

COMPORTAMENTUL AUTOAGRESIV LA PACIENȚII CU DIVERSE DEREGLĂRI PSIHICE

AUTOAGRESIVE BEHAVIOUR AT THE PATIENTS WITH DIVERSE MENTAL DISABILITIES

Rezumat

Izolarea socială a pacienților cu disabilități mintale, limitările profesionale, dificultățile sexuale și alte probleme cu care se confruntă pacientul amplifică enorm riscul depresilor, al actelor autoagresive, de suicid, de aceea socioterapia vizând subiectul cu dezechilibru psihic și mintal nu trebuie suspendată și ignorată odată cu externarea acestuia.

Oleg COBÎLEANSCHI¹, Virginia FĂURĂȘ²,
Natalia GHEORGHÎĂ³

*Catedra "Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală",
USMF "Nicolae Testemițanu"*

¹ Doctor habilitat în medicină, conferențiar universitar

² Medic psihiatru rezident

³ Studentă, anul VI Facultatea de Medicină Generală

Summary

Social isolation of patients with mental disabilities, their professional limitation, sexual difficulties and other problems, that confront the patient, amplify gravely the risk of depressions, autoaggressive suicidal acts. This is why sociotherapy reported to a patient with mental and psychic lack of poise can't stop and mustn't be ignored after discharging from specialized services.

Importanța studierii actelor autoagresive e determinată, în special, de urmările grave ce le comportă acestea pentru pacient și pentru societate. Cu scopul studierii particularităților acestor acțiuni au fost examinați toți pacienții care au fost internați în secția psihosomatică de femei în perioada anilor 1999-2006 și care au comis acte autoagresive.

Bolnavii care au comis acte autolitice sunt internați cel mai frecvent în secțiile Instituției Medico-Sanitare Publice, Spitalul Clinic de Psihiatrie "Costiujeni" al Ministerului Sănătății și Protecției Sociale din Republica Moldova. În acest interval de timp au fost spitalizați 43 de pacienți cu diferite nosologii psihiatrice: 15 bolnavi cu schizofrenie (7 bărbați și 8 femei ce aveau vârste între 28 și 42 ani); 7 persoane cu psihoze reactive (3 bărbați și 4 femei cu vârsta de 18 - 25 ani); 5 persoane alcoolice (2 bărbați și 3 femei cu vârsta între 40 și 45 ani, 3 pacienți cu psihopatii (1 bărbat și 2 femei cu vârsta de 22-30 ani); 4 (2 bărbați și 2 femei cu vârsta de 30-35 ani), 4 (2 bărbați și 2 femei cu vârsta de 23-31 ani) bolnavi de epilepsie; 3 (1 bărbat și 2 femei, vârsta de 36-41 ani) bolnavi de psihoza depresiv-maniacală și 2 pacienți (1 bărbat și 1 femeie cu vârsta de 52 și, respectiv, 55 ani) cu patologii vasculare.

Am preferat să studiem acești pacienți, deoarece cu referire la ei s-a acumulat cea mai exhaustivă informație și astfel am putut conta pe o analiză mai profundă. Numărul bolnavilor examinați într-o anumită măsură reflectă proporția totală a celor care au fost spitalizați în secțiile Instituției Medico-Sanitare Publice, Spitalul Clinic de Psihiatrie "Costiujeni" al Ministerului Sănătății și Protecției Sociale din Republica Moldova în această perioadă. [A.V. Snejnevschii, 1981]. Durata internărilor, în special în cazurile de acțiuni autoagresive ale pacienților varia între 3-6 zile, iar în unele cazuri până la 10 zile. Pentru pacienții din lotul de studiu a fost caracteristică o vastă simptomatologică.

psihopatologică. Au predominat invariabil stările depresive (12), cu elemente de agitație (9), stări persistente de anxietate (5), delir de relație (4), delir de autoacuzare (3), delir de prejudiciu material (2) etc. În cinci cazuri era prezent tabloul clinic al sindromului Kandinschii-Clerambault și, cu aceeași frecvență, diferite variante ale sindromului halucinator - paranoial. În 3 cazuri s-au înregistrat excitații catatonice.

