

PSIHOTERAPIA COMPORTAMENTULUI AUTOLITIC ÎN TULBURĂRILE DEPRESIVE

Ghenadie Cărăușu, Irina Plăcintă

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală

Summary

Psychotherapy of autolytic behavior in depressive disorders

The aim of this work consists in studying the phenomenon of suicide in resistant depression, to evaluate the factors in triggering suicidal attempts, development the behavior of psychotherapeutic treatment of patients. The study conducted on a group of 36 patients showed that the most important factor for suicide attempt was the feeling of despair. Risk factors for suicide attempts were: younger age, unmarried marital status, the social status of unemployed, somatic diseases, repeated admissions to psychiatric hospitals, material and existential crises. The main target of therapy consisted of teaching the patient to think of other ways to solve the problem. During therapy patients were aware that sudden acute suicidal impulses should not be interpreted as a sign of inefficiency therapy.

Rezumat

Scopul lucrării constă în studierea fenomenului suicidar în depresiile rezistente, evaluarea factorilor în declanșarea tentativelor de sinucidere, elaborarea conduitei de tratament psihoterapeutic a pacienților. Studiul efectuat pe un lot de 36 paciente a demonstrat că cel mai important factor al tentativei suicidare a fost sentimentul de deznădejde. Factorii de risc pentru tentativele de suicid au fost: vârsta tânără, statutul marital de necăsătorită, statutul social de neangajat/ șomer, bolile somatice, internările repetate în spitalele de psihiatrie, crizele materiale și existențiale. Ținta principală a terapiei a constat în învățarea pacientului să se gândească la alte metode de a rezolva problema. Pe parcursul terapiei pacienții au fost preveniți că o acutizare subită a impulsurilor suicidare nu trebuie interpretată ca un semn al ineficienței terapiei.

Actualitatea

Diagnosticarea la timp și tratarea stărilor depresive sunt esențiale [1, 13, 16]. Povara reprezentată de această patologie asupra individului însuși, a familiei și societății, reprezintă argumentul fundamental de a o considera ca fiind un obiectiv major de sănătate publică [2, 5, 10]. Depresia afectează o femeie din patru și un bărbat din zece. Cu toate că tratamentul depresiei este relativ scump, dar netratarea ei costă mult mai mult. Doar unu din cinci pacienți cu depresie majoră sunt tratați corespunzător [3, 6, 19]. În mai puțin de zece ani, utilizarea tratamentului antidepresiv a crescut de cinci ori, ceea ce s-a însoțit de o scădere a ratei de suicid cu 25 la sută. Depresiile reprezintă o problemă medico-socială cu impact economico-financiar semnificativ. Costurile tratamentului depresiei în Anglia se prezintă astfel: consultarea specialistului – 26,9%; vizite acasă a MF – 3,4%; nurse – 3,9%; medicație – 11,3%; servicii sociale – 9,6%; internări în secția de psihiatrie – 39,7%; internări de urgență (tentative suicidare) – 2,9%; policlinici – 2,2%. [17, 22]. De ex., în Marea Britanie costurile directe ale depresiei constituie 534 milioane € (333 mil. £); în SUA - 2.100 milioane € (2.350 milioane \$) [18]. Povara economică a depresiei implică însă și costuri indirecte prin pierderea productivității, pierderi prin creșterea mortalității. Circa 15% dintre stările depresive severe pot lua o formă psihotică, pacienții prezentând halucinații amenințătoare, deliruri de autoacuzare. Nu numai cheltuielile enorme în tratamentul acestor bolnavi, dar și riscul înalt de dezvoltare al suicidelor explică necesitatea elaborării unui complex de măsuri adecvate [4, 8, 15]. Îmbunătățirea diagnosticului și tratamentului depresiei cu medicație antidepresivă corespunzătoare și în doze adecvate este singura metodă dovedită de prevenție a suicidului. Tulburarea de dispoziție este cel mai frecvent diagnostic, asociat cu suicidul [7, 11, 12]. 15% din pacienții cu depresie severă se sinucid, iar 60 la sută se gândesc să o facă. 43.000 persoane din EU-15 și-au luat viața în 2004 și 700.000 au avut o tentativă suicidară. Suicidul la bărbați între 15–24 de ani a crescut cu peste

65% în aceeași perioadă. Riscul la suicid în depresia psihotică cu idei de culpabilitate și inutilitate este de 5,3 ori mai mare, comparativ cu formele nedelirante [14, 20, 25]. Pulsunile suicidare reapar la superficializarea terapeutică a simptomatologiei depresive. Subiecții cu durere morală, agitație anxioasă, cu idei delirante de culpă, indemnitate, incurabilitate și negație, cu semne de cooperare redusă, izolare socială, insomnie, anorexie și pierdere în greutate sunt predispuși la autodistrugere [9, 21, 24, 26]. Se notează o corelare a creșterii ratei suicidului cu factorii de mediu, stilul de viață, disponibilitatea pentru consumul de droguri.

Scopul

Studierea fenomenului suicidar în depresii, evaluarea factorilor în declanșarea tentativelor de sinucidere, elaborarea conduitei de tratament psihoterapeutic ale pacienților cu această afecțiune.

Material și metode

Studiul a fost efectuat în perioada 2010-2011 pe un lot de 36 paciente cu episoade depresive majore, rezistente la tratament, internate în IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie, Chișinău. S-a efectuat un studiu descriptiv, care a permis descrierea bolnavilor în funcție de prezența psihopatologiei.

