

ALFASIGMA



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

ewo pharma

MEDIKA H&S

Janssen Neuroscience

MERCK

praxis
MEDICA

Sanience

MEDICAL MARKET



Prof. Univ.
Dr. Doina Cozman

Președinte al Asociației Române de
Psihiatrie și Psihoterapie

Neurologie • Psihiatrie

Publicație adresată cadrelor medicale

Revista profesioniștilor din Sănătate

2022 - 2023



Conf. Univ. habil.
Dr. Horia Pleș

Președinte al Societății Române de
Neurochirurgie



Conf. Univ.
Dr. Cornelia Măirean

U.M.F. „Grigore T. Popa” Iași



As. Univ.
Dr. Alexandra Maftעי

U.M.F. „Grigore T. Popa” Iași



As. Univ.
Dr. Mădălina Aldea

U.M.F. Craiova



Psiholog pr.
Dr. Rozeta Drăghici

Președinte ARPC,
Institutul Național de Gerontologie
și Geriatrie „Ana Aslan”



As. Univ. Dr. Marcel
Alexandru Găină

U.M.F. „Grigore T. Popa” Iași



SKUDEXA[®]

Tramadol Hydrochloride + Dexketoprofen

75 mg/25 mg

**Analgezie multimodală eficientă
și reducere rapidă a durerii acute,
disponibile într-un singur comprimat^{1, 3, 4}**



NOU

**Combinatie orală în doză fixă între
analgezic opioid (tramadol)/AINS
(dexketoprofen)²**

**Pentru tratamentul pe termen scurt al
durerii acute, moderate sau severe²**



¹ Moore RA, McQuay HJ, Tomaszewski J, Raba G, Tutunaru D, Lietuviene N, et al. BMC Anesthesiol. 2016 Jan 22;16:9.

² SKUDEXA[®], rezumatul caracteristicilor produsului - mai 2017.

³ McQuay HJ, Moore RA, Berta A, Gainutdinovs O, Fülesdi B, Porvaneckas N, et al. Br J Anaesth. 2016 Feb;116(2):269-76.

⁴ Moore RA, Gay-Escoda C, Figueiredo R, Tóth-Bagi Z, Dietrich T, Milleri S, et al. J Headache Pain. 2015;16:60.

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Pentru informații suplimentare consultați RCP-ul medicamentului. Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Berlin-Chemie A.Menarini SRL. Floreasca Business Park Calea Floreasca 169A,
Corp A1, Etaj 7. Sector 1, București, Tel/Fax +4021 232 34 32 / 233 08 26
www.berlin-chemie.ro



Arlevert dă șansa pacienților cu vertij să își recupereze rapid calitatea vieții

- ✓ *Reducerea rapidă a simptomatologiei specifice vertijului*
- ✓ *Reducerea rapidă, până la rezoluția completă a simptomatologiei vegetative asociată vertijului (greturi, vărsături, tinitus)*
- ✓ *Obținerea unui răspuns terapeutic eficient indiferent de tratamentul anterior sau etiologia vertijului*
- ✓ *Eficacitate și tolerabilitate*
- ✓ *Menținerea compensării vestibulare*


Referințe: Schremmer D, Bognar-Steinberg I, Baumann W, Pytel J. Efficacy and tolerability of a fixed combination of cinnarizine and dimenhydrinate in treatment of vertigo – Analysis of data from five randomised, double-blind clinical studies. Clin Drug Invest 1999;18(5):355-368. Novotný M, Kostrica R. Fixed combination of cinnarizine and dimenhydrinate versus betahistine dimesylate in the treatment of Ménière's disease: a randomized, double-blind, parallel group clinical study. The International Tinnitus Journal. 2002 ;8(2):115-123. Scholtz AW, Steindl R, Burchardi N, Bognar-Steinberg I, Baumann W. Comparison of the therapeutic efficacy of a fixed low-dose combination of cinnarizine and dimenhydrinate with betahistine in vestibular neuritis: a randomized, double-blind, non-inferiority study. Clin Drug Investig. 2012;32(6):387-399. doi:10.2165/11632410-000000000-00000

Acesta este un medicament care se eliberează cu prescripție medicală P-RF. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Pentru informații suplimentare vă rugăm consultați RCP-ul sau contactați reprezentantul local al DAPP cu datele de contact de mai jos.


Protecția datelor cu caracter personal: Ewopharma prelucrează datele cu caracter personal ale profesioniștilor din domeniul sănătății pentru scopurile și în condițiile descrise în nota de informare disponibilă la adresa <https://www.ewopharma.ro/politica-de-confidentialitate/>.

Rezumatul Caracteristicilor
Produsului poate fi accesat cu
ajutorul codului QR de mai jos:






Dr. Rotaru Bogdan Virgil
Medic primar neurologie



Dr. Eugen Hrișcu
Medic psihiatru, psihoterapeut



Dr. Ramona Gheorghe
Medic primar psihiatrie pediatrică




CONGRESUL NAȚIONAL DE PSIHIATRIE
cu participare internațională

Sănătatea mintală
Viziune globală | Strategie națională | Aplicare translațională

Platforma v-CNP 2022 & Grand Hotel Napoca, Cluj-Napoca



Consultant medical: Dr. Aurora Bulbuc, medic primar Medicină de familie
Editor
Calea Rahovei, nr. 266-268,
Sector 5, București,
Electromagnetica Business Park,
Corp 01, et. 1, cam. 4
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro ISSN 2286 - 3443



„Ameliorarea stării de sănătate mintală nu se realizează într-un an sau doi. E nevoie în primul rând de o strategie națională” Interviu cu Prof. Univ. Dr. Doina Cozman	5
„Ca să poți realiza performanță și să poți rezolva situații dificile, în primul rând trebuie să colaborezi cu celelalte discipline” Interviu cu Conf. Univ. habil. Dr. Horia Pleș	6
Tratamentul actual al migrenelor: de la antiinflamatoare nesteroidiene la triptani și blocanți ai CGRP Dr. Rotaru Bogdan Virgil	10
Consilierea psihologică în reabilitarea post-AVC Psiholog Rozeta Drăghici, Paula Onu	14
Tulburări de somatizare la copil și adolescent în contextul pandemiei Covid 19 Dr. Ramona Gheorghe	20
Terapia prin expunere facilitată de realitate virtuală: de la desensibilizarea în fobii specifice la tratamentul adicțiilor Găină Marcel-Alexnadru, Alexinschi Ovidiu Eugen, Boloș Alexandra, Alexinschi Corina, Găină Alexandra-Maria., Szalontay Andreea Silvana, Ștefănescu Cristinel, Drd. Găină Alexandra-Maria	23
O urgență națională: înființarea unui centru specializat în tratarea problemelor legate de consumul și dependența de substanțe la copii și adolescenți. Dr. Eugen Hrișcu	26
Mecanisme psihologice implicate în angajarea în conduite preventive în timpul pandemiei COVID-19 Conf. univ. Dr. Cornelia Măirean Asist. univ. Dr. Alexandra Maftei	28
Adresabilitatea pacienților cu afecțiuni psihice în contextul pandemiei Covid-19 Mădălina Aldea, Daniela-Gabriela Glăvan, Ion Udriștoiu, Victor Gheorman	30

„Ameliorarea stării de sănătate mintală nu se realizează într-un an sau doi. E nevoie în primul rând de o strategie națională”

Interviu realizat cu doamna Prof. Univ. Dr. Doina Cozman Președinte al Asociației Române de Psihiatrie și Psihoterapie, Președinte CNP 2022 și Președinte al Alianței Române de Prevenție a Suicidului

Stimată doamnă profesor, Congresul din acest an își propune să abordeze o temă foarte amplă, Sănătatea mintală: Viziune globală | Strategie națională | Aplicare translațională. Ce noutăți își propune să aducă această temă participanților la congres?

Întotdeauna o traumă lasă în urma ei și unele beneficii. În acest sens, constat că, după trauma medicală și socială generată de pandemia de Covid-19, ne-am ales cu o altă perspectivă asupra conceptului de sănătate. Așa cum economia mondială a devenit de mulți ani tributară globalizării, tot așa și specialitatea noastră – psihiatria – a fost inclusă nu numai în viziunea de sănătate mintală, dar și în cea de sănătate publică. De aceea, consider că o viziune amplă asupra psihiatriei include atât aspectele de comorbiditate cu bolile somatice (inclusiv cu bolile infecțioase), cât și cele epidemiologice de incidență și prevalență globală a tulburărilor psihice. Adaptarea la atât de multe schimbări are nevoie de părerea specialiștilor pentru a construi o strategie națională **reformatoare** a psihiatriei! Noile cunoștințe achiziționate în anii de pandemie trebuie aplicate specific, în terapii individualizate, persoanelor cu tulburări psihice.

Unul din subiectele deosebit de importante și de foarte mare actualitate care se vor dezbate este cel legat de asigurarea sănătății mintale a refugiaților și migranților. Vă rog să ne spuneți dacă v-ați confruntat deja cu asemenea situații sau dacă se iau măsuri preventive spre a nu se ajunge la cazuri care să necesite intervenția medicilor.

La acest congres avem, pentru prima dată, colegi din Ucraina care participă fără taxe la toate sesiunile științifice. Ne așteptăm la un dialog colegial consistent care se va desfășura online, pe platforma congresului.

În plus, în program este inclusă și comunicarea doamnei Șef Lucrări Dr. Iryna Frankova (Kiev, Ucraina), intitulată *Supportul psihosocial al victimelor de război*



în Ucraina – experiența dobândită la cald (Psychosocial support of victims of war in Ukraine – lessons learned).

Ce concluzii rezultă după cei 2 ani de pandemie în ceea ce privește reziliența populației în fața unor asemenea evenimente (pandemii, dezastre)? A crescut numărul de cazuri de depresie și de sinucideri?

Numărul de cazuri internate pentru depresie a scăzut în 2020, dar în 2021 internările cu această patologie au egalat sau chiar întrecut numărul celor internați în 2019 (pre-pandemie). Din păcate, în ceea ce privește numărul de sinucideri, nu dispunem de o statistică a ultimilor 2 ani. Institutul Național de Medicină Legală “Mina Minovici” nu a mai publicat raportările din anii de pandemie.

Cum s-ar putea ameliora, în general, starea de sănătate psihică a populației? Considerați că există un declin al acesteia în ultimii ani? Dacă da, care este factorul principal care determină acest declin?

Ameliorarea stării de sănătate mintală nu se realizează într-un an sau doi. E nevoie, în primul rând, de o strategie națională. Membrii legislativului cu care am discutat această problemă au apelat mereu în răs-

punsul lor la necesitatea elaborării unei noi legi a sănătății mintale, Legea 487 din anul 2000 fiind considerată depășită.

Cu toate că evenimentele ultimilor 2 ani și jumătate au constituit factori de stres pentru întreaga populație, nu aș considera că starea psihică a poporului român a intrat în declin. Dimpotrivă, consider că populația generală are o reziliență bună față de multiplii stresori la care au trebuit să se adapteze. E adevărat că există și grupe populaționale mai vulnerabile (persoane în vârstă și izolate, adolescenți din familii dezorganizate etc.) la care s-a semnalat apariția de decompensări de natură emoțională sau comportamentală.

Ce ne puteți spune despre conceptul EDUCARE?

Conceptul EDUCARE, pus în practică într-o clinică specializată din Franța, îmbină tratamentul cu psihotrope, cu cel psihoterapeutic (de grup și individual), dar și cu măsuri educaționale concrete, care permit continuarea studiilor pentru pacienții internați.

Este o clinică în care sunt internați mai ales elevi și studenți cu psihoze, care au nevoie de o perioadă mai lungă de spitalizare și cărora li se aplică un regim instructiv-didactic special, care le facilitează învățarea.

În cadrul congresului nostru, Dl. Prof. Dr. Jean-Pierre Kahn, primul organizator și director al acestei clinici, ne va împărtăși din această experiență inedită de terapeut și pedagog, în cadrul conferinței plenare: *The concept of EDUCARE, education and care, a unique psychiatric service developed by the French Students Health Foundation.*

Sperăm ca și în România să se găsească fonduri pentru implementarea unui asemenea tip de îngrijiri ale persoanelor tinere ce experimentează un debut precoce al psihozelor.

Mulțumim pentru timpul acordat, vă dorim succes în continuare !

„Ca să poți realiza performanță și să poți rezolva situații dificile, în primul rând trebuie să colaborezi cu celelalte discipline”

Interviu realizat cu domnul Conf. Univ. habil. Dr. Horia Pleș, Medic primar neurochirurg, șef secție și disciplina neurochirurgie Timișoara, Președinte al Societății Române de Neurochirurgie

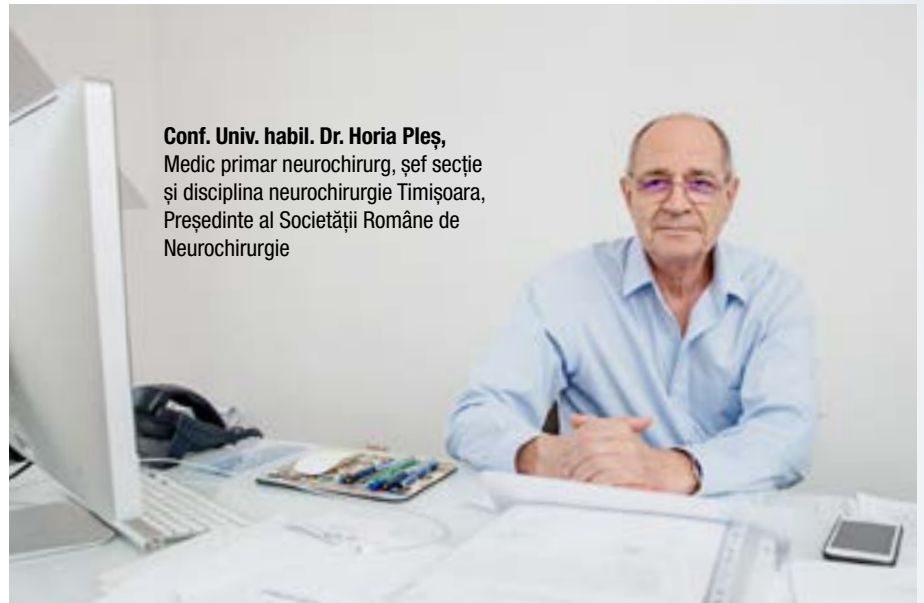
Stimate domnule conferențiar, vă rog să ne spuneți câteva cuvinte despre Societatea Română de Neurochirurgie. Câți neurochirurghi sunt la ora actuală în România?

Societatea Română de Neurochirurgie a fost înființată în 1982, este una din cele mai vechi societăți din România. Pentru siglă a fost ales Cocosul lui Brâncuși pentru a fi acceptată de toată lumea, inclusiv de către cei care aprobau logourile și siglele în perioada respectiva.

Cu excepția primului an, am participat la toate congresele de neurochirurgie. În prezent, numărul membrilor, cu tot cu rezidenți este în jur de 450 de neurochirurghi. Este foarte greu să ofer o cifră exactă, fiindcă obțin greu datele de la șefii de secții sau șefii de departament. Taxa de membru este mică iar noi, ca Societate Română de Neurochirurgie, suntem afiliați la Societatea Europeană de Neurochirurgie și la Societatea Mondială de Neurochirurgie unde avem obligația să plătim taxele de membru, deci avem nevoie de taxele pe care le plătesc membrii noștri.

Dacă la începutul neurochirurgiei predominau bărbații și ei erau conducătorii în cadrul Societății Române de Neurochirurgie, în ultimii ani au apărut tot mai multe femei neurochirurg, iar la ora actuală sunt în România patru femei neurochirurg șefi de secție. În prezent, în conducerea Societății Române de Neurochirurgie, doi dintre vicepreședinți sunt femei.

Cum funcționează interoperabilitatea dintre Neurochirurgie și celelalte discipline medicale?



Conf. Univ. habil. Dr. Horia Pleș,
Medic primar neurochirurg, șef secție și disciplina neurochirurgie Timișoara, Președinte al Societății Române de Neurochirurgie

Este evident că la ora actuală vorbim despre echipe multidisciplinare. Ca să poți realiza performanță și să poți rezolva situații dificile, în primul rând trebuie să colaborezi cu celelalte discipline. În primul rând, neurochirurgie fără o imagistică performantă nu există. Un diagnostic corect contează foarte mult în neurochirurgie. Deci, colaborăm intens cu radiologia, cu imagistica medicală, este foarte importanta calitatea investigațiilor cu ajutorul tomografiei computerizate și rezonanței magnetice. Există la ora actuală atâtea secvențe noi și moderne în rezonanța magnetică cu ajutorul cărora se pot vedea tracturile nervoase în creier. Prin Spectroscopia cerebrală putem măsura nivelele diferitor metaboliți în țesuturi. Semnalul rezonanței magnetice produce spectre diferite de rezonanță care corespund diferitelor modele moleculare. Evaluarea spectrelor arată de ce natură este leziunea cerebrală (tumoră, inflamație, infecție, ischemie). Se efectuează evalua-

rea pre și postoperatorie a leziunilor.

De asemenea, colaborăm cu neurologia – este o colaborare zilnică. Neurologia tratează bolile sistemului nervos cu medicamente, iar noi, cu intervențiile chirurgicale. Ideal ar fi ca la ei să se interneze pacientul cu o problemă neurologică, ei să facă investigațiile și să spună, de exemplu: “Pacientul are o tumoră cerebrală, poate fi operată aici sau e necesar să trimitem pacientul la Cluj, Craiova, București sau alt centru universitar unde se poate opera”.

