

Asociația PARTENER - Grupul de Inițiativă pentru Dezvoltarea Locală Iași

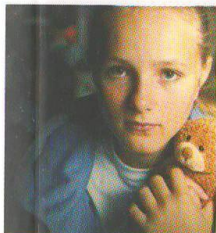
Proiect: „Inițiative de cooperare transfrontalieră privind sănătatea mintală a adolescenților din zona de graniță România - Republica Moldova (SMADO), MIS ETC CODE: 947

Durata: 21.04.2011-20.10.2012



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



 **SMADOPLUS**

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



Asociația Somato
REPUBLICA MOLDOVA



Asociația Helicomed
ROMÂNIA

Școala reprezintă principalul loc de interacțiune socială al adolescenților. Profesorii reprezintă modele de identificare sau contra-identificare pentru adolescenți. Nu de puține ori identificarea este masivă și durabilă, iar modul de gândire și acțiune al dascălilor este copiat, analizat. Inadaptarea școlară, interesul scăzut pentru cunoaștere sau hiperinvestirile școlare (interes cvasi-exclusiv pentru activitățile școlare și pentru obținerea de rezultate peste medie) pot determina, chiar dacă de multe ori cei din jurul adolescentului nu se plâng, dimpotrivă, conduite psihopatologice manifeste (insomnii, consum de droguri sub diverse forme pentru a putea fi mai “buni”, eliminarea prietenilor, izolare mergând până la depresie, tulburări alimentare – anorexie)

SMADOPLUS

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 adolescenți

- 1. Ce este depresia și cum o recunosc**
- 2. Ce este anxietatea și cum recunosc diferitele tipuri de tulburări anxioase**
- 3. Ce sunt tulburările de alimentație (anorexia și bulimia) și cum le recunosc**
- 4. Ce înseamnă dependența de alcool sau de droguri și care sunt tulburările datorate consumului acestora**
- 5. Ce este tulburarea de conduită**

Partea III: Influența familiei asupra sănătății mintale la adolescenți

- 1. Riscuri în familia cu părinți cu boli psihice (schizofrenie, depresie, etc)**
- 2. Riscuri în familia cu părinți alcoolici**
- 3. Riscuri în familia cu părinți violenți**

Partea IV: Informații despre asistența în domeniul sănătății mintale

- 1. Cine se ocupă de problemele de sănătate mintală ale adolescenților**
- 2. Pași de urmat pentru a ajunge la specialiștii în sănătatea mentală a adolescenților**
- 3. 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 totala 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 desășura 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 deviante** (consum de droguri, de alcool în mod excesiv, jocuri de noroc, comportament sexual neadecvat/sex neprotejat, apartenență la grupuri delictive – furt, violență, etc)
- este perioada în care **între sănătatea fizică și mintală există o foarte strânsă legătură**, perturbarea uneia răstrângându-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 proporționate 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 alții
- 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 că 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 potențialului 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 Intelectuale 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

Partea II. Probleme de sănătate mintală întâlnite la adolescenți

6. Ce este depresia și cum o recunosc
7. Ce este anxietatea și cum recunosc diferitele tipuri de tulburări anxioase
8. Ce sunt tulburările de alimentație (anorexia și bulimia) și cum le recunosc
9. Ce înseamnă dependența de alcool sau de droguri și care sunt tulburările datorate consumului acestora
10. Ce este tulburarea de conduită

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.

Experții spun că, la vârsta de 16-17 ani, în comparație cu adulții, adolescenții sunt, în medie:

- mai impulsivi,
- mai agresivi,
- mai instabili din punct de vedere emoțional,
- își asumă mai multe riscuri,
- sunt mai reactivi la stres,
- mai vulnerabili la presiunea grupului,

- mai predispuși la a supraestima efectele deciziilor pe termen scurt și lung
- au tendința de a nu lua în considerare modalități alternative de acțiune.

1. 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, mișcările 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 cheltuie 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).

