

Buletin de Psihiatrie Integrativă

„Subtitlul“



Bulletin of Integrative Psychiatry

Serie Nouă
New Series

Septembrie
2008

An XIV

Vol. XIII

Nr. 3 (38)

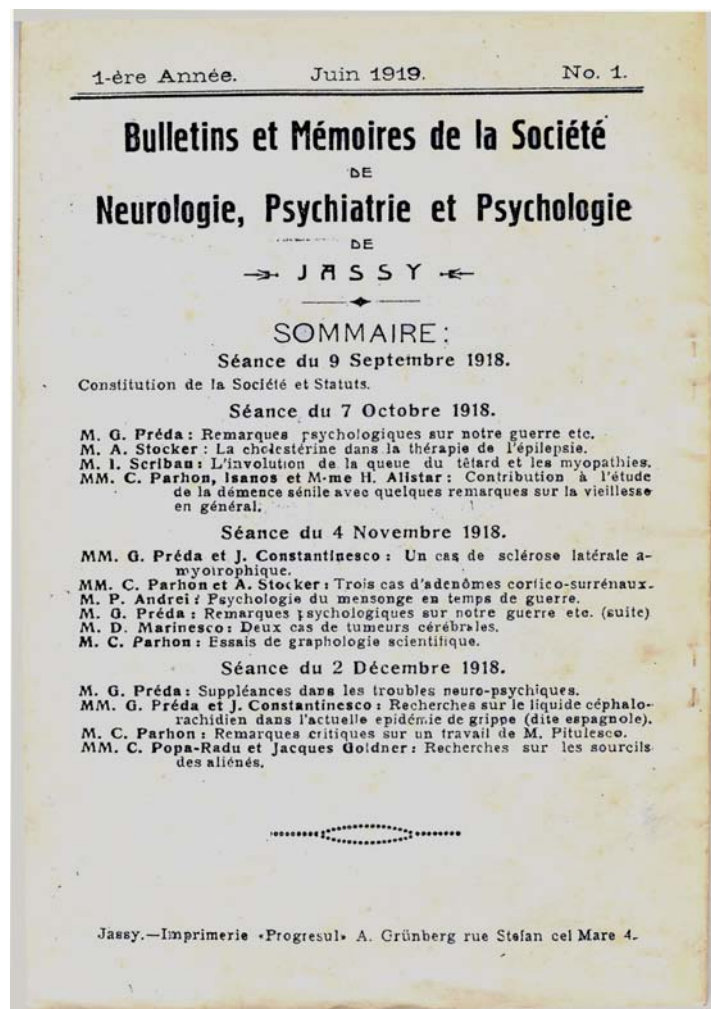


Publicație oficială
a Spitalului Clinic de
Psihiatrie SOCOLA – Iași



SYMBOLICAL HEAD

ILLUSTRATING THE
NATURAL LANGUAGE OF THE
FACULTIES



Buletin de Psihiatrie Integrativă

(Serie nouă a „Bulletins et Mémoires de la Société de Neurologie,
Psychiatrie et Psychologie de Iassy”,
editat de Spitalul de Psihiatrie „Socola” Iași în perioada 1919 – 1946)

Redacția: Spitalul Universitar de Psihiatrie „Socola” Iași;
Adresa: Șoseaua Bucium nr. 36 – 700282 Iași, ROMÂNIA
Telefon: + 40.0232.430.920, Fax: + 40.0232.230.990

Imaginile din pagina întâi reproduc:
Placa inaugurală a Spitalului Universitar de Psihiatrie „Socola” Iași
Coperta primului număr din „Bulletins et Mémoires de la Société de Neurologie,
Psychiatrie et Psychologie de Iassy”, editată de Spitalul de Psihiatrie „Socola” Iași
în perioada 1919-1946.

I.S.S.N.: 973-9375-08-1

**Editura Sedcom Libris este acreditată de Consiliul Național
al Cercetării Științifice din Învățământul Superior (C.N.C.S.I.S.).**

Redactori: Petru RADU, Alina HUCAI
Realizarea tehnică a copertei: Sanda MOISEI
Tehnoredactare computerizată: Iulia CARP

Copyright © 2008 SEDOM LIBRIS

Toate drepturile asupra prezentei ediții sunt rezervate Editurii Sedcom Libris, Iași. Reproducerea parțială sau integrală a textelor, prin orice mijloc, precum și a graficii copertei, fără acordul scris al Editurii Sedcom Libris, este interzisă și se va pedepsi conform legislației în vigoare.

Adresa Editurii: Șos. Moara de Foc nr. 4, cod 700527, Iași, România

Contact Editura:

Tel.: 0232.242.877; 234.582; 0742.76.97.72; fax: 0232.233.080
www.sedcom.ro; e-mail: editurasedcomlibris@yahoo.com

Buletin de Psihiatrie Integrativă



„Interferențe psihiatrico-legale“

Serie nouă a „Bulletins et Mémoires de la Société de Neurologie, Psychiatrie et Psychologie de Iassy“, editat de Spitalul de Psihiatrie „Socola“ Iași în perioada 1919-1946

Bulletin of Integrative Psychiatry

New series of „Bulletins et Mémoires de la Société de Neurologie, Psychiatrie et Psychologie de Iassy“, edited by The Psychiatric Hospital „Socola“ Iași from 1919 to 1946

Serie Nouă
New Series

Septembrie
2008

An XIV

Vol. XIII

Nr. 3 (38)

Publicație oficială
a Spitalului Clinic de
Psihiatrie SOCOLA – Iași

editura

libris

COLECTIVUL DE REDACȚIE:

EDITOR COORDONATOR:

Prof. dr. VASILE CHIRIȚĂ

COLEGIUL DE REDACȚIE:

Redactor-șef:

dr. RADU ANDREI

Redactori-șef adjuncți:

Prof. dr. ROXANA CHIRIȚĂ;

Prof. dr. CĂLIN SCRIPCARU

Consiliul științific:

dr. Ovidiu ALEXINSCHI

Prof. dr. VASILE ASTĂRĂSTOAE

Acad. Prof. dr. CONSTANTIN BĂLĂCEANU-STOLNICI

Prof. WILLIAM CARDASIS (SUA)

Prof. dr. GAVRIL CORNUȚIU

Prof. ION DAFINOIU

Acad. Prof. TUDOREL DIMA

dr. R.P. DOBRIN

Acad. Prof. dr. VIRGIL ENĂTESCU

Prof. dr. IOSIF GRECU-GABOS

Acad. Prof. dr. MIRCEA LĂZĂRESCU

Prof. dr. DAN PRELIPCEANU

Prof. dr. GHIORGHE TALĂU

Prof. dr. TUDOR UDRIȘTOIU

Prof. PETER KAMPITS (Austria)

Prof. MICHAEL DAVIDSON (Israel)

Prof. dr. MARIA LUISA FIGUEIRA (Portugalia)

Prof. dr. MARIO DI FIORINO (Italia)

Prof. dr. ALEXANDRU NACU (R. Moldova)

Prof. BRIAN NISHARA (Canada)

Prof. dr. NICOLAE OPREA (R. Moldova)

dr. FRANCESCO PIANI (Italia)

Prof. SERGIO PEREZ (Argentina)

Prof. dr. MIRCEA REVENCO (R. Moldova)

Prof. DAN RUJESCU (Germania)

Fr. dr. RENE STOCKMAN (Belgia)

Referenți științifici:

Prof. Psih. dr. NICOLAE COSMOVICI

Acad. Prof. dr. GIOCONDA DOBRESCU

Prof. dr. GHEORGHE GRECU

Psih. dr. ANDRÉ MOREAU (Belgia)

Acad. Prof. dr. CONSTANTIN ROMANESCU

Acad. Prof. dr. GHEORGHE SCRIPCARU

Șef. Lucrări dr. CRISTINEL ȘTEFĂNESCU

Secretariat de redacție:

dr. GABRIELA CHELE

dr. ANDREEA SILVANA SZALONTAY

Secretariat tehnic:

CECILIA DARIE, SIMONA LOGHIN

Buletinul de Psihiatrie Integrativă încearcă să restaureze o tradiție începută la Spitalul „Socola” în anul 1919, când un grup de intelectuali medici, dar și de alte formații, au pus bazele Societății de Neurologie, Psihiatrie și Psihologie din Iași. Încă de la început, Societatea a editat o revistă: „*Bulletins et Mémoires de la Société de Neurologie, Psychiatrie et Psychologie de Iassy*”, prima publicație de asemenea factură din țară, unică și prin viziunea și deschiderea sa: biologică, psihologică, sociologică și filozofică și impresionantă prin prestigiosul său comitet de redacție: C. I. Parhon, Gh. Preda, Constantin Fedeleș, Arnold Stocker, P. Andrei, Corneliu Popa-Radu, I.A. Scriban, eminente personalități, dintre care unii nu erau medici și având o elevată cultură și informare științifică.

Asociația creată și buletinul ei, constituit și redactat la „Socola”, datorită unei prestigioase activități științifice, au asigurat, începând din anul 1920, organizarea unui număr de 18 congrese care vor fi menționate în descrierea activității Spitalului „Socola”.

Ultimul număr al buletinului „Societății” care a fost redactat în limba franceză, a fost interzis în anul 1947, datorită intoleranței vremurilor și coercițiilor impuse de cunoscutele tendințe extremiste. De la apariția sa, din 1919 și până în 1947, buletinul „Societății” a însumat un număr de 2.412 articole.

Revista sau Buletinul Societății s-a numit, pe rând, „*Bulletins et Mémoires de la Société de Neurologie, Psychiatrie et Psychologie de Iassy*”, între anii 1919 – 1922, apoi „*Bulletin de l’Association des Psychiatres Roumains*”, iar din 1923 și-a schimbat de mai multe ori titlul.

După anul 1947, publicațiile spitalului sunt găzduite în paginile „*Revistei Medico-Chirurgicale a Societății de Medici și Naturaliști din Iași*”, o altă prestigioasă revistă științifică care apare neîntrerupt din 1886

Începând cu 1994, Prof. dr. Tadeusz Pirozynski, Prof. dr. Petru Boișteanu, Prof. dr. Vasile Chiriță și Dr. M. E. Berlescu reiau tradiția publicistică a Spitalului „Socola”, editând noul „*Buletin de Psihiatrie Integrativă*”.

Cuprins

Editorial: OMAGIU PSIHIATRIEI ȘI PSIHIATRIEI EXPERTALE

Prof. dr. Gheorghe SCRIPCARU / 11

TRANS ȘI INTERDISCIPLINARITATE ÎN MEDICINA LEGALĂ PSIHIATRICĂ

Gheorghe SCRIPCARU, Vasile ASTĂRĂSTOAE, Călin SCRIPCARU / 13

ETHICAL IMPLICATIONS OF THE INSTITUTIONALISING OF PATIENTS WITH DEMENTIA

Maria-Roxana ȘOVA, Roxana CHIRIȚĂ, Vasile CHIRIȚĂ / 20

CONCEPTE DE EVALUARE ÎN PSIHIATRIA ȘI PSIROPATOLOGIA EXPERTALĂ

Irina MITREA, S. MELINTE / 23

ORIENTAREA ANTROPO-CULTURALĂ ȘI ȘTIINȚIFICĂ ACTUALĂ A PSIHIATRIEI EXPERTALE

Gheorghe SCRIPCARU, Călin SCRIPCARU / 27

PROGNOZAREA RISCULUI DE APARIȚIE A STĂRILOR REZIDUALE PÂNĂ ÎN 3 ANI DE LA DEBUTUL SCHIZOFRENIEI PARANOIDE

M. REVENCO, Larisa BORONIN, Igor NASTAS / 32

ESTIMAREA CLINICO-STATISTICĂ A STABILITĂȚII REMISIUNII ALCOOLICE TIMPURII

I. COȘCIUG, V. LĂCUSTA, Inga DELIV, Irina COȘCIUG / 39

EVALUAREA CLINICĂ ȘI MEDICO-LEGALĂ A SECHELELOR PSIHICE POSTTRAUMATICE

I. SĂCUIU, Roxana CHIRIȚĂ, Vasile CHIRIȚĂ / 46

EFFICACY VERSUS RISK IN MODERN TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA

Ovidiu ALEXINSCHI, Gheorghe NEDELCIUC, Lăcrămioara FĂRCĂȘEL / 51

PROPUNERI PENTRU UN SISTEM UNITAR DE APLICARE A MĂSURILOR DE SIGURANȚĂ MEDICALĂ

Monica MOESCU, Alina ȘTEFĂNESCU / 60

VIOLENȚA INTRAFAMILIALĂ ȘI EFECTELE SALE PSIHOLOGICE

Luminița BĂLAN / 66

IMPLICAȚII MEDICO-LEGALE ÎN TULBURAREA DE ATAȘAMENT

Irina MITREA, Olga HOROPCIUC, S. MELINTE / 73

FARMACODPENDENȚE (OBSERVAȚII CLINICE)

A. CÂRPA, I. DABIJA, I. COȘCIUG / 77

REAȚIILE PSIHOPATOLOGICE LA DIAGNOSTICUL SEROPOZITIV HIV / SIDA
A. CÂRPA, I. DABIJA / 81

GENETICĂ ȘI AFECTIVITATE

V. SIMIONESCU, I. HĂULICĂ, Gioconda DOBRESCU, Oana Cristina ZAHARIA,
Roxana SIMIONESCU, Loredana Maria BELCEANU, D.G. LUPU / 84

PARTICULARITĂȚI CLINICO-EVOLUTIVE ALE DEPRESIEI REFRACTARE MELANCOLICE
GH. CĂRĂUȘU, M. CĂRĂUȘU / 94

**REEVALUAREA BOLNAVILOR PSIHICI ÎNCADRAȚI LA ART. 114 COD PENAL
PRIN EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ PERIODICĂ**
Gabriel MIHALACHE, Camelia BUHAȘ / 100

COMORBIDITĂȚI ȘI ASPECTE SOMATICE ÎN SINDROMUL DEPRESIV
M. CÂRLAN, Angela DUMITRESCU, D. M. DUMITRESCU / 104

IMPORTANȚA TOMOGRAFIEI ÎN STABILIREA DIAGNOSTICULUI PSIHIATRIC
Angela DUMITRESCU, D. M. DUMITRESCU, D. DUMITRESCU / 108

PIERDUȚI ÎN REȚEA: DEPENDENȚA DE INTERNET
Inga DELIV, Irina COȘCIUG, I. COȘCIUG / 113

**LOCUL ȘI ROLUL NEURONILOR SEROTONINOSECRETORI
ÎN EMBRIOGENEZA CEREBRALĂ**

V. SIMIONESCU, Olga SIMIONESCU, R.C. LUCA, Angela MIHALACHE,
Adriana ANCUȚEI, Mihaela Daniela SCUTELNICU, C. ADAM / 121

RELAȚIA DINTRE CULORILE PLANTELOR ȘI NUANȚELE AFECTIVE CE LE PROVOACĂ
Călin SCRIPCARU, Violeta DELINSCHI / 125

SINDROMUL DE IRITAȚIE INTESTINALĂ ÎN TULBURĂRILE DEPRESIVE
V. SIMIONESCU, Olga SIMIONESCU, Oana ZAHARIA,
Ana CREȚU, Fl. SOLOMON, Adelina Mihaela MATRAN, Marilena CARABA / 135

TULBURAREA AFECTIVĂ BIPOLARĂ – FOCUS PE ANTIPSIHOTICELE ATIPICE
Gh. NEDELCIUC, O. ALEXINSCHI / 140

HIPNOPATOLOGIE ȘI PSIHIATRIE

V. SIMIONESCU, C. SAVA, Adelina MATRAN, Roxana SIMIONESCU,
Mihaela FASOLE, Olga SIMIONESCU, Loredana Maria BELCEANU / 145

Summary

Editorial: HOMAGE TO THE PSYCHIATRY AND EXPERTAL PSYCHIATRY

Prof. dr. Gheorghe SCRIPCARU / 11

TRANS AND INTERDISCIPLINARITY IN PSYCHIATRIC LEGAL MEDICINE

Gheorghe SCRIPCARU, Vasile ASTĂRĂSTOAE, Călin SCRIPCARU / 13

ETHICAL IMPLICATIONS OF THE INSTITUTIONALISING OF PATIENTS WITH DEMENTIA

Maria-Roxana ȘOVA, Roxana CHIRIȚĂ, Vasile CHIRIȚĂ / 20

EVALUATION CONCEPTS IN EXPERTAL PSYCHIATRY AND PSYCHOPATHOLOGY

Irina MITREA, S. MELINTE / 23

**THE SCIENTIFIC AND ANTHROPO-CULTURAL CURRENT ORIENTATION
OF EXPERTISE PSYCHIATRY**

Gheorghe SCRIPCARU, Călin SCRIPCARU / 27

**THE ONSET RISK PREDICTION OF PARANOID SCHIZOPHRENIA
RESIDUAL STATES WITHIN 3 YEARS SINCE THE DISORDER'S DEBUT**

M. REVENCO, Larisa BORONIN, Igor NASTAS / 32

**THE CLINICAL AND STATISTICAL EVALUATION OF EARLY REMISSION
FROM ALCOHOL DEPENDENCE STABILITY**

I. COȘCIUG, V. LĂCUSTA, DELIV INGA, COȘCIUG IRINA / 39

**CLINICAL AND MEDICO-LEGAL EVALUATION
OF POSTTRAUMATIC PSYCHIATIC SEQUELAE**

I. SĂCUIU, Roxana CHIRIȚĂ, Vasile CHIRIȚĂ / 46

EFFICACY VERSUS RISK IN MODERN TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA

O. ALEXINSCHI, Gh. NEDELCIUC, Lăcrămioara FĂRCĂȘEL / 51

SUGGESTIONS FOR A UNITARY SYSTEM FOR APPLYING MEDICAL SAFETY MEASURES

Monica MOȘESCU, Alina ȘTEFĂNESCU / 60

FAMILY VIOLENCE AND ITS PSYCHOLOGICAL EFFECTS

Luminița BĂLAN / 66

MEDICO-LEGAL IMPLICATIONS IN ATTACHMENT DISORDER

Irina MITREA, Olga HOROPCIUC, S. MELINTE / 73

PHARMACODEPENDENCES (CLINICAL FINDINGS)

A. CÂRPA, I. DABIJA, I. COȘCIUG / 77

PSYCHOPATHOLOGIC REACTIONS IN SEROPOSITIVE DIAGNOSTIC OF HIV/AIDS

A. CÂRPA, I. DABIJA / 81

GENETICS AND AFFECTIVITY

V. SIMIONESCU, I. HĂULICĂ, Gioconda DOBRESCU, Oana Cristina ZAHARIA,
Roxana SIMIONESCU, Loredana Maria BELCEANU, D.G. LUPU / 84

**CLINICAL AND EVOLUTIVE PECULIARITIES
OF TREATMENT RESISTANT MELANCHOLIC DEPRESSION**

Gh. CĂRĂUȘU, M. CĂRĂUȘU / 94

**THE REEVALUATION OF PSYCHIATRIC PATIENTS, INCLUDED IN 114-TH PENAL CODE
ARTICLE, THROUGH PERIODIC PSYCHIATRIC MEDICO-LEGAL EXPERTISE**

Gabriel MIHALACHE, Camelia BUHAȘ / 100

COMORBIDITIES AND SOMATIC ASPECTS IN DEPRESSIVE SYNDROME

M. CÂRLAN, Angela DUMITRESCU, D.M. DUMITRESCU / 104

**THE IMPORTANCE OF TOMOGRAPHY EXAMINATION
IN PSYCHIATRIC DIAGNOSTIC ESTABLISHMENT**

Angela DUMITRESCU, D. M. DUMITRESCU, D. DUMITRESCU / 108

LOST IN THE WEB: INTERNET DEPENDENCE

Inga DELIV, Irina COȘCIUG, I. COȘCIUG / 113

**THE PLACE AND FUNCTION OF SEROTONIN
PRODUCING NEURONS IN CEREBRAL EMBRYOGENESIS**

V. SIMIONESCU, Olga SIMIONESCU, R.C. LUCA, Angela MIHALACHE,
Adriana ANCUȚEI, Mihaela Daniela SCUTELNICU, C. ADAM / 121

**THE RELATIONSHIP BETWEEN PLANT COLOURS
AND AFFECTIVE RESPONSES PRODUCED**

Călin SCRIPCARU, Violeta DELINSCHI / 125

IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN DEPRESSIVE DISORDERS

V. SIMIONESCU, Olga SIMIONESCU, Oana ZAHARIA, Ana CREȚU,
FL. SOLOMON, Adelina Mihaela MATRAN, Marilena CARABA / 135

BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER – FOCUS ON ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS

Gheorghe NEDELCIUC, Ovidiu ALEXINSCHI / 140

SLEEP PATHOLOGY AND PSYCHIATRY

V. SIMIONESCU, C. SAVA, Adelina MATRAN, Roxana SIMIONESCU,
Mihaela FASOLE, Olga SIMIONESCU, Loredana Maria BELCEANU / 145

Omagiu Psihiatriei și Psihiatriei expertale

Prof. dr. Gheorghe SCRIPCARU

O medicină a sufletului, psihiatria, și-a onorat competența și devoțiunea pentru omul suferind prin periodicele sale încă de pe vremea lui A. Brăescu și C.I. Parhon, ca ilustrând contribuția acestei specialități la sensibilitatea lumii prin descoperirea semnificațiilor ascunse ce destructurează ființa umană precum și a geniului tămăduitor consecutiv.

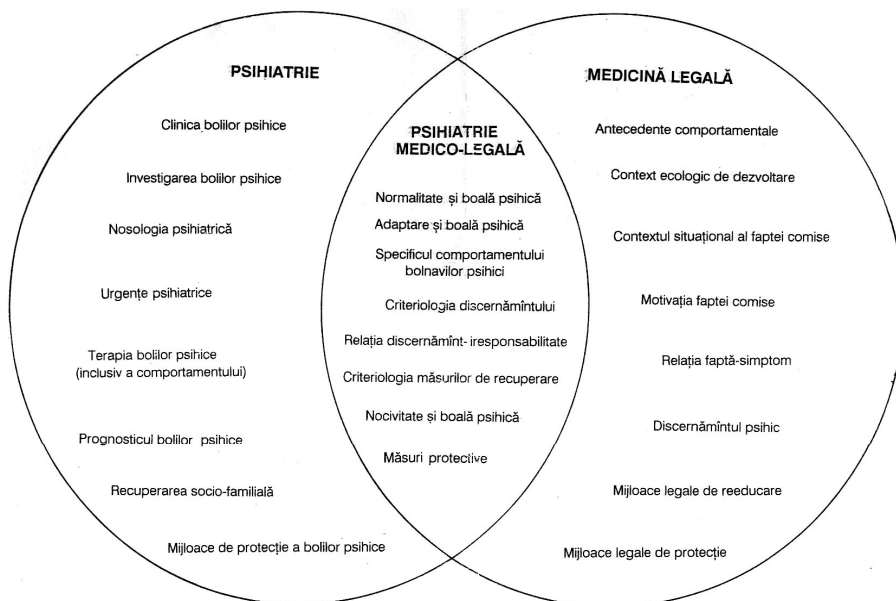
În cadrul psihiatriei sociale, psihiatria expertală s-a alăturat acestor metadeschideri, ceea ce ne face să prețuim epoca celor risipiți în durată și pământ și care au purtat pe umerii lor această specialitate, fără a se prăbuși sub greutatea ei (Prof. L. Baliff, Prof. P. Brânzei, Prof. T. Pirozynski).

În condițiile „naturalizării epistemologice a științelor vieții“, psihiatria medico-legală își lărgeste conținutul său cultural, criteriologic, hermeneutic, normativ și axiologic, ea însăși contribuind la o mai adecvată reprezentare a psihiatriei sociale în conștiința publică.

Conținutul cultural peren al psihiatriei expertale a îmbogățit modelul personalității culturale și, implicit, deviate prin aportul etologiei și sociologiei anomiei, delimitând mai adecvat frontierele dintre patologia mintală și normativitate și, implicit, a reprezentării anticipative a faptelor comportamentale.

Scientizarea gândirii expertale prin limitarea idolilor cunoașterii a permis elaborarea de noi paradigme privind iresponsabilitatea penală și nocivitatea mintală, afirmând mai viguros conținutul și evoluția ontologică a structurării și de structurării comportamentului ca „evoluție inversă“, de la autonomia la heteronomia sa.

Conținutul hermeneutic s-a concretizat într-o mai adecvată corelație între *mens rea* și *actus reus* și o mai actuală evaluare a reprezentării actului comis prin lărgirea criteriului discernământului (fig. 1).



Sub aspect normativ și axiologic, a rezultat o mai bună gestiune a interrelațiilor bolii mintale cu fapta prin înțelegere victimologică și evitarea etichetării, inclusiv asupra evoluției responsabilității expertale de la răspunderea de mijloace la răspunderea pentru rezultat, ceea ce a crescut coeficientul de neutralitate și obiectivitate științifică expertală, determinând o competență mereu reînnoită, care este și mesajul consfătuirii actuale.

Revista și publicațiile, în general, ale Școlii de la „Socola“, au convins despre darul dat de providență slujitorilor ei în efortul de a readuce omul dereglat sufletește din nou la o viață axiologică, dovedind și pe această cale caracterul său demiurgic, cum ar fi spus Heidegger.

Spațiu privilegiat de informare și formare a individualităților și elitelor, revista a promovat persuasiv „fericirea de a avea pasiune pentru om“ mai ales în perioadele în care invazia tehnică riscă reducerea bolnavului la o simplă fișă tehnică, argumentând convingător necesitatea „artei de a aplica știința la om“, cum remarcă și Gadamer, aducând seninătatea judecății și a discernământului epistemic în ameliorarea condiției sufletești a bolnavului.

În paginile sale, revista a devansat și argumentat realități privind primordialitatea spiritului uman prin primatul ființei umane față de alte interese, a omului, care deși copie a evoluției, reprezintă și o copie a perfecțiunii divinității, singur judecător al calității vieții sale, care nu poate renunța la demnitatea ființei sale, cât timp această demnitate este superioară voinței celui ce o poartă.

Păstrând nealterat spiritul deontologic al psihiatriei, dându-i un sens uman deplin, revista a contribuit din plin la perceperea empatică a naturii umane și la afirmarea paradigmatică a concepțiilor sale, printre care, și conceptul bio-psiho-social confirmat azi argumentativ prin cercetările etologiei și anomiei sociale contemporane.

Revista va rămâne în continuare o sursă a neîncetatei reînnoiri profesionale a slujitorilor săi, o cale a realizării generozității „de a îngriji“, de a da sens uman științei aplicate la om, de a îmbogăți metadeschiderile antro-po-filozofice despre om, în descifrarea lumii mintale ce confirmă harul și talentul în descifrarea acestei lumi afectate de suferință.

Prin acest spirit antropologic larg, revista Școlii de la „Socola“ va dăinui în efortul de a scoate mentalul din umbrele sale către lumina rațiunii, de a lărgi limitele hermeneutice în interpretarea suferinței mintale, în elaborarea unor noi concepte cu caracter larg interpretativ ale psihiatriei.

*Acad. Prof. dr. Gheorghe SCRIPCARU
Institutul de Medicină Legală Iași*

TRANS ȘI INTERDISCIPLINARITATE ÎN MEDICINA LEGALĂ PSIHIATRICĂ

Gheorghe SCRIPCARU, Vasile ASTĂRĂSTOAE, Călin SCRIPCARU

Abstract:

TRANS AND INTERDISCIPLINARITY IN PSYCHIATRIC LEGAL MEDICINE

In the course of time, many specialties derived from forensic pathology, such as criminalistics, clinical toxicology, forensic psychiatry and recently clinical criminology, medical law, with its modern branch, bio-law, psychoanalysis and forensic hermeneutics.

The conjunction between forensic medicine and psychiatry gave birth to forensic psychiatry, which determines the pathologist to have a competence in psychiatry, and more, to elaborate valid scientific criteria for defining psychiatric responsibility and nonresponsibility.

Forensic medicine represents a medical specialty which is, inevitable, influenced by other disciplines and biomedical researches, but also offering scientific information derived from its research and practice to the society and judiciary system. The genetic identification paradigm (genetic print) illustrates this inevitable transdisciplinary step. Inter and transdisciplinarity of forensic medicine are confirmed by the historical evolution of this discipline, which was determined by the progress of medical and biological sciences together with the progress of law (which provided the means to apply science in justice), without losing its epistemological science status.

INTRODUCERE

Într-un secol al epistemologiei ce aduce un coeficient pragmatic de științificitate obiectivă, fenomenul de „aculturație științifică“ și, implicit, normativ-legislativă, nu poate fi evitat.

Medicina Legală, disciplină medicală cu preocupări majore de antropologie medicală și culturală, în decursul timpului, printr-un proces de transdisciplinaritate activă, a contribuit la constituirea unor multiple subspecialități, rupte din trunchiul său, așa cum a fost criminalistica, toxicologia clinică, psihiatria medico-legală și mai recent criminologia clinică, dreptul medical, cu ramura sa modernă, biodreptul, psihanaliza și hermeneutica medico-legală. Acest proces de transdisciplinaritate activă relevă realitatea că, în absența sa, într-un secol al epistemologiei prin excelență, comoditatea și lipsa de informare ar înscrie, în știință și în etica medico-legală, epitaful lor. Legitimitatea unei științe, printre care și a medicinei legale, rezultă din relevanța sa proprie, din coeficientul său de științificitate și *mutatis mutandis*, din faptul că o știință ca medicina legală este puternic implicată în viața socială, ceea ce după Gadamer și Popper, o transformă într-o „știință regală“.

În aceste condiții antinomice de regalitate științifică ca deziderat și de risc de blocare pragmatică prin lipsa transdisciplinarității (ce aduce rigoarea, deschiderea și toleranța ideilor), se poate admite că medicina legală oscilează între servitutea totală a nontransdisciplinarității și libertatea fără margini a interdisciplinarității, cu diverse consecințe precum cea de a rămâne o disciplină enciclopedică într-o epocă a hiperspecializării, prin lipsa transdisciplinarității sau de a deveni o specialitate tributară altor specialități prin hipertransdisciplinaritate.

CONȚINUTUL EPISTEMOLOGIC AL MEDICINII LEGALE PSIHIATRICE

Epistemologia, criteriologia sau logica cercetării științifice este calea de purificare a adevărului de erori, spunea K. Popper, calea de a da viață principiului clasic al adecvării adevărului la faptă (*adequatio rei intellectus*) ca acord al judecăților mintale cu realitate, cum spunea Toma d'Aquino, ceea ce, în final, transformă medicina legală într-o știință a criteriilor de validare a cunoștințelor în valoarea lor de adevăr științific medical. Din caracterul epistemic al adevărului, rezultă independența omului de știință medic legist, attribute ce se află la baza convingerii intime, în baza căreia se elaborează o sentință judiciară.

Din independența expertului rezultă șansa sa de competență ce implică o dublă exigență: de stăpânire corectă a științei și de înțelegere a consecințelor sale uman-sociale, pentru a infirma ceea ce P. Valéry considera ca fiind competent doar cel ce se înșeală după reguli de urmat. Într-o perioadă a dezvoltării sociale, în care fiecare element al lumii externe are o semnificație din care rezultă capacitatea minții de a le interpreta și descifra, ceea ce aduce nevoia de experți pentru „fiecare nenorocire umană“, actul expertal este un act public, purificat de orice fel de inadvertențe și care limitează major principiul liberei evaluări a probelor. Considerăm că ambivalența inter- și transdisciplinarității nu poate fi evitată, transdisciplinaritatea după Basarab Nicolescu, nefiind altceva decât „cunoaștere neîmpărțită“, atât externă cât și internă, deci univocă. Cunoașterea lumii materiale, ca și a omului în acest univers impune completitudine și, implicit, inter- și pluridisciplinaritate în favoarea transdisciplinarității, drept cale regală a gândirii.

Într-o viziune epistemică, orice domeniu al cunoașterii, inclusiv cel medico-legal, implică:

- dovedirea științifică (argumentarea) oricărei informații;
- stabilirea concordanței științifice dintre fapta imputabilă și modul ei de comitere, cu raționamentele mintale (*adequatio rei intellectus*);
- elaborarea de matrici (criterii) epistemice, de articulare a gândirii medico-biologice cu gândirea social juridică (prin punți epistemice);
- elaborarea de paradigme științifice care întrunesc acordul cercetătorilor.

MEDICINA LEGALĂ ȘI HERMENEUTICA

Pentru hermeneutică, o cunoaștere adevărată rezultă și din interpretare, în scopul de a face adevărul inteligibil și transparent. Pentru Schleiermacher, hermeneutica cuprinde arta înțelegerii unui obiect sau fenomen prin interpretare, ceea ce dă sens științei, deoarece un discurs științific, cu cât este mai tehnic, cu atât are nevoie de interpretare. Prin interpretare (oferire de semnificații), hermeneutica completează epistemologia, eliminând factorii aleatori ai adevărului ce ar deturna sensul său. Hermeneutica operează, de asemenea, cu criterii, în scopul de a da interpretării un caracter univoc și relevant ca natură cognitiv-normativă. Hermeneutica ajută epistemologia de a interpreta corect sensul unui enunț, prin ceea ce Bejan numea decalajul hermeneutic de noncontradicție, coerență argumentativă, relevanță practică etc. Un fapt științific devine, prin hermeneutică, legitimat științific, fapt ce dă naștere hermeneuticilor speciale: juridică, antropologică (a lumii vii umane), etologică (a determinismului comportamental), psihanalitică, morfologică (a urmelor lăsate de obiecte pe corpul uman) etc.

MEDICINA LEGALĂ ȘI PSIHIATRIA

Conjunția dintre medicina legală și psihiatrie a dat naștere medicinei legale psihiatrice, disciplină de graniță, care, pentru a fi fertilă în paradigme științifice, obligă pe medicul legist a fi competent în psihiatrie, și în plus, a elabora criterii științifice fiabile de responsabilitate și nonresponsabilitate psihică. Numai astfel, medicul expert va fi în afara influențelor de opinii psihiatrice privind diagnosticul (cunoscut fiind polimorfismul acestora, mai ales dacă nu se apelează la DSM-uri) și de evaluare a răspunderii, funcție de diagnosticul stabilit.

Numai prin hiperspecializarea și transdisciplinaritatea medicinei legale prin psihiatrie și, implicit, prin competența psihiatrică a medicului legist, psihiatria medico-legală se va putea desfășura la parametrii săi de conținut:

– antro-po-cultural (fapta ca simptom de boală mintală sau de personalitate și în raport de situațiile etnoculturale) astfel ca fapta psihică să capete aspect de veritate și nu de putere;

– epistemologic-expertal (prin care juristul va deveni nu numai un cuantificator de pedepse, ci și un om de știință), de scientizare a gândirii psihiatrice prin ceea ce Basarab Niculescu numea „naturalizarea epistemologiei prin cunoașterea psihicului uman“ și de a evita stigmatizarea și etichetarea. Relația dintre *actus reus* (cu un caracter obiectiv prin epistemologie) și *mens rea* (subiectiv, dar obiectivabil prin hermeneutică) va face posibilă predicția comportamentală, totodată;

– ontologic-comportamental, relevând nașterea și evoluția constructului comportamental (structurarea) și a dezagregării sale, a naturii în evoluție inversă (destructurarea) din care decurge tipul de relație al bolii cu fapta și, implicit, gradul de culpabilitate al persoanei. Numai astfel se evită riscul mai frecvent de a considera o persoană sănătoasă ca bolnavă mintal decât invers (experimentul Rosenham) și a face ca diagnosticul să fie în afara oricărei îndoieli rezonabile;

– hermeneutic criteriologic, ceea ce face ca încă pentru mulți autori psihiatria să fie o hermeneutică (interpretare) a stării mintale înainte de a fi o știință. Se va avea în vedere modul cum semnificația umană a comportamentului a fost afectată de socializarea negativă primară și de starea de anomie microsocioală;

– normativ nomotetic ce obligă expertul a diseca modul de comitere al faptelor (caracteristice, frecvent, tipului de boală mintală), din care rezultă noțiunea de *iresponsabilitate* ca simptom de boală mintală, rolul victimei în actul delicvent, nocivitatea comportamentului ca și rolul situațiilor, toate înglobate într-un construct adecvat de suferință mintală;

– axiologic-bioetic de respect al demnității persoanei, al drepturilor bolnavului ca valori în sine în care demnitatea devine superioară voinței celui ce o poartă (preeminența individului în fața cerințelor expertale făcând parte din conținutul de adevăr al expertizei psihiatrico-legale) și de limitare a puterii expertului asupra bolnavului (excluderea riscului de etichetare, respectul corpului ca obiect de probă expertală, datoria expertului de a nu disculpa sau inculpa etc.). Pentru a răspunde acestor deziderate, legea sănătății mintale reglementează modul de internare nonvoluntară, drepturile bolnavilor etc., respect asigurat printr-o competență mereu reînnoită în condiții de neutralitate, obiectivitate și independență expertală.

Parametrii sus-menționați devin, în același timp, criterii de evaluare a discernământului față de o faptă imputabilă (criterii biologice, medicale, psihiatrice, axiologice, juridice etc.) criterii focalizate clasic în noțiunea de *discernământ* care, în condițiile dezvoltării științelor cognitive actuale, se reflectă mai adecvat în noțiunea de *reprezentare* privind conținutul și consecințele unei fapte imputabile. Discernământul poate fi grevat de evaluări aleatorii sau ambivalente, deseori stigmatizante etc., ca formă primară de înțelegere și cunoaștere, el neglișând deseori stările afective sau volitive în evaluarea răspunderii. Ori, reprezentarea constituie un mod mult mai cuprinzător de cunoaștere a unui act antisocial, atât în amonte (ca anticipație), cât și în aval (ca justificare) prin integrarea noțiunilor și faptelor în comportament și prin conferirea de sens comportamentului. Reprezentările dau caracter prescriptiv comportamentului și au rol de control al acestuia, au deci un rol complex de cunoaștere a realității, un rol de comunicare socială și de ghidare comportamentală (rolul său euristic de corectare). Nucleul reprezentărilor este sistemul stabil de norme ale individului și grupului, acestea ancorând mai bine comportamentul la realitatea situației. Reprezentările, ca pattern-uri de comportament, reglează mai adecvat relațiile interpersonale și au o aptitudine mai mare de reconstruire a realului, prin medierea cognitivului cu afectivitatea și voința.

Cum totul în comportament sunt reprezentări sociale de atitudini, opinii și de capacitate de a prevedea, acestea ajustează, mai adecvat, comportamentul la situații, anticipează rezultatele sale și le evaluează mai corect. Prin rolul lor de metacogniție expertală, depășesc deci discernământul, criteriu clasic al evaluării psihice.

MEDICINA LEGALĂ ȘI PSIHANALIZĂ

Prin cele trei impulsuri sau revoluții ale cunoașterii umane („goluri narcisice“ după Freud), alături de cea cosmogonică a lui Galilei și Copernic, și aceea a evoluției în natura vie a lui Darwin și

cea psihanalitică a lui Freud ce a arătat că „omul nu este totdeauna stăpân în casa lui“, că are și un inconștient care îi poate ridica uneori probleme inexplicabile de comportament, Freud și urmașii săi au transformat psihanaliza dintr-o disciplină hermeneutică a interpretării într-o metodă de diagnostic care nu poate scăpa medicului expert, cele trei descoperiri au fost breșe esențiale în cunoaștere.

Foarte probabil că o a patra revoluție în știință va marca cuplarea psihanalizei cu etologia, conferind un nou sens evoluției științelor comportamentului uman prin relația dintre înnăscut și ontologic.

Psihanaliza este, în realitate, o investigație clinică (mai rar instrumentală, ca atunci când o femeie modestă dorește să fie supusă hipnozei și nu poligrafului) a profunzimilor psihice, cu rolul de a descoperi și interpreta hermeneutic ceea ce omul a refuzat în inconștient și care, funcție de situație, pot invada supraeul. Axarea investigației clinice începând cu copilăria, are scopul de:

- a conferi o imagine dinamică a relațiilor dintre cele trei instanțe ale creierului (sine, eu, supraeu);
- a determina cantitatea de energie (pulsione) generată de conflictele dintre aceste trei instanțe;
- a evalua adecvat echilibrul dintre pulsioni și contrapulsioni (sublimări) în comportament, homeostazia fiind afectată și exprimată prin nevroze, angoase, agresivitate, izbucnire a afectelor etc.

Ca manifestare universală a plăcerii și dorinței (hedonismului) generată de sexualitate, ca pulsione precoce, intensă și amplă, conflictele în domeniu ajută la interpretarea complexelor psihice, a rolului fantasmelor în comportamentul sexual, motivațiile lor inconștiente în incest, pedofilie, perversiuni etc.

Psihanaliza este deci aptă a descoperi și motivațiile inconștiente ale unor acte de homicid, cât timp pulsionile sexuale „nu ascultă de judecători“ sau de experți.

Relația dintre armele artificiale, consecință a dezvoltării inteligenței umane de supleere a mijloacelor sale naturale de agresivitate, pune într-o nouă lumină agresivitatea umană (pe care Freud o considera ca o pulsione între eros și thanatos) prin rolul său în dezvoltarea supraeului (în creație și performanțe). Psihanalitic, agresivitatea este consecința inevitabilă a curenței afective, a frustrării, a abuzului parental sau a distructivității violente a omului (manifestate în homicid sau suicid). Expertul este obligat deci a cunoaște modul cum se formează un supraeu criminal (sadic, al omorului în serie, de „ucidere cu voluptate“) începând din copilărie până la agenezia alterității vârstei mature. De asemenea, expertul trebuie să cunoască modul de transmitere transgenerațională a violenței, inclusiv riscurile violenței pentru existența umanității.

MEDICINA LEGALĂ ȘI ETOLOGIA

Etologia este o ramură a științelor comportamentale ce studiază evoluția comportamentului din lumea animală până la om. Pentru conturarea științifică a acestei noi preocupări, K. Lorenz a luat Premiul Nobel în 1973.

Pentru etologi, comportamentul uman are o structură ereditară, programată genetic și o alta câștigată, învățată. Agresivitatea este un instinct care a avut un rol în evoluția speciilor (lupta pentru existență și selecția naturală), iar la om, prin sublimare și culpabilizare, s-a transformat într-o luptă pentru creație și performanțe. Agresivitatea umană are o componentă, cu precădere, ontogenetică, ea fiind contracarată intraspecific de turnir-urile inventate de natură și de om pentru a menține agresivitatea în limite constructive pentru specie (instincte morale apriorice după Kant).

La om, agresivitatea se manifestă ca un instinct bipolar (creator și distructiv), agresivitatea benignă (defensivă, de apărare, comună cu alte specii) și malignă (ofensivă și specifică omului, prin realizarea violenței de la distanță și cu atenuarea sentimentelor de culpă) consecutiv creării armelor artificiale ce suplează insuficiența „armelor“ naturale ce se modifică lent în timpul biologic dat. Atari arme artificiale au transformat agresiunea filogenetică în agresiune ontogenetică malignă.

Partea ereditară a comportamentului uman se numește atașament, care nu este altceva decât un protocomportament programat genetic ca strategie evolutivă de aderență a progenilor la parenții lor. Cum spunea Lorentz și Bowlby, capacitatea înnăscută de a percepe afecțiunea maternă necondiționată și de a dezvolta interrelații umane (un aprioric moral etologic). Multiple dovezi ale paradigmei atașamentului au fost stabilite de etologi și psihanalisti drept dovezi ale faptului că afectivitatea precede gândirea și că în sindromul curenței afective, un copil ce nu a perceput iubirea, la rândul lui, nu va putea iubi, iar această în afectivitate devine nucleul esențial al personalității

anomice, deviate, de mai târziu. Atașamentul este deci o creație naturală, universală și creatoare de personalitate (bază a transmiterii transgeneraționale a valorilor sau nonvalorilor), omenirea, pentru Winnicott fiind creația atașamentului.

MEDICINA LEGALĂ ȘI SOCIOLOGIA

Sociologia și din sociologie mai ales starea de anomie socială și de socializare comportamentală, ajută aproape de integral explicația genezei comportamentului deviant și a căilor redresării sale. Incapacitatea societății de a se confrunta cu problemele omului a dus la elaborarea teoriei anomiei prin cele trei paradigme ale lui Durkheim (vid normativ și derută socială), Merton (legitimitatea atingerii scopurilor omului când societatea îi ignoră mijloacele) și Parsons (lipsa modelelor instituționale stabile și pierderea autorității lor). Anomia operează deci la nivel macrosocial, microsocioal (familiar) și instituțional și împreună cu atașamentul ca protocomportament sunt apte a oferi o explicație comprehensivă și exhaustivă asupra devianței comportamentale și a deschide o nouă breșă în evoluția științelor actuale. Reflectarea directă a anomiei și atașamentului în socializarea primară pozitivă sau negativă (dominată de identificarea cu părinții, inevitabilă și cu amprentă afectivă maximă) ce condiționează celelalte tipuri de socializare secundară și terțiară (inclusiv de resocializare), constituie o experiență umană unică în natură, o condiție (matrice) de dezvoltare a personalității în trecerea sa de la mecanismele heteronome (impuse) către cele autonome (conștiente).

Cum starea de anomie microsocioal joacă un rol esențial în evoluția comportamentului, cu efecte prelungite la vârsta adultă, pe bună dreptate, construirea negativă a personalității, în aceste condiții, a dus la denumirea lor ca personalități anomice, ceea ce evidențiază mai adecvat mecanismul lor de construct filo-ontogenetic.

MEDICINA LEGALĂ ȘI CRIMINOLOGIA CLINICĂ

Transdisciplinaritatea nu se manifestă numai în preluarea achizițiilor științifice din alte domenii de cunoaștere de către medicina legală, ci și în crearea de nou ramuri și preocupări științifice prin procesul invers al datelor științifice oferite de medicina legală. Pe lângă constituirea, în acest mod, a criminalisticii, astăzi, plecând de la cercetările medico-legale, psihiatrice și psihologice, s-a constituit o nouă știință și anume criminologia clinică, disciplină inițiată și consolidată de medici legiști și predată cu beneficii juriștilor.

Începând cu studiile lui Lombroso care a arătat că între faptă și lege se interpune personalitatea omului, studii ce au căutat cauzele devianței în om, chiar dacă accentul său pus pe ereditate a fost eronat, această eroare a fost fecundă științific, prin transformarea crimei într-un fenomen științific observabil. Până la teoriile interacționiste de astăzi, știința a străbătut un drum lung, dar fertil în paradigme științifice. S-a constituit criminologia clinică, preocupare în care aportul medicinei legale s-a relevat prin structurarea unei paradigme triunice și anume modul de formare al personalității, personalitatea anomică și rolul situațiilor de trecere la act (ce conjugă ca „într-un fluviu multitudinea râurilor ce se varsă în el“), a devianței comportamentale. Studii pe mii de subiecți expertizați, pe loturi populaționale în regim special și numeroase publicații au transformat universalitatea atașamentului și situația de anomie familială în universalitatea acestui concept, susținut și de alți autori (Fukuyama) sau de Declarația Milenium 2000 a ONU.

Nevoia de a asigura simetria dintre știință și semnificația sa umană după principiul subsidiarității revine, în final, biodreptului care devine, astfel, un paznic al demnității ființei umane, demnitate care totdeauna este superioară celui ce o poartă și la care persoana umană nu poate renunța.

Medicina legală confruntată cu problemele bioeticii contemporane își aduce astfel aportul la îmbunătățirea legislației prin proiectele sale bioetice care devansează legislația în domeniu și asigură permanente metadeschideri etice și normative de slujire a demnității ființei umane prin înlăturarea unor situații de nondrept. Medicina legală aduce, astfel, experiența supranațională în domeniu prin proiecte bioetice prudente și sobre, dar permissive, pentru a nu împiedica dezvoltarea științelor medico-biologice, dar și ferme, sub aspect etic și juridic pentru a stopa aplicarea lor inadecvată uman. Vidul normativ existent în țara noastră cere medicilor, medicilor legiști și bio-

eticienilor datorita de a umple acest gol și de a da, astfel, dinamismul cuvenit normelor juridice pentru a evita o patologie a stăgării în acest domeniu.

CONCLUZII ȘI METADESCHIDERI

Medicina legală este o specialitate medicală care, în mod inevitabil, suferă influența altor discipline și cercetări medico-biologice, dar care, la rândul său, oferă acestora, justiției și societății, informații științifice rezultate din cercetarea și practica sa științifică. Paradigma identificării genetice (amprenta genetică) ilustrează acest demers inevitabil de transdisciplinaritate. Inter- și transdisciplinaritatea medicinei legale sunt confirmate de evoluția istorică a acestei specialități determinată de progresul științelor medico-biologice, dar și de progresul dreptului (ce a asigurat cadrul de aplicare a științei în justiție), fără ca prin aceasta, medicina legală să-și fi periclitat statutul său epistemologic de știință. Fără a risca a se pierde în enciclopedisme într-o etapă a hiperspecializărilor moderne, medicina legală va trebui să preia cu beneficii și după criteriologii proprii toate descoperirile științelor medico-biologice pentru a-și întări statutul său de știință:

- atât prin dezvoltarea domeniului său propriu de cercetare (patologie a violenței și dezastrelor umane);
- prin elaborarea de paradigme și metadigme proprii (criterii despre validitatea de adevăr medico-biologic);
- prin argumentare științifică a probelor;
- prin verificabilitatea permanentă a enunțurilor sale directe, culese din natura faptelor sau inferate din alte dovezi (verificări experimentale încrucișate efectuate de investigatori independenți), cât și prin competența specifică (a domeniului său de investigație și a hiperspecializării criteriologice), cu elaborarea de proiecte științifice, mai ales diacronice, din care să nu lipsească influența trecută și actuală a transdisciplinarității.

În aceste condiții, medicina legală a viitorului își va satisface menirea sa de medicină științifică a sanogenezei sociale prin intermediul medicinei și legii. Ca știință a omului integral în derrierile sale de radicalitate și prin transdisciplinaritate și criteriologie, medicina legală rămâne o preocupare larg antropologică, de recul științific dat violenței și inadapării sociale, ea fiind, ca toată medicina, o preocupare nobilă a exemplarității căutării și afirmării adevărului științific într-o societate ce se cere „maxim securizată“ și cu autorul științei.

BIBLIOGRAFIE:

1. Bachelard, G., *Dialectica spiritului științific*, Ed. Șt. și Encicloped., București, 1986
2. Berger, P., Luckman, Th., *Construirea socială a realității*, Ed. Bit., 2001
3. Bejan, P., *Hermeneutica prejudecăților*, Ed. Axis, 2004
4. Botezatu, P., *Adevăruri despre adevăr*, Ed. Junimea, Iași, 1981
5. Bowlby, J., *Maternal Care and Mental Health*, OMS, Geneva, 1951
6. Bowlby, J., *A Secure Base (Clinical Applications of Attachment Theory)*, Routledge, Londra, 1989
7. Derrida, J., Roudinesc, E., *Întrebări despre ziua de mâine*, Ed. Trei, 2003
8. Eysenck, H și col., *Descifrarea comportamentului uman*, Ed. Teora, 1998
9. Eibesfeldt, E.I., *Agresivitatea umană*, Ed. Trei, 1995
10. Fukuyama, F., *Marea ruptură*, Ed. Humanitas, 2002
11. Lorenz, K., *Așa zisul rău. Despre istoria naturală a agresivității*, Ed. Humanitas, 1998
12. Lorenz, K., *Essais sur le comportement animal et humain*, Ed. Seuil, 1970
13. Marga A., *Raționalitate, argumentare și comunicare*, Ed. Dacia, 1996
14. Moldovan, T.A., *Dreptul medical, ramură distinctă de drept*, Dreptul, 2006, nr. 10, p. 193
15. Moldovan, T.A., *Tratat de drept medical*, Ed. AII Beck, 2002
16. Moscovici, S., *Psihologie socială*, în Rev. de Psihol. Soc, 2002, nr. 2, p. 6
17. Nicolau, A., *Reprezentările sociale*, Ed. Șt. și Tehnică, 1995
18. Nicolescu, B., *Transdisciplinaritatea*, Ed. Polirom, 1999
19. Pandrea, P., *Psihanaliză judiciară*, Ed. Cultura românească, 1934
20. Pîrvu, I., *Introducere în epistemologie*, Ed. Polirom, 1998
21. Popper, K., *Societatea deschisă și dușmanii ei*, Ed. Humanitas, 1993
22. Popper, K., *Logica cercetării*, Ed. Științifică, 1983
23. Ribacki, K., *O introducere în arta argumentării*, Ed. Polirom, 2004
24. Schleiermacher, F., *Hermeneutica*, Ed. Polirom, 2001

25. Scripcaru, Gh. și col., *Psihiatria medico-legală*, Ed. Polirom, 2002
26. Scripcaru, Gh., Ciucă, V., *Psihanaliză și hermeneutică juridică*, Ed. Axis, 2005
27. Scripcaru, Gh., Astărăstoae, V., *Criminologie clinică*, Ed. Polirom, 2003
28. Scripcaru, Gh., Scripcaru, C., *Dreptul medical și Comunitatea Europeană*, Bul. Univ. M. Kogălniceanu, 2001, nr. 10, p. 193
29. Scripcaru, Gh., Ciucă, V., *Individul radical*, Ed. Axis, 2005
30. Scripcaru, Gh. și col., *Introducere în biodrept*, Ed. Lumina Lex, Buc. 2003
31. Scripcaru, Gh., *Medicina legală expertală în România*, Ed. Cugetarea, 2000
32. Strugaru, C., Schubert, R., *Ce putem învăța despre om de la găște?*, Ed. Polirom, 2005
33. Winnicott, D., *Natura umană*, Ed. Trei, 2004
34. *Cartea transdisciplinarității de la Arrabida*, 1996

Gheorghe SCRIPCARU – Academician Profesor Dr., Institutul de Medicină Legală, Iași
Vasile ASTĂRĂSTOAE – Prof. univ. dr., Catedra de Medicină Legală U.M.F. Iași
Călin SCRIPCARU – Profesor med. legală, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola” Iași

ETHICAL IMPLICATIONS OF THE INSTITUTIONALISING OF PATIENTS WITH DEMENTIA

Maria-Roxana ȘOVA, Roxana CHIRIȚĂ, Vasile CHIRIȚĂ

University of Medicine and Pharmacy „Gr. T. Popa“ Iași,
Clinical Hospital of Psychiatry „Socola“ Iași

Abstract:

The psychological stress of the families with patients suffering from dementia seems to be much more complex than the one caused by the mere responsibility of caring for a patient with disabilities. It has been estimated that approximately 30% of the partners caring for patients with dementia will develop depressive disorder. The prevalence of depressive disorders in the case of the adult sons of the patients with dementia and who look after them varies from 22%, in the case of those without a history of affective disorder, up to 37% in the case of those with a history of depression. The caretakers present a high risk for somatic affections, depression, weight loss, insomnia, alcohol abuse, increase of psychotropic medication intake due to the increased stress level, existing the possibility of experiencing feelings of guilt, shame, wrath, helplessness, rage and disappointment along with verbal or physical abuse of the patients with dementia. The health of the persons looking after the patient with dementia is frequently neglected although it is essential. The doctor must insist on an appropriate nutrition, sufficient sleep and moderate ingestion of alcohol and caffeine.

KEY WORDS: dementia, behaviour, responsibility.

The psychological stress of the families with patients suffering from dementia seems to be much more complex than the one caused by the mere responsibility of caring for a patient with disabilities. It has been estimated that approximately 30% of the partners caring for patients with dementia will develop depressive disorder. The prevalence of depressive disorders in the case of the adult sons of the patients with dementia and who look after them varies from 22%, in the case of those without a history of affective disorder, up to 37% in the case of those with a history of depression (7).

The caretakers present a high risk for somatic affections, depression, weight loss, insomnia, alcohol abuse, increase of psychotropic medication intake due to the increased stress level, existing the possibility of experiencing feelings of guilt, shame, wrath, helplessness, rage and disappointment along with verbal or physical abuse of the patients with dementia. The health of the persons looking after the patient with dementia is frequently neglected although it is essential. The doctor must insist on an appropriate nutrition, sufficient sleep and moderate ingestion of alcohol and caffeine (1).

The challenge of the caretaker is psychological, physical, financial and social. We can reduce the burden falling on the caretaker with some help for the family from the part of the community, acquiring some knowledge, creating harmonious relations within the family, providing counselling and emotional support. The persons looking after the patients with dementia can take better care of these patients if, in their turn, they take better care of themselves both physically and psychologically. The way in which the caretaker communicates in his attempt to change certain behaviour may determine the success of that attempt (7, 8).

Due to behavioural problems, intercurrent affections and to the loss of social support, a great part of the patients with dementia will require, at a certain moment in the evolution of the disease,

hospitalization in a nursing home or in other institutions specialised in assisting such patients. Approximately 2/3 of the residents in nursing homes suffer from dementia and 90% of them present behavioural disorder. The personnel working in these institutions must possess knowledge on the management of non-cognitive symptoms (5).

Adequate stimulation, autonomy increase as well as adapting and changing capacity, along with the progression of the disease, is very important in these institutions. A particular care in what the assisting of institutionalised patients is concerned is the use of physical constraints and antipsychotic medication. The long term use of antipsychotic medication requires a periodical evaluation of the response to medication, the monitoring of side effects and an adequate documentation. Risk factors for late dyskinesia are advanced age, feminine sex and cerebral traumatism (8).

Due to unrest and aggressiveness methods of physical contention are sometimes used in these centres. However, the resort to such methods occurs as rarely as possible and there are even suggestions that contention methods contribute to the accentuating of cognitive decline. The reduction to a minimum of the use of constrictive methods through changes of the surroundings in order to reduce the risk of wandering and through careful evaluation and appropriate treatment of the probable causes for the unrest is possible (9).

Patients with dementia find it hard, if not impossible, to communicate the location or presence of pain, hunger and other unpleasant conditions, a careful evaluation of nervousness or of any irritability condition being necessary in order to identify such a situation. The significant role of the psychiatrist in these services resides in educating other doctors and medical personnel. The patients and their families face the admission of the existence of the disease and of the limits it implies.

The families and the patients may manifest a feeling of loss and at the same time to perceive the stigma associated with this affection. It can be useful to identify the lost abilities and to put in value the remaining abilities. The patients with a slight affectation must be advised to give up driving. The patient must name a representative in order to make decisions about the financial and medical future and he must draw up his will.

The family must be advised to consider taking over financial problems and patients must be forbidden from driving vehicles. The family must consider hiring a helping person at home or a possible transfer to a special caring institution, during the middle stage of the disease, due to the increase in patient's dependence (1).

Hallucinations and delirious ideas may frequently appear that could frighten the family, a beneficial part playing the patient's and family's assurance that such symptoms come across often in the developments of the diseases and are treatable in most cases. If the psychotic symptomatology is associated with a behaviour which endangers the life of the patient and of the ones around, it must be treated pharmacologically through administration of small doses of antipsychotic medication.

In advanced stages of the disease, patients are severely incapable and almost completely dependent on the ones around for simple functions, such as feeding, dressing, personal hygiene. Families face mixed feelings of guilt, excessive burden and loss (2).

The doctor must warn the family to prepare for the patient's death. In an ideal situation, all the discussions about tube feeding, infections treatment, cardiopulmonary resuscitation and intubation must have taken place when the patient could have actively participated in reaching a decision, but, in any case, it is important that such a discussion should take place before one of these options becomes urgent. Institutionalising is frequently necessary in the last stage of the disease, generally the patient's hospitalization in a caring medical institution providing physical assistance (focussing mainly on nursing rather than on medical intervention) and emotional support for the family during the patient's last months of life.

The most frequent cause for non-compliance are connected to the feeling of the uselessness of treatment due to the progressive degradative evolution of the disease, of the daily obligativity of medicine administration, of the family's level of education, of beliefs, cultural patterns and the eventual side effects of treatment (3, 4).

The fact that the institutional assistance takes care of the patient in the last phases of his disease, a period of time in which the relatives face great difficulties, has a great importance. Institutional caring for the patient himself means most of the times a loss of autonomy and most frequently a loss of individuality. Institutional assistance has the advantage of assuring a quality medical care. Institutionalising has to ensure the preserving of dignity and, as far as possible, the autonomy of persons with dementia, replacing the role of the family and of the caretaker (6).

The decision to hospitalise a relative in a special institution is difficult, being accompanied by feelings of guilt but has also positive aspects such as the improvement of sleep and family mood. The decision about „when“ and „if“ should he be admitted in a „nursing house“ must be reached by the relatives together with a multidisciplinary team, but it can also be the consequence of a period of crisis, with the multiplication of the problems at home (5).

Armstrong noted in a small study that a great part of patients is placed in institutions around Christmas and, of course, the holiday period is particularly tensed. The changing of the ambient, visiting relatives from far away and generally the stress and anxiety of such periods can add some extra tension on the one taking care of the elder. It has been noted that in England there is a preference for private institutions compared to public ones. This indicates the importance of costs and allotted funds, besides the importance of the moment in which the admission takes place (1, 9, 10).

Hope states that the factors which determine hospitalization for a medium period of time are different from the ones which hasten institutionalising for large periods of time, the last ones being represented by behavioural disorder, particularly aggressiveness. Patient features that predict entry to long term care include severity of functional impairment and behavioural disturbance as well as incontinence and physical immobility. A series of longitudinal systematic studies have shown that a part of the patients with severe affections are admitted in nursing houses – this being a functional solution but not the best. Except the caring factors and treatment, the availability of other resources also delays long term hospitalisation. A few studies also show the growth of care for services along with the growth of hospitalising risks in nursing houses (10, 11).

The choice of a caring unit inevitably represents a compromise. On the one hand there are the patient's needs of having a climate as familiar as possible, and on the other hand the conditions must be safe and „in the open“. It is actually a compromise between the life regime desired by the patient (with the family, husband or alone) and the conditions assured for his support (in groups). It is, as usually, a compromise between what we want and what we are offered.

REFERENCES:

1. Armstrong, M. (2000), *Factors affecting the decision to place a relative with dementia into residential care*, Nurs Stand
2. Butler, R., Fonseka, S., Barclaz, L. et al (1999), *The health of elderly residents in long term care institutions*, N.Z.Med
3. Cooper, B. (1977), *Principles of service provision in old age psychiatry*, Oxford
4. Gerdner, L., A. (2000), *Effects of individualized versus classical relaxation music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimers disease and related disorders*, Int Psychogeriatrics, 12
5. Heyman, A. (1997), *Predictors of time to institutionalization of patients with Alzheimers disease*, Neurology, 48
6. Hope, T., Keene, J., Gedling, K et al (1998), *Predictors of institutionalization for people with dementia living at home with a care*, IntJ Geriatr Psychiatry, 13
7. Lovestone, S., Gauthier, S. (2001), *Management of dementia*, Martin Dunitz Ltd.
8. Marshall, M. (1997), *Better quality environments for people with dementia design of environments in psychiatry in the elderly*, R. Jacoby, C. Oppenheimer Eds. OUP, Oxford
9. Scott, W.K., Edwards, K.B., Davis, Dr. et al (1997), *Risk of institutionalization among community long term care clients with dementia*, Gerontologist, 37
10. Tomiak, M., Berthelot, J.M., Guimond et al (2000), *Factors associated with nursing home entry for elders*, J. Gerontol A Biol Sci Med Sci, 55
11. Hope, T., Keene, J., Gedling, K. et al (1998), *Predictors of institutionalization for people with dementia living at home with a carer*, Int. J. Geriatr. Psychiatry, 13, 682-90

Maria-Roxana ȘOVA – doctorand, U.M.F. „Gr. T. Popa“ Iași
Roxana CHIRIȚĂ – Prof. univ. dr. – U.M.F. „Gr. T. Popa“ Iași
Vasile CHIRIȚĂ – Prof. univ. dr. – U.M.F. „Gr. T. Popa“ Iași

CONCEPTE DE EVALUARE

ÎN PSIHIATRIA ȘI PSIHOPATOLOGIA EXPERTALĂ

Irina MITREA, S. MELINTE

Abstract:

Forensic Psychiatry is a subspecialty of psychiatry in which scientific and clinical expertise is applied in legal contexts involving civil, criminal, correctional, regulatory or legislative matters, and in specialized clinical consultations in areas such as risk assessment or employment. These guidelines apply to psychiatrists practicing in a forensic role. Psychiatrists who take on a forensic role for patients they are treating may adversely affect the therapeutic relationship with them. Forensic evaluations usually require interviewing corroborative sources, exposing information to public scrutiny, or subjecting evaluatees and the treatment itself to potentially damaging cross-examination. The forensic evaluation and the credibility of the practitioner may also be undermined by conflicts inherent in the differing clinical and forensic roles. Treating psychiatrists should therefore generally avoid acting as an expert witness for their patients or performing evaluations of their patients for legal purposes. Treating psychiatrists appearing as "fact" witnesses should be sensitive to the unnecessary disclosure of private information or the possible misinterpretation of testimony as "expert" opinion. In situations when the dual role is required or unavoidable (such as Workers' Compensation, disability evaluations, civil commitment, or guardianship hearings), sensitivity to differences between clinical and legal obligations remains important.

Key words: psychiatry evaluation, psychology evaluation, forensic psychiatry

Localizând, de cele mai multe ori, fenomenul de delincvență la nivelul unei adaptări deficitare a individului, la exigențele vieții familiale și sociale, psihiatria tradițională identifică, adeseori, această noțiune cu noțiunea de *anormalitate*. De fapt, termenul de *anormalitate* se aplică tuturor indivizilor ale căror resurse intelectuale, echilibru psihic și comportament normal scapă măsurii și regulilor comune. Acoperind în acest mod întreaga gamă a patologiei mentale, anormalitatea vizează cele mai răspândite forme și expresii simptomatice ale comportamentului delinvent. Dar delincvența este, în mod fundamental, un fenomen sociologic, în timp ce anormalitatea reprezintă un fapt particular, care caracterizează structura și motivațiile personalității, evoluția comportamentului, în raport cu acțiunea, gândirea și conștiința, deci fenomenul de delincvență reprezintă un fapt social care își are substratul în modul de funcționare al societății în ansamblu.

Boala psihică oferă nenumărate ocazii pentru a studia *personalitatea* și *comportamentul social*, însă nu poate evita considerarea întregului *context social și cultural* care elaborează regulile și criteriile în funcție de care putem califica o persoană ca fiind anormală sau delinventă. În acest sens, putem considera cele mai multe manifestări de natură psihopatologică nu atât ca rezultat specific al unei anumite boli, ci ca un anumit mod de comportament care violează normele sociale. Un asemenea comportament se poate datora fie unor influențe *genetic formative*, fie *socializatoare deficitare* sau unor *experiențe traumatizante* care au modificat dezvoltarea personalității, fie incapacității de a face față situațiilor de stres și tensiunilor emoționale.

Bolnavul psihic reprezintă un exemplu elocvent de relație particulară medic-pacient în care aspectele medico-legale primează. Bolnavul psihic prezintă, pe lângă afecțiunea sa, și un grad de

pericol social, fapt ce impune uneori un comportament particular al societății, în raport cu el: internarea obligatorie. Consimțământul de internare și tratament suferă o serie de fluctuații determinate de evoluția bolii: sunt momente în care pacientul este prezent psihic și poate fi de acord cu tratamentul și cu internarea. Lipsa tratamentului sau alți factori pot determina degradarea stării pacientului, fapt ce duce la scăderea sau dispariția capacității de exercițiu și a discernământului cu urmări personale și sociale grave, care duc la înrăutățirea stării generale, cu lipsa tratamentului etc., deci apariția unei spirale de agravare. Bolnavul psihic beneficiază de o suită de măsuri medico-juridice speciale cunoscute sub numele de măsuri de siguranță cu caracter medico-legal, măsuri care protejează bolnavul de consecințele faptelor sale pe de o parte, iar pe de altă parte, protejează societatea de traume generate de o persoană lipsită total sau parțial de discernământ. Relația medic-pacient bolnav psihic este analizată prin studiul surselor internaționale de drept privind bolnavul psihic, prin prezentarea expertizei medico-legale psihiatrice și prin analiza măsurilor de siguranță care se impun în urma evaluării bolnavului psihic.

Probabil că psihiatria a ridicat mai multe controverse medicale, etice și juridice decât oricare alt domeniu medical. Una din explicații este dată de faptul că dacă medicina clinică nu poate trata pacientul fără consimțământul liber și informat acestuia, psihiatrul poate fi chemat să trateze un pacient care nu este capabil să-și exprime consimțământul.

