

<u>Crepusculare</u>	15
<u>Disforii</u>	2
<u>Demență</u>	1

Structura infracțiunilor în cadrul tulburărilor organice de personalitate se prezintă astfel:

Omor	11
Leziuni corporale grave	3
Acte de huliganism	4

Așadar din totalul infracțiunilor 48 la număr în 28 cazuri delictele au fost săvârșite în stări crepusculare sau 58,7%, în 11 cazuri în stări disforice sau 23 % și stărilor demențiale le revin 9 cazuri sau 18,6%.

Factorilor nocivi, provocatori și predispozanți în cadrul tulburărilor organice de personalitate le revin 80% TCC repetat, alcoolismului 85%.

Datele statistice prezentate ne indică cu certitudine despre potențialul infractoriu spirit al stărilor crepusculare, disforice și demențiale cu prevalarea tulburărilor crepusculare.

Bibliografie

1. Шостакович Б.В. Теоретические основы судебно - психиатрического диагноза. Судебно-медицинская экспертиза за 1987 г, с. 38-41.
2. Cobâleanchi O. Medicația modernă a bolnavilor cu epilepsie hipnică. Chișinău, 2002.
3. Berghi Iu. Considerații psihopatologice privind favorizarea și declanșarea comportamentului agresiv în epilepsii (SCP MS RM), 2002.

STRATEGII FARMACOLOGICE ȘI DE REABILITARE A STĂRILOR DE DEFECT PSIHIC ÎN SCHIZOFRENIE

Larisa Boronin, Igor Nastas, Natalia Nichiforova, Anatol Nacu, Mircea Revenco, Valentin Oprea

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

Summary

Pharmacological strategies and rehabilitation mental defect in schizophrenia

The research work includes investigation of 15 patients with confirmed diagnosis of schizophrenia according to ICD-10 criteria that the were measured symptoms of mental defect using evaluation scales BPRS, GAF, SANS, PANSS before and after treatment for a period of two months. There were observed factors that in our point of view would to included in the group "risk" for the emergence and development of mental defect. Also we concluded the mental defect mobility status; considering the reducement of the symptoms under the treatment influence, mainly with atypical antipsychotics associated with psychosocial rehabilitation.

Rezumat

Lucrarea cuprinde investigarea a 15 pacienți cu diagnosticul confirmat de schizofrenie conform criteriilor ICD-10 la care s-au monitorizat simptomele de defect psihic prin intermediul scalelor de evaluare BPRS, GAF, SANS, PANSS până și după tratament pe o perioadă de 2 luni. S-au constatat factori care după părerea noastră s-ar include în grupul de "risc" pentru apariția și evoluția defectului psihic. Deasemeni am ajuns la concluzia mobilității stării de defect psihic, în sensul diminuării simptomelor sub influența tratamentului, preponderent cu antipsihotice atipice asociate cu reabilitarea psihosocială.

Actualitatea

Dintre maladiile psihice schizofrenia rămâne a fi una dintre cele mai invalidizante în sensul disabilității psihosociale a bolnavilor, iar evoluția bolii contribuie semnificativ la apariția stării de defect psihic, care include toate componentele facultăților mentale, inclusive dezadaptarea socială care reiese din aceste disabilități survenite. Pe de altă parte apariția stării de defect psihic nu înseamnă ireversibilitatea acestui proces patobiologic. Aplicarea corectă a tacticii terapeutice poate contribui semnificativ la reintegrarea socială a pacienților și scăderea cazurilor de invaliditate.

Obiectivele

S-a propus evaluarea clinică a stărilor reziduale (defect psihic) în schizofrenie, studierea factorilor complementari care influențează evoluția, răspunsul terapeutic, toate fiind evaluate prin intermediul parametrilor clinici standardizați.

Scopul

A fost constatarea tipului, gradului de manifestare clinică a stărilor de defect psihic funcție de forma schizofreniei, durata bolii și stările comorbide.

Materiale și metode

Studiul monocentric și de cohortă a fost efectuat în IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie și în cadrul Catedrei de Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală USMF „Nicolae Testemițanu”. Lotul de cercetare a fost compus din 15 pacienți cu internări în clinica psihiatrică, iar criteriile de includere au fost următoarele: prezența diagnosticului confirmat de „Schizofrenie” conform criteriilor ICD-10 la care a fost constatat defect psihic și vârsta între 18 și 75 ani. Evaluarea clinică a fost efectuată în baza datelor anamnestice, examenului clinic și a scalelor de evaluare PANSS, BPRS, SANS, GAF.

