

persoanele din grupul de control mult mai frecvent sunt diagnosticate afecțiunile pulmonare și ale sistemului urinar, care au constituit marea majoritate a patologiilor, atribuită la compartimentul altele ($p < 0,001$). Frecvența bolilor hipertensive, diabetului zaharat, precum și a manifestărilor alergice în anamneză a fost aproximativ similară în grupurile de comparație.

Concluzii

1. Astfel, în studiul nostru, ca și în alte studii, s-a demonstrat rolul factorilor de mediu în apariția BII. CU este diagnosticată mai frecvent în rândul locuitorilor din mediul urban (1,7 ori, $p < 0,001$), mai frecvent în rândul funcționarilor și lucrătorilor de birou, inclusiv foarte frecvent (9,8%) în rândul lucrătorilor medicali. Răspândirea bolii în rândul populației din mediul rural, a lucrătorilor agricoli este minimă.
2. Fumatul și apendicectomia în anamneză sunt factorii de protecție pentru apariția CU.
3. Pentru pacienții cu CU este caracteristică frecvența ridicată a comorbidității tractului gastrointestinal, care depășește semnificativ acest indicator al grupului de control ($p < 0,001$). În același timp, asemenea boli ca hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, manifestările alergice sunt diagnosticate la fel de frecvent în grupurile de studiu și de control.

Bibliografie

1. Stange EF, Travis SPL, Vermeire S, et al. European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: definitions and diagnosis. *J. Crohn's and Colitis*. 2008;2:1-23.
2. Lakatos P. Environmental factors affecting inflammatory bowel disease: have we made progress? *Dig. Dis*. 2009;27:215-25.
3. Bernstein CN, Rawsthorne P, Cheang M, et al. A population-based case control study of potential risk factors for IBD. *Am. J. Gastroenterol*. 2006;101:993-1002.
4. Amre DK, D'Souza S, Morgan K, et al. Imbalances in dietary consumption of fatty acids, vegetables, and fruits are associated with risk for Crohn's disease in children. *Am. J. Gastroenterol*. 2007;102:2016-25.
5. O'Sullivan M, O'Morain C. Nutrition in inflammatory bowel disease. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol*. 2006;20:561-73.
6. Hansen T, Jess T, Vind I, et al. Environmental factors in inflammatory bowel disease. *J. Crohn's Colitis*. 2011;5(6):577-84.
7. Russel MG, Engels LG, Muris JW, et al. "Modern life" in the epidemiology of inflammatory bowel disease: a case-control study with special emphasis on nutritional factors. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol*. 1998;10:243-9.
8. Jowett SL, Seal CJ, Pearce MS, et al. Influence of dietary factors on the clinical course of ulcerative colitis: a prospective cohort study. *Gut*. 2004;53:1479-84.
9. Thompson NP, Montgomery SM, Pounder RE, et al. Is measles vaccination a risk factor for inflammatory bowel disease? *Lancet*. 1995;345:1071-4.
10. Baron S, Turck D, Leplat C, et al. Environmental risk factors in pediatric inflammatory bowel disease: a population based case control study. *Gut*. 2005;54:357-63.
11. Klement E, Cohen RV, Boxman J, et al. Breastfeeding and risk of inflammatory bowel disease: a systematic review with meta-analysis. *Am. J. Clin. Nutr*. 2004;80:1342-52.
12. Cosnes J, Seksik P, Nion-Larmurier I, et al. Prior appendectomy and the phenotype and course of Crohn's disease. *World J. Gastroenterol*. 2006;12:1235-42.
13. Narula N, Fedorak RN. Does smoking reduce infliximab's effectiveness against Crohn's disease? *Can. J. Gastroenterol*. 2009;23:121-5.
14. Seksik P, Nion-Larmurier I, Sokol H, et al. Effects of light smoking consumption on the clinical course of Crohn's disease. *Inflamm. Bowel Dis*. 2009;15:734-41.
15. Cosnes J. Smoking, physical activity, nutrition and lifestyle: environmental factors and their impact on IBD. *Dig. Dis*. 2010;28:411-7.
16. Beauverger L, Massot N, Carbonnel E, et al. Impact of cessation of smoking on the course of ulcerative colitis. *Am. J. Gastroenterol*. 2001;96:2113-6.
17. Lerebours E, Gower-Rousseau C, Merle V, et al. Stressful life events as a risk factor for inflammatory bowel disease onset: a population-based case-control study. *Am. J. Gastroenterol*. 2007;102:122-31.
18. Vidal A, Gomez-Gil E, Sans M, et al. Life events and inflammatory bowel disease relapse: a prospective study of patients enrolled in remission. *Am. J. Gastroenterol*. 2006;101:775-81.
19. Cornish JA, Tan E, Simillis C, et al. The risk of oral contraceptives in the etiology of inflammatory bowel disease: a meta-analysis. *Am. J. Gastroenterol*. 2008;103:2394-400.
20. Thia KT, Loftus EV, Sandborn WJ, et al. An update on the Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease in Asia. *Am. J. Gastroenterol*. 2008;103:3167-82.

