

23. ЧЕПОЙ В.М. Диагностика и лечение болезней суставов // Библиотека практического врача. Москва, *Медицина*, 1990, 34 стр.
24. ЧИЧАСОВА Н. В. Диагностика ревматоидного артрита. Методическое пособие для врачей // Москва, 2006, 32 с.

OPORTUNITATEA LEGIFERĂRII TRATAMENTULUI COERCITIV AL BOLNAVILOR NECOMPLIANȚI LA TRATAMENTUL DE TUBERCULOZĂ PULMONARĂ

C.Palihovici, A.Nacu, O.Cobâleanschi
Catedra Psihiatrie, Narcologie, Psiholgie Medicală

Summary

Legislative opportunity of coercitive treatment of incompiancy patients about antituberculosis treatment

This study is a psychological and psychiatric study about 837 inpatient of nonpsychotic psychic disorders and tuberculosis disease victims, which need to be differentiated a psychoterapeutically, inclusivly coercitive treatment, and medico legal psychiatric intervention.

Rezumat

Lucrarea, în baza studierii a 837 de pacienți, este consacrată necesității implementării tratamenului diferenciat psihoterapeutic, inclusiv coercitiv cu intervenția psihiatriei medico-legale la persoanele, victime ale tulburărilor psihice nepsihotice și tuberculozei pulmonare.

Argument. Proiectul Parlamentului Republicii Moldova a legii cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei ne-a angajat să comunicăm unele rezultate ale studiului incompianței și inadaptării bolnavilor de tuberculoză, abordată în literatură sub diferite aspecte psihologice, psihiatrice, sociale (1, 2, 3).

Tulburările psihice nepsihotice, care sunt după datele OMS în creștere, tind spre a influența bolile somatice la fiecare al treilea-doilea pacient, impactul fiind diferit prin intensitate și formă de manifestare clinică și necesitatea de tratare, ceea ce în cazul tuberculozei ca boală contagioasă, epidemiologic nefavorabilă nu-l interesează numai pe pacient, dar și comunitatea în întregime.

Gradul impactului este diferit și destul de influențabil în cazul când în cadrul societății, după relatările experților OMS (5): „medicina este fracturată, și ne utilizează legislației ce ar corespunde situației epidemiologice”.

Scopul lucrării este evaluarea contingentului de bolnavi dificili, care depășesc limitele posibilităților menajamentului medical de tratare a tuberculozei pulmonare.

Materiale și metode

S-a studiat frontal geneza și manifestările incompianței curative a 729 de pacienți (bărbați- 572 femei- 157), (anii 1982- 87), tratați coercitiv conform Hotărârii Prezidiului Sovietului Suprem al RSSM de la 7.09.75 în Spitalul de Psihiatrie N-2, funcția de șef al caruia o îndeplineam, concomitent cu sarjă de 0,5 de consultant- psihiatru în secțiile respective.

De asemenea, sunt utilizate materialele recente ale investigației efectuate de echipa de 10 medici psihologi, psihiatri și ftiziatri, angajați într-un proiect (a. 2006) în penitenciarele Pruncul, Saharna, cu privire la factorii psihologici determinativi în legătură cu sistarea tratamentului antituberculos (78 bolnavi, 2 femei), și 20 (grupa de control), bolnavi care se tratau conform rejimului DOTS+.

Sarcina de bază pentru spitalul de psihiatrie, al secțiilor specializate, devenise reținerea la tratamentul indicat de decizia comitetelor raionale (termen de un an de zile), cu corecție în caz de eficacitate curativă pozitivă.

Bolnavii erau îndreptați din toate raioanele R.M., inclusiv Transnistria.

Măsurile devenise de amploare, deoarece aveau rezonanța respectivă în societate în legătură cu Olimpiada Mondială de la Moscova, și problemele ridicate de eradicarea alcoolismului în țară.

Condițiile de întreținere erau mereu perfectate spre un regim sever-tolerant și efectiv. Acestea erau calificate de semi-penitenciar, prevăzute cu atribuțiile specifice de pază, și, totodată, trierea bolnavilor pentru efectuarea condiției de implementare a bolnavilor în procese ocupaționale, în ateliere și pe teren, eliberari în concediu.

Deoarece evadările nu erau absolut excluse, personalul era implicat în căutarea și întoarcerea la tratament al fugarilor. În secția de miliție din or. Orhei funcționa izolatorul pentru contingentul abuziv.