Pentru recrutarea subiecților de studiu s-au utilizat atât criteriile de includere, cât și de excludere. Astfel, criteriile de includere au fost: vârsta bolnavilor între 18 și 69 ani; pacienți, care au suportat două cure consecutive neeficace de terapie timoanaleptică cu aplicarea de AD cu structuri chimice diferite. Criteriile de excludere au inclus: subiecți cu o serie de condiții medicale asociate grave, în stadiu de decompensare (patologie somatică, endocrină, hematologică, inclusiv diabet zaharat, tip I; astm bronșic; HTA severă (gr. III); angină pectorală; infarct miocardic, insuficiență cardiacă cronică (gr. III); aritmii severe; insuficiență renală cronică; colită ulceroasă; neoplazie; colagenoze; anemie, grad III; hepatită cronică, cu activitate maximă).

În observațiile noastre cel mai mare număr de bolnavi s-a aflat în grupele de vârstă de la 40 la 59 ani- 27 de subiecți, (75 la sută). O astfel de distribuție a fost condiționată de prezența și cumularea în această perioadă a vieții a unui mare număr de factori patogeni, inclusiv cu caracter psihotraumatizant. Distribuția completă a subiecților în raport de vârstă asociat debutului clinic declanșat al bolii se prezintă astfel: de la 18 la 29 ani- 3 pacienți (9%); de la 30 la 39 ani- 6 subiecți, (17%); de la 40 la 49 ani- 10, (28%); de la 50 la 59 ani- 11, (31%) și de la 60 la 69 ani – 6 bolnavi (15%).

Vârsta medie a bolnavilor a fost de $46,86 \pm 0,74$ ani.

În studiul prezent ponderea cea mai înaltă au constituit persoanele cu studii medii- 21 de cazuri (58,8%), apoi urmează cele cu studii superioare - 10 cazuri (29,2%) și în final- cele cu studii medii incomplete (elementare) – 5 cazuri – 11,9%.

După statutul social cel mai mare număr de subiecți au fost salariați permanent - 17 cazuri (47,70%). Locurile următoare ocupau pensionarii/pensionații medical - 11 cazuri (32,00%), șomerii – 6 cazuri (16,00%); și, în sfârșit, studenții - 2 cazuri, (4,20%).

În examenul clinico- psihopatologic o semnificație deosebită s-a acordat obținerii informației plenare despre antecedentele eredo – familiale, atitudinea părinților, condițiile de viață, episoadele nevrotice, nocivitățile, bolile copilăriei, situațiile psihotraumatizante în copilărie, trăsăturile personalității premorbide, statutul marital și social, situațiile conflictuale în propria familie, gradul de instrucție, nocivitățile în perioada premorbidă, comorbiditățile/comorbiditățile psihiatrice în timpul bolii, condițiile în care au apărut sau au fost sezizate primele semne morbide, precedarea lor de afecțiuni somatice, stresurile emoționale, precizarea raporturilor cu anturajul socio-familial, durata bolii, numărul de episoade anterioare, modul de debut, manifestările clinice ale episodului depresiv rezistent, caracteristicile metodelor psihoterapeutice de tratament. Datorită procedurii anamnestic a fost observată legătura în timp între simptome, modificarea caracterului maladiei sub influența psihoterapiei. Pentru a exclude

careva maladii sistemice, s-a atras atenția la semnele clinice de alertă, iar la depistarea acestora pacientul a fost supus unor examene suplimentare, fiind consultat de specialiști de profil, conform standardelor.

Rezultate

Prevenirea pe termen lung a instalării bolii s-a bazat pe calitatea relației între pacient, anturajul său și terapeut. Uneori se cerea a anticipa careva situații existențiale, pentru a evita factorii favorizanți sau circumstanțele precipitante, deoarece a locui alături de un astfel de pacient era greu, deseori culpabilizant. Anturajul avea și el nevoie de a fi ascultat și reconfortat. Iar pacienții, prin manifestările lor morbide, produceau dificultăți relaționale. Cu toate că aparținătorii au fost o sursă importantă de informații, dar și ei, la rândul lor, trebuiau să fie informați. Aceste lucruri au putut favoriza o mai bună reintegrare a subiectului și mai ales evitarea unor evoluții grave. În cazurile noastre, anturajul nu putea ignora schimbarea comportamentului subiecților, cu o durată de câteva săptămâni, luni. Însă aparținătorii trebuiau să depășească câteva tabu-uri, să poată trece de frica „nebuniei”, la fel ca și de culpabilitatea, născută prin maladia unui apropiat. Necunoscând cauzele bolii, partenerul avea o atitudine de denegație, începea să piardă răbdarea. Cu toate că uneori afecțiunea partenerului era evidentă pentru anturaj, ea era însă neînțeleasă. Aparținătorii erau convinși de necesitatea tratamentului, însă bolnavii refuzau acest lucru. Apariția acestor întrebări încărcau rudele cu o neliniște extremă, dar și cu o mânie, sub presiunea angoasei. Însă majoritatea celor apropiați abordau această problemă direct, spunându-le clar subiecților despre apariția unei probleme evidente în starea lor, de ex., dereglarea somnului, scăderea poftei de mâncare, astfel evitând ceea ce ar putea să fie rău interpretat.