Demers pentru abordarea avizată a persoanelor cu risc suicidar

*O. Țurcanu, G. Melnic-Țurcanu, O. Cobileanschi

Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
3, Costiujeni Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding authors: +373 22 857370. E-mail: oleg.turcanu@gmail.com

Manuscript received March 05, 2012, revised April 30 2012

Step for endorsed approach for people with suicidal behavior

The authors propose an approach, which urges the doctors to be more vigilant to keep in view signs indicating suicide behavior risk in patients who complain of a somatic disease problem. To facilitate this subtle assessment of the mental status, there have been presented a series of signs indicating that the patient is at a suicide risk limit. We showed a wide range of suicide risk factors, many of which are found in social and family environment of our country, especially on the background of endless social turmoil, economic and spiritual crisis, declining of the people's living standards in Moldova. The report argues that the concern for early diagnosis and, particularly, for administration of complex remedial measures for people with suicidal behavior is extremely important.

Key words: suicide, risk factors, early diagnosis, prevention.

Призыв к бдительности в отношении лиц с суицидальным риском

Авторы выступили с обращением к практикующим врачам, призывая их быть более бдительными, чтобы не упустить признаки, указывающие на суицидальный риск у пациента, обратившегося с соматической патологией. Для облегчения обследования/оценки психического статуса были представлены критерии, указывающие на то, что данный пациент находится на грани суицидального риска, а также широкий спектр факторов суицидального риска, связанных с социальной средой нашей страны, особенно на фоне нескончаемых социальных потрясений, экономического и духовного кризиса, снижения уровня жизни людей в Республике Молдова. Статья аргументирует чрезвычайную важность ранней диагностики и, особенно, принятия комплексных мер по коррекции и профилактике суицидального поведения.

Ключевые слова: самоубийство, факторы риска, ранняя диагностика, профилактика.

Introducere

În ultimele decenii problema suicidului se impune tot mai categoric ca una de valență globală, iar suicidul devine tot mai frecvent un mod de comportament, la care recurge individul în situații critice. În fiecare minut pe glob are loc o tentativă de suicid. Conform ultimelor date, anual în lume decedează prin suicid aproximativ 873 000 de persoane, inclusiv 163 000 în regiunea Europeană. De altfel, în Europa, în grupul de vârstă 15-35 de ani suicidul ocupă locul doi după accidente rutiere ca și cauză de deces [1, 2].

În Republica Moldova, conform datelor statistice pentru anul 2010, circa 650 de persoane s-au sinucis (556 de bărbați și 95 de femei), dintre care 10,5% (circa 70) sunt persoane cu vârsta de până la 24 de ani. [1, 2]. Conform datelor OMS, rata sinuciderilor în Republica Moldova în anul 2011 a constituit 17,4 % la 100 000 de locuitori, astfel, plasându-se în grupul țărilor cu o rată medie de suicid (de la 10 la 20 000 de oameni la 100 000 de locuitori) [1, 2].

