

DETERMINAREA STĂRII DE STRES LA SUBIECȚII INTERNAȚI PENTRU CONSUM DE DROG

Psiholog Mr (r) E Tihan¹⁾, M.Sc., PhD student, , dr. M. Tudosie²⁾, Prof. Dr. R. Macovei, MD³⁾

1) Tihan & Asociații. Soc. civ. prof psih;

2) Spitalul clinic de urgenta București, sectia ATI -II

3) Centrul de cercetari medico-militare; UMF "Carol Davila",

Facultatea de Farmacologie Clinica si Toxicologie, Bucuresti, Romania

Rezumat: Cu excepția tulburărilor de alimentație în literatura de specialitate se menționează foarte puțin despre deteriorarea/alterarea aportului nutrițional la subiecții cu tulburări de natură psihiatrică. Manifestarea unui aport nutrițional inadecvat pot provoca sechele severe. Echipa de abordare medicală joacă un rol important atât în detectarea cât și în intervenția asupra subiecților ce experimentează deteriorări în nutriție sau aport insatisfăcător față de trebuințele organismului. Echipa teapeutică trebuie să fie conștientă de aspectul dinamic dintre emoții, stare cognitivă și comportamente alimentare cât și de efectele în pla psihologic a medicației psihotrope asupra aportului nutrițional.

Resume: With the exception of eating disorders, little is mentioned in the literature regarding the altered nutritional intake of the psychiatric clients. However, the manifestations of an inadequate intake could become a serious sequela to many psychiatric disorders and treatments. The psychiatric mental health team can play a key role in both detection and intervention for the subjects experiencing alteration in nutrition, less than body requirements. The therapeutic team must be aware of the dynamic interplay between emotions, cognitive status, and eating behaviors, as well as the psychological effects of psychotropic medications on nutritional intake

Cuvinte cheie: pacient, alimentare, aport nutritional, analiză psihologică, evaluare trebuințe, schemă tratament, terapie

Cadrul metodologic de cercetare

Obiectivul cercetării noastre este determinarea stării de stres la pacienții internați în secția ATI-II pentru consum de drog.

Perioada investigației: ian.2007 – ian.2008

Ipotezele cercetării

Am formulat următoarele ipoteze:

1. Stările fiziologice de stres, depresia sunt aspecte psihologice ce depășesc cote alarmante la populația vizată.
2. După dezintoxicarea fizică subiecții manifestă stări de stres post-traumatic.
3. Re-insertia socială este facilitată dacă în perioada de dezintoxicare subiecții sunt asistați de către psiholog.

Universul cercetării

Cercetarea a fost condusă în cadrul secției ATI-II, Spitalul clinic de urgenta București.

Subiecții au fost de sex feminin și masculin având vârsta biologică cuprinsă în intervalul 25-35 ani.

Nici unul dintre subiecți nu a fost căsătorit. Nivelul de studii al subiecților: liceu

Metode și metodologia cercetării

Pentru dezvoltarea cercetării am considerat necesar să abordăm:

- **Observația sistematică.** Am fost interesați de comportamentul subiecților pe parcursul tratamentului, cu predilecție pentru perioada când subiecții reveneau în sfera conștientizării comunicării sociale.
- **Interviul semi-structurat.** S-au derulat discuții libere, interviuri semi-structurate cu subiecții. De asemenea au fost intervievați aparținătorii vis-a-vis despre manifestările comportamentale ale subiecților. Am folosit aceste două metode pentru a înțelege comportamentul subiecților și a da valoare acestor semne.
- **Analiza documentelor.** S-a procedat la administrarea de sarcini simple precum desenul arborelui, al familiei.

Din analiza informațională asupra acestor date colectate s-au desprins:

- aspecte pulsionale,
- tendințe accentuate
- s-au structurat orientări pe axe conform DSM –IVR
 - o **Evenimentul traumatic este re-trait persistent într-unul sau mai multe din modurile urmatoare:**
 - Rememorari dureroase recurente și intruzive ale evenimentului incluzând imagini, gânduri sau percepții (la copiii mici pot să apară jocuri repetitive în care sunt exprimate teme sau aspecte ale traumei)
 - Acțiuni sau sentimente ca și cum evenimentul traumatic s-ar repeta (se include senzația de a re-trai experiența respectivă, iluzii, halucinații și episoade disociative de flashback, inclusiv acelea care apar la trezire – hipnapompic – sau în cursul intoxicațiilor cu substanțe)
 - o **Evitarea persistentă a stimulilor asociați cu trauma și tocire a responsivității generale (absența înaintea traumei), indicate de 3 (sau mai multe) din următoarele:**
 - Eforturi de a evita gânduri, sentimente sau conversații asociate cu trauma
 - Eforturi de evita activități, locuri sau persoane care evocă amintiri despre trauma
 - Incapacitatea de a-și reaminti un aspect important al traumei
 - Diminuarea marcată a interesului sau participării la activități semnificative
 - Sentimentul de detașare sau de înstrăinare de ceilalți
 - Domeniu restricționat al afectelor (de ex. Incapabil să aibă simțăminte de iubire)
 - Senzația de predestinare restrictivă a viitorului (de ex. Nu se aștepta să aibă o carieră, căsătorie, copii sau o durată normală a vieții)
- s-au realizat prognoze, previziuni asupra manifestărilor comportamentale
 - o cod de conduită,
 - o atitudini și valori,

