



DRAGĂ COLEG/COLEGĂ,

Suntem onorați să vă invităm la Conferința internațională 2022 a Societății Psihiatrilor, Narcologilor, Psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni care se va desfășura în format hibrid, cu prezență fizică și on-line, în perioada **24-26 noiembrie 2022**.

În contextul mondial actual de criză, îndemnul Organizației Mondiale a Sănătății în 2022 este de a face ca sănătatea mintală și bunăstarea pentru toți să fie o prioritate globală.

După aproape trei ani, izolarea socială, frica de boală și de moarte și circumstanțele socio-economice tensionate asociate cu pandemia COVID-19, conform OMS, au contribuit la o creștere la nivel global a depresiei și anxietății estimată la 25%. La aceste circumstanțe s-au adăugat războiul din Ucraina și criza umanitară care au condus la recesiune, tulburări politice, probleme ale lanțului de aprovizionare, criza energetică și inflație. Aceste circumstanțe nefavorabile ne constrâng tot mai mult la crearea resurselor general accesibile și a serviciilor de calitate în domeniul sănătății mintale pentru dezvoltarea rezilienței și eliminarea stigmei și discriminării în sănătatea mintală.

Tema ediției actuale a conferinței internaționale este **“SĂNĂTATEA MINTALĂ PENTRU TOȚI: DEZVOLTĂM REZILIENȚA ȘI SERVICII DE CALITATE”** și se adresează schimbărilor din ultima perioadă și aspectelor majore din sănătatea mintală, în toată complexitatea ei, la noi în țară și în străinătate.

Conferința este destinată psihiatrilor, rezidenților, psihoterapeuților, narcologilor, medicilor de familie și generaliştilor, psihologilor clinicieni, cercetătorilor, managerilor și autorităților competente în elaborarea politicilor.

Programul conferinței va include o amplă agendă educațională, cu sesiuni plenare și simpozioane cu participanți din Republica Moldova și din străinătate, relevante pentru profesioniști și non-profesioniști din sănătatea mintală, pe subiecte precum: intervențiile de sănătate mintală în situații de criză, servicii și activități bazate pe recuperare și multidisciplinaritate, psihiatria la toate etapele de vârstă, psihofarmacologia, intervenții psihoterapeutice, adictologie și altele.

SPNPPC a cooptat personalități notorii din România, Regatul Țărilor de Jos, Elveția, Marea Britanie, Ucraina, Belgia, Israel, SUA, etc. pentru intervenții în cadrul conferinței și speră că acest eveniment va trezi un interes profesional sporit.

Avem convingerea că vom avea o conferință reușită, că vom beneficia de informații și recomandări de ultimă ora, care să ne ofere o abordare atât teoretică, cât și practică a provocărilor cu care ne confruntăm în viața noastră profesională și personală.

Vom avea onoarea să ne fiți alături la evenimentul organizat de către SPNPPC, care va duce la îmbunătățirea cunoștințelor și la progres profesional pentru fiecare.

Urăm mult succes și rezultate fructuoase lucrărilor Conferinței.

Vă mulțumim!

Cu alese considerații,

Președintele SPNPPC

Jana CHIHAJ

DEAR COLLEAGUE,



We are honoured to invite you to the 2022 International Conference of the Society of Psychiatrists, Narcologists, Psychotherapists and Clinical Psychologists which will be held in a hybrid format, in person and on-line, between **November 24-26, 2022**.

In the current global context of crisis, the World Health Organization's 2022 call to action is to make mental health and well-being for all a global priority.

After nearly three years, the social isolation, the fear of illness, death and the strained socio-economic circumstances associated with the COVID-19 pandemic, according to the WHO, have contributed to an estimated 25% increase in depression and anxiety globally. Added to these circumstances, the war in Ukraine and the humanitarian crisis led to recession, political disturbances, supply chain issues, the energy crisis and inflation. These adverse circumstances increasingly compel us to create universally accessible resources and quality mental health services to build resilience and eliminate mental health stigma and discrimination.

The theme of the international conference's current edition is "**MENTAL HEALTH FOR ALL: BUILDING RESILIENCE AND QUALITY SERVICES**" and addresses recent changes and major aspects of mental health in all its complexity in our country and abroad.

The conference is intended for psychiatrists, residents, psychotherapists, narcologists, family doctors and general practitioners, clinical psychologists, researchers, managers and policy makers.

The programme of the conference will include an extensive educational agenda with plenary sessions and symposia with participants from the Republic of Moldova and from abroad, relevant for mental health professionals and non-professionals, on topics such as: mental health interventions in crisis situations, services and activities based on recovery and multidisciplinary, psychiatry at all age stages, psychopharmacology, psychotherapeutic interventions, addiction and others.

SPNPPC co-opted notorious personalities from Romania, the Netherlands, Switzerland, the Great Britain, Ukraine, Belgium, Israel, USA, etc. for interventions at the conference and hopes that this event will arouse increased professional interest.

We are confident of the success of the conference, where we will benefit from the latest information and recommendations that will provide both a theoretical and a practical approach to the challenges we face in our professional and personal lives.

We will be honoured by your participation at the event organized by SPNPPC, which will lead to improved knowledge and professional advancement for everyone.

We wish success and fruitful results to the proceedings of the Conference.

Thank you!

Yours sincerely,
Jana CHIHAI, MD, PhD
SPNPPC President



УВАЖАЕМЫЙ/УВАЖАЕМАЯ КОЛЛЕГА,

Для нас большая честь пригласить вас на Международную конференцию 2022 года Общества психиатров, наркологов, психотерапевтов и клинических психологов, которая состоится в гибридном формате, очно и онлайн, **с 24 по 26 ноября 2022 года**.

В нынешних глобальных условиях кризиса, призыв Всемирной Организации Здравоохранения на 2022 год состоит в том, чтобы сделать психическое здоровье и благополучие для всех глобальным приоритетом.

Спустя почти три года, социальная изоляция, страх перед болезнью и смертью, а также напряженные социально-экономические обстоятельства, связанные с пандемией COVID-19, способствовали, по данным ВОЗ, примерно 25-процентному росту депрессии и тревоги во всем мире. К этим обстоятельствам добавились война на Украине и гуманитарный кризис, приведший к рецессии, политическим волнениям, проблемам с цепочками поставок, энергетическим кризисом и инфляции. Эти неблагоприятные обстоятельства все чаще вынуждают нас создавать общедоступные ресурсы и качественные услуги в области психического здоровья для повышения устойчивости и устранения стигмы и дискриминации в области психического здоровья.

Тема нынешнего выпуска международной конференции **«ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ: ОБЕСПЕЧЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ И КАЧЕСТВЕННЫХ УСЛУГИ»** посвящена последним изменениям и основным аспектам психического здоровья во всей его сложности в нашей стране и за рубежом.

Конференция предназначена для психиатров, резидентов, психотерапевтов, наркологов, семейных врачей и врачей общей практики, клинических психологов, исследователей, менеджеров и компетентных органов в разработке политики.

Программа конференции будет включать обширную образовательную повестку с пленарными заседаниями и симпозиумами с участниками из Республики Молдова и из-за рубежа, актуальную для специалистов в области психического здоровья и непрофессионалов, по таким темам, как: услуги психического здоровья в кризисных ситуациях, услуги и мероприятия по оздоровлению и на основе мультидисциплинарности, психиатрия на всех возрастных этапах, психофармакология, психотерапевтические вмешательства, зависимости и другие.

СПНПКП кооптировала известных личностей из Румынии, Нидерландов, Швейцарии, Великобритании, Украины, Бельгии, Израиля, США и др. для выступления на конференции и надеется, что это мероприятие вызовет повышенный профессиональный интерес.

Мы уверены, что у нас будет успешная конференция, что мы получим самую последнюю информацию и рекомендации, которые дадут нам как теоретический, так и практический подход к проблемам, с которыми мы сталкиваемся в нашей профессиональной и личной жизни.

Для нас будет большая честь быть с вами на мероприятии организованном СПНПКП, которое приведет к улучшению знаний и профессиональному росту для всех.

Желаем успеха и плодотворных результатов работе Конференции.

Спасибо!

С искренним уважением,

Председатель СПНПКП

Жанна КИХАЙ

COMITETUL ȘTIINȚIFIC/ SCIENTIFIC COMMITTEE

- Băcila Ciprian, Conf. Dr. (RO)
- Boronin Larisa, Conf. Dr. (MD)
- Ceban Emil, Prof. Dr.hab.med. (MD)
- Cernetchi Olga, Prof. Dr. (MD)
- Chihai Jana, Conf. Dr. (MD)
- Chirița Roxana, Prof. Dr. (RO)
- Chirița Vasile, Prof. Dr. (RO)
- Ciubara Anamaria, Prof. Dr. (RO)
- Coșciug Ion, Conf. Dr. (MD)
- David Daniel, Prof. Dr. (RO)
- Davidson Michael (ISR)
- Deliv Inga, Conf. Dr. (MD)
- Groppa Stanislav, Acad., Prof. Dr. (MD)
- Manea Mirela, Prof. Dr. (RO)
- Nacu Anatol, Prof. Dr.hab.med. (MD)
- Nastas Igor, Conf. Dr. (MD)
- Oprea Valentin, Conf. Dr. (MD)
- Pîrlog Mihail, PhD, (RO)
- Schilds-Zeeman Laura, Prof. Dr. (NL)

COMITETUL ORGANIZATORIC/ ORGANIZED COMMITTEE

- Bologan Alina, (MD)
- Boronin Larisa, Conf. Dr. (MD)
- Chihai Jana, Conf. Dr. (MD)
- Condrat Victoria, MPH (MD)
- Coșciug Ion, Conf. Dr. (MD)
- Deliv Inga, Conf. Dr. (MD)
- Eșanu Andrei, Asist.univ. (MD)
- Garaz Grigore, Asist.univ.(MD)
- Nastas Igor, Conf. Dr. (MD)
- Nica Raluca, Dr. (RO)
- Oprea Valentin, Conf. Dr. (MD)
- Jelaga Dorin, rez
- Maican Doina, rez
- Musiuc Iulia, rez
- Popescu Romil, rez

SĂNĂTATEA MINTALĂ PENTRU TOȚI: DEZVOLTĂM REZILIENȚA ȘI SERVICII DE CALITATE

JOI, 24 noiembrie 2022

08.30-09.00	Înregistrarea participanților
	Deschiderea conferinței
09.00-09.30	<p>Cuvânt de deschidere din partea Ministerului Sănătății (MS)</p> <p>Cuvânt de deschidere din partea Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu” (USMF)</p> <p>Cuvânt de deschidere din partea Societății Psihiatrilor, Narcologilor, Psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni din Republica Moldova (SPNPPC)</p> <p>Răspuns internațional în intervenția de criză – Maura Reap - OMS</p>
09.30-10.00	<p>Lansarea platformei online www.sanatate-mintala.md</p> <p>Speakeri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reprezentant al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova - Reprezentant al Biroului de Cooperare al Elveției în Republica Moldova - Victoria Condrat, manager local al proiectului moldo-elvețian MENSANA - ”Suport pentru reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova”.
10.00-11.00	<p>Sesiunea plenară 1: Sănătatea mintală în situații de criză</p> <p>Speakeri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prof. Daniel David (RO) - Intervenții cognitiv-comportamentale în crize sociale. - Prof. Martina Rojnic (HR)- Rolul profesioniștilor din domeniul sănătății mintale din Europa în timp de război și pandemie. - Conf. Bolea Zinaida - Perspective psihanalitice asupra traumei istorice. <p>Moderator: Chihai Jana</p>
11.00-11.30	PAUZĂ DE CAFEA, Spot, poster promoțional / video-uri din partea partenerilor
11.30-13.00	<p>Sesiunea plenară 2: Servicii și activități recuperative în vederea integrării sociale și profesionale în sănătatea mintală</p> <p>Speakeri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Julie Bailie, (Regatul Unit) Șefa Centrului de Suport Individual și Plasare în câmpul muncii (SIP) pentru Sănătatea Mintală - Suport Individual și Plasare în câmpul muncii ca instrument de recuperare – Experiența de expansiune rapidă a SIP în Anglia - Usha Vara (Regatul Unit), Central and North West London NHS Foundation Trust - Suport Individual și Plasare în câmpul muncii – acțiuni la nivel local - Cristina Nestor, Consultant în Asistență Socială, Proiectul MENSANA - De ce să investim în Suport Individual și Plasare în câmpul muncii în Moldova? - Andrei Eșanu, lector universitar, Universitatea de Medicină și Farmacie ”Nicolae Testemițanu” – Perspectivele integrării SIP în recuperare în Moldova <p>Moderator: Eșanu Andrei</p>
13.00-14.00	PAUZĂ DE PRÂNZ

		Moderator: Oprea Valentin, Coșciug Ion
VINERI, 25 noiembrie 2022		
09.00-10.20	Sesiunea plenară 4: Schizofrenia. Management terapeutic modern. Speakeri: - Prof. Manea Mirela, București, (RO) - Antipsihoticele de generația 3. Proprietăți farmacologice. Strategii de comutare (switch). - Conf. Coșciug Ion, Chișinău, RM - Argumente farmacologice pentru terapia prin asociere de antipsihotice. Moderator: Coșciug Ion	
10.20-10.50	PAUZĂ DE CAFEA, Spot, poster promoțional / video-uri din partea partenerilor	
10.50-12.20	Sesiunea plenară 5: Intervenții farmacologice și multidisciplinare în tratamentul pacienților cu tulburări mintale severe Speakeri: - Dr. Gabriel-Cristian Marinescu (RO) - Opțiuni terapeutice în faza de stabilizare a schizofreniei Paliperidona cu administrare la 3 luni – sponsorizat de Janssen - Prof. Mirela Manea (RO) - Stigma în psihiatrie - Prof. Michael Davidson, USA - Tendințe viitoare în prestarea serviciilor psihiatrice și neuroștiință Moderator: Nastas Igor	
12.20-12.30	Spot Spot, poster promoțional / video-uri din partea partenerilor	
12.30-13.30	Sesiunea plenară 6: În suportul familiilor persoanelor care se confruntă cu schizofrenie. Speaker: - Diana Osadci, MD, PhD (HU) - Rolul îngrijitorilor în managementul schizofreniei și în îmbunătățirea rezultatelor tratamentului Moderator: Chihai Jana	
13.30-14.30	PAUZĂ DE PRÂNZ	
14.30-15.50	Simpozionul 5 - Abordări non-farmacologice în sănătatea mintală Speakeri: - Dr. Raluca Nica (RO), Psihoterapeut TCC - Utilizarea psihoterapiei cognitiv-comportamentale în tratamentul tulburărilor mintale - Oxana Gumennaia, Psihoterapeut TCC - Utilizarea psihoterapiei cognitiv-comportamentale în tulburarea de panica	Simpozionul 6 - Sănătatea mintală - o problemă de sănătate publică Speakeri: - Prof. Jutta Lindert (DE) - Reziliență și afecțiuni de sănătate mintală - Prof. Mark Weiser (IL) - Dezvoltarea medicamentelor în schizofrenie: trecut, prezent și viitor - conf. Boronin Larisa - Plantele medicinale și suplimentele nutritive în

	<p>- Elena Veverita, Psihoterapeut TCC - Utilizarea psihoterapiei cognitiv-comportamentale în tulburarea de anxietate generalizată</p> <p>- Dr. Lucia Veverita, Psihoterapeut TCC - Utilizarea psihoterapiei cognitiv-comportamentale în tulburarea depresivă</p> <p>Moderator: Coșciug Ion</p>	<p>tulburările psihice în timpul sarcinii</p> <p>Moderator: - Nastas Igor</p>
15.50-16.20	<p>PAUZĂ DE CAFEA, Spot, poster promoțional / video-uri din partea partenerilor</p>	
16.20-17.40	<p>Simpozionul 7 - Medii sociale și problematica adicțiilor</p> <p>Speaker:</p> <p>- Conf. Valentin Petre Matei (RO) - Factori de risc și consecințe ale traumatismelor cranio-cerebrale la pacienții de sex masculin. Date din Studiul de cohortă privind factorul de risc pentru consumul de substanțe</p> <p>- Conf. Ovidiu Alexinschi, Alexandra Bolos, Nicoleta Bobutanu, Cristina Nedelcu, Gheorghe Nedelciuc, Marcel Alexandru Gaina (RO) - Actualități și tendințe în medicina adicției - ICD 11, telepsihiatria și VR ;</p> <p>- Dr. Petrisor Ciprian Aldescu (RO) - Tulburarea de personalitate antisocială în mediul penitenciar</p> <p>Moderator: Nastas Igor</p>	<p>Simpozionul 8 - Tratatamentul psihoterapeutic în diverse probleme de sănătate mintală - realități și perspective</p> <p>Speakeri:</p> <p>- Adeola Cornelia - Înțelegerea traumei și tratamentul acesteia</p> <p>- Dr. Calancea Veronica - Studiul factorilor prognostici și psihopatologici la pacienții vârstnici.</p> <p>- Conf. Cernițanu Mariana - Rolul dezvoltării inteligenței emoționale în psihoterapie</p> <p>Moderator: Cernițanu Mariana</p>
<p>Sâmbătă, 26 noiembrie 2022</p>		
09.00-10.30	<p>Sesiunea plenară 7: Bune practici în sistemele de sănătate mintală</p> <p>Speakeri:</p> <p>- Bernard Jacob (Belgia) – Reforma in sistemul de sănătate mintală în Belgia (the reforms of mental health care in Belgium)</p> <p>- Lotte Voorham, Dr. Laura Shields-Zeeman (Olanda) - Priorități europene la nivel de politici de sănătate mintală.</p> <p>- Faith Thomson (Olanda) - Sănătatea mintală la locul muncă - perspective naționale și internaționale.</p> <p>- Victoria Condrat (MD) - Sănătatea mintală - perspective de dezvoltare în Republica Moldova.</p> <p>Moderator: Garaz Grigore</p>	

10.30-11:00	PAUZĂ DE CAFEĂ, Spot, poster promoțional / video-uri din partea partenerilor	
11:00-12.30	Sesiunea plenară 8: Fumatul - viziune multidisciplinară Speakeri: - Peter Harper, MD, Oncolog (Regatul Unit) – Disparități legate de fumat în Regatul Unit - Academician Chaban Oleg Sozontovich, Psihiatru-Narcolog & Mishchenko Larisa Anatolyevna, Doctor în științe medicale, Cardiolog (UKR) - Prof. Mishchenko Larisa Anatolyevna (UKR) - Profesor, șef al Departamentului de Hipertensiune, Institutul de Cardiologie. M.D. Strazhesko, NAMS al Ucrainei. - Jurnal Sănătate Moderator: Garaz Grigore	
12.30-12.40	Spot, poster promoțional / video-uri din partea partenerilor	
12.40-13.40	Sesiunea plenară 9: - Depresia și prevenirea suicidului Speakeri: - Karel Kraan (Elveția) – Managementul psihozei, detectarea precoce și intervenție. - Dr. Raluca Nica (RO), Tiberiu Rotaru (Ro) - Bune practici sistandarde ale serviciilor furnizate de spitalele de psihiatrie. - Vlado Nakov (BG) – Suicidul în Bulgaria – contextul istoric. Moderator: Garaz Grigore	
13.40-14.40	PAUZĂ DE PRÂNZ	
14.40-16.00	Simpozion 9 - Aspecte multidisciplinare în sănătatea mintală Speakeri: - Conf. Mihai Cristian Pirlog (RO) - Efectele pandemiei COVID asupra sistemului de educație medicală - dr. Alina Roșca (RO), șef de lucrări - Calitatea vieții la pacienții cu declin cognitiv subiectiv - Dr. Ana Giurgiuc (RO), șef de lucrări - Pregătirea și retenția medicilor psihiatri: Experiența României în cadrul Uniunii Europene - Dr. Vlado Nakov (BG) – Suicidul la bătrânețe Moderator: Eșanu Andrei	Simpozionul 10 - Serviciile spitalicești și rolul lor în sănătatea mintală Speakeri: - Dr. Ciprian Băcilă (RO)- Cercetarea în neuroștiințe și sănătatea mintală - Dr. Claudia Anghel (RO) - Terapia electroconvulsivantă - direcții viitoare. - Prof Anamaria Ciubară, drd psih. Simona Mitincu (RO) Resetări psiho-emoționale în era post-pandemie Moderator: Deliv Inga
16.00-16.20	PAUZĂ DE CAFEĂ, Spot, poster promoțional / video-uri din partea partenerilor	
16.20-18.00	Simpozion 11 - Tulburările din spectrul autist – provocări mari	Simpozionul 12 - Tinerii cercetători în sănătate mintală

	<p>Speaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr. Lauren Moscovitzs - Evaluarea și îngrijirea individului cu autism având comportamente agresive sau auto-vătămătoare. <p>Sesiune de intrebari si raspunsuri.</p> <p>Moderator: Nastas Igor</p>	<p>Speakeri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Radu Coșulean - Evaluarea profilului psihologic și a necesităților psihoemoționale ale persoanelor cu tulburările mintale severe (TMS). - Grigoraș Irina - Managementul pacienților cu demență în boala Alzheimer - Eremia Valentina - Rolul nutrigenomicii în tulburările psihiatrice - Eremia Valentina – Tulburările psihiatrice la pacienții cu boala Creutzfeldt Jacobs - Țapeș Victoria – Depresia în cadrul schizofreniei - Buga Ina – Aspecte genetice și moleculare în TAB <p>Moderator: Oprea Valentin, Coșciug Ion</p>
14.30	ÎNCHIDEREA SOLEMNĂ A CONFERINȚEI	

MENTAL HEALTH FOR ALL: BUILDING RESILIENCE AND QUALITY SERVICES

THURSDAY, 24th of November 2022

08.30-09.00	Registration of the participants
	Opening of the Conference
09.00-09.30	<p>Opening speech by the Ministry of Health (MH)</p> <p>Opening speech by “Nicolae Testemițanu” State University of Medicine and Pharmacy (SUMP)</p> <p>Opening speech by the Society of Psychiatrists, Narcologists, Psychotherapists and Clinical Psychologists of the Republic of Moldova (SPNPPC)</p> <p>International response in crises intervention – Maura Reap - WHO</p>
09.30-10.00	<p>The launch of the online platform www.sanate-mintala.md</p> <p>Speakers:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Representative of the Ministry of Health of the Republic of Moldova - Representative of the Swiss Cooperation Office in the Republic of Moldova - Victoria Condrat, local manager of the Moldovan-Swiss project MENSANA - "Support for the reform of mental health services in Moldova".
10.00 - 11.00	<p>Plenary session 1: Mental health in crisis situations</p> <p>Speakers:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prof. Daniel David (RO) - Cognitive-behavioural interventions in social crises - Prof. Martina Rojnic (HR) - The role of the European mental health professionals in wartime and during the pandemic - Bolea Zinaida, Assoc. Prof. - Psychoanalytic perspectives on historical trauma <p>Moderator: Chihai Jana</p>
11.00-11.30	COFFEE TIME, Video spot, Promotional poster / videos from the partners
11.30-13.00	<p>Plenary session 2: Recovery-based services and activities for social and professional integration in mental health</p> <p>Speakers:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Julie Bailie, (UK) Head of IPS Centre for Mental Health - Individual Placement and Support (IPS) as a recovery tool - The experience of rapid expansion of IPS in England - Usha Vara, Central and North West London NHS Foundation Trust - Individual Placement and Support- local operation - Cristina Nestor, Social Care advisor, MENSANA Project - Why to invest in Individual Placement and Support in Moldova? - Andrei Eșanu, university lecturer, “Nicolae Testemițanu” State University of Medicine and Pharmacy – The prospects of IPS integration in recovery in Moldova <p>Moderator: Eșanu Andrei</p>

13.00-14.00	LUNCH BREAK	
14.00-15.15	Plenary session 3: Interdisciplinary approach to neurocognitive disorders Speakers: - Coşciug Ion, Assoc. Prof., Deliv Inga, Assoc. Prof. – Management of cognitive and non-cognitive disorders in dementia. Moderator: Coşciug Ion	
15.15-15.30	Video spot, Promotional poster / videos from the partners	
15.30-16.50	Symposium 1 - Mental health in children Speakers: - Dr. Florina Rad, Assoc. Prof., Dr. Emanuela Andrei, Univ. Assist., Dr. Ilinca Mihailescu, Univ. Assist. (RO) - The dynamics of affective disorders in children and adolescents — online - Dr. Deliv Inga, Assoc. Prof. - Depression in children and adolescents - Garştea Victoria - Approach to children with ASD - Dr. Jana Chihai, Assoc. Prof. - Depression and anxiety — approaches and treatments - Dr. Alina Bologan, Therapeutic approach in generalized anxiety disorder. Moderator: Deliv Inga	Symposium 2 - Cross-border research collaboration in mental health between the Republic of Moldova and Romania Speakers: - Prof. Chiriţa Vasile, Prof. Chiriţa Roxana, Dobrin Romeo, Assoc. Prof., Dr. Nedelciuc Gheorghe – Iaşi (RO) - The biological orientation by C. I. Parhon — opening the way to Socola school (30 minute offline) - Oprea Valentin, Assoc. Prof. - The psychiatric service in the Republic of Moldova. Past, present and future. Moderator: Oprea Valentin
16.50-17.10	COFFEE TIME, Video spot, Promotional poster / videos from the partners	
17.10-18.30	Symposium 3 - Contemporary treatments in severe mental disorders Speakers: - Dr. Gabriel-Cristian Marinescu (RO) - Modern therapeutic options for the treatment of the resistant depression – sponsored by Janssen - Nastas Igor, Assoc. Prof. - Resistance and patterns of adjunctive therapies in schizophrenia - Oprea Valentin, Assoc. Prof. - Therapeutic management in bipolar affective disorder. Relevant issues in the clinical practice	Symposium 4 - Young researchers in psychiatry Speakers: - Radilova Iulia - The relationship between the severe mental disorders and COVID-19 outcomes: severity and mortality - Musiuc Iulia - Practices and therapeutic options for the anxiety disorders in patients with bipolar affective disorder - Jelaga Dorin – The severe mental disorders. Peripheral biomarkers in the first psychotic episode - Gherasim Sanda – The severe mental disorders: psycho-social recovery within the community mental health services

	Moderator: Nastas Igor	- Sanduleac Lidia - Transient acute psychotic disorder associated with SARS-CoV-2 infection. Case Study. Moderator: Oprea Valentin, Coşciug Ion
FRIDAY, 25th of November 2022		
09.00-10.20	Plenary session 4: Schizophrenia. Modern therapeutic management. Speakers: - Prof. Manea Mirela, Bucharest (RO) – 3 rd generation antipsychotics. Pharmacological characteristics. Switch strategies. - Coşciug Ion, Assoc. Prof., Chişinău (RM) - Pharmacological arguments for the association of antipsychotic therapy. Moderator: Coşciug Ion	
10.20-10.50	COFFEE TIME, Video spot, Promotional poster / videos from the partners	
10.50-12.20	Plenary session 5: Pharmacological and multidisciplinary interventions in the treatment of patients with severe mental disorders Speakers: - Dr. Gabriel-Cristian Marinescu (RO) - Therapeutic options in the stabilization phase of schizophrenia. Paliperidone administered every 3 months – sponsored by Janssen - Prof. Mirela Manea (RO) - Stigma in psychiatry - Prof. Michael Davidson, USA - Future trends in psychiatric service delivery and neuroscience Moderator: Nastas Igor	
12.20-12.30	Video spot, Promotional poster / videos from the partners	
12.30-13.30	Plenary session 6: Supporting the families of people with schizophrenia. Speaker: - Diana Osadci, MD, PhD (HU) - The role of caregivers in schizophrenia disease management and improving the treatment outcomes Moderator: Chihai Jana	
13.30 - 14.30	LUNCH BREAK	
14.30-15.50	Symposium 5 - Non-pharmacological approaches in mental health Speakers: - Dr. Raluca Nica (RO), CBT Psychotherapist— The use of cognitive-behavioural psychotherapy in the treatment of mental disorders - Oxana Gumennaia, CBT Psychotherapist - The use of cognitive-behavioural psychotherapy in panic disorder	Symposium 6 - Mental health — a public health issue Speakers: - Prof. Jutta Lindert (DE) - Resilience and mental health conditions - Prof. Mark Weiser - Drug development in schizophrenia: past, present, and future - Boronin Larisa, Assoc. Prof. - Medicinal plants and nutritional supplements in

	<p>- Elena Veverita, CBT Psychotherapist - The use of cognitive-behavioural psychotherapy in generalized anxiety disorder</p> <p>- Dr. Lucia Veverita, CBT Psychotherapist - The use of cognitive-behavioural psychotherapy in depressive disorder</p> <p>Moderator: Coşciug Ion</p>	<p>mental disorders during pregnancy</p> <p>Moderator: - Nastas Igor</p>
15.50 - 16.20	COFFEE TIME, Video spot, Promotional poster / videos from the partners	
16.20- 17.40	<p>Symposium 7 - Social environments and the problem of addictions</p> <p>Speaker:</p> <p>- Valentin Petre Matei, Assoc. Prof. (RO) - Risk factors and consequences of traumatic brain injury in male patients. Data from the Cohort Study on Substance Use Risk Factor</p> <p>- Ovidiu Alexinschi, Assoc. Prof., Alexandra Bolos, Nicoleta Bobutanu, Cristina Nedelcu, Gheorghe Nedelciuc, Marcel Alexandru Gaina (RO) - Actualities and trends in addiction medicine — ICD 11, tele-psychiatry and VR;</p> <p>- Dr. Petrisor Ciprian Aldescu (RO) - Antisocial personality disorder in the penitentiary environment</p> <p>Moderator: Nastas Igor</p>	<p>Symposium 8 - Psychotherapeutic treatment in various mental health problems — realities and prospects</p> <p>Speakers:</p> <p>- Adeola Cornelia - Understanding trauma and its treatment</p> <p>- Dr. Calancea Veronica - Study of prognostic and psychopathological factors in the elderly patients.</p> <p>- Cernițanu Mariana, Assoc. Prof. - The role of developing the emotional intelligence in psychotherapy</p> <p>Moderator: Cernițanu Mariana</p>
SATURDAY, 26th of November 2022		
09.00- 10.30	<p>Plenary session 7: Good practices in mental health systems</p> <p>Speakers:</p> <p>- Bernard Jacob (Belgium) – The reform of the mental health care in Belgium</p> <p>- Lotte Voorham, Dr. Laura Shields-Zeeman (Netherlands) - European priorities at the level of mental health policies.</p> <p>- Faith Thomson (Netherlands) - Mental health at work — national and international perspectives.</p> <p>- Victoria Condrat (MD) - Mental health — prospects for development in the Republic of Moldova.</p> <p>Moderator: Garaz Grigore</p>	
10.30- 11:00	COFFEE TIME, Video spot, Promotional poster / videos from the partners	