Pe de altă parte, tratamentul psihiatric poate impune și o internare involuntară pe termen lung, lăsată la liberul arbitru al medicului. Tratamentul psihiatric, pentru a fi eficient, trebuie să producă modificări de durată ale comportamentului. Se vor produce alterări ale funcțiilor psihice deci ale autonomiei umane, care pot fi justificate doar în circumstanțe excepționale. Acestea sunt motivele care determină pe criticii sistemului psihiatric actual să considere că medicul psihiatric beneficiază de puteri care îi permit să interfezeze, în mod neneccesar și nedorit, în viața unor indivizi având comportament bizar și nealiniat social. Existența unei afecțiuni psihice nu poate duce automat la internarea bolnavului în secția de psihiatrie și la instituirea unui tratament. Sunt afecțiuni psihice care permit un grad de discernământ suficient pentru a elabora un consimțământ rezonabil. Atitudinea paternalistă este acceptată în condițiile în care apare un grad de urgență medico-psihiatrică sau legală (în sensul unui grad de pericol social evident) sau în situația în care, chiar sub tratament, evoluția afecțiunii nu poate fi controlată.

Etapele expertizei medico-legale psihiatrice a adultului

Supunerea imediat după comiterea faptei, a infractorului (inclusiv minor) unui examen medico-legal, psihologic și psihiatric. Se ține cont de felul cum răspunde la întrebări, de motivația faptei celui expertizat. Dacă nu se interoghează infractorul imediat, atunci convorbirile inculpatului cu apărarea, cu persoanele de afară sau din mediul de detenție, pot schimba, în mod radical, comportamentul expertizatului. De asemenea, uneori se suprapun elemente reactive care fac imposibil examenul psihic. Pe lângă examen, se pot da date valoroase organelor de anchetă, despre modul cum trebuie desfășurată, dacă se poate continua ancheta, sau este nevoie de un tratament sau o internare. Prima expertiză medico-legală psihiatrică are cea mai mare valoare și se bazează pe examenul complet, dar acesta trebuie repetat și trebuie studiat întregul dosar al cauzei. Se vor scoate în evidență, atunci când există, trăsăturile patologice ale inculpatului ca halucinații, delir, idei de persecuție sau beția patologică. Se va cerceta întregul trecut patologic al inculpatului pe baza actelor medicale existente (sau foi de observație de la spitalele unde a fost internat); de asemenea, se va ține sub observație pentru a nu fi vorba de debutul unei boli, a unei stări reactive, simulări etc. Se vor cere relații, altele, asupra stării expertizatului dinaintea comiterii infracțiunii, comportamentul în familie, locul de muncă. Toate aceste date trebuie analizate cu multă atenție, pentru că unii delincvenți au comportamente diferite, în diferite medii. Se va studia dosarul cauzei cu deosebită atenție, iar concluziile trebuie trase cu multă rezervă, pentru a nu fi neîntemeiate, eronate, pentru că de ele depinde întreg viitorul expertizatului.

În urma analizei cazului, se vor trage concluziile care trebuie să arate:

dacă există vreo boală psihică la cel expertizat și dacă ea îi alterează conștiința sau discernământul;

să precizeze dacă faptele comise sunt sau nu legate cauzal de simptomatologia bolii; să stabilească responsabilitatea expertizatului pentru fapta comisă.

Responsabilitatea cuprinde totalitatea particularităților psihice ale individului care-l fac capabil să înțeleagă libertatea și necesitatea acțiunilor sale în unitate dialectică cu legile obiective de dezvoltare a societății și să aprecieze consecințele faptelor sale atunci când acționează contrar acestei unități. În cadrul expertizei, uneori este ușor de stabilit lipsa discernământului la bolnavii cu psihoze grave, dar intervin greutăți în fața celor cu instabilitate, hiperreactivitate, labili psihici, care sunt privați adesea de simțul proporțiilor și incapabili de a-și doza răspunsul la nivelul stimulilor de circumstanță. O mare valoare o are discuția cazului unde se va insista mai mult pe unele elemente cum ar fi intenția, mobilul, măsurile de apărare, căutându-se o corelare științifică între boală și faptă, cât și stabilirea unei forme de manifestare a bolii. Problemele pe care le ridică expertiza medico-legală psihiatrică sunt multiple și, uneori, de o dificultate deosebită. Dintre ele, problema posibilităților de recuperare și reinsertie socială este o problemă de foarte mare importanță, pe care se pune din ce în ce mai mult accentul astăzi.

Din perspectivă psihologică, comportamentul infracțional este unul din rezultatele devierii de la normele de organizare a personalității. Structura suflătească ce se exteriorizează prin morală slăbită, rea-voință și concepție greșită despre lume și viață, în ciuda aspectului normal, a performanțelor profesionale ale individului, poate fi considerată un „sindrom de compromitere a integrității personalității“.

Delincvența apare, din perspectivă psihologică, ca un produs ineluctabil al personalității individului, ea incluzând acele comportamente care violează normele juridice, întrucât indivizii respectivi nu dispun de capacitatea de a le respecta și de a li se supune.

Importanța evaluării psihologice, ca etapă a intervenției, este indiscutabilă. Pe baza acesteia, se realizează *diagnosticarea diferențiată*. Evaluarea psihologică reprezintă o modalitate de investigare care folosește ca instrument două elemente principale: un ansamblu de metode standardizate, metode prin care se creează o situație experimentală ce are valoare de stimul și cere anumite reacții cu valoare de răspuns și relația examinatorului cu cel examinat, relație în cadrul căreia cei doi parteneri vehiculează mesaje cu anumite semnificații. Modalitatea de examinare nu este o situație neutră. În expertiza medico-legală, ea este cu atât mai puțin neutră, dat fiind faptul că cel examinat se află deja sub interdicția legii, indiferent că el realizează sau nu gravitatea faptei comise.

Ca metode obiective standardizate pentru aprecierea potențialului delictual și, eventual, a probabilității de recidivă se consideră necesară folosirea a trei categorii de probe: interviul, probele proiective și probele pentru eficiența cognitivă.

❖ Interviul este un instrument de diagnosticare și de înțelegere a clientului cu problemele sale. Prin interviu, sunt urmărite obiective precum: motivații ale acțiunii, delimitarea tensiunilor personale ale clientului, înțelegerea motivației de acțiune, evaluarea impactului și riscului social al faptei comise.

❖ Probe proiective – se pot folosi chestionare de tendințe, chestionare de atitudini, chestionare de personalitate (P.A. – personalitate premorbidă, W.M. – reactivitate psihopatologică manifestată în prezent, testul proiectiv Luscher, teste de personalitate – MMPI, Freiburg etc.).

❖ Dezvoltarea funcțiilor mentale, în special, sub aspectul lor intelectual, reprezintă o altă dimensiune a persoanei, cu implicații semnificative în comiterea actelor antisociale. De această dezvoltare depinde formarea persoanei, achiziția unor habititudini de adecvare socială, de manifestare față de altul, de satisfacere a propriilor trebuințe în context social – ca metodă se folosește Matricea Progresivă Raven – pentru stabilirea IQ-ului.

Examinarea psihologică în expertiza medico-legală trebuie să țină cont de situația limită a subiectului investigat. Relația dintre examinator și examinat este ea însăși un instrument de investigație. Semnificațiile care se vehiculează în această relație pot deveni surse de informație. Probele psihologice sunt instrumente de investigație, rezultatul folosirii lor depinzând de calitatea, experiența teoretică și practică a specialistului. Rezultatele unei probe se cuantifică, dar mai ales se interpretează într-un context de date. Probele proiective oferă informațiile cele mai complete despre

mecanismele implicate în săvârșirea unui act, în cazul de față, al unui act antisocial. Ele indică, de asemenea, intensitatea patologică a implicării respectivelor mecanisme cu repercusiuni asupra discernământului și deci a responsabilității persoanei. Nu se pune accentul, în mod exclusiv, pe o probă anume, ci pe situația de examinare. Se acordă o atenție deosebită nu IQ-ului în sine, ci semnificației acestuia în contextul situației și al celorlalte probe.

Se observă comportamentul în situația de examinare, reacțiile subiectului, angajarea lui în situație, comentariile subiectului, atitudinea sa globală (sumesivă, culpabilă, agresivă, revendicativă, detașată, bizară). Relația cu persoana examinată nu va debuta pornind de la actul comis, ci de la antecedentele persoanei, deci va fi o relație de tip anamnestic. Examinarea psihologică nu se va axa pe aspectele faptice și instrumentale ale conduitei persoanei în cauză, ci pe aspectele cauzale și motivaționale.

BIBLIOGRAFIE:

1. V. Dragomirescu, O. Hanganu, D. Prelipceanu - *Expertiza medico-legală psihiatrică* – Edit. Medicală, Buc., 1990
2. Gh. Scripcaru, V. Astărăstoie, P. Boișteanu, C. Scripcaru, V. Chiriță – *Psihiatrie medico-legală* – Edit. Polirom, 2002
3. N. Mitrofân, V. Zdrenghia, T. Butoi – *Psihologie judiciară*, Casa de editură și presă „Șansa“, Buc., 1994

Irina MITREA – Psiholog principal, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași
S. MELINTE – Medic primar psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași

ORIENTAREA ANTROPO-CULTURALĂ ȘI ȘTIINȚIFICĂ ACTUALĂ A PSIHIATRIEI EXPERTALE

Gheorghe SCRIPCARU, Călin SCRIPCARU

Abstract:

Starting from the „epistemological naturalisation of sciences of life“, the authors present the complex content of medico-legal psychiatric examination, from which will result its scientific structure. The ontological, epistemological hermeneutical and axiological content of this type of examination emphasize its methodological structure in the purpose of combining in a creative way its humanistic and scientific features.

Key words: epistemology, psychiatric expertise.

În evoluția sa istorică, expertiza medico-legală psihiatrică a urmat îndeaproape concepțiile socio-culturale și științifice despre boala mintală. Evoluția a fost consecința firească a faptului că unitatea omului ca specie și non-unitatea sa ca ființă socială a generat complexitatea și variabilitatea omului ca ființă culturală (Leach). Faptul s-a exprimat, în primul rând, în diversitatea concepțiilor culturale asupra sufletului uman, ceea ce, în zilele noastre, s-a concretizat în definirea personalității plecând de la mediul cultural al instituțiilor sociale (R. Linton, A. Kardiner) până la conceptul actual de *personalitate anomică* generat de mediul subcultural anomic marginal, deviant sau carceral. Faptul apare firesc sub aspect științific, deoarece, omul, neavând programe fixe de comportament și răspunsuri instinctuale sigure înscrise în gene, și-a bazat comportamentul pe cultură, pe norme create și învățate (ceea ce a condiționat și evoluția sa), cultura creând varietatea de alegeri comportamentale între alternative și căpătând un rol preponderent în comportamentul uman. Astfel, cultura, datorită rezonanței sale afective puternice, a creat identități, prin aceea că procesele mentale reflectă mai mult sau mai puțin adecvat, realitățile externe, identități ce își urmează, implacabil, destinul. În esență, cultura are rolul de a da viață realității naturii și, *per a contrario*, de a goli conținuturile sale de alteritate, generând devianța.

Astăzi, printre riscurile globalizării, se citează și omogenizarea culturii și spiritualității, de unde reacția de autoapărare a „comunităților noologice“ (Bădescu) ca, de exemplu, conflictele fundamentaliste, în general, și devianța de la normele culturale ale comunității, în particular (B. Nicolescu).

N. Mărgineanu afirma că atunci când relațiile individ-societate sunt „sub semnul nedreptății și minciunii, patologia umană și socială devine o patologie culturală“. Faptul se reflectă în diversitatea coercițiunii sau toleranței unor astfel de comunități în ceea ce privește definirea unor conduite, ca și în trasarea limitei dintre normalitate și patologia mintală ca problemă prin excelență culturală a comunității. De aici, și dificultatea de a adopta scheme transculturale de diagnostic, influențate puternic de bariere culturale, teorii medicale, sens al limbajului etc. (Prelepceanu), fapt reflectat în ICD-9 și în DSM-IV, alcătuite sub egida O.M.S. sau a unor comunități științifice. Încă Wittgenstein afirma că limitele limbajului logic reprezintă granițe ale lumii în care omul trăiește și visează, dincolo de care se deschide imperiul libertății nebune.

Nebunia devine și ea o entitate istorică mai mult decât naturală (spunea Foucault), de ordin cultural, ce nu este numai simptomul unei suferințe a rațiunii individuale, ci și rezultatul funcționării anarhice a unui sistem cultural, conținând chiar un mesaj pentru securitatea culturală a omului.

Freud, de asemenea, făcea o diferență de grad și nu de natură, între sănătate și boala mintală pe care o considera o rațiune răsturnată a imaginii de sine. Nebunia devine astfel o altă modalitate de a trăi libertatea umană (Protopopescu). Nebunia este însăși umanitatea omului, o parte constitutivă a făpturii lui, un orizont antropologic, epistemologic și estetic, în care omenescul din om se poate regăsi și înțelege, spunea același Foucault. Din perspectiva acestor orizonturi, vom aborda și nebunia ce cade sub incidența normelor comunitare.

Antropologie culturală și expertiză penală

Intersectarea concepțiilor medico-culturale despre boala mintală cu Justiția se consumă în cadrul „psihiatriei penale”, în care crima se percepe încă drept „boală” a corpului social prin absența motivației sau motivația sa patologică, prin facilitatea mărturisirii ei și deci prin lipsa oricărei asemănări între act și persoană (crima ca simptom de boală). Chiar de la începuturile ei, psihiatria expertală a fost o practică socială dictată, mai ales, de nevoia de a evita riscurile nebuniei (nebulia ca primejdie), înainte de a deveni o problemă medicală (nebulia ca boală). În acest context, expertiza devenea sau înlocuia judecătorul, evoluând de la act la persoană, de la tipul de delict la personalitate, apoi de la conținutul faptei la responsabilitate, până azi când evoluează spre o gestiune corectă a bolii în care intră și reeducarea prin pedeapsă.

Pentru a evita acuza de psihiatrizare a procesului penal și chiar a omului, proba expertală psihiatrică, sub aspect metodologic, se cere a fi loială, completă, exhaustivă și obiectivă științific, pentru că orice enunț psihiatric ce nu poate eluda culpabilitatea, să aibă efecte de veritate înaintea celor de putere, să poată sta la baza adevărului judiciar. De altfel, cu toate erorile sale, Lombroso a fost primul care a introdus metoda de cercetare științifică a nebuniei prin studiul antecedentelor persoanei (cazul Misdea) și prin căutarea unor stigmatice psiho-fizice, în scopul de a distinge „revoluționarii de răsculați și anarhiști”.

„Naturalizarea epistemologică” a științelor viului

Într-un secol al științei și epistemologiei, se impune ca nu numai oamenii să cunoască efectele justiției, ci și Justiția să cunoască oamenii, astfel ca practicianul în justiție să nu fie doar un cuantificator de pedepse, ci și un om de știință, deoarece dereglările comportamentale se află întretesute intim cu istoria persoanei, cu fenomenologia manifestărilor sale comportamentale și cu evoluția logicii cercetării științifice, cu epistemologia. Scientizarea gândirii moderne relevă că știința este un construct cultural în ultimă instanță, deoarece este condiționată social-istoric, iar dezvoltarea științei a constituit impulsul de idei la nivelul culturii (prin reforma protestantă, hermeneutica renescentistă sau cosmologia transcendentală). Știința este deci o parte a culturii, un instrument prin care omul se raportează la lume, fiind aceeași, indiferent de tipul de cultură. Dacă știința și civilizația consecutivă este universală și uniformizează, cultura fragmentează și conferă omului un statut și rol dependent de aceasta, deoarece, știința e unică, dar culturile sunt multiple (Malița).

Epistemologia, ca logică a cercetării științifice, face adevărul impersonal și obiectiv prin corespondența gândirii cu faptele, prin consensul dintre cercetători, prin paradigme general admise, în care scop ea apelează la argumentare științifică, la transformarea ipotezelor în teze și la permanenta verificare a teoriilor, cât timp „adevărul e eroarea ce a biruit”, și chiar și în știință, adevărurile, până la confirmarea lor, sunt failibile. Șt. Lupașco, B. Nicolescu, vorbesc astăzi de „naturalizarea epistemologiei” plecând de la multitudinea legăturilor cauzale din domeniul viului, de la considerentele de ordin etic ale cercetărilor din domeniu și chiar de deplasarea epistemologiei spre cunoașterea psihicului uman. (Până acum se consideră că, cu cât este mai slabă epistemologic o disciplină, ca psihiatria, cu atât ea se pretinde a fi mai științifică și cu atât își arogă mai multă putere, ignorându-se faptul că puterea nu reprimă natura, ci o produce, ca de exemplu stigmatizarea și etichetarea).

Astfel, Șt. Lupașco, prin logica sa energetică, plecând de la cele trei feluri de normalitate psihică și adaptare comportamentală, arată că lor le corespund și trei forme de patologie mentală și de etică consecutivă: maladii datorate adaptării prea puternice la macrofizic și a excesului de non-contradicții raționale (ca schizofrenia), maladii datorate adaptării prea puternice la non-contradicțiile iraționale (ex.: psihoza maniaco-depresivă) și maladii datorate slăbirii sistemului necontradictoriu al subiectului, hipoferent și hipoeferent, înăuntrul psihicului (ex.: deficitale mentale).

Cele trei etici corespondente sunt ale omogenului (ale acordului cu intelectul cognitiv), a heterogenului ce decurge din logica diversității și a stărilor intermediare.

„Naturalizarea epistemologiei“ se manifestă și în efortul logic de a stabili relația de trecere de la input-ul (motivația faptei, *mens rea*) la output-ul comportamental (*actus reus*), apoi, prin logica trecerii de la diagnostic la producția sa comportamentală (prin care psihiatria expertală depășește puterile dreptului) și, în sfârșit, prin abordarea mentalului, nu numai epistemologic, ci și ontologic (natura sa) și hermeneutic (înțelegerea semnificației comportamentului).

Într-o astfel de abordare complexă epistemologic, psihiatria expertală va respecta imperativele dovedirii științifice a oricăror afirmații, va elabora punți epistemice între boală – faptă – răspundere și va accepta ideile prin autoritatea lor științifică intrinsecă, exclusiv. În acest demers imperativ, cercetătorul se va păzi de idolii cunoașterii epistemice, cum ar fi acela de a da obiectului cercetat o imagine conformă sentimentelor sale, a iubi ceea ce se confirmă și nu ceea ce se contrazice și a crede în idei preconcepute, în intuiție, în loc de a cerceta și a avea îndoieli rezonabile.

Din cele de mai sus, rezultă conținutul complex științific (ontologic, psihiatric, logic, axiologic și normativ) al psihiatriei expertale.

Conținutul ontologic al psihiatriei legale

Boala mintală și, cu atât mai mult, fapta de comportament anti sau asocial, este un construct ce relevă evoluția de structurării comportamentului în perioada evoluției individuale, relația bolii cu fapta (fapta ca simptom de boală), ca și gradul de deteriorare mentală (regula lui Durham) ce se reflectă în culpabilitatea persoanei. Criteriile DSM, experimentele de tipul celui al lui Rozenham etc. relevă că riscul expertal, sub aspect ontologic, este de a lua o persoană sănătoasă ca bolnav mintal, mai frecvent, decât invers, ceea ce atestă că un diagnostic expertal trebuie să fie în afara oricăror îndoieli rezonabile.

Conținutul epistemic al psihiatriei expertale

Înțelegerea comportamentului aberant, a naturii sale ontologice, permite înțelegerea din care decurge evoluția reprezentărilor faptei (discernământului) de la heteronomia la autonomia sa, pentru a putea fi admis ca o punte epistemică între boală (*mens rea*) și faptă (*actus reus*), pentru a putea fi admis ca un marker de conștiință din momentul faptei. În acest scop, psihiatria expertală utilizează criteriologii psihiatrice (capacitatea de a proiecta realitatea și fapta prin anticipare comportamentală, deoarece, înainte de a simți și acționa, omul își reprezintă consecințele faptelor sale), atât sub aspect cognitiv (își dă seama și cunoaște consecințele faptelor sale), cât și sub aspect volitiv (este stăpân pe actele sale).

În același scop, psihiatria legală utilizează chiar și criterii juridice, capacitatea de reprezentare sau de discernământ substituindu-se iresponsabilității penale. Având în vedere caracterul limitat al markerului de discernământ, noi propunem înlocuirea sa cu constructul de *reprezentare a conținutului și consecințelor faptelor proprii*, reprezentările individuale integrându-se efectiv în reprezentările sociale conținute în simțul comun și analog paradigmatelor științifice, după S. Moscovici. Reprezentările sunt constituite din elemente ale cunoașterii fundamentale bazate pe adevăruri și norme și au origine în cultura în care omul se naște, în limbaj, în socializarea primară, devenind astfel instrumente mental-expertale fiabile în evaluarea comportamentală, ele operând cu experiența proprie de viață, cu ideile majorității comunitare etc. Reprezentarea mentală este intim legată de anticipare, iar anticiparea, de posibilitatea de modificare a comportamentului, comunicarea însăși fiind un schimb permanent de reprezentări – Regula lui McNaghten privind capacitatea de a cunoaște consecințele faptelor proprii prin reprezentare la care se raportează și instituția penală a vinovăției) este mai fiabil corelată cu instituția penală de iresponsabilitate.

Conținutul hermeneutic al psihiatriei legale

Mulți autori consideră că psihiatria nu e o știință, ci o hermeneutică a interpretării stării mentale, a opiniilor despre ea, a originilor și cauzelor sale, a aspectelor sale deterministe și fenomenologice, ca și a semnificației sale.

Semnificația hermeneutică a comportamentului aberant este legată de socializarea primară, de starea de anomie microsocioală ce suprapune efortul de „ontonomie“ (de formare a omului în cadrul

normelor admise) pe protocomportamentul ereditar al capacității de învățare, ca matrice a socializării pozitive. Ori, boala mentală desface „urzeala evoluției“ (Foucault) prin afectarea primară a structurilor recente evolutiv și apoi pe cele arhaice, mai vechi (natură în evoluție inversă), comportamentul nefiind altceva decât o suprapunere de comportamente, de la cele instinctive, primitive, la cele noologice, câștigate.

Comportamentul ca sursă de informație despre starea de conștiință din momentul actului capătă semnificație deplină și prin luarea în considerație expertală a rolului victimei, a situației cu rol de trecere la act, „a tehnicilor de mortificare în spital“ (Goffman), deci a stigmatizării psihiatrice sau a etichetării judiciare.

În condițiile creșterii violenței actuale, când se vorbește de eurocriminali, de asemenea, semnificația nocivității comportamentale devine o obligație expertală, nocivitate ce ține de mediu și circumstanțe mai mult decât de tipul de îmbolnăvire și, prin care, deși nonpredictivă întru-totul, apare a fi o judecată de valoare sociologică mai mult decât medicală.

Conținutul normativ al psihiatriei expertale

Expertiza psihiatrico-legală apare ca un tampon între societate și boală, de aceea ea trebuie să se încadreze în normele procesuale de efectuare, atât prin cunoașterea modului de comitere a faptei (din care decurge caracterul faptei ca simptom de boală) cât și prin ajutorul dat efortului de justiție restaurativă, de reeducare și reinsertie comportamentală. Respectarea metodologiei de lucru, de la cunoașterea antecedentelor și a mediului existențial de viață, la modul de comitere al faptei, al rolului victimei și situațiilor, ca și a rezultatelor observației clinice și al explorărilor complementare, se impun, în acuratețea lor, indiferent de activitatea expertală în penal sau în civil.

Conținutul axiologic al psihiatriei expertale

Etica are sarcina de a împiedica puterea omului asupra semenului său, spunea Elie Wiesel, astfel că respectul drepturilor bolnavului, ca valori în sine, în care demnitatea este superioară voinței celui ce o poartă și prin care se afirmă preeminența individului față de interesele sociale, se impun drept coordonate etice ale actului expertal. În virtutea respectului lor, se impune dreptul bolnavului la informare și consimțământ, până acolo încât tehnologiile de explorare să nu transforme bolnavul dintr-un obiect de comunicare într-un simplu obiect de informare, să nu crească puterea expertului asupra bolnavului și să nu deplaseze expertiza de la un act etico-științific în altul de detecție judiciară. Mai mult, cu valoare de metadigme, trebuie exclus riscul de etichetate, trebuie eliminată privarea de libertate prin puterea exclusivă a diagnosticului, acesta, ca act expertal și social putând avea un potențial negativ pentru bolnav, acuratețea și obiectivitatea diagnosticului expertal incluzând multiple riscuri atât pentru bolnav, cât și pentru societate. În acest sens, corpul nu poate fi obiect de probă expertală, decât în limite etice, de unde și responsabilitatea particulară a expertului. În același sens, expertul va ține cont că nu este un reprezentant al Justiției, ci un om de știință, că nu trebuie să fie paternalist, ci să respecte coordonatele exclusiv medicale ale expertizei, care nu disculpă și nici nu inculpă, aceste coordonate fiind atribuțiile exclusive ale Justiției.

Responsabilități expertale

Responsabilitatea medicală evoluează rapid către forme contractuale, către acoperirea riscurilor prin asigurări și chiar către răspunderea pentru rezultat. În această evoluție, greșelile de diagnostic și nesupraveghere cu impacturi antisociale, tratamentele neconforme regulilor actuale ale științei, neprevederea riscurilor sau vătămărilor aduse terților, sunt surse de indemnizare morală ce pândesc activitatea medicală și, mai ales, cea expertală.

Răspunsul predictiv și profilactic trebuie să vină de la competența mereu reînnoită (ca primă formă de onestitate față de bolnav și societate), de la conștiinciozitatea efectuării actului expertal (în care nu se va abdică de la noțiunea de *medic al sufletului*), de la neutralitatea și obiectivitatea acestui act, ca și de la conștiința limitelor proprii și acceptarea muncii de echipă, după care un diagnostic nu trebuie luat *tale quale* și, evident, de la obligația de a nu participa la victimizarea, etichetarea sau chiar sancționarea persoanei printr-un diagnostic greșit sau ambivalent.

BIBLIOGRAFIE:

1. Bădescu, I., *Noologia*, Ed. Valahia, 2002
2. Enăchescu, C., *Fenomenologia nebuniei*, Ed. Paidea, 2001
3. Foucault, M., *Anormalii*, Ed. Univers, 1999
4. Foucault, M., *Biopolitică și medicină socioală*, Ed. Ideea Design, 2003
5. Lewis, O. Dorothy, *Vinovați de demență*, Ed. Alfa, 2001
6. Malița, M., *Zece mii de culturi, o singura civilizație*, Ed. Nemira, 1990
7. Moscovici, S., *Urmele timpului*, Ed. Polirom, 2002
8. Mărgineanu, N., *Psihologie și literatură*, Ed. Dacia, 2002
9. Nicolescu, B., *Noi, particula și lumea*, Ed. Polirom, 2002
10. Petru, I., *Lupașco și cele trei logici ale sale*, Ed. St. Lupașcu, 2002
11. Protopopescu, V., *Dincolo de seninătate*, Ed. Trei, 2001
12. Prelipceanu, D. și col., *Tratat de sănătate mintală*, Ed. Enciclopedia, 2000
13. Vaysse, M.J., *Inconștientul modern*, Ed. Trei, 2003
14. Wittgenstein, L., *Tractatus logico-philosophicus*, Ed. Humanitas, 1991

Gheorghe SCRIPCARU – Academician, Profesor Dr., Institutul de Medicină Legală, Iași
Călin SCRIPCARU – Profesor med. legală, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola” Iași

PROGNOZAREA RISCULUI DE APARIȚIE A STĂRILOR REZIDUALE PÂNĂ ÎN 3 ANI DE LA DEBUTUL SCHIZOFRENIEI PARANOIDE

M. REVENCO, Larisa BORONIN, Igor NASTAS

Abstract

The work tackles the peculiarities of the defective state onset with 200 patients, diseased with the paranoid schizophrenia before the age of 25. The study of initiating and predisposing exogenous and endogenous risk factors of early defect onset (1-3 years) of patients has been performed, as well as the symptoms and syndromes which, in our opinion, also constitute risk factors for the early defective state onset and have an unfavourable prognosis. The adduced data can be used in determining the prognosis of schizophrenic defect probability at the first three years of disease.

Key words: schizophrenia, defective state, prognosis.

Actualități:

În general, pe parcursul ultimelor decenii, se constată patomorfoza atipică a simptomelor și sindroamelor în diferite tulburări psihice. Sunt mai mulți factori care generează aceste evoluții. Una dintre teoriile explicative este cea a „patomorfozei epocale“ (1). Un alt factor de aceeași importanță în patomorfoza maladiilor „endogene“ îl constituie intervenția medicamentoasă în psihiatria modernă (2). Fenomenul se explică prin evoluția naturală a tulburărilor într-un interval de timp îndelungat, excluzând intervențiile medicamentoase și vârsta. În calitate de exemplu tipic al patomorfozei epocale poate fi considerată tendința de somatizare a tulburărilor de limită, schizofreniei, a psihozei afective bipolare, instalarea unor simptome pseudonevrotice, pseudopsihopatie și afective. În cadrul schizofreniei se pot constata schimbări diverse evolutive, deci o generalizare a patomorfozei bolii. Fenomenul patomorfozei schizofreniei cu implicație biopsihosocială este relatat de Suțu A. ș.a. (1964), Clarke M. et al., (1999), Meyer T. et al. (2002), Olsen K.A., Rosenbaum B. (2006), Nacu A.G., Larisa Boronin, Nastas I. (2006).

În condiții actuale, evoluția schizofreniei paranoide este lipsită de consecutivitatea clasică, relatată de Magnan, în 1892. Dificultățile de diagnostic, întotdeauna, apar în condițiile debutului insidios, mascându-se cu tulburări somatoforme sau altele de natură non-psihotică (depressive, pseudonevrotice, pseudopsihopatie, sindrom de intoxicare metafizică). Atipia și polimorfismul tulburărilor psihice inițiale, cu atât mai mult cauzează dificultăți de diagnostic și în cazul adresabilității acestor pacienți la medicii de familie.

Din alt punct de vedere, tratamentul aplicat la etapa inițială a bolii poate influența evoluția în sens pozitiv a schizofreniei McGorry P.D. (2002). Dificultățile de diagnostic precoce a schizofreniei paranoide cauzează tratamentul întârziat și respectiv condiționează instalarea întârziată a remisiunii.

Scop și obiective: Constau în stabilirea factorilor de risc pentru evoluția malignă a bolii și, prin aceasta, oferă posibilitatea luării în evidență a grupurilor de risc, tratamentul adecvat profilactic, resocializarea pacienților și scăderea cazurilor de invaliditate primară. Esența lucrării constă în pronosticarea stării reziduale în baza a 10 itemi constatați statistic cu risc crescut de malignitate pentru apariția stării de defectualitate psihică (stări reziduale).

Materiale și metode: Lucrarea a fost efectuată în Instituția Medico-Sanitară Publică Spitalul Clinic de Psihiatrie, orașul Chișinău. Datele investigațiilor au fost prelucrate prin metode de analiză variațională și discriminantă. Dependența statistică dintre parametrii calitativi s-a efectuat prin tabele de contingență, iar pentru verificarea ipotezei de independență a liniilor și coloanelor s-au folosit criteriile χ^2 . Pe un lot de 200 pacienți cu schizofrenie paranoidă, s-a efectuat verificarea funcției discriminante (F). Matematic problema fiind formulată, ea se reduce la deducerea unei reguli, a criteriului de discriminare în baza analizei datelor a două selecții (pacienții cu stări reziduale până în 3 ani de la debut și care nu au făcut stări reziduale la această etapă). În cazul în care $F < 0$, se prognozează evoluția benignă (starea reziduală în primii 3 ani de la debut nu va fi), iar în cazul când $F \geq 0$ se prognozează evoluția malignă (risc crescut de apariție a stării reziduale timp de 3 ani de la debut).

Rezultate și discuții: Rezultatul constă în posibilitatea de a pronostica apariția stărilor reziduale (defectualitate psihică), în cazurile de schizofrenie paranoidă la pacienți sub vârsta de 25 ani, în baza simptomelor clinice din debutul bolii.

În baza lotului investigat, putem evidenția următoarele sindroame psihopatologice tipice etapei de debut: **Simptome derealizare-depersonalizare cu dismorfofobii, tulburări afective marcate și asociative, pseudonevrotice, sindrom pseudopsihastenic, pseudopsihopatic și sindrom de intoxicare metafizică.**

Senzația de schimbare a propriei persoane este un simptom greu suportat de pacienți și care denotă nivelul subpsihotic al bolii. Adeseori, simptomul nu este relatat de pacienți la momentul oportun, dar este constatat retrospectiv din declarațiile ulterioare ale pacientului sau ale rudelor, care relatează vizualizarea frecventă în oglindă a pacienților sau evitarea de a se fotografia pentru a ascunde anumite „defecte fizice“. Diagnosticarea dismorfofobiilor se face în baza a patru criterii de bază: **1.** Ideeație prevalentă, obsesivă sau delirantă asupra unui defect fizic; **2.** Idei delirante axate asupra defectului fizic; **3.** Sindrom depresiv cu declarații sau, mai rar, tentative autolitice; **4.** Examinare repetitivă în fața oglinzii și refuzul de a face poze. Ideile dismorfofobice sunt inițial prevalente, iar apoi devin delirante și orientează comportamentul pacientului. La această etapă, dismorfofobiile devin bizare și se asociază cu cenesstopatii, halucinații tactile, olfactive și auditive. Pacienții prezintă anxietate, detașare de anturaj, senzația de schimbare a „eu“-lui. Dismorfofobiile de etiologie schizofrenă sunt constante și bizare. Cu cât mai târziu apar la etapa de adolescență, cu atât mai verosimil este apartenența sa la schizofrenie.

La etapa inițială, tulburările asociative se exprimă prin dificultăți de evidențiere a esențialului din fluxul de asociații care este adeseori haotic, lipsit de coerență, la fel scad capacitățile comprehensive. Sunt posibile fenomene de fadding mental, sperrung, raționament steril, asociații paralogice. Inițial, se constată fenomene de interpretare delirantă, predispoziție delirantă, imaginație delirantă, fenomene obsesive, fobii (lizofobii, tanatofobii, nozofobii), compulsii (dromomanii, dipsomanii, ritualuri), idei prevalente (hipocondriace, dismorfofobice) care evoluează spre idei delirante de persecuție, otrăvire, influență sau mistice religioase. În funcție de fundalul afectiv, pot fi constatate idei delirante de autoumilitare, nihiliste, sindrom Cotard sau idei de grandoare, megalomanice, de filiație, posibil în asociere cu sindrom Kandinski-Clerambault.

Tulburări afective, adeseori, sunt asociate cu tulburări volitive și se manifestă cu dispariția atașamentului pentru părinți, copii, rude, dar care se substituie cu reacții distimice și ostile pentru aceiași aparținători. Pacienții tineri, în vârstă de 15-25 ani, prezintă adeseori simptome depresive atipice, anxietate generalizată, ideație autolitică. Se acuză scăderea de vitalitate, disconfort psihic, tensionare afectivă, lipsă de inițiativă, care în cazurile manifeste simulează simptomatologia cu simptome apatice și abulice la etapa de debut. Sunt posibile stări disforice, similare tulburărilor pseudopsihopate, inclusiv cu tentă de heboidie. O altă particularitate constă în labilitatea afectivă în timpul puseului. Stările depresive pot debuta cu tulburări disvegetative: labilitate, tensiune arterială și stări hipertensive refractare la tratament antihipertensiv. În asemenea cazuri, este indicat tratamentul antidepresiv.

Conform cu rezultatele obținute în lotul de pacienți investigați, simptomatologia pseudonevrotică este manifestată cu sindrom *obsesiv-fobic, asteno-hipocondriac, dismorfofobic și dereali-*

zare-depersonalizare. Asemenea debut se constată la personalități de tip impulsiv și anancast, având o durată de la câteva luni până la 1-2 ani. În general, *sindromul obsesiv-fobic* la tineri este asemănător sindromului obsesiv-fobic la adulți. Totodată, se constată unele particularități exprimate prin fenomene obsesiv-imaginative intense care pot evolua până la comportament autolitic. Ideea obsesivă este însoțită de ritualuri pe care pacienții le impun și anturajului. Fobiile au, adeseori, expresia unor lisofobii.

Sindromul *asteno-hipocondriac* nu prezintă deosebiri semnificative față de adulți. Acuzele hipocondriace sunt cu referință cardiacă (tahicardie), organe sexuale sau vertebrogenă. Pentru acest lot de pacienți, sunt tipice simptome dismorfofobice. Se acuză fobii greu explicabile, simptome de anestezie psihică sau idei prevalente hipocondriace de tipul unor nozofobii și tanatofobii. Ca rezultat se inventează diete, regimuri zilnice speciale, exerciții pentru depășirea acestor situații. Fundalul afectiv este de tip subdepresiv sau depresiv. Simptomatologia psihoprodutivă spre care se evoluează în continuare este manifestată cu idei delirante hipocondriace, de persecuție, influență și otrăvire.

În lotul nostru de pacienți, tulburările pseudopsihopatice au fost constatate cu preponderență la pacienți cu trăsături caracteriale de tip impulsiv. Asociat, pacienții prezentau sindrom de intoxicare metafizică. Durata acestui tip de debut este până la 2 ani și evoluează în continuare cu simptome prevalente, agravarea simptomelor negative, comportament antisocial, reacții afective spontane, agresivitate față de aparținători, dezinhibiție sexuală și comportamentală. Consumul de stupefiante (opiacee, anticolinergice, adevizi) contribuie la instalarea simptomatologiei halucinator-paranoide care evoluează atipic. Stupefiantele contribuie la apariția halucinațiilor vizuale. La etapa psihotică care debutează, ca regulă, acut tabloul clinic prezintă simptomatologie afectivă și halucinator-paranoică, apariția, în continuare, a sindromului Kandinski-Clerambault. Structura ideilor delirante este de persecuție, influență, relație, stări mixte paranoice sau parafrene.

În debutul schizofreniei paranoide cu sindrom de intoxicare metafizică, sub vârsta de 25 ani predomină tipul autist care în lotul de pacienți investigați a fost constatat în 28 % cazuri. Conținutul psihopatologic, cu preponderență la bărbați, este de aspect fantastic, filozofic sau mistic religios. Simptomatologia este bizară, lipsită de coerență și productivitate. Tulburările asociative sunt marcate de raționalism steril, care evolutiv se transformă în simptomatologie delirantă, pacienții invocând influența unor „forțe“, senzații de „transformare a energiei“, „hipnotizare“ prezintă nozofobii. Odată cu apariția simptomelor halucinator-delirante la pacienți se păstrează predispunerea pentru asociații sterile. La femei, simptomatologia delirantă derivă din ideile prevalente de grandoare și otrăvire care, ulterior, evoluează spre idei delirante complexe de influență, persecuție, otrăvire, grandoare sau filiație. Pentru ambele sexe o particularitate a acestui sindrom constă în atracția patologică pentru jocuri la calculator și Internet, ideea delirantă axându-se asupra unor „tehnologii informaționale“ sau influenței asupra lor a rețelei Internet.

Prognozarea evoluției schizofreniei paranoide ar oferi posibilitatea prevenției malignizării rapide, menținerea pacientului în cadrul socio-familial și beneficiu economic. Investigând lotul de pacienți, în baza rezultatelor obținute și a prelucrării statistice a datelor, s-a făcut o comparație cu rezultatele programate (Tabel I):

Tabel I

Rezultate reale	Rezultate programate				Total pacienți
	Fără stări reziduale		Cu stări reziduale		
	pacienți	%	pacienți	%	
Fără stări reziduale	150	84,75	27	15,25	177
Cu stări reziduale	5	21,74	18	78,26	23
Total	155	73,5	45	22,5	200

În continuare, redăm câteva cazuri cu constatarea funcției discriminante, în comparație cu tipul de evoluție al bolii peste 3 ani de zile:

Exemplul 1

Pacient P., f.o. nr. 130, spitalizat 14.03.2003 – 07.04.2003 cu diagnosticul: Schizofrenie paranoidă, sindrom anxios-paranoid. Cu antecedente heredocolaterale, având o mătușă pe linia mamei bolnavă de schizofrenie. Din copilărie, prezenta trăsături introvertite, asociate, în continuare, cu impulsivitate. Boala debutează la vârsta de 17 ani cu episoade de comportament recalcitrant și agresiv, consum alcool, absentism școlar și vagabondaj. Ulterior, peste 6 luni după admiterea la facultate pacientul prezintă deja comportament bizar, insomnie, anxietate, idei delirante de relație, persecuție, otrăvire și hipocondriace, acuză senzații de disconfort toracal, scăderea randamentului și a capacităților în activitatea de zi cu zi. La vârsta de 19 ani, face primul episod psihotic cu spitalizare în spitalul de psihiatrie.

Valoarea efectuată a funcției discriminante: $F = -1,26$, fapt care presupune că pacientul nu va face stare reziduală timp de 3 ani.

În realitate, sub aspect clinic și evolutiv, acest pacient a prezentat evoluție benignă. Internările ulterioare au fost marcate de răspuns bun la tratament, iar pacientul nu a făcut stare reziduală în această perioadă.

Exemplul 2

Pacient L., f.o. nr. 64, spitalizat 04.02.2003 – 16.03.2003 cu diagnosticul: Schizofrenie paranoidă, sindrom halucinator – paranoid și Kandinski-Clerambault. În antecedentele heredocolaterale, mama este bolnavă de epilepsie. Naștere cu asfizie, evidență și tratament neurologic în copilărie. În antecedente personale patologice, are un traumatism craniocerebral la vârsta de 20 ani. Structură de personalitate tip anankast. Boala debutează la vârsta de 20 ani, când începe să prezinte insomnie, hiperactivitate, iar episodic, indispoziție și „lipsă de puteri“. Simptomatologia psihoproductivă a fost manifestată cu idei delirante mistice religioase, de influență, relație, halucinații auditive și automatisme mentale.

Valoarea efectuată a funcției discriminante: $F = 1,91$, fapt care presupune că pacientul va face stare reziduală timp de 3 ani.

Analiza retrospectivă a cazului a constatat evoluție malignă cu internări anuale și simptomatologie delirant-halucinatorie rezistentă la tratament. În realitate, pacientul a făcut stare reziduală în această perioadă.

Exemplul 3

Pacient M., f.o. nr. 186, spitalizat 19.04.2001 – 17.05.2001 cu diagnosticul: Schizofrenie paranoidă, sindrom halucinator – paranoid și Kandinski-Clerambault.

Cu antecedente heredocolaterale, tatăl fiind bolnav psihic. În antecedente personale are un traumatism cranio-cerebral la 20 ani. Structură de personalitate tip schizoid. Studii medii complete. Boala debutează la vârsta de 20 ani și se manifestă cu insomnie, comportament bizar, anxietate, „lipsă de energie“, disconfort toracal, iar ulterior, halucinații auditive și automatisme mentale. Valoarea efectuată a funcției discriminante: $F = -0,28$, fapt care presupune că pacientul nu va face stare reziduală timp de 3 ani. Analiza cazului a constatat evoluție malignă, internări repetate, simptomatologie rezistentă la tratament.

În realitate, pacientul a făcut stare reziduală în această perioadă.

Folosind 135 itemi clinici, au fost selectați statistic 10 cu potențial maxim de malignitate, în sensul unor stări reziduale până în 3 ani de la debutul bolii (Tabel II).

Tabel II

Simptom	χ^2	P
Situații de suprasolicitare în timpul serviciului militar	15,409	< 0,01
Stări psihotraumatizante în timpul muncii în străinătate	6,105	< 0,05
Insomnie	8,97	< 0,01
Disconfort toracal	0,083	> 0,05
Antecedentele heredo-colaterale psihiatrice	13,528	< 0,001

Simptom	χ^2	P
Antecedentele heredo-colaterale psihiatrice pe linia maternală	5,362	< 0,05
Antecedentele heredo-colaterale psihiatrice pe linia paternală	10,743	< 0,05
Traumatisme craniocerebrale cu alterarea cunoștinței	6,954	< 0,01
Scăderea tonusului vital	4,267	< 0,05
Tip de personalitate	4,165	> 0,05

Separat, fiecare din itemii respectivi are următoarele valori statistice (Tabele III, IV, V, VI)

Tabel III

Rezultate reale	Fără stări reziduale		Cu stări reziduale	
	pacienți	%	pacienți	%
1. Situații de suprasolicitare în timpul serviciului militar				
Fără stări reziduale	169	95,48	18	78,26
Cu stări reziduale	8	4,52	5	21,7
2. Insomnie				
Fără stări reziduale	0	0	1	4,35
Cu stări reziduale	177	100	22	95,6
3. Traumatisme craniocerebrale cu alterarea cunoștinței				
Fără stări reziduale	143	80,79	14	60,87
Cu stări reziduale	34	19,21	9	39,1
4. Stări psihotraumatizante în timpul muncii în străinătate				
Fără stări reziduale	159	89,83	23	100
Cu stări reziduale	18	10,17	0	0
5. Scăderea tonusului vital				
Fără stări reziduale	8	4,52	4	17,39
Cu stări reziduale	169	95,48	19	82,91
6. Disconfort toracal				
Fără stări reziduale	102	57,63	18	78,26
Cu stări reziduale	75	42,37	5	21,74
7. Antecedente heredocolaterale				
Fără stări reziduale	70	39,55	15	65,22
Cu stări reziduale	107	60,45	8	34,78

Conform cu datele din tabel, grad maxim de malignitate prezintă 3 criterii: insomnia (95,6 %), scăderea tonusului vital (82,91 %), prezența antecedentelor heredocolaterale (34,78 %) și a traumatismelor craniocerebrale (39,1 %).

Tabel IV

Rezultate reale	Fără stări reziduale		Cu stări reziduale	
	pacienți	%	pacienți	%
8. Antecedente heredo-colaterale pe linia maternală				
Fără stări reziduale	129	72,83	177	88,5
Cu stări reziduale	13	56,52	23	11,5
a) schizofrenie în antecedente				
Fără stări reziduale	19	10,73	177	88,5
Cu stări reziduale	7	30,43	23	11,5
c) epilepsie în antecedente				
Fără stări reziduale	1	0,56	177	88,5
Cu stări reziduale	1	4,35	23	11,5

Rezultate reale	Fără stări reziduale		Cu stări reziduale	
	pacienți	%	pacienți	%
d) etilism în antecedente				
Fără stări reziduale	3	1,69	177	88,5
Cu stări reziduale	1	4,35	23	11,5
e) alte maladii psihice				
Fără stări reziduale	22	12,43	177	88,5
Cu stări reziduale	1	4,35	23	11,5

Examinarea statistică indică că antecedentele heredo-colaterale maternale au ca rezultat apariția schizofreniei la pacienții tineri de 2-4 ori mai frecvent, comparativ cu antecedentele heredo-colaterale paternale. Antecedentele maternale oferă un debut mai timpuriu, evoluție malignă, sindrom Kandinski-Clerambault, stare reziduală precoce. În lotul de pacienți investigați cu stare reziduală, antecedentele maternale au fost constatate în 7 cazuri, iar cele paternale au fost constatate într-un caz. Antecedentele paternale oferă un pronostic mai benign, în lipsa unor factori nocivi suplimentari (ca regulă, organicitate cerebrală).

Tabel V

Rezultate reale	Fără stări reziduale		Cu stări reziduale	
	pacienți	%	pacienți	%
9. Antecedente heredo-colaterale pe linia paternală				
Fără stări reziduale	153	86,44	177	88,5
Cu stări reziduale	19	82,61	23	11,5
a) schizofrenia în antecedente				
Fără stări reziduale	4	2,26	177	88,5
Cu stări reziduale	1	4,35	23	11,5
c) epilepsie în antecedente				
Fără stări reziduale	3	1,69	177	88,5
Cu stări reziduale	0	0	23	11,5
d) etilism în antecedente				
Fără stări reziduale	8	4,52	177	88,5
Cu stări reziduale	2	8,7	23	11,5
e) alte maladii psihice				
Fără stări reziduale	9	5,08	177	88,5
Cu stări reziduale	1	4,35	23	11,5

Mai jos sunt redat cazurile de stare reziduală precoce, funcție de structura de personalitate: tipul schizoid reprezintă (47,83 %) și anancast (30,43 %).

Tabel VI

Rezultate reale	Fără stări reziduale		Cu stări reziduale	
	pacienți	%	pacienți	%
10. Tip de personalitate				
a) Tip exploziv				
Fără stări reziduale	51	28,81	177	88,5
Cu stări reziduale	4	17,39	23	11,5
b) Tip schizoid				
Fără stări reziduale	56	31,69	177	88,5
Cu stări reziduale	11	47,83	23	11,5

c) Tip anankast				
Fără stări reziduale	68	38,42	177	88,5
Cu stări reziduale	7	30,43	23	11,5
d) Tip hipertim				
Fără stări reziduale	2	1,13	177	88,5
Cu stări reziduale	1	4,35	23	11,5

Concluzii: În conformitate cu datele obținute, probabilitatea pronosticată statistic de instalare a stării reziduale timp de 1-3 ani după debutul schizofreniei la pacienții care se încadrează în grupul de risc este de 78,26 %. Pacienții care nu se încadrează în grupul de risc au o confirmare statistică medie de 84,75 %. Considerăm utilă folosirea acestor criterii pentru pronosticarea evoluției maligne a schizofreniei paranoide și, în acest sens, aplicarea unor măsuri profilactice curative adecvate de prevenire a stărilor invalidizante.

BIBLIOGRAFIE:

1. Личко, А.Е., *Особенности эндогенных психозов в подростковом возрасте*, В кн.: Руководство по психиатрии в двух томах. / Под ред Г.В.Морозова. М.: «Медицина», 1988 – Т. 2. - С. 450-463
2. Шмаонова, Л.М., Либерман, Ю.И., Вроно, М.Ш., *Опыт эпидемиологического изучения детской шизофрении.* // Журн. невропатол. и психиатр, 1980, в. 10, с. 1514 – 1520
3. Suțu, A., Elena Mateș, Lupu, I. (Sibiu), *Evoluția stărilor schizofrenice la copii. Unitatea societăților de științe medicale. Societatea de psihiatrie. Conferința națională de psihiatrie*, București. 19-21 noiembrie, 1964. p. 72 - 73
4. Clarke, M., Brown, S., Mc Tigue, O., Gervin, M., Murphz, P., Waddington, J.L. et al., *Duration of untreated psychosis in first episode schizophrenia and its relationship to premorbid functioning.* *Schizophr.Res.*, 1999; 26; 38-39
5. Meyer, T.; Funz, M.; Gallhofer, B., *Subgroup and Prognosis of Difficult-to-Place Schizophrenic Long-Stay Patients*, *Psychiatr Prax.* 2002; 29 (6): 301-305
6. Olsen, K.A., Rosenbaum, B., *Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: review of studies*, *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 113 (4): 247-72
7. Nacu, A.G, Boronin, Larisa, Nastas, I., Boșneaga, Emilia, Oprea, V., Coșciug, I., *Particularitățile stărilor delirante de influență în schizofrenie paranoidă la bărbați sub vârstă de 25 ani*, *Anale Științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu*, 2006, p. 366-370

M. REVENCO – Prof. univ., U.S.M.F. „Nicolae Testemițanu“ FPM,
șef Catedra Psihiatrie și Narcologie Facultatea de Perfecționare a Medicilor Chișinău, Republica Moldova
Larisa BORONIN – Medic psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie Chișinău, Republica Moldova
Igor NASTAS – Conf. univ., U.S.M.F. „Nicolae Testemițanu“ FPM,
Catedra Psihiatrie și Narcologie Facultatea de Perfecționare a Medicilor Chișinău, Republica Moldova

ESTIMAREA CLINICO-STATISTICĂ A STABILITĂȚII REMISIUNII ALCOOLICE TIMPURII

I. COȘCIUG, V. LĂCUSTA, Inga DELIV, Irina COȘCIUG

Abstract:

In order to evaluate the possibility to prognose early alcohol relapses, there was studied the influence of different factors (clinical, affective, biological), that might provoke the relapse. The study of 155 alcohol-dependence patients, being in the initial period of instalated remission of alcohol-dependence (the first 6 months after the antialcoholic treatment). The design of the study was based on prospective and retrospective clinical exploration, clinico-psychological tests, radio-immunological methods of evaluation of the level of hormones (adrenocorticotrope (ACTH), prolactine (PRL), cortisol (F)) in blood. The complex analysis of data obtained by statistical methods (discriminant analysis), has shown that the prognosis of early alcohol relapses is more efficient when a set of different factors is analysed. An efficient prognosis can be obtained by the application of the formula of the discriminant function with the inclusion of such parameters as pathologic pulssion for alcohol, anxiety, dysphoria.

Key words: alcohol-dependence, early alcohol relapses, prognosis using statistical discriminant analysis.

Actualitatea problemei

Alcooldependența rămâne și până în prezent o problemă bio-psiho-socială deosebit de importantă. Actualitatea acestei maladii se datorează consecințelor abuzului de alcool, care se manifestă prin diverse tulburări somatice, psihice și degradare socială. Pe parcursul ultimelor decenii, efortul medicilor psihiatri și narcologi este continuu orientat spre a preveni recăderile și recidivele maladiei, în scopul menținerii remisiunilor stabile și durabile.

Pentru a putea indica pacientului tratamentul adecvat, necesar în momentul oportun, e nevoie să depistăm acest moment, cu alte cuvinte, să putem prognostica recidivarea maladiei. Prognosticarea recidivelor alcoolismului, mai ales, în perioada timpurie de instituire a remisiunii este un lucru extrem de dificil, dar și de o mare importanță practică, de care depinde succesul tratamentului, deoarece, conform datelor din literatură [1; 2; 3; 4], în primele șase luni după cura de tratament antialcoolic și externare din spital, cca 50% dintre pacienți fac recidive.

Majoritatea savanților recunosc faptul că, în perioada de remisiune, toate dereglările (de ordin afectiv, motivațional, psihoendocrin, somato-neurologic etc.), caracteristice alcoolismului se păstrează într-o stare latentă. Problema prognosticării recidivelor alcoolismului este foarte actuală și în această direcție sunt efectuate diferite cercetări.

Scopul investigațiilor a fost de a studia posibilitatea prognosticării recidivelor alcoolismului în baza unei analize complexe a diversilor factori, care ar putea cauza recidivarea maladiei.

Material și metode

Pentru a atinge scopul propus, studiul a fost efectuat în câteva etape. În etapa inițială, s-a efectuat sistematizarea datelor materialului clinic, divizând toți pacienții în două grupe: „Remisiunea” și „Recidivă”. A fost studiat un eșantion de 155 pacienți cu sindrom de dependență alcoolică în faza incipientă a instaurării remisiunii terapeutice. Toți pacienții întruneau criteriile pentru diagnosticul de tulburare mintală și comportamentală datorată utilizării alcoolului, sindrom de

dependență, specificate în ICD-10 [5]. Vârsta medie a bolnavilor a fost de $41,35 \pm 1,07$ ani, durata medie a maladiei – $10,09 \pm 1,11$ ani. Explorările au fost realizate prin tehnica „dublului orb“. Fiecare pacient a fost supus unui control medical și clinico-psihiologic prospectiv pe parcursul a șase luni după externare din spital. Examinarea în dinamică a pacienților a demonstrat, că în 99 cazuri se menținea starea de remisiune, iar în 56 – maladia a recidivat.

În această perioadă, pentru fiecare pacient a fost analizat detaliat tabloul clinic al maladiei, starea psihoemoțională (scalele: Zung W. – pentru confirmarea/excluderea depresiei și estimarea severității acesteia [6]; Spielberger Ch. – pentru confirmarea/excluderea anxietății și cuantificarea expresivității intensității ei [7] și Wessmann A.E., Rickes D.F. – pentru confirmarea/excluderea și cuantificarea intensității disforiei [8]; metoda testului asociativ elaborat de Fiodorova O.A. și Alitșuler V.B. – pentru testarea intensității pulsionii toxicomanice pentru alcool (realizarea testării necesită aparataj specific – „mioelectroreflexometru“, care permite înregistrarea contracției mușchilor *orbicularis oris*, contracție ce permite măsurarea precisă a perioadei de timp necesar pacientului pentru a răspunde la cuvintele „stimuli“ și cele „indiferente“) [9], indicii care reflectă statutul vegetativ și cel endocrin al organismului – nivelul sangvin al prolactinei (PRL), cortizolului (F), adrenocorticotropinei (ACTH). Inițial, au fost evaluate particularitățile clinice ale maladiei, durata alcoolizării, intensitatea pulsionii toxicomanice pentru alcool, intensitatea exacerbării disforiei, depresiei, anxietății, nivelul plasmatic al hormonilor menționați, ca reprezentanți ai sistemelor stresor- și antistresogen ale organismului uman.

Rezultate și discuții

Efectuând o analiză statistică preliminară (testul Bartlet, criteriul Student, analiza corelațiilor Pearson, criteriul Fisher, analiza discriminantă pas cu pas) a factorilor de risc în sensul recidivării maladiei, s-au evidențiat 5 dintre ei, care erau mai informativi în sensul prognosticării recidivelor alcoolismului (tabelele I; II; III).

Pe parcursul ultimelor decenii, frecvent sunt folosite metodele analizei discriminante pas cu pas [10], în special, privind organizarea „screening“ – diagnosticii [11]. În lucrarea dată, majoritatea calculelor au fost efectuate, utilizând programele binecunoscute de prelucrare statistică a datelor SYSTAT, Statgraphics [11; 12] și statistica For Windows.

Tabelul I. Omogenitatea repartiției parametrilor clinico-psihiologici și a nivelului sangvin al prolactinei la alcooldependenți în grupele „Recidiva“ și „Remisiunea“, conform testului Bartlet

Parametri studiați	Depresie	Disforie	Anxietate	Pulsione pentru alcool	Nivelul sangvin al PRL
χ^2	0,434	0,882	2,952	55,395	8,253
(P<)	0,510	0,348	0,086	0,0001	0,004

Notă: χ^2 – coeficientul Bartlet;
P – veridicitatea repartiției, conform coeficientului Bartlet

Datele expuse în tabelul I demonstrează că parametrii „anxietate“, „pulsione toxicomanică pentru alcool“ și „nivelul sangvin al PRL“ au repartiții semnificativ diferite în clasele „Recidiva“ și „Remisia“. Aplicând testul Bartlet, nu putem să facem aceeași concluzie cu referință la parametrii „depresie“ și „disforie“. Din aceste considerente, în continuare, a fost aplicat testul Student [10], care permite verificarea ipotezei despre o diferență semnificativă a mediilor parametrilor (tabelul II).

Analiza rezultatelor acestui calcul arată că la bolnavii din grupa „Recidiva“ valorile indicilor „depresie“, „disforie“, „pulsione toxicomanică pentru alcool“ sunt mai mari, *versus* cei ai pacienților din grupa „Remisiunea“, iar nivelul sangvin al PRL este mai redus. Aceste deosebiri au caracter statistic semnificativ conform criteriului Student.

În grupa de pacienți „Recidiva“ nivelul anxietății are o tendință către majorare, spre deosebire de grupa „Remisiunea“, dar această diferență nu este statistic semnificativă. Cu alte cuvinte, studiul prezent confirmă datele bine cunoscute în clinică și expuse în literatură [12], privind importanța tulburărilor afective în declanșarea recidivelor alcoolismului cronic.

Tabelul II. Mediile indicilor clinico-psihologici și ale nivelului sangvin al PRL la alcooloo-dependenți în grupele „Recidiva“ și „Remisia“

Parametri Lot investigat	Depresie (puncte) (M±m)	Disforie (puncte) (M±m)	Anxietate (puncte) (M±m)	Pulsiune pentru alcool (sec.) (M±m)	Nivelul sangvin al PRL (mkUI/ml) (M±m)
Remisiunea (n=99)	40,78±0,73	4,49±0,11	42,99±0,92	0,16±0,01	223,15±11,16
Recidiva (n=56)	45,95±1,04	5,36±0,17	44,86±0,98	0,41±0,03	146,25±10,37
Veridicitatea (P<)	0,001	0,001	0,193	0,001	0,001

Notă: P - nivelul de încredere la care este acceptată ipoteza despre diferența mediilor parametrilor clinico-psihologici și ale nivelului sangvin al PRL conform criteriului Student.

Conform datelor de literatură [13; 14], nivelul sangvin scăzut al prolactinei este un factor important al vulnerabilității pacientului la stresuri emoționale și al reactualizării pulsionii toxicomane pentru alcool.

Rezultatele studiului matematic confirmă diferența dintre gradul de manifestare al dereglărilor psihoendocrine la alcooldependenții în stare de remisiune și cei la care maladia a recidivat, dar nu reflectă măsura în care fiecare dintre factorii studiați favorizează apariția recidivelor maladii. Din aceste considerente, în etapa următoare a fost studiată corelația dintre posibilitatea recidivei și fiecare dintre factorii evaluați (tabelul III).

Tabelul III. Interconexiunea indicilor clinico-psihologici și a nivelului sangvin al Prolactinei (PRL) cu recidivele alcoolice timpurii

Parametrii	Depresie	Disforie	Anxietate	Pulsiune pentru alcool	Nivelul sangvin al PRL
Recidiva	0,318	0,331	0,105	0,674	0,347
(P<)	0,001	0,01	0,1	0,0001	0,001

Notă: P – veridicitatea coeficientului de corelare.

Din datele prezentate în tabelul III se constată că, coeficienții de corelare care corespund parametrilor „depresie“, „disforie“ și „nivelul sangvin al PRL“ au aproximativ aceeași valoare. Prin urmare, informativitatea lor, fiind luați separat în scopul prognosticării recidivei, posibil să nu fie semnificativă. Din acest motiv, în modelul final de predicție, bazat pe analiza discriminantă pas cu pas, pot intra numai o parte dintre acești parametri, informația parametrilor excluși din model conținându-se în parametrii restanți. Acest lucru va fi cauzat de interconexiunea dintre parametrii studiați (figura 1).

Analiza datelor expuse în tabelul III confirmă legitatea depistată la compararea mediilor parametrilor și anume: dintre toate interconexiunile studiate nu este semnificativă statistic doar cea privind „nivelul anxietății“ și „recidivă“. În același timp, pulsiunea toxicomanică pentru alcool prezintă cea mai intensă interconexiune cu recidiva. Astfel, gradul de expresivitate al pulsionii toxicomane pentru alcool ar putea servi drept criteriu de bază în prognosticarea recidivelor alcoolice timpurii. Trebuie de menționat și faptul că, însemnătatea altor factori, studiați separat (depresie, disforie, anxietate, nivelul sangvin al PRL), în scopul prognosticării recidivelor, luând în considerare interconexiunile obținute, nu este semnificativă, dar, din literatură, este cunoscut că prezența acestor factori poate fi cauza reactualizării și manifestării clinice a pulsionii patologice pentru alcool.

Având drept scop majorarea calității predicției, în următoarea etapă a studiului matematic a fost aplicată analiza discriminantă pas cu pas, pentru a evidenția modelul de clasificare al pacienților cu alcoolism, în vederea prognosticării recidivelor maladii, evaluând parametrii psihoendocrini.

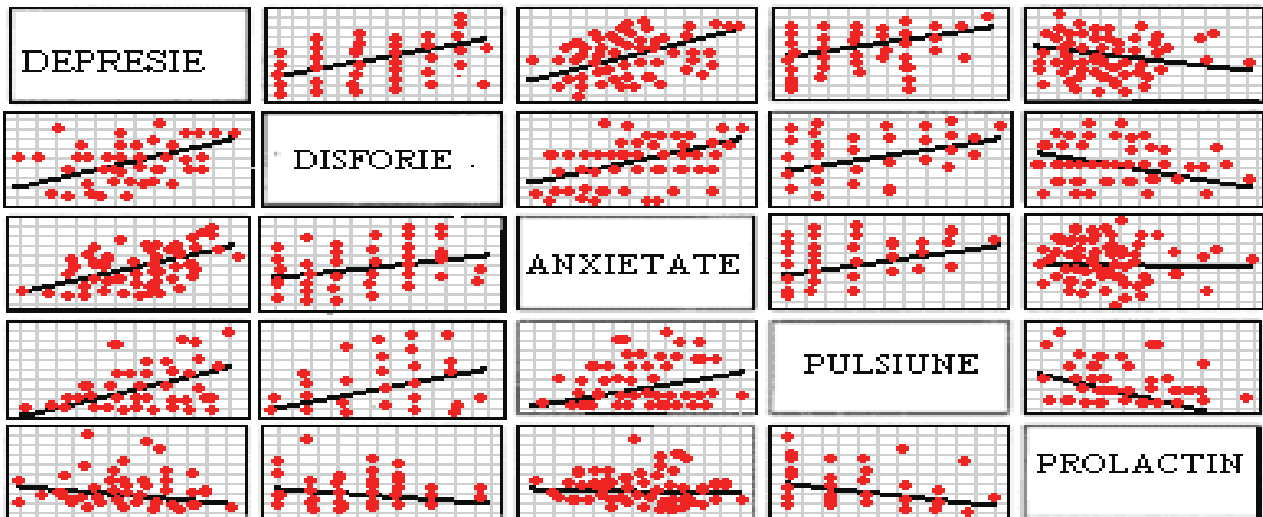


Figura 1. Interconexiunea factorilor psihoendocrini la alcooldependenți în perioada timpurie de instituire a remisiunii terapeutice

Pentru a obține o calitate optimală a predicției, parametrii predictivi au fost selectați adecvat. Adică, numărul lor nu a fost foarte mic (1-2 parametri), astfel încât erorile posibile ale parametrilor să nu conducă la o clasificare greșită, și concomitent, suficient de mic, pentru ca modelul de predicție obținut să fie simplu și ușor de aplicat în lucrul practic. În această etapă, a fost efectuată includerea/excluderea pe pași a parametrilor predictivi în modelul analizei discriminante, folosind criteriul „F” (Fischer) drept indicator al informativității parametrilor psihoendocrini corespunzători (F_{\min} la includere = 1,0; F_{\max} la excludere = 0,8). Ca indicator al abundenței totalității predictorilor s-a folosit valoarea minimală a coeficienților de toleranță ai parametrilor, incluși în model ($T_{\min} = 0,01$). În modelul inițial au fost incluși toți parametrii psihoendocrini, precum și parametrii lor de interacțiune (produsele lor luate câte 2 și câte 3). Spre exemplu: [disforie x PRL]; [disforie x pulsiune toxicomanică pentru alcool]; [disforie x PRL x anxietate] ș.a.

După efectuarea analizei discriminante pas cu pas, s-a evidențiat asocierea optimală a parametrilor studiați, care poate fi folosită pentru a prognoșta remisiunea sau recidiva maladiei, funcția discriminantă fiind următoarea:

$$F_1 = 19,61456 \times (\text{PULS}) - 0,000101 \times (\text{ANX} \times \text{PRL}) - 0,301934 \times (\text{ANX} \times \text{PULS}) + 1,8236 \times (\text{DISF} \times \text{PULS}) - 4,13376.$$

Notă: (PULS) – pulsiune toxicomanică pentru alcool; (ANX) – anxietate; (DISF) – disforie; (PRL) – nivelul sangvin al prolactinei.

Pacientul concret poate fi inclus în grupul „Recidiva”, atunci când valoarea funcției discriminante este mai mare ca „zero” (este pozitivă) și inclus în grupul „Remisiunea”, atunci când valoarea funcției discriminante este mai mică ca „zero” (este negativă). Rezultatele clasificării bolnavilor în baza funcției discriminante (F_1) sunt prezentate în tabelul IV.

Tabelul IV. Rezultatele analizei discriminante pas cu pas

Parametrii incluși în model (n=155)	Indicii calității modelului			
	Wilks' Lambda	(F) Criteriu pentru excludere F(1,150)	Veridicitatea (P<)	Toleranța
PULS	0,527662	10,26576	0,001	0,082706
ANX x PRL	0,507037	4,00139	0,047	0,947816
ANX x PULS	0,514155	6,163322	0,014	0,070301
DISF x PULS	0,309779	4,834289	0,029	0,118644

Notă: Calitatea predicției este indicată de criteriul Wilks' Lambda, care are valoarea aproape de „zero” în cazul unei predicții perfecte și valoarea „1,0” în cazul lipsei predicției.

Tabelul V. Rezultatele clasificării alcooldependenților în baza funcției discriminante (F_1)

Grupe studiate	Pacienți, la care a fost corect prognosticată recidiva sau remisiunea	Pacienți, la care a fost greșit prognosticată remisiunea sau recidiva	Total pacienți în grupele studiate
„Remisiunea“	$\frac{93}{93,93}$	$\frac{6}{6,07}$	$\frac{99}{100}$
„Recidiva“	$\frac{37}{66,07}$	$\frac{19}{33,93}$	$\frac{56}{100}$
„Remisiunea“+ „Recidiva“	$\frac{130}{83,87}$	$\frac{25}{16,13}$	$\frac{155}{100}$

Notă: La numărător - numărul absolut de pacienți, la numitor – numărul de pacienți exprimat în procente.

