

Concluzie

Orice consum de droguri în copilărie și adolescență trebuie considerat ca o adevărată problemă și trebuie luate anumite măsuri înaintea apariției unui eventual abuz de droguri care sunt mult mai greu de tratat. Dacă se suspectează un eventual consum de droguri nu trebuie să se amâne prea mult consultul de specialitate.

Bibliografie

1. Stoiev I., Vasiliev T., Popusoi E. – Organizarea asistenței narcologice. Știința, 1996, Chișinău.
2. Legea Republicii Moldova nr.382-XIX din 06.05.1999, „Cu privire la circulația substanțelor narcotice, psihotrope și a precursorilor”, „Monitorul oficial nr.18-19 din 18 februarie 1999.
3. Stoiev I., Vasiliev T., Oprea M. – Narcomania – maladia tineretului. Sănătatea publică și reformele asistenței medicale în Republica Moldova. Chișinău, 1999.

CONCEPTUL DE SUICID LATENT – MODIFICARE A MOTIVAȚIEI ȘI CAPACITĂȚILOR ADAPTATIVE A PERSOANEI CU TULBURĂRI MINTALE

Eugenia Sinița, Ion Cosciug, Inga Deliv

Catedra Psihiatrie, narcologie și psihologie medicală USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Latent suicide phenomena – motivation and adaptation ability pathological change in mentally ill

Clinical and psychological research of a lot of 30 patients suffering diverse psychic non-psychotic pathology (neurosis, stress-related, depression, adaptation trouble with depression and anxiety, organic cerebral pathology, epilepsy), referring to the life quality index, motivational level and the importance of necessities, allows to name three categories of persons performing latent suicidal behavior: (a) „lack of motivation for life itself” – I don’t want and I can not”; (b) „escapism – I want, but I can not”, (c) „capricious latent suicide behavior – I can, but I do not want”.

Rezumat

Investigațiile clinice și clinico-psihologice unui eșantion de 30 pacienți cu diverse tulburări psihice de nivel non-psihotic (tulburare neurotică și corelată cu stresul, tulburare depresivă, tulburare de adaptare cu dispoziție predominant anxioasă și depresivă, tulburare cerebrală organică, epilepsie fără tulburări psihotice și demență), privind indicii calității vieții, nivelul motivației și necesităților a permis evidențierea a trei categorii de persoane cu diferite tipuri de suicid latent: (a) „lipsa motivației pentru viață – nu vreau și nu pot”; (b) „suicid latent prin evadare - vreau, dar nu pot”; (c) „suicid latent tip capriciu – pot, dar nu vreau”.

Actualitatea problemei

În conformitate cu datele OMS, la nivel mondial, suferă din cauza tulburărilor mintale și de comportament aproximativ 450 mln. de persoane [WHO, Raport „Despre prevenția bolilor psihice”, 2006]. Fiecare a patra persoană va dezvolta una sau mai multe dintre patologiiile mintale și de comportament pe parcursul vieții. Din totalul modificărilor calității vieții, 13% revine patologiei psihiatrice. În conformitate cu pronosticul experților OMS, această cifră în curând va atinge limita de 15% [WHO, 2004d]. Din topul celor 10 cauze ale invalidității și morții nenaturale, 5 sunt legate cu condiții psihiatrice, inclusiv depresia, abuzul de alcoolul, schizofrenia, tulburarea compulsivă [Murray and Lopez, 1996].

În corelare cu aceste date importante, care relevă o afectare vastă a populației globale, și un pronostic, nefavorabil, privind evoluția problemei discutate este impresionant faptul că, doar 6% dintre decesele persoanelor suferinde de tulburări mintale sunt cauzate direct de condiția psihiatrică. Statisticile, privind același indice în populația generală relevă că, doar 0,3% din cauzele morții nenaturale sunt datorate direct de patologii psihice. Datele prezentate anterior impun întrebarea: „Revine oare condițiilor psihiatrice o pondere atât de importantă în letalitatea subiectului uman, atunci, când doar un număr neînsemnat de persoane decedează nemijlocit din cauza patologiei psihice?” Pentru ca căutarea răspunsului la această întrebare să fie mai eficientă, să apelăm la definițiile de „mortalitate” și „letalitate”. **Mortalitatea** reprezintă totalitatea deceselor în populație pe când **Letalitatea** este totalitatea deceselor cauzate de patologie. Divergențele între **mortalitatea** legată de condițiile psihiatrice (deci, care NU este cauzată direct de patologie – ci de „altceva” ascuns, care nu este relevat în statistica mondială), care este enormă conform datelor OMS, și **letalitate** – un total al deceselor cauzate nemijlocit de boală (indice net inferior celui al mortalității) confirmă datele oferite de WIKIpedia (enciclopedia liberă).