11:00-12.30	Plenary session 8: Smoking — a multidisciplinary view Speakers: - Peter Harper, MD, Oncologist (UK) – Smoking disparities in the UK - Academician Chaban Oleg Sozontovich, Psychiatrist-narcologist & Mishchenko Larisa Anatolyevna– Doctor of Medicine, Cardiologist (UKR) - Prof. Mishchenko Larisa Anatolyevna (UKR) - Head of Hypertension Department, Institute of Cardiology. M.D. Strazhesko, NAMS of Ukraine. - Health Journal Moderator: Garaz Grigore	
12.30-12.40	Video spot, Promotional poster / videos from the partners	
12.40-13.40	Plenary session 9: - Depression and suicide prevention Speakers: - Karel Kraan (Switzerland) – Management of psychosis, early detection and intervention. - Dr. Raluca Nica (RO), Tiberiu Rotaru (Ro) - Good practices and standards of services provided by psychiatric hospitals. - Vlado Nakov (BG) – Suicide in Bulgaria – the historical context. Moderator: Garaz Grigore	
13.40 - 14.40	LUNCH BREAK	
14.40-16.00	Symposium 9 - Multidisciplinary aspects in mental health Speakers: - Mihai Cristian Pirlog, Assoc. Prof. (RO) - The effects of the COVID pandemic on the medical education system - Dr. Alina Roșca, lecturer (RO) - Quality of life in patients with a subjective cognitive decline - Dr. Ana Giurgiuc, lecturer (RO) - Training and retention of psychiatrists: Romania's experience within the European Union - Dr. Vlado Nakov (BG) – Suicides in the old age Moderator: Eșanu Andrei	Symposium 10 - Inpatient services and their role in mental health Speakers: - Dr. Ciprian Băcilă (RO) - Research in neuroscience and mental health - Dr. Claudia Anghel (RO) - Electroconvulsive therapy — future directions. - Prof. Anamaria Ciubară, PhD psych. Simona Mitincu (RO) Psycho-emotional resets in the post-pandemic era Moderator: Deliv Inga
16.00 - 16.20	COFFEE TIME, Video spot, Promotional poster / videos from the partners	
16.20-18.00	Symposium 11 – Autistic Spectrum disorders – big challenges Speakers: - Dr. Lauren Moscovitzs - The evaluation	Symposium 12 - Young researchers in mental health Speakers: - Radu Coșulean - Assessing the

	<p>and care of the individual with autism having aggressive or self-injurious behaviors. Questions session. Moderator: Nastas Igor</p>	<p>psychological profile and the psychoemotional needs of people with severe mental disorders - Grigoraș Irina - Management of patients with dementia in Alzheimer's disease - Eremia Valentina - The role of nutrigenomics in psychiatric disorders - Eremia Valentina - Psychiatric disorders in patients with Creutzfeldt Jacobs's disease - Țapeș Victoria - Depression in schizophrenia - Buga Ina - Genetic and molecular aspects in BAD Moderator: Oprea Valentin, Coșciug Ion</p>
14.30	SOLEMN CLOSING OF THE CONFERENCE	

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ: ОБЕСПЕЧЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ И КАЧЕСТВЕННЫХ УСЛУГИ

ЧЕТВЕРГ, 24 НОЯБРЯ 2022

08.30-09.00	Регистрация участников
	Открытие конференции
09.00-09.30	<p>Вступительное слово представителя Министерства здравоохранения (МЗ)</p> <p>Вступительное слово представителя Государственного университета медицины и фармации "Николае Тестемицану" (ГУМФ)</p> <p>Вступительное слово представителя Общества психиатров, наркологов, психотерапевтов и клинических психологов Республики Молдова (ОПНПКП)</p> <p>Международные ответные меры в кризисных ситуациях – Маура Рип - ВОЗ</p>
09.30-10.00	<p>Запуск онлайн-платформы sanateh-mintala.md</p> <p>Докладчики:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Представитель Министерства здравоохранения Республики Молдова - Представитель Швейцарского бюро по сотрудничеству в Республике Молдова - Виктория Кондрат, местный менеджер молдавско-швейцарского проекта MENSANA - «Поддержка реформы служб охраны психического здоровья в Молдове».
10.00 - 11.00	<p>Пленарное заседание 1: Психическое здоровье в кризисных ситуациях</p> <p>Докладчики:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Проф. Даниел Давид (РУ) - Конгнитивно-поведенческие интервенции в социальных кризисах. - Проф. Мартина Рожник (ХР)- Роль специалистов в области психического здоровья в Европе во время войны и пандемии. - Боля Зинаида, старший преподаватель кафедры прикладной психологии ГУМФ - Психоаналитические перспективы исторической травмы. <p>Модератор: Кихай Жана</p>
11.00-11.30	ПЕРЕРЫВ НА КОФЕ, Спот, промо-постер/видеоролики партнеров
11.30-13.00	<p>Пленарное заседание 2: Реабилитационные услуги и мероприятия для социальной и профессиональной интеграции в сфере психического здоровья</p> <p>Докладчики:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Джули Бейли, (Великобритания) Руководитель Центра индивидуальной поддержки и трудоустройства (ИПТ) для психического здоровья - Индивидуальная поддержка и трудоустройство как инструмент реабилитации - Опыт быстрого развития ИПТ в Англии - Уша Вара (Великобритания), Центральный и Северо-Западный Лондонский фонд NHS Foundation Trust - Индивидуальная поддержка и трудоустройство - действия на местном уровне - Кристина Нестор, консультант по вопросам социальной помощи, проект MENSANA - Почему стоит инвестировать в индивидуальную поддержку и трудоустройство в Молдове? - Андрей Ешану, аспирант, ассистент кафедры психиатрии ГУМФ, РМ - Перспективы интеграции ИПТ в реабилитацию в Молдове <p>Модератор: Андрей Ешану</p>
13.00-14.00	ОБЕДЕННЫЙ ПЕРЕРЫВ

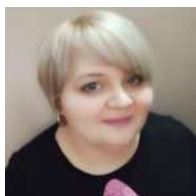
14.00-15.15	Пленарное заседание 3: Междисциплинарный подход к нейрокогнитивным расстройствам Докладчики: - Доцент Кошуг Ион, Доцент Делив Инга - Управление когнитивными и некогнитивными нарушениями при деменции. Модератор: Кошуг Ион	
15.15-15.30	Спот, промо-постер/видеоролики партнеров	
15.30-16.50	Симпозиум 1 - Психическое здоровье у детей Докладчики - - Доцент Флорина Рад, Ассистент Универ., Д-р Эманула Андрей, Ассистент Универ., Д-р Илинка Михэйлеску (РУ) - Динамика аффективных расстройств у детей и подростков - онлайн - Доцент Делив Инга - Депрессия у детей и подростков - Гарштя Виктория - Подход к детям с РАС - Доцент Жана Кихай - Депрессия и тревога - подходы и методы лечения. - Доктор Алина Бологан, Терапевтический подход при генерализованном тревожном расстройстве. Модератор: Делив Инга	Симпозиум 2 - Трансграничное научное сотрудничество в области психического здоровья между Республикой Молдова и Румынией Докладчики: - Проф. Кирица Василе, профессор Кирица Роксана, доцент Добрин Ромео, др. Недельчук Георге - Яссы, (РУ) - Биологическая направленность К. И. Пархона- открытие дороги к школе Сокола (30 минут офлайн) - доцент Опря Валентин - Психиатрическая служба в Республике Молдова. Прошлое, настоящее и будущее. Модератор: Опря Валентин
16.50-17.10	ПЕРЕРЫВ НА КОФЕ, Спот, промо-постер/видеоролики партнеров	
17.10-18.30	Симпозиум 3 - Современные методы лечения тяжелых психических расстройств Докладчики: - Д-р Габриел-Кристиан Маринеску (РУ) - Современные терапевтические возможности для лечения резистентной депрессии – спонсор Janssen - доцент Настас Игорь - Резистентность и модели вспомогательной терапии при шизофрении - доцент Опря Валентин - Терапевтическое управление при биполярном аффективном расстройстве. Актуальные аспекты в клинической практике Модератор: Настас Игорь	Симпозиум 4 - Молодые исследователи в области психиатрии Докладчики: - Радилова Юлия - Связь между тяжелыми психическими расстройствами и результатами COVID-19: тяжесть и смертность. - Мусюк Юлия - Практики и методы терапии тревожных расстройств у пациентов с биполярным аффективным расстройством. - Желага Дорин – Тяжелые психические расстройства. Периферические биомаркеры при первом психотическом эпизоде. - Герасим Санда - Тяжелые психические расстройства: психосоциальная реабилитация в коммунитарных центрах психического здоровья.

		- Сандуляк Лидия - Преходящее острое психотическое расстройство, связанное с инфекцией SARS-CoV-2. Тематическое исследование Модераторы: Опря валентин, Кошуг Ион
ПЯТНИЦА, 25 ноября 2022		
09.00-10.20	Пленарное заседание 4: Шизофрения. Современный терапевтический менеджмент. Докладчики: - Проф. Маня Мирела, Бухарест (РУ) - Антипсихотики 3-го поколения. Фармакологические свойства. Стратегии переключения (выключатель). - Доцент Кошуг Ион, Кишинев, РМ - Фармакологические аргументы в пользу комбинированной терапии антипсихотиками. Модератор: Кошуг Ион	
10.20-10.50	ПЕРЕРЫВ НА КОФЕ, Спот, промо-постер/видеоролики партнеров	
10.50-12.20	Пленарное заседание 5 Фармакологические и мультидисциплинарные вмешательства в лечении пациентов с тяжелыми психическими расстройствами Докладчики: - Д-р Габриел-Кристиан Маринеску (РУ) - Терапевтические возможности на этапе стабилизации шизофрении Палиперидон с 3-месячным приемом - спонсор Janssen - Проф. Мирела Маня (РУ) - Стигматизация в психиатрии - Проф. Майкл Дэвидсон, США - Будущие тенденции в предоставлении психиатрических услуг и нейронауки Модератор: Настас Игорь	
12.20-12.30	Спот, промо-постер/видеоролики партнеров	
12.30-13.30	Пленарное заседание 6: В поддержку семей лиц, страдающих шизофренией. Докладчики: - Диана Осадчий, ДМ, ДФ (Венг) - Роль ухаживающих лиц, в управлении шизофренией и улучшении результатов лечения Модератор: Кихай Жана	
13.30 - 14.30	ОБЕДЕННЫЙ ПЕРЕРЫВ	
14.30-15.50	Симпозиум 5 - Нефармакологические подходы в психическом здоровье Докладчики: - Д-р Ралука Ника (РУ), Психотерапевт КПТ - Использование когнитивно-поведенческой психотерапии в лечении психических расстройств - Оксана Гуменная, Психотерапевт КПТ - Использование когнитивно-поведенческой психотерапии при паническом расстройстве	Симпозиум 6 - Психическое здоровье - проблема общественного здравоохранения Докладчики: - Профессор Ютта Линдерт (Гер) - Резистентность и состояние психического здоровья - Профессор Марк Вейзер (Израиль) - Разработка лекарственных препаратов при шизофрении: прошлое, настоящее и будущее

	<p>- Елена Веверицэ, Психотерапевт КППТ - Использование когнитивно-поведенческой психотерапии при генерализованном тревожном расстройстве</p> <p>- Д-р Лучия Веверицэ, Психотерапевт КППТ - Использование когнитивно-поведенческой психотерапии при депрессивных расстройствах</p> <p>Модератор: Кошуг Ион</p>	<p>- доцент Боронин Лариса - Лекарственные травы и пищевые добавки при психических расстройствах во время беременности</p> <p>Модератор: - Настас Игорь</p>
15.50 - 16.20	ПЕРЕРЫВ НА КОФЕ, Спот, промо-постер/видеоролики партнеров	
16.20-17.40	<p>Симпозиум 7 - Социальная среда и проблемы зависимости</p> <p>Докладчики:</p> <p>- Доцент Валентин Петре Матей (РУ) - Факторы риска и последствия черепно-мозговой травмы у пациентов мужского пола. Данные когортного исследования факторов риска злоупотребления психоактивными веществами</p> <p>- Докторы Овидиу Алексински, Александра Болос, Николета Бобуцану, Кристина Неделку, Георге Неделчук, Марчел Александру Гаина (РУ) - Новости и тенденции в наркологической медицине - МКБ 11, телепсихиатрия и ВР;</p> <p>- Д-р Петришор Чиприан Алдеску (РУ) - Антисоциальное расстройство личности в Антисоциальное расстройство личности в пенитенциарной среде</p> <p>Модератор: Настас Игорь</p>	<p>Симпозиум 8 - Психотерапевтическое лечение при различных психических заболеваниях - реалии и перспективы</p> <p>Докладчики:</p> <p>- Адеола Корнелия - Понимание травмы и ее лечение</p> <p>- Д-р Каланча Вероника - Изучение прогнозируемых и психопатологических факторов у пожилых пациентов.</p> <p>- Доцент Черницану Мариана - Роль развития эмоционального интеллекта в психотерапии</p> <p>Модератор: Черницану Мариана</p>
Суббота, 26 ноября 2022		
09.00-10.30	<p>Пленарное заседание 7: Передовая практика в системах охраны психического здоровья</p> <p>Докладчики:</p> <p>- Бернар Жаккоб (Бельгия) - Реформы психиатрической помощи в Бельгии</p> <p>- Лотте Вурхам, Д-р Лаура Шилдс Зеeman (Нидерланды) - Европейские приоритеты на уровне политики в области психического здоровья.</p> <p>- Фейт Томсон (Нидерланды) - Психическое здоровье на рабочем месте - национальные и международные перспективы.</p> <p>- Виктория Кондрат (РМ) - Психическое здоровье - перспективы развития в Республике Молдова.</p> <p>Модератор: Гараз Григоре</p>	
10.30-11:00	ПЕРЕРЫВ НА КОФЕ, Спот, промо-постер/видеоролики партнеров	

11:00-12:30	<p>Пленарное заседание 8: Курение - мультидисциплинарный взгляд Докладчики: - Петер Харпер, ДМ, Онколог (Великобритания) – Расхождения в отношении курения в Великобритании - Академик Чабан Олег Созонтович, психиатр-нарколог и Мищенко Лариса Анатольевна (Укр)– ДМН, кардиолог - Проф. Мищенко Лариса Анатольевна (Укр) – Проф., заведующая отделением гипертонии, Институт кардиологии. Д.М. Стражеско, НАМН Украины. - Журнал Здоровье Модератор: Гараз Григоре</p>	
12.30-12.40	Спот, промо-постер/видеоролики партнеров	
12.40-13.40	<p>Пленарное заседание 9: - Депрессия и предотвращение самоубийств Докладчики: - Карел Краан (Швейцария) – Управление психозами, раннее выявление и вмешательство. - Д-р Ралука Ника (Румыния), Тибериу Ротару (Румыния) - Передовая практика и стандарты услуг, предоставляемых психиатрическими больницами. - Владо Наков (БГ) - Самоубийства в Болгарии - исторический контекст. Модератор: Гараз Григоре</p>	
13.40 - 14.40	ОБЕДЕННЫЙ ПЕРЕРЫВ	
14.40-16.00	<p>Симпозиум 9 - Междисциплинарные аспекты в психическом здоровье Докладчики: - Доцент Михай Кристиан Пырлог (РУ) "Влияние пандемии COVID на систему медицинского образования"; - Д-р Алина Рошка (РУ), руководитель работ: "Качество жизни пациентов с субъективным снижением когнитивных функций"; - Д-р Ана Джурджук (РУ), руководитель работ: "Обучение и удержание психиатров: Опыт Румынии в Европейском Союзе"; - Д-р Владо Наков (БГ) – Самоубийство в пожилом возрасте Модератор: Ешану Андрей</p>	<p>Симпозиум 10 - Больничные службы и их роль в охране психического здоровья Докладчики: - Д-р Чиприан Бэчилэ (РУ)- Исследования в области нейронаук и психического здоровья - Д-р Клаудия Ангел (РУ) - Электросудорожная терапия - будущие направления. - Проф. Анамария Чубарэ, доктор психологических наук. Симона Митинку (Ру) Психоземоциональные перезагрузки в постпандемическую эпоху Модератор: Делив Инга</p>
16.00 - 16.20	ПЕРЕРЫВ НА КОФЕ, Спот, промо-постер/видеоролики партнеров	
16.20-18.00	<p>Симпозиум 11 - Расстройства аутистического спектра – большие проблемы Докладчики: - Д-р Лорен Московичс - Оценка и уход за человеком с аутизмом, имеющим агрессивное или самоповреждающее поведение.</p>	<p>Симпозиум 12 - Молодые исследователи в области психического здоровья Докладчики: - Радун Кошулян - Оценка психологического профиля и психоэмоциональных потребностей лиц с тяжелыми психическими расстройствами (ТПР).</p>

	<p>Сессия вопросов. Модератор: Настас Игорь</p>	<p>- Григораш Ирина - Ведение пациентов с деменцией при болезни Альцгеймера - Еремия Валентина - Роль нутригеномики при психических расстройствах - Еремия Валентина – Психиатрические расстройства у пациентов с болезнью Крейтцфельдта-Якобса - Цапеш Виктория – Депрессия при шизофрении - Буга Ина – Генетические и молекулярные аспекты в БАР Модераторы: Опря Валентин, Кошуг Ион</p>
14.30	ТОРЖЕСТВЕННОЕ ЗАКРЫТИЕ КОНФЕРЕНЦИИ	



ADEOLA CORNELIA, psiholog, psihoterapeut, formator național în sănătate mintală, în cadrul proiectului MENSANA; Master în psihologie, Re-master în cadrul Centrului Nicholas C. Petris, Universitatea din California, Berkeley (Statele Unite). Experiență clinică de peste 18 ani, în domeniul sănătății mintale (anxietate, depresie, tulburări de personalitatea, ptsd, traume complexe, adicții), în cadrul serviciilor comunitare, ambulatorii și de staționar, inclusiv cu militari din cadrul NATO, în Republica Moldova și Regatul Țărilor de Jos (Olanda). Competențe: terapie bazată pe mentalizare, terapie bazată pe scheme, terapie narativă și terapie narativă de expunere (pentru traume), psihologie pozitivă, terapie cognitiv-comportamentală și terapie cognitiv-comportamentală pozitivă.



ALEXINSCHI OVIDIU, MD, PhD, Coordonator programe No addict, doctor în științe medicale, cu formări în țară și în străinătate în alcoologie, adicții și toxicodependențe, psihopedagogie, psihoterapie cognitiv-comportamentală, îngrijiri paliative. Coordonator național programe și conferințe No addict, Medic primar psihiatru, Doctor în Științe medicale, cadru universitar asociat – UMF Gr.

T. Popa Iași, Certificat internațional în Medicina adicției.



BĂCILĂ CIPRIAN, MD, PHD He currently works as an Lecturer of the Faculty of Medicine, at the “Lucian Blaga” University of Sibiu and as a medical director of the Psychiatric Hospital “Dr. Gheorghe Preda ” of Sibiu. He graduated from the “Iuliu Hatieganu” University of Medicine and Pharmacy of Cluj Napoca and has a Master's degree in Health Management and a Ph.D. in Health Sciences. He participated in several training courses and graduated as a psychotherapist in positive psychotherapy, specializing in the psychotherapy field of autogenic training. He has basic training in good clinical practice for clinical research professionals and also a competence in the field of emergency medicine.

During his clinical work, he was involved in various associations, both in the community and in the medical area, being a member of the Romanian Association of Psychiatry and Psychotherapy, member of the Romanian Suicide Prevention Alliance , vice president of the Social Psychiatry Association of Romania and the honorary president of the Non Governmental Association of the Psychiatric Hospital " Dr. Gheorghe Preda" from Sibiu. In addition to his clinical work, he has participated in many national and international scientific events, being also involved in research and, therefore, has published articles in his field of expertise: depression, schizophrenia, suicidal behavior, mental health services and health management.



BAILIE JULIE is Head of IPS and the lead IPS Trainer for Centre for Mental Health, London, UK. Centre for Mental Health is an independent, not for profit thinktank, dedicated to eradicating mental health inequalities and fighting injustice by changing policy and practice. Julie has worked in mental health for over 20 years. Julie designs and delivers the Centre's training courses and provides IPS consultancy. Julie previously worked as a senior manager in NHS Mental Health Trusts running employment and recovery services. She is an experienced trainer, coach and counsellor and in 2022 was presented with the Excellence in Training Award by the IPS International Community.



BOLEA ZINAIDA, Doctor în psihologie, conferențiar universitar, Universitatea de Stat din Moldova; coordonatorul programului de masterat „Psihologie clinică” în cadrul Departamentului de Psihologie, Universitatea de Stat din Moldova. Candidat al Societății Române de Psihanaliză (Asociația Internațională de Psihanaliză) www.srdp.ro; psihoterapeut de orientare psihanalitică. Formator în cadrul Fundației „Generația” (psihoterapia psihanalitică a copilului, adolescentului și adultului), București, România. Membru al International Psychanalytical Studies Organisation.



BOLOGAN ALINA, MD, medic psihiatru. La moment activează în calitate de asistent universitar, șef studii catedra Sănătate Mintală, Psihologie medicală și Psihoterapie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie ”N.Testemițanu”, Chișinău, Moldova. Doctorand al Școlii Doctorale în domeniul Științei Medicale din Moldova. Psihoterapeut cu formare la școala de Psihoterapie Cognitiv Comportamentală din București. Trainer național - Institutul Trimbos Moldova, proiect MENSANA. Coordonator al departamentului de tineri profesioniști și rezidenți - Societate Psihiatrilor, Narcologilor, Psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni din Republica Moldova. Din 2015 membru – ECNP (colegiul european de neuropsihofarmacologie).



BORONIN LARISA, conferențiar universitar la Catedra sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie. Este autor a 63 de articole, dintre care: 1 manual (coautor), 4 ghiduri (coautor), 3 îndrumare metodice (coautor), 1 brevet de invenție, 2 inovații, 28 articole în reviste științifice internaționale, inclusiv 2 cu factor de impact ISI, 2 protocoale clinice (coautor). A participat în 9 proiecte internaționale. Subiectele prioritare sunt dedicate studiului problemelor mentale în timpul sarcinii și perioadei post-partum. Se acordă o atenție deosebită opțiunilor de tratament tradițional și alternativ, diagnostic, recomandări pentru stări de sarcină și post-partum. În câmpul vederii se afla și materiale consacrate problemelor psihiatriei infantile.



CALANCEA VERONICA, Licențiat în psihologie; Master în Psihologie; Master în Psihologia Clinică; Doctorat în Psihologie; psiholog clinician categoria superioară IMSP Spitalul Clinic Republican “Timofei Moșneaga”; Președinte Fondator Asociația Obștească Balint din Moldova; Formator pentru furnizarea formării profesionale a Adultilor (Bucuresti); membru Societatea Germană de Wingwave-Coaching 2014; Diploma "SOPHIST" Absolute championship, Bronze decoration, on The III stage of the Championship in Medicine, Pharmaceutics, Biology, Veterinary Medicine and Agriculture, the National Research Analytics Championship, the Open European-Asian Research Analytics Championship. London 2014; Diploma № T-NRAF-MD-00006 the winner of the scientific analytics championship within the framework of the Global International Scientific Analytical Project in 2015; Winner a Bursary of International Balint Federation in 2016; Premiul de excelență VERESS a Asociației Balint din România pentru merite excepționale pentru profilaxia sindromului Burnout 2016; Premiul Butyka Enikő-Éva de excelență 2016; Specialist în Evaluare și expertiză psihologică clinică pentru copil, adult și familie (București); Psihoterapeut de formare integrativă (Iași).



CERNIȚANU MARIANA, Licențiată în psihologie și asistență socială (1998). Master în psihologie (2000). Doctor în psihologie (2008). Conferențiar universitar (2012). Șef Centru de Consiliere Psihologică și Ghidare în Carieră în cadrul USMF "Nicolae Testemițanu" (2018). Psihoterapeut de formare integrativă sub supervizare (București) (2022).



CHABAN OLEG SOZONTOVICH, Academician, Psychiatrist-Narcologist (URK) & Prof. Larysa Mishchenko (UKR) MD, PhD, Cardiolog – Personalized smoking cessation: interactions between Healthcare professionals (40 min, online, RU)

Chaban Oleg Sozontovich, Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician, specialist in the field of psychiatry, psychotherapy and medical psychology. Head of the Department of Medical Psychology, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, National Medical University Bogomolets, a practicing doctor and psychotherapist. Chaban A.S. is the President of the All-Ukrainian Association of Psychosomatic Medicine, Vice President of the Association of Psychotherapists and Psychoanalysts of Ukraine (ANU), a member of the Association of Psychotherapists of Ukraine (APU). He is the editor-in-chief of the journals " Psychosomatic Medicine and General Practice" and "Psychiatry and psychosomatics in general practice journal", a member of the editorial boards of professional scientific journals. The total number of scientific works: more than 400 publications in scientific journals, including abroad, monographs, textbooks and anthologies, a number of inventions. Co-author of the international clinical setting within the framework of The NATO Science for Peace and Security Program "Risk Management of Terrorism Induced Stress-Guideline for the Golden Hours and first month (Who, Whatand When)" attacks.



CHIHAI JANA, MD, PhD, MsC, psychiatrist and psychotherapist from Republic of Moldova. She is the President of National Society of Psychiatrists, Narcologists, Psychotherapist and Clinical Psychologists. She is associate professor in Psychiatry Department of State Medical and Pharmaceutical University "Nicolae Testemițanu" in Chisinau, Republic of Moldova and senior

Mental Health Advisor in Trimbos Institute Moldova, project MENSANA. She studied medicine and psychiatry, received psychotherapeutic specialization in European School of Psychotherapy, Socio- and Somatoanalyse in Strasbourg, France and Association of Integrative Psychotherapy and Clinical Psychology, Iași, Romania. She finished master degree in Public Mental Health, Policy and Services in medical University de Nova in Lisbon, Portugal and remaster in socio-economic research in mental health in Berkley University of California.



CIUBARA ANAMARIA, Certified physician practicing psychiatry at "Elisabeta Doamna" Psychiatry Hospital, Galati, Romania. She is teaching Psychiatry and Behavioral Sciences course as Professor at the Faculty of Medicine and Pharmacy within the „Dunarea de Jos” University Galati. She is a member of Psychiatric Advisory Committee for Ministry of Health, editor of the „American Journal of Psychiatry and Neuroscience” and is involved in many

research, educational and advocacy projects in psychiatry.



CONDRAȚ VICTORIA Este manager local al proiectului moldo-elvețian MENSANA – ”Suport pentru reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova”. Victoria este licențiată în Drept Internațional (Universitatea de Stat din Moldova) și este absolventă a cursului internațional de masterat în sănătate publică la Universitatea Ebraică din Ierusalim. Victoria Condrat are o experiență vastă în domeniul administrării de proiecte și activități în sănătate publică. Pe parcursul anilor, a activat la Ministerul Sănătății, Centrul național de Management în Sănătate, Fundația filantropică medico-socială Hospice Angelus, iar între anii 2010 – 2015 a fost coordonator al programelor de sănătate în cadrul Fundației Soros Moldova.



COȘCIUG ION, MD, PhD, Associate professor of Mental health, medical psychology and psychotherapy, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova. Member of committees of Ministry of Health and Labour Social Protection of the Republic of Moldova. Trainer in projects related with mental health promotion and disease prevention in Republic of Moldova. Author of over 200 scientific papers published in Moldova and abroad, involved in the development of 6 National Clinical Protocols. Member of European Psychiatric Association. Member of Editorial Board of the Romanian journal: “Bulletin of Integrative Psychiatry”. 30 years of didactical activities in Medical school and Medical State University.



DAVID DANIEL este profesor "Aaron T. Beck" de psihologie clinică și psihoterapie (științe cognitive clinice) la Universitatea Babeș-Bolyai din Cluj-Napoca. În prezent predă și la Icahn School of Medicine at Mount Sinai (New York) și este director de cercetare al Institutului Albert Ellis, ambele aflate în New York, SUA. Este președintele și directorul executiv al The International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health, un centru de excelență în cercetare al Universității Babeș-Bolyai. În anul 2020 a fost ales în funcția de rector al Universității „Babeș-Bolyai”.



DAVIDSON MICHAEL, MD Licensed to practice medicine in Israel and New York State (not-active) Board-certified in Psychiatry in Israel and US. President of The Israeli Medical Centre for Alzheimer, Associate Editor European Neuropsychopharmacology, Chief Medical Officer Minerva Neurosciences Inc. Mass. USA. Professor of Psychiatry Tel Aviv University (emeritus), Professor of Psychiatry Mount Sinai School of Medicine NY (adjunct), Chairman Department Psychiatry Nicosia University. Awards - ECNP Psychopharmacology Award 1997; CINP Neuroscience Award 2006. ACNP Fellow Board Member International Psychogeriatric Association Chair Publication Committee (past). Reviewer or board member: Archives of General Psychiatry; American Journal of Psychiatry; Biological Psychiatry; Schizophrenia Bulletin; Schizophrenia Research; Psychiatry, Dialogues in Neurosciences, Alzheimer's disease and Related Disorders Journal.



