

În cazul GC vedem că este o tendință de a aprecia familiile de origine mai pozitiv și a vedea o legătură reciprocă pozitivă între nivelele material, de cultură și de instruire.

Tab.2 Corelații între și caracteristicile familiei de origine și paternele educaționale (scalele PARQ) în GC

GC	Nivelul material	Nivelul de cultură	Nivelul de instruire
Nivelul material	1	,343(**)	,245(**)
Nivelul de cultură	,343(**)	1	,415(**)
Nivelul de instruire	,245(**)	,415(**)	1
Scorul „Căldură/Afecțiune”	0,158	0,129	0,038
Scorul „Ostilitate/Agresivitate”	0,02	-0,127	-0,057
Scorul „Indiferență/Neglijență”	-0,09	-0,133	-0,148
Scorul „Respingere nediferențiată”	-0,17	-0,051	-0,002
Scorul „Controlul paternal”	0,109	0,046	0,026
Scorul PARQ total	-0,082	-0,111	-0,06

* - $p < 0,005$; ** - $p < 0,001$

Concluzii

Este o diferență între familiile de origine a respondenților din diferite loturi. Caracteristicile familiilor, formulate ca nivelele de cultură și material, au corelație cu paternele de educație în cazul lotului alcătuit din pacienți cu depresie. Starea materială bună și nivelul de cultură înalt au corelația pozitivă cu perceperea atitudinii parentale ca cea acceptabilă și călduroasă, și corelația negativă cu perceperea atitudinii parentale ca cea respingătoare, agresivă sau neglijentă.

Bibliografie

1. Jacob, Th. J., Sheri L. (1997). "Parent—Child Interaction Among Depressed Fathers and Mothers Impact on Child Functioning," *Journal of Family Psychology*, 11, 4, 391-409.
2. Rohner, R. P., & Khaleque, A. (Eds.) (2005). *Handbook for the Study of Parental Acceptance and Rejection* (4th ed.). Storrs, CT: Rohner Research Publications
3. Amato, P. R., & Fowler, F. (2002). Parenting practices, child adjustment, and family diversity. *Journal of Marriage and the family*, 64, 703-716.
4. Veneziano, R. A. (2003). The importance of paternal warmth. *Cross-Cultural Research*, 37, 265-281.
5. Khaleque, A. (2004). Intimate adult relationships, quality of life, and psychological adjustment. *Social Indicators Research*, 69, 351-360.

DIFICULTĂȚI DIAGNOSTICE ÎN APRECIEREA MANIFESTĂRILOR PSIHOPATOLOGICE A DEBUTULUI TULBURĂRILOR MENTALE

Dumitru Merla, Lucia Carp, Nicolae Ciuperca, Maria Carp

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală, USMF “Nicolae Testemitanu”

Summary

Diagnostication difficulties in the appreciation of the psychopathology of the debute estates in mental disorders

The research is mainly focused on the clinical psychopathological manifestations appreciation in the debute estates of different nosological units. The study is based on a lot of

300 in - patients (200 females, 100 males) in the Clinical Hospital of Psychiatry. The study revealed the initial clinical manifestations in 244 cases: psychotic level (oneirod, catatonic agitation, catatono – delusional estates, paranoid, hallucinosis, acute mania, depression, crepuscular troubles). The sub – acute and insidious evolution of the pathology represents the most difficult cases for the diagnostication.

Rezumat

Lucrarea este consacrată problemei aprecierii manifestărilor clinice psihopatologice care pot fi evidențiate ca debutul tulburărilor mentale în tabloul clinic nozografic. Studiul a 300 pacienți (200 femei și 100 bărbați) internați în Spitalul Clinic de Psihiatrie a permis autorilor de a stabili manifestările inițiale a maladiei în 244 cazuri: de nivel psihotic (onieroid, agitație catatonică, catatono-delirantă, paranoid, halucinoză, stare maniacală, depresivă, crepusculară). Dificultăți diagnostice reprezintă varianta subacută și îndeosebi insidioasă a debutului. Se oglindesc unele principii diferențial-diagnostice a tulburărilor psihopatologice în plan nozografic.