Situația era mereu sub controlul Institutului Republican și Unional de Ftiziopneumologie. Pe parcursul tratamentului se ducea observația și investigațiile dinamice în procesul tratamentului de către CCM. Externarea și recomandările de rigoare, inclusiv de intervenție chirurgicală o făcea CCM cu specialiști ai IFP.

Serviciul psihiatric al spitalului era implicat din momentul internării, pe parcurs, și în elaborarea recomandărilor postspitalicești, având în vedere aspectul psihoterapeutic.

Investigațiile psihologice efectuate de psihiatri și psihologul clinicist ai spitalului se bazau pe datele anamnestice, statutul psihic, analiza psihologo-psihiatrică a motivației incompliancei terapeutice premărgătoare, acordarea cu algoritmul comportamental evocat. Trierea respectivă a bolnavilor de alcoolism, tulburări psihice nepsihotice (psihoorganice, de personalitate, nevroze) duceau după sine aplicarea diverselor tehnologii psihoterapeutice (P. Dubois, Moreno, Schultz, de grup).

Rezultate

În eșantionul bolnavilor cercetați au fost depistați patru categorii de bolnavi: bolnavii cu diagnosticul de alcoolism cronic (49%), bolnavii cu tulburări psihice nepsihotice psihoorganice (21%), tulburări de personalitate (17,5%), tulburări de dezvoltare nevrotică (12,5%).

Concordarea cu rezultatele tratamentului procesului de tuberculoză au fixat următoarele rezultate pozitive: la bolnavii de tuberculoză și alcoolism – 80 %, bolnavii cu tulburări psihice 70%, bolnavii cu tulburări de personalitate- 50%, tulburări de dezvoltare nevrotică- 95%. Din cele relatate rezultă, că tratamentul în condițiile regimului special evocă graduitatea posibilităților terapeutice: dintre care se deosebesc radical în cazul tulburărilor de personalitate față de celelalte categorii de bolnavi.

Discuții

Observațiile psihologo-psihiatrice de peste 30 de ani asupra comportamentului bolnavilor de tuberculoză în procesul curativ au evocat categoria de bolnavi cu o conduită hetero/autogresivă din tagma bolnavilor psihoorganici cu disabilități intelectuale reduse, adaptivitate minoră, care grăbesc deznodământul fatal al maladiei sale. În investigația noastră alcătuiau 11,4%.

Mostra Nr. 1. Bolnava M.V.F. născută în 1961 a treia la număr, la 22 ani internată în SP Nr-2(fișa de observație 1365/83), locuitoare din orașelele G. din suburbia Municipiului Chișinău. Ambii părinți bolnavi de tuberculoză, alcoolism au decedat la vârsta de 37, 41 ani. Au rămas 3 copii. Cel mai mare n-a fost bolnav, devreme a părăsit familia, a făcut armata, căsătorit, locuște într-un raion îndepărtat. Doi copii mai mici, ambii sau îmbolnăvit de tuberculoză și au decedat la vârsta de 25 ani (bolnava prezentată), și fratele - la 21 ani, care deasemenea la 19 ani a fost internat în SPNr-2 (după cîțiva ani petrecuți în internate de corecție socială), dar a evedat la 6 zile, și n-a putut fi găsit.

Dezvoltarea bolnavei precoce- retardată, bolnavă de scarlatină, pneumonie. A dublat clasa 1, 2,3 frecvența școala sporadic. Neângrigită de parinți, se înreținea prin vecini. La 16 ani a plecat la oraș, s-a angajat într-un cămin ca femeie de serviciu. A trăit în concubinaj, a avut 2 avorturi, se retraje în sat, și trăește împreună cu fratele în casa părintească. În ianuarie 1982(21 ani) este depistată ca bolnavă de tuberculoză și se tratează ambulator neregulat. Prin hotărîrea Comitetului executiv Frunze a Mun. Chisinau de la 22 02.83 este îndreptată pentru

tratament în SPnr-2. Internată la 7-06-83. Diagnosticul la internare: Tuberculoză infiltrativă în faza de distrucție C-1, C-2, BK+(06-83), gr. I-A.

În Spitalul Nr.2 se stabilește:

Starea somatică. Ponderea scăzută. Tegumente uscate, turgorul scăzut. Auscultativ în cutia toracică raluri. Tonurile cardiace slăbite, ritmice. T.A.110/60 mm Hg. Abdomenul moale, ficatul splina în granițele normei. S. Pasternațchi negativ.