DELIV INGA, MD, Dr. șt. med., Conferențiar universitar, Catedra Sănătate Mintală, psihologie medicală și psihoterapie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Formator național în cadrul Instruirii privind Reforma în domeniul Sănătății Mentale în Republica Moldova. Autor și coautor a peste 80 lucrări științifice, dintre care 6 Protocoale Clinice Naționale, 7 indicații metodice.



EȘANU ANDREI asistent universitar la Catedra Sănătate Mintală, psihologie medicală și psihoterapie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Moldova. Doctorand al Școlii Doctorale în domeniul Științei Medicale din Moldova. Secretar al Societății Psihiatrilor, Narcologilor, Psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni. A absolvit Masteratul în Educația pentru Sănătate la Universitatea din Porto, Portugalia. Psihoterapeut cu formare la școala de Psihoterapie Cognitiv Comportamentală din București. Președinte al Federației Familiilor pentru Unificare și Pace în Lume din Moldova.

Margiet Formanoy



FORMANOY MARGIET Drs. since 2003, has been involved in projects in the field of work and health, with a specific focus on physical and mental strain at work. She is currently a project manager at the department for mental health and prevention for employers and employees at the Trimbos Institute in the Netherlands. Currently, she is involved in updating the national workplace guidelines in the Netherlands to align with international best practice. In addition to her role at Trimbos, she is a qualified coach for stress and burnout complaints.



GARAZ GRIGORE, asistent universitar, Catedra Sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”; ca formare medic psihiatru-psihoterapeut. A participat în studii clinice multicentrice ca investigator principal. Membru al Societății Psihiatrilor, Narcologilor, Psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni din Republica Moldova. Interesat în cercetare, prelucrarea datelor statistice medicale și impactul vieții psihice în realitatea omului.



GARȘTEA VICTORIA licențiată în medicina de familie la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”, Chișinău, Moldova. Analist comportamental – absolvent a cursului postuniversitar de formare și dezvoltare continuă în „Analiză comportamentală aplicată. Intervenție în tulburările din spectrul autismului”, Facultatea de sociologie și Psihologie la Universitatea de Vest din Timișoara, România. Expert în Tulburările din spectrul autismului – studii de master în „Tulburările din spectrul autismului – clinica și hermeneutica gestaltică” la Istituto di Gestalt Human Communication Center, Milano, Italia. Masterand în Sănătate mentală publică la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”, Chișinău, Moldova.



GIURGIUCA ANA, MD, medic primar psihiatru, doctor în medicină, Șef de Lucrări Universitar la Disciplina Psihiatrie a Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, România; Președintele Elect al Asociației de Psihiatrie și Psihoterapie din România. Își desfășoară activitatea clinică în cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia” București, având ca principale domenii de interes tulburarea bipolară și psihopatologia. În prezent, pe lângă activitatea clinică, didactică, și de cercetare, este membru al Comisiei de Psihiatrie din cadrul Ministerului Sănătății, Membru al Comisiei de Psihiatrie al Colegiului Medicilor din România și membru al Secțiunii de Educație al Asociației Mondiale de Psihiatrie.



GUMENNAIA OXANA, magistrul în psihologie și psihopedagogie specială. La moment activează în calitate de Adjunct a Avocatului Poporului pentru domeniul mecanismul de apărare a drepturilor și libertăților omului – gestionarea cauzelor individuale. Psihoterapeut cu formare la școala de Psihoterapie Cognitiv Comportamentală din București. Deține aproape 24 de ani de experiență în psihologie și domeniul asigurării drepturilor omului, ca lucrător medical și psiholog al penitenciarului, psiholog al Azilului pentru persoanele în etate și cu dizabilități, psiholog al liceului, psiholog al organizației neguvernamentale care se ocupă cu protecția persoanelor LGBT+ în RM; ca psihoterapeut cu practica personală vastă; ca Șefa Serviciului psihologic și asistența socială a penitenciarului, ca Președinta Consiliului pentru asigurarea egalității; ca membra Consiliului Consultativ pe lângă Centrul pentru Drepturile Omului (Avocatul Parlamentar), Consiliului pentru prevenirea și eliminarea discriminării și asigurarea egalității, Consiliului pentru Prevenirea Torturii (NPM Moldova); ca expert și trainer al UNDP, CoE, DUE, UNDOC, UNICEF.



HARPER PETER, MD, Oncologist trained at University College and University College Hospital (MB BS 1970) and has been a leading consultant at Guy's and St Thomas Hospital for over 25 years. Author of more than 400 papers and chapters in peer reviewed publications, he is acknowledged globally for his work in researching new drugs and developing improved forms of cancer treatment. He has been the chair, or has been a member of many international executive committees investigating new approaches to cancer treatment, editorial boards for professional publications and is currently a member of eight pharmaceutical company advisory boards and is a member of sixteen professional bodies from around the world, including board membership of a committee of the American Society of Clinical Oncologists (ASCO). In 2002 he was awarded the prestigious Cino del Duca Medal in 2004 in recognition of his work in developing new anti-cancer and vaccine therapies. For his role in advising the French Government in strategic cancer care (Board Member French National Cancer Institute) he was appointed a Chevalier of the Legion D'Honneur, a rare distinction for a foreign national.



JACOB BERNARD, Project manager and national coordinator of the mental health care reform based on the application of the article 107 of the law on hospitals. Project manager and national coordinator of the mental health care new policy for children and adolescents. Bernard Jacob is active in the field of Mental Health and Social Welfare since 40 years. Actually he is project manager and national coordinator of the mental health care and psychiatry reform for adults and of the new mental health policy for children and adolescents. He ensures the coordination of the global elaboration plan in connection with the various levels of decision and organization, the competences of the Regions, Communities and the National Insurance Institute of Disease and Disability. He is graduated from the third edition of International Masters on mental health policy and services. He has also an important experience in the management and monitoring of European issues.



KRAAN KAREL MD, Senior Consultant, Outpatient Department Luzerner Psychiatrie. Since 2017 Senior Consultant, Outpatient Services Luzerner Psychiatrie. Since 2003 Teaching therapist, Supervisor and Lecturer SAGKB (Swiss society for Katathymes Bilderleben), International Expert for MENSANA-Project Phase 1, 2 and 3.



LINDERT JUTTA, Ph.D. in Health Sciences is full professor of Public Health at the University of Applied Sciences Emden /Leer, and resident scholar at the Brandeis University, Waltham, United States. Her main research interests are Public Mental Health, especially traumatic life events and mental health, life-course epidemiology, migration and mental health, and violence and mental health in urban and rural communities. Additionally, she is vice - president of the Section on “Public Mental Health” of the “European Association of Mental Health”. Currently, he is involved in several multicentre research projects investigating determinants of mental health and resilience. Dr. Lindert is the author of more than 100 publications in the fields of neuropsychiatric epidemiology and Public Mental Health.



MANEA MIRELA Prof. Univ. Dr. UMF ”Carol Davila”. Absolventă a Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, medic psihiatru cu o bogată experiență profesională și o activitate didactică de 40 de ani, Prof. Univ Dr. Mirela Manea conduce Secția IV din cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia”, dar și Disciplina de Psihiatrie și Psihologie din cadrul Facultății de Medicină Dentară, U.M.F.”Carol Davila”. Este membru în Consiliul profesoral al Facultatii, dar si in Senatul Universitatii de Medicina si Farmacie. Alături de colectivul de cadre didactice pe care îl conduce, este responsabilă de pregătirea studenților, de coordonarea și îndrumarea medicilor rezidenți, dar și de îndrumarea doctoranzilor din cadrul Școlii Doctorale. Este autor, coautor sau coordonator a 15 manuale și monografii, are peste 115 articole publicate în diverse reviste și a susținut peste 150 de prezentări la congrese naționale și internaționale.



MARINESCU GABRIEL-CRISTIAN, Dr. a avut un parcurs de școlarizare remarcabil, Olimpic Național la Fizică , a intrat și a absolvit între primii Facultatea de Medicină și Farmacie București Carol Davila . A optat pentru psihiatrie deoarece a simțit că este un domeniu unde are multe de spus. Are o bogată activitate practică medicală, fiind format la Spitalul Alexandru Obregia din Capitală, apoi asigurând timp de mai mult de 20 ani urgențele în psihiatrie la Spitalul Județean de Urgență Pitești. Are numeroase lucrări prezentate la congresele de psihiatrie mondiale și europene și o experiență importantă în cercetarea medicală, formând în acest sens, o echipă cu recunoaștere internațională și solicitată în numeroase proiecte în afara țării. Are o experiența de peste 15 ani de expertiză medico-legală psihiatrică. A creat în 2019 un concept acceptat la nivel mondial " Functionality Index of antipsychotics ", facand cunoscuta valoarea psihiatriei romanesti prin nivelul de varf al conceptului si obtinand respectul si aprecierea mediului stiintific international . Este speaker la manifestările naționale și internaționale, încearcă să aducă în prezentările pentru colegii psihiatrii toate noutățile dobândite prin formarea continuă și să le deschidă apetitul pentru o psihiatrie logică și pragmatică, viitorul în domeniu. Intre proiectele actuale se află o carte de psihofarmacologie clinică, ce va fi scrisă împreună cu alți colegi psihiatrii de prestigiu din țară. Consideră că arta în psihiatrie o reprezintă îmbinarea perfectă între logică, cunoștințe, experiență, instincte și intuiție medicală. Pentru el, fiecare pacient este o provocare profesională, iar cea mai mare satisfacție o reprezintă rezolvarea fiecărui caz, oricât de dificil ar putea fi. Pune în slujba pacientului ultimele noutăți medicale și cele mai performante tratamente în domeniu și o echipă armonioasă și bine pregătită a acestui cabinet (medic-psiholog-asistent).



MATEI VALENTIN PETRE, medic primar psihiatru, doctor în științe medicale la spitalul de psihiatrie profesor DR Al Obregia, conferentiar universitar la UMF C. Davila, cu peste 50 de articole științifice dintre care peste 20 în reviste internaționale cu factor de impact.



MISHCHENKO LARYSA, Prof., Head of the Department of Hypertensive Diseases, Strazhesko Institute of Cardiology of NAMS of Ukraine. Main national expert in arterial hypertension treatment and prevention.



NAKOV VLADIMIR, MD, PhD, Psychiatrist, Assistant professor, Head of Department Mental Health, National Center of Public Health and Analyses, Sofia, Republic of Bulgaria. Author of over 50 scientific publications, co-author of 2 books. Member of the Section of Suicidology and Suicide Prevention of European Psychiatric Association, National representative for Bulgaria.



NASTAS IGOR, conferențiar universitar Catedra de sănătate mentală, psihologie clinică și psihoterapie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova. Activitate de bază: didactică. Stagiul didactic 15 ani, autor a 62 lucrări, inclusiv coautor la 1 manual, 3 ghiduri, 1 brevet de invenție, 2 îndrumări metodice, 3 protocoale clinice, participant la peste 11 proiecte internaționale, inclusiv studii clinice.



NEDELCIUC GHEORGHE, MD, medic primar psihiatru în cadrul Institutului de Psihiatrie "Socola" Iași. Absolvent al USMF "N. Testemițanu" din Chișinău, promoția 1981. Până în 1995 a activat în rețeaua de psihiatrie a R. Moldova. Din 1995 medic specialist psihiatrie în cadrul Institutului de Psihiatrie "Socola" Iași. Din a. 2000 medic primar psihiatru. În perioada 2003-2022 șef secție 3 acuti "Socola". A participat la numeroase manifestări științifice în țară și străinătate.

Coordonator a relațiilor de colaborare cu psihiatrii din R. Moldova și Ucraina în cadrul Institutului de Psihiatrie "Socola" Iași.



NESTOR CRISTINA este consultant în asistență socială în cadrul proiectului moldo-elvețian MENSANA – "Suport pentru reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova". Cristina este licențiată în asistență socială (Universitatea de Stat din Moldova), are un master în științe politice și unul în psihologie clinică. Cristina are experiență în domeniul asistenței sociale a persoanelor cu dizabilități atât la nivel de elaborare de politici, ea a lucrat câțiva ani la Ministerul Muncii și

Protecției Sociale al Republicii Moldova. Cât și experiență la nivel practic, activând în organizația Keystone Moldova unde a contribuit la crearea de servicii sociale pentru persoanele cu dizabilități intelectuale. În cadrul proiectului MENSANA rolul Cristinei de a integra și consolida colaborarea dintre specialiștii în sănătate mintală cu specialiști din alte domenii de referință cum ar fi: autorități publice centrale și locale, poliție, educație și serviciilor sociale etc.



NICA RALUCA activează în domeniul sănătății mintale din anul 1995 și este de profesie psiholog clinician și psihoterapeut cognitiv-comportamental. Este doctor în științe medicale. În calitate de director executiv al Ligii Române pentru Sănătate Mintală, de-a lungul carierei sale a elaborat, dezvoltat și implementat din poziția de coordonator de proiect peste 30 de proiecte în domeniu. De asemenea a participat activ la elaborarea legislației și a strategiilor din domeniul sănătății

mentale în România și Republica Moldova. Este membru al Board-ului și Vice-presedinte organizației pan europene GAMIAN Europa.



OPREA VALENTIN, Doctor în științe medicale, conferențiar universitar, Catedra de sănătate mentală, psihologie clinică și psihoterapie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova. Membru al Asociației Europene de Psihiatrie. Autor a 150 publicații științifice, coautor la patru manuale de psihiatrie și psihologie medicală și patru protocoale clinice naționale, autor a trei indicații metodice și a unui dicționar de specialitate. Membru al consiliului consultativ al revistei Buletin de Psihiatrie Integrativă.



OSADCI DIANA, absolventă a USMF "Nicolae Testemiteanu" din Chișinău. Doctor în Medicină. Din 2013 activez în calitate de expert medical pentru domeniul Pharma. Din 2020 activează ca expert medical independent și deține o companie înregistrată în Budapesta, Ungaria, care oferă servicii de expertiză medicală pentru domeniul Pharma.



PÎRLOG MIHAIL CRISTIAN, Sociolog, Doctor în medicină, abilitat în domeniul medicină. Conferențiar Universitar la Disciplina Sociologie Medicală, Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, Romania. Sociolog și coordonator al Programului Național de Sănătate Mintală al Ministerului Sănătății în cadrul Spitalului Clinic de Neuropsihiatrie Craiova. Președinte al Mental Health Association of South-Eastern Europe (MHASEE). Membru al European Public Health Association (EUPHA) – Section of Public Mental Health, European Psychiatric Association (EPA) Section of Suicidology and Suicide Prevention. Implicat în numeroase proiecte de cercetare naționale și internaționale în domeniul sănătății mintale. Domeniile sale de interes sunt factorii sociali și economici implicați în patologia psihiatrică și stigmatizarea bolilor mintale.



RAD FLORINA, Conferențiar Universitar, Medic primar Psihiatrie Pediatrică, Doctor în medicina. Conferențiar Disciplina Psihiatria Copilului și Adolescentului, Universitatea de Medicina și Farmacie "Carol Davila", București și șef de disciplina. Medic Șef Clinica de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului din cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Alexandru Obregia". Președinte Asociația Româna de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului și Profesii Asociate. Activitatea de cercetare a Dr Florina Rad s-a concretizat în articole și lucrări prezentate la conferințe naționale și internaționale. Este autor sau co-autor al unor capitole în tratate de specialitate și coordonator al volumului "Incursiune în lumea copilului cu TSA – ghid pentru părinți". Dr Florina Rad coordonează programul de cercetare pilot "INCLEN Epidemiological Research on Autism in Romania-Pilot (IN- ERAR)" proiect desfășurat în parteneriat cu University of Texas Health Science Center at Houston. De asemenea participă ca și expert în programele naționale de Sănătate mintală a copilului și adolescentului și reprezintă rețeaua națională în acțiunea COST Advancing Social inclusion through Technology and EmPowerment.



ROJNIC KUZMAN MARTINA, Associate professor, M.D., Ph.D., at the Zagreb School of medicine, Zagreb University Hospital centre (ZUHC), Dept. of psychiatry. She is actively involved in clinical and research work with patients with psychosis, and lead projects such as RECOVER-E (LaRge-scale implementation of COMMunity based mental health care for people with seVere and Enduring mental ill health in EuRopE) (2018-2022, Horizon 2020); Biomarkers in schizophrenia – integration of complementary methods in longitudinal follow up of first episode psychosis patients (2015-2019, Croatian Science Foundation) and project mPIVAS:m-health Psychoeducational Intervention Versus Antipsychotic-Induced Side-effects, (European Union, Life Learning Programmes, Leonardo da Vinci Partnership), (2013-2015)

resulting in the creation of mobile phone application for monitoring psychotropic medication side effects. She has published more than 90 expert and scientific papers, and serves as associate editor in journals European Psychiatry, International Journal of Mental Health Systems and Psychiatria Danubina. She is actively involved in professional associations as secretary general of the Croatian Psychiatric Association (CPA) (2014-), and Board member of the European Psychiatric Association (2017 -), president of the European Federation of Psychiatry Trainees (2008-2011); president of the Croatian Section of Young Psychiatrists and Trainees, CPA (2005-2009).



ROȘCA ELENA ALINA, Dr. șt. med., Șef lucrări, Catedra de psihiatrie, a Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România, medic primar psihiatru, medic șef secția 10- Spitalul Clinic de psihiatrie Prof. Dr. Al. Obregia, București. Autor a peste 40 publicații științifice, co-autor al tratatului Sinteze de recomandări și practici terapeutice în tulburările psihice. Membru al Asociației Române de psihiatrie și psihoterapie, membru fondator

Societatea Română Alzheimer. Principalele domenii de interes: calitatea vieții pacienților cu afecțiuni psihiatrice, intervenții în patologia jocurilor de noroc și în tulburările în legătură cu consumul de alcool.



ROTARU ANGHELESCU TIBERIU ANDREI is the manager of the Chronic Psychiatric Hospital Siret since 2008 and he is responsible for the coordination and activity of the hospital. He graduated the Bucharest University studying sociology-psychology-pedagogy and then receiving the certificate for specialist psychologist in clinical psychology from The College of Psychologists in Romania. He worked for several years as a teacher and also in care for people

with special needs. He became a psychologist in The Chronic Psychiatric Hospital Siret in 2006, being responsible for the development of the hospital, submitting more projects. He became a trainer in 2012 after finishing the studies at The Ministry of Labour and Ministry of Education, working with institutions as ONG „A New Life”, The County Department for Social Assistance and Child Protection, Eagle House and the Public Health Department of Suceava, the National Child Protection Authority being involved in studying and implementing the process of deinstitutionalization and its effects on people with disabilities, developing professional skills for staff working with children or adults with special needs and others, becoming a Trainer for promotion of human’s rights and trainer on organizing support groups. For his work he has been awarded by Suceava County Council with „Bukowina Order”. He also received an award for his work in the field of Mental Health from Bucharest Council together with representatives NGO’s from the same field.



SHIELDS-ZEEMAN LAURA Dr. is Head of the Mental Health and Prevention Department at the Trimbos Institute, Professor in Population Mental Health at Utrecht University and director of the WHO Collaborating Centre for Mental Health Services and Interventions over the Life Course. She also serves as WHO National Technical Focal Point for Mental Health for the Netherlands. She has expertise in the development, implementation, and evaluation of services and interventions in different settings, including community, workplace and healthcare settings, and in identifying and addressing the social and economic drivers of mental ill-health.



THOMPSON FAITH is a researcher at the Trimbos Institute in the Netherlands. As a member of the Mental Health and Prevention team, her work mainly focuses on mental health system reforms internationally. Faith is currently involved in the Joint Action ImpleMENTAL funded by the European Commission and the MENSANA project in Moldova phase III. Faith holds a Master of Science from the University of Utrecht in Social Policy and Public Health and a first-class honors degree from the University of Warwick, in the UK, in Sociology with a specialism in Research Methods and Intercalated year at the School of Social Policy at Charles University, Prague.



VEVERIȚĂ LUCIA, MD, medic psihiatru. Psihoterapeut CBT cu formare la școala de Psihoterapie Cognitiv Comportamentală din București. La moment activează în calitate de medic psihiatru în cadrul Centrului Comunitar de Sănătate Mintală din Raionul Călărași.



VOORHAM LOTTE Drs.has a background in Psychology and is a senior project manager at the department for mental health and prevention at the Trimbos Institute in the Netherlands. Since 2008 she has been involved in coordinating and participating in several international projects focused on mental health and addiction. Currently she is involved in the Joint Action ImpleMENTAL funded by the European Commission and she is the international project manager of the MENSANA project in Moldova phase III.



WEISER MARK, Prof is Chairman of the Division of Psychiatry in the Sheba Medical Center, the largest hospital in Israel, rated among the top ten hospitals in the world by Newsweek. He is Associate Director for Treatment Trials in the Stanley Medical Research Institute (SMRI, <http://www.stanleyresearch.org/>), a charity which funds clinical trials in s-chizophrenia and bipolar disorder. He has performed and published tens of RCTs in schizophrenia, bipolar disorder, depression and dementia, both academic and industry-sponsored. He Is on the board of SIRS, on the SPC of ISCTM, and a fellow of ACNP. He has published extensively on the epidemiology of severe mental illness using data bases both in Israel and in the US.

Therapeutic approach in generalized anxiety disorder

Alina Bologan¹, Jana Chihai². ^{1,2} Department of Mental health, medical psychology and psychotherapy, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: alina.crismari@gmail.com

Abstract

Introduction: While the interest in mental health field has focused on applied studies of schizophrenia, eating disorders, alcoholism, or major depression, generalized anxiety has been of less interest in research. Although this is a mental health problem, generalized anxiety disorder can have both psychological and physical symptoms, which differ from person to person. The effect of generalized anxiety disorder is negative and persistent, affecting activity, emotional state and quality of life, as opposed to usual concerns that can be justified and transient.

Materials and methods: The conducted study is a secondary, qualitative type study and presents a narrative review. Bibliographic sources: PubMed database, Google Scholar, Medline, WHO library and Infomedica. Selection criteria: 1 - keywords: anxiety, mental health, TAG; 2 - publication period: December January 2019 - January 2022. Language of publication - English. The review included 31 bibliographic sources.

Results: The present results shed new light on the global TAG pattern, the disorder is significantly more widespread and affects more people in low- and middle-income countries. At the same time, the study showed that the prevalence of TAG was concentrated among women, younger than 60 years, unmarried / divorced, unemployed.

Discussion and conclusions: Improved diagnosis, screening for comorbidity and management are essential to minimize the impact of this mental illness. For reducing symptoms and improving the quality of life after long-term treatment of people with TAG (mild, moderate) is psychological treatment, through cognitive behavioral therapy.

Keywords: anxiety, mental health, TAG, CBT

Abordarea terapeutică în tulburarea de anxietate generalizată

Alina Bologan¹, Jana Chihai². ^{1,2} 1Catedra Sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: alina.crismari@gmail.com

Rezumat

Cuvânt înainte: În timp ce interesul în domeniul sănătății mintale s-a concentrat pe studii aplicative despre schizofrenie, tulburări de alimentație, alcoolism sau depresie majoră, anxietatea generalizată a fost de mai puțin interes în cercetare. Deși aceasta este o problemă care afectează sănătatea mintală, tulburarea de anxietate generalizată poate avea atât simptome psihologice, cât și fizice, care diferă de la persoană la persoană.

Efectul tulburării de anxietate generalizată este negativ și persistent, afectând activitatea, starea emoțională și calitatea vieții, spre deosebire de preocupările obișnuite care pot fi justificate și trecătoare.

Material și metode: Studiul realizat este un studiu secundar, calitativ și prezintă o revizuire narativă. Sursele bibliografice: baza de date PubMed, Google Scholar, Medline, biblioteca OMS

și Infomedica. Criteriile de selecție: 1 - cuvinte cheie: anxietate, sănătate mintală, TAG; 2 - perioada de publicare: decembrie ianuarie 2019 - ianuarie 2022.

Limba de publicare - engleza. Revizuirea a inclus 31 de surse bibliografice.

Rezultate: Rezultatele prezente aruncă o nouă lumină asupra modelului global TAG, tulburarea este semnificativ mai răspândit și afectează mai mult populația din țările cu venituri mici și medii. Totodată, studiul a arătat că prevalența TAG a fost concentrată în rândul femeilor, cu vârsta sub 60 de ani, necăsătorite/divorțate, șomere.

Discuții și Concluzii: Diagnosticul îmbunătățit, screening-ul pentru comorbiditate și management sunt esențiale pentru a minimiza impactul acestei boli mintale. Pentru reducerea simptomelor și îmbunătățirea calității vieții după tratamentul pe termen lung al persoanelor cu TAG (ușor, moderat) este tratamentul psihologic, prin terapie cognitive comportamentala

Cuvinte cheie: anxietate, sănătate mintală, TAG, CBT

Psychoanalytic perspectives on historical trauma

Zinaida Bolea PhD, Associate Professor Department of Psychology, Moldova State University

Autor corespondent: zbolea@yahoo.com

Abstract

The paper presents a psychoanalytic perspective on historical trauma, presenting the most important psychoanalytic concepts and theories on historical trauma, which are also relevant for the Republic of Moldova. In conceptual-theoretical aspect, psychoanalytic approaches that have clarified the phenomenon of historical trauma are presented, and collective traumas of the 20th century are invoked. Similarly, psychoanalytic hypotheses are presented on the human-relational factor in the construction of historical trauma, but also in the mentalization of trauma and in ensuring the process of reconciliation. On the empirical side, results are presented on the research of the traumatic memory of the deportations in the Moldovan Soviet Socialist Republic, emphasizing how the actual collective traumas influence the representations of the deportation trauma. The presented results are part of a qualitative research approach, which involved qualitative content analysis of data obtained from interviews with different categories of respondents: deportees, descendants of deportees, researchers involved in historical trauma research projects. The results of the research highlight the conscious and unconscious dynamics of historical trauma, relational and narcissistic valences in deportation trauma and the actualization of traumatic themes related to deportations in the context of current military conflicts. The results of the research are corroborated with psychoanalytic concepts that can be used for the prevention of historical traumas and for individual and collective recovery in the case of historical traumas.

Keywords: psychological trauma, historical trauma, traumatic memory, mourning, deportations.

Natural medicines as adjunctive treatment in schizophrenia during pregnancy

*Boronin Larisa¹, Assoc. Professor, Ph.D.; Nastas Igor¹, Assoc. Professor, Ph.D.

Radilova Iulia¹, Resident doctor

¹Department of Mental health, medical psychology and psychotherapy,
Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: larisa.boronin@usmf.md

Abstract

Introduction: Psychiatric symptoms during pregnancy can vary from mild disorders to severe depressive episodes with psychotic symptoms, agitation, delusions or exacerbation of severe mental illnesses. The therapeutic approach is often difficult because of the risk of malformations or other consequences for fetus.

Material and methods: The paper is dedicated to use of herbal medicines during pregnancy in patients with schizophrenia. Have been assessed 23 of the most commonly used herbal medicines, focusing on the pharmacokinetics and possible long-term effects on neonatal development of the newborns.

Results and discussion: Meta-analysis studies have discovered an increased number of complications during pregnancy and postpartum in women with schizophrenia, namely gestational diabetes, preeclampsia/eclampsia, placental abruption. Some of these could be caused by pharmacological intervention during pregnancy. On the other hand, there was a tendency to use natural medicines, which, from the point of view of patients or doctors, would not have side effects similar to pharmacotherapy. A meta-analysis study of 1,067,071 women who used a total of 47 herbs suggests that "The use of herbal medicines during pregnancy and the postpartum period is not recommended until there is good evidence of their safety." [Yolanda Muñoz Balbontín et al., 2019]. Natural plants approved for use by the American Mental Health Association [2022] during pregnancy include Peppermint Leaf, Lemon Balm, Chamomile (German), Nettles (Stinging Nettles), Alfalfa. Although, assessing the possible risks, the association states "probably safe remedies" for all the above plants, except for German chamomile, where the risks are assessed as "insufficient reliable information"

Conclusions: Herbal remedies as adjunctive natural treatment are frequently used in combination with psychotropic medications for anxiety, depression, and severe mental illnesses such as schizophrenia and bipolar affective disorder. Dietary supplements and herbal remedies can influence the clinical picture, biochemical and even genomic changes associated with pregnancy.

Key words: Schizophrenia, adjuvant treatment, pregnancy.

Aspecte genetice și moleculare în tulburările afective bipolare

***Buga Ina**¹, medic rezident; **Deliv Inga**¹, dr. conferențiar universitar

¹Catedra Sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: ina.buga.2015@gmail.com

Rezumat

Introducere: Tulburarea afectivă bipolară (TAB) este o cauză majoră a dizabilității psihiatrice globale. Baza TAB biologică este neclară, iar tratamentul este nesatisfăcător. Încercăm să trecem în revistă două domenii recente în dezvoltare – genomica și farmacogenomica TAB. În primul rând, studiile genomice cu descoperirea genelor de risc și a implicațiilor acestora în căile patogenetice ale acestei afecțiuni, rolul lor în polimorfismul clinic și particularitatea. episoadelor maniacale și depresive recurente. În al doilea rând, identificarea profilului molecular al pacienților va permite de a identifica tratamente țintite, personalizate.

Material și metode: Am studiat 40 articole din ultimii 10 ani publicate în PubMed, Genetics Home Reference, American Journal of Psychiatry, cărți de specialitate psihiatrică, pentru a înțelege rolul genelor și proceselor moleculare implicate în apariția TAB.

