

TRIPS-2

Training pentru screening interactiv psihiatric – 2

A doua ediție

Un interviu pentru utilizare în contexte non-psihiatrice

pentru recunoașterea rapidă
a tulburărilor de

Anxietate

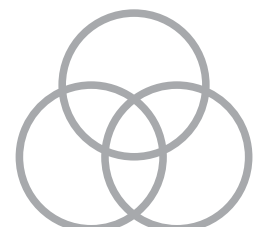
Depresie

Consumul de Alcool în conformitate
cu ICD-10

Heinz Katschnig

MD, Profesor de psihiatrie, Universitatea de Medicină din Viena
Director, Ludwig Boltzmann Institute for Social Psychiatry,
Lazarettgasse 14A-912, A-1090 Vienna, Austria
Heinz.katschnig@meduniwien.ac.at

Ludwig Boltzmann Institute for Social Psychiatry, Vienna 2009





Ce este **TRIPS**?

TRIPS reprezintă un scurt instrument de investigație și diagnostic care vine în sprijinul medicului de familie pentru un diagnostic rapid și adecvat a celor mai frecvente tulburări întâlnite în asistența primară – mai precis, a tulburărilor de anxietate, a depresiei și a problemelor legate de consumul de alcool. **TRIPS** este în așa fel conceput, încât după un scurt training și un număr mic de aplicări el poate fi învățat și folosit fără să mai fie necesare formularele tipărite.

De ce a fost dezvoltat **TRIPS**?

Până la 30 % din pacienții medicilor de familie suferă de una sau mai multe dintre tulburările prezentate mai sus. Mai degrabă decât să meargă la psihiatru, ei preferă să vadă un medic de familie deoarece nu există stigma asociată acestei vizite. Cu toate acestea, pacienții au tendința de a prezenta simptomele fizice, care sunt adesea dominante în anxietate (de ex. palpitații), depresie (tulburările de somn și pierderea apetitului), și tulburări legate de consumul de alcool (gastrita și dureri ale picioarelor). Aceste simptome somatice maschează frecvent tulburarea psihică mai puțin evidentă. Aceste tulburări sunt adesea interconectate, și una dintre acestea poate conduce la cealaltă (de ex. anxietatea și depresia la consum nociv de alcool).

În ce situații se poate utiliza **TRIPS**?

În orice situație în care simptomele fizice nu sunt explicate de o suferință somatică, sau în cazul în care pacienții reclamă direct un disconfort psihologic, este recomandată aplicarea **TRIPS**. **TRIPS** poate fi aplicat atât la pacienți cunoscuți de multă vreme de medicul de familie, cât și la pacienți care sunt la prima vizită la cabinet. Simptomele somatice trebuie excluse ca și cauză a simptomelor prezentate. Totuși, în patologii fizice cronice (ex. diabet) se pot dezvolta tulburări psihologice secundare și **TRIPS** poate fi utilizat și cu acești pacienți.

Care sunt diagnosticele acoperite de **TRIPS**?

Cu ajutorul **TRIPS**, pot fi formulate doisprezece diagnostice prezentate în Secțiunea F a ICD-10: 5 din sfera tulburărilor de anxietate (Tulburarea de panică, Tulburarea de tip anxietate generalizată, Agorafobia, Fobia socială și Fobii specifice), 5 diagnostice din sfera depresiei (Episodul depresiv, Tulburarea depresivă recurentă, Tulburarea afectivă bipolară, Reacția depresivă scurtă și Distimie) și 2 categorii diagnostice din sfera alcoolismului (Utilizarea nocivă și Sindromul de dependență)*. De vreme ce **TRIPS** este în mod intenționat un instrument scurt, este recomandat ca medicul să devină familiar cu descrierea completă a diagnosticelor acoperite de **TRIPS**.

Care sunt limitele utilizării **TRIPS**?

Alte diagnostice decât cele acoperite de **TRIPS** (ex. Demența, Schizofrenia) trebuie clarificate. **TRIPS** este un instrument utilizat pentru obținerea unor diagnostice psihiatrice și nu acoperă evaluarea circumstanțelor de viață care trebuie investigate în alte moduri. Pe lângă aspectul *informațional* acoperit de **TRIPS**, aspectul *emoțional* și *relațional* al interacțiunii medic-pacient este foarte important. Aceste aspecte emoționale nu sunt cuprinse în **TRIPS**, dar trebuie luate în considerare. Ca o regulă, **TRIPS** trebuie integrat într-un interviu mai lung care acoperă și aceste aspecte.



Cum funcționează TRIPS?