Cel mai frecvent (18 cazuri) pentru actul autoagresiv de suicid s-au utilizat remedii neuroleptice (aminazină, azaleptină, haloperidol, tizercină). În patru cazuri s-a apelat la esența de acid acetic, în două cazuri pacienții au sărit de la etaj, un alt caz a fost cel de aplicare a unor leziuni serioase la gât, alți 4 bolnavi au încercat să se otrăvească cu gaz propan, lăsând deschis robinetul de la conducta de gaz. Motivele actului autolitic se pot diviza convențional în trei categorii:

1. Motive psihopatologice
2. Conflicte socio-familiale
3. Fără motive evidente.

În urma analizei cazurilor cercetate și după o discuție atentă cu pacienții aflați în studiu, am dedus că în prim plan se impun cauzele de geneză psihopatologică. În opt cazuri pacienții au recurs la actul extrem de suicid fiind în stare de depresie, dominată de ideea lipsei de perspectivă, a familiei, a prietenilor, a locului permanent de serviciu, de singurătate, de autoinculpare și în trei cazuri pacienții au săvârșit actul de suicid sub impresia unor relații insolubile cu familia, cu rudele apropiate, cu prieteni, colegii de serviciu. Respectivul persoane acuză că la un moment dat nu au mai avut certitudinea unei perspective în viață.

Am delimitat 6 cazuri de autoliză sub efectele diferitor dereglări halucinatorii (pseudohalucinații), care îi „dirijau” spre săvârșirea acțiunilor autoagresive. În trei dintre cazurile menționate conținutul halucinator era unul amenințător, pacienții

având senzația unor chinuri iminente și durabile, perspectiva unei morți grele, care îi determina să aleagă gestul de auto distrugere.

În cazul actului de suicid generat de relațiile conflictuale din familie, de la serviciu și din societate, starea psihică a pacienților era mult mai stabilă, fără dezaxări psihice evidente. Situațiile tensionate din familie, de la serviciu și din mediul social demonstrează incapacitatea persoanelor date de a tolera și de a se conforma exigențelor impuse de aceste relații. Problemele esențiale se rezumau adesea la diferite pretenții materiale și de spațiu locativ al pacientului. Mai rar acestea au fost legate de intenția rudelor, familiei de a-i constrânge pe acești pacienți în activitatea lor cotidiană prin metode inadecvate. Am atestat și cazuri când gestul suicidal a fost realmente unul de caracter impulsiv, iar respectivele persoane apelau în scurt timp la ajutorul calificat al medicului.

Un moment alarmant ar fi faptul că pacienții care urmează tratament cu psihotrope pot scăpa de sub supravegherea medicului psihiatru, iar în unele cazuri având în exces aceste medicamente și în orice moment, fiind sub incidența diferitor stări ce-i depășesc, pot apela la aceste remedii ca la o armă distructivă, mai ales că ele li se oferă gratis.

Au existat și 3 cazuri în care nu am putut depista nici un motiv evident care ar fi putut determina comiterea acțiunilor de suicid, starea psihică a indivizilor respectivi fiind una tipică demenței schizofrenice, mai mult sau mai puțin pronunțată. Anume acest fapt a prezentat dificultăți în analiza motivelor acțiunilor comise.

Situațiile tensionate, conflictuale au fost cele care au suscitât tulburări psihice care au și constituit substratul săvârșirii acțiunilor autolitice. Cel mai frecvent conflictele erau legate de relațiile cu soții, care manifestau un comportament agresiv, disprețuitor - 9 cazuri; la alte 7 persoane motivul care a determinat alterarea stării psihice și a acțiunilor ce au urmat a fost legat de diferite probleme existențiale: imposibilitatea de a locui împreună cu familia, mai des din lipsă de bani, de spațiu locativ, care fie și pentru un scurt interval de timp le creau senzația de impas fără soluții.

Au fost câteva cazuri când, în urma conflictelor de serviciu, pacientele noastre, celibatate de altfel, au invocat la originea gestului extrem presiunea permanentă și cruzimea cu care au fost tratate de către patroni, care la un moment dat le-au cerut să elibereze spațiul locativ. Starea de incertitudine, frica de a rămâne pe drumuri, fără adăpost le-au agravat progresiv starea somatică și, mai ales, starea psihică, care pe parcursul acestei perioade de conflict a degradat până la starea de depresie accentuată cu tendințe spre suicid. Pacienta a fost, însă salvată de către colegii de serviciu care au ajutat-o să-și depășească problema.