Rezultate: Diverse studii indică un model poligenetic complex de moștenire, care implică un număr mare de gene cu efecte individuale mici până la moderate, modificări epigenetice și interacțiuni complexe cu mediul. Diferite echipe de cercetători, prin diferite tehnici de genetică moleculară (de la studii de înlănțuire genică în familiile cu TAB, până la studii GWAS) au identificat sute de gene, cel mai frecvent gene codificatoare de proteine implicate în activitățile metabolice celulare, schimbul de ioni, dezvoltarea și diferențierea sinaptică, precum și genele care codifică proteine ce reglează mielinizarea, neurotransmisia, plasticitatea neuronală, rezistența și apoptoza.

Concluzie: Astfel de abordări pot identifica ținte farmacologice clare care pot interveni asupra unor enzime sau proteine care fac parte din calea biochimică, determinată genetic.

Cuvinte cheie: TAB, modificări epigenetice, gene, neuroplasticitate.

Studiul factorilor prognostici și psihopatologici la pacienții vârstnici

*Calancea Veronica ¹, dr. în psihologie, psiholog clinician categorie superioară;

Glodeanu Ludmila ², psiholog clinician

¹IMSP Spitalul Clinic Republican “Timofei Moșneaga”, Universitatea de Stat din Moldova

² IMSP Spitalul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale

*Autor corespondent: mob. +373 795 59 787 e-mail: v.calancea@vandex.ru

Rezumat

Frecvența patologiilor crește odată cu înaintarea în vârstă. Condițiile de trai nesatisfăcătoare, aportul insuficient de substanțe nutritive, neincadrarea adecvată în viața socială agravează și mai mult problemele vârstnicului. Evaluarea pacientului vârstnic se axează pe o interpretare globală, care ia în considerație particularitățile semiologice și riscurile decompensării funcționale. În acest mod vor fi prevenite complicațiile medicale și psihologice, precum pierderea autonomiei și diminuarea calității vieții.

Cuvinte-cheie: acceptare, adaptare, calitatea vieții, psihopatologie, stres, vârstă.

Introducere. Procesul de îmbătrânire umană este complex și multifactorial și este însoțit de diminuarea capacităților funcționale ale organismului [1]. Aceasta provoacă schimbări și în capacitatea de adaptare a organismului stres. Schimbările au loc în toate organele și sistemele de organe, începând cu nivelul molecular [2; 3; 4].

Evaluarea categoriei de pacienți din domeniul geriatric reprezintă descrierea complexă a aprecierii sănătății pacientului vârstnic, care explică particularitățile și evoluția evenimentelor din viața vârstnicului și nu includ analiza stării acestora din punct de vedere medical.

În Moldova, în decursul a 14 ani de activitate a Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie (CNGG) a fost realizată sarcina principală de a dezvolta structura geriatrică adecvată pentru Republica Moldova [5].

Se modifică funcțiile motrice și senzitive centrale ale sistemului nervos, se majorează timpul de reacție și se reduc performanțele mnestice, ce țin de achiziționarea informației noi [2; 3]. Astfel în sarcinile medicului geriatru intră diferențierea aspectelor fiziologice de cele patologice, elucidarea și sistematizarea problemelor complexe ale pacientului vârstnic. Aceasta devine posibil doar cu ajutorul Evaluării Geriatrie Complexă, destinate colectării datelor ce țin

de capacitățile medicale, psihosociale și funcționale, precum și de limitările pacientului vârstnic [6]. Medicii folosesc informația obținută pentru perfectarea planurilor de tratament și a pacientului vârstnic, pentru luarea deciziilor cu privire la recuperare, organizare și facilitare a procesului de management, precum și pentru hotărârea întrebării cu privire la modalitatea și locul îngrijirii ulterioare a pacientului vârstnic [7; 4; 8; 9].

Material și metode. Evaluarea s-a realizat în Chișinău și a implicat 25 de pacienți, beneficiari a saloanelor de geriatrie a Spitalului Clinic Republican “Timofei Moșneaga” și IMSP Spitalului Clinic al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

Metodologia de cercetare a constat în aplicarea testului SF-36 [10], test clasic de măsurare a calității vieții la pacienții din saloanele geriatrie, adică pacienților vârstnici. Cercetarea a fost completată prin aplicarea testelor CASE-SF [11] și USAQ [12].

MOS SF-36 – Medical Outcome Study-Short Form 36 (studiul rezultatului activităților medicale, forma scurtă cu 36 de itemi și 8 domenii: 1.Scala funcționalității fizice; 2.Scala problemelor cauzate de afecțiunile fizice; 3.Scala funcționalității sociale; 4.Scala durerilor corporale; 5.Scala sănătății mintale; 6.Scala problemelor cauzate de stări emoționale; 7.Scala de vitalitate; 8.Scala sănătății generale.

Scalele de evaluare clinică pentru persoanele în vârstă (CASE) sunt un set de patru instrumente menite să asiste psihologul clinician în diagnosticarea tulburărilor clinice selectate din Axa I în concordanță cu ediția a patra a Manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale (Asociația Americană de Psihiatrie, 1994), cu referire la persoane cu vârste cuprinse între 55 și 90 de ani.

Chestionarul de acceptare necondiționată a propriei persoane (Unconditional Self Acceptance Questionnaire – USAQ) este proiectat să măsoare nivelul acceptării necondiționate de sine (stima de sine), un nivel crescut al scorului USAQ reflectând o acceptare de sine necondiționată crescută. Chestionarul cuprinde 20 de itemi care măsoară acceptarea necondiționată a propriei persoane. Acesta a fost conceput în 2001, de către Chamberlain și Haaga, și se bazează pe teoria lui Albert Ellis asupra acceptării necondiționate [12; 13].

Rezultate și discuții. La începutul cercetării am efectuat statistica descriptivă pentru vârstă și sex. În cadrul repartiției pe vârstă se observă că media de vârstă a eșantionului de studiu este de 69,3 (SD 3,0). Distribuția variabilei vârstă ne arată că cei mai mulți pacienți au avut la momentul internării 69 ani (20%), 68 ani (16%), 65 ani (12%), câte 8% au fost cu vârstă de 66 ani/67 ani/71 ani/73 ani/75 ani și restul câte 4% - 70 ani/72 ani/74 ani.

Calcululele statistice scot în evidență corelații pozitive între Vârstă și depresie ($r=0,487$, $p=0,013$); somatizare ($r=0,419$, $p=0,037$); frica de îmbătrânire ($r=0,551$, $p=0,004$); obsesii/compulsii ($r=0,415$, $p=0,039$), cărora le găsim explicația precum că odată cu creșterea vârstei cresc și scorul la somatizare, se simte frica de îmbătrânire, apar mai multe gânduri și idei de ordin obsesiv-compulsiv [14; 15; 16], care scot în evidență schimbarea comportamentului persoanei vârstnice. S-au depistat și corelații negative între Vârstă și GH ($r=(-0,738)$, $p=0,000$); PF ($r=(-0,698)$, $p=0,000$); RP ($r=(-0,548)$, $p=0,005$); RE ($r=(-0,439)$, $p=0,028$); BP ($r=(-0,556)$, $p=0,004$); VT ($r=(-0,680)$, $p=0,000$); MH ($r=(-0,675)$, $p=0,000$), care se explică prin faptul că cu cât este vârsta mai mare cu atât unele particularități ale calității vieții se diminuează, la fel și cu USAQ ($r=(-0,493)$, $p=0,012$) – cu înaintarea în vârstă scade acceptarea necondiționată a propriei persoane.

În cadrul repartiției pe sex se observă puțin predominanța femeilor care sunt în studiu. Bărbații reprezentând un procent de 48% din totalul de 25 bolnavi, iar femeile respectiv 52%.

Dupa efectuarea statisticii descriptive pentru fiecare scală din chestionarul SF – 36 am obținut următoarele rezultate.

Scala sănătate generală (GH). Aprecierea propriei sănătăți, de către persoanele din lotul de studiu: 40,9% consideră că sănătatea lor generală este mediocră. Nici un pacient nu percepe sănătatea generală ca «foarte bună». În mare parte este adevarat ca se îmbolnăvesc mai ușor, de cele mai multe ori este fals că sunt la fel de sănătoși; sănătatea lor s-a înrăutățit, este în mare parte adevarat: pentru bărbați $M=47,7\pm SD=30,2$, iar pentru femei $M=34,7\pm SD=15,9$. Scorurile chestionarului SF-36 au corelat pozitiv între ele: GH cu PF ($r=0,871$ pentru $p=0,000$); RP ($r=0,753$ pentru $p=0,000$); RE ($r=0,552$ pentru $p=0,004$); BP ($r=0,737$ pentru $p=0,000$); VT ($r=0,748$ pentru $p=0,000$); MH ($r=0,693$ pentru $p=0,000$). Acelaș tip de corelație pozitivă a fost între scorul GH sănătate general și USAQ, acceptarea necondiționată a propriei persoane ($r=0,741$ pentru $p=0,000$). După cum putem vedea, $p<0,01$, confirmă semnificația statistică.

Scala funcției fizice (PF). Itemii pentru activități oboseitoare, activitățile moderate, ridicatul, căratul târgurilor, urcatul unui etaj sau chiar urcatul mai multor etaje, pentru 44,6% dintre persoane au răspuns că sunt puțin limitați, deci cu cât complexitatea și greutatea activității crește, persoanele din lotul de studiu sunt mult mai limitate în efectuarea lor. A fost evidentă deosebirea între grupul masculin cu $M=53,3\pm SD=28,4$, și grupul feminin cu $M=36,5\pm SD=22,9$. Scorul PF corelează pozitiv cu RP ($r=0,772$ pentru $p=0,000$); RE ($r=0,536$ pentru $p=0,006$); BP ($r=0,787$ pentru $p=0,000$); VT ($r=0,797$ pentru $p=0,000$); MH ($r=0,718$ pentru $p=0,000$); USAQ ($r=0,766$ pentru $p=0,000$).

Scala rolul fizic (RP). Itemii a căror scoruri ne scot în evidență dacă se produce reducerea timpului de muncă, dacă există limitări ale naturii muncii, sau dacă activitățile zilnice se produc cu dificultate – și se observă un procent mic 32,7% la cei care susțin că timpul de muncă nu a fost afectat și nici nu prezintă dificultăți în efectuarea activităților zilnice: $M=39,6\pm SD=39,1$ la bărbați, iar la femei $M=26,3\pm SD=38,0$. Componenta calității vieții RP corează pozitiv cu RE ($r=0,716$ pentru $p=0,000$); BP ($r=0,752$ pentru $p=0,000$); VT ($r=0,712$ pentru $p=0,000$); MH ($r=0,630$ pentru $p=0,001$); USAQ ($r=0,732$ pentru $p=0,000$).

Scala rol-emoțional (RE), pune în evidență că probleme în activitățile zilnice, ca urmare a unor eventuale probleme emoționale cum ar fi senzația de deprimare sau anxietate, neliniște au existat, inclusiv cu reducerea activității 32,2% a prezentat un procent mai jos de mediu: bărbați $M=33,5\pm SD=37,7$, iar pentru femei $M=31,1\pm SD=31,9$. Rolul Emoțional RE corează pozitiv cu BP ($r=0,564$ pentru $p=0,003$); VT ($r=0,704$ pentru $p=0,000$); MH ($r=0,701$ pentru $p=0,001$); USAQ ($r=0,587$ pentru $p=0,002$).

Scala funcției sociale (SF) demonstrează că starea de sănătatea fizică sau problemele emoționale au afectat activitățile sociale obișnuite cu familia, prietenii, vecinii, iar pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, au existat momente în care starea de sănătate fizică sau emoțională au afectat activitățile sociale cum ar fi, vizitarea prietenilor, rude 48,7%: femei $M=48,3\pm SD=8,5$, iar bărbați $M=49,3\pm SD=12,3$.

Scala durere somatică (BP). Cuprinde întrebări care vor să scoată în evidență dacă durerile somatice și-au schimbat durata de acțiune asupra persoanelor din lotul de studiu și le-a afectat activitățile 35,8%. Pentru interferența durerilor somatice cu activitatea, răspunsurile au fost $M=43,7\pm SD=27,0$ pentru bărbați și respectiv $M=28,5\pm SD=13,7$ pentru femei. Durerea corporală BP corează pozitiv cu VT ($r=0,784$ pentru $p=0,000$); MH ($r=0,703$ pentru $p=0,000$); USAQ ($r=0,533$ pentru $p=0,006$).

Scala-vitalitate (VT), ne arată că vitalitate și energie este uneori resimțită de către pacienții vârstnici 48,2%, dar totuși predomină oboseala sau extenuarea: bărbați $M=50,5 \pm SD=34,7$, iar pentru femei $M=59,4 \pm SD=14,2$. Vitalitatea VT corează pozitiv cu MH ($r=0,938$ pentru $p=0,000$); USAQ ($r=0,663$ pentru $p=0,000$).

Scala sănătate mentală (MH): uneori – a fost răspunsul majoritar, iar o bună parte din timp, pacienții sunt depresivi 58,2% la aceasta scală: bărbații $M=57,0 \pm SD=29,4$, iar femeile $M=59,4 \pm SD=14,2$. Sănătatea mentală MH corează pozitiv cu USAQ ($r=0,602$ pentru $p=0,001$), acceptarea necondiționată a propriei persoane.

Scalele de evaluare clinică pentru persoanele în vârstă (CASE-SF): rezultatele au fost importante și semnificative, pe motiv că respondenții au fost persoane vârstnice internate în saloane geriatrie pentru un tratament medical și inclusiv au avut indicația de a fi supuși evaluării psihologice.

Interpretarea scalelor clinice în conformitate cu chestionarul CASE-SF. Scala Anxietate (ANX) este concepută pentru a evalua o stare generalizată de neliniște, un sentiment vag de frică și convingeri iraționale asociate, îngrijorare, nervozitate și simptome generale specifice anxietății și tulburărilor legate de anxietate [17]. Indivizii care obțin un scor mare pe scala ANX își trăiesc viața, cel mai probabil, în frică, experiențiind un disconfort emoțional considerabil. Agitația internă și externă, hipersensibilitatea la stres, tensiunea (emoțională și fizică) și îngrijorarea în legătură cu probleme mici și iraționale sunt obișnuite. Când un scor ridicat la ANX este însoțit de un scor la scala Obsesiv-Compulsivă (TOC) de peste 55, este foarte probabil să fie prezente gânduri ruminative neproductive, în legătură cu o arie largă de probleme. Există o mai mare probabilitate ca indivizii cu scoruri mari la ANX să fie mai retrași decât alții și să se teamă de interacțiunile sociale sau de situații publice din cauza fricii de eșec, de a se face de râs și de a nu fi acceptați de ceilalți. Rigiditatea cognitivă este un fenomen comun atunci când se încearcă rezolvarea unor probleme dificile, iar capacitatea de a lua decizii este adesea compromisă în raport cu aptitudinea cognitivă în general. Disconfortul relativ al acestora le va oferi adesea motivul pentru a căuta tratament psihoterapeutic, cu toate că unii vor ezita de teama de a fi găsit „nebu” (frenofobie). Abordările cognitiv-comportamentale de tratament sunt adesea cea mai bună soluție de intervenție pentru acești pacienți, cu condiția ca abilitățile lor cognitive sau intelectuale să fie într-o stare suficient de bună. Indivizii care obțin scoruri la ANX foarte mici tind să aibă o încredere în sine mare sau cel puțin să aibă o puternică dorință de a se autoprezenta într-o astfel de manieră. Se simt nesiguri în puține situații în raport cu grupa lor de vârstă. Scoruri excesiv de mici pot sugera o infatuare a sinelui și mecanisme psihologice de apărare asociate. Scorul general obținut de respondenți a fost $M=48,7 \pm SD=7,9$.

Ca rezultat al corelațiilor între itemii cercetați am determinat că există corelații pozitive între scorul Anxietate și depresie ($r=0,417$, $p=0,038$); somatizare ($r=0,514$, $p=0,009$); Manie ($r=0,626$, $p=0,001$), care se explică prin faptul că la ridicarea nivelului anxietății se ridică și nivelul depresiei, somatizării și maniei. Calculele statistice au scos în evidență și corelații negative ale scorului Anxietate cu scalele SF-36, precum urmează: GH ($r=(-0,491)$, $p=0,013$); PF ($r=(-0,579)$, $p=0,002$); RP ($r=(-0,588)$, $p=0,002$); BP ($r=(-0,586)$, $p=0,002$); VT ($r=(-0,543)$, $p=0,005$). Aceste calcule ne explică momentul că atunci când nivelul anxietății se mărește, scade calitatea vieții persoanelor vârstnice.

Scala Competență cognitivă (COG) este concepută pentru a evalua dizabilitățile proceselor cognitive superioare, cum ar fi rațiunea, atenția și concentrarea, memoria și gândirea logică. Indivizii care obțin un scor mare la scala COG vor arăta o arie largă de deficite cognitive, care ar

putea include câteva, sau toate, dintre următoarele deficite, în diverse grade: dificultate în menținerea șirului de gânduri; probleme legate de atenție și concentrare; dificultate de învățare; incapacitatea de a lua decizii; uitare; confuzie; dezorientare; probleme în a urmări șirul gândurilor, instrucțiuni sau comenzi; dificultate în operarea cu bani; și probleme în înțelegerea materialelor lungi prezentate oral sau în scris. Multe dintre aceste simptome pot coexista cu niveluri semnificative de depresie, însă în cele mai multe cazuri, dacă scorul la scala COG este mare, o altă tulburare cognitivă va fi prezentă, astfel că va fi necesară o testare neuropsihologică pentru a determina adevărata natură a problemelor celui examinat. Acest lucru va fi în mod special adevărat dacă scorul scalei Abuz de Substanțe (ADS) va fi mare. Scala COG nu este concepută pentru a diagnostica tulburări cognitive specifice, cum ar fi demența degenerativă primară sau tulburări înrudite, sau pentru a diferenția între acestea. Ea este concepută pentru a face un screening al problemelor cognitive și pentru a alerta psihologul clinician în legătură cu gravitatea relativă a acelor probleme și nevoia altor examinări mai amănunțite. Scorul general obținut de respondenți a fost $M=53,9 \pm SD=8,8$.

Calcululele statistice au mai scos în evidență corelații pozitive între Competențe Cognitive și manie ($r=0,747$ pentru $p=0,000$); durerea corporală BP ($r=(-0,559)$ pentru $p=0,004$) completându-se și prin corelațiile negative cu vitalitatea VT ($r=(-0,567)$ pentru $p=0,003$); sănătatea mentală MH ($r=(-0,525)$ pentru $p=0,007$).

Scala Depresie (DEP) este concepută pentru evaluarea indiciilor de dispoziție depresivă, distimie, tristețe, melancolie, sentiment de neajutorare, oboesală și unele simptome cognitive care ar putea acompania episoade depresive majore. Persoanele care obțin un scor mare la DEP vor primi, cel mai probabil, diagnosticul de tulburare depresivă majoră. Aceste persoane sunt de regulă triste, au sentimente de neajutorare și dovedesc o incapacitate de a-și schimba viața, sentimentele sau circumstanțele. Un locus extern al controlului este comun în special în rândul persoanelor mai în vârstă. Acestea trăiesc o diminuare generală a plăcerii de a trăi, în sensul că foarte puține lucruri sau chiar nimic nu le mai face să se simtă bine. Viața devine dificilă pentru ei în situațiile cotidiene, pot întâmpina dificultăți sau distress în luarea deciziilor simple și pot considera rezolvarea problemelor complexe ca fiind dificilă și, uneori, copleșitoare. Le lipsește energia pentru a iniția o acțiune și pot avea adesea gânduri suicidare care pot fi exacerbate dacă scorul la ANX este, de asemenea, ridicat. În special, în ce privește populația în vârstă, persoanele cu un scor mare la scala DEP se pot simți sau chiar pot fi izolate de societate și pot frecventa grupuri de sprijin inadecvate. Scorul general obținut de respondenți a fost $M=51,3 \pm SD=7,0$.

Depresia corelează pozitiv cu scalele chestionarului SF-36: somatizare ($r=0,773$, $p=0,000$); frica de îmbătrânire ($r=0,711$, $p=0,000$); obsesii/compulsii ($r=0,851$, $p=0,000$); paranoia ($r=0,617$, $p=0,001$); psihoticism ($r=0,800$, $p=0,000$); competențe cognitive ($r=0,488$, $p=0,013$); manie ($r=0,411$, $p=0,041$). Există scoruri ale calității vieții conform SF-36 care corelează negativ cu depresia: GH ($r=(-0,534)$, $p=0,006$); PF ($r=(-0,566)$, $p=0,003$); BP ($r=(-0,475)$, $p=0,016$); VT ($r=(-0,531)$, $p=0,006$); MH ($r=(-0,444)$, $p=0,026$).

Scorul la Scala Frică de Îmbătrânire (FDÎ) va fi adesea ridicat în astfel de cazuri, adăugându-se senzației de a nu mai fi util în sânul familiei, prietenilor și societății, precum și fricii de a fi o povară enormă pentru alții. Gândurile obsesive, neproductive și ruminative referitoare la dispoziția tristă și la incapacitatea de a o schimba sunt probabile atunci când scorul crescut la scala DEP este însoțit de scoruri crescute la ANX și/sau TOC. Un sentiment general de deznădejde și pesimism le va stăpâni starea de spirit și îi va afecta pe cei care au scoruri mari la scala DEP. Scala Frică de Îmbătrânire (FDÎ) este concepută pentru a evalua sentimentul de neliniște în legătură cu

procesul natural de îmbătrânire și efectele acestuia asupra familiei și relațiilor. Conținutul itemilor se referă, în general, la temeri existențiale, teamă de infirmități fizice, moarte, izolare și îngrijorare în legătură cu schimbări nefavorabile ale stilului de viață. Indivizii care obțin un scor mare la scala FDÎ manifestă frici puternice în legătură cu procesele naturale ale schimbării, în special îmbătrânirea. Îngrijorările în legătură cu ceea ce urmează să li se întâmple le consumă o mare parte din energia psihică. Cei care obțin scoruri mari la FDÎ sunt clar predispuși să se îngrijoreze și să aibă anxietăți generale, vagi, legate de aceste aspecte ale vieții. Scorul la scala ANX va fi, de asemenea, crescut la indivizii care au un sentiment mai pervaziv de anxietate, de tensiune și frică generalizată referitor la viață și împrejurările vieții. Atunci când scorurile sunt ridicate atât la ANX, cât și la FDÎ, probabilitatea ca individul să primească diagnosticul de Tulburare de Anxietate Generalizată (TAG) este destul de mare. Scorul crescut la scala FDÎ reprezintă o simptomatologie recentă și este posibil să fie asociat cu un istoric lung de anxietate și stres. Atunci când scorurile crescute la FDÎ sunt însoțite de scoruri crescute la scalele ANX și DEP, psihologii clinicieni ar trebui să ofere o atenție sporită evaluării potențialului suicidal și să acționeze în consecință. Această scală, fiind relativ nouă în literatura de specialitate, deține mai puțină informație în ce privește interpretarea sa, însă conținutul itemilor reflectă în mod direct frica, neliniștea și îngrijorarea excesivă în legătură cu procesul de îmbătrânire. Scorul general obținut de respondenți a fost $M=58,8 \pm SD=9,9$.

Scorul la scala Frica de Îmbătrânire corelează pozitiv cu scorul obsesiei/compulsiei ($r=0,621$ pentru $p=0,001$); abuz de substanțe ($r=0,481$ pentru $p=0,015$). FDÎ corelează negativ cu GH ($r=(-0,762)$ pentru $p=0,000$); PF ($r=(-0,718)$ pentru $p=0,000$); RP ($r=(-0,531)$ pentru $p=0,006$); BP ($r=(-0,587)$ pentru $p=0,002$); VT ($r=(-0,574)$ pentru $p=0,003$); MH ($r=(-0,553)$ pentru $p=0,004$) și USAQ ($r=(-0,484)$ pentru $p=0,014$).

Scala Manie (MAN) este concepută pentru evaluarea stărilor maniacale sau aproape maniacale (hipomaniacale), inclusiv vorbirea precipitată, gândirea grandioasă, agitația, distractibilitatea, stima de sine foarte crescută și alte caracteristici asociate. Scorurile mari pe scala MAN ar putea indica simptome ca: fuga de idei, nevoia compulsivă de a vorbi chiar și atunci când nu se cuvine sau când alții sunt, în mod evident, dezinteresați, agitație, hiperactivitate și dificultate de a se calma singuri. Ceilalți îi descriu în mod frecvent pe cei care au scoruri mari la MAN ca fiind iritabili și având dificultăți în a se concentra și a se ocupa de un singur lucru odată. Autocontrolul este adesea slab, sunt predispuși la impulsivitate și prezintă o probabilitate mai mare decât cei care obțin scoruri medii sau scăzute de a avea comorbidități din spectrul tulburărilor de control al impulsului. Dispoziția este una frecvent euforică. Nivelul crescut de activitate, care ar putea fi de natură fizică sau psihică, ar putea sau nu să fie orientat spre un scop. În cazul scorurilor extrem de ridicate, acestea ar putea indica procese psihotice evidente și tulburări delirante reale. Scorurile la scalele PSI, PAR sau ambele vor fi, în cele mai multe cazuri, ridicate atunci când apar și simptomele psihotice. Cei care obțin scoruri mari la MAN, în mod cert, nu sunt indivizi reflexivi, ei preferă acțiunea în locul gândirii. Reacțiile rapide și hiperiritabilitatea sunt obișnuite, însă sunt acompaniate de niveluri nerealiste de optimism. La nivelul superficial al întâlnirilor sociale ocazionale pot părea extrovertiți, indivizi foarte sociabili, echilibrați social și chiar cu înclinații intelectuale. La un nivel mai complex, aceste impresii rămân foarte rar în picioare, ajungându-se să fie percepuți ca fiind dominatori și doar la modul superficial interesați de alții, comportamentul lor fiind cel mai des dictat de propriile idei și țeluri nerealiste. Episoadele maniacale ale acestor persoane pot dura de la câteva zile la săptămâni, iar la cele care obțin un scor moderat crescut pot să se manifeste cronic la un nivel hipomaniacal. În cazul în care apare o istorie de simptome

depressive, trebuie investigat dacă este posibil să fie prezentă o tulburare ciclotimică sau alte tulburări asociate. Episoadele depressive periodice necesită o analiză aprofundată, realizată de către psihologul clinician în cadrul unui istoric amănunțit, pentru a se putea ajunge la diagnosticul potrivit. Scorul general obținut de respondenți a fost $M=49,4 \pm SD=6,9$.

Scorul Manie corelează negativ cu scoruri de la chestionarul pentru determinarea calității vieții în afara diagnosticelor medicale SF-36, durerea corporală BP ($r=(-0,491)$ pentru $p=0,013$); vitalitatea VT ($r=(-0,508)$ pentru $p=0,009$); sănătatea mentală MH ($r=(-0,418)$ pentru $p=0,038$).

Scala Obsesiv-compulsiv (TOC) este concepută pentru a evalua tendința de angajare în tipare de gândire ruminative, neproductive, cu accent pe îngrijorare irațională și alte fenomene asociate. Indivizii care obțin un scor mare la scala TOC este posibil să se plângă de dificultate în controlarea tiparelor de gândire, să aibă rutine rigide, posibil chiar forțate și să se angajeze într-o formă sau alta de comportament compulsiv. Anxietatea este de regulă pronunțată, deși adesea latentă, și reprezintă o problemă comorbidă semnificativă pentru cei care obțin scoruri mari la această scală. Chiar dacă o parte din comportamentul acestora poate fi determinat de un sentiment vag de paranoia (ex.: „Simt că trebuie să verific de mai multe ori dacă am încuiat ușile”) sau de frica de a uita, cel care obține scoruri mari prezintă un ansamblu de simptome asociate, indicând că astfel de comportamente nu sunt evenimente izolate, ci tind să pătrundă în stilul de viață al individului. Scorurile mari arată că astfel de comportamente au început să interfereze cu viața cotidiană a individului și că e posibil să afecteze activitățile membrilor apropiați ai familiei sau chiar ai personalului care îl îngrijește. Scorul general obținut de respondenți a fost $M=52,2 \pm SD=7,5$.

TOC corelează pozitiv cu paranoia ($r=0,786$, pentru $p=0,000$); psihoticism ($r=0,839$ pentru $p=0,000$); competențe cognitive ($r=0,630$ pentru $p=0,001$); manie ($r=0,605$ pentru $p=0,001$). Deci, cu cât mai multe obsesii sau compulsii sunt prezente în comportamentul persoanei vârstnice, cu atât sunt evidente și schimbările petrecute la nivel de competențe cognitive și desigur devin mai evidente maniile. Acest parametru clinic al CASE-SF, obsesii/compulsii are și corelații negative cu câteva calități componente ale chestionarului SF-36: GH ($r=(-0,504)$ pentru $p=0,010$); PF ($r=(-0,553)$ pentru $p=0,004$); BP ($r=(-0,542)$ pentru $p=0,005$); VT ($r=(-0,552)$ pentru $p=0,004$); MH ($r=(-0,536)$ pentru $p=0,006$), deci la manifestarea obsesiilor/compulsiilor cele din urmă scad în manifestarea sa, astfel diminuând calitatea vieții.

