

• pe măsura diminuării gradului de seriozitate a problemei narcotismului cota de răspunsuri ale adolescenților-experimentatori devine predominantă.

Bibliografie

1. Andersson B., Hibell B., Beck Fr., Choquet M., Kokkevi A., Fotiou A., Molinaro S., Nociar A., Sieroslowski J. and Trapencieris M. Alcohol and Drug Use Among European 17–18 Year Old Students Data from the ESPAD Project. // Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The Pompidou Group at the Council of Europe and the authors Sweden, Stockholm, 2007, 156 p.
2. Oprea V., Coșciug I., Mariana Perju. Aspecte clinico-evolutive ale drogodependențelor în perioada adolescenței. // Congresul de psihiatrie cu participare internațională „Actualități în psihiatrie”. Chișinău, 2004, p. 210-213.
3. Revenco M., V.Oprea, T. Prigoda, S. Condration, I.Coșciug. The primary use of the psychoactive substances among the adolescents in the Republic of Moldova. // 9th Congress for Bridging Eastern and Western Psychiatry. Iasi, România, 9-12 June 2006, p.11.
4. Revenco M., Deliv I. Profilaxia narcomaniei la copii și adolescenți. (elaborare metodică). Chișinău, Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, 2008, 92 p.
5. Vasiliev T., Stoiev I. Narcomania: Situația medico-socială și juridică în Republica Moldova. Ch.: Pontos. 2001 (F.E.-P. „Tipogr. Centrală”). – 400 p.
6. Вышинский К.В. Изучение распространенности психоактивных веществ на примере г. Москвы. Автореферат канд. Дисс. М. 1999. 26 с.
7. Карпец А.В. Злоупотребление психоактивными веществами в крупном промышленном городе Южного Урала (клинико-эпидемиологическое исследование). Автореферат канд. Дисс. М. 1999. 26 с.
8. Койкова И.А., Колесников В.В., Кошкина Е.А. Распространенность потребления наркотических веществ среди подростков в Краснодарском Крае. // Вопросы наркологии. 2000, №3, 61 - 64.
9. Корчагина Г.А. Оценка ситуации со злоупотреблением наркотиками и модель региональной профилактической программы (на примере Санкт-Петербурга). Дисс. канд. мед. наук. 1995 г. 252 с.
10. Кошкина Е., Киржанова В. и соавт. Комплексная оценка употребления ПАВ молодежью в Юго-Восточном округе Москвы. // М., 2004. 34 с.
11. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Ружников Ю.Н., Богданов С.И., Карпец В.В. Современные эпидемиологические методы мониторинга распространенности употребления наркотиков. М. «Радуга». 2005. 245 с.
12. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. // СПб.: Речь, 2007. 768 с.
13. Молодёжь и наркотики (социология наркотизма). // Под ред. В.А. Соболева и И.П. Рущенко. Харьков: „Торсинг”, 2000, 432 с.
14. Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков. (Сообщение 4). // Вопросы наркологии. 2001. №2. с. 47-58.

TENTATIVE AUTOLITICE ÎN DEPRESIILE REFRACTARE

Ghenadie Cărăușu, Alina Bacalu

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

Summary

The auto-destructive attempts in the refractory depressions

This study had the aim to evaluate the causes and risk factors of the auto-aggressive (auto-destructive) behavior in rezistent depressions. It was stable that the patients had the

presuicide syndrome clinically manifested by the feeling of inferiority, aggressiveness to the aims, helplessness and hopelessness, the semi-conceived reporting of suicidal ideas and the depression was the main reason of these attempts. As the risk factors of the auto-aggressive behavior in refractory depression may be named: familial history of the auto-destructive behavior, the negative existential - familial events and the comorbidity with other psychiatric disturbances.

Rezumat

Lucrarea a avut ca scop evaluarea cauzelor, factorilor de risc pentru comportamentul autodestructiv în depresiile rezistente. În baza acestui studiu s-a stabilit, că la pacienți s-a notat un sindrom presuicidar, manifestat clinic prin sentimente de inferioritate, agresivitate față de scopuri, neajutorare și disperare, comunicare semiconștientă a ideilor suicidare, iar depresia a fost cauza principală ale acestor tentative. Ca factori de risc la un comportament autodestructiv în depresia refractară pot fi nominalizați: istoric familial de comportament autodestructiv, evenimente existențial - familiale negative, comorbiditatea cu alte tulburări psihiatrice.

