Bibliografie

1. Alvarez G.F., Skonworski G.A. " Side Effects of Haloperidol: A Case Report" 2012
2. Bobes J.; Rejas J., „Frequency of Extrapyramidal Adverse Reactions in Schizophrenic Outpatients Treated with Risperidone, Olanzapine, Quetiapine or Haloperidol: Results of the EIRE Study" 2011
3. Courey T.G., „Detection, Prevention, and Management of Extrapyramidal Symptoms" Journal for Nurse Practitioners 2007; 3(7):464-469.
4. Chen J." Drug-Induced Movement Disorders" Ment Health Clin. 2012;1(7):17.
5. Gervin M., Barnes R.E., „Assessment of drug-related movement disorders in schizophrenia" Journal of Psychopharmacology, 6, 214–221.
6. Kay S.R, Fiszbein A., Opler L.A., „The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia" Schizophr Bull.;13(2):261-76.
7. aughren T., Solomon I., " Aripiprazole-Related Extrapyramidal Symptoms: A Review of Scherk 2007 Meta-analysis Findings"
8. Modestin J, Wehrli M.," Evolution of neuroleptic induced extrapyramidal syndromes under long-term neuroleptic treatment", Schizophrenia Research March 2008, Pages 97–100.
9. Pierre J.M., „Extrapyramidal symptoms with atypical antipsychotics : incidence, prevention and management." Drug Safety. 2005;28(3):191-208.
10. Shirzadi A.A., Ghaemi S.N., „Side effects of atypical antipsychotics: extrapyramidal symptoms and the metabolic syndrome" Harvard Review of Psychiatry. 2006 May-Jun;14(3):152-64.
11. Schillevoort A., Herings R.M.C., Leufkens H.G.M., „Epidemiology of drug-induced parkinsonism" European Journal of Clinical Pharmacology. 2008
12. Казанцева Н. В., Корнетов А. Н. „Моторные расстройства: учебное пособие", 2010, стр. 218.
13. Наследов А. "Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках" 2005
14. Федорова Н.В., Ветохина Т.Н. "Диагностика и лечение нейролептических экстрапирамидных синдромов" Журнал неврологии и психиатрии 2009.

PSIHOTERAPIA COPIILOR AUTIŞTI. INCLUZIUNE/NONINCLUZIUNE

Cătălina Cuvşinov (Bulgaru), Zinaida Bolea, Anatol Nacu

Catedra Psihiatrie, narcologie şi psihologie medicală USMF „Nicolae Testemiţanu"

Summary

The psychotherapy of autist chidren. Inclusion/noninclusion

In this paper is trying to clarify the issue of autism and to analyze the relationship between autism and the phenomenon of inclusion: the characteristics, the specificity, the advantages. The clinical material includes two cases of autism and are presented the psychotherapeutically ways, being realized a comparative study from the perspective of inclusion/noninclusion. The analyze of clinical material reveals that autist children involved in a educational context of inclusion present more progress compared with autist children which are not involved in a inclusion context.

Rezumat

În articol este abordată problematica autismului şi este analizată relaţia dintre autism şi fenomenul incluziunii: caracteristici, particularităţi, avantaje, etc. În calitate de material este invocat parcursul psihoterapeutic în două cazuri de autism şi este realizat un studiu comparativ

din perspectiva incluziunii/nonincluziunii. Analiza materialului clinic relevă faptul că, copiii autişti implicaţi într-un context educaţional de incluziune prezintă mai multe progrese în comparaţie cu copiii autişti, neimplicaţi într-un sistem educaţional de incluziune.

Introducere

Autismul infantil se caracterizează prin scădere în interacţiunea socială; scădere în comunicare; comportament, interese şi activităţi restrictive, repetitive şi stereotipe; simptoamele apărute înaintea vârstei de 3 ani.

În prezent nu există metode care ar permite tratamentul deplin al autismului. Cert este faptul că, şansele pentru obţinerea unor rezultate de succes în evoluţia copiilor cu autism sporesc considerabil dacă intervenţia se produce la vîrste cît mai mici. Ajutorul în autis se bazează în primul rînd pe educaţie. Aceasta trebuie adaptată fiecărei persoane în parte, în funcţie de simptoame şi nevoi. Incluziunea socială este un termen de dată relativ recent. Momentul de referinţă pentru introducerea termenului de incluziune socială este Consiliul European de la Lisabona din anul 2000, prilej cu care a şi fost lansată o strategie a Uniunii Europene, avînd drept orizont anul 2010, cunoscută ca *Procesul* sau *Strategia Lisabona*.