Scala Paranoia (PAR) este concepută pentru a identifica ideile delirante și tipare de gândire delirantă asociate, de regulă, cu paranoia, suspiciune și îndoieli stăruitoare în privința motivelor și comportamentelor celorlalți. În general, cei care obțin scoruri mari au sentimentul că cineva, ceva sau vreo organizație „vrea să le vină de hac”. Aceste sentimente sunt exprimate în răspunsurile lor la itemi precum „Oamenii uneltesc pe la spatele meu să-mi ia proprietatea”, „Oamenii profită de mine” și „Autoritățile încearcă să îmi închidă gura”. Aceștia trăiesc ideile delirante, așa cum se reflectă din răspunsurile la itemi precum „Oamenii se uită lung la mine”, și se gândesc la modalități de răzbunare („Mă gândesc la moduri în care pot să mă răzbun pe cineva.”). Cei care obțin scoruri mari sunt hipervigilenți în privința oamenilor și a lucrurilor din jurul lor. Au o încredere redusă în ceilalți și pot recurge la subterfugii pentru a-i „păcăli” pe cei apropiați, cu scopul de a le dezvălui motivele percepute de ei ca fiind adevărate pentru înșelăciune. De fiecare dată când se întâmplă ceva regretabil sau o acțiune întreprinsă de ei sau de o a treia persoană nu iese așa cum și-au dorit, vor concluziona foarte repede că un astfel de lucru „regretabil” este cu totul altceva decât o întâmplare sau rezultatul propriilor lor acțiuni; aceștia interpretează imaginea de ansamblu ca fiind un efort coordonat de alții pentru a le face rău, pentru

a-i face să păstreze tăcerea sau pentru a-i deposeda de o proprietate a lor. Tind să ofere argumente logice, aspect specific stilului lor interpersonal, și pot fi, în mod inexplicabil (pentru cei apropiați lor), labili sau capricioși. Cei cu scoruri la PAR moderat ridicate pot prezenta un tipar de resentimente și perturbabilitate. Pot ține pică, plănui moduri de răzbunare și pot dezvolta multă ostilitate internalizată. Ar putea fi evidente tipare de gândire grandioasă, mai ales dacă scorul la MAN este peste 55T. Dacă scorul la scala PSI este de asemenea mare, diagnosticul de tulburare psihotică este foarte probabil. Scorul general obținut de respondenți a fost $M=46,7 \pm SD=7,7$.

Corelații pozitive am determinat între scalele clinice Paranoia cu psihoticism ($r=0,609$ pentru $p=0,001$); competențe cognitive ($r=0,456$ pentru $p=0,022$); manie ($r=0,507$ pentru $p=0,010$), deci ele se influențează reciproc, la creșterea unei dintre acestea, crește și cealaltă.

Scala Psihoticism (PSI) este concepută pentru a evalua tulburările de gândire, delirurile bizare, confuzia, halucinațiile, simptomele negative ale stărilor psihotice și fenomenele asociate acestora. Această scală este strâns corelată cu scala PAR și indică prezența unor caracteristici psihotice care vor fi evidente la scorurile foarte mari sau extreme la scala PAR. Cei care obțin scoruri mari la scala PSI pot fi psihotici în stare floridă sau pot avea simptome mult mai subtile, dar totuși psihotice, cauzate de niveluri mai scăzute de activitate specifice vârstei, precum și unei externalizări mai atenuate decât la indivizii mai tineri. Halucinațiile și delirurile sunt evidente la aproape toate profilurile valide, atunci când scorurile se plasează într-un interval extrem. Scorurile mari vor indica prezența unor sisteme de credințe ciudate sau excentrice, tipare de gândire stranii sau cel puțin nefirești, pe care au sentimentul că nu le pot controla. Grandoarea ar putea fi evidentă, iar nivelurile de activitate ar putea fi destul de ridicate comparativ cu grupa de vârstă, în mod special dacă scorul la scala MAN este, de asemenea, ridicat. Cei care obțin scoruri mari este probabil să raporteze că se simt ciudat sau se simt diferiți de alte persoane, iar unora le este frică de propriile lor tipare de gândire (ex.: „Gândurile sunt atât de supărătoare, încât mă tem de ele.”). Aceștia pot raporta că se simt detașați sau că uneori se simt ca într-o transă. Halucinațiile auditive sunt mai frecvente decât cele vizuale în rândul tuturor indivizilor cu scoruri mari, însă mulți indivizi mai în vârstă vor experiența halucinații vizuale, chiar și în stadii incipiente sau medii de demență (ex.: demență degenerativă primară, afecțiunea Binswanger). Ceilalți oameni îi vor descrie, în mod frecvent, pe indivizii care obțin scoruri mari pe scala PSI, ca având comportamente sau idei stranii, aparte sau nefirești. Altor le pot părea confuzi, dezorientați și dezorganizați, în mod special atunci când obțin scoruri în intervalul extrem. Dacă nu este prezentă vreo tulburare din categoria demențelor, multe dintre aceste persoane vor avea un istoric de tratament psihiatric ambulatoriu, cu excepția celor care au suferit recent traume craniene, afecțiuni neurologice sau cerebrovasculare, ori crize de epilepsie (care pot, de asemenea, cauza creșteri pe scala PSI în unele cazuri, dar care reprezintă, totuși, simptome severe ce necesită o atenție sporită). Pentru a clarifica interpretările scalei PSI, psihologul clinician este încurajat să revadă, împreună cu persoana examinată, itemii din această scală la care s-a răspuns afirmativ. Acest lucru va adăuga o bogăție de detalii la prezentarea simptomelor. Aceste detalii nu sunt vizibile într-un simplu scor, iar atunci când sunt privite în lumina altor informații oferite de CASE, vor clarifica diagnosticul și vor duce la intervenții mult mai adecvate. Scorul general obținut de respondenți a fost $M=50,4 \pm SD=8,9$.

Psihoticism corelează pozitiv cu competențe cognitive ($r=0,654$ pentru $p=0,000$); Manie ($r=0,640$ pentru $p=0,001$), ne explică faptul că odată crescând nivelul acestora comportamentul pacienților vârstnici suferă schimbări semnificative. Totodată psihoticismul corelează negativ cu vitalitatea VT ($r=(-0,440)$ pentru $p=0,028$), adică cu cât este mai mare nivelul de psihoticism, cu atât scade vitalitatea persoanei ca calitate a vieții.

Scala Somatizare (SOM) este concepută pentru a evalua hipersensibilitatea la grijile în privința stării de sănătate, simptome fizice care nu au fost explicate de problemele medicale, un număr semnificativ de plângeri în legătură cu probleme fizice, convingerea că doctorii nu pot ajuta și stări de durere vagă. Cei care obțin scoruri mari pe scala SOM au o preocupare aproape histrionică, chiar și în ceea ce privește problemele mici de sănătate și sunt foarte reactivi în privința adevăratelor afecțiuni sau infirmități. Aceștia pot prezenta un tipar bizar, inexplicabil de boală sau nemulțumire în legătură cu o problemă fizică sau plângerile lor pot părea justificabile la prima vedere. Totuși, în cazul din urmă, o investigație asupra istoricului pacientului dezvăluie, de obicei, un pattern cronic de plângeri și o tendință spre ipohondrie. Scorurile aflate în intervalul ușor spre moderat ridicat pot apărea, în mod legitim, în cazul unor afecțiuni medicale semnificative sau al unor afecțiuni medicale minore, dar multiple; cu toate acestea, scorurile mari sunt neobișnuite și, doar în situații rare, acestea pot reflecta tipare legitime de boală. Individizii cu scoruri ridicate tind să prezinte un pattern de plângeri recurente în legătură cu probleme fizice de natură subiectivă, fără a avea o dovadă fizică, acestea depinzând în totalitate de autoevaluarea pacientului, fără corespondență cu dovezile medicale disponibile. Aderența slabă la tratament este obișnuită în ceea ce privește recomandările medicului, deoarece pacienții cu un scor de peste 65 nutresc, în general, convingerea că știința medicală nu are nimic eficient de oferit pacientului sau că medicul pacientului nu dorește ca el sau ea să se însănătoșească (cazul din urmă fiind cel mai probabil dacă scorul la scala PAR este ridicat). Dacă scorurile la TOC și/sau ANX sunt, de asemenea, ridicate, este foarte probabil ca gândurile obsesive, neproductive și ruminative să fie focalizate asupra bolii ca mod de viață. În orice caz, cei care obțin scoruri mari adesea permit ca preocuparea lor pentru boală să interfereze cu activitățile cotidiene, mai ales cu relațiile interpersonale. Scorul general obținut de respondenți a fost $M=56,9 \pm 7,7$.

Somatizarea corelează pozitiv cu scorul scalei Frica de îmbătrânire ($r=0,794$, $p=0,000$); obsesii/compulsii ($r=0,571$, $p=0,003$); psihoticism ($r=0,447$, $p=0,025$). Totodată corelează negativ cu scoruri ale chestionarului SF-36: GH ($r=(-0,629)$ pentru $p=0,001$); PF ($r=(-0,658)$ pentru $p=0,000$); RP ($r=(-0,638)$ pentru $p=0,001$); RE ($r=(-0,456)$ pentru $p=0,022$); BP ($r=(-0,637)$ pentru $p=0,001$); VT ($r=(-0,582)$ pentru $p=0,002$); MH ($r=(-0,461)$ pentru $p=0,020$) și USAQ ($r=(-0,416)$ pentru $p=0,039$).

Scala Abuz de substanțe (ADS) este concepută pentru a evalua utilizarea excesivă, abuzul sau potențiala dependență de substanțe care alterează dispoziția, într-o varietate de forme, inclusiv abuzul sau dependența de droguri și/sau alcool, o problemă frecventă și nedagnosticată în rândul bătrânilor neinstituționalizați. Cei care obțin scoruri mari vor avea aproape întotdeauna probleme asociate cu consumul de alcool, însă psihologul clinician va trebui să reanalizeze anumiți itemi împreună cu cel examinat, pentru a se asigura că nu sunt trecute cu vederea alte probleme. Cei care obțin scoruri mari sunt predispuși la dependență, însă tind să o nege în fața celor apropiați, în timp ce se îndoiesc destul de mult asupra deciziilor lor în privința consumului lor de alcool sau droguri. Scorul general obținut de respondenți a fost $M=50,6 \pm SD=9,4$.

În conformitate cu Etalonul construit pentru *Chestionarul Acceptării de Sine Necondiționat (USAQ)* (tabelul 1) punctul critic de decizie (cutoff point) reprezintă media plus o abatere standard și indică scorul de la care se poate considera că persoana prezintă o tendință crescută de acceptare necondiționată a propriei persoane, ceea ce – conform literaturii de specialitate - poate constitui un factor protectiv care previne declanșarea anumitor forme de psihopatologie la contactul cu situațiile negative de viață.

De aici reiese că, putem estima rezultatul la chestionarul USAQ ($M+SD=USAQ$), care corespunde respectiv bărbați ($M=78,0)+(SD=7,9)=85,9$, iar pentru femei ($M=77,3)+(SD=10,9)=88,2$. Ambele rezultate aparțin Clasei III, care include cotele 84-98 și corespunde Acceptării necondiționată e propriei persoane la nivel mediu, observând totuși că la bărbați cotele rezultatului sunt mai joase, deci mai mulți dintre aceștia au manifestat acceptare necondiționată a propriei persoane la nivel scăzut.

Tabelul 1. Etalon USAQ

Clase	Descriere	Cote
I	Acceptare necondiționată a propriei persoane foarte scăzută	≤ 70
II	Acceptare necondiționată a propriei persoane scăzută	71-83
III	Acceptare necondiționată a propriei persoane medie	84-98
IV	Acceptare necondiționată a propriei persoane ridicată	99-113
V	Acceptare necondiționată a propriei persoane foarte ridicată	≥ 114

În ceea ce privește relația dintre criteriul de vârstă, particularitățile calității vieții, scalele de evaluare clinică pentru persoanele în vârstă, acceptarea necondiționată a propriei persoane au fost remarcate corelații pozitive și negative între variabilele analizate.

Concluzii. Noutatea pe care o aduce această lucrare constă în abordarea complexă a acestor pacienți, atât din punct de vedere a suferințelor somatice, cât și din punct de vedere a statusului mental. Se fac corelări statistice laborioase între cele două tipuri de suferințe. Suferința cronică are un impact serios asupra calității vieții pacienților geriatrici. Acest impact se produce atât la nivel fizic prin reducerea capacității de muncă, dureri osteo-articulare, scăderea forței musculare, cât și la nivel mental prin apariția unor manifestări de tip psihologic și emoțional, în primul rând de tip depresiv, anxios etc. Analiza pe sexe atât a rezultatelor testului SF-36 cât și a celor complementare, CASE-SF și USAQ, relevă o mai bună adaptare psihosomatică în cazul femeilor comparativ cu bărbații. Un element care contribuie fără dubiu la creșterea calității vieții pacienților geriatrici îl reprezintă optimizarea centrului de geriatrie prin implimentarea condițiilor de socializare.

Din punct de vedere al rolului emoțional toate persoanele din lotul de studiu prezintă scoruri crescute, iar din punct de vedere al sănătății generale prezintă scoruri scăzute. Rezultatele obținute au scos în evidență frica de îmbătrânire ca factor trigger pentru diminuarea nivelului componentelor calității vieții și cu înaintarea în vârstă este mai vizibilă scăderea acceptării necondiționate a propriei persoane.

Ipoteza presupusă, precum că pacienții geriatrici se confruntă cu dificultăți ale calității vieții ca rezultat al neacceptării propriei persoane și manifestarea nemulțumirii prin frici și somatizare s-a confirmat.

Experiența în domeniul geriatriei de mai mulți ani, munca directă cu toate tipurile de pacienți cu suferință cronică, cercetarea de față, literatura de specialitate studiată, ne permit să facem următoarele propuneri :

1. Pornind de la preceptul că este mai economic a preveni decât a trata, atât pentru pacient cât și pentru societate, profilaxia diminuării calității vieții acolo unde este posibil, trebuie generalizată.

2. Metodele de cercetare utilizate în studiul de față se pot utiliza în serviciile de asistență psihologică și socială pentru pacienții vârstnici.

3. Pentru susținerea sănătății mentale și a rolului emoțional la pacienții geriatrici este necesar să existe un psiholog al secției, care să îi ajute pe acești bolnavi să treacă peste momentele dificile ale tratamentului și greutățile bolii.

4. O creștere a funcției psihosociale a acestor pacienți se poate realiza cu ajutorul psihologului clinician sau psihopedagogului din instituțiile de profil.

Bibliografie

1. Warren B. On Becoming a Leader. N. Y.: Addison-Wesley Publishing Company, Inc., 1995.
2. Corpus de Gériatrie // France, Malestroit, Tome 1,2, 2000, 188p
3. Halter J., Jozeph O., Marz T. et al. // Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 6th edition
4. Hoeymans N., Anneke van den Berg J. Health status of the elderly in the future, Morbidity, performance and quality in primary care, Dutch general practice on stage, Chapter 27, p. 239 – 246
5. <http://scmsmps.md/>
6. Wilihoite F. Equal Opportunity and Primate Particularism. In: Journal of Politics, 3, 1997, p. 34-56.
7. Blaja-Lisnic N, Negară A, Grejdianu F. și a. Populația vârstnică din Republica Moldova, polipatologie și evaluare medico-socială. // Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”. Vol. 3. Probleme actuale în medicina internă. Chișinău, 2009, p. 473
8. Hofman A., Paulus T. et al. Epidemiology of neurological diseases in elderly people: what did we learn from Rotterdam Study?, The Lancet Neurology, Vol 5, issue 6, p. 545-550, June 2006
9. Bertalanffy L. General Theory of System Application to Psychology in the Social Sciences-Problems and Orientation. Paris: Mouton UNESCO, 1968. 394 p.
10. Chestionar Calitatea Vieții <https://vdocuments.site/chestionar-calitatea-vietii-55c7fc57237ce.html>
11. Reynolds C. CASE - scalele de evaluare clinică pentru persoanele în vârstă : manual de specialitate pentru CASE și CASE-SF // Cecil R. Reynolds, Erin D. Bigler ; Adaptarea și standardizarea CASE-SF pe populația din România / Roxana Costache, Monica Albu ; coord.: Amalia Ciuca. - Cluj-Napoca : Editura ASCR, 2016
12. Chamberlain, J., Haaga D. Unconditional Self-Acceptance and Psychological Health. // Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 2001, 19, 163-176
13. Chestionar USAQ <https://vdocuments.site/usaq-scorare.html>
14. Chemama R. Dicționar de psihanaliză. Semnificații. Concepte. Mateme. București: LAROUSSE, Univers Enciclopedic, 1997. 380 p.
15. Cosman D. Psihologie medicală. Iași: Polirom, 2010. 462 p.
16. Doron R., Parot F. Dicționar de psihologie. București: Humanitas, 2006. 886 p.
17. Calancea V., Melnicu A. Practicum la psihologia clinică. Chișinău: Cetatea de Sus, 2012. 194 p.

Aspecte contemporane ale disforiei de gen

***Ciobanu Vasile**, student anul 6; **Cărăușu Ghenadie**¹, dr.hab.șt.med., conf.univ

¹Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: vasile.ciobanu1994@gmail.com

Rezumat

Introducere. Disforia de gen este o condiție, care descrie disconfortul și suferința suportată de o persoană, atunci când există o diferență între sexul biologic și identitatea de gen al acesteia. Pentru indivizii adulți, care se nasc de gen masculin, prevalența variază de la 0,005% la 0,014%, iar pentru indivizii de gen feminin, între 0,002% și 0,003%.

Material și metode. În această lucrare a fost realizată o analiză a literaturii de specialitate utilizând PubMed, Google Academic, Medline.

Rezultate. Actualmente se notează o majorare substanțială a prevalenței disforiei de gen și a numărului de persoane, care se identifică ca transgen. Diferența dintre sexe în ceea ce privește procentul de consultații în clinicile de specialitate variază în funcție de grupa de vârstă. La copii, raportul pe sexe dintre cei născuți băieți și persoanele născute fete, variază de la 2:1 la 4,5:1. La adolescenți, raportul de sexe este aproape de paritate. La adulți, raportul este în favoarea celor născuți bărbați, cu un raport care variază de la 1:1 la 6,1:1.

Concluzii. Datorită progresului tehnologic și social, disforia de gen a devenit mult mai ușor de identificat, însă din cauza stigmatizării sociale multe persoane evită să recunoască deschis acest

fapt. Tendințele actuale, referitor la încurajarea auto-identificării sexuale și a desteriotipării rolurilor sociale ale fiecărui gen, vorbesc despre o eventuală creștere a prevalenței.

Cuvinte cheie: Disforia de gen, epidemiologie, stigmatizare.

Serotonergic syndrome, principles of diagnosis and treatment

*Coșciug Ion¹, Assoc. Professor, PhD.; Deliv Inga¹, Assoc. Professor, PhD.; Manea Mirela², Professor, PhD.;

Butnari Elena¹, resident doctor; Padure Irina¹, clinical psychologist

¹Department of Mental health, medical psychology and psychotherapy,

Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova;

²Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest Romania

*Autor Correspondent: ion.cosciug@usmf.md

Abstract

Introduction Serotonergic syndrome is a health disorder caused by the use of drugs or the accidental interaction of drugs that increase serotonergic neurotransmission. The mentioned disorder is one with lethal potential and is insufficiently studied.

Aim of the study was to elucidate the main causes, etiopathogenic mechanisms, clinical manifestations and treatment principles of serotonergic syndrome based on available literature data.

Material and methods In order to achieve the proposed goal, multiple scientific publications from the last 15 years dedicated to the respective theme were studied.

Results Literature data highlight the following main causes of serotonergic syndrome: a) concomitant administration of drugs that increase serotonergic neurotransmission; b) overdose of serotonergic drugs (more frequently antidepressants); c) the combination of different classes of drugs that increase serotonin concentration in serotonergic circuits (e.g., antidepressants with triptans). As the main etiopathogenic mechanisms of serotonergic syndrome, the following are more frequently mentioned: a) inhibition of serotonin reuptake in the synaptic cleft; b) excess release of serotonin; e) excessive activation of serotonin receptors; f) inhibition of enzymes involved in the metabolism and elimination of serotonergic drugs. The main clinical manifestations of serotonergic syndrome fall into Hunter triad: 1) alerted mental status, up to confused states of consciousness (oneiroid, amnesia, delirium); 2) muscle hypertonia and 3) significant vegetative nervous system dysfunctions. The severity of the syndrome can range from mild to severe. In severe cases, it is associated with rhabdomyolysis, myoglobinuria, metabolic acidosis, kidney failure, coma and death. The differential diagnosis should be made with: neuroleptic malignant syndrome, pernicious schizophrenia access, encephalitis with ant-NMDA receptors antibodies, central anticholinergic syndrome, malignant hyperthermia. Therapeutic management, depends on the severity, will include immediate cessation of serotonergic drugs, symptomatic treatment to maintain vital functions, administration of serotonergic antagonists (Cyproheptadine, Chlorpromazine).

Conclusions: 1) Serotonergic syndrome is a potentially fatal disorder. 2) The lethal risk induced by serotonergic syndrome can be reduced by: immediate cessation of serotonergic drugs, detoxification measures, maintenance of vital functions, administration of serotonergic antagonists. 3) Serotonergic syndrome can be prevented by avoiding the association of drugs that increase serotonergic neurotransmission.

Key words: serotonergic syndrome, clinical manifestations, therapeutic management, serotonergic antagonists.

Sindromul serotoninic. Repere clinico-terapeutice

*Coșciug Ion¹, dr.șt.med., conferențiar universitar; Deliv Inga¹, dr.șt.med., conferențiar universitar; Dr. Manea Mirela², dr.șt.med., profesor universitar; Butnari Elena¹, medic rezident; Padure Irina¹, psiholog clinician

¹Catedra Sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova; ²UMF Carol Davila, București România;

*Autor Corespondent: ion.cosciug@usmf.md

Rezumat

Introducere Sindromul serotoninergic este o tulburare de sănătate cauzată de utilizarea medicamentelor sau de interacțiunea accidentală a medicamentelor care cresc neurotransmisia serotoninergică. Deoarece tulburarea menționată este una cu potențial letal, dar este insuficient studiată, s-a demarat un studiu, care și-a propus drept **scop** elucidarea cauzelor principale, mecanismelor etiopatogenice, manifestărilor clinice și principiilor de tratament ale sindromului serotoninergic în baza datelor din literatura de specialitate disponibilă.

Material și metode Pentru atingerea scopului propus, au fost studiate multiple publicații științifice din ultimii 15 ani, consacrate temei respective.

Rezultate Analiza datelor de literatură a demonstrat că, principalele cauze ale sindromului serotoninergic includ: a) administrarea concomitentă a medicamentelor care sporesc neurotransmisia serotoninergică (de ex., două antidepresive); b) supradozarea remediilor serotoninergice (mai frecvent a antidepresivelor); c) combinația nehibzuită a remediilor cu mecanism de acțiune serotoninergic cu alte clase de medicamente care cresc concentrațiile serotoninei în circuitele serotoninergice (de ex., antidepresive cu antimigrenoase din clasa triptanelor). Principalele mecanisme etiopatogenice în declanșarea sindromului serotoninergic includ: a) inhibarea recaptării serotoninei în fanta sinaptică; b) reducerea metabolismului serotoninei; c) creșterea sintezei de serotonină; d) eliberarea în exces a serotoninei; e) activarea excesivă a receptorilor serotoninergici; f) inhibarea enzimelor implicate în metabolizarea și eliminarea remediilor serotoninergice. Mecanismele menționate declanșează modificări esențiale în homeostazia generală a organismului. Principalele manifestări clinice ale sindromului serotoninergic sunt prezentate în triada Hunter: 1) stare mentală alterată, până la stări de conștiință confuză (oneiroid, ameție, delirium) 2) excitare neuromusculară (hipertonus muscular) și 3) disfuncții vegetative semnificative. Severitatea sindromului poate varia de la ușoară la severă, fiind asociată cu rabdomioliză, mioglobinurie, acidoză metabolică, insuficiență renală, comă și deces. Diagnosticul diferențial trebuie făcut în primul rând cu așa tulburări ca: sindromul neuroleptic malign, accesul de schizofrenie pernicioasă, encefalita cu anticorpi anti-receptori NMDA, sindromul anticolinergic central, hipertermia malignă.

Managementul terapeutic, în funcție de severitate va include sistarea imediată a remediilor serotoninergice, tratament simptomatic pentru menținerea funcțiilor vital importante, administrarea de antagoniști serotoninergici (Ciproheptadinum).

Concluzii 1) Sindromul serotoninergic este o tulburare cu potențial letal. 2) Declanșarea sindromului serotoninergic poate fi prevenită evitând asocierea medicamentelor ce cresc transmisia serotoninergică. 3) Sistarea imediată a remediilor serotoninergice, menținerea funcțiilor vitale,

administrarea antagoniștilor serotoninergici poate reduce considerabil potențialul letal al acestui sindrom.

Cuvinte cheie Sindrom serotoninic, management terapeutic, antagoniști ai serotoninei.

Evaluarea profilului psihologic și a necesităților psihoemoționale ale persoanelor cu tulburările mintale severe (TMS)

Coșulean Raislav¹, Master în Psihologie Clinică

¹AO SOMATO, organizație din domeniul sănătății mintale.

*Autor corespondent: rcosulean337@gmail.com (8)

Rezumat

Scopul cercetării este: Evaluarea profilului psihologic și necesităților psihoemoționale ale persoanelor cu tulburări mintale severe (TMS) din cadrul centrelor comunitare de sănătate mintală pentru îmbunătățirea calității și planificării serviciilor de reabilitare. Evaluarea caracteristicilor clinico-epidemiologice, psihologice și necesităților psihoemoționale ale persoanelor cu tulburări mintale severe din cadrul serviciilor comunitare de sănătate mintală.

Obiective: 1. Analiza literaturii în domeniul tulburărilor mintale severe – definiții, clasificări, factori socio-determinanți și povara socială. 2. Studiarea conceptelor de schizofrenie, tulburarea afectiv bipolară, episodul depresiv major, tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburarea de stres posttraumatică în psihiatria contemporană. 3. Analiza teoretică a conceptului de reabilitare psihosocială în literatura de specialitate. 4. Analiza și sinteza literaturii în domeniul procesului de dezinstituționalizare a persoanelor cu TMS – transferul asistenței de la serviciile spitalicești la cele din comunitate de sănătate mintală.

Rezultatele studiului sugerează că, pentru a obține cea mai mare eficacitate în intervenție, serviciile de sănătate mintală și cele reabilitaționale pentru persoanele cu TMS ar trebui dezvoltate în conformitate cu cele mai frecvente nevoi ale pacienților. TMS duc după sine o stimă de sine scăzută și integrare socială redusă. Doar intervențiile bio-psiho-sociale pot ameliora funcționalitatea și respectul de sine a persoanelor cu TMS. Există premise ce permit ajustarea serviciilor la necesitățile pacienților cu TMS, serviciile psihologice fiind complementare celor psihiatrice pentru a permite o integrare socială ce va contribui la creșterea calității vieții persoanelor cu probleme de sănătate mintală.

Concluzii generale: Bolile psihice duc după sine o povară foarte mare socială și socio-economică pentru familii și comunitate. Tulburările mintale severe reprezintă o problemă gravă care duce la un grad înalt de dezintegrare socio-familială. Persoanele cu TMS rămân o categorie vulnerabilă de populație ce necesită servicii integrate pentru o reabilitare psihologică și psiho-socială, îngrijirea necesară nefiind limitată la partea medicală.

Cuvinte cheie: Tulburări mintale severe (TMS), servicii de sănătate mintală, calitatea vieții, instrumente validate, analiza literaturii, loturi de studiu.

Risk factors in depression

*Dandara Alexandru¹, resident; Cărăușu Ghenadie¹, MD, PhD, associate professor

¹Department of mental health, medical psychology and psychotherapy, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy of the Republic of Moldova

*Autor corespondent: dandara.alexandru@bk.ru

Abstract

Introduction. Depression is becoming the most common emotional disorder in the world. It is estimated that annually, 3-15% of the general population has a depressive episode, of which 0.4-5% are severe depressive episodes. For this reason, the identification and classification of risk factors is important for the diagnosis and timely intervention in the treatment of depressive disorders

Material and Methods. A synthesis analysis of international publications and specialized literature was performed using Pub Med, Medline, ResearchGATE network.

Results. As a result, it was determined that the risk factors were classified according to scientifically proven objectivity, the degree of influence on the onset of depression, the frequency index from case to case. As an example, emotional abuse in childhood was ranked as a strong factor associated with depressive disorder, frequently encountered with low quality of life (from low, medium, high) and with degree III (from III according to severity). Vitamin D deficiency was ranked as a strong factor associated with depressive disorder, frequently encountered with medium quality of life, and with degree III.

Conclusion. The objective classification of risk factors in depressive disorders has a major influence on prevention, severity determination and timely intervention.

Keywords: Depressive disorders, risk factors, classification.

Depresia copilului și adolescentului. Particularități

***Deliv Inga**¹, dr.șt.med., conferențiar universitar; **Coșciug Ion**¹, dr.șt.med., conferențiar universitar

¹Catedra Sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

*Autor Corespondent: inga.deliv@usmf.md

Rezumat

Introducere În prezent, tulburările afective la copii și adolescenți, devin tot mai răspândite. Depresia copilului, adolescentului ocupând un loc prioritar de studiu atât pentru psihiatri, cât și pentru psihologii clinicieni. Fenomenul pare să fie determinat de incidența crescută a depresiei la categoria de vârstă menționată, dar și de dificultățile de diagnostic pe care le prezintă.

Material și metodă Lucrarea de față se bazează pe examinările clinice realizate de autori în ultimul deceniu de activitate.