Actualitatea temei

Tulburarea de dispoziție este cel mai frecvent diagnostic, asociat cu suicidul. Riscul la suicid în depresia psihotică cu idei de culpabilitate și inutilitate este de 5,3 ori mai mare, comparativ cu formele nedelirante. În 13- 70% de cazuri de suicid, pacienții sufereau de o depresie majoră. Pulsunile suicidare reapar la superficializarea terapeutică a simptomatologiei depresive. Subiecții cu durere morală, agitație anxioasă, cu idei delirante de culpă, indemnitate, incurabilitate și negație, cu semne de cooperare redusă, izolare socială, insomnie, anorexie și pierdere în greutate sunt predispuși la autodistrugere. Frecvența suicidului crește odată cu vârsta cronologică. Se notează o corelare a creșterii ratei suicidului la tineri cu factorii de mediu, stilul de viață, disponibilitatea pentru consumul de droguri, dar și cu creșterea incidenței depresiei majore în rândul acestora.

Scopul lucrării

Evaluarea cauzelor, factorilor de risc pentru comportamentul autodestructiv și instituirea unui tratament adecvat în depresiile rezistente.

Material și metode

Această lucrare a fost efectuată în Clinica de Psihiatrie, Chișinău, în baza unui studiu pe 32 pacienți depresivi cu tentative suicidare, cu vârsta cuprinsă între 21 și 65 ani.

Rezultate și discuții

Vârsta medie a subiecților a fost de $46,86 \pm 0,74$ ani. În studiul prezent s-a constatat că ponderea cea mai înaltă o constituie persoanele cu studii medii 58,6%, după care urmează cele cu studii superioare - 33, 01% și cele cu studii primare- 8,3%. Aproape jumătate din subiecți au fost salariați permanent - 45, 75%. Pe locul doi sunt pensionari/pensionații medical - 34, 64%, iar pe trei - șomerii -16, 34%. Numărul cel mai mare de subiecți în privința comorbidității psihiatrice în timpul bolii era reprezentat de pacienți cu tulburare de stres posttraumatic - 34, 97%. Pe locul doi în privința frecvenței se afla tulburarea de personalitate - 32, 35. Locurile următoare erau ocupate de pacienți cu tulburare obsesivo - compulsivă - 21, 24%, apoi subiecții cu utilizarea substanțelor psihoactive -18, 30%, și, în sfârșit, pacienți cu tulburare anxioasă - 14, 38%,.

În observațiile noastre maladia se caracterizează în mod obișnuit printr-o evoluție relativ de lungă durată. Astfel, durata medie a bolii a fost de $9,99 \pm 0,53$ ani.

Primele supoziții patogenice asupra suicidului aparțin psihologiei dinamice. Conform teoriei psihanalitice, suicidul ar reprezenta „ultima formă” a ostilității inconștiente, orientate asupra obiectului introectat, care este văzut și considerat în mod ambivalent. Deci suicidul ar constitui „o crimă la 180 o”. K. Menninger consideră, că pulsunile ostile în suicid ar fi de trei