TRIPS îmbunătățește aspectul *informațional* al interviului de diagnostic prin indicarea căii optime de a ajunge la cele 12 diagnostice ICD-10, prin punerea la dispoziție a:



- un chestionar de auto-evaluare a pacientului, rezultatele la acesta indicând direcția în care interviul de diagnostic trebuie să meargă, reprezentând astfel un INDICATOR pe drumul către diagnostic.



- trei arbori decizionali pentru diagnosticul pentru cele trei categorii de diagnostic acoperite (Tulburări de anxietate, Depresie, Probleme cu consumul de alcool), fiecare dintre aceștia cu o scurtă definiție a diagnosticelor cuprinse în arborele respectiv – reprezentând o HARTĂ pentru orientarea către destinație. Înainte de utilizarea **TRIPS** pentru prima dată, medicul trebuie să aibă cunoașterea completă a acestor arbori decizionali precum și a definițiilor tulburărilor acoperite.



- trei ghiduri de interviu pentru fiecare arbore decizional de diagnostic, ilustrând drumul optim de urmat până la diagnostic, reprezentând o BUSOLĂ.

Cum este TRIPS utilizat în practica de zi cu zi?

1. Ca un prim pas, pacientul completează formularul de auto-evaluare, fie în sala de așteptare fie la o masă separată. Unii pacienți pot avea nevoie de asistență (ex. Și-au uitat ochelarii acasă). Chestionarul începe cu simptome somatice, acestea crescând acceptarea, și continuă cu simptome de anxietate (roșu), simptome depresive (violet), și un screening al consumului de alcool (albastru).
2. Medicul verifică chestionarul de auto-evaluare completat de pacient. Pentru fiecare secțiune de simptome psihologice a chestionarului de auto-evaluare în care cel puțin un simptom este raportat, medicul continuă cu conducerea interviului corespondent din această broșură, care are aceeași culoare ca și secțiunea de simptome din chestionarul de auto-evaluare a pacienților.
3. Medicul documentează diagnosticul pe verso-ul chestionarului de screening al pacienților. Chestionarul de screening poate fi împăturit și anexat la dosarul pacientului pentru referințe ulterioare. Informațiile adiționale precum și alte decizii diagnostice/terapeutice/de referire trebuie documentate ca de obicei.

Dacă medicul nu este încă obișnuit cu aplicarea **TRIPS**, poate să aibă **TRIPS**-ul în față în timp ce conduce interviul, să ia notițe, să verifice formulările, etc. Pacienții acceptă acest lucru mai des decât ne-am putea imagina. Atunci când conduce interviul, medicul trebuie să păstreze un echilibru între a adresa întrebări într-un mod prea schematic, pe de o parte, și “a se pierde în discuție”, pe de altă parte. Subiecte care apar în discuție și nu fac în mod direct referire la întrebări, acestea trebuie amânate pentru o discuție ulterioară. Fiecare modul poate fi finalizat într-un interval de 3 până la 5 minute, depinzând de cât de multe tulburări are pacientul și dacă instrucțiunile “mergi la” sunt urmate.

Ce înseamnă abrevierile și graficul broșurii TRIPS?

Modulul de anxietate: culoarea este roșie, simptomele sunt caracterizate de **AN 1, AN 2**, etc.

Modulul de depresie: culoarea este violet, simptomele sunt caracterizate de **DE 1, DE 2**, etc.

Modulul de alcool: culoarea este albastru, simptomele sunt caracterizate **AL 1, AL 2**, etc.

Răspunsurile cu DA sunt localizate în coloana stângă, mai închisă la culoare;

Răspunsurile cu NU sunt localizate în coloana dreaptă, mai deschisă la culoare.

DA

NU

În aceste coloane sunt incluse și diagnostice precum și instrucțiuni de tipul “mergi la”