Rezultate Se poate menționa că, la copii și adolescenți, stările depresive sunt atipice și manifestă polimorfism clinic. Pot fi identificate și unele particularități ale depresiei la această vârstă: a) depresia este frecvent acompaniată de anxietate marcată; b) componenta afectivă a depresiei este una instabilă și nediferențiată; c) persistă componenta ideativă (mai frecvent sub aspectul fricilor obsesive); d) se poate manifesta sub aspectul unui comportament de opoziție, beligerant sau psihopatoid; e) în structura sindromului depresiv este evidentă componenta somato-vegetativă ș.a. Adolescentului îi sunt caracteristice maximalismul, intoleranța tutelării, criticismul exagerat, labilitatea dispoziției afective, toate rezultând din particularitățile dezvoltării psiho-sexuale în această etapă a vieții. Vârsta pubertară poate fi considerată una dintre cele mai vulnerabile perioade în sensul destabilizării sănătății, inclusiv a sănătății mintale. Observațiile clinice au permis evidențierea mai multor tipuri de depresie la copii și adolescenți: 1) agitată; 2) inhibată; 3) anxioasă; 4) fobică; 5) hipocondriacă; 6) adinamică; 7) bizară; 8) disforică; 9) substuporoasă; 10)

“plângăreață”; 11) somatizată; 12) astenică; 13) psihopatoică; 14) asociată cu anorexie sau bulimie, etc. Una din particularitățile depresiei copilului și adolescentului este asocierea acesteia cu un comportament antisocial, brutal, desfrânat, negativist, care adeseori este manifestat sub aspectul echivalentelor depresive “delicvente” și/sau crizelor de “explozivitate”. Un semn al depresiei copilului poate fi reducerea “nemotivată” a reușitei școlare, care este percepută și interpretată de adulți ca fiind stare de astenie, oboseală, lene, plictiseală, etc. Pot fi evidențiate și unele diferențe între depresia adultului și cea a copilului/adolescentului: a) particularitățile ideilor depresive – la copii persistă sentimentul de vinovăție față de părinți, prieteni, profesori, colegi; b) copiii cu scoruri la testele psihometrice ce corespund unei depresii severe, exterior pot fi doar “plângăreți”; c) depresia copilului adeseori evoluează pe fundal de epuizare, anergie; d) copiii, de regulă, nu suportă (nu acceptă) consolarea, susținerea, compasiunea persoanelor apropiate (părinților); e) tulburările depresive la copii/adolescenți au o structură plurisindromală; f) depresia la copii se dezvoltă din cauza incapacității acestora de a evalua la justa valoare diversele dificultăți ale vieții și de a-și exprima verbal sentimentele, suferința, trăirile emoționale; g) depresia copilului/adolescentului este deosebit de sensibilă la excitanții externi, care-i pot modifica esențial tabloul clinic.

În perioada adolescenței dezvoltarea depresiei, dar și evoluția acesteia în timp poate fi influențată de: a) particularitățile psiho-emoționale ale pubertății; b) torentul informațional masiv, care acționează asupra unui creier încă imatur; c) creșterea încărcăturii emoționale datorită extinderii relaționării sociale; d) unele condiții medicale, care pot reduce adaptivitatea și crește vulnerabilitatea pentru dezvoltarea diferitor tulburări afective, inclusiv depresive; e) incapacitatea de a face față condițiilor impuse de mediu ș.a.

Concluzii: 1) Depresia copilului/adolescentului are unele particularități clinice. 2) Particularitățile depresiei copilului/adolescentului, probabil sunt determinate de mecanismele adaptative imature și specificul perioadelor de dezvoltare psiho-sexuală. 3) În lipsa unei asistențe psihiatrice, psihologice adecvate tulburările afective, inclusiv depresia copilului/adolescentului poate prelua aspectul unui comportament deviant sau/și antisocial (criminogen, suicidal, consum de droguri, alcool) contribuind ulterior la extinderea tulburărilor de sănătate mintală în vârsta adultă.

Cuvinte cheie Depresia copilului/adolescentului, tulburări afective.

The role of nutrigenomics in psychiatric disorders

***Eremia Valentina**¹, student 6th year; **Cărăușu Ghenadie**¹, MD, PhD, associate professor

¹Department of Mental health, medical psychology and psychotherapy,

Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: eremiavalentina30@gmail.com

Abstract

Introduction. Nutrigenomics is a new research field that combines nutrition and genetics at the molecular level. It attempts to classify the genes that increase the likelihood of the diet related psychiatric diseases and to assist in overcoming the pathways underlying these genetic predispositions.

Material and Methods. The correlation between nutrigenomics and psychiatric disorders is a novel area of study, so a narrative review from sites as (PubMed, Ncbi, Medscape) was used.

Results. The impact of nutrigenomics on psychiatric disorders as (depression, eating disorders, anxiety, mood disorders, bipolar disorder, and schizophrenia) could be a pivotal point in

understanding the dynamics of the emerging field of science. It is about the effect of specific nutrients on the genes (SLCGA4/5HTT, HTR2A-depression, FTO-eating disorders, MAOA-anxiety etc.). Knowing the specific genes, which are implicated, their own polymorphism and interaction with a specific type of food (for example PUFA levels and DNA methylation for diagnosis of suicide attempt) could prove to be a viable and cost-efficient treatment method.

Conclusions. Even if the impact of nutrigenomics on mental disorders has not been adequately studied, it has the potential to become an effective tool for mental disorders management.

Key words: nutrigenomics, psychiatric disorders, genes, polymorphism.

Psychiatric disorders in patients with Creutzfeldt Jacobs's disease

***Eremia Valentina**¹, student 6th year; **Cărașu Ghenadie**¹, MD, PhD, associate professor

¹Department of Mental health, medical psychology and psychotherapy,

Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: eremiavalentina30@gmail.com

Summary

Introduction. Rapid symptom progression is one of the most important clues that a person may have Creutzfeldt-Jakob disease. There is no single test or any combination of tests that can conclusively diagnose sporadic Creutzfeldt-Jakob disease in a living person. The aim of this article is to study some distinct features of patients with Creutzfeldt-Jacob's disease in order to make a differential diagnosis with other disorders.

Material and Methods. It is a review of articles from the last 10 years, using medical sites such as PubMed, Medscape, NCBI, Med bullets.

Results. Creutzfeldt-Jakob disease (CJD) is the most common human form of a group of rare, fatal brain disorders known as prion diseases. Prion diseases, such as Creutzfeldt-Jakob disease, occur when prion protein, which is found throughout the body but whose normal function isn't yet known, begins folding into an abnormal three-dimensional shape. This shape change gradually triggers prion protein in the brain to fold into the same abnormal shape. Creutzfeldt-Jakob disease causes a type of dementia that gets worse unusually fast. More common causes of dementia, such as Alzheimer's, Lewy body dementia and fronto-temporal dementia, typically progress more slowly. Generally, there are three types of Creutzfeldt-Jakob disease: sporadic, familial and acquired.

Conclusions. Creutzfeldt-Jakob disease is a rare disease with psychiatric symptoms who include depression, agitation, apathy, disorientation, problems with memory, thinking, planning and judgment. The clinical presentation of variant Creutzfeldt-Jakob disease usually begins with a psychiatric prodrome, often at least 6 months before the onset of traditional neurologic symptoms.

Key words: Creutzfeldt-Jacob's disease, prions, psychiatric symptoms, dementia.

Introduction. Creutzfeldt-Jacob's disease (CJD) is a rare, rapidly progressive neurodegenerative disease that is caused by prions proteins. It belongs to a family of prion diseases, which can cause several fatal neurodegenerative disorders histologically described as spongiform encephalitis [1]. It is a type of transmissible spongiform encephalopathy, which is caused by prions. Prions are misfolded proteins that occur in the neurons of the central nervous system [2]. The pathology shows spongiform change that consists of the vacuolation of the neuropil of the grey matter. This is associated with astrogliosis and neuronal loss [3]. CJD is a neurodegenerative disease with many controversial aspects. Speaking about pathology, morphology and physiology

there are some objective criteria we can use in order to recognize it. When discussing psychiatric manifestations, this is difficult, because there are no distinct symptoms.

Material and methods. It is a review of articles from the last 10 years, using medical sites (recognized worldwide for the latest information on scientific research) such as PubMed, Medscape, NCBI, Medbullets. For a better understanding of the topic, some clinical cases are presented in this article.

Results. Because no occupational exposure of patients with variant CJD to cattle on farms or in abattoirs has been identified, spread is likely to occur through consumption of BSE-contaminated meat products (case reported in 2020) [4].

There are *three types*: spontaneous one (the most common), familial CJD and acquired (iatrogenic transmission) [5].

The most common type of the disease is the *sporadic type*-sCJD. It is thought that it results from a spontaneous neurodegenerative illness—a somatic mutation in the gene or a random structural change in the PrP protein causing formation of PrP (Sc) [6]. Sporadic CJD is characterized by prominent neurological symptoms, periodic epileptiform discharges on EEG, a relatively short disease course, onset in old age, and the presence of 14-3-3 protein in the cerebrospinal fluid. In contrast, variant CJD is characterized by early presentation of comorbid psychiatric symptoms, slow progression, and onset in early life [7].

Familial CJD results of known mutations of PRNP and is historically split into 3 phenotypic categories of GSS syndrome, fatal familial insomnia (FFI) and fCJD [6].

Iatrogenic form, for the first time reported in 1974 was in a patient who received a corneal transplant from an infected cadaver with incubation period lasting between 1-14 years. Pooled cadaveric growth hormone was used for injections and led to CJD after 30 years [6].

The hallmark of CJD is rapidly progressive dementia of unknown origin. In addition, numerous atypical neurological examination findings are seen as myoclonus, visual changes leading to cortical blindness, ataxia and akinetic mutism in the last stages [6].

Diagnostic criteria of probable sCJD include rapid cognitive decline, at least 2 of the following six specific neurological manifestations as: myoclonus, pyramidal/extrapyramidal, visual, cerebellar, akinetic mutism, other higher cortical signs (neglect, aphasia, apraxia, acalculia), positive EEG or positive MRI (subcortical hyperintensity or cortical gyral hyperintensity) and the fourth one (routine investigations do not suggest an alternative diagnosis) [8].

The classic clinical presentation of sCJD includes rapidly progressive dementia, myoclonus, pyramidal and extrapyramidal signs but it can begin with non-specific psychiatric symptoms such as: personality changes, behavioral changes, anxiety and even as a psychotic condition [9]

A diagnosis of CJD should not be neglected in elderly patients presenting with recent onset and rapid progression of behavioral changes, anxiety, irritability, mood deflection, and insomnia with no psychopathological history [8].

Here is the case of a 53-year-old Columbian female, divorced, with no family psychiatric history. Condition began with delusions of persecution that required involuntary admission. Blood tests, urine analysis for drugs and CT were done—with normal results. She was discharged with the diagnosis of unspecified psychotic disorder and prescribed treatment with 9 mg/day paliperidone [9].

Unfortunately, the delusional disorder reappeared at 8 month. As a result, the patient received MRI scan, which showed T2 hyperintensity and FLAIR with diffusion restriction of the frontal and insular cortex, of the thalamus and of the basal ganglia, predominantly right. The patient was diagnosed with probable CJD [9].

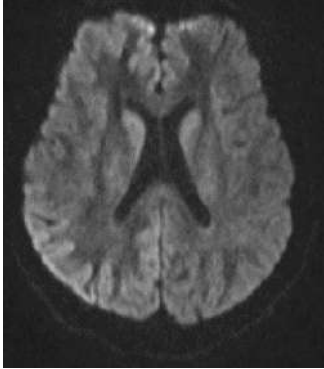


Figure 1. Diffusion-weighted magnetic resonance imaging of the brain showing hyperintensities in the cerebral cortex and bilateral basal ganglia [7].

In short, this case illustrates the need to consider CJD as a differential diagnosis in patients with psychotic symptoms or affective disorders resistant to conventional psychiatric treatment. The frequent lack of biological markers for diagnosing psychiatric illness can make the initial diagnosis more difficult to reach, especially in cases of atypical presentation. [9].

Psychiatric symptoms in sCJD have a specific clinical evolution. In the prodromal phase patients present with depression and anhedonia (6 months outpatient care) [7].

This is a controversial theme, so in order to describe the first symptom/sign and first diagnosis in patients with sCJD, in Germany was made a clinical trial in order to reach some data on the first symptom/sign in 492 patients with probable sCJD and known M129V polymorphism. Unspecific prodromal symptoms such as headache, fatigue, sleep disturbances were found in about 10 % of the patients. Dementia was the most common first symptom (37%) followed by cerebellar (34%), visual (15 %), and psychiatric disturbances (14 %) [10].

According to one clinical analysis made by University Hospital Center of Coimbra, Portugal- 26% of patients with sCJD have psychiatric symptoms at disease onset, increasing to 80 % within the first 100 days [11].

Neurological signs, such as hyperkinetic movements and gait imbalance, can be interpreted as eventual adverse effects of the prescribed medication, in the literature, movement disorders induced by antipsychotics, such as sulpiride, and calcium channel blockers, such as cinnarizine [12].

There have been only a few case reports with little attention in the literature given to the psychiatric manifestations of CJD. Symptoms may be vague and can include weight loss, fatigue, dizziness, headache, disorders of sleep, impaired judgment and unusual behavior. An intense emotional response to the environment as well as delusions, hallucinations and agitation may be interpreted as a depressive or psychotic illness. In review of 232 experimentally transmitted cases of sporadic CJD, approximately one-third of the cases at the outset manifested only mental deterioration, with some form of emotional instability. Ten percent of patients with CJD are admitted to psychiatric wards [13].

In early phase (3-4 weeks) patient, present with major depressive disorder, a propensity to cry, weight loss and insomnia. The third phase (intermediate one) which lasts for about 2 weeks we can distinguish mood disorder with psychotic symptoms: emotional lability, hypertalkativeness, referential delusions. It is important to note that in this period appear for the first time neurological symptoms as myoclonic jerks and urinary incontinence. The last phase lasts months and is characterized by dementia with psychotic symptoms [7].

These controversial stages of evolution are referred to phenotypic heterogeneity in sCJD which is well documented, but there is not yet a systematic classification of the disease variants.

To define a full spectrum of variants, we examined a series of 300 sCJD patients. Seventy percent of subjects showed the classic CJD phenotype, PrP (Sc) type 1, and at least one methionine allele at codon 129. Twenty five percent of cases displayed the ataxic and kuru-plaque variants, associated to PrP (Sc) type 2 and methionine homozygosity. Finally, a rare phenotype characterized by progressive dementia was linked to prP(Sc) type 1 and valine homozygosity [14].

According to WHO definition of Creutzfeldt-Jacob disease there are 3 subtypes. The first one-definite form diagnosed by standard neuropathological techniques; and/or immunocytochemically and/or western blot confirmed protease-resistant PrP and/or presence of scrapie-associated fibrils. The second one-probable is characterized by progressive dementia and at least two out of the following features: myoclonus, visual or cerebellar disturbance, pyramidal/extrapyramidal dysfunction, akinetic mutism and a typical EEG during an illness of any duration and/or a positive 14-3-3 CSF assay and a clinical duration to death routine investigations should not suggest an alternative diagnosis. The last one which is called possible one, has the following features-progressive dementia and at least two out of the following four clinical features: Myoclonus, visual or cerebellar disturbance, pyramidal/extrapyramidal dysfunction, akinetic mutism, and no EEG or atypical EEG, duration to death less than 2 years [15].

Discussions.

Creutzfeldt-Jacob disease is rare and is often a diagnostic challenge for physicians facing a rapidly progressing dementia. As of now, definitive diagnosis is provided with brain biopsy, but more often than not the results are inconclusive because not all areas of the brain will show the classic histological changes in CJD, even if the disease is present. Surgeons target areas that appear the most abnormal on imaging studies, but this is most often in deep-seated subcortical structures.

The WHO criteria, as well as more updated suggested criteria, are outdated because they do not use newer tests that provide a less invasive method for definitive diagnosis. Given these issues, a newer approach to diagnosis is needed.

Creutzfeldt-Jakob disease is classified as familial, sporadic, or acquired. Regardless of the type, the disease has a rapid clinical course that is uniformly fatal. There are some consistencies on physical examination, radiographic studies, and EEG, but the most common form is sporadic CJD (sCJD), and it follows a theme of heterogeneity.

The infectious agent is the abnormal scrapie form (PrP^{Sc}) of the host-encoded cellular prion protein (PrP^C) that causes a posttranslational modification of PrP^C into the disease form, accumulating in the brain and causing neurodegeneration. Familial CJD (fCJD), or the genetic type, is due to a mutation in the gene encoding PrP^C, whereas the sporadic form is thought to originate after a somatic mutation or a stochastic protein alteration. Creutzfeldt-Jakob disease is also transmissible through iatrogenic causes or by ingesting beef with bovine spongiform encephalopathy (BSE or „mad cow disease”), leading to variant CJD (vCJD).

Conclusions. Creutzfeldt-Jakob disease is a rare disease with psychiatric symptoms who include depression, agitation, apathy, disorientation, problems with memory, thinking, planning and judgment. Prion diseases are unique in that they can occur by three mechanisms: spontaneous (sporadic), genetic (familial), and acquired (infectious/transmitted). The sporadic Creutzfeldt-Jakobs disease is a rapidly progressive dementia with behavioral abnormalities, ataxia (usually gait), extrapyramidal features, and, eventually, myoclonus. The clinical presentation of variant Creutzfeldt-Jakob disease usually begins with a psychiatric prodrome, often at least 6 months before the onset of traditional neurologic symptoms; cognitive dysfunction, cerebellar dysfunction, and involuntary movements (e. g, dystonia, myoclonus, or chorea) usually appear several months

after psychiatric onset. Some of the symptoms of human prion disease can be temporarily treated, but currently no cures are available.

References.

1. Sitamagari K. K., Masood W. Creutzfeldt Jakob Disease. *Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob*, Mar. 2022, Accessed: Sep. 15, 2022. [Online]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507860/>
2. Creutzfeldt–Jakob disease. Wikipedia. https://en.wikipedia.org/wiki/Creutzfeldt%E2%80%93Jakob_disease#Cause (accessed Sep. 21, 2022).
3. Butler R., Fleminger S. Creutzfeldt–Jakob disease and its implications for psychiatric management. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 7, no. 1, pp. 50–56, 2001, doi: 10.1192/APT.7.1.50.
4. Variant Creutzfeldt - Jakob disease and Bovine Spongiform Encephalopathy: Background, Pathophysiology and Etiology, Epidemiology. <https://emedicine.medscape.com/article/1169688-overview> (accessed Sep. 16, 2022).
5. Creutzfeldt-Jakob disease - Neurology - Medbullets Step 2/3. <https://step2.medsbullets.com/neurology/422758/creutzfeldt-jakob-disease> (accessed Sep. 15, 2022).
6. Manix M. et al. Creutzfeldt-Jakob disease: Updated diagnostic criteria, treatment algorithm, and the utility of brain biopsy. *Neurosurg Focus*, vol. 39, no. 5, 2015, doi: 10.3171/2015.8.FOCUS15328.
7. Yang H. Y., Huang S. S., Lin C. C., Lan T. H., Chan C. H. Identification of a patient with sporadic Creutzfeldt-Jakob disease in a psychiatric ward. *Psychiatry Clin Neurosci*, vol. 67, no. 4, pp. 280–281, May 2013, doi: 10.1111/PCN.12049.
8. Singh G., Mehta S., Kumar M., Salhotra A. Creutzfeldt-Jacob Disease with Psychiatric Presentation: Hen's Teeth in Indian Subcontinent: A Case Report. *Indian J Psychol Med*, vol. 41, no. 2, p. 184, Mar. 2019, doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_102_18.
9. Ruiz M., del Agua E., Piñol-Ripoll G. Psychosis as debut of sporadic Creutzfeldt–Jakob disease. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, vol. 12, no. 2, pp. 131–133, Apr. 2019, doi: 10.1016/J.RPSMEN.2018.11.001.
10. Krasnianski A., Kaune J., Jung K., Kretschmar H. A., Zerr I., First symptom and initial diagnosis in sporadic CJD patients in Germany. *J Neurol*, vol. 261, no. 9, pp. 1811–1817, Sep. 2014, doi: 10.1007/S00415-014-7410-Z.
11. Wall C. A., Rummans T. A., Aksamit A. J., Krahn L. E., Pankratz V. S. Psychiatric manifestations of Creutzfeldt-Jakob disease: a 25-year analysis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, vol. 17, no. 4, pp. 489–495, 2005, doi: 10.1176/JNP.17.4.489.
12. View of Psychiatric Manifestations of Sporadic Creutzfeldt - Jakob disease Simulate Depressive Disorder with Psychotic Symptoms. *European Journal of Case Reports in Internal Medicine*. <https://ejcrim.com/index.php/EJCRIM/article/view/189/413> (accessed Sep. 30, 2022).
13. Moellentine C. K., Rummans T. A. The varied neuropsychiatric presentations of Creutzfeldt-Jakob disease. *Psychosomatics*, vol. 40, no. 3, pp. 260–263, 1999, doi: 10.1016/S0033-3182(99)71244-2.
14. Cali I. et al. Classification of sporadic Creutzfeldt-Jakob disease revisited. *Brain*, vol. 129, pp. 2266–2277, 2006, doi: 10.1093/brain/awl224.
15. Chandra S. R., Issac T. G., Philip M., Gadad V. Creutzfeldt–Jakob Disease Phenotype and Course: Our Experience from a Tertiary Center. *Indian J Psychol Med*, vol. 38, no. 5, p. 438, Sep. 2016, doi: 10.4103/0253-7176.191376.

Severe mental disorders: Psycho-social rehabilitation within community mental health services

*Gherasim Sanda¹, Psychiatry Resident; Chihai Jana¹, PhD, Associate Professor, Senior Mental Health

Advisor for MENSANA Project, Lucia Carp², PhD, Psychiatrist

¹Department of Mental health, medical psychology and psychotherapy,

Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

²Community Mental Health Center of the Buiucani sector.

*Correspondent author: sanda9678@gmail.com

Abstract

Background. SMD refers to diagnosable mental, emotional and/or behavioral disorder that causes serious impairment. These deficiencies often lead to an inability to maintain a lucrative activity, poor social support, repeated psychiatric hospitalizations, homelessness, incarceration and coexisting substance use disorders. Community Mental Health care focuses on providing services within the community, close to people's homes, organized promptly and used in case of need. It offers a series of medical, social services in the form of integrated care, in order to optimize the possibilities to recover of the person with SMD.

Material and Methods. Review of national and international guides about rehabilitation within CMH services. The use of multifunctional questionnaires to elucidate the psycho-social peculiarities of patients with SMDs. Research subject: 40 beneficiaries of CMHC Buiucani with SMDs. Inclusion criteria: disease duration of at least 5 years.

Results. CMH rehabilitation program eliminates/ameliorates some of the worst side effects of institutional care because the person is never totally removed from the community. It permits utilization of a variety of therapeutic techniques such as family therapy, part-time hospitalization, crisis intervention. It makes a significant difference in rates of preventive care, health, and cost-related outcomes.

Conclusion. It has been tested and proved that inclusion of mental health issues in CMH rehabilitation programs is possible, readily available cost effective and help building an environment where people with SMD access their entitlements and enjoy equal opportunities for full participation in their own communities.

Keywords. Rehabilitation, CMH Center.

Training and retaining psychiatrists: The Romanian experience as part of the European Union

***Giurgiuca Ana**, MD, PhD, The University of Medicine and Pharmacy “Carol Davila”, Bucharest, Romania, The “Prof. Dr. Al. Obregia” Clinical Psychiatric Hospital, Bucharest, Romania

*Corresponding author: ana.giurgiuca@gmail.com

Abstract

The World Health Organization estimates that mental disorders in Romania reach a significant rate, generating 2743.69 DALYs (disability-adjusted life years) per 100,000 people. Romania's mental health system is currently operating at capacity, with a rate of 5.66 adult psychiatrists per 100.000 people and only 0.56 child and adolescent psychiatrists (CAP) per 100.000 people. It is well known that a nation's most valuable asset is its human capital; this circumstance holds even greater significance in under-resourced fields like mental health care, given the hardship of finding highly-skilled and knowledgeable staff. Taking this into account, the current paper attempts to identify the causes and the extent of the „brain drain” phenomenon among Romanian psychiatric trainees within the current context of the European Union.

We reviewed the available literature data regarding demographics, prior experiences of short-term mobility, long-term migration, and attitudes toward migration of psychiatric trainees, taking into account our own published data on the attitudes towards migration of Romanian psychiatric trainees.

Our findings indicate that a sizeable proportion of Romanian psychiatric trainees were discontented with their proceeds. Half of psychiatric trainees were willing to work in another country, with a third of them already taking concrete actions towards this. Most psychiatric trainees who undergone prior mobility programs experienced working in wealthy European countries, thus experiencing the economic and social benefits that such an environment offers; their likelihood of working abroad in five-years term was increased.

Although there has been an improvement in mental health services in Romania, there is still a massive “brain drain” of young psychiatrists towards Western Europe, primarily for financial reasons and for an improved working infrastructure. Considering the current unprecedented global mental health crisis, steps should be taken to enhance psychiatric training and to retain young psychiatrists, hence providing for future better national mental healthcare services.

Pregătirea și retenția medicilor psihiatri: Experiența României în cadrul Uniunii

*Giurgiuca Ana, Șef Lucr. Univ. Dr., Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, România, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia” București, România

*Autor Corespondent: ana.giurgiuca@gmail.com

Rezumat

Organizația Mondială a Sănătății estimează că, în România, tulburările psihiatrice ating o rată semnificativă, generând 2743,69 DALY (ani de viață ajustați în funcție de incapacitate) la 100.000 de persoane. Sistemul de sănătate mintală din România funcționează în prezent la capacitate maximă, cu o rată de 5,66 psihiatri pentru adulți la 100.000 de persoane și doar 0,56 psihiatri pentru copii și adolescenți (PCA) la 100.000 de persoane. Este cunoscut faptul că cea mai de preț resursă a unei națiuni este reprezentată de capitalul uman; acest aspect are un impact și mai mare în domenii cu resurse insuficiente, cum ar fi serviciile de sănătate mintală, având în vedere dificultatea de a găsi personal calificat, bine pregătit. Ținând cont de acest lucru, lucrarea de față încearcă să prezinte cauzele și amploarea fenomenului de "*brain drain*" în rândul medicilor rezidenți psihiatri din România în contextul spațiului comun european.

Am analizat datele disponibile în literatura de specialitate cu privire la caracteristicile demografice, existența experiențelor anterioare de mobilitate pe termen scurt, migrația pe termen lung și atitudinile față de migrație ale medicilor rezidenți psihiatri din România, luând în considerare și datele publicate de către noi, referitoare la atitudinea medicilor rezidenți români față de migrație.

Rezultatele arată că un număr semnificativ de medici rezidenți psihiatri sunt nemulțumiți de veniturile salariale. Jumătate dintre medicii rezidenți psihiatri și-au exprimat dorința de a lucra într-o altă țară, iar o treime dintre aceștia au întreprins deja acțiuni concrete în această direcție. Majoritatea rezidenților care au beneficiat de programe de mobilitate au avut experiența de a lucra în țări europene cu venituri mari, experimentând astfel beneficiile economice și sociale pe care le oferă un astfel de mediu, probabilitatea acestora de a emigra în altă țară în termen de cinci ani fiind crescută.

Deși s-a înregistrat o îmbunătățire a serviciilor de sănătate mintală din România, există încă un fenomen masiv de "*brain drain*" al tinerilor psihiatri către Europa de Vest, datorat în principal motivelor financiare și îmbunătățirii infrastructurii de lucru. Având în vedere actuala criză globală din domeniul sănătății mintale, ar trebui luate măsuri pentru a îmbunătăți programul de formare în psihiatrie și retenția tinerilor psihiatri, îmbunătățind astfel serviciile naționale de sănătate mintală.

Management of patients with dementia in Alzheimer's disease

*Grigoraș Irina¹, student 6th year; Cărăușu Ghenadie¹, MD, PhD, associate professor

¹Department of Mental health, medical psychology and psychotherapy,

Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: irinna.grigoras@gmail.com

Abstract

Introduction. Alzheimer's disease is a progressive neurodegenerative disorder of the brain that results in a slow, progressive decline in cognitive function and the appearance of behavioral disturbances, predominantly associated with an age of patients over 65 years.

Material and Methods. A synthesis analysis of international publications and specialized literature was performed using Pub Med, Google Academic, Medline, ResearchGATE network, MedScape databases.

Results. It has been shown that treatment with cholinesterase inhibitors symptomatically alleviates cognitive and mental disorders. Some researchers have argued the ineffectiveness of the use of antipsychotics in controlling psychosis in dementia, also presenting an increased risk of adverse effects. The performance of Memantine has been confirmed as an alternative treatment in moderate and severe forms, being an antagonist of N-methyl-D-aspartate receptors, it has a stabilizing action in the transmission of nerve signals and improving memory. Studies on anti-amyloid antibody therapy in potentiating the slowing of disease progression have been described, emphasizing the positive results of solanezumab and aducanumab.

Conclusion. Currently, there is no specific cure for Alzheimer's disease, but the treatment is pathogenetically and symptomatically oriented, with the assessment of severity, according to the scores presented by the standardized cognitive tests. Early detection of the disease reduces the risk of complications and provides a more favorable prognosis with improved quality of life.

Keywords: Alzheimer's, dementia, management, cholinesterase inhibitors.

Utilizarea psihoterapiei cognitiv-comportamentale în atac de panică

* **Oxana Gumennaia**, psihoterapeut, Liber profesionist, Republica Moldova

*Autor corespondent: oxanahgumennaya@gmail.com ;+37368003696

Rezumat

Introducere: Atac de panică fără tulburare de anxietate se regăsește la 22% din populația generală (Kessler 2005), tulburare de panică la 2-3% din populația generală adultă (11,2% SUA). 30-50% din cei cu tulburare de panică îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru agorafobie, între 10-30% din cei care solicită examene medicale generale și până la 60% din cei care se prezintă la clinicile de cardiologie îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru tulburarea de panică. Femeile de 3-4 ori sunt mai predispuse a îndeplini criteriile pentru acest diagnostic. Studii științifice atestă că terapia cognitiv-comportamentale este cea mai eficientă în tratarea atacurilor de panică, având o metodologie bine pusă la punct în ceea ce privește intervenția.

Scop: Scopul principal a fost de a elucida eficiența psihoterapiei cognitiv-comportamentale în tratamentul atacurilor de panică.

Materiale și metode: Clienta a fost evaluată cu scala Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale (SPRAS) și Beck – Scorul 44 (max. 63) la începutul terapiei și la a 14-a ședință pentru a putea măsura progresul.