Deoarece consultul precoce a unui terapeut a fost deseori refuzat pentru motivul că el n-ar putea repara „răul”, a fost oportun de menționat subiectului că tratamentul are ca scop corectarea consecințelor sau de a-l ajuta să găsească mijloacele pentru a depăși situația dramatică. Anturajul a fost rugat să fie scurt, dar clar, și să revină la starea subiectului de mai multe ori, pentru că rezultatele nu puteau veni repede. Deseori anturajul era disperat de starea bolnavului, de reușita în a-l face să consulte un medic și să accepte consultația. Aparținătorii au fost informați de atitudinea disperată a pacienților sau de marea lor inhibiție psihomotorie, astfel ei stabileau printre primii diagnosticul și antrenau subiectul să consulte. Rudele au fost solicitate ca să-i acompanieze pe toată durata tratamentului. În această întreținere în trei s-a precizat vechimea dereglărilor, gravitatea lor, ideile de sinucidere, antecedentele persoanele și de familie, astfel că partenerul, prin prezența sa, a devenit indispensabil pentru evaluarea gravității bolii. A fost expusă strategia terapeutică și rolul fiecăruia, explicând de ce este nevoie de medicamente, precizând rolul lor respectiv și indicând ce se așteaptă de la ele, la fel ca și efectele lor nedorite. A fost accentuată ideea că tratamentul medicamentos și cel psihologic este indispensabil, ca și chestiunea de a fi bine informat. Atât bolnavii, ca și anturajul au avut nevoie de repere pentru înțelegerea maladii, însă și pentru conduita tratamentului. Prin faptul de a-i aminti ce a spus terapeutul și ajutându-l să se proiecteze în mod pozitiv, dar și prin implicarea în conducerea grijilor, aparținătorii au putut ajuta mult subiecții. La fel ca și prescrierea tratamentului, luarea regulată și la doza prescrisă, a trebuit explicată bolnavilor și celor care îl înconjoară. S-a recomandat ca aceste informații să circule bine între terapeut, pacienți și anturaj, astfel evitând defectul de observație - una din cauzele principale de instalare a rezistenței. În acest schimb de informație, în repartitia rolurilor s-a lăsat loc preponderent pacientului. Deoarece starea morbidă deseori se asocia cu pierderea autorității pentru bolnav, de aceea s-a convenit, ca și pacienții să ocupe un rol important în conducerea tratamentului, însă au fost preveniți contra automedicației. În situația în care starea bolnavilor era fluctuantă, contradictorie, anturajul a fost ajutat să se mobilizeze, să se înarmeze pentru o așteptare, răgaz, în care medicamentele vor acționa, iar starea se va schimba. În astfel de condiții s-a convenit ca pacienții să nu ia decizii importante și ca ele să fie proiectate numai după vindecare.

S-a lucrat mult cu neliniștea aparținătorilor, partenerii cărora aveau o maladie de prea mult timp, „stare instalată”, deoarece celula familială era primul contact al pacientului. Cu toate că se obișnuia de a face în pofida bolnavului, pe urmă și fără el, astfel transferându-se asupra lui numai autoritate, s-a ajutat familia să accepte situația fluctuantă a bolnavului și să anuleze dubiile, suspiciunile și acuzațiile. S-a luat în calcul aceste aspecte negative, inclusiv intoleranța la boală a anturajului față de subiect, opoziția între pacient, care minimaliza simptomele și cei care-l înconjurau și care din contra, exagerau prin anxietate excesivă, iar discursurile noastre au fost moderate, uneori pedagogice, declarând sincer că episodul va dura numai câteva săptămâni sau luni, astfel am redus pesimismul larg răspândit. Deoarece anturajul trăia în frică permanentă a unei recidive, fapt care întreținea un climat familial apăsător, anturajul a fost informat, ca și pacientul, de necesitatea de a prelungi tratamentul după vindecarea clinică.

Starea morbidă afecta concentrația, memoria, spiritul de decizie, iar bolnavul avea o frică justificată și stătea la dubiu privitor la angajare. S-a lucrat mult cu această imagine foarte negativă, care putea fi penalizantă în mediile profesionale și s-a ajuns la concluzia că era preferabil ca subiectul să stea totuși fără lucru, mai degrabă decât cu el, însă neeficient și cu multe erori. Durata opririi lucrului a fost eventual dificil de determinat: pacientul, ca și anturajul trebuiau să fie convinși că deseori era mai bine să fii absent, decât prezent și lipsit de mijloacele sale, însă pierderea statutului profesional și șomajul de lungă durată puteau fi menționați ca condiții în menținerea acestor tulburări.

Un număr important de suicide și tentative suicidare se notează în formele rezistente terapeutic ale depresiilor. Studiile epidemiologice apreciază, că depresiile rezistente trebuie suspectate în circa 30% din cazuri, factorii de risc fiind dozele inadecvate și noncompliancea [23]. În observațiile noastre majoritatea subiecților au recunoscut, că nu doreau să moară, dar voiau să-și modifice sensul existenței lor fără să o întrerupă. Nu s-a depistat la ei pierderea speranței și a perspectivei. Dintre tentativele de suicid 20 % au necesitat asistență medicală mai intensivă. Cele mai frecvente metode de autoagresiune au fost intoxicațiile ușoare și venesectiile. 54 la sută dintre subiecți au comis mai mult de o tentativă de suicid. Mult mai favorizante pentru apariția tentativelor de suicid au fost episoadele depresive severe, dar scurte. Riscul suicidar al pacienților a fost favorizat de subdiagnosticare și tratament incorect. Astfel, 2/3 dintre suicidari au fost examinați de medicul generalist în luna, care a precedat suicidul, iar 37% în săptămâna precedentă; o treime au amenințat cu suicidul, iar 74% au avut prescrise psihotrope, cel mai frecvent hipnotice, și numai o treime dintre pacienții depresivi au primit medicație antidepressivă, dar și aceasta în doze inadecvate. În mod surprinzător, uneori, psihiatrii, ca și medicii generalști, nu evaluează cu acuratețe riscul suicidar, ceea ce impune adoptarea unor măsuri preventive mult mai coerente la nivelul asistenței psihiatrice. În cazul tulburărilor depresive este important tratamentul eficace, cu toate, că introducerea antidepressivelor nu a dus la scăderea ratei suicidelor. Este vorba, mai întâi de toate, de dozele insuficiente de antidepressive, lipsa compliancei terapeutice, și nu trebuie neglijat nici faptul, că antidepressivele în sine pot fi utilizate ca mijloc de suicid.