Starea neurologică. Fața simetrică, reacțiile pupilelor la lumină, acomodăția, convergența păstrate. Reflexele tendoanelor simetrice. S. Romberg- negativ.

Starea psihică. La internare bolnava scandaloaasă, cu replici brutale.. Este indiferentă față de diagnosticul bolii. Despre sine și familie vorbește fără a respecta distanța cuvenită. Cinic anunță, că părinții au murit ambii de această boală. Cere de fumat, se interesează dacă i se vor da țigări în spital. A auzit, că se dau țigări dacă lucrezi. Se interesează ce fel de lucru ar putea face pentru țigări. Ușor se afectează, folosește înjurături. Limbajul sărac încurcat, și inconsecvent anunță datele anamnestică, memoria, intelectul reduse. Halucinații, idei delirante lipsesc. În secție în starea sa obișnuită comportamentul este descătușat, dispoziția ridicată, ușor intră în contact cu bărbații, îi bate familiar pe spinare. Cu toate că, sinestător se apuca de curățenie, căutând prin gunoaie capete de țigări, totodată, încalcă regimul, fumează în locuri interzise. Periodic sunt observate, lipsite de motive, tulburări de dispoziție de tip disforic, cu tendințe agresive. La apogeul afectiv manifesta ură față de toți din jur, nu deferencia personalul, medicul, bolnavii, greșea salonul, patul propriu, se arunca impulsiv spre ușă, încercând să evadeze, spontan adormea, după ce nu-și putea aminti de cele întâmplate. A fost transferată în secția de psihotuberculoză, unde după investigații (Ro, EEG, Neuologice și psihologice) s-a stabilit diagnosticul : retard mental moderat cu tulburări disforice. A primit tratament de o lună de zile cu sedative (sonapax, neuleptil), metabolice, vitamine injectabile, gr.B., după care fonul afectiv s-a aplanat. După înapoarea ei în secția de bază, are comportament accesibil, relativ liniștită se incadrează în ergoterapie, dar după două săptămâni de stare satisfăcătoare, bolnava evadează și nu este găsită la locul de trai.

Catamneza. (din fișa de ambulator, și a lucrătorilor medicali) După evadarea din spital a revenit casa părintescă după o jumătate de an în, în stare de cașecsie cu hemoftizie, dispnee, unde a și decedat în timp de o lună.

Acest caz demonstrează, că focarul de tuberculoză netratat, alcoolismul părinților s-a augmentat în generația următoare la doi copii din trei cu persoane psihologo - sociale degradate. Băiatul petrece câțiva ani în incitutiunile de corecție, refuză tratamentul și evadează din SP Nr-2, iar bolnava de asemenea social decăzută, tratamentul tuberculozei nu-l primește. Comportamentul este maladaptiv, atât în societate, cât și în spital. Fiind transferată în secția de psiho-tuberculoză, și fiind tratată simptomatic cu neuroletici, trancilizanți, pe o perioadă se aplanează, dar bolnava împreună cu alt bolnav evadează.

Algoritmul comportamental cunoscut și dificil remediabil al acestor pacienți, induce ideea, că toate forțele medicale și sociale trebuiau folosite asupra părinților bolnavi, care formau încă o familie, deoarece mai departe urmașii nici nu au putut ajunge la acel nivel social, care prezintă familia, fapt degradant menționat într-un șir de lucrări (Gruhle, Major-Gross, 1967, O.Freierov, 1970). G.V.Morozov (1983), O.Kernberg (2000) ș.a. arată, că degradarea socială dezvoltă globul parazitar în structura acestor personalități, și este deja o premiză a cercetării handicapului mental. A.G.Nacu, A.A. Nacu (1997) ridică problema examinării discernământului persoanelor psihopatizate în evoluția procesului de tuberculoză pulmonară. În așa mod, ne putem da seama de ce într-un șir de țări s-au luat măsuri administrative coercitive cu bolnavii de tuberculoză (v. A.Erșov, 1969), iar în Franța a fost revăzută legea despre handicapul psihic cu trimitere la elaborările de nivel al adaptării sociale (Audisio, 1990).

La tratamentul coercitiv permanent se găsea un număr considerabil de pacienți (20-22% în mediu) cu antecedente penitenciare, și eliberați pentru continuarea tratamentului.

