o persoană cu tulburare de anxietate poate utiliza Internetul pentru a-și distra atenția de la îngrijorările sau temerile pe care le prezintă.
- **Depresia** - Internetul poate fi considerat un mijloc de evadare din starea de tristețe, dar dependența poate înrăutăți lucrurile, prin izolare și singurătate.

- **Alte dependențe** - mulți dependenți de Internet suferă de alte dependențe, cum ar fi, dependența de droguri, alcool, jocuri de noroc și sex.
- **Lipsa suportului social** – rețelele de socializare on-line sau jocurile online sunt utilizate ca o modalitate de a stabili noi relații și de a solicita ajutor.

Dependența de jocurile de noroc

Mirajul provocat de **jocurile de noroc**, de gândul că te poți îmbogăți riscând o sumă de bani într-o sală de jocuri, a perturbat existența multor persoane care au ajuns dependente de aceste jocuri. Problemele financiare, petrecerea unui timp îndelungat la jocuri sau gândindu-te la acestea determină deseori **izolare socială** care crește constant. Jucătorii se integrează frecvent într-un mod de viață specific jucătorilor de noroc, un mod de viață bazat pe **satisfacerea nevoilor imediate** (câștig acum, imediat și nu după efort, după muncă). Acest lucru poate duce la **acte antisociale în scopul de a obține fonduri pentru jocurile de noroc**.

La adolescenți **școlarizarea este rapid afectată, conflictele în familie** sunt rapid vizibile urmare a absenteismului școlar sau de acasă, lipsa banilor sau a bunurilor din casă, etc. Pot urma vizitele la psihiatru datorită **izolării, depresiei sau chiar încercărilor de sinucidere**. Efectele jocului constant și neîntrerupt se pot manifesta fizic urmare a **modului de viață dezorganizat** (absența unei alimentații corecte, a somnului insuficient, a tensiunii create la joc, a enervării atunci când pierde, a stresului legat de cei din jur – familie, prieteni). Cele mai frecvente simptome sunt cele de **afectare în sfera gastrică, cardiacă și neurologică**.

Alte tipuri de dependențe moderne și mai puțin cunoscute:

- **Dependența de cumpărături**. O persoană dependentă de cumpărături își pierde parțial rațiunea și poate ajunge chiar să facă numeroase datorii numai ca să își satisfacă această plăcere de a cumpăra cât mai mult, chiar și lucruri inutile.
- **Dependența de programele tv** - Televiziunea este o sursă interminabilă de divertisment unilateral, care umple oarecum viața multor persoane. Se poate însă întâmpla ca plăcerea oferită de un televizor funcțional să întrecă niște limite firești. Mai exact, stimularea vizuală poate cauza o dependență la fel de intensă ca orice alt tip de adicție. Iar dacă unei persoane dependente de programele tv i se ia posibilitatea de a le urmări, aceasta poate să aibă simptome violente de sevraj și să se comporte total necontrolat.
- **Dependența de fast-food** - Alimentele de tip fast-food se găsesc foarte ușor și oricând, aproape 24 de ore din 24, și sunt și destul de ieftine, caracteristici care

încurajează consumul în exces. Iar acesta poate duce nu doar la **obezitate**, ci și la **dependență**. Multe dintre produsele fast-food sunt făcute cu ingrediente artificiale, de aici și costul redus, și, în plus, pot conține și substanțe care stimulează apariția unei stări de bine, pentru a-i determina pe consumatori să continue să cumpere.

- **Dependența de tutun** - Aceasta este poate **cea mai controversată dintre adicții**, deoarece în industria tutunului se rulează sume uriașe de bani, iar profiturile sunt pe măsura numărului de persoane dependente de nicotina. Și, în ciuda riscurilor pe care le declanșează fumatul în ceea ce privește sănătatea, persoanele care fumează sunt destul de multe, iar vârsta la care devin deja dependente de tutun este tot mai scăzută.

11. Schizofrenia

Schizofrenia este o tulburare psihică caracterizată prin dezorganizarea profundă a gândirii și a sferei emoționale, a raționamentului; afectarea percepției și simțului identității, pierderea interesului față de alți oameni și lume. Denumirea provine de la 2 cuvinte grecești: *schizein* – a despărți, și *fren* – a minți.

Schizofrenia are o **evoluție cronică**, marcată de episoade de intensificare a simptomelor psihotice. Apariția schizofreniei la copii este rară, dar incidența acestei afecțiuni crește după pubertate, afectând funcționarea adolescentului prin pierderea unor abilități dobândite anterior. Studiile OMS arată că de schizofrenie sunt afectate circa 45 de milioane de oameni din întreaga lume.

În schizofrenie sunt afectate toate procese psihice.