Integrarea este procesul de asimilare a elevului în cadrul învăţământului normal, proces prin care elevul se adaptează şcolii în timp ce aceasta rămîne, în cea mai mare parte, neschimbată. *Incluziunea* presupune ca şcolile şi sistemul educaţional, în general, să se schimbe şi să se adapteze nevoilor elevului.

Peeters (2009) menţionează: „Integrarea eficientă a elevilor cu autism în învăţământul normal nu este un lucru atît de simplu. Acesta întrece din toate punctele de vedere nivelul discuţiei naive între „cei buni" care sunt pentru integrare şi „cei răi" care aleg segregarea."

Punctul de plecare trebuie să fie o înţelegere realistă a autismului şi a posibilităţilor de viitor pentru adulţii cu autism. Oferirea unui mediu integrativ optim necesită de asemenea din partea societăţii mai multe mijloace decît cele care sunt puse în prezent la dispoziţia persoanelor cu autism. Peeters (2009) afirmă că potrivit definiţiilor sale, autusmul este „altfel". Prin urmare, este logic ca aceste persoane „diferite" să se comporte altfel în clasă sau în mediul familial: ele comunică altfel, au un stil de interacţiuni sociale diferit, precum şi stiluri diferite de imaginaţie şi de desfăşurare a activităţilor. Pentru a le putea ajuta, trebuie să apelăm la strategii educative diferite precum: profilurile lor inegale din punctul de vedre al învăţării trebuie cercetate mai temeinic; trebuie întrebuinţate mai multe mijloace de sprijin vizual; trebuie oferită mai multă previzibilitate; trebuie urmărită mai mult coordonarea dintre şcoală şi mediul familial etc.

În mod necesar, primii paşi în integrare se fac cu ajutorul unui profesor de sprijin sau a părintelui care asistă la ore. Acesta este liantul între educator, învăţător, profesor, colegi şi copil. El este un purtător de cuvânt al copilului, el poate aduce la cunoştinţă învăţătorului opţiuni cu privire la îmbunătăţirea relaţionării cu copilul.

Medierea relaţiei coleg-copil în pauze trebuie să aducă beneficii de invăţare relaţională ambilor copii. De asemenea, pentru colegi pot fi folosite orele de dirigenţie. În aceste ore se poate explica autismul şi deficienţele lui şi cum pot avea o comunicare eficientă cu copilul autist. Unul dintre aceste beneficii pentru colegi este creşterea toleranţei la diversitate.

În mod necesar, curricula copiilor autişti trebuie să cuprindă şi alte discipline despre comunicare şi învăţarea expresiilor faciale ale emoţiilor. Sau, în paralel cu curricula obişnuită, copilul să participe la astfel de traininguri fie în centre, fie acasă. De asemenea, orele de învăţare individuală şi de timp liber nu le aduc multe beneficii. Ei au nevoie de o definiţie clară a ceea ce se cere de la ei.

Stilul educaţional trebuie adaptat la nevoile de bază ale sindromului autist, iar această adaptare se refera în primul rând la formularea clară a cerinţelor, structurarea cerinţelor şi structurarea spaţiului şi timpului (Peeters, 2009).

Primul pas pentru integrarea în şcoală este lucrul în colectivitate. Acest lucru poate fi făcut acasă cu ajutorul fraţilor sau a vecinilor. Nu se poate trece de la situaţia de învăţare unu la unu direct la situaţia de învăţare în grup.

Conceptul „Integrare inversă"

Elevii cu autism au un grad scăzut de intuiţie şi percepţie socială, iar riscul ca abilităţile lor să fie supraestimate este mult mai mare decît riscul de subestimare; de aceea Peeters (2009) pune întrebarea: „nu este oare mai potrivit să se plece de la un mediu care oferă maximă protecţie, iar mediul integrativ să fie perceput mai mult ca un „scop" posibil eforturilor educative, decît un mijloc de la sine înţeles?".