Întru simplificarea modelului de discriminare, în următoarea etapă s-a efectuat analiza discriminantă incluzând inițial în model parametrii (anxietate, disforie, pulsione toxicomanică pentru alcool, nivelul sangvin al prolactinei) fără parametrii de interacțiune (produsele lor câte 2 și câte 3). Rezultatele acestei analize sunt prezentate în tabelele VI și VII.

Tabelul VI. Rezultatele analizei discriminante pas cu pas

Parametrii incluși în model	Indicii calității modelului			
	Wilks' Lambda	(F) Criteriu pentru excludere F(1,150)	Veridicitatea (P<)	Toleranța
(n=155)				
PULS	0,819713	97,31260	0,0000	0,850808
PRL	0,509044	3,58166	0,0603	0,953038
ANX	0,520418	7,01348	0,0089	0,776175
DISF	0,509758	3,79715	0,0532	0,839910

Tabelul VII. Rezultatele clasificării alcooldependenților în baza funcției discriminante (F_2)

Grupe studiate	Pacienți la care a fost corect pronosticată recidiva sau remisiunea	Pacienți la care a fost greșit pronosticată remisiunea sau recidiva	Total pacienți în grupele studiate
„Remisiunea“	$\frac{93}{93,93}$	$\frac{6}{6,07}$	$\frac{99}{100}$
„Recidiva“	$\frac{37}{66,07}$	$\frac{19}{33,93}$	$\frac{56}{100}$
„Remisiunea“ + „Recidiva“	$\frac{130}{83,87}$	$\frac{25}{16,13}$	$\frac{155}{100}$

Notă: La numărător – numărul absolut de pacienți, la numitor – numărul de pacienți exprimat în procente.

Funcția de discriminare corespunzătoare acestui model este:

$$F_2 = 15,10665 \times (\text{PULS}) - 0,0045723 \times (\text{PRL}) - 0,082295 \times (\text{ANX}) + 0,42364 \times (\text{DISF}) - 2,5204.$$

Din datele expuse în tabelul VI, se constată că algoritmul de includere/excludere a eliminat din model parametrul „depresie“, ceea ce confirmă presupunerea făcută anterior, privind dispariția unor parametri în modelul final. Tabelele VI și VII au fost obținute folosind această funcție discriminantă, la fel cum au fost obținute și tabelele IV și V.

Deoarece determinarea nivelului sangvin al prolactinei este o metodă costisitoare și nu întotdeauna accesibilă medicilor practicieni, s-a încercat excluderea artificială a parametrului „PRL“ din modelele anterioare. Modelele noi de analiză discriminantă au fost construite, în același mod, eliminând doar prolactina din setul de parametri predictivi. Efectuând analiza discriminantă pas cu pas, luând drept factori predictivi parametrii „anxietate“, „disforie“, „pulsione“ și produsele dintre ei (factori de interacțiune) a fost obținută următoarea funcție discriminantă:

$$F_3 = 16,119 \times (\text{PULS}) - 0,006532 \times (\text{ANX})^2 + 0,31765 \times (\text{DISF})^2 - 2,3657 \times (\text{DISF}) + 0,4837 \times (\text{ANX}) - 9,9551.$$

Rezultatele clasificării pacienților conform acestei funcții sunt prezentate în tabelele VIII și IX.

Tabelul VIII. Rezultatele analizei discriminante pas cu pas

Parametrii incluși în model (n=155)	Indicii calității modelului			
	Wilks' Lambda	(F) Criteriu pentru excludere F(1,150)	Veridicitatea (P<)	Toleranța
PULS	0,820234	110,1339	0,0000	0,850909
ANX ²	0,490434	5,9414	0,0159	0,013563
DISF ²	0,496735	7,9320	0,0055	0,036200
DISF	0,487313	4,9552	0,0275	0,037014
ANX	0,484168	3,9617	0,0483	0,013773

Tabelul IX. Rezultatele clasificării alcooldependenților în baza funcției discriminante (F₃)

Grupe studiate	Pacienți la care a fost corect pronosticată recidiva sau remisiunea	Pacienți la care a fost greșit pronosticată remisiunea sau recidiva	Total pacienți în grupele studiate
„Remisiunea“	$\frac{97}{97,97}$	$\frac{2}{2,03}$	$\frac{99}{100}$
„Recidiva“	$\frac{37}{66,07}$	$\frac{19}{33,93}$	$\frac{56}{100}$
„Remisiunea“ + „Recidiva“	$\frac{134}{86,45}$	$\frac{21}{13,55}$	$\frac{155}{100}$

Notă: La numărător – numărul absolut de pacienți, la numitor – numărul de pacienți exprimat în procente.

Datele prezentate în tabelele VIII și IX demonstrează că, capacitatea predictivă a modelului după excluderea din el a parametrului PRL (prolactina) chiar s-a majorat. În etapa următoare, s-a încercat încă o simplificare a modelului pentru a ușura aplicarea formulei de discriminare de către medicii practicieni, excluzând din el factorii de interacțiune. Ca rezultat a fost obținută următoarea funcție de discriminare:

$$F_4 = 15,486652 \times (\text{PULS}) - 0,0870485 \times (\text{ANX}) + 0,499253 \times (\text{DISF}) - 3,63737.$$

Rezultatele clasificării pacienților conform acestei funcții sunt reflectate în tabelele X și XI.

Tabelul X. Rezultatele analizei discriminante pas cu pas

Parametrii incluși în model (n=155)	Indicii calității modelului			
	Wilks' Lambda	(F) Criteriu pentru excludere F(1,150)	Veridicitatea (P<)	Toleranța
PULS	0,889886	112,9710	0,0000	0,859989
ANX	0,536682	8,1986	0,0047	0,781166
DISF	0,528235	5,6930	0,0182	0,869220

Observăm că, aplicând funcția discriminantă (F₄), o predicție corectă a recidivei poate fi efectuată în 69,64% cazuri și a remisiunii – în 92,92% cazuri.

Formula F₄ a fost verificată pe un lot de 20 pacienți aflați în faza timpurie de instituire a remisiunii. Pe parcursul a 6 luni după externare, 13 dintre ei au făcut recidive, iar la 7 s-a păstrat starea de remisiune. Aplicând formula (F₄) la acești pacienți, recidivele au fost prognozate corect în 8 cazuri din 13 reale (61,53%), iar remisiunile – în 7 cazuri din cele 7 reale (100%). Observăm o reducere a predicției corecte pe lotul de control (61,53%), comparativ cu lotul de pacienți, în baza

căruia a fost elaborată formula (69,64%). În pofida acestui fapt, procentul prognosticării corecte rămâne suficient de înalt pentru ca funcția dată să poată fi aplicată de către medicii specialiști psihiatri în practica lor cotidiană.

Tabelul XI. Rezultatele clasificării alcooldependenților în baza funcției discriminante (F_4)

Grupe studiate	Pacienți la care a fost corect pronosticată recidiva sau remisiunea	Pacienți la care a fost greșit pronosticată remisiunea sau recidiva	Total pacienți în grupele studiate
„Remisiunea“	$\frac{92}{92,92}$	$\frac{7}{7,08}$	$\frac{99}{100}$
„Recidiva“	$\frac{39}{69,64}$	$\frac{17}{30,36}$	$\frac{56}{100}$
„Remisiunea“+ „Recidiva“	$\frac{131}{84,52}$	$\frac{24}{15,48}$	$\frac{155}{100}$

Notă: La numărător – numărul absolut de pacienți, la numitor – numărul de pacienți exprimat în procente.

Rezumând cele expuse, putem afirma că remisiunile și recidivele alcoolice timpurii sunt, în mare măsură, determinate de gradul de manifestare al diferitor dereglări psihoendocrine. Studiul matematic efectuat a confirmat că recidiva este într-o strânsă corelare cu pulsivitatea patologică pentru alcool, depresia, distrofia și nivelul sangvin al prolactinei și mai puțin pronunțată este corelarea lor cu anxietatea. Distrofia și depresia sunt într-o strânsă corelare. Din acest motiv, depresia a fost exclusă din modelul final de clasificare. Așadar, putem afirma că este suficientă prezența uneia din aceste dereglări afective (depresie, anxietate sau disforie) pentru ca să apară un pericol real al întreruperii remisiunii. Prognosticarea eficientă a recidivelor alcoolice timpurii este posibilă în baza manifestării pulsivității toxicomanice pentru alcool, anxietății și disforiei, utilizând formula funcției discriminante (F_4), obținute în rezultatul cercetărilor clinico-statistice realizate în cercetarea prezentă.

BIBLIOGRAFIE:

1. Rucovodstvo po narcologii pod red. N.N. Ivanova v dvuh tomah. M.: Izd. Medpractica-M, 2002; t. 1: 444; t. 2: 445 p.
2. Revenco, M, Prigoda, T, Oprea, V, ș.a. *Situația narcologică în Republica Moldova: studiu epidemiologic.*, „Actualități în Psihiatrie”, Materialele Congresului de Psihiatrie cu participare Internațională., Chișinău, 27-28 mai 2004; 10-16.
3. Chiriță, V, Vasiliu, A., *Circuitele neuronale ale dependenței la substanțe psihoactive – Sistemul de recompensă. Buletin de Psihiatrie integrativă*, an VIII, v. VII, Nr.1(12), Iași, 2002; 67 -76
4. Naum, E, Boișteanu, P., *Drama biologică a alcoolismului*, Iași, 2001, 94-112
5. ICD10, *Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament (simptomatologie și diagnostic clinic)*, Editura ALL, OMS, 1998, 87-102
6. Zung, W.W.K., *The measurement of depression*, New York, USA CIBA, 1991
7. Hanin, IuL, *Kratkoie rucovodstvo po primeneniū șcalâ reaktivnoi i licinostnoi trevojnosti Ch. Spielbergera*, Leningrad; LNIIFK, 1976
8. Wessmann, A.E, Rickes, D,F, *Mood and personality*, N.Y. 1966
9. Fiodorova, O.A, Alitșuler, V.B., *Assoțiativnâi experiment v diagnostike patologhicescogo vlecenia k alcogoliu u bolinâh alcogolizmomom. V sb.: Medico-biologhiceschie problemâ alcogolizma*, Moskva, 1988; 184-188
10. Aivazean, S.A, Buhștaber, V.M, Meșalkin L.D., *Prikladnaia statistika. Classificația i snijenie razmernosti*. Moskva: Finansă i Statistika, 1989
11. Meatlev, V.D i soavt., *Compiuternaia biometrica (Pod red. V.N. Nosova)*, Moskva, MGU, 1990
12. Erâșev, O.F., *Profilactica reidivov alcogolizma na razlicinâh etapah stanovlenia remisii*, V sb. naucin. trudov: *Profilactica reidivov pri alcogolizme i narcomaniah*, St.-Petersburg, 1991; 7-14
13. Furdui, F.I., *Stress i zdorovie*, Chișinev, Știința, 1990; 240
14. Iumatov, E.A., Salieva, R.M., *Fiziologhiceschie svoistva endoghennâh oligopeptidov povâaiu cih ustoicivosti k emoționalinomu stressu*, Journ. Vâșiei nervnoi deiatelinosti, 2003;43(2): 318-25

I. COȘCIUG – Chair of Psychiatry and Narcology, U.S.M.F. „Nicolae Testemițanu“

V. LĂCUSTA – Chair of Traditional Medicine

of the Department of Postgraduate Education of Physicians, Chișinău, Republic of Moldova

Inga DELIV – Chair of Psychiatry and Narcology, U.S.M.F. „Nicolae Testemițanu“

Irina COȘCIUG – Chair of Psychiatry and Narcology, U.S.M.F. „Nicolae Testemițanu“

EVALUAREA CLINICĂ ȘI MEDICO-LEGALĂ A SECHELELOR PSIHICE POSTTRAUMATICE

Irina SĂCUIU, Roxana CHIRIȚĂ, Vasile CHIRIȚĂ

Abstract:

Victims of body injuries can experience psychological disturbances. The aim of the present study was to reveal and quantify the depressive reactions and anxiety disorders, as well as the acute stress and posttraumatic stress disorder in physically injured subjects. The 30 subjects of the study underwent a standard medico-legal expertise for the traumatic injuries and, in addition, they were tested using: self-report inventories – Beck Depression Inventory short form, STAI-formX1 Inventory - and mini structured interviews – for acute stress and PTSD. Moderate depression was found in 25% of the subjects. Women were more frequently affected compared to males. A change in mental attitude is required followed by the modernisation of evaluation procedure of invalidity in percents, even the mental damages, and to recognize this medico-legal entity.

Introducere

Absența bolii mentale și bunăstarea mentală sunt elemente esențiale ale stării de sănătate. Antoniu G. și colab. (1996) – referitor la lovire și violență – apreciază că acestea „nu constituie numai un prejudiciu adus corpului victimei, dar și o încălcare a demnității acesteia, o *traumatizare a psihicului celui lovit*“.

Sindroamele psihice posttraumatice au fost descrise, în mod repetat și dezbătute intens, de-a lungul secolului XX. Salvatorii supraviețuitorilor exploziei vasului Toulon au relatat în 1907 și 1911 o serie de fenomene, cum ar fi: recapitularea scenei traumatizante, vise terifiante, anxietate difuză, oboseală și variate fobii minore. Jacob Da Costa descrie în broșura *Despre inima iritabilă*, prezența unor simptome cardiace autonome în rândul soldaților participanți la Războiul Civil, fenomen cunoscut ca „inima soldatului“ – sindrom similar tulburării de stres posttraumatic.

În 1896, Kraepelin folosea termenul de „schreckneurose“ sau „nevroza de frică“ pentru a descrie condiția psihiatrică care cuprinde „fenomene multiple nervoase și psihice apărute ca rezultat al unei trăiri emoționale severe, după accidente, în special, incendii, coliziuni sau deraieri de trenuri“.

Urmează apoi numeroase cercetări efectuate după Primul Război Mondial și Al Doilea Război Mondial. Toate descrierile acestui fenomen includeau întotdeauna un șir de elemente comune: tulburări de somn, vise cu coșmaruri, depresii, excitabilitate crescută.

Kardiner dă, pentru prima dată, o descriere complexă a simptomaticei acestui fenomen: excitabilitate și iritabilitate; reacție nestăpânită la excitanți bruști sau fixarea pe circumstanțele evenimentului traumatic; fuga de realitate; predispoziția pentru reacții agresive necontrolate.

Simptomele descrise de Kardiner s-au păstrat, în linii mari, și în cercetările ulterioare, deși datele privind caracterul și mecanismele influenței factorilor psihotraumatizanți asupra omului s-au îmbogățit considerabil, mai ales în rezultatul cercetării problemelor legate de sfârșitul războiului din Vietnam. Unele dintre perspectivele neurobiologice în cadrul TSPT au fost induse de caracterizarea clasică a simptomelor TSPT ca fiind simptome ale unei „fizioneuroze“.

În 1952, Comitetul de Nomenclatură și statistică al APA (*American Psychiatric Association's*) include termenul de „*gross stress reaction*” în cadrul DSM-I (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Potrivit acestui manual, reacția marcată la stres era observată la indivizi care fuseseră expuși la „injurii severe de ordin fizic sau stres extrem: luptele sau catastrofele civile”. Însă importanța cercetării în acest domeniu a devenit evidentă spre mijlocul anilor '70, când societatea americană s-a confruntat, pentru prima dată, cu problemele provocate de formele dezadaptative de comportament ale veteranilor războiului din Vietnam.

În 1968, Comitetul de Nomenclatură și Statistică publică DSM II. A fost introdus termenul de „tulburare situațională tranzitorie” cu severitate variabilă care apare la indivizi fără tulburări mentale și care reprezintă o reacție acută apărută în situații extreme la care a fost supus individul. Starea ce se dezvoltă la cei ce au trecut prin situații critice generatoare de stres psihic se caracterizează prin faptul că manifestă tendința nu numai să nu dispară cu timpul dar și să devină tot mai pronunțată, precum și să se manifeste brusc pe fondul unei aparente bunăstări generale a persoanei.

În DSM-III, apare, pentru prima dată, termenul de PTSD (*post-traumatic stress disorder*) care este indicat de „dezvoltarea unor simptome caracteristice care apar după un eveniment traumatic stresant care nu este în mod obișnuit întâlnit de-a lungul existenței umane”.

Scopul studiului

Studiul efectuat urmărește evidențierea unor aspecte clinico-epidemiologice ale cazurilor de pacienți diagnosticați cu sindrom de stres posttraumatic aflați în evidența Spitalului Clinic Universitar „Socola” – Iași, în perioada 1.01.2004 – 31.12.2007. Un alt scop al lucrării l-a reprezentat acela de a aprecia diversitatea manifestărilor clinice și evidențierea criteriilor de diagnostic al PTSD. Evidențierea relației dintre timpul scurs de la expunerea la traumă până la momentul diagnosticului, instituirea tratamentului și evoluția ulterioară și prognosticul bolii a constituit un alt obiectiv important al studiului.

Material și metodă

Eșantionul studiat include 30 de persoane, care au suferit diferite traume psihice și care au fost diagnosticate cu sindrom de stres posttraumatic. Alături de foile de observație, au fost studiate și interpretate rapoartele de expertiză psihiatrică și medico-legală. Datele au fost prelucrate utilizând programele SPSS-10 for Windows și Excel. Au fost utilizate metode statistice descriptive.

Modificările din sfera psihicului – nivelul anxietății ca stare, nivelul de depresie, elementele care definesc stresul acut și stresul posttraumatic – au fost căutate și identificate prin utilizarea următoarelor instrumente:

– Miniinterviul structurat pentru stresul posttraumatic – PTSD (DSM-IV) / tulburare de stres posttraumatic (ICD-10)

– Inventarul stării de anxietate – S.T.A.I. – forma X1 (chestionar de autoevaluare –20 itemi)

– Scala Beck pentru depresie – varianta scurtă (chestionar cu 13 itemi)

Miniinterviul structurat pentru stresul posttraumatic a fost preluat din „M.I.N.I.” *mini international neuropsychiatric interview*, iar cel pentru stresul acut a fost realizat prin utilizarea criteriilor de diagnostic din ICD-10 și DSM IV pe „scheletul” interviului structurat pentru stresul posttraumatic.

Rezultate

S-a evidențiat o predominanță a incidenței sindromului de stres posttraumatic la sexul feminin, raportul frecvenței PTSD la cele două sexe fiind femei/bărbați de 1,5:1.

Prezența antecedentelor personale patologice de natură psihiatrică (în majoritatea cazurilor, prezența personalității labile, premorbide) a reprezentat un important factor de risc pentru dezvoltarea simptomelor de PTSD în 60% din cazurile studiate.

Am constatat că principalii factori de risc implicați în apariția și evoluția simptomelor de PTSD au fost reprezentați de nivelul educațional scăzut (66% din cazuri), urmat fiind în ordinea descrescătoare a frecvențelor de prezența în antecedente a personalității premorbide (60% din cazuri), conflictualitatea intrafamilială (50% din cazuri), vârsta fragedă la momentul victimizării (46,6% din cazuri), tulburările timpurii de comportament (sub vârsta de 15 ani) și dezorganizarea

familială fiind reprezentate cu frecvențe egale, 33,3% din cazuri fiecare, prezența traumelor în antecedente și suprasolicitarea intelectuală fiind prezente la un număr redus de cazuri (13,33% și respectiv 3,33% din cazuri).

Sexul masculin este mai predispus la dezvoltarea simptomelor de PTSD în cazul prezenței unor factori de risc, așa cum ar fi: dezorganizarea familială (divorțul), precum și suprasolicitarea intelectuală, în timp ce sexul feminin este mai predispus a avea personalitate premorbidă de tip labil, este mai expus la conflictualitatea și agresiunea intrafamilială, iar victimizarea apare la o vârstă mai fragedă în cazul femeilor. Nivelul educațional scăzut și prezența altor traume în antecedente reprezintă alți factori de risc mai frecvent întâlniți în rândul populației de sex feminin.

Tipul de traumă cel mai frecvent întâlnit în etiologia cazurilor de PTSD din lotul studiat este reprezentat de abuzul sexual/violul (46,66%), urmat fiind în ordinea frecvențelor de agresiunea fizică (26,66%), decesul unei persoane apropiate (26,66%) și violența intrafamilială (26,66%).

Majoritatea evenimentelor traumatice (56,66%) au ca substrat violența interpersonală, în timp ce traumele provenite din accidente au fost întâlnite doar în 43,33 % din cazuri.

Majoritatea cazurilor au fost diagnosticate tardiv, după 6 luni de la apariția simptomelor de PTSD.

Conform DSM-IV-TR, criteriile obligatorii de diagnostic pentru PTSD sunt reprezentate de:

- Retrăirea traumei la amintirea repetată, insistentă, chinuitoare, a factorului de stres;
- Eforturi persistente pentru evitarea amintirilor și blocarea sensibilității generale, prin modificarea modelului comportamental și cognitiv, cu atenuarea emoțiilor;
- Simptome persistente de hiperexcitabilitate: deteriorarea somnului, iritabilitate, concentrare redusă, hipervigilență și reacție exagerată de răspuns.

În urma studierii aspectelor clinice a cazurilor din lotul de studiu, simptomele de creștere a excitabilității au fost întâlnite mai frecvent (56%), decât cele de retrăire a evenimentului traumatic (30%) și cele de evitare persistentă a stimulilor asociați cu trauma (14%).

În cadrul acestor trei seturi de simptome, dificultatea de a adormi sau de a sta adormit, visele chinuitoare și supărătoare ale evenimentului (coșmaruri) și sentimentele de viitor întunecat au fost cel mai frecvent întâlnite.

Tulburările asociate PTSD, cel mai frecvent, sunt: tulburarea depresivă majoră, tulburarea de panică, agorafobia, fobia socială, fobia specifică, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de somatizare, consumul de droguri.

Nivelul depresiei a fost cercetat prin utilizarea chestionarului Beck (forma scurtă, cu 13 itemi, interval 0-39). Scopul utilizării acestui chestionar este de a evidenția simptome afective, cognitive, motivaționale și vegetative ale depresiei. Fiecare item este construit din 4 propoziții corespunzând la 4 nivele de intensitate progresivă, ce caracterizează simptomele. Scorurile celor 13 itemi au fost însumate, obținându-se următoarele valori: extreme 0 – 18, media de 5,92 și o abatere standard de 5,09. Se consideră că scoruri sub 4 indică depresie minimală/absentă (Beck și Beamesderfer, 1974). Între 4 și 8 puncte vorbim de o formă ușoară („mild“), iar peste 8 puncte de o depresie moderată. Aproape jumătate din subiecți (46%) nu au avut atitudini sau simptome caracteristice depresiei. Modificări depresive ușoare am constatat la 30 % din lotul studiat. Grupul celor cu semne ale unei depresii moderate – scoruri de peste 8 la chestionarul aplicat – a fost constituit din 12 persoane (24%) cu: un scor mediu de 13,58, o deviație standard de 3,08, un modul la 14 puncte și o valoare maximă a scorului de 18 puncte. Din cele enumerate anterior, rezultă faptul că la peste jumătate din traumatizații chestionați (54%) s-au înregistrat modificări specifice tabloului clinic al depresiei - formele ușoară și moderată. În analiza prezenței modificărilor depresive pe sexe – depresie ușoară și depresie moderată – se constată o incidență mai mare în cazul femeilor – 68,5%, față de 45% – în cazul bărbaților. Numărul scorurilor tipice (normale) pentru cele două sexe acoperă aproape aceeași plajă, mediile și deviațiile standard având valori foarte apropiate – media a fost la bărbați de 9,21 cu o deviație standard de 4,38, iar la femei, media a fost de 9,69 cu o deviație standard de 4,42.

Semnele unei depresii moderate – scoruri la chestionar de peste 8 puncte – au fost întâlnite numai la 16% dintre bărbații examinați, în timp ce peste 1/3 dintre femei (36,8%) au prezentat o depresie moderată. Distribuțiile au fost unimodale în cazul bărbaților și multimodale în cazul femeilor, în ambele situații, analizate. Dacă proporția bărbaților cu depresie moderată, așa cum am

arătat anterior, a fost mai mică decât cea a femeilor, în schimb, scorurile tipice realizate de respondenții de sex masculin au avut valori mai mari – de la 12,41 la 16,79 – față de femei, care acoperă intervalul 9,28 – 16,42.

Starea de anxietate la momentul examinării subiectului a fost reliefată prin utilizarea instrumentului de cercetare pentru investigarea anxietății – STAI. Acest instrument este alcătuit din două scale de autoevaluare. Pentru studiul de față, am utilizat Scala -A-stare, forma XI, care constă din 20 de descrieri pe baza cărora subiecților li se cere să indice „modul în care ei se simt la un moment dat”. Scala (A-stare) este un indicator bun al nivelului de anxietate, fiind demonstrate creșteri ale scorurilor la această scală, în urma variatelor tipuri de stres. Aplicarea inventarului nu necesită limită de timp. Nivelurile stării de anxietate au fost mai ridicate în lotul de femei, cu o medie de 60,26 puncte (depășind cu cca 8 puncte media întregului lot) față de media 47,74 obținută la bărbați. Valorile extreme au fost mai mici în cazul bărbaților – 30 / 68 – față de respondentele chestionate - 40 / 75.

Toți subiecții au răspuns „DA” la miniinterviul structurat pentru stres posttraumatic, persoanele chestionate satisfăcând condițiile de diagnostic pozitiv, în conformitate cu criteriile prevăzute în DSM-IV.

Sindromul de stres posttraumatic reprezintă o realitate care va trebui luată în considerare în aprecierea invalidității posttraumatice. Se poate defini invaliditatea posttraumatică ca: „*reducerea definitivă a potențialului fizic și/sau psihic obiectivabilă medical sau explicabilă medical la care se adaugă durerea și repercusiunile psihice pe care medicul le poate corela fiziopatologic ca sechelă cu consecințe în viața de zi cu zi și care în mod obișnuit și obiectivabil sunt legate la aceste sechele*”.

Gradul de invaliditate exprimat în procente, care se scade dintr-un maxim teoretic de 100% și rezultă din sechelele care determină un efort sau o incapacitate în efectuarea unor gesturi sau acte obișnuite atât profesionale, cât și extraprofesionale.

Rigurozitatea metodologiei expertizei psihiatrice medico-legale trebuie să se axeze pe obiectivarea realității acestor sechele, observația îndelungată, compararea fiind condiții obligatorii ale evaluării corecte a fiecărui caz.

Concluzii

Persoanele traumatizate fizic pot prezenta tulburări psihice. Aceste tulburări sunt consecința evenimentelor traumatice suferite. Identificarea tulburărilor psihice în cadrul expertizei medico-legale permite o evaluare mai corectă a consecințelor traumei fizice și a gradului de invaliditate. Practica medico-legală română trebuie să se alinieze rapid la realitatea juridică și medico-legală a Uniunii Europene.

Tulburarea de stres posttraumatic este un subiect actualmente discutat în lumea medicilor, psihologilor și sociologilor, fiind o afecțiune foarte complexă, încă pe cale de descifrare și a cărei definiție dată de Institutul de Psihotraumatologie de la Friburg este încă ajustată de avalanșa de cercetări și observații medicale. Impactul cu justiția al unora dintre cazurile de tulburare de stress posttraumatic reprezintă sursa întrebărilor specifice medicinei legale, subliniind astfel gradul de responsabilitate profesională și socială a medicului confruntat cu o problemă medicală cu multiple fațete sociale.

BIBLIOGRAFIE:

1. Roșu, Bogdan V., *Tulburări psihice în expertiza medico-legală a leziunilor corporale*, Rom J Leg Med 14 (1) 38 – 45 (2006)
2. Beck, A.T., Ward, C.H., Mock, J., Erbaugh, J., *An inventory for measuring depression*. Archives of General Psychiatry 1961, 4: 561-571
3. Beck, A.T., Beck, R.W. (1972), *Screening depressed patients in family practice. A rapid technique*, Postgraduate Medicine, 52, 81-85
4. Mc Farlane, A., *Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors*. J. Clin Psychiatry 2000; 61 (Suppl 5): 15-23
5. Mini International Neuropsychiatric Interview – Sheehan D. (University of South Florida-Tampa), Lecrubier Y., (Hopital de la Salpêtrière-Paris), July, 1, 1999
6. Mc Lay, WDS, *Clinical forensic medicine, second edition*, Greenwich Medical Media, London, 2006

7. Roșu, B., Roșu, S., Vaida, H., *Considerații critice asupra expertizei medico-legale în cazurile de viol*, Rev. de Medicină Legală, vol. 7, nr. 1, 2002

8. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; Text revision., 2000

Irina SĂCUIU – Doctorand – U.M.F. „Gr. T. Popa“ Iași
Roxana CHIRIȚĂ – Prof. univ. dr. – U.M.F. „Gr. T. Popa“ Iași
Vasile CHIRIȚĂ – Prof. univ. dr. – U.M.F. „Gr. T. Popa“ Iași

EFFICACY VERSUS RISK IN MODERN TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA

Ovidiu ALEXINSCHI, Gheorghe NEDELCIUC, Lăcrămioara FĂRCĂȘEL

Abstract:

The multidimensional negative symptom domain of schizophrenia remains one of the most challenging aspects of the treatment of this disorder. While mixed findings suggest a role for second-generation antipsychotics, the development of novel therapeutic approaches that target cognitive impairments and negative symptoms are being actively pursued. Until newer agents become available, clinicians should seek to optimize treatment of positive symptoms and depressive symptoms, and reduce medication side effects that may contribute to negative symptom severity, and increase the use of established behavioural approaches, such as social skills training, that have been demonstrated to improve psychosocial functioning. In this article we tried a review of the most recent findings and approaches of the pharmacological therapy for schizophrenia.

KEYWORDS: second generation antipsychotics, target cognitive impairment, multidimensional negative symptoms.

Nonadherence with antipsychotic medications is a leading source of preventable morbidity in the community treatment of schizophrenia.^[1] Approximately one-third of patients with schizophrenia are noncompliant with their prescribed medication regimen.^[2] These patients are at increased risk of symptom exacerbation^[3] and inpatient readmission.^[4] Missing as few as 1-10 days of oral antipsychotic therapy nearly doubles the risk of hospitalization.^[5] Clinical research and expert opinion^[6] support the use of depot antipsychotics as a maintenance treatment for patients with a history of nonadherence with oral antipsychotics. However, in the United States, long-acting antipsychotic medications are only prescribed to between 19% and 30% of patients with known recent medication nonadherence.^[2,7]

Although a number of single-site clinical studies have shown that use of depot antipsychotics varies by patient race/ethnicity and age,^[7] no US study has examined the impact of the broad range of patient, physician, and treatment setting characteristics. In light of evidence that substantial numbers of patients with known medication nonadherence who might benefit from depot antipsychotic medications are not receiving this treatment, we sought to examine correlates of depot use among recently medication nonadherent patients with schizophrenia. A greater understanding of the pattern and distribution of depot antipsychotic use may help to target initiatives aimed at improving use of depot preparations. A study was conducted to assess patient, physician, treatment, and setting factors that might influence the decision to initiate depot antipsychotic medications for outpatients with schizophrenia and recent medication nonadherence. Prior to conducting this study, we hypothesized that depot antipsychotic use would be preferentially prescribed to patients with the most pervasive, persistent, and consequential medication nonadherence and to patients with fewer social supports such as those who were living alone or those with little family contact.

In outpatient psychiatric practice, psychiatrists use long-acting antipsychotic injections to manage fewer than 1 in 5 patients with schizophrenia having episodes of medication nonadherence. Although consideration of long-acting antipsychotic injections is recommended for patients with a

history of problems with adherence on oral medication,^[6] most patients in this nationally representative community sample who were not adherent with oral antipsychotic medications were not prescribed long-acting antipsychotic injections. The relatively low rate of use is broadly consistent with previous research.^[2,7]

The clinical decision to initiate injection antipsychotic medications appears to rest on a clinical assessment of the risks and consequences of poor medication adherence. Patients at greater risk, specifically those who have a history of persistent nonadherence and those admitted for inpatient care during their last episode of nonadherence, were more likely to be started on injections. However, some patient groups at high risk for recurrent medication nonadherence, such as patients who live alone and younger patients,^[11] had surprisingly low levels of injection use.

Depot antipsychotic medications are not widely used beyond those who are publicly insured or treated in residential or inpatient facilities. These settings presumably have staff members to facilitate delivery of depot antipsychotics and cater to the more severely ill. Innovative strategies to train more psychiatrists and their staff in the use of depot antipsychotics may help promote their use in different settings and in patients who are less severely ill but are still medication nonadherent. In general, adoption of technologies that vary from current or typical practices face significantly greater challenges in diffusing into practice, than those that rely on existing practices.^[8] For this reason, greater opportunities for first-hand observation and hands-on training may be needed. One approach is to set up specialty long-acting antipsychotic injection clinics in private and public outpatient settings that accept referrals. Mobile outreach services provide another option for delivering long-acting injections.^[9] Use of long-acting antipsychotic medications was uncommon among patients prescribed antidepressants or mood stabilizers just prior to the start of the last episode of antipsychotic nonadherence. Some psychiatrists may perceive that the marginal benefit of a long-acting antipsychotic injection is diminished when it does not obviate the need for oral medications as is the case when several classes of oral psychotropic medications are prescribed. In light of the frequency with which schizophrenia patients receive complex regimens involving oral medications other than antipsychotic medications,^[10,11] this diminishing benefit of depot medications may also hinder use of newer long-acting antipsychotic preparations.

Cognitive impairment has been linked to treatment nonadherence among psychotic patients (review).^[12] Although cognitively impaired patients may have a limited ability to take oral medications on their own, patients assessed as having lower than average intelligence were (after controlling for several potential confounds) significantly less likely to receive depot antipsychotic medications than were those of at least average intelligence. These results suggest that efforts are needed to improve access of depot antipsychotic medications to cognitively impaired patients.

In many but not all health care contexts,^[13-16] patients with private insurance enjoy greater access to evidence-based treatments than publicly insured patients. For long-acting antipsychotics, patients with private insurance were less likely than publicly insured patients to receive treatment. This may reflect greater access to long-acting injections in organized treatment settings than in office-based settings favoured by privately insured patients or a stronger preference for oral second-generation antipsychotics among privately insured patients. With the availability of long-acting injectable risperidone, the difference in rate of use by publicly and privately insured patients may narrow.

Psychiatrists who were more optimistic about the effectiveness of managing medication nonadherence were more likely to treat their patients with depot antipsychotics. Psychiatrists who prescribe injections may have had more opportunities to observe favourable patient outcomes than do psychiatrists who do not prescribe these preparations.^[17] In this study, greater knowledge of depot medications was in turn related to more favourable attitudes toward these medications. Consequently, educational efforts to expand use of depot antipsychotics might be preferentially targeted to psychiatrist groups with low rates of use.

The use of depot antipsychotic medications was not significantly related to patient age, gender, or race/ethnicity. Previous studies of psychotic patients that are not selected for recent medication nonadherence have reported that use of depot antipsychotic medications is significantly more common among males,^[18,19] African Americans,^[18-21] and younger patients.^[22] Because these

demographic characteristics also increase the risk of antipsychotic medication nonadherence (reviews),^[1,24] it is perhaps not surprising that they are not significantly related to depot antipsychotic use among patients selected for recent medication nonadherence.

With the introduction of injectable long-acting risperidone, it will be important to track the extent to which patients and psychiatrists become more willing to utilize depot preparations and to assess changes in factors that influence these decisions. Early clinical research indicates that medication nonadherence with oral antipsychotic medications is the most common reason for initiating risperidone long-acting injections,^[26-29] that poor prior antipsychotic adherence predicts greater improvement on risperidone long-acting injections,^[29] and that patients who are switched from another depot are much less likely to discontinue risperidone long-acting injections than those switched from oral antipsychotic medications. These findings suggest that factors which have influenced use of the older depot antipsychotic medications may continue to play a role in medication management decisions with the newer injectable antipsychotic preparations.

Several longitudinal observational trials are underway in Europe with patients with schizophrenia receiving risperidone microspheres. By the way, in Europe, risperidone microspheres are available at a dose of 75 mg as well as in doses of 12.5, 25, and 50 mg, which are available in the United States. Having said that, practice in Europe is similar to practice in North America. A research poster presented data on the effectiveness of switching people with schizophrenia to long-acting risperidone microspheres early in their illness.^[30] They were not quite first-episode patients, but they were not chronic patients. The investigators found that the injectable agent was acceptable by this patient population, and the relapse rate at 6 months was 28%, which is good for such patients.

This is an interim report of a continuing multicenter trial in Belgium. The researchers reported on 61 subjects who had been followed for up to 6 months. The mean subject age was 31.7 years, and enrolment criteria included a documented history of fewer than 4 psychotic episodes. Long-acting preparations have tended to be reserved for patients late in their course of illness, when they become treatment resistant. The importance of this trial with long-acting risperidone, and I think this can be generalized to any long-acting SGA, is that it is acceptable to administer early in the course of illness. It provides the efficacy, relapse prevention, and improvement in symptoms over time that you see with other antipsychotics. The problem in this study is the lack of a group treated with a comparator. The reader is left to guess, but based on my knowledge of how early episode patients respond, it looks like the response we would expect from an effective antipsychotic. I think, however, that the take-home message is more about acceptability of the depot medication in this population than about efficacy per se.

In another study, 849 patients were randomized to flexible dosing by a clinician.^[31] They received either 25-mg, 50-mg, or 100-mg equivalents for 9 weeks. Following this, they received a fixed dose for 12 weeks, and then the 410 subjects who remained in the study entered a maintenance phase, in which they were randomized to placebo or active treatment for 24 weeks. This study was a hybrid of dose-finding and relapse prevention. And it appears that paliperidone palmitate will be an effective medication in terms of relapse prevention; it separated out from placebo quite quickly. One can argue about whether risperidone or paliperidone is better, given that paliperidone is a metabolite of risperidone. Let's just bypass that argument and ask the question, what are the potential advantages of paliperidone palmitate over risperidone microspheres? One is that paliperidone palmitate is administered every 4 weeks, whereas risperidone microspheres are administered every 2 weeks. The second is that paliperidone palmitate will not need refrigeration, so it will be convenient for the clinician to store on site.

I'd like to mention that some pharmacokinetic studies were presented that examined whether long-acting paliperidone and risperidone can be injected into the deltoid muscle.^[31] It's presently an off-label use of risperidone microspheres, but it appears that the pharmacokinetics might permit deltoid injection.

Another new antipsychotic is loperidone, a mixed dopamine D2, serotonin 5-HT_{2A} antagonist, a member of the "done" family, including risperidone and ziprasidone. It's still a different

antipsychotic from those; it has a high affinity for 5-HT_{2A} and adrenergic alpha-1 receptors and low affinity for serotonin 5-HT_{1A}, dopamine D-1, and histamine receptors.^[33] Iloperidone had an active phase 3 clinical trial program in the late 90s when it was owned by Novartis. It is now owned by Vanda, which has done another phase 3 pivotal trial comparing iloperidone with placebo and, as an active comparator, with ziprasidone.^[33] The data are under review by the FDA, and the drug may be approved as early as this summer or fall. The interesting fact is that a long-acting version of the medication has been developed, which is unusual for an antipsychotic before its initial FDA approval. A microsphere formulation was tested for safety and pharmacokinetics during 2000 to 2002. If the oral version gains FDA approval, it would not take much time to proceed with phase 3 trials for the injection. A long-acting injectable form of iloperidone may be available within the near term. In the open-label trial presented at the APA conference that was based on data from 2002, 64 subjects received oral iloperidone for 21 days; 20 received placebo.^[34] The patients then received at least 2 cycles of injections every 28 days. The depot formulation appeared safe and well tolerated. If approved, iloperidone will have the advantage of being a 4-week medication. It would clearly need to go through extensive phase 3 testing, but having it already in a depot formulation with some safety data is very promising because that tends to be the Achilles heel of this development process. Many antipsychotic agents aren't amenable to depot formulation. The difficulty of this process is illustrated by long-acting olanzapine, which was recently disapproved by the FDA because it caused intense sedation.

Nowadays, the big news is that at least 2 long-acting SGAs that can be given in 28-day cycles are in testing and may be clinically available in the next few years. A recent literature review found no convincing evidence to support or disprove the efficacy of antidepressant treatment for depressive symptoms in adults with schizophrenia.^[35] Evidence for an augmenting effect of mood stabilizers in the antipsychotic treatment of schizophrenia is similarly mixed.^[36,37] Given that concurrent medication administration increases the risk of adverse drug reactions,^[38] efforts to reduce psychotropic coprescription might help improve tolerability and adherence of antipsychotic medications.^[44] Treatment with mood stabilizers was significantly less common among patients during treatment with LAR than during treatment with FD or HD. It is possible that this difference reflects inherent mood stabilizing properties of risperidone^[39,40] or less mood instability in patients selected for LAR therapy.

Following discontinuation of long-acting antipsychotic medications, most patients continue to receive oral antipsychotic medications. This suggests that problems with continuity of long-acting injection medications do not necessarily generalize to patient rejection of oral antipsychotic medications. A longer period of follow-up after discontinuation of long-acting antipsychotic medications would permit a more complete assessment of the frequency with which these patients are restarted on long-acting medications. Patients with schizophrenia who initiate long-acting antipsychotic injections commonly exhibit evidence of nonadherence with oral antipsychotic medications in the months before their first injection. Treatment with long-acting antipsychotic medications is often brief, usually lasting no longer than 7-10 weeks. Detailed clinical research is needed to determine the role of medication-related factors, such as dosing, tolerability, and efficacy, as well as other key clinical and psychosocial factors that contribute to the early discontinuation of depot antipsychotic medications. More importantly, research is needed to develop intervention strategies that will enhance the continuity of depot antipsychotic therapy in community treatment.

Relatively few treatments exist for the very problematic domain of signs and symptoms of schizophrenia called 'negative symptoms. Features such as emotional blunting and lack of outward emotional display have long been considered fundamental symptoms of schizophrenia, and the 'negative symptom' terminology refers to a decrease or loss of normal functions, such as a loss of energy, motivation, and emotional display of affect.^[41] Negative symptoms may be more stable than positive symptoms, and commonly begin to emerge very early in the course of schizophrenia, even before the development of positive symptoms. In fact, negative symptoms often first appear during the prodromal, or even premorbid, phase of schizophrenia. Negative symptoms are strongly associated with quality of life and social and occupational functioning.^[42]

Although the second-generation, or 'atypical,' antipsychotic agents may not be substantially more effective than first-generation or 'conventional' agents in the treatment of positive symptoms (except for clozapine, which is typically reserved for treatment-resistant schizophrenia), some evidence suggests that newer agents may better improve, or contribute less to the secondary worsening of, negative symptoms and/or cognitive impairments.^[43] Most studies on this issue have been carried out in acutely ill patients who demonstrate improvements in positive symptoms, negative symptoms, and other areas, such as mood and anxiety, suggesting that negative symptom improvements may be in part secondary to other improvements.^[44] While it remains less clear whether second-generation agents treat primary negative symptoms, they tend to work better than first-generation agents on negative symptom ratings, at least in part related to higher rates of EPS and related secondary negative symptoms induced by first-generation treatment in those trials. There is some evidence that serotonin-specific reuptake inhibitors may be modestly helpful in managing negative symptoms. Further research on the effects of agents acting on the glutamate system, including glycine and d-cycloserine, is required in light of the mixed results to date. Negative symptoms are correlated with neurocognitive impairments, and given recent increasing interest in pharmacologic agents that may be cognitive enhancers, some of these medications may hold promise for the treatment of negative symptoms.

The most recent results of the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE), published in March 2007,^[45] indicate that patients' psychosocial improvement was modest no matter which medication they received during the 18 months of observation. The Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS)^[46] from Britain also found that the type of antipsychotic medication was not all that important for outcome. These 2 effectiveness studies have caused some confusion because they suggest that there are few differences in effectiveness between the first-generation antipsychotics (FGAs) and second-generation antipsychotics (SGAs). However, there are variables in the studies that may modify that conclusion. In CATIE, for instance, the objective was to compare FGAs with SGAs and to compare SGAs with each other. But unfortunately, for ethical reasons, investigators did not expose patients with tardive dyskinesia to an FGA. Tardive dyskinesia is a severe extrapyramidal side effect (EPS) that develops in patients who usually first have acute EPS. The 231 subjects with tardive dyskinesia represented the patients with chronic schizophrenia who are most vulnerable to acute EPS, and clinicians often choose SGAs precisely to avoid EPS. In CATIE, we missed the opportunity -- for understandable, ethical reasons -- to learn whether, during an 18-month period, patients with tardive dyskinesia randomly assigned to an FGA or an SGA would have fared differently in terms of acute movement disorders, intolerability, rates of discontinuation, and treatment response. In these patients, investigators could only compare the SGAs among themselves. The patients with tardive dyskinesia were different in other ways from the other patients: they had significantly more substance abuse and a higher severity of illness as measured by the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). By assigning them only to SGAs, investigators also missed the opportunity to examine the differential response of patients with severe illness and concurrent substance-use disorders to old and new drugs.

CUtLASS was different. Many of its patients took FGAs and often received them as depot injections, unlike CATIE in which more patients took SGAs. The CUtLASS study had flaws, including the fact that sulpiride, which many patients took, was considered to be an FGA. Quite a few psychiatrists consider sulpiride to be an SGA.

Recurrent relapses are neurotoxic and may account for the deteriorating course of patients with schizophrenia.^[47] It is of utmost importance to help patients with schizophrenia stay on their medications and avoid relapse. In community and outpatient settings, 70%-80% of patients are either partially or totally noncompliant.^[48] This is unacceptable if the goal is to achieve recovery. Patients with schizophrenia would have much better outcomes than we usually achieve if they were protected from relapses by ensuring treatment adherence from the first episode. But we have no study of first-episode patients assigned to a guaranteed-adherence regimen, which would be depot medication, vs treatment as usual with oral medication.

The FGA depot medications do protect against relapse; however, they do not appear to restore the patient's functioning over time. A confounder in looking at outcomes with FGA depot medications is that we have tended to use them in the patients who have had repeated relapses, [which is] an unrepresentative group of patients who have already deteriorated, who lead chaotic lives, and who likely have substance abuse, poor insight, cognitive deficits, and low motivation. These difficult patients, the 5%-10% who, during the past 30 years, received haloperidol decanoate or fluphenazine decanoate, do not represent the possible outcome of patients who might receive depot medication early in the course of illness. Clinicians were reluctant to use injectable FGAs because of concern about tardive dyskinesia, but the oral FGAs have the same risk. So we never learned, even though these depot FGAs have been around for 30 years, much about their efficacy in the average patient except in some small studies in which the injectable form was superior to the oral form of the same medication. They do protect relapse better than the oral medication.^[49]

We also have a couple of new formulations. One of them may be considered a new drug, which is paliperidone, or 9-hydroxy risperidone, an active metabolite of risperidone. At first blush, it looks like the same drug, but it behaves differently and is in a special formulation. It has minimal requirements for cytochrome oxidation and is excreted directly by the kidney, unlike risperidone, which is oxidized completely. This offers an advantage for patients with advanced liver disease, severe alcoholism, or hepatitis. Moreover, paliperidone does not compete for metabolism with other medications that another physician may prescribe, and it causes no cytochrome inhibition or induction that could lead to drug interactions. A third advantage is the osmotic release oral delivery system (OROS) technology that enables paliperidone to be released slowly during its transit through the gastrointestinal tract, which means fewer side effects because of the gradual rise in blood level. The recommended dose is 6 mg starting from day 1 – no need to titrate, and in my opinion, patients get better somewhat quicker.

The other product coming to market is quetiapine extended-release. Quetiapine is not a new drug, but the slow-release formulation will enable clinicians to use doses of 300, 600, or 900 mg once a day, which may improve compliance because regular quetiapine is taken twice daily. A drug that may be marketed later this year is bifeprunox, a partial D-2 agonist like aripiprazole. It doesn't yet have a trade name and is a joint venture of Solvay and Wyeth. Its advantage is a good metabolic profile, with minimal weight gain and minimal serum lipid and glucose elevations.

No new-mechanism drugs are coming to market. Researchers are frantically working to understand the glutamate pathways, and especially the N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor, which we highly suspect is involved in schizophrenia. But we do not yet have any breakthroughs.

On the other hand, an expert review of John M. Kane, Professor of Psychiatry, Neurology, and Neuroscience at Albert Einstein College of Medicine says that Clozapine remains the only medication that has shown consistent superiority over other antipsychotic drugs in the management of patients who fail to benefit adequately from standard treatment. Estimates are that at least one third of patients do not respond adequately to antipsychotic treatment. Of course, these estimates of response rates depend on how response is defined. The majority of patients will improve on antipsychotic medication; however, the definition of treatment resistance usually involves significant psychopathology, eg, ratings of moderate or greater on 2 psychotic symptoms. At the same time, it has been shown that even patients with only 1 psychotic symptom at a moderate or greater level who have failed to show further improvement after taking at least 2 different antipsychotic medications are more likely to benefit from clozapine than from other medications. Clozapine is not an easy medication to use, and it is associated with a variety of side effects. Therefore, considerations around its use should be informed by a clear benefit-to-risk assessment and thorough discussion with the patients and their significant others. Most experts agree that at least 2 antipsychotics should be tried before going on to clozapine. At present there is no real consensus as to whether one of those medications should be a conventional antipsychotic. Therefore, I do not believe that anyone would be faulted for only trying atypical medications prior to taking clozapine. On the basis of data from clinical trials and meta-analyses, olanzapine and risperidone are the 2 medications that have the most data suggesting some superiority over conventional medications, so

it would make sense that at least 1 of those medications is prescribed in an adequate trial before considering clozapine. The duration of an adequate trial is another component of this decision-making process. Most would agree that 6 weeks at an adequate dose is sufficient. Another caveat in this discussion is the issue of compliance. It is important that nonadherence be ruled out as a potential cause of poor treatment response. In addition, the diagnosis and the potential presence of comorbid medical or psychiatric conditions should be reevaluated before considering a patient to be treatment refractory. If the decision is made to institute a trial of clozapine, it is important to monitor for side effects but also to carefully evaluate treatment response. If no improvement is observed after 12 weeks despite an adequate dose of clozapine (500 mg if tolerated), further improvement is unlikely. If, on the other hand, some improvement is observed, further gradual improvement may occur. In those patients who have failed to respond despite an apparently adequate dose, a blood level should be obtained to determine whether or not it is in the therapeutic range. Unfortunately, many patients who might benefit from clozapine are not given a trial – and even among those who are, it is often far later in the illness course than is appropriate.

In summary, the multidimensional negative symptom domain of schizophrenia remains one of the most challenging aspects of the treatment of this disorder. While mixed findings suggest a role for second-generation antipsychotics, the development of novel therapeutic approaches that target cognitive impairments and negative symptoms are being actively pursued. Until newer agents become available, clinicians should seek to optimize treatment of positive symptoms and depressive symptoms, and reduce medication side effects that may contribute to negative symptom severity, and increase the use of established behavioural approaches, such as social skills training, that have been demonstrated to improve psychosocial functioning.

REFERENCES

1. Fenton, W.S., Blyler, C.R., Heinssen, R.K., *Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings*, Schizophr Bull (1997) 23::637-651
2. West, J.C., Wilk, J.E., Olfson, M., et al., *Patterns and quality of treatment for patients with schizophrenia in routine psychiatric practice*, Psychiatr Serv (2005) 283-291
3. Robinson, D., Woerner, M.G., Alvir, J.M., et al., *Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder*, Arch Gen Psychiatry (1999) 56::241-247
4. Svarstad, B.L., Shireman, T.I., Sweeney, J.K., *Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs*, Psychiatr Serv (2001) 52::805-811
5. Weiden, P.J., Kozma, C., Grogg, A., Locklear, J., *Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia*, Psychiatr Serv (2004) 55::886-891
6. Lehman, A.F., Kreyenbuhl, J., Buchanan, R.W. et al., *The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): update treatment recommendations, 2003*, Schizophr Bull (2004) 30::193-217
7. Valenstein, M., Copeland, L.A., Owne, R., Blow, F.C., Visnic, S., *Adherence assessments and the use of depot antipsychotics in patients with schizophrenia*, J Clin Psychiatry (2001) 62::545-551
8. Berwick, D.M., *Disseminating innovations in health care*, JAMA (2003) 289::1969-1975
9. Ferris L.E., De Siatto, C., Sandercock, J., Williams, J.I., Shulman, K.I., Working Group: a descriptive analysis of two mobile crisis programs for clients with severe mental illness, *Can J Public Health* (2003) 94::233-237
10. Glick, ID, Pham, D., Davis, JM., *Concomitant medications may not improve outcome of antipsychotic monotherapy for stabilized patients with nonacute schizophrenia*, J Clin Psychiatry (2006) 67::1261-1265
11. Magliano, L., Fiorillo, A., Guarneri, M., et al., *The National Mental Health Project Working Group: prescription of psychotropic drugs to patients with schizophrenia: an Italian national survey*, Eur J Clin Pharmacol (2004) 60::513-522
12. Nose, M., Barbui, C., Tansella, M., *How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review*, Psychol Med (2003) 33::1149-1160
13. Wang, E.C., Choe, M.C., Meara, J.G., Koempel, J.A., *Inequality of access to surgical specialty health care: why children with government-funded insurance have less access than those with private insurance in Southern California*, Pediatrics (2004) 114::584-590
14. Olfson, M., Marcus, S., Sackeim, H.A., Thompson, J., Pincus, H.A., *Use of ECT for the inpatient treatment of recurrent major depression*, Am J Psychiatry (1998) 155::22-29
15. Seldon, T.M., Hudson, J.L., *Access to care and utilization among children: estimating the effects of public and private coverage*, Med Care (2006) 44::(suppl 5):I19-26
16. Rice, T., Laverreda, S.A., Ponce, N.A., Brown, R.E., *The impact of private and public health insurance on medication use for adults with chronic diseases*, Med Care Res Rev (2005) 62::231-249

17. Olfson, M., Marcus, S.C., Wilk, J., West, J.C., *Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medications among persons with schizophrenia*, *Psychiatr Serv* (2006) 57::205-211
18. Citrome, L., Levine, J., Allingham, B., *Utilization of depot neuroleptic medication in psychiatric inpatients*, *Psychopharmacol Bull* (1996) 32::321-326
19. Mark, T.L., Palmer, L.A., Russo, P.A., Vasey, L., *Examination of treatment pattern differences by race*, *Ment Health Serv Res* (2003) 5::241-250
20. Arnold, L.M., Strakowski, SM, Schwiers, ML, et al., *Sex, ethnicity, and antipsychotic medication use inpatients with psychosis*, *Schizophr Res* (2004) 66::169-175
21. Kreyenbuhl, J., Zito, J.M., Buchanan, R.W., Soeken, K.L., Lehman, A.F., *Racial disparity in the pharmacological management of schizophrenia*, *Schizophr Bull* (2003) 29::183-193
22. Price, N., Glazer, W., Margenstern, H., *Demographic predictors of the use of injectable versus oral antipsychotic medications in outpatients*, *Am J Psychiatry* (1985) 142::1491-1492
23. Perkins, D.O., *Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia*, *J Clin Psychiatry* (2002) 63::1121-1128
24. Niaz, O.S., Haddad, P.M., *Thirty-five months experience of risperidone long-acting injection in a UK psychiatric service including a mirror-image analysis of in-patient care*, *Acta Psychiatr Scand* (2007) 116::36-46
25. Parellada, E., Adrezina, R., Milanova, V. et al., *Patients in the early phases of schizophrenia and schizoaffective disorders effectively treated with risperidone long-acting injectable*, *J Psychopharmacol* (2005) 19:(suppl 5):5-14
26. Moller, J.H., Llorca, P.M., Sacchetti, E., Martin, S.D.D., Medori, R., Parellada, E., *StoRMi Study Group: Efficacy and safety of direct transition to risperidone long-acting injectable inpatients treated with various antipsychotic therapies*, *Int Clin Psychopharmacol* (2005) 20::121-130
27. Taylor, D.M., Young, CL, Mace, S, Patel, MX., *Early clinical experience with risperidone long-acting injection: a prospective, 6-month follow-up of 100 patients*, *J Clin Psychiatry* (2004) 65::1076-1083
28. Taylor, D.M., Young, C., Patel, M.X., *Prospective 6-month follow-up of patients prescribed risperidone long-acting injection: factors predicting favourable outcome*, *Int J Neuropsychopharmacol* (2006) 9::685-694
29. Patel, M.X., Young, C., Samele, C., Taylor, D.M., David, A.S., *Prognostic indicators for early discontinuation of risperidone long-acting injection*, *Int Clin Psychopharmacol* (2004) 19::233-239
30. Dubois, V.M., Megens, J., Povey, M., Van der Veken, J., *Risperidone long acting in early psychosis: interim results after 6 month follow up*, Program and abstracts of the 161st Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May 3-8, 2008; Washington, DC. New research poster NR4-108
31. Thyssen, A., Ning, X., Herben, V. et al., *Pharmacokinetics of long-acting injectable risperidone injected in deltoid muscle compared to gluteal muscle injection in subjects with schizophrenia*, Program and abstracts of the 161st Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May 3-8, 2008; Washington, DC. New research poster NR4-003
32. An update on the investigational antipsychotic iloperidone: an expert interview with Andrew J. Cutler, MD. *Medscape Psychiatry and Mental Health*. April, 2008. Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/571878> Accessed May 25, 2008
33. Weiden, P.J., Di Marino, M., Wolfgang, C.D., *Efficacy of iloperidone in a placebo- and ziprasidone-controlled clinical trial for the treatment of schizophrenia*, Program and abstracts of the 161st Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May 3-8, 2008; Washington, DC. New research poster NR4-078
34. Hill, C.L., Phadke, D., Boyce, K.M., *Four-week iloperidone depot injectable: safety and pharmacokinetic profile in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder*, Program and abstracts of the 161st Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May 3-8, 2008; Washington, DC. New research poster NR4-022
35. Whitehead, C., Moss, S., Cardino, A., Lewis, G., *Antidepressant for people with both schizophrenia and depression*, In: *Cochrane Database Syst Rev* . Issue 2 CD002305
36. Leucht, S., McGrath, J., White, P., Kissling, W., *Carbamazepine for schizophrenia and schizoaffective psychoses*, In: *Cochrane Database Syst Rev* . Issue 3 CD001258
37. Casey, D.E., Daniel, D.G., Wassef, A.A., Tracy, K.A., Wozniak, P., Sommerville, K.W., *Effect of divalproex combined with olanzapine or risperidone inpatients with an acute exacerbation of schizophrenia*. *Neuropsychopharmacology* (2003) 28::182-192
38. Fattinger, K., Roos, M., Vergeres, P. et al., *Epidemiology of drug exposure and adverse drug reactions in two Swiss departments of internal medicine*, *Br J Clin Pharmacol* (2000) 49::158-167
39. Lieberman, J.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P. et al., *Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia*, *N E J Med* (2005) 353::1209-1223
40. Gopal, S., Steffens, D.C., Kramer, M.L., Olsen, M.K., *Symptomatic remission in patients with bipolar mania: results from a double-blind, placebo-controlled trial of risperidone monotherapy*, *J Clin Psychiatry*, (2005)
41. Lindenmayer, J.P., Khan, A., *Psychopathology*, In: Lieberman, JA, Stroup, TS, Perkins, DO, eds., *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia*, Washington, DC, American Psychiatric Publishing; 2006:187-221

42. Trumbetta, S.L., Mueser K.T., *Social functioning and its relationship to cognitive deficits over the course of schizophrenia*, In: Keefe RSE, McEvoy JP, eds. *Negative Symptom and Cognitive Deficit Treatment Response in Schizophrenia*, Washington DC, American Psychiatric Press; 2001:33-67
43. Woo, T.U.W., Zimmet, S.V., Wojcik, J.D., Canuso, C.M., Green, A.I., *Treatment of schizophrenia*, In: Schatzberg, AF, Nemeroff, CB, eds., *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology*, 3d ed. Washington DC, American Psychiatric Publishing; 2004:885-912
44. Herz, M.I., Marder, S.R., *Schizophrenia: Comprehensive Treatment and Management*, Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2002:177-216
45. Swartz, M.S., Perkins, D.O., Stroup, T.S. et al., *Effects of antipsychotic medications on psychosocial functioning in patients with chronic schizophrenia: findings from the NIMH CATIE study*, Am J Psychiatry. 2007;164:428-436
46. Jones, P.B., Barnes, T.R., Davies, L. et al., *Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1)*, Arch Gen Psychiatry, 2006;63:1079-1087
47. Lieberman, J.A., *Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? a clinical and pathophysiological perspective*, Biol Psychiatry. 1999;46:729-739
48. Weiden, P., Zygmunt, A., *Medication noncompliance in schizophrenia. Part I. Assessment*, J Pract Psychiatry Behav Health, 1997;3:106-110
49. Davis, J.M., Matalon, L., Watanabe, M.D., Blake, L, Metalon, L., *Depot antipsychotic drugs: place in therapy*, Drugs, 1994;47:741-773

PROPUNERI PENTRU UN SISTEM UNITAR DE APLICARE A MĂSURILOR DE SIGURANȚĂ MEDICALĂ

Monica MOSESCU, Alina ȘTEFĂNESCU

Abstract:

Având în vedere noile strategii promovate în sănătatea mintală, am identificat unele probleme apărute în activitatea zilnică de asistență a bolnavilor psihic asistați cu măsuri de siguranță medicale prevăzute de Codul Penal și trecând în revistă două din sistemele de psihiatrie forensică funcționale, am îndrăznit creionarea unor propuneri pentru îmbunătățirea activității profesioniștilor din spitalele pentru măsuri de siguranță.

Cuvinte cheie: măsuri de siguranță, psihiatrie forensică.

Abstract: In sight of the newest strategies in mental health we are identifying some problems encountered in daily activity referring to forensic in-patients (safety measures according Penal Code) and reviewing two of forensic systems which are working good we dare to drawing some proposals for improving the forensic psychiatrist work.

Key-words: safety measures, forensic psychiatry.

INTRODUCERE

Măsurile de siguranță medicală reprezintă sancțiuni de drept penal cu un caracter exclusiv preventiv, care se iau în scopul înlăturării unei stări de pericol și a preîntâmpinării faptelor prevăzute de legea penală. Măsurile de siguranță medicale se iau numai față de persoanele care au săvârșit fapte prevăzute de legea penală, dar nu sunt determinate de existența răspunderii penale pentru fapta săvârșită, ci de existența stării de pericol relevată de acea faptă. (1)

Articolul 114 din C.P. prevede internarea bolnavului mintal ori toxicoman într-un institut medical de specialitate, printr-o hotărâre judecătorească rămasă definitivă, până la însănătoșire. Totodată, ceea ce justifică internarea este și temerea gravă că făptuitorul, dacă nu va fi internat, va săvârși și alte acte antisociale, în general, de o deosebită gravitate, deci se ajunge la concluzia că numai prin această măsură se poate înlătura starea de pericol. Această măsură de siguranță are o dublă finalitate: pe de o parte, scoaterea bolnavului psihic care prezintă pericol pentru societate din rândurile ei, împiedicându-l astfel să săvârșească noi fapte prevăzute de legea penală, pe de altă parte, înlăturarea sau atenuarea cauzei care a creat starea de pericol prin supunerea persoanei bolnave unui tratament medical corespunzător, în vederea însănătoșirii sau unei ameliorări semnificative.

Articolul 113 din C.P. prevede obligarea făptuitorului care, datorită unei boli sau intoxicații cronice prezintă pericol social pentru societate la tratament medical până la însănătoșire. Psiho-profilaxia terțiară la infractori este, în principal, asimilabilă măsurilor de siguranță prevăzute de articolul 113 C.P.

Orientarea actuală vizează și măsuri de readaptare a făptuitorului. Societatea nu trebuie să aștepte ca acele persoane – în privința cărora există probabilitatea că vor săvârși infracțiuni – să tulbure din nou ordinea de drept.

DISCUȚII

S.P.M.S. Săpoca este unul din cele patru spitale pentru măsuri de siguranță din România, un spital mixt care asigură și servicii de psihiatrie generală. Activitatea de asistență complexă medico-socio-juridică acordată persoanelor cu tulburări psihice internate pentru aplicarea măsurii de siguranță prevăzută de art. 114 C.P. a condus la confruntarea permanentă cu probleme dintre cele mai diverse.

În prima parte, vom prezenta câteva din problemele apărute în activitatea de zi cu zi într-un spital de psihiatrie, în timp ce în a doua parte, vom descrie câteva aspecte practice din două sisteme de psihiatrie forensică: Olanda și Australia care ar putea sta la baza unor propuneri de articulare a sistemului nostru de psihiatrie forensică. Menționăm că o parte din aceste propuneri au mai fost prezentate în 2007, la Congresul de Medicină Legală de la Sibiu. (2)

PROBLEME APĂRUTE LA:

A. Evaluare – expertiza medico-legală psihiatrică:

1. nu este încă o metodologie unitară de efectuare a expertizelor medico-legale psihiatrice;
2. nu este încă folosit un model de raport de expertiză medico-legală psihiatrică care să conțină informații complexe despre: antecedente, istorie personală, faptă, context;
3. nu este clar cine finanțează internările în secțiile de psihiatrie solicitate de Comisia de expertiză medico-legală psihiatrică, examenele complementare necesare stabilirii diagnosticului, activitatea psihiatrilor care participă la activitatea de expertizare. Conform Contractului încheiat cu C.A.S., respectând prevederile Contractului Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2008, aceste internări sunt plătite pe zi de spitalizare cronici, deși ele se realizează într-o secție de psihiatrie acuți și, de cele mai multe ori, implică costuri reale mult mai mari, cum ar fi evaluări repetate și cu teste performante în cadrul secțiilor/compartimentelor spitalului, dar și servicii medicale furnizate de o altă unitate medicală (examen CT cerebral, consulturi interdisciplinare). Dar problema mai mare este însă raportarea: se raportează către SNSPMS cazuri de cronici pentru validare pe o secție de acuți. Trimestrial, în cazul spitalului nostru, CJAS Buzău solicită trimestrial explicații privind această situație și susține că aceste internări nu ar trebui plătite deloc de C.A.S. pentru că nu intră în pachetul de servicii medicale de bază;
4. cine avizează și cum se constituie comisia medicală de avizare a măsurii de siguranță (este comisie medicală sau medico-legală?)

B. Internarea obligatorie (Art. 114 C.P.)

1. legea nu prevede explicit unde se internează pentru aplicarea măsurii provizorii de internare medicală (spitale de psihiatrie generale sau spitale pentru măsuri de siguranță);
2. specific pentru activitatea de asistență a bolnavilor cu internare obligatorie, problemele apar prin deficiența de programe terapeutice non-medicamentoase, pentru care nu există nici personal și nici reglementări legale: nu există posturi pentru terapeuți ocupaționali, psihoterapeuți. Aceste servicii nu sunt plătite adecvat de CJAS.
3. pacienții forensic sunt asimilați pacienților de psihiatrie cronici, spitalizarea fiind plătită conform contractului încheiat cu Casele Județene de Asigurări pe zi de spitalizare (100 lei pe 2008 pentru S.P.M.S. Săpoca), deși pentru bolnavii psihici asistați cu măsura medicală de siguranță, costul real al unei zile de spitalizare este mai mare (pe 2007, de ex. a fost dublu). Aceasta pentru că implică servicii suplimentare, cum ar fi: personal mai numeros decât cronicii, servicii medicale mai numeroase și mai diversificate care sunt oferite și de alte cabinete sau spitale decât SPMS Săpoca. Dacă ei sunt internați în alte spitale pentru servicii medicale de specialitate care nu pot fi amânate SPMS Săpoca este obligat să asigure asistența specifică (supraveghere permanentă, medicația de specialitate).
4. evaluarea acestor bolnavi este mai laborioasă, implicând mai mulți investigatori, teste mai performante, o periodicitate anume.
5. la momentul actual, deși persoanele asistate cu măsuri de siguranță sunt asigurate conf. art. 213, alin. 2, lit. i din legea 95/2006, nu se știe cine eliberează actul care să certifice că este

asigurat fără a plăti contribuția. Am primit un răspuns în iunie 2008 de la CASM București care ne îndrumă pe noi (spitalul pentru măsuri de siguranță) să eliberăm adeverința, CJAS Buzău susține că asemenea adeverințe sunt valabile numai dacă sunt emise de C.A.S. de unde își are pacientul domiciliu, iar pe site-ul Ministerului Sănătății au apărut recent niște precizări privind dovada calității de asigurat care recomandă Ministerul Internelor și Reformei Administrative ca emitent.