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

Anamneza și examenul clinic general al unui bolnav cu potențial suicidar cere multă abilitate psihologică, punând deseori la încercare calitățile profesionale ale terapeutului. Dificultatea investigației clinico-psihologice a pacientului, ca și a evaluării riscului sporește și prin faptul, că cel în cauză, ajuns la concluzia necesității actului suicidar se simte în mare măsură detașat și desolidarizat de grupul social, ca și de obligațiile sale morale, socio-familiale. În virtutea acestui fapt, dezinfectiv afectiv de ambianță, pacientul refuză dialogul asupra actului suicidar cu terapeutul, îi acordă un caracter convențional și impersonal sau recurge la o disimulare a ideilor sale suicidare. Abordarea directă a problemei suicidului, această rană

deschisă nu accentuează preocupările și intențiile acestuia. Majoritatea pacienților au prevenit clar în legătură cu intenția lor suicidară. Se impune un dialog simplu cu pacientul, autentic, a cărui forță va avea la bază faptul că ideile și tendințele suicidare sunt expresia unei stări psihice particulare sau a unei tulburări psihice desigur trecătoare.

Prin evoluțiile lor deseori recurente, cât și prin riscul suicidar, dar și al handicapului social rezultat, tulburările depresive constituie în continuare o importantă temă de preocupare. Nu sunt ușor de diferențiat elementele asociate cu cronicizarea și/sau rezistența la tratament, de acei factori care ar fi predictivi pentru reapariția simptomelor unui nou episod. Printre parametrii determinanți ai unei recidive depresive sunt în primul rând particularitățile proprii ale maladiei (tipul de depresie, numărul și aspectul episoadelor anterioare). A existat o cauzalitate predispozițională între evenimentele defavorabile, negative de viață și declanșarea episoadelor depresive refractare. Însă modul de percepție a fost mai important decât însuși evenimentul psihotraumatizant, în sine. Rolul evenimentelor de viață în declanșarea tulburărilor depresive a fost indiscutabil, dar influența lor a fost exercitată în egală măsură și asupra declanșării reșutelor și recidivelor. Unele evenimente, care au avut un impact slab direct, au stat la originea unei cascade de evenimente, ridicând nivelul de stres până la pragul patogen.

Stresul social s-a constatat a fi o condiție majoră pentru menținerea depresiei, iar calitatea suportului social a determinat de un mod semnificativ impactul evenimental. Factorii de stres social, prin evenimente nefavorabile, de ex. decesul unui partener de viață, șomajul, îmbolnăvirea severă sau moartea unui membru al familiei, au supus individul la un efort suplimentar de adaptare, cu un risc serios de decompensare majoră. La fel ca și stresul cronic, prin procese interminabile de divorț, separare maritală, lipsa unui partener de viață, izolarea socială, debutul într-o nouă activitate, plecarea din mediul familial al unui copil la studii sau un loc de muncă îndepărtat, dar și alte situații persistente și insolubile în timp, au întreținut stări prelungite de conflict și amenințări repetate la adresa securității și integrității individului. Un rol la fel de important l-au jucat și factorii cotidieni, aparent minori, de ex., conflictele intrafamiliale minore repetitive nerezolvate, lipsa relației de susținere și de confidență, discuțiile tensionate interminabile, dificultățile financiare de ordin curent etc., care au amplificat astfel impactul evenimentelor stresante asupra evoluției bolii.

Au fost identificați o seamă de factori cu rol semnificativ în depresia refractară, unii având rol predispozant, cum ar fi factorii de vulnerabilitate ce nu duc la boală prin simpla lor prezență și necesită intervenția unor factori declanșatori pe care savanții îi denumesc „provoking agents”, reprezentați de dificultățile existențiale și evenimentele de viață cu caracter de amenințare reală sau simbolică. Acești factori de vulnerabilitate ar fi: pierderea mamei prin deces înaintea vârstei de 11 ani; faptul de a avea 3 sau mai mulți copii minori sub vârsta de 14 ani; lipsa unei relații afective și de încredere morală cu o persoană de sex opus, de preferat soțul; lipsa unei activități profesionale în afara perimetrului casnic. Reținem din acest studiu importanța pierderii parentale la vârsta copilăriei, factor important de fragilizare a mecanismelor de defensă pe cale de constituire.

În terapia depresiilor refractare a fost luat în considerare riscul suicidar, deoarece la pacienți (39,54 %) s-au notat idei sau acte de auto-vătămare sau suicid, iar psihoterapia aplicată aici a fost un mijloc de alegere.

Afectul depresiv apărea ca un semnal de alarmă al Eu-lui, mărturisind despre o nenorocire deja sosită, unde, în loc să se deplaseze pe un alt obiect, libido se retrage în Eu, identificat cu obiectul abandonat și toată violența mortieră se întoarce spre el într-un conflict pe viitor internalizat. Luat ca o „menghină”, între un Id „criminal” și un Super-Ego „tiran”, Eu-l n-are alte surse decât a se tortura pe el însuși. După Freud, starea persoanei are niște particularități generale, care, într-o oarecare măsură, îl fac pe fiecare individ vulnerabil în ceea ce privește suicidul. Din aceste particularități fac parte: instinctul morții cu derivatele lui clinice, instinctul agresiv orientat în afară, și instinctul destructiv orientat înăuntru; dezintegrarea Eu-lui, care este inevitabilă, dat fiind faptul că Eu-l este neajutorat în copilăria fragedă, când nu este capabil să facă față instinctelor sale și este nevoit să se supună părinților ori să piară; familia și

societatea, care cer fiecărui membru al grupului concesivitate și manifestare a sentimentului de vină.