Actualitatea

Până în prezent nu sunt stabilite manifestările psihice și/sau nivelul lor de expresivitate, care și când pot să fie apreciate cu certitudine ca debut al tulburărilor mentale, îndeosebi nozografice. Dificultățile apar și din cauza adresărilor tardive a pacienților și a rudelor, care nu vor să fie stigmatizați psihiatric. „Diagnosticul de la debut, ... în afara unui tablou tipic a bolii, este o piatră de încercare pentru psihiatrie”, mai ales în manifestările schizofreniei, maladiei „ale cărăi tipuri de debut includ practic... toată patologia psihiatrică: supraacut confuzional, acut oneiroid sau oniric, subacut-comportamental, insidios pseudoneurotic, obsesiv-fobic, neurasteniform sau isteriform (1).

Cea mai dificilă este aprecierea manifestărilor clinice la varianta evoluției insidioase, când toata perioada maladiei este ascunsă, simptomatica „șireată”, perfidă, se mai numește preclinică, inițială, prodromală, primele semne au loc în copilărie sau în vârsta pubertată cu mult timp până la apariția clară a bolii și „numai la lipsa acestora în anamneză condițional constată debut acut a schizofreniei” (2).

În literatura de specialitate (3) sunt oglindite manifestări de dereglări psihice la persoane sănătoase în formă de iluzii, obsesii, halucinații ș.a. Noi considerăm că debutul maladiei este o așa stare psihică, care conține manifestări patologice ce dezorganizează funcționarea activității nervoase superioare în măsura care nu-i permite personalității date de a realiza acțiunile sale în parametrele afective suportabile fără a încălca normele morale și cerințele legii în vigoare. Așadar, este necesar de a deosebi frontiera între sănătate și boală, între stare limitrofă și psihotică; din simptome constituim sindrom și, considerând particularitățile personalității integre, biologice și sociale (mediul înconjurător regional-național, cultural-religios, inclusiv fenomenele de prejudecată), noi diferențiem componentele psihicului : ce-i aparțineau persoanei examinate până la declanșarea maladiei și care sunt induse de boală.

Dacă „debut”, în sensul strict al cuvântului, înseamnă început (4), primele manifestări (5) a bolii mentale, în cazul dat, noi trebuie să apreciem valoarea acestuia: când ele ating un nivel de fenomen ce din punct de vedere calitativ, nu aparține organismului sănătos și poate fi apreciat prin metode de examinare clinică, îl socotim simptom (6), dar dacă pot fi referite la reacții psihopatologice ca modele fiziologice la persoane sănătoase (3), noi nu le vom aprecia ca fenomene maladive.

Debutul nu poate fi constituit numai dintr-un simptom, simptomul nu există în afara sindromului și ultimul – în afara nozologiei. Numai utilizând un așa algoritm de analiză a psihopatologiei, considerând simptomele abligate și facultative, este posibil de stabilit debutul maladiei.

Scopul

Scopul lucrării este studierea manifestărilor psihopatologice posibile de a le aprecia ca componentele debutului maladiei psihice și evidențierea unelor date diferențial-diagnostice în planul nozografic.

Material și metode

Analiza a 300 bolnavi (200 femei și 100 bărbați), în vârstă la momentul studiului de 25-62 ani, a permis de a preciza manifestările inițiale a maladiei în 244 cazuri. În celelalte 56, în privința calificării clinice, atât și a evoluției tulburărilor mentale, nu a fost posibil de a stabili tabloul debutului (insuficiența anamnezei și/sau oglindirii psihopatologiei). Metodele studiului constau în culegerea datelor anamnestice (obiective și subiective) la internare, precizarea acestora pe parcursul supravegherii spitalicești, studiul clinic minuțios a manifestărilor psihopatologice, în cazurile necesare examinări paraclinice îndeosebi patopsihologice, compararea acestor explorări în dinamica considerând și calitatea remisiunilor, inclusiv adaptarea socială.