Fobie Socială
F40.1¹

→ AN 10

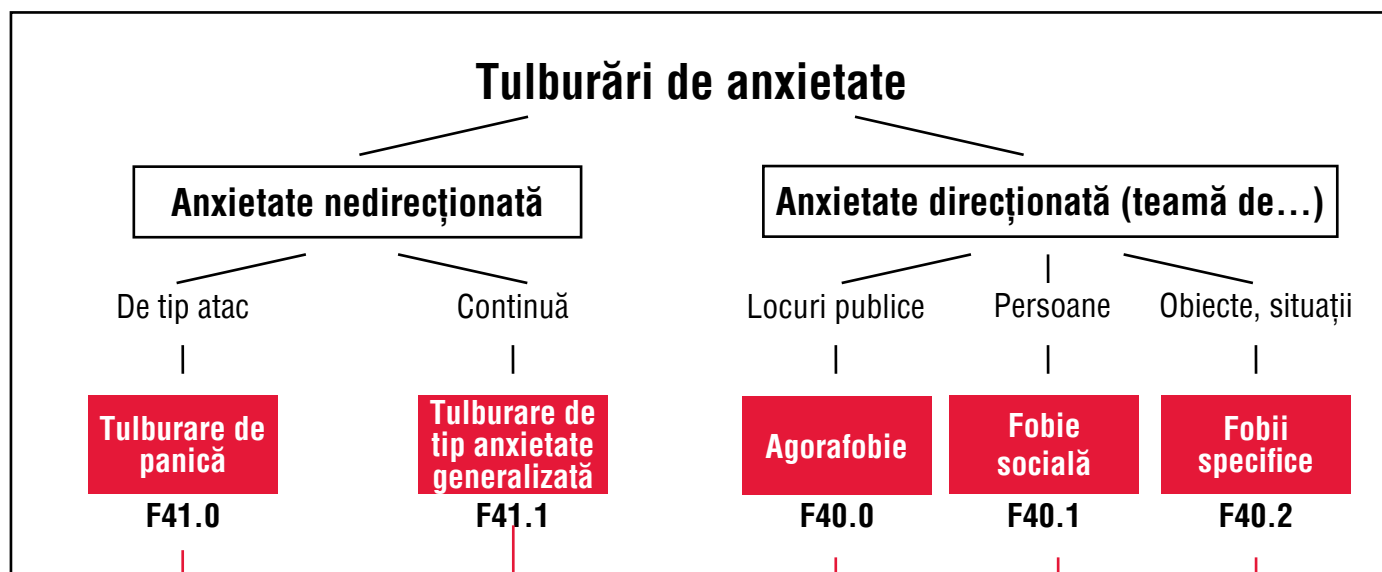
Instrucțiunile pentru doctor sunt tipărite cursiv

Exemplele de întrebări care pot fi adresate direct pacienților sunt tipărite în litere îngroșate

Simptomele sunt tipărite cu litere normale



Clasificarea tulburărilor de anxietate (selectie din ICD-10)



În cazul tulburărilor de anxietate nedirecționate, nu pot fi identificate **situații sau obiecte externe** care declanșează anxietatea

În Tulburarea de panică, anxietatea începe **brusc** (atingând intensitatea maximă în max. 10 minute) și **dispare spontan după 20 pînă la 30 de minute**.
Frecvent se descrie o simptomatologie în sfera cardiacă, însoțită de frica intensă de a muri (de ex. de un infarct cardiac). Pentru diagnosticul de tulburare, sînt necesare **patru atacuri de panică în ultimele patru săptămîni**.

În anxietatea generalizată, anxietatea este prezenta continuu (deși poate fluctua). Persoana este **continuu îngrijorată** cu privire la întâmplări și probleme cotidiene (de exemplu, că un membru al familiei va păți ceva îngrozitor). Durata minimă – **6 luni**.

Pentru diagnosticul fobiilor, este necesar ca:
a) situațiile/obiectele anxiogene **să fie evitate** sau doar suportate cu un disconfort marcat
b) anxietatea să fie considerată **lipsită de sens sau exagerată**

Teamă de orice **spațiu public** sau situație (de ex. cinema, supermarket, mijloc de transport în comun, piețe mari). Agorafobia este adesea o consecință a Tulburării de panică.

Frica de a fi centrul atenției și de a fi evaluat negativ de **alte persoane** (de ex. frica de a vorbi în public) - simptome fizice tipice sunt roșitul și tremurăturile.

Frică de alte **obiecte și situații** (ex. animale, înălțimi, zborul cu avionul etc).

Atenție! – este tipic pentru tulburările de anxietate să apară mai multe împreună și, de asemenea, cu tulburările depresive și tulburari datorate consumului de alcool (“comorbiditate”).



ANXIETATE (AN) – INTERVIU PAGINA I



Toate tulburările de anxietate definite în ICD – 10 prezintă simptome fizice pe lângă simptomele psihologice. Fără aceste simptome fizice, anxietatea psihologică - senzația unei amenințări iminente - este irelevantă pentru diagnosticul tulburărilor de anxietate. Așadar, primul pas din acest interviu constă în verificarea existenței anxietății pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, însoțită de simptome fizice așa cum sunt ele descrise în lista de mai jos. Afectiunile somatice trebuie eliminate ca posibilă cauză a acestor simptome.