O specialitate medicală fără de care nu există neurochirurgie este terapia intensivă. De exemplu, patologia vasculară cerebrală are nevoie de 24-48 de ore de terapie intensivă. Tumorile cerebrale în fosa posterioară, post operator, au nevoie de terapie intensivă. Traumatologia cranio-cerebrală, care este foarte importantă căci avem atât de multe accidente, are nevoie de terapie intensivă. Să nu uităm nici de accidentul vascular cerebral de tip



Energie. Rezistență. Concentrare

Neurergin[®]

NADH 12,5 mg - Coenzima E1



- Co E1 îmbunătățește regenerarea celulară a sistemului nervos
- Crește producția de energie celulară (ATP)
- Contribuie la funcția de reparare ADN


BiosunLine[®]
energie pentru sănătate



www.biosunline.ro



Acesta este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul/informațiile de pe ambalaj.

ischemic sau hemoragic (stroke). Ca să ai un centru adevărat de stroke este nevoie de un spital în care într-un corp de clădire să existe: serviciu de urgență, serviciu de radiologie, serviciu de neurologie, serviciu de neurochirurgie, terapie intensivă și neuro-radiologi endovasculari care pot să facă trombectomia mecanică în stroke-ul ischemic. Aceste specialități ar trebui să aibă serviciu de gardă 24 de ore din 24.

La noi, trombectomia mecanică se face doar în câteva orșe: Timișoara, București, Târgu-Mureș, Iași unde există neuro-radiologi endovasculari care să introducă "stent retriever". În Londra, Paris sau Frankfurt de exemplu, există "ambulanța de stroke" în oraș – adică o ambulanță care stă în cartierele mari, este solicitată, pacientul intră în ambulanță, în ambulanță se face un CT cu perfuzie cerebrală și până la spital se vede dacă este stroke ischemic, se face și tromboliză intravenoasă – să se vadă dacă răspunde la tromboliză, dacă nu atunci se face angiografia și apoi trombectomia mecanică.

Ce constatări ați făcut în cei 2 ani de pandemie, în ceea ce privește reziliența populației în fața unor asemenea evenimente (pandemii, dezastre)? Ați înregistrat o scădere a numărului de pacienți care s-au prezentat pentru intervenții chirurgicale din cauza restricțiilor sau a fricii de infectare cu Corona virus?

În perioada pandemiei, oamenii au fost inițial blocați, efectiv nu au avut voie să iasă din casă. Deși li s-a spus că dacă sunt bolnavi pot să se ducă la spital, când ieșeau din casă, dacă se întâlneau cu vreun polițist, care îi întreba de ce merg la spital, de multe ori acesta le spunea că pentru o simplă durere de spate nu trebuie să meargă la spital așa că îi trimitea înapoi acasă. Noi am avut cazuri concrete, pacienți cu lombosciatică – nu au fost lăsați să vină la spital. Alții nu au venit de frica mediatizatului "virus ucigaș".

Eu am făcut un protocol, care a fost compilat după Societatea Franceză de Neurochirurgie care a fost de acord cu această compilare. În acest protocol am arătat ce înseamnă urgență neurochirurgicală la noi în țară. Urgența neurochirurgicală reprezintă cam 90% din activitatea noastră de neurochirurgie. Am

trimis acest protocol la toți șefii de secție din România, la directorii de spitale unde există secție de neurochirurgie, ca să nu blocheze internările căci în acea perioadă erau puse anumite condiții, să scadă numărul de consultații sau de internări cu anumite procente. Pacienții cu tumori cerebrale, dacă ajung prea târziu la medic, dacă așteaptă 2-3 luni, mor. Pentru pacientul cu o tumoare malignă în cap, dacă așteaptă 2-3 luni să treacă pandemia este deja prea târziu. În această situație, Neurochirurgia din Timișoara a avut un manager de spital înțelept, domnul Dr. Raul Pătrașcu, care a permis internarea urgențelor medicale pe baza acestui protocol aprobat de cele două Societăți de Neurochirurgie, Societatea Română și Societatea Franceză. Astfel, noi ne-am continuat activitatea zilnic, am operat zilnic în toate cele 3 săli de operații pe care le avem. Noi la Timișoara, nu am blocat internările pe perioada pandemiei.

Stimate domnule profesor în calitate dumneavoastră de Președinte al Societății Române de Neurochirurgie vă rog să ne spuneți câteva cuvinte despre proiectele pe care le aveți în cadrul Societății.

Inițial am avut un proiect, eu fiind la cel de-al 2-lea mandat de președinte al Societății, dar care s-a blocat puțin. În ideea că avem o legătură foarte bună cu Franța. Astfel, am propus ca rezidenții care doresc, pot să lucreze o anumită perioadă în Franța sau să meargă să se documenteze, întrucât la neurochirurgie rezidențiatul durează 5 ani, iar legislația actuală permite ca jumătate din perioada de rezidențiat să fie efectuată în străinătate, modulele respective fiind recunoscute și la noi. În această situație am vrut să facem un nucleu la Timișoara astfel încât rezidenții să se adreseze Societății Române de Neurochirurgie, iar noi să le găsim anumite locuri unde să lucreze în străinătate. Acest proiect nu a mers foarte bine din cauză că toate secțiile puternice de neurochirurgie din România, adică vreo 4 secții, aveau fiecare filierele lor – Bucureștiul avea filiera lui, Iașiul avea filiera lui (tot în Franța) și astfel proiectul nu a mai continuat. La ora actuală doresc să ajung la ministrul sănătății, deja am făcut demersuri și a acceptat să stăm de vorbă

despre un nou proiect – este vorba despre dotarea sălilor de operații la nivel național. Neurochirurgia este una dintre specialitățile care beneficiază cel mai mult de tehnologia care a apărut în ultimii ani. Poate doar chirurgia vasculară mai beneficiază așa de mult de industria aparatului medical. Aparatele sunt sofisticate, iar proiectul ar fi, la o primă estimare, în jur de 100.000.000 de euro. Eu cred că pentru medicină, pentru o specialitate unde este vorba efectiv de viață și de moarte, această sumă nu este așa de mare pentru statul român. Astfel am reuși ca în câțiva ani să fim, cu toate centrele, la nivelul țărilor europene. Deja, Iașiul are la ora actuală tehnologie și aparatură medicală cum în puține țări din Europa există. Au un robot de implantat șuruburi în coloană, un aparat O-Arm – tot pentru coloană, au montat și un aparat Gamma-Knife.

Vă rog să ne spuneți unde se plasează România în Europa, din punct de vedere al dotărilor cu aparatură și instrumentar pentru intervenții neuro-chirurgicale?

Practic noi suntem la nivel european, prin cele 4-5 centre mari de neurochirurgie din țara noastră. Patologia vasculară cerebrală se tratează ca și în străinătate, sunt acele echipe mixte neurochirurgi și neuroradiologi endovasculari. La nivel de tumori cerebrale mergem exact pe același protocol ca și în străinătate.

Din punct de vedere al manifestărilor științifice, în ultimii ani România se plasează neașteptat de bine. Aceasta se datorează faptului că imediat după 1990 noi am luat decizia ca toate manifestările științifice mari pe neurochirurgie, cum este Conferința Națională de Neurochirurgie să aibă ca limbă oficială limba engleză. În momentul în care limba oficială este engleza, străinii știu foarte bine că se vor simți la evenimentul respectiv ca la ei acasă. De exemplu, la prima conferință internațională organizată la Timișoara în 1994 au participat în jur de 25 – 30 de profesori din străinătate pentru că limba oficială era engleza. De atunci așa a fost la fiecare conferință. De exemplu, în 2018 am avut participanți din Europa, SUA și Asia, deci de pe 3 continente.

Mulțumim pentru timpul acordat și vă dorim succes în continuare.

Reprezentant în România al următoarelor companii:

TestLine

Clinical Diagnostics

TestLine Clinical Diagnostic, Cehia

- teste imunoblot, kituri ELISA pentru serologia infecțioasă
- kituri ELISA pentru diagnosticul bolilor autoimune, analizoare imunoblot
- panel anticorpi SARS IgM, IgA, IgG

BIONEER, Korea

- extractoare 16T, 48T ARN/ADN
- kituri de extracție manuală și automată
- kituri de amplificare multiplex RT-PCR pentru SARS-CoV-2
- kituri de diagnostic molecular

BIONEER

Innovation - Value - Discovery

RANDOX

RANDOX, Marea Britanie

- analizoare automate de biochimie
- reactivi de biochimie dedicați pentru analizoare automate și materiale de control intern, de referință (calibratori)
- scheme de control extern (RIQAS)

Eurospital, Italia

- diagnosticul bolilor inflamatorii cronice intestinale
- predispoziții genetice Diabet, intoleranță la lactoză, boala celiacă

Eurospital

Innovation in Analytical

BioVendor

Research and Diagnostic Products

BioVendor R&D, Cehia

- kituri R&D și de diagnostic miRNA și ELISA
- anticorpi, proteine recombinante

ZIVAK Technologies, Turcia

- analizor automat pentru HbA1c și variante ale hemoglobinei prin metoda ion-exchange
- analizor automat UHPLC pentru determinarea Vitaminei D2/D3, sistem automat HPLC
- kituri de diagnostic pentru amine biogene, boli metabolice, vitamine, droguri, neurotransmitatori

ZIVAK

TECHNOLOGIES

DIRUI

DIRUI Industrial, China

- analizoare automate pentru sumarul și sedimentul urinar
- analizoare semiautomate pentru sumarul de urină

AIDA, Germania

- kituri ELISA pentru diagnosticul bolilor autoimune

AIDA

Autoimmune Diagnostic Assays

Dtek

We Apply Science

D-tek, Belgia

- analizoare semiautomate și automate pentru teste imunoblot
- teste imunoblot multiplex, kituri ELISA pentru diagnosticul bolilor autoimune

DIESTRO, Argentina

- analizoare automate și semiautomate de electroliți

Diestro

MEDICAL SERVICE TECHNOLOGY

SFRI

Medical Diagnostics

SFRI Medical Diagnostic, Franța

- analizoare automate de hematologie, VSH și electroliți
- reactivi de hematologie dedicați pentru sisteme automate

MEDIWISS Analytic, Germania

- Panouri de teste pentru alergii (IgE specifice): panouri respiratorii, alimentare, pediatrie, mixte, veninuri
- analizoare automate și semiautomate imunoblot



C4D

C4Diagnostics

C4Diagnostics, Franța

- teste moleculare pentru mediu
- teste moleculare: Legionella, UTI, AST
- LAMP - COVID19

Helena BioScience Europe, Marea Britanie

- analizoare automate și semiautomate pentru hemostază
- reactivi, materiale de control intern și de referință pentru hemostază

helena

PRODUCTION SYSTEM

WM WEST MEDICA

West Medica, Austria

- microscopie digitală și AI

DYNEX TECHNOLOGIES, SUA

- analizoare automate ELISA cu 2, 4, 12 plăci
- analizor automat ELISA, multiplex

DYNEX

TECHNOLOGIES

monocent

MONOCENT, SUA

- teste rapide pentru antigene și anticorpi
- serologie

Tratamentul actual al migrenelor: de la antiinflamatoare nesteroidiene la triptani și blocați ai CGRP

Introducere: Migrena este o afecțiune caracterizată prin episoade recurente de cefalee adeseori unilaterală, acompaniate uneori de simptome vizuale sau senzitive cunoscute drept aura care precede de regulă durerea de cap, dar pot apărea și în timpul și după aceasta. Este mult mai frecventă la femei (de 3-4x comparativ cu bărbații) având și o componentă genetică. ⁽¹⁾



Aura vizuală cu halou colorat și scotom luminos central ⁽⁵⁾



Dr. Rotaru Bogdan Virgil

Medic primar neurolog, Centrul medical Sanador, Centrul de recuperare Centrokinetic

Descriere: Este o durere moderată spre severă adeseori unilaterală, pulsatilă, cu intensitate progresivă până la un

platou, acompaniată uneori de foto- și fonofobie, greață și vărsături, fenomene neurovegetative. Poate dura de la câteva ore la două-trei zile. Parcurgerea cu atenție a criteriilor de diagnostic este importantă pentru diferențierea de alte tipuri de cefalee (cefalee tensională, nevralgii trigeminale, cefaleea din procese expansive intracraniene etc.).

Diagnosticul migrenei este în principal clinic, dar imagistica are un rol în a exclude

alte patologii potențial periculoase (ex. hemoragii intracerebrale, procese expansive).

După frecvență pot fi episodice sau cronice (peste 15 zile de durere pe lună)

Opțiuni terapeutice:

Tratamentul migrenelor vizează faza acută, atacul migrenos, respectiv faza cronică, cu rol preventiv.

Prima linie folosită în atacul migrenos este reprezentată de analgezice uzuale precum antiinflamatoarele nesteroidiene în diverse combinații (acid acetilsalicilic, paracetamol, cafeină, drotaverină, ibuprofen, metamizol etc.). Linia a doua este reprezentată de triptani, eficienți în formele moderate și severe care nu au răspuns la analgezicele simple. Triptanii trebuie evitați la pacienții cu boală cardiovasculară, hipertensiune necontrolată, în migrena hemiplegică. Opiaceele și barbituricele sunt de evitat în principiu.

La pacienții cu greață și vărsături frecvente vom alege o altă cale de administrare decât cea orală: spray intranasal (ex. sumatriptan), administrare subcutanată (triptani), injecții intramusculare sau intravenoase (ex. ketorolac, metoclopramid, dexametazonă).

În sarcină se pot folosi acetaminofen și antiinflamatoare nesteroidiene (mai puțin în ultimul trimestru de sarcină), respectiv opiacee în cazuri refractare ⁽⁶⁾.

La copii și adolescenți putem încerca inițial cu acetaminofen, ibuprofen, iar ca linie a doua triptani (ex. sumatriptan și zolmitriptan intranasal).

Luăm în considerare medicația preventivă la pacienții cu: cel puțin două atacuri pe lună, durată de peste 24h, in-

Primul Holter Doppler transcranian

Monitorizare de lungă durată pentru detectarea emboliei cu o sondă robotizată și un înregistrator / recorder portabil.

Producător: *Atys Medical, Franța*

TCDx, UN SISTEM UNIC ȘI INOVATIV

- Fixarea sondei este ușoară și confortabilă.
 - Sonda este robotizată și cu auto-reglare.
 - Recorderul TCDx este mic, ușor și funcționează pe bază de baterie cu un timp de înregistrare mai mare de 5 ore.
 - Pacientul nu mai este atașat de un TCD. Acesta își poate desfășura activitățile zilnice și chiar să practice sport.
 - Post-procesarea semnalului TCD pentru detectarea emboliei este automată și rapidă.
- Fiecare eveniment embolic este etichetat, iar operatorul are acces atât la semnătura spectrală cât și la caracteristicile acustice.

FUNCȚII AUTOMATE PENTRU O MAI BUNĂ EFICIENȚĂ

- La montarea sondei pe capul pacientului, TCDx este conectat la computerul echipat cu software-ul pentru Doppler.
- Sonda robotizată este plasată pe fereastra acustică.
- Semnalul Doppler este optimizat prin modulul software de auto-căutare și stocat pe un card de memorie.
- Sistem de calitate: certificare ISO 13485



Looki

Doppler Transcranian digital pentru detectarea emboliei cu program avansat de diagnosticare și modul de monitorizare.

- DISPLAY MOD M - include reducerea timpului necesar pentru localizarea ferestrei transcraniene. Permite de asemenea o identificare mai ușoară a vaselor de sânge și reduce timpul de pregătire.
- DESIGN UNIC PENTRU O MOBILITATE MAI MARE ȘI O SUPRAFAȚĂ OCUPATĂ REDUSĂ.
- FUNCȚIONARE UȘOARĂ
- RAPORT COLOR COMPLET
- PROTOCOALE DE EXAMINARE ȘI CONFIGURARI DE MONITORIZARE DISPONIBILE
- MODUL DE MONITORIZARE AVANSAT - Sesiunile de monitorizare pot fi înregistrate sau salvate.
- DETECTAREA EMBOLIEI folosește tehnologia multi-gate pentru o diferențiere optimizată a emboliei și artefactelor.
- TESTE FUNCȚIONALE
- PULS: Doppler-ul Atys este un doppler transcranian unic pe piață. Acesta poate fi echipat cu un monitor de puls non-invaziv, caracteristică extrem de folositoare în Urgențe sau la Sala de operații. Permite medicului să verifice pacientul global hemodinamic cu un singur aparat, adică foarte repede.

Looki este disponibil în diferite configurații pentru nevoi specifice:
LOOKI TCD: Doppler transcranian unilateral cu modul de diagnosticare
LOOKI 1TC: Doppler transcranian unilateral cu modul de diagnosticare și monitorizare
LOOKI 2TC: Doppler transcranian bilateral cu modul de diagnosticare și monitorizare
 Producător: *Atys Medical, Franța*

WAKI[®] Doppler transcranian portabil din clasa premium care oferă software avansat atât pentru diagnostic cât și pentru aplicații de monitorizare.

WAKI[®] este disponibil în diferite configurații:

WAKI[®] TCD: Doppler transcranian unilateral cu modul de diagnosticare

WAKI[®] 1TC: Doppler transcranian unilateral cu module de diagnostic și de monitorizare

WAKI[®] 2TC: Doppler transcranian bilateral cu module de diagnostic și de monitorizare

- Afișaj M-mode reduce timpul necesar pentru a localiza fereastra transcraniană.
- De asemenea, permite o identificare mai ușoară a vaselor de sânge și a redus timpul de instruire.
- PORTABIL ȘI ROBUST
- AFIȘAJ CLAR
- UȘOR DE UTILIZAT
- RAPORT CULOARE CARACTERISTICĂ COMPLET
- MODUL DE MONITORIZARE AVANSATĂ
- DETECTARE EMBOLIEI
- TESTE FUNCȚIONALE
- DEBITUL CARDIAC



WAKI[®] Doppler transcranian

este unic pe piață: poate fi echipat cu un monitor cardiac non-invaziv. Această caracteristică este extrem de utilă în terapie intensivă și OR.

tensitate crescută ce perturbă major viața pacientului, eșec sau contraindicație ale medicației de primă linie, varianta de migrenă hemiplegică.

În medicația profilactică utilizăm: anticonvulsivante (topiramat, lamotrigina, gabapentin), beta-blocante (metoprolol, propranolol), antidepresive (amitriptilina, fluoxetina, venlafaxina, duloxetina), blocante de Ca (verapamil, flunarizin), toxina botulinică, inhibitori ai CGRP.