În literatura de specialitate, adeseori este utilizat termenul de „boli neletale”, care nu reprezintă cauza directă a decesului, dar care determină un nivel de mortalitate extraordinar de mare la nivel global.

Astăzi, când dreptul omului de a trăi reprezintă concepția cea mai importantă, care determină toate nivelele de viață socială, începând de la viața politică și terminând cu medicina, problema existenței „bolilor neletale” mortale ne pune în fața unei situații, când doar tratamentul persoanei care are un scop clar definit - de înlăturare a patologiei – nu este suficient. Într-un număr impunător de cazuri, medicina modernă poate să reducă indicii letalității, ceea ce constatăm și în domeniul psihiatriei. Boala nu va mai cauza decesul într-un mod direct. Mortalitatea, însă, rămâne înaltă ceea ce confirmă existența unui alt fenomen important în acest sens, decât boala înșiși. Fenomen, care conduce la moarte precoce și nenaturală a persoanelor. Bolile psihiatrice sunt o cauză majoră în structura mortalității globale – dar, probabil, nu sunt bolile înșiși cauza, care ucide.

Dacă letalitatea prin boli psihiatrice constituie doar 0,3% în populația generală, rezultă că există altceva, care determină ratele mortalității înalte în populația atinsă de tulburări mintale și de comportament. În acest context sunt importante următoarele date: 1) moartea nenaturală este un fenomen întâlnit frecvent la bolnavii psihici [Susane Alridge, Ph, 2001], și constituie 25%. Structura mortalității fiind: 1% omucideri, 73% sinucideri, 26% moarte prin accident și, 2) dacă în populația generală fumătorii constituie 22% [2001], atunci în populația suferindă de tulburări psihice acest număr crește până la 75%.

E de menționat un studiu și mai amplu, privind discordanța statistică între letalitate și mortalitate la pacienții cu diverse patologii psihiatrice.

Fenomenul de „killer ascuns” a fost devualat în studiul „Expectanța Vieții și cauzele decesului în populația, tratată pentru prezența unei boli mintale importante”. Studiul Massachusetts Department of Mental Health, realizat în perioada anilor 1989 – 1994 inclus 43274 adulți, toți administrând un tratament psihiatric de durată, în condiții de ambulator (51%), și spitalizați (49%) a demonstrat că, vârsta medie de deces a fost 66 ani (76 ani în populația generală în aceeași perioadă de timp). Rezultatele acestui studiu oferă date comparabile cu datele statistice din Federația Rusă, care demonstrează că, doar 8% dintre pacienții cu tulburări psihice decedează nemijlocit din cauza patologiei în cauză (6% după datele AȘM din FR). În 92% cazuri decesul persoanelor atinse de condiții psihiatrice **nu** au drept cauză contributivă patologia psihiatrică.

Aceleași studii relatează că, bolile infecțioase la bolnavii psihici constituie cauza decesului de 2 ori mai frecvent, comparativ cu populația generală. Moartea datorată unor cauze externe este de 6 ori mai frecventă în cazul persoanelor cu tulburări psihice, comparativ cu populația generală; diversele accidente – de 2 ori mai frecvent devin cauza decesului pacientului psihiatric, suicidele – de 10 ori, omuciderile – de 3 ori. Fiecare al treilea bărbat, și fiecare a noua

femeie suferinde de patologii psihiatrice, administrând tratament în condiții de ambulator – decedea din cauza diferitor accidente.