AN 1 Ați prezentat în ultimele 4 săptămâni stări de anxietate acompaniate de:		DA	NU
A. A. Simptome vegetative			
A1	Tahicardie sau creștere a pulsului	DA	NU
A2	Transpirații	DA	NU
A3	Uscăciune a gurii	DA	NU
A4	Tremurături	DA	NU
Numărul de simptome A		
Cel puțin 1 DA		→ B	IEȘIRE
B. B. Alte simptome de anxietate			
B1	Greutăți în respirație	DA	NU
B2	Senzația de înneccare	DA	NU
B3	Dureri sau senzații neplăcute în piept	DA	NU
B4	Greață sau distres abdominal	DA	NU
B5	Amețeli, nesiguranță, slăbiciune	DA	NU
B6	Senzația că obiectele/oamenii sunt stranii (derealizare) sau senzația că “nu ești realmente aici” (depersonalizare)	DA	NU
B7	Frica de a pierde controlul, de a înnebuni sau de a leșina	DA	NU
B8	Frica de moarte	DA	NU
B9	Valuri de căldură sau frisoane	DA	NU
B7	Amorțeli sau furnicături	DA	NU
Numărul de simptome B		
AN 2	Cel puțin 1 simptom din A și minimum 4 simptome în total	→ AN 3	→ AN 4
Următoarea întrebare este pentru diagnosticul tulburării de panică			
AN 3	S-a întâmplat ca în ultimele 4 săptămâni să aveți minimum 4 atacuri de panică, adică stări de frică, care s-au instalat brusc fără cauză aparentă și au dispărut spontan (în aprox. 20 până la 30 de minute)	Tulburare de panică F41.0 ¹ → AN 5	→ AN 5
AN 4	Cel puțin 1 simptom din A și 2 - 3 simptome în total	→ AN 5	IEȘIRE

¹Atenție – dacă pe lângă Tulburarea de panică este prezentă și Agorafobie, se va utiliza codul F40.01 (Agorafobie cu tulburare de panică)