1. **Tulburări de percepție: iluzii; halucinații** mai frecvent auditive sub formă de voci, care se adresează direct bolnavului, conversează cu el, comentează acțiunile sale sau impun anumite acțiuni; halucinații olfactive, gustative, tactile.
2. **Tulburări de atenție:** diminuarea atenției, mai des la debutul bolii
3. **Tulburări de gândire:** disocierea, difuzarea gândirii, stereotipii, incoerența, lipsa încheierii logice a diferitor idei, modificarea noțiunilor. Un rol important în gândirea persoanei cu schizofrenie îl au diferite **idei delirante** – de influență, urmărire, relație, otrăvire, gelozie și altele.
4. **Tulburări de limbaj:** reflectă tulburările de gândire descrise mai sus – vorbire accelerată, stereotipă, cu răspunsuri absurde, cuvinte noi neobișnuite și bizare. Sunt situații când vorbirea devine total de neînțeles, cu expresii neadecvate și fără coerență
5. **Tulburări emoționale:** răceală afectivă, indiferență inclusiv față de membrii familiei, oamenii apropiați, ură față de aceștia; emoții paradoxale – râs neadecvat ca reacție la vești triste; stări de manie, depresie, anxietate pronunțată.
6. **Tulburări de activitate:** agitație sau apatie, izolare, retragere socială, comportament catatonie (adică o reducere marcată a reactivității la mediul înconjurător, uneori mergând până la inconștiență sau menținerea unei poziții rigide și rezistente la eforturile de a fi mobilizat)
7. **Tulburări ale voinței:** dezinteres, lipsa voinței (abulie).

Urmare a tulburărilor ce apar în toate procesele psihice apare o disfuncție socială/ocupațională semnificativă: este afectată activitatea școlară, atât în ceea ce privește capacitatea de achiziționare a cunoștințelor adecvate vârstei, cât și în ceea ce privește relațiile cu ceilalți colegi.

Debutul și evoluția tulburării pot fi diferite:

- **Debut insidios și evoluție lentă:**
 - **Uneori cu manifestări anxioase sau obsesive**, cu insomnie sau astenie: se dezvoltă o frică de boală, de moarte. Deseori adolescenții ore întregi se uită în oglindă, se plâng că li s-a modificat fața, nasul, că au slăbit foarte mult, că sunt palizi sau că ochii sunt înfundați. La unii apar idei delirante ipohondriace: inima nu bate, sângele nu circulă prin vase. Se plâng că nu se pot concentra, că memoria a scăzut, că nu pot însuși programa de învățământ. Tinerii devin tot mai retrași, mai necomunicabili, neglijenți – nu se spală, nu-și schimbă hainele. Lipsesc de la școală. Apare o tendință exagerată și fixistă de autoanaliză – „cine sunt eu?”, „de ce trăiesc pe pământ?”, „ce folos aduc?”.
 - Alteori apar **schimbări ale caracterului și personalității**. Tinerii devin irascibili, cu manifestări agresive față de părinți. Emoțiile au un caracter neadecvat, deseori tinerii spun că „părinții au fost schimbați”, „acestea îi sunt străini”. În comportament domină simptome opoziționale cu reacții de obrăznicie, glume prostești, cu furturi, excese sexuale, fuga de acasă.
- **Debut acut și evoluție remitentă** – se începe brusc cu o frică absurdă, agitație psihomotorie cu halucinații vizuale de groază și deseori delir.
- **Debut subacut și evoluție progresivă** – pe un fond euforic apare o stare de excitație cu manierism în mișcări, grimase, halucinații vizuale și auditive. Gândirea este fragmentară. Tinerii devin cu timpul tot mai retrași, cu tendințe de preocupări tot mai bizare.

Tratamentul schizofreniei este unul complex, se efectuează în funcție de simptome, în etape, individualizat:

- tratamentul **episodului acut**: se urmărește reducerea cât mai rapidă a simptomatologiei (halucinații, idei delirante, etc), este un **tratament dominant medicamentos** și deseori se realizează **în spital**
- în **faza de recuperare**, după ce simptomele psihotice sunt stabilizate, în perioada în care pacientul poate rămâne cu serie de dificultăți (confuzie, dezorganizare, lipsa motivației, apatie) este necesară **continuare tratamentului medicamentos în asociere cu psihoterapia**. Scopul este reintegrarea în familie și școală, dacă este posibil.
- În **faza de remisiune sau reziduală** (mulți pacienți pot avea doar unele manifestări discrete pe perioade lungi după soluționarea unui episod acut) se menține **medicația la doza minimă eficientă** în asociere cu **terapia psihoeducațională** pentru adolescent și familie (incluzând educația despre boală, efectele medicației, învățarea abilităților pentru nevoile de bază), **tehnici cognitiv-comportamentale** în ceea ce privește abilitățile sociale și de rezolvare a problemelor, **psihoterapii suportive individuale sau de grup**.
- **tratament de menținere și prevenirea recăderilor**: tratament medicamentos specific (recomandat de psihiatru) și psihoterapie
- **reabilitarea și incluziunea socială**.

Pentru persoanele cu schizofrenie foarte importantă este **lărgirea rețelei de suport social**, prin acțiuni medico-sociale, prin **creșterea abilităților sociale sau de viață**, pentru a face față cu succes problemelor existente. Aceasta poate diminua recăderile și ameliora perspectiva evolutivă a bolii.

Un rol important îl are și **informarea familiei** cu privire la boala și la stilul relațional cu persoane afectate de schizofrenie cu scopul de a evita atitudinile de tip critic, ostil, rejectiv între bolnav și familia sa.