Inhibitorii anti-CGRP sunt anticorpi monoclonali (eptinezumab, erenumab, fremanezumab, și galcanezumab) ce blochează receptorul CGRP făcându-l inaccesibil. Studiile efectuate arată că au redus frecvența zilelor cu dureri de cap de 2-2,5x la pacienții cu migrene cronice.

Deși acționează tot asupra receptorului de CGRP, blocându-l, gepanții (Ubrogepant, Atogepant și Rimegepant) sunt folosiți atât preventiv cât și în atacul de migrenă similar triptanilor, dar au avantajul de a nu produce cefalee de rebound, prin suprautilizare, așa cum produc AINS și triptanii. ⁽¹⁰⁾

O altă clasă mai nouă este cea a ditanilor (ex. lasmiditan) – ei se leagă pe unul din receptorii triptanilor, însă nu produc vasoconstricție. Ei pot fi recomandați ce-

lor cu contraindicație la triptani, dar pot da stări de oboseală și afectează concentrarea.

Nu trebuie neglijate nici măsurile complementare ce vizează probleme de somn, stres, oboseală cronică, anumite alimente trigger. Psihoterapia, medicina integrativă pot fi utile alături de medicația prezentată.

Discuții

În pofida algoritmilor de diagnostic și tratament existenți, tratamentul migrenelor nu este o știință exactă, necesitând o bună și detaliată anamneză, un bun feedback al pacientului privind frecvența și intensitatea atacurilor, răspunsul la medicația prescrisă, complianța la tratament.

Existența atâtor opțiuni terapeutice ne dezvăluie că deși nu au un rol curativ, putem controla cu ajutorul lor migrenele atât ca intensitate, cât și ca frecvență, îmbunătățind calitatea vieții pacientului.

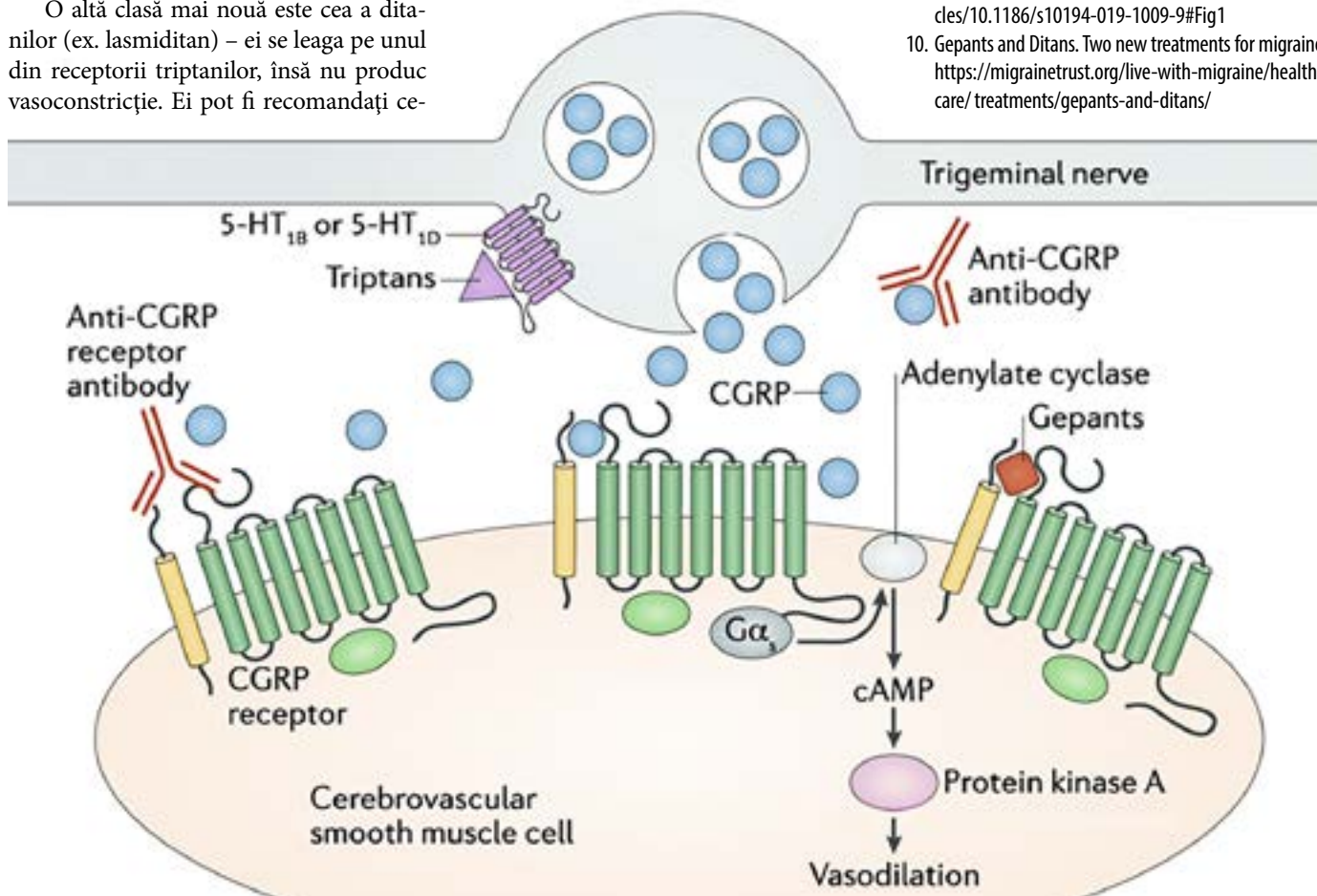
Măsurile ce țin de stilul de viață au un rol important în a rări atacurile de migre-

nă, deși implementarea lor nu este facilă necesitând o bună complianță.

*CGRP – calcitonine gene related peptide

Bibliografie:

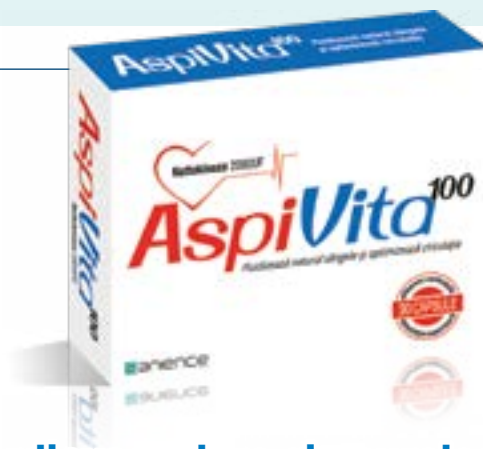
1. <https://emedicine.medscape.com/article/1142556-treatment>
2. Treatment of acute migraine in the emergency department www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3994811/
3. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553159/
4. www.uptodate.com/contents/acute-treatment-of-migraine-in-adults
5. healthcentral.com/slideshow/chronic-migraine-aura (iStock)
6. www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0201/p271.html
7. Antibodies to Prevent Migraine Headaches www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538376/#:~:text=Four%20anti-CGRP%20monoclonal%20antibodies,available%20for%20all%20four%20drugs
8. Anti-CGRP monoclonal antibodies for migraine prevention: A systematic review and likelihood to help or harm analysis. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33567891/>
9. Shaping the future of migraine targeting Calcitonin-Gene-Related-Peptide with the Disease-Modifying Migraine Drugs (DMMDs). <https://thejournalofheadacheandpain.biomedcentral.com/articles/10.1186/s10194-019-1009-9#Fig1>
10. Gepants and Ditans. Two new treatments for migraine <https://migrainetrust.org/live-with-migraine/health-care/treatments/gepants-and-ditans/>



Mecanismul de acțiune propus al anticorpilor anti-receptor de CGRP, cât și al gepanților cu efect de blocare pe același receptor. (9) Toxina botulinică previne eliberarea veziculelor cu mediator la nivel presinaptic.

AspiVita¹⁰⁰

Nattokinaza 100 mg (2000UF)



Un nou orizont în abordarea patologiilor cardiovasculare și neurologice

AspiVita¹⁰⁰ o formulă inovativă cu eliberare controlată conține Nattokinază, serin-proteaza care a revoluționat lumea medicală prin selectivitatea înaltă pentru acumulările proteice cu potențial patogen și prin profilul de siguranță.

AspiVita¹⁰⁰ raspunde nevoilor profilactice și terapeutice din afecțiunile cronice vasculare cu potențial trombotic ridicat, în hipertensiunea arterială și în bolile neurodegenerative printr-un cumul deosebit de avantaje:

• Este singura enzimă fibrinolitice activă după administrare orală

AspiVita¹⁰⁰ conține nattokinază încapsulată într-o formă cu eliberare controlată, care asigură protecția sa împotriva degradării gastrice și eliberarea treptată la nivel intestinal, pentru un efect fibrinolitic prelungit.

• Mecanism fibrinolitic și antiagregant plachetar cunoscut

Nattokinaza are un mecanism fibrinolitic dual: atât direct (asupra fibrinei), cât și indirect (prin activarea plasminei). Profil de siguranță ridicat: nu afectează coagularea fiziologică și sinteza normală a fibrinei

• Siguranță la grupele de risc

Studiile clinice au demonstrat siguranța administrării, chiar și în doze de 6.000 UF, împreună cu: aspirină, clopidogrel, warfarină sau heparine injectabile la pacienții cu AVC¹. De asemenea, administrarea este sigură la pacienții diabetici² și dializați³

Motivele includerii cu succes a AspiVita¹⁰⁰ în planul de prevenție și tratament al pacienților cu risc de tromboze și accidente vasculare:

- **Eficacitate în dizolvarea trombilor:** nivelul produșilor de degradare ai fibrinei (PDF) crește treptat⁴ cu până la 21,2% după administrarea orală a 2000 UF (unități fibrinolitice) de nattokinază
- **Protecție împotriva aterosclerozei arterei carotide:** reduce dimensiunile plăcii de aterom cu până la 36,6% la administrare timp de 6 luni⁷
- **Protecția sistemului nervos împotriva degradării funcționale:** poate dizolva componentele plăcii de amiloid, indicator precoce al bolii Alzheimer⁶
- **Acțiune antihipertensivă demonstrată⁵** la pacienții cu pre-HTA și HTA stadiul 1

Formula inovativă cu eliberare controlată AspiVita¹⁰⁰ asigură:

- **Profil de siguranță ridicat:** nu afectează coagularea fiziologică și sinteza normală a fibrinei
- **Administrare ușoară și efect prelungit:** capsulele AspiVita¹⁰⁰ cu eliberare controlată contribuie la menținerea fluxului sanguin optim pe o perioadă de peste 12 ore
- Produs fabricat sub licență elvețiană exclusiv în Europa sub condiții farmaceutice GMP



¹Shah AB, An open clinical pilot study to evaluate the safety and efficacy of natto kinases as an add-on; oral fibrinolytic agent to low molecular weight heparin & anti-platelets in acute ischemic stroke, 2004; ²Hitosugi M., Effects of bacillus natto products on blood pressure in patients with lifestyle diseases, 2014; ³Hsia CH., et al, Nattokinase decreases plasma levels of fibrinogen, factor VII and factor VII in human subjects, 2009; ⁴Kurosawa Y. et al., A single-dose of oral nattokinase potentiates thrombolysis and anticoagulation profiles, 2015 Kim JY et al., Effects of nattokinase on blood pressure: a randomized, controlled trial, 2008; ⁵Kim JY et al., Effects of nattokinase on blood pressure: a randomized, controlled trial, 2008; ⁶Ruei-Lin Hsu et al., Amyloid-Degrading Ability of Nattokinase from Bacillus subtilis Natto, 2009; ⁷Ren NN. et al., A clinical study on the effect of nattokinase on carotid artery atherosclerosis and hyperlipidaemia, 2017

Consilierea psihologică în reabilitarea post-AVC

În viața unei persoane care a suferit un accident vascular cerebral (AVC) se produc schimbări majore, manifestate pe toate planurile: somatic, cognitiv-afectiv, imagine de sine, relațional-familial și socio-profesional.



Psiholog Rozeta Drăghici

Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie „Ana Aslan”,
Asociația Română de Psihologie Clinică – A.R.P.C.

Paula Onu

Institutul Clinic Fundeni București
Asociația Română de Psihologie Clinică – A.R.P.C.

Consilierea psihologică joacă un rol esențial în evoluția post-AVC, având obiective diferite în funcție de caracterul manifestărilor clinice reversibile spontan sau asistat/ ireversibile, dar și în funcție de vârsta pacienților.

Reabilitarea după un accident vascular cerebral nu presupune doar recuperarea unor disfuncții motorii, senzitive, senzoriale sau emoționale, ci și asigurarea unei reintegrări familiale și sociale corespunzătoare desfășurării unei vieți cât mai normale.

- ▶ **Accidentele vasculare cerebrale (AVC)** reprezintă principalul factor etiologic al instalării dizabilităților pe termen lung, a doua cauză de apariție a demenței, cea mai frecventă cauză de epilepsie la vârstnici și o cauză frecventă pentru instalarea depresiei.
- ▶ Indiferent dacă sunt hemoragice sau ischemice, primare sau repetate, accidentele vasculare cerebrale produc schimbări majore în viața individului, atât în plan somatic, cât și în plan psihologic.

- ▶ În plan somatic, vorbim despre apariția unor deficite motorii (hemipareză/ hemiplegii, dificultăți de mers), limitarea/ reducerea activităților zilnice ce asigură autonomia personală, apariția incontinențelor sfincteriene etc.
- ▶ În plan psihologic, se produc:
 - modificarea imaginii de sine (“ce eram și ce am ajuns...”);
 - deficite cognitive: mnezice, prosexice, de limbaj expresiv sau/și receptiv. Unele dintre acestea pot fi reversibile, spontan sau prin intervenții specifice, altele rămân ireversibile sau pot progresa spre demențe vasculare sau mixte;
 - tulburări ale dispoziției afective: de la sentimente de neputință, revoltă, negativism până la depresie reactivă;
 - accentuarea personalității premorbide/ sindromul pseudobulbar: manifestări frecvent întâlnite post-AVC;
 - relațional-familial și socio-profesional: schimbarea unor roluri în familie, dependență fizică și emoțională față de alți membri ai familiei, limitarea rolurilor și a statuturilor socio-profesionale, limitarea drastică a contactelor sociale.
- ▶ În viața pacientului cu AVC se produc schimbări pe toate planurile. Unele dintre acestea sunt reversibile spontan după o anumită perioadă de timp, altele pot deveni reversibile prin implicarea pacientului într-un proces complex, multidisciplinar, de recuperare psiho-neuro-motorie. O parte dintre ele vor rămâne ireversibile sau vor fi progresive, de ex. pacienții cu AVC-uri repetate, mai ales ischemice au un risc mare de a instala demență vasculară.
- ▶ Consecințele psihopatologice ale AVC pot fi:

- simptome persistente: paralizia unor funcții motorii, deficite senzoriale, deficite de percepție, de echilibru, afazie, depresie, tulburări mnezice, dezorientare, stări confuzionale;
- afectarea performanțelor motorii și cognitive ale supraviețuitorilor;
- efecte catastrofale asupra calității vieții bolnavului și a familiei acestuia.

Reabilitarea post-AVC presupune recuperarea unor disfuncții motorii, senzitive, senzoriale, emoționale și asigurarea reintegrării familiale și sociale a pacientului. Această reabilitare presupune constituirea unei echipe multidisciplinare specializate care va analiza particularitățile cazului, va stabili obiectivele și metodele folosite în reabilitare, de comun acord cu pacientul și aparținătorii lui, apoi va pune în practică acest proces.

Consilierea psihologică are un rol esențial în evoluția post-AVC.

- Obiectivele procesului de consiliere psihologică vor fi stabilite **în funcție de caracterul manifestărilor ce au intervenit** (reversibil spontan sau asistat/ ireversibil).
1. Obiectivele consilierii psihologice a pacienților cu **manifestări somatice/ psihice reversibile spontan** sunt: înțelegerea mecanismelor neurofiziologice care au dus la apariția AVC-ului; conștientizarea stilului de viață/ atitudinea față de sine; construirea unor obiective personale care să ajute la prevenirea altor AVC-uri; modificări în ritmul/ regimul de viață; modificarea atitudinii în relația medic-pacient și responsabilizarea pacientului pentru un stil de viață sănătos.
- Pentru această categorie de pacienți, consilierea psihologică reprezintă

un proces de asumare a responsabilității. Acest proces pornește de la informare și conștientizare a cauzelor care au determinat AVC-ul, definirea și asumarea obiectivelor personale, găsirea resurselor afectivo-emoționale și motivaționale menite să acționeze în sensul atingerii acestor obiective.

2. Obiectivele consilierii psihologice a pacienților cu **manifestări somatice/psihice reversibile asistat, printr-un proces de recuperare psiho-neuro-motorie** sunt: înțelegerea mecanismelor neurofiziologice care au dus la apariția AVC-ului și care vor contribui la recuperarea/reabilitarea sa (în limbaj accesibil pacientului); responsabilizarea sa pentru un rol activ în relația cu echipa terapeutică (medic curant, kinetoterapeut, ortofonist, psiholog, asistenți medicali); evaluarea și reevaluarea neuropsihologică periodică (memorie, limbaj, atenție, afectivitate etc).

Pentru această categorie de pacienți, asistarea psihologică și suportul emoțional pentru redescoperirea resurselor personale sunt necesare pe toată durata procesului, atât pentru pacient cât și pentru persoana sau familia care îl îngrijește.

3. Obiectivele consilierii psihologice a pacienților cu **manifestări somatice și psihice progresive sau greu reversibile** sunt: oferirea suportului emoțional-afectiv pentru pacient și familia acestuia; găsirea unor resurse și resorturi interioare pentru a accepta caracterul stabil, uneori chiar progresiv, al acestor modificări în viața lor; susținerea deschiderii spre o dimensiune existențialistă/spirituală.