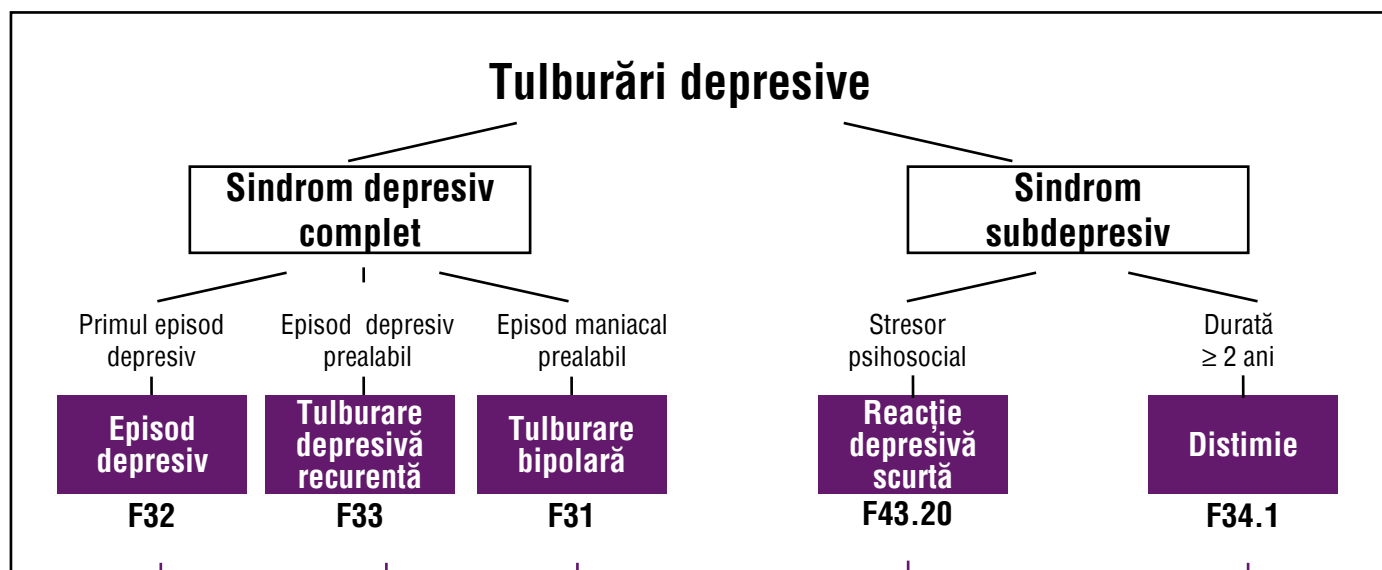


	DA	NU
<p>AN 5 Aveți stări de anxietate în anumite situații (de ex. în spații aglomerate, în mijloacele de transport în comun, de animale, de a vorbi în prezența altor persoane). Dați-mi un exemplu</p> <p>.....</p>	→ AN 6	→ AN 12
<p><i>AN5 până la AN11 vizează diagnosticul fobiilor. După ICD 10 o fobie nu poate fi diagnosticată decât atunci când se răspunde afirmativ la ambele întrebări de mai jos. Acestea vor fi adresate pentru fiecare dintre cele 3 tipuri de fobii dacă pacientul răspunde pozitiv la AN 6, AN 8, AN 10.</i></p> <p>AN A Evitați aceste situații sau, dacă nu puteți să le evitați, suportați aceste situații doar cu un disconfort marcat?</p> <p>AN B Considerați că anxietatea pe care o experimentați este lipsită de sens sau exagerată?</p>		
<p>AN 6 Aceste stări de anxietate sunt trăite atunci când:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sunteți în spații aglomerate (cinema, supermarket, etc.)? - vă aflați în locuri publice (pe stradă sau în piețe)? - sunteți singur(ă) în mijloace de transport în comun (tramvai, metrou, autobus)? - plecați singur(ă) de acasă? <p style="text-align: right;">2 sau mai multe dintre situațiile de mai sus</p>	→ AN 7	→ AN 8
<p>AN 7 Există un răspuns afirmativ la AN A și AN B?</p>	<p>Agorafobie F40.00¹</p> <p>→ AN 8</p>	→ AN 8
<p>AN 8 Aceste stări le-ați trăit în situații în care vă era teamă că sunteți în centrul atenției altor persoane (de ex. vorbitul în public, contactarea altor persoane etc.)</p>	→ AN 9	→ AN 10
<p>AN 9 Există un răspuns afirmativ la AN A și AN B?</p>	<p>Fobie Socială F40.1</p> <p>→ AN 10</p>	→ AN 10
<p>AN 10 Aceste stări le experimentați în alte situații (la înălțime, fulger, în avion, întuneric, dentist, animale, etc.)</p>	→ AN 11	→ AN 12
<p>AN 11 Există un răspuns afirmativ la AN A și AN B?</p>	<p>Fobie Specifică F40.2</p> <p>→ AN 12</p>	→ AN 12
<p><i>Următoarea întrebare vizează diagnosticul de anxietate generalizată</i></p> <p>AN 12 În ultimele 6 luni, v-ați făcut griji exagerate (de ex. că unui membru al familiei i se va întâmpla ceva)? Aceste îngrijorări au fost însoțite de anxietate sau de o tensiune interioară ?</p>	<p>Anxietate generalizată F41.1</p> <p>IEȘIRE</p>	IEȘIRE

²Atenție – dacă pe lângă Tulburarea de panică este prezentă și Agorafobie, se va utiliza codul F40.01 (Agorafobie cu tulburare de panică)



Clasificarea tulburărilor depresive (selecție din ICD-10)



Un **sindrom depresiv complet** este diagnosticat atunci când sunt prezente

- **minimum 2 din cele 3** simptome de nucleu **(1) tristețe, (2) pierderea interesului și a bucuriei (3) fatigabilitate**
- un total de **minimum patru simptome** depresive
- **în ultimele două săptămâni** aproape zilnic.

Sindrom depresiv în momentul de față, fără un episod depresiv sau maniacoal prealabil.

Sindrom depresiv în momentul de față, cu un episod depresiv și fără un episod maniacoal prealabil.

Sindrom depresiv în momentul de față, cu un episod maniacoal prealabil.

Nu sunt îndeplinite criteriile pentru un episod depresiv complet, dar simptomatologia depresivă este prezentă (v. DE 5).

Se poate identifica un **stres psihosocial**, durată mică (**< 4 săptămâni**).

Stare sub-depresivă **mai lungă de 2 ani**, fără episoade hipomane intermitente.

Atenție! – Diagnosticalele din acest modul se exclud unele pe altele – nu există o comorbiditate între ele dar există posibilitatea comorbidității cu tulburări de anxietate sau legate de consumul de alcool





DEPRESIE (DE) – INTERVIU PAGINA I



Pentru fiecare dintre cele 5 diagnostice ICD-10 ale TRIPS este necesar să se stabilească, în primul rând, dacă este vorba de un “sindrom depresiv complet” sau de un “sindrom subdepresiv”. În acest scop trebuie verificat dacă următoarele simptome au fost prezente aproape zilnic în precețele două săptămâni.

Pentru un “sindrom depresiv complet” sunt necesare cel puțin 2 simptome din grupul A și cel puțin un total de 4 simptome (din A și B).