Este cazul să aliniem materialele căpătate în secția de tratament al tuberculozei pulmonare a penitenciarelor Pruncul și Saharna. Analiza grupei principale de pacienți, care

refuzau tratamentul antituberculos, a demonstrat o diversitate largă de tulburări psihice nepshotice minime(70 de bolnavi) de caracter ale persoanei, fenomen numit tradițional - psihopatiform.

Tulburările hipochondriace, anxioase, obsesive erau mai aproape de tipul nevrotiform, dar cu complicații psihorganice. Pe parcursul investigației alctuiiau 38% și au revenit la tratamentul antituberculos administrat, 62 % au rămas la intențiile sale de a nu primi tratamentul, cu toate că se lipseau și de stimulul oferit de ONG sub formă de rație alimentară adăugătoare.

Cu acest scop vom analiza succint câteva cazuri.

Caz Nr.1(p.) Bol. V.S., 43ani, fișa: 1076/157. Recidivist, pentru furturi și excrocerii de la 16 ani.

La prezentare s-a numit abreviat "V.". Ținută distantă, arogantă. În timpul testării repeta: „care vor fi urmările?”. A anunțat desinestător, că școala n-a frecventat. Tratamentul preferat îl numea "tubazid-intravenos", iar pastilele DOTS le aprecia ca sânt "tari" pentru organismul lui, fără echivoc declara, că pentru tratament e necesară "liniștea de nervi!" Spera s-ă ajungă la Saharna, unde deja se află prietenul lui, care posibil și e deja eliberat pe stare de boală. Comportamentul între deținuți e provocator, ostracizează personalul și administrația, fapt, prin care era deseori izolat.. Spontan se pronunță cu amenințări în adresaunui procuror, numindu-l nulitate, zero, repetă că fapta acestuia merită răzbunare, și o v-a primi, când va eși la libertate.

Parametrii testărilor psihologice au dedus: tip disarmonic, egocentric, anosognostic, paranoial, disforic.

Concluzia psihiatrică: bolnavul suferă de o tulburare de personalitate de tip paranoial, (F 60.0)

Caz Nr.2 (p.)Bol. S.1034/ 123, bărbat, 31 ani. Rămas fără părinți de la 10 ani.

La 14 ani primul delict, devine recidivist, o singură dată s-a aflat în libertate 4 ani. Socoate că cu așa boală trăesc mult, dă precădere medicinei populare, ar suporta și operație,dar pastilele scad potența. Se caracterizează pe sine însuși ca persoană liniștită, și cu merite. Totodată, în timpul testării, ușor se afectează, înjură personalul, „scopul lor este cât mai repede să ne ducă la deces, și să ne șteargă din listă. Poate peste 2 săptămâni eu n'o să mai exist”.

Concluzie : Comportamentul și punctele acumulate în testările efectuate atestă, că este o persoană, cu tulburare de personalitate emoțional instabilă (F 60.3).

Caz Nr.3 (p.)Bol.C.18 a. În copilărie a avut o traumă cerebrală severă cu pierderea conștiinței, tratat în spital mai mult de o lună jumate, după care acuza dureri de cap, slăbirea memoriei, fatigabilitate, scăderea însușitei la școală, a terminat 8 clase.Trăia la mamă-sa, și cu soră mai mică. Ttatăl-său plecat la câștig. Bolnavul condamnat pentru prima dată pentru furt în grup dintr-o grădiniță de copii. Bolnav de tuberculoză al doilea an de detenție, de durată de 7 luni. Deseori refuză tratamentul cu DOTS+.

În timpul testării se purta binevoitor, deseori aducea vorba despre maică-sa, care vine regulat să-l vadă. Față de tată-său este rece, cu toate că acela le sună și le trimete bani. Este „la început de boală” și „ascultă ce spun alții”, principalul îl numește pe „V.". Recunoaște că câte-o săptămână „nu-i primește” stomacul pastilele, i se face rău, are”cîrciei” la stomac, pe urmă î-și revine. Îndeplinind testele se epuizează, cere să aibă răgaz, de asemenea, greu se concentrează, dar dă dovadă de stăruință și dorință de a nu „greși” cu răspunsul.

Concluzie:bolnavul suferă de o tulburare de personalitate psiho/organică de tip astenic, dependent. (F072; F 60.7).

Catamneza. Acest bolnav printre primii a fost numit cu revenire la tratament neîntrerupt cu DOTS Pe parcursul investigației noastre s-a adresat de mai multe ori cu precizări în privința sănătății sale.