Pentru această categorie de pacienți, consilierea psihologică presupune asigurarea unui cadru suportiv pentru consolidarea relațiilor dintre membrii familiei, cu asigurarea îngrijirilor fizice și emoționale necesare pacientului; acceptarea schimbărilor care intervin în rolurile familiale, sociale și profesionale

• Obiectivele consilierii psihologice suferă modificări și **în funcție de vârsta pacienților**. Statisticile actuale ne arată că 75% dintre cazurile cu AVC apar după vârsta de 65 de ani (vârsta la care se asociază comorbidități multiple, manifestări greu reversibile sau progresive și un proces de recuperare neuro-psiho-motorie mult mai dificil).

Există destule cazuri cu AVC la copii și persoane tinere. În ultimii ani întâlnim tot mai des în clinicile neurologice sau de recuperare medicală pacienți care au suferit un AVC la vârste cuprinse între 30-50 de ani. În aceste cazuri vorbim despre oameni care anterior AVC-ului erau activi socio-profesional, cu responsabilități familiale (ex. copii sau vârstnici în îngrijire), ceea ce generează probleme specifice, prin urmare obiectivele consilierii psihologice vor fi specifice:

- Asigurarea compliancei la tratament, mai ales după externarea din spital;
- Acceptarea investigațiilor periodice și a condiției de pacient cronic;
- Acceptarea schimbărilor necesare în stilul de viață (regim alimentar specific, ritm somn-veghe echilibrat etc.);
- Acceptarea schimbărilor de status profesional sau de roluri familiale (pensioanare temporară sau definitivă, invaliditate, scăderea autonomiei și dependența de alte persoane etc.)
- Reintegrarea socială, care uneori este greoaie chiar și în cazul pacienților tineri.
- O formă specifică de consiliere psihologică este **consilierea suportivă**. Aceasta este considerată de OMS cea mai răspândită metodă terapeutică nonfarmacologică în psihologie și psihiatrie. Ea are la baza o relație terapeutică desfășurată într-o atmosferă securizantă, cu valențe reasiguratoare pentru pacient. Consilierea suportivă se poate realiza în cadru individual (psiholog-pacient) sau în cadru familial (psiholog-pacient și/sau membrii familiei lui).

În cadrul ședințelor de **consiliere individuală**, cele mai importante obiective sunt legate de: informarea și educarea pacientului în raport cu boala de care suferă; susținerea/reechilibrarea emoțională; identificarea trăirilor pacientului, pentru o abordare eficientă în scopul corectării, reorientării acestora sau în vederea suportului emoțional adecvat; asistarea pacientului în căutarea unui sens pentru ceea ce trăiește; recăpătarea controlului cognitiv asupra situației; deblocarea resurselor adaptative pentru a face față situației.

În cadrul ședințelor de consiliere a familiei pacientului se realizează conștientizarea nevoilor de recuperare, dar și informarea cu privire la metodele de

intervenție și etapele recuperării. Sunt vizate dezvoltarea unor comportamente adecvate, menite să sprijine procesul de creștere a autonomiei personale și reintegrarea socială, ca și reducerea temerilor și gestionarea emoțiilor. Sprijinul terapeutic se acordă în egală măsură pacientului și familiei sale.

Consilierea psihologică a pacientului și a familiei sale se va desfășura în trei mari direcții:

- Stabilirea nevoilor de reabilitare și a metodelor de intervenție;
- Consilierea pacientului cu privire la diverse aspecte ale vieții de relație și cu privire la etapele reabilitării;
- Consilierea familiei pentru abilitarea implicării acesteia în procesul de recuperare și susținere emoțională a bolnavului.

Pacientul și familia acestuia trebuie să conștientizeze importanța recuperării post-AVC, să învețe să compenseze deficiențele instalate și să realizeze o recuperare funcțională normală. Există anumiți factori de risc care pot fi evitați, iar profilaxia unui nou AVC presupune schimbarea stilului de viață. Rolul consilierii psihologice se regăsește atât în prevenție cât și în recuperare în cazul accidentului vascular cerebral.

Este de apreciat inițiativa ARCIS EDU, de parteneriat științific pentru programul <AVC 3600 - Călătoria pacientului>, care are scop principal definirea pașilor necesari pentru a crea un ghid de comunicare multidisciplinară prin colaborarea mai bună între specialitățile medicale și conexe, dar și organizații implicate în gestionarea pacientului cu AVC. Obiectivul cel mai important al acestui proiect, legat de pacienți, este asigurarea unei călătorii eficiente între specialitățile implicate în managementul bolii lor, spre o mai bună și rapidă reabilitare, dar și o corectă informare a populației.

Spravato 28 mg spray nazal soluție. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ Fiecare dispozitiv de spray nazal conține clorhidrat de esketamină care corespunde la esketamină 28 mg. **Indicații terapeutice:** Spravato este indicat în asociere cu un SSRI sau un SNRI la adulții cu tulburare depresivă majoră rezistentă la tratament care nu au răspuns la cel puțin două tratamente diferite cu antidepresive în episodul depresiv curent moderat până la sever. Spravato, administrat în asociere cu terapie antidepresivă orală, este indicat ca tratament acut pe termen scurt pentru reducerea rapidă a simptomelor depresive în caz de urgență psihiatrică, conform evaluării clinice, la pacienții adulți cu un episod moderat până la sever de Tulburare Depresivă Majoră. **Doze și mod de administrare: Tulburare depresivă majoră rezistentă la tratament:** Decizia de a prescrie Spravato trebuie luată de un psihiatru. Spravato este destinat auto-administrării de către pacient sub supravegherea directă a unui profesionist din domeniul sănătății. O cură de tratament constă în administrarea nazală a Spravato și o perioadă de observație ulterioară administrării. **Dozele recomandate pentru Spravato la adulți cu vârsta <65 ani: Etapa de inducție:** Săptămânile 1-4: Doza de inițiere în ziua 1: 56 mg iar dozele ulterioare: 56 mg sau 84 mg de două ori pe săptămână. **Etapa de întreținere:** Săptămânile 5-8: 56 mg sau 84 mg o dată pe săptămână. Începând din săptămâna 9: 56 mg sau 84 mg la fiecare 2 săptămâni sau o dată pe săptămână. **Dozele recomandate pentru Spravato la adulți cu vârsta ≥65 ani: Etapa de inducție:** Săptămânile 1-4: Doza de inițiere în ziua 1: 28 mg iar dozele ulterioare: 28, 56 mg sau 84 mg de două ori pe săptămână, toate modificările de doză trebuie să fie în trepte de 28 mg. **Etapa de întreținere:** Săptămânile 5-8: 28 mg, 56 mg sau 84 mg o dată pe săptămână, toate modificările de doză trebuie să fie în trepte de 28 mg. Începând din săptămâna 9: 28 mg, 56 mg sau 84 mg la fiecare 2 săptămâni sau o dată pe săptămână, toate modificările de doză trebuie să fie în trepte de 28 mg. **Tratament acut pe termen scurt a Tulburării Depresive Majore în caz de urgență psihiatrică: Doza recomandată de Spravato pentru pacienții adulți (cu vârsta <65 de ani)** este de 84 mg de două ori pe săptămână timp de 4 săptămâni. Reducerea dozei la 56 mg ar trebui făcută în funcție de tolerabilitate. După 4 săptămâni de tratament cu Spravato, terapia cu antidepresive orale ar trebui continuată, conform evaluării clinice. În cazul acestor pacienți, tratamentul cu Spravato ar trebui să fie o parte a unui plan cuprinzător de îngrijire clinică. **Mod de administrare:** Spravato este exclusiv pentru uz nazal. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la substanța activă, ketamină, sau la oricare dintre excipienții Spravato. Pacienți pentru care creșterea tensiunii arteriale sau a presiunii intracraniene prezintă un risc major: Pacienții cu boală vasculară anevrismală (inclusiv la nivel intracranian, toracic sau al aortei abdominale sau al arterelor periferice); Pacienții cu antecedente de hemoragie intracerebrală; Eveniment cardiovascular recent (în ultimele 6 săptămâni), inclusiv infarct miocardic. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare: Suicid/ideație suicidală sau agravarea clinică:** Eficacitatea Spravato în ceea ce privește prevenirea suicidului sau reducerea ideației suicidare sau a comportamentului suicidar nu a fost demonstrată. Utilizarea Spravato nu exclude nevoia de spitalizare conform indicațiilor clinice, chiar dacă pacienții experimentează o îmbunătățire după doza inițială de Spravato. La începutul tratamentului și după efectuarea unor modificări ale dozei, tratamentul trebuie să fie însoțit de o supraveghere atentă, în special la pacienții de mare risc. Pacienții (și îngrijitorii pacienților) trebuie să fie avertizați de necesitatea monitorizării oricărei agravări clinice, a comportamentului sau a ideației suicidale și a modificărilor neobișnuite de comportament și trebuie să se prezinte imediat la medic dacă apar aceste simptome. **Afectări neuropsihiatrice și motorii:** În fiecare cură de tratament, pacienții trebuie monitorizați sub supravegherea unui profesionist în domeniul sănătății pentru a vedea dacă aceștia sunt considerați stabili în conformitate cu evaluarea clinică. **Deprimare respiratorie:** Utilizarea concomitentă de Spravato cu medicamente depresive ale sistemului nervos central poate crește riscul de sedare. Este necesară monitorizarea atentă pentru depistarea sedării și a deprimării respiratorii. **Efectele asupra tensiunii arteriale:** Spravato poate cauza creșteri trecătoare ale tensiunii arteriale sistolice și/sau diastolice, care ating valoarea maximă la aproximativ 40 de minute de la administrarea medicamentului și durează aproximativ 1-2 ore. După orice cură de tratament, poate apărea o creștere substanțială a tensiunii arteriale. Spravato este contraindicat la pacienții pentru care creșterea tensiunii arteriale sau a presiunii intracraniene prezintă un risc major. Înainte de a prescrie Spravato, pacienții cu alte boli cardiovasculare și cerebrovasculare trebuie să fie evaluați cu atenție pentru a stabili dacă potențialele beneficii ale Spravato depășesc riscurile. Dacă tensiunea arterială rămâne ridicată pe o perioadă prelungită de timp, trebuie solicitată asistență imediată de la experții în gestionarea tensiunii arteriale. Pacienții care prezintă simptome de criză hipertensivă trebuie trimiși imediat la serviciul de urgență. **Pacienți cu boli cardiovasculare sau respiratorii semnificative clinic sau instabile:** La pacienții cu boli cardiovasculare sau respiratorii semnificative clinic sau instabile, tratamentul cu Spravato se va iniția numai dacă beneficiul depășește riscul. La acești pacienți, Spravato trebuie administrat într-un cadru unde există echipament adecvat de resuscitare și profesioniști din domeniul sănătății instruiți în domeniul resuscitării cardiopulmonare. **Abuz de medicamente, dependentă, sevraj:** Persoanele cu antecedente de abuz sau dependentă de substanțe pot fi expuse unui risc mai mare de abuz sau utilizare incorectă a Spravato. Înainte de administrarea Spravato, trebuie evaluat riscul de abuz sau utilizare incorectă pentru fiecare pacient, iar pacienții cărora li se administrează esketamină trebuie monitorizați pentru a depista dezvoltarea comportamentelor sau a afecțiunilor de abuz sau utilizare incorectă, inclusiv comportamentul de căutare de medicamente pe durata tratamentului. **Alte grupe de pacienți la risc:** Spravato trebuie utilizat cu precauție la pacienții cu următoarele afecțiuni: prezentă sau antecedente de psihoză; prezentă sau antecedente de manie sau tulburare bipolară; hipertiroidism care nu a fost suficient tratat; antecedente de leziuni cerebrale, encefalopatie hipertensivă, terapie intratecală cu șunturi ventriculare sau orice altă afecțiune asociată cu hipertensiune intracraniană. **Pacienți vârstnici (vârsta de 65 ani și peste):** Pacienții vârstnici tratați cu Spravato pot avea un risc mai mare de a cădea odată ce sunt mobilizați și, prin urmare, aceștia trebuie monitorizați atent. **Insuficiență hepatică severă:** Dată fiind creșterea așteptată a expunerii și lipsa experienței clinice, Spravato nu este recomandat în cazul pacienților cu insuficiență hepatică (severă) Clasa C Child-Pugh. **Simptome la nivelul tractului urinar:** Au fost raportate simptome la nivelul tractului urinar și al vezicii urinare asociate cu utilizarea Spravato. **Reacții adverse: Foarte frecvente:** amețea, disociere, greață, cefalee, somnolență, disgeuzie, vertij, hipoestezie, vărsături și creșterea tensiunii arteriale. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea:** Spravato nu este recomandat în timpul sarcinii și la femeile aflate la vârsta fertilă și care nu utilizează metode contraceptive. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje:** Spravato are influență majoră asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje. Înainte de administrarea Spravato, pacienții trebuie instruiți să nu desfășoare activități potențial periculoase care necesită vigilență mentală și coordonare motorie completă, cum ar fi conducerea de vehicule sau folosirea de utilaje, până în ziua următoare, după un somn odihnitor. **NUMĂRUL (ELE) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ:** EU/1/19/1410/001-004. **DETINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgia. **DATA REVIZUIRII TEXTULUI:** 05/2021. Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală specială și restrictivă: PS, PR. Pentru informații complete de prescriere, vă rugăm să citiți Rezumatul caracteristicilor produsului Spravato. Acesta este un material promoțional destinat exclusiv profesioniștilor din domeniul sănătății. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare: România, Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, Str. Aviator Sănătescu nr. 48, sector 1, București 011478- RO, Tel: + 4 0757 117 259, Fax: +4 0213 163 497, e-mail: adr@anm.ro

Abrevieri: TDM, tulburare depresivă majoră; SNRI, inhibitor al recaptării serotoninei-norepinefrinei (*serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor*); SSRI, inhibitor selectiv al recaptării serotoninei (*selective serotonin reuptake inhibitor*).

Referință: 1. Rezumatul caracteristicilor produsului SPRAVATO®, ultima versiune revizuită.

**Spravato**[®]
(esketamină)
spray nazal



Antidepresiv inovator pentru pacienții cu tulburare depresivă majoră care încă suferă¹

SPRAVATO[®] este indicat în asociere cu un SSRI sau un SNRI la adulții cu tulburare depresivă majoră rezistentă la tratament care nu au răspuns la cel puțin două tratamente diferite cu antidepresive în episodul depresiv curent moderat până la sever.¹

▼ Acest medicament face obiectul unei monitorizări suplimentare. Acest lucru va permite identificarea rapidă de noi informații referitoare la siguranță. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacții adverse suspectate. Pentru a avea sub control trasabilitatea medicamentelor biologice, numele și numărul lotului medicamentului administrat trebuie înregistrate cu atenție.

Janssen  Neuroscience

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF *Johnson & Johnson*



ALAnerv®

***Susține funcționarea normală
a sistemului nervos!***

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. ALAnerv® este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail: contact@addenda.ro.

Alfasigma România S.R.L.
str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
tel.: 031.805.35.26, 031.805.35.27; fax: 031.805.35.28.
e-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA 

Redă libertatea mișcării!



DICLOREUM® 150mg

capsule cu eliberare prelungită

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Diclorem 150 mg capsule cu eliberare prelungită se eliberează pe bază de prescripție medicală P6L. Administrare orală. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului complet, disponibil la cerere sau pe site-ul www.anm.ro. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail: Drugsafety@alfasigma@addenda.ro sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România www.anm.ro. DAPP - Alfasigma S.p.A.

Alfasigma România S.R.L.
str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
tel.: 031.805.35.26, 031.805.35.27, fax: 031.805.35.28.
e-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

Tulburări de somatizare la copil și adolescent în contextul pandemiei Covid 19

Somatic Symptom Disorder in Children and Adolescents During Pandemic COVID 19



Dr. Ramona Gheorghe

Medic primar
psihiatrie pediatrică,
Clinica Sanador

Somatic symptom disorder is a clinical reality even if not clearly reflected in epidemiological studies, but obviously encountered in clinical experience.

Campo JV &Fritsch SL (1994), Berntsson LT&Kohler L (2011), Dobrescu et all (2016) mention that the prevalence for somatic symptoms in children between 2 and 17 years is 8-24%, being diagnosed more frequently in girls than in boys.

Authors studied patients that were referred by the parents to a psychiatric evaluation for variable, mobile, acute or persistent somatic symptoms that affected social, familial and scolar functioning, since the debute of SARSCOV 2 pandemia.

There were selected 65 children under 18 years old, with no intellectual disability, without neurodevelopmental disorders or pediatric disorders.

The aim of the research was to detect significant risk factors – persistent or acute –for the somatic symptoms.

All patients were psychological evaluated using Achenbach questionnaire – ASEBA, (parent and child version) and SDQ –only the child version.

The research detected the acute stress as being the most important risk factor for somatic symptoms the acute stress due to the pandemic state, along with temperamental traits – emotional hyperreactivity, rumination, fears, worries in new situations and low family support for problem solving.

Conclusions

It is necessary for mental health professionals to develop public health plans that are suitable for this new epidemiolo-

gical period in order to protect children and their families.

Prezența tulburărilor de somatizare la copii și adolescenți este o realitate care deși nu este reflectată în studii epidemiologice în literatura de specialitate este cu siguranță evidentă în experiența clinică.

Campo JV &Fritsch SL (1994), Berntsson LT&Kohler L (2011), Dobrescu et all (2016) menționează că prevalența acuzelor somatoforme în rândul copiilor cu vârste între 2 și 17 ani este 8-24%, mai frecvente la fete decât la băieți.

Autorii au luat în studiu pacienți care au fost aduși de către părinți la consultație pentru diverse acuze somatice care au afectat funcționarea socială, familială și academică, de la debutul pandemiei SARSCOV 2.

Au fost selectați 65 de copii cu vârsta sub 18 ani, cu intelect normal, integrați în colectiv școlar, fără tulburări de neurodezvoltare diagnosticate anterior, evaluați pediatric pentru excluderea patologiei somatice.

Scopul cercetării a fost decelarea factorilor traumatizanți persistenti sau acuți de declanșare a manifestărilor somatice.

Pacienții au fost evaluați psihologic pentru psihodiagnostic folosind chestionarul ASEBA, aplicat părinților și pacienților și chestionarul SDQ aplicat pacienților.