Pentru un “sindrom subdepresiv”, cel puțin simptomul dispoziție depresivă (A1) este necesar și cel puțin un total de 5 simptome (din A și B).

DE 1 Ce simptome din lista de mai jos, ați experimentat aproape zilnic în ultimele două săptămâni?		DA “complet” “sub”	NU
A. Simptome depresive de nucleu			
A1	Sentiment de tristețe, descurajare în cea mai mare parte a zilei (“altfel decât în doliu”)	<input type="text" value="DA"/>	NU
A2	Pierderea interesului sau a sentimentului de plăcere în activități, care în mod normal erau percepute ca plăcute	<input type="text" value="DA"/>	NU
A3	Energie redusă sau fatigabilitate accentuată	<input type="text" value="DA"/>	NU
Numărul de simptome A		
Cel puțin A1 (dispoziție depresivă)		<input type="text" value="→ B"/>	<input type="text" value="EXIT"/>
B. Alte simptome depresive			
(a) Simptome comune pentru depresie și distimie			
B1	Pierderea încrederii și a stimei de sine	<input type="text" value="DA"/>	NU
B2	Acuze legate de pierderea capacității de concentrare și de gândire, indecizie (aduse în discuție de persoană sau remarcate în timpul interviului)	<input type="text" value="DA"/>	NU
B3	Tulburări de somn	<input type="text" value="DA"/>	NU
(b) Simptome specifice pentru depresie			
B4	Reproșuri exagerate adresate propriei persoane sau sentimente de vinovăție	<input type="text" value="DA"/>	NU
B5	Gânduri recurente de moarte sau de suicid, comportamente suicidare	<input type="text" value="DA"/>	NU
B6	Agitație sau inhibiție psihomotorie (afirmative sau observabile în timpul întrevederii)	<input type="text" value="DA"/>	NU
B7	Pierderea apetitului sau apetit crescut, cu modificare corespunzătoare a greutateii corporale	<input type="text" value="DA"/>	NU
(c) Simptome specifice pentru distimie			
B8	Înclinație spre văicăreală	<input type="text" value="DA"/>	NU
B9	Sentiment de pierdere a speranței sau de disperare	<input type="text" value="DA"/>	NU
B10	Izolarea socială	<input type="text" value="DA"/>	NU
B11	Diminuare a fluxului verbal	<input type="text" value="DA"/>	NU
Numărul de DA STÂNGA: în B (a) și (b) DREAPTA: B (a) și (c)		
DE 2	Cel puțin 2 simptome de la A și minim 4 simptome în total pe coloana stângă. Grad de severitate (numar de simptome): 4-5 – ușoară, 6-7 – medie, 8+ (inclusiv toate de la A) - sever	Sindrom depresiv complet <input type="text" value="→ DE 3"/>	<input type="text" value="→ DE 5"/>