Rezultate

Vârsta pacienților la declanșarea debutului a fost: până la 25 ani – la 72 bolnavi, 26-35 ani la 89, 36-45 la 90 și la 49 persoane mai sus de 45 ani. Din toți 244 bolnavi, la care s-a depistat clinica debutului, nivelul psihotic a epizodului inițial s-a stabilit cu certitudinea posibilă în 163 cazuri, neurotiform în 40, psihopatiform în 41. Nozografia apreciată la prima spitalizare s-a confirmat în evoluția maladiei (spitalizările repetate) în 70% (210 bolnavi): diagnosticul schizofreniei la 128, tulburări afective – 12, tulburări organice – 53, psihogene -11, tulburări de personalitate (neorganice) – 6. Din celelalte 34 cazuri, la care debutul a fost apreciat ca tulburări afective (10), psihogene (6), organice (6), tulburări de personalitate (neorganice) – 4, manifestările psihopatologice în dinamică au demonstrat clinica schizofreniei. În cinci cazuri cu schizofrenie diagnosticată la primul episod procesul endogen a fost revăzut și s-a stabilit tulburări psihogene, dar la 3 pacienți cu depresie, anxietate, halucinații, delir nesistematizat determinat de tulburări organice, după înlăturarea terapeutică a acestor dereglări a fost apreciată demența vasculară.

Nu reprezintă dificultăți semnificative aprecierea debutului acut, ca declanșare a maladiei psihice. Totodată acest tip de debut care de obicei se manifestă în diferite forme clinice cu stări confuzionale de divers nivel, uneori necesită diferențiere sindromologică. Amența se consideră una din cele mai grave stări psihice (5 cazuri) în care se constată dezorientare în timp, spațiu și propria personalitate, incoerență pronunțată a gândirii și amnezie. Stare crepusculară histrionică – psihogenă se deosebește de episod catatono-oneiroid (32 bolnavi): în prima pacientul este autor, actor și spectator pe când în proces endogen simptomatologia este creată din mecanismele și fenomenele inexplicabile, mitologice, fantastice produse predominant din dereglările percepției și gândirii. În ambele stări sunt prezente manifestări afective. În general din 56 de cazuri cu debutul neclar evoluția maladiei a demonstrat declanșarea schizofreniei: la 25 pacienți – forma paranoidă, 30 – nediferențiată cu simptomatologia inițială deficitară, psihopatiformă și ulterior depresivă, delirantă, oneiroidă. Inclusiv în 34 cazuri procesului endogen au precedat exogenii: somatogenii (7), traume craniocerebrale (8), psihogenii (12), sarcină, naștere, perioade de lactare (7).

Adesea reprezintă dificultăți diferențierea diagnostică între psihoze endogene și exogene a debutului cu evoluție subacută. Deci, atât pacientul, cât și rudele se străduie să pună pe prim plan în cauza declanșării maladiei factorii exogeni, nedorind ca boala să fie necunoscută. Sub această influență, în unele cazuri, și medicul, „micșorând” rolul simptomelor schizofreniei, apreciază tulburarea psihogenă. În alte cazuri, când tabloul clinic include simptome schizoforme sau afective, indisponând de date psihogene, mai ales la persoane cu nivel intelectual-mnestic ușor redus, se apreciază proces endogen. Numai în cursul supravegherii spitalicești, stabilind de la

pacient sau precizând de la rude și/sau alte persoane, date obiective, tabloul clinic și evoluția simptomo-sindromală se determină, în măsura posibilă, diagnosticul nozografic.

