

**CU PRIVIRE LA IRESPONSABILITATEA PSIHIATRICO-JURIDICĂ A UNEI CATEGORII CU TULBURĂRI PSIHOPATOLOGICE DE PERSONALITATE, BOLNAVI DE TUBERCULOZĂ PULMONARĂ CONTAGIOASĂ**

**Constantin Palihovici \*, Oleg Cobîleanschi \*\*, Anatol Nacu**

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologia Medicală USMF “Nicolae Testemițanu”

**Summary**

***About the legally- psychiatric irresponsability of a category of the contagious tuberculosis patients with psychopathological disturbances of personality***

Among patients with contagious pulmonary tuberculosis which refuse the ordinary treatment an important rate of personality disorders with marked disturbances of behavior and social relapsing(11, 9%, from the 729 frontal studied patients) were diagnosed. They take decreased discerning of the anti-tuberculosis treatment and correspond to the limited legally-psychiatric responsibility with the respective treatment, and will contribute of essential control to pulmonary tuberculosis.

**Rezumat**

Printre pacienții de tuberculoză pulmonară contagioasă, ce refuză tratamentul obișnuit, o parte importantă (11,9% din 729 de pacienți studiați frontal în tratamentul coercitiv), s-a diagnosticat tulburări marcate de comportament disocial. Recunoașterea responsabilității psihiatrico-judiciare limitate, respectiv și a aplicării tratamentului de rigoare, va contribui esențial la controlul acestei maladii.

**Cuvinte cheie:** tuberculoză pulmonară contagioasă, tratament coercitiv.

**Actualitatea temei**

Revenirea la tratamentul coercitiv a persoanelor bolnave de tuberculoză contagioasă este de bun augur, prin faptul că indicii epidemiologici de control al acestei maladii, achiziționați în anii de funcționare al acestui tratament (1975-1992) în Republica Moldova, puteau concura cu cei din așa țări mai dezvoltate, ca Cehoslovacia, Ungaria (D. Sain, 2006). Bolnavii de tuberculoză pulmonară, ce refuză s-au întrerup tratamentul, ca regulă, eliminatori de bacterii, prezintă pretutindeni un flagel periculos în contextul securității sănătății publice, generând răspândirea tuberculozei, în special, a formei Multi – Drog - Rezistente (MDR-TB). Aceasta e dificil de tratat la ora actuală chiar și într-un șir de țări cu situația epidemiologică mai bună decât în Republica Moldova. În SUA, acest tratament introdus în 1949 este estimat și în ziua de azi ca cea mai eficace măsură de management și educație a sănătății (2). Comitetul european de Control al tuberculezei (Helsinki, 2000) direct susținea, că tuberculoza MDR-TB este răspândită în țările, unde statul nu elaborează o legislație adecvată (3). În baza studiului clinico - catamnestic a bolnavilor tratați coercitiv în anii 1975-1992, și al studiului bolnavilor similari din penitenciarul Pruncul în a. 2006, socotim că este necesar de a reactualiza probleme, care ar contribui la optimizarea acestui tratament.

**Scopul** cercetării este evocarea rezultatelor, analiza dificultăților, și a eșecurilor în tratamentul evaluat și elaborarea unor recomandări de soluționare și optimizare a tratament coercitiv preconizat.

**Metoda** Estimarea psihologică a motivației evitării tratamentului de către pacienți, confruntată cu datele anamnestic, documentate, „raportului medic - pacient”; atitudinea față de sănătate și boală. Deasemenea, s-a efectuat analiza comparativă a diferitor grupuri evocate, privitor la dinamica comportamentală, compliantă, acceptarea psihoterapiei, deferencierea și estimarea ponderii elementului disocial la o categorie de bolnavi în cadrul tuberculozei pulmonare.

## **Materiale de cercetare**

S-au studiat catamnestic, frontal 729 pacienți, tratați coercitiv în anii 1982 - 1987 în secțiile cu regim special ale Spitalului de Psihiatrie Nr-2.