Datele prezentate demonstrează că, mortalitatea crescută în populația atinsă de bolile psihice este deteminată nu atât de însăși maladia psihiatrică, cât de fenomenul dezadaptării sociale – începind de la pericol direct pentru viața (accidente, sinucidere, omucidere), și continuând cu dezvoltarea bolilor somatice, „sociale”, infectioase, etc.

Scopul studiului a vizat studierea fenomenului de suicid latent la pacienții cu diferite tulburări mintale și de comportament.

Material și metode

Întru realizarea obiectivelor studiului au fost investigați 30 pacienți (13 barbati, 17 femei) cu diverse patologii psihiatrice de ordin non-psihotic (tulburare neurotică și corelată cu stresul, tulburare depresivă, tulburare de adaptare cu dispoziție predominant anxioasă și depresivă, tulburare cerebrală organică, epilepsie fără tulburări psihotice și demență), vârsta medie a cărora a fost de $39 \pm 3,2$ ani. Studiul a fost efectuat în SCP secția Dispensar și secția Neuroze. Pentru monitorizarea motivației și a adaptivității sociale în scopul investigării tipologiei comportamentului suicidar latent au fost utilizate teste clinico-psihologice: Testul Kusnetsov pentru aprecierea factorilor adaptării sociale și testul SF – 36 v.2 pentru evaluarea factorilor calității vieții. Datele obținute au fost prelucrate statistic și analizate utilizând pachetul de programe standard Statistica for Windows. Astfel, au fost calculate mediile aritmetice și deviațiile medii ale acestora. Parametrii au fost comparați în conformitate cu criteriul Student pentru valori absolute. Au fost analizați coeficienții de corelare Pearson între parametrii studiați.

Rezultate și discuții

În conceptul lui Emul Durkheim (1858 – 1917), suicidul reprezintă o privare intenționată de propria viață. În același timp, sociologul în cauză evidențiază și separă un grup deosebit de persoane, care include subiecți, ce nu constientizează comportamentul suicidar propriu. Situația descrisă, de regulă, se extind și asupra rudelor lor, cunoscuților și prietenilor. Este vorba despre persoane, comportamentul cărora tinde a fi „orientat spre moarte”. În anul 1897 acest comportament era definit ca „suicid simbolic” de către Durkheim. Ulterior, fenomenul a primit numele de „comportament autodistructiv” și a fost definit ca comportament conștient, asupra caruia persoana posedă un anumit control volitiv real sau potențial, dar care aduce persoana la moarte fizică precoce.

În cazul când motivația este definită ca una dintre caracteristicile stabile ale personalității, caracteristică, care din interior impune personalitatea să realizeze acțiuni necesare pentru a obține obiectul necesității – pot fi identificate trei componente principale ale suicidului latent:

1. Obiectul necesității îl reprezintă viața persoanei;
2. Persoana nu efectuează acțiuni necesare pentru a obține obiectul necesității (viața), sau efectuează acțiuni în sens opus, dar care nu sunt conștientizate (caracter „latent” al suicidului);
3. Are loc o inversie patologică a motivației pentru viață în motivația pentru moarte, inversie, care nu este pe deplin conștientizată nici de către persoană, nici de către apropiații ei.

Același fenomen de prezență și lipsă a „voinței pentru viață” a fost descris de către Carl și Stephanie Simonton în rezultatul unor investigații realizate în Centrul de Studii Oncologice, Dallas

Rezultatele investigațiilor proprii, ținând cont de diferențele cu semnificație statistică între parametrii motivaționali și factorii adaptării sociale a permis diferențierea a trei grupe de persoane cu comportament suicidar latent diferit (tabelul 1).

Primul grup a cuprins pacienții, la care dezadaptarea socială, și, ca urmare, afectarea capacităților de supraviețuire, se bazează pe **lipsa motivației pentru viață**, persoane care se ghidează predominant de principiul - „**nu vreau, nu pot**” sau „**refuz de viața**” în opinia lui