Cercetarea a decelat ca factor de accentuare a manifestărilor somatice stresul acut – declararea stării de pandemie, pe lângă particularitățile temperamentale – hiperreactivitatea emoțională, ruminațiile, fricile și îngrijorările frecvente în situații noi și suportul familial scăzut în rezolvarea problemelor.

Acesta a fost un factor însemnat de risc.

Este necesară implicarea specialiștilor de sănătate mintală pentru dezvoltarea unor politici de sănătate publică aplicabile practic în noua situație epidemiologică pentru protejarea copiilor, adolescenților și familiilor lor.

Autori

- Dr. Ramona Octaviana Gheorghe (Medic Primar Psihiatrie Pediatrică)
- Dr. Simona Maria Drugă (Medic Specialist Psihiatrie Pediatrică)
- Psih. Nicoleta Băncuță
- Psih. Doina Cristina Mafteiu
- Psih. Diana Nicoleta Safta (psihologi clinicieni)

Context epidemiologic

Impactul psihologic al pandemiei COVID-19 a fost larg discutat în ultima perioadă, specialiști din toată lumea ținând să fie cercetate cu precădere consecințele asupra sănătății mintale a copiilor, adolescenților și tinerilor^(1,2).

Așa încât, cercetarea noastră încearcă să observe pe o populație de copii și adolescenți cu tulburări psihice anterior diagnosticate, dar și la prima prezentare impactul pe care noile măsuri impuse de contextul pandemic l-a avut asupra modalităților de a face față situației epidemiologice neașteptate – prin reziliență, apariția de simptome noi alături de cele deja existente sau declanșarea unor condiții psihopatologice noi care să necesite intervenție de specialitate.

Pentru copiii și adolescenții români, pandemia COVID-19 a fost primul eveniment comunitar, de sănătate publică, având un impact social, academic și familial extrem de mare.

A fost prima dată când autoritățile au impus închiderea școlilor, parcurilor, zonelor pentru întâlniri, activități de recreere sau sportive, așa încât, drept consecință atât copiii, cât și adulții au experimentat izolarea socială forțată în timpul carantinei și distanțarea socială la încetarea carantinei^(4,5,6).

În timpul vârfului de îmbolnăvire, când numărul cazurilor pozitive și a deceselor era în creștere peste tot în lume, copiii și adolescenții s-au confruntat cu teama de a se îmbolnăvi, dar și cu pierde-

rea sau riscul pierderii celor apropiați ^(6,8).

Mai mult, eventualele pierderi economice – părinți care și-au pierdut locul de muncă, scăderea venitului familiei, provocările legate de școala on-line și provocările tehnice au crescut sentimentul de insecuritate și neliniște ^(6,7,8).

Particularitățile vârstei

Cunoaștem că în adolescență, interacțiunea socială și contactele față în față cu cei de-o seamă sunt fundamentale pentru dezvoltarea identității de sine.

Modelul de reziliență, dincolo de componenta innăscută se îmbunătățește prin tipare de reacție comportamentală și dezvoltarea de resurse interne pentru rezolvarea situațiilor problematice.

Așa încât, apariția unor manifestări somatice care să convertească suferința internă sau conflictele interne, neclaritățile sau traumele nu este neașteptată la orice vârstă, copil sau adolescent ⁽⁹⁾.

Factori de risc

Factori socio-familiali

Famiiliile cu istoric de tulburări anxioase și extrem de preocupate de boală sau de igienă, cu părinți hiperprotectori pare că sunt la risc pentru apariția tulburărilor converșive și de somatizare.

Evenimentele stresante - sunt implicate în mecanismele etiopatogenice atât ale tulburărilor somatoforme cât și ale tulburărilor dissociative ⁽⁹⁾.

O relație inversă somatopsihică apare în afecțiuni cronice precum diabetul zaharat sau alte boli cronice chinuitoare – cum poate fi SARSCOV 2, care pot afecta întreaga viață a copilului, producând uneori tulburări psihice asociate.

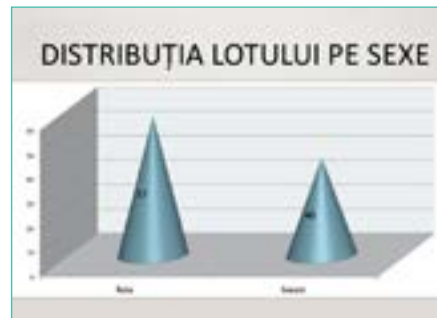
Design-ul studiului

Au fost studiate prezentările în cabinetul de psihiatrie pediatrică al autorilor în perioada de după declanșarea stării de carantină și apoi a stărilor de alertă ulterioare (mai 2020- ianuarie 2021).

Au fost selectați 97 de copii și adolescenți cu vârsta peste 10 ani, 57 de fete și 40 băieți, școlarizați, fără deficiențe cognitive.

Pacienții au fost însoțiți de către părinți, care au obiectivat simptomatologia de prezentare.

Au fost aplicate chestionare de evaluare – testul ASEBA (chestionarele Achenbach) pentru obiectivarea simptomatologiei folosind criteriile de diagnostic DSM V, testul WISC IV –pentru excluderea deficiențelor cognitive, chestionarul de capacități și dificultăți pentru copiii - SDQ, testul FAD – Family Assessment Device – pentru a studia dinamica familiei.



În ceea ce privește distribuția lotului pe vârstă, se identifică numărul semnificativ crescut al copiilor cu vârsta de 12 ani, 14 ani și 18 ani.

Corelația vârstei cu nivelul de școlarizare semnifică faptul că elevii claselor a V a, a VIII a și a XII a sunt cei mai vulnerabili.

Elevii de clasa a V a intrând într-un nou ciclu de învățământ resimt acut dificultățile de adaptare, cei de clasa a VIII a și a XII a resimt la o intensitate ridicată

stresul dat de presiunea examenelor de capacitate, respectiv bacalaureat.

Motivul prezentării

Principalele motive de prezentare la pacienții noi au fost:

- Tulburări de somn
- Iritabilitate
- Manifestări somatoforme – dureri abdominale, cefalee, amețeală, simptomatologie gastro-intestinală
- Comportamente obsesiv- compulsive cu tematică boală și îmbolnăvire
- Refuz școlar, dificultăți școlare
- Tristețe, anxietate, neliniște psihomotorie
- Comportamente de auto-vătămare

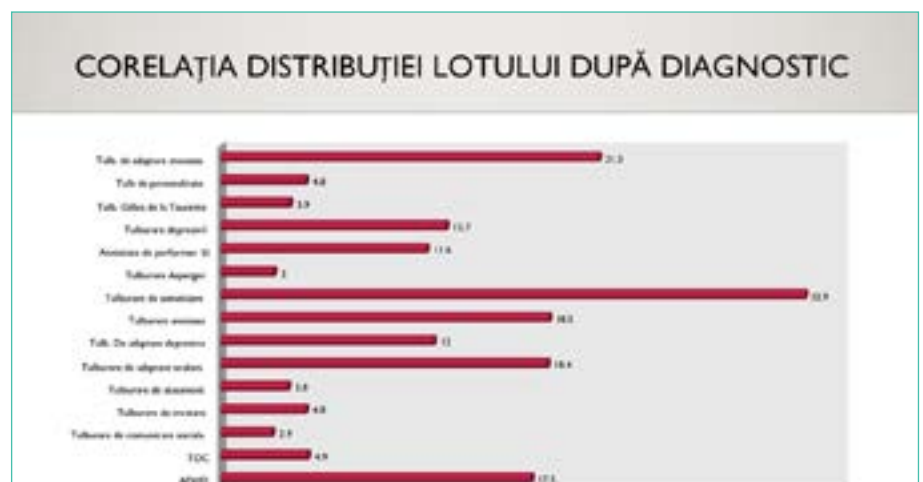
Pentru pacienții care deja prezentau o tulburare diagnosticată apariția de simptome noi sau agravarea simptomatologiei preexistente, refuzul școlar, creșterea timpului petrecut pe dispozitive electronice au fost cauzele prezentării la consultul de psihiatrie pediatrică.

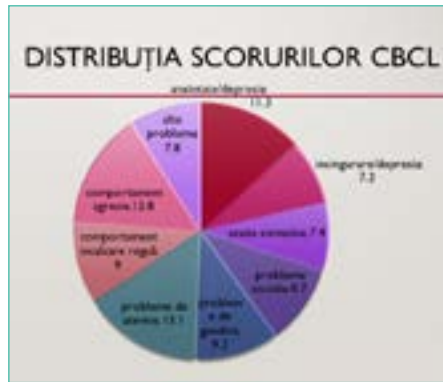
Din distribuția lotului după diagnostic se observă corelații semnificative între Tulburarea de somatizare cu următoarele tulburări:

- tulburarea de adaptare anxioasă,
- tulburarea de adaptare școlară,
- ADHD,
- Tulburarea anxioasă,
- Tulburarea depresivă,
- Tulburarea de adaptare depresivă,
- Anxietatea de performanță.

La testul CBCL, din evaluările părinților corelațiile semnificative observate sunt între scalele:

- acuze somatice (itemi: are dureri/dureri de stomac/se simte amețit)- anxietate/depresie (itemi: tensionat/plânge mult/temător și anxios);





- acuze somatice (itemi: foarte obosit/se simte amețit) - probleme sociale (itemi: singur) - probleme de atenție (neatenț/confuz).

La chestionarul de autoevaluare YSR, media scorurilor scalelor care înregistrează corelații semnificative ce se înscriu în interval clinic sunt:

- anxietate/depresie (item-temător și anxios, îngrijorat)- probleme sociale (itemi- singur/prea dependent)-acuze somatice (foarte obosit/are dureri/dureri de stomac);
- probleme de atenție (itemi- nu termina sarcinile/neatenț) - probleme de gândire (itemi-obsesii/doarme puțin/idei ciudate/dificultate de a adormi) – comportament agresiv (itemi – răutăcios/solicită atenție/suspicios/neascultător)

În ceea ce privește evaluarea cadrelor didactice se observă o corelație semnificativă a scalelor anxietate/depresie - acuze somatice – hiperactivitate; dar și între scalele probleme sociale - anxietate/depresie - comportament agresiv

Concluzii

Grupa de vârstă cu cele mai multe acuze a fost 12-18 ani.

Vulnerabilitatea pentru această grupă de vârstă vine prin fragilitatea structurii identității de sine, provocări legate de școală - școlarizare on-line, revenire la școală, trecerea dintr-un ciclu de învățământ într-altul, folosirea excesivă a dispozitivelor electronice.

Instabilitatea emoțională preexistentă, legată de vârstă sau de alte vulnerabilități – decompensată pe fondul stresului produs de pandemie reprezintă un factor de risc pentru dezvoltări psihopatologice.

Tulburările psihice preexistente agravate în context pandemic sunt de monitorizat atent.

Organizația mondială a sănătății a atras atenția asupra impactului psiho-social al pandemiei COVID 19.

Deși există date empirice în creștere privind impactul asupra sănătății mintale a adulților, datele privind sănătatea mintală a copiilor și adolescenților sunt puține și au vizat în general copiii care au trecut

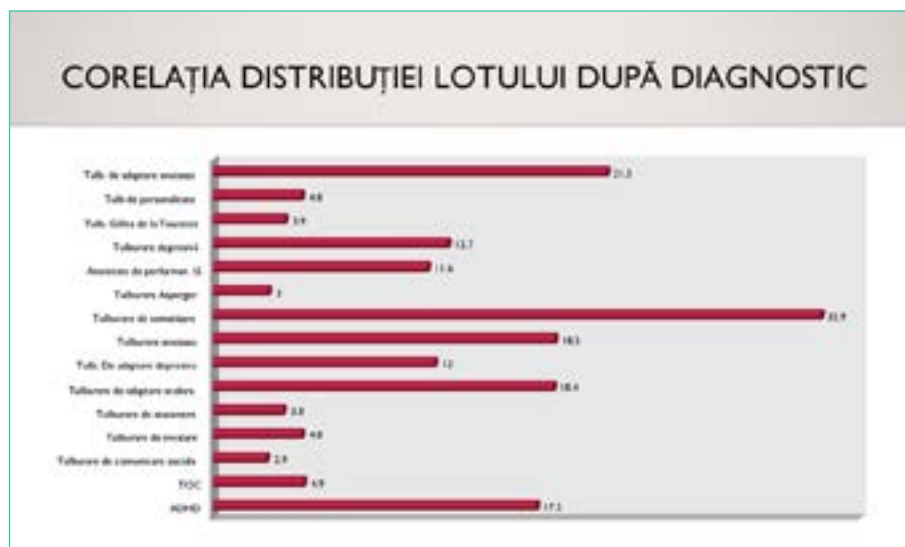
prin boală sau cei care au fost în carantină după afectarea unui membru al familiei.

Pandemia COVID-19 a fost asociată cu apariția simptomelor emoționale și comportamentale la copii și adolescenți – stres, frică, îngrijorare, simptome somatice, comportamente obsesive și compulsii, refuz școlar, depresie și anxietate.

Sunt necesare politici de sănătate publică pentru screening și depistare precoce a tulburărilor emoționale și de comportament apărute la copii și adolescenți în perioada următoare, pentru depistarea factorilor de protecție și de risc pentru sănătatea mintală a copiilor și adolescenților, cunoscută fiind vulnerabilitatea acestora în primul rând datorită proceselor de neuro-dezvoltare în plină desfășurare.

Bibliografie

1. Saurabh K, Ranjan S. Compliance and Psychological Impact of Quarantine in Children and Adolescents due to Covid-19 Pandemic. *Indian J Pediatr.* 2020;87(7):532-536. doi:10.1007/s12098-020-03347-3
2. Liu X, Luo WT, Li Y, Li CN, Hong ZS, Chen HL, et al. Psychological status and behavior changes of the public during the COVID-19 epidemic in China. *Infect Dis Poverty.* 2020;9(1):58. Published 2020 May 29. doi:10.1186/s40249-020-00678-3
3. Sharma V, Reina Ortiz M, Sharma N. Risk and Protective Factors for Adolescent and Young Adult Mental Health Within the Context of COVID-19: A Perspective From Nepal. *J Adolesc Health.* 2020;67(1):135-137. doi:10.1016/j.jadohealth.2020.04.006
4. Viner, R.M.; Russell, S.J.; Croker, H.; Packer, J.; Ward, J.; Stansfield, C.; Mytton, O.; Bonell, C.; Booy, R. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: A rapid systematic review. *Lancet Child. Adolesc. Health* 2020, 4, 397–404.
5. Wang, G.; Zhang, Y.; Zhao, J.; Zhang, J.; Jiang, F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet* 2020, 395, 945–947.
6. Ghosh, R.; Dubey, M.J.; Chatterjee, S.; Dubey, S. Impact of COVID-19 on children: Special focus on the psychosocial aspect. *Minerva Pediatr.* 2020, 72, 226–235.
7. Deslandes SF, Coutinho T. The intensive use of the internet by children and adolescents in the context of COVID-19 and the risks for self-inflicted violence. O uso intensivo da internet por crianças e adolescentes no contexto da COVID-19 e os riscos para violências autoinflingidas. *Cien Saude Colet.* 2020;25(suppl 1):2479-2486. doi:10.1590/1413-81232020256.1.11472020
8. Loades ME, Chatburn E, Higon-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19 [published online ahead of print, 2020 Jun 3]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020;50890-8567(20)30337-3. doi:10.1016/j.jaac.2020.05.009
9. Manual de psihiatria copilului și adolescentului, sub red. Iuliana Dobrescu, ed. Total Publishing, 2016



Terapia prin expunere facilitată de realitate virtuală: de la desensibilizarea în fobii specifice la tratamentul adicțiilor

Virtual reality facilitated exposure therapy: from desensitization in specific phobias to addiction treatment

Abstract: The applicability of virtual reality in psychiatry is growing exponentially along with the synchronization of technological progress with the phenomenon of digital transformation following pandemic restrictions. The immersive environments generated by virtual headsets are an effective alternative to in vivo exposure, the similarities of anxiety and craving can be addressed therapeutically by providing a vivid and safe perspective to the patient, which promotes re-learning processes by stimulating neuroplasticity. Through immersion and induced distractibility, virtual reality equipment can be used both for the treatment of specific phobias and addictions (nicotine, alcohol, other potentially psychoactive addictive substances), or behavioral addictions driven by impulsivity, such as pathological gambling disorder. By adopting in clinical practice, formulating comparable protocols and rigorously performing virtual reality interventions, neuroscientists can counteract the lack of homogeneity of current interventional studies, which limit the progression of current virtual reality techniques.

**Găină Marcel-Alexnadru,
Alexinschi Ovidiu Eugen, Boloș
Alexandra, Alexinschi Corina.,
Găină Alexandra-Maria., Szalontay
Andreea Silvana, Ștefănescu
Cristinel, Drd. Găină Alexandra-Maria**

Rezumat: Aplicabilitatea realității virtuale în psihiatrie cunoaște o creștere exponențială odată cu sincronizarea progresului tehnologic cu fenomenul de digitalizare consecutiv restricțiilor pandemice. Mediile imersive generate de căștile virtuale reprezintă o alternativă eficientă a expunerii in vivo, similitățile anxietății și ale craving-ului pot fi abordate terapeutic oferind o perspectivă vividă și totodată sigură pacientului, ce favorizează procesele de reînvățare prin stimularea neuroplasticității. Prin imersivitatea și distractibilitatea indusă, echipamente de realitate virtuală pot fi folosite atât pentru tratamentul fobiilor specifice, cât și dependențelor de substanțe (nicotină, alcool, alte substanțe cu potențial psihoactiv adictive), sau adicțiilor comportamentale determinate de impulsivitate, cum ar fi tulburarea de joc patologic. Prin adoptarea în practica clinică, formularea unor protocoale comparabile și efectuarea cu rigurozitate a intervențiilor, specialiștii în neuroștiințe pot contracara lipsa de omogenitate a studiilor intervenționale actuale, ce limitează progresia tehnicilor de realitate virtuală.