Aceste particularități explicau doar parțial ideile suicidare ale subiecților, în care, de regulă, sunt implicate niște mecanisme specifice, inclusiv eșecul mecanismelor de protecție psihologică ale Eul-ui și eliberarea unui volum mărit de energie destructivă instinctivă, dar și pierderea obiectelor de dragoste; trauma simbolică narcisică în rezultatul unui eșec sau înfrângere serioasă; un afect neobișnuit de puternic: furie, vină, anxietate sau o combinație ale acestora; dezintegrarea excesivă a Eu-lui și confruntarea a unei părți ale Eu- lui cu alta; și atitudinea și planul suicidare speciale, care sunt deseori bazate pe identificarea cu persoana care a dat dovadă de comportament suicidar.

În sfârșit, există o mulțime de condiții predispozante specifice, care în măsuri diferite contribuie la tentative suicidare și care nu sunt mecanisme agravatoare. Din ele fac parte structura dezorganizată sau dizarmonioasă a Eu-lui, care se dezintegrează deacuma în condiții de stres relativ slab; tendința libidoului către fixație în poziții pre-oedipiene; tendințe deosebit de puternice către sadism sau masochism; boala Super-Eu-lui, cauzată de cruzime, dorințe de moarte din partea părinților, moartea lor, ori vre-un defect constituțional ereditar al Super-Eu-lui, care duce spre destructivitatea sporită a lui; legătura strîmtă între libido și moarte, afecțiunea către persoanele dragi, care au murit, fantezii despre moartea proprie; fantezii erotice vii, care simbolizează și ascund dorința de a muri, de exemplu, fantezia de a naște un copil de la tatăl, care se manifestă simbolic prin cădere de la înălțime; și modelul cronic de autodistrugere a vieții, care se manifestă, de exemplu, în pasiune către jocuri de noroc sau homosexualism.

Dragostea simbiotică poate fi o premiză potențială a intențiilor suicidare, de aceea particularitățile pre-oedipiene între mamă și copil, atitudinea mamei către crearea dorinței de a trăi la copil, conferirea la fiu a gustului de a trăi și a simțului de încredere în sine sunt foarte importante. Deseori drama suicidară reproduce nu atât vina pentru dorința inconștientă a copilului de a ucide părintele, cât reacția copilărească de abandonare apărută ca răspuns dorinței inconștiente a morții lui, apărută la părinte.

A trebuit să se decidă cât de mare era riscul de suicid la un pacient anume, pentru că se putea nimeri într-o situație dificilă. Informațiile, chiar poate fiind complete, nu puteau da răspuns la întrebarea, dacă pacientul are de gând să comită un act de suicid. Deaceea, concluzia clinică despre riscul de suicid, de regulă, a cerut informații suplimentare. Formularea riscului de comportament suicidar propunea o metodă ordonată de evaluare a pericolului suicidar, care unifică și echilibra materialele clinice autentice din anamneza pacientului, datele despre maladia lui și evaluarea stării psihice la momentul de față. Formularea cazului a constat din câteva componente: evaluarea reacțiilor precedente ale pacientului la stres, în special – la pierderi; evaluarea vulnerabilității pacientului la trei afecte care amenință viața – singurătate, dispreț față de sine și furie ucigătoare; evaluarea prezenței și naturii resurselor de susținere exterioare; evaluarea apariției și importanței emoționale a fanteziilor despre moarte; evaluarea capacității pacientului de a verifica raționamentele sale cu realitatea.

În formularea riscului de suicid au fost evidențiate și următoarele momente: definirea a cine sau ce este necesar pacientului pentru a continua să trăiască și este oare această sursă accesibilă, temporar inaccesibilă, pierdută pentru totdeauna, și există oare pericol pentru existența lui. Accesibilitatea surselor exterioare salvau pacienții de la disperare, însă nu mai puțin importantă a fost întrebarea: dacă el putea să aprecieze aceste surse, să se țină de ele și să le folosească pentru a rămîne în viață, deoarece unii pacienți simțeau o durere atât de mare, încît pierdeau complet legătura cu lumea exterioară și se gîndeau numai la ceea cum să scape de suferință, iar aceasta încă nu însemna, că dacă mâna de ajutor ar fi fost întinsă, ea ar fi fost acceptată. Deseori pacienții nu erau capabili de a aprecia măsura de dragoste și grijă a celor din jur ori propria sa valoare, astfel că în aceste cazuri a fost necesar nu numai de a stabili accesibilitatea surselor exterioare pentru pacient, dar și capacitatea lui de a înțelege că aceste surse există și pot fi folosite.

Comportamentul suicidar are în baza sa trei cauze inconștiente interdependente: răzburarea/ ura (dorința de a ucide), depresia/ disperarea (dorința de a muri) și sentimentul de vină (dorința de a fi ucis).