Rezultate și discuții

Din numărul total de 15 pacienți investigați s-a stabilit următoarele forme a schizofreniei: - forma paranoidă - 9 bolnavi; - forma catatonă - 4 bolnavi; - forma nediferențiată - 2 bolnavi. Au fost identificați factorii aditionali care ar fi putut influența evoluția bolii și apariția defectului schizofrenic. Îndiferent de forma schizofreniei noi am operat cu așa itemii cum ar fi: prezența antecedentelor heredocolaterale, vîrstă și simptomele de debut a bolii, complianța la tratament în afara spitalului, statutul social, data constatării defectului psihic, structura defectului, corelațiile dintre debutul și apariția stării de defect psihic. În lucrarea noastră printre factorii de risc noi constatăm prezența antecedentelor heredocolaterale în 5 cazuri – (33,33%), 2 cazuri (13,3%) cu alcoolism la ambii părinți, 2 cazuri (13,3%) cu boli psihice nespecificate pe linie paternală și un caz (6,6%) cu retard mintal deosebit pe linie paternală. Alți factori cu semnificație clinică pentru evoluția nonbenignă a schizofreniei au fost următoarele: 2 cazuri (13,33%) de stres psihogen, 2 cazuri (13,33%) de naștere și perioada postpartum, 4 cazuri cu traumatism craniocerebral cu intoxicație de oxid de carbon (26,66%) și în 1 caz (6,66%) cu abuz de alcool. Printre factorii de risc a fost identificat statutul social nefavorabil al pacienților. În opinia noastră, pacienții cu schizofrenie fără îngrijire și lipsa monitorizării procesului terapeutic de către membrii de familie are un prognostic nefavorabil din punct de vedere al progresării procesului schizofrenic. Evaluând starea civilă a pacienților cu defect psihic, au fost depistate următorii factori care ar putea influența asupra instalării stării reziduale: din 15 pacienți – 13 (87,67 %) se referă la grupul de risc având un statut social deficitar (locuiesc singuri, lipsă monitorizare, lipsă tratament de întreținere și anume: 7 - pacienți erau divorțați (46,6 %), 2- necăsătoriți (13,3 %), 4- cu partener decedat (26,6 %). Vîrstă a fost considerată deosebit un factor de risc pentru evoluția nonbenignă a schizofreniei. S-a constatat corelarea vârstei cu forma schizofreniei. Din 9 pacienți cu forma paranoidă a schizofreniei vîrsta medie de debut a bolii a fost de - 36,6 de ani,

forma catatonă - 24,5 de ani, forma nediferențiată - 32,5 de ani. Odată cu apariția defectului psihic, are loc creșterea simptomelor negative în schizofrenie, care depinde de rândul său în mare măsură de gradul de progresie a bolii.

În studiul nostru debutul cel mai devreme a bolii a fost constatat în forma catatonă. În opinia noastră, forma schizofreniei deasemeni poate fi considerată ca factor de risc pentru prognosticul nefavorabil din punct de vedere al apariției stării de defect psihic. Conform cu rezultatele obținute, prognosticul cel mai malign pentru apariția stării de defect este forma nediferențiată a schizofreniei. La pacienții noștri cu această formă, starea reziduală a apărut în mediu după - 3,5 ani de la debutul bolii. În forma paranoidă perioadă medie de când apare defectul schizofren este - 10,11 ani, forma catatonă după -17,75 ani. Se pare că forma cea mai benignă este forma catatonă, deși debutul bolii în medie se dezvoltă mai devreme decât în alte forme a schizofreniei.

Scalele de evaluare ne-au permis obiectivizarea și completarea rezultatelor clinice constatate.

În conformitate cu **Scala de evaluare scurtă psihiatrică (BPRS)** s-a constatat următoarele: aplatizare afectivă - 86,6%, conținut neobișnuit al gândirii - 66,6%, lipsa de complianță în procesul examinării -80%, dezintegrare a proceselor de gândire -93,3%, retragere emoțională -80%.

În conformitate cu **Scala funcționării globale (GAF)** din cele 15 de cazuri studiate cu o scădere moderată, dificultăți semnificative de funcționare au avut 7 pacienți (46,6%). Au fost constatate dificultăți semnificative în activitatea de zi cu zi, în relațiile cu anturajul. La 8 pacienți (53,4 %) manifestările au fost mai evidente, manifestate prin declin puternic, incapacitatea de îndeplinire a activității casnice sau un dispreț total pentru orice activitate de uz casnic.

În conformitate cu **Scala de evaluare a simptomelor negative (SANS)** la pacienții cu defect schizofren cel mai frecvent s-au depistat: aplatizare afectivă -53,3%, scăderea productivității în muncă și studii -66,6%, deficiențe de activitate în timpul liber -60,0%, dificultăți prosexice de comunicare -66,6%, dificultăți prosexice în tipul testării psihologice - 73,3%.

Scala de evaluare a simptomelor negative și pozitive (PANSS): Cel mai frecvent la bolnavii cu defect schizofren din componența simptomelor negative s-au constatat: dificultăți de abstractizare -53,3%, retragere socială - 53,3%, scăderea raporturilor interpersonale - 26,6%, implicarea afectivă scăzută - 13,3%, aplatizare afectivă -46,6% .