Situațiile de criză menționate mai sus au provocat diferite stări reactive - cu prevalența statutului depresiv. La 6 persoane tabloul clinic s-a manifestat printr-o depresie melancolică clasică (nevrotică). În patru cazuri depresia a fost asociată cu idei delirante relaționale, de autoincriminare, de prejudiciu material. Stări depresive cu agitație și impulsivitate s-au atestat în trei cazuri din studiul efectuat de noi. În alte 4 cazuri clinice erau evidente stări depresive cu astenie pronunțată și cu diferite specii de fobii. În cinci cazuri (2 bărbați și 3 femei) actul de suicid a fost unul demonstrativ - compulsiv, cu intenția de a trezi dragostea și respectul celor din familie față de propria persoană, care de acum încolo ar adopta față de ei o atitudine mai blândă.

În majoritatea cazurilor de suicid comise de bolnavii cu schizofrenie s-au consumat diverse pastile, în special remedii neuroleptice și tranchilizante (14 cazuri), în 4 cazuri s-a utilizat pesticide casnice (clorofos), s-au atestat și 2 tentative de autosugrumare. Nici unul dintre membrii familiei ori dintre rudele apropiate, precum și nici unul dintre pacienții care în condiții casnice au săvârșit acte autoagresive de suicid nu au apelat la serviciul de urgență, la medicul de familie și nici la poliție, care să le acorde ajutorul calificat necesar în aceste situații.

La cei 5 pacienți care au ajuns la gestul de suicid sub influența abuzului cronic de alcool (consum etilic regulat în decurs de 4-7 ani) am stabilit că atentatele la propria viață au urmat unor reacții de izolare, refuz al tratamentului specializat (din motivul că nu se consideră bolnavi). Acești pacienți sunt foarte demonstrativi și în cadrul actelor de sinucidere utilizează diferite obiecte (nasturi etc.), care le vor provoca leziuni grave. În asemenea cazuri, lipsind evident aprecierea critică față de propria stare somatică și psihică, pacienții erau spitalizați forțat și pe un termen mai lung.

Am investigat în acest studiu și 3 pacienți cu aberații caracteriologice (psihopatii): tulburări în sfera emoțional - volitivă, pentru care era caracteristică denaturarea caracterului. Toți aceștia, fiind persoane foarte tinere (18-30 ani), apelau la atentate autoagresive sub impresia puternică a diferitor conflicte familiale, a diferitor tensiuni sau neînțelegeri cu colegii de la serviciu, uneori chiar sub impresia unor conflicte sau neînțelegeri cu prietenii sau chiar în stradă. Aceste persoane se caracterizau printr-un comportament neadecvat, pronunțat antisocial, majoritatea timpului liber aflându-se în compania unor persoane de tagma lor, cu care pot consuma alcool, fie și în cantități mici, după care se dedau la peregrinări de vagabondaj. Unii dintre aceștia nu înnoptează acasă. Pentru a se remarca aceste persoane, cu trăsături psihopatice, înscenează crize, acte de sinucidere, simulează o boală inventată sau despre care au auzit de la cineva.

Ei sunt extrem de originali, cocheți, cu tendințe de teatralizare. La ei predomină tendința spre diferite născociri, fantezii. Născocirile conțin cu o mulțime de detalii concrete, fiind însoțite de o gesticulație și o expresivitate bogată. Șantajul suicidal intră în scenariul de presiune asupra familiei, rudelor apropiate, asupra colegilor sau administrației de la locul de muncă al pacientului, care urmărește în acest mod obținerea unor avantaje pentru sine și care, fiind aplicate nu o singură dată, poartă o amprentă vădit demonstrativă. În cadrul momentelor de șantaj ei sunt foarte labili, trec ușor de la râs la plâns, iar în timpul discuțiilor iau poze extravagante. Pentru ei viața e un fel teatru pe a cărui scenă ei se simt asemenea unor actori. Cu cei care sunt încântați de persoana lor sunt amabili, le găsesc calități pozitive, îi idealizează, iar pe cei care nu-i acceptă sau îi ignorează îi consideră dușmani.