- acțiuni incontrolabile
- reacții la stres
- comportament verbal, proactiv etc
- capacitatea de integrare socială

În cercetare am urmărit să desprindem granița pe care a intervenit consumul de drog. În acest sens, am considerat că PTSD este asociat cu un risc crescut de:

- Tulburare depresiva majora
- Tulburari in legatura cu o substanta
- Tulburare de panica
- Agorafobie
- TOC (tulburare obsesiv-compulsivă)
- Anxietate generalizata
- Fobie sociala
- Fobie specifica
- Tulburare bipolară

Aceste tulburari pot *precede, succede sau apare concomitent* cu debutul stresului posttraumatic

Analiza rezultatelor

Datele și informațiile colectate ne-au permis să exprimăm puncte de vedere asupra:

- fondului structural al subiecților,
- comportamentului compliant al subiecților,
- comportamentul bizar al subiecților,
- atitudinilor și valorilor aparținătorilor,
- stilul de viață al aparținătorilor și al subiecților,
- semnificției actului realizat de către subiecți (e.g. comportamentul adictiv)
- gradul de labilitate emoțională,

Astfel, am reușit să realizăm diagnosticul diferențial:

1. Tulburarea acuta de stress
2. Tulburarea de adaptare
3. Tulburarea prin anxietate generalizata
4. Tuburarea de panica cu/fara agorafobie
5. Agorafobie
6. Fobia specifica/fobia sociala
7. Tulburarea obsesiv-compulsiva
8. Tulburari disociative
 - a. Amnezia disociativa

- b. Fuga disociativa
 - c. Tulburare de identitate disociativa
 - d. Tulburarea de depersonalizare
9. Tulburari factice/simularea
 10. Tulburarea bipolară
 11. Tulburare de personalitate borderline

În analiza aspectelor de stres post-traumatic am ținut cont de flashback-urile din PTSD ce trebuie distinse de **iuții, halucinații** care pot surveni în:

- Schizofrenie
- Tulburare afectivă cu elemente psihotice
- Delirium
- Tulburare psihotică datorată unei condiții medicale generale
- Tulburare psihotică indusă de o substanță
- Tulburare psihotică scurtă

Astfel, analiza psihologică a permis preluarea unor subiecți în scheme de:

1. abordare psihoterapeutică
 - terapie cognitiv-comportamentală,
2. tratament psihofarmacologic.
 - Ca și adjuvant al tratamentului psihologic (favorizează aplicarea diferitelor tehnici psihologice)
 - Ca și tratament principal, datorită modificărilor biologice specifice tulburării

Obiectivele protocolului din cercetare:

1. Ameliorarea simptomatologiei:

- Reducerea frecvenței gândurilor intruzive
- Diminuarea comportamentului de evitare
- Ameliorare stării de blocaj mental și a izolării
- Diminuarea hiperactivării
- Scăderea impulsivității și a simptomatologiei psihotice/disociative

2. Creșterea capacității de adaptare la stres

3. Scăderea riscului de comorbiditate secundară tulburării (uzul/abuzul de alcool sau de alte substanțe, comportamentele violente, tentativele de suicid, etc)

4. Ameliorarea calității vieții pacientului/reducerea alterărilor sociale, ocupaționale sau ale altor domenii importante de funcționare

La pacienții care au primit suport psihologic s-au observat diminuarea sau chiar absența următoarelor semne, simptome :

- Palpitatii, batai puternice ale inimii sau puls accelerat
- Transpiratii
- Tremuraturi
- Senzatie de lipsa de aer sau de sufocare
- Senzatie de a se innabusi
- Durere sau disconfort toracic
- Greata sau disconfort abdominal
- Senzatie de ameteala, de instabilitate, de “cap usor” sau de lesin
- Derealizare (senzatii de irealitate) sau depersonalizare (detasare de propriul self)
- Teama de a nu-si pierde controlul sau de a nu innebuni
- Teama ca va muri
- Parestezii
- Valuri de frig sau caldura