Vârsta medie a bolnavilor a fost de 44,06 ani, bărbați - 657(90,1%), femei - 72 (9,9%), trăitori de oraș și centre raionale – 239 (32,77%), trăitori de la sate -490 (67,22%). Nivelul de școlarizare: școala primară și nefinisată medie - 562 (77,3%), medie, medie specială -128 (18,1%), superioară și nefinisată superioară - 39 (5,6%). O treime din pacienți erau celibatari sau divorțați. La momentul internării  $\frac{3}{4}$  din pacienți aveau ocupații indefinite.

După caracterul procesului la internare - Tuberculoză: infiltrativă – 319 (43,8%), desimnată la 155 pacienți (21,28%), fibro – cavitara – 183 (25,1%), cavernos – 37 (5,02%), tuberculomă - 35 (4,8%). Din acestea doar la 61 pacienți s-a depistat intoleranță medicamentoasă.

Atitudinea față de tratamentul precedent la pacienții studiați a fost următoarea:

- 1) 583 (79,97%) au întrerupt tratamentul pe un timp nu mai puțin de 2 luni;
- 2) 83 (11,39%) au fost externați din staționările precedente pentru încălcări grave, dezorganizarea regimului spitalicesc;
- 3) 63 (8,64%) au refuzat tratamentul și investigație din start, fiind invocat numai în prealabil diagnosticul de tuberculoză.

98 (13,4%) dintre pacienți au avut antecedente penale și au fost deținuți pentru diferite crime, cu recidive, unul din ei - recidivist cu două omoruri.

Conform criteriilor Clasificării Internaționale ale Maladiilor (CIM - 10) s-au evidențiat patru grupuri de pacienți:

- 1) Alcoolismul cronic (F.10, F 1X. 7, 70, 71, 72, 73) - 296 (40,7%);
- 2) tulburări nevrotice, corelate cu stresul și tulburări somatoforme, (F40 - F49) – 98 (13,5%);
- 3) tulburări psihoorganice (F07.1, F07.2, F07.8, F07.9, F7x) – 182 (24,9%);
- 4) tulburări de personalitate (F 60-F69) - 153 (20,9%).

## **Rezultate și discuții**

În grupul pacienților cu alcoolism motivația netratării tuberculozei era „pe față”, manifestându-se în mod flagrant prin simptomele anosognoziei (nerecunoașterea alcoolismului la sine), și anosodiaforiei (recunoașterea, dar indiferență față de diagnosticul de alcoolism). Aceștea erau internați în stare de sevraj (2/3 din cazuri) de diferit grad de gravitate, complicat cu sindromul convulsiv, delir tremens. Din aceștea 22 au decedat în primele zile după internare.

Majoritatea pacienților (212, sau 71,6%) o constituie cei cu gradul II și III de alcoolism, ce determina caracterul de bază al tabloului clinic. Deopotrivă erau avansate cât dependența psihică, atât și fizică. Patologia somato - neurologică persista în fiecare caz. Mai frecvente erau afecțiunile hepatice, afecțiunile ale tractului digestiv, urmate de cardiopatii, nefropatii, complicații neurologice. Aceștea necesitau o îngrijire și tratament somato - neurologic și psihocorecțional îndelungat. Tratamentul antialcoolic de desensibilizare (acid nicotinic, metranidazol, disulfuram, esperal, placebo și etc.).

În clinica de alcoolism de gradul întâi prevalau tulburările de personalitate, iar dependența alcoolică părea voalată, și excesiv motivată de problemele conflictuale „impuse”. Motivația netratării la această categorie de bolnavi, fiind proiectată asupra circumstanțelor ce „nu depindeau de dânsii” se impunea consilierii și terapiei raționale. Aspectul psihocorecțional al tratamentului acestor pacienți consta în trasarea sarcinilor pacientului vis – a - vis de propria sănătate. Psihoterapia îndelungată nu putea de fiecare dată dușă până la un bun sfârșit, din cauza evadărilor pacienților de această categorie.