În ultimii 45 de ani rata suicidului, la nivel mondial, a crescut cu aproximativ 60%, aceasta fiind una din cele trei cauze principale de deces în rândul persoanelor cu vârstă cuprinse între 15 și 44 de ani, proporția bărbați/femei fiind de 6:1. Tentativele de suicid sunt, însă, de peste 20 de ori mai frecvente decât sinuciderea propriuzisă. Statisticile atestă că între 8 și 30 de milioane de oameni anual încearcă să-și pună capăt zilelor, dar numai o pătrime din aceste evenimente ajung în vizorul rețelei medicale. Situația Republicii Moldova la acest capitol este la fel de tensionată, deoarece studiile sub acest aspect relevă că suicidul este un fenomen cu tendințe de creștere.

Suicidul nu este o problemă nouă, dar relaționarea directă a acestui fenomen cu viața socială, care în condițiile progresului tehnologic vertiginos devine tot mai solicitantă pentru condiția psihică destul de fragilă a ființei umane, au făcut ca interesul specialiștilor să se ghideze tot mai insistent spre factorii de dezadaptare, care dezechilibrează viața psihică.

Printre factorii cel mai frecvent incriminați ca fiind generatori de tensiuni și situații critice sunt urbanizarea rapidă, instabilitatea economică, intensitatea proceselor de migrație, rata crescută a divorțurilor, încălcarea stereotipurilor de viață sub influența schimbărilor socio-economice, accentuarea insecurității sociale, marginalizarea [3, 4, 5, 6]. În plus, creșterea numărului de migranți și a șomerilor, pierderea entității și antagonizarea grupurilor sociale, pierderea tradițiilor și relațiilor dintre generații sporesc tendințele distructive și cele autolitice în rândul persoanelor expuse.

De obicei, se reiterează că majoritatea suicidelor sunt comise de persoane cu devieri psihice, dar analizând spectrul fenomenelor clasate ca fiind tulburări psihice, ne convingem că o rată enormă revine depresiilor induse sau aparente pe fundalul consumului excesiv de substanțe narcotice, care la rândul-le sunt consecința unui complex de factori socio-culturali și au un risc mai mare

de apariție în timpul perioadelor de criză socio-economică, în contextul unor crize existențiale (de exemplu, pierderea unei persoane dragi, șomajul, probleme de onoare, divorțul, abandonurile, dezmembrarea familiei) [3, 4, 5, 6, 7].

Toate aceste circumstanțe agravante se regăsesc în mediul social și familial al țării noastre, în special, pe fundalul turbulențelor sociale interminabile, al crizei economice și spirituale, al nivelului de trai în descreștere al populației din Republica Moldova. În acest context preocuparea pentru diagnosticarea precoce și, în special, pentru administrarea unor măsuri complexe de remediere a persoanelor cu comportament suicidar devine extrem de importantă. Nu ne referim doar la serviciul psihiatric, dar și la întregul ansamblu de servicii medico-sociale, care au în vizor protecția omului.

În cele ce urmează, ne-am propus să prezentăm un set de informații, mai exact un minim de cunoștințe necesare tuturor medicilor din sistemul primar, care adesea se confruntă cu pacienți ce înțunesc semiologia catalogată ca situație critică (conflicte, incidente, calamități) cu risc de suicid. Pentru a recunoaște asemenea premise și a acționa adecvat, specialiștii de pe teren au nevoie de cunoștințe clare și certe despre fenomenul analizat.

Suicidul ca atare se manifestă sub diferite aspecte: **suicidul amenințare, suicidul tentativă, intenția suicidară, echivalentele suicidare și suicidul reușit**. Unii oameni îi amenință doar pe cei din jur că se vor sinucide, alții încearcă să se sinucidă, iar alții chiar reușesc.

În cazul **suicidului amenințare**, scopul individului nu este moartea ci, prin șantaj, urmărește atingerea unor scopuri în viață. Suicidul amenințare are un caracter teatral.

Suicidul tentativă se manifestă prin ambiguitatea intenției subiectului. Este propriu femeilor, în timp ce suicidul reușit este propriu bărbaților.

Intenția suicidară este o dorință trecătoare de autoliză, în care actul este proiectat teoretic, însă nu este pus în practică.

Echivalentele suicidare caracterizează modurile de comportament care implică un risc, de care însă subiectul este perfect conștient.