Partea III. Reintegrarea și resocializarea copiilor și adolescenților cu probleme de sănătate mintală

- 4. Reabilitarea psiho-socială a copiilor și adolescenților cu probleme de sănătate mintală.**
- 5. Familia confruntată cu un copil sau adolescent cu probleme de sănătate mintală**
- 6. Elemente de comunicare eficientă cu copiii și adolescenții**

1. Reabilitarea psiho-socială a copiilor și adolescenților cu probleme de sănătate mintală.

Prin **reabilitare psiho-socială** se înțelege **resocializarea și reintegrarea în școală și societate**, prin refacerea relațiilor colegiale și familiale a adolescenților cu probleme de sănătate mintală ca rezultat al eforturilor de colaborare dintre:

- medici specialiști
- psihologi
- personalul auxiliar medical
- membrii organizațiilor de educație și asistență socială
- membrii familiei.

Reabilitarea psihiatrică reprezintă totalitatea intervențiilor **medicale, psihoterapeutice și de suport social** ce se aplică **integrat, continuu și diferențiat**, în raport cu etapa de evoluție, gravitate și tipul de tulburare psihică. **Scopul** reabilitării este:

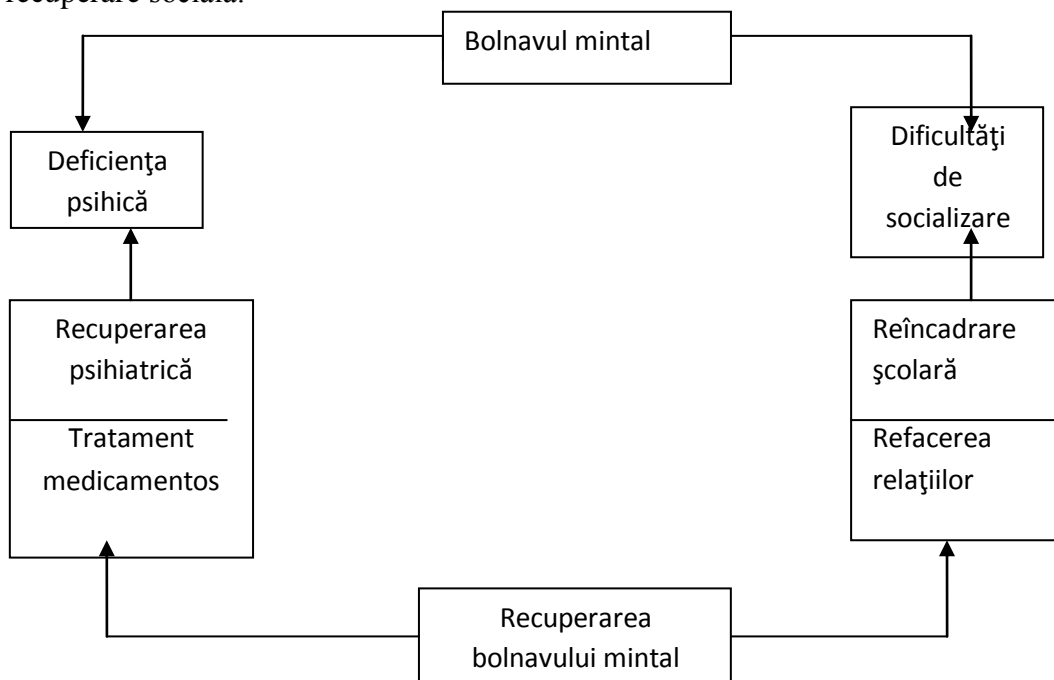
- prevenirea complicațiilor tulburării, prevenirea apariției altor tulburări psihice
- susținerea eforturilor persoanei cu dizabilități psihice:
 - susținerea posibilității de a fi școlarizat,
 - stimularea traiului în comunitate, de a se bucura de o viață socială într-o atmosferă de respect, suport, încredere și speranță.

Orice program de recuperare a persoanelor cu probleme de sănătate mintală trebuie să aibă în vedere următoarele **tipuri de acțiuni**:

- a) **recuperarea stării de sănătate mintală;**
- b) **recuperarea școlară și socială;**
- c) **reducerea deficienței psihice, redobândirea capacității de a învăța și readaptarea socială .**

În vederea realizării acestor obiective, **recuperarea persoanelor cu tulburări psihice** se va desfășoara în trei direcții, și anume:

- recuperare medicală,
- recuperare școlară
- recuperare socială.



Metodele de reabilitare

În ceea ce privește metodele de recuperare ale persoanelor cu tulburări psihice, acestea sunt numeroase și diferite:

- a) **recuperarea fizică**, reprezentând totalitatea formelor de tratament în vederea readaptării fizice (deficiențe fizice, motorii, senzoriale etc.);
- b) **recuperarea psihică**, constând în crearea unui climat psihologic favorabil și antrenarea în activitate a acestora;
- c) **recuperarea școlară**, constând în readaptarea copilului la o activitate școlară adecvată tipului său de problemă psihică;
- d) **recuperarea socială**, o acțiune complexă care vizează readaptarea familială, școlară și socială.