În unele cazuri noi apreciem ca debut a schizofreniei manifestările deacuma destul de evidente – bizarietate, anxietate, suspiciune etc., în vreme ce stări analogice de foarte scurtă durată chiar și pronunțate (onirice), la precizarea anamnezei, au avut loc cu mulți ani în urmă, după ce au rămas consecințe neurotiforme – psihopatiforme sau de tip negativ, pozitiv sau mixte-postprocesuale. Așa fenomene noi constatăm în 50% la vârsta mai sus de 45 de ani. În debutul ciclotimic, de obicei cu manifestări depresive, se scapă simptomatologia de anxietate, derealizare, suspiciune, uneori chiar idei delirante de semnificație.

La pacienți cu organicitate pot să precedeze dereglări vegetative polimorfe până la crize diencefalice, pe fondul cărora apar insidios idei rudimentare de vrăji induse de cei din jur, ce la început se apreciază ca fenomene sugestive la personalitate primitivă, și numai peste câțiva ani se asociază halucinații auditive până la imperative cu alte componente a automatismului psihic.

Dificultăți în diferențierea nozografică reprezintă și următoarele fenomene evident psihopatologice (7): opozițiunea psihopatică, aroganța pot fi apreciate ca depersonalizare, senzație de capacități deosebite în schizofrenie; conformismul și sensibilitatea cu explozivitate (manifestări de tulburări de personalitate) pot fi constatate ca fenomenul „lemnului și sticlei” la pacienții cu schizofrenie. Chiar și așa dereglări de gândire ca : lentoarea, circumstanțialitatea sau senzații vegetative ș.a. de geneză organică în unele cazuri este dificil de deosebit de baraj („sperung”), senestopatii, intoxicația filosofică de tip endogen; mulțimea gândurilor, tulburări prosexice psihogene nu întotdeauna este ușor de diferențiat de mentism endogen.

M.A.Lapițchii, G.Finc (8) remarcă că frecvența greșelilor diagnostice în diferențierea semnificației manifestărilor exogeno-endogene în schizofrenie paranoidă ating 30%. V.Ostroglov, M.Lisina (9) descriu fenomen de catalepsie schizofrenică care imită patologia coloanei vertebrale în așa măsură că dezorientează diagnosticianul. Alți autori (10,11) evidențiază erori în hiperdiagnosticarea schizofreniei la bolnavi cu patologia endocrină (dereglarea ciclului menstrual) și invers, tulburările mentale de tip endogen se apreciază ca endocrine.

Raportarea nozografică a manifestărilor psihopatologice inițiale este dificilă în cazurile evoluției insidioase a debutului când simptomatologia se prezintă în formă pseudoneurotică obsesiv-fobică, neurasteniformă, sau asteniformă, afectivă, tulburări negative (12). V.Derega (13) notează peste 33 de tipuri a manifestărilor psihopatologice în tablourile stărilor neurotiforme, psihopatiforme, afective ș.a. la bolnavi cu schizofrenie, psihoze simptomatice, epilepsie cu evoluția lentă. Interes reprezintă tulburările mentale în debut la persoanele aflate peste hotare (20 pacienți): inițial apar semne de anxietate, depresie, perplexitate, idei de semnificație, referință, ulterior – de urmărire. De obicei această simptomatologie evoluează în timp de 2-3 săptămâni 2-3 luni. Ulterior se adaugă idei delirante de otrăvire, posibil de vrăji, variante de automatism psihic sau relativ acut se conturează tablouri oneiroide până la stadiul confuzional. În aceste cazuri de obicei se scapă din vedere etapa inițială, când pe primul plan se manifestă „somatizarea”. La 12 bolnavi aceste dereglări au fost debut a schizofreniei (nediferențiate), dar celelalte 8 care, deși includ în episodul clinic aceleași manifestări, rămân în nozografia psihozelor reactive, sau tulburări mentale psihotice polimorfe. Uneori aceste dereglări oscilează până la remisiune (compensare) definitivă cu recădere secundară, după care din nou, pe parcursul de 2-5 ani, se precizează natura lor psihogenă.