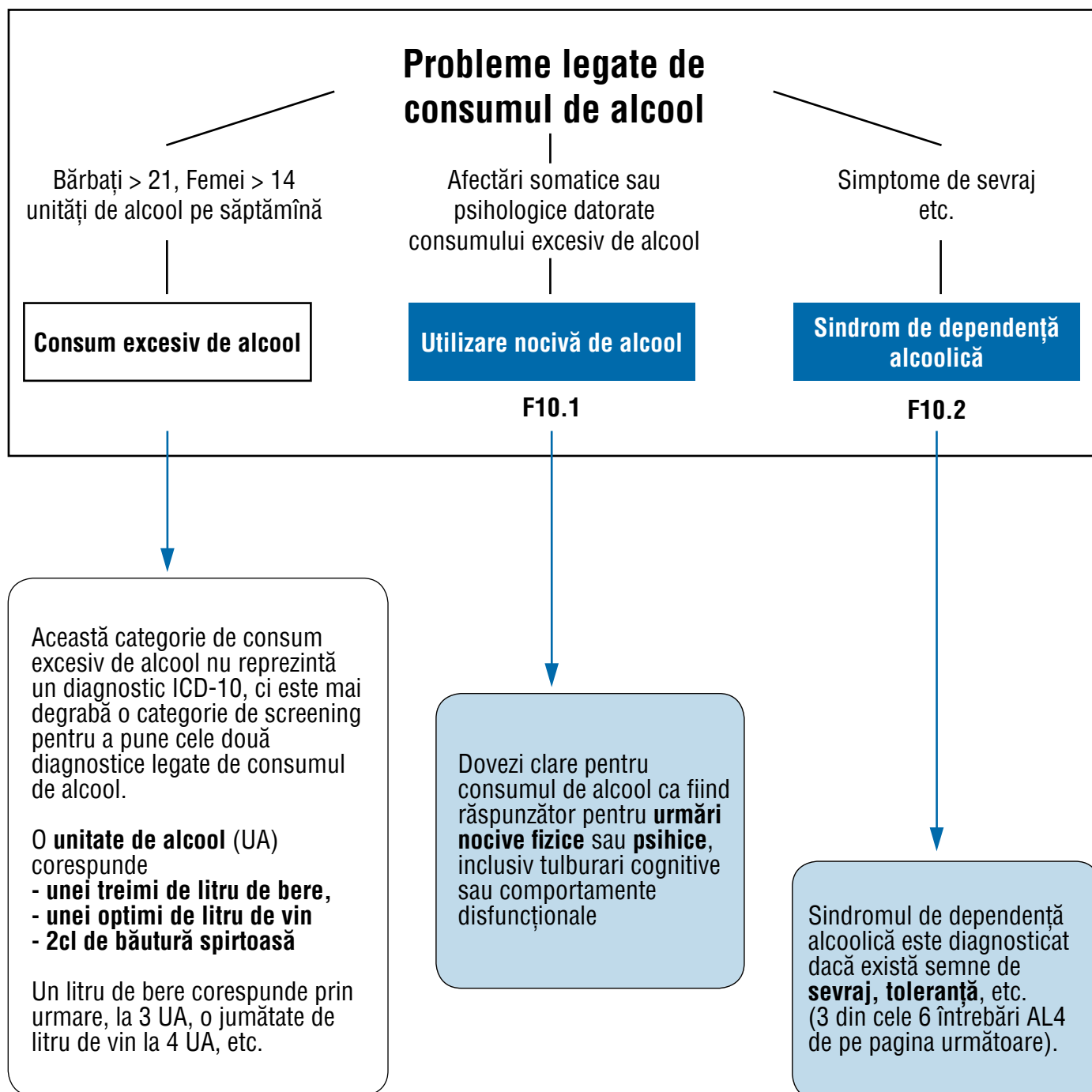


	DA	NU
<p>DE 3 Aflați dacă pacientul a avut în trecut cel puțin un episod maniacal sau hipoman? <i>Dacă este neclar: s-a întâmplat în trecutul dvs. să treceți prin stări în care erați foarte bine dispus, aveți multă energie și erați implicat în multe activități, cu o reducere a timpului de somn și cu o stimă de sine crescută? A durat această stare mai mult de o săptămână?</i></p>	<p>Tulburare bipolară F31</p> <p>IEȘIRE</p>	<p>→ DE 4</p>
<p>DE 4 Aflați dacă pacientul a avut în trecut cel puțin un episod depresiv? <i>Dacă este neclar: s-a întâmplat în trecutul dumneavoastră să treceți printr-o stare depresivă similară cu aceasta? A durat aceasta stare mai mult de 2 săptămâni?</i></p> <p><i>Este necesară îndeplinirea criteriului DE 2</i></p>	<p>Tulburare depresivă recurentă F33</p> <p>IEȘIRE</p>	<p>Episod depresiv F32</p> <p>IEȘIRE</p>
<p>DE 5 Dispoziția depresivă este prezentă, împreună cu 4 simptome din A B(a) și B(c) – vezi pagina precedentă</p>	<p>Sindrom subdepresiv</p> <p>→ DE 6</p>	<p>IEȘIRE</p>
<p>DE 6 Acest sindrom subdepresiv durează de mai mult de 2 ani fără să fi fost întrerupt de episoade hipomane. <i>Dacă este neclar: în ultimii doi ani, v-ați simțit mai degrabă abătut și lipsit de energie, având tulburări ale somnului, fără ca această stare să fie întreruptă de episoade de extremă bună dispoziție?</i></p>	<p>Distimie*) F34.1</p> <p>IEȘIRE</p>	<p>→ DE 7</p>
<p>DE 7 Acest sindrom depresiv durează de mai puțin de 4 săptămâni și s-a instalat după un stres psiho-social? Vă rugăm să formulați o întrebare pentru prezența stresorului.</p> <p>.....</p>	<p>Reacție depresivă F43.20</p> <p>IEȘIRE</p>	<p>IEȘIRE</p>

*) Atenție: Dacă pot fi documentate episoade hipomane, diagnosticul este cel de "Ciclotimie (F 34.0)". În caz că sunt îndeplinite criteriile de distimie, iar durata tulburării este îndelungată, dar mai scurtă de doi ani, diagnosticul din ICD-10 este de "Alte tulburări afective persistente (F 34.8)". În această situație avem de-a face cu o tulburare depresivă clinic semnificativă, care necesită o abordare terapeutică.