Scopul final al reabilitării este reprezentat prin următoarele:

- **conștientizarea și responsabilizarea** persoanei cu probleme de sănătate mintală cu privire la boală și **echilibrarea psihică** a acesteia,

- **dobândirea încrederii în sine, a siguranței și a unei anumite independențe în relațiile cu ceilalți, cu familia și societatea;**
- **dobândirea de noi aptitudini, de interese** care să-l motiveze pe bolnav și să-i dea un sens pozitiv vieții personale;
- **refacerea vechilor relații și forme de comunicare** cu lumea, cu familia, cu grupul social;
- **reîncadrarea persoanei cu probleme de sănătate mintală** într-o activitate practică utilă;
- oferirea unui **model de viață independentă și demnă.**

2. Familia confruntată cu un copil sau adolescent cu probleme de sănătate mintală

Boala, indiferent dacă este somatică sau psihică, reprezintă un **factor major de dezechilibru** atât al **copilului sau adolescentului bolnav** cât al **familiei** acestuia, determinând importante modificări comportamentale precum și incapacitatea de a îndeplini rolurile sociale obișnuite.

Bolile psihice în general sunt privite de majoritatea oamenilor cu **teamă**, impresionând și azi, mai mult decât ar fi necesar. Aceasta teamă generează oamenilor din jurul celui bolnav două categorii de atitudini: **respingere** discretă sau brutală, pentru a fi cât mai departe de manifestările psihice care impresionează neplăcut, sau **compasiune exagerată**, care poate eventual să umilească pe cel bolnav.

Familia aflată în situația de a avea un copil sau adolescent cu probleme de sănătate mintală, se angajează și parcurge mai multe etape succesive și dificile în reconfigurarea vieții de zi cu zi. Aceste etape sunt:

- **Etapa de șoc:** este prima reacție a familiei la vestea că sănătatea copilului este în pericol; părinții sunt de obicei dezorientați și nu par a înțelege realitatea
- **Etapa de negare:** reprezintă o formă de apărare, caracterizată prin **refuzul de a accepta realitatea**, fie prin **optimism întemeiat pe argumente nerealiste**, fie manifestând **dezinteres față de problemele copilului**. În astfel de situații sunt ignorate realitatea și argumentele prin expresii de genul ”nu mi se poate întâmpla tocmai mie” sau merg din medic în medic pentru a găsi confirmarea optimismului lor.
- **Etapa de disperare:** este etapa în care părinții, de obicei prin comparație cu comportamentul altor copii sau adolescenți, sesizează evidența realității. Apare sentimentul de **neajutorare**, că nimic nu se mai poate face și că se află într-o situație fără ieșire.
- **Etapa acceptării aparente a situației:** deși **recunosc realitatea**, familia încă **nu realizează** dimensiunea ei. Nu au încă capacitatea de a-și reprezenta amploarea și durata sacrificiilor necesare, importanța perseverenței și a efortului de lungă durată, necesitatea angajării și acceptării tuturor factorilor terapeutici și participarea lor activă.
- **Etapa acceptării autentice a situației:** în care familia **acceptă și înțelege angajarea și implicarea deplină** în procesul terapeutic. Această etapă este cea în care **părinții sunt**

integrați în echipa terapeutică .Este importantă implicarea ambilor părinți și a familiei lărgite în suportul terapeutic oferit copilului sau adolescentului.

După ce familia a conștientizat situația în care se află, are în continuare **nevoie de suport adecvat pentru a se evita adoptarea de atitudini și convingeri eronate** de tipul:

- familia consideră că **altcineva trebuie să se ocupe și să preia răspunderea** rezolvării problemelor de sănătate a adolescentului, respectiv specialiștii și instituțiile de profil,
- familia consideră ca **nimeni nu este mai indicat să se ocupe de adolescent decât însăși familia**, singura capabilă să-i ofere dragostea și protecția necesară. Hiperprotecția și izolarea copilului de contactul cu realitatea psihosocială dezvoltă o vulnerabilitate crescută a acestuia și incapacitatea de a se recupera .
- familia consideră că nu există șanse și **se resemnează**, acceptând totul ca pe o „ **cruce**” **ce trebuie dusă**.
- credința că **problema familiei și a copilului este unică**, că sunt singuri și că sunt necesare eforturi mai multe și mai mari.
- familia poate avea **așteptări oscilante și nerealiste** în ceea ce privește propriul copil cât și serviciile de specialitate, iar neîmplinirea rezultatelor așteptate determină deseori **renunțarea prematură la programul de reabilitare**.
- prezența acută a **sentimentului de culpabilitate a familiei**.