Pentru pacienți totul în jur părea sumbru, se simțeau „nuzi” și neprotejați, prezentând o durere spirituală foarte puternică, devenind în această stare proroci ai propriei condamnări. În acest timp ei deseori se distingeau prin lipsa dorinței de comunicare, pierzând interesul către viață, simțindu-se incapabili de a rezolva problemele și privind în viitor fără nici o speranță. Analiza cazurilor a demonstrat că Eu-l poate să seucidă pe sine doar atunci, când, datorită transferului atașamentului obiectelor spre sine, Eu-l avea o atitudine către sine ca către un obiect. Însă, când în momentul tentativelor de sinucidere Eu-l tinde să omoare obiectele rele în sine, în același timp el este orientat către păstrarea obiectelor sale iubite, interioare și exterioare, adică, în unele cazuri, fanteziile, care stau la baza suicidului erau orientate spre păstrarea obiectelor bune interioare internalizate în acea parte a Eu-lui, care se identifică cu obiectele bune, dar și spre distrugerea a celeilalte părți a Eu-lui, care se identifică cu obiectele rele. Astfel Eu-l obține posibilitatea de a se reuni cu obiectele sale iubite. Subiectul urăște nu doar obiectele sale „rele”, dar și Id-ul său. La comiterea tentativei de sinucidere scopul poate fi atingerea ruperii totale a relațiilor cu lumea exterioară, deoarece el dorește să salveze un oarecare obiect real – sau un obiect „bun”, care reprezintă toată această lume exterioară și cu care se identifică Eu-l lui – de la sine însăși sau de la acea parte a Eu-lui, care se identifică cu obiectele sale rele. În baza acestui pas stă reacția lui la atacurile sale proprii sadice asupra corpului mamei sale, care sunt primul reprezentant al lumii exterioare pentru copilul mic. Ura către obiectele reale (bune) și răzburarea împotriva lor, de asemenea întotdeauna joacă un rol important într-un astfel de pas, însă aceasta este anume ura incontrollabilă periculoasă, de la care bolnavul se străduie parțial să salveze obiectele sale reale prin propria sinucidere.

Tratamentul bolnavilor suicidari s-a limitat numai la control și reglementare a comportamentului lor, dar și la încercarea de a înțelege, în ce mod pacienții foloseau moartea presupusă ca o parte a mecanismelor sale de adaptare. Cu toate că mulți bolnavi erau în principal concentrați pe încercări de a controla situația și de a o folosi în felul său, terapia nu s-a transformat într-o competiție cu pacientul, deoarece aceste încercări de a controla intensificau unul din cele mai periculoase aspecte de manifestare a personalității suicidare, anume – de a intensifica tendința de a delega altora responsabilitatea pentru viața sa. Motivarea pacientului de a trăi de dragul psihoterapiei, terapeutului sau a familiei doar întâreau sentimentele simțite de el și fără aceasta, si anume – că el trăiește doar de dragul altora, astfel aceste sentimente mai degrabă îl împingeau spre sinucidere, decât o contravin. Bolnavii au avut nevoie de un monitoring constant pentru a evalua riscul suicidar, prin încercarea de a-l înțelege și susține în rezolvarea problemelor din cauza cărora apar tendințe suicidare, inclusiv conștientizarea căii prin care el folosește în viață amenințarea cu propria moarte. Terapeutul, care se teme de faptul că pacientul poate să seucidă, fiind sub supravegherea lui, nu are destule puteri ca să conducă psihoterapia. Nu s-a evitat tratamentul lor, cu toate că se nota anxietate în legătură cu posibila moarte a pacientului, și generarea eventualei senzații de vină. Raționalizarea necesității unor măsuri urgente pentru a preveni sinuciderea și a conduce psihoterapia servește ca evitare a conștientizării faptului că măsurile urgente, care reflectă anxietatea psihoterapeutului, deseori fac ca terapia să devină imposibilă, deoarece în procesul psihoterapiei particularitățile atitudinii persoanei suicidare față de moarte și autodistrugere se manifestă din plin. Pacienții creau anxietate în legătură cu moartea lor, inclusiv terapeutului și o foloseau deseori cu scopul de a manipula sau constrânge. Nu s-a răspuns la constrângerile lor, astfel s-a prevenit satisfacerea cerințelor pacientului ca răspuns la amenințări suicidare, situații care se repetau nu odată cu mărirea cerințelor și a furiei cauzate de refuzul de a îndeplini aceste cerințe. Numai așa s-a reușit evitarea faptului de a deveni sclavii pacientului.

În procesul psihoterapiei apăreau probleme cu contratransferul, din cauza refuzului nostru de a suporta dependența infantilă a pacientului. În acest caz bolnavii au fost informați despre așteptările terapeutului în legătură cu un comportament matur al pacientului, de care pacientul s-

a dovedit a fi incapabil; comunicării despre o apreciere negativă a rezultatelor tratamentului; unor evenimente importante din viața pacientului, care n-au fost detectate, de exemplu, refuzul membrilor de familie de a vizita pacientul la spital. Procesul de contratransfer putea duce la dereglări în interacțiunea terapeutică, iar pacientul putea să se simtă abandonat sau neajutorat. S-au evitat factorii, care puteau agrava tendințele suicidare, de ex., accesibilitatea insuficientă și renegarea din partea terapeutului, inclusiv manifestările verbale sau mimice ale furiei, scăderea frecvenței ședințelor terapeutice etc.

S-a evitat și instalarea insuficienței de empatie, care era condiționată de relații apropiate cu pacientul, astfel evitându-se dezvoltarea sentimentului de culpabilitate. Doar reflectând în mod serios asupra impulsurilor suicidare proprii, față de problemele morții, a putut fi simțită empatia față de bolnavi.