Grupul bolnavilor cu tulburări nevrotice, se deosebea prin faptul, că gradul de distrucție pulmonară era mai puțin avansat față de bolnavii din alte grupuri, ceea ce se datora tratamentului de mai lungă durată și cu întreruperi mai scurte și nesemnificative. Motivația întreruperilor tratamentului acești pacienți în multe cazuri o expuneau franc, invocând anxietatea, fobia de a nu

se îmbolnăvi de „altă boală”, ce justifica obsesiile, ipohondriile, algiile, insomnia, lipsa de încredere de a se vindeca. În cazuri mai rare prevala alexitimia, adică bolnavii nu-și puteau defini starea lăuntrică ce îi deranja, erau fixați pe faptul stresului suferit. Bolnavii cu tulburări nevrotice acceptau consilierea, psihoterapia rațională, de grup, autotreningul și preparatele trancilizante, somnifere și remediile antidepresive. Eficacitatea tratamentului coercitiv a fost mai înaltă decât în rest, confirmată și de catamneza pozitivă la majoritatea bolnavilor.

Grupul pacienților cu tulburări psihoorganice necesitau investigații probatorii organice cerebrale, precum și tratament general complex. Motivația netratării tuberculozei pulmonare deseori era ambiguă și neclară, ceea ce corela cu nivelul de dezvoltare intelectuală mai scăzut față de pacienții altor grupuri. Acuzele mai frecvente erau cefaleea, vertijurile, algiile de diferită localizare. Psihoterapia stărilor nevrotiforme și psihopatiforme la acești pacienți era continuă, deoarece o eficiență durabilă era greu de stabilit. Se apela la rudele bolnavilor, care ca regulă influențau pozitiv situația.

Rezultatele tratamentului tuberculozei la bolnavii din grupurile vizate erau evaluate de Comisia Medicală de Control cu participarea colaboratorilor Institutului de Ftiziopulmonologie, evocându-se sistarea eliminării bacteriene în 96,3% cazuri în formele fără distrucție, la 70,0% în formele cu distrucție și 61,1% în cazurile tuberculozei fibro-cavitară cu recomandări chirurgicale, prelungire de tratare sanatorială și apoi în condiții de ambulator.

Cauza principală a scăderii eficacității tratamentului coercitiv a fost diagnosticarea și tratamentul întârziat. Cazurile de eșec interveneau odată cu evadarea unei părți de pacienți 87 sau 11,9% în cinci ani.

Trebuie îndeosebi de menționat, că o bună parte din acești pacienți (63 persoane, sau 8,64%) chiar din momentul depistării tuberculozei evitau orice tratament și investigații. Acestea erau persoane cu tulburări grave de conduită, cu înclinații durabile disociale, care aveau o atitudine marcată de iresponsabilitate și dispreț vis - vis de normele sociale de comportament. Demonstrau această alură cu prisosință în secții, unde se găseau, influențând negativ comportamentul altor bolnavi emoțional instabili! Ei încălcau în mod flagrant regimul spitalicesc, se purtau provocator, ostracizau personalul. Inventau diverse istorii denigratoare referitor la acestea. Totodată ei nu recunoșteau propria vină. La acești pacienți în relațiile sale lipsea orice obligațiune față de societate. Unii din ei, cei mai agresivi, se recomandau ca fără de părinți, sau devreme părăsise familia, care „nimic bun nu le oferea pentru o viață desinestătătoare”. Conflictele se țineau lanț și la unii pacienți cu tulburări de personalitate isterice erau observate reacții confuzional-afective de „scurt circuit” cu comportament neadecvat, cu privirea rătăcită, mișcări necontrolate de agresie, distrugere. Stările acestea de îngustare crepusculară a conștiinței, erau urmate de amnezie parțială. Izolarea acestor persoane în secția de psiho - tuberculoză a spitalului a fost o experiență cu urmări dezastruoase pentru pacienții neajutorați. Deoarece stările de disforie erau fenomene asponante, disponibilizate de situații conflictuale, a cărui generator erau însuși indivizii, ei erau mai frecvent izolați în secția de poliție. În majoritatea cazurilor ei evadau, nefiind în stare de a fi reținuți de personalul de serviciu. Catamneza acestor bolnavi arată o letalitate sporită în primii 2-3 ani după îmbolnăvirea de tuberculoză, din cauza refuzului categorice a se trata.