Introducere: Pandemia COVID-19 a facilitat procesul de digitalizare a psihiatriei, într-o încercare de eludare a barierelor distanțării sociale și de a oferi pacienților cu tulburări psihice accesul către servicii de sănătate mintală, diminuându-le vulnerabilitatea. Diametral opus, contextul pandemic a determinat o creștere atât a consumului etanolic cât și o modificare a tiparelor de consum, dar și o tranziție către spațiul virtual a jocului de șansă – una dintre industriile ce nu doar că nu au fost afectate de pandemie, ci s-au dezvoltat în decursul acesteia, punând la dispoziție spații virtuale atât bidimensionale (smartphone, calculator personal) cât și stereoscopice (posibilitatea de a explora un cazino în realitate virtuală). Din perspectiva tehnologică, progresul respectă legea lui Moore de dublare a puterii de procesare grafică la fiecare 2 ani valorizând astfel potențialul realității virtuale – un domeniu ce conceptual există de peste 5 decade prin prototipul „Sabiei lui Damocles” a lui Ivan Sutherland, însă ce abia acum poate fi pus în practică, odată cu creșterea exponențială a vitezei de procesare grafică ce permite actualmente proiectarea duală, pe fiecare ochi în parte a unor imagini fluente. Cu toate că majoritatea studiilor privind aplicabilitatea realității virtuale în psihiatrie se axează pe expunerea în cadrul fobiilor specifice, se obiectivează o creștere constantă a

numărului de articole din bazele de date internaționale cu referire la tratamentul dependențelor facilitat de tehnicile de realitate virtuală imersivă ⁽¹⁾.

Principiul aplicabilității tehnicilor de realitate virtuală în tratamentul dependențelor la substanțe respectiv comportamentale, are ca fundament expunerea la un mediu generator de craving într-o manieră terapeutică care să fie destul de vividă încât să inducă pacientului impresia trăirii reale a experienței. Conceptul ce conferă vividitate realității virtuale poartă numele de imersivitate și cunoaște o relație de directă proporționalitate cu numărul de receptori senzoriali implicați (vizual, auditiv, haptic) cât și nivelul rezoluției individual pentru fiecare ochi respectiv numărul de cadre pe secundă al imaginilor emulate – rata de reimprospătare peste 90 cadre pe secundă asigurând atât fluiditate experienței cât și diminuarea sansei de întâlnire a unui efect advers comun al expunerii VR, cunoscut sub numele de „simulator sickness”, ce este similar luptei cu inertia mișcării a unei persoane cu rău de mașină.

Un alt concept ce stă la baza eficacității tehnicilor de realitate virtuală este distractibilitatea – astfel încât prin menținerea focalizării prosexice asupra stimulilor căștii distrage atenția de la alți stimuli. Acest aspect cumulat cu potențialul disociativ al realității virtuale poate repre-

zenta un adjuvant reînvățarea mecanismelor ce stau la baza comportamentelor adictive. Totodată, expunerea în realitate virtuală permite folosirea unor senzori de monitorizare a răsunetului somatic și evaluare a răspunsului sistemului nervos simpatic, aspect dificil de aplicat într-o expunere în lumea reală, întrucât biosenzorii ar constitui un stres suplimentar pentru pacient.

Principalele arii de aplicare ale realității virtuale în tratamentul dependenței de substanțe sunt în menținerea abinenței etanolice cât și în cazul altor substanțe cu potențial psihoactiv adictiv dar și a tulburărilor de joc patologic cât și pentru alte adicții comportamentale. Literatura de specialitate obiectivează polimorfismul protocoalelor studiilor intervenționale actuale ce necesită implementarea unei direcții comune ⁽²⁾.

Managementul impulsivității constituie una dintre aspectele princeps ale eficacității tehnicii, pacientul reușind să reînvețe noi atitudini corelate comportamentelor adictive, într-o manieră care favorizează neuroplasticitatea.

Posibilitatea de construcție a mediului virtual specific percepției pacientului precum și izolarea stimulului generator de craving conferă eficacitatea tehnicii comparativ cu expunerea în mediul real, prin diminuarea timpilor terapeutici necesari ajungerii în mediul respectiv cât și posibilitatea de a focaliza un aspect singular în procesul terapeutic.

Preliminar expunerii în realitate virtuală, este necesară aplicarea unui chestionar prin care să fie excluse principala contraindicație absolută reprezentată de comemorativele de crize de suspendare a stării de constiență cu convulsii tonico-clonice generate de stimularea luminoasă intermitentă respectiv contraindicațiile relative cum ar fi „cybersickness” sau „răul de simulator” [(prin aplicarea unor scale consacrate precum Simulator Sickness Questionnaire (SSQ)], sensibilitatea corneană sau dependența propriu-zisă de mijloace tehnologice.

Cuprins: Realitatea virtuală manifestă potențialul intrinsec de a reprezenta o formă de adicție tehnologică, fapt amplificat de sinergia progresiei echipamentelor și a programelor, ce determină o îmbunătățire perpetuă arhitecturală a mediilor virtuale ⁽³⁾. Persoanele predispușe pot abuza mediile virtuale, fie că sunt repre-

zentate de jocuri sau diferite simulatoare, astfel încât există riscul folosirii excesive a căștilor virtuale; se obiectivează faptul că gigantul „Facebook” și-a modificat denumirea în Metaverse, într-o manieră fără precedent. Astfel, privind istoric, investiția inițială de aproximativ două miliarde de dolari a Facebook prin achiziționarea companiei Oculus (una dintre platformele și producătorii de echipamente de realitate virtuală) în anul 2014 a determinat o creștere a disponibilității echipamentelor, ce au devenit din ce în ce mai accesibile. Astfel, deși a trăi într-un „Metaverse” întrunește actualmente criteriile unei dependențe tehnologice, prin folosirea în masă acest univers virtual ar putea reprezenta în viitor un domeniu cu potențialul de a deveni o formă de necesitate, într-o manieră asemănătoare smartphone-ului sau a calculatorului personal.



Nicotină: Cu referire la inducerea și menținerea abinenței nicotinică a fumătorilor, prin asocierea unei componente dinamice comportamentale cu ajutorul intervențiilor VR de tip ludic („serious games”) sau a expunerii propriu-zise la elemente ce determină craving, eficiența a fost demonstrată prin obținerea de rezultate semnificative statistic ⁽⁴⁾. Totodată, prin conceptul ludic se deschide posibilitatea unor intervenții ce nu necesită monitorizarea terapeutului și ce ar putea fi realizate prin căști virtuale autonome (de tip Oculus Quest, Oculus Go) preprogramate.

Alcool: Expunerea facilitată de realitate virtuală în cazul tulburărilor psihice alcool corelate oferă posibilitatea cooperării simțului olfactiv odată cu progresia terapeutică. De asemenea, reconstrucția mediilor în conformitate cu viziunea pacientului este posibilă odată cu apariția interfețelor grafice ușor modificabile, astfel încât pacientul își poate reconstrui

băutura favorită într-un mediu specific, în cele mai mici detalii. Acest aspect reprezintă un progres față de tehnicile convenționale (imagerie dirijată), oferind posibilitatea eficientizării actului terapeutic. Din experiența personală, subliniem necesitatea expunerii pacientului în prima parte a ședinței de psihoterapie, astfel încât să rămână un interval suficient pentru reechilibrarea psihică a acestuia și diminuarea răsunetului somatic simpatic (creșterea tensiunii arteriale, a frecvenței cardiace, transpirațiile profuze), preîntâmpinând astfel eventualitatea unui eșec terapeutic (recădere imediată) prin finalizarea ședinței preliminar diminuirii impulsivității asociate furtunii vegetative rezultate în urma expunerii.

Literatura de specialitate evidențiază faptul că suprapunerea expunerii prin realitate virtuală tratamentului uzual îmbunătățește parcursul terapeutic prin diminuarea răspunsului cu referire la pofta de alcool, comparativ cu folosirea doar a tratamentului uzual unde nu se obiectivează diferențieri cu referire la dinamica poftei de etanol ⁽⁵⁾.

Stadiul actual al cunoașterii cu referire la expunerea în terapia de menținere a abinenței etanolice facilitată de tehnici de realitate virtuală subliniază viabilitatea tehnicii prin comparație cu expunerea in vivo și totodată necesitatea colaborării cercetătorilor cu specialiști în dezvoltarea softwareului în crearea unor medii de expunere relevante, în vederea aplicabilității generale a acestei forme de expunere ⁽⁶⁾.

Joc patologic: În România, primele derogări ale restricțiilor pandemice au fost reprezentate de redeschiderea sălilor de jocuri de noroc. Unul dintre aspectele primordiale în accentuarea comportamentului adictiv este distorsiunea cognitivă cunoscută drept „near-miss” sau pierderea deghizată în câștig; maniera prin care dispozitivul (de cele mai multe ori sub forma unui aparat de joc de noroc sau „slots machine”) oferă utilizatorului aceeași satisfacție prin stimulii auditivi și vizuali ca în cazul unui câștig real chiar și atunci când suma câștigată este inferioară pariului inițial. Impactul la nivelul sistemului nervos central al pierderii deghizate în câștig evaluată pe studii de IRM funcțional este similar unui câștig real, fiind implicate aceleași zone din cortexul prefrontal respectiv sistemul mezolimbic ⁽⁷⁾.

În Statele Unite ale Americii, prin le-



gea promulgată în 1989 de către Nevada Gaming Commission s-a interzis folosirea de algoritmi care au crescut în mod intenționat prevalența câștigurilor ratate. România este deficitară sub acest aspect, prin lipsa programelor naționale de prevenție respectiv a unor organizații guvernamentale funcționale.

Folosirea căștilor virtuale a devenit posibilă pentru accesarea cazinourilor virtuale, astfel încât aceleasi aspecte care confera viabilitate expunerii terapeutice (prezență, imersivitate, distractibilitate) vor putea determina o accentuare a tulburărilor de joc patologic. Mai mult decât atât, modalitățile cunoscute de interzicere a accesului în cazinouri/săli de jocuri pentru persoanele în proces de recuperare sunt astfel eludate, accesarea în mediul virtual a acestor cazinouri necesitând doar un cont și o adresă de e-mail, în lipsa unor reglementări legislative cauzate de aspectul de noutate. Un studiu efectuat pe o populație de adolescenți și adulți tineri din Statele Unite ridică problema faptului că un casino într-o rază de mai puțin de 10 mile de locuința acestora crește posibilitatea dezvoltării unei tulburări de joc patologic ⁽⁸⁾; ce se întâmplă atunci când cazinoul poate fi experimentat din confortul propriei locuințe folosind echipamente de realitate virtuală?

În cazul tulburărilor corelate impulsivității din jocul patologic, stadiul actual al cunoașterii relevă posibilitatea de supra-adăugare a unor stimuli aversivi meniți să faciliteze procesul de reinvățare din cadrul ședințelor de psihoterapie cognitiv-comportamentală ⁽⁹⁾.

Apartenența la un grup de suport în vederea restructurării cognitive ar putea facilita suplimentar procesul de menținere a abstenenței, extrapolând rezultatele studiului lui Echeburu ⁽¹⁰⁾.

Este cunoscut faptul că pacienții cu tulburări de control al impulsurilor pre-

cum piromania sau cleptomania se simt copleșiți inițial de impuls și abia ulterior acțiunii simt un sentiment de ușurare, însă pacienții cu tulburare de joc patologic consideră jocurile de noroc plăcute și doar când suferă pierderi masive sau încetează din alte motive resimt suferința (aspect specific tulburărilor corelate abuzului de substanțe), acesta fiind poate motivul pentru care jocul patologic este clasificat în DSM-V drept singura adicție comportamentală, a cărei abordare terapeutică ar trebui să respecte taxonomia prin psihoterapia cognitiv-comportamentală. În acest sens, expunerea prin realitate virtuală reușește să țintească tocmai dezamorsarea tendințelor comportamentale impulsive în prevenirea recăderilor.

Concluzii: Realitatea virtuală are potențialul de a reprezenta standardul de aur în tratamentul fobiilor specifice, iar conform stadiului actual al cunoașterii, această paradigmă a expunerii gradate și a desensibilizării poate fi extrapolată tratamentului adicțiilor. Într-o perioadă în care evoluția tehnologică este mai rapidă decât capacitatea speciei umane de a integra progresul într-o manieră folositoare evoluției, rămâne ca noi, profesioniștii din spectrul neuroștiințelor, să dăm o formă taumaturgică acestor tehnici de realitate, prin adoptarea lor precum și prin crearea unor cadre de folosire care să limiteze efectele adverse și să ofere rezultate omogene studiilor intervenționale, ce odată colectate și interpretate să permită accesul către vârful de lance al revelației stadiului actual al cunoașterii, sub forma unor meta-analize ale căror concluzii să faciliteze eficacitatea acestor tehnici.

Bibliografie:

1) Lajos Simon, Tamara Pénczváltó, Edit Vass. Virtual Reality in psychiatry and . Psychiatry Hung . 2021;36(3):336-350

- 2) Simon Langener, Joanne Van Der Nagel, Jeanette van Manen et al. Clinical Relevance of Immersive Virtual Reality in the Assessment and Treatment of Addictive Disorders: A Systematic Review and Future Perspective. *J Clin Med.* 2021 Aug; 10(16): 3658. Published online 2021 Aug 18. doi: 10.3390/jcm10163658
- 3) Găină, M., Boloș, A., Alexinschi, O., Cristofor, A., Găină, A., Chiriță, R., & Ștefănescu, C. (2021). Perspective on the Double Edges of Virtual Reality in Medicine - both Addiction & Treatment. *BRAIN. Broad Research In Artificial Intelligence And Neuroscience*, 12(2), 364-373. <https://www.brain.edusoft.ro/index.php/brain/article/view/1163/1331>
- 4) Merel Keijsers, Maria Cecilia Vega-Corredor, Melanie Tomintz. Virtual Reality Technology Use in Cigarette Craving and Smoking Interventions (I „Virtually” Quit): Systematic Review *J Med Internet Res .* 2021 Sep 17;23(9):e24307. doi: 10.2196/24307.
- 5) Hernández-Serrano O, Ghiță A, Figueras-Puigderrojals N, et al. Predictors of Changes in Alcohol Craving Levels during a Virtual Reality Cue Exposure Treatment among Patients with Alcohol Use Disorder. *J Clin Med.* 2020;9(9):3018. Published 2020 Sep 18. doi:10.3390/jcm9093018
- 6) Lebiecka Z, Skoneczny T, Tyburski E, Samochowiec J, Kucharska-Mazur J. Is Virtual Reality Cue Exposure a Promising Adjunctive Treatment for Alcohol Use Disorder?. *J Clin Med.* 2021;10(13):2972. Published 2021 Jul 1. doi:10.3390/jcm10132972
- 7) Tim van Timmeren, Paul Zhutovsky, Ruth J. van Holst & Anna E. Goudriaan (2018) Connectivity networks in gambling disorder: a resting-state fMRI study, *International Gambling Studies*, 18:2, 242-258, DOI: 10.1080/14459795.2018.1449884
- 8) Welte JW, Barnes GM, Tidwell MC, Hoffman JH. The prevalence of problem gambling among U.S. adolescents and young adults: results from a national survey. *J Gambl Stud.* 2008;24(2):119-133. doi:10.1007/s10899-007-9086-0
- 9) Bouchard, S., Robillard, G., Giroux, I., Jacques, C., Loranger, C., St-Pierre, M., Chrétien, M., & Goulet, A. (2017). Using virtual reality in the treatment of gambling disorder: The development of a new tool for cognitive behavior therapy. *Frontiers in Psychiatry*, 8, Article 27. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00027>
- 10) Echeburúa, E., Báez, C., & Fernández-Montalvo, J. (1996). Comparative Effectiveness of Three Therapeutic Modalities in the Psychological Treatment of Pathological Gambling: Long-Term Outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24(1), 51-72. doi:10.1017/S1352465800016830

O urgență națională: înființarea unui centru specializat în tratarea problemelor legate de consumul și dependența de substanțe la copii și adolescenți.

A National Emergency: Setting up a Specialized Center for the Treatment of Substance Use and Addiction Problems in Children and Adolescents

Mental health issues are the main health issues for children and adolescents, accounting for up to 45% of the burden of disease in this age group. Among these, substance misuse is one of the main sources of suffering, with alcohol the number one cause of disability in young adults. We describe the experience of setting up an outpatient treatment center for minors who abuse substances and the lessons learned with regard to the urgent need of developing a State-financed out- and in-patient treatment unit that is currently missing in the Romanian health system.



Dr. Eugen Hrișcu

Medic psihiatru, psihoterapeut
Director științific Clinica ALIAT,
București

Context

La nivel global, problemele de sănătate mintală reprezintă principala categorie de probleme de sănătate cu care se confruntă copiii și adolescenții. Astfel, până la 20% dintre aceștia suferă de o tulburare mintală debilitantă (Belfer ML., 2008). Câteva date statistice relevante (Hetrick, S. E. et al, 2017):

- Suicidul reprezintă a treia cauză de mortalitate la adolescenți;
- Tulburările de sănătate mintală sunt cea mai importantă cauză de dizabilitate în grupa de vârstă 10-24 de ani – 45% din totalul burden of disease;
- Până la 50% din tulburările de sănătate mintală ale adultului își au debutul în adolescență;

Tulburările de sănătate mintală la adolescenți coexistă și se manifestă printr-o serie de comportamente de risc cum ar fi consumul de alcool, tutun, droguri sau jocuri de noroc, comportament sexual riscant, comportamente cu risc pentru vătămare, violență, probleme de dietă și sedentarism. Consumul de substanțe psi-

hoactive poate fi în special problematic la această vârstă. Spre exemplu, persoanele care inițiază consumul de alcool sub vârsta de 15 ani par să aibe un risc semnificativ mai ridicat de a dezvolta o dependență de alcool la vârstă adultă comparativ cu cei care inițiază consumul de alcool după vârsta de 18 ani (Buchmann, A. F. et al, 2009). De altfel, consumul de alcool este principala sursă de dizabilitate la adultul tânăr (Gore FM et al, 2011). În plus, consumul de alcool, droguri, dar și de tutun au fost asociate cu prezența ideii de suicidare la adolescenți (Hingson RW, 2006).