Deseori pacienții, prin atacurile lor, începînd de la dorința de a frustra eforturile terapeutice și terminînd cu exprimarea disprețului personal, încercau să creeze „ura contrtransferențială”, sesizând vulnerabilitatea terapeutului, astfel jucând un rol destructiv, producând reacții de furie sau dezgust, care se puteau exprima în final în pierderea interesului față de pacient sau refuzul la el ca la un caz incurabil. Proiecția urei în caz de contratransfer putea crea grijă paralizantă din cauza sinuciderii iminente a pacientului. Formațiunea reactivă în legătură cu astfel de sentimente contratransferente duceau la apariția compătimirii excesive, fricii de suicid exagerate, fantezii de salvare și a tutelei exagerate asupra pacientului.

Pentru minimizarea riscului de suicid a fost nevoie de o supraveghere calificată și nu numai o obișnuită grijă și atitudine caldă, care lipsea în viața pacientului. În majoritatea cazurilor problema a constat în incapacitatea noastră de a conștientiza totul ce se petrece în decursul interacțiunii cu pacientul, și nu în lipsa de preocupare față de el.

A trebuit să fie aflat din ce cauză pacientul dorea să facă acest pas. Ședințele despre intențiile suicidare au permis pacienților să adopte o atitudine mai optimistă față de viață, iar nouă - informații de preț, necesare pentru a defini strategia și tactica invaziei terapeutice. S-a luat în considerare nu doar acei factori care din punctul lor de vedere ar trebui să mențină la ei dorința de a trăi, dar și toate declarațiile, pentru că pacientul ascundea cu dibăcie gândurile sale suicidare.

Lucrul terapeutic cu dorințele suicidare au început deja în cursul primei consultații, prin a pune problema de a înțelege care sunt motivele de care este călăuzit pacientul ce nutrește planuri de a comite un atentat de suicid, astfel ieșind la iveală două categorii de motive: unii doreau să pună capăt suferințelor sale, văzînd în suicid unica posibilă cale de a scăpa de încordarea penibilă, spunînd că viața este „insuportabilă” și „lipsită de sens”, și că ei au obosit să „lupte la nesfîrșit”, iar alții recunoșteau că vor să obțină ceva de la cei din jur, unii încercînd astfel să-și reîntoarcă dragostea sau afecțiunea unei persoane, care avea o importanță emoțională pentru ei și vor să arate celor apropiați că au nevoie de ajutor. Alții pur și simplu doreau să fie internați în spital pentru a scăpa de anturajul „insuportabil”. Deseori am observat prezența ambelor motive, anume, a motivului de a găsi refugiu de la viață și a motivelor manipulative.

În cadrul cercetării noastre, 56 la sută din bolnavi au numit în calitate de explicație ale suicidului cauze din categoria refugiu/ scăpare, și numai 13% au explicat atentatul de suicid prin dorința de a-i influența pe cei din jur și/ sau de a schimba o situație defavorabilă. Restul pacienților, (31%), au manifestat o combinație sau alte motive. La pacienții cu indici înalți de depresie și disperare prevalau motivele „refugiului de la viață” și „scăpării”, iar pacienții cu indici joși în această categorie au explicat atentatul de suicid preponderent prin motive manipulative.

Primul și cel mai important pas în lucrul cu un pacient suicidar a fost penetrarea în lumea lui, iar direcțiile și metodele invaziei terapeutice au depins de motivele, care au stat la baza comportamentului suicidar. A trebuit să fim capabili să ne integrăm în lumea interioară a pacientului și să resimțim disperarea și deznădejdea lui. O astfel de empatie a fost utilă prin faptul că a permis de a adapta strategiile terapeutice la necesitățile pacientului și a-l face să simtă că este „înțeles”. A trebuit să fie „penetrat” modul de a gândi al pacientului într-o așa măsură, ca

să nu considere intențiile lui suicidare ca fiind „anormale”. Din contra, el trebuia să înțeleagă și să accepte logica legăturilor cauzale suicidare. Și numai după aceasta s-a putut începe lucrul pentru a găsi erori în premisele și raționamentele, care stau la baza impulsului suicidar.

La început, misiunea terapeutului a constat în trezirea la pacient a interesului către cercetarea prejudecăților negative, implicarea lui în procesul terapeutic, ca să apară dorința de a afla la ce îl duce terapeutul. S-a creat și s-a menținut la pacient interesul către terapie, cu respectarea principiului continuității și succesiunii ședințelor. Nu s-a cerut pacientului promisiunea că el niciodată nu va comite atentate la propria viață, nu s-a încheiat vre-o „înțelegere” cu el, conform căreia acesta se obligă să „amîne” pentru două-trei săptămîni efectuarea intențiilor suicidare, dar a fost motivat să analizeze dorințele sale suicidare și de a realiza că aceste dorințe se pot dovedi a fi neîntemeiate.

Discuții

Deoarece decizia de a comite o tentativă suicidară a fost privită ca un rezultat al luptei între dorința de a trăi și dorința de a muri, eforturile s-au concentrat pe aplecarea balanței în favoarea dorinței de a trăi, evitînd o abordare excesiv de energică, pentru ca pacienții să nu simtă că pur și simplu se încearcă de a-i „desfătui” să se sinucidă, astfel la ei putea să se trezească un sentiment negativist.

Orice argumente, aduse de pacient în favoarea morții, au fost percepute ca serioase; nu au fost respinse, chiar dacă păreau iraționale. În cazurile cînd nucleul dorinței suicidare era sentimentul de deznădejde, pacientului i s-a arătat că situația lui de viață la momentul dat acceptă alte interpretări, și că el are posibilitatea de a rezolva problemele sale printr-o altă modalitate.

Deoarece pacienții suicidari tindeau să exagereze amploarea și adîncimea problemelor, chiar și cele mai mărunte probleme erau percepute de ei ca probleme de nerezolvat. În afară de aceasta, aceste persoane erau extrem de nesigure în propriile forțe și se considerau pe sine înșine incapabili de a face față greutăților. În sfîrșit, ei tindeau de a proiecta tabloul rezultat al propriului eșec către viitor, demonstrînd o percepție exagerat de negativă a lumii, a propriei persoane și a propriului viitor.