Familia confruntată cu un copil sau adolescent cu probleme de sănătate mintală are de îndeplinit o **multitudine de sarcini** de o mare complexitate și dificultate .Modul în care le face față și de cum este ajutată să o facă depinde succesul sau eșecul demersului terapeutic. Astfel, **principalele roluri** semnificative pentru echipa terapeutică a copilului lor sunt:

- Rol de **sursă de informații**: părinții sunt cei care știu și pot oferi date despre copil și problemele acestuia.
- Rol de **verigă principală în echipa terapeutică**, adică va ține permanent legătura cu serviciile specializate, copilul fiind în supraveghere continuă și directă de către familie .Aceasta se află permanent în compania copilului lor, îi oferă suport afectiv, poate aplica programul terapeutic în momentele optime, când acesta este liniștit și cooperant. Familia va coopera cu întreaga echipă , ea observă copilul, evaluează și relatează tot ceea ce constată și învață să aplice partea care îi revine din programul de reabilitare.
- Rol de **sursă de factori protectivi**, familia oferă suport afectiv în momentele dificile ale copilului sau adolescentului.
- Rol de **cauză a situației create** și care, în parte, poate fi remediată sau ameliorată: părinții pot fi cauza directă a situației prin starea lor de sănătate psihică, somatică, genetică, prin relații intrafamiliale disfuncționale, familii monoparentale; situația familiei avertizate de medic și care refuză sau acceptă riscurile, situația familiei neinformate, etc.
- Rol de **coterapeut** avizat . Familia va fi formată și angajată de echipa terapeutică astfel încât să se simtă informată și utilă, să fie investită cu **încredere și responsabilități**, să fie valorizată și stimulată de succesele obținute prin implicare activă și directă. Ea devine **partener** avizat, sursă de resurse terapeutice.

- Rol de **formator al echipei terapeutice**: profesioniștii învață și ei de la fiecare familie și de la fiecare nouă situație cu care vin în contact.

De asemenea sunt situații în care familia își atribuie unele roluri pentru care ea însăși are nevoie de **consiliere și psihoterapie**:

- Rol de **victimă**: este o reacție de apărare obișnuită de a **refuza asumarea responsabilităților**, culpabilizând medicul sau sistemul
- Rol de **a lua decizii** în ceea ce privește tratamentul copilului lor: a accepta sau de a refuza suportul oferit. Părinții pot fi consiliați pentru a alege conștient, fiind clar informați care sunt consecințele acceptului sau refuzului serviciilor de specialitate.

3. Elemente de comunicare eficientă cu copiii și adolescenții

Comunicarea reprezintă un domeniu al vieții individului și a grupului comunitar de o importanță majoră în procesul de adaptarea-integrare psiho-socio-culturală, contribuind la edificarea stării de sănătate mintală.

3. Elemente de comunicare eficientă cu copiii și adolescenții

Comunicarea este o acțiune specifică a relațiilor interpersonale, implicată în orice activitate umană (joc, învățare, creație), prin care se realizează schimbul de informații.

Comunicarea este de două tipuri:

- **verbală**, care se face prin cuvinte și transmitem mesaje verbale
- **nonverbală**, prin care transmitem emoțiile pe care le trăim prin expresia feței, privire, gesturi, mișcări ale corpului, tonul vocii și înălțimea sunetelor, etc.

Forma fundamentală de comunicare este aceea **nonverbală** și cu ajutorul ei se transmit predominant emoțiile care însoțesc mesajul verbal (de ex. superioritatea, dependența, neplăcerea, respectul, dragostea și alte sentimente). **80% din comunicarea umană este nonverbală**. Deși în relațiile interumane comunicarea nonverbală este cel mai adesea spontană, ea are un **impact** mai puternic decât comunicarea verbală. Mesajele nonverbale sunt importante mai ales în **exprimarea sentimentelor**.

Principalele **forme de comunicarea nonverbală** sunt:

- **Expresii ale feței și ale ochilor**. Chipul este primul nivel la care este exprimată emoția; el reflectă, deopotrivă, tipul de emoție și intensitatea ei. Ochii reprezintă, cu precădere, un mijloc de comunicare. Aceștia pot fi folosiți pentru a exprima atenția și interesul, pentru a-i influența pe ceilalți, pentru a stabili interacțiunile și cine pe cine domină

- **Gesturile și posturile.** Prin mișcările imprimare corpului, oamenii pot transmite atât mesaje voluntare cât și involuntare
- **Caracteristicile vocii.** Vocea unei persoane poate transmite atât mesaje intenționate, cât și mesaje neintenționate. Tonul și volumul ei, accentul și ritmul vorbirii, precum și pauzele, spun multe despre modul nostru de a fi, despre ceea ce simțim în relația cu ceilalți, despre gradul nostru de emotivitate etc.
- **Atingerea.** Simțul tactil este un instrument important care poate aduce confort, căldură și sentimentul de apărare. De asemenea atingerea poate fi și un atribut al autorității.
- **Utilizarea spațiului și a timpului.** Timpul și spațiul pot fi folosite pentru a stabili nivelul de autoritate. Astfel părinții trebuie să comunice cu copiii lor într-un spațiu bine delimitat (nu mergând prin casă după copilul care se joacă) și la un moment stabilit corect (de ex. nu înainte ca acesta să se culce sau să meargă la toaletă).

Deși comunicarea nonverbală poate exista și de sine stătător, ea este însoțită, în cele mai multe cazuri, de **comunicarea verbală**. Cuvintele sunt purtătoare ale unei părți a mesajului, iar semnalele nonverbale, ale celeilalte părți. Împreună, cele două formează un tot care conferă consistență, forță, claritate mesajului în întregul lui.

Scopurile comunicării părinților cu copiii și adolescenții sunt:

- **dezvoltarea individuală** a copilului și adolescentului
- **dezvoltarea de bune relații** părinți – copii.