2. Ce este anxietatea și cum recunosc diferitele tipuri de tulburări anxioase

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)

2.1. 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
- Teama 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

2.2 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
 - Teama de a nu pierde controlul, de a nu înnebuni
 - Teama 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.

2.3 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 – acufofobie, 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.

2.4 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.

2.5 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. spălatul mâinilor de zeci sau sute de ori pe zi, ordonatul, verificatul excesiv) sau **acte mintale** (de ex. calculatul, număratul) 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.

3. Ce sunt tulburările de alimentație (anorexia și bulimia) și cum le recunosc

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 anorexice 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.
- alcătuieste **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 îngrășă, 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 dinte medicație și psihoterapie.

4. 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 depressive);
 - tentația, specifică vârstei;
 - vârsta mică la prima utilizare.
- **Factori de risc familiari**
 - 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)**, **gamahidroxitiriat (GHB)**, **flunitrazepam (Rohypnol)**, numite și drogurile dragostei, deseori folosite de băieții adolescenți pentru coruperea sexuală a fetelor (**actul sexual care se consumă după intoxicația cu astfel de substanțe, este considerat viol**). 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;
- **steroidii anabolizanți** 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 **sevraj** 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 numai cu un pahar de băutura ”bucuria la petrecere este deplină”. Dependental 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, camere de 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 și a iniția chiar relații romantice. Cu toate acestea, relațiile on-line pot fi, de multe ori, mai intense decât cele din viața reală și pot depăși toate așteptările realiste. 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, cu scopul de a experimenta bucuria introducerii ofertei câștigătoare.

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. Unii cercetători afirmă că utilizatorii sunt dependenți de materialele pe care le găsesc pe Internet nu la mediul în sine (Davis, 2001; Griffiths, 2000).

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.

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 (doriința irezistibilă de a obține cu orice preț senzația trăită inițial) care determină reluarea consumului.

În ultimii ani în România 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**.

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

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.

5. Ce înseamnă tulburarea de conduită

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
- **Încălări 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.

Partea III: Influența familiei asupra sănătății mintale la adolescenți

4. Riscuri în familia cu părinți cu boli psihice (schizofrenie, depresie, etc)
5. Riscuri în familia cu părinți alcoolici
6. Riscuri în familia cu părinți violenți

1. Riscuri în familia cu părinți cu boli psihice (schizofrenie, depresie, etc.)

Sănătatea mintală la copii și adolescenți depinde în mare măsură de familia sa, de sănătatea membrilor acesteia. Riscul de afectare a sănătății mintale a adolescenților este mai mare dacă aceștia provin din familii în care unul sau ambii părinți au tulburări psihice deoarece:

- Pe de o parte **sistemul familial este perturbat**, relația părinte – copil este modificată
- Pe de altă parte studiile **genetice** arată că acești copii pot **moșteni** de la părintele bolnav riscul de a dezvolta o tulburare psihică.

Cum este perturbată familia în care un părinte are tulburări psihice:

- Tulburarea psihică în sine creează un **stres important** atât asupra familiei ca întreg, cât și asupra fiecărui membru, inclusiv asupra copiilor. Cu toții sunt supuși unor **presiuni**:
 - **psihologice**: dificultate de acceptare a bolii, rușine, revoltă
 - **economice**: cheltuieli mari, venituri reduse (părintele afectat nu mai muncește sau muncește doar cu jumătate de normă)
 - **sociale**: stigmatizare, izolare, autoizolare, marginalizare
- **Rolul de părinte în familie este grav afectat**:
 - părintele bolnav psihic își pierde autoritatea în fața copiilor săi, el ajungând deseori să aibă comportamente și opinii în contradicție cu normele morale și sociale
 - părintele bolnav psihic poate avea atitudini nejustificate din cele mai nepotrivite, abuzându-și psihic sau chiar fizic copiii
 - părintele bolnav psihic poate lipsi mult din familie dacă necesită spitalizări repetate, iar consecințele se concretizează prin rupturi afective și detașare reciprocă
 - părintele bolnav psihic este, în general, mai preocupat de sine și mai puțin responsabil față de nevoile celorlalți membri ai familiei
 - apar mari dezacorduri între părinți cu privire la educația, sarcinile și obligațiile copilului sau adolescentului (inclusiv în problemele comune de zi cu zi)
 - boala unuia din părinți poate marca, pe parcurs, echilibrul psihic al celuilalt părinte care a fost obligat:
 - să preia sarcinile părintelui bolnav
 - să compenseze influențele negative ale soțului/soției
 - să facă el însuși față nevoii de a conviețui cu un astfel de partener de viață.