Din acest context şi reiese principiul de „integrare în sens invers": primul pas în procesul de adaptare este al celui mai puternic. Elevului „slab" cu autism i se oferă un mediu şi nişte activităţi adaptate la maxim capacităţilor sale. De la acea protecţie maximă, se încearcă întărirea celui mai slab, pentru ca acesta să fie capabil să facă faţă „oamenilor normali", cu modul lor dificil de comunicare, comportamentul lor social complicat, lipsa lor de statornicie. Autorul afirmă: „aceasta nu este o pleadorie pentru segregare, ci pentru asistenţă pe măsură, integrare pe măsură, integrare în sens invers".

Mediul cel mai adaptat poate fi deci o clasă specializată în autism, atît în învăţămîntul special, cît şi în cel normal. Alegerea ţine de o hotărîre individuală, bazată pe caracteristicile unice ale elevului şi pe alegerea realistă a părinţilor.

Conceptul „Clasă mixtă"

Între timp a evoluat şi conceptul de *clasă mixtă*. Se întîmplă tot mai des ca în şcoli, unde există chiar şi numai doi elevi cu autism, să se organizeze o clasă care să ţină cont pe cât este posibil de nevoile lor specifice. Întrucît aceştia sunt cei mai fragili şi mai slabi, se va organiza pentru ei o clasă specială care să le ofere mai multă previzibilitate. Şi alţi copii pot să beneficieze de un astfel de aranjament. Din ce în ce mai mult întîlnim ideea că, la şcoală mai sunt şi alţi copii, poate nu au un diagnostic cu autism, dar cu tulburări înrudite, care pot beneficia de aceleaşi strategii educaţionale. Această nouă combinaţie, în care cel mai slab nu este nevoit să se adapteze la metodele educaţionale şi curricula celui mai puternic, are mai mulţi sorţi de izbîndă (Peeters, 2009).

În ultimii zece ani, s-a dezvoltat tot mai mult ideea că tinerii cu autism chiar pot învăţa lucruri noi, cu condiţia ca procesul de învăţare să fie adaptat deficienţilor lor. În situaţii structurate, faţă-n faţă cu personalul didactic, nu numai că pot învăţa lucruri noi, dar pot şi lucra în mod individual şi chiar, cîteodată, dacă obiectivele educaţionale sunt suficient de individualizate, sunt capabili de a colabora cu alte persoane. Între timp Peeters (2009) afirmă că acest stil de educaţie „diferit", axat mai mult pe clarificare vizuală, nu este prielnic doar pentru copiii cu autism, ci şi pentru mulţi alţi copii care nu sunt diagnosticaţi cu autism în sensul strict.

Materiale şi metode

Demersul terapeutic

Demersul terapeutic al copiilor a inclus elemente din următoarele terapii: kinetoterapie, logopedie, terapie ocupaţională şi programul ABA (Lovaas I.O., 1981, 1993, Leaf, R., McEachin, J., 2010);

În cazul L. s-au folosit următoarele elemente din terapii:

1. *Kinetoterapie*- masajul; mişcări ale corpului, în special a picioarelor; gimnastica.

Scopul utilizării: 1.Dezvoltarea mersului; 2. Diminuarea discordanţei motorii; 3. Creşterea tonusului muscular.

2. *Logopedie* - imitarea sunetelor, poziţionarea corectă a limbii.

Scopul utilizării: 1. Dezvoltarea limbajului verbal; 2. Emiterea sunetelor; 3. Pronunţia vocalelor.

3. *Terapie ocupaţională* - puzzle, mozaică, construcţia din corpuri geometrice, pusul pe sfoară, etc.

Scopul utilizării: 1. Dezvoltarea motricităţii fine şi grosiere; 2. Creşterea atenţiei şi a complianţei; 3. Diminuarea stereotipiilor; 4. Stabilirea unui program fix.

4. *Terapia ABA* - s-au adoptat următoarele programe individualizate:

1. Complianţa; 2. INVO - imitare non-verbală cu obiect; 3. Desenul; 4. Culori; 5. Contactul vizual; 6. Motricitate fină; 7. Puzzle; 8. Receptiv – obiecte; 9. Părţile corpului; 10. Motricitate grosieră; 11. Poze – imagini; 12. Menţinere; 13. Sortări; 14. Mozaica;

În cazul lui V. s-a recurs la următoarele metode de intervenţie:

Logopedie - imitarea sunetelor, poziţionarea corectă a limbii.

Scopul utilizării: 1. Dezvoltarea limbajului verbal; 2. Emiterea sunetelor; 3. perfectarea pronunţiei.