Tihonenco. La persoanele din grupul I se evidențiau următoarele caracteristici specifice: (a) reducerea considerabilă indicelui actualității necesitatilor, concomitent cu (b) nivelul redus al factorilor de interacțiune socială: comunicare, vitalitate, funcționare sociala, indicii sanatații mintale. **Grupul II** a inclus persoanele, la care dezadaptarea socială se caracteriza prin prezența unei (a) actualității exprimate a necesităților, care însă nu pot fi realizate din cauza (b) durerii corporale (fizice sau/și psihice). Acest tip de comportament suicidar latent fiind mai frecvent exprimat prin fraza: „vreau, dar nu pot”, ceea ce corespunde noțiunii de „suicid prin evadare” după Tihonenco. Persoana cu asemenea tip de suicid latent evită interacțiunea socială și, ca consecință, funcționarea socială adecvată necesității de supraviețuire din cauza durerii fizice sau psihice. **Al treilea grup** a cuprins persoanele cu (a) actualitatea redusă a necesităților, care coexistă cu (b) indici ne semnificativ reduși ai factorilor ce determină funcționarea socială. Pentru acest grup de pacienți a fost specifică afirmarea: „pot, dar nu vreau”.

Tabelul 1

Indicii motivației, adaptivității sociale și calității vieții la pacienții cu diferite tipuri de suicid latent

Analiza pe grupuri.

		GRUP 1	GRUP 2	GRUP 3
		M ± m	M ± m	M ± m
		<i>nu vreau, nu pot</i>	<i>vreau, nu pot</i>	<i>nu vreau, pot</i>
Factor 1	autoconservare	0,82 ± 0,045	0,75 ± 0,0430	0,70 ± 0,070
Factor 2	regulativ	0,51 ± 0,035	0,55 ± 0,040	0,66 ± 0,053
Factor 3	reproducere	0,81 ± 0,061	0,82 ± 0,033	0,50 ± 0,055
Factor 4	comunicare	0,79 ± 0,034	0,68 ± 0,034	0,63 ± 0,042
Factor 5	cognitiv	0,78 ± 0,053	0,63 ± 0,060	0,78 ± 0,073
Factor 6	autorealizare	0,79 ± 0,025	0,60 ± 0,051	0,81 ± 0,020
Actualitat	necesitatilor	79,5 ± 1,382	93,48 ± 1,575	80,75 ± 1,56
PF	sanatate fizica	35,59 ± 2,806	45,45 ± 2,580	37,68 ± 1,12
RP	importanta s.f.	19,89 ± 0,849	39,49 ± 4,91	29,43 ± 1,81
BP	durere corporala	29,22 ± 1,578	33,40 ± 3,580	46,13 ± 3,657
GH	sanatate generala	35,21 ± 1,858	37,39 ± 1,675	39,62 ± 0,68
VT	vitalitate	25,57 ± 1,340	37,71 ± 3,835	44,92 ± 1,809
SF	functionare sociala	24,15 ± 1,817	37,21 ± 3,835	32,82 ± 1,453
RE	import. Pr. Emotion	17,78 ± 1,133	22,07 ± 1,43	22,07 ± 1,843
MH	sanatate mintala	20,14 ± 1,469	30,88 ± 3,219	33,94 ± 0,729

Evidentiere a diferentelor statistic importante intre medii (criteriul Student)

		Grup 1 vs Grup 2	Grup 2 vs Grup 3	Grup 1 vs Grup 3
Factor 1	autoconservare	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Factor 2	regulativ	p > 0,05	p > 0,05	p < 0,05
Factor 3	reproducere	p > 0,05	p < 0,001	p < 0,01
Factor 4	comunicare	p < 0,05	p > 0,05	p < 0,01
Factor 5	cognitiv	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Factor 6	autorealizare	p < 0,01	p < 0,01	p > 0,05
Actualitat	necesitatilor	p < 0,001	p < 0,001	p > 0,05
PF	sanatate fizica	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05
RP	importanta s.f.	p < 0,001	p > 0,05	p < 0,01
BP	durere corporala	p > 0,05	p < 0,05	p < 0,001
GH	sanatate generala	p > 0,05	p > 0,05	p < 0,05
VT	vitalitate	p < 0,05	p > 0,05	p < 0,001
SF	functionare sociala	p < 0,01	p > 0,05	p < 0,01
RE	import. Pr. Emotion	p < 0,05	p > 0,05	p > 0,05
MH	sanatate mintala	p < 0,01	p > 0,05	p < 0,001