Pentru a putea comunica într-o **manieră eficientă** și, în același timp **plăcută**, părinții ar trebui să țină cont de următoarele **sfaturi**:

- **poziția corpului** părintelui ar trebui să fie la nivelul copilului pentru a-l putea privi în ochi, acesta fiind un semn de respect și încredere,
- comunicarea se face pe un **ton calm**, **explicațiile** ar trebui să fie **clare, coerente** și pe înțelesul copilului,
- se acordă **timp** copilului să răspundă, să povestească și abia mai apoi părintele ar trebui să intervină,
- se **evită reproșurile** pentru greșelile de altădată și **nu se fac comparații** cu alți copii „mai buni, mai inteligenți, mai cuminiți”,
- se **laudă** copilul pentru comportamentele pozitive , se **sanționează** pentru cele negative, având abilitatea de a depăși cu **umor** micile greșelile din neatenție
- se stabilesc **reguli pertinente** care se respectă cu fermitate atât de către părinți cât și de către copii,
- dacă se face o promisiune copilului, părintele ar trebui **să se țină obligatoriu de cuvânt**; dacă însă acest lucru nu este posibil este de preferat să se explice copilului acest aspect,

- **se evită agresivitatea** în relația cu copilul, **inclusiv cea verbală**, deoarece, la rândul său, copilul va dezvolta prin imitație reacții agresive la adresa celor din jur, inclusiv a părinților
- **situațiile nou apărute** în familie vor fi explicate clar, cu răbdare, folosind cuvinte la nivelul de vârstă al copilului,
- se recomandă **petrecerea de timp cu copilul** conform cu nevoile lui (jocuri, povești, etc.), fără a face în același timp și educație, în scopul **consolidării relației lor afective**
- să existe **congruență între mesajele verbale și cele nonverbale** atunci când se vorbește copilului.

Rezultatele unei comunicări eficiente sunt:

- **armonizarea relațiilor între membrii familiei**, creșterea încrederii copilul în părinții săi, stimulându-l să vorbească fără teamă în prezența acestora, să-și susțină ideile și să le justifice eficient.
- **independența personală**: comunicarea eficientă a părinților stimulează copilul să accepte să participe și apoi să inițieze el însuși diverse activități care țin de vârsta lui: să se îmbrace singur, să își strângă jucăriile, să își facă ordine în cameră, să își pregătească ghiozdanul, etc
- **creșterea libertății și deschiderea interacțiunilor**: capacitatea copilului de a avea inițiativă și de a decide ceea ce dorește să cunoască, să experimenteze, etc
- **creșterea gradului de securitate** al fiecărui membru al familiei, deci și al copilului care se va simți mai sigur pe el, va avea mai multă **încredere** în el în activitățile în care se angajează (activități școlare sau extrașcolare).

Particularități ale comunicării cu adolescenții

Adolescența este perioada care aduce modificări **în plan fizic, psihic și comportamental** modificând semnificativ relațiile intrafamiliale. De obicei, adolescentul, aflat încă sub tutela părinților, dorește să-și **afirme independența**, preferând să **ia singur decizii**, să **se impună** în fața părinților și a prietenilor. De modul în care părintele comunică cu adolescentul depinde **relația ulterioară dintre aceștia**, precum și **dezvoltarea echilibrată** a copilului în plan personal, emoțional și social.

Pentru o **bună comunicare cu adolescenții**, părinții ar trebui să țină cont de următoarele **sfaturi**:

- părinții ar trebui să **discute** cu adolescentul **deciziile** acestuia, să-i asculte și eventual să-i accepte argumentele, evitând morală inefficientă. De asemenea, ar trebui să se țină cont de părerile acestuia în deciziile de familie

- să fie **interesați de activitățile lui**, să discute, pe cât posibil, în mod regulat despre acestea
- să dorească **să îi cunoască prietenii**, evitând criticile la adresa acestora
- **să discute subiecte de interes** pentru adolescent și nu numai cele legate de școală sau de responsabilități curente
- **să îl susțină în momentele dificile** (examene, conflictele cu prietenii), să îl ajute să le depășească, evitând reproșurile, criticile sau expresiile de tipul ”ți-am spus eu”
- să înțeleagă etapa de dezvoltare a copilului lor, necesitatea creșterii gradului de independență a acestuia și ca urmare să adopte o **supraveghere flexibilă**, reducând controlul exagerat al acțiunilor acestuia
- **să accepte trăirile emoționale** ale adolescentului, să le respecte și să discute despre acestea într-un moment prielnic
- părintele ar trebui **să acorde încredere** adolescentului și să-l trateze ca pe un tânăr adult responsabil
- **să se respecte intimitatea** adolescentului

Partea IV: Informații despre asistența în domeniul sănătății mintale

1. Cine se ocupă de problemele de sănătate mintală ale adolescenților

Soluționarea problemelor de sănătate mintală la adolescenți se realizează de către echipe alcătuite din

- **Medici specialiști în Psihiatria Copilului și Adolescentului** (evaluare, diagnostic, intervenție psihofarmacologică și psihoterapeutică);
- **Psihologi** (evaluare, consiliere psihologică individuală sau familială, psihoterapie);
- **Psihologi școlari/psihopedagogi** (evaluare, consiliere, orientare școlară);