Le place și simt mereu necesitatea să se vorbească despre ei, despre trecutul lor interesant, despre succesele mari repurtate cândva. La acești pacienți predomină tendința de a atrage atenția celor din jur asupra persoanei lor, de a se prezenta celor din jur exagerându-și meritele. Fiind supraafectivi, un excitant, fie și de o mică forță, le poate provoca o reacție afectivă destul de puternică, cu tendințe demonstrativ exagerate.

Am avut în lotul de studiu și 4 pacienți cu epilepsie, care au fost apreciați ca persoane ce produc fenomene epiletiforme sau paroxisme epileptice generalizate. Analiza caracterelor

de manifestare a paroxismelor pe cadranul nictemeral a demonstrat că crizele manifestă o anumită cronoafinitate, condiționată desigur și de tipul evolutiv. Epilepsia benignă, la pacienții noștri, manifestă tendința de evoluție multianuală (mai mult de 10 ani) cu agravări, decompensări, compensări, alură uniformă, cu remisiuni spontane sau terapeutice, cu trecere în convalescență.

Aceste varietăți evolutive au fost determinate de o serie de factori: frecvența și tipul crizelor, timpul producerii lor, constituirea ritmului de paroxisme și a orelor comițiale de vârf, de gravitatea stării postcritice, de tulburările LCR, dar și de tratamentul neadecvat și neregulat, de perioadele fiziologice critice ale individului, de vârsta apariției paroxismelor epileptice veritabile etc. Toți acești factori pe lângă durata intervalelor albe (intercritice), tipurile evolutive și particularitățile de afectare ale psihicului și, în definitiv, comportamentul adesea categoric al pacientului cu epilepsie influențează intensitatea procesului epileptic.

În acest context profilaxia, monitorizarea procesului epileptic și pronosticul trebuie să ia în calcul realitatea clinică, care adesea denotă că, în urma suferințelor, pe parcursul a mai multor ani și în urma unor conflicte familiale, cu rudele apropiate pacienții cu epilepsie pot să recurgă la acțiuni autolitice sub formă de otrăvire cu medicamente, cu alte substanțe chimice, intoxicări cu monoxid de carbon. Au fost cazuri când epilepticul s-a aruncat sub tren, în fântână etc.

S-au înregistrat și 2 cazuri în care pacienți cu vârsta de 23 și, respectiv, de 25 ani, au comis gesturi necugetate pe fundalul unor psihoze postpartum ce au survenit imediat postnatal. Ele au refuzat orice contact verbal și chiar nouă ne-au răspuns cu greu la unele întrebări. Bolnavele erau în permanență încordate, dominate de o stare fobică, dezorientate în timp și spațiu. Majoritatea timpului preferau să stea în singurătate, necontactând cu nimeni și permanent fiind sub impresia celor întâmplare. Pe fundalul depresiei adinamice apărea anxietatea, cu idei delirante despre moartea recentă a copilului, existând convingerea că în viitorul apropiat vor fi părăsite de soți etc. Ambele pacienți aveau tendința spre acțiuni de sinucidere (prin aruncare de la etaj), din fericire nu s-a ajuns până la realizarea concretă a intențiilor.

În situația pacienților cu patologii vasculare (1 bărbat și 1 femeie), care aveau și tulburări cognitive, dereglări de memorie, de rațiune și tulburări succesive de comportament, am constatat că aceștia au încercat în repetate rânduri, aparent fără nici un motiv clar, au încercat diferite acte suicidale. Pe fundalul dereglărilor persistente, la pacienții examinați apăreau episoade de excitație motorie, halucinații, stări de anxietate, fobii, care provocau irascibilitate, agitați. Tulburările de memorie survineau treptat pe acest fundal, pentru ca în final să devină de caracter global, cu dezorientare spațială. Acești pacienți ajung să nu mai recunoască persoanele apropiate, în mediu cunoscut ei rătăcesc pe străzi, pătrund în încăperi străine, foarte des ieșind din casă, vagabondează.