Despre grupul dat vom menționa, că în a.2006 s-a efectuat un studiu (9) în secțiile penitenciarului Nr 13 a factorilor psihologici evocați la bolnavii de tuberculoză pulmonară cu refuzul s-au întreruperea tratamentului. Acest studiu a evidențiat la bolnavii cu refuz durabil al tratamentului trăsături comune de personalitate. Acești pacienți 35 din 102, adică 34,31%, care spre sfârșitul investigației de jumate de an au rămas câteva untități, de așa numiți „lideri”, care erau lipsiți de tendință de cooperare, suspicioși și răzbunători, ce dădeau vina cauzei îmbolnăvirii pe alimentarea proastă, și totodată refuzau a primi alimentele suplimentare. Refuzau tratamentul DOTS+, socotind că se face un experiment asupra lor și agitau și alți bolnavi să nu primească acest tratament. Asemenea pacienți sunt menționați în mai multe surse din literatura de specialitate, și chiar caracterizați în ultima vreme „suicid organic” (Racamier), „tip grav sado - narcisistic” (Otto Kenberg).

În așa mod, bolnavii de tuberculoză pulmonară au diverse motive de refuz sau întreruperi de tratament. Bolnavii afectați de alcoolism, tulburări nevrotice, tulburări psihoorganice într-o măsură mai mare sau mai mică sunt receptivi la modalitățile medicale de tratament: farmacoterapie, psihoterapie, ergoterapie și etc..

Totodată, bolnavii cu tulburări de personalitate, în special disociale, depășesc posibilitățile medicale tradiționale și pot fi tratați îndelungat numai în condiții de regim sever de izolare cu asigurare a tratamentului de psihocorecție individuală, care poate fi asigurată de condiția penitenciară (2 4,5,6,7). Liberarea lor pe motiv de boală este inadmisibilă, deoarece există studii care au dovedit, că 70% din infecțiile de tuberculoză sunt datorită contactului cu foștii deținuți bolnavi de această maladie.

Temeiul juridic ar fi, după părerea noastră, diagnosticarea tulburării de personalitate disocială cu calificativul gradului de profunzime a acestuia, schimbări care abolesc capacitatea bolnavului de ași da seama și a conduce cu acțiunile sale antisociale, ce conduc la lezarea securității sănătății publice. Despre aceasta ne vorbesc profunzimea, stabilitatea și frecvența decompensărilor psihopatologice specifice și „prevede numai condiția tratamentului” (Mohr, cit după D.Lunț).

### **Concluzii**

- 1) Tratamentul coercitiv a bolnavilor de tuberculoză contagioasă este modalitatea de tratament recunoscută și utilizată pretutindeni indiferent de situația epidemiologică în populație. Acest tratament practicat în Republica Moldova în anii 1975 - 2000 a dat rezultate pozitive.
- 2) Catamneza și studiul efectuat în penitenciar au stabilit că, este necesar triajul riguros și elaborarea unui regim special al pacienților cu schimbări de personalitate disociale, comportament malific, patologic reliefat, dezorganizatori ai procesului general de tratament coercitiv; recunoașterea acestora ca persoane cu responsabilitatea psihiatrico-judiciară limitată.
- 3) Această măsură ar spori eficacitatea tratamentului, situația epidemiologică de control a tuberculozei contagioase, securitatea națională de sănătate publică.

### **Bibliografie**

- 1) Fifty years research on tuberculosis. Lessons I have learnt during 50 years , and topings to be investigated in the future. Shimao T.Japan Anti-Tuberculosis Association, Tokyo, Kekkaku, 2000 Jul;75(7);483-91.
- 2) Strategies for effective education in a jail: The Tuberculosis Prevention Project, White Mc, Duong T.M , Cruz E. S., Rodas S., Mccall, Menendez, Carmody E. R., Tulsy J. P., Departament of Community Health Systems, University of California, San Francisco, School of Nursing, USA.2003 Oct;4(4):422-9.
- 3) Tuberculosis pulmonaire. Begoin J., Encycl.med.-chir., Psichiatrie, 1966, tII, 37 -44 C10.
- 4) Adherence to tuberculosis traetment : lessons from the urban setting of Delhi, India. Jaiswal A., Singh V., Ogden J. A., Porter J. D., Sharma P. P., Arora V. K., Jain R. C. 2003 jul; 8(7):625-33.
- 5) The Behavioral Model for Vulnerable Populațions:application to medical care use and outcomes for homelesses people. Gelberg L., Andersen R. M., Leake B. D., UCLA Dept. Of Family Medicine, Los Angeles CA-1683, USA.
- 6) Management of treatment refusal by a psychiatric patient with a life/threatening infectious form of pulmonary tuberculosis, 2000, mar. 4;144 (10);480-3. Mertens J. B., Scherders M. J., van den Borne BE, Smeenk F. W. AFD. Psichiatrie, ThansVincent van Gogh Instituut, Venray.
- 7) Комплексное лечение в стационаре со специальным режимом больных туберлезом легких, страдающих алкоголизмом, и пути его усовершенствования. Н. Рудой,