Adolescentul care are părinți cu tulburări psihice are deseori **sentimente de rușine, de umilință, de suferință profundă determinată de comportamentul părintelui bolnav** (nu e ușor să vină părintele în mod repetat la școală beat și pus pe ceartă sau să vină și să acuze în mod repetat profesorii de tot felul de lucruri de care adolescentul nici măcar nu s-a plâns acasă). În plus, **suferă și de modul în care părinții lor sunt priviți de cei din jur, de faptul că nu se pot lăuda/mândri cu aceștia.**

Traumatizant este și modul în care, în concordanță cu teribilismul și răutățile vârstei, **ceilalți adolescenți pot să-l transforme în obiectul batjocorii lor, să-l excludă, să-l izoleze.** E suficient ca, pe lângă acestea, părintele sănătos să-i reproșeze ceva comparându-l cu părintele bolnav pentru ca starea depresivă să se contureze tot mai clar (de ex: ”îmi faci probleme cu vecinii cu muzica ta, ești la fel de nebun ca tatăl tău” ”poți numai să te plângi toată ziua la fel ca maică-ta și să stai degeaba”).

Reducerea veniturilor, pierderea statutului social, izolarea socială a familiei, transformarea rolului de copil/adolescent (maturizare forțată) pentru a putea face față situației constituie **factori traumatizanți** pentru adolescent, făcându-l să sufere și chiar să reacționeze inadecvat.

Cum suferă adolescentul cu părinți cu tulburări psihice:

I. Izolarea

Adolescentul se izolează, pe de o parte urmare a izolării familiei în ansamblu, sau de autoizolează. Deseori, adolescentul trăiește într-o **stare de tensiune, de alertă, de teamă permanentă** neștiind ce se va întâmpla sau ce comportamente vor mai dezvolta părinții. Unele afecțiuni mentale pot avea simptome foarte serioase, care pot afecta psihicul adolescentului:

- Dacă părinții au halucinații (adică au impresia că aud voci, văd lucruri sau că cineva dorește să le facă rău), comportamentul acestora poate fi derutant, confuz și înspăimântător pentru cei din jur
- Dacă părinții sunt depresivi, refuză orice activitate, plâng mereu și nu reacționează în nici un fel la solicitările copilului lor, acesta se va simți **alungat, neglijat, neiubit, va începe să ia deciziile singur, iar acestea nu vor fi totdeauna cele mai bune**
- Autovătămarea, autoagresivitatea poate să determine **spaimă, neînțelegere, neputință, deznădejde**.

II. Sentimentul de vina

Deseori copiii și adolescenții **se simt vinovați de apariția bolii** părinților lor sau de agravarea acesteia sau de reapariția simptomelor după o perioadă de acalmie. Evenimente aparent comune (o ceartă pe seama notelor sau o întârziere seara peste ora stabilită sau stat prea mult la calculator) sunt considerate ca fiind cauza sigură a problemelor de sănătate mintală ale părinților.

Vina apare și ca urmare a **sentimentelor de "trădare", de neloialitate** față de părinții bolnavi: furie față de tulburarea psihică, furie față de comportamentele inadecvate ale părinților, față de diferențele considerate nedrepte dintre familia lor și familiile celorlalți adolescenți, etc.

III. Neglijare și lipsă de protecție

Părinții care suferă de o problemă psihică gravă nu au posibilitatea de a-și îngriji copiii la același nivel cu un părinte sănătos.