C. Externarea și reintegrarea socio-familială

Spitalele pentru măsuri de siguranță nu se limitează doar la predicția pericolozității după externare, ci se străduiește să amelioreze acomodarea socio-familiale. În spitalul nostru, nu se externează decât pacienți pentru care familia se angajează să se implice în tratamentul bolnavului psihic asistat cu măsuri de siguranță. Compartimentul de asistență socială se implică pentru pensionare, conform legii și asigură psihoeducația pacientului și familiei. Aceasta după experiența ultimilor ani, când după evaluări au rămas în SPMS Săpoca, din cauze socio-familiale, pacienți pentru care există sentință penală de înlocuire a măsurii de siguranță prevăzute de art. 114 cu cea prevăzută de art. 113. Vom prezenta câteva situații mai frecvente:

1. Deși pentru unii din ei – în special, cei diagnosticați cu retard mintal – se propusese din raportul de expertiză continuarea îngrijirilor într-o unitate medico-socială din teritoriu nu am putut convinge nici un spital de psihiatrie cronici și nici o unitate medico-socială de preluare a acestor cazuri. Motivația a fost supra-aglomerarea și lipsa obligativității. Menționăm că, după opinia noastră, inclusiv instituirea măsurii de siguranță medicală a internării obligatorii este tot o măsură de asistență socială pentru multe din cazurile de retard mental. Sunt cazuri pentru care fapta-index pentru care s-a instituit măsura de siguranță este minoră, principala problemă pentru comunitatea locală fiind vagabondajul.

2. Alte familii ar accepta să îi primească acasă pe bolnavi, dar susțin că nu au fonduri materiale să vină să îi externeze. Soluția este ca SPMS Săpoca să asigure transportul, dar avem nevoie și de sprijinul comunității locale, pentru că am avut experiența de a găsi case încuiate și persoanele cu care se stabilise legătura telefonic pentru anunțarea externării să fie de negăsit. Pentru că suntem un spital public, nu ne putem permite cheltuieli inutile. În aceste cazuri, nu s-a putut colabora cu serviciile sociale locale, iar ASP județene nu s-au implicat.

3. Există pacienți cu o evoluție favorabilă a tulburării psihice sub tratament, pentru care se propune externarea pentru reintegrarea socio-profesională, dar fie familia nu mai există, fie nu vrea să se implice deloc, fie nu are posibilități (în special, pentru vârstnici: copiii sunt plecați în străinătate sau nu îi pot primi la ei acasă, din motive de supraaglomerare sau lipsa înțelegerii familiei).

4. Unii pacienți au și pensie, și domiciliu, dar familia nu vrea să se implice absolut deloc.

Sunt familii care profită material de internarea obligatorie: însușirea pensiei, vânzarea sau închirierea unor proprietăți și atunci nu au nici un interes în externarea pacientului.

5. Anchetele sociale furnizate de serviciile de asistență locală nu furnizează date importante conform solicitării noastre pentru aprecierea riscului de violență la externare. Toate scalele moderne de aprecierea riscului au itemi la care răspunsurile trebuie furnizate din istoria medicală, familială, socială, penală, pentru obținerea cărora nu există un protocol de colaborare cu alte spitale de psihiatrie, cu medicii de familie, cu serviciile sociale locale, cu poliția de proximitate.

6. Evaluarea periodică la maxim 6 luni în comisii de EML psihiatrică prevăzută acum de CPP modificat este mai mult o încărcătură suplimentară, pentru care SML județene nu sunt pregătite la momentul actual decât un pas înainte pentru respectarea drepturilor omului și ale persoanelor cu tulburări psihice.

D. Tratament ambulatoriu (Art. 113 C.P.)

1. Prin înlocuirea măsurii de siguranță prevăzute de art. 114 C.P. cu cea prevăzută de art. 113 C.P., bolnavul psihic are doar obligația prezentării lunare la medicul specialist din ambulatoriu.

2. În spital, erau monitorizați de cel puțin 3 ori pe zi pentru administrarea tratamentului, au primit tot ce aveau nevoie (cazare, masă, tratament), fără nici un fel de efort din partea lor și ei se întorc în societate, în comunitate, unde valoarea banilor nu mai e aceeași (pentru spitalizările prelungite), soția sau prietena l-a părăsit, copiii l-au uitat, casa în care trebuie să locuiască are nevoie de reparații pentru a fi locuită. Dacă e invitat încă din prima zi de un vecin la un pahar de

băătură, ce șanse reale de respectare a tratamentului sau de reintegrare au acești bolnavi?

3. Se adaugă și frustrările obișnuite pentru toate persoanele cu tulburări psihice: stigmatizarea de către comunitate, aglomerarea de la cabinetele de psihiatrie, lipsa asigurării permanente a tratamentului pentru că farmaciile din oraș au terminat fondurile pentru boli psihice etc.

Sunt pacienți care, externați, au premeditat o altă faptă pentru a se reîntoarce în spital, deoarece condițiile din spital erau mai bune decât cele de acasă.

PREZENTAREA A DOUĂ SISTEME FUNCȚIONALE DE PSIHIATRIE FORENSICĂ

În Olanda, în primii 2 ani, nu au dreptul la nici o evaluare, în vederea ridicării măsurii TBS (echivalentul măsurii de siguranță de la noi), considerând 2 ani limita minimă de la care se poate vorbi de o evaluare corectă a riscului de violență la externare. Externarea se face treptat cu o monitorizare permanentă și cu asigurarea unor condiții sociale acceptabile, dar tot în cadrul sistemului TBS. Este nevoie de o perioadă de timp îndelungată pentru ca pacientul să iasă din TBS. Dar este adevărat că măsura TBS nu se instituie pentru fapte care ar primi mai puțin de 4 ani de pedeapsă privativă de libertate. Evaluarea pentru a intra în sistemul TBS se face într-un singur institut cu o perioadă de internare standard de 6 săptămâni indiferent de antecedente, faptă, vârstă etc. finalizată cu un raport standard de evaluare. (3, 4)

În Australia – New South Wales, odată ce o persoană devine pacient forensic, este luată în evidență de Mental Health Review Tribunal care e obligat să îl evalueze la 6 luni și să facă recomandarea de tratament: în spital sau în comunitate sau eliberarea necondiționată; poate propune spital penitenciar, spital psihiatric închis, spital psihiatric deschis, ieșiri controlate în jurul spitalului, locuințe protejate în apropierea spitalului sau mai departe, ieșiri de weekend sau ieșiri parțiale. Orice mișcare între aceste posibilități se face în baza unor rapoarte detaliate prezentate de echipa terapeutică. Tribunalul nu poate decide eliberarea decât dacă este convins că nu vor fi afectate interesele comunității. Orice hotărâre trebuie aprobată de Ministerul Sănătății și de Procurorul General.

Există o agenție care răspunde de aplicarea măsurilor de siguranță. Planul de tratament aprobat de Tribunal stă la baza aplicării măsurilor de siguranță și respectă regula ca bolnavul să beneficieze de forma de asistență medicală cea mai puțin restrictivă, dar în condiții de siguranță și eficiență, este realizat împreună cu bolnavul și trebuie individualizat pentru nevoile specifice ale fiecăruia.

Sunt utilizate ghiduri care stabilesc, cu exactitate, modalitățile de comunicare între instituțiile implicate și care precizează actele de care Tribunalul are nevoie pentru a decide: documente despre starea actuală (rapoarte de la: psihiatru, asistent medical, asistent social, psiholog, terapeut ocupațional, răspuns la tratament, planul individual de tratament, copie după dosarul de internare) și documente despre istoricul psihiatric. Persoana din echipa terapeutică care răspunde de pacientul respectiv menționează explicit că planul de tratament a fost discutat cu pacientul și poate aplica pentru diversificarea regimului de spitalizare. (5, 6)

CONCLUZII – PROPUNERI privind:

A. Evaluarea – expertiza medico-legală psihiatrică:

1. impunerea unei metodologii unice de efectuare a expertizei medico-legale psihiatrice și de redactare a raportului;

2. stabilirea prin lege a modalității de finanțare pentru serviciile psihiatrice furnizate pentru expertizarea medico-legală psihiatrică (bugetul de stat, contractul cu Casa de Asigurări – act adițional, contract de furnizare servicii cu instituțiile din rețeaua de medicină legală, fonduri de la cei care solicită expertizarea: Ministerul Internelor și Reformei Administrative sau Ministerul Justiției).

B. Internarea obligatorie (Art. 114 C.P.)

1. existența și funcționarea optimă a echipei terapeutice multidisciplinare (inclusiv cu manager de caz) supraspecializate în psihiatrie judiciară care să asigure reintegrarea ulterioară în comunitate a bolnavului cu schizofrenie asistat prin măsuri de siguranță prevăzute de Codul Penal. Din echipă, vor face parte psihiatru, psihologul, eventual, psihoterapeutul, asistentul social, asis-

tentul medical, medicul de familie, instructorii specializați care să conducă activitățile de terapie ocupațională;

2. obligativitatea existenței planului terapeutic individualizat;
3. diversificarea tratamentului cu creșterea ponderii pentru consiliere, psihoterapie, psihoeucație, terapie ocupațională;
4. asigurarea unor fonduri suplimentare din surse alternative (peste Contractul cu C.A.S.), având în vedere importanța măsurilor de siguranță medicale pentru scăderea infrafracționalității (structurile administrative locale, Ministerul de Interne, Ministerul Justiției).

C. Schimbarea măsurii de siguranță

1. evaluarea stării de sănătate în cadrul comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică (pentru bolnavii asistați cu măsura de siguranță prevăzută de art. 114 C.P.) să se bazeze, pe lângă raportul psihiatrului și pe rapoarte ale psihologului, asistentului medical, terapeutului ocupațional, asistentului social; evaluarea să fie cuantificată prin scale certificate atât în ceea ce privește psihopatologia generală și specifică (GAF, CGI, BPRS, PANSS, YMRS, MDRS etc.), cât și potențialul agresiv (Hostility Inventory Buss-Durkee, OAS, HCR-20, PCL-R, VRAG, VRS-2, Novaco Anger Inventory etc.);

2. trecerea gradată de la măsura de siguranță prevăzută de art. 114 C.P. (internare obligatorie) la cea prevăzută de 113 C.P. (tratament obligatoriu) în cel puțin două etape:

I. Pe termen scurt, monitorizarea persoanelor asistate cu măsura de siguranță prevăzută de art. 113 C.P. să se facă mai des (la 1 sau 2 săptămâni și nu lunar) s-ar putea realiza cu implicarea comunității locale (bolnavul să se prezinte la medicul de familie sau la asistentul social de la Primărie cu dovada evaluării psihiatrice). Astfel, prevenirea abandonării tratamentului ar fi mai eficientă prin implicarea comunității, cel puțin până la funcționarea reală a centrelor comunitare de sănătate mentală. Unitățile mobile prevăzute legal în cadrul Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală pot asigura, în viitor, monitorizarea. În prezent, aceste unități nu pot funcționa din cauza insuficienței personalului specializat.

II. Pe termen lung, pot funcționa forme intermediare de programe aprobate de Tribunal: ieșiri controlate din spital de durată variabilă (1 oră sau 1 zi), însoțiți de personal specializat inițial, apoi de familie, locuințe protejate, locuri de muncă protejate.

D. Tratamentul ambulatoriu (Art. 113 C.P.)

1. implicarea serviciilor sociale locale care ar putea asigura monitorizarea acestora la domiciliu într-un mediu cât mai puțin restrictiv, așa cum cere Legea persoanelor cu tulburări psihice;
2. implicarea și motivarea familiei prin lege pentru susținerea bolnavului psihic;
3. mobilizarea comunității locale să asigure locuințe protejate, fonduri pentru cheltuielile de întreținere a bolnavului asistat cu măsuri de siguranță, locuri de muncă protejate;
4. accelerarea înființării Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală;
5. diversificarea evaluării periodice pentru schimbarea măsurii de siguranță, inclusiv încetarea acesteia;
6. întărirea monitorizării de către Autoritățile de Sănătate Publică care deși au atribuții conform legii în domeniu, nu se implică efectiv în organizarea psihiatriei forensice;
7. programarea consultațiilor psihiatrice pentru a crește complianța terapeutică.

E. Aspecte generale

1. implicarea spitalelor penitenciar și a penitenciarelor în sistemul de psihiatrie forensică;
2. elaborarea unor ghiduri de protocol pentru eficientizarea colaborării psihiatrie – medicină – legală – justiție – direcții de asistență socială în cadrul sistemului de psihiatrie forensică.

Prevalența înaltă a bolnavilor psihotici în sistemul judiciar se bucură recent de foarte multă atenție, dar înțelegerea noastră asupra acestei probleme este marcată de opinii divergente. Profesioniștii din sănătatea mintală arată spre dezinstituționalizare și lipsa unui sistem coerent de servicii de sănătate mintală, iar criminologii minimalizează rolul bolii psihice. În același timp, ghidurile de bună practică sunt ca și inexistente. Trebuie să ne focalizăm – se susține într-un articol din 2007 – pe variabilele de risc individuale și de sistem și să accentuăm rolul central al non-complianței la tratament, ca mediator între modificarea variabilelor de risc și recidivism. Pentru

prevenirea recidivismului printre adulții cu tulburări psihotice este necesar să existe trei elemente privind intervenția: asistența competentă, accesibilitatea la serviciile de psihiatrie și pârghiile legale. (7)

3. înființarea unui centru/agenție de coordonare a asistenței psihiatrice forensice din spitalele pentru măsuri de siguranță, centrele comunitare de sănătate mintală, spitalele penitenciar generale sau de psihiatrie, locuințe protejate etc.

Principalele atribuții ar putea fi schițate astfel:

- * monitorizarea asistenței medico-socio-juridice acordate acestora, conform deciziei Tribunalului;
- * coordonarea evaluării periodice a bolnavilor intrați în sistemul de psihiatrie forensică;
- * crearea și gestionarea unei baze de date complete privind persoanele cu tulburări psihice asistate cu diverse măsuri de siguranță medicală;

- * actualizarea legislației și a informației;
- * asigură respectarea drepturilor bolnavului psihic, dar și ale comunității conform legii;
- * asigură colaborarea cu toate instituțiile implicate;
- * coordonează educația comunitară și furnizarea de informații către societatea civilă.

4. evaluarea psihiatrică în cadrul Comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică nu are numai rolul de a răspunde la obiectivele stabilite de Instituțiile care solicită expertiza, ci este primul pas către reabilitarea psiho-socială care reprezintă, de fapt, scopul final al măsurilor de siguranță medicale. Comisia de expertiză medico-legală psihiatrică, pe baza evaluării tulburării psihice și a pericolozității, trebuie să orienteze persoana cu tulburări psihice, la care propune ca măsură de siguranță internarea medicală către instituții care furnizează servicii de psihiatrie legală diferențiate.

Tendențele actuale în psihiatria românească sunt de stratificare a serviciilor de îngrijiri psihiatrice, așa cum recomandă și Strategia în domeniul sănătății mintale a Ministerului Sănătății din România. La acest moment, specializarea îngrijirilor de psihiatrie este un proces în dinamică în care se investește material și uman; acum nu există decât spitale de psihiatrie generală, iar din cele patru spitale pentru măsuri de siguranță trei sunt mixte: psihiatrie generală și psihiatrie forensică. Ar trebui să existe spitale pentru măsuri de siguranță și servicii de psihiatrie legală stratificate în funcție de riscul apreciat de Comisia de expertiză medico-legală psihiatrică: risc minim, mediu, maxim, așa cum există în cele mai multe din țările U.E. Astfel, prin specializarea serviciilor, se poate realiza o planificare și o eficientizare optimă a resurselor și, pe termen lung, o diminuare a fondurilor alocate pentru asistarea bolnavilor cu măsuri de siguranță medicale.

BIBLIOGRAFIE:

1. Dragomirescu, V.T., *Expertiza medico-legală psihiatrică*, în *Tratat de Medicină Legală* subredacția Beliş, V., Ed. Medicală, București, 1995, 693-798
2. Mosescu, M., Dragu, M., Ștefănescu, A., *Aplicarea măsurilor de siguranță prevăzute de codul penal (art. 113 și 114), aspecte practice*, *Rom J Leg Med* 15 (3) 2007
3. ****Considering the accused – forensic examination in a residential setting*, Amsterdam, Edited by A.W.M.Mooij, F.Koenraadt, J.M.J.Lommen-Van Alphen
4. ****TBS: placement under a hospital order, an exceptional measure*, Ministry of Justice of Holland, National Agency of Correctional Institutions, Amsterdam, 1999
5. ****Mental Health Act 1983: Elizabeth II, 1983*. Chapter 20 Reprinted July 2003, August 2005, Corporate Author: Great Britain Publisher: Her Majesty's Stationery Office
6. www.mhrt.nsw.gov.au/
7. Lamberti J. S., *Psychiatr Serv* 58:773-781, June 2007, *Understanding and Preventing Criminal Recidivism Among Adults With Psychotic Disorders*

*Monica MOESCU – medic psihiatru,
Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca, Buzău
Alina ȘTEFĂNESCU – medic psihiatru,
Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca, Buzău*

VIOLENȚA INTRAFAMILIALĂ ȘI EFECTELE SALE PSIHOLOGICE

Luminița BĂLAN

Abstract:

The principal idea of this study is the presentation of psychological violence in the family medium, as well as the explicit obviousness of the consequences of that, near the family members, which leads has true to an interfamilial victim typology. Although the family represents the fundamental matrices of the life, a simultaneous fusion of the couple from biological, psychological and social point of view, it can also become the place of deepest and painful of the conflicts, where the intensity of the hatred and the violence concur that of the love.

The analysis of psychological violence was made by the means of the interviews of the 250 women and 150 men of urban and rural environment.

The analysis goes on a population having the age ranging between 18 and 70 years, and their experiment of violence along their life and for the period 2001-2008.

Keywords: family, family violence, psychological effect, victim

În procesul devenirii și desăvârșirii de sine, familia este calea, mijlocul și șansa de realizare a acestui ideal, ea fiind matricea fundamentală a vieții, matricea primară a încorporării valorilor în personalitate.

În și prin familie, omul accede, asimilează și participă la valorile spirituale, religioase, culturale și materiale. Cuplul conjugal exprimă, structural și funcțional, modul în care două persoane de sex opus se intermodează creator, dezvoltându-se și completându-se mutual, prin interacționare și fuziune, simultan, în plan biologic, psihologic și social. Dar cuplul perfect este un mit, iar în conjugalitate se regăsesc 50% dintre conflictele umane. Familia poate deveni locul celor mai profunde și mai dureroase conflicte, locul în care intensitatea urii și a violenței se ridică la nivelul intensității iubirii.

În familia românească, violența intrafamilială este consecința unor cauze obiective, ea fiind și rezultatul recesiunii, a crizei pe care o traversează societatea, a șomajului și inflației care determină, în ansamblu, inegalități economice frapante, accentuarea sentimentelor de frustrare și nesiguranță. Efectele violenței intrafamiliale le regăsim în dinamica familiei (conflicte, crize existențiale, divorț) la toți actorii implicați: femei, bărbați, copii.

Ideea centrală a acestui studiu este prezentarea violenței psihologice intrafamiliale și surprinderea complexității consecințelor asupra membrilor familiei, cu conturarea unei adevărate tipologii victimale intrafamiliale.

Analiza violenței psihologice a fost realizată prin interviuarea a 250 femei și 150 bărbați, atât din mediul urban, cât și din mediul rural.

Analiza se referă la populația cu vârsta cuprinsă între 18 – 70 ani și experiențele acestora de violență în familie de-a lungul vieții și în cursul anilor 2001-2008.

În cadrul studiului violenței psihologice, s-a urmărit:

- a) incidența fenomenului și grupurile cu risc maxim de victimizare;
- b) caracteristicile definitorii ale victimei și ale agresorului;

c) pe ce perioadă de timp s-a întâmplat, în ce ciclu de viață predomină și în ce anume a constat;
 d) cum a procedat victima și ce suport a primit din partea rudelor, prietenilor, vecinilor sau a instituțiilor;

e) cauzele și factorii favorizanți, precum și efectele asupra sănătății, stării de spirit și respectului de sine a victimei.

Incidența violenței psihologice intrafamiliale se prezintă astfel:

- 12,8% din populația adultă raportează violență psihologică în familie;
- violența psihologică este la fel de răspândită în orașe mari, orașe mici și în sate;
- violența psihologică este de aproape două ori mai frecventă la femei (16%), decât la bărbați (9%), indiferent de vârstă sau de etnie;
- violența psihologică este mai rară la persoanele cu educație superioară. Totuși, 7% de persoane cu studii superioare au fost/sunt nevoite să îi facă față;
- violența psihologică este mai răspândită printre persoanele casnice (19%) și mai rară la nivelul pensionarilor (10%);
- în jur de un sfert din persoanele actualmente divorțate (28%) și cele aflate în uniuni consensuale (23,5%) raportează experiențe de violență psihologică. Traumele provocate de violență rezultă în teama de implicare în relații de lungă durată care presupun responsabilități multiple. Prin urmare, victimele preferă uniunile consensuale căsătoriilor oficiale;
- violența psihologică este raportată în nouă din o sută de familii cu copii (0-14 ani). În total, unul din zece copii asistă în familie, în mod frecvent, la insulte și amenințări între părinți sau între alți adulți din gospodărie.

Dintre tulburările cele mai frecvent întâlnite, la victimele violenței psihologice pot fi: tulburările emoționale (depresie, anxietate, panică, fobii), stima de sine scăzută, tulburări ale memoriei (amnezia disociativă, încărcarea memoriei autobiografice cu evenimente negative), tulburări cognitive (scăderea capacității de rezolvare a problemelor, scheme cognitive negative), sindroame de stres (sindromul posttraumatic, sindromul femeii bătute), tulburări de alimentație (bulimie, anorexie), tulburări de somn (insomnii, coșmaruri), psihosomatizări (afecțiuni digestive, respiratorii, psoriazis, astm bronșic, artrită etc.), tulburări de personalitate (disociere, personalitate dependentă, pasiv-agresivă), stil de viață nesănătos (consum de alcool, automedicație).

La agresori, cele mai frecvente tulburări care apar pot fi : depresia, anxietatea, stimă de sine scăzută, frustrarea, impulsivitatea, capacitate scăzută de gestionare a furiei și auto-controlului, egocentrism, tulburări de personalitate (personalitate antisocială, borderline, histrionică, narcisistă, paranoidă), stil de viață nesănătos (consum exagerat de alcool și droguri, conducere imprudentă, sex neprotejat). Regăsim adesea în profilul acestor persoane elemente asociate mai multor categorii de tulburări de personalitate. Se relatează frecvența mai mare a tulburărilor de tip borderline și antisocial.

Cunoscând simptomele sau semnele unei afecțiuni, putem alege strategia de lucru în aceste cazuri. Recunoașterea unei afecțiuni este un prim pas spre tratarea ei.

Depresia clinică este cel mai comun tip de tulburare psihologică care apare aproape în toate cazurile de violență domestică. Cu terapie psihologică și/sau medicamentoasă asociată (în depresia medie și severă), 80% dintre persoanele cu depresie ar putea fi tratate.

Semnele care pot fi recunoscute în sfera depresiei sunt:

- dispoziție depresivă, tristețe, sentiment de gol interior;
- sentiment de neajutorare, depreciere personală, vinovăție;
- lipsa de speranță în viitor, pesimism;
- scăderea interesului și a plăcerii pentru activități plăcute anterior;
- oboseală cronică, apatie;
- tulburări de memorie, dificultăți în concentrarea atenției și în luarea deciziilor (amânare, indecizie);
- iritabilitate, stare de agitație și neliniște;
- anxietate;
- tulburări de somn (somn agitat, adormire dificilă, somn prelungit);

- pierderea apetitului și interesului pentru mâncare (anorexie), scăderea în greutate sau exces în consum alimentar (bulimie);
- gânduri repetitive de moarte, idei sau tentative de sinucidere.

Când cel puțin cinci dintre aceste simptome apar și nu se datorează consumului de medicamente sau droguri, criteriile de depresie pot fi întrunite. Rezolvarea problemelor este afectată în etapa ei de regăsire a informațiilor specifice sau detaliate ale unui eveniment, cu resursele rezolutive adiacente. Întâlnim, adeseori, la victime capacitatea scăzută de a imagina soluții la situațiile conflictuale, precum și un grad ridicat de adaptare disfuncțională la agresiune. Sprijinul comunitar, social și familial este esențial în recuperarea persoanei.

Tulburări de anxietate, în cadrul cărora sunt cuprinse tulburări fobice (frica irațională, persistentă, copleșitoare pentru un obiect sau situație particulară), tulburare de panică (atacuri bruște, neașteptate de anxietate copleșitoare, adesea asociată cu ideea de moarte sau nebunie), stresul post-traumatic (simptome de anxietate dezvoltate după expuneri la evenimente traumatizante), tulburări obsesiv-compulsive.

Stresul posttraumatic prezintă o frecvență mare la victimele expuse violenței domestice. Stresul posttraumatic este consecința expunerii la un stresor traumatic extrem, care implică experiența directă a unui eveniment ce comportă cu moartea ori cu moartea cuiva apropiat, vătămarea serioasă sau amenințarea integrității corporale proprii; răspunsul persoanei supuse acestui tip de eveniment este regăsit în frica intensă, neputință sau oroare (la copii, apare comportament agitat sau dezorganizat).

Semnele de identificare sunt:

- amintiri repetitive și supărătoare ale evenimentului (imagini, gânduri, percepții);
- vise supărătoare, repetitive, având ca temă evenimentul traumatizant, coșmaruri, cu trezirea într-o stare de spaimă, frică intensă;
- sentimentul retrăirii reale a evenimentului, iluzii, halucinații și episoade disociative de flashback (amintire fulgerătoare și clară a evenimentului) la deșteptarea din somn sau în starea de veghe;
- sentiment de tulburare interioară la expunerea la stimuli sau evenimente similare celui trăit;
- reactivitate fiziologică similară cu realitatea trăită (transpirații rapide, accelerarea bătăilor inimii, respirație sacadată, paloare etc.);
- evitarea stimulilor asociați cu trauma, paralizia reacției: efort mare depus pentru evitarea gândurilor, sentimentelor, conversațiilor asociate cu trauma, efort în evitarea activităților, locurilor, persoanelor asociate traumei, incapacitate de a evoca anumite aspecte ale traumei (amnezie disociativă), scăderea interesului sau participării la activitățile semnificative pentru viața anterioară a persoanei, sentiment de detașare și înstrăinare de alții (răceală afectivă, nerealizare etc.), pesimism;
- dificultate în adormire sau trezire (care nu existau anterior);
- iritabilitate marcată;
- dificultăți în concentrarea și menținerea atenției;
- hipervigilență;
- tresăriri exagerate.

Acest tip de tulburare are serioase consecințe și în domeniul social-profesional al persoanei. Femeile supuse unor atacuri violente din partea partenerilor, cu amenințarea cu moartea, pot genera acest simptom fie la un singur eveniment de acest tip de severitate deosebită, fie după mai multe astfel de tentative. Reacțiile ce apar la maximum o lună de la consumarea evenimentului sunt încadrate în faza acută, cele care „trec“ o perioadă de latență și se manifestă după aproximativ 6 săptămâni sunt încadrate în faza cronică. De menționat că stresul posttraumatic apare și la copil, unde diagnosticul se face rafinat și diferențiat. De importanță deosebită este intervenția în aceste situații, cu concertarea acțiunilor factorilor responsabili în protecția și terapia persoanei afectate. Expunerea, în continuare, la iminența amenințării are consecințe extrem de nefaste asupra sănătății fizice și psihice a victimei.

Stima de sine scăzută este o componentă psihologică importantă pentru modul cum individul relaționează cu ceilalți și cu propria persoană, garanția succesului, a performanței sau a eșecului.

O persoană cu stimă de sine scăzută:

- diminuează propriile talente;
- simte că ceilalți nu-l valorizează;
- se simte lipsit de putere;
- este ușor de influențat;
- exprimă o gamă restrânsă de emoții;
- evită situațiile ce pot produce anxietate;
- devine defensiv sau ofensiv și se simte frustrat;
- îi blamează pe ceilalți pentru neputințele sale.

Stima de sine scăzută se corelează cu insatisfacție, singurătate/tendința la izolare, anxietate, resentimente, iritabilitate și depresie.

Tulburarea de personalitate de tip borderline

Tulburările de personalitate sunt „paternuri“ stabile de simțire, gândire și comportament, active în situații diferite, greu modificabile, care „deviază considerabil de la expectațiile culturii individului“, cu debut în adolescență sau timpuriu în perioada adultă și care duc la deteriorări semnificative în câmpul personal și social al individului.

S-a constatat că persoanele care la maturitate suferă de tulburare de personalitate tip borderline au suportat în copilărie abuz fizic, sexual sau au asistat la episoade de violență domestică. Abuzul sexual este factor major de risc în declanșarea tulburării.

Criterii diagnostice:

- „pattern“ de instabilitate a relațiilor interpersonale, impulsivitate marcată, instabilitate, alternanță între idealizare și devalorizare prezente într-o varietate de contexte;
- eforturi de evitare a abandonului real sau imaginar;
- imagine de sine persistent instabilă;
- impulsivitate (în domenii: sexual, cheltuieli, abuz de substanțe, exces alimentar etc.);
- gesturi, comportament sinucigaș, automutilant;
- instabilitate afectivă pe fond de reactivitate sporită a dispoziției (ex.: depresie episodică intensă, iritabilitate, anxietate tranzitorie);
- sentiment de vid interior;
- mânie intensă, dificultăți în a controla accesele de furie (ex.: bătăi repetate, manifestări frecvente de furie etc.);
- reacții paranoide, simptome de disociație legate de stres.

Tulburări de personalitate antisocială

Evenimentul esențial al acestui tip de tulburare îl constituie pattern-ul de deconsiderare și violare a drepturilor altora, care începe timpuriu și persistă și în viața adultă.

La abuzatori sunt necesare cel puțin trei dintre caracteristicile menționate mai jos:

- incapacitate diminuată de a se conforma normelor sociale, de a respecta legea, prin comiterea de acte considerate ilegale;
- minciuna repetată, disimularea, manipularea altora pentru profit sau satisfacerea unei plăceri personale;
- impulsivitate, lipsă de abilitate în planificarea acțiunii;
- iritabilitate, agresivitate (lupte, atacuri corporale);
- iresponsabilitate marcată, comportament inconstant în muncă sau neonorarea obligațiilor financiare;
- neglijență privind securitatea altora sau a sa;
- lipsa remușcărilor, indiferență după comiterea unui act reprobabil, indiferență în justificarea actelor agresive sau a furtului.

Alte elemente care pot fi regăsite la abuzator: gelozie excesivă, neîncredere în loialitatea partenerului, invadarea spațiului privat, lipsa respectului pentru valorile, timpul și proprietatea partenerului, cerința imperioasă de a controla (mediul, grupul de prieteni, programul, banii), sentimente de

frustrare, nemulțumire, critici excesive, blamări, nu își asumă responsabilități, comportamente evitante, uneori perfecționism, cerințe nerealiste îndreptate asupra partenerului.

Cercul violenței este greu de spart de unul singur, dar nu imposibil. Victima poate manifesta o dependență paradoxală față de abuzator, iar adaptarea sa la situațiile amenințătoare pentru sănătatea sa fizică și psihică crește pe măsura înaintării în timp prin: reducerea suportului social, izolarea față de familia de origine, restrângerea suportului venit din partea prietenilor, „sindromul secretului” – mai mult o manifestare generată de mentalitățile și normele culturale, sentimentul de rușine, de „paria”, dependență financiară, problema copiilor, reducerea stimei de sine și a abilităților de ajustare (coping), restrângerea abilităților de rezolvare a problemelor, a sentimentului indus prin intervenția constantă de abuz verbal sau emoțional că își merită soarta, speranța că lucrurile se vor îndrepta etc. Agresorului îi este întărit comportamentul prin tipurile de răspuns sau reacții pe care le are victima, prin ineficacitatea intervenției familiei de origine, prin lacunele sistemului de protecție a victimelor, prin neimplicarea comunității, prin penalitățile ineficiente și insuficiente.

Experiențele de violență psihologică diferă semnificativ între femei și bărbați.

Femeile care raportează violența psihologică ca fiind „cea mai marcantă”, într-o pondere semnificativ mai mare, suportă „de multe ori” (fie ocazional, fie cu regularitate) amenințări în familie, pe perioade lungi de timp (maxim de 35 de ani, în medie 4,8 ani). Femeile sunt, în considerabil mai mică măsură, agresate psihologic în familia de origine. Violența psihologică asupra femeii este, în special, un fenomen asociat perioadei de căsătorie. Pentru cele mai multe femei, soțul sau concubinul le adresează, în mod frecvent, insulte, amenințări.

Celor mai multe victime ale violenței psihologice, indiferent de gen, li s-a întâmplat ca agresiunea să aibă loc de față cu rude, prieteni sau cunoștințe. Cazurile în care persoane necunoscute au fost de față sunt relativ rare, reprezentând cam o cincime din total, atât în cazul femeilor, cât și al bărbaților.

Nevoia unei relații stabile afective a femeii este, adesea, motiv de exploatare și de abuz care poate lua diverse forme:

Excluderea: femeia se simte izolată, în întâlniri de serviciu, ședințe etc., când propunerile și sugestiile din partea femeilor sunt ignorate.

Respingerea: exprimarea dorinței partenerului ca soția să fie exclusă din familie.

Izolarea: în unele cazuri, femeii îi este interzis orice sprijin venit din afară sau contactul cu alte persoane.

Blamarea: femeia este agresată, înjurată, ridiculizată, blamată, disprețuită, adesea, față de alți membri ai familiei.

Amenințarea: femeia este amenințată cu violența, cu părăsirea, cu agresarea unor persoane apropiate (copii, membrii familiei, prieteni sau chiar animale domestice).

Coruperea: femeia este obligată să facă acte ilegale, ca prostituție, trafic de droguri etc.

Re-victimizarea: femeia este învinovățită pentru ceea ce i se întâmplă.

În cadrul violenței psihologice împotriva femeii:

➤ Agresorul principal a fost soțul/concubinul, fost (în 20% din cazuri) sau actual (în 46% din cazuri).

➤ În 88% din cazuri, agresorul a fost bărbat.

➤ Persoanele agresor au fost de toate vârstele, asemănător populației, marea majoritate având peste 30 de ani.

➤ 42% dintre persoanele agresor sunt absolvenți de școală primară (proporție semnificativ mai mare decât la nivelul populației), dar și de liceu (12,5%) sau de facultate (în 9% din cazuri).

➤ O jumătate dintre agresori sunt ocupați (au un loc de muncă); 9% dintre agresori sunt șomeri. Ponderea pensionarilor printre agresori este semnificativ mai mică decât la nivelul populației.

➤ În 55% din cazuri, agresorul era sub influența băuturilor alcoolice în momentul agresiunii.

➤ 16% dintre persoanele agresor au fost internate cel puțin o dată într-un spital de psihiatrie.

➤ 10% dintre persoanele agresor au suferit cel puțin o condamnare penală.

Femeile sunt primele care sesizează contorsiunea periculoasă a relațiilor familiale și solicită celor din jur sprijin adecvat. Sunt cunoscute tulburările apărute în conjugatii de tipul reacțiilor

anxioase, a reacțiilor depresive sau a unor nevroze astenice reactive. Sunt cunoscute sinestozele conjugale care sunt refugii în boală, cu acuze somatice multiple, la femei frustrate sexual și afectiv.

Datele psihometrice și cele de diagnostic converg spre conturarea unui tablou psihopatologic al femeii bătute care cuprinde:

- scăderea intensității, eficienței, complexității și adaptabilității proceselor psihice (atenție, memorie, gândire, lentoare în investigație și selecție);
- astenie, depresie, neliniște;
- anxietate cu crize de plâns;
- obsesii, gânduri suicidare;
- irascibilitate până la explozivitate;
- sentimentul insecurității și al inutilității;
- sentimente de frustrare, incapacitate de mobilizare;
- stări de afect neplăcute asociate cu un comportament accentuat impulsiv;
- labilitate emoțională.

Violența psihologică la bărbați prezintă următoarele aspecte:

- reprezintă 32% din totalul victimelor;
- bărbați tineri de 18-29 de ani și mai puțin bărbați de 50 de ani sau peste, de toate nivelurile de educație, etniile și religiile;
- mai ales necăsătoriți sau în uniune consensuală, care nu au fost niciodată căsătoriți sau care de-a lungul vieții au avut mai multe căsătorii (oficiale sau neoficiale);
- aparțin ambelor medii rezidențiale.

Referitor la tipul de violență suportată, victimele bărbați 80% povestesc în amănunt violența psihologică la care au fost supuși de către alți membri ai familiei. Bărbații, mai mult decât femeile, au dificultăți în a gestiona situația de victimă a violenței psihologice.

În copilărie și adolescență, sunt perioadele de risc maxim de violență psihologică împotriva bărbaților, aceștia fiind lipsiți de putere în fața părinților sau fraților mai mari.

În perioada de adult, aceștia sunt nevoiți să păstreze, măcar în aparență, imaginea de bărbat, care nu plânge și care nu se plânge, care domină în relațiile de gen și care se descurcă în orice situație fără ajutorul nimănui.

Prin urmare, bărbații care raportează violență psihologică în familie nu discută despre experiențele de violență îndurate, nu cer și nici nu primesc ajutor, ci învață comportamentul de agresor și, măcar o parte, îl trec mai departe fiilor lor.

În cadrul violenței psihologice împotriva bărbaților:

- Agresorul principal a fost tatăl, fratele sau alt bărbat din familie (în 50% dintre cazuri), dar și actuala sau fosta parteneră (în 26% dintre cazuri) sau mama (11%).
- În 54% din cazuri, agresorul a fost bărbat, iar în 46% a fost femeie.
- Persoanele agresor au fost de toate vârstele, asemănător populației, marea majoritate având peste 30 de ani.
- Două treimi dintre persoanele agresor au absolvit cel mult gimnaziul (proporție de aproape două ori mai mare decât la nivelul populației), iar restul au studii superioare.
- Fac parte din toate categoriile socio-profesionale.
- În 30% din cazuri, agresorul era sub influența băuturilor alcoolice în momentul agresiunii.
- 11% dintre persoanele agresor au fost internate cel puțin o dată într-un spital de psihiatrie.
- 5% dintre persoanele agresor au suferit cel puțin o condamnare penală.

Abuzul psihologic este devastator. A fost comparat cu tortura ostaticilor care sunt, în mod similar, privați de libertate, fără a ști când se vor manifesta din nou violențele.

Dizarmonia familiei duce la alienarea mediului familial, având ca rezultat apariția unor sindroame de cuplu mergând de la psihosindroame nevrotice, dezvoltări discomportamentale, alcoolism cu psihopatizare până la dezvoltări delirante.

Violența psihologică nu este determinată de o singură cauză, ci reprezintă un efect de interacțiune între o serie întregă de factori.

Sărăcia, șomajul, alcoolismul, supraaglomerarea locuinței, socializarea într-un mediu familial viciat de violență, relații de putere asimetrice în gospodărie formează toate un mediu care întreține și favorizează violența psihologică.

Violența psihologică este un domeniu în care legislația a luat-o cu mult înaintea mentalităților, armonizarea acesteia cu reglementările europene fiind, în actualul context românesc, lipsite de legitimitatea oferită de suportul populației.

În concluzie, în cadrul violenței intrafamiliale, atât victima, cât și agresorul trăiesc tragedia unei vieți pline de suferință, de umilire, de degradare treptată. Consecințele pe termen lung sunt devastatoare, implicând uneori costuri inimaginabile umane și materiale.

BIBLIOGRAFIE:

1. Freud, S., *Morning and Melancholia*, in *Collected Papers IV*, Hogarth Press, 1925
2. Gerson, B.R., Carlier, I., *Post- traumatic stress disorder: the history of a recent concept*, *The British Journal of Psychiatry*, 1992
3. Institutul pentru Cercetarea și Prevenirea Criminalității, Inspectoratul General al Poliției, *Criminalitatea feminină în România*, 1997-1998
4. Pirozyschi, T., Scripcaru, Gh., Boișteanu, P., *Psihogeniile în patologia medico-relațională*, Ed. PsihOmnia, Iași, 1997
5. Pirozyschi, T., *Psihopatologie clinică, proiecții actuale*, Iași, 1993
6. Pirozyschi, T. (coord.), *Psihiatria și condiția umană*, PsihOmnia, Iași, 1995
7. Scripcaru, Gh., Astărăstoae, V., *Interferențe psihiatrice*, Junimea, Iași, 1986
8. Șchiopu, U., *Psihologia vârstelor*, București, 1981

Luminița BĂLAN – medic,
Medicină Legală, Suceava

IMPLICAȚII MEDICO-LEGALE ÎN TULBURAREA DE ATAȘAMENT

Irina MITREA, Olga HOROPCIUC, S. MELINTE

Abstract:

Attachment disorder is a broad term intended to describe disorders of mood, behaviour, and social relationship arising from a failure to form normal *attachments* to primary care giving figures in early *childhood*, resulting in problematic social expectations and behaviours. The term attachment disorder is most often used to describe *emotional* and *behavioural* problems of young children, but is sometimes applied to school-age children or even to adults. The specific difficulties implied depend on the age of the individual being assessed and a child's attachment-related behaviours may be very different with one familiar adult than with another, suggesting that the disorder is within the relationship and interactions of the two people rather than an aspect of one or the other personality. No list of *symptoms* can legitimately be presented but generally the term attachment disorder refers to the absence or distortion of age-appropriate social behaviours with adults. For example, in a toddler, attachment-disordered behaviour could include a failure to stay near familiar adults in a strange environment or to be comforted by contact with a familiar person, whereas in a six-year-old attachment-disordered behaviour might involve excessive friendliness and inappropriate approaches to strangers.

Key words: attachment disorder, personality disorder, forensic psychiatry implications

Nevoia de atașament face parte din necesitățile de bază ale ființei umane este înnăscută și are drept scop supraviețuirea. Interacțiunea genotipului cu factorii de mediu, stimuli, persoana de referință și nișa de protecție duc la formarea matricei primare de atașament. Nișa securizantă s-ar defini prin asigurarea unui spațiu în care nivelul de stres perceput de copil este minimum și prin faptul că-i permite o explorare interesantă, stimulativă, cu stimuli pozitivi, interesanți pentru constituirea unei matrice de atașament sigur. Prin repetări și experiențe succesive, se structurează scheme comportamentale, care asigură formarea unui sistem coerent, cu semnificații clare pentru partenerii în acțiune, generând la copil un tip de atașament sigur.

Absența fizică a persoanei care acordă îngrijiri sau incoerența și inconsistența stimulilor, imprevizibilitatea cu care îl invadează sau îl lasă în așteptare, oscilațiile de intensitate imprevizibile ale stimulilor, bruschețea manipulărilor sau absența oricărei atingeri creează un haos în interpretări care nu lasă loc sistematizărilor și decodărilor necesare și, ca urmare, vor conduce la formarea unei matrice de atașament nesigur sau dezorganizat.

Tulburarea de atașament apare în condițiile în care o persoană are dificultăți în formarea și păstrarea relațiilor de durată. Cel mai des își arată lipsa completă a abilităților de a interacționa afectiv cu alte persoane. În cele mai multe cazuri, nu reușesc să-și dezvolte conștiința și nu pot căpăta încredere; din acest motiv, nu permit altor persoane apropierea și comunicarea. Tot răul poate să provină și de la un abuz psihic și emoțional ce se dezvoltă în primii ani de viață, dacă copilul nu-și formează o legătură sentimentală de atașament cu mama sa, va fi imposibil să creeze legături sentimentale cu restul oamenilor. Copilul lipsit de atașament, nu-și găsește rostul, nu poate

gândi și reacționa ca o persoană normală. În partea centrală a lipsei de atașament, stă ascunsă furia și supărarea.

Această furie pune stăpânire pe psihic, durerea neînțeleasă pune stăpânire pe suflet datorită faptului că s-au simțit singuri și abandonați. Imposibilitatea lor de a comunica și lipsa de a interacționa face ca tratamentul și educația să fie aproape imposibile.

Cauzele tulburărilor comportamentale sunt de ordin: psihic, emoțional, abuz sexual, neglijarea, moartea unuia dintre părinți, boala severă, depresia cronică, mame nepregătite fără priceperi de părinte. Aceste situații pot cauza blocarea comportamentului și să nu-și dezvolte abilități de încredere, iubire, grijă. În cele din urmă, copilul nu va permite să fie controlat.

Cercetări mai vechi focalizate pe analiza atașamentului, precum și integrări recente ale datelor legate de dezvoltarea socio-cognitivă atrag atenția asupra faptului că influențele socio-culturale încep să își facă simțită prezența asupra individului încă de timpuriu. Iar întrebarea nu mai este dacă experiențele primilor ani de viață își pun amprenta asupra personalității viitoare, ci în ce fel își exercită influența și care sunt procesele ce mediază această relație. Cercetările actuale încearcă să stabilească în ce mod interacțiunile timpurii au impact asupra reprezentărilor propriei persoane sau a reprezentărilor celorlalți. Astfel, legătura dintre atașamentul timpuriu, memoria autobiografică, dezvoltarea conceptului de sine, implicit a personalității în totalitatea ei și mecanismele de coping se situează la interfața trăsăturii înnăscute de personalitate și capacitatea de ajustare socială.

Din perspectiva psihodinamică, s-a vorbit de prezența mecanismelor de apărare imature la indivizii cu tulburări de personalitate ce contribuie la lipsa lor de responsabilitate, tendința de a da vina pe alții. În contextul unei noi concepții asupra inconștientului, sistematizarea biaxială a mecanismelor de coping din perspectiva paradigmei cognitive oferă un cadru conceptual care salvează câte ceva din teoria psihanalitică asupra mecanismelor de apărare. Termenul de „coping“ sinonim cu mecanism de adaptare, mecanism de gestiune a stresului – reprezintă toate modalitățile de a face față stresului pe care le utilizează ființa umană sau, altfel spus, orice mecanism de prevenție și adaptare la stres, orice tranzacție între subiect și mediu, în vederea reducerii intensității stresului.

Mecanismele de coping se grupează în: comportamentale, cognitive, neurobiologice.

➤ Coping-ul comportamental grupează toate comportamentele care au funcția de a preveni sau reduce reacția de stres.

➤ Coping-ul cognitiv vizează medierea informațională, modalitățile de prelucrare a informației. Are loc medierea cognitivă printr-o cascadă de evaluări și reevaluări ce vizează nu numai natura stresorului, ci și reacțiile subiectului la situația stresantă. Astfel, prin modularea acestor procesări cognitive, consecințele stresante trebuie să fie minime. Mecanismele de coping cognitiv pot fi dispuse pe o axă continuă confruntare-evitare.

Selectivitatea se realizează în două modalități principale:

1. scotomizarea informației negative traumatice, acest tip de informație fiind ignorat, negat, reprimat, evitat.

2. distorsiunea informației – reinterpretarea ei într-un cadru care îi diminuează valențele sale negative (exemplu: raționalizare, proiecție, idealizare).

Rolul mecanismelor cognitive de coping este, într-adevăr, important. Ele mediază relația dintre informația traumatizantă și vulnerabilitatea biologică a unor subiecți la acest gen de informație. Persoanele predispuse să prelucreze preponderent informația traumatică și a căror mecanisme defensive nu funcționează eficient dezvoltă ulterior tulburări emoționale sau o puternică stare de distress.

Agresivitatea este o consecință a perturbării comportamentului, care exprimă lupta copilului cu angoasele și culpabilitățile sale, lupta cu frustrările trăite, datorită cărora adultul plin de ură de astăzi nu este altceva decât copilul frustrat de ieri. Copilul își va camufla astfel rănille psihice sub crusta unei refulări negative ce vor izbucni apoi în crize de agresivitate. Un rol aparte îl vor avea agresiunile sexuale contra copilului, agresiuni ce vor duce, tardiv, la fobie față de adulți, la perturbări ale imaginii de sine, la sechele de libido și devianțe sexuale, la reproducere a comportamentului sexual deviant la descendenți și, în final, la rejectarea sarcinii, nașterii și a copiilor.

Devianța comportamentală este, la rândul său, consecința socializării negative, în principal a curenței afective ce generează inafectivitate. Inafectivitatea este consecința nucleului devianței, ger-

men al personalității anomice generate de un mediu anomic microsocioal. Într-o astfel de lume, mila, plânsul, compasiunea, ca reacții înnăscute, devin neputincioase, astfel că distructivitatea la om nu este atât un instinct, cât un fenomen patologic generat de dificultățile de adaptare la condițiile lumii civilizate.

Mary Main extinde perspectiva teoriei atașamentului studiind istoria de viață a adultului cu referire la sistemul de atașament, încercând să determine o corespondență între tipurile de atașament descrise în mica copilărie și comportamentele adultului posibil manifeste în intimitate, în cuplul cu partenerul de sex opus, dar, mai ales, în cele cu proprii copii. Nancy Kaplan și Mary Main au creat un interviu prin care s-a cerut individului să reflecteze asupra relațiilor de atașament precoce și asupra experiențelor acestuia în acest sens. Pe baza acestui interviu, s-au descris următoarele tipuri de atașament la adult, corelate cu tipurile de atașament din mica copilărie și respectiv tipul de atașament care se poate dezvolta la copiii acestor adulți:

1. Adultul atașat autonom

În copilărie, a fost atașat sigur, a dobândit un grad de independență, autonomizare, poate descrie coerent experiențele proprii de atașament, chiar dacă sunt dureroase. Este capabil de realizarea cu ușurință a proceselor de adaptare.

Detășare, fiind încrezător în unicitatea și forța cuplului și a capacităților fiecăruia de a reface echilibrul temporar pierdut. Poate descrie dificultăți cu părinții, inclusiv traume sau abandon, dar își menține o înțeleaptă balanță în integrarea trecutului cu experiențele sale actuale. În relația cu copilul, prezintă încredere în sine ce-i permite creativitate, flexibilitate în această relație. Calmează și reconfortează partenerul într-o relație de plăcere împărtășită, imprimând copilului un atașament sigur, iar partenerului adult, securizare.

2. Adultul cu atașament dezinteresat (indiferent)

În copilărie, corespunde unui atașament ambivalent (evitant) și presupune experiențe amprentate de teamă. Este inflexibil și evitant.

Idealizează relația cu părinții, este incoerent și inconsistent în relatarea amintirilor despre copilărie, persistă obsesiv în afirmațiile standard pozitive despre rolurile parentale. Tinde să idealizeze copilăria, descriind-o ca sigură, minunată, dar imaginile evocate nu constituie suportul pentru protecție și îngrijire care, de fapt, reprezintă portretul actual idealizat al persoanei în cauză.

3. Adultul cu atașament preocupat

În copilărie, corespunde unui atașament anxios rezistent, este invadat de amintiri dureroase, în care relatează drama inconstanței, incoerența experiențelor micii copilării.

Interacționează imprevizibil la stări de frustrare, cu agresivitate, mânie, iar histrionismul posibil are un patetism greu de confundat. Nu are structurat un sistem de atașament anume în care să poată avea totală încredere, fiind suspicios, e gelos pe orice alt tip real sau imaginar de relație al persoanei iubite. Se chinuiește pe sine și pe alții căutând dovezi, niciodată suficiente.

Devine astfel abuziv în relațiile de intimitate sau va imita modelul propriilor părinți, transmitând în acest fel un sistem de atașament nesigur anxios copilului.

4. Adultul cu atașament dezorganizat (cu doliu și traume nerezolvate)

Corespunde în copilărie atașamentului dezorganizat; este imprevizibil și dezorganizat în relații; face experiențe nerealiste. Speculează fără suport. Este un dezadaptat, potențial adictiv la alcool și drog, aflându-se aproape în imposibilitatea de a-și asuma rolul de partener de cuplu sau parental.

În mod predictibil, se poate afirma că își expune copilul la abuz sau neglijare. În cazul neintervenției determină un atașament dezorganizat și la copil.

În abordarea etiopatogenetică a tulburărilor de personalitate, astăzi se discută de implicarea mai multor factori. În mod deosebit, mai mulți cercetători subliniază ideea potrivit căreia modelele operaționale disfuncționale relevate de acești pacienți s-au dezvoltat adesea într-un context de atașament nesigur. Tocmai de aceea, disfuncționalitatea unor astfel de tulburări apare ca deosebit de evidentă în contextul relațiilor interpersonale, care sunt întotdeauna interpretate de subiect împotriva fondului schemelor interpersonale încorporate.

Tulburările de personalitate, cel mai frecvent luate în discuție, în al căror istoric de dezvoltare se discută de tulburarea de atașament, ca element important al vulnerabilității, sunt tulburarea de personalitate borderline histrionic, narcisic, dependent, obsesiv-compulsiv. Conform teoriei vulnerabilitate-stres în psihiatria contemporană, persoanele diagnosticate cu tulburare de personalitate sunt considerate vulnerabile, întrucât prezintă, în primul rând, o vulnerabilitate de fond, vulnerabilitate augmentată, de cele mai multe ori, de vulnerabilitatea de mediu (reducerea rețelei de suport social, pierderea unor statute și roluri sociale, stresori psiho-sociali cumulați). Această vulnerabilitate de fond numită tulburare de personalitate ar putea fi compensată prin factori protectori socio-familiali (de exemplu, conferirea de roluri sociale care să conducă la creșterea stimei de sine, dezvoltarea unor abilități de coping la stresori).

În orice devianță, factorii obiectivi de mediu se vor împleti cu cei subiectivi de personalitate, în speță, anomia socială aflându-se în relație de complementaritate cu dezechilibrele de personalitate.

Lipsa atașamentului se află deci la originea structurării unei personalități anomice care, plecând de la calitatea deficitară a relațiilor afective, ajunge la modificarea structurilor sale morale, la scăderea toleranței la frustrări și deci la egofilie, la abolirea sentimentelor de culpă, consecutiv insensibilității, la perturbarea mecanismelor de self-control și, în final, la sentimente de devalorizare și etichetare.

BIBLIOGRAFIE:

1. Scripcaru, Gh., Astărăstoiaie, V., Boișteanu, P., Scripcaru, C., Chiriță, V., *Psihiatrie medico-legală*, Edit. Polirom, 2002
2. Opre, A., *Noi tendințe în psihologia personalității.. Modele teoretice*, Ed. ASCR, Cluj-Napoca, 2002
3. *Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. Child development*, Ainsworth M.D.S. 40, 969-1.025, 1969
4. Gunderson, J.G., *Borderline personality disorder*, Washington, DC. American Psychiatric Press, 1984

Irina MITREA – psiholog principal, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași
Olga HOROPCIUC – medic primar psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași
S. MELINTE – medic primar psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași

FARMACODEPENDENȚE (OBSERVAȚII CLINICE)

A. CÂRPA, I. DABIJA, I. COȘCIUG

Abstract:

The research performed on 141 patients dependent on psychoactive substances allowed to determine a series of factors with negative effect on the drug addiction development the main role among which play the biological and psychosocial factors. Personal clinical experience demonstrated high efficiency of the complex treatment including psychopharmacology, psychotherapy, ergotherapy, acupuncture and activities of socio professional, socio-familial, socio-cultural etc. reintegration.

Key words: psychoactive substances, dependence, psychopharmacology, psychotherapy.

Farmacodependențele reprezintă, actualmente, una dintre cele mai arzătoare probleme atât ale medicinei moderne, cât și ale societății în ansamblul ei. Acest fapt este determinat atât de extinderea rapidă a numărului de pacienți cu diverse farmacodependențe, cât și de „întinerirea“ patologiilor respective, adică cel mai frecvent, diverse narcomanii și toxicomanii depistate la persoane tinere și adolescenți.

Din aceste motive, scopul lucrării prezente constă în studierea patologiei respective în baza datelor clinice pe municipiul Bălți, în sensul unui schimb de experiență referitor la soluționarea problemei date.

În Spitalul de Psihiatrie nr. 5, municipiul Bălți, pe parcursul anilor 2005-2008 au fost tratați 141 pacienți cu diagnosticul Narcomanie, Toxicomanie. Conform observațiilor noastre privind dependența de drogul administrat, toți pacienții au fost repartizați în trei grupe:

- în prima grupă care constă din 53 pacienți (37,7%) au fost incluși bolnavii ce foloseau substanțe narcotice propriu-zise (morfină, codeină, heroină, promedol, omnopon, decoct de mac, canabinoizi);

- a doua grupă au alcătuit-o pacienții cu toxicomanie, care foloseau substanțe psihoactive (tranchilizante, somnifere, barbiturice, psihostimulatori); aici au fost incluși 72 bolnavi (51,1%);

- grupa a treia au alcătuit-o pacienții care foloseau diverse substanțe și componenți chimici de uz casnic (solvenți, acetonă, benzină, dihidrofos, adezivi sintetici etc.). În total în această grupă, au intrat 16 pacienți (11,2%).

La pacienții din grupa I, cu diverse tipuri de narcomanie, se observă o dependență direct proporțională între starea de sevraj și durata narcomaniei. În tabloul clinic al stării de sevraj, la acești bolnavi, predominau algiile articulare și musculare, mai pronunțate fiind în mușchii regiunii lombare, mușchii și articulațiile membrelor inferioare. De asemenea, se înregistrau multiple dereglări vegetative sub formă de midriază, palpitații, cefalee, vertij, rinoree, lăcrimare. Majoritatea bolnavilor acuză dureri puternice localizate în diferite părți ale corpului, însoțite de disfuncții intestinale, diaree, meteorism, constipații. În statusul psihic, predomină anxietatea, neliniștea, frica, uneori deprimarea, iritabilitatea, nemulțumirea, agresivitatea, stările depresive însoțite de idei suicidare. În asemenea stare, pentru a-și ușura suferințele, pacienții căutau diferite motive și căi pentru a primi droguri, deveneau agitați, uneori evadau din spital. În continuare, se intensificau tulburările vegetative sub formă de frisoane, tahicardie – până la 140-150 bătăi pe minut, tensiunea arterială se mărea până la 160/80 – 190/100 bătăi pe minut, febră până la 38-39 grd. C; se înregistrau agripnii, care atingeau uneori gradul de insomnie îndelungată, rezistentă la tratament. Era posibilă depistarea

ceșexiei, hipotrofiei, distrofiei, a pielii uscate cu nuanță pământie, pe suprafața căreia erau multiple plăgi atroifice; pe traiectul venelor se vedeau urme cicatrizate de înțepături, precum și semne de tromboflebită; bolnavii arătau îmbătrâniți, istoviți, cufundați în propriile gânduri. La 2 pacienți, absolut toate venele erau trombozate și atrofiate, ei administrându-și stupefiante atât în scrot, cât și în penis. Se depistau dereglări somatice pronunțate, manifestate clinic prin hepatite toxice; tulburări cardiovasculare sub formă de aritmie, tahicardie paroxistică, extrasistole, colaps, mai rar infarct miocardic, pericardită sau endocardită. În cadrul sistemului digestiv dereglările apărute au fost: destrucția dinților, stomatite, gastrite, ulcere gastroduodenale necrotizante, colite cronice, hepato- și splenomegalie. În analiza generală a sângelui, predominante erau anemiile și leucopeniile.

Grupa a II-a care includea pacienți cu diverse toxicomanii, apărute în urma utilizării preparatelor cu acțiune psihotropă, era cea mai numeroasă și mai răspândită actualmente. Situația dată poate fi explicată prin faptul că tranchilizantele sunt cel mai frecvent întrebuințate fără controlul riguros al specialiștilor respectivi. Cel mai des, pacienții acestei grupe utilizau tranchilizante (diazepam, sexuden, bazon, elenium, alprazolam). Din datele anamnestice s-a depistat că, după întrebuințarea a 4-5 pastile de sexuden, bolnavii simțeau o stare de euforie, de dispoziție elevată, nu-și puteau găsi locul, aveau senzația de zbor, de imponderabilitate. La exterior, făceau impresia unei stări de ebrietate alcoolică, având mersul clătinat, mișcările necoordonate, fiind logoreici, cu dizartrie periodică. Tegumentele acestor pacienți erau palide, îndeosebi fața; pupilele midriatice, cu reacția la lumină abolită și întârziată; limba este uscată cu depozit alb-cenușiu, mucoasele cavității bucale sunt accentuat uscate. Tonusul muscular este scăzut, mai ales în mușchii membrelor inferioare. Spre finalul stării de ebrietate se înregistra un somn adânc sau o stare de extenuare fizică pronunțată, bolnavii declarând că mâinile și picioarele sunt „ca de vată“. În caz de suspendare a administrării necontrolate a diazepamului, starea psihică se ameliorează peste aproximativ 24 ore. Dacă substanța tranchilizantă era utilizată sistematic pe parcursul a mai mult de 6-8 luni, suspendarea bruscă a administrării acesteia provoca stări de sevraj. Pacienții deveneau agitați, cu dispoziție depresivă, insomnii și cu acuze de cefalee trenantă. La 2-3 zile de abstenență, apăreau fibrilații musculare în diferite grupe de mușchi, mai ales, în mușchii faciali și cei ai gambelor. Tegumentele deveneau palide, pupilele midriatice cu reacția la lumină diminuată. Unul dintre simptomele permanente și caracteristice era nistagmusul orizontal. Reflexele tendino-musculare erau accentuate iar cele abdominale diminuate, uneori abolite. Apărea tremorul degetelor mâinilor, hiperhidroză, tahicardie până la 100-120 contracții pe minut. Toate gândurile erau focusate spre a redobândi și reutiliza tranchilizantul. În cazuri mai grave, perioada de sevraj poate continua până la 1-2 și chiar 3 săptămâni. La pacienții care foloseau diazepam timp îndelungat (6-8 ani) se forma treptat un defect psihopatologic specific, asociat cu modificări organice ale personalității și tulburări intelectual-mnestice. La majoritatea era prezentă o astenie pronunțată care schimba radical structura personalității: deveneau irascibili, brutali în relațiile cu cei apropiați, manifestând o decădere etico-morală și o lipsă a capacității de muncă fizică și intelectuală. Un procent ridicat înregistra devieri de comportament, care în unele cazuri atingeau nivelul comportamentului delicvent sau antisocial.

A treia grupă o constituiau pacienții cu toxicomanii, care foloseau substanțe chimice de uz casnic, conținând solvenți, acetonă, benzină etc. Această grupă de toxicomanii a fost înregistrată la minorii cu vârsta de 10-15 ani și, mai rar, la adolescenții de 16-18 ani. În total, au fost internați pentru tratament 16 pacienți cu diferite tipuri de toxicomanie. Din spusele pacienților, inhalarea substanțelor toxice avea inițial loc în grupuri de câte 3-5 persoane, ulterior, inhalarea petrecându-se solitar. După aproximativ 5-7 zile de inhalatii, se forma o dependență psihică și apărea un anumit ritual de continuare a intoxicațiilor. Imediat după inhalarea substanțelor toxice, se instala o stare de confort psihic însoțită de euforie. Pacienții relatează despre o stare caracterizată prin senzația de dispariție a tuturor problemelor și emoțiilor negative. O inhalare a toxinelor de circa 3-5 minute provoca: apariția unui gust sălcui în cavitatea bucală, ușor vertij, urmată de apariția în cap a unui sunet repetitiv, asemeni ecoului. Ulterior, apăreau trăiri halucinatorii, de obicei, colorate în culori aprinse, vii, arzătoare, care-și schimbau nuanțele încontinuu și erau în continuă mișcare, ca într-un caleidoscop. Periodic, apare o percepție eronată a schemei corporale și tulburări de tipul derealizare-depersonalizare. Inhalatiile sistematice aveau durata de 20-30 minute, urmate de instalarea

unui somn adânc. Simptomele caracteristice pentru stările de sevraj survenite în urma intoxicațiilor sunt: disforie, cefalee, iritabilitate crescută, fatigabilitate, algii musculare, tulburări hipnice, grețuri, vărsături. Astfel de stări se mențin 3-4 zile după suspendarea inhalării substanței respective. Tulburările de dispoziție durau până la 1-2 săptămâni. Consecințele social-psihologice ale toxicomaniiilor se manifestau prin modificări ale personalității, instalarea sindromului psiho-organic cu predominanța simptomelor astenice, diminuarea capacității intelectuale, limitarea intereselor, perturbarea gândirii până la nivelul unei demențe organice. Pe parcursul examinării și tratamentului au fost analizate cauzele și factorii predispozanți ai utilizării stupefiantelor și diverselor toxine. S-a stabilit că factorii predispozanți pot fi multipli, însă un rol important îl dețin cei de origine psiho-biologică și, mai ales, socială.

Prima grupă de factori, ce pot facilita dezvoltarea unei narcomanii sau toxicomanii sunt factorii de origine ereditar-genetică, adică prezența tulburărilor mentale și/sau comportamentale la unul din părinți (alcoolism, narcomanie, toxicomanie, psihopatie, schizofrenie, epilepsie etc.) și/sau educația în familii incomplete (familii monoparentale sau prezența în familie a mamei sau a tatălui vitreg).

A doua grupă de factori predispozanți sunt cei care țin de educația incorectă de tipul cumirul familiei, când are loc satisfacerea momentană a tuturor cerințelor copilului, sau din contra, educația de tip Cenușăreasa, cu inhibarea tuturor dorințelor și inițiativelor copilului.

În a treia grupă de factori predispozanți pot fi incluse tulburările mentale de tip organic, tulburări de personalitate, retard mental, enurezis, balbism, infantilism etc.

A patra grupă de factori predispozanți, conform observațiilor noastre clinico-anamnestică, o alcătuiesc factorii sociali de rând cu politica statală, care ar veni să asigure evidența și lupta contra răspunderii nelegale a acestor substanțe în societate, să asigure condiții optime de odihnă și educație pentru tineret, să creeze cluburi, terenuri și săli de sport destinate reabilitării, să asigure încadrarea tineretului în câmpul muncii.

Referindu-ne la tratamentul pacienților cu narcomanie și/sau toxicomanie, putem menționa că el se acordă prin intermediul spitalelor și dispensarelor narcologice. Tratamentul în spital prevede câteva etape: în prima etapă se procedează la cuparea simptomelor de sevraj, a doua etapă ține de dezintoxicare și tratament simptomatic, a treia etapă constă în tratamentul stărilor astenice, disforice, depresive etc., iar a patra etapă prevede formarea concepțiilor și asocierilor negative față de substanțele psihoactive. Ultima etapă, a cincina, constă în reabilitarea socio-profesională, prevăzând reintegrarea pacientului în familie, societate, câmpul muncii.

În prima etapă a tratamentului: în caz de agitație, neliniște, încordare psihică, se administrează intramuscular sau intravenos aminazină, tizercină, azaleptină împreună cu soluții de dimedrol, pipolfen, suprastină etc., iar pentru a preveni stările de colaps – soluție de cordiamină, mezadon ș.a.; pentru a diminua algiiile musculare, articulare sau cu alte localizări, se administrează intramuscular analgină sau intravenos baralgină, spasmalgon de câte trei ori pe zi sau miorelaxante de tipul melictinei, condelfinei (în patru prize), care, blocând sinapsele neuromusculare periferice atenuază algiiile mușchilor și organelor interne. În caz de supradozaj al miorelaxantelor se administrează prozerină, galantamină ș.a. preparate cu acțiune anticholinesterazică. De asemenea, în stările de sevraj sunt, în mod frecvent, administrate ganglio-blocante de tipul pentaminei, dicolinei, dimecolinei care, substituind acetilcolina în ganglionii vegetativi înlătură simptome ca: palpitații, senzația de sufocare, tuse, grețuri, vărsături, diaree, algii cu localizare în organele interne. Pentru combaterea simptomelor vasomotorii ca: strănut, lăcrimare, rinoree, hipersalivație etc., se utilizează redinol, ciclodol, parcopan, romparkin ș.a.

A doua etapă a tratamentului constă în dezintoxicare și tratament simptomatic. În acest scop, mai frecvent se administrau soluții de tipul Haemodezi, Poliglucină, Reopoliglucină, Glucoză, Acessoli, Trissoli, ser fiziologic, soluție de Sulfat de Magneziu, Unitiol, Tiosulfat de Natriu, vitamine din grupele B, PP.

În a treia etapă se efectuează tratamentul stărilor de astenie, disforie, depresie. În acest scop, mai frecvent, se utilizează, de regulă, în complex: doze hipoglicemice de insulină, stricnină, duplex, pantocrină, acid glutaminic, iar în cazul depresiilor amitriptilină, mianserină, trazodonă.

A patra etapă a tratamentului constă în formarea concepțiilor și asocierilor negative față de stupefiante și substanțele toxice. În această etapă, erau, în mod individual, recomandate diferite forme de psihoterapie, ergoterapie, reabilitare familială și socioprofesională etc. După externarea din spital pacienții erau transferați pentru evidență și tratament ambulator de susținere, medicilor narcologi din dispensarul psihonarcologic.