Rezultate: Conform scalelor aplicate la 1 ședință s-a determinat un nivel SPRAS – Scorul 94, anxietate severă, tulburare de panică și Beck – Scorul 44, nivel ridicat de anxietate. La a 14-a ședință s-a constatat un scoraj de SPRAS – 26, norma, și Beck –16, nivel neesențial de anxietate.

Concluzie: se constată o ameliorare considerabilă a stării clientei, ea nu mai experimentat atacuri de panică.

Cuvinte cheie: atac de panică, psihoterapie cognitiv-comportamentală.

Severe mental disorders. Peripheral biomarkers in the first psychotic episode

***Jelaga Dorin**¹, resident doctor; **Oprea Valentin**¹, Ph.D. associate professor; **Camenșic Olivia**¹, resident doctor

¹Department of Mental health, medical psychology and psychotherapy, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

*Correspondent author: dorin.jelaga@mail.ru

Abstract

Background. Severe mental disorders disturb the entire behavior and psychosocial functioning of the person. It affects almost 1% of the world's population and has a serious socio-economic impact. A biological marker is currently required to predict the onset and course of diseases. The aim of this study is to examine biomarkers detectable in peripheral blood, focusing on their possible uses for diagnosis, response to treatment or their relationship to severe mental disorders.

Material and Methods. The study was conducted following the review of the literature, using articles published in electronic sources recognized by the international medical society as: PubMed / MEDLINE, NEJM, NCBI, as well as psychiatry textbooks, national and international guides.

Results. Analysis of data from 32 recent scientific studies identified the main neuro-inflammatory biomarkers in the first psychotic episode: interleukins (IL-1, soluble IL-2 receptor, IL-4, IL-6, IL-8, IL-12), C-reactive protein, 3-hydroxyquinurenine. Neuroendocrine biomarkers: cortisol, leptin, proopiomelanocortin, prolactin. Genetic biomarkers: neurotrophin-3 gene, brain neurotrophic factor gene. Neuro-inflammatory markers are found in higher concentrations in patients with severe mental disorders than in healthy control subjects. Higher levels of C-reactive protein correlate with the severity of clinical symptoms.

Conclusion. The increased concentration of cytokines detected in the serum of patients with the first psychotic episode and in case of recurrence of the disease and the significant quantitative decrease in the administration of antipsychotic treatment, can be considered a biological marker.

Keywords: Biomarker, first psychotic episode, severe mental disorder.

Risk factors in multiple suicide attempts

***Mamedova Alina**^{1,2}, PhD student; **Cărăușu Ghenadie**¹, MD, PhD, associate professor

¹Department of mental health, medical psychology and psychotherapy, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy of the Republic of Moldova

²IMSP Clinical Hospital of Psychiatry, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: dr.mamedova.alina@gmail.com

Abstract

Introduction. Suicidal behavior is a major health problem with serious social and economic consequences. Suicide is the 15th leading cause of death worldwide, while the global age-standardized suicide rate is estimated at 11.4 per 100,000 population and attempts are calculated to be 15-20 times more frequent than suicides. The repetition of suicide attempts strongly predicts subsequent attempts and eventually suicide.

Material and methods. The publications on multiple suicide attempts available on PubMed were studied.

Results. The most common risk factors for subsequent suicide attempts are previous ones. Among other factors that find the average age, unemployment, divorce, abandonment. About 90% of all suicides are associated with mental disorders. Current psychopathology and diagnosed mental disorders were found to strongly associate with multiple attempts. Patients with multiple attempts (two or more) in their history seem to have more severe depressive symptoms than those with a single attempt. Severe insomnia during the depressive episode, schizophrenic spectrum disorders, bipolar disorders, personality disorders, post-traumatic stress disorder, current recurrent psychotic syndrome, substance abuse are associated with an increased suicide risk. Repeated attempts and mood swings following the administration of antidepressants are frequently associated. Therefore, it is essential to follow the duration of the application of interventions for these people.

Conclusions. The identification of risk factors can be used as a method of prevention and intervention. Studies are needed to address the impact of early screening for repetitive suicidal behavior and the importance of personalized suicide recurrence prevention programs.

Keywords: suicide, multiple suicide attempts, risk factors.

Stigma în psihiatrie

*Dr. Manea Mirela¹, Dr. Coșciug Ion², Dr. Țibîrna Andrian³, Dr. Manea Mihnea¹, Dr. Floris Iliuta³, Dr. Gabriela Puiu³, Dr. Vlad Dionisie³, Nica Raluca Ileana¹, Psiholog Dr.

¹UMF Carol Davila, București România; ²USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova; Spitalul Clinic de Psihiatrie, Alexandru Obregia, , București România

*Autor Corespondent: mihnea.manea@live.com

Rezumat

Stigma este frecvent întâlnită în medicină, în cadrul afecțiunilor cronice în general, dar în psihiatrie în special. Și acest lucru din două motive: boala cronică și patologie psihiatrică. Stigma este din partea societății și uneori a familiei asociază un comportament evitant, stigmatizant și din partea personalului din celelalte specialități, pe de o parte. Pe de altă parte vorbim și de autostigma indusă de presiunea celorlalți asupra pacienților. Când am nominalizat stigma în psihiatrie am luat în considerare și stigma asupra personalului: medici, asistenți care au specialitatea psihiatrie. Urmarile stigmei asupra pacienților cu tulburări de sănătate mintală sunt cu consecințe grave, în sensul că, adesea continuarea tratamentului nu se mai face, deci complianța este scăzută, afecțiunile psihice se cronicizează și riscurile cresc. Mă refer aici în special la retragerea din activitate, demisia familială, creșterea resurselor financiare din partea societății, deteriorarea cognitivă și fizică și, nu în ultimul rând, la riscul vital.

Practici și opțiuni terapeutice ale tulburărilor de anxietate la pacienții cu tulburare afectivă bipolară

*Musiu Iulia¹, medic rezident; Oprea Valentin¹, d. ș. m., conf. univ.

¹Catedra Sănătate mintală, Psihologie medicală și Psihoterapie
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: [musiuikjulia1@gmail.com](mailto:musiukjulia1@gmail.com)

Rezumat

Introducere Tulburările de anxietate reprezintă una din cele mai mai frecvente comorbidități medicale, psihiatrice la bolnavi suferinzi de tulburarea afectivă bipolară. Prezența comorbidităților

în tulburarea afectivă bipolară este asociată cu reducerea funcționalității psihofiziologice, severitatea manifestării clinice ale episoadelor acute, probabilitatea redusă în obținerea remisiilor, risc sporit de a dezvolta recidivă.

Material și metode A fost efectuată studierea și analiza datelor literaturii de specialitate din surse științifice publicate în baza de date Google Scholar, PubMed, MedScape, pe parcursul ultimilor 10 ani. Metoda de lucru a constat în selectarea temelor considerate relevante pentru practicieni, identificând noi abordări terapeutice la bolnavi de tulburare afectivă bipolară cu comorbidități.

Rezultate Cercetările au relevat prezența tulburărilor de anxietate ca comorbidități la bolnavi cu TAB în 35%-45% cazuri. Concepțiile moderne de tratament includ administrarea antipsihoticelor de a doua generație, deși fiecare neuroleptic pare să aibă avantajele și dezavantajele sale. Olanzapina în doze de 5-10 mg a demonstrat o eficiență mai rapidă în cuparea simptomelor de anxietate în comparație cu alte antipsihotice. Quetiapina în doza medie de 150-200 mg/zi a contribuit la îmbunătățiri comparativ mai rapide și susținute în raport cu valoarea inițială a simptomelor de anxietate prezente.

Concluzii Olanzapina și quetiapina sunt antipsihoticele de elecție și cele mai des recomandate în tratamentul tulburărilor de anxietate comorbide la bolnavi cu tulburarea afectivă bipolară.

Cuvinte cheie: comorbidități, anxietate, tulburare afectivă bipolară, tratament.

Suicides in the old age

Vladimir Nakov, Assist. Prof. MD, PhD

National Center of Public Health and Analyses, Sofia, Bulgaria

*Correspondent author: vnakov@gmail.com phone: 00 359 2 954 97 69

Abstract

Introduction: Historically, suicide has usually been condemned on religious grounds and subsequently was largely medicalised. The advancement of life-sustaining technologies in the 20th century, on the one hand, and the increased emphasis on patient autonomy on the other, raised the issue of the right to voluntary death in a particularly acute way. Along with it the discussion of rational suicide came to the fore and was defended as the outcome of a competent decision made on the basis of the person's fundamental interests and values. It poses the questions whether unbearable emotional suffering is a legitimate ground for granting the right to die and how we should conceive its altruistic variety, which is motivated not by self-interest but by others' wellbeing.

Background: The general conceptual framework of the analysis is the current bioethical and biolegal discussion, which is focused on issues as autonomy and the problematic nature of suffering as a reason for voluntary death.

Materials and methods: An attempt is made to investigate this hypothesis, using the 2009-2018 NCPHA database to analyze suicidal activity in the 70+ group compared to other age groups. The lethality of the method and the motives for suicidal actions are compared.

Results: Each of the suicide methods had a high mortality rate in this age group.

Conclusion: Suicide should be considered in the context of different age groups, and especially in the case of the elderly rational considerations need to be taken into account.

Key words: suffering, suicide, autonomy, elderly, rational motives

Suicides in Bulgaria - historical context

Vladimir Nakov, Assist. Prof. MD, PhD

National Center of Public Health and Analyses, Sofia, Bulgaria

*Correspondent author: vnakov@gmail.com phone: 00 359 2 954 97 69

Abstract

Introduction: Nowadays, suicidal behavior reflects specifically ethical, moral, philosophical, religious, legal, cultural, social and medical issues. Suicide is the 13th leading cause of death worldwide, and in the 15-35 age group in Europe it is the second leading cause of death.

Background: In Bulgaria, this phenomenon has been studied mainly by sociologists, forensic doctors and relatively rarely by psychiatrists. The study presents a literature review on the issue of suicides in Bulgaria, the organization of the collection of information on suicide actions and the available data on attempted and committed suicides.

Materials and methods: Archival materials, books on suicides from the national library, data from the system for collecting information on suicidal acts in Bulgaria were used.

Results: Data on suicides in Bulgaria for the period 2009-2018 are presented according to various indicators - gender, age, place of residence, social status, method of suicide, etc.

Conclusion: In Bulgaria, death by suicide in the period 2009-2018 is among the 10 leading causes of death. Based on these facts, there is still a high need for effective methods to prevent and reduce suicide rates. This determines the needs of many studies, including social and clinical ones.

Key words: history, suicide, prevention.

Resistance and patterns of adjunctive therapies in schizophrenia

*Nastas Igor¹, Assoc. Professor, Ph.D.

¹Department of Mental health, medical psychology and psychotherapy,

Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: igor.nastas@usmf.md

Abstract

Introduction: Approximately one-third of patients do not respond to treatment of positive symptoms with non-clozapine antipsychotics. Additionally, half of them show poor response to clozapine, electroconvulsive therapy, or other augmentation strategies [Masataka et al., 2022]. The need for new or adjunctive therapies in schizophrenia is caused by the severe impact of schizophrenia on the human personality and the relationship of these patients with the environment.

Material and methods: The paper consists of the bibliographical assessment and some results with personal participation in clinical trials assigned to treatment of schizophrenia.

Results and discussion: The first references to resistance in treatment appear in papers of Kane et al. (1988), then Meltzer (1997), Conley and Kelly (2001). The definitions in generally have included at least 2 courses of different antipsychotics at equivalent doses of chlorpromazine between 400–600 mg/day for a period of 4–6 weeks without clinical improvement, lack of good social or occupational functioning in the past 5 years, BPRS scale >45 and a score ≥ 4 on 2 of 4 positive symptoms. A new approach was approved by the Working Group Consensus Guidelines on Diagnosis and Terminology [Am J Psychiatry 2017] according to which the resistance criteria were divided into the positive, negative, cognitive or mixed domains. The pharmacological

approach have been focused on well known dopamine, hydroxytryptamine, NMDA, GABA or more recently, sigma receptors. Other studies addressed to adjunctive therapies like aspirin, pramipexole, minocycline, glycine, allopurinol, estradiol some of which showed poor while others showed more promising results.

Conclusions: It seems that the receptors involved in the generation and maintenance of negative symptoms will be the predominant target of future therapies in schizophrenia.

Key words: Schizophrenia, adjuvant treatment, treatment resistance

Screening for mental disorders in the primary care level

Authors: **Igor Nastas**, MD, PhD, Associate professor, Dr. **Maria Filimon** Department of Mental Health, Medical Psychology and Psychotherapy, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chişinău, Republic of Moldova

Introduction. The Global increase of prevalence, severity, and effects of mental disorders underscore the compelling need to improve clinical methods for screening and assessment.

According to the World Health Organization (WHO), about 151 million people suffer from depression, the number of women affected being twice as high as that of men. Finally, 15% of depressed patients commit suicide. Depression is a condition that has a significant negative impact on quality of life, daily functioning and productivity. Financially, treatment costs associated with inpatient hospitalizations for serious mental disorders. Financially, treatment costs associated with inpatient hospitalizations for serious mental disorders will be around £12,2 billion by 2026. The WHO also estimates that in 2030, depressive disorders will be the leading cause of disability, confirming the need to build an adequate system of services that could meet the needs of the population. From a multidisciplinary perspective, one valuable approach involves primary care physicians (PCPs), who may integrate mental health screens into their practices.

Aim of the study. Screening for mental disorders among patients at the level of PHC. Assessing the prevalence of depressive disorders based on the PHQ-9 and PHQ-2 questionnaires, collecting and analyzing data, creating the premises for new strategies and approaches in the early diagnosis and management of mental disorders at the PHC level.

Materials and methods. In this research 55 patients were included. All patients were investigated at the primary health care level, in a health center, and they went to the family doctor with other complaints. The tools of analysis used were clinical data of the patients and results from general questionnaire and special for depression screening PHQ-9 and PHQ-2 questionnaire. Patients were divided into 5 groups depending on the severity of the depression level.

Results. The most patients 43,6% detected with mild depression severity. These patients mention 2-3 depression personal and environmental risk factors, 36,3% healthy patients, without depressive disorders. These patients mention 0-1 depression personal and environmental risk factors, 12,7% moderate depression. These patients mention 3-4 depression personal and environmental risk factors, 5,5% moderately severe depression. These patients mention 4-5 depression personal and environmental risk factors. 1,9% severe depression. These patients mention 6 and more depression personal and environmental risk factors. Patients with suicidal thoughts were found in all 5 groups, regardless of the severity of depression. This allows us to assume that suicidal tendencies are

caused by the influence of factors from the environment, and depend on the characteristics of the personality, temperament and individual response of the patient to various stress factors.

Conclusions. In addition to the high prevalence of mental disorders in patients from the primary care level, there are other arguments in favor of their screening, namely: At the primary care level in patients, depression often coexists with physical illness and pain, which make it difficult to recognize depression. In primary care patients, as well as in the general population, a lot of people with depression remain untreated, negatively impacting productivity and economic costs.

PHC must use effective and efficient tools such as mental health screening forms to gain a better understanding of the patient's condition in all aspects, biological and psychological, in order to provide comprehensive care. PHC can play an indispensable role in the treatment of undiagnosed mental disorders through scoring and a clear scale for determining the severity of the disease. On follow-up, this can help track changes in symptom severity during the treatment. In addition, PHC screening is effective in identifying patients with suicidal plans.

Key words: Mental disorder, depression, screening, primary health care, population.

Utilizarea terapiei cognitiv-comportamentale în tratamentul tulburărilor mintale

Dr. Raluca Nica, Psiholog, Psihoterapeut cognitiv comportamental

Rezumat

Terapia Cognitiv Comportamentală (TCC) a apărut în anii 1960 și își are originea în studiile psihiatrului Aaron Beck, care a remarcat că anumite tipuri de gândire contribuie la probleme emoționale. Dr. Beck a etichetat aceste „gânduri negative automate” și a dezvoltat procesul de terapie cognitivă.

Astăzi, terapia cognitiv-comportamentală este una dintre cele mai bine studiate forme de tratament. S-a dovedit a fi eficientă în tratamentul unei game de afecțiuni mintale, inclusiv anxietate, depresie, tulburări de alimentație, insomnie, tulburare obsesiv-compulsivă, tulburare de panică, tulburare de stres post-traumatic și tulburare de consum de substanțe.¹

O meta-analiză din 2018 a 41 de studii a constatat că TCC a ajutat la îmbunătățirea simptomelor la persoanele cu anxietate și tulburări legate de anxietate, inclusiv tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburarea de stres post-traumatic.

Terapia cognitiv-comportamentală are un nivel ridicat de sprijin empiric pentru tratamentul tulburărilor legate de consumul de substanțe, ajutând persoanele cu aceste tulburări să îmbunătățească autocontrolul, să evite factorii declanșatori și să dezvolte mecanisme de coping pentru factorii de stres zilnic.

TCC este unul dintre cele mai cercetate tipuri de terapie, în parte, deoarece tratamentul se concentrează pe obiective foarte specifice, iar rezultatele pot fi măsurate relativ ușor.

¹ Carpenter J, Andrews L, Witcraft S, Powers M, Smits J, Hofmann S. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety*. 2018;35(6):502–14. doi:10.1002/da.22728

Managementul terapeutic în tulburarea afectivă bipolară. Aspecte relevante în practica clinică

***Oprea Valentin**¹, d.șt.med., conferențiar universitar.

Catedra sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: valentin.oprea@usmf.md

Rezumat

Introducere Prevalența TAB în populația generală, conform studiilor epidemiologice în diferite țări variază de la 0,5 până 2% (în mediu 1%); 40% dintre bolnavi se confruntă cu prezența rezistenței la tratament și prognoză nefavorabilă evolutivă. Unul din obiectivele principale, discutate la moment, în managementul farmacologic la bolnavi cu tulburare bipolară este tratamentul episoadelor depresive, stabilizarea dispoziției pentru a evita recidivele și profilaxia suicidelor.

Metode și materiale Am realizat o cercetare a literaturii de specialitate recente (2017-2022), în baze de date electronice (PubMed, MedScape, Google Scholar și Web of Science) pentru a identifica strategii eficiente în managementul terapeutic al pacienților psihiatrici cu tulburare afectivă bipolară, episoade depresive severe cu simptome psihotice.

Rezultate Cercetările efectuate demonstrează și susțin eficacitatea monoterapiei cu Quetiapină pentru depresia bipolară severă. Quetiapina are un profil scăzut de efecte secundare, în general este bine tolerată și nu reprezintă nici o nevoie stringentă de monitorizare terapeutică a concentrației plasmatică. După administrarea Quetiapinei modificarea scorurilor depresiei devine semnificativ mai mare comparativ cu „placebo” deja din prima săptămână de administrare. Tratamentul cu Quetiapină ameliorează depresia în decurs de 6-8 săptămâni în doza de 300-600 mg/zi și este asociat cu o îmbunătățire semnificativă a impresiei clinice globale, calității vieții, somnului, funcționalității cotidiene și reducerea anxietății.

Concluzii Monoterapia cu quetiapină este eficientă pentru depresia bipolară severă, poate fi administrată ca tratament pe termen lung pentru prevenirea recurențelor, demonstrează eficacitate crescută și risc redus de „Switch” afectiv sau ciclicitate rapidă, este recomandată ca tratament de primă linie în managementul farmacologic al episodului depresiv sever din tulburarea afectivă bipolară tip I.

Cuvinte-cheie: tulburare afectivă bipolară, management farmacologic, episod depresiv sever.

Declinul cognitiv subiectiv și calitatea vieții

A. Pavel¹, R. Paun^{1,2}, V. Matei^{1,2}, A. Tibirna^{1,2}, **A. Rosca**^{1,2}, C. Tudose^{1,2}

¹ Disciplina Psihiatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila, București

² Spitalul de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia”, București

Rezumat

Introducere Calitatea vieții (QoL) a fost studiată la persoanele vârstnice, dar există puține studii care o investighează la persoanele cu declin cognitiv subiectiv (SCD). Scopul nostru a fost de a evalua QoL într-un grup cu SCD comparativ cu un lot control.

Materiale și metode Am efectuat un studiu transversal pentru evaluarea diferențelor în QoL între SCD și lotul control. Participanții au fost evaluați pentru SCD cu criteriile Jessen et al. Am colectat date socio-demografice (vârstă, sex, educație, statut profesional, mediu de proveniență) și caracteristici clinice (IMC, hipertensiune arterială, funcție cognitivă, depresie, anxietate și a trăsături de personalitate) și informații despre activitatea fizică. QoL a fost evaluat folosind chestionarul Short Form-36 (SF-36). Am utilizat statistică descriptivă pentru a caracteriza eșantionul. Am folosit Chi-pătrat pentru date categoriale și Student t-Test (Mann-Whitney pentru datele non-parametrice) pentru datele continue. Am utilizat regresie logistică pentru toate variabilele semnificative din punct de vedere statistic în urma analizelor anterioare.

Rezultate 101 participanți au fost incluși în analiză cu 66,33% (n=67) în grupul SCD. Nu au existat diferențe între caracteristicile sociale, demografice și clinice ale grupurilor. Grupul SCD a exprimat semnificativ mai mult trăsătura Emoție Negativă (p=.043). Grupul SCD a raportat o funcționare fizică mai slabă (p=.034), limitări în viața de zi cu zi secundare sănătății fizice (p=.010) și emoționale (p=.019) și fatigabilitate (p=.018). Modelul de regresie logistică a fost negativ.

Concluzie Persoanele cu SCD au raportat o QoL mai slabă, diferențele nefiind explicate de prezența altori caracteristici socio-demografice și clinice.

Cuvinte cheie: calitatea vieții, declin cognitiv subiectiv, afectare.

The effects of the COVID pandemic on the medical education system – student mental health focus

***Mihail Cristian Pirlog**, Associated Professor, PhD, Dr. Habil., School of Medicine – University of Medicine and Pharmacy of Craiova, Romania

*Correspondent author: +40722642561, mihail.pirlog@umfcv.ro

Abstract

Since the beginning of 2020, the 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic has burdened an unprecedented psychological stress on people around the world, especially medical professionals, including medical students.

The last pandemic had a plethora of psychological effects over the medical students (and not only), such as anxiety, depression, stress and loneliness, they had to face a lot of challenges in order to reach the resilience.

Research data (results of a survey on the international medical students in Romania and more) offers a necessary background for further evidence-driven strategies to reduce adverse psychological impacts and psychiatric symptoms of pandemic phenomena. Also, the students' perspective on the remote distance learning and the effectiveness of online teaching gave us a new perspective over the efficacy of the educational process.

Based on the results of the already done researches, new educational strategies must be developed and implemented to ensure increased efficiency of higher medical education.

Efectele pandemiei COVID asupra sistemului de educație medicală – focus sănătatea mintală a studenților

Mihail Cristian Pirlog, Conf. univ., dr. hab. în psihologie
Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, Romania

*Autor corespondent: +40722642561, mihail.pirlog@umfcv.ro

Rezumat

De la începutul anului 2020, pandemia generată de Noul Coronavirus-2019 (COVID-19) a generat un nivel de stres fără precedent asupra oamenilor din întreaga lume, dar mai ales asupra profesioniștilor din domeniul medical, inclusiv a studenților la medicină.

Ultima pandemie a avut o multitudine de efecte psihologice asupra studenților la medicină (și nu numai), precum anxietatea, depresia, stresul și sentimentele de însingurare, ei fiind nevoiți să facă față multor provocări pentru a atinge reziliența.

Datele cercetărilor (rezultatele unui sondaj asupra studenților internaționali la medicină din România și altele) oferă un fundal necesar pentru strategii ulterioare bazate pe dovezi pentru a reduce impactul psihologic negativ și simptomele psihiatrice generate de fenomenele pandemice. De asemenea, perspectiva studenților asupra învățământului la distanță și eficacitatea predării online ne-a oferit o nouă perspectivă asupra eficacității procesului educațional.

Pe baza rezultatelor cercetărilor deja efectuate, trebuie dezvoltate și implementate noi strategii educaționale care să asigure o eficiență sporită a învățământului medical superior.

The relationship between severe mental disorders and COVID-19 outcomes: severity and mortality

*Radilova Iulia¹, Resident Doctor, Nastas Igor¹, Assoc. Professor, Ph.D., Boronin Larisa¹, Assoc. Professor, Ph.D.

¹Department of Mental health, medical psychology and psychotherapy,
Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: phenylephrine666@gmail.com

Abstract

Introduction: COVID-19 pandemic has a serious impact on emotional and social aspects of individuals. People with mental disorders have a worse prognosis compared to the general population as they have higher risk to develop severe forms of infection and higher mortality rates. Mental disorders might be a risk factor for severe COVID-19.

Materials and methods: We performed a descriptive and retrospective analytic study based on medical records from the Clinical Psychiatric Hospital, Republic of Moldova, Chisinau to assess the specific risks of COVID-19-related mortality, hospitalization, and intensive care unit (ICU) admission associated with any pre-existing mental disorder. In the study were included 10587 with mental disorder patients hospitalized between 03.2020 - 03.2022.

Results: Of the total number of patients - 572(5,4%) were hospitalized due to COVID-19 infection. Patients with Schizophrenia Spectrum Disorder (SSD) - 66.25% (379), Neurocognitive Disorder(NCD) -14.33%(82) and Major Depressive Disorder (MDD)- 5,45%(26). The total number of patients admitted to ICU due to exacerbation of pre-existing comorbidities were 38.46% (220). The general mortality in mental health unit were 1.19% (126), mortality due to COVID-19 complications 48.41% (61). Of the total mortality number: SSD constituted 31.14% (19), NCD - 29.5% (18) and MDD -3.27% (2).

Conclusion: Our findings revealed that pre-existing mental disorders increased the risk of COVID-19 mortality. Furthermore, higher mortality was noticed among schizophrenia spectrum disorder and neurocognitive disorders patients compared to mood disorders patients. For psychotic

disorders, mood and neurocognitive disorders the tendency remain regardless of age, sex, and other confounders.

Keywords: Mental disorders, mortality, COVID-19.

The role of European mental health professionals during the war and pandemic

***Martina Rojnic Kuzman** M.D., Ph.D., Associate professor Department of Psychiatry,
Zagreb University Hospital Centre

*Corresponding author: mrojnic@gmail.com

Abstract

The COVID-19 pandemic caused an unprecedented worldwide crisis in a variety of sectors, including the health care system. Despite the recommendations of the World Health Organisation that mental health care should be considered one of the essential sectors within the overall COVID-19 health response, mental health services were disrupted in most countries. In March 2020, recommendations for the organization of mental health services across Europe were developed by several mental health professional national and international associations, and mental health care professionals participated in the creation of national emergency response plans. During the pandemics, mental health care professionals were engaged in the provision of organisation and provision of services, as well as in research work, both nationally and internationally. However, after two years of pandemic with COVID-19 Europe is facing a war, which has already caused numerous death and injuries, mass displacement, and aggravated the economic and energy crisis and has left most countries completely unprepared and created a humanitarian crisis. The European Psychiatric Association as well as individual national psychiatric associations have started an informal network of solidarity for Ukraine on February 28th, 2022 to respond to the needs of people in Ukraine as verbalized by the Ukrainian mental health professionals, but also to the needs of surrounding countries where people from Ukraine fled to. Through this network several actions, including financial support, medical donations and education for first line helpers and volunteers from surrounding countries were organized, in coordination with numerous partners.

Tulburarea psihotică acută tranzitorie asociată infecției cu virusul SARS-CoV-2. Studiu de caz

***Sanduleac Lidia**¹, medic rezident psihiatru

¹Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie

Universitatea de stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: lidia.sanduleac@gmail.com

Rezumat

Introducere: Un bărbat în vârstă de 44 de ani, fără antecedente patologice de origine psihiatrică, fără antecedente heredo-colaterale de boli mintale, s-a prezentat în Spitalul Clinic de Psihiatrie cu simptomatologia acută relevantă diagnosticului *F 238 Alte tulburări psihotice acute tranzitorii*, după un diagnostic confirmat de COVID-19 simptomatic. Simptomele psihotice s-au ameliorat brusc după administrarea antipsihoticelor timp de 4 zile și s-au îmbunătățit în continuare odată cu managementul simptomelor COVID-19. Acesta nu este primul caz de psihoză asociată cu COVID-

19 la un pacient fără antecedente personale sau heredo-colaterale, evidențiind necesitatea monitorizării vigilente a simptomelor psihiatrice la acești pacienți.

Material și metode: Studiu retrospectiv al fișei medicale a pacientului, istoricul medicației, rezultatele investigațiilor clinice și paraclinice.

Rezultate: Pacientul a prezentat un răspuns rapid cu o îmbunătățire semnificativă a sindromului halucinator-paranoid și dispariția automatismului mental în decurs de 3 zile de la debutul tratamentului. Nu au fost raportate fluctuații sau recăderea simptomelor psihotice. Debutul brusc, agitația, paranoia și dezorganizarea mentală au fost simptome cheie. Lipsa istoricului bolilor mintale, lipsa înregistrărilor privind abuzul de substanțe și temporalitatea episodului susțin ipoteza unei psihoze secundare tranzitorii.

Concluzii: Mecanismul prin care COVID-19 a precipitat psihoza la acest pacient nu este în întregime clar, dar ar putea fi legat de stresul crescut în contextul infecției sau o psihoză mediata virală. Astfel, un diagnostic confirmat pozitiv de infecție cu virusul SARS-CoV-2 ar trebui să determine un examen a stării psihice a pacientului și monitorizare din partea specialiștilor din domeniul sănătății mintale.

Cuvinte cheie: COVID-19; paranoia; automatism; psihiatrie; psihoză; SARS-CoV-2

Терапия шизофрении препаратами пролонгированного действия: описание серии случаев применения палиперидона пальмитата

* Самарханова Риза¹, Рамм Антон¹, Балгынова Акмарал².