- Copiii și adolescenții crescuți în familii cu probleme psihice grave, sunt, de regulă, **mai maturi** decât un alt copil de aceeași vârstă (sunt nevoiți deseori să-și poarte singuri de grijă sau, chiar mai mult, să ofere sprijin și părintelui bolnav sau unui frate mai mic). O mare parte dintre aceștia sunt obligați de situație să **preia multe din responsabilitățile casei**, nu însă fără riscuri psihice (depresie, izolare) sau chiar fizice (reglarea gazului, reparații electrice casnice, etc).
- **Maturitatea psihică** a unui adolescent crescut într-o familie cu probleme este superioară unui adolescent de aceeași vârstă, însă nu poate fi comparată cu a unui adult; în fond, el este tot un adolescent supus unei situații dramatice, care mai are nevoie de îndrumare și susținere.

2. Riscuri în familia cu părinți alcoolici

Alcoolismul este o tulburare psihică și, ca orice afecțiune, ar trebuie să fie tratată. Fără un ajutor profesionist, starea unui alcoolic se înrăutățește cu trecerea timpului, iar cei din jur suferă din ce în ce mai mult. Alcoolismul nu apare din vina unei persoane anume, și totuși **unele persoane care trăiesc alături de un alcoolic se învinovătesc pentru dependența acestuia**. Părintele nu bea pentru că fiul sau fiica nu are rezultatele cele mai bune la școală, pentru că nu a făcut toate treburile gospodărești perfect, pentru că șeful l-a dat afară, pentru că soția nu a făcut cafeaua mai dulce ci pentru că așa vrea el, pentru că așa alege el, pentru că are o problemă de sănătate mintală.

"Regulile" cele mai frecvente într-o familie cu un părinte alcoolic sunt:

- Nu vorbi! ("nu trebuie să știe nimeni de necazurile noastre", "să nu-l deranjăm pe tata, acum bea", "oricum nu-l interesează ce vreau")

- Nu avea încredere! ("acum vorbește calm dar se va înfuria repede", "a promis că mă ajută și, ca de obicei, nu m-a ajutat", "ceilalți nu înțeleg cum e în familia mea, de ce a-și avea încredere în sfatul lor", "mulți beau și eu știu cum sunt toți băutorii")
- Nu simți! ("nu-mi pasă ce zice/face, doar a băut, „nu pune la suflet, a vorbit băutura din el”)

Alcoolicii au o **deteriorare cronică a funcțiilor mentale:**

- Au o deteriorare a atenției și memoriei
- Sunt excesiv de nervoși, au stări de agitație
- Sunt suspicioși, anxioși
- Sunt agresivi verbal, fizic, sexual, emoțional
- Sunt iresponsabili, își neglijează obligații (și cele de la serviciu și cele din familie)
- Au o dispoziție schimbătoare
- Dau vina, în mod nejustificat, pe alții pentru problemele lor
- Nu-și pot păstra locul de muncă sau nu-și găsesc unul
- Au dificultăți cu somnul
- Pot avea chiar și halucinații.

Cu un astfel de părinte viața unui copil sau adolescent este foarte dificilă și de aceea este nevoie de adaptare în lupta de supraviețuire într-o familie cu alcoolici. Unii copii își construiesc propria carapace, **se izolează** sau se rup, în măsura posibilităților, de problemele părintelui alcoolic. Învață să-l **evite**, merg ca pe spini în încercarea de a nu stârni vreun scandal. Alții adoptă un stil de viață asemănător părintelui, **nerespectând reguli**, fiind **agresivi**, aderând la **grupuri delicvente**, etc. Alții devin **depresivi**, **anxioși** datorită lipsei de control a situației, temerilor legate de lucrurile nesigure din viața lor și a vinovăției legate de sentimentul lor de responsabilitate față de faptele părinților lor. Stima de sine și autoaprecierea sunt uneori mult scăzute.