O altă particularitate distinctivă a pacientului suicidar a constat în faptul că moartea pentru el era o metodă acceptabilă și chiar dorită de a scăpa de greutate. Dorința de moarte creată de această idee putea atinge proporții fantastice, sinuciderea era ca un fel de drog, o unică posibilă și dorită formă de „izbăvire”.

Concluzii

Cel mai important factor al tentativei suicidare a fost sentimentul de deznădejde și era privit ca unica metodă de a rezolva problemele sale.

Majoritatea bolnavilor comunicau despre intenția suicidară în mod voalat, în formă de mesaje despre dorința de a muri, despre nulitatea, neajutorarea și disperarea sa.

Factorii de risc pentru tentativele de suicid au fost: sexul feminin, vârsta tînră, statutul marital de necăsătorit, statutul social de neangajat/ șomer, bolile somatice, internările repetate în spitalele de psihiatrie, crizele materiale și existențiale

Ținta principală a terapiei a constat în învățarea pacientului să se gîndească la alte metode de a rezolva problema, și să se distragă de la dorințele suicidare.

Deoarece pe parcursul terapiei se notau înțepiri de scurtă durată ale dorințelor suicidare, pacienții au fost preveniți despre aceasta, menționînd în special că o acutizare subită a impulsurilor suicidare nu trebuie interpretată ca un semn al ineficienței terapiei.

Bibliografie

1. Cărăușu Gh. Riscul suicidar și depresiile refractare. Buletin de psihiatrie integrativă, an. IX, vol. VIII, N.1, Iași, 2003, p. 113-115.
2. Cărăușu Gh. și al. Comportament autolitic în depresiile rezistente. Anale științifice ale USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Vol. III, 2007, p. 512-515.

3. Cărașu Gh., Bacalu Alina. Tentative autolitice în depresiile refractare. *Anale științifice ale USMF „N. Testemițanu”*. Ediția X, vol. 3, Chișinău, 2009, p. 431-436.
4. Cărașu Gh., Furtună V. La depression et le risque suicidaire. *Official Journal of The Balkan Medical Union*, 19-21 juin, 2002, Chisinau, p. 168 – d.
5. Chiriță V., Papari A. *Tratat de psihiatrie*. Editura fundației „Andrei Șaguna”, Constanța, 2005, 340 p.
6. Cornuțiu G. *Breviar de Psihiatrie* // Editura Impremeriei de Vest Oradea, 2003, 487 p.
7. Coșciug I. ș. a. Suicidul-problemă actuală a umanității. *Eseuri în psihiatria contemporană*, Chișinău, 2002., p. 314-324.
8. Enătescu C. *Tratat de psihanaliză și psihoterapie* // București, Polirom, 2003, 385 p.
9. Freud S. *Psihologia inconștientului* // OPERE. Vol. 3, București, Ed. trei, 2001, 264 p.
10. Friedmann C. *Psihiatrie* // Constanța, ed. Ex Ponto, 2000, 489 p.
11. Gaboș Grecu I. *Actualități în terapia depresiilor* // University press 2007, 180 p.
12. Gelder M., Gath D., Mayon R. *Tratat de Psihiatrie*. // Oxford, Ed. A. P. L. R. București, 1994, pag. 173-213.
13. Gheorghe M.D. *Actualități în psihiatria biologică*. // București, 1999, 435 p.
14. Grecu Gh, Grecu Gaboș Marieta, Gaboș Grecu I. *Depresii și acte suicidare aniversare*. // *Buletin de Psihiatrie Integrativă*. Ed. Spitalul de Psihiatrie „Socola” Iași, 2005, An XI, Vol. X, Nr. 1 (24), p 269-277.
15. Hriban Camelia și al. *Depresia și comportamentul suicidar în tulburările afective*. // *Congres național cu participare internațională*, 4 – 7 octombrie 2000, Iași, p. 132.
16. Корнетов Н.А. *Депрессивные расстройства. Систематика, диагностика, семиотика, терапия* // Томск, 2001, 254 с.
17. Kind P and Sorensen J. The costs of depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1993; 7: 191–195.
18. Jones ME, Cockrum PC. A critical review of published economic modelling studies in depression. *Pharmacoeconomics* 2000; 17 (6): 555–583
19. Marie-Cardine M, Chambon O. [Psychotherapy in depression] *Rev Prat*. 1999 Apr 1;49(7):739-43.
20. Ono Y. [Psychotherapy for depression] *Nippon Rinsho*. 2007 Sep;65(9):1650-3.
21. Powers RH, Kniesner TJ, Croghan TW. Psychotherapy and pharmacotherapy in depression. *J Ment Health Policy Econ*. 2002 Dec;5(4):153-61.
22. Taylor D., Paton C., Kerwin R. *The Maudsley Prescribing Guidelines*. London, 2003, 299 p.
23. Thase ME, Friedman ES, Howland RH. Management of treatment-resistant depression: psychotherapeutic perspectives. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl. 18:18-24.
24. Thase ME. Psychotherapy of refractory depressions. *Depress Anxiety*. 1997;5(4):190-201.
25. Weissmann M.M., Akiskal H.S. The role of psychotherapy in chronic depressions: A proposal // *Compr. Psychiat.*- 1984.- 25 (1). -P .23- 31.
26. Zogg W. [Review of several different forms of psychotherapy in treatment of depression] *Ther Umsch*. 2000 Feb;57(2):62-70.