În urma cercetărilor a rezultat că aproximativ 2/3 din cei care s-au sinucis, anterior avuseseră cel puțin o tentativă. În toate aceste situații specialiștii anunță univoc că este vorba de o suicidopatie, care trebuie abordată cu metode specifice medicale, psihofarmacologice și psihoterapice.

În general, **agresivitatea** se manifestă ca urmare a interacțiunii dintre două categorii de factori: impulsurile latente sau manifeste din interiorul nostru și reacțiile stimulativе din exterior. Când forța agresivă cumulată în interior se orientează spre persoana care a produs-o, aceasta devine autoagresiune. Autoagresiunea cuprinde atitudini, acte, fapte, manifestări de agresivitate și violență față de propria persoană, dar autoagresiunea cunoaște o gamă variată de comportamente care culminează cu sinuciderea. Am consemnat

aceste relevanțe, dorind să abordăm cel mai vulnerabil aspect al problemei: prevenirea suicidului, iar intenția aceasta, fie că aparține unui medic, fie oricui altcineva va avea efecte nule fără a porni de la cunoașterea noțiunilor-cheie și supliciilor profunde ale acestui fenomen cu multiple determinante, dintre care cel dominant este dezechilibrul între forța și semnificația stimulilor interni, respectiv externi și modalitatea de răspuns a persoanei în cauză.

Cum se poate interveni în prevenirea suicidului?

În primul rând se va lua aminte că între 60 și 80% dintre persoanele care au comis suicid, au comunicat intenția lor, într-o formă sau alta, din timp. Unii oameni încearcă să se sinucidă, în timp ce alții pot face gesturi suicidare, care sunt chemări de ajutor sau încercări de a face cunoscută disperarea lor. Mulți oameni care comit suicid sunt depresivi, dar foarte mulți depresivi nu au suficientă energie să comită suicidul și, deaceia, îl comit atunci când se simt mai bine. Deși multitudinea deciziilor de comitere a suicidului poate releva stresul sau depresia, multe persoane, înainte de a comite actul suicidal, par mai puțin depresive.

Familia este un mediu puternic protector împotriva sinuciderii, ea protejând cu atât mai bine cu cât este mai puternic încheată. Statisticile arată că:

- văduvii se sinucid mai mult decât căsătoriții și celibatarii;
- căsătoriile prea timpurii au o influență agravantă asupra sinuciderii, în special pentru bărbați;
- după 20 de ani, persoanele căsătorite se sinucid mai rar, în comparație cu celibatarii;
- a crescut rata comportamentului suicidar la adulții tineri și la adolescenți;
- suicidul este extrem de frecvent la persoanele în vârstă;
- bărbații se sinucid într-un număr mai mare decât femeile.

Se poate concluziona că sinuciderea variază invers proporțional cu gradul de integrare al grupărilor sociale din care face parte individul [3].

S-a constatat că suicidul este întâmplător la copii și se diminuează la cei în vârstă. Explicația rezidă din faptul că și copilul, și bătrânul reprezintă aproape în întregime omul fizic și nu omul social, iar societatea lipsește încă din conștiința primului și începe să dispară din conștiința celuiilalt.

În cazul adolescenților, un loc primordial în determinarea actului suicidar îl dețin tendințele agresive din copilărie. Încadrat în auto-agresivitate, suicidul este o formă ambivalentă de auto-pedepsire și hetero-pedepsire. Adler a emis ideea că sinuciderea la adolescent este o formă de hipercompensare față de sentimentul de inferioritate. Adolescentul recurge la suicid pentru a demonstra lumii importanța și valoarea lui și pentru a arăta anturajului cât pierde prin dispariția sa.

Un alt factor psihologic, specific personalității suicidar este carența afectivă, existentă în copilărie și adolescență. Se poate produce uneori redirecționarea auto-agresivității asupra sieși, sau se poate produce fenomenul de identificare cu o persoană moartă, reală sau imaginară.

Atenționăm cititorii, că riscul suicidar este prezent la orice pacient cu depresie fără să fie, însă, corelat cu severitatea depresiei. Cel mai frecvent, poate apărea la începutul și la finalul episodului depresiv. Suicidul este expresia unei pulsioni autolitice care se înscrie în ansamblul sistemului pulsional și se relaxează pe măsură ce pacientul se cufundă în depresie. Insomnia severă din cadrul episodului depresiv este corelată cu un risc suicidar mai crescut.