categorii și cuprinde: dorința de a ucide, dorința de a fi ucis și dorința de a muri. Dar alături de puternica ostilitate inconștientă, suicidarul prezintă „o neobișnuită incapacitate de a iubi pe alții”. Alți factori, care sunt incluși în patogenia fenomenului sunt anxietatea, culpabilitatea, furia, disperarea, neajutorarea. Însă în majoritatea cazurilor, pulsiunea autolitică profundă este controlată și depășită prin „defense ale ego-ului”, „deprinderi constructive de a trăi și de a iubi”. Distrugerea acestor mecanisme interne poate determina apariția mecanismelor autolitice. Opțiunea suicidară este asociată cu existența unor nevoi neîmplinite, nerealizate, fiind expresia unor conflicte ambivalente între supraviețuire și impasul existențial, dar și nevoia de evadare și sentimentul profund de neajutorare. Deseori aceste persoane emit semnale de avertisment, de multe ori neînțelese, minimalizate sau ignorate, prin care solicită într-o modalitate proprie ajutorul. Fenomenul suicidar este expresia unui act pulsional, a cărui intensitate scade cu atât mai mult, cu cât depresia se aprofundează, dar după superficializarea terapeutică a simptomatologiei depresive reapar pulsiunile suicidare. În depresie, riscul la suicid este prezent atât în debutul, cât și în finalul tulburării. Se estimează, că 19 la sută din ei erau psihotici în momentul comiterii acestuia. Suicidul este adesea un gest de fugă din fața unor dificultăți aparent fără soluție. Sinuciderea este însă și o manifestare de agresivitate, îndreptată atât împotriva mediului (răzbunare), cât și împotriva propriei persoane, în sens autopunitiv. „Justificarea” operației de autoacuzare, autocondamnare și autoagresiune poate fi găsită în sentimente de culpabilitate întemeiate. Adeseori, însă, ele exprimă numai un narcisism dezamăgit. Propria ființă nu este, pur și simplu, la înălțimea așteptărilor, prin incapacitatea de a face față la solicitări sau la exigențele propriului ideal. Psihanaliștii au insistat, însă, mai mult asupra agresivității, care se întoarce împotriva subiectului identificat cu „obiectul libidinal” pierdut. Cu alte cuvinte, în locul urii îndreptată împotriva cauzei externe a suferinței – sentiment interzis de cenzura morală – apare autoacuzarea.

Un număr important de suicide și tentative suicidare se notează în formele rezistente terapeutic ale depresiilor. Studiile epidemiologice apreciază, că depresiile rezistente trebuie suspectate în 20% din cazuri, factorii de risc fiind dozele inadecvate și noncomplanța. În observațiile noastre majoritatea subiecților au recunoscut, că nu doreau să moară, dar voiau să-și modifice sensul existenței lor fără să o întrerupă. Nu s-a depistat la ei pierderea speranței și a perspectivei. Dintre tentativele de suicid 20 % au necesitat asistență medicală mai intensivă. Cele mai frecvente metode de autoagresiune au fost intoxicațiile ușoare și venesejecțiile. Circa 65 la sută dintre subiecți au comis mai mult de o tentativă de suicid. Aproape jumătate dintre bolnavi erau separați sau divorțați, o treime din ei fiind șomeri. Mult mai favorizante pentru apariția tentativelor de suicid au fost episoadele depresive severe, dar scurte. Riscul suicidar al pacienților a fost favorizat de subdiagnosticare și tratament incorect. Astfel, 2/3 dintre suicidari au fost examinați de medicul generalist în luna, care a precedat suicidul, iar 40% în săptămâna precedentă; o treime au amenințat cu suicidul, iar 80% au avut prescrise psihotrope, cel mai frecvent hipnotice, și numai o treime dintre pacienții depresivi au primit medicație antidepresivă, dar și aceasta în doze inadecvate. În mod surprinzător, uneori, psihiatrii, ca și medicii generaliști, nu evaluează cu acuratețe riscul suicidar, ceea ce impune adoptarea unor măsuri preventive mult mai coerente la nivelul asistenței psihiatrice. În cazul tulburărilor depresive este important tratamentul eficient, cu toate, că introducerea antidepresivelor nu a dus la scăderea ratei suicidelor. Este vorba, mai întâi de toate, de dozele insuficiente de antidepresive, lipsa complianței terapeutice, și nu trebuie neglijat nici faptul, că antidepresivele în sine pot fi utilizate ca mijloc de suicid.