Ulterior au fost studiați coeficienții de corelare (r_{xy}) între factorii motivaționali, cei ai adaptivității și indicii calității vieții. Astfel, cele mai intense corelări directe și indverse depistate au fost: **1)** autoconservarea corelează pozitiv cu reproducerea ($r_{xy}= 0,629$), negativ cu factorul cognitiv ($r_{xy}= -0,436$), vitalitatea ($r_{xy}= -0,343$) și funcționarea sociala ($r_{xy}= -0,436$); **2)** factorul regulativ corelează pozitiv cu durerea corporală ($r_{xy}= 0,565$), vitalitatea ($r_{xy}= 0,597$), importanța problemelor emoționale ($r_{xy}= 0,390$), sanatatea mintala ($r_{xy}= 0,499$), și negativ cu factorul cognitiv ($r_{xy}= -0,494$); **3)** factorul reproducere corelează pozitiv cu actualitatea necesităților ($r_{xy}= 0,392$), și negativ cu factorul cognitiv ($r_{xy}= -0,445$), durerea corporală ($r_{xy}= -0,447$) și vitalitatea ($r_{xy}= -0,370$); **4)** comunicarea corelează pozitiv cu autorealizarea ($r_{xy}= 0,389$), și negativ cu durerea corporală ($r_{xy}= -0,576$), funcționarea socială ($r_{xy}= -0,362$) și sănătatea mintală ($r_{xy}= -0,393$); **5)** factorul cognitiv corelează pozitiv cu autorealizarea ($r_{xy}= 0,312$), și vitalitatea ($r_{xy}= 0,372$); **6)** autorealizarea corelează negativ cu actualitatea necesităților ($r_{xy}= -0,404$); **7)** actualitatea necesităților corelează pozitiv cu sănătatea fizică ($r_{xy}= 0,445$) și funcționarea socială ($r_{xy}= 0,235$), și negativ cu durerea corporală ($r_{xy}= -0,290$); **8)** sanatatea fizică corelează pozitiv cu sanatatea generală ($r_{xy}= 0,611$) și funcționarea socială ($r_{xy}= 0,443$); **9)** importanța sănătății fizice corelează pozitiv cu sanatatea generală ($r_{xy}= 0,342$), vitalitatea ($r_{xy}= 0,397$) și funcționarea socială ($r_{xy}= 0,652$); **10)** durerea corporală corelează pozitiv cu vitalitatea ($r_{xy}= 0,495$), funcționarea socială ($r_{xy}= 0,328$) și sanatatea mintală ($r_{xy}= 0,758$); **11)** vitalitatea corelează pozitiv cu funcționarea socială ($r_{xy}= 0,366$) și sănătatea mintală ($r_{xy}= 0,648$); **12)** funcționarea socială corelează pozitiv cu importanța problemelor emotionale ($r_{xy}= 0,419$) și sănătatea mintală ($r_{xy}= 0,601$) **13)** importanța problemelor emoționale corelează pozitiv cu sanatatea mintală ($r_{xy}= 0,523$).

Concluzii

1. Suicidul latent (comportament suicidar indirect) reprezinta un comportament determinat de lipsa motivației persoanei pentru viața, adeseori rămânând neconștientizat de către persoana care îl manifestă.

2. Investigarea indicilor motivației, adaptivității sociale și calității vieții a evidențiat următoarele tipuri de suicid latent la persoanele cu tulburări psihice de nivel non-psihotic: (a) „lipsa motivației pentru viață – nu vreau și nu pot”; (b) „suicid latent prin evadare - vreau, dar nu pot”; (c) „suicid latent tip capriciu – pot, dar nu vreau”.

3. Continuarea studiilor, privind modelele de comportament suicidar latent (ascuns), ținând cont și de coeficienții de corelare între parametrii motivaționali, adaptativi și indicii calității vieții sperăm să permită elaborarea unor recomandări practice eficiente de prevenire a suicidului latent.