Nu vrem să ne axăm pe suicidul pe substrat de patologie psihiatrică, căci este un domeniu specific. Ne referim la riscul suicidar din *schizofrenie* [8, 9, 10], care are adesea un impuls dictat de delir, la impulsivitatea suicidară din contextul depresiei reactive a unui bolnav de epilepsie, la *suicidul comis de retardații mintal*, care nu au conștiința reală a morții și, în consecință, a actului suicidar.

Pentru medicul din teren sunt o provocare suicidul în demențele adultului, adesea ca act intenționat și deliberat, mai ales în perioada de debut a bolii, când bolnavul mai are încă critica necesară evaluării pantei dezastruoase, pe care a început să alunece.

Și mai frecvente sunt evenimentele suicidare, legate de alcoolism și toxicomanii, care cad sub incidența medicului de pe linia întâi. Ratele înalte de suicid printre alcoolici și toxicomani se explică prin faptul că cca 30% din alcoolici sunt depresivi și aceștia recurg la alcool sau la droguri diverse pentru a putea suporta mai ușor supliciul depresiei lor. Există și teoria unor psihologi conform căreia alcoolul, conștient de continua degradare, recurge deznădăjduit la suicid.

Suicidul prin abuz de substanță mai poate fi ocazionat de simptome psihotice (în special halucinații), apărute în timpul stării confuzionale de *delirium tremens* sau în urma unei intoxicații cu diferite droguri.

Există situații în care, înainte de realizarea actului suicidar, individul consumă o cantitate mare de alcool, ceea ce duce la catalogarea lui drept alcoolic.

Suicidul este citat foarte frecvent în cadrul alcoolismului (aproximativ 15% din cei cu dependență), fără a fi neapărat expresia alcoolismului. Asocierea alcoolismului cu o simptomatologie depresivă crește riscul suicidar.

Bazat pe nivelurile alcoolemiei, 40% dintre indivizii care au o tentativă de sinucidere, au consumat alcool împreună cu medicamente. Bărbații și persoanele vârstnice au nivelurile cele mai crescute ale alcoolemiei. Alte studii au arătat, că indivizii alcoolici depresivi tind să caute tratament mai frecvent decât acei care nu sunt depresivi. Există o considerabilă comorbiditate (60%) între depresie și problemele cu alcoolul în cazurile de suicid. Intoxicația cu medicamente este cauza morții în 90% din cazurile de suicid și este mult mai frecventă la alcoolici datorită interacțiunilor letale produse de combinarea celor două droguri.

Drogurile cele mai frecvent folosite sunt antidepresivele (când pacientul a fost tratat cu ele) și tranchilizantele medii. Este evident că, atunci când medicii prescriu antidepresive, trebuie să ia cele mai mari precauții în ceea ce privește siguranța pacientului, cum ar fi supravegherea continuă a acestuia în timpul tratamentului.

Suicidul în nevroze este și el un act posibil, dar incidența lui nu este mai frecventă decât în populația generală. Atunci când apare, suicidul marchează o decompensare a stării nevrotice. Este de remarcat că, în ceea ce privește tulburările anxioase, 20% din cei cu tulburări de panică au un istoric de tentative suicidare. Weissman și colab. au ajuns la concluzia că tentativele de suicid sunt asociate cu forme complicate sau necomplicate de panică și că riscurile sunt comparabile cu cele asociate cu depresia severă. S-a observat că asocierea crizelor de panică sau a depresiei majore cu abuzul de alcool sau drogurile, crește riscul tentativelor de suicid la femei.

Suicidul în tulburările de personalitate cunoaște o rată surprinzător de înaltă. Poate apărea fie în cadrul episoadelor depresive, apărute la un moment dat în evoluția tuburării, fie este expresia unei tentative suicidare reușite dar inițial veleitară, formală, de natură să argumenteze un șantaj.