2. *Terapie ocupaţională* - puzzle, mozaică, construcţia din corpuri geometrice, asamblarea jucăriilor, etc.

Scopul utilizării: 1. Dezvoltarea motricităţii fine şi grosiere; 2. Creşterea atenţiei şi a complianţei; 3. Diminuarea stereotipiilor; 4. Stabilirea unui program fix.

3. *Terapia ABA*- s-au adoptat următoarele programe individualizate:

1. Complianţa; 2. INVO - imitare non-verbală cu obiect; 3. Contactul vizual; 4. Motricitate fină; 5. Receptiv – obiecte; 6. Părţile corpului; 7. Motricitate grosieră; 8. Poze – imagini.

Scopul utilizării: În urma cercetărilor s-a demonstrat eficacitatea terapiei ABA- ca cea mai indicată terapie în cadrul lucrului cu copii autişti. ABA presupune crearea şi adoptarea unui program personalizat nevoilor fiecărui copil, fapt care permite satisfacerea necesităţilor de ordin fiziologic, social, emoţional şi creşterea gradului de autonomie, în funcţie de particularităţile psihice şi somatice ale copilului.

Analiza cazurilor clinice din perspectiva incluziunii/nonincluziunii

Studiu de caz nr. 1. Incluziune

Istoricul cazului

P.V. – născut în 2003, vârsta de 10 ani, diagnoza - autism infantil tip Kanner. Provine dintr-un mediu social cu un nivel satisfăcător al condiţiilor de viaţă (părinţi intelectuali), are o soră mai mare. Copilul s-a născut la termen. Nu prezintă afecţiuni la nivel somatic. Este elev în clasa a 4-a.

A. Istoricul tulburării prezente

Părinţii copilului relatează momente alarmante şi confirmătoare a diagnosticului stabilit, precum că la vârsta de 1 an copilul era capabil să iniţieze şi să menţină contactul vizual, iar la vârsta de 2 ani evita orice contact vizual. Au apărut stereotipiile: era fascinat de lumini, se uita în continuu la luminiţele de la centrul muzical sau de la telefonul mobil. Nu respecta regulile scoiale precum: statul la masă, să îşi aştepte rândul la joc sau să respecte regulile jocului. Acţiona după impuls: vorbea, se ridica, striga, lovea pe cineva. La vârsta de 3 ani a fost stabilit diagnosticul - autism infantil tip Kanner. Copilul a fost supus mai multor evaluări, în urma cărora a fost adoptată terapia ABA, stabilindu-se setul de programe individualizate nevoilor sale. De asemenea, a fost iniţiată şi terapia ocupaţională care presupunea următoarele obiective: dezvoltarea motricităţii fine şi grosiere; creşterea atenţiei şi a complianţei; diminuarea stereotipiilor şi stabilirea unui program fix. Logopedia a constituit o altă metodă de intervenţie, copilul fiind vorbitor. Aceasta a durat până la vârsta de 7 ani, când copilul a început să frecventeze şcoala. La vârsta de 4 ani V. începe să frecventeze grădiniţa. Iniţial manifestă ostilitate, agresivitate faţă de mediu, dar apoi se observă ameliorări la nivel comportamental. Este mai ascultător, caută să socializeze, dezvoltă anumite preferinţe pentru colegi şi educatoare, ceea ce a constituit o premisă pentru incluziunea sa în perimetrul şcolar.

B. Analiza studiului de caz din perspectiva incluziunii

La vârsta de 4 ani copilul a fost pregătit pentru a fi dat pentru prima oară la grădiniţă. Frecventează grădiniţa până la vârsta de 7 ani. La grădiniţă se evidenţiază anumite preferinţe

pentru socializarea cu anumiţi copii, educatoare. Este prezentă instabilitatea emoţională în cadrul grupului. Nu se supune tuturor regulilor sociale (se ridică şi vorbeşte neîntrebat; stă pe scaun când trebuie să danseze, ia jucăria altui copil). La vârsta de 7 ani începe să frecventeze şcoala. În acest context V. de asemenea manifestă unele stereotipii, noncomplianţă, rigiditate în gândire, însă se înregistrează şi progrese pe diferite planuri:

La nivel cognitiv:

1. Crearea asociaţiilor libere; 2. Realizarea exerciţiilor elementare de logică; 3. Dezvoltarea imaginaţiei; 4. Practicarea scrisului şi a cititului; 5. Dezvoltarea limbajului.