Bibliografie

1. Berry, J. W. *“Immigration, Acculturation and Adaptation”*, Ontario, 1996.
2. B. Dembling, D.T. Chen *„Life Expectancy and Causes of Death in a Population Treated for Serious Mental Illness”*, American Psychiatric Association, 1999, , s.a. Psychiatr Serv 50:1036-1042, August 1999
© 1999 American Psychiatric Association
3. Carl and Stephanie Simonton *„Getting Well again”*, Bantom books, cap.1
4. Ivanova A. E., Ermacov S. P., 1998 *„Durata medie a vietii persoanelor cu tulburari psihice si persoanelor fara aceste tulburari”* <http://www.sci.aha.ru/ATL/ra83a.htm>
5. «Mental Health and Work”, WHO, Geneva, 2000.
6. Murray and Lopez, 1996 *„Cauzele mortii nenaturale si a invalidizarii populatiei”*
7. P.I. Sidorov, A.V. Parmyakov *„Psihologia clinica”*, Gaotar Med 2002, p.345
8. WHO, Raport *„Despre preventia maladiilor psihice”*, 2006
9. WHO, 2004d
10. WIKIpedia
11. Susane Aldridge, PhD 2001. *„Unnatural death more likely among mentally ill”*,

12. И. К. Крежева «Социально – психологические факторы адаптации», М. 1983, 203 – 213с
13. Михайлова И.И “Самостигматизация психических больных», 2005
14. „Социо культурная адаптация: сущность, направления, механизмы реализации: диссертация доктора социологических наук”. Кемерово, 1992, 398с.
15. Фанталова Е.Б «Методика «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» –., 1979

INFLUENȚA IMAGINII PARENTALE ASUPRA DEZVOLTĂRII PERSONALITĂȚII PACIENTILOR CU TULBURARE AFECTIVĂ

Vladimir Sterpu ¹, William Divale ²

¹Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală USMF „Nicolae Testemițanu”

²Catedra Antropologie, Universitatea din New York, SUA

Summary

The influence of the parental image in development of the personality of patients with affective disorder

The article presents the results of analysis of the influence of the parental image in development of the pathological personality traits and the consequences of the parental rejection perceived in childhood by the patients with depressive disorder. Strong correlations between depression and some psychopathological trait of personality were revealed. The correlation between depression and deficiency of warmth perceived in childhood by the patients were found and the tendency to hide this information was shown.

Rezumat

În articol sunt prezentate rezultatele analizei influenței imaginii parentale în dezvoltarea trăsăturilor patologice personale și consecințelor fenomenului respingerii părintești, percepute în copilărie de pacienții cu tulburărilor depresive. Sau evidențiat corelațiile puternice între depresie și unele trăsături specifice pentru tulburări de personalitate. S-a demonstrat corelația între depresia și deficiența căldurii percepute de pacienți în copilărie, și tendință de a ascunde informația aceasta de către unii din pacienți.

Actualitatea

Disarmonia, desadaptarea și tulburarea sunt etapele formării afecțiunii mintale. Și în cazul funcționării individului la nivel normalității și ca fundal al bolii psihice este la mijloc personalitatea umană. Personalitatea apare ca un rezultat al influenței a patru grupe de factori: ereditatea, constituția fizică, educația și factorii sociali [4]. Primii trei datorate familiei. Factorul educației familiale este unul din cei mai importanți factori, care influențează asupra dezvoltării patologiei psihice la o persoană prin impactul său major în formarea personalității umane. Rolul important relației diadice „părinți-copil” și modelului educațional în dezvoltarea patologică a personalității atribuie la moment actual majoritatea teoriilor psihologice. Aprecierea subiectivă de către copil a relațiilor parentale și a comportamentului adulților față de propria persoană modelează și formează personalitatea adultă. Și punctul culminant al dezbaterilor teoretice sunt viziunile în transmiterea modelului comportamental de la părinți la copii și asimilarea sa de către individ, în calitate de matrice funcțională. Calitatea și tipajul modelului de bază și a relațiilor părinte-copil sunt factori hotărâtori în formarea personalității adulte [1, 5]. Așa dar, individul formează reacțiile de relaționare cu mediul înconjurător după modelul comportamental al părinților. Imaginea parentală formată de-a lungul copilăriei de la etapele cele mai fragile influențează crearea mecanismelor de adaptare sau, din potrivă, dezadaptării individului.