Noțiuni și cunoștințe necesare oricărui medic

Actualmente noțiunea de suicid tinde să fie înlocuită cu cea de conduită suicidară, care înglobează **suicidul reușit, tentativele suicidare, ideile de sinucidere, sindromul presuicidar** [6]. Depresia de intensitate psihotică este una dintre cauzele cele mai frecvente ale comportamentului suicidar. Ea apare, fie ca o descărcare a tensiunii psihice insuportabile, fie ca o soluție univocă în fața eșecului existențial aparent, generat de trăirea ideilor delirante depresive.

Ideea de suicid reprezintă o dorință tranzitorie de autodistrugere, cu proiecția teoretică a actului, fără punerea sa în practică, dorința fiind generată numai de încărcătura afectivă de moment.

Șantajul cu suicidul apare la persoanele cu o structură psihică labilă sau la persoanele cu un coeficient de inteligență scăzut, cu scopul de a obține mai multe drepturi, un plus de libertate. Îl întâlnim mai des la femei și adolescenți.

Tentativele suicidare sunt, aparent, sinucideri ratate din motive tehnice (mijloace de sinucidere neadevate sau fortuite, intervenția unor persoane străine). Datele statistice arată, însă, că există diferențe semnificative în ceea ce privește sexul și vârsta celor care nu reușesc. Tentativa suicidară pare a avea, cel mai des, semnificația unei nevoi crescute de afecțiune și atenție din partea anturajului, față de care subiectul se simte izolat, subestimat, respins. Tentativa de suicid poate fi repetată.

Sindromul presuicidar a fost descris de Ringel ca fiind caracterizat prin strângerea câmpului de conștiință și afectivității și înclinația spre fantasmalele suicidului.

Suicidul disimulat (travestit) este o acoperire, o disimulare a actului suicidar sub forma unui accident. Individul alege această modalitate de a se sinucide pentru a nu-și culpabiliza rudele, prietenii, sau pentru a-i proteja pe aceștia de reacțiile anturajului.

Raptusul suicidar este rezultatul unei tendințe greu reprimabile de dispariție a unui impuls nestăpânit. Persoana „se aruncă în suicid”, folosind orice mijloc la îndemână [7].

Suicidul cronic (parasuicidul) constituie, de fapt, echivalentele suicidare cum ar fi automutilările, refuzul alimentar, refuzul tratamentului, conduitele de risc, alcoolismul, toxicomaniile, asemănându-se prin caracterul simbolic, prin tendința de autodistrugere cu comportamentul suicidar, dar realizând o deturnare a actului, greu explicabilă pentru ceilalți și chiar pentru sine.

Conduita suicidară presupune organizarea comportamentului în vederea acestui scop, un fel de „regizare” a actului suicidar. Individul își vizitează locurile din copilărie, foștii prieteni, își scrie testamentul, după care se sinucide.

Nu trebuie să vedem un nebun în orice sinucigaș. Spre deosebire de fapta unui om normal, ce rezultă dintr-un motiv obiectiv, fapta celui alienat nu are legătură cu circumstanțele exterioare. Sinuciderea nu este nici pe departe o prelungire a stărilor psihopatice și aceasta se poate deduce și din faptul că țările cu cei mai puțini subiecți cu tulburări psihopatologice au numărul cel mai ridicat de sinucideri.

Astfel, în condiții identice, degeneratul ajunge mai ușor la sinucidere decât omul sănătos, dar acest lucru nu se datorează în exclusivitate stării sale.

Încheiem prin a puncta **factorii de risc pentru suicid**, la care de fapt ne-am referit în acest articol, dar de această dată îi relevăm ca aspecte care trebuie luate în considerație de medicii care abordează un bolnav cu probleme complexe, și care fiind puse în evidență, trebuie cuantificate ca potențial distructiv în raport cu persoana respectivă.

Multe din cele înșiruie mai jos, țin de contextul psihosocial, dar anume acesta poate juca un rol predictiv în actul suicidar. Principalele coordonate care anunță precipitarea suicidului sunt:

- evenimente de viață nefavorabile, mai ales dacă persoana este tratată umilitor;
- rupturi afective recente (divorț, eșec sentimental);
- șomaj, schimbări sau conflict profesional;
- pierderea unei persoane apropiate;
- afecțiuni somatice cronice;
- abuz de alcool;
- izolare socială.