Clasificarea problemelor legate de consumul de alcool (selecție din ICD-10*)



Atenție: Diagnosticile din acest modul se exclud unele pe altele – nu există o comorbiditate între acestea. Cu toate acestea, ele sunt frecvente în combinație cu tulburări anxioase sau depresive.





ALCOOL (AL) – INTERVIU



	DA	NU
AL 1 <i>Determinați câte unități de alcool (UA) consumă pacientul pe săptămână (1 UA este 1/3 l bere, 1/8 l vin sau 2 cl băutură spirtoasă)</i> <i>Bărbați: “DA” în cazul în care depășesc 21 UA</i> <i>Femei: “DA” în cazul în care depășesc 14 UA</i>	Consum excesiv de alcool → AL 2	IEȘIRE
AL 2 <i>Afectări fizice datorate alcoolului (gastrită, afectare hepatică, pancreatită, polineuropatie)</i>	Consum nociv de alcool F10.1 → AL 4	→ AL 3
AL 3 <i>Afectări psihologice datorate alcoolului, cum ar fi perturbări ale comportamentului, limitarea temporară a capacității decizionale sau tulburări de memorie</i>	Consum nociv de alcool F10.1 → AL 3	→ AL 4
AL 4 <i>Pentru evaluarea dependenței de alcool, verificați dacă cel puțin 3 din următoarele 6 au fost prezente pe parcursul ultimei luni / de mai multe ori în cursul ultimului an:</i>		
(1) Simțiți o dorință irezistibilă de a consuma alcool?	DA	NU
(2) Vă este greu să controlați consumul de alcool, să îl reduceți sau să îl întrerupeți?	DA	NU
(3) Sunt prezente simptomele de sevraj (ex. Tremurături și transpirații) atunci când nu aveți alcool sau vi se întâmplă să consumați alcool pentru a preveni apariția acestor simptome?	DA	NU
(4) Este necesară consumarea unei cantități mai mari de alcool pentru a obține același efect ca de obicei?	DA	NU
(5) S-a întâmplat să neglijați treburi importante datorită consumului de alcool?	DA	NU
(6) <i>Evaluarea medicului: consumul de alcool este perpetuat, chiar dacă pacientul este conștient de nocivitatea sa?</i>	DA	NU
AL 5 <i>Au fost prezente <u>minimum trei simptome din lista 1-6, pe parcursul ultimei luni</u>? Dacă nu sunt semnalate la nivelul ultimei luni, au fost prezente simptomele de mai multe ori în cursul ultimului an?</i>	Dependență de alcool F10.2*) IEȘIRE	IEȘIRE

*) *Atenție: În cazul diagnosticării dependenței de alcool, nu se mai pune diagnosticul de consum nociv – ceea ce înseamnă că dependența de alcool este un diagnostic “superior”. În fișa medicală se va trece doar diagnosticul de Dependență de alcool (F10.2).*

TRIPS-2 este dezvoltat pe baza primei ediții a **TRIPS** de Heinz Katschnig și Franz Gföllner, Vienna 1999 (sprijinit de Pfizer Austria), care a fost elaborat pe baza PRIME-MD, dezvoltat de Robert L. Spitzer et al (1994) pentru DSM-IV (sprijinit de Pfizer International), și adaptarea de Axel Bertelson la ICD-10. Prin contrast cu PRIME-MD, **TRIPS** (a) utilizează diagnostice ICD-10 în loc de DSM-IV, (b) se concentrează pe cele mai frecvente trei tulburări în contexte medicale non-psihiatrice pentru a câștiga timp, (c) are o grafică care îl face facil de utilizat, și (d) are ca principal obiectiv să fie un instrument de învățare pentru cea mai bună și scurtă cale de a ajunge la diagnosticele menționate pentru medici non-psihiatrii. Aceste elemente de design ale **TRIPS** s-au dovedit a fi eficiente în contextul constrângerilor de timp specifice medicinei de familie, cu un timp de aplicare de 4 până la 10 minute de către un medic de familie instruit, depinzând de numărul de diagnostice identificate.

Traducere și adaptare a versiunii în limba română:

Dr. Mugur Ciumageanu și Raluca Sfetcu, București, în cadrul Proiectului de Înfrățire instituțională al Comisiei Europene “Support for the development of community mental health services and the deinstitutionalization of persons with mental disorders (RO/06/1B/OT/02)”



PROGRAM FINANȚAT DE
UNIUNEA EUROPEANĂ
PRIN PROGRAMUL PHARE