În baza celor expuse anterior putem extrage următoarele concluzii :

1. Narcomaniile și toxicomaniile cunosc, pe parcursul ultimului deceniu, o răspândire tot mai largă în Republica Moldova și în particular în municipiul Bălți;
2. Factorii predispozanți, în sensul dezvoltării narcomaniilor și toxicomaniilor sunt multipli, însă un rol important le revine celor de origine biologică și socială;
3. Experiența practică în acest domeniu demonstrează o eficacitate mai înaltă în tratamentul narcomaniilor și toxicomaniilor, atunci când este aplicat un tratament complex, ce include atât remedii psihofarmacologice, psihoterapeutice, ergoterapeutice, de acupunctură etc., cât și măsuri de reabilitare socioprofesională, socioculturală etc. cu reintegrarea acestor pacienți în societate.

BIBLIOGRAFIE:

1. Piatnitkaia, L.N, *Alcoolism, narcomanie, toxicomanie*, Moskva, Medițina, 1998
2. Nacu, A.G., Nacu, A. A., *Psihiatrie judiciară*, Chișinău, F.E.P. Tipografia Centrală, 1997
3. Oprea, N., Nacu, A., Revenco, M., *Psihiatrie*, Chișinău, Știința, 1994
4. Șelaru, M., Donciu, D., *Personalități patologice*, Editura Dosoftei, Iași, 1997
5. Ghelider, M., Gam, D., Melo, R., *Oxfordskoie rukovodstvo po psihiatrii*, Izdatelistvo Sfera, Kiev, 1997

*A. CÂRPA – medic psihiatru,
Spitalul clinic de Psihiatrie nr. 5, mun. Bălți, Republica Moldova*
*I. DABIJA – medic psihiatru,
Spitalul clinic de Psihiatrie nr. 5, mun. Bălți, Republica Moldova*
*I. COȘCIUG – medic psihiatru,
Spitalul clinic de Psihiatrie nr. 5, mun. Bălți, Republica Moldova*

REAȚIILE PSIHOPATOLOGICE LA DIAGNOSTICUL SEROPOZITIV HIV / SIDA

A. CÂRPA, I. DABIJA

Abstract:

The research consisted of psychiatric examination of 43 patients (29 man and 14 woman) who are drug dependent and positive to HIV/ AIDS. The performed investigations allowed determining different types of psychopathological reaction with the mentioned category: from hetero and/or auto aggressive crises, psychomotor demonstrative excitement, suicidal attempts, anxious-depressive conditions to total apathy.

Key words: HIV /SIDA, drug, dependence, psychopathologic.

Sida a fost descoperită de către profesorul biolog francez *Luc Montagnier* în anul 1983. Viteza răspândirii SIDA este grandioasă și, în prezent, fiind afectate toate țările de pe globul pământesc. După ultimele date ale OIS, în lume sunt înregistrați 29 milioane de infectați și 8 milioane bolnavi de SIDA. Viciosul retrovirus ieșit din cercul homosexualilor a pătruns în centrul de colectare al sângelui și de acolo, în toate instituțiile medicale. Se știe că toți pacienții cu HIV și bolnavi de SIDA au dreptul să ceară ajutor și să beneficieze de tratament în orice instituție medicală. În acest gen de situație, prin intermediul seringilor și al restului instrumentarului medical apare riscul real de răspândire al maladiei SIDA, atât în rândul pacienților, cât și în rândul lucrătorilor medicali, care acordă ajutor acestor pacienți.

În momentul de față, sunt bine cunoscute consecințele tragice care au loc la bolnavii infectați cu HIV-SIDA și reacțiile afective care au loc între ei.

Cu scopul de a studia cât mai minuțios aceste stări afective, au fost examinați 43 pacienți (29 bărbați și 14 femei) suferinzi de narcomanie și infectați cu HIV-SIDA. Limitele de vârstă sunt de la 14 până la 46 ani, cu o vârstă medie de 21 ani. Stagiul de narcotizare este de la 2 până la 10 ani. Majoritatea pacienților (34) confirmă că s-au infectat prin schimbarea de seringi sau ace, alții nu pot explica cum s-au infectat, deoarece s-au folosit strict de seringi și ace monogetabile. Exclud schimbarea de seringi și ace. Din spusele bolnavilor s-a aflat că ei alimentau seringile cu substanțe narcotice dintr-un vas comun, unde mai mulți narcomani introduceau acele și alimentau seringile cu narcotice. Astfel s-au infectat fără să fie conștienți de faptul că printr-o astfel de cale se pot infecta, rămânând mirați și nedumeriți, aflând despre rezultatul pozitiv al infecției HIV. În primele zile de internare, la pacienții investigați cu HIV-SIDA apărea starea de așteptare – alarmantă, deveneau îngrijorați, neliniștiți, mereu reveneau cu una și aceeași întrebare și anume dacă nu au venit rezultatele de la HIV-SIDA. Al doilea factor stresant avea loc în cazul în care rezultatul venea pozitiv și apărea necesitatea de a-l repeta, pentru confirmarea precisă a diagnosticului, fără a se comunica pacienților cauza reală a repetării analizei. În perioada aceasta starea pacienților era cea mai tensionată și alarmantă, bolnavii erau agitați, neliniștiți, afectați, cu somnul perturbat. Cereau explicații în legătură cu repetarea analizei sângelui, presimțeau că sunt suspecți de SIDA. Alții erau triști, indiferenți, fără dispoziție, pasivi.

Al treilea moment apărea atunci când se confirma rezultatul seropozitiv la SIDA. Reacțiile psihice în această etapă se manifestau diferit, în funcție de mai mulți factori. Unul dintre factorii determinanți a fost structura personalității.

Analiza materialului a constatat că majoritatea pacienților prezentau personalități psihopatiche. Din acest punct de vedere, au fost clasificați în 4 grupe.

Prima grupă și cea mai numeroasă (19 pacienți reprezentând 40,9 %, din care 14 bărbați și 5 femei) prezentau personalități din grupa psihopaților instabili. Reacțiile lor la diagnosticul seropozitiv SIDA erau însoțite de un atac de panică, deveneau agitați, explozibili, agresivi, învinuiau de contaminarea lor pe tovarășii apropiați, amenințau că se vor răzbuna pe ei. Declarau că și ei vor molipsi pe alții. Aflându-se în secție, erau mereu în stare de tensiune psihică, încordare, alarmare, neliniște. Mulți dintre ei exprimau idei de sinucidere, iar doi și-au tăiat venele la ambele mâini. Li s-a acordat ajutor chirurgical.

Al doilea grup îl formau pacienții la care predominau particularitățile de tip isterio (11 pacienți: 6 femei și 5 bărbați reprezentând 25%). Reacția lor la seropozitiv SIDA era însoțită de un afect psihic cu o agitație demonstrativă asociată cu declarații publice că se vor sinucide, cu maniere teatralizate, gesticulații, țipete însoțite de ură față de cei din jur, nedorind să vadă pe nimeni și refuzând întâlnirile cu rudele. De exemplu, o pacientă striga și îi amenința pe ceilalți pacienți că-și va lua singură sângele și va stropi alimentele pentru a-i molipsi pe toți.

Al treilea grup (10 pacienți = 28%, 8 bărbați și 2 femei) se caracteriza prin fenomene psihastenice. Aflarea despre diagnosticul seropozitiv era primită ca o tragedie, ca o catastrofă, la unii pacienți observându-se o stare anxios-depresivă, la alții o cădere într-o stare de „doliu“, devenind și mai triști și înfricoșați de starea lor. Se văicăreau, întrebau ce va fi cu ei în viitor. Prezentau stări depresive destul de pronunțate cu inhibiție motorie și ideatică. Deveneau pasivi și exprimau idei de sinucidere. Rezultatul tratamentului, al convorbirilor psihoterapeutice erau practic fără efect. După externare 3 pacienți s-au sinucis.

La pacienții din **etapa a patra**, predominau simptome caracteristice pentru psihopați instabili cu o structură mozaică. Au fost în total 4 pacienți: 3 bărbați și o femeie, reprezentând 9%. Reacția lor este variabilă, instabilă, nehotărâtă, mulți dintre ei cad în disperare, nu știu ce să întreprindă, ce au de făcut și cum să se comporte mai departe. Alții deveneau indiferenți, reacționau apatic, alții spuneau că vor muri sau vor trăi cât au de trăit. Alții se plângeau de starea lor, se învinuiau pe sine de cele întâmplate, majoritatea exprima disperare, neliniște expuneau idei de sinucidere. Alții afirmau că atât timp, cât vor trăi vor duce un mod de viață sănătos și vor avea grijă de părinții și copiii lor. Gândul că propriul copil va rămâne orfan și că sinuciderea va provoca o tragedie părinților îl opreau de la ducerea la bun sfârșit a tendințelor suicidare.

Variatatea reacțiilor psihice necesită un tratament individual și divers. Cele mai dificile probleme pe parcursul tratamentului apăreau în relațiile cu părinții, copiii, între soț și soție, între rudele apropiate. Pacienții erau respinși de părinți, soți sau soții. Tocmai în această situație, era necesară depunerea unui efort psihoterapeutic foarte intens, în vederea reabilitării familiale și sociale a pacienților.

Alte momente dramatice apăreau la externarea pacienților din secție. Pacienții nu doreau externarea, deveneau agitați, îngrijorați, nu știau ce se va întâmpla cu ei în societate, erau conștienți de faptul că vor fi respinși de aceasta și că găsirea unui loc de muncă cu un astfel de diagnostic va fi dificil de găsit.

Pe primul plan în tratamentul acestor reacții psihopatologice, se impun metode psihoterapeutice plus preparate neuroleptice (antipsihotice), tranchilizante și antidepresive. În plus, bolnavilor li se explică faptul că nu la toți pacienții infectați cu HIV se dezvoltă SIDA. Se fac sugestii psihoterapeutice că trebuie să-și îndrepte atenția spre prezent, la clipele trăite în fiecare zi și nu spre viitor, deoarece acesta nu e cunoscut de nimeni, astfel încât nici cei sănătoși, nici cei suferinzi nu știu, cu siguranță, cât mai au de trăit. Orice zi trebuie trăită cu bună dispoziție și primită ca un cadou, ca un dar dumnezeiesc. Este necesar a li se insufla faptul că orice activitate trebuie îndreptată spre acțiuni și fapte productive atât pentru sine, cât și pentru cei din jur.

Majoritatea pacienților au fost externați în stare satisfăcătoare.

BIBLIOGRAFIE:

1. Kupernic, Kiril, *Vzglead na SPID, Mejdunarodnii fond, Jenevscaia initiativa v psihiatrii*, Izdatelistvo Sfera, Kiev, 1997
2. Naou, A.G., Revenco, M.G., Oprea, N.A., *Clinica necotorih variantov diagnostichi psihiatrii*, Chișinău, Știința 1980
3. Nacu, A.G., Nacu, A. A., *Psihiatrie juridică*, Chișinău, 1997, F.E. P., Tipografia centrală
4. Oprea, N., Nacu, A., Revenco, M., *Psihiatrie*, Chișinău, Știința, 1994
5. Șelaru, M., Donciu, D., *Personalități patologice*, Editura Dosoștei, Iași, 1997
6. Gam, D., Melo, R., Ghelider, M., *Oxfordscoe ruoovodstvo po psihiatrii*, Izdatelistvo Sfera, Kiev, 1997
7. Rutter, Siuzan, *Rucovodstvo po sestrinscoi rabote v psihiatrioescoi cliniche*, Izdatelistvo Sfera, 1997

*A. CÂRPA – medic psihiatru,
Spitalul clinic de Psihiatrie nr. 5, mun. Bălți, Republica Moldova,
I. DABIJA – medic psihiatru,
Spitalul clinic de Psihiatrie nr. 5, mun. Bălți, Republica Moldova*

GENETICĂ ȘI AFECTIVITATE

V. SIMIONESCU, I. HAULICĂ, Gioconda DOBRESCU,
Oana Cristina ZAHARIA, Roxana SIMIONESCU,
Loredana Maria BELCEANU, D.G. LUPU

Abstract:

The authors go over the genetic psychiatry and molecular psychiatry researcher's efforts in their attempt to decipher the genetic basis of affectivity. There are analyzed in a critical way the proofs brought by several methods of genetic exploration. The conclusion that can be drawn from this level of research is that the family studies, those on twins, linkage studies and on individual genes can only answer to a small part of the multitude of questions related to this exciting subject.

Este, oare, posibil să râdem, să plângem, să iubim sau să urâm, să fim docili sau agresivi, ș.a.m.d. la comanda unor gene?

De la remarcabila descriere a structurii dublu-helicoidale a ADN-ului, de către Cuando Francis Crick și James Watson în urmă cu mai bine de 50 de ani, descoperirile din domeniul geneticii au continuat în progresie geometrică, determinând apariția a numeroase discipline conexe, care leagă aspectele determinismului ereditar de specificul patologiei. În acest context se înscrie și apariția Psihiatriei Genetice, iar mai apoi a Psihiatriei Moleculare, științe interdisciplinare axate pe identificarea eventualelor gene capabile să determine sau să influențeze exprimarea psihică a individului, pe studiul elucidării legilor în baza cărora se realizează transmiterea acestor gene patologice la urmași și pe descifrarea mecanismelor neurobiologice pe care genele patologice le declanșează, astfel încât să determine instalarea unor tablouri psihopatologice.

Descoperirile din domeniul psihiatriei biologice și, în special, cele legate de neurotransmisia interneuronală, coroborate cu numeroasele tehnici și metode de cercetare genetică au modificat, în ultimii ani, concepțiile clasice privitoare la transmisibilitatea genetică a proceselor afective și au adus noi dovezi legate de posibilitatea transmiterii ereditare a unora dintre tulburările afective.

De aproape un deceniu, ne aflăm în „era postgenomică a medicinei“ și, așa cum era și firesc, o sumedenie de întrebări firești legate de corelația „genetică-afectivitate“ se nasc în mintea fiecăruia dintre noi.

**ARE ÎNTR-ADEVĂR AFECTIVITATEA UN DETERMINISM GENETIC ?
DACĂ DA, UNDE SUNT AMPLASATE GENELE RESPONSABILE ?
CARE SUNT MECANISMELE DE TRANSMITERE
A CARACTERELOR AFECTIVE?
CARE SUNT LEGILE CARE GUVERNEAZĂ TRANSMITEREA
TRĂSĂTURILOR AFECTIV-EMOȚIONALE LA URMAȘI ?**

Iată doar câteva dintre întrebările care frământă lumea medicală de astăzi și la care vom încerca să răspundem în câteva minute, fără a avea nici un moment pretenția epuizării unui astfel de provocator și mereu actual subiect ! Încă de la începutul acestei prezentări, trebuie să subliniem faptul că cercetările axate în această direcție sunt abia la început de drum. De asemenea, trebuie știut că din cele peste 65 de tehnici și metode utilizate astăzi în cercetarea genetică doar câteva sunt

aplicabile în psihiatria genetică și moleculară. Și, cu toate acestea, rezultatele cercetărilor sunt încurajatoare.

Prima întrebare la care încercăm să găsim un răspuns este cea legată de determinismul genetic al afectivității. Observații legate de transmisibilitatea unora dintre trăsăturile afective de la progenitori la urmași au fost remarcate de multă vreme, însă, primele studii în acest sens au fost consemnate începând cu a doua jumătate a secolului XX. Cu toții cunoaștem că multe din trăsăturile afectiv-emoționale ale părinților se regăsesc exprimate și în trăsăturile temperamentale și afectiv-emoționale ale descendenților. Probabilitatea moștenirii diferitelor categorii temperamentale este diferit ilustrată în literatura de specialitate, cifrele variind între 10 și 40%. Proverbul devenit clasic „ce naște din pisică șoareci mănâncă“ pare a fi valabil și în cazul transmiterii însușirilor afective la specia umană. Există, totuși, un procent însemnat de cazuri în care însușirile temperamentale și reactivitatea afectiv-emoțională nu seamănă deloc cu cea a progenitorilor. Mai mult, unii psihologi susțin că și în familiile unde există similitudine între modalitatea de răspuns afectiv a părinților și copiilor, asemănarea s-ar datora, mai degrabă, „copierii“ modelului parental de comportament afectiv și nicidecum factorilor genetici. Controversele pe această temă continuă și astăzi.

Așa cum este deja cunoscut, pe cele 23 de perechi de cormozomi umani se află cca 35.000 de gene, totalizând aproximativ 3 miliarde de nucleotide ADN. Screening-ul genetic efectuat la indivizii sănătoși și cu tulburări afective, în încercarea de a localiza genele care influențează exprimarea afectivității, nu a adus rezultate notabile. Acesta este și motivul pentru care cercetările genetice și-au reorientat atenția către acele situații în care exprimarea trăsăturilor afective este evidentă, maximală și ușor de identificat. Astfel de situații le oferă tulburările psihice afective, în care modificările tonusului afectiv-emoțional sunt pregnante și unde există probabilitatea cea mai mare de a decela eventuale modificări ale genomului. Deși alegerea bolnavului psihic conferă o mărire evidentă a șanselor, decelarea genelor cu răsunet asupra comportamentului afectiv al individului nu este nicidecum ușoară, cunoscut fiind faptul că oamenii oricum diferă genetic între ei prin modificarea survenită în genom la una din fiecare o mie de perechi de baze. Or, la dimensiunile imense ale genomului uman, o astfel de căutare echivalează cu binecunoscuta expresie: „a căuta gena (genele) afectivității este ca și cum ai căuta acul în carul cu fân“.

Această muncă de „Sisif“ nu a dezarmat nicidecum cercetarea genetică. În încercarea găsirii răspunsului adecvat, investigațiile genetice s-au efectuat la pacienții cu tulburări afective majore, respectiv: tulburarea afectivă bipolară tip I (în care episoadele depresive sunt de 3-4 ori mai frecvente decât cele maniacale), tulburarea afectivă bipolară tip II (cu episoade depresive de 35-37 ori mai frecvente decât cele maniacale), tulburarea schizoafectivă și depresia majoră recurentă. Sindromul maniacal și cel depresiv sunt două stări emoțional-afective diametral opuse, situate la extremitățile „diapazonului“ afectiv-emoțional și sunt relativ ușor de diagnosticat și de urmărit sub aspectul penetrabilității lor la generațiile următoare.

Studiile orientate în scopul cercetării bazelor genetice ale afectivității la pacienții cu tulburări afective au avut 4 mari direcții:

- 1) Studiile familiale
- 2) Studiile pe gemeni
- 3) Studiile de înlănțuire genică (linkage)
- 4) Studiile pe gene individuale.

1- Studiile familiale

Studiile efectuate pe familiile bolnavilor cu depresie majoră sau cu tulburare afectivă bipolară au arătat că există o mai mare segregare a acestor tulburări afective în rândul membrilor respectivelor familii [1, 2, 3]. Rata de transmitere la rudele de gradul I a tulburării bipolare tip I este de 4-24%, a tulburării bipolare tip II este de 1-5%, iar a tulburării depresive majore este de 4-24%. Interesant este faptul că valori identice s-au găsit și în cazul schizofreniilor și al tulburării schizoafective. S-a constatat că există o predispoziție mai mare la descendenți de a dezvolta oricare dintre tulburările psihice majore, și nu neapărat identică sub aspect clinic cu a progenitorilor. Astfel, dacă unul dintre progenitori suferea de o tulburare bipolară, descendenții lor pot dezvolta fie schizo-

frenia, fie tulburarea schizoafectivă, fie tulburarea depresivă majoră, psihoza indusă de substanțe sau tulburări delirante. De altfel, există câteva studii care subliniază coagregarea „schizofrenii-tulburare bipolară“ în familiile cu probanzi schizofreni sau în cele cu probanzi bipolari [4, 5]. În alte studii, s-a constatat că prezența în familie a mai mult de un singur membru cu tulburare bipolară crește de aproape patru ori riscul apariției la urmași a schizofreniei [5, 6]. Tulburarea schizoafectivă prezintă același risc de transmitere la urmași, iar forma clinică în care aceasta se transmite poate lua aspectul schizofreniei, al tulburării bipolare sau al depresiei majore (fig. 1).

Aceste constatări au condus la ipoteza conform căreia, una sau mai multe gene ar putea fi responsabile de transmiterea la descendenți a susceptibilității apariției unui grup de tulburări psihice, respectiv: a schizofreniei, a tulburării schizoafective, a psihozei bipolare, a depresiei majore și a predispoziției la droguri [6]. Din această perspectivă, psihozele ar putea reprezenta o exprimare fenotipică a unui grup de gene care se transmit de la o generație la alta. În funcție de corelațiile care se realizează între aceste gene, dar și în funcție de influențele pe care le exercită mediul înconjurător, individul va dezvolta una sau alta din formele nosologice ale psihozelor. Așadar, având ca model transmiterea genetică a predispoziției pentru bolile afective, psihiatria genetică presupune că în genomul uman ar putea fi codificate trăsăturile afectiv-emoționale. Observațiile clinice ale psihiatrilor vin să întărească ipoteza genetică a transmisibilității unora dintre bolile psihice. În acest sens psihiatrii au constatat la mai bine de 60% din cazurile consultate modificări psihice subclinice, discrete, izolate, la unul sau ambii părinți ai bolnavilor cu psihoză afectivă. Chiar și atunci când părinții bolnavului psihic erau aparent sănătoși, anamneza a putut decela modificări infraclinice la aparținători sau prezența psihozei la generațiile anterioare. De multe ori, tulburarea afectivă și schizofreniile au apărut în aceeași familie, executând uneori „salturi“ de peste 3-4 generații [7, 8].

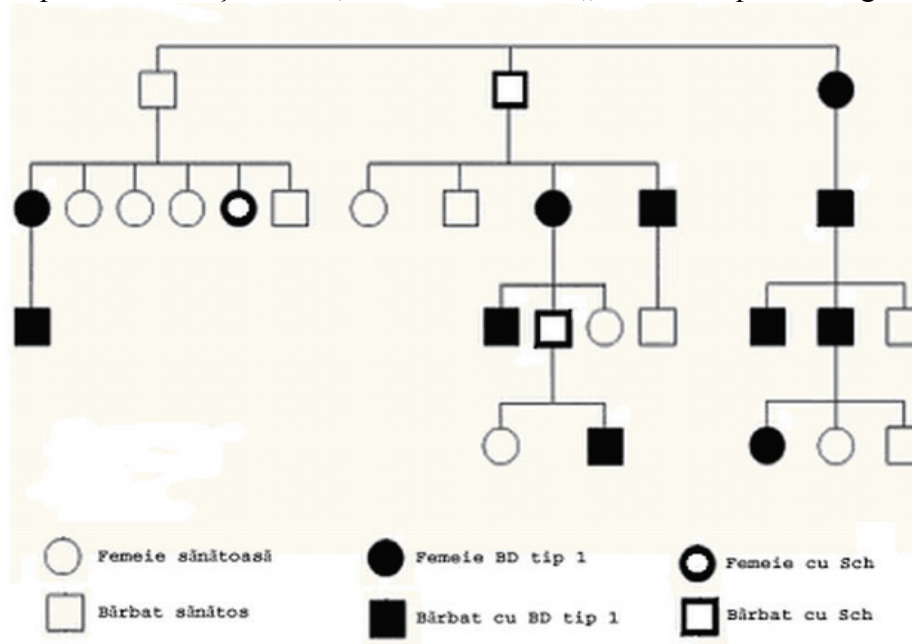


Fig. 1 Transmiterea ereditară a psihozelor într-o fraterie de 3

Studiile efectuate în familiile cu copii adoptați au confirmat transmisibilitatea trăsăturilor afective de la părinții biologici la copii, dar și importanța factorilor de mediu în remodelarea trăsăturilor afective.

2- Studiile pe gemeni

Rata concordanței pentru tulburarea bipolară tip 1 la gemenii monoziagoți este de 47-56%, iar la gemenii monoziagoți de 12-16% și constituie un solid argument în favoarea transmiterii genetice a acestei boli. La cazurile de boală cu o simptomatologie severă, câteva studii au raportat o rată a concordanței pentru gemenii monoziagoți superioară cifrei de 80% [9, 10]. Mai mult, studiile au stabilit că dacă la unul din gemenii univitelini este prezent diagnosticul de psihoză (schizofrenii, tulburare

schizoafectivă, tulburare bipolară), riscul de a dezvolta o psihoză este foarte crescut pentru celălalt geamăn. Maudsley Bipolar Twin Study este unul dintre cele mai laborioase studii în desfășurare, inițiat de Institutul de Psihiatrie din Londra, care investighează genetica tulburării bipolare la cuplurile de gemeni. Pe un lot de 224 perechi de gemeni (106 monoziagoți și 118 dizigoți) cu schizofrenie, tulburare bipolară și tulburare schizoafectivă, s-a constatat că există o concordanță perfectă a diagnosticului la 82-85% din perechi. Acest fapt sugerează faptul că cele trei psihoze sunt localizate pe aceeași genă sau cuplu de gene, care se transmit „în bloc“ urmașilor [11]. Dacă, într-adevăr, așa stau lucrurile, este foarte probabil ca argumentele aduse de genetică să determine o reevaluare și rearanjare și reclasificare a bolilor psihice, care să încadreze psihozele în aceeași grupă etiopatogenică. Rezultă că studiile pe gemeni au adus și mai multe argumente în favoarea caracterului ereditar al tulburărilor psihotice și, foarte probabil, prin analogie, și al transmiterii caracterelor afectiv-emoționale la urmași.

3- Studiile de înlănțuire genică (linkage)

Există numeroase studii genetice în care sunt citați anumiți loci cromozomiali ca fiind purtătorii unor gene dotate cu un risc crescut pentru tulburarea afectivă bipolară și schizofrenii. Mai multe studii meta-analitice consideră că sunt elocvente dovezile privitoare la predispoziția pentru schizofrenii în cazul unor localizări precum (tabel I): 6p24-22, 1q21-22 și 13q32-43 [12].

Tabel I

Autorii	Localizarea	Tulburarea psihică
Owen M., Williams N., O'Donovan M. (2003); Lewis C.M., Levinson D.F., Wise L.H. et al. (2003)	6p24-22	Schizofrenii
	1q21-22	Schizofrenii
	13q32-43	Schizofrenii
Baron M. (2001); Owen M., Williams N., O'Donovan M. (2003); Lewis C.M., Levinson D.F., Wise L.H., et al. (2003); Berrettini W.H. (2000); Segurado R., Detera-Wadleigh S.D., Levinson D.F., et al. (2003)	8p21-2	Schizofrenii
	6p22	Schizofrenii
	6q21-25	Schizofrenii
	22q11-12	Schizofrenii
	5q21-33	Schizofrenii
	10p15-11	Schizofrenii
	1q42	Schizofrenii
Berrettini W.H. (2000); Segurado R., Detera-Wadleigh S.D., Levinson D.F., et al. (2003)	18q22	Tulburări afective
	21q21	Tulburări afective
	4p16	Tulburări afective
	12q24	Tulburări afective
Badner J.A., Gershon E.S. (2002)	13q	Tulburări afective
	22q	Tulburări afective
Baron M. (2001); Berrettini W.H. (2000); Badner J.A., Gershon E.S. (2002); Bramon E., Sham P.C. (2001); Sklar P., Gabriel S.B., McInnis M.G., et al. (2002)	1q32	Schizofrenii
	10p11-15	sau
	13q32	Tulburări afective
	18p11.2	
	22q11-13	

O localizare genică sugestivă pentru predispoziția la schizofrenii s-a identificat și pe brațul scurt al cromozomului 8, în subbanda 2, banda 1, regiunea 2 (8p21-2), 6p22, 6q21-25, 22q11-12,

5q21-33, 10p15-11 și 1q42 [12, 14-17]. Scanarea genomului la pacienții cu tulburare afectivă nu a avut același succes ca în cazul schizofreniilor, deși meta-analiza rezultatelor publicate de mai mulți cercetători acordă șanse genelor localizate în pozițiile 18q22, 21q21, 4p16, 12q24, 13q și 22q [16, 17, 18].

Și alte studii meta-analitice au identificat sediul unor gene capabile să transmită urmașilor o dublă predispoziție, atât pentru schizofrenii, cât și pentru tulburarea afectivă: 1q32, 10p11-15, 13q32, 18p11.2 și 22q11-13 [13, 16, 18, 19, 20]. Reamintim că pe o bandă cromozomială se află cel puțin 20-30 de gene.

Demne de remarcat sunt cele două gene candidate pentru apariția shizofreniilor și tulburării bipolare, cunoscute sub denumirea de gena *DISC1* (*Disrupted in Schizophrenia 1*) și gena *COMT* (*Catechol-O-Methyl-Transferase*), care sunt situate pe harta genomului în poziția 1q42 și respectiv 22q11 (vezi tabel I, boxele hașurate).

Rezultă că cercetarea înlănțuirilor genice la pacienții cu tulburări afective a apropiat și mai mult psihiatria genetică de una din țintele propuse: decelarea genelor responsabile de instalarea psihozelor afective.

4- Studiile pe gene individuale

Acest tip de studii s-a realizat în ultimii ani și are astăzi o amploare mereu crescândă. Cele mai multe dintre studii sunt singulare și nu au fost confirmate încă, iar unele sunt puse chiar sub semnul îndoielii. Cu toate acestea, ele nici nu au fost infirmate, astfel încât opinia generală a cercetătorilor este unanimă: sunt necesare, în continuare, investigații în direcția detectării genelor implicate în patologia psihiatrică. Dacă tulburările psihice afective pot fi provocate de anomalii ale unor gene, atunci este clar că și genele afectivității trebuie căutate tot pe aceste gene.

Dintre posibilele gene care ar purta riscul pentru schizofrenie sunt citate (tabel II): gena *DISC1* de pe brațul lung al cromozomului 1 (1q42), gena *COMT* ce ocupă poziția 22q11, gena *dysbindinei* situată pe brațul scurt al cromozomul 6 (6p22.3), *neuregulina 1* (*NRG1*) pe 8p12, gena *activatoare a d-aminoacid-oxidazei* (*DAOA* sau *G72/G30*) pe 13q33, gena *pentru factorul neurotrofic derivat din creier* (*BDNF*) pe 11p14.1 și gena *reglatoare a semnalului proteinelor G* (*RGS4*) de pe brațul lung al cromozomului 1 (1q23) [21-37].

Disrupted in schizophrenia 1 este proteina sintetizată la comanda genei *DISC1*, o proteină cu multiple funcții celulare, prezentă în nucleu, citoplasmă și mitocondrii. Catechol-O-metil transferaza este una din cele mai importante enzime de degradare a catecholaminelor (dopamina, adrenalina și noradrenalina), îndeplinind rol determinant în neurotransmisie. Este situată în citoplasma neuronului postsinaptic. *Dysbindina* este un polipeptid, component al complexului proteic asociat dystrofinei din mușchii scheletici, nervii periferici și neuronii cerebrali. *Neuregulina 1* este una din cele patru proteine izoforme care se cuplează cu receptorii EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) de pe suprafața celulelor epiteliale, cuplaj care intervine în reglarea activității tirozin-kinazei. Proteina activatoare a d-aminoacid oxidazei (*DAOA* sau *G72*) se găsește în creier, măduva spinării și testicule. Ea activează d-aminoacid oxidaza, o enzimă peroxisomală. Factorul neurotrofic derivat din creier (*BDNF*) este o proteină ce aparține familiei neurotrofinelor. El acționează la nivelul neuronilor, facilitându-le diferențierea, creșterea, supraviețuirea și înmugurirea. *BDNF* este foarte activ în hipocampus, cortex și nucleii bazali ai creierului, fiind responsabilă de realizarea funcțiilor mnezice, a învățatului și gândirii. Reglatorul 4 al semnalului proteinei G este o proteină care modulează activitatea tuturor receptorilor aparținând familiei proteinelor G, rolul său fiind acela de a modula neurotransmisiei.

Tabel II

Gena	Localizarea	Disfuncția	Tulburarea psihică
<i>DISC1</i>	1q42	Anomalii ale proteinei <i>Disrupted in schizophrenia 1</i> produc inhibarea proceselor de creștere neuronală, înmugurire axonală, transport axonal și poziționare neuronală (în fazele embrionare)	Schizofrenii
<i>COMT</i>	22q11	Disfuncția enzimei catechol-O-metil transferaza, dată de înlocuirea valinei din poziția 158 cu metionina, constă în exacerbarea degradării dopaminei, fapt ce determină diminuarea semnalului dopaminergic în creier	Schizofrenii
<i>Dysbindina</i> sau <i>DTNBP1</i>	6p22.3	Ipotetic, disfuncția dystrobrevinei legată de proteina 1 de la nivel neural provoacă o diminuare a expresivității genei, urmată de creșterea numărului de receptori dopaminici D2 la suprafața neuronilor	Schizofrenii
<i>Neuregulina 1</i>	8p12	Mecanism necunoscut	Schizofrenii
<i>DAOA</i>	13q33	Lipsa activării enzimei d-aminoacid-oxidazei	Schizofrenii
<i>BDNF</i>	11p14.1	Lipsa activității factorului neurotrofic derivat din creier	Schizofrenii
<i>GRS4</i>	1q32	Cele două variante de <i>GRS4</i> anormale produc o întârziere a intrării în acțiune a celui de-al doilea sistem de semnalizare intraneuronală (AC, PIP2, Calmodulina)	Schizofrenii

Un alt grup de gene care, inițial, au fost implicate în etiologia genetică a schizofreniei, au fost recent nominalizate a fi responsabile și de apariția tulburărilor afective. Printre acestea sunt citate: gena *DAOA*, gena *BDNF*, gena *DISC1* și gena *NRG1* [38-42].

Un important număr de cercetări au nominalizat mai multe gene ca fiind foarte probabil implicate în determinismul genetic al tulburărilor afective. Vom descrie doar câteva dintre aceste gene și mecanismul lor vis-à-vis de tulburările afective:

TRPM2 (Transient Receptor Potential cation channel, subfamily M, member 2) situat la nivelul 21q22.3; gena codifică o proteină (melastatina tip 2) care face parte din structura unui canal ionic pentru calciu, situat pe membranele neuronale. Sinteza unei melastatine tip 2 anormale are ca efect constituirea unor canale pentru calciu disfuncționale, incapabile să reacționeze la stresul oxidativ. În felul acesta, în timpul stresului oxidativ lumenului canalicular rămâne permanent deschis, fapt ce favorizează influxul excesiv al ionilor de calciu, urmat de activarea mecanismelor apoptoice [43].

– *GPR50* (G Protein-coupled Receptor 50) este o genă situată la nivelul Xq28, care conține informația pentru sinteza unei proteine din constituția receptorilor pentru melatonină MT1 și MT2;

nu se cunoaște exact modul în care această genă intervine în predispoziția pentru dezvoltarea tulburării afective [44], dar este cunoscut rolul pe care melatonina epifizară îl joacă în reglarea ciclului circadian și legătura anatomico-funcțională care există între somn și afectivitate.

– *Citron* este gena care conține informația pentru Citron-kinază, o proteină care intervine în procesele de citokineză neuronală în fazele embrionare ale formării SNC. Este localizată la nivelul 12q24 [45].

– *GCHI* (GTP Cyclo-Hydrolaza I) este gena situată la nivelul 14q22.2. Ea codifică structura enzimei cu același nume, o enzimă cu rol limitant în biosinteza BH₄ (tetrahidrobiopterina), un cofactor ce intră în structura tirozinei și a triptofan-hidroxilazei. După cum este cunoscut, tirozina și triptofan-hidroxilaza intervin, la rândul lor, în biosinteza unor hormoni și neurotransmițători precum dopamina, noradrenalina, adrenalina și serotonina [46]. Deficitul de tetrahidrobiopterină în geneza simptomelor depresive este deja bine cunoscut în psihopatologia biologică. Determinări foarte precise au arătat că înlocuirea guaninei (G) cu timina (T) la nivelul unui singur nucleotid din perechea de baze situată în poziția 959 pb determină modificarea codonului ATG în ATT. S-a observat că noua alelă formată, conținând caractere anormale, are o putere de penetrare în populație mai mare decât alela normală.

– *MLC1* este o genă care codifică un transportor membranar, care are aceeași denumire cu boala neurologică pe care o produce: megalencefalitic leucoencefalopatia cu cistis subcortical tip 1. Gena este situată pe banda 3 a regiunii 1 de pe brațul lung al cromozomului 22, iar modalitatea prin care influențează afectivitatea nu este încă descifrată [47].

– *GABRA5* este o genă amplasată la nivelul 15q11-q13), care conține informația pentru o proteină ce reprezintă una dintre cele cinci subunități ale canalului-receptor pentru acidul gamma-aminobutiric (GABA). O alterare a acestei subunități face ca influxul ionilor de clor să fie stopat, membrana neuronilor aflându-se astfel într-o stare de continuă excitație, specifică stărilor maniacale [48].

– *BCR* (Breakpoint Cluster Region) este o genă situată pe cromozomul 22 (22q11), care formează prin translocație cu gena *ABL* (Abelson Leukemia) de pe cromozomul 9 un complex *bcr-abl*. Noul complex genic codează o tirozin-kinază anormală care scapă de sub controlul normal al citokinelor citoplasmice. În felul acesta, tirozin-kinaza anormală favorizează proliferarea anarhică a celulelor cu turnover rapid (celulele mieloproliferative) și modifică răspunsul neuronal la factorii de stress [49].

– *NAPG* (N-ethylmaleimide-sensitive factor Attachment Protein, Gamma) este o genă cu localizare pe cromozomul 18 (18p11). Ea codifică proteina SNAP-25 (proteina asociată sinaptosomilor de 25 kD), una din componentele de bază ale aparatului de transport membranar și un element esențial în procesul de fuziune al membranei presinaptice cu membrana veziculelor sinaptice din timpul expulzării neuromediatorului în fanta sinaptică. Modificarea unui singur aminoacid din cei 312 cât conține proteina SNAP-25 provoacă diminuarea eliberărilor de neurotransmițători în fanta sinaptică, inclusiv al celor implicați în geneza tulburărilor afective: serotonina, noradrenalina, dopamina [50].

Cele mai recente studii axate pe genetica tulburărilor afective au arătat că pentru a se putea stabili o corelație precisă, sunt necesare, în continuare, investigații pentru genele: *TPRM2* (21q22.3), *GPR50* (Xq28), *Citron* (12q24), *CHMP1,5* (18p11.2), *GCHI* (14q22-24), *MLC1* (22q13), *GABRA5* (15q11-q13), *BCR* (22q11) și *NAPG* (18p11). La acest grup, pot fi adăugate genele *Bma11*, *TIMELESS*, *PERIOD3*, *CLOCK*, gene cu rol în reglarea ciclului circadian [51-55].

Analiza expresiilor genice pentru *PDLM5*, *somatostatina* și mutațiile genei *mDNA 3243*, a stabilit că, într-adevăr, acestea produc cu certitudine tulburarea afectivă bipolară. Un alt grup de gene sunt responsabile pentru transmiterea susceptibilității pentru schizofrenii și tulburările afective. Din acest grup de gene, fac parte: *DAOA*, *DISC1*, *NRG1* și *Dysbindina*.

CONCLUZII

Studiile genetice au dovedit că unele gene sunt, cu certitudine, implicate în dezvoltarea proceselor psihotice afective și schizofrenice. Genele sigur responsabile sunt: *NRG1*, *Dysbindina*, *DISC 1*, *COMT*, *G72*, *BDNF* și *RGS4*. Psihozele se transmit urmașilor pe cale ereditară, riscul fiind

maxim la gemenii monoziгоți și scăzând apoi progresiv la cei dizigoți și la rudele de gradul I. Înțelegerea mecanismelor neurobiologice prin care genele respective reușesc să declanșeze dezvoltarea procesului psihotic nu este decât parțial elucidată, datorită complexității interacțiunilor care se realizează la nivel cerebral în tentativa de echilibrare permanentă a „balanței“ sistemelor de neurotransmisie, precum și datorită complexității interacțiunilor dintre factori neurobiologici cerebrali și factorii psihologici și sociali.

Genele responsabile de reactivitatea afectiv-emoțională pot fi considerate a fi aceleași cu cele implicate în psihopatologia afectivității, însă în varianta lor normală, fiziologică, afectivitatea este rezultatul activității armonioase a unui complex de gene, aflate permanent sub influența factorilor din mediul intern și extern.

BIBLIOGRAFIE:

1. Goes, FS, Zandi, PP, Miao, K et al. *Mood-incongruent psychotic features in bipolar disorder: familial aggregation and suggestive linkage to 2p11-q14 and 13q21-33*, *Am J Psychiatry* (2007) 164:(2):236-247
2. Potash, JB, Willour, VL, Chiu, YF et al. *The familial aggregation of psychotic symptoms in bipolar disorder pedigrees*, *Am J Psychiatry* (2001) 158:(8):1258-1264
3. Schurhoff, F, Szoke, A, Mearry, A et al., *Familial aggregation of delusional proneness in schizophrenia and bipolar pedigrees*, *Am J Psychiatry* (2003) 160:(7):1313-1319
4. Arajärvi, R, Ukkola, J, Haukka, J et al., *Psychosis among "healthy" siblings of schizophrenia patients*, *BMC Psychiatry* (2006) 6:6
5. Henn, S, Bass, N, Shields, G, Crow, TJ, DeLisi, LE., *Affective illness and schizophrenia in families with multiple schizophrenic members: independent illnesses or variant gene(s)?*, *Eur Neuropsychopharmacol* (1995) 5:(suppl): 31-36
6. Valles, V, van Os J, Guillamat, R, et al., *Increased morbid risk for schizophrenia in families of in-patients with bipolar illness*. *Schizophr Res* (2000) 42:(2):83-90
7. Yung, AR, Phillips, LJ, Yuen, HP, McGorry, PD., *Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical feature.*, *Schizophr Res* (2004) 67:(2-3):131-142
8. Cannon, TD, Cadenhead, K, Cornblatt, B et al. *Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America*, *Arch Gen Psychiatry* (2008) 65:(1):28-37
9. Franzek, E, Beckmann, H. *Genetic heterogeneity of affective disorders. Results of a systematic twin study*. *Nervenarzt* (1996) 67:(7):583-594
10. Cardno, AG, Rijdsdijk, FV, Sham, PC, Murray, RM, McGuffin, P. *A twin study of genetic relationships between psychotic symptoms*, *Am J Psychiatry* (2002) 159:(4):539-545
11. Cardno, AG, Marshall, EJ, Coid, B, Macdonald, AM, Ribchester, TR, Davies, NJ, Venturi, P, Jones, LA, Lewis, SW, Sham, PC, Gottesman, II, Farmer, AE, McGuffin, P, Reveley, AM, Murray, RM: *Heritability estimates for psychotic disorders: The Maudsley Twin psychosis series*. *Archives of general psychiatry*, ISSN 0003-990X, 1999, vol. 56,n^o2, pp.162-168
12. Baron, M., *Genetics of schizophrenia and the new millennium: progress and pitfalls*, *Am J Hum Genet* (2001) 68:(2):299-312
13. Harrison, PJ, Weinberger, DR., *Schizophrenia genes, gene expression, and neuropathology: on the matter of their convergence*, *Mol Psychiatry* (2005) 10::40-68
14. Owen, M, Williams, N, O'Donovan, M., *The molecular genetics of schizophrenia: new findings promise new insights*, *Mol Psychiatry* (2003) 9::14-17
15. Lewis, CM, Levinson, DF, Wise, LH, et al. *Genome scan meta-analysis of schizophrenia and bipolar disorder, part II: schizophrenia*. *Am J Hum Genet* (2003) 73:(1):34-48
16. Berrettini, WH., *Are schizophrenic and bipolar disorders related? A review of family and molecular studies*, *Biol Psychiatry* (2000) 48:(6):531-538
17. Segurado, R, Detera-Wadleigh, SD, Levinson, DF et al., *Genome scan meta-analysis of schizophrenia and bipolar disorder, part III: bipolar disorder*, *Am J Hum Genet* (2003) 73:(1):49-62
18. Badner, JA, Gershon, ES., *Meta-analysis of whole-genome linkage scans of bipolar disorder and schizophrenia*, *Mol Psychiatry* (2002) 7:(4):405-411
19. Bramon, E, Sham, PC., *The common genetic liability between schizophrenia and bipolar disorder: a review*. *Curr Psychiatry Rep* (2001) 3:(4):332-337
20. Sklar, P, Gabriel, SB, McInnis, MG et al., *Family-based association study of 76 candidate genes in bipolar disorder: BDNF is a potential risk locus*. *Brain-derived neurotrophic factor*, *Mol Psychiatry* (2002) 7:(6):579-593
21. Ekelund, J, Hovatta, I, Parker, A et al., *Chromosome 1 loci in Finnish schizophrenia families*, *Hum Mol Genet* (2001) 10::1611-1617

22. Ekelund, J., Hennah, W., Hiekkalinna T. et al., *Replication of 1q42 linkage in Finnish schizophrenia pedigrees*, *Mol Psychiatry* (2004) 9:(11):1037-1041.
23. Millar, JK, Wilson-Annan, J.C., Anderson, S et al., *Disruption of two novel genes by a translocation co-segregating with schizophrenia*, *Hum Mol Genet* (2000) 9::1415-1423
24. Egan, MF, Goldberg, TE, Kolachana, B.S. et al., *Effect of COMT Val108/158 Met genotype on frontal lobe function and risk for schizophrenia*, *Proc Natl Acad Sci U S A* (2001) 98:(12):6917-6922
25. Shifman, S., Bronstein, M., Sternfeld, M. et al., *A highly significant association between a COMT haplotype and schizophrenia*, *Am J Hum Genet* (2002) 71:(6):1296-1302
26. Malhotra, A.K., Kestler, L.J., Mazzanti, C.M., Bates, J.A., Goldberg, T., Goldman, D. A., *Functional polymorphism in the COMT gene and performance on a test of prefrontal cognition*, *Am J Psychiatry* (2002) 159::652-654.
27. Bray, N.J., Buckland, P.R., Owen, M.J., O'Donovan, M.C., *Cis-acting variation in the expression of a high proportion of genes in human brain*, *Hum Genet* (2003) 113::149-153
28. Funke, B, Finn, CT, Plocik, AM et al., *Association of the DTNBP1 locus with schizophrenia in a U.S. population*, *Am J Hum Genet* (2004) 75:(5):891-898
29. Numakawa, T., Yagasaki, Y., Ishimoto, T. et al., *Evidence of novel neuronal functions of dysbindin, a susceptibility gene for schizophrenia*, *Hum Mol Genet* (2004) 13:(21):2699-2708
30. Schwab, S.G., Knapp, M, Mondabon, S. et al., *Support for association of schizophrenia with genetic variation in the 6p22.3 gene, dysbindin, in sib-pair families with linkage and in an additional sample of triad families*, *Am J Hum Genet* (2003) 72:(1):185-190
31. Straub, R.E., Jiang, Y., MacLean, C.J. et al. *Genetic variation in the 6p22.3 gene DTNBP1, the human ortholog of the mouse dysbindin gene, is associated with schizophrenia*, *Am J Hum Genet* (2002) 71::337-348
32. Williams, N.M., Preece, A., Morris, D.W. et al., *Identification in 2 independent samples of a novel schizophrenia risk haplotype of the dystrobrevin binding protein gene (DTNBP1)*, *Arch Gen Psychiatry* (2004) 61::336-344.
33. Corfas, G., Roy, K., Buxbaum, J., *Neuregulin 1-erbB signaling and the molecular/cellular basis of schizophrenia*, *Nat Neurosci* (2004) 7:(6):575-580
34. Hall, D, Gogos, J.A., Karayiorgou, M., *The contribution of three strong candidate schizophrenia susceptibility genes in demographically distinct populations*, *Genes Brain Behav* (2004) 3::240-248
35. Petryshen, T.L., Middleton, F.A., Kirby, A. et al., *Support for involvement of neuregulin 1 in schizophrenia pathophysiology*, *Mol Psychiatry* (2005) 10::366-374
36. Stefansson, H., Sarginson, J., Kong, A. et al., *Association of neuregulin 1 with schizophrenia confirmed in a Scottish population*, *Am J Hum Genet* (2003) 72::83-87
37. Tosato, S., Dazzan, P., Collier, D., *Association between the neuregulin 1 gene and schizophrenia: a systematic review*, *Schizophr Bull* (2005) 31:(3):613-617
38. Chen, Y.S., Akula, N., Detera-Wadleigh, S.D et al., *Findings in an independent sample support an association between bipolar affective disorder and the G72/G30 locus on chromosome 13q33*, *Mol Psychiatry* (2004) 9::87-92
39. Geller, B., Badner, J.A., Tillman, R., Christian, S.L., Bolhofner, K., Cook, E.H., Jr., *Linkage disequilibrium of the brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype*, *Am J Psychiatry* (2004) 161:(9):1698-1700
40. Neves-Pereira, M., Mundo, E., Muglia, P., King, N., Macciardi, F., Kennedy, J.L., *The brain-derived neurotrophic factor gene confers susceptibility to bipolar disorder: evidence from a family-based association study*, *Am J Hum Genet* (2002) 71:(3):651-655
41. Macgregor, S., Visscher, P.M., Knott, S.A. et al., *A genome scan and follow-up study identify a bipolar disorder susceptibility locus on chromosome 1q42*, *Mol Psychiatry* (2004) 9:(12):1083-1090
42. Green, E.K., Raybould, R, Macgregor, S. et al., *The schizophrenia susceptibility gene, Neuregulin 1 (NRG1), operates across traditional diagnostic boundaries to increase risk for bipolar disorder*, *Arch Gen Psychiatry* (2005) 62:(6):642-648
43. Xu, C., Macciardi, F., Li, P.P. et al., *Association of the putative susceptibility gene, transient receptor potential protein melastatin type 2, with bipolar disorder*, *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* (2006) 141:(1):36-43.
44. Thomson, P.A., Wray, N.R., Thomson, A.M. et al., *Sex-specific association between bipolar affective disorder in women and GPR50, an X-linked orphan G protein-coupled receptor*, *Mol Psychiatry* (2005) 10:(5):470-478
45. Lyons-Warren, A., Chang, J.J., Balkissoon, R. et al., *Evidence of association between bipolar disorder and Citron on chromosome 12q24*, *Mol Psychiatry* (2005) 10:(9):807-809
46. Kealey, C., Roche, S., Claffey, E., McKeon, P., *Linkage and candidate gene analysis of 14q22-24 in bipolar disorder: support for GCHI as a novel susceptibility gene*, *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* (2005) 136:(1):75-80
47. Verma, R., Mukerji, M., Grover, D. et al., *MLC1 gene is associated with schizophrenia and bipolar disorder in Southern India*, *Biol Psychiatry* (2005) 58:(1):16-22
48. Otani, K., Ujike, H., Tanaka, Y. et al., *The GABA type A receptor alpha5 subunit gene is associated with bipolar I disorder*, *Neurosci Lett* (2005) 381:(1-2):108-113
49. Hashimoto, R., Okada, T., Kato, T. et al., *The breakpoint cluster region gene on chromosome 22q11 is associated with bipolar disorder*, *Biol Psychiatry* (2005) 57:(10):1097-1102

50. Weller, A.E., Dahl, J.P., Lohoff, F.W., Ferraro, T.N., Berrettini, W.H., *Analysis of variations in the NAPG gene on chromosome 18p11 in bipolar disorder*, *Psychiatr Genet* (2006) 16:(1):3-8
51. Nievergelt, C.M., Kripke, D.F., Barrett, T.B. et al., *Suggestive evidence for association of the circadian genes PERIOD3 and ARNTL with bipolar disorder*, *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* (2006) 141:(3):234-241
52. Benedetti, F., Serretti, A., Colombo, C. et al., *Influence of CLOCK gene polymorphism on circadian mood fluctuation and illness recurrence in bipolar depression*, *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* (2003) 123:(1):23-26.
53. Benedetti, F., Dallaspezia, S., Fulgosi, M.C. et al., *Actimetric evidence that CLOCK 3111 T/C SNP influences sleep and activity patterns in patients affected by bipolar depression*, *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* (2007) 144:(5):631-635
54. Lamont, E.W., Legault-Coutu, D., Cermakian, N., Boivin, D.B., *The role of circadian clock genes in mental disorders*. *Dialogues Clin Neurosci* (2007) 9:(3):333-342.
55. McClung, C.A., *Clock genes and bipolar disorder: implications for therapy*, *Pharmacogenomics* (2007) 8:(9):1097-1100

V. SIMIONESCU – medic primar psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași

I. HAULICĂ – Prof. univ. dr., Universitatea de Medicină „Gr. T. Popa“ Iași

Gioconda DOBRESCU – Prof. univ. dr., Universitatea de Medicină „Gr. T. Popa“ Iași

Oana Cristina ZAHARIA

Roxana SIMIONESCU – student an VI, Universitatea de Medicina „Gr. T. Popa“

Loredana Maria BELCEANU – medic rezident, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași

D.G. LUPU

PARTICULARITĂȚI CLINICO-EVOLUTIVE ALE DEPRESIEI REFRACTARE MELANCOLICE

Gh. CĂRĂUȘU, M. CĂRĂUȘU

Abstract:

This article contains psychopathological aspects of melancholic depression, resistant for the therapy, insisting on the importance of the early diagnosing and proper treatment. In this research have been elaborated therapeutic strategies, which consisted from evaluating of risk factors, choosing of the favourable therapeutic option for correct evaluation of the evolution, avoiding of both diagnostic and medication mistakes, and the association with psychodynamic psychotherapy.

Key words: resistant depression, antidepressant therapy, psychodynamic psychotherapy.

Actualitatea temei

Una din problemele actuale ale contemporaneității sunt afecțiunile depresive, condiționate de extinderea lor largă în toate păturile sociale, afectarea persoanelor active și apte pentru muncă (1, 2). Depresia este o gravă suferință cronică cu o frecvență relevantă în populația de pe toate continentele. Actualmente, depresia unipolară majoră ocupă unul din primele locuri printre cele mai frecvente cauze de dizabilitate și invalidizare a populației (3, 4). În concepția științifică despre depresie, persistă încă numeroase probleme controversate, inclusiv în domeniul atât de importante, cum ar fi etiopatogenia și tratamentul. Indiferent, însă, de performanțele științifice, de numeroasele elaborări în farmacognozia și farmacoterapeutică depresiei, de efectele redutabile ale mai multor remedii moderne, suferința persistentă a persoanei marcate de depresie rămâne o problemă mereu actuală, care preocupă nu doar serviciile medicale abilitate, ci și multe alte instituții și departamente cu obligațiuni sociale, care au de soluționat situații din cele mai dificile legate de reabilitarea și reinsertia socială a unui contingent foarte divers ca vârstă și orientare profesională. Cheltuielile financiare enorme în tratamentul acestor bolnavi, riscul înalt de dezvoltare al complicațiilor, cauzate de administrarea îndelungată a antidepressivelor explică necesitatea elaborării unui complex de măsuri de reabilitare adecvate cu aplicarea mai frecventă a diferitor metode de psihoterapie (5, 6). Crește și numărul subiecților cu depresie refractară la medicație, datorită modificărilor psihosociale rapide generatoare de situații stresante creșterii morbidității prin boli cronice etc. (7, 8, 9)

Scopul lucrării

Evaluarea particularităților clinico-evolutive ale depresiei rezistente melancolice și elaborarea strategiilor de tratament ale acesteia.

Material și metode

Au fost luați în studiu 214 bolnavi, cu tulburări depresive rezistente, asistați în Clinica de Psihiatrie, Chișinău, 107 de pacienți lot bază, care au beneficiat de tratament complex psiho- și farmacoterapeutic și 107 de subiecți lot control, care au urmat numai tratament medicamentos.

Rezultate obținute

În *Doliul și melancolia*, S. Freud (10) menționează că melancolia se remarcă, din punct de vedere psihic, printr-o indispoziție foarte dureroasă, printr-o anulare a interesului pentru lumea exterioară, prin pierderea capacității de a iubi, prin inhibarea oricărei performanțe și prin deprecierea încrederii în sine, depreciere ce se manifestă prin reproșuri și insulte făcute sieși și care ajunge chiar la o așteptare delirantă a pedepsei.

Criteriile de diagnostic pentru depresia majoră de tip melancolic se sprijină pe prezența a cel puțin cinci din următoarele elemente esențiale:

- pierderea interesului sau plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile;
- lipsa reactivității la stimulii plăcuți în mod uzual;
- trăirea depresivă este, de regulă, mai intensă dimineața;
- trezirea matinală;
- lentoarea sau neliniștea psihomotorie;
- anorexie semnificativă sau pierdere;
- nici o perturbare semnificativă de personalitate anterioară episodului depresiv major;
- unul sau mai multe episoade depresive majore, urmate de recuperarea completă sau aproape completă;
- răspunsuri bune anterioare la terapia antidepresivă, somatică, specifică și adecvată (de exemplu, tri- și tetraciclice, convulsioterapie, litiu).

Atât în lotul de bază, cât și în cel de control, fenomenologia psihopatologică psihotică a fost dominată de o trăire tristă și dureroasă, cu tulburări de percepții în formă de voci acuzatoare, idei delirante de culpabilitate, de ruină, de influență și de posedare diabolică, hipocondriace, de negație, de persecuție. Aceste idei sunt totdeauna dominate de o tonalitate afectivă dureroasă, dar și printr-o inhibiție motorie excesivă, negativism, uneori mutism.

Vârsta medie a subiecților în grupa de bază a fost de 46, 64 +1, 26 ani, iar în cea de control de 46, 50+ 0, 99, ceea ce din punct de vedere statistic este nesemnificativ ($p > 0,05$).

Un loc important în menținerea rezistenței la bolnavii studiați îl joacă comorbiditatea în timpul bolii, atât cu diferiți factori nocivi, cât și cu afecțiuni psihiatrice.

Distribuția subiecților în raport de comorbidități în timpul bolii ale depresiei rezistente melancolice este redată în tabelul N 1.

Parametri		Lotul de bază		Lotul martor		X ²	P
		abs	%	abs	%		
Patologie somatică	Da	77	71,96	53	49,53	11,29	p<0,01
	Nu	30	28,04	54	50,47		
Deficiență organică cerebrală	Da	72	67,29	45	42,06	13,75	P<0,001
	Nu	35	32,71	62	57,94		
Intervenții chirurgicale	Da	18	16,82	17	15,89	0,03	p>0,05
	Nu	89	83,18	90	84,11		

Distribuția subiecților în raport de comorbidități psihiatrice în timpul bolii ale depresiei rezistente melancolice este redată în tabelul N2

Parametri		Lotul de bază		Lotul martor		X ²	P
		abs	%	abs	%		
Utilizarea substanțelor psihoactive	Da	19	17,76	18	16,82	0,03	p>0,05
	Nu	88	82,24	89	83,18		
Tulburare de personalitate	Da	32	29,91	14	13,08	8,98	p<0,01
	Nu	75	70,09	93	86,92		
Tulburare obsesivo-compulsivă	Da	18	16,82	20	18,69		

Parametri	Lotul de bază		Lotul martor		X ²	P	
	abs	%	abs	%			
Tulburare anxioasă	Nu	89	83,18	87	81,31	0,13	p>0,05
	Da	7	6,54	6	5,61	0,08	p>0,05
Tulburare de stres posttraumatică	Nu	100	93,46	101	94,39		
	Da	24	22,43	47	43,93		
	Nu	83	77,57	60	56,07		

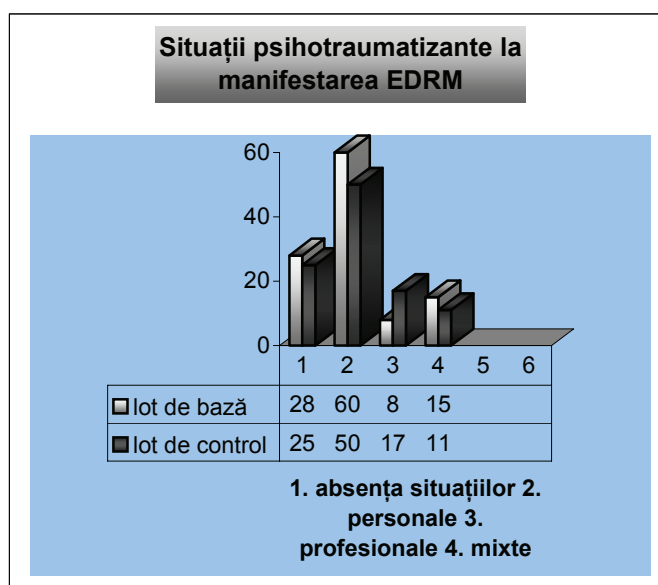
Durata medie a bolii a subiecților în grupa de bază a fost de 11, 62± 0,99 ani, iar în cea de control de 14, 11± 0,67 ani, ceea ce din punct de vedere statistic este semnificativ (p<0,05). **Numărul de episoade anterioare** al subiecților în grupa de bază a fost de 7,26 ± 0,65, iar în cea de control de 6,17± 0,36, ceea ce din punct de vedere statistic este ne semnificativ (p>0,05).

Modul de debut mai frecvent al episodului depresiv rezistent atât în lotul de bază, cât și în cel de control este brusc – 84 cazuri, 78,50%, în primul caz, și 79 cazuri, 73,83% - în al doilea caz. Debutul insidios în lotul de bază s-a observat în 23 cazuri, 21,50% și 28 cazuri, 26,17% în cel de control, ceea ce din punct de vedere statistic este ne semnificativ (x²=0,64, p>0,05).

**Distribuția situațiilor psihotraumatizante
la manifestarea episodului depresiv refractar melancolic este redată în tabelul N3.**

Parametri	Lotul de bază		Lotul martor		X ²	P
	abs	%	abs	%		
Absența situațiilor	28	26,17	25	23,36	4,93	p>0,05
Personale	60	56,07	50	46,73		
Profesionale	8	7,48	17	15,89		
Situații personale și profesionale asociate	15	10,28	11	14,02		

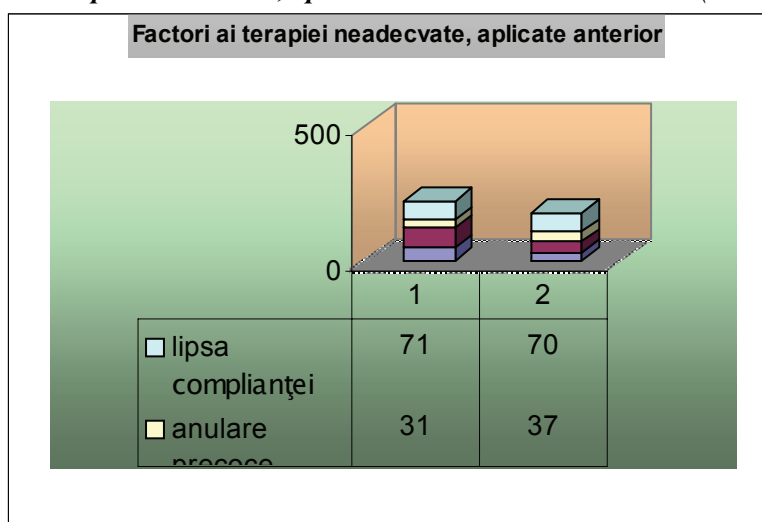
Figura 1. Distribuția situațiilor psihotraumatizante la manifestarea episodului depresiv refractar melancolic



Distribuția subiecților în raport de factori ai terapiei neadevate, aplicate anterior în cazul depresiei rezistente melancolice este redată în tabelul N4

Parametri		Lotul de bază		Lotul martor		X ²	P
		abs	%	abs	%		
Început tardiv	Da	50	46,70	33	30,84	5,69	p<0,05
	Nu	57	53,27	74	69,16		
Doze neadevate	Da	73	68,22	40	37,38	20,42	p<0,001
	Nu	34	31,78	67	62,62		
Anulare precoce	Da	31	28,97	37	34,58	0,78	p>0,05
	Nu	76	71,03	70	65,42		
Lipsa complianței	Da	71	66,36	70	65,42	0,02	p>0,05
	Nu	36	33,64	37	34,58		

Figura 2. Factori ai terapiei neadevate, aplicate anterior în ambele loturi (lotul de bază și martor)

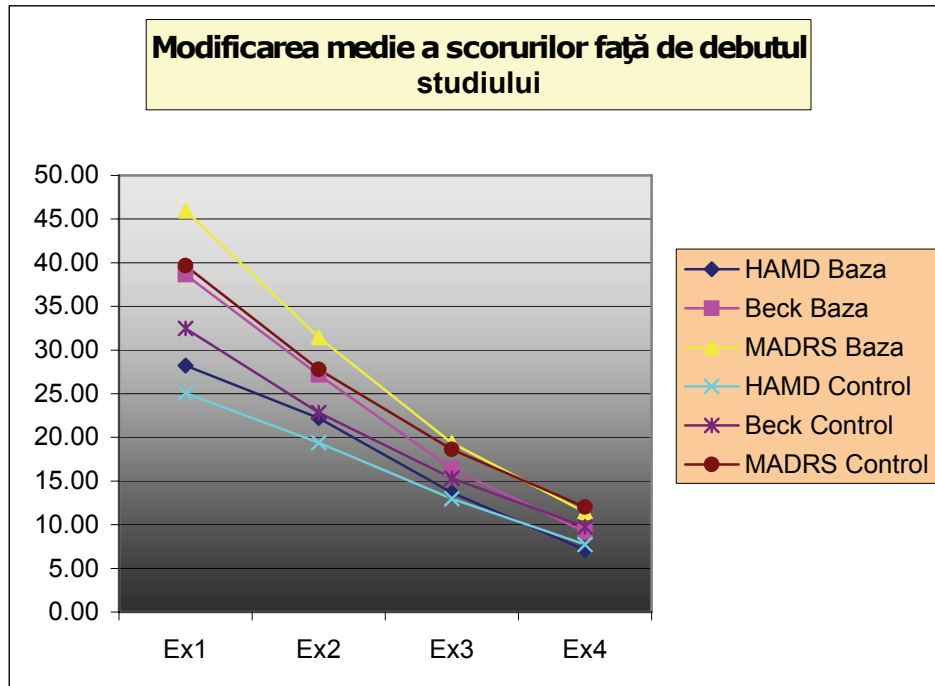


Legendă. 1- lot bază; 2- lot control.

Dinamica modificării scorurilor conform scalelor de evaluare în ambele loturi pe parcursul perioadei de observare în cazul depresiei rezistente melancolice este redată în tabelul N5

Parametrii evaluați		Lotul de bază (n=107)	Lotul de control (n=107)	P
		M±m	M±m	
Prima examinare	HAMD	28, 24 ± 0, 26	25, 08 ± 0, 36	p<0,001
Prima examinare	HAMD	28, 24 ± 0, 26	25, 08 ± 0, 36	p<0,001
	Beck	38, 64 ± 0, 31	32, 46 ± 0, 34	p<0,001
	MADRS	45, 98 ± 0, 29	39, 68 ± 0, 22	p<0,001
A doua examinare	HAMD	22, 21 ± 0, 20	19, 39 ± 0, 30	p<0,001
	Beck	27, 15 ± 0, 26	22, 83 ± 0, 33	p<0,001
	MADRS	31, 45 ± 0, 32	27, 80 ± 0, 33	p<0,001
A treia examinare	HAMD	13, 67 ± 0, 12	12, 97 ± 0, 24	p>0,01
	Beck	16, 43 ± 0, 19	15, 34 ± 0, 26	p<0,001
	MADRS	19, 36 ± 0, 17	18, 64 ± 0, 29	p<0,05
A patra examinare	HAMD	7, 11 ± 0, 90	7, 75 ± 0, 25	p>0,01
	Beck	9, 15 ± 0, 12	9, 75 ± 0, 26	p<0,05
	MADRS	11, 43 ± 0, 14	12, 01 ± 0, 24	p<0,05

Figura 3. Modificări ale scorurilor față de debutul studiului în ambele loturi (lotul de bază și martor)



Intervenția terapeutică în aceste cazuri are ca obiectiv tratamentul simptomelor depresive. Alegerea metodelor terapeutice s-a făcut în funcție de fondul etiopatogenetic, de asocierea de alte suferințe organice sau psihice, cu indicarea medicamentelor în cazul bolilor concomitente, combinând metodele biologice și cele psihologice. Terapia s-a început cu intervenții medicamentoase și psihoterapeutice, în asociere cu neuroleptice. Am folosit antidepressive eficiente și sigure, cu care s-au obținut rezultate bune și în trecut, folosind antidepressivul în doză adecvată, de-a lungul unei perioade corespunzătoare, evaluând eficiența. În caz de ineficiență terapeutică, am schimbat antidepressivul. Ca prim antidepressiv am utilizat clomipramina în perfuzii, în combinație cu venlafaxina. În cazul unui rezultat puțin semnificativ după 4-5 săptămâni, am recurs la terapia de augmentare prin completarea tratamentului cu timostabilizatoare.