Statutul marital – rata suicidului la celibatari este dublă față de rata generală a suicidului. Persoanele singure prezintă o rată a suicidului de patru ori mai mare decât cei căsătoriți. În rândurile persoanelor văduve, riscul suicidar este de aproape 4 ori mai mare la bărbați decât la femei.

Suicidul în funcție de sex – în timp ce femeile au un procent mai ridicat de tentative suicidare (6:1) față de bărbați, numărul actelor suicidare finalizate este mai mare la bărbați (3:1).

Habitatul – suicidul este mai frecvent în aglomerările urbane.

Statutul profesional – suicidul este prezent mai frecvent la cei fără statut profesional sau cu statut profesional nesigur. Profesia intervine în măsura, în care ea implică un anumit nivel intelectual precum și un anumit mod de viață. Există anumite profesii cu un risc suicidar mai crescut. La militari rata suicidului este mai ridicată cu cel puțin 25% decât în rândul civililor.

Factori meteorologici și cosmici – suicidul are loc mai frecvent primăvara și toamna, corespunzător frecvenței crescute a debutului și recăderilor în psihoze.

Factori somatici – riscul suicidar crește în bolile somatice, în cazuri de durere cronică, operații chirurgicale recente sau boli în fazele terminale. Infecția cu HIV fără alte complicații nu pare să aibă un risc suicidar crescut.

Ereditatea – suicidul este o manifestare, un simptom apărut fie în cadrul unei depresii majore, fie al unei psihoze. Așadar, nu sinuciderea este ereditară, ci boala care o cauzează.

Rezumat

Demersul discursului, pe care îl prezentăm, este cel prin care am încercat să sensibilizăm asupra gravității fenomenului suicidar, în primul rând, pe medicii din teren, care sunt cei care au sub observare familia întregi, cu tot marele spectru de probleme existențiale cu care se confruntă, cu povara diferitor boli și predispușeri ereditare, adesea știute doar de medicul familiei. Și cine dacă nu aceasta este persoana avizată și, de ce nu – responsabilă, prin însăși titulatura și vocația de medic al familiei, să observe nu doar semnalmentele suferinței trupești cu care a venit pacientul, ci și umbra, adesea abia perceptibilă, a dramei sufletești ce-l macină și care, neasistată, poate deveni fatală.

Nu vrem să inculpăm pe cineva aparte, facem doar apel la conștiința medicului care, știm cu toții, are o mie de griji și responsabilități, dar pe care îl îndemnăm să abordeze uman și complex fiecare persoană ce i-a călcat pragul cabinetului medical. Un cuvânt aruncat ca un zar, o observație caustică, o dojană adesea nefundamentată pot răni un om și așa stresat de boala, ce-l urmărește. Vă implorăm, nu-l lăsați să plece descurajat, nemângâiat poate doar cu o vorbă, pe nici un bolnav. Și, cel mai important, dacă ați observat semne clare sau abia vizibile de depresie, disperare, de alertă bolnăvicioasă, nu lăsați lucrurile să se rezolve de la sine. O

spunem din experiența noastră personală – persoana depresivă nu se poate autotrata, eficiente și necesare îi sunt doar susținerea celor din anturaj, suportul social și asistența calificată și judicioasă a medicului.

Concluzii

1. Cunoștințele și, în special, disponibilitatea de a interveni preventiv în cazul persoanelor, care manifestă semnalmentele unui comportament suicidar, sunt absolut necesare atât medicilor de toate nivelurile și specialitățile, cât și tuturor celor ce au în vizor condiția fizică și spirituală a omului contemporan.

2. Prevenirea suicidului este posibilă, deoarece în toate aceste situații, specialiștii anunță univoc că este vorba de o sucidopatie, care trebuie abordată cu metode specifice medicale, psihofarmacologice și psihoterapice.

3. Cu toată diversitatea formelor de sinucidere există o caracteristică comună a acestora: ele sunt săvârșite în cunoștință de cauză, iar caracterul rațional și conștient al sinuciderii face din acest fenomen o problemă socială.