Pentru a ajunge la specialiștii în sănătate mintală este util să ne adresăm:

- **Medicului școlar și asistentului medical școlar** care ne pot orienta spre o mai bună înțelegere a problemei și spre un specialist adecvat;
- **Medicul de familie** care ne cunoaște problemele medicale și ne poate îndruma spre un medic psihiatru sau psiholog (eliberează un Bilet de Trimitere către psihiatru sau psiholog, putând astfel beneficia de servicii acestora: consultații și tratament medicamentos);

Rolul medicului specialist în Psihiatria Copilului și Adolescentului:

- Realizează **evaluarea problemei de sănătate mintală** (apreciază natura și severitatea problemei, identifică posibile cauze familiale, sociale, individuale, analizează structura și funcționarea familiei, particularitățile de dezvoltare și funcționare ale copilului sau adolescentului, etc.).
- Formulează **diagnosticul clinic** în acord cu criteriile de diagnostic care sunt rezultatul unui consens obținut de două grupuri de experți (grupul Organizației Mondiale a Sănătății care a elaborat un manual de diagnostic ICD și grupul experților Societății Americane de Psihiatrie care a elaborat manualul de diagnostic DSM).
- Stabilește, prescrie și monitorizează **tratamentul medicamentos** adaptat tulburării și caracteristicilor fiecărui copil sau adolescent în parte.
- Informează adolescentul și familia în legătură cu tulburare identificată, planifică împreună cu aceștia programul terapeutic (intervenție medicamentoasă, consiliere psihologică, psihoterapie, etc.).
- Dirijează către psiholog cu care colaborează deseori sau către alți specialiști utili (de ex. logoped sau medic pediatru).
- Poate realiza **intervenție psihoterapeutică** adecvată patologiei pe care o tratează și în acord cu formarea sa ca și terapeut.
- Are rol activ în **prevenția** primară a tulburărilor psihice (prevenția îmbolnăvirii la persoanele sănătoase), prevenția secundară și terțiară (la persoanele deja diagnosticate cu o tulburare psihică).
- Are rol în **informarea și educația** în domeniul sănătății mintale.

Rolul psihologului clinician:

- Contribuie la **optimizarea persoanelor sănătoase**, fără probleme de sănătate mintală (de ex. optimizarea performanțelor intelectuale, îmbunătățirea imaginii de sine) prin consiliere psihologică și intervenție psihoterapeutică. Contribuie la realizarea **prevenției îmbolnăvirii la persoanele sănătoase dar care au anumiți factori de risc** (de ex. adolescenți cu părinți plecați în străinătate de mulți ani sau care petrec foarte multe ore la calculator în detrimentul școlii sau al grupului de prieteni).
- Pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală:
 - Realizează **evaluări** și stabilește eventuale **diagnostice psihologice** (aplică și interpretează chestionare și teste psihologice, realizează interviuri pentru a identifica factorii psihologici implicați în tulburare, etc.).
 - În scopul ameliorării tulburării, al conștientizării și al controlului factorilor psihologici din diferite tulburări, psihologul clinician realizează **consiliere psihologică și/sau intervenție psihoterapeutică**.
 - Contribuie la **realizarea prevenției complicațiilor tulburărilor** adică intervine imediat după apariția bolii pentru a-i limita evoluția (de ex. reducerea riscului de suicid la persoanele cu depresie).
 - În cazul tulburărilor cronice contribuie la reducerea complicațiilor induse de complicațiile bolii (de ex. **creșterea calității vieții** la persoanele cu tentative de suicid).
- Contribuie la **educația** în domeniul sănătății mintale.

Rolul psihologului școlar/ psihopedagogului:

- Desfășoară în școală activități de consiliere și orientare școlară, contribuind la dezvoltarea capacităților de planificare a carierei și management al învățării,
- Contribuie la integrarea copiilor și adolescenților în grupul social
- Promovează sănătatea mentală, contribuind la prevenția comportamentelor indezirabile, negative, antisociale, a conflictelor interpersonale, a situațiilor de criză din școală
- Poate contribui la consilierea elevilor în a face față mai eficient factorilor de stres și sarcinilor de zi cu zi, ameliorând astfel calitatea vieții școlare.

Rolul medicului școlar și al asistentului medical școlar:

- Poate asigura prima consultație generală și sugera un eventual diagnostic familiei elevului
- Recomandă consultul la medicul de familie în vederea dirijării către psiholog sau psihiatru
- Contribuie la monitorizarea unui eventual tratament medicamentos, urmărind și evoluția afecțiunii

Rolul medicului de familie:

- Asigură consultația generală
- Dirijează către psiholog
- Dirijează către medicul psihiatru
- Eliberează **biletul de trimitere** către medicul specialist în psihiatrie pediatrică (este singurul în măsură să elibereze biletul de trimitere către specialist, medicul școlar putând doar sugera aceasta)
- Poate comunica (direct sau prin scrisoare medicală) cu medicul sau psihologul
- Poate prescrie anumite medicamente la recomandarea medicului specialist psihiatru (recomandarea este făcută prin scrisoare medicală care va ajunge la medicul de familie fie prin poștă, fie prin pacient și familia acestuia)

2. Servicii de sănătate mintală la care putem cere ajutorul:

- I. Cabinete medicale** în care lucrează **medici** specialiști în Psihiatria Copilului și Adolescentului în colaborare cu **psihologi** clinicieni:

În Iași, România:

1. Ambulatorul Integrat al Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii ”Sf. Maria ”Iași. Adresa: str. V. Lupu 70-40, tel. 0232 266 264, interior 129.
2. Ambulatorul Integrat al Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Spiridon" Iași. Adresa: str. V Conta nr. 2, tel 0232 240 822.