Viața într-o casă de alcoolici de multe ori este plină de **dezamăgiri**, **minciuni** și numeroase **promisiuni neîmplinite**. Acestea îi fac pe copii să nu aibă încredere, să nu reușească să-și formeze bune aptitudini de comunicare și să aibă o **image deformată a ceea ce înseamnă familie, relații între adulți sau între copii și adulți**. Toate acestea îl transformă într-un **adolescent și adult vulnerabil, neîncrezător** în forțele proprii și în ceilalți.

Majoritatea adolescenților au uneori **variații în sfera emoțiilor**, cu suișuri și coborâșuri, indiferent de ce li se întâmplă acasă. Dacă se mai adaugă la această stare și un părinte alcoolic, se explică de ce se simt atât de coplesțiți, atât de perturbați, poate chiar neajutorați, furioși, triști, fără încredere în viață.

Cu toate că alcoolismul cauzează cam aceleași probleme în toate familiile, **fiecare situație este unică**. Unii părinți **abuzează emoțional sau fizic** de copiii săi. Alții îi **neglijează**, neasigurându-le nici măcar hrana. În unele cazuri, pot fi implicate și **drogurile**. În altele, familia s-ar putea să se confrunte cu **lipsa banilor**. Cu toate că fiecare familie este diferită, adolescenții cu părinți alcoolici se suferă, iar riscul de perturbare a sănătății mintale crește.

Cele mai frecvente **probleme de sănătate mintală la adolescenții cu părinți alcoolici** sunt:

- Depresie
- Anxietate
- Tulburări de conduită
- Tulburări emoționale
- Consum de alcool sau droguri
- Probleme educaționale: rezultate școlare sub posibilități, absentism, abandon școlar

2. Riscuri în familia cu părinți violenți

Problemele de violență ale părinților fac parte, de obicei, dintr-un ansamblu de manifestări negative, deseori asociate cu alcoolul sau drogurile. Violență înseamnă:

- **Violență fizică** (lovire, ardere, înțepare, tăiere)
- **Violență de limbaj** (înjurături, țipete, cuvinte jignitoare, sarcasm, etc.)
- **Abuz în plan emoțional**: copil/adolescent izolat, terorizat, amenințat, disprețuit, jignit, părintele își convinge copilul că nu e iubit, nu e dorit, că nu e bun de nimic
- **Abuz sexual** (nu înseamnă doar întreținerea de relații sexuale ci și atingerea sânilor, feselor, organelor genitale, obligarea să se uite la filme/poze pornografice, să se dezbrace în situații nepotrivite, etc)
- **Neglijarea, ignorare nevoilor fizice** (lipsa hranei, a îmbrăcăminte, nesolicitarea îngrijirilor medicale dacă se îmbolnăvește copilul, etc), **nevoilor emoționale sau educaționale** (lipsa de supraveghere, abandonul copilului la rude sau străini, refuzul de a-l da la școală, etc).

Adolescenții care trăiesc în familii cu părinți violenți, indiferent de tipul de violență, au un risc crescut de a-și perturba sănătatea mintală urmare a stresului la care sunt supuși aproape în permanență:

- Unii dintre aceștia folosesc la rândul lor **violența** pentru a-și rezolva problemele, sunt **certăreți, impulsivi, se enervează repede, intră frecvent în conflicte, sunt nemulțumiți**, cu greu le poate cineva intra în voie. Deseori **abandonează școala** sau au **probleme legate de comportamentul față de colegii și profesori**. Nici problemele cu poliția nu sunt rare.
- Alții își creează **propria carapace**, încearcă să facă față cât mai mult timp problemelor, și nu rareori aproape nimeni nu cunoaște calvarul vieții lor. Pot fi adolescenți **puțin sociabili, suspicioși, însingurați**. Din păcate, de cele mai multe ori, apare momentul de epuizare al resurselor psihice, iar **stările de disperare, tristețe, anxietate** îi acaparează. Dacă nu se intervine eficient în aceste momente, **riscul de depresie sau chiar de suicid** este mare.
- Alții **fug într-o lume imaginară**, ruptă de realitățile zilnice, afectând astfel părți din propria personalitate. Deseori renunță la dorințele reale, la prieteni, la proiectele de viață în favoarea lumii interioare în care nu se mai simt atât de lipsiți de apărare.
- Unii fug de probleme fugind deseori de acasă sau făcând tot posibilul să plece (merg la școală în altă localitate, se mută la bunici sau alte rude care le cunosc problemele și acceptă să îi ajute, etc.). **Sentimentele de abandon, de nedreptate** care le trăiește nu dispar peste noapte și riscul de depresie, de **probleme de adaptare**, de **probleme de concentrare** cu impact asupra școlarizării se păstrează.
- Alții încep să **consume alcool sau droguri** devenind nu de puține ori consumatori constanți.