Terapia depresiilor nu poate fi concepută fără o psihoterapie adecvată. Am preferat metoda clasică dinamică, psihoterapia psihanalitică. După prelucrarea psihoterapeutică a suferințelor depresivului, viața interioară devine mai bogată, ca și capacitatea de empatie, se dezvoltă Eul. Psihoterapia a diminuat vulnerabilitatea personalității față de depresie, a dezvoltat sistemul relațional social. În cursul psihoterapiilor, s-au produs modificări în elementele structurilor cognitive depresive, care au oferit o protecție față de următorul episod. Pe parcursul psihoterapiei am luat în considerare și riscul suicidar, care poate fi evidențiat în cursul terapiei.

Concluzii:

În urma efectuării studiului clinic, au fost evidențiați următorii factori de risc pentru rezistența terapeutică a pacienților:

1. Premorbidul nevrotic
2. Debutul tardiv al depresiei
3. Pierderea suportului social
4. Antecedente depresive prelungite
5. Coexistența comorbidității cu alte afecțiuni și evenimente stresante de viață.

BIBLIOGRAFIE:

1. Nierenberg, A. A., Whit, K., *What next? A review of pharmacologic strategies for treatment resistant depression.*, Psychopharm Bull; 26: 429-460, 1990
2. Thase, M. E., Kupfer, D. J., *Characteristics of treatment-resistant depression.* In: Zohar J, Belmaker R. H., eds. *Treatment resistant depression.* Depression „in press“ 19-26, 1996
3. Young, AH., (2001)., *Recurrent unipolar depression requires prolonged treatment*, British Journal of Psychiatry, 178, 294-295
4. Alliaire, JF., *Practical considerations in initial treatment*, L'Encephale 1995 Mar, 21 Spec No 2, pp. 23-9
5. Kielholz, P., *Treatment for therapy-resistant depression* // Psychopathology.-1986.-V.19.-P.2
6. Laux, G., Konig, W., *Infusionstherapie bei Depressionen* // Hippokrates, Stuttgart.-1987.- 96 S
7. Kupfer, D. J., *Long-term treatment of Depression.* J Clin Psychiatry; 52 (Suppl): 28-34, 1991.
8. Hardy, P., Feline, A. *Les depressions résistantes* // Sem. Hop. Paris. -1986.-64.-36-37.-P. 2421-2424
9. Schulte, W., *Klinische Erfahrungen über das Herausgeraten aus der melancholischen Phase* // Das depressive Syndrom.-Urban und Schweizenberg.-Munchen.-1969.-S. 150-156.
10. Freud, S. (2004), *Doliu și melancolie.* Psihologia inconștientului, opere, vol. III, p. 171-189

Gh. CĂRĂUȘU – Catedra de Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițeanu“, Chișinău
M. CĂRĂUȘU – Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițeanu“, Chișinău

REEVALUAREA BOLNAVILOR PSIHICI ÎNCADRAȚI LA ART. 114 COD PENAL PRIN EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ PERIODICĂ

Gabriel MIHALACHE, Camelia BUHAȘ, Carmen GHILEA

Abstract:

In the district of Bihor exists one of the 5 psychiatric institutions from Romania that hospitalize patients framed by the medical safety measure in the Article no. 114 from the Criminal Code. This institution is located in the town called Stei, ex-dr. Petru Groza and gathers patients from several districts like: Sibiu, Satu-Mare, Salaj, Maramures, Brasov, Bihor, Cluj, Arad, Harghita, Mureș, Covasna, Alba, Bistrița, etc. Now, the institution hospitalize a no. of 160 patients, from which 25 are women and 135 are men. The present legislation foresee that all the patients must be periodical reevaluated, once every 6 months, in order to evaluate their mental condition. The legislation is unclear, because it does not mention a specific method in which the reevaluations must be proceeded.

The authors present their experience in this field; all these patients are evaluated in committees and, based on the results, they are being framed by the Art. no. 114 Criminal Code or other steps for the improvement of their condition are being made.

The particularities of this type of evaluation are mentioned; even if it generally respects the methodology of a standard forensic psychiatric evaluation, it has a totally different content and most of all different conclusions than the standard one.

At the end of their study, the authors present in several charts and schedules the results of their evaluations: first of all the establishment of a new medical diagnosis, then the existence judgment or the lack of it and in the end the proposal of a new criminal frame.

Key words: forensic psychiatric evaluation, legislation, Article no. 114 Criminal Code.

Expertiza medico-legală psihiatrică ocupă un loc aparte în activitatea oricărui serviciu de medicină legală. Sunt însă doar câteva localități în țară, unde există spitale cu profil special de psihiatrie, în care se află internați bolnavi cărora li se aplică măsurile de siguranță medicală prevăzute de art. 114 C.P. Între acestea, este și Spitalul din Ștei, jud. Bihor. Medicilor legiști din județele respective le revine o sarcină în plus, deoarece legislația actuală prevede că este obligatorie evaluarea pacienților din aceste spitale, din punct de vedere al evoluției stării lor de sănătate, de două ori pe an. Această evaluare se face prin expertiză medico-legală psihiatrică.

Avem o mare experiență întinsă pe parcursul a mai bine de 20 ani, în acest domeniu, și intenționăm, prin această lucrare, să împărtășim colegilor o parte din ea.

De-a lungul anilor, numărul mediu al pacienților aflați sub incidența art. 114 C.P. de la Spitalul de Psihiatrie din Ștei a fost de 160 pacienți, bărbați și femei, cu un raport de 5:1 între bărbați și femei. Pacienții de la acest spital provin din următoarele județe: Sibiu, Satu-Mare, Sălaj, Maramureș, Brașov, Cluj, Alba, Arad, Covasna, Harghita, Mureș, Bistrița și Bihor. Ei au fost expertizați până acum, atunci când a intrat în discuție propunerea de înlocuire a măsurilor de siguranță prevăzute de art. 114 C.P. cu cele prevăzute de art. 113 C.P. sau, când s-a apreciat ca oportună sistarea aplicării măsurilor de siguranță medicală. Expertiza se face, în ambele situații, la

solicitarea pacientului, a aparținătorilor sau a medicului curant. De regulă, pacienții, din dorința de a pleca acasă, fac cerere pentru a fi supuși expertizei medico-legale psihiatrice. Responsabilitatea comisiei este foarte mare pornind, în primul rând, de la prevederea înscrisă în Codul penal la art. 114: *«când făptuitorul este bolnav mintal ori toxicoman și se află într-o stare care prezintă pericol pentru societate, se poate lua măsura internării într-un institut medical de specialitate, până la însănătoșire»*. Nu este locul și momentul ca să teoretizăm aici despre ce înseamnă însănătoșire a unei afecțiuni psihice, de regulă, gravă, care a condus la pierderea discernământului, respectiv la aplicarea măsurilor de siguranță prevăzute la art. 114 C.P. Legiuitorul folosește însă, tranșant, expresia *vindecă* și, din acest motiv, la modul teoretic, marea majoritate a pacienților bolnavi psihici aflați sub prevederile art. 114 C.P. ar trebui să rămână toată viața lor internați în spital. În realitate, nu se întâmplă așa, deoarece comisia de expertiză medico-legală psihiatrică ia în considerare ameliorarea semnificativă a stării de sănătate a pacientului dovedită, în primul rând, prin evoluția clinică și complianța la tratament. La aceste prime aspecte, se mai adaugă și altele, printre care, pe primul loc, se află suportul social de care va beneficia bolnavul după plecarea sa din spital. Deși nu este rolul membrilor comisiei să știe care va fi soarta pacientului din momentul în care acesta părăsește spitalul, noi încercăm să ne-o imaginăm bazându-ne pe câteva realități:

- în F.O. a fiecărui bolnav, sunt trecute vizitele pe care acesta le primește și care dintre membrii familiei efectuează aceste vizite;
- se notează, de asemenea, cine trimite bani sau pachete pacientului, cine-l caută la telefon, cu cine corespundează;
- se cere, fără excepție, un angajament din partea unui membru sau a mai multor membri ai familiei în care aceștia să își asume, în scris, obligația de a susține, în primul rând, din punct de vedere material, bolnavul după externarea sa și să urmărească respectarea tratamentului de către acesta;
- se face propunerea, după caz, ca pacientul să fie pus sub interdicție, atunci când este evident că nu-și poate administra bunurile mobile sau imobile.

În esență, criteriile care conduc la propunerea înlocuirii măsurilor de siguranță prevăzute de art. 114 C.P., cu cele prevăzute de art. 113 C.P. sunt următoarele :

- dispariția simptomatologiei de tip psihotic;
- complianța bună sau foarte bună la tratament;
- adaptarea și participarea pacientului la un program de reinserție socială;
- comportamentul general al pacientului, în cursul spitalizării, față de personal și față de ceilalți bolnavi;
- prezența unuia sau a mai multor angajamente din partea familiei, care pot sugera că va avea un suport social corespunzător;
- o anchetă socială de la o instituție abilitată efectuată la domiciliul pacientului care să releve condițiile de care va beneficia acesta după externare.

Toate cele de mai sus trebuie să se regăsească în cuprinsul și concluziile expertizei medico-legale psihiatrice efectuate în spitalul de psihiatrie.

Este evident că această expertiză, din punct de vedere metodologic, trebuie să cuprindă toate componentele unei expertize medico-legale psihiatrice obișnuite, dar ea are foarte multe particularități care o deosebesc, în fond, substanțial, de expertiza care a dus la internarea pacientului în spitalul de psihiatrie, respectiv la aplicarea prevederilor art. 114 C.P. Aceste deosebiri sunt:

- diagnosticul afecțiunii psihiatrice trebuie să fie, evident, altul decât cel din prima expertiză, adică trebuie să dovedească ameliorarea semnificativă a stării de sănătate sau chiar vindecarea pacientului. Este vorba, de fapt, despre a dovedi și a putea susține cu criterii obiective că bolnavul a avut o astfel de evoluție sub tratament, încât la momentul părăsirii spitalului, potențialul de pericolozitate socială a acestuia, din cauza afecțiunii psihice, este foarte mic sau absent.

- referirile la discernământul pacientului nu mai au foarte mare relevanță deoarece aprecierea discernământului, respectiv a responsabilității sau a iresponsabilității, este obiectivul expertizei inițiale, care a condus la internarea pacientului în spital. Logic ar fi ca, la externare, respectiv la înlocuirea măsurilor de siguranță medicală, pacientul să aibă discernământ, dar, cu toții știm că, în realitate, nu este întotdeauna așa și, din acest motiv, este bine să nici nu ne mai referim la el;

– în cuprinsul expertizei, și chiar în concluzii, trebuie făcute recomandări foarte clare referitoare la tratament și la regimul de viață deoarece, de regulă, trecerea se face de la art. 114 C.P. la art. 113 C.P. care prevede: *«dacă făptuitorul, din cauza unei boli ori a intoxicației cronice prin alcool, stupefiante sau alte asemenea substanțe, prezintă pericol pentru societate, poate fi obligat a se prezenta în mod regulat la tratament medical până la însănătoșire... Când persoana față de care s-a luat această măsură nu se prezintă regulat la tratament, se poate dispune internarea medicală»*. Este limpede deci, că suportul social al pacientului, adică faptul că cineva din familie îi poate oferi un domiciliu și mai ales îl poate supraveghea să urmeze tratamentul și să nu bea alcool este absolut necesar, deoarece, în alte condiții, pacientul se va întoarce foarte repede în spital, în cel mai bun caz din cauza neprezentării la tratament și în cel mai rău caz pentru că a comis noi fapte antisociale grave.

O particularitate în plus a acestui gen de expertiză care conferă și un mare avantaj este faptul că cei doi medici psihiatri, care fac parte din comisie sunt, de fapt, medicii curanți ai pacientului, respectiv medici din spitalul unde pacientul este internat. Este evident faptul că această situație este avantajoasă, benefică expertizei, deoarece medicii în cauză sunt cei care pot să gireze, grație faptului că tratează și urmăresc bolnavul ani de zile, despre evoluția sa, inserția în activitatea de spital, complianța la tratament, perioadele de decompensare cu simptomatologia respectivă.

Marele volum de informații nemedicale de care, iată, avem nevoie ne sunt furnizate de către juristul și asistentul social, ambii angajați ai spitalului de psihiatrie, care trebuie să participe, nemijlocit, la expertiză și să furnizeze, pe baza investigațiilor lor specifice, date reale, concludente și utilizabile. Propunem ca aceste două persoane să fie nominalizate, cu nume și funcție, în preambulul expertizei medico-legale psihiatrice.

Obligativitatea de a evalua periodic, adică de două ori pe an, pe toți bolnavii internați, necesită un foarte mare volum de muncă, mai concret, în situația Spitalului de Psihiatrie din Ștei, circa 320 expertize în plus pe an. La acestea se adaugă cele pe care, așa cum am arătat mai sus, le facem la solicitarea oficială a parchetului, când mecanismul de efectuare a expertizei a fost declanșat de către pacient. Noi nu am găsit încă, o modalitate legală, ca aceste expertize să fie plătite și cu atât mai mult, se pare că nu vom găsi sursa de plată pentru aproximativ cele 320 de expertize/an efectuate în plus față de cele efectuate până acum.

Primul criteriu de calitate al acestui gen de expertiză trebuie să fie următorul : bolnavul nu se va mai întoarce niciodată în spital, deci nu va mai comite fapte antisociale care să-l pună în situația de a se afla sub incidența art. 114 C.P.

Expertiza medico-legală psihiatrică efectuată pacienților aflați sub incidența art. 114 C.P. trebuie deci structurată pe trei axe:

- axa medicală (diagnostic, evoluția simptomatologiei, tratament);
- axa socială (suport familial, mijloace de trai, reluarea profesiei de bază, reintegrare);
- axa juridică (responsabilitate, iresponsabilitate, potențial infractogen, măsuri de siguranță medicală, suspendarea măsurilor de siguranță medicală).

Bazându-ne pe considerentele teoretice mai sus amintite, noi am efectuat în perioada 1 ianuarie 2007 – 30 iulie 2008 un număr de 235 de expertize medico-legale psihiatrice la spitalul din Ștei. Concluziile acestor expertize pot fi grupate în felul următor:

- într-un procent de 65 % cazuri, diagnosticul a rămas neschimbat și nu s-a făcut propunere de înlocuire a măsurii de siguranță medicală ;
- într-un procent de 12 % cazuri, diagnosticul a fost schimbat datorită evoluției favorabile a simptomatologiei și s-au declanșat măsurile preliminare în vederea propunerii de înlocuire a măsurilor de siguranță, dar aceasta nu s-a făcut încă ;
- într-un procent de 22,7 % cazuri, îndeplinindu-se toate criteriile amintite mai sus, am făcut propunerea de înlocuire a măsurilor de siguranță medicală de la art. 114 C.P. la art. 113 C.P.;
- într-un procent de 0,3 % cazuri, s-a făcut propunerea sistării măsurilor de siguranță medicală.

Foarte important este și un alt aspect al studiului nostru și anume: cum a fost primită în justiție propunerea de înlocuire a măsurilor de siguranță medicală prevăzute de art. 114 C.P. cu cele prevăzute de art. 113 C.P. În proporție de 80 %, această propunere a fost însușită, iar în situația în

care propunerea nu a fost însușită, criteriul (despre care ne-am interesat) a fost următorul: dacă ar fi fost sănătos și ar fi avut discernământ pentru fapta antisocială comisă ar fi primit o pedeapsă X privativă de libertate. S-a comparat perioada cât pacientul a stat în spital cu această perioadă X și dacă aceasta a fost mai mică, propunerea nu a fost însușită. Desigur că noi, neavând pregătirea juridică necesară, nu putem comenta aceste aspecte.

În finalul acestei lucrări, propunem elaborarea unor norme metodologice de efectuare a acestui gen aparte de expertiză medico-legală psihiatrică de către Consiliul Superior de Medicină Legală.

Gabriel MIHALACHE – Conf. univ. dr., medic primar legist, Facultatea de Medicină Oradea

Camelia BUHAȘ – Șef Lucrări, medic primar legist, Facultatea de medicină Oradea

Carmen GHILEA – medic primar psihiatru, Spitalul de Psihiatrie și Pentru Măsuri de Siguranță Ștei

COMORBIDITĂȚI ȘI ASPECTE SOMATICE ÎN SINDROMUL DEPRESIV

M. CÂRLAN, Angela DUMITRESCU, D. M. DUMITRESCU

Abstract:

It is very important to recognize organic diseases, because their treatment, at the same time with the affective diseases will make shorter the hospitalization period and will facilitate the treatment because it is known the fact that the high severity of affective disorders is associated with some somatic affections. The most frequent comorbidities are the overweight and obesity, mellitus diabetes, hyperlipaemia, cardiovascular, hepatic and renal diseases.

In the medical psychiatric literature, there are some voices which consider that there is an excessive focus on some specific symptoms characteristic to major depression namely: main symptoms (depressive mood or anhedonia) along with other symptoms like insomnia, appetite reduction, fatigability, suicidal behaviour and concentration difficulties. For this reason, the possibility to diagnose a depression is bigger if the patient has psychosocial symptoms, than if he has somatic symptoms.

Keywords: organic diseases, comorbidities, depression, symptoms

Importanța recunoașterii bolilor organice este majoră, pentru că tratarea lor concomitent cu boala afectivă va scurta durata spitalizării și va facilita tratamentul, deoarece se știe că severitatea crescută a tulburării afective se asociază cu prezența unor afecțiuni somatice. Cele mai frecvente comorbidități sunt supragreutatea și obezitatea, diabetul zaharat, hiperlipemia, bolile cardiovasculare, hepatice, renale.

Tulburarea depresivă majoră se asociază în 36% din cazuri cu afecțiuni somatice, ele fiind mai frecvente la persoanele vârstnice și la cele spitalizate [50% dintre depresivii vârstnici prezintă concomitent boli cardiovasculare, renale, neurodegenerative (boala Parkinson), reumatologice – poliartrita reumatoidă)]. [1].

Diabetul zaharat este o afecțiune care, de multe ori, se asociază depresiei și altor tulburări afective. Diabeticii sunt de 2-3 ori mai predispuși să facă depresie, iar severitatea acesteia se corelează pozitiv cu nivelul hiperglicemiei și cu prezența polineuropatiei diabetice. Procentul de 10% diabetici care prezintă depresie comorbidă are consecințe asupra evoluției bolii. Acești bolnavi au un risc crescut de a face boli cardiace și accidente vasculare cerebrale. [12]

Referitor la mecanismele prin care depresia și diabetul zaharat afectează funcționarea fizică și fiziologică nu se poate spune că există păreri unanime; se presupune că depresia diminuează sănătatea fizică printr-o combinație de mecanisme biologice și psihologice; modificările imunologice și neuro-hormonale cresc susceptibilitatea la îmbolnăviri; simptomele fizice caracteristice depresiei înrăutățesc în timp sănătatea fizică a pacientului, iar dispoziția depresivă interferează cu recuperarea fizică scăzând aderența la tratament și acceptarea unui stil de viață sănătos. [13, 14]

Depresia majoră reprezintă un factor de risc pentru bolile ischemice cardiace. Cu toate acestea ea este, de cele mai multe ori, nediagnosticată și netratată la cardiaci (75%), din restul de 25% de depresii diagnosticate, doar jumătate fiind, până la urmă, tratate ca depresii comorbide. Una dintre

explicații ar fi existența unor simptome comune celor două boli (oboseala, insomnia) și faptul că bolnavii nu descriu decât rareori, în mod spontan, simptomele depresiei [7, 8, 10].

Într-un studiu efectuat de un grup de cercetători canadieni, s-a observat că peste 1 000 de pacienți adulți prezentau afecțiuni psihiatrice ca depresia severă sau tulburările provocate de anxietate, demonstrând astfel că tulburările afective erau asociate cu o mortalitate crescută. Acest risc crescut al mortalității era cauzat în parte de suicid și de accidente, deși unele dintre aceste victime aveau o sănătate precară. Dar tulburările afective au condus și la o rată mai mare a bolilor cardiovasculare. Sintetizându-și concluziile, autorii acestui studiu canadian al indicelui de mortalitate au observat că o persoană cu depresie se autoprezintă, adesea, ca „pe jumătate moartă”. Și autorii continuă afirmând, pe bună dreptate, că „în timpul perioadei de investigații depresia părea să-i conducă pe pacienți fie la senzația că sunt pe jumătate morți, fie la moartea propriu-zisă”. [5]

Peste 65% dintre pacienții care au suferit un infarct miocardic acut prezintă simptomele unui episod depresiv, iar 15-25% întrunesc criteriile de diagnostic ale tulburării depresive majore. Depistarea depresiei are o reală importanță practică, în primul rând, asupra terapiei, pentru că acești pacienți au tendința de a neglija medicația sau de a accepta doze incomplete, de a nu respecta recomandările vizând unele restricții alimentare sau interzicerea consumului de toxice.

Literatura de specialitate menționează un studiu în care s-au examinat 52 de pacienți cărora li se făcuse o cateterizare cardiacă și li se descoperise o boală coronariană. S-a folosit un chestionar psihiatric pentru a depista pacienții care sufereau de depresie. De asemenea, s-au adunat și alte date clinice. Pacienții erau apoi observați timp de un an. Studiul a evidențiat că prezența unei depresii majore este singurul și cel mai sigur factor de predicție al apariției unor tulburări de natură cardiacă, așa cum este infarctul de miocard sau moartea subită, în decurs de un an. [11]

Pentru că asocierea depresiei majore cu bolile cardiovasculare este atât de frecventă și are consecințe atât de complexe, au fost studiate mecanismele posibile etiopatogenetice ale acestei relații. Una dintre cele mai evidente posibile legături este aceea că depresia determină anumite comportamente care, apoi, duc la boli coronariene. S-a pornit de la câteva constatări practice: evoluția unei bolii coronariene la pacienții depresivi este de regulă mai severă; depresivii sunt mai puțin dispuși să respecte tratamentul și, în același timp, sunt mai puțin capabili să recunoască rapid semnele bolii cardiace.

Există unele modificări ale neurotransmițătorilor care sunt comune în cele două boli: catecolaminele circulante (adrenalina, noradrenalina) sunt crescute la cardiaci și pot fi cauza aritmiilor cardiace severe, mai ales la bolnavii cu diminuarea funcției ventriculului stâng, dar aceleași modificări se întâlnesc și în depresii – astfel putem vorbi despre o acțiune sinergică ce poate explica frecvența crescută a morților subite din cauze cardiace la depresivi.

Un alt mecanism se referă la disfuncția sistemului vegetativ apreciată prin variabilitatea ritmului cardiac și care este prezentă în ambele boli. În depresie, s-au evidențiat modificări ale coagulării sângelui care se pot explica prin creșterea activării receptorilor glicoproteinei IIb/IIIa trombocitare rezultând hipercoagulabilitate care are un rol capital în sindroamele coronariene acute.

Răspunsul la stres reprezintă un alt factor comun al celor două afecțiuni: el poate induce ischemie și/sau aritmii maligne și poate fi modificat la depresivi. În urma unor activități foarte stresante, s-a observat creșterea substanțială a morților subite și a infarctului miocardic. Explicația o găsim în modificările care au loc în cursul stresului: răspunsul la stres presupune stimularea alfa-adrenergică, aceasta produce vasoconstricție, mai ales, la nivelul vaselor mici, ceea ce duce la creșterea tensiunii arteriale.

Rolul inflamației în relația complexă stres-depresie-infarct miocardic este interesant și în curs de elucidare: depresia se asociază cu creșterea markerilor specifici inflamațiilor subacute (leucocite, proteina C reactivă, interleukina 6, factorul de necroză tumorală alfa); stresul cronic și depresia pot induce creșterea răspunsului inflamator care contribuie la apariția bolilor coronariene. Depresia poate fi o cauză sau un efect al proceselor inflamatorii implicate în bolile coronariene. Susceptibilitatea de a dezvolta cele două boli ar putea fi determinată genetic – gena care codifică enzima

convertoare a angiotensinei (ACE) - enzimă implicată în apariția hipertensiunii și altor boli cardio-vasculare – are o mutație comună (alela D) care determină creșterea concentrației de ACE.

Într-un alt studiu, cercetătorii americani au examinat legătura dintre depresie și afecțiunile cardio-vasculare. Dintr-un total de 93.676 femei din grupul de studiu, aproape 16% au avut scoruri înalte pe scala de măsurare a depresiei. Rata deceselor prin boli de inimă în cei 4 ani ai studiului a fost cu 50% mai mare în rândul femeilor suferinde de depresie, comparativ cu cele care aveau scoruri mici. Rata mortalității prin toate cauzele a fost, de asemenea, crescută: studiul a evidențiat o creștere cu 32% a mortalității la femeile depresive. Această creștere a riscului de moarte asociată cu depresia s-a menținut și după ajustarea datelor în funcție de vârstă, rasă, indicele de masă corporală, nivel de activitate fizică și alți factori care ar fi putut influența factorii de risc. Identificarea depresiei ca factor de risc independent pentru bolile de inimă este o noutate. Concluzia lor a fost că prezența depresiei la femeile în vârstă de peste 50 de ani se asociază puternic cu un risc crescut de deces prin boli cardio-vasculare [8, 10].

Migrena este o afecțiune care se întâlnește mult mai frecvent (de 5 ori) la pacienții bipolari, simptomele apărând atât în depresia unipolară (cu o prevalență de 46%), cât și în tulburarea bipolară (prevalență de 44%). Ca și mecanism de producere, discutăm despre o anomalitate a funcției serotonergice centrale.

Sindromul Cushing este o afecțiune determinată de hipersecreția de cortizol (hidrocortizon) care generează o simptomatologie (comună și sindromului depresiv), caracterizată prin: neurastenii, psihastenii, miastenii, agripnii, inapetență, slăbirea sistemului imunitar, fatigabilitate accentuată.

S-a constatat un nivel foarte ridicat al cortizolului la pacienții cu depresii majore, aproape egal cu nivelul întâlnit în sindromul Cushing (excesul de cortizol fiind cauzat, cel mai adesea, de un „defect“ apărut la una dintre componentele acestui proces ciclic).

Obezitatea este întâlnită mai ales la pacienții cu tulburare afectivă bipolară și la cei cu depresie majoră, comparativ cu populația generală și se corelează cu o severitate crescută a bolii, cu dificultăți de tratament și un prognostic mai rezervat; episoadele maniacale și depresive sunt mai numeroase, iar riscul recurențelor este mai mare. Obezitatea și sindromul depresiv au unele cauze comune: probabila legătură genetică, alterarea transducției semnalelor, stilul de viață specific întâlnit în ambele boli [13].

Pentru a stabili diagnosticul de depresie, medicul specialist trebuie să excludă o mulțime de așa-numite afecțiuni organice: hepatita, gripa, mononucleoza, tumorile cerebrale și ale sistemului nervos periferic, anemia, intoxicațiile, afecțiunile neurologice (boala Parkinson) sau hormonale (hipotiroidismul sau sindromul Cushing), deoarece toate aceste afecțiuni pot produce simptomele depresiei. [11]

În literatura medicală psihiatrică, există unele opinii care consideră că există o concentrare excesivă pe anumite simptome specifice caracteristice depresiei majore și anume: simptome centrale (dispoziția depresivă sau anhedonia) acompaniate de alte simptome de tipul insomniei, reducerii apetitului, fatigabilitate, comportament suicidar și dificultăți de concentrare. Din acest motiv, probabilitatea de a diagnostica o depresie este mai mare dacă pacientul se prezintă cu simptome psihosociale, decât dacă se prezintă cu simptome somatice.

Este necesară o creștere a interesului pentru studiul simptomelor somatice ale depresiei, care sunt foarte frecvente: cefalee, constipație, dorsialgii, acuze musculoscheletale sau vertij, dureri precordiale, palpitații, tulburări de ritm, puseuri tensionale, tulburări vasomotorii (în cazul asocierii depresiei cu anxietatea) [15]. Aceste simptome sunt prezente indiferent de vârsta sau sexul pacientului.

Pacienții cu depresie au o probabilitate mai mare de a raporta simptome somatice inexplicabile, comparativ cu pacienți care nu suferă de depresie. Într-un studiu la care au participat 150 de pacienți cu depresie internati în spital, 92% dintre aceștia au prezentat dureri la internare, mai ales cefalee și dureri toracice anterioare în cazul femeilor și mialgii și amorțeli în cazul bărbaților [6].

Între simptomele somatice ale depresiei, se situează și durerea sub diferite forme: cefalee, durere la nivelul toracelui, abdomenului, la nivel pelvian și al extremităților, care apar la mai mult de 50% dintre pacienți. Deseori, acești pacienți sunt diagnosticați greșit, în medicina primară, aceste

simptome pot fi principalele sau singurele simptome care îi determină pe pacienți să se prezinte la medic [1, 4].

Literatura medicală menționează un studiu realizat prin interviuri telefonice cu pacienți ce prezentau afecțiuni psihice, în care autorii au constatat următoarele: pacienții cu depresie, în proporție de 40%, prezintă simptome dureroase, 29% prezintă cefalee, iar 15% prezintă dureri la nivelul membrelor. Durerile sunt mai frecvent raportate, comparativ cu ideile de culpabilizare și la fel de frecvente ca și dificultățile de concentrare. Într-un alt studiu realizat cu ajutorul unor interviuri structurate, 69% dintre pacienții cu un episod depresiv major au raportat doar simptome somatice, 50% prezentau simptome somatice multiple, iar 11% au negat simptome psihologice [16].

Putem afirma că sindromul depresiv, pe lângă faptul că poate îmbrăca forme fenomenologice diferite, poate fi întâlnit și în foarte multe suferințe somatice și psihice. Astfel, putem vorbi de sindroame depresive endogene (bipolare, recurent-monopolare, tardive), somatogene întâlnite în suferințe cerebrale (ASC, HTA, parkinsonism, tumori, traumatisme, encefalite, scleroză multiplă, coreea Huntington, epilepsie, atrofii corticale etc.), extracerebrale (gripă, pneumonii, cardiopatii, boală asmatică, suferințe renale, diabet, hipertiroidism, hepatite, sindrom Cushing, boala Addison, lactație, menopauză, alcoolism, drog dependențe și în urma unor tratamente cu ACTH, cortizonice, rezerpinice, neuroleptice etc.), tulburări psihice (nevroze, personalități dizarmonice, schizofrenie etc.) și psihosociogene determinate de evenimente de viață stresante (pierderi, eșecuri etc.). [2, 3]

BIBLIOGRAFIE:

1. Academy of Psychosomatic Medicine: Directory of U. S. Consultation-Liaison Fellowship Training Programs. Chicago, APM, 2001
2. Blazer, D.G., Kessler R.C., Mcgonagle, K.A., Swartz, M.S., *The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the national comorbidity survey*, Am. J. Psychiatry, 1994, vol. 151, p. 979-986.
3. Chiriță V., Papari A., *Tratat de psihiatrie*, vol. I + II, Ed. Fundației Andrei Șaguna, Constanța, 2002, 8: pag 305 – 399
4. Chiriță, V., Chiriță, R., *Etică și psihiatrie*, Ed. Symposion, Iași, 1994
5. Cloninger, C.R., *Comorbidity of anxiety and depression*, J Clin Psychopharmacol., 1990, vol. 10, p. 43S
6. Ey H., *Defense et illustration de la psychiatrie, la realite de la maladie mentale*, Masson, Paris, 1978.
7. Goldberg, A.D., Becker, L.C., Bonsall, R., Cohen, J.D., *Ischemic, hemodynamic, and neurohormonal responses to mental and exercise stress: experience from the Psychophysiological Investigations of Myocardial Ischemia Study (PIMI)*, Circulation, 1996, vol. 94, p. 2402-2409
8. Hollenberg, K., Williams, G. H., Anderson, R., *Symptoms, and the Distress They Cause Relation to Quality of Life in Patients With Angina Pectoris and/or Hypertension*, Arch Intern Med. 2000, 160, p. 1477-1483
9. Joynt, K.E., Whellan, D.J., O'Connor, C.M., *Depression and cardiovascular disease: mechanisms of interaction*, Biol Psychiatry. 2003, 54, p. 248-261
10. Kjeldsen, S.E., Julius, S., Hedner, T., Hansson, L., *Stroke is more common than myocardial infarction in hypertension: analysis based on 11 major randomized intervention trials*, Blood Press 2001, 10, p. 190-192
11. Lipowski Z.J., *Somatization and depression. Psychosomatics*, 1990, vol. 31, p. 13-21
12. Lustman, P.J., Anderson, R.J., Freedland, K.E. de Groot M., Carney, R.M., Clouse, R.E., *Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature*, Diabetes Care 2000, 23, p. 934-942
13. Manson, J.E., Bassuk, S.S., *Obesity in the United States: a fresh look at its height*, JAMA. 2003, 289, p. 229-230
14. Musselman, D.L., Betan, E., Larsen, H., Phillips, L.S., *Relationship of depression to diabetes types 1 and 2: epidemiology, biology, and treatment*, Biol Psychiatry. 2003, 54, p.317-329
15. Selye, H., *The story of the adaptation syndrome*, Montreal, 1952
16. Wolff, H.G., *Life situation, emotions and bodily disease. In „Feeling and emotions“*, editor: Reymert M.L., McGraw-Hill Book Company, New York

M. CĂRLAN – medic primar psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași
Angela DUMITRESCU – medic rezident psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași
D. M. DUMITRESCU – medic rezident psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași

IMPORTANȚA TOMOGRAFIEI ÎN STABILIREA DIAGNOSTICULUI PSIHIATRIC

Angela DUMITRESCU, D.M. DUMITRESCU, D. DUMITRESCU

Abstract:

Neuroimagistic advanced aids [computed tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI)] and neuro-funcțional cerebral exploration [computed electroencephalography and the mentioned potential map, positron emission tomography (PET), single photon emission computed tomography (SPECT), Regional Cerebral Blood Flow (RCBF), magneto-encephalography, etc.] offer to the physician a more direct vision about the human brain functioning, these ones contributing to a great extent at the understanding of striking psychiatric dysfunctions, on a alteration basis in biochemical, functional and microstructural context of the brain.

Keywords: psychiatry, diagnosis, tomography, neuroimagistic methods.

Metodele avansate neuro-imagistice [tomografia computerizată (CT), imaginea prin rezonanță magnetică (MRI)] și explorarea neuro-funcțională cerebrală [EEG computerizată și harta potențialelor evocate, tomografia cu emisie de pozitron (PET), tomografia cu emisie de un singur pozitron (SPECT), debitul sanguin cerebral regional (rCBF), magnetoencefalografia etc.] oferă medicului o viziune mai directă despre funcționarea creierului uman, acestea contribuind, în mare măsură, la înțelegerea unor disfuncții cu pregnant caracter psihiatric, pe un fundament de alterare în context biochimic, funcțional și microstructural a creierului.

Tomografia computerizată (CT) se realizează prin utilizarea unui fascicol omogen de raze X sau cu substanță de contrast. Ea are indicații majore în afecțiunile neurologice, dintre care unele se manifestă și prin simptome psihiatrice și în afecțiunile psihice; poate vizualiza leziuni care depășesc 0,5 cm în secțiune transversală, ca și creșterea dimensiunii ventriculilor cerebrali, asociată cu pierderi de celule nervoase.

Tomografia computerizată (CT) folosește razele X pentru a crea imagini detaliate a structurilor din interiorul corpului. În timpul testului, pacientul va sta întins pe o suprafață plană ce este legată la scanner. Scannerul trimite pulsuri de raze X spre acea parte a corpului ce se dorește investigată. O parte a aparatului este mobilă, astfel încât poate efectua imagini din mai multe poziții. Imaginile sunt memorate în computer.

În timpul scanării, se poate folosi și fluoroscopia, metoda ce folosește un fascicul stabil de raze X, pentru a vizualiza motilitatea și aspectul diferitelor părți ale organismului. O substanță iodată (substanță de contrast) poate fi folosită pentru a vizualiza mai bine structurile și organele investigate. Această substanță de contrast poate fi folosită pentru a investiga fluxul sanguin, pentru a decela tumori sau alte afecțiuni. Imaginile pot fi realizate înainte și/sau după administrarea substanței de contrast.

Rolul cercetării în neuroanatomia cerebrală este de a stabili disfuncțiile generate de leziabilitatea cerebrală, de a reduce disfuncționalitățile unui sistem complex, interconectat de regiuni corticale și subcorticale implicat în psihopatologie.

Indicațiile CT la bolnavii cu afecțiuni psihice cuprind pacienții cu stări confuzive, demența de cauză necunoscută, episoadele psihotice acute cu etiologie neelucidată, diagnosticul anorexiei

nervoase, tulburările de mișcare de etiologie necunoscută, catatonie prelungită, un prim episod de tulburare afectivă majoră sau de modificare a personalității după vârsta de 50 ani. (4)

În cazul schizofreniei, structurile cerebrale care pot suferi modificări sunt: corpul calos (atrofia parțială sau agenezia de corp calos), cavitatea septului pellucidum (alungirea, mărirea sau absența acesteia), *adhesio intertalamica*, mărirea dimensiunilor ventriculului III (ventriculomegalia), aceasta asociază epifiza mărită, ca marker a unei leziuni primare. Aceste structuri sunt privite ca posibili markeri ai primului episod schizofren, alături de modificări ale ventriculilor laterali (asimetrii ale acestora, astfel: la CT scan, prin secțiuni transversale cerebrale s-a descoperit pentru normali, pe stânga, ventriculul lateral mai mic, în timp ce pentru bolnavi, ventriculul lateral stâng este larg). Unele studii americane au cuprins pacienți aflați la primul episod psihotic și un lot martor și au arătat că numai pacienții cu schizofrenie aflați la primul episod psihotic au o lărgire a ventriculului III, iar alt studiu confirmă lărgirea ventriculului III în partea anterioară la debut, apoi lărgirea ventriculilor laterali. Literatura de specialitate menționează prezența ventriculomegaliei la pacienți aflați în tratament prelungit și cu o evoluție deficitară. (6)

Concluzionăm că pentru pacienții cu schizofrenie, anomaliile de neurodezvoltare determină modificări succesive, generate de alterări ale conexiunilor la nivel neuronal sau axonal. S-au descoperit modificări la nivelul substanței cenușii ca prezența de insule ectopice de substanță cenușie în substanța albă, considerate ca anomalii de neurodezvoltare sau care, uneori, sunt foarte fine și se referă la anomaliile de recepție a mesajului prin sinapse sau spini dendritici. Tulburările morfologice nu au o localizare anume în schizofrenie, ci un complex structural este alterat, din care nu lipsesc modificările structurilor de pe linia mediană.

Atribuirea unui sens specific acestor modificări se confruntă cu decelarea lărgirii ventriculilor cerebrali și în alte boli psihice, cum sunt tulburările comportamentului alimentar, alcoolismul, tulburările afective bipolare, demența (boala Alzheimer, demență vasculară, demență mixtă sau de alt tip). (10)

Demența apărută secundar altei patologii (în cazul asocierii cu HIV) are ca punct de plecare o encefalopatie cu evoluție dementială, formele de manifestare ale acesteia fiind forme ușoare sau alterări cognitive subclinice. Manifestările clinice nu sunt, adesea, corelate cu modificările anatomopatologice găsite *postmortem*. Astfel demențele profunde pot coincide cu leziuni neuropatologice moderate și invers, acest tip de leziuni putând rămâne uneori fără expresie clinică. (1)

Sindromul oboselii cronice prezintă o serie de asemănări cu depresia (oboseala, scăderea activității motorii, disfuncția cognitivă), însă este o entitate clinică diferită de aceasta. Studiile s-au axat, în mare parte, pe cercetarea sistemului nervos central care a fost investigat prin teste neuroendocrinologice, neuroimagistice, neuropsihologice. În contrast, pacienții cu depresie au hiperkortizolemie și neurotransmisie serotonergică centrală redusă. Cercetarea imagistică a glandelor suprarenale, folosind TC și RMN, a decelat atrofie considerabilă la pacienții cu sindrom de oboseală cronică, în comparație cu pacienții depresivi care au glande suprarenale crescute, în concordanță cu nivelurile crescute de CRH (5).

Emsley et al., 1986 extinde aceste indicații recomandând CT și pacienților cu antecedente de alcoolism, traumatisme craniocerebrale, crize convulsivante.

Tomografia computerizată (CT) este utilă în următoarele situații: 1. Indicații clinice – demență sau depresie, investigarea generală cognitivă și medicală și investigarea de rutină a oricărui debut [prim episod] psihotic; 2. Cercetare (a. diferențierea subtipurilor de boală Alzheimer, b. atrofia cerebrală la cei care abuzează de alcool; c. atrofia cerebrală la cei care abuzează de benzodiazepine, d. atrofia corticală și cerebelară în schizofrenie, e creșterea mărimii ventriculilor în schizofrenie). (7) La bolnavii cu afecțiuni psihiatrice primare CT ar putea identifica aspecte de microlezionalitate cerebrală, corelate cu modificări bioelectrice cerebrale și sindroame clinice sugestive, cu afectare cognitivă și, nu în ultimul rând, cu răspunsul la tratament.

Tomografia cu emisie de pozitroni (PET) reprezintă o tehnică de imagerie medicală bazată pe detecția, cu un aparat adecvat, a radiațiilor asociate pozitronilor (particule elementare ușoare, de aceeași masă cu electronii, dar cu încărcătură pozitivă) emiși de o substanță radioactivă, introdusă în

organism, care permite obținerea de imagini în secțiune (tomografii) ale unor organe [Positrons Emission Tomography (PET)]. Reprezintă un instrument deosebit de adecvat pentru observarea fenomenelor fiziologice ca: debitul sau volumul sangvin, metabolismul glucozei sau al oxigenului, sinteza proteinelor, oferind unele indicii despre funcționarea sistemelor specifice ale neurotransmițătorilor cerebrali etc., vizualizând direct funcționarea zonelor subcorticale (exemplu: sistemul limbic) și corticale ale creierului.

Ea începe totuși să fie recunoscută și ca instrument de investigație clinică, în special în cardiologie (cercetarea zonelor de țesut cardiac rămase viabile după un infarct), în neurologie (epilepsie) și psihiatrie (demența senilă, boala lui Alzheimer), precum și în oncologie (detectarea, cu o foarte mare sensibilitate, a unor tumori).

Studiile științifice au arătat că degenerarea senilă de tip Alzheimer poate fi identificată prin scanare PET înainte de apariția simptomelor clinice: pierdere de memorie sau tulburări comportamentale. Detectarea senilității de tip Alzheimer, cât mai devreme este extrem de importantă, pentru a da posibilitatea noilor opțiuni de tratament să fie cât mai eficiente, aplicate în timp util.

În schizofrenie, PET a decelat anomalii ale gradientului utilizării glucozei, ca și scăderea utilizării absolute a glucozei în lobii frontali (Buchsbau, 1986). Alte studii au utilizat radioizotopi care se pot lega de receptorii dopaminergici D2 și au decelat un nivel crescut al acestora la nivelul nucleului caudat în schizofrenie. Rezultatele studiilor cu PET confirmă, cel puțin în parte, teoria disfuncției rețelei neuronale care implică structurile temporale limbice și cortexul prefrontal. Rezumăm constatările obținute prin această tehnică, în schizofrenie:

(1) Hipofrontalitate corticală (a fost constatată și la pacienții depresivi); (2) Gradient subcortical spre cortical mai abrupt; (3) Captare mai redusă în cortexul stâng față de cel drept; (4) Rată mai mare a activității în lobul temporal drept; (5) Rată mai redusă a metabolismului în ganglionii bazali stângi; (6) Densitate mai mare a receptorilor dopaminici (necesită studii de replicare); (7) Creștere mai mare a metabolismului în regiunile cerebrale anterioare, ca răspuns la stimuli neplăcuți, dar această constatare nu este specifică pentru bolnavii de schizofrenie. (7) În tulburările afective, s-au decelat imagini de anomalii ale lobilor temporali, în particular, ale cortexului prefrontal.

Tomografia cu emisie de pozitroni (PET) este importantă deoarece:

1. Emițătorii de pozitroni (de exemplu, carbonul 11 sau fluorul 18) se folosesc pentru marcarea glucozei, a aminoacizilor, a precursorilor unor neurotransmițători și a numeroase alte molecule (în special, liganzi cu afinitate mare), care se folosesc la măsurarea densității receptorilor.

2. Poate să urmărească distribuția și evoluția acestor molecule.

3. Produce imagini pe secțiuni, la fel ca CT.

4. Cu ajutorul antipsihoticelor marcate, realizează hărți ale localizării și densității receptorilor dopaminici.

5. S-a demonstrat (prin PET) că numărul receptorilor dopaminici descrește cu vârsta.

6. Poate să măsoare funcționarea cerebrală regională și fluxul sanguin cerebral regional.

7. Un analog al glucozei, 2-deoxiglucoza, se absoarbe în celule la fel de ușor ca glucoza, dar nu se metabolizează. Se folosește la măsurarea captării regionale a glucozei.

8. Măsoară funcția și fiziologia creierului.

9. Potențial de creștere a înțelegerii funcționării creierului și a sediilor de acțiune ale medicamentelor.

10. Cercetare:

a. Compară, de obicei, lateralizarea, gradientele antero-posterioare și gradientele corticale-subcorticale;

b. Constatări raportate în schizofrenie. (7)

Tomografia computerizată cu emisie de un singur pozitron [Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)] este o tehnică de imaginerie medicală bazată pe detectarea, cu o cameră specială, a radiațiilor gamma emise de o substanță radioactivă introdusă în organism (scintigrafie), ceea ce permite obținerea de imagini în secțiune (tomografii) ale diferitelor organe. Cele două aplicații majore ale tomoscintigrafiei sunt explorarea cordului și cea a creierului.

Tomoscintigrafia constă în reprezentarea în trei dimensiuni a unei părți a corpului, plecând de la secțiuni tomografice, obținute, la rândul lor, prin combinarea a numeroase imagini luate sub unghiuri diferite. Acestea din urmă sunt imagini scintigrafice, obținute prin înregistrarea radiației

gamma emise de o substanță radioactivă (trasor radioactiv) introdusă în organism. Tehnica folosește substanțe care emit radiații cum sunt fie xenon-133, iod-123 și technetium-99m; acestea emit energie sub forma unui singur foton, care poate fi localizat prin tehnicile tomografice.

Comarate cu imaginile scintigrafiei clasice, care conferă o reprezentare în două dimensiuni a structurii studiate, imaginile în secțiune ale tomoscintigrafiei permit reperarea, cu o precizie crescută, a anomaliilor de repartiție a traserului, ușurând astfel localizarea leziunii. În plus, spre deosebire de imaginile în secțiune obținute la scannerul cu radiație X, tomoscintografiile sunt alipite, ceea ce permite reconstruirea imaginilor după unghiuri diferite pentru a ușura reperarea anomaliilor. Este puțin probabil ca SPECT să ofere specificitate pentru dezvoltarea unor noi abordări diagnostice și terapeutice în psihiatrie. Totuși tehnica furnizează informații asupra hipo- sau hiperperfuziei diferitelor arii cerebrale (aplicată în cazul bolii Alzheimer, demenței vasculare, depresiei, sindromului oboselii cronice). (10)

Studii folosind SPECT au raportat că pacienții cu sindromul oboselii cronice au un flux sangvin cerebral regional mai scăzut și, ca urmare, au arii de hipoperfuzie cerebrală localizate, aceste modificări de perfuzie cerebrală fiind mai frecvente decât la sănătoși sau la pacienții depresivi. După împărțirea pacienților cu SOC în funcție de prezența sau absența tulburărilor psihiatrice curente și analiza fluxului sangvin cerebral absolut cu tomografie computerizată cu xenon, s-a remarcat că pacienții fără o tulburare psihiatrică curentă au avut un flux cerebral scăzut în teritoriul de distribuție al arterelor cerebrale medii din stânga și din dreapta, în timp ce aceia cu tulburări psihiatrice curente au avut un flux cerebral scăzut numai în teritoriul de distribuție a arterei cerebrale medii stângi (9). Din punct de vedere neuroimagic, rezultatele nu sunt, la acest moment, concordante și se încearcă excluderea tulburărilor psihiatrice comorbide pentru a avea un diagnostic de SOC cât mai precis.

Putem afirma despre SPECT că: 1. reprezintă o adaptare a tehnicilor rCBF pentru obținerea unor tomografii pe secțiuni, și nu a unor imagini bidimensionale, de suprafață; 2. în prezent, se pot obține tomografii cu 2, 6 și 10 cm mai sus și paralel cu linia canto-meatală [între joncțiunea externă a pleoapelor și orificiul auditiv extern]; 3. ajută la diagnosticul bolii Alzheimer. În mod tipic, evidențiază descreșterea irigației temporo-parietale bilaterale în boala Alzheimer, precum și defectele de irigare izolate sau ariile multiple de hipoirigare din demența vasculară. (7)

Tomografia axială computerizată (T.A.C.) tomografie axială asistată prin ordinat, scanografie, tomodensitometrie – reprezintă un examen radiologic care utilizează tomodensitometrul ori scannerul cu radiații X care permite obținerea, sub forma de imagini numerice, a unor secțiuni foarte fine ale organelor examinate, la nivelul extremității cefalice (creier, hipofiză, ochi și căi optice, cavități sinuzale și rinofaringiene), măduvei spinării, toracelui, abdomenului, bazinului și scheletului. Scanografia constă în măsurarea diferențelor de absorbție ale unui fascicul îngust de radiații X de către diferite țesuturi pe care le traversează, cu ajutorul unor detectori sensibili, plasați în jurul aparatului, ca o coroană. Cantitatea de radiații X furnizată fiind cunoscută, este posibil să se calculeze pornind de la fiecare detector, diametru după diametru de rotație, cantitatea de radiații X absorbită de structurile anatomice examinate. Un ordinat culege, punct cu punct, informațiile obținute, le transcrie sub forma de imagine și redă secțiunea anatomică pe un ecran. (8) Tehnicile moderne de imagistică medicală funcțională deschid noi perspective în studiul afecțiunilor psihiatrice, precum și în vizualizarea efectelor produse de preparatele farmaceutice.

BIBLIOGRAFIE:

1. Atexopoulos, G.S., Meyers, B., Young, R. et. al., *The course of geriatric depression with reversible dementia: A controlled study*. Am. J. Psychiat., 2003, vol. 150, p. 1693-1699
2. Behan, W., Gow, J.W., Curtis, F., *Blood-brain Barrier Breakdown in ME*, Conference report 2nd World Congress on CFS 1999
3. Brooks, L.C., *Proton Magnetic Resonance spectroscopy of the hippocampus in CFS*. Br J Radiol 2000 nov; 73(875): 1.206-8
4. Chiriță, V., Papari, A., *Tratat de psihiatrie*, vol I + II, Editura Fundației Andrei Șaguna, Constanța, 2002

5. Cleare, A.J., Bearn, J., Allain, T., McGregor, A., Wessely, S., Murray, R.M., O'Keane, V., *Contrasting neuroendocrine responses in depression and chronic fatigue syndrome*, J Affect Disord 1995; 35:283-289
6. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, American Psychiatric Association, Washington DC, 1994
7. Kaplan&Sadock, *Manual de buzunar de psihiatrie clinică*, Ediția a III-a, Editura Medicală Callisto, 2001
8. O'Dowd, H., Gladwell, P., Rogers, C.A., Hollinghurst, S., Gregory, A., *Health Technology Assessment*, 2006 Oct; 10(37):1-140
9. Schwartz, R.B., Garada, B.M., Komaroff, A.L., Tice, H.M., Gleit, M., Jolesz, F.A., Holman, B.L., *Detection of intracranial abnormalities in patients with chronic fatigue syndrome: comparison of MR imaging and SPECT*, AJR Am J Roentgenol 1994; 162:935-941
10. Schwartz, R.B., Komaroff, A.L., Garada, B.M., Gleit, M., Doolittle, T.H., Bates, D.W., Vasile, R.G., Holman, B.L., *SPECT imaging of the brain: comparison of findings in patients with chronic fatigue syndrome, AIDS dementia complex, and major unipolar depression*, AJR Am J Roentgenol 1994; 162:943-951

Angela DUMITRESCU – medic rezident psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași
D. M. DUMITRESCU – medic rezident psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași
D. DUMITRESCU – medic rezident psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași

PIERDUȚI ÎN REȚEA: DEPENDENȚA DE INTERNET

Inga DELIV, Irina COȘCIUG, I. COȘCIUG

Abstract:

An important minority of people, those who are internet users, develop a pathological passion towards it, named „internet-addiction”. This is a new concept for psychiatric science, it's neither met in ICD-10, nor in DSM-IV. The preliminary data is important for elucidating predisposing factors and the psychosocial versions of treatment methods. Experts enrolled in mental health field should have knowledge about internet-addiction that would allow them to diagnose it from the beginning and to use specific ways of treatment. In the paper given below there are elucidated some general notions about the causes, diagnosis and possible methods of treatment of internet-addiction.

Keywords: Internet addiction, computer addiction, metaddiction, pathological Internet use.

La o minoritate importantă de oameni care utilizează Internetul se dezvoltă o pasiune patologică față de acesta – „internet-addicție“. Această noțiune relativ nouă în psihiatrie nu este recunoscută nici de ICD – 10, nici de DSM – IV. Datele cercetărilor preliminare sunt importante pentru evidențierea factorilor predispozanți și a versiunilor psihosociale ale metodelor de tratament. Specialiștii din ramura ocrotirii sănătății mentale ar fi bine să posede cunoștințe despre internet-addicție, care le-ar permite recunoașterea acestei dereglări la etapele timpurii și utilizarea intervențiilor corespunzătoare. În articol, sunt elucidate noțiuni generale cu referință la factorii etiologici, evaluarea și metodele de tratament ale internet-addicției.

Internetul reprezintă o parte componentă imprescriptibilă a vieții contemporane. Pentru marea majoritate de utilizatori, părțile pozitive ale acestuia prevalează asupra consecințelor negative, determinate de pasiunea excesivă pentru această ocupație. Categoria diagnostică de „internet-addicție“ nu este încă descrisă nici în ICD – 10, nici în DSM – IV, din aceste motive, fenomenul reprezintă o incertitudine nosologică importantă și se conceptualizează sub diverse noțiuni: ca și adicție, ca și tulburare a controlului impulsurilor. Young (1998) prima a descris utilizarea excesivă a Internetului, definind-o ca tulburare addictivă (menționând ca simptome – toleranța, pasiunea și incapacitatea de a limita timpul petrecut în rețea). Meritul ei constă în introducerea termenului de „tulburare indusă de pasiune față de Internet“.

În cercetările anterioare, internet-addicția era evaluată ca utilizare de Internet, mai mult de 38 de ore pe săptămână. Cu toate că răspândirea propriu-zisă a acesteia este necunoscută, conform evaluărilor lui Young (1998), ea variază în limitele a 5-10% din totalitatea de utilizatori, ceea ce în cifre absolute reprezintă de la două până la cinci milioane de „internet-addictivi“. Un studiu anterior [2], a evidențiat că utilizatorii cu dependență de calculator sunt, de regulă, bărbați, cu un nivel intelectual înalt, introvertiți. Studiile ulterioare [1; 3; 4; 5] au elucidat date contradictorii celor prezentate de Shotton (1991): utilizatorii cu dependență de Internet sunt, în special, femei de vârstă medie care au acasă calculator.

Incertitudinea nosologică, lipsa clarității conceptuale și specificității, ce însoțesc noțiunea de „internet-addicție“ au sugerat cercetătorilor întrebarea despre validitatea acesteia. Criticii lansează pe prim plan lipsa cercetărilor empirice și a validității structurale neverificate, propunând substituirea internet-addicției cu așa termeni ca utilizare excesivă, dezadaptativă sau problematică de Internet.

ETIOLOGIE. Ca și în cazul altor tipuri de comportamente addictive, pentru explicarea internet-addicției este propus un anumit spectru de teorii psihologice și comportamentale. În aspect medical, mai bine este de conceptualizat cauzabilitatea internet-addicției după natura sa ca fiind bio-psiho-socială. Concomitent, rămân fără răspuns câteva întrebări cu referință la modificarea potențialului addictiv a diferitor aplicații în rețea, interacțiunii caracteristicilor personalității individului cu predispoziția față de internet-addicție și în final, a aspectelor concrete ale Internetului pentru persoanele pasionate de el.

Modele etiologice. În teoria învățării, este stipulat accentul pe consolidarea efectelor pozitive ale utilizării Internetului, care pot induce senzații de plăcere și euforie la utilizatori, la fel și aprofundarea principiului condiționat operant [6]. Dacă individul, din cauza timidității sau anxietății, recurge la Internet, cu scopul de a evita situațiile ce provoacă anxietatea, de exemplu, interacțiunea nemijlocită cu alte persoane, aceasta, de regulă, consolidează utilizarea prin evitarea condiționată. Davis (2001) a propus teoria cognitiv-comportamentală a utilizării patologice de Internet, care, în opinia lui, reprezintă rezultatul unei structurări unicate a personalității determinate de Internet, manifestată prin tipuri de activități cognitive și forme de comportament specifice.

Circuitul neuronal de nivel cerebral, „responsabil“ de recompensă, în normă se activează la stimuli pozitivi, cum ar fi alimentele, apa și sexul, care sunt vital importanți pentru supraviețuire. Însă fixările „neobișnuite“, de exemplu, substanțele psihoactive, alcoolul, jocul de noroc și Internetul, pot fi stimuli mai puternici, impunând oamenilor să renunțe la sex, alimentație, serviciu, sănătate etc. Ipoteza deficitului de recompensă demonstrează că cei ce obțin satisfacție mai redusă de la recompensele obișnuite, recurg la consumul de substanțe psihoactive, dorind să accentueze stimularea căilor responsabile de recompensă [8]. Utilizarea Internetului permite subiectului uman să obțină imediat recompensa cu o întârziere minimală, imitând stimularea asigurată de alcool sau alte substanțe psihoactive.

Impulsivitatea este considerată drept factor de risc, în sensul dezvoltării pulsiunii patologice. Shaffer (1996) a presupus că utilizarea Internetului este determinată de comportament, căutare de senzații plăcute care, de fapt, reprezintă un semn al impulsivității. Indivizii impulsivi, de regulă, folosesc Internetul drept instrument de căutare a senzațiilor și treptat devin pasionați de el. Autoevaluarea în copilărie reprezintă o importanță decisivă pentru dezvoltarea personalității mature. O autoapreciere scăzută se formează în absența susținerii din partea părinților sau semenilor și poate atinge apogeul în senzația de necorespondere și inutilitate [10]. Probabil, aceasta îl determină pe individ să folosească Internetul în calitate de refugiu de la realitate în căutarea unei lumi sigure, lipsite de primejdii, unde nimeni și nimic nu-l amenință. În opinia lui Shotton (1991), bărbații introvertiți, cu nivel intelectual înalt, tentați de tehnologiile complexe, cu nivel scăzut de autoevaluare sunt mai predispuși să formeze pulsiunea patologică pentru Internet. Persoanele timide folosesc Internetul pentru a învinge neajunsurile sale din sfera deprinderilor, interrelațiilor sociale și a comunicării.

FAȚĂ DE CE SE DEZVOLTĂ PULSIUNEA LA ADDICTIVI? În pofida modelelor etiologice menționate, până în prezent, nu este cunoscut față de ce anume se dezvoltă pulsiunea patologică la dependenții de Internet. Sunt presupuse următoarele variante posibile: 1) față de procesul de culegere a textului; 2) față de rolul Internetului ca mod de comunicare; 3) față de informația primită; 4) față de o formă concretă de utilizare (de exemplu, poșta electronică, joc de noroc, videojocuri, pornografie, „geocaching“); 5) față de anonimul care este admisibil în Internet [4; 11]. Young (1998) a arătat că la utilizatorii de Internet apărea pulsiunea patologică față de anumite forme specifice de aplicații. Indivizii cu frică de comunicare nemijlocită cu altă persoană, pot participa în schimbul operativ de mesaje textuale cu utilizatorii rețelei și în domenii multiutilizaționale. Elaborarea graficii tridimensionale în jocuri, permite utilizatorului să interacționeze cu alte persoane în lumea virtuală. Potențialul adictiv excesiv al acestor „online-jocuri multiutilizaționale în masă“ („massive multiplayer online role-playing games“ – MMORPGs) a permis unor utilizatori să susțină că ele sunt comparabile cu efectele heroinei.

Subtipuri de adicție patologică Cercetătorii au încercat să identifice subtipurile sau subcategoriile internet – adicției. Davis (2001) a divizat utilizarea problematică în două tipuri: a) spe-

cific (utilizare excesivă a unei funcții concrete) și b) generalizat (utilizare excesivă „multifactorială” a Internetului). Young (1999) a evidențiat cinci tipuri de internet-adicție: 1) adicție cybersexuală; 2) pasiune patologică față de cyberrelații; 3) caracter compulsiv al atracției față de aflarea în rețea (de exemplu: joc de noroc sau cumpărături pe Internet); 4) suprasolicitare informațională (de exemplu: căutare compulsivă a informației în baza de date, „wiki”; 5) pasiune față de calculator (preocupare excesivă de jocuri).

CONSECINȚELE UTILIZĂRII INTERNETULUI. Internetul este un depozit enorm de cunoștințe și date, ceea ce permite o transmitere aproape neîntreruptă a informațiilor. Către părțile pozitive ale utilizării Internetului Clark și colegii (2004), au evidențiat încrederea crescută de sine, comunicarea mai frecventă cu membrii familiei și prietenii și senzația de putere deplină. Alți cercetători au studiat calitățile benefice ale Internetului în formarea relațiilor și a prietenilor prin intermediul jocurilor [14; 15]. Însă, utilizarea Internetului până la gradul de atracție patologică poate avea consecințe nefavorabile serioase, care se răsfrâng negativ asupra multor activități vitale ale individului: socială, profesională, psihologică, fizică, la fel și asupra relațiilor interpersonale. De regulă, repercusiunile utilizării excesive a Internetului în mai mare măsură sunt resimțite la nivelul familiei și vieții sociale, deoarece individul, petrecând în regim online timp excesiv, frecvent ignorează membrii familiei, activitățile sociale și interesele. Termenul de „cyber-văduvă/cyber-văduv” este astăzi utilizat pentru partenerii ignorați ai persoanelor adictive de Internet. Pasionarea excesivă de Internet conduce, de asemenea, către scăderea reușitei școlare [16; 17] și a productivității profesionale [18]. Angajatorii au observat că personalul ce are acces la Internet la locul său de muncă, petrece o parte considerabilă a zilei de lucru, utilizându-l nu pentru îndeplinirea nemijlocită a obligațiilor sale [19]. Consecințele psihosociale vădite ale internet-addicției includ singurătatea [20], frustrarea [13] și depresia [21]. La unii adictivi, care petrec multe ore în Internet, apar, cu toate că nu foarte frecvent, dereglări de sănătate somatică, de exemplu, fatigabilitate, cauzată de deprivarea somnului, dursalgii, sindromul canalului carpian și radial. În final, cum arată de regulă „omul post-internet”? El este – pierdut în virtual; – incapabil să relaționeze cu oameni reali; – străin de noțiunea de „autoritate”; – ignorant față de normele sociale și de valorile milenare; – în criză de identitate – până la dedublare; – vegetând în derivă, fără să mai caute sensul vieții; – înspăimântat de realitate; – deschis față de tot felul de perversiuni; – cu un comportament specific copilului răsfățat care confundă binele cu plăcerea și necesitatea cu poftele.

EVALUARE. Este important să cunoaștem cum poate fi evaluat mai bine pacientul cu suspecție la pasiune patologică față de Internet, deoarece o evaluare calitativă va permite medicului să elaboreze un plan terapeutic eficient. În anexa 1, sunt enumerate unele particularități importante de evaluare. Formatul recomandat al interviului primar de evaluare, de fapt, este la fel ca și interviul psihiatric standard, incluzând anamneza (prezentarea acuzelor, anamneza – personală și familială, psihiatrică etc.) și evaluarea statutului psihic. În cazul constatării acuzelor specifice adicției, atenție deosebită se va acorda caracterului dependenței și gradului de adicție față de Internet. Este mai bine de a urmări într-o consecutivitate cronologică inițierea utilizării Internetului, progresarea procesului, factorii de fixare și cazurile de depășire a atracției patologice. Cele mai importante întrebări la care este necesar de a primi răspuns sunt: „Cât timp petreceți în Internet în fiecare zi / fiecare săptămână?”, „Ce forme de aplicații preferați sau căroră le acordați majoritatea timpului?” și, „În ce mod utilizarea Internetului vă influențează viața cotidiană?”. Ulterior, necesită a fi evaluate simptomele atracției patologice față de Internet. De exemplu, gradul de exprimare (atracția), toleranța, pasionarea și rezistența; se va aprecia cum a influențat utilizarea Internetului relațiile interpersonale, viața socială și profesională?! Ca și în cazul altor forme de comportament adictiv este util de a confirma informația, colectând date de la partenerul pacientului, rude sau prietenii apropiați. Este necesar de evaluat concret motivația pacientului, analizând comportamentul său adictiv. Fenomenul poate fi realizat mai bine, utilizând conceptul Prochaska și DiClemente (1992) „stadiile modificării”: chibzuire preventivă, analiză, primirea deciziei, acțiuni, susținere și recidivă (anexa 2).

Atracția patologică față de Internet, rareori, reprezintă singura tulburare psihică prezentă la pacient. Din aceste motive, atenție deosebită se va acorda maladiilor concomitente. Mai frecvente sunt: dereglările afective (depresia, tulburarea bipolară, fobia socială, anxietatea), alte tulburări adictive (dependența de alcool sau alte substanțe), tulburări ale controlului impulsurilor (tulburări de alimentație, joc de noroc patologic) și tulburările de personalitate, inclusiv personalitatea anti-socială. Și invers, înainte de a pune subiectului stigma de „adicție față de calculator“, este necesar de a constata că sindromul dependenței patologice față de Internet nu reprezintă o manifestare secundară a tulburării psihice de bază, de exemplu, a psihozei maniacale, depresive, sau tulburării psihosexuale.

Particularități de evaluare în suspectarea atracției patologice față de Internet (Anexa 1)

- Colectarea datelor anamnestice;
- Inițierea utilizării, factorii declanșatori;
- Progresarea în timp;
- Agenda de consum: caracterul, durata, locul (la serviciu/acasă), în ce perioadă a zilei ș.a.
- Factorii de menținere;
- Domeniile preferențiale de aplicare (de exemplu: participarea în schimbul operațional al mesajelor textuale cu utilizarea rețelei, cumpărături, joc de noroc, „geocaching” etc.);
- Simptomele dependenței (atracția, toleranța, simptome rebound, gradul de manifestare ș.a.);
- Tentativele de a reduce sau de a înceta utilizarea și rezultatul;
- Tratamentul anterior;
- Cauza solicitării actuale a ajutorului medical;
- La necesitate, confirmarea datelor relatate de pacient prin anamnezicul obiectiv;
- Evaluarea formelor de aplicații, a reacțiilor emoționale, a modelului de activitate cognitivă;
- Evaluarea influenței utilizării Internetului asupra relațiilor interpersonale, activităților sociale și profesionale;
- De a evalua cât este de motivat să urmeze tratamentul propus (se va ține cont de conceptul „stadiile modificării” - anexa 2);
- Examinarea standard a statutului psihic;
- Excluderea tulburărilor psihice concomitente;
- Combinarea interviului clinic cu alte procedee diagnostice / evaluative.

Stadiile modificării (Anexa 2)

- Chibzuire preventivă: individul nu este pregătit pentru a vedea schimbările posibile;
- Analiza: apar idei de a se schimba;
- Luarea deciziei; individul hotărăște să se schimbe;
- Acțiune: începe a depune efort pentru a se modifica;
- Susținere: modificările devin obișnuite;
- Recidivă: individul revine comportamentul anterior.

Young (1999), evaluând starea individului dependent de Internet, evidențiază patru criterii specifice recomandate în procesul de interviu clinic:

Primul – formele de utilizare. Acesta se referă la tipuri specifice de aplicare (de exemplu: jocuri, chat – forumuri, mecanism de căutare a informației, pornografie), cărora pacientul le acordă cel mai mult timp. Frecvent, tipul de activitate depinde de preferințele personale ale individului. Este util a primi răspuns la următoarele întrebări: „Ce tip de activitate în Internet Vă place cel mai mult?” și „Cât timp acordați fiecăruia dintre acestea?”.