În studiul nostru am urmărit și evoluția a 3 pacienți cu psihoză depresiv-maniacală, suferință care dura de peste 8 ani. Pentru acești indivizi, cu pregnante disabilități mintale, semnificația de calitate a vieții le-a sporit atenția în ultimul timp, mai ales că ei toți au un statut social foarte scăzut. În cadrul discuției cu aceștia, întrebându-i despre lucrurile ce se produc în viața lor, ei ne-au răspuns doar în tonalități pesimiste “niciodată nu voi fi fericit”, “sunt sărac și nu am posibilități de

a mă îngriji și trata”. Referitor la controlul asupra propriei vieți ei au spus că nu-și pot controla suficient viața. Când au fost întrebați despre factorii esențiali ce i-au determinat la săvârșirea actului de suicid prin otrăvire, spânzurare ei au spus că nu mai întrevăd nici o speranță și nu au nici o perspectivă pentru ziua de mâine.

Afirmațiile de mai sus ne confirmă imperioasa necesitate a unor rețele de servicii și de stabilimente care să se îngrijească de problemele persoanelor cu dificultăți de ordin adaptiv social sau cu reale disabilități mintale, servicii care ar funcționa în cadrul unui program ce ar include mai multe aspecte ale vieții, inclusiv activități profesionale și nu doar relații medic-pacient. Nici până în prezent însă nu se întreprind măsuri reale pentru abordarea acestui aspect extrem de necesar.

Rolul simptomaticei psihopatologice în realizarea acțiunilor de suicid impune apelarea la măsuri eficiente de prevenire a lor prin activitate profilactică cu familia, cu rudele apropiate, prin supravegherea și acordarea asistenței necesare pacienților care i-ar ajuta să reziste mediului social. Un rol important în aceste cazuri va reveni psihoterapiei individuale, dar și mai adecvate vor fi ședințele psihoterapice cu membrii familiei sau cu tutorii, în cadrul cărora se vor explica modalitățile de contact cu acești pacienți: cum trebuie să fie îngrijiți, cu ce să fie alimentați, cum să fie scoși la plimbare, în ce mod să le educăm elementare abilități de autoservire, cum să-i ajutăm să-și respecte membrii familiei, pe persoanele tutelare și cum să le fie acordat primul ajutor în caz de dereglări comportamentale.

Necesitatea unei atenții sporite față de pacienții cu disabilități mintale rezultă din faptul că, în majoritatea cazurilor, acțiunile autoagresive de suicid se realizează prin intermediul preparatelor prescrise de medicul psihiatru de circumscripție în condiții de ambulator. Atitudinea formală față de pacienții cu disabilități mintale compromite activitatea medicului de pe teren și a medicului psihiatru de circumscripție ca personalitate. În unele cazuri și remediile sunt indicate în doze prea mari și nu întotdeauna adecvat. Se cere deci o analiză minuțioasă a stării acestor pacienți: inițial li se indică preparate psihotrope pentru consum în regim de ambulatoriu, moment în care pentru a preveni comiterea actelor autoagresive se impune a se lua în calcul condițiile de anturaj la domiciliu, relațiile familiale, contactele cu rudele apropiate, contactele cu partenerii de la serviciu și, contactele cu vecinii și în mare măsură, contactele cu prietenii.

În raport cu sarcinile reabilitării am distins și claritatea diagnosticului funcțional, care depinde de calitatea gândirii clinice a medicului examinator și presupune repere clinice, psihologice și sociale, de aceea în recuperarea pacienților cu disabilități mintale am considerat esențial să proporționăm volumul de exercițiu biologic și psihosocial doar în funcție de particularitățile bolii (apartenența nozologică și tipul evolutiv). Astfel în raport cu un pacient cu disabilități mintale, ce evoluează cu debilitarea funcțiilor intelectuale, este mai adecvat să se adopte măsuri ce mizează pe adaptarea acestuia, pe aclimatizarea lui la mediu, adică pe restabilirea potențialului său adaptativ.

Sarcinile concrete de reabilitare însă trebuie să difere în funcție de mai multe circumstanțe. Uneori scopul curativ are mize destul de modeste, de exemplu să reducă din griji de asistare a pacientului în anturaj casnic sau de spital. Alteori trebuie să tindem spre obiective mai esențiale: schimbarea

profesiunii, încadrarea mai adecvată în condițiile de viață și de activitate în afara staționarului. Acolo unde se abordează un pacient cu un defect suficient de compensat, obiectivul reabilitării se rezumă la reintegrarea lui în profesiunea anterioară evenimentului morbid sau la revenirea lui la serviciu.