În 2018, în România, copiii sub 18 ani reprezentau 18,8% din populația generală (Institutul Național de Statistică). Studiile ESPAD, efectuate la nivelul Uniunii Europene și incluzând și România din 1999, au relevat o creștere alarmantă a consumului de alcool, tutun, droguri și jocuri de noroc la tinerii de 15 ani din țara noastră. Și mai îngrijorător, în România (caz unic în UE) cele mai consumate substan-

țe ilicite în populația generală sunt noile substanțe psihoactive (așa-numitele „etnobotanice“), substanțe mult mai nocive prin consecințele la adresa sănătății individului și societății în ansamblu decât cannabisul, drogul cel mai consumat în restul țărilor UE.

În aceste condiții, faptul că în România nu funcționează nici măcar un singur centru specializat în tratarea problemelor legate de consumul de substanțe psihoactive la copii și adolescenți reprezintă o lipsă gravă și un risc major pentru sănătatea publică.

Clinica ALIAT Teen – un proiect adresat minorilor cu probleme de consum de substanțe și alte comportamente de risc

La începutul anului 2020 se lansa Clinica ALIAT Teen, o structură privată întemeiată pe experiența de peste 20 de ani acumulată în domeniul prevenirii și tratării problemelor legate de consumul de alcool și droguri de către profesioniștii asociați organizației non-guvernamentale ALIAT. Pentru prima dată în România apărea o structură dedicată tratării acestui gen de probleme la minori. Timp de 6 luni, clinica a reușit să ofere servicii ambulatorii de psihiatrie și psihoterapie decontate prin Casa de Asigurări a Municipiului București. În această perioadă, aproximativ 100 de tineri au primit asistență de specialitate, cei mai mulți



având vârste între 15 și 18 ani. Deși profilul clinicii era cunoscut, pentru 40% din pacienți, diagnosticul principal a fost de tulburări emoționale cu debut în copilărie și adolescență, 26% cu tulburare depresivă și doar 20% cu consum de substanțe. Repartizarea pe sexe a fost aproximativ egală. Din păcate, lipsa resursei umane (medic psihiatru pediater) ne-a pus în imposibilitatea de a mai continua oferirea serviciilor în regim de gratuitate, ceea ce a limitat foarte mult adresabilitatea. Pe baza acestei experiențe, suntem în măsură să facem o serie de recomandări privind înființarea unui astfel de centru, o necesitate de maximă urgență după cum s-a văzut din cererea foarte mare de servicii la scurt timp de la înființare.

1. Un astfel de serviciu trebuie să se adreseze nu doar adolescenților care consumă substanțe, ci mai larg, adolescenților cu comportamente problematice (apatie, comportament de auto-vătămare și/sau suicidar, delincvență, comportament violent) având în vedere că oricare din aceste manifestări pot asocia consum de substanță.
2. Prezentarea acestor pacienți este adesea extrem de dramatică, ei prezentându-se cu ideea de suicid sau chiar tentative de suicid, auto-vătămare, fugă de acasă, consum de droguri injectabile. Adesea există o istorie de abuz fizic și/sau psihologic. De aceea, pentru mulți dintre ei este nevoie de o perioadă de stabilizare într-un centru cu paturi care să ofere evaluare și tratament psihiatric în condiții de siguranță, ceea ce actualele servicii cu paturi din cadrul spitalelor de psihiatrie nu pot oferi. Așadar, este nevoie de un dublu serviciu – rezidențial și ambulatoriu.
3. Serviciile oferite în regim ambulatoriu trebuie administrate în cadrul echipei terapeutice (nu individual de câte un profesionist așa cum este practica obișnuită în serviciile românești în prezent) care să cuprindă cel puțin un psihiatru și un psihoterapeut, ideal și un asistent social. Un proiect similar de sănătate mintală a adolescentului implementat în Australia recomandă oferirea de servicii conexe precum activități sportive sau artistice pentru a diminua barierele de stigmatizare asociate accesării de către tineri a acestor servicii.
4. Părinții sunt cel mai adesea cei care solicită tratamentul și cei care trebuie

sa fie de acord cu acesta, de aceea este esențială implicarea lor în procesul terapeutic sub forma unor ședințe de terapie de familie sau cursuri de parenting. Participarea acestora nu este de obicei facilă, de aceea este nevoie de flexibilitate și adaptare la nevoile acestora din partea profesioniștilor.

5. Foarte adesea, cazurile prezentate la clinica au ridicat probleme medico-legale privind abuzul împotriva minorilor și s-a pus problema de a raporta sau nu către autoritățile competente. Este necesară o procedură și un regulament de ordine interioară pentru aceste cazuri, mai ales în condițiile în care legislația românească în domeniu s-a înăspriț și prevede sancțiuni clare pentru neraportare.
6. O problemă extrem de spinoasă este cea a finanțării unui astfel de serviciu, deoarece Casa de asigurări de sănătate decontează doar serviciile de psihiatrie și psihoterapie. Considerăm că este nevoie de o finanțare multiplă (prin Casă și prin alte fonduri – de exemplu de la o autoritate locală) pentru a asigura servicii precum art-terapia, ergoterapia, ore de sport, asistență socială sau consiliere juridică. În aceste condiții, este greu de imaginat că un astfel de centru ar putea rămâne o inițiativă privată care să vizeze profitul, el trebuind mai degrabă să fie o structură publică sau una non-guvernamentală. De cele mai multe ori, familiile acestor tineri sunt în situații financiare dificile, au consumat resurse importante încercând să rezolve fără succes problemele copiilor și nu își permit să achite din buzunar serviciile, lucru demonstrat și de experiența Clinicii noastre.
7. O altă problemă extrem de dificilă este legată de resursa umană. În special dificilă este identificarea medicilor psihiatri pediatri, o specialitate extrem de deficitară în România. În plus, deoarece spitalul de psihiatrie primește foarte puține cazuri de adolescenți consumatori de droguri, există și un deficit de pregătire în acest domeniu. Acest deficit se regăsește de altfel în toată medicina românească, unde nu avem aprobată o curriculă care să ofere o competență în medicina adicțiilor. O posibilă soluție ar fi aprobarea temporară a unei derogări pentru medicii din specialitatea psihiatria adultului care să le per-

mită acestora să trateze adolescenții cu vârsta peste 14-15 ani, acolo unde nu există suficienți psihiatri pediatri.

8. Un astfel de centru ar trebui să aibă o legătură importantă cu comunitatea, fiind prezent în școli, în mass-media și în mediul online, unde tinerii au ajuns să-și petreacă majoritatea timpului. O persoană specializată în comunicare publică ar fi un membru valoros al echipei.

Concluzii

Peste tot în lume există o discrepanță între nevoia de servicii de sănătate mintală pentru adolescenți și ceea ce este disponibil. Această discrepanță este cu atât mai absurdă, cu cât realizăm că problemele de sănătate mintală sunt principala sursă de suferință la această vârstă și, în plus, faptul că majoritatea problemelor de sănătate mintală ale adultului își au debutul la vârsta adolescenței. Cazul României este în special dramatic – în contextul creșterii constante a prevalenței consumului de substanțe psihoactive și a accentuării problemelor de sănătate mintală în contextul pandemiei cauzate de virusul SARS - Covid 19, absența unui centru care să abordeze această problematică este o problemă majoră care se cere rectificată de către autoritățile publice.

Bibliografie

1. Gore, F. M., Bloom, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., ... Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *The Lancet*, 377(9783), 2093–2102.
9. Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age of alcohol-dependence onset: associations with severity of dependence and seeking treatment. *Pediatrics*. 2006 Sep;118(3):e755-63.
10. Buchmann, A. F., Schmid, B., Blomeyer, D., Becker, K., Treutlein, J., Zimmermann, U. S., ... Laucht, M. (2009). Impact of age at first drink on vulnerability to alcohol-related problems: Testing the marker hypothesis in a prospective study of young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 43(15), 1205–1212.
11. Hetrick, S. E., Bailey, A. P., Smith, K. E., Malla, A., Mathias, S., Singh, S. P., ... McGorry, P. D. (2017). Integrated (one-stop shop) youth health care: best available evidence and future directions. *The Medical Journal of Australia*, 207(10), S5–S18
12. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 Mar;49(3):226-36. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x. Epub 2008 Jan 21. PMID: 18221350.

Mecanisme psihologice implicate în angajarea în conduite preventive în timpul pandemiei COVID-19

Psychological mechanisms implied in engagement in preventive behaviors during COVID-19 pandemic

Dezastrele pandemice sunt imprevizibile și au efecte persistente asupra indivizilor și societății. În vederea prevenirii răspândirii virusului și a consecințelor covârșitoare la nivel individual, societal, național și global, au fost propuse și recomandate sau impuse o serie de măsuri preventive. Din păcate, complianța la respectarea măsurilor variază considerabil în funcție de o serie de factori, precum percepția riscurilor asociate pandemiei, credințele conspiraționiste sau toleranța la situații incerte. Rezultatele studiilor cu privire la factori psihologici implicați în dorința de a respecta comportamentele preventive recomandate susțin eforturile pentru promovarea sănătății publice și vor fi prezentate pe scurt mai jos.



Conf. univ.
Dr. Cornelia Mărean

Universitatea „Alexandru
Ioan Cuza” din Iași



Asist. univ.
Dr. Alexandra Maftei

Universitatea „Alexandru
Ioan Cuza” din Iași

Sănătate mentală și măsuri de siguranță în pandemie

Ne confruntăm cu o criză mondială care amenință sănătatea și viața a milioane de oameni. Pandemia COVID-19 s-a răspândit rapid de la detectarea primului caz, la sfârșitul anului 2019, impunând schimbări majore în viațile noastre. Țări din întreaga lume au apelat la măsuri de izolare și diverse restricții pentru a evita o răspândire rapidă, necontrolată a virusului și, implicit, copleșirea sistemului medical. La aproape doi ani de la depistarea primului caz de infectare, în România au fost înregistrate aproape 1.800.000 de cazuri Covid-19, iar peste 56.000 de oameni și-au pierdut viața din cauza acestei boli și a complicațiilor aferente. Statisticile globale ne indică peste 260 de milioane de infectări și mai mult de 5 milioane de decese (WorldMeter, 2021).

Pandemia COVID-19 a impus o situație fără precedent, atât din punct de vedere me-

dical, cât și social și psihologic. Perturbarea profundă a vieții fiecăruia dintre noi a generat implicații psihologice complexe, variate și semnificative, precum stres, anxietate, depresie, îngrijorare financiară, singurătate, confuzie sau furie (Lin et al., 2020). Întrucât pandemia este departe de a fi încheiată, este esențial să aprofundăm modul în care societatea și indivizii respectă sau, dimpotrivă, sfidează măsurile de prevenție recomandate (sau impuse) pentru a reduce răspândirea virusului SARS-COV-2. Spre exemplu, este important să investigăm mecanismele psihologice și factorii asociați modului în care oamenii respectă măsurile de distanțare socială sau își conturează răspunsurile comportamentale cu privire la vaccinarea (sau nu) împotriva Covid-19.

Distanțarea socială și purtarea măștii de protecție sunt considerate esențiale pentru a limita transmiterea SARS-COV-2, iar autoritățile din întreaga lume au impus aceste măsuri pentru a încetini răspândirea virusului. Explorarea motivelor pentru respectarea regulilor și măsurilor preventive este deosebit de importantă pentru controlul epidemiilor, așa cum am învățat deja din lecțiile anterioare în contextul unor afecțiuni precum Ebola, H1N1 și SARS (Yang & Chu, 2018). O implicare mai mare în comportamentele preventive împotriva răspândirii COVID-19 a fost asociată cu o sănătate mintală mai bună (niveluri scăzute de stres, depresie și anxietate) (Yıldırım & Guler, 2020). În contextul pandemiei actuale, Plohl și Musil (2021) au explorat motivele pentru care oamenii respectă sau ignoră în mod deliberat măsurile de sănătate impuse pentru a preveni răspân-

direa virusului SARS-COV-2. Percepția riscului de a fi infectat și încrederea în știință prezic semnificativ conformarea la măsurile de prevenție. Credințe cu privire la eficiența măsurilor, cunoștințele despre boală și frica sunt alte exemple de factori asociați cu o mai mare conformitate cu măsurile preventive (de exemplu, Dryhurst et al., 2020). Variațiile în estimarea riscului de infectare cu SARS-CoV-2, respectiv prudența și conformarea ulterioară la regulile și măsurile de protecție, ar putea fi explicate și de modul în care oamenii reacționează la situații imprevizibile și incerte precum evoluția COVID-19 (Godinic et al., 2020; Maftei & Holman, 2020), dar și de credința în teoriile conspiraționiste (Maftei & Holman, 2020).

Percepția riscului de infectare cu SARS-COV-2

În acord cu teoria motivației pentru a ne proteja sănătatea (Rogers, 1983), percepția riscului include două componente: severitatea percepută a evenimentului sau situației amenințătoare și percepția propriei vulnerabilități de a fi afectat de evenimentul sau situația respectivă.

Ambele componente au fost studiate în relație cu o largă varietate de comportamente preventive pentru sănătate (precum exerciții fizice, controale medicale cu scop preventiv, aderența la tratamente medicale) și s-a arătat că prezic pozitiv atât adoptarea comportamentelor pentru protecția sănătății, în prezent, cât și intenția de a le adopta în viitor (Norman et al., 2015). De asemenea, s-au studiat în contextual epidemiilor din trecut și s-au dovedit a fi pozitiv asociate

cu comportamentele preventive (vezi Bish & Michie, 2010 pentru o trecere în revistă a literaturii de specialitate). Percepția vulnerabilității sau a probabilității de a te infecta cu virusul SARS-COV-2 a fost examinată în studii recente care au arătat faptul că pe măsură ce percepția vulnerabilității personale crește, și tendința de adoptare a conduitelor preventive (precum spălarea mâinilor, distanțarea socială, evitarea locurilor publice) crește. Un alt studiu realizat în contextual actual susține aceste rezultate, arătând că percepția riscului de a te infecta cu virusul SARS-COV-2 și de a dezvolta simptome severe se asociază pozitiv cu tendința de adoptare a comportamentelor preventive pentru sănătate (Dryhurst et al., 2020).

Intoleranța la incertitudine

Intoleranța la incertitudine se referă la modul în care oamenii percep și reacționează la informații și situații incerte. Mai precis, intoleranța la incertitudine desemnează tendința de a supraestima posibilitatea de apariție a unor evenimente negative, în contextul în care informațiile cu privire la acele evenimente sunt incomplete și, așadar, incerte (Dugas et al., 2001). Persoanele care au o intoleranță mare la incertitudine au niveluri crescute de anxietate în situațiile care nu conturează contexte exacte, specifice, predictibile, astfel încât este oarecum intuitiv să presupunem că această trăsătură de personalitate joacă un rol important în aderența la regulile și măsurile de prevenire a răspândirii Covid-19.

Într-un lot format din adulți din România, Maftai și Holman (2020) au explorat relația dintre toleranța la incertitudine (respectiv, toleranța scăzută la informațiile și contextele lipsite de predictibilitate) și comportamentul responsabil în pandemie, sugerând că indivizii ce au raportat scoruri mari la această trăsătură au raportat o rată mai mare de conformitate (adică, un comportament pandemic mai responsabil). Rezultate asemănătoare au fost raportate și de studii anterioare care au sugerat efecte similare în ceea ce privește comportamentele legate de sănătate (Jolley & Douglas, 2014). Înțelegem, astfel, că lipsa de predictibilitate cu privire la evoluția pandemiei generează reacții emoționale marcate de anxietate, care par a contribui semnificativ la respectarea măsurilor de prevenție.

Credința în teoriile conspiraționiste

Credințele conspiraționiste conturea-

ză presupunerile legate de explicații posibile pentru un anumit fenomen sau stare de fapt, altele decât cele reale sau foarte probabile (Aaronovitch, 2009). Situațiile de criză, precum cea actuală, accentuează aceste tendințe și contribuie, chiar, la creșterea prevalenței acestora (Van Prooijen & Douglas, 2017), în general din cauza incertitudinii și a lipsei controlului asupra situațiilor în cauză. În ceea ce privește pandemia COVID-19, de la apariția primului caz și până în prezent, credințele conspiraționiste s-au răspândit într-atât încât Organizația Mondială a Sănătății a asociat o pandemie complementară celei Covid-19, respectiv cea a știrilor false și a conspirațiilor asociate originii SARS-COV-2 și a intențiilor de răspândire premeditată a virusului pe plan global.

Știm deja, din experiențe similare anterioare, că aceste credințe conspiraționiste modelează comportamentele legate de sănătate și, în mod specific, cele legate de perceperea riscurilor asociate diverselor tratamente existente. Spre exemplu, credințele conspiraționiste au efecte negative semnificative în ceea ce privește aderența la diverse tratamente sau vaccinarea împotriva unor maladii (Westergaard et al., 2014). În România, de exemplu, rezultate raportate de Crăciun și Baban (2012) au sugerat faptul că unul dintre motivele pentru care mamele din România refuză vaccinul HPV pentru fiicelor lor este credința într-o conspirație mondială care urmărește reducerea populației lumii (pe lângă neîncrederea generală în eficiența sistemului de sănătate din România).

În contextul actualei pandemii Covid-19, convingerile conspiraționiste modifică acuratețea informațiilor utilizate pentru reprezentarea corectă a riscurilor pentru sănătate, dar și a importanței măsurilor impuse de autorități. Cercetările de până acum au confirmat acest fapt: numeroase studii au subliniat legătura semnificativă, direct proporțională, între credințele conspiraționiste cu privire la COVID-19 și nerespectarea măsurilor de prevenție recomandate și refuzul vaccinării împotriva SARS-COV-2 (Maftai & Holman, 2020; Maftai & Holman, 2021). Așadar, una dintre concluziile importante în acest sens este legată de importanța demontării acestor credințe și accentuarea nevoii de campanii de informare pertinente, corecte din punct de vedere științific cu privire la aspectele medicale legate de Covid-19.