În studiul nostru, subiecții, care au comis o primă tentativă de suicid, în circa 20% de cazuri au repetat tentativa. În observațiile noastre pacienții depresivi au comis tentativele de suicid, când păreau să fi depășit episodul depresiv. Ulterior, această tentativă de suicid a determinat o depresie de lungă durată, în special dacă ea satisface nevoia pacientului de autopedepsire. Disperarea, pe termen lung, este unul dintre cei mai siguri factori de risc la suicid. În observațiile noastre factorii de risc pentru tentativele de suicid au fost: sexul feminin, vârsta

tână, statutul marital de necăsătorit, statutul social de neangajat/ șomer, bolile somatice, internările repetate în spitalele de psihiatrie, crizele materiale și existențiale

Anamneza și examenul clinic general al unui bolnav cu potențial suicidar cere multă abilitate psihologică, punând deseori la încercare calitățile profesionale ale terapeutului. Dificultatea investigației clinico-psihologice a pacientului, ca și a evaluării riscului sporește și prin faptul, că cel în cauză, ajuns la concluzia necesității actului suicidar se simte în mare măsură detașat și desolidarizat de grupul social, ca și de obligațiile sale morale, socio-familiale. În virtutea acestui fapt, dezinfectiv afectiv de ambianță, pacientul refuză dialogul asupra actului suicidar cu terapeutul, îi acordă un caracter convențional și impersonal sau recurge la o disimulare a ideilor sale suicidare. Abordare a directă a problemei suicidului, această rană deschisă nu accentuează preocupările și intențiile acestuia. Majoritatea pacienților au prevenit clar în legătură cu intenția lor suicidară. Se impune un dialog simplu cu pacientul, autentic, a cărui forță va avea la bază faptul că ideile și tendințele suicidare sunt expresia unei stări psihice particulare sau a unei tulburări psihice desigur trecătoare. Prin evoluțiile lor deseori recurente, rezistente, cât și prin riscul suicidar, dar și al handicapului social rezultat, tulburările depresive constituie în continuare o importantă temă de preocupare. Nu sunt ușor de diferențiat elementele asociate cu cronicizarea și/sau rezistența la tratament, de acei factori care ar fi predictivi pentru reparația simptomelor unui nou episod. Printre parametrii determinanți ai unei recidive depresive sunt în primul rând particularitățile proprii ale maladiei (tipul de depresie, numărul și aspectul episoadelor anterioare). Printre tratamentele chimioterapice susceptibile de a preveni într-un număr apreciabil de cazuri, apariția recurențelor depresive, ar fi mai degrabă rezervată pacienților suferind de boală bipolară, în timp ce unipolarii ar beneficia de prescrierea pe termen lung a antidepresivelor. Este recomandată asocierea unui triciclic cu un ISRS, ca putând induce un răspuns antidepresiv rapid și susținut în cazurile refractare, în terapia de lungă durată a recurențelor depresive, chiar și la formele monopolare, cu necesitatea unei monitorizări atente a acestor pacienți, pentru a întrerupe prompt administrarea triciclicului, în cazul unor fenomene adverse.

Lucrul terapeutic cu dorințele suicidare începe deja în cursul primei conversații a terapeutului cu pacientul. Terapeutul își pune problema de a înțelege care sunt motivele de care este călăuzit pacientul ce nutrește planuri de a comite un atentat de suicid.

Pacienții depresivi în majoritatea cazurilor explică dorințele sale suicidare prin două categorii de motive. Unii doresc să pună capăt suferințelor sale, văzând în suicid unica posibilă cale de a scăpa de încordarea penibilă. Acești pacienți, de regulă, spun că viața este “insuportabilă” și “lipsită de sens”, și că ei au obosit să “lupte la nesfârșit”. Alți pacienți recunosc că vor să obțină ceva de la cei din jur. Unii încearcă astfel să-și reîntoarcă dragostea sau afecțiunea unei persoane care are o importanță emoțională pentru ei, alții vor să arate celor apropiați că au nevoie de ajutor, alții pur și simplu doresc să fie internați în spital pentru a scăpa de anturajul “insuportabil”. Deseori se observă prezența ambelor motive, anume, a motivului de a găsi refugiu de la viață și a motivelor manipulative. La pacienți cu motivare preponderent manipulative tendințele suicidare de obicei au o natură mai puțin serioasă.

La pacienții cu indici înalți de disperare și depresie prevalau motivele “refugiului de la viață” și “scăpării”, iar pacienții cu indici joși în această categorie au explicat atentatul de suicid preponderent prin motive manipulative.