¹Восточно-Казахстанская область КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанский областной центр психического здоровья», ²Актюбинская область ГКП "Областной центр психического здоровья" на ПХВ.

e-mail автора: cobalt90@mail.ru

Резюме.

В статье приводятся описания клинических случаев терапии пациентов, с диагнозом шизофрения, сопровождающейся обострениями и нарастающей негативной симптоматикой, с помощью атипичного антипсихотика пролонгированного действия палиперидона пальмитата. Пациенты получали терапию указанным препаратом в дозировке 100 мг/месяц, с инициацией на фоне перорального приёма палиперидона. Данные случаи демонстрируют, безопасность и эффективность палиперидона пальмитата как средства приводящего к стабилизации психического состояния пациентов и улучшение комплаентности к назначенному лечению. Палиперидона пальмитат может редуцировать как позитивную, так и негативную симптоматику, влиять на восстановление когнитивных функций у больных шизофренией. Описываются эффекты, достигнутые за 10-13 месяцев медикаментозной терапии. За весь период лечения палиперидона пальмитатом не отмечалось экстрапирамидной симптоматики, а также других нежелательных явлений.

Ключевые слова: шизофрения, антипсихотические препараты пролонгированного действия, палиперидон, палиперидона пальмитат, клинический случай

Summary

The article provides descriptions of clinical cases of therapy of patients with a diagnosis of schizophrenia, accompanied by exacerbations and increasing negative symptoms, using the long-acting antipsychotic paliperidone palmitate. Patients received therapy with the indicated drug at a dosage of 100 mg/month, with initiation against the background of oral administration of paliperidone. These cases demonstrate the safety and efficacy of paliperidone palmitate as a means

of stabilizing the mental state of patients and improving compliance with the prescribed treatment. Paliperidone palmitate can reduce both positive and negative symptoms, affect the recovery of cognitive functions in patients with schizophrenia. The effects achieved in 10-13 months of drug therapy are described. During the entire period of treatment with paliperidone palmitate, there were no extrapyramidal symptoms, as well as other adverse events.

Keywords: schizophrenia, long-acting antipsychotics, paliperidone, paliperidone palmitate, clinical case

Введение

Всемирная организация здравоохранения декларирует, что шизофренией страдает один из трёхсот человек или примерно 24 миллиона человек в мире [1]. На 2020 год в Республике Казахстан зарегистрировано около 38 тысяч больных шизофренией находящихся под динамическим наблюдением, заболеваемость шизофренией в Казахстане составляет 215-245 человек на 100 тысяч населения, а доля больных шизофренией – 19 % от общей численности психически больных, при этом по данным республиканских экспертов в ближайшее время данная цифра может иметь тенденцию к увеличению в связи с рядом факторов, таких как: отрицательные эффекты карантинных мероприятий во время пандемии коронавируса, дефицит врачей психиатров и др. [2].

По данным, казахстанского республиканского клинического протокола лечения, одобренного объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан, под шизофренией понимается психическое заболевание, характеризующееся дисгармоничностью и утратой единства психических функций (мышления, эмоций, моторики), длительным непрерывным или приступообразным течением и разной выраженностью продуктивных (позитивных) и негативных расстройств, приводящих к изменениям личности в виде аутизма, снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей инвертированности [3].

Будучи заболеванием с тенденцией к хроническому течению с рецидивами, шизофрения, обуславливает необходимость длительной терапии, базовыми целями которой являются эффективный менеджмент потенциальных обострений, редукция клинической симптоматики, улучшение качества жизни и возврат пациента в социум [4,5].

Зачастую именно контроль возникновения обострений и поддержание приверженности к лечению у пациентов на амбулаторном уровне является трудновыполнимой задачей, однако разработка в последние годы лекарственных препаратов, ориентированных на широкий спектр действия в области устранения негативной симптоматики, формирует позитивные ожидания расширения возможностей терапии шизофрении [6]

При этом стоит понимать, что все позитивные эффекты фармакотерапии шизофрении лишь тогда имеют значимый эффект, когда они всецело направлены на развитие реабилитационного потенциала у конкретного пациента, а это означает, что они должны иметь минимальный профиль побочных явлений и профиль характеристик применения лекарственного препарата, обеспечивающих максимальную комплаентность к лечению [7,8].

Как итог, реинтеграция в общество после уже купированного в условиях стационара психоза, возможна только при условии максимальной приверженности к лечению на амбулаторном этапе, что в свою очередь является базой для успешной адаптации,

самостоятельного управления пациентом уже имеющимися симптомами, активного применения адаптивных копинг-стратегий и как следствие интеграции в общество [7].

Традиционно данная приверженность основывается на ряде управляемых факторов, таких как поведение социального окружения больного, авторитет врача, собственно обучение пациента адаптивным стратегиям поведения. Однако базовым фактором является эффективность и переносимость лекарственного препарата используемого для поддержания ремиссии.

Одним из препаратов имеющим надёжный уровень безопасности, эффективности и переносимости пациентами является палиперидона пальмитат – инъекционный атипичный антипсихотик пролонгированного действия [7,9].

Терапевтическая эффективность палиперидона пальмитат при шизофрении обусловлена комбинированной блокадой D2- и 5-HT_{2A}-рецепторов. После однократного в/м введения концентрация палиперидона в плазме крови медленно увеличивается, достигая максимума через 13–14 дней (медиана) после введения в дельтовидную мышцу и 13–17 дней после введения в ягодичную мышцу. Традиционно, рекомендуется начинать лечение с дозы 150 мг в 1-й день и 100 мг через 1 неделю (обе инъекции в дельтовидную мышцу). Рекомендуется поддерживающая доза 75 мг 1 раз в месяц, эффект может наблюдаться от приема больших или меньших доз в диапазоне 25–150 мг, в зависимости от индивидуальной переносимости и/или эффективности. После второй дозы последующие поддерживающие инъекции можно проводить в дельтовидную или ягодичную мышцы. Поддерживающую дозу можно корректировать ежемесячно. При этом следует учитывать длительное высвобождение активного компонента из палиперидона пальмитата, т. к. эффект изменения дозы может полностью проявиться только через несколько месяцев [7,9,10].

В данной работе представлен анализ 3 клинических случаев применения палиперидона пальмитат в условиях КГП на ПХВ «ВК ОЦПЗ» УЗ ВКО. Цель описания данных клинических случаев, заключалась в анализе эффективности и безопасности длительной терапии палиперидоном пальмитатом в реальной психиатрической практике на фоне альтернативной схемы инициации.

Применяемая во всех клинических случаях тактика лечения была направлена на купирование и контроль позитивной и негативной симптоматики и, как следствие, на улучшение социальных функций пациентов. Палиперидона пальмитат назначался парентерально внутримышечно пациентам с диагнозом шизофрения в дозировке 100 мг в 1 мл на фоне применения перорального палиперидона, с отменной пероральной формы в течении 10-14 дней после иницирующей дозы. Очередную инъекцию палиперидона пальмитат пациент получал ровно через месяц после первой также в дозировке 100 мг в 1 мл.

Пациентка А. 14.12.1971 г.р.

Находится под динамическим наблюдением в КГП на ПХВ «ВК ОЦПЗ» УЗ ВКО. Стаж заболевания 8 лет.

Диагноз: Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения, с формирующимся параноидным дефектом, астено-депрессивный синдром.

Анамнез. Наследственность нервно-психическими заболеваниями со слов пациента и родственников пациента не отягощена. Родилась в городе Усть-Каменогорск, первым ребенком из двух детей. Росла и развивалась соответственно возрасту. Окончила 10

классов, успеваемость была удовлетворительная. Затем окончила ПТУ – по специальности контролер ОТК. Работала на Арматурном заводе, затем освоила профессию продавца. В данное время не работает с декабря 2012 года. Замужем, отношения в семье сложные из-за психического состояния больной. Имеет сына. Сообщила, что много лет не общается с матерью, сестрой, т.к. якобы мать сама прекратила все отношения с дочерью, продала дом, т.к. считала, что дети претендуют на ее жилье, не желают ей счастья. Сообщила, что в данное время не знает даже адреса матери, такие же взаимоотношения и с сестрой. Со слов мужа по характеру: очень замкнутая, необщительная, скрытная, ведет уединенный образ жизни. Проживает с мужем, постоянно находится под его контролем. Не работает, находится на инвалидности 2 группы.

Впервые находилась на лечении в женском отделении ОПНД с 24.12.13г. по 24.01.14г. Была доставлена бригадой скорой помощи по заявлению мужа. С августа 2012 года состояние изменилось после поездки по святым местам. Уволилась с работы без объяснения причины. Постоянно выключала в доме свет, заявляла, что ее снимают и фотографируют скрытой камерой, т.к. она является «принцессой шаманов и агентом госбезопасности». Постоянно разговаривала без собеседника, заявляла, что муж желает смерти ей и их сыну, обвинила мужа в том, что он участвовал в нескольких убийствах и изнасилованиях, а также в том, что он принимает и распространяет наркотики. Грозилась расправиться с мужем с помощью агентов госбезопасности. После осмотра на дому была госпитализирована в экстренном порядке. Был выставлен диагноз: Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения, астенический синдром. В клинической картине заболевания аффективно-бредовые расстройства, нарастает дефект личности по шизофреническому типу. После выписки принимала поддерживающее амбулаторное лечение: палиперидон 3 мг утром, фенибут 250 мг на ночь. Состояние несколько улучшилось, галлюцинаторно-бредовые расстройства редуцировались, но критика к ним отсутствовала. За весь период заболевания 6 раз находилась на стационарном лечении в центре психического здоровья ВКО РК. Предыдущая госпитализация с 11.12.2015 по 18.03.2015 г с ДЗ: Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения, с формирующимся параноидным дефектом, астено-депрессивный синдром. Наблюдается амбулаторно.

С 09.04.2021г. принимает поддерживающее амбулаторное лечение атипичным антипсихотиком пролонгированного действия: палиперидона пальмитат 100 мг/1 мл -1 раз, в месяц, аминазин 25 мг на ночь. Для инициации лечения была применена вышеописанная схема. Общая длительность приёма палиперидона пальмитата – 11 месяцев.

На фоне проводимого поддерживающего лечения на момент осмотра в марте 2022 года отмечаются следующие характеристики:

Общее состояние: относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Рост - 155 см, вес - 69 кг, ИМТ-28. Кожные покровы, чистые, физиологической окраски. Влажность: нормальная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Органы дыхания: дыхание ч/з нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно над легкими дыхание: везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту, АД - 120/80 мм.рт.ст. ЧСС-80 ударов в минуту. Аускультативно тоны сердца: достаточной звучности, ритм правильный. Живот: мягкий, безболезненный. Печень: не увеличена Стул: регулярный, оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание: свободное, безболезненное.

Неврологический статус. Зрачки равные, диплопии, нистагма нет. Снижение когнитивных, мнестических функций. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы: с рук D = S, без четкой разницы сторон. Сухожильные рефлексы с ног D = S, без четкой разницы сторон. Мышечная сила сохранена. Чувствительность не нарушены. Менингеальных, патологических знаков нет. Координация: в позе Ромберга устойчива. ПНП выполняет с 2-х сторон. НФТО не выявлены.

Психический статус. Жалоб не предъявляет. Внешне опрятна. Сознание ясное. Контакт доступен. Ориентирована в месте и собственной личности правильно. Мышление последовательное. Фон настроения ближе к ровному. Эмоционально лабильна. В поведении спокойна. В беседе на вопросы отвечает в плане заданных. На момент осмотра обманы восприятия отрицает, бредовых расстройств не обнаруживает. Суицидальных мыслей не высказывает.

Отмечается улучшение психического состояния на фоне назначенного лечения. Поддерживающее амбулаторное лечение принимает регулярно. Жалоб на наличие нежелательных явлений на фоне терапии не отмечает.

Пациентка Б. 16.07.1966 г.р

Находится под динамическим наблюдением в КПП на ПХВ «ВК ОЦПЗ» УЗ ВКО. Стаж заболевания 32 года.

Диагноз: Параноидная шизофрения, эпизодическое течение со стабильным дефектом

Анамнез. Наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена. Родилась в семье первым ребенком, из 3-х детей. Ранее развития без особенностей. В школу пошла с 7 лет, училась слабо на тройку, объясняя тем, что учиться было не интересно. Окончила 8 классов. Окончила среднее профессионально-техническое училище, освоила специальность прядильщицы. По характеру всегда была тихая, не любила, когда домой приходили гости. После окончания СПТУ работала 2 года по специальности на комбинате шелковых тканей, но работа не нравилась, т.к. раздражал шум в цехе, из-за этого в течение 2-х лет никогда не обедала и все обеденное время проводила в туалете, таким образом отдыхала от шума. Затем уволилась с этой работы и устроилась на работу в больницу, работала сначала санитаркой, затем буфетчицей. Но и здесь работа также не нравилась, говорила, что ее угнетают упреки в ее адрес. В 15-ти летнем возрасте, после окончания 8 класса изменилась по характеру, стала замкнутой, практически ни с кем не общалась, любила сидеть дома одна, размышлять. Отмечает с этого времени изменение настроения, стала равнодушной. С 05.07.1989 г беспокоило пониженное настроение, вялость, слабость и равнодушие ко всему. Высказывала, что чувствовала себя «как тень среди людей», «я, не я, все вокруг сон». Часто посещали мысли о смерти. Мысленно перебирала различные способы самоубийства броситься под поезд, утопиться. Возникало чувство, что окружающие смотрят на нее, были наплывы мыслей. Было ощущение что мыслями кто-то управляет. Хуже чувствовала себя с утра, сильнее была выражена подавленность, к вечеру отмечалась некоторое облегчение состояния. Появилось желание уехать куда-нибудь в глушь, в деревню, «забиться куда-нибудь». Не хотелось общаться с людьми, с матерью. В течение 3-х дней ночевала на вокзале. Милицией была доставлена на прием в поликлинику в связи с неправильным поведением. Была осмотрена психиатром и госпитализирована с 05.07.1989 г по 07.09.1989 г в областном центре психического здоровья. Выставлен диагноз: «Шубообразная шизофрения, депрессивный синдром». Выписывается домой в состоянии глубокой ремиссии. Всего госпитализации в ВКО ЦПЗ – 6 раз. Дважды находилась в 2020 г.

Предыдущая госпитализация 28.03.2020 г по 03.06.2020 г с диагнозом «Параноидная шизофрения, эпизодическое течение со стабильным дефектом, аффективно-бредовый синдром». Доставлена 20 бригадой СП из ДВД в связи с неадекватным поведением. Была поймана сотрудниками полиции в районе центрального рынка. На руках были: молоток, гвоздодёр, нож. Со слов искала соседку. Обвиняет ее в краже своих денег. Хотела разбить ее машину. В клинике заболевания аффективно-бредовые расстройства. После выписки наблюдается у участкового психиатра. Принимает поддерживающее амбулаторное лечение регулярно. С 08.06. 2020 г. находится на динамическом наблюдении в группе 2 а. Проживает одна, детей нет. Не работает.

Последнее стационарное лечение в ВК ОЦПЗ с 28.03.2020 г. по 03.06.2020 г. После стационара принимала поддерживающее амбулаторное лечение: палиперидон 6 мг/сут, циклодол 2 мг/сут, аминазин 50 мг на ночь. Вследствие поддерживающего лечения бредовые расстройства дезактуализировались.

С 04.05.2021 г. принимает поддерживающее амбулаторное лечение атипичным антипсихотиком пролонгированного действия: палиперидона пальмитат 100 мг/1 мл -1 раз, в месяц. Для инициации лечения была применена вышеописанная схема. Общая длительность приёма палиперидона пальмитата – 10 месяцев.

На фоне проводимого поддерживающего лечения на момент осмотра в марте 2022 года отмечаются следующие характеристики

Общее состояние: относительно удовлетворительное. Правильного телосложения, умеренного питания. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС 70 в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный, с обеих сторон. Стул запоры. Мочевыделение свободное, безболезненное

Неврологический статус. Сознание ясное, адекватен. Когнитивные функции снижены, глазные щели и зрачки равные. Движения глазных яблок в полном объеме, нистагма, диплопии нет. Лицо симметрично. Язык по средние линии. Нарушения глотания нет. Речь монотонна. Активные движения в конечностях сохранены, Мышечный тонус не изменен. Сила в конечностях: проксимально – 5, дистально – до 5 баллов. Сухожильные рефлексы торпидны, без четкой разницы. Проба Барре отрицательная. Нарушения чувствительности не отмечает. Координационные пробы с некоторой дисметрией. В позе Ромберга легкое покачивание. Диагноз: Дисциркуляторная энцефалопатия в стадии субкомпенсации. Астеноорганический синдром.

Психический статус: Жалоб не предъявляет. Внешне опрятна. Сознание не помрачено. Контакт доступен. Ориентирована в месте и собственной личности правильно. Мышление в замедленном темпе. Память снижена. Фон настроения ближе к ровному. Эмоционально снижена, мимика сглажена. Внимание рассеянное. Поведение упорядоченное. Монотонно. На вопросы отвечает в плане заданного, односложно. Обманы восприятия отрицает, бредовых расстройств не обнаруживает. Суицидальных мыслей не высказывает. Круг интересов ограничен. Сон медикаментозный. Критика к своему болезненному состоянию формальная.

Отмечается улучшение психического состояния на фоне назначенного лечения. Поддерживающее амбулаторное лечение принимает регулярно. Жалоб на наличие нежелательных явлений на фоне терапии не отмечает.

Пациентка Д. 06.09.1971 г.р.

Находится под динамическим наблюдением в КГП на ПХВ «ВК ОЦПЗ» УЗ ВКО. Стаж заболевания 9 лет.

Диагноз: Шизофрения параноидная, эпизодическое течение с нарастающим дефектом, депрессивный синдром

Анамнез. Наследственность отягощена шизофренией у двоюродной тети по линии отца. Родилась младшей из 2-х детей. Раннее развитие без особенностей. В школу пошла с 6 лет, училась хорошо. Закончила 10 классов. Поступила учиться в строительно-дорожный институт в 1993 г. Работала 6 мес. статистом в УВД, затем следователем в РОВД. Спустя 6 месяцев уволилась по собственному желанию. Дважды была замужем, имеет 2-х детей. Работала директором ТОО «Энергетическая компания» с 1994г. После банкротства фирмы в 1996 г. переехала в Россию. Работала фотографом. После развода с мужем вернулась в Казахстан с 2012 г. Привлекалась к уголовной ответственности за хищение в крупных размерах. Обследовалась стационарно в РНПЦ ППН г. Алматы с 19.11.12г. по 19.12.12г. с подозрением на психическое расстройство. Был выставлен диагноз: «Параноидная шизофрения». Назначено принудительное лечение в психиатрической больнице общего типа (психиатрической больницы п. Шульбинска, ВКО). В связи с амнистией принудительное лечение было снято. С 2013г. наблюдается в областном психоневрологическом диспансере. На стационарном лечении находилась 4 раза в связи с обострением заболевания. Ремиссии неглубокие, астенические. В клинической картине выражены астено-депрессивные, ипохондрические, псевдогаллюцинаторные расстройства. Течение заболевания эпизодическое с нарастающим астеническим дефектом. Пациентка проживает с матерью и старшей сестрой в 3-х комнатной благоустроенной квартире. Пациентка по характеру: общительная избирательно, неуравновешенная, тревожная, мнительная, «принимает всё близко к сердцу». В анамнезе закрытая черепно-мозговая травма, вирусный гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Вредные привычки отрицает. На приём к психиатру обращается регулярно. Инвалид 2 группы.

Преыдущая госпитализация в ОЦПЗ с 28.01.2019 по 11.02.2019 г. После выписки принимала поддерживающее амбулаторное лечение: палиперидон 3 мг в сутки, азалептол 25 мг на ночь, циклодол 4 мг в сутки. Находится под контролем мамы. С 01.02.2021 г. принимает лечение: Палиперидон 100 мг/1 мл 1 раз в месяц, азалептол 25 мг на ночь, циклодол 2 мг утром. Отмечается улучшение психического состояния на фоне назначенного лечения. Общая длительность приёма палиперидона пальмитата – 13 месяцев.

На фоне проводимого поддерживающего лечения на момент осмотра в марте 2022 года отмечаются следующие характеристики:

Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В зеве спокоен. В легких аускультативно-везикулярное дыхание, хрипы нет. ЧДД-16 в 1 мин. Патологической пульсации в области сердца и крупных сосудов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС-70в 1 мин. А/Д 120\80мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, без

болезненный. Печень и селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное.

Неврологический статус. ЧМН: Зрачки равные, ОС=ОД. Нистагма нет. Лицо симметричное. Язык по средней линии, речь в норме. Активные движения в конечностях сохранены. Мышечный тонус в конечностях в норме. Сила мышц в конечностях 5 б. Чувствительность в конечностях не нарушена. Сухожильные рефлексы оживлены, равные. Координаторные пробы выполняет правильно. В позе Ромберга устойчива. Патологических знаков нет. Менингеальных знаков нет. Диагноз: Дисциркуляторная энцефалопатия 3 ст. Декомпенсация.

Психический статус: Жалоб не предъявляет. Внешне опрятна. Сознание ясное. Контакт доступен. Ориентирована в месте и собственной личности правильно. Мышление в обычном темпе. Фон настроения ровный. Эмоционально снижена, мимика сглажена. Память несколько снижена. В поведении спокойна. В беседе на вопросы отвечает в плане заданных. На момент осмотра обманы восприятия отрицает, бредовых расстройств не обнаруживает. Суицидальных мыслей не высказывает.

Отмечается улучшение психического состояния на фоне назначенного лечения. Поддерживающее амбулаторное лечение принимает регулярно. Жалоб на наличие нежелательных явлений на фоне терапии не отмечает.

Обсуждение

Анализ приведенных клинических случаев, демонстрирует, что адекватно подобранная терапия приводит к редукции психотической симптоматики, реинклюзии пациента в социум на фоне ремиссии, которое проявляется в отсутствии эпизодов острых психозов, сохранном социальном поведении и приверженности назначенной терапии. В описываемых случаях описываются эффекты от применения палиперидона пальмитат длительностью от 10 до 13 месяцев на фоне альтернативной схемы инициации, заключающейся в назначении инъекционной формы палиперидона пальмитат на фоне терапии таблетированной формой палиперидона. Можно отметить, что применение описанной схемы инициации применения палиперидона является оправданным с точки зрения достижения клинических и психосоциальных эффектов медикаментозной терапии шизофрении.

За весь период лечения палиперидона пальмитатом у всех трёх пациентов не отмечалось экстрапирамидной симптоматики, а также других нежелательных явлений, связанных с приемом препарата.

Существенным аспектом терапии инъекционными антипсихотиками пролонгированного действия, является наличие стойкой приверженности пациентов назначенной терапии, которое достигается за счёт удобства получения лекарственного средства, отсутствия стигматизации его состояния и наличия ярко выраженной редукции клинических симптомов отмечаемым самим пациентом и его окружением. Эти эффекты улучшают самочувствие самого пациента и более эффективную его инклюзию в социум.

Выводы

Палиперидона пальмитат применяемый в реальной клинической практике даёт стойкую редукцию как негативных так и позитивных психических симптомов и приводит к стабилизации состояния пациентов. Адекватно подобранная схема палиперидона пальмитат способствует хорошей комплаентности пациентов к лечению: пациенты соблюдают назначенный режим терапии отмечается уменьшение эпизодов рецидива.

Терапия палиперидоном пальмитатом в реальной психиатрической практике на фоне альтернативной схемы инициации демонстрирует безопасность и эффективность.

Список литературы:

1. Электронный информационный бюллетень ВОЗ, 2022 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
3. Негай Н.А., Алтынбеков К.С., Распопова Н.И., Абетова А.А., Каукербекова К.Д. Динамика распространенности и выявляемости шизофрении в республике Казахстан в период пандемии covid -19 // Современная терапия психических расстройств. – 2022. – № 1. – С. 10–19. – DOI: 10.21265/PSYRN.2022.60.1.002
3. Шизофрения. Клинический протокол №99 диагностики и лечения. Одобрено объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «18» июня 2020 года
4. Aleman A. Memory impairment in schizophrenia: a meta-analysis/ A. Aleman, R. Hijman, E.H.F. de Naan, R. Kahn //Am. J. Psychiatr. – 1999. – Vol. 156. – P. 1358–1366.
5. Almaturo A.C. Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first episode schizophrenia: a retrospective study /A.C. Almaturo, R. Bassetti, F. Sassella // Schizophr Res. – 2001.– Vol. 52. – P. 29–36.
6. Tandon R.J. Efficacy of newer generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia / R.J. Tandon // Psychoneuroendocrinology. – 2003.– Vol. 28, suppl. 1.– P. 9–26.
7. Ретюнский К.Ю. / Особенности фармакокинетики палиперидона и его пролонгированной инъекционной формы палиперидона пальмитата // Современная терапия психических расстройств № 2/2012
8. Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J., et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group. Arch Gen Psychiatry 1991 Apr; 48 (4): 340-7.
9. Gopal S., Gassmann-Mayer C., Palumbo J., Samtani M.N., Shiwach R., and Alphs L. Practical guidance for dosing and switching paliperidone palmitate treatment in patients with schizophrenia. Curr Med Res Opin, 2010; 26(2): 377-387.
10. Софронов А.Г., Спикина А.А. / Применение палиперидона пальмитата в терапии параноидной шизофрении в амбулаторной практике: описание клинического случая // Современная терапия психических расстройств № 3/2013

Depresia în cadrul schizofreniei

***Țapeș Victoria**¹, medic rezident; **Deliv Inga**¹, dr. conferențiar universitar

¹Catedra Sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: tapes.vica@gmail.com

Rezumat

Introducere. În schizofrenie, există o suprapunere conceptuală între simptomele depresive și cele negative ale schizofreniei. Lipsa de energie, anhedonia și asocializarea pot cauza dificultăți în diferențierea celor două. Dispoziție proeminentă subiectiv scăzută, sugerând depresie și aplatizarea afectivă schizofrenie, două caracteristici distincte în diferențiere. Alte simptome pentru stabilirea diagnosticului de depresie includ unele dintre principalele caracteristici, cum ar fi lipsa de speranță, subaprecierea, vinovăția, anxietatea și gândirea autolitică.

Material și metode. Studiul a fost realizat în urma revizuirii literaturii de specialitate, folosind articole publicate în surse electronice recunoscute de societatea medicală internațională ca: PubMed /NCBI, Cambridge, Oxford. Utilizarea scalelor CDSS, Beck (BDI), scala PANSS la 30 pacienți cu diagnostic de schizofrenie în cadrul IMSP SCP.

Rezultate. Studiul a constatat că la 40 % din pacienți este prezentă depresia, ceea ce demonstrează că este răspândită în rândul pacienților cu schizofrenie. Simptomele depresive la acești pacienți sunt destul de importante deoarece ar putea duce la limitări funcționale, sociale, creșterea ratei de suicid. Astfel, pentru pacienții cu schizofrenie, depresia este o țintă importantă de tratament pentru reducerea dizabilității.

Concluzii. Conform rezultatelor obținute putem susține că depresia reprezintă o problemă majoră în rândul pacienților cu schizofrenie, deoarece are consecințe pe termen lung pentru recuperarea funcțională socială și calității vieții. Reprezintă un risc crescut de recidivă, predispunere spre

violență, victimizare, vătămare și autovătămare, abuz de SPA. Depresia este cel mai semnificativ factor de suicid.

Cuvinte-cheie. Depresie, schizofrenie, dizabilitate.

Utilizarea psihoterapiei cognitiv-comportamentale în Tulburarea Depresivă

* Lucia Veveriță, medic psihiatru

Centrul Comunitar de Sănătate Mintală Călărași, Republica Moldova

*Autor corespondent: pritulalucia@gmail.com ; +37369049390

Rezumat

Introducere: Depresia este una dintre cele mai devastatoare tulburări mentale, fiind cea mai prevalentă cauză de dizabilitate în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 15 și 44 de ani, din Statele Unite și din lume (Kessler, Chiu, Demler și Walters, 2005; Organizația Mondială a Sănătății, 2004). Conform unui studiu recent s-a estimat o creștere substanțială a prevalenței și a poverii tulburărilor depresive majore ca urmare a pandemiei de COVID-19. Creșterea prevalenței tulburărilor depresive majore și a tulburărilor de anxietate în 2020 au fost asociate cu creșterea ratelor de infecție SARS-CoV-2 și scăderea mobilității umane. S-a estimat o creștere în zona noastră de la 987.7 la < 1210.5 cazuri la 100000 persoane. (Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic, Lancet, Nov 2021). Numeroase studii cantitative atestă eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale și/sau a medicației antidepressive în tratamentul depresiei majore; în general, terapia cognitiv-comportamentală s-a dovedit că are un efect echivalent sau superior tratamentului medicamentos (Butler, Chapman, Forman și Beck, 2006; Williams, Watts, MacLeod și Mathews, 1997).

Scop: Scopul principal a fost de a elucida eficiența psihoterapiei cognitiv comportamentale în asociere cu tratamentul medicamentos (SSRI) în tratamentul tulburării depresive.

Materiale și metode: Am evaluat pacienta cu Scala PHQ 9 și HAMD-17 la începutul terapiei și la a 11a ședință pentru a putea măsura progresul.

Rezultate: Conform scalelor aplicate la prima ședință s-a determinat un nivel sever de depresie după PHQ9(20) și moderat după HAMD17(23). La a 11a ședință s-a constatat un scoraj de 4 - PHQ9 și 5 - HAMD17 adică absență simptomelor depresive.

Concluzie: Prin urmare se constată o ameliorare considerabilă a simptomelor depresive în rezultatul intervențiilor psihoterapice în asociere cu remedii medicamentoase antidepressive.

Cuvinte cheie: tulburări mintale, tulburare depresivă, tratament, psihoterapie cognitiv-comportamentală.