3. Centrul de Sănătate Mintală Copii și Adolescenți Iași. Adresa: str. Lascăr Catargi nr. 7-9, telefon: 0232 266 833.
4. Centrul Medical Copou. Adresa: str. Toma Cozma nr. 4, telefon: 0232 241 645.
5. Clinica Helicomed. Adresa: str. Sf. Atanasie nr. 13, telefon 0232 217 666.
6. Cabinet medical Psihomedas. Adresa: str. Bacinschi nr. 7, cod 700133, tel. 0728865059.
7. Cabinet Psihiatria Copilului și Adolescentului Dr. C. Năsăudean. Adresa: str. Cronicar Mustea 17, ap.2, tel 0723 405 642.

În Bălți, Republica Moldova:

1. Centru Medicilor de familie. Adresa: Mun. Bălți, str. Decebal, 101. Tel.: 0-231-752-28; fax:0-231-725-88, e-mail: cmfbalti@mednet.md; imspcmf@mts-bl.md, www.cmf-balti.ms.md
2. Centru de sănătate prietenos tinerilor „ATIS”. Adresa: Mun. Bălți, Str. Ștefan cel Mare 29, Tel.: 0-231-291-70; 0-231-282-87. Servicii oferite: medicale, sociale, psihologice.
3. Secția Consultativă IMSP Spitalul Clinic Municipal Bălți. Adresa: Mun. Bălți, str. Decebal 101, tel. 0-231-72-703. E-mail: beltsy@rambler.ru. Cabinet consultații psihiatru, psiho-neurolog.
4. Secția Consultativă IMSP Spitalul Raional Fălești, Adresa: or. Fălești, Str. Ștefan cel Mare 38. Tel.0-259-2-24-48, E-mail: sr-falesti@mail.ru, sr-falesti@mednet.md.
5. Centru de terapie cu laser Incomed. Adresa: Mun. Bălți, str. Hotinului 37, tel. 0231-6-03-16, cabinet N 105, psihoneurolog de copii, e-mail: incomed@list.ru.
6. Centru pentru Copii și Tineri cu Dizabilități Mixte Severe „Danco”. Adresa: Mun. Bălți, str. Șevcenco 23 A d2, tel. 0-231-2-95-99. Servicii oferite: reabilitare medico-psiho-socială, consultanță psiho-profesională, fizioterapie, ludoterapie, ergoterapie; dezinstituționalizare și incluziune socială; asistență la domiciliu.
7. Centru de Sănătate Mintală „Somato”. Adresa: Mun. Bălți, str. Șevcenco 23 A, tel. 0-231-3-45-30, e-mail: somato@somato.md, www.somato.md. Servicii oferite: consultanță psiho-profesională, activități creative, socio-utile, tratament de susținere, plasament temporar, instruire, asistență la domiciliu.

II. Spitalul Clinic de Psihiatrie ”Socola” Iași

- Departamentul pentru Copii și Adolescenți (spitalizare continuă). Adresa: Șoseaua Bucium nr. 36, cod 700282, telefon 0332 430920, 0232 224687, mail: socola.office@iasi.rdsmail.ro.
- Staționarul de Zi pentru Copii și Adolescenți ”Dr. Ghelerter” Iași (spitalizare de zi). Adresa: Str. Ghica Voda nr. 21, tel. : 0332 404 735 (nr. direct), 0232 211750.

III. IMSP Spitalul de psihiatrie Bălți, secția de copii. Adresa: Mun. Bălți, Str. Gagarin, 114; Tel./fax: 243-21; e-mail: imsp_sp@mednet.md; Servicii oferite: tratament staționar pentru copii cu dizabilități mintale; tratamentul și reabilitarea copiilor cu PCI; consultațiile neurologului și psihiatrului de copii; diagnosticare: EEG, psiholog, kinetoterapeut; instruirea copiilor și școlarizare.

IV. Organizații care activează în domeniul sănătății mintale:

În Iași, România:

- Asociația Salvați Copiii Iași. Adresa: Iași, str. Buridava nr. 10; tel.: 0232/219986.
- Fundația Star of Hope Romania. Adresa: Iași, str. Bariera Veche nr.3, Iași, tel.: 0232/216253; office@starofhope.ro.
- Fundația Serviciilor Sociale Bethany. Adresa: Iași, str. Varianta Uzinei nr. 1, tel.: 0232/278535; iasi@bethany.ro.

În Bălți, Republica Moldova:

- Asociația Obștească SOMATO, Mun. Bălți, str. Șevcenco 23A. Tel/fax: 0-231-3-50-89. Domeniul principal – crearea serviciilor alternative pentru persoane cu probleme de sănătate mintală. e-mail: somato@somato.md, www.somato.md.