Terapeutul trebuie să fie capabil să se integreze în lumea interioară a pacientului, trebuie să fie capabil să resimtă disperarea și deznădejdea lui. O astfel de empatie este utilă prin faptul că permite de a adapta strategiile terapeutice la necesitățile pacientului și îl face pe pacient să simtă că el este “înțeles” de către terapeut. Terapeutul trebuie să “penetreză” modul de a gândi al pacientului într-o așa măsură ca să nu considere intențiile lui suicidare ca fiind “anormale”. Din contra, el trebuie să înțeleagă și să accepte logica legăturilor cauzale suicidare. Și numai după aceasta el, împreună cu pacientul, poate să înceapă lucrul pentru a găsi erori în premisele și raționamentele care stau la baza impulsului suicidal.

La început misiunea terapeutului se reduce la aceea, că el să “tragă din timp” și să aștepte sfârșitul perioadei periculoase. Dacă pacientul este în plină măsură implicat în procesul terapeutic, la el apare dorința de a afla la ce îl duce terapeutul, și el poate să decidă să “amîne” realizarea intențiilor sale suicidale. De aceea este necesar de a crea și de a menține la pacient interesul către terapie. Cu toate acestea, este foarte importantă respectarea principiului continuității terapiei și asigurarea succesiunii conținutului ședințelor. Noi considerăm că este de prisos – iar în majoritatea cazurilor și imposibil – de a-i cere pacientului promisiunea că el *niciodată* nu va comite atentate la propria viață. La fel de lipsită de sens ne pare și practica încheierii unei “înțelegeri” cu pacientul, conform căreia acesta se obligă să “amîne” pentru două-trei săptămîni efectuarea intențiilor suicidare: dacă persoana va simte o dorință irezistibilă de a muri, nici o obligațiune n-o va opri. Din punctul nostru de vedere, cea mai eficientă metodă constă în motivarea pacientului de a analiza obiectiv dorințele sale suicidare și de a-l ajuta să realizeze că aceste dorințe se pot dovedi a fi neîntemeiate; astfel, terapeutul îl poate motiva pe pacient să continue cercetarea.

Anume tendința suicidală trebuie să fie ținta principală a terapiei. Una din metodele terapeutice promițătoare constă într-aceea că pacientul trebuie învățat a) să se gîndească la alte metode de a rezolva problema, și b) să se distragă de la dorințele suicidare, folosind diferite tehnici. Terapeutul trebuie să înțeleagă că în decursul terapiei sunt posibile întetiri de scurtă durată ale dorințelor suicidare. El trebuie să prevină pacientul despre aceasta, menționînd în special că o acutizare subită a impulsurilor suicidare nu trebuie interpretată ca un semn al ineficienței terapiei.

Discuții

La pacienți s-a notat un sindrom presuicidar, manifestat clinic prin suferință psihică, sentimente de inferioritate, dispoziție scăzută, agresivitate față de scopuri, neajutorare și disperare, dorința de a trăi și de a muri în același timp, tendința de a lăsa decizia la voia destinului, îngustarea câmpului conștiinței, comunicare semiconștientă a ideilor suicidare. Deoarece comportamentul suicidar este foarte puternic, toate amenințările suicidare trebuie luate în serios. În caz de prezență la subiecți a schimbărilor dispoziționale, a tendințelor impulsive și agresive, a ideilor de moarte și de omucidere, ei nu trebuie lăsați singuri niciodată. Ei trebuie chestionați direct în legătură cu intențiile sale de suicid. Aceste persoane necesită internare în spital pentru acordarea unui tratament urgent de specialitate. Combinația dintre psihoterapie și farmacoterapie este semnificativ mai avantajoasă decât terapia separată prin numai unul dintre mijloace. Conduita acordării primului ajutor psihiatric este impusă de gravitatea comportamentului autoagresiv. Subiecții au nevoie de supraveghere permanentă și tratament de specialitate. Internați în spital, pacienții vor fi supravegheați permanent, se vor prescrie antidepressive, neuroleptice, iar externarea lor se va face numai la dispariția durerii morale, ce constituie sursa pulsunii suicidare.