În prezent există dovezi că unele afecțiuni cronice ale inimii și ale plămânilor, boli psihice și comportamente suicidale sunt urmare a experiențelor abuzului în copilărie. S-a demonstrat clar că violența în copilărie și adolescență determină afectare psihologică și simptome psihiatrice cum ar fi: anxietate, depresie, abuz de substanțe, agresiune, perturbarea învățării, mergând până la simptomele de stres posttraumatic și suicid mai ales în cazul copiilor abuzați sexual.

Manifestările abuzului variază în funcție de :

- Stadiul de dezvoltare al copilului sau adolescentului în momentul în care a început abuzul
- Severitatea abuzului
- Durata și frecvența abuzului
- De relația cu agresorul și cu părintele nonagresor.
- De susținerea familiei lărgite sau ale altor persoane care vin în relație cu copilul sau adolescentul agresat

Tulburările psihice întâlnite mai des la copiii și adolescenții cu părinți agresivi sunt:

- Tulburare de stres posttraumatic
- Tulburare depresivă

- Tulburări anxioase
- Tulburări disociative
- Tulburări somatoforme
- Tulburare de conduită
- Tulburările consumului de substanțe
- Tulburări de învățare

Partea IV: Informații despre asistența în domeniul sănătății mintale

4. Cine se ocupă de problemele de sănătate mintală ale adolescenților
5. Pași de urmat pentru a ajunge la specialiștii în sănătatea mentală a adolescenților
6. Adrese utile, persoane de contact

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 medicale gratuite: consultații și tratament medicamentos gratuit)

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 **tratatamentul 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 medicul psiholog
- Dirijează către 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 din Iași la care putem cere ajutorul:

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

1. Ambulatorul Integrat al Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Maria" Iași. Adresa: str. V. Lupu 70-40, tel. 0232 266264, interior 129 (Dr. L. Ilascu, Dr. I. Arsene, Psiholog C. Popescu)
2. Ambulatorul Integrat al Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Spiridon" Iași. Adresa: str. V Conta nr. 2, tel 0232 240 822 (Dr. L. Căruntu, Psiholog)
3. Centrul de Sănătate Mintală Copii și Adolescenți Iași. Adresa: str. Lascăr Catargi nr. 7-9, telefon: 0232 266 833 (Dr. S. Radu, Psiholog C. Petrescu)
4. Centrul Medical Copou. Adresa: str. Toma Cozma nr. 4, telefon: 0232 241 645 (Dr. Oprișan,
5. Clinica Helicomed. Adresa: str. Sf. Atanasie nr. 13, telefon 0232 217666 (Dr. L. Ilașcu)
6. Cabinet medical Psihomedas Iași, str. Bacinschi nr. 7, cod 700133, tel. 0728865059 (Dr, G. Chiriac)
7. Cabinet Psihiatria Copilului și Adolescentului Dr. C. Năsăudean. Adresa: str. Cronicar Mustea 17, ap.2, tel 0723 405 642
- 8.

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(at)iasi.rdsmail.ro (Dr. A. Panaitescu, Dr. C. Lupușoru, psiholog.)
- 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 211. 750