Al doilea – reacțiile emoționale. Este rațional să concretizăm starea lui emoțională, atunci când se află în sistemul online și cum e în afara ei? Pentru unii oameni utilizarea Internetului reprezintă o încercare de a „mușamaliza” emoțiile neplăcute, pentru alții – ea este sursă de satisfacție. După concretizarea mecanismelor emoționale „declanșatoare” specifice, se poate recurge la argu-

mentarea intervențiilor corespunzătoare. Pacienților care le este dificil să-și descrie starea sa emoțională, li se poate propune de a completa „agenda trăirilor emoționale proprii“.

Al treilea – funcționarea cognitivă. Procesele cognitive dezadaptative (de exemplu: auto-evaluare scăzută și alte cogniții depresive) pot declanșa utilizarea excesivă a Internetului. Din aceste motive, în perioada tratamentului, este necesar să monitorizăm corespunzător tulburările cognitive de bază.

Ultimul – evenimentele importante. Evenimentele semnificative sau stresorii pot declanșa sau menține utilizarea excesivă a Internetului în încercarea de a reduce suferințele. Din aceste motive, este necesar de a analiza circumstanțele actuale ale vieții, în coraport cu intervențiile terapeutice posibile.

INSTRUMENTARIU DIAGNOSTIC ȘI DE EVALUARE

Chestionarul diagnostic Young. Young (1998) a elaborat primul chestionar de diagnosticare a internet-adiției. Instrumentariul screening din opt puncte este bazat pe criteriile diagnostice ale predisunerii patologice față de jocuri de noroc DSM – IV (1994). Cele opt întrebări care includ simptomele atracției patologice sunt următoarele: preocuparea de Internet, toleranța (necesitatea în petrecerea a tot mai mult timp în rețea, pentru obținerea satisfacției); incapacitatea de a reduce utilizarea sau de a se absenta de Internet; petrecerea a mai mult timp, decât se programa; influențe nefavorabile asupra relațiilor interpersonale, activității de studiu și profesionale; înșelăciune cu scopul de a ascunde adevărul despre gradul de utilizare a Internetului; aflarea în rețea – încercare de a fugi de probleme. Se consideră că, cinci sau mai multe răspunsuri afirmative („da“) sunt în favoarea diagnosticului internet-adiție. Chestionarul denotă indicii ale răspândirii problemei doar în momentul de studiu, deoarece întrebările nu sunt atașate către perioada inițială de timp (de exemplu, în luna trecută, în anul trecut).

Criterii de diagnostic după Beard și Wolf Beard și Wolf (2001), au evaluat critic chestionarul Young, relatând, că el este mai dur, comparativ cu chestionarul pentru evaluarea atracției patologice către jocurile de noroc (care necesită prezența a cinci criterii din zece) și că criteriile elaborate de Young nu permit identificarea internet-adiției, apărute ca consecință a tulburării psihice. Din acest motiv, ei au propus următoarele criterii de evaluare a adicției (inclusiv a internet-adiției): la individ trebuie să fie prezente toate cele cinci criterii – preocuparea excesivă, toleranța, incapacitatea de a reduce utilizarea Internetului, anxietatea sau dispoziția „proastă” la încercarea de a reduce aflarea în rețea pe parcursul a mai mult timp decât se programa și cel puțin unul din cele trei criterii suplimentare – consecințe nefavorabile datorate utilizării excesive a Internetului, minciună, cu scopul de a ascunde utilizarea Internetului și aflarea în rețea în scopul de a fugi de probleme.

Criteriile de diagnostic Griffiths Încercând de a operaționaliza noțiunea de *adicție* (inclusiv internet-adiția), Griffiths (1998) a propus șase criterii pentru această tulburare: intensivitate, modificarea dispoziției, toleranță, simptome de autoizolare, conflict și recidivă. Cu toate că această noțiune pare a fi accesibilă și comodă în utilizare, ea nu a fost validată și nu a trecut verificarea empirică.

Testul la pasiunea patologică față de Internet. Young (1998) a elaborat și un test care permite diagnosticarea internet-adiției (chestionar incluzând 20 itemi pentru autoevaluare). Fiecare item este evaluat pe o scală de cinci puncte – de la unu („niciodată“), până la cinci („aproape întotdeauna“). Ca și în primul său chestionar diagnostic, întrebările sunt bazate pe criteriile diagnostice pentru jocul de noroc patologic și dependența de alcool, stipulate în DSM – IV. În funcție de scorul acumulat, individul poate fi clasat în una din cele trei categorii: 1) internet-utilizator mediu; 2) cu probleme frecvente cauzate de utilizarea excesivă a Internetului; 3) cu probleme semnificative cauzate de utilizarea Internetului, care argumentează necesitatea asistenței medicale. Pe lângă ușurarea diagnosticării internet-adiției, acest chestionar permite evaluarea gradului de influență a tulburării asupra diferitor aspecte ale vieții individului.

INSTRUMENTARIU DE EVALUARE

Scala internet-utilizării problematice generalizate. Scala internet-utilizării problematice generalizate [11] are la bază o abordare cognitiv-comportamentală a lui Davis (2001), pentru internet-adiție. Această scală constă din 29 itemi (fiecare este evaluat de la 1 punct – „absolut nu sunt de acord“, până la 5 puncte – „de acord“) și permite evaluarea formelor de activitate cognitivă,

comportamentală și rezultatele ei negative, cauzate de problema abuzului de Internet. Șapte subscăli ale acestui instrumentariu evaluativ corelează cu un șir de caracteristici psiho-sociale ale sănătății, autoevaluării și singurătății. Caplan relatează date preventive care demonstrează siguranța și veridicitatea acesteia.

Scala de evaluare a consecințelor datorate utilizării Internetului. Aceasta este alcătuită după modelul scalei Likert, care este utilizată în evaluarea consecințelor internet-adiției [13] și constă din trei subscale incluzând în total 38 itemi: consecințe fizice (7 itemi), comportamentale (15 itemi) și psihosociale (16 itemi). Clark și colaboratorii relatează că, acest instrumentariu evaluativ are bună siguranță și conținut valid.

Beard (2005) a concluzionat observațiile critice de bază vis-à-vis de instrumentariile diagnostice menționate. Astfel, în primul rând ele sunt bazează pe diferite concepte teoretice, iar concordanța între ele se limitează la componenta de bază – evaluarea internet-adiției; în al doilea rând, intervievații îndeplinesc de sine stătător majoritatea acestor instrumentării diagnostice și, din aceste motive, rezultatul va depinde de sinceritatea respondenților, iar pentru corecția răspunsurilor în nici unul dintre ele nu este prevăzută scala „minciunii”; în al treilea rând, în nici unul dintre ele nu sunt luate în considerare tipurile de aplicații ale Internetului (de exemplu, chat-uri, forumuri, poșta electronică, pornografie etc.), față de care individul manifestă atracție patologică. Nici unul dintre instrumentariile propuse nu a fost supus unei expertize referitoare la siguranță și validitate; nici unul nu cuprinde în sine diverse evaluări a utilizării excesive a Internetului și a consecințelor sale multidimensionale. Toate cele expuse explică faptul că, la moment, nu există un instrumentariu universal de nivel standard, iar cele propuse pot fi utilizate în complex cu examinarea clinică.

STRATEGII TERAPEUTICE ÎN CADRUL UTILIZĂRII PATOLOGICE A INTERNETULUI

Acest domeniu este studiat insuficient și, din aceste motive, nu există metode de tratament, a căror eficacitate ar fi fost demonstrată. Majoritatea datelor disponibile, cu toate că sunt preliminare, indică utilitatea strategiilor comportamentale în tratamentul internet-adiției [12]. În nici o cercetare randomizată, nu s-a evaluat rolul metodelor farmacologice de tratament, dar efectuând un paralelism cu cercetările științifice ale jocului de noroc patologic (ținând cont de baza conceptuală și fenomenologică comună – ambele se referă la adicții non-chimice), se poate presupune că inhibitorii selectivi ai recaptării de serotonină și naltrexona au un rol anumit (neverificat și nedemonstrat), în farmacoterapia internet-adiției. Bineînțeles că remediile medicamentoase sunt eficiente în tratamentul tulburărilor comorbide (indiferent de faptul că sunt primare sau secundare), inclusiv tulburărilor afective, dereglărilor spectrului anxios și al altor tulburări adictive. Ținând cont de avantajele și părțile pozitive ale utilizării Internetului în viața cotidiană, ar fi nereal să studiem modelul abținerii totale (ca în cazul tratamentului consumului de substanțe psihoactive), chiar și la individul cu atracție patologică față de Internet. Principiul de bază ar fi, probabil, „utilizare moderată și controlată”. Young (1999) a propus un șir de strategii comportamentale pentru internet-adiție (anexa 3).

Strategii comportamentale utilizate în tratamentul internet-adiției (Anexa 3)

- Antrenamentul capacității de a se opune;
- Restricții externe;
- Formularea scopurilor;
- Cartele-înștiințare cu referință la comportamentul acceptat;
- Evidență personală;
- Abținere.

Antrenamentul capacității de a se opune presupune determinarea caracterului utilizării Internetului, pentru ca ulterior, să se încerce dislocarea obișnuinței sau a practicii online preferate de subiect, acestea fiind înlocuite cu ocupații „neutre”. De exemplu, dacă individul petrece zilele de odihnă în rețea, i se poate propune ca jumătatea a doua a sâmbetei să și-o petreacă în aer liber.

Restricții externe – individul folosește, de exemplu, deșteptătorul pentru a ieși din rețea.

Formularea scopurilor – în pofida motivației și a susținerii persoanei dependente de Internet, efectul terapeutic nu va fi obținut, dacă nu sunt formulate clar scopurile. Poate fi utilă folosirea agendei, în care sunt indicate perioadele concrete de timp destinate utilizării Internetului. În prima perioadă de timp, acestea necesită a fi frecvente, dar scurte. Se așteaptă ca fiind utilizată pe termen lung, intervenția să reîntoarcă individului sentimentul de control vis-à-vis de utilizarea Internetului.

Cartele-înștiințare cu referință la comportamentul acceptat – individului i se propune să înregistreze consecințele nefavorabile ale utilizării rețelei (de exemplu, dificultăți la serviciu) și prioritățile limitării timpului petrecut online (de exemplu, posibilitatea de a petrece mai mult timp cu partenerul). Se presupune că, cartelele ar ajuta individul să se reorienteze la priorități.

Evidența personală – adictivii față de Internet, adeseori, petrecând mult timp în regim online, ignoră alte interese și pasiuni. Din aceste motive, li se propune să-și formuleze lista de activități „pierdute” și să-și reamintească viața sa, de până la utilizarea excesivă a Internetului, prin aceasta reactualizând interesele ne nedeterminate de Internet.

Abținerea – în acest context, individul se abține de la o formă concretă de utilizare a Internetului (de exemplu, chat-uri sau jocuri) și își selectează o altă formă de ocupație în rețea. Acest model este recomandat celor care au încercat, însă nu au reușit să-și limiteze atracția față de un anumit tip de ocupație.

Alte metode de tratament

Grupele de susținere. Oamenii care nu au susținere socială suficientă, pot utiliza Internetul drept o modalitate de formare a relațiilor interpersonale. Dacă aceasta conduce la utilizare adictivă a Internetului, este important de a-i ajuta pe astfel de subiecți să se integreze într-un grup social alcătuit din persoane care au fost capabile să depășească situații similare și, ameliorându-și rețeaua de susținere socială au revenit la viața reală. Toate acestea îi vor ajuta să recurgă mai rar la Internet, în scopul consolării și/sau obținerii calmului spiritual pe care nu-l aveau în condițiile vieții reale. Programele de recuperare de genul „doisprezece pași”, orientate spre soluționarea atracției patologice față de alcool și alte substanțe psihoactive, de asemenea, pot fi utile în cadrul internet-adicției, pentru depășirea problemei. Aceste intervenții pot fi o sursă de susținere substanțială și reorientare recuperativă. Pot fi create grupe speciale de susținere care tind să ajute dependenților să depășească atracția patologică față de Internet. Una dintre aceste grupe este grupa de susținere în cazul internet-adicției (<http://health.groups.yahoo.com/group/Internet-addiction>), dirijată de Centrul online-adicției din SUA. Centrul – este o rețea de resurse, fondată de Kimberley Zoung în 1995, rețea specializată în probleme cauzate de computer. Această grupă de susținere petrece activități de familiarizare orientate spre domeniul internet-adicției și consultă pe întrebări legate de lichidarea acesteia. Grupa se caracterizează ca un loc de siguranță în rețea, având drept scop, recuperarea sănătății și bunăstării oamenilor cu atracție patologică față de Internet. Actualmente, argumentarea empirică a acestei metode de tratament este limitată.

Psihoterapia familială. Internet-adicția, de regulă, distorsionează relațiile intrafamiliale. Dacă fenomenul are loc, atunci psihoterapia familială trebuie să fie o parte componentă a tratamentului individului. Ea are drept scop explicarea membrilor familiei noțiunii de *atracție patologică*; atenuarea sentimentului de vină al rudelor; ameliorarea comunicării între membrii familiei cu revenirea la starea anterioară.

Psihoterapia cognitivă. Indivizii cu tendințe de a „catastrofiza” totul, de regulă, se află într-o stare anxioasă de așteptare a evenimentelor și fenomenelor negative și, din aceste motive, evită situațiile ce țin de viața reală. Ei utilizează Internetul în scopul de a fugi de realitate [12]. În procesul psihoterapiei cognitive, se determină erorile admise și tipurile de activități cognitive negative dezadaptative, se aplică „refreimingul” acestora, pentru a ajuta individul să-și formeze tipuri de activități cognitive adaptative.

CONCLUZII

Noțiunea de *internet-adicție* ca tulburare psihică încă este în etapa de formare. Discuția prezentă referitoare la validitatea ei ca o categorie diagnostică în psihiatrie, probabil, a creat dificultăți

în efectuarea cercetărilor științifice detaliate. Prin urmare, aceasta limitează cunoștințele actuale ale practicienilor despre etiologia și tratamentul acestei patologii. Însă, rezultatele preliminare ale cercetărilor evidențiază date interesante despre factorii predispozanți individuali și metodele de tratament bio-psiho-social. Odată cu creșterea nivelului utilizării computerului și Internetului într-o formă de necesitate a vieții cotidiene, încep să apară probleme cauzate de utilizarea abuzivă și problematică a Internetului. Psihatri necesită cunoștințe de bază privind tulburarea, informații care le vor ajuta la diagnosticarea timpurie și efectuarea intervențiilor respective, în special, la pacienții cu tulburări adictive comorbide.

BIBLIOGRAFIE:

1. Young, K. S. (1998), *Caught in the Net: How to Recognise the Signs of Internet Addiction and a Winning Strategy for Recovery*. John Wiley & Sons.
2. Shotton, M. (1991), *The costs and benefits of computer addiction*. *Behaviour and Information Technology*, 10, 219–230
3. Griffiths, M. D. (1997) *Psychology of computer use: XLIII. Some comments on „Addictive use of the internet.* *Psychological Reports*, 80, 81–82
4. Griffiths, M. (1998), *Internet addiction: does it really exist?* In *Psychology and the Internet* (ed. J. Gackenbach), pp. 61–75. Academic Press
5. O'Reilly, M. (1996), *Internet addiction. A new disorder enters the medical lexicon*, *Canadian Medical Association Journal*, 154, 1882–1883
6. Wallace, P. (1999), *The Psychology of the Internet*, Cambridge University Press
7. Davis, R. A. (2001), *A cognitive-behavioural model of pathological internet use*. *Computers in Human Behavior*, 17, 187–195
8. Blum, K., Cull, J. G., Braverman, E. R. et al (1996), *Reward deficiency syndrome*, *American Scientist*, 84, 132–145
9. Shaffer, H. J. (1996), *Understanding the means and objects of addiction. Technology, the Internet and gambling*, *Journal of Gambling Studies*, 12, 461–469
10. Harter, S. (1993), *Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents*, In *Self-Esteem: The Puzzle of Low Self-Regard* (ed. R. F. Baumeister). Plenum Press
11. Caplan, S. E. (2002), *Problematic internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument*, *Computers in Human Behavior*, 18, 553–575
12. Young, K. S. (1999), *Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment*, In *Innovations in Clinical Practice: A Source Book* (eds L. VandeCreek & T. Jackson), vol. 17, pp. 19–31. Professional Resource Press
13. Clark, D. J., Frith, K. H., & Demi, A. S. (2004), *The physical, behavioural, and psychosocial consequences of internet use in college students*, *Computers, Informatics, Nursing*, 22, 153–161
14. McNamee, S. (1996), *Therapy and identity construction in a post-modern world*, In *Constructing the Self in a Mediated World* (eds D. Grodin & T. R. Lindlof), Sage
15. Parks, M. R. & Floyd, K. (1996), *Making friends in cyberspace*, *Journal of Communication*, 46, 80–97.
16. Murphey, B. (1996), *Computer addictions entangle students*, *APA Monitor* (June), 38
17. Scherer, K. (1997), *College life on-line. Healthy and unhealthy internet use*, *Journal of College Student Development*, 38, 655–665
18. Robert Half International (1996), *Impaired functioning at work – surf's up! Is productivity down?* (Press release, October 10). Robert Half International
19. Beard, K. (2002), *Internet addiction. Current status and implications for employees*, *Journal of Employment Counselling*, 39, 2–11
20. Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V. et al (1998), *Internet paradox: a social technology that reduces social involvement and psychological well-being?*, *American Psychologist*, 55, 1017–1031
21. Young, K. S. & Rogers, R. C. (1998), *The relationship between depression and internet addiction*, *Cyberpsychology Behaviour*, 1, 25–28.
22. Prochaska, J. & DiClemente, C. (1992), *Stages of change in the modification of problem behaviours*, In *Progress in Behaviour Modification* (eds M. Hersen, R. Eisler & P. Miller), vol. 28, pp. 183–218. Sycamore Publishing
23. Beard, K. W. & Wolf, E. M. (2001), *Modification in the proposed diagnostic criteria for internet addiction*, *CyberPsychology and Behavior*, 4, 377–383
24. Beard, K. W. (2005), *Internet addiction: a review of current assessment techniques and potential assessment questions*, *CyberPsychology and Behavior*, 8, 7–14

Inga DELIV – U.S.M.F. „Nicolae Testemițanu“,
Catedra Psihiatrie și Narcologie, Chișinău, Republica Moldova
Irina COȘCIUG – U.S.M.F. „Nicolae Testemițanu“,
Catedra Psihiatrie și Narcologie, Chișinău, Republica Moldova
I. COȘCIUG – U.S.M.F. „Nicolae Testemițanu“,
Catedra Psihiatrie și Narcologie, Chișinău, Republica Moldova

LOCUL ȘI ROLUL NEURONILOR SEROTONINOSECRETORI ÎN EMBRIOGENEZA CEREBRALĂ

V. SIMIONESCU, Olga SIMIONESCU, R.C. LUCA, Angela MIHALACHE,
Adriana ANCUȚEI, Mihaela Daniela SCUTELNICU, C. ADAM

Abstract:

Autorii acestei metaanalize aduc în discuție cele mai noi descoperiri legate de embriologia sistemului serotoninergic care este considerat a fi primul care se diferențiază din masa celulelor stem cerebrale. Sunt prezentate argumentele embriologice, neuroanatomice și neurobiochimice care susțin ipoteza primordialității sistemului serotoninergic în constelația neurotransmisiei cerebrale. Credem că înțelegerea psihismului normal și patologic al omului trebuie să înceapă cu descifrarea embriologiei, neuroanatomiei și fiziologiei creierului uman, urmate de înțelegerea comportamentelor primitive din lumea animală (etologia) și, mai apoi, abordarea antropologică istorică, biologică și social-culturală a individului uman.

Keywords: stem cell, sprouting, neurons migration, maturation, serotonin secretory cells.

Disponem astăzi de unele informații legate de embriologia de ansamblu a sistemului nervos pe scara evoluției speciilor, însă în ceea ce privește geneza diferitelor sisteme de neurotransmisie, trebuie să recunoaștem, suntem abia la început de drum. Deși există în ultimul timp o preocupare crescândă din partea cercetătorilor pentru descifrarea pașilor evolutivi parcurși de diversele linii neuronale, nimeni nu poate preciza încă, unde, când, cum și la care dintre speciile terestre, unele poate demult dispărute, s-a plămuit prima celulă nervoasă și, cu atât mai puțin, momentul apariției primei substanțe chimice capabile să stabilească o comunicare între neuroni. Se crede că unii ioni, gaze și substanțe, cu formule chimice mult mai simple decât cele pe care le cunoaștem astăzi, au fost primii neurotransmițători.

O importantă sursă de informații o constituie cercetarea genezei sistemelor de neurotransmisie la speciile inferioare omului. Astfel, pe scara evoluției speciilor, serotonina este prezentă în sistemul nervos al viermilor inelați (dotați cu un sistem nervos primitiv ganglionar), la moluște și crustacei. Similitudinile în dezvoltarea și diferențierea diferitelor populații neuronale observate la creierul embrionar uman și cel al embrionului de șoarece a constituit o bogată sursă de informații pentru cercetători. Cu toate criticile aduse extrapolării observațiilor de la șoarece la om, studiile efectuate pe creierul embrionar de șoarece s-au dovedit extrem de utile, dezvăluindu-ne multe din enigmele embriologiei sistemului nervos.

Utilizându-se tehnicile de imunoperoxidare, studiul genezei sistemului serotoninergic efectuat pe secțiuni din creierul de șobolan aflat între a 12-a și a 18-a zi de dezvoltare embrionară (E12-E18) a stabilit că primii neuroni ce conțin serotonină sunt detectați încă din ziua a 12-a (E12) la nivelul brainstem-ului, sub forma a două grupuri: unul rostral și altul caudal. Aceste două îngrămădiri neuronale discrete sunt situate la nivelul rostral al curbării mezencefalice și, după clasificarea lui Dahlstrom și Fuxe, corespund grupelor B9-B4 (Fig. 1). Cronologic, începând cu ziua a 14-a apar și grupele neuronale serotoninosecrete B3-B1, amplasate în zona bulbului rahidian. În măduva spinării, aglomerările neuronale de acest fel au apărut după ziua a 14-a (E14), acestea fiind migrate din grupele B1 și B2 (1).

În timpul perioadei de la E12 la E18, concomitent cu migrarea spre poziția lor permanentă, neuronii conținând serotonină cresc numeric. Tot în această perioadă, se dezvoltă și o complexă rețea de ramificații axonice. Începând cu ziua E16 celulele grupului rostral încep să migreze uniform către porțiunile mediolaterale ale brainstem-ului. Grupul rostral al neuronilor serotoninosecretori dă naștere la aproape toate fibrele axonale ascendente, în timp ce grupul caudal dă naștere la majoritatea prelungirilor axonale descendente.

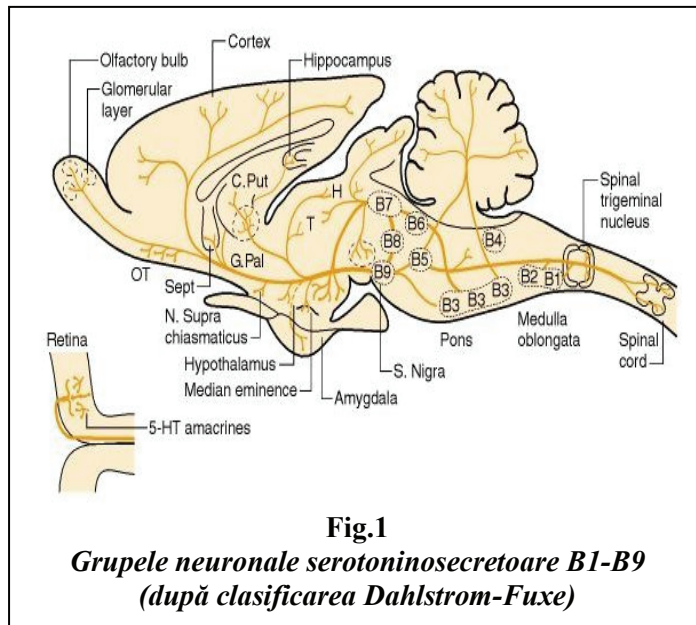


Fig.1

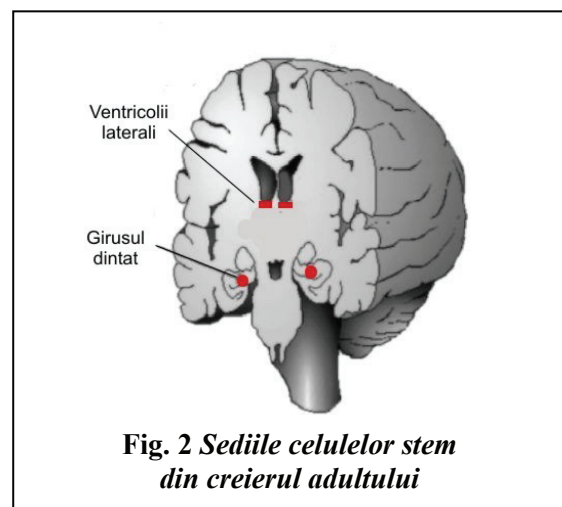
**Grupele neuronale serotoninosecretorie B1-B9
(după clasificarea Dahlstrom-Fuxe)**

Dintre toate fibrele neuronilor serotoninosecretori, axonii din banda medială a creierului anterior (forebrain) de șobolan au fost cei mai bine studiați. Astfel, s-a observat că în ziua E17 fibrele imunoreactive (cu trasori imunologici) cu punct de plecare din grupurile rostrului mezencefalic ajung deja în telencefal (emisferele cerebrale) pe calea a două portale: a) unul de-a lungul marginii laterale a hipotalamusului, pe marginea (muchia) medială a telencefalului și b) un altul, localizat ventro-lateral, adiacent tractului olfactiv lateral. În E18, ambele fascicule, ventrolateral și dorsal,

sunt direcționate spre polul occipital al creierului de șobolan și conțin fibre neramificate.

Metodele moderne de evidențiere imuno-radio-citochimică a neuronilor serotoninosecretori prelevați de la embrionii de șobolan au arătat că, inițial, neuronii suferă un proces de elongație, urmat de creșterea fibrelor axonale și a fibrelor dendritice, creștere ce se realizează pe baza „conurilor de creștere“, formațiuni puternic imunoreactive (bogate în 5-HT), situate la extremitățile prelungirilor neuronale. Pe toată durata E12-E18, s-a evidențiat o intensă activitate a canalelor ionice pentru K^+ și a celor pentru Ca^{2+} , dovada indirectă a eliberărilor masive de serotonină în spațiile virgine din jurul terminațiilor axonale. Așadar, fibrele serotoninergice din creierul embrionar al șobolanului nu se dezvoltă și nu se ramifică la întâmplare, ci ele manifestă o evidentă selectivitate pentru o anumită orientare în masa cerebrală primitivă, fiind ghidate de „factori direcționali“, în baza unui program bine definit, specific populației de fibre ce conține serotonină (2).

Relativ recent, s-au evidențiat în creierul uman adult anumite zone care posedă celule stem (Fig. 2). Celulele stem din creier sunt capabile să se diferențieze în anumite linii neurosecretorii și să migreze în zone foarte precise ale nevraxului. Această descoperire a constituit doar una din „surprizele“ cercetării embriologice, iar evidențierea factorilor și mecanismelor legate de apoptoza neuronală „a uluit“ lumea cercetării medicale, deschizând practic porțile realizării „visului“ dintotdeauna al omenirii: controlul proceselor nașterii, supraviețuirii și morții celulare. Toate aceste descoperiri, la care trebuie adăugate și oferite de genetica medicală vor schimba radical, în următoarele decenii, posibilitățile terapeutice ale bolilor neuropsihice.



**Fig. 2 Sediile celulelor stem
din creierul adultului**

Dar, să revenim la neuronii serotoninosecretori. Dezvoltarea și expansiunea progresivă a encefalului mamiferelor se realizează după un „program“ bine stabilit, pe o perioadă de timp determinată, sub influența unor factori interni, doar parțiali cunoscuți, dar și a unor influențe ce țin de organismul mamă. Concomitent cu expansiunea encefalică are loc migrarea, diferențierea și maturarea celulelor neurale aparținând diferitelor familii neurosecretoare.

La om, celulele serotonino-secretoare apar prin diferențierea lor din neuroblaști în primul trimestru de sarcină. În aceeași perioadă, se realizează multiplicarea și migrarea lor. Procesul de maturare a neuronilor serotoninosecretori se realizează, în special, pe durata primului trimestru al sarcinii, dar, într-un ritm lent, se continuă și după naștere, maturare constatată inclusiv la creierul matur al adultului. Studiile efectuate au arătat că neuroblaștii din jurul porțiunii mezencefalice a canalului neural al embrionului uman se divid într-un ritm accelerat și se diferențiază în neuroni serotoninosecretori începând cu ziua a 14-a. Concomitent cu diferențierea și migrarea lor, neuronii serotoninosecretori din creierul embrionului uman suferă un proces de elongație prin care sunt generate, mai întâi, prelungirile axonale și mai apoi cele dentritice (3).

Conform ipotezei lui Rakic P. (Rakic P. și colab. 1972) prelungirile axonale ale neuronilor serotoninosecretori, dopaminosecretori și noradrenalinosecretori din zona brainstem-ului își fac apariția printre neuronii celor 6 straturi ale cortexul cerebral începând abia cu ziua a 45-a a vieții intrauterine. Cu alte cuvinte, axonii neuronilor serotoninosecretori ajung în contact cu neuronii corticali după cca 30 de zile de la nașterea lor în zona mezencefalică și sunt ajunși din urmă de axonii neuronilor dopamino- și noradrenalino-secretori. Acțiunea de interceptare a neuronilor cortexului cerebral este aproape încheiată după 100 de zile de la concepția propriu-zisă, însă, în straturile I și II ale cortexului, într-un ritm extrem de lent, ea se continuă până la naștere.

Prelungirile axonale sunt deosebit de bogat ramificate (sprouting) în toată masa cerebrală primordială fetală și eliberează foarte de timpuriu serotonina. De remarcat este faptul că, odată ajunse în masa neuroblastică și glială primitivă (nediferențiată) de la nivelul telencefalului, prelungirile axonilor neuronilor serotonino-secretori, contrar așteptărilor, nu iau aspectul „butonat“ specific sinapselor. Așadar, primele prelungiri axonale provenite din neuronii serotoninosecretori nu realizează sinapse! Primele prelungiri axonale serotoninice care apar în masa cerebrală primitivă au rolul esențial în „inundarea“ cu serotonină a neuroblaștilor, în vederea declanșării diferențierilor celorlalte linii secretorii neuronale. Absența butonilor sinaptici de la nivelul fibrelor axonale serotoninice în fazele timpurii embrionare demonstrează că, cel puțin inițial, serotonina este deversată direct în spațiul dintre neuroblaști și fibre. Numeroase studii au dovedit că, în stadiile embrionare, serotonina, alături de alți factori, îndeplinește un rol indispensabil în diferențierea, migrarea și maturarea tuturor celorlalte populații neuronale. Prelungirile dendritice ale neuronilor serotonino-secretori apar mai târziu și se îmbogățesc repede cu spini dendritici.

Recent s-a constatat că receptorii de tip 5-HT1A, situați pe neuronii aparținând liniilor neuronale non-serotonino-secretoare (dopaminosecretori, noradrenalinosecretori, glutamatsecretori, GABA-secretori ș.a.), sunt direct implicați în dezvoltarea neuronilor serotonino-secretori. Receptorii 5-HT1A de pe neuronii non-serotoninosecretori atrag, asemeni unui „magnet“, conurile de creștere aparținând neuronilor serotoninosecretori, facilitându-le și dirijându-le migrarea dinspre zona mezencefalică spre cea telencefalică și medulară. Recent, s-a dovedit că receptorii 5-HT1A intervin și în modularea plasticității neuronale. În plus, receptorii 5-HT1A produc și o creștere a activității acetil-cholintransferazei în neuronii colinergici primordiali de la nivel septal. De asemenea, receptorii 5-HT1A de pe celulele neurale non-serotonino-secretoare ale embrionului stimulează sinteza de sinaptofizină în varicozitățile neuronilor hipocampici. Sinaptofizina este o glicoproteină care intervine în transmisia sinaptică și este prezentă în membrana tuturor neuronilor, dar și a unor celule neuroendocrine (4).

Implicarea receptorilor 5-HT1A în dezvoltarea sistemului serotonergic este puternic argumentată de numeroasele experimente, conform cărora îndepărtarea experimentală (farmacologică, imunologică) a receptorilor 5-HT1A de pe membranele neuronilor serotoninoceptivi determină dispariția spinilor de la nivelul dendritelor neuronilor serotonino-secretori. Scăderea experimentală,

farmacologică, a titrului glucocorticoizilor a dus, în doar 24 ore, la scăderea numărului de receptori 5-HT1A și, implicit, a activității neuronilor serotoninceptivi din girusul dințat hipocampic. Administrarea glucocorticoizilor a dus la reparația receptorilor 5-HT1A și restabilirea funcționalității normale într-un interval de numai 24-72 ore. De asemenea, s-a demonstrat că, stimularea receptorilor 5-HT1A din membranele celulelor astrogliale a provocat eliberarea proteinei S-100 beta, unul dintre factorii gliali absolut necesari fenomenului de „înmugurire“ neuronală (sprouting) (4).

Deși plină de întrebări și incertitudini, primii pași în descifrarea embriologiei sistemului serotoninergic au fost deja făcuți. Importanța serotoninei în dezvoltarea armonioasă a creierului este o certitudine. Credem că înțelegerea psihismului normal și patologic al omului trebuie să înceapă cu descifrarea embriologiei, neuroanatomiei și fiziologiei creierului uman, urmate de înțelegerea comportamentelor primitive din lumea animală (etologia) și, mai apoi, abordarea antropologică istorică, biologică și social-culturală a individului uman. Din păcate nu putem prevedea încă în totalitate în ce măsură anomaliile embriologice ale liniei serotoninergice cerebrale pot afecta unul sau altul din compartimentele psihismului. Intervenția anomaliilor sistemului serotoninergic a fost dovedită în unele procese afective și cognitive. Descoperirile sunt, însă, puține și multe dintre ele presărate de inadvertențe și chiar contradicții neurofiziologice. Și aceasta pentru că toate aceste descoperiri reprezintă doar câteva dintre piesele acestui imens „puzzle“ al psihicului uman.

BIBLIOGRAFIE:

1. Chubakov AR, Gromova EA, Kononov GV, Sarkisova EF, Chumasov EI (1986) *The effects of serotonin on the morpho-functional development of rat cerebral neocortex in tissue culture*, Brain Res 369:285-297.
2. Aitken AR, Törk I (1988) *Early development of serotonin-containing neurons and pathways as seen in wholemount preparations of the fetal rat brain*, J Comp Neurol 274:32-47.
3. Götz M, Bolz J (1994) *Differentiation of transmitter phenotypes in rat cerebral cortex*, Eur J Neurosci 6:18-32.
4. Hellendall RP, Schambra U, Liu J, Breese GR, Millhorn DE, Lauder JM (1992) *Detection of serotonin receptor transcripts in the developing nervous system*, J Chem Neuroanat 5:299-310.

V. SIMIONESCU – medic primar psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași
Olga SIMIONESCU – medic primar explorări funcționale, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași
R.C. LUCA, Angela MIHALACHE, Adriana ANCUȚEI,
Mihaela Daniela SCUTELNICU, C. ADAM

RELAȚIA DINTRE CULORILE PLANTELOR ȘI NUANȚELE AFECTIVE CE LE PROVOACĂ

Călin SCRIPCARU, Violeta DELINSCHI

Motto:

*„Culorile dau spiritului o dispoziție sau alta,
după cum calitatea cerului dă fiecărei zile destinul ei.”*

Andrei Pleșu

Abstract:

RELATIONSHIP BETWEEN THE COLOUR OF PLANTS AND THEIR EMERGING AFFECTIVE NUANCES

The study of nature, in terms of aesthetic and vitalising elements aiming at active using of landscapes intended to restoring and improving human health and longevity, stands for one of the major concerns of our contemporary time.

Hospital gardens might be used for complex therapeutic treatment and be turned into displays intended to active using of landscaped factors (tree and bush plantations, herbal species).

Awareness of the importance that a healthy and beautiful landscape with properly selected and colourful decorative plants has on our lives made us put forward a number of 99 taxons that could increase the aesthetic value of the green spots surrounding the medical facilities (in our case, the Socola Hospital).

The suggested species might – through their colour, shape, delicate fragrance and rustling leaves – generate different psycho-emotional feelings.

Cromatică naturii înconjurătoare, a vestimentației, a spațiilor în care trăim și muncim ne influențează dispoziția și comportamentul (1).

Încă din timpuri străvechi, oamenii au căutat culorile pentru a aduce echilibru în viața lor, pentru a vindeca bolile, a stimula mentalul și a crește forța vitală (2, 3, 4).

Se știe că anumite stări psihice sunt induse de impresiile pe care mediul înconjurător le emite către ochiul uman. Prin concentrarea culorilor și nuanțelor corespunzătoare scopului urmărit, se pot obține anumite efecte psihice profunde, în urma analizei mediului natural; acestea predispun ființa umană spre calm, reverie, vivacitate, tonifiere, bună dispoziție (2, 4, 5, 6).

Coloristica mediului ambiant în care trăim este, în mare parte, răspunzătoare, prin efectele conștiente sau inconștiente pe care le exercită asupra psihicului, de tonusul și starea noastră interioară, de gradul nostru de echilibru și deconectare nervoasă sau de anxietate și iritabilitate.

Plantele sunt componente esențiale ale ambianței naturale; acestea alcătuiesc materialul viu, verde, de o infinită diversitate, care îmbracă solul și se asociază cu apele, rocile sau construcțiile. Vegetația, prin multiplele aspecte: armonia culorilor și formelor, parfumurile delicate, foșnetul frunzișului, declanșează stări psiho-emoționale variate.

Din cercetările specialiștilor în domeniu, efectuate în timp, a reieșit că un mediu înconjurător monoton și rece din punct de vedere coloristic, produce o creștere a tensiunii nervoase, o stare de iritare sau de depresie și inactivism, iar utilizarea calculată a culorilor tonifică și dinamizează viața de zi cu zi (2, 4, 7).

Culorile plantelor rareori pot fi analizate separat (din experiența proprie); acestea, în majoritatea cazurilor, sunt asociate cu formele. Acestea, la rândul lor, trebuie armonizate cu starea și firea oamenilor, iar aici ar trebui să ținem cont de cazurile normale, dar și de cele patologice, întrucât, pot influența percepția, atenția, gradul de concentrare, memorarea, dezvoltarea imaginației, pot facilita deconectarea nervoasă sau pot crește iritabilitatea, excitabilitatea, până la oboseală accentuată.

Bazându-ne pe aceste considerente, în lucrarea de față, propunem pentru amenajarea spațiilor verzi de pe lângă instituțiile sanitare și curative (cazul nostru – Spitalul „Socola“) utilizarea plantelor decorative (frunze, flori, fructe) la care (în primă etapă) culoarea creează o stare de confort fizic și psihic, atât pentru omul bolnav, cât și pentru cel sănătos (3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

Spitalul „Socola“ dispune de un spațiu generos, care poate fi amenajat cu zone pentru plimbare și odihnă și, după caz, terenuri pentru recuperare fizică, umbrare și chioșcuri. Inițiativa noastră se înscrie perfect politicii de peisaj, a **Convenției europene referitoare la peisaj**, semnată la Florența în octombrie 2000 (2). Un aspect important al politicii de peisaj este sensibilizarea societății civile, a organizațiilor private și a autorităților publice, în ceea ce privește valoarea peisajului și necesitatea protejării lui.

Un mijloc important în realizarea și menținerea echilibrului ecologic, al ambianței omului, este integrarea naturii în orașe, a orașelor în peisajul natural. Și pentru că se prevede o normă de 70 mp/bolnav pentru spitalele urbane și de 150 mp/bolnav pentru instituțiile curative din afara centrelor populate, Spitalul „Socola“ ia inițiativa organizării unei „oaze de verdeață“ în jurul construcțiilor componente; un adevărat „plămân vegetal“.

Plantațiile, prin speciile alese de noi, vor fi menite să separe aceste amenajări de sursele de stres (alei carosabile, străzi adiacente, parcaje interioare, vecinătăți inestetice), să ofere protecție împotriva curenților de aer, să atenueze zgomotul, să asigure zone diferențiate ca grad de însorire.

Alegerea speciilor s-a făcut după următoarele criterii:

- culoarea frunzelor, a florilor și foarte rar a fructelor;
- să fie ușor de cultivat și întreținut;
- să aibă un maxim de efect decorativ;
- să fie ușor de procurat sau de produs pe terenul propriu;
- să nu fie toxice;
- să dea o notă originală spitalului prin gruparea speciilor comune, cunoscute, cu altele mai rare, întâlnite doar în grădinile botanice (13, 15, 16, 17, 18, 19).

Speciile propuse sunt așezate sub formă de tabel (Tab. I) în care sunt trecute: denumirea speciei, forma biologică, originea sau răspândirea, culoarea, limbajul și efectul produs și modul de aranjare al speciilor.

Concluzii:

1. Culorile plantelor atrag privirea prin îmbinările și asocierile lor; ele înviorează și înfrumusețează anumite zone ale peisajului, cum la fel de bine, utilizate necorespunzător, pot deveni obositoare sau pot face peisajul inestetic;

2. Speciile propuse trebuie așezate în corelație unele cu altele, dar și cu celelalte elemente ale cadrului învecinat;

3. Au fost evitate speciile decorative toxice și s-au introdus multe specii (mai puțin cunoscute) care fac parte din colecțiile grădinilor botanice (arborele de mătase, arțarul japonez, alunul cu frunza mare, arborele de lea, arborele lui Iuda, salcâmul japonez, liliacul transilvănean, arborele pagodelor, arborele de hârtie etc.);

4. Gruparea speciilor într-un tabel, cu specificarea originii, a formei biologice, precum și a modului de amplasare pe teren, ușurează mult munca unui nespecialist în realizarea unor grădini originale (după colorit sau origine); grădina japoneză va aduce un plus de originalitate;

5. Semnificația culorilor în majoritatea cazurilor, este legată și de habitusul (forma plantelor sau organelor) sau de schimbarea lor sezonieră.

Denumirea speciei	Forma biologică	Originea sau răspândirea	Culoare	Limbaajul și efectul produs	Modul de aranjare
<i>Amaranthus caudatus</i> L. (Moșul curcanului)	anuală	India, Sudul Americii	roșu – grenă – flori	vie, dinamică, tonică, îndeamnă la voință	pete de culoare
<i>Celosia argentea</i> L. var. <i>cristata</i> (L.) O. Kuntze (creasta cocoșului)	anuală	–	roșu, roz, galben, violet – flori	în raport cu coloritul	pete de culoare
<i>Godetia grandiflora</i> Lindl. (azalee de grădină)	anuală	California	roșu – flori	caldă, vie, explozivă, dă forță și voință	exterior – pete de culoare; în balcoane, terase înflorite, pentru aranjamente florale
<i>Impatiens balsamina</i> L. (sălcioară)	anuală	India, China	roșu, lila, roz, alb – flori	în raport cu coloritul întrebuițat	pete de culoare; pentru balcoane și terase înflorite
<i>Petunia – Hybriden</i> (petunie)	anuală	–	roșu, roz, alb, violet – flori	în raport cu coloritul întrebuițat	exterior – pete de culoare; pentru balcoane, terase, jardiniere
<i>Salvia splendens</i> Sello ex Roem. et Schult. (salvie)	perenă	Brazilia	roșu – flori	caldă, dinamică, îndeamnă la acțiune, stârșește și încurajează; dă forță și voință	exterior – pete de culoare
<i>Tropaeolum majus</i> L. (conduraș)	anuală	Peru	roșu, galben oranj – flori	căldură, intimitate, voință, optimism, scăderea emoțiilor; hrănește psihicul	exterior – pete de culoare; balcoane și terase înflorite, jardiniere
<i>Zinnia elegans</i> Jacq. (cârciumărese)	anuală	Mexic	roșu, roz – flori	dinamic, satisfacție; dă forță, optimism, trezește, excită	exterior – pete de culoare
<i>Paeonia officinalis</i> L. (bujori)	perenă	Europa	roșu, alb, roz – flori	în raport cu coloritul întrebuițat	exterior – pete de culoare
<i>Tulipa</i> sp. (lalele)	perenă	Asia	roșu, roz, alb – flori	căldură, stimulează sau aduce echilibru	exterior – pete de culoare
<i>Coleus – Blumei – Hybriden</i> (urzicuță) (<i>C. blumei</i> Benth.)	perenă	–	roșu – frunze	alertează, reține, îndeamnă la vigilență și limită	exterior – pete de culoare; pentru balcoane și terase înflorite
<i>Cotoneaster horizontalis</i> Deene. (bârcoace)	arbust	China occidentală	roșu – fructe alb – flori	excită, stimulează și dă energie prin fructe, iar prin flori echilibrează și reține	exterior – mascarea denivelărilor; pentru stâncării
<i>Pelargonium grandiflorum</i> Willd. (mușcată mare)	arbust	Sudul Africii	roșu, alb, roz, lila	în raport cu coloritul întrebuițat	pentru balcoane, terase, jardiniere sau cultură la ghiveci

<i>Pelargonum peltatum</i> (L.) L'Herit. ex Ait. (mușcată)	arbust	Sutul Africii	roșu, alb, roz, lila	în raport cu coloritul întrebuintat	pentru balcoane, terase, jardiniere sau cultură la ghiveci
<i>Acer rubrum</i> L. (paltin roșu)	arbore	Estul Americii de Nord	roșu – flori și fructe	ca o văpaie, primăvara; neliniște, alertează, stârnește, îndeamnă la acțiune	izolat sau pentru aliniament
<i>Magnolia x soulangeana</i> Soul.-Bod. 'Lennei' (magnolie)	arbore	–	la exterior roze-purpuri, la interior albe – flori	dă optimism și veselie; stimulează dorința de a trăi și a te bucura de viață (înflorește primăvara devreme)	izolat sau în grupuri bine delimitate
<i>Malus sieversii</i> (Ledeb.) M. J. Roem.	arbore	Asia Centrală	roșii – flori, fructe, frunze și ramuri	dă tonus, energie; trezește, excită, stârnește și încurajează	îl recomandăm izolat sau în grupuri cu număr mic de exemplare, altfel irită
<i>Malus floribunda</i> Sieb. ex Van Houtte	arbore sau arbust	Japonia	florile sunt: roșii în boboc, roze la începutul înfloririi, apoi albe	animă și armonizează, dau veselie, optimism și delicatețe	izolat sau în grupuri mici; altfel irită, deranjează privirea
<i>Choenomeles japonica</i> (Thunb.) Lindl. ex Spach (gutui japonez)	arbust	Japonia	roșii-cărmizii – flori	îndeamnă la vigilență și la reținere (culoarea se corelează cu forma)	izolat sau în grupuri mici
<i>Choenomeles speciosa</i> (Sweet) Nakai	arbust	China, Japonia	roșii-stacojii – flori	însuflește, provoacă	izolat sau în grupuri mici
<i>Hibiscus syriacus</i> L. 'Duc de Brabant'	arbust	–	roșu închis – flori	alertează și semnifică interdicția	izolat, în grupuri mici sau pentru garduri vii
<i>Rosa</i> sp. (trandafir)	arbust	–	roșu, alb, galben, roz, mov – flori	în funcție de culoare	izolat sau în grupuri
<i>Spiraea Bumalda</i> – Hybriden	arbust	–	roz închis sau alb – flori	transmite optimism și veselie	izolat sau în grupuri mici
<i>Acer platanoides</i> L. 'Rubrum' (paltin de câmp)	arbore	–	roșu închis (toamna) – frunze	îndeamnă la limită, vigilență și neliniște	izolat sau în grupuri mici, bine delimitate
<i>Acer palmatum</i> Thunb. ex Murr. 'Atropurpureum' (artar japonez)	arbore	–	roșu-purpuriu – frunze	alertează și reține	izolat
<i>Prunus cerasifera</i> Ehr. 'Pissardi'	arbore	–	roșii – frunze, flori și fructe	alertează, reține și dă energie	izolat; în grupuri irită
<i>Berberis vulgaris</i> L. 'Atropurpurea' (dracilă)	arbust	–	intens purpurii – frunze	trezește, excită, stimulează creierul	grupuri mici către periferia grădinii
<i>Berberis thunbergii</i> DC. 'Atropurpurea' (dracilă)	arbust	–	roșu – frunze	stimulează, îndeamnă la limită în acțiune	grupuri mici, bine delimitate, la exteriorul grădinilor

<i>Corylus maxima</i> Mill. 'Purpurea' (alun cu frunza mare)	arbust sau arbore	–	–	purpuriu-închis – frunze	stimulează sentimentele, dă energie și putere	izolat
<i>Cotinus coggygia</i> Scop. 'Rubrifolius' (arboarele de fum)	arbust	–	–	purpuriu – frunze	stimulează, excită	izolat sau în grupuri mici
<i>Acer tataricum</i> L. (arțar tătarăse)	arbust sau arbore	Europa de sud-est, Vestul Asiei	roșii-purpuriu – fructe și frunze galbene (toamna)	roșii-purpuriu – fructe și frunze galbene (toamna)	stimulează și echilibrează în același timp	izolat sau în aliniamente
<i>Magnolia kobus</i> DC. (magnolie)	arbore	Japonia	roșu – fructe, alb – flori	roșu – fructe, alb – flori	trezește, excită, stimulează	izolat sau în grupuri mici
<i>Sorbus aucuparia</i> L. (scorș de munte)	arbore	Europa, Asia Mică, U.R.S.S. de Est	roșu lucitor – fructe	roșu lucitor – fructe	trezește, excită, stimulează	izolat
<i>Cornus mas</i> L. (corn)	arbust sau arbore	Europa Centrală și de Est, Asia de Vest	roșu – fructe	roșu – fructe	stimulează, trezește	izolat
<i>Pyracantha</i> sp.	arbust	Europa de Sud-Est până în Himalaia și China Centrală	roșu, galben oranj – fructe	roșu, galben oranj – fructe	în funcție de culoare, stimulează echilibrează sau scade emoțiile	izolat sau în grupuri
<i>Rhus typhina</i> L. (oțetar)	arbust sau arbore	S.U.A. de Est	roșu – fructe	roșu – fructe	excită, trezește, stimulează dar dă și echilibru, funcție de aranjare	izolat sau în grupuri bine alese
<i>Sambucus racemosa</i> L. (soc roșu)	arbust	Europa, Asia de Vest	roșu – fructe	roșu – fructe	stimulează, dă energie și tonifică	izolat
<i>Viburnum opulus</i> L. (călin)	arbust	Europa, Africa de Nord, Asia de Nord	roșu – fructe	roșu – fructe	dă energie țesutului nervos, stimulează și dă căldură	izolat sau în mici grupuri
<i>Calendula officinalis</i> L. (gâlbenele, flimică)	anuală	regiunea mediteraneană, Sudul Europei	galben, portocaliu – flori	galben, portocaliu – flori	căldură, satisfacție, spontaneitate, stimulează procesele nervoase, elimină teama	exterior – pete de culoare; pentru terase și balcoane
<i>Cosmos bipinnatus</i> Cav. (fluturas)	anuală	Mexic și Brazilia	galben-oranj- portocaliu – flori	galben-oranj- portocaliu – flori	scade emoțiile, echilibrează și liniștește	exterior – pete de culoare; pentru terase și balcoane
<i>Portulaca grandiflora</i> Hook. (floarea de piatră)	anuală	Argentina, Brazilia, Chile	galben, crem, oranj – flori	galben, crem, oranj – flori	optimism, stimulează procesele nervoase, scade emoțiile; utile în cromoterapia fobiilor nervoase și obsesii	exterior – pete de culoare; pentru terase și stâncării
<i>Tagetes erecta</i> L. (crăiță)	anuală	Mexic	galben-oranj – flori	galben-oranj – flori	echilibrează, disciplinează și liniștește mintea, scade emoțiile, eficient în oboseala psihică și apatie	exterior – pete de culoare; pentru terase și balcoane
<i>Chrysanthemum indicum</i> L. (tuftănică)	perenă	Japonia, China	galben- portocaliu – flori	galben- portocaliu – flori	stimulează sociabilitatea și deschiderea către ceilalți, ridică moralul și înveselește	exterior – pete de culoare; pentru balcoane, terase mari și la ghivece

<i>Hemerocallis fulva</i> (L.) L. (crin galben)	perenă	Europa, Japonia, China, Nordul Americii	galben-oranj – flori	stimulează sentimentele, dă veselie și senzația de bunăstare; este componentă a cadrului relaxant, odihnitor	exterior – pete de culoare
<i>Rudbeckia hirta</i> L. (ruji galbene)	anuală	America	galben-oranj – flori	stimulează, indică apropierea și socializarea; susține senzația de apropiere și impresia de intimitate	exterior – pete de culoare (singură sau în asociere cu alte specii)
<i>Santolina chamaecyparissus</i> L. (lemnul Maicii Domnului)	perenă	regiunea mediteraneană	galben – flori	stimulează și dezvoltă imaginația	exterior – pete de culoare, stâncării, terase mari
<i>Lonicera japonica</i> Thunb. (caprifoi)	liană	Japonia	galben – flori	spontaneitate, învioreare, veselie, sporește capacitatea de mobilizare	exterior – formă dirijată
<i>Acer platanoides</i> L. (paltin de câmp)	arbore	Europa, Caucaz	galben-verzui – flori	activează mentalul, ridică moralul și dă veselie; tonifică și deconectează nervos	izolat sau în grupuri
<i>Koeleruteria paniculata</i> Laxm.	arbore	Japonia, Coreea, China	galben – flori	echilibrează, disciplinează și limiștește mintea; scade emoțiile	izolat, în grupuri sau alinaamente
<i>Liriodendron tulipifera</i> L. (arboarele de lălea)	arbore	America de Nord	galben – flori	stimulează psihicul, elimină teama, apatia și ridică moralul. Se ține cont de formă și culoare	izolat sau în grupuri
<i>Colutea arborescens</i> L. (bășicoasă)	arbust	Europa de Sud, Africa de Nord	galbene cu pete roz – flori	dă veselie și optimism prin formă și culoare, creează senzația de apropiere în spațiu și stimulează dorința de a trăi și a te bucura de viață	izolat sau grupuri mici
<i>Elaeagnus angustifolia</i> L. (sălcioară, salcie mirositoare)	arbust sau arbore	Europa de Sud, Asia Centrală și de Vest	galben – flori; argintiu – frunze	echilibrează și limiștește; disciplinează mintea iar prin dirijare, specia poate fi eficientă în oboseala psihică	izolat sau în grupuri
<i>Forsythia suspensa</i> (Thunb.) Vahl.	arbust	China	galben-auriu – floare	crează senzația de căldură, de apropiere în spațiu, de intimitate; obositor în grupuri mari	izolat sau în grupuri mici
<i>Forsythia x intermedia</i> Zab.	arbust	–	galben – flori	activează mentalul, scade emoțiile și disciplinează	izolat sau în grupuri mici
<i>Kerria japonica</i> (L.) DC.	arbust	China	galben – flori	stimulează și înveselește	grupuri sau masive

<i>Spartium junceum</i> L.	arbust	Reg. mediteraneană, Asia Mică, Caucaz, Crimeea	galben – flori	stimulează starea de vigilență și predispoziția la comunicare; creează senzația de apropiere și căldură	grupuri sau masive
<i>Nicotiana glauca</i> Link. et Otto (regina nopții)	anuală	Brazilia, Uruguay, Paraguay, Argentina și Centrul Europei	alb – flori	animă, armonizează, dă veselie amestecurilor florale	exterior – pete de culoare
<i>Ocimum basilicum</i> L. (busuioc)	anuală	Asia, Africa tropicală	alb – flori	rece, simbolizează curățenia, puritatea	exterior, cultură la ghivece; pentru balcoane și terase înflorite
<i>Anemone sylvestris</i> L. (oițe)	perenă	Europa centrală, Siberia, Kaukaz	alb – flori	dă senzația de rece și amplifică efectul culorilor prin contrast	exterior – pete de culoare
<i>Convallaria majalis</i> L. (lăcrămioare)	perenă	Europa, Asia, America	alb – flori	rece, exprimă liniștea absolută, veselia juvenilă	exterior – pete de culoare
<i>Hosta plantaginea</i> (Lam.) Aschers. (crin de toamnă)	perenă	Japonia, China	alb – flori	dă senzația de rece, exprimă puritatea, veselia	exterior – pete de culoare
<i>Hyssopus officinalis</i> L. (isop)	perenă	Regiunea mediteraneană	alb, albastru – flori	calmează, liniștește și asigură concentrarea interioară	exterior – pete de culoare, stâncării
<i>Pelargonium odoratissimum</i> (L.) L'Herit.)	perenă	Africa de Sud	alb	indică o pluralitate de sensuri care converg în puritate	balcoane și terase înflorite, jardiniere pentru ferestre, cultura la ghivece
<i>Aesculus hippocastanum</i> L. (castan porcesc)	arbore	Balcani, Bulgaria, Centrul Europei	alb cu roșu – flori	simbolizează virilitatea, puritatea; trezește și stimulează	izolat sau în aliniament
<i>Catalpa bignonioides</i> Walt. (catalpă)	arbore	Estul Americii de Nord	alb cu pete purpuri - brune – flori	simbolizează liniștea care duce la achilibrul	izolat sau aliniament
<i>Prunus mahaleb</i> L. (vișin turcesc)	arbore	Europa de Sud	alb – flori	pluralitate de sensuri funcție de habitus	izolat
<i>Sophora japonica</i> L. 'Pendula' (salcâm japonez, soforă)	arbore	China, Coreea	alb sau alb-verzui – flori	diminuează stresul, destinde, relaxează	izolat sau aliniament
<i>Deutzia scabra</i> Thunb.	arbust	Japonia, China	alb sau roz – flori	veselie, optimism, puritate; poate fi dirijată prin tundere și astfel stimulează	izolat sau grupuri mici
<i>Exochorda racemosa</i> (Lindl.) Rehd.	arbust	China de Est	alb – flori	liniște, puritate, echilibru	izolat sau grupuri mici
<i>Philadelphus coronarius</i> L. (iasomie, lămâiță)	arbust	Europa de Sud	alb-gălbui – flori	scade emoțiile, disciplinează; eficientă în oboseala psihică	izolat sau grupuri mici
<i>Syringa vulgaris</i> L. 'Alba' (liliiac)	arbust sau arbore	Europa de Sud-Est	albe – flori	veselie, optimism, puritate	izolat sau în grup

<i>Viburnum opulus</i> L. (călin)	arbust	Europa, Africa de Nord, Asia de Nord	albe – flori	trezește, dă veselie și echilibru (prin habitus)	izolat sau în grup în locuri protejate de vânt și îngheț
<i>Aesculus x carnea</i> Hayne	arbust	–	roz sau roșu-carnou – flori	optimism, veselie și crește dorința de a trăi	izolat sau aliniament
<i>Albizia julibrissin</i> Durazz. (arbolele de mătase)	arbore	Iran, China, Japonia, Statele Unite ale Americii	roz – flori	delicatețe, protecție, grijă mare (funcție și de habitus)	izolat sau în grup
<i>Magnolia x soulangiana</i> Soul.- Bod.	arbore	–	roz – flori roșu – fructe	stârnește, încurajează, îndeamnă la acțiune, s timulează dorința de viață	izolat sau în grupuri mici
<i>Robinia hispida</i> L.	arbust	Statele Unite ale Americii de Nord-Est	roz – flori	tonic, stârnește	izolat
<i>Cercis siliquastrum</i> L. (arbolele lui Iuda)	arbore	Europa de Sud, Asia de Vest	roze-purpuri – flori	stimulează buna dispoziție	izolat, în grupuri sau aliniamente, alături de alte specii
<i>Tamarix tetrandra</i> Pall.	arbust	Europa de Sud, Asia de Sud-Vest	roze-violete, mai rar albe – flori	stimulează buna dispoziție și dorința de viață sau poate aduce liniște	izolat sau în grup
<i>Iris germanica</i> L. (stânjenel)	perenă	Europa	bleu – flori	rece, odihnitoare, aduce liniște interioară, elimină teama și nervarea	grupuri mari
<i>Lavandula angustifolia</i> Mill. (levănțică)	arbust	Regiunea mediteraneană	bleu – flori; alb-tomentoase – frunze	odihnitoare, calmantă, înlătură agitația psihică	pete de culoare sau pentru stâncării
<i>Vinca minor</i> L.	arbust	Europa, Asia de Vest	albăstrui-liliachii – flori	calmează, eliberează de emoții, scade tensiunea, dă profunzime	pete de culoare
<i>Paulownia tomentosa</i> (Thumb.) Steud.	arbore	China	albastru-violet – flori verde – frunze	culoarea calmează; forma inflorescențelor ca și culoarea frunzelor, tonifică, stimulează	izolat sau în aliniamente
<i>Buddleja alternifolia</i> Maxim. “Buddlea”	arbust	China de Nord Vest	purpuri-liliachii – flori; verde – frunze	prin habitus și culori, predispune la calm și reverie; asigură concentrarea	izolat sau grupuri bine delimitate
<i>Buddleja davidii</i> Franch. “Buddlea”	arbust	China	albastre – flori verde – frunze	calmează, liniștește, asigură liniștea interioară	izolat sau grupuri bine delimitate
<i>Syringa josikaea</i> Jacq. (lilicac transilvănean)	arbust	China de Vest	violete-liliachii – flori	elimină stările de teamă, de enervare; înlătură agitația psih-emoțională (prin habitus, parfum, culoare)	izolat
<i>Wisteria sinensis</i> (Sims.) Sweet. (glicină)	liană	Statele Unite ale Americii de Est	liliachii-purpuri – flori	prin dirijare poate ajuta la eliminarea gândurilor obsedante, calmează, liniștește	izolat sau în grupuri cu exemplare dirijate
<i>Vitex agnus-castus</i> L.	arbust	Europa de Sud, Asia de Vest	liliachii sau palid- violete – flori	calmează și elimină teama	izolat

<i>Broussonetia papyrifera</i> (L.) Vent. (arboarele de hârtie)	arbore	China, Japonia	verde – frunze	diminuează stresul și tonifică	izolat sau în alimiament
<i>Buxus sempervirens</i> L. (cimișir)	arbust sau arbore	Europa de Vest și Sud, Algeria, Asia Mică	verde – frunze	calmează frica, angoasa, scade tensiunea în orice anotimp; poate stimula fantezia (funcție de habitus)	izolat sau în grupuri, pentru garduri vii
<i>Calycanthus fertilis</i> Walt.	arbust	Statele Unite ale Americii de Sud-Est	verde – frunze; verzi-purpuri la brun-roșcate – flori	stimulează fantezia, dau tonus și îndeamnă la acțiune	izolat sau în grupuri mici
<i>Calycanthus floridus</i> L.	arbust	Statele Unite ale Americii de Sud Est	verde – frunze; roșii-brune – flori	stimulează fantezia și pofta de mâncare (scoarța înlocuiește scorțișoara), dă energie	izolat sau grupuri mici
<i>Abies concolor</i> (Gord. et Glend.) Lindl. ex Hildebr. (brad argintiu)	arbore	Vestul Americii de Nord	argintiu-albăstrui sau verde-argintiu – frunze	calmează, eliberează de emoții, scade tensiunea	izolat sau grupuri mici
<i>Elaeagnus angustifolia</i> L. (sălcioară)	arbore	Europa de Sud, Asia Centrală și de Vest	argintiu – frunze	destinde și relaxează	izolat sau grupuri mici
<i>Hippophae rhamnoides</i> L. (cătăină albă)	arbust	Europa până în Munții Altai, China de Nord și Himalaia de Nord Vest	argintiu – frunze; portocaliu – fructe	dă siguranță, liniște și senzația de bunăstare (fructe)	izolat
<i>Pyrus elaeagrifolia</i> Pall.	arbore	Europa de Sud-Est, Asia Mică	argintiu – frunze albe – flori	disciplinează și liniștește	izolat
<i>Ginkgo biloba</i> L. (ginkgo, arborele pagodelor)	arbore	Extremul Orient	verde deschis (primăvara) și galben (toamna) – frunze	diminuează stresul și asigură deconectarea nervoasă, stimulează fantezia, topește neliniștile	izolat, grupuri sau alimiament
<i>Cercidiphyllum japonicum</i> Sieb. et Zucc. ex J. Hoffm. et Schult. (arboarele de prăjitură)	arbore	Japonia, China	frunze: roșu-purpuriu (primăvara); verde-albăstrui (vara), galben-lucitor (toamna)	în funcție de culoare; toamna, sub arbore miroase a prăjitură coaptă	foarte rar întâlnit, n-ar trebui să lipsească din parcuri, fie izolat, în grupuri sau alimiamente; izolat, în grup sau alimiament
<i>Maclura pomifera</i> (Raf.) Schneid. (maclură)	arbore	Estul Americii de Nord	verde – frunze și fructe	destinde și relaxează corpul și gândurile (prin culoare și habitus)	izolat

BIBLIOGRAFIE:

1. Florescu, Adriana, 1999, *Arhitectura peisajului*, Ed. Divya, Cluj-Napoca
2. Iliescu, Ana-Felicia, 2003, *Arhitectura peisageră*, Ed. Ceres, București
3. Sonea, V., Palade, L., 1969, *Arboricultură ornamentală și arhitectură peisageră*, Ed. Didactică și Pedagogică, București
4. Cacovschi, Carmazinu, V., 1978, *Peisajul estetic vitalizant*, Ed. Științifică și Enciclopedică, București
5. Lungu, N., 2003, *Psihologie experimentală*, Universitatea Spiru Haret, Ed. Fundației România de Măine, București
6. Dumitrașcu, N., 2004, *Tehnicile proiective în evaluarea personalității*, Ed. Trei, București
7. Lüscher, Max, 1997, *Culorile iubirii: a fi îndrăgostit și dragoste adevărată*, traducere de Murărașu Dan, Edit. Moldova, Iași
8. Constantinescu, Viorica S., 1992, *Arta grădinii*, Ed. Meridiane, București
9. Ciocârlan, V., 2000, *Flora ilustrată a României, Pteridophyta et Spermatophyta*, Ed. Ceres, București
10. Nitsche, Günter, 1991, *The Architecture of the Japanese Garden*, Cologne
11. Ohwi, J., 1965, *Flora of Japan*, Washington DC.: Smithsonian Institution
12. Păun, M., Palade, L., 1976, *Flora spontană sursă de plante pentru spațiile verzi*, Ed. Scrisul Românesc, Craiova
13. Popescu, Gh., Tuță, Steluța, Fulga, Gh., 1982, *Enumerarea plantelor lemnoase exotice și autohtone cultivate în Grădina Botanică din Craiova, Culegere de Studii și Articole de Biologie, Univ. Iași, Grădina Botanică, t. 2, Iași: 129-135*
14. Preda, Milea, 1989, *Dicționar dendrofloricol*, Ed. Științifică și Enciclopedică, București
15. Tănăsescu, Violeta, 2003, *Secția plante utile și Secția plantelor memoriale, Ghid*, Grădina Botanică „Anastase Fătu“ Iași, ediția a IV-a, Ed. Universității „Alexandru Ioan Cuza“, Iași
16. Teodorescu, Georgeta, 1982, *Plante mediteraneene cultivate în secția „Flora Globului“ din cadrul Grădinii Botanice Iași, Culegere de Studii și Articole de Biologie*, Ed. Universității „Al. I. Cuza“ Iași, t. 2, Iași; 75-83
17. Zanoschi, V., Sîrbu, I., Toniuc, Angela, 1996, *Flora lemnoasă spontană și cultivată din România*, t. 1, Iași, Edit. Glasul Bucovinei, Iași
18. Zanoschi, V., Sîrbu, I., Toniuc, Angela, 2000-2004, *Flora lemnoasă spontană și cultivată din România*, t. 2-4, Iași, Edit. Universității „Al. I. Cuza“ Iași
19. Dumitriu-Tătăranu, I., 1960, *Arbori și arbuști forestieri și ornamentali cultivați în R.P.R.*, Ed. Agro-Silvică, București
20. Krüssmann, G., 1985, *Manual of cultivated conifers*, London, Timber Press (English Translation)
21. Leocov, M., Țopa, E., Lupu, I., 1979, *Plante lemnoase introduse în Grădina Botanică din Iași. Culegere de Studii și articole de Biologie, Grădina Botanică, t. 1, Iași*

Călin SCRIPCARU – Profesor medicină legală, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași
Violeta DELINSCHI – Biolog principal, Universitatea „Al.I. Cuza“ Iași, Grădina Botanică, Iași

SINDROMUL DE IRITAȚIE INTESTINALĂ ÎN TULBURĂRILE DEPRESIVE

V. SIMIONESCU, Olga SIMIONESCU, Oana ZAHARIA, Ana CREȚU,
Fl. SOLOMON, Adelina Mihaela MATRAN, Marilena CARABA

Abstract:

The Irritable Bowel Syndrome (IBS) is one of the most frequent commorbidities of the depressions, unfortunately insufficiently known and therefore rarely diagnosed in our country. This is due firstly to underevaluation of the IBS aspects, in the context of psychiatric phenomenology and secondly to psychiatrists' attitude and inclination to „psychologize” any phenomenon related to digestive dysfunctions area and last but not least, we have to honestly accept, due to ignorance of the symptomatology of this syndrome which is encoded in ICD-10 at K58. After a presentation of the incidence of IBS among the depressive in-patients at „Socola” Neuropsychiatric Hospital in Iasi (Romania), the authors review the physiopathologic, diagnostic and therapeutic particularities of this commorbidity.