O. Емелианов, К. Палихович, В. Тавасиев, Н. Подолинный, Проблемы туберлеза, Москва, Med. 1986, 5 с.7-10.

8) Studiul factorilor psihici, care determină refuzul sau întreruperea tratamentului tuberculozei A.Nacu, coa., Chișinău, 2007, p1-125.

9) Tratamentul tuberculozei pulmonare în instituțiile penitenciare. S. Sârcu, Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei pulmonare și bolilor pulmonare nespecifice, Chisinau-2004, p.156-9.

10) Medicine psychosomatique, Manuel de psychiatrie, H.EY, Paris, 1989, p.101

11) Туберкулез в России, В. Пунга и соав., Проблемы туберкулеза, 1997, 1,8-10

12) Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии. Д. Луниц, Медицина, 1966, с. 199-219.

## **PARTICULARITĂȚILE CLINICE ȘI EVOLUTIVE ALE TULBURĂRILOR AFECTIVE ÎN CADRUL AFECȚIUNILOR MALIGNNE HEMATOLOGICE**

**Marina Lopusanscaia, Valentin Oprea, Iurii Chelea, Dorina Nicolaescu, Zinaida Hotineanu**  
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Particularities clinical and evolutional of affective disorders in malignant hematologic diseases***

This article is aimed to highlight the clinical and developmental particularities of affective disorders in malignant hematological diseases. The study established that patients with hemoblastosis have affective disorders in 80% of cases. Analysis of the obtained data showed that basic treatment associated with psychotropic treatment is necessary, because only these actions contribute to the decrease in affective manifestations and improves the quality of life of these patients.

### **Rezumat**

Lucrarea a avut ca scop evidențierea particularităților clinice și evolutive ale tulburărilor afective în cadrul afecțiunilor maligne hematologice. În baza acestui studiu s-a stabilit, că la pacienți cu hemoblastoze se constată tulburări afective în 80% cazuri. Analiza datelor obținute a demonstrat, că tratamentul de bază asociat cu tratamentul psihofarmacoterapeutic este necesar, deoarece, contribuie la ameliorarea manifestărilor afective și îmbunătățește calitatea vieții acestor pacienți.

### **Actualitatea temei**

Problema morbidității tumorilor maligne rămâne printre cele mai importante în medicina contemporană. În conformitate cu datele OMS patologia oncologică se situează pe locul trei în lista celor mai frecvente maladii la ora contemporană. În special, hemoblastozele reprezintă afecțiuni maligne hematologice, fiind constatate într-un procent de 4,7 [8] din formele de cancer întâlnite în hematologie. În cadrul hemoblastozelor sunt incluse leucemia acută, leucemia cronică, limfomul non Hodgkin, maladia Hodgkin, anemia aplastică, mielomul multimplu.

Datele epidemiologice contemporane despre morbiditatea tulburărilor psihice în cadrul hemoblastozelor, confirmă un procent de 44,1 [2]. Prevalența tulburărilor afective, în special a depresiilor, în populația pacienților cu hemoblastoze variază într-un procentaj minim-maxim de la 1,5% până la 29% [1]. Analiza datelor de literatură evidențiază multiple forme de tulburări afective în cadrul patologiei sus numite, dar fără o descriere complexă din punct de vedere sindromologic și evolutiv [8].