Există pacienți cu disabilități mintale rezistente la terapiile medicamentoase, iar problemele comportamentale și neuropsihologice se reflectă asupra statutului lor social și deci sunt mult mai grave și au consecințe mult mai ponderale decât accesele convulsive propriu-zise. Izolarea socială, limitările profesionale, dificultățile sexuale și alte probleme cu care se confruntă pacientul cu dezechilibru sau disabilități mintale amplifică enorm riscul depresiilor, al actelor autoagresive de suicid, de aceea socioterapia în raport cu un pacient cu dezechilibre psihice și mintale nu trebuie suspendată și ignorată odată cu externarea.

Este dificil până și momentul revenirii lui acasă, în special după un episod de suicid, dar mai ales reintegrarea în familie, care va fi asistată de către medicul de familie și de către medicul psihiatru de circumscripție. Ne referim aici la diferite manevre de ordin pedagogic. Forma cea mai des abordată de socioterapie este aceea când se ia în vizor întreaga familie, urmând a corecta atitudinile eronate, inadecvate și care pot amenința echilibrul neuropsihic al membrului marcat de boală, atitudini care până la un punct întrețin boala. Obiectivul psihoterapiei familiale este unul de manevrare și mai ales de redresare a relațiilor care viciază mediul psihologic și perturbază calmul și căldura căminului de care are atât de mult nevoie persoana ce a ajuns să comită cel mai dramatic și mai impropriu ființei umane gest - cel de atentat la propria viață. Suntem cu toții în egala măsură responsabili de prevenirea eficientă și categorică a acestor fenomene distructive pentru calmul social și pentru prosperarea umanității.

Bibliografie selectivă

1. BERGHI I., CAZACU V., CHISTRUGA E. Considerații privind discernământul și responsabilitatea în cadrul epilepsiilor // Eseuri în psihiatria contemporană. - Chișinău, 2002. - P. 162-165.
2. BERGHI I., CAZACU V. Considerații privind psihopatologia intercritică în cadrul epilepsiilor cu incidențe medico-legale psihiatrice în aspectul concepției asimetriei interemisferice. Materialele Congresului de psihiatrie cu participare Internațională "Actualități în psihiatrie" – Chișinău. -27-28 mai 2004.-P. 99-105.
3. BIVOL G. Ghid practic al medicului de familie. - Chișinău. — 2003. – 536p.
4. COBĂLEANSCHI O. Socioterapia extraspitalicească a bolnavilor epileptici // International Conference Training Professionals for Primary Health Care, April 11. - Chișinău, 2003. - P. 249-250.
5. NACU A., NACU AN. Psihiatrie judiciară. - Chișinău, 1997. - 352 p.
6. PLEȘCO A., ȚURCAN C. Integrarea bolnavilor de epilepsie în societate // Integrarea Umană. ProUMAN. - Chișinău, 2002. - P. 68-72.
7. VRABII L., GROPPA ST. Optimizarea reabilitării bolnavilor de vârstă matură cu epilepsie. Conferința a VI-a Națională de Epileptologie și a II-a Conferință Națională de Boli Vasculare Cerebrale, consacrată aniversării a 60 de ani de Învățământ Medical Superior în Republica Moldova (11-13 mai). - Chișinău, 2005. - P. 154-155.
8. ГЕЛЬДЕР М., ГЭМ Д., МАЙО Р. Оксфордское руководство по психиатрии. - Киев, 1997. - С. 282-289.
9. КАПЛАН Х. Клиническая психиатрия / Перевод с английского Т.Б. Дмитриева. – Москва.: ГЭОТАР Медицина. - 1998. – 512с.
10. СЕМКЕ В. Я. Превентивная психиатрия. – Томск. – 1999. – 403с.
11. ТЁЛЕ Р. Психиатрия с элементами психотерапии / Перевод с немецкого Г.А. Обухова. – Мн.: Интер-прессервис. - 2002. – 496с.