Din simptomele generale (G) conform Scalei PANSS s-a constatat: Diminuarea atenției - 80 %, afectarea judecății și a capacităților de înțelegere - 60 %, perturbare a voinței 60 %, evitarea socială activă - 80 %, toate având peste 3 puncte.

După 2 luni de tratament a fost repetată scala PANSS la 14 pacienți (o pacienta inca nu terminase perioada de monitorizare de 2 luni) fiind constatate scăderea manifestărilor negative și generale caracteristice stării reziduale. Pacientele care au intrat în lotul de studiu au urmat tratamentul de 2 luni cu preparatele neuroleptice atipice - 5 pacienți (35,7%) (Rispolept, Leponex), iar 9 pacienți (64,2%) cu neuroleptice clasice (Haloperidol, Clorpromazin, Trifluoperazin). Numărul total de puncte obținut la paciențele care au primit neuroleptice atipice a fost în mediu 102 puncte, în comparație cu cele paciențele care au primit neuroleptice clasice cu media de 120 de puncte.

Concluzii

1. Au fost identificați următorii factori de risc cu pondere importantă care au contribuit la apariția stării de defect psihic: statutul social nefavorabil -87,6%, antecedente heredocolaterale -33,3 %, traumatism craniocerebral - 26,66 %, starea de stress -13,33 %, perioada de naștere și lactație -13,33 %, abuz alcool - 6,66 %.

2. După datele noastre prognosticul cel mai malign în grupul de studiu a fost constatat la forma nediferențiată a schizofreniei. La pacienții cu această formă, starea reziduală a avut loc în mediu după 3,5 ani de la debutul bolii.
3. Conform rezultatelor obținute se pare că forma cea mai favorabilă este forma catatonică, deși debutul bolii în mediu se dezvoltă mai devreme decât în alte forme a schizofreniei.
4. Totodată noi avem în considerare și discuțiile referitor la diagnosticarea formei nediferențiate a schizofreniei la care echipa de studiu nu a participat.
5. Conform cu scala PANSS s-a evidențiat prevalența următoarelor simptome: dificultăți de abstractizare - 86,6 %, retragere socială – 73,3 %, scăderea raporturilor interpersonale – 66,6 %, implicarea afectivă scăzută – 66,6 %, apatizare afectivă -60 %. Printre simptomele generale au predominat: diminuare atenție - 80 %, afectare a judecării și a capacităților comprehensive - 60 %, perturbare a voinței 60 %, preocupare asupra senzațiilor morbide - 73,33 %, evitarea socială activă - 80 %.
6. În perioada de evaluare (2 luni) s-a constatat reducerea simptomelor psihopatologice, inclusiv a simptomelor negative care constituie componenta de bază a stării de defect psihic – scăderea punctajului scala PANSS la 14 pacienți de la 120 la 102 puncte.
7. Farmacoterapia pacienților cu defect schizofren trebuie să fie efectuată cu neuroleptice atipice, care influențează simptomele negative. Asociat se va ajusta reabilitarea psihosocială a pacienților.
8. Scalele utilizate trebuie să fie o componenta indispensabilă pentru confirmarea stării de defect psihic și care se manifestă preponderent cu simptomatologie ” negativă”.
9. Sub aspect de tratament și reabilitare a pacientului cu tulburare psihică se va lua în considerare faptul că cel mai sever grad de disabilitate nu este o stare fixă, adică întotdeauna este prezent principiul reversibilității parțiale a defectului psihic.
10. În centrul reabilitării psihiatrice stă persoană ca entitate și nu boală, deci este valabil principiul «persoană concretă și nu boală».

Bibliografie

1. Boderscova L., A. Nacu, L. Spinei „Ghid pentru servicii comunitare de sănătate mentală”. 2007 p. 193-198.
2. Boronin Larisa, I. Nastas, I. Coșciug, V. Oprea. Particularitățile stărilor reziduale în schizofrenia paranoidă cu debut până la 25 de ani. „Terapia și managementul în psihiatrie”. Ed. Medicina Universala. Craiova, 2006. Pp. 29-31.
3. Nacu Al., Nacu An. Psihiatrie judiciară, Chișinău, 1997, p.106-107.
4. Oprea N., Nacu An., Oprea V. Psihiatrie, Chișinău, 2007, p.56.
5. Воробьев В.Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств). Москва, 1988, канд. дисс. 128 с.
6. Кузнецов С.В., Демчева Н.К. Негативные расстройства при параноидной форме шизофрении/. Ж. Психическое здоровье – 2009 - № 1(32) - С. 38-42
7. Тиганов А.С. с соавт. Руководство по психиатрии в 2-х томах. М. «Медицина», 1999, т. 1. СС. 469-471.