Keywords: irritable bowel syndrome, serotonin, enterocromaphine cells, 5-HT3, 5-HT4.

Termenul „sindrom de iritație intestinală” (IBS) apare în literatura de specialitate, începând cu anul 1930. El a început să fie utilizat recent și în țara noastră; uneori este întâlnit sub denumirea de „diskinezie intestinală”. Aproximativ 10-15% din populația globului suferă de sindromul iritației intestinale, femeile fiind mai des afectate. La pacienții cu tulburări depresive incidența afecțiunii este de cca 30% și îmbracă o serie de caracteristici particulare, fiind adesea considerată de unii psihiatri ca fiind o comorbiditate a depresiei, alteori depresia dovedindu-se a fi, în fapt, secundară afecțiunii digestive.

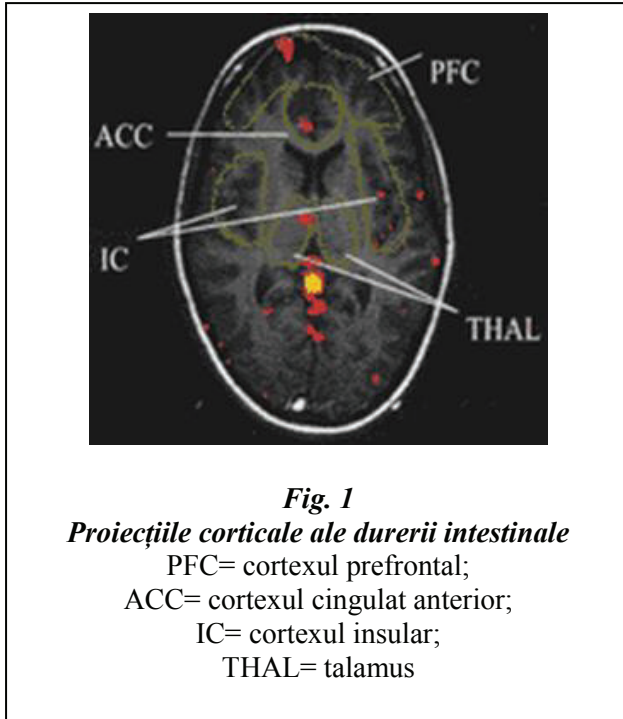
Pe un lot de 239 de bolnavi cu depresii psihice internați în Spitalul de Neuropsihiatrie „Socola” din Iași (România), în intervalul 10.01-09.02.2008, am întâlnit 44 de cazuri cu IBS (19,6%). Femeile au fost mai frecvent interesate (29 cazuri). Depresiile ușoare și medii au asociat IBS doar la 6 cazuri. Jumătate din bolnavii cu depresiile severe asociate cu IBS (28 cazuri) au prezentat ideeații și chiar tentative autolitice anterior internării în spital. La 4 dintre pacienți, „delirul hipocondriac” (diagnosticat cu mulți ani înaintea internării) s-a dovedit a avea un substrat organic real (megadolicolon 1 caz, rectocolită ulcero-hemoragică 1 caz, dolicocolon 2 cazuri). Acest fapt ne-a atras atenția asupra pericolului tendinței de psihologizare accentuată a simptomatologiei și minimalizării suferinței digestive.

Sindromul de iritație intestinală este definit ca fiind caracterizat de prezența durerilor abdominale datorate disconfortului intestinal, simptome ce nu sunt provocate de leziuni mecanice, biochimice sau inflamatorii ale intestinelor. Componenta psihică are un rol important în declanșarea și întreținerea acestei afecțiuni.

Cum este deja cunoscut, asupra activității organelor interne se exercită, în permanență, un dublu control: unul extrinsec, exercitat de sistemele simpatic și parasimpatic, aflate, la rândul lor, sub control cerebral și un altul intrinsec, autonom, reprezentat de plexurile enterice amplasate în chiar submucoasa intestinelor. Organele efectoare sunt reprezentate de musculatura netedă, vasele sanguine, celulele exocrine și endocrine. Cele două sisteme de control ale activităților viscerale realizează circuite în care sunt antrenate mai multe tipuri de neurotransmisie și neuromodulatori:

serotonina (5-HT), norepinefrina (NE), dopamina (DA), acetilcolina (ACh), glutamatul (Glu), substanța P (s-ța P), peptidul vasointestinal (VIP), peptidul în relație cu gena pentru calcitonină (CGRP), neuromodulatori (ex.: factorii neurotrofici).

Datorită acestui dublu control, la nivel intestinal, sunt configurate două arcuri reflexe (1): 1) un „arc reflex scurt“, local, autonom, reprezentat de plexurile submucoase; 2) un „arc reflex lung“, cu sediu spinal și vagal care are ca zone de integrare anumite arii din cortexul cerebral. Celulele enterocromafine (ECC) din mucoasa intestinală sintetizează și stochează serotonina. Un grup de



celule intestinale asemănătoare ECC, numite celule enterocromafine-like (ECL), sintetizează și stochează serotonina, histamina și unele kinine. În condiții fiziologice, eliberarea serotoninei din ECC și ECL se face sub influența stimulilor locali mecanici (distensia intestinală) și chimici (gaze, pH-ul chimului intestinal, peptide, fermenți, săruri ș.a.), dar și a unor stimuli veniți de la distanță (bradikinine, histamină, gastrină, colecistokinină ș.a.). Eliberarea serotoninei din celulele ECC și ECL stimulează terminațiile plexurilor nervoase situate în submucoasa intestinală. Prin neurotransmițătorii și modulatorii pe care îi eliberează, aceste plexuri vor accelera, la rândul lor, secreția de mucus de către celulele exocrine intestinale și, totodată, vor stimula motilitatea intestinală. Concomitent, serotonina stimulează și receptorii 5-HT₃ și 5-HT₄ de pe dendritele neuronilor a căror prelungiri axonale formează nervul vag, informațiile fiind astfel transmise și integrate la nivel cerebral. Studiile RMN au arătat că excitațiile cu punct de plecare

intestinal sunt proiectate în (1) cortexul cingulat anterior (ACC), în cortexul prefrontal (PFC) și cortexul insular (IC) din lobul temporal (Fig. 1). Ganglionul abdominal celiac conține, de asemenea, receptori 5-HT₄ care intervin în realizarea senzațiilor algice. Acestea urmează traiectul fibrelor A-delta și C, făcând sinapsă cu neuronii din cornul dorsal al măduvei spinării (lamina I și II). Axonii acestor neuroni traversează măduva, ajungând de partea opusă a acesteia, urmând apoi un traiect ascendent până în talamus (tractul spino-talamic controlateral). De la nivel talamic, excitațiile dureroase sunt proiectate în zonele corticale specifice. Procesarea și integrarea informațiilor algice la nivel cortical este urmată de elaborarea unor comenzi adresate organelor efectoare de la nivel intestinal. Comenzile au ca scop atenuarea sau îndepărtarea durerii intestinale. Ele urmează căile descendente vegetative deja cunoscute ale simpaticului și parasimpaticului. Însă, înainte de a ajunge la organele efectorii intestinale, aceste comenzi codificate în trenuri de influxuri nervoase descendente traversează nucleii brainstemului (substanța cenușie periaeductală, nucleii rafeului, *locus coeruleus*), făcând sinapse cu neuronii de la aceste nivele. 5-HT și NA sunt neurotransmițătorii utilizați în realizarea sinapselor de la acest nivel. La nivel intestinal, organele efectoare reprezentate de musculatura netedă, glandele mucoase, glandele exocrine și endocrine execută doar parțial comenzile cerebrale și numai după armonizarea lor cu acele comenzi transmise de sistemul autonom al plexurilor submucoase intestinale.

Pentru a se asigura o înaintare unidirecțională a chimului intestinal (excitantul fiziologic), este necesară o coordonare și armonizare perfectă între activitatea musculaturii netede din porțiunea proximală și cea distală a unui anumit segment intestinal. Astfel, în timp ce în porțiunea proximală a acestuia se realizează contracția prin eliberarea de 5-HT, în porțiunea distală a aceluiași segment intestinal se produce relaxarea prin eliberarea de NA. Noradrenalina nu acționează direct asupra musculaturii și celulelor exo-endocrine intestinale ci ea, odată deversată pe neuronii dopamino-

secretori din plexurile submucoasei intestinale frenează activitatea neuronilor dopaminosecretori. În absența dopaminei, neuronii acetilcolinsecretori din plexurile submucoasei intestinale își diminuează corespunzător eliberările de ACh în fanta sinaptică neuro-musculară, fapt ce determină scăderea contracției și a tonusului muscular intestinal (relaxare). Din cele prezentate, se poate concluziona că între sistemele intrinsec și extrinsec de control ale peristalticii intestinale există o permanentă interdependență. Această interdependență este prezentă și între diferitele sisteme de neurotransmisie de la nivel intestinal, precum și între diferitele sisteme de neurotransmisie de la nivel cerebral. Integrarea funcțională a tuturor acestor complexe interdependențe se realizează la nivelul organelor efectoare intestinale: fibra musculară netedă, celulele excretorii (mucus, enzime), celulele endocrine (celulele D, celulele G ș.a.).

Mecanismele fiziopatologice responsabile de apariția sindromului de iritație intestinală nu sunt încă pe deplin elucidate (2). Două ipoteze încearcă astăzi să explice fenomenologia clinică: 1) alterarea motilității gastro-intestinale; 2) creșterea sensibilității intestinale. Indiferent de ipoteza susținută, toți cercetătorii sunt de acord că celulele enterocromafine, enterocromafine-like și mastocitele din pereții intestinelor joacă rolul principal în declanșarea mecanismelor fiziopatologice din această boală.

Creșterea sensibilității intestinale a fost demonstrată la un important număr de pacienți cu IBS. Scăderea pragului sensibilității dureroase intestinale determină exacerbarea percepțiilor algice, chiar în condițiile unei tranzitări fiziologice ale chimului intestinal. La bolnavii depresivi, pragul sensibilității dureroase intestinale este foarte scăzut, astfel încât durerea percepută la nivel cortical determină, fie intensificarea peristalticii, fie blocarea ei. Acest fapt se traduce în plan clinic prin prezența tabloului depresiv, la care se asociază fie diaree (mai rar), fie constipație. Tipul de activitate intestinală (peristaltism exagerat sau relaxare) este dictat, printre altele, și de numărul și starea funcțională de moment (up-reglare, down-reglare) a diferitelor tipuri și subtipuri de receptori intestinali pentru serotonină. Tegaserodul blochează influxurile dureroase aferente, plecate de la nivel intestinal, dovedindu-se un excelent agent terapeutic pentru formele de IBS declanșate de hipersensibilitatea viscerală.

Mecanismul intim al exacerbării dureroase din IBS a fost recent descifrat (2005). Neurocercetătorii au evidențiat rolul hotărâtor pe care îl au receptorii 5-HT₃ și 5-HT₄ de la nivelul laminei I și II din măduva spinării în modularea durerii viscerale. Astfel, stimularea experimentală a receptorilor serotoninici 5-HT₃ și 5-HT₄ de la acest nivel cu ajutorul unor agenți farmacologici a dus la creșterea de *c-fos*. Acesta este un factor de transcripție a genelor, unul dintre indicatorii indirecti ai exacerbării activității neuronale, iar în experimentul de față, martorul indirect al exacerbării semnalelor algice sosite de la nivel intestinal (3).

În afara depresiei psihice, simptomatologia clinică din sindromul de iritație intestinală este dominat de durerea abdominală difuză, balonare, constipație și diaree. În tabelul I, sunt expuse criteriile pentru diagnosticul de IBS (4). În funcție de tabloul clinic dominant al bolii se descriu două forme clinice: IBS-D, în care predomină diareea și IBS-C în care predomină constipația. În timp ce forma clinică IBS-D evoluează cu titruri crescute ale serotoniniei postprandiale, forma IBS-C evoluează cu valori scăzute ale serotoniniei. În funcție de intensitatea simptomelor din IBS, se descriu forme ușoare de boală, forme medii și forme severe.

Simptomele sindromului iritației intestinale din tulburările depresive sunt cu mult mai grave, mai persistente, mai sâcâitoare și se derulează pe background-ul fenomenologiei psihiatrice. În cazul depresiilor severe, disconfortul intestinal se poate transforma repede în fixații hipocondriace și exacerbări delirant-hipocondrice foarte greu de tratat. Nu s-a putut demonstra vreo legătură fiziopatologică între titrul serotoninei de la nivelul vaselor sanguine intestinale, densitatea receptorilor pentru 5-HT și sensibilitatea lor de la nivel intestinal, comparativ cu titrul și starea receptorilor pentru 5-HT de la nivel cerebral.

Măsurile terapeutice ce trebuie aplicate în depresiile psihice asociate cu IBS depind de gravitatea depresiei, durata acesteia, particularitățile farmacoresponsive ale pacientului și de forma clinică a IBS (cu diaree sau constipație). Ele cuprind terapia dietetică, farmacologică a depresiei și

IBS, la care se adaugă terapiile complementare (psihoterapia comportamentală, terapia cu plante medicinale ș.a.).

Tabel I

CRITERIILE DIAGNOSTICE PENTRU IBS
1. Disconfort abdominal continuu sau intermitent sau dureri abdominale continui sau intermitente, survenite în ultimele 12 săptămâni, la care se adaugă două din următoarele simptome: <ul style="list-style-type: none"> - diminuarea durerii după defecare; - debut asociat cu o modificare a frecvenței scaunelor; - debut asociat cu o modificare a formei sau aspectului scaunelor;
2. Frecvența anormală a scaunelor (peste 3 scaune/zi sau sub 3 scaune/săptămână);
3. Forma anormală a scaunelor (neformate și apoase sau nodoase și uscate);
4. Actul defecației anormal (rapid, frecvent și cu senzația de evacuare incompletă);
5. Fragmente de mucus în scaun;
6. Balonare sau senzația de distensie abdominală.

Măsurile dietetice pentru ameliorarea IBS asociat tulburărilor depresive se referă la eliminarea din alimentație a cafeinei, porumbului, grâului și produselor din grâu bogate în gluten, a laptelui și produselor lactate ce conțin lactoză. Dieta cu fibre alimentare nu este recomandată decât în formele IBS-C ale bolii, unde laxativele osmotice (sărurile de magneziu, sărurile de fosfat, polietilenglicolul) s-au dovedit întotdeauna utile. Tratamentele dietetice cu guar gum parțial hidrolizat (un ingredient alimentar) este preferat în locul fibrelor alimentare de către majoritatea pacienților.

Tratamentul farmacologic care abordează IBS din depresii cuprinde mai multe grupe de medicamente, care uneori pot fi administrate în diferite combinații: antispastice, antidiareice, antidepresive și anxiolitice, agonști ai receptorilor 5-HT₄, antibiotice, probiotice. Antagoniștii receptorilor 5-HT₃ trebuie evitați în tulburările depresive, deoarece aceștia pot exacerba depresia psihică.

Antispasticele blochează receptorii colinergici de tip muscarinic, determinând relaxarea musculaturii netede intestinale și, indirect, calmarea durerii. Datorită efectelor sale constipante nu sunt recomandate în formele IBS-C, iar din cauza paraliziei farmacologice intestinale pe care o produc, nu pot fi utilizate timp îndelungat. Din categoria antispasticelor, fac parte dicyclomine (Bentyl) și hyoscyamine (Levsin). Antidiareicele de tipul loperamide (Imodium) sunt indicate în formele IBS-D ale bolii, deoarece aceste preparate îmbunătățesc absorbția apei la nivel intestinal, încetinesc tranzitul și cresc tonusul sfincterian. În plus, nu au efecte secundare neuropsihice.

Antidepresivele în doze mici au efecte benefice atât asupra psihicului pacientului, dar calmează și durerea din IBS. În acest caz, mecanismul de acțiune al antidepresivelor la nivel intestinal nu are nimic comun cu cel descris în tulburările psihice. Totuși, se crede că antidepresivele aparținând grupei triciclicelor ar facilita, la nivel cerebral, eliberarea endorfinei endogene și ar bloca astfel recaptarea noradrenalinei. Creșterea NA cerebrale determină activarea căilor inhibitorii serotoninergice descendente responsabile de modularea senzațiilor dureroase. În plus, dar de această dată, la nivel intestinal, antidepresivele triciclice încetinesc tranzitul intestinal. Din această grupă de medicamente, fac parte amitriptilina, clomipramina (Anafranil), desipramina (Norpramin), doxepin (Sinequan) și trimipramin (Surmontil). Efectele secundare de tipul constipației limitează utilizarea lor numai la formele IBS-D ale bolii. Antidepresivele din grupa SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) cuprind paroxetina (Paxil, Seroxat), sertralina clorhidrat (Zoloft, Asentra), fluoxetina (Prozac), fluvoxamina (Fevarin), citalopram (Cipramil), escitalopram (Cipralex), zimelidin (Zelmid). Ele sunt indicate ca preparate de „primă linie“ în IBS asociată depresiei severe.

Anxioliticele pot fi folosite în cazul IBS asociată depresiei cu anxietate. Însă, ele au numeroase efecte adverse, fiind potențial generatoare de dependență.

Agoniștii receptorilor 5-HT₄ diminuează tranzitul colonic și cresc pragul sensibilității dureroase viscerale. Tegaserod (Zelnorm) este un agonist parțial al receptorilor 5-HT₄, o indolamină similară structural serotonininei, care stimulează eliberarea neurotransmițătorilor din plexurile sub-

mucoase, stimulând astfel motilitatea intestinală. Este recomandat în IBS-C la femei. Uneori, poate provoca diaree, hipovolemie, sincopă și ischemie intestinală, motiv pentru care se recomandă precauție în utilizarea tegaserodului.

Antibioticele nu fac parte din medicația obișnuită a IBS și nicidecum a depresiilor, dar pot fi utilizate pentru perioade scurte de timp, mai ales în formele refractare de IBS-D, atunci când sunt suspectate infecțiile bacteriene. Probioticele sunt preparate ce conțin una sau mai multe mixturi microbiene saprofite (Cisapride, Propulsid), care pot reface flora microbiană normală a intestinului.

Terapiile complementare ajută, dar nu tratează IBS asociat depresiilor psihice. Sunt citate aici psihoterapia cognitivă și comportamentală, hipnoza, terapia de relaxare, ceaiurile de mentă și de ghimbir (herb ginger).

În concluzie, deși este prezent la bolnavii cu depresii psihice, diagnosticul de IBS continuă să fie, în continuare, neglijat de majoritatea psihiatrilor din România. Statisticile la nivel național sunt o mărturie elocventă a acestei observații. Astfel, IBS a fost codificat în anul 2006 la doar 0,08% din bolnavii cu depresii, în timp ce în SUA, el a fost codificat la 31% din pacienți, în Japonia la 20%, Brazilia 40%, Mexic 35%, iar în țările UE la 16,8%. Acest fapt este datorat, în primul rând, minimalizării aspectelor sindromului de iritație intestinală, în contextul supraevaluării fenomenologiei psihiatrice, iar în al doilea rând atitudinii și tendințelor medicilor psihiatri de a „psihologiza” orice fenomen legat de sfera disfuncțiilor digestive și, nu în ultimul rând, trebuie să o recunoaștem cu sinceritate, necunoașterii simptomatologiei acestui sindrom care este codificat în ICD-10 la K58.

BIBLIOGRAFIE:

1. Mayer, E.A. (April 2008), *Clinical practice. Irritable bowel syndrome*, N. Engl. J. Med. 358 (16): 1692–9.
2. Talley, N.J. (November 2006). *Irritable bowel syndrome*. Intern Med J 36 (11): 724–8
3. Holten, K.B, Wetherington, A., Bankston, L. (May 2003). *Diagnosing the patient with abdominal pain and altered bowel habits: is it irritable bowel syndrome?*. Am Fam Physician 67 (10): 2157–62

V. SIMIONESCU – medic primar psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola” Iași
Olga SIMIONESCU – medic primar explorări funcționale, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola” Iași
Oana ZAHARIA, Ana CREȚU, Fl. SOLOMON,
Adelina Mihaela MATRAN – medic rezident psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola” Iași
Marilena CARABA

TULBURAREA AFECTIVĂ BIPOLARĂ – FOCUS PE ANTIPSIHOTICELE ATIPICE

Gheorghe NEDELCIUC, Ovidiu ALEXINSCHI

Abstract:

The treatment of mood disorders has been an active field of research for over 50 years. Antipsychotics have been used primarily during the acute phase of the illness as an adjunct to mood stabilizers to rapidly stabilize patients and often discontinued when a patient's mood has stabilized and the risk for rapid relapse is deemed low. However, new evidence suggests that antipsychotics have a role in the maintenance therapy of some patients with bipolar disorders, particularly atypical antipsychotics, which pose a lower risk for tardive dyskinesia and other movement disorders than do conventional agents such as haloperidol.

Aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone, and ziprasidone have US Food and Drug Administration (FDA) approval for the treatment of manic and mixed bipolar episodes. Quetiapine has FDA approval for the treatment of acute bipolar depression. Although 5 SGAs are approved for treating bipolar disorder, clinicians have little evidence on treatment adherence to assist in long-term dosing strategies. The use of second-generation antipsychotics (SGAs) in mood disorders is broadening, and this article presents presented diverse findings of the latest studies.

Keywords: bipolar disorders, efficacy, dose related response, long-term dosing strategies.

Introducere

Tulburările bipolare sunt afecțiuni complexe, debilitante cu potențial de a produce morbiditate și mortalitate semnificativă dacă nu sunt tratate adecvat. Două studii majore au estimat prevalența tulburărilor bipolare pentru populația SUA la 1.0-1.6% pentru adulți și 1.2% pentru copii și adolescenți cu vârsta între 9-17 ani (1). Tulburarea bipolară este o tulburare episodică cuprinzând episoade maniacale și depresie care, în mod tipic, sunt intercalate de perioade de dispoziție normală. (2) Boala debutează, în general, la începutul vârstei de 20 de ani, deși vârsta poate varia de la copilărie și până la adulți. La momentul actual, sunt descrise două prezentări ale afecțiunii de tip I și de tip II. Tulburarea bipolară I include episoade de manie, în timp ce tipul II include hipomanie, care nu interferează substanțial cu funcționarea socială. Ambele tipuri includ și episoade de depresie. Cel puțin 25-50% dintre pacienții cu tulburare bipolară au tentative de suicid la un moment dat pe parcursul vieții (3) aproximativ 155 dintre aceștia cu tulburare bipolară I în final se sinucid. (2) Tulburarea bipolară este o boală care necesită management farmacologic continuu pentru obținerea remisiunilor optime. Aproximativ 90% dintre cei cu episoade maniacale vor avea și alte episoade viitoare. (2)

Mania acută este, în mod particular, o componentă periculoasă a tulburării bipolare și necesită o intervenție promptă psihosocială și farmacologică pentru a preveni consecințe seroase pentru pacienți. Se poate prezenta ca manie clasică sau mixtă, ambele sunt deseori caracterizate de energie crescută, gândire dezorganizată și insomnie fără oboseală reziduală (2). Ideea delirantă și halucinațiile pot, de asemenea, să apară. În mania clasică, dispoziția este inițial euforică, iar delirul este de grandiozitate. Comportamentul excesiv de risc legat de grandiozitate este comun și poate implica aspecte, cum ar fi cheltuirea excesivă a banilor, șofatul periculos sau hipersexualitatea.

Deseori, dispoziția în mania clasică va progresa sau va evolua oscilant de la euforie la iritabilitate, îndeosebi când planurile grandioase sunt înfrânate prin spitalizare sau alte intervenții. Pacienții pot crede că ceilalți interferează cu potențialul lor succes. Mania mixtă este o stare în care persoana întrunește criteriile atât pentru manie, cât și pentru depresie, conform DSM IV-TR. Ideea delirantă și halucinațiile pot implica vinovăție și pesimism; grandiozitatea este, de obicei, mai puțin proeminentă, din moment ce dispoziția este depresivă. Persoanele suferind de manie mixtă au un risc deosebit de ridicat de a deveni suicidari din cauza dispoziției depresive combinată cu energie crescută, lipsa dorinței de a dormi și o labilitate dispozițională cu rezultanta comportament impulsiv. (3) Orice tip de manie acută poate fi considerată o urgență psihiatrică și spitalizarea cu farmacoterapie este tratamentul uzual.

Farmacoterapia pentru mania acută implică un stabilizator de dispoziție, cum ar fi litium sau anumite anticonvulsivante și deseori se administrează un antipsihotic pentru a reduce agitația psihomotorie excesivă. Combinația terapeutică cu acești agenți în timpul maniei acute este relativ obișnuită, datorită nevoii de a stabiliza rapid pacienții, din moment ce scopul tratamentului este de a reveni la o funcționare cvasinormală, cât de rapid posibil, pentru a preveni deteriorări ulterioare. Această strategie este suportată de ghidurile de consens. (4) Antipsihoticele au fost folosite inițial în faza acută a afecțiunii, ca un tratament adjuvant la stabilizatorii de dispoziție pentru a stabiliza rapid pacienții și deseori discontinue, când dispoziția pacientului s-a stabilizat și riscul recăderii rapide s-a diminuat. În orice caz, noi dovezi sugerează faptul că antipsihoticele au un rol în menținerea terapiei unor pacienți cu tulburare bipolară, în special, antipsihoticele atipice care au un risc redus de cauzare a diskineziei tardive și a altor tulburări de mișcare cauzate de agenți precum haloperidolul. (5)

Tratamentul tulburărilor bipolare reprezintă un câmp de cercetare activ de peste 50 de ani. Au fost descoperiți mulți compuși farmacologici care promiteau atenuarea depresiei și o parte dintre aceștia au fost testați. În ciuda succesului enorm al câtorva antidepresive, găsirea combinației ideale de agenți farmacologici care să remită rapid simptomatologia bipolară reprezintă, pentru moment, un deziderat. Cercetătorii și oamenii de știință din industria farmaceutică sunt, în mod constant, în căutarea unor tratamente mai noi și mai bune și o varietate de molecule noi sunt în diverse faze de dezvoltare. Unele dintre ele au acțiune farmacologică similară, în timp ce altele au un mecanism particular și par promițătoare, dar deocamdată nedovedite științific.

Sunt mai bine de 30 de ani de când antipsihoticele de primă generație (FGA) sunt utilizate ca tratamente de primă linie în tulburările bipolare. În contrast cu standardul în tratamentul schizofreniei din 1994 (anul în care risperidona a fost introdusă în Statele Unite), există aproape un consens că FGA ar trebui să aibă doar un rol circumscris pentru tratamentul maniei și al altor aspecte legate de managementul farmacologic al tulburării afective bipolare. Există 4 direcții principale de argumentație pentru asta: 1) deși eficiente în mania pe termen scurt, FGA au eficiență inconsistentă pentru profilaxia subsecventă a recăderilor și episoadelor recurente; 2) experiența clinică, precum și unele date empirice sugerează faptul că FGA ar putea, de fapt, să crească riscul depresiei după tratarea cu succes a maniei; 3) spectrul diskineziei tardive a fost larg considerat un risc inacceptabil pentru pacienții care nu au fost niciodată psihotici sau au avut ideea delirantă sau halucinații episodice; 4) au fost stabilite alternative terapeutice (litium, valproat, carbamazepină) care nu au fost asociate cu aceste riscuri. Dacă se acceptă credința clinică că pacienții cu tulburare bipolară sunt mai vulnerabili la dezvoltarea diskineziei tardive decât cei cu schizofrenie, importanța celui de-al treilea punct se amplifică.

Există și o altă considerație importantă referitor la folosirea preferențială a antipsihoticelor de a doua generație (SGA) în tulburarea afectivă bipolară: tratamentul fazei depresive. Atât olanzapina (în combinație cu fluoxetina sau singură), cât și quetiapina s-a demonstrat a avea un efect anti-depresiv semnificativ în depresia bipolară în studiile controlate placebo, iar studiile cu aripiprazol și ziprasidonă pentru această indicație sunt promițătoare. Deși primele studii ale unor FGA sugerează efecte antidepresive în anumite populații heterogene, eficacitatea pentru depresia bipolară a fost stabilită fără echivoc, în special, în monoterapie (6).

Actualmente, aripiprazolul, olanzapina, quetiapina, risperidona și ziprasidona au primit aprobarea FDA (US Food and Drug Administration) pentru tratamentul depresiei acute bipolare. Utilizarea SGA fiind în creștere, sunt în desfășurare o pleiadă de studii pe plan mondial.

Se știe faptul că litiul este considerat standardul de aur în tratamentul tulburării bipolare I. Un studiu comparativ evaluează aripiprazolul *versus* lithium și placebo la 480 de pacienți spitalizați cu manie acută sau episod bipolar mixt (7). Primele trei săptămâni de tratament au fost randomizați dublu-orb; s-a utilizat Young Mania Rating Scale iar responsivitatea la tratament a fost definită ca o îmbunătățire cu 50% a scorului YMRS față de baseline. În analiza LOCF (last-observation-carried-forward), reducerea scorului YMRS a fost semnificativ mai mare la pacienții care au primit litiu ($p = .005$) sau aripiprazol ($p < 0.001$) față de pacienții care au primit placebo. Rata de răspuns a fost de asemenea semnificativ mai mare în ambele grupuri cu tratament activ vis-à-vis de grupul de control. Pe perioada săptămânilor 4-12 ale studiului, pacienții care au primit litiu sau aripiprazolau continuat terapia dublu-orb, în timp ce pacienții tratați cu placebo au primit aripiprazol dublu-orb; în săptămâna 12-a rata de răspuns la grupul tratat cu aripiprazol au crescut de la 46,8 la 56,5%. Cefaleea și greața au fost cele mai comune efecte adverse la pacienții tratați cu litiu sau aripiprazol; creșterea în greutate a apărut la 14,6% din cei tratați cu aripiprazol și la 3,7% din cei tratați cu litiu. Investigatorii au concluzionat că aripiprazolul a fost la fel de eficace ca și litiul în tratamentul acut și de consolidare în mania bipolară I.

În două studii randomizate dublu-orb la pacienți cu manie acută sau episoade bipolare mixte, investigatorii au examinat răspunsul la tratament cu ziprasidonă *versus* placebo. (8) Răspunsul la tratament a 415 pacienți spitalizați a fost monitorizat cu Mania Rating Scale, Clinical Global Impressions Scale (CGI) și Schedule for Affective Disorders and Disorders (SADS). Până în ziua a 4-a, scorurile principale SADS au scăzut la pacienții tratați cu ziprasidonă, comparativ cu placebo ($p < .007$), iar scorurile la pacienții tratați cu ziprasidonă au continuat să se îmbunătățească pe parcursul a trei săptămâni de tratament. Investigatorii au concluzionat că antipsihoticele au o eficacitate rapidă pentru psihozele din mania acută și episoadele mixte.

Managementul pe termen lung al tulburării bipolare este, în mod frecvent, complicat de aderența slabă și rezistența la tratament. Pentru a îmbunătăți aceste aspecte, un studiu a analizat administrarea risperidonei cu acțiune prelungită (Risperdal Consta) la 16 pacienți cu tulburări bipolare și 5 pacienți cu tulburare schizoafectivă, toți pacienții primind și un timostabilizator. (9) Doza inițială de risperidonă depot a fost de 25 mg la 2 săptămâni, dar unii pacienți au primit 37,5 sau 50 mg la 2 săptămâni. Au fost utilizate ca instrumente de măsură Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), YMRS, HDRS și CGI. Cercetătorii au monitorizat, de asemenea, efectele adverse, inclusiv creșterea în greutate. După 12 luni, s-au raportat efecte secundare minime și fără creștere semnificativă în greutate. Unul dintre pacienți a discontinuat terapia. Oricum, limitările studiului sunt absența aspectului dublu-orb și a grupului de control.

O proporție semnificativă a pacienților cu tulburări bipolare au ca și comorbiditate tulburările anxioase. Pentru a examina răspunsul la tratament a anxietății asociate, într-un alt studiu, investigatorii au randomizat 111 pacienți din ambulator cu tulburare bipolară și tulburare de panică, tulburare anxioasă generalizată, sau ambele la 8 săptămâni de tratament cu risperidonă sau placebo (10); 63 pacienți au terminat studiul. Măsurătorile au inclus YMRS, CGI pentru anxietate și scale standardizate pentru simptomele de panică și depresie. O analiză Intent-to-treat nu a găsit diferențe semnificative între grupul tratat cu risperidonă și cel de control; oricum, numai printre pacienții cu risperidonă cei fără tulburare de panică au răspuns mai bine pe scalele de anxietate decât cei cu panică. Cercetătorii au concluzionat că risperidona nu a fost eficientă pentru tulburările de anxietate asociate la pacienții bipolari, dar s-a notat că rezultatele ar putea fi afectate de răspunsul mai puțin robust al simptomelor de panică (*versus* simptomele anxietății generalizate) la risperidonă.

Deși 5 SGA-uri sunt aprobate pentru tratamentul tulburării bipolare, clinicienii au puține dovezile asupra aderenței la tratament și strategiile de dozare pe termen lung. Într-un studiu retrospectiv pe pacienții cu tulburare bipolară din SUA, predominant în faza depresivă, investigatorii au examinat durata și aderența la tratament, așa cum se reflectă din prescripțiile medicilor atât pentru

antipsihoticele de primă generație FGA, cât și pentru antipsihoticele de a doua generație SGA (11). În 2967 de cazuri tratate, s-a găsit o corelație semnificativ negativă pentru doză și aderență cu olanzapină și FGA; o corelație pozitivă a fost găsită pentru risperidonă și quetiapină. Pentru risperidonă, corelația se inversează în stadiile mai avansate ale tratamentului. Nu s-au găsit corelații între doză și aderență pentru aripiprazol și ziprasidonă. Durata tratamentului a avut o corelație pozitivă cu doza pentru aripiprazol, quetiapină, risperidonă sau ziprasidonă, dar nu și pentru olanzapină sau FGA. Investigatorii au concluzionat că doze mai mari de SGA, cu excepția olanzapinei, par să încurajeze creșterea duratei de tratament. Ei au speculat că efectele adverse legate de doză pot juca un rol în reducerea aderenței cu olanzapină, FGA și, mai târziu, pe parcursul terapiei cu risperidonă.

Experții sunt de părere că atât experiența clinică, cât și rezultatele studiilor controlate indică faptul că atunci când antipsihoticele atipice s-au dovedit eficiente pentru faza acută în terapia antimaniacală, ele ar putea continua să reducă riscul recăderilor ulterioare (12). Totuși, deși doar olanzapina și aripiprazolul au primit până acum indicații formale de la FDA pentru prevenirea recăderilor în tulburarea bipolară, probabil că eficiența profilactică împotriva recăderilor maniacale este caracteristică antipsihoticelor atipice. Oricum, încă nu este clar dacă vreun atipic protejează împotriva recăderilor depresive. Această observație poate fi un artefact al designului studiilor pentru că, până în prezent, pacienții înrolați în majoritatea studiilor sufereau, mai degrabă, de recăderi maniacale decât depresive fiind tratați recent de manie. Lucrurile vor fi parțial rezolvate când rezultatele studiilor pe termen lung cu quetiapină care și-a dovedit eficacitatea în depresiile bipolare I și II vor fi disponibile.

Dacă presupunem că atipicele previn, într-adevăr, recăderile, atunci putem spune că această clasă de medicamente poate fi clasificată ca stabilizatori de dispoziție. Un stabilizator de dispoziție este un medicament care:

- tratează mania și/sau depresia;
- previne recăderile bipolare(atât episoadele maniacale, cât și depresive);
- nu induce oscilații afective induse de medicament.

Desigur, răspunsul la întrebarea specifică: *Cât ar trebui să continue terapia?* depinde de riscul inerent al pacientului pentru recădere, aderența sa la terapia pe termen lung și dacă tratamentul este doar cu un antipsihotic atipic singur sau în combinație cu un stabilizator de dispoziție ca litiul sau divalproatul. În studiile controlate cu olanzapină și aripiprazol monoterapie, riscul pentru recădere maniacală a fost redus cu 50%, în comparație cu pacienții pe placebo dublu-orb. De reținut, majoritatea recăderilor în studiile controlate apar între lunile 6-9 de terapie, ceea ce sugerează că dacă pacientul răspunde bine la un antipsihotic atipic la câteva luni după remisiune, șansele recăderilor ulterioare se diminuează.

Mulți clinicieni consideră tratamentul pe termen lung cu atipice o alternativă pentru pacienții care nu au răspuns la stabilizatoarele de dispoziție standard.

Din ce în ce mai mulți clinicieni realizează că adevărata provocare în terapia tulburării afective bipolare nu o reprezintă controlul simptomelor maniacale, ci mai degrabă a fazei depresive. Pacienții bipolari experimentează de obicei majoritatea dificultăților afective în faza depresivă a bolii și există dovezi considerabile că depresia ar fi cauza celor mai multe probleme funcționale și a morbidității asociate bolii.

În sinteză, deși există o pleiadă de studii privind eficiența antipsihoticelor atipice în tulburarea bipolară, marea lor majoritate studiază doar eficiența în faza maniacală. Se conturează tot mai clar ideea necesității extinderii cercetărilor în direcția oportunității tratamentului episoadelor depresive a tulburării bipolare cu SGA (second generation antipsychotics) luând în considerare și parametrii cost-efficiency vis-à-vis cu tratamentele clasice, deja validate.

BIBLIOGRAFIE:

1. Keck, PE, Jr, McElroy, S.L., Arnold, L.M., *Bipolar disorder*, Med Clin North Am, 2001; 85:645-61,ix.
2. American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR: diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000
3. Jamison, K.R., *Suicide and bipolar disorder*, J Clin Psychiatry, 2000; 61(suppl 9):47-51
4. Keck, P.E. Jr, Perlis, R.H., Otto, M.W. et al., *The expert consensus guideline series: medication treatment of bipolar disorder*, 2004. Minneapolis: McGraw-Hill; 2004:1-120
5. Keck, P.E., *The role of second-generation antipsychotic monotherapy in the rapid control of acute bipolar mania*, J Clin Psychiatry. 2005; 66(suppl 3):5-11
6. Michael, E., Tasse, *What is the latest scoop on typical versus atypical antipsychotics*, Medscape resources, 2008
7. Keck, P.E., Sanchez, R., Torbeyns, A., Marcus, R.N., McQuade, R.D., Forbes, A., *Aripiprazole monotherapy in the treatment of acute bipolar I mania: a randomized, placebo- and lithium-controlled study*, Program and abstracts of the 160th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May 19-24, 2007; San Diego, California. New research poster 304
8. Ketter, T.A., Warrington, L., Loebel, A.D., Siu, C., *Early onset of antipsychotic action and time course in the treatment of acute bipolar mania*. Program and abstracts of the 160th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, May 19-24, 2007; San Diego, California. New research poster 518
9. Popova, E., Benabarre, A., Sanchez-Moreno, J., Leighton, C., Molina, O., Vieta, E., *Open study of efficacy and safety of long-acting risperidone (injection) in the adjuvant maintenance therapy for bipolar and schizoaffective patients*, Program and abstracts of the 160th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May 19-24, 2007; San Diego, California. New research poster 55
10. Sheehan, D.V., McElroy, S.L., Suppes, T. et al., *The efficacy of risperidone in bipolar anxiety*. Program and abstracts of the 160th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, May 19-24, 2007; San Diego, California. New research poster 315
11. Gianfrancesco, F.D., Sajatovic, M., Rajagopalan, K., Wang, R., *Association between antipsychotic dose and treatment adherence among patients with bipolar disorder with predominantly depressive symptoms*, Program and abstracts of the 160th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May 19-24, 2007; San Diego, California. New research poster 458
12. Nemeroff, C.B., Owens, M.J., *Treatment of mood disorders*, Nat Neurosci. 2002;5:1068-1070

Gheorghe NEDELCIUC – medic primar psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași
Ovidiu ALEXINSCHI – medic specialist psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași

HIPNOPATOLOGIE ȘI PSIHIATRIE

V. SIMIONESCU, C. SAVA, Adelina MATRAN, Roxana SIMIONESCU,
Mihaela FASOLE, Olga SIMIONESCU, Loredana Maria BELCEANU

Abstract:

Sleep disorders in psychiatric pathology is an incontestable clinical reality. They are considered either psychiatric comorbidities or predisposing factors to other psychiatric disorders. The frequency of sleep pathology in psychiatry is different reflected in literature. Using questionnaires and interviewing methods, the authors do a transversal investigation, analyzing all sleep disorders found in 309 patients with different psychiatric pathologies from "Socola" University Hospital Iasi. Conclusions: 85 % of psychiatric patients have sleep disorders; almost 1/3 of them are not aware of their sleep pathology and almost none of the patients respect any kind of sleep hygiene; 2/3 of patients use or make abuse of hypnoinductor drugs, abuse who is frequently hidden by psychotropic drug use. This statistics reveals more interesting aspects, which are very helpful for the psychiatrist in elaborating therapeutical strategies for each case of psychiatric and its associated sleep disorder.

Keywords: sleep disorders, hypnotics drugs, sleep hygiene.

INTRODUCERE

Patologia somnului a devenit, în ultima vreme, una dintre țintele predilecte ale specialiștilor psihiatri. Legătura indisolubilă dintre activitatea hipnică și cea psihică a fost sesizată încă din antichitate. Multă vreme, aceste două aspecte ale activității cerebrale au fost considerate ca fiind două procese distincte, care se pot influența reciproc. În concepția clasică, psihismul își avea structurile sale, în principal, cortico-mezo-limbice, și funcționalitatea sa specifică, în timp ce somnul era localizat în substanța reticulată, care avea, de asemenea, funcționalitatea sa specifică.

Experiența unui somn neodihnit, a trăit-o fiecare dintre noi. Obișnuit, această alterare de scurtă durată a somnului se însoțește de modificări ale abilităților lucrative, somnolență, iritabilitate și adinamie pe toată durata zilei. Somnul reconfortant din următoarea noapte reușește, de cele mai multe ori, să restabilească echilibrul funcțional al organismului la majoritatea indivizilor. Nu același lucru se poate afirma și în cazul pacienților cu antecedente psihiatrice. Melanjul dintre semeiologia psihiatrică și cea hipnică este explicat, în primul rând, de suportul identic neuroanatomic pe care îl au aceste două categorii funcționale ale creierului. Interferența dintre cele două categorii derivă și din determinismul lor etiologic încrucișat. Astfel, agravarea tulburărilor de somn poate declanșa dezvoltarea unor tablouri psihopatologice și invers, agravarea aspectelor legate de tulburarea psihică influențează negativ calitatea și cantitatea somnului. Evoluția și prognosticul oricărei tulburări psihice sunt strâns legate de funcția somnului. Nu trebuie uitată, de asemenea, similitudinea și paralelismul care se realizează uneori între aceste două grupuri de afecțiuni în ceea ce privește tratamentul, cunoscut fiind faptul că ameliorarea terapeutică a tulburărilor de somn determină întotdeauna amendarea fenomenologiei psihiatrice și, invers, ameliorarea terapeutică a tulburărilor psihice este urmată de îmbunătățirea calității somnului.

Deși constatate și descrise de multă vreme, toate aceste observații clinice s-au materializat abia în ultimele două decenii, când dezvăluirile din domeniul hipnologiei au uluit lumea medicală, obligând-o, practic, la restructurarea și reorganizarea conceptuală a legăturii dintre somn și psihism. Astfel, s-a dovedit că somnul și activitatea psihică au ca substrat anatomo-funcțional o serie de

structuri și arii cerebrale comune, că au nuclee cerebrale comune, că au aproape aceleași populații neuro-secretorii angajate în realizarea funcțională, că au neurotransmițători, modulatori și hormoni comuni. Mai mult, receptorii neuronali implicați în realizarea somnului și a diferitelor aspecte ale psihismului, deși pot avea localizări cerebrale diferite, sunt identici structural. Psihiatria moleculară (genetică) a dovedit că diferitele tipuri și subtipuri de receptorii neuronali sunt sintetizați de aceleași gene pentru ambele funcții cerebrale. Psihofarmacologia și neuroimagingistica moleculară dispune de numeroase dovezi care atestă legătura indisolubilă și interconținerea permanentă dintre somn și psihism. Astfel, agoniștii și antagoniștii cu efecte asupra sistemului hipnic influențează obligatoriu și activitatea psihismului și invers.

SCOP

Studiul a avut ca obiectiv principal stabilirea frecvenței diferitelor tulburări ale somnului în rândul pacienților psihici, spitalizați la un moment dat într-o unitate spitalicească reprezentativă (Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola” Iași, România). Un obiectiv secundar al studiului l-a reprezentat detectarea afecțiunilor psihice cu potențialul hipnopatologic cel mai crescut. Stabilirea corelațiilor dintre patologia psihiatrică și hipnopatologie, precum și stabilirea gradului de conștientizare a tulburării de somn la bolnavii psihici au constituit, de asemenea, subiectul unor analize statistice interesante.

MATERIAL ȘI METODĂ

În realizarea obiectivelor studiului s-a recurs la un grup de medici instruiți în hipnopatologie, antrenați în evaluarea diagnosticului pozitiv și diferențial al tulburărilor de somn, având ca model Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn elaborată în 2007 (ICSD-2). Grupul de pacienți luat în studiu a fost reprezentat de un număr de 309 bolnavi adulți, toți de rasă caucaziană, internați în 3 pavilioane din Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola” din Iași (România). Culegerea datelor clinico-paraclinice a durat 10 zile, iar lotul cercetat a cuprins toți pacienții psihici aflați internați la pat. În felul acesta, patologia psihiatrică a cuprins aproape toate categoriile nosologice psihiatrice. Pentru omogenitatea lotului s-a ales un pavilion de femei, unul de bărbați și altul mixt. Pentru culegerea datelor, s-au utilizat, la toți pacienții, două metode: a) metoda chestionarului și b) metoda interviului. Toți pacienții au fost examinați clinic, investigați paraclinic și testați psihologic. În plus, toți pacienții au fost examinați clinic hipnologic și au răspuns medicilor la un chestionar special (HYPNOTEST-2008) creat special pentru detectarea clinico-anamnestică a unora dintre tulburările de somn. Chestionarul a fost întocmit de echipa noastră, în baza experienței acumulate în domeniu, având ca model clasificarea ICSD-2. El a fost conceput sub forma a 49 de itemi, structurați pe 6 grupe problematice: datele pașaportale, datele socio-profesionale, datele somato-clinice, date psihiatrice, anamneza hipnică (21 itemi), date de hipnoigienă (15 itemi). Rezultatele clinico-biologice, cele ale testelor psihologice și cele furnizate de chestionarul nostru au fost prelucrate statistic cu ajutorul programului SPSSWIN.

REZULTATE

Procentul pacienților anosognozici pentru tulburarea psihică a reprezentat 15% din totalul lotului. Conștientizarea propriei afecțiuni, indiferent de localizarea, tipul și gravitatea ei, reprezintă unul dintre parametrii cei mai sensibili și fideli ai stării nosognozice. El reflectă capacitatea individului de a-și recunoaște existența propriei boli și de a reacționa adecvat în conformitate cu această conștientizare. Din totalul lotului studiat, 30,26% din pacienți nu și-au recunoscut tulburarea de somn (fig. 1). Procentul mai mare hipnoagnozic pentru tulburarea de somn poate fi pus și pe seama factorilor hipno-educaționali deficitari, însă noi credem că o contribuție importantă o are și incapacitatea structurilor hipnice ale acestor bolnavi, în sensibilizarea corespunzătoare a structurilor responsabile de procesul conștientizării.

Tulburările de somn de cauză psihiatrică au fost decelate la 85,53% dintre pacienții investigați (fig. 2). Această constatare subliniază clar legătura etiopatogenică dintre somn și patologia psihiatrică și obligă forurile angajate în clasificarea tulburărilor de somn la o nouă și corectă încadrare a tulburărilor psihice în cadrul patologiei somnului.

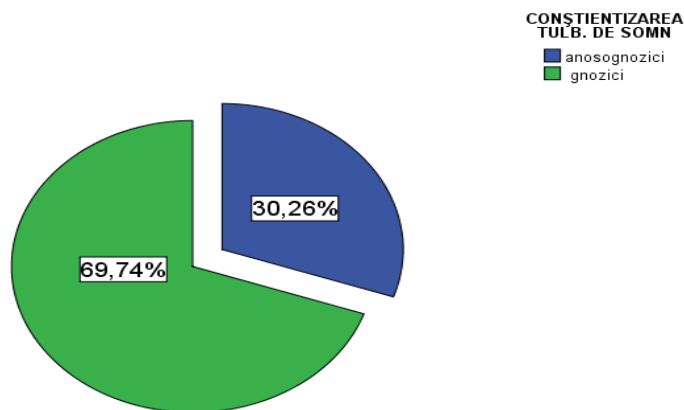


Fig. 1 Gradul de conștientizare a tulburărilor de somn la pacienții cu diferite afecțiuni psihice

Actuala Clasificare Internațională a Tulburărilor de Somn (ICSD-2) încadrează tulburările psihice într-un inacceptabil și nedrept așa-zis „Apendix B“, la „Alte tulburări psihiatrice / comportamentale întâlnite frecvent în diagnosticul diferențial al tulburărilor de somn“. Realitatea clinică a dovedit-o, iar acum și numeroasele probe oferite de neuroștiințe, că o abordare corectă a patologiei somnului și a stabilirii diferitelor entități hipno-nosologice trebuie să țină cont de activitatea psihică normală și patologică.

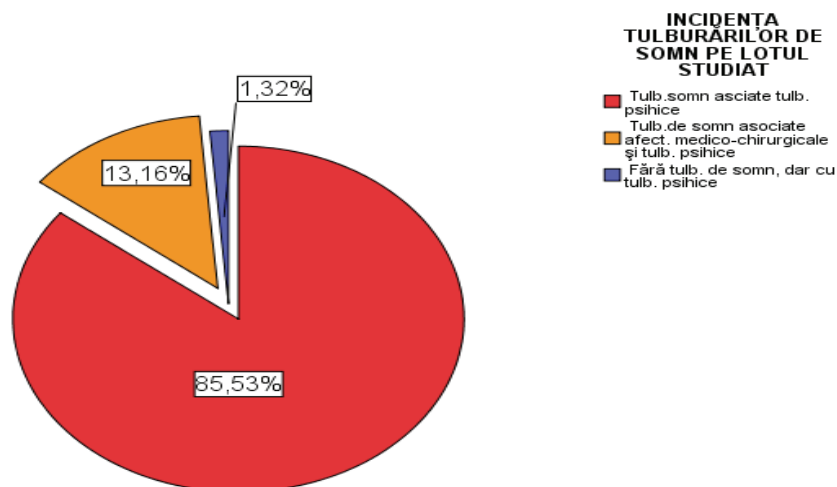


Fig. 2 Incidența tulburărilor de somn la pacienții cu afecțiuni psihice

Așa cum era de așteptat, insomniile au reprezentat principala entitate hipno-nosologică întâlnită la bolnavii psihici. În populația generală, insomnia are o incidență ce variază de la o populație la alta și de la un autor la altul. OMS raportează incidența medie a insomniei la 27% în populația generală și la 51% în rândul comunităților cu probleme psihiatrice. La pacienții psihici din lotul nostru, ea a ajuns la 54,60%, fiind constituită din suma insomniilor de etiologie psihiatrică (depresii, anxietate, schizofrenii, demențe ș.a.) și insomnia adjustativă (insomnie asociată cu un stresor, obișnuit psihic). Pe tipuri de insomnii valorile sunt următoarele (fig. 3): insomnia de cauză psihiatrică (34%) a fost întâlnită, mai ales, la bolnavii cu tulburări afective, anxioase, schizofrenii, drogodependențe. Insomnia adjustativă (20,39%) are un mecanism de producere psihologic, fiind consecința

acțiunii unui factor de stres identificabil. Insomnia de cauză medicală a fost consecința unor afecțiuni cardio-vasculare, digestive, neuro-musculare și articulare. Insomnia idiopatică atinge un procent de 6,58% la bolnavii psihici.

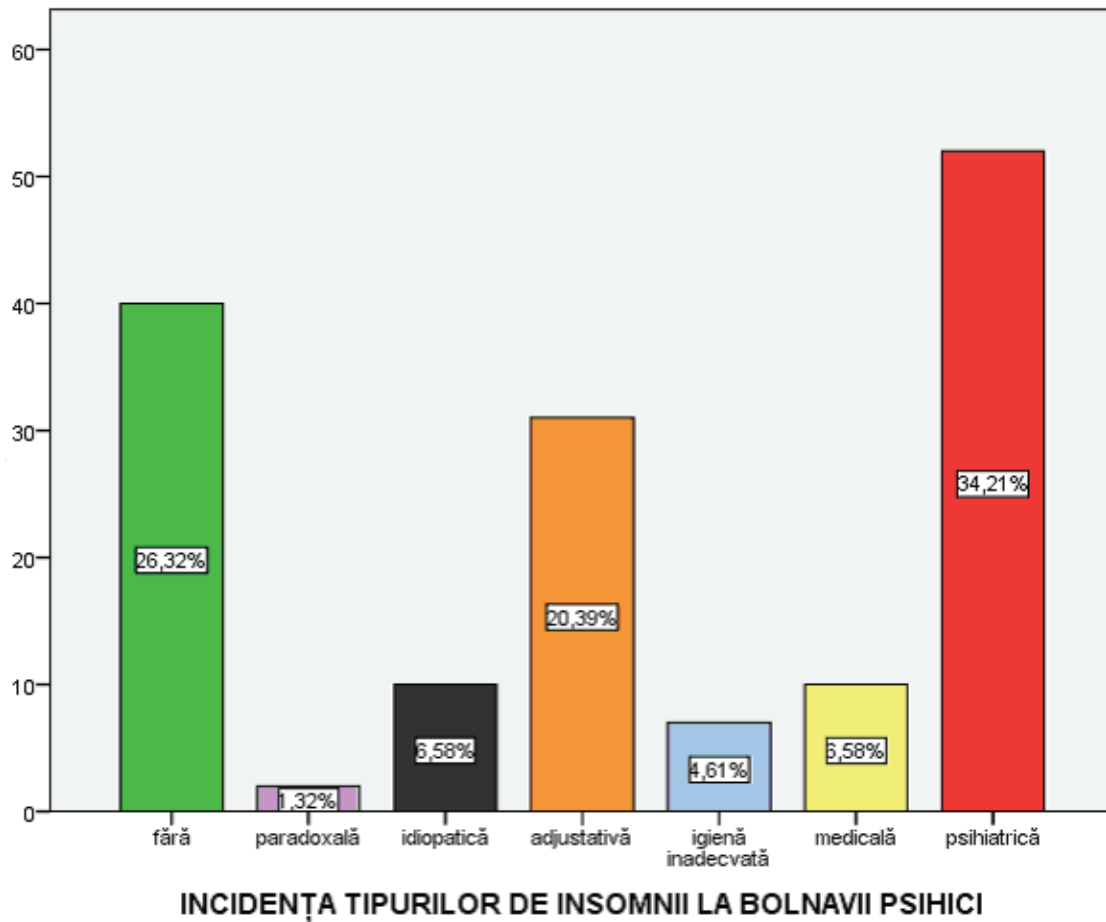


Fig. 3 Incidența insomniilor la bolnavii internați pentru tulburări psihice

Incapacitatea bolnavului psihic de a-și percepe propria stare de somn este o afecțiune rară, cunoscută în hipnopatologie ca insomnia paradoxală. Se apreciază că ea reprezintă cca 5% din totalul insomniacilor în populația generală (1). Noi am decelat-o la 1,32% din pacienții cu afecțiuni psihice, ceea ce reprezintă 4,22% din totalul insomniilor bolnavilor psihici. Hipnoigiena inadecvată poate fi cauza insomniilor la pacienții cu tulburări psihice. Insomnia dată de hipnoigiena inadecvată a fost prezentă la 4,61% dintre pacienți și s-a intricat cu aspectele clinice oferite de celelalte tipuri de insomnii.

Hipersomniile sunt tulburări caracterizate de prezența unor episoade recurente de somnolență excesivă diurnă sau prelungirea exagerată a somnului nocturn. Mai sunt cunoscute și sub denumirea de „somnolență excesivă din timpul zilei”. Hipersomnia primară (genetică) a fost decelată la 4 dintre pacienții aflați în spital în momentul studiului (1,92%). Dintre hipersomnii (fig. 4), cel mai mare procent l-a atins hipersomnia secundară unor afecțiuni medicale (10,53%), urmată de narcolepsia fără cataplexie (5,92%).

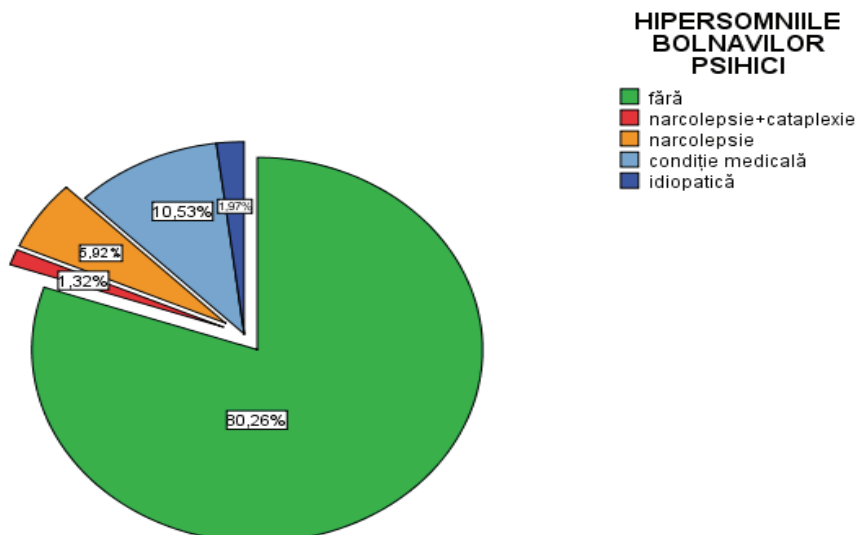
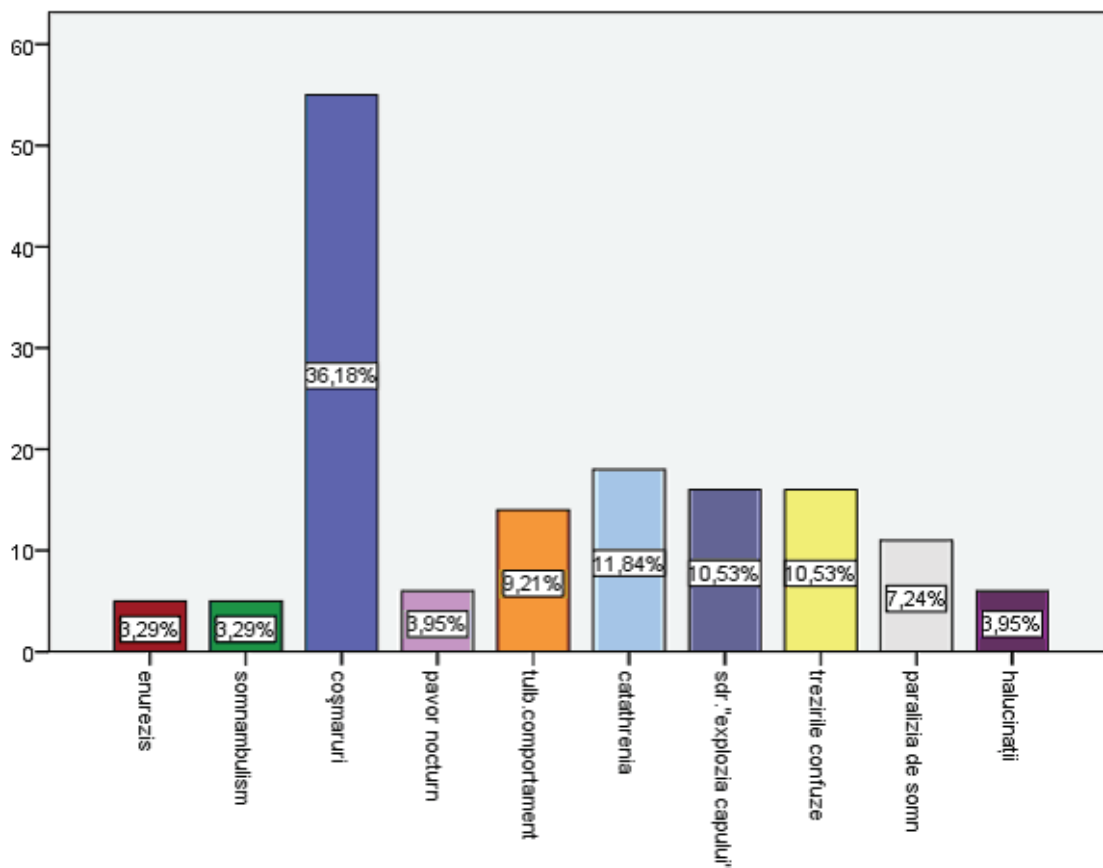


Fig. 4 Incidența diferitelor tipuri de hipersomnii la bolnavii psihici

Parasomniile sunt manifestări parazitare involuntare din timpul somnului, inconștiente sau parțial conștientizate, care constau în mișcări, diferite acțiuni declanșate automat de sistemul nervos vegetativ, percepții, emoții, comportamente sau vise. Ele se manifestă, mai ales, la trecerea dintr-o fază în alta a somnului (1). Datorită aspectului lor, parasomniile din timpul somnului NREM (trezirile confuze, somnambulismul și pavorul) impresionează puternic anturajul. În populația generală, prevalența trezirilor confuze la adulți este de 4%, iar la pacienții noștri ea a fost de peste 2,5 ori mai mare (10,53%). În schimb, somnambulismul (3,29%) și pavorul nocturn (3,95) confirmat la pacienții din lotul studiat a avut o prevalență foarte apropiată de valorile raportate de O.M.S. în rândul populației generale adulte (somnambulism: 4%; pavor nocturn: 5%). Parasomniile din somnul REM au fost prezente la pacienții psihici, după cum urmează (fig. 4): tulburarea de comportament din somnul REM: 9,21%, paralizia de somn recurentă: 7,24%, iar coșmarurile 36,18%. Tulburarea de comportament din somnul REM este, de cele mai multe ori, consecința leziunilor neurologice degenerative din boala Parkinson, atrofiile cerebrale de diverse etiologii și leziunile localizate în trunchiul cerebral. Prevalența acestei parasomnii în populația generală este de 0,5-2% (2). Valorile de peste 4,5 ori mai mari decelate la lotul nostru poate fi explicată de orientarea și concentrarea cazuisticii cu probleme neurologice și psihice către spitalele de psihiatrie, dar și de existența unei reale comorbidități realizate între boală psihică și tulburarea de comportament din somnul REM. După statisticile furnizate de mai mulți autori, paralizia de somn recurentă este prezentă la 30% din indivizii sănătoși. Pe lotul studiat, ea a fost descrisă de 7,24% din bolnavi. Nu avem încă o explicație satisfăcătoare pentru acest procentaj atât de scăzut întâlnit la bolnavii psihici. Coșmarurile au reprezentat, de departe, cea mai frecventă parasomnie întâlnită. Ele au atins o prevalență de 36,18% din totalul parasomniilor înregistrate. În populația generală, prevalența coșmarurilor este mai mare la copii, unde poate ajunge la 40% și scade cu vârsta, la bătrâni coșmarurile fiind relatate de doar 1-2% din cei chestionați (3, 4). Sindromul de explozie a capului și catathrenia (geamătul din somn) au avut, de asemenea, valori sensibil mai crescute, comparativ cu datele similare raportate la populația generală.



PRINCIPALELE PARASOMNII LA BOLNAVII PSIHICI

Fig. 5 Incidența diferitelor tipuri de parasomnii la bolnavii psihici internați

CONCLUZII:

Frecvența crescută a tulburărilor de somn în rândul pacienților cu tulburări psihice (85%) justifică cererea noastră de dotare a clinicilor de psihiatrie și a unor servicii din ambulator cu aparatura necesară înregistrării activității somnului (polisomnografe, inclusiv sistem Holter), precum și crearea unei supra-specializări (hipnopatologie, somnologie) într-un cadru legal și organizat, așa cum vedem deja în majoritatea țărilor europene.

Lipsa conștientizării tulburărilor de somn este specifică pentru bolnavii cu tulburări psihice de intensitate psihotică aflați în stadiile decompensare ale bolii.

Cantitatea și calitatea somnului reprezintă, pentru medicul psihiatru, unul dintre cei mai fideli indicatori ai eficacității tratamentului. Insomniile de cauză psihiatrică reprezintă principala cauză a abuzului de hipnotice și sedative la bolnavii cu tulburări psihice. Un procent îngrijorător de mare dintre bolnavi nu respectă regulile de psihoigienă, insomnia dată de igiena inadecvată a somnului fiind de 3 ori mai frecventă, în rândul bolnavilor psihici, comparativ cu populația generală.

Din cadrul diferitelor entități hipnopatologice, trezirile confuze și coșmarurile pot fi considerate ca fiind cele mai frecvente comorbidități ale tulburărilor psihice.

Somnul și activitatea psihică sunt funcții cerebrale complexe care au în comun aceleași structuri neuro-endocrino-metabolice cerebrale. Acest adevăr impune forurilor competente o nouă abordare, corectă și realistă, a patologiei somnului, care să ducă la o clasificare obiectivă a diferitelor entități hipno-nosologice și în care aspectele psihiatrice legate de somn să nu mai constituie o anexă a hipnopatologiei.

BIBLIOGRAFIE:

1. Kryger, M.H., Roth, Thomas, Dement, W.C., *Principles and Practice of SLEEP MEDICINE*, fourth edition, Ed.Elsevier saunders, Philadelphia, 2005; 615-26.
2. Boeve, B.F., Silber, M.H., Parisi, J.E et al, *Synucleinopathy pathology often underlies REM sleep behavior disorder and dementia or parkinsonism*, *Neurology* 2003; 61:40-45
3. Zadra, A., Donderi, D.C., *Nightmares and bad dreams: Their prevalence and relationship to well-being*. *J.Abnorm Psychol* 2000; 109:273-281
4. Levin, R., Fireman, G., *Nightmare prevalence, nightmare distress, and self-reported psychological disturbance*, *Sleep* 2002; 25:205-212

V. SIMIONESCU – medic primar psihiatru Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași
C. SAVA – medic rezident psihiatru Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași
Adelina MATRA – medic rezident psihiatru Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași
Roxana SIMIONESCU – student anul VI Universitatea de Medicina „Gr.T. Popa“ Iași
Mihaela FASOLE – medic rezident psihiatru Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași
Olga SIMIONESCU – medic primar explorări funcționale, Spitalul „Socola“ Iași
Loredana Maria BELCEANU – medic rezident psihiatru Spitalul de Psihiatrie „Socola“ Iași

CULOAREA ESTE O PASIUNE, IAR PASIUNEA SE ÎMPARTE...

tipografia



TIPOGRAFIA SEDCOM LIBRIS

IAȘI, ROMÂNIA

ISO 9001:2000

Șos. Moara de Foc nr. 4,

cod 700572, Iași, România

Tel.: +40.232.234.582, 270.479, 242.877;

Fax.: +40.232.233.080

E-mail: tipografia@sedcom.ro

[http:// www.sedcom.ro](http://www.sedcom.ro)

l i b r i s

PENTRU CĂ NE PASĂ CINE EȘTI, CE FACI, CUM FACI ȘI UNDE VREI SĂ AJUNGI...

I.S.S.N.: 973-9375-08-1

editura
se
com
libris

CARTEA ESTE O PASIUNE, IAR PASIUNEA SE ÎMPARTE...
acreditare C.N.C.S.I.S.
editare, traducere, tipărire,
propunere de publicare în străinătate,
promovare și difuzare în întreaga țară
PENTRU CĂ NE PASĂ CINE EȘI, CE FACI, CUM FACI ȘI UNDE VREI SĂ AJUNGI...