Bibliografie

- Aaronovitch, D. (2009). *Voodoo histories: The role of the conspiracy theory in shaping modern history*. Jonathan Cape.
- Bish, A., & Michie, S. (2010). Demographic and attitudinal determinants of protective behaviours during a pandemic: A review. *British Journal of Health Psychology*, 15(4), 797–824. <https://doi.org/10.1348/135910710X485826>
- Crăciun, C., & Baban, A. (2012). "Who will take the blame?": Understanding the reasons why Romanian mothers decline HPV vaccination for their daughters. *Vaccine*, 30(48), 6789–6793. *Epub* 2012 Sep 24. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.09.016>
- Dorfan, N. M., & Woody, S. R. (2011). Danger appraisals as prospective predictors of disgust and avoidance of contaminants. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(2), 105–132. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.2.105>
- Dryhurst, S., Schneider, C. R., Kerr, J., Freeman, A. L., Recchia, G., Van Der Bles, A. M., Spiegelhalter, D., & van der Linden, S. (2020). Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research*, 1-13. DOI: 10.1080/13669877.2020.1758193
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 551–558. <https://doi.org/10.1023/A:1005553414688>
- Godinic, D., Obrenovic, B., & Khudaykulov, A. (2020). Effects of economic uncertainty on mental health in the COVID-19 pandemic context: Social identity disturbance, job uncertainty and psychological well-being model. *International Journal of Management Science and Business Administration*, 6(1), 61–74. <https://doi.org/10.18775/ijied.1849-7551-7020.2015.61.2005>
- Jolley, D., & Douglas, K. M. (2014). The effects of anti-vaccine conspiracy theories on vaccination intentions. *PLoS One*, 9(2), e89177. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089177>
- Lin, Y., Hu, Z., Alias, H., and Wong, L. P. (2020). Knowledge, Attitudes, Impact, and Anxiety Regarding COVID-19 Infection Among the Public in China. *Frontiers in Public Health*, 8, 236. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00236>
- Maftai, A., & Holman, A.-C. (2020). Beliefs in conspiracy theories, intolerance of uncertainty, and moral disengagement during the coronavirus crisis. *Ethics & Behavior*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10508422.2020.1843171>
- Maftai, A., & Holman, A. C. (2021). SARS-CoV-2 Threat Perception and Willingness to Vaccinate: The Mediating Role of Conspiracy Beliefs. *Frontiers in Psychology*, 12, 672634. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.672634>
- Norman, P., Boer, H., Seydel, E. R., & Mullan, B. (2015). Protection motivation theory. In M. Connor & P. Norman (Eds.), *Predicting and Changing Health Behaviour*, (3rd Ed, pp. 70-106). Open University Press
- Pohl, N., & Musil, B. (2021). Modeling compliance with COVID-19 prevention guidelines: the critical role of trust in science. *Psychology, health & medicine*, 26(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1772988>
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology* (pp. 153–176). New York: Guildford Press.
- Van Prooijen, J.-W., & Douglas, K. M. (2017). Conspiracy theories as part of history: The role of societal crisis situations. *Memory Studies*, 10(3), 323–333. <https://doi.org/10.1177/1750698017701615>
- Westergaard, R. P., Beach, M. C., Saha, S., & Jacobs, E. A. (2014). Racial/ethnic differences in trust in health care: HIV conspiracy beliefs and vaccine research participation. *Journal of General Internal Medicine*, 29(1), 140–146. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2554-6>
- WorldMeter (2021). COVID-19 Coronavirus Pandemic. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- Yang, J. Z., & Chu, H. R. (2018). Who is afraid of the Ebola outbreak? The influence of discrete emotions on risk perception. *Journal of Risk Research*, 21(7), 834–853. <https://doi.org/10.1080/13669877.2016.1247378>
- Yildirim, M., & Güler, A. (2020). COVID-19 severity, self-efficacy, knowledge, preventive behaviors, and mental health in Turkey. *Death Studies*, 1-8. doi: 10.1080/07481187.2020.1793434

Adresabilitatea pacienților cu afecțiuni psihice în contextul pandemiei Covid-19

Addressability of patients with mental illness in the context of the Covid-19 pandemic

Mădălina Aldea¹,
Daniela-Gabriela Glăvan^{1,2},
Ion Udriștoiu^{1,3}, Victor Gheorman^{1,3}

¹ Universitatea de Medicină și Farmacie, Disciplina Psihiatrie, Craiova

² Clinica II Psihiatrie, Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie, Craiova

³ Clinica I Psihiatrie, Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie, Craiova

The Covid-19 pandemic period meant a real challenge for society and the medical system given the multiple symptoms and manifestations of SARS CoV-2 virus infection, each specialty being involved in the diagnosis and treatment of this condition.

In many studies, the link between the period of national restrictions and the increase in the number of decompensations of patients with various psychiatric disorders is made, but access to specialized services has been limited.

We started from the hypothesis that the addressability of patients in the psychiatric ward changed during the pandemic, being involved several factors.

We comparatively evaluated the hospitalizations of the II Craiova Psychiatric Clinic from 01.03.2019-28.02.2020, prior to the pandemic, respectively 01.03.2020 - 28.02.2021 according to the type of pathologies and socio-demographic information of the patients, as well as according to the number of hospitalization days.

Despite the restrictions, the psychiatric services paid special attention to mental health, and the interdisciplinary collaboration was essential for the good development of the activity in the covid support unit, in this period of adaptation, both for the medical staff and for the patients.

Perioada pandemiei Covid-19 a însemnat o adevărată provocare pentru

societate și sistemul medical având în vedere multiplele simptome și forme de manifestare ale infecției cu virusul SARS CoV-2, fiecare specialitate fiind implicată în diagnosticarea și tratamentul acestei afecțiuni.

În multiple studii se face legătura între perioada de restricții naționale și creșterea numărului de decompensări ale pacienților cu diverse afecțiuni psihice, însă accesul la servicii de specialitate a fost limitat.

Efectele pandemiei asupra populației sunt încă în investigație, dar mai multe studii susțin că printre acestea s-ar număra reșterea anxietății, depresiei în populația generală, dar și decompensarea cazurilor vechi de patologie psihiatrică.

Coronavirusurile pot da multiple complicații neuropsihice, fiind neurotrope, iar colaborarea interdisciplinară este esențială pentru tratamentul adecvat al pacienților.

Am pornit de la ipoteza că adresabilitatea pacienților în secția de psihiatrie s-a modificat în perioada pandemiei, fiind implicați mai mulți factori.

Am evaluat comparativ internările Clinicii II Psihiatrie Craiova din perioada 01.03.2019-28.02.2020, anterioară pandemiei, respectiv 01.03.2020 - 28.02.2021 (ce a inclus starea de urgență și alertă națională) după tipul de patologii și informațiile socio-demografice ale pacienților, cât și după numărul de zile de internare.

În perioada martie 2020 - februarie 2021 clinica a fost unitate suport covid, fiind limitat numărul de internări la urgențele psihice și pacienții confirmați/suspecți Covid - 19 ce asociau patologii psihiatrice.

În anul pre-pandemic au fost internați 1845 pacienți. Procentele pe patologii au fost următoarele: 4.44% Demențe, 18.75% Tulburare organică de personalitate, 23.74% Tulburări din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihice, 5,8% Tulburări afective bipolare și 46.07% Tulburări depresive.

În perioada pandemiei, 01.03.2021 până pe 28.02.2021, Clinica II Psihiatrie fiind secție suport Covid, și-a limitat internările doar la urgențele psihice și la pacienții suspecți/confirmați cu infecție Covid-19, internând 595 pacienți. Procentele pe patologii au fost următoarele: 4.03% Demențe, 18.49% Tulburare organică de personalitate, 33.95% Tulburări din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihice, 6.55% Tulburări afective bipolare și 29.92% Tulburări depresive. Se observă ca nu au putut fi manageriate în ambulator în special tulburările psihice și episoadele maniacale.

Observăm ca nu au putut fi manageriate în ambulator în special tulburările psihice și episoadele maniacale, iar pacienții depresivi au preferat să evite spitalizarea și interacțiunea cu mediul spitalicesc.

Pacienții psihici au întâmpinat dificultăți prin reducerea accesului către clinicile de psihiatrie, adresabilitatea către serviciile ambulatorii a fost, de asemenea, impactată de teama unei eventuale infecții Covid-19, în condițiile în care nivelul crescut de anxietate și depresie a fost resimțit de întreaga populație.

Creșterea procentuală a internărilor cazurilor cu Tulburări psihice, episoade maniacale, episoade confuzionale/delirium, are probabil legătură cu neurotropismul Sars-Cov 2, cât și cu efectele secundare ale medicației utilizate în tratamentul acestuia - imunomodulatoare, corticosteroizi.

Am constatat un declin cognitiv, ce a urmat infecției Covid-19, în special la pacienții vârstnici, iar la cei tineri tulburări de concentrare.

În ciuda restricțiilor, serviciile de psihiatrie au acordat atenție deosebită sănătății mentale, iar colaborarea interdisciplinară a fost esențială pentru buna desfășurare a activității în unitatea suport covid, în această perioadă de adaptare, atât pentru personalul medical, cât și pentru pacienți.

28 SEP-1 OCT, IAȘI
Palace of Culture

RSN 2022 CONGRESS

47th Congress of the Romanian
Society of Neurosurgery
26th French Course in Neurosurgery
4th National Congress of Modern Neurosciences
5th Nurse Symposium



Societatea de Neurologie și Psihiatrie a
Copilului și Adolescentului din România



Asociația Națională de Neurologie și Psihiatrie
din România



**Cel de-al XXII-lea Congres SNPCAR și
a 44-a Conferință Națională de
Neurologie-Psihiatrie
a Copilului și Adolescentului și
Profesiuni Asociate din România
cu participare internațională**



21-24 SEPTEMBRIE 2022,
EXCLUSIV ONLINE



Ediția a II-a

Conferința Națională de Psiho-Oncologie

Abordarea multidisciplinară a cancerelor mamare și pulmonare

21-23 octombrie 2022 | Cluj-Napoca & Online



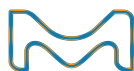
Al XX-lea Congres al Societății
de Neurologie din România
va avea loc în perioada
15-18 noiembrie 2022
în format online



Bine ați venit în călătoria MAVENCLAD®



MAVENCLAD® este indicat pentru tratamentul pacienților adulți cu scleroză multiplă (SM) recurentă foarte activă, definită prin caracteristici clinice sau imagistice.



*MAVENCLAD® este prima terapie orală cu regim de dozare inovator pentru tratamentul SMRR formă foarte activă cu un program de administrare în 2 cicluri: maxim 20 de zile de tratament timp de 2 ani, fără a fi necesar un nou tratament cu MAVENCLAD® în următorii 2 ani.



SIMPLIȚATE
INOVATOARE*

MAVENCLAD (cladribină) Rezumatul Caracteristicilor Produsului – prescurtat

Denumirea comercială a medicamentului: MAVENCLAD 10 mg comprimate. **Compoziția cantitativă și calitativă:** Fiecare comprimat conține cladribină 10 mg. **Indicații terapeutice:** MAVENCLAD este indicat pentru tratamentul pacienților adulți cu scleroză multiplă (SM) recurentă foarte activă, definită prin caracteristici clinice sau imagistice. **Doze și mod de administrare:** Doza cumulativă recomandată de MAVENCLAD este de 3,5 mg/kg greutate corporală pe parcursul a 2 ani, administrată într-un ciclu de tratament a 1,75 mg/kg pe an. Fiecare ciclu de tratament constă din 2 săptămâni de tratament, una la începutul primei luni și una la începutul celei de-a doua luni a anului de tratament respectiv. Fiecare săptămână de tratament constă din 4 sau 5 zile în care pacientului i se administrează 10 mg sau 20 mg (1 sau 2 comprimate) sub forma unei doze zilnice unice, în funcție de greutatea corporală. După finalizarea celor 2 cicluri de tratament, nu mai este necesară continuarea tratamentului cu cladribină în anii 3 și 4. Dacă este necesar, ciclul de tratament din anul 2 poate fi amânat timp de până la 6 luni pentru a permite recuperarea limfocitelor. Dacă această recuperare durează mai mult de 6 luni, pacientul nu trebuie să i se mai administreze MAVENCLAD. **Insuficiență renală** - ușoară (clearanceul creatininei 60-89 ml/min): nu este considerată necesară ajustarea dozei; - moderată sau severă: MAVENCLAD este contraindicat. **Insuficiență hepatică moderată sau severă:** MAVENCLAD nu este recomandat. **Vârșnici:** se recomandă prudență. **Copii și adolescenți:** Nu sunt disponibile date. **Mod de administrare:** pe cale orală; comprimatele trebuie înghițite fără a fi mestecate. Pacienții trebuie să aibă mâinile uscate când manipulează comprimatele și să se spele cu grijă pe mâini după aceea. **Contraindicații:** hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți; infecție cu virusul imunodeficienței umane (HIV); infecție cronică activă (tuberculoză sau hepatită); inițierea tratamentului cu cladribină la pacienții cu imunitate deprimată, incluzând pacienții cărora li se administrează în prezent tratament imunosupresor sau mielosupresor; tumoare malignă activă; insuficiență renală moderată sau severă (clearanceul creatininei <60 ml/min; sarcină și alăptare. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare:** Efectul cladribinei asupra numărului de limfocite este dependent de doză. Numărul de limfocite trebuie determinat înaintea inițierii tratamentului cu MAVENCLAD. Infecția cu HIV, tuberculoza activă și hepatita activă trebuie excluse înainte de inițierea tratamentului cu cladribină. La pacienții cu infecții latente sau infecție acută trebuie avută în vedere amânarea inițierii tratamentului cu cladribină până când infecția este ținută pe deplin sub control. Se recomandă o atenție specială la pacienții fără antecedente de expunere la virusul varicelozosterian. Incidența herpesului zoster a fost crescută la pacienții tratați cu cladribină. S-au raportat cazuri de leucoencefalopatie multifocală progresivă (LMP) la administrarea de cladribină pe cale parenterală la pacienții tratați pentru leucemie. Trebuie avută o atenție deosebită la pacienții care necesită transfuzii de sânge și la cei tratați anterior cu medicamente imunomodulatoare sau imunosupresoare. Nu se recomandă administrarea la pacienții cu hepatită moderată sau severă (scorul ChildPugh > 6). **Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune:** Administrarea orală a oricărui alt medicament trebuie să se efectueze separat de administrarea MAVENCLAD. În interval de cel puțin 3 ore pe parcursul numărului limitat de zile în care se administrează cladribină. Utilizarea MAVENCLAD în asociere cu interferon beta duce la un risc crescut de limfopenie. Tratamentul concomitent nu este recomandat. La administrarea cladribinei înainte sau concomitent cu alte substanțe care afectează profilul hematologic (de exemplu, carbamazepină) se recomandă monitorizarea atentă a parametrilor hematologici. Tratamentul cu MAVENCLAD nu trebuie inițiat în interval de 4 până la 6 săptămâni după vaccinarea cu vaccini cu virusuri vii sau cu vaccini cu virusuri vii atenuate, din cauza riscului de infecție cu virus activ. Se recomandă evitarea administrării concomitente a inhibitorilor puternici ai ENT1, CNT3 și BCRP în timpul tratamentului cu cladribină cu durata de 4 până la 5 zile. Trebuie avută în vedere o posibilă diminuare a expunerii la cladribină în cazul administrării concomitente de inductori puternici ai transportorilor BCRP (de exemplu corticosteroidi) sau P-gp (de exemplu rifampicină, sunătoare). **Fertilitatea, sarcina și alăptarea:** Măsurile contraceptive la bărbați și femei: înainte de inițierea tratamentului, atât în anul 1, cât și în anul 2, femeile aflate la vârsta fertilă și bărbații care pot concepe un copil trebuie conștienți cu privire la posibilitatea unui risc sever pentru făt și la necesitatea utilizării unor măsuri contraceptive eficiente. **Sarcina:** MAVENCLAD este contraindicat la femeile gravide. **Alăptarea:** alăptarea este contraindicată în timpul tratamentului cu MAVENCLAD și o perioadă de 1 săptămână după ultima doză. **Fertilitatea:** Pacienții de sex masculin trebuie să ia măsuri de precauție pentru a preveni apariția unei sarcini la partenerele lor în timpul tratamentului cu cladribină și pentru o perioadă de cel puțin 6 luni după ultima doză. **Reacții adverse:** Reacțiile adverse raportate: **Foarte frecvente:** limfopenie; **Frecvente:** herpes oral, herpes zoster la nivelul unghiilor, erupție cutanată și o perioadă de neutrofilie; erupție cutanată, alopecie; **Foarte rare:** tuberculoză. **Tumori maligne:** În studiile clinice și în cadrul urmării pe termen lung a pacienților tratați cu o doză cumulată de 3,5 mg/kg de cladribină administrată pe cale orală, s-au observat mai frecvent evenimente asociate tumorilor maligne la pacienții expuși unui supradozaj cu cladribină, comparativ cu pacienții cărora li s-a administrat placebo. **Supradozaj:** În mod special, se recomandă monitorizarea strictă a parametrilor hematologici la pacienții expuși unui supradozaj cu cladribină. Nu se cunoaște un antidot specific pentru supradozajul cu cladribină. Tratamentul constă în observare atentă și inițierea măsurilor adecvate de susținere. **Ambalaj:** cutie cu 1, 4, 5, 6, 7 sau 8 comprimate. Este posibil ca nu toate mărimile de ambalaj să fie comercializate. **Păstrare:** A se păstra în ambalajul original pentru a fi protejat de umiditate. **Deținătorul autorizației de punere pe piață:** Merck Europe B.V., Gustav Mahlerplein 102, 1082 MA Amsterdam, Olanda. **Numărul autorizației de punere pe piață:** EU/1/17/1212/001-006. **Data primei autorizări:** 22 August 2017. **Data revizuirii textului:** Ianuarie 2020.

Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală restrictivă PR.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Înainte de a prescrie MAVENCLAD, vă rugăm să consultați RCP-ul medicamentului, în întregime.

Data întocmirii materialului: Ianuarie 2021

RO-MAV-00029