Alegerea medicamentului antidepressiv se va face în funcție de tabloul clinic, corelându-se simptomele țintă cu modelul biochimic al depresiei în sistemul adecvanței terapeutice. Se va ține cont că antidepressivele activatoare potențează: anxietatea; insomnia; cresc riscul suicidar prin ameliorarea inhibiției psihomotorii. Utilizarea antidepressivelor activatoare dezinhibatorii necesită asocierea unor substanțe sedative anxiolitice de tip benzodiazepinic, eventual cu efect antidepressiv secundar (alprazolam), și a unor neuroleptice de tip sedativ (levomepromazin, tioridazin).

Prezența riscului suicidar impune măsuri de supraveghere strictă, mai ales după ameliorarea fenomenelor de tip inhibiție psihomotorie. Iar tulburările de somn pot fi corectate, de preferință prin asocierea medicației neuroleptice.

Concluzii

Pentru a ajuta pacienții se va pune accentul pe menținerea legăturii cu el; pentru înțelegerea faptului, că suferința sa acută îi deteriorează capacitatea de a evalua situația în mod corect și de a alege o alternativă favorabilă posibilă; identificarea altor metode de rezolvare a

problemei conflictuale care să fie preferabilă suicidului; înțelegerea că suferința sa actuală și dezechilibrul său emoțional nu sunt permanente; realizarea unei legături suportive între terapeut și pacient; înțelegerea problematicei pacientului și asigurarea suportului emoțional de către familie și prieteni. Ca factori de risc la un comportament autodestructiv în depresia refractară pot fi nominalizați: istoric familial de comportament autodestructiv, evenimente existențial - familiale negative, comorbiditatea cu alte tulburări psihiatrice. Se impune, de asemenea, stabilirea diagnosticului corect, precoce și tratamentul eficient al depresiei. Rata suicidului poate crește din motivul subdiagnosticării depresiei, dozelor insuficiente de antidepressive, lipsa de complianță terapeutică sau opțiune terapeutică inadecvată. Uneori antidepressivele în sine pot fi utilizate ca mijloc de suicid, iar internările repetate în staționar este un factor de risc pentru suicid.

Bibliografie

1. Barraclough, B.M. (1973). *Differences between national suicide rates*. British Journal of Psychiatry 122, 95-6.
2. Beck A. T., The core problem in depression: the cognitive triad. Science and Psychoanalysis, 17, 47- 55, 1970.
3. Gheorghe M.D. Actualități în psihiatria biologică, București, 1999.
4. De Paermentier F., Cheetham S.C., Crompton M.R., și colab., *Brain B-adrenoceptor binding sites in antidepressant-free depressed suicide victims*. Brain Res; 525: 71-77, 1990.
5. Fawcett, J., Scheftner, W., Clark, D., Gibbens, R., and Coryell, W. (1987). *Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study*. American Journal of Psychiatry 144, 35-40.
6. Freud S., Mourning and melancholia. *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 14, pp. 234-58. Hogarth Press, London, 1953-1966.
7. *Tratat de psihiatrie Oxford*. Ediția II-a, București, 1994.

TULBURARI DE SOMN IN DEPRESII

Ghenadie Cărăușu, Marina Lopusanscaia, Dorina Nicolaescu, Mariana Cărăușu
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Sleep disorders in depression

Approximately 10 % of population suffers from chronic insomnia. In this research was studied the particularities of insomnia in depressive disorders. The data analysis shows that combined pharmaceutical and psychotherapeutical treatment is relatively safe and it enhances the process of sleeping.

Rezumat

Aproximativ 10% din populație suferă de insomnie cronică. În această lucrare a fost studiată particularitățile insomniei în tulburări depresive. Analiza datelor obținute a demonstrat că utilizarea tratamentului combinat medicamentos și psihoterapeutic, este relativ sigură și conduce la ameliorarea calității somnului acestor bolnavi.

Actualitatea temei

Numărul oamenilor care suferă subiectiv din cauza tulburărilor de somn crește din an în an. Unul din doisprezece europeni apelează la somnifere noapte de noapte. Aproximativ o persoană din trei are tulburări de somn pe parcursul unui an de zile. Tulburările de somn sunt un simptom comun al multor tulburări mentale și somatice, cum sunt tulburările depresive și condițiile somatice, care provoacă durere sau alt disconfort. Insomnia este o perturbare a somnului care