Caz.Nr3(p.)Bol. V-ța 1065/ 139, TB+HIV, bărbat, 37 ani. Eliberat din Armată „ 3a myzodymcmbo”(art.1 b, precizat chiar de bolnav).

A „absolvit” 8 clase, trăia cu părinții, dar devreme i-a abandonat, vagabonda, „dorea să fie desinestătător”, recidivist de la 14 ani pentru furturi.

La testare - descătușat, folosește stilul de exprimare de penitenciar, fără a avea grijă de prezența doamnei doctor, la toate testele dă semi-răspunsuri, se încurcă la teste de logică elementară, nu este îngrijorat de maladiile sale, hipomaniacal, față de tratament indiferent, este „mai bine să nu primești atâta „chimie”.

Concluzia : pacientul suferă de tulburare de personalitate disocială (F60.2).

CazNr.4(p.) fișa: 1034/76 Bolnavul P.G. deseori se adresa la medicul curant cu mai multe acuze de sănătate nefondat, din care motive refuza să primească tratamentul cu DOTS +, spunînd, că este bolnav de toate bolile.

La ora stabilită el a intrat în cabinetul doctorului și fără să se așeze pe scaun a cerut un exemplar de test, a citit cîteva întebări și brusc a declarat, că ”asta mie nu-mi trebuie” a eșit”, fără să se mai facă văzut pe parcursul prezenței noastre în penitenciar.

Caz.Nr. 5(p.) fișa 956/123, Bonavul R.A. 37 ani, recidivist, încălcare a ordinii publice, alcoolism. Din anameză a suferit o traumă cerebrală în perioada îndeplinirii serviciului militar s-a tratat trei luni în spitalul militar eliberat de boală, stabilită grupa aII de invaliditate, căsătorit, are 2 copii. De tuberculoză suferă de 6 ani, îmbolnăvit în penitenciar. Față de tratament este neglijent, cu toate că anunță, că „ce vor spune aceia voi face”. Însă se arată capricios, cu încăpăținare refuză a primi medicamentele, este obsedat de diferite pretenții față de regim.

El era informat despre toată situația, știa tot ce are loc în secție. Familiar cu personalul, cu suprapreciere și orgoliu, pe toți îi numea pe nume. Față de tratament este indiferent „ce vor spune, acea voi face”. Cu toate că, deseori se arată capricios, indisponibil de a lua medicamentele convenite. Testările le-a îndeplinit îndelungat, se abătea pe alte obiective, neasociabile cu testul, făcea glume puțin amuzante, dar ținînd la ”variantele” sale.

Concluzie: la acest bolnav am constatat particularități de tulburări de personalitate ciclotimice.

Comportamentul acestei subdiviziuni de bolnavi de tuberculoză, care s-au arătat agresivi și „răzbunători” în sensul de a dori „ca și alții să fie infectați și să sufere de aceeași boală”, cu tentative de risc sporit chiar prin propria sănătate pentru a săvârși acte destul de „conștiente” și demonstrative de nerespectare a statului epidemiologic al maladiei, apreciați psihologic ca hetero/autoagresivitate de talia examinării discernământului psihic în vederea calificativului de iresponsabilitate diminuată. Rolul nefast al acestor bolnavi prin comportamentul său, după cum s-a văzut, influențează și pe alții mai puțin experimentați și ușor sugestibili la refuz de tratare.

De asemenea, ei nutresc eliberarea „pe boală” ceea ce se și întâmplă natural, prelungind infectarea populației civile. Acest fapt atestat de V. Punga, care în regiunea Ivanovo (F.R.) a depistat, că 70% din cazurile noi sunt din contact cu foștii deținuți (10). Discuția ar putea fi oprită la acest indiciu, dar acesta are nu numai o conotație epidemiologică, dar și psihologică. Incompliance, nedorința de a se trata exacerbează acea trăsătură de auto/hetero agresivitate, care după cum arată O.Kernberg, președinte al Asociației Internaționale al Psihoanaliticilor, este folosită profitabil de subcultura de parazitism social. Acest mecanism alicat de cei mai inveterați pacienți, care obțin profit nu numai printre deținuți, dar influențează și personalul administrativ medical de a scăpa de ei, de altfel cum se poate lămurii, că câțiva pacienți care au săvârșit crime grave, chiar unul din ei cu două omoruri s'a tratat cinci ani la rând în SPNr2, evada când voia și se întorcea din nou la tratament, de tot a făcut 8 escapade de felul acesta, dar a decedat fiind deja într-o cașexie depășită. Este înțeles, deasemenea, faptul, de ce în legislația americană legea primită încă în 1949 despre tratamentul obligatoriu al bolnavilor de tuberculoză este respectată cu strictețea convenită, cu toate că situația epidemiologică este satisfăcătoare, această lege nu este abrogată nici până în ziua de azi, și recent (a.2006) o echipă de 8 cercetători de la Universitatea din San Francisco (11) au comunicat, că cea mai favorabilă educație antituberculos se efectuează în mediu de detenție. O situație aparte s-a stabilit în penitenciarele Pruncul și Saharna de echipa de psihologi-psihiatri, observîndu-se că 38% din bolnavii studiați erau influențați de acele persoane flagrant patologice, predominante de subcultura parazitara, care