Concluzie

În cursul studiului manifestărilor psihopatologice la debutul anumitei maladii psihice este necesar de a cunoaște personalitatea premorbidă, pentru a diferenția proprietățile, particularitățile acesteia până la boală și cele induse în procesul evoluției patogenetice. Dacă stările psihotice acute la primul episod, mai ales cu dereglări de conștiință și halucinator-delirante nu reprezintă sau prezintă dificultăți nesemnificative diagnostice, aprecierea celor nevrotiforme, psihopatiforme, afective cicloide nu întotdeauna este posibil de diferențiat de reacții,

decompensări a personalității, mai ales în varianta evoluției acestora subacute și îndeosebi lentă, insidioasă. Se recomandă studiul și analiza detaliată a simptomelor cu distincția celor obligate și facultative pentru anumită nozografie, considerarea factorilor exogeni în aprecierea tabloului clinic integral.

Bibliografie

1. Constantin Gorgos, "Dicționar enciclopedic de psihiatrie" vol 1,
2. Dicționarul limbii române moderne, 1958; Editura Medicala. București 1987, p. 888;
3. A.K. Ануфриев, В.И. Брутман, "Пограничная шизофрения и циклотимия, протекающие с нарушением менструального цикла"
4. Большая Медицинская Энциклопедия, 1984, том 23, стр 746;
5. Большая Советская Энциклопедия;
6. В.А. Дерига, "Инициальная расстройство и преморбидные особенности личности при бредовых психозах"
7. В.Г. Калега, "Закономерность течения и исхода приступообразных эндогенных психозов манифестирующих в юношеском возрасте."
8. В.Г. Остроглазов, М.А. Лисина, "Клиника и динамика психо- патологических состояний, имитирующих вертеброгенную патологию"
9. В.Н. Пивень, "Распространённость и характеристика так называемых психопатологических симптомов у здоровых людей (к вопросу о норме и патологии в психиатрии)". Журнал невропатологии и психиатрии 1980, В 11, стр. 1674-1679; Журнал невропатологии и психиатрии 1979 г, В 1, стр. 53-60. Журнал невропатологии и психиатрии 1989 г, В 5, стр. 82-86; Журнал невропатологии и психиатрии 1989 г, В 5, стр. 86-91; Журнал невропатологии и психиатрии 1989 г, В 5, стр. 96-102 ; Журнал невропатологии и психиатрии 2008 г, В 8, стр. 11-23;
10. М.А. Лапицкий, Г.Ф. Финк "Изучение особенностей дебюта экзогенно отягощённой параноидной шизофрении с применением системного анализа." Журнал невропатологии и психиатрии 1988 г, В 1, стр. 84-89 ;
11. Н.А. Корнетов, "Соматическая половая дифференциация больных шизофренией по некоторым антропометрическим показателям"
12. С.Н. Осколкова, "Некоторые клинико-социальные аспекты дифференциальной диагностики шизофрении. Журнал невропатологии и психиатрии 1991 г, В 7, стр. 109-112;
13. Шизофрения. Под общей редакцией проф. И.А. Полищука "Здоров'е". Київ 1976.

FACTORII BIOLOGICI CARE FAVORIZEAZĂ EFECTUAREA ACȚIUNILOR AUTOAGRESIVE ȘI A SUICIDUL REALIZAT

Victor Furtună, Vasile Cazacu

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Biological factors in favour of producing the autoaggressive actions and the realised suicide

Neurobiological researches done on persons that are more likely to commit aggressive actions had showed that these persons are more implicated in developing the psychiatric dispositions and the aggressive reactions. In different nosologies the moods of autoaggression are connected to the metabolites distortion.

Rezumat

În studiile neurobiologice efectuate la persoane predispuse la acțiuni agresive au adus la concluzia că aceste persoane sunt implicate în dezvoltarea stărilor psihice și a reacțiilor de