Bibliografie

1. Eurostat. Tables, Graphs and Maps Interface, Figures for 2002, http://ec.europa.eu/health_eu/health_in_the_eu/tables
2. Datele statistice ale OMS. http://www.who.int/mental_health/media/repmol.pdf la data de 14.02.2012.
3. Шейдер Р. Психиатрия. М.: Практика, 1998.
4. Ефремов В.С. Основы суицидологии. СПб.: «Диалект», 2004.
5. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. Днепропетровск: Пороги, 2006.
6. Cosman Doina. Compendiu de suidologie. Cluj: Casa cărții de știință, 2006.
7. Prelipceanu Dan, Mihailescu Radu, Nica-Udangiu Lidia. Ghid de urgențe în Psihiatrie. București: Scripta, 2000;197-206.
8. Drake RE. Suicide attempts and completed suicides among achizophrenia patients. In Suicide in schizophrenia. Edited by Tatarelli R, Pompili M, Girardi P. New York: Nova Science Publishers Inc., 2006.
9. Harkavy-Friedman JM, Nelson EA, Venarde DF, et al. Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: Examining the Role of Depression. *Suicide Life Threat Behav.* 2004;34:66-76.
10. Marinescu D, Udristoiu T, Udristoiu I. Pentru evaluarea riscului suicidar în schizofrenie. *Jurnalul Român de Psihofarmacologie.* 2006;6(1-2):22-23.

Influența tratamentului hipolipemiant de durată asupra unor factori de risc la bolnavii cu infarct miocardic vechi și diabet zaharat tip 2

E. Vataman, D. Lîsîi, *S. Filimon, O. Priscu, A. Grivenco

Department of Chronic Heart Failure, Institute of Cardiology
29/1, N. Testemitanu Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +37322256168. E-mail: silvia.filimon@gmail.com

Manuscript received March 02, 2012; revised March 30, 2012

The influence of lasting lipid-lowering treatment on some risk factors in patients with old myocardial infarction and diabetes mellitus type 2

Key words: lipid-lowering treatment, risk factors, old myocardial infarction, diabetes mellitus type 2.

Влияние гипополипидемической длительной терапии на некоторые факторы риска пациентов со старым инфарктом миокарда и сахарным диабетом второго типа

Ключевые слова: гипополипидемическая терапия, факторы риска, старый инфаркт миокарда, диабет сахарный инсулиннезависимый.

Scopul studiului

Determinarea influenței tratamentului hipolipemiant de durată asupra unor factori de risc la bolnavii cu infarct miocardic vechi și diabet zaharat tip 2.

Material și metode

În studiu au fost incluși 54 de pacienți cu Q-Infarct miocardic vechi și diabet zaharat tip 2 (vârsta medie de 58,88 ± 0,92 ani), dintre care 31 de bărbați și 23 de femei. Pacienții au fost divizați în 2 grupuri: *I grup* – pacienți cu Q-Infarct miocardic vechi și diabet zaharat tip 2, care au administrat tratament standard și tratament hipolipemiant cu Lovastatină (doza medie – 33,15 mg/zi), timp de 1 an, și al *II grup* – pacienți cu Q-Infarct miocardic vechi și diabet zaharat tip 2, care au administrat numai tratament standard. Corecția glicemiei a fost efectuată cu Glibenclamid (doza

medie – 7,7 mg/zi). La toți pacienții a fost efectuată lipidograma (cu determinarea colesterolului total, trigliceridelor, HDL-colesterolului, LDL-colesterolului), fibrinogenul, proteina C-reactivă și aprecierea grosimii *intima-media* a arterei carotide, conform metodei propuse de Pignoli.

Rezultate

Pacienții cu infarct miocardic vechi și diabet zaharat tip 2 au valori înalte ale colesterolului total, trigliceridelor, LDL-colesterolului, proteinei C-reactive și indicele *intima-media*. Administrarea tratamentului hipolipemiant de durată a redus nivelul colesterolului total cu 28,41% ($p < 0,01$), trigliceridelor - cu 17,96% ($p < 0,05$), LDL-colesterolului - cu 31,49% ($p < 0,001$), proteina C-reactivă - cu 18,46% ($p < 0,05$), fibrinogen - cu 20,41% ($p < 0,01$) și indicele *intima-media* - cu 13,91%