nutreau „răzbunare și longivitate”, dar, nu permiteau tratamentul cu DOTS+, și creau atmosfera de ostilitate și ostracizare față de personalul medical.

Aceste persoane, victime al propriului caracter și al tuberculozei rămân tolerate în aspect juridic și în proiectul de lege propus, deoarece nu se preconizează un tratament coercitiv, și condițiile sale, după cum funcționează în Occident, fapt despre care am depus efortul să-l demonstrăm în studiul respectiv.

Concluzii

1. Indicii epidemiologici actuali în privința tuberculozei pulmonare în țara noastră dictează necesitatea suscitării societății în implimentarea experienței deja acumulate în anii 80.
2. Tratarea coercitivă existentă a pacienților numai afectați de alcoolism este necesar de a o extinde la pacienții incomplianți afectați de tulburări psihice nepsihotice.
3. Eliberarea pacienților baciliferi din detenție, în special al celor, care evitau tratamentul să fie interzisă, sau trecuți la tratamentul obligatoriu coercitiv, având în vedere limitele discernământului acestor pacienți, psihiatric calificat ca diminuare a responsabilității, cu implicarea exhaustivă a serviciului psihologiei clinice în determinarea algoritmului de condituită al acestora .

Bibliografia selectivă

1. Alexandrescu I, Blumenfeld S, Voloșievici I. *Psihicul bolnavului de tuberculoză pulmonară (aspecte psihologice, psihopatologice și de recuperare socio-profesională)*. Ed. Junimea, Iași, 1981, 289 p.
2. Audisio M. *La psychiatrie de secteur* Privat, Toulouse, 1980, 415 p.
3. Ey H., co. *Manuel de Psychiatrie*. Masson et &, Paris, 1967, p. 1211
4. Ершов А., *Туберкулез и алкоголизм*, Москва, 1966, 98 стр.
5. Fourth Meeting of Național Tuberculosis Programme Manages, Report on a WHO Meeting, Helsinki, Finland, 2000.
6. Gruhle H., Jung R., Mayer-Gross, M. Muller. *Klinische psychiatrie*, 1960, p.828
7. Фрейеров О. *Легкие степени олигофрениии* Медицина. 1964, 223 стр.
8. Кернберг О. *Тяжелые личностные расстройства*, Москва, 459 стр.
9. Nacu A.G. Nacu A.A. *Psihiatrie judiciară*, Chișinău 1997 p 340- 346.
10. Пунга В., и др., *Проблемы борьбы с туберкулезом в Российской Федерации*. Actualități în epidemiologia, depistarea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice. Chișinău 2002, 32-33
11. White MC, co. *Strategies for effective education in a jail setting: the Tuberculosis Prevention Project* Department of Community Health Systems, University of California, San Francisco, School of Nursing; USA. Health Promot. Pract. 2003, Oct; 4(4): 422-9.

INFLUENȚA COMPORTAMENTULUI PARENTAL ASUPRA SIMPTOMATICII SCHIZOFRENIEI

Vadim Aftene, Anatol Nacu

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală USMF “N. Testemițanu”

Summary

Influence of parenting behaviors on schizophrenia symptoms

Family education is one of the most influent factors in human personality development, which means the impact of it in psychopathological development of the person. 104 families (from rural and urban residence) that had as a member schizophrenic patient were studied. The PANSS and PARQ questionnaires were used, and the obtained data were analyzed using SPSS for Windows. The results show that parenting style has an evident influence for the behavioural patterns, especially for negative symptoms development and the differences between rural and urban patients and the patient’s gender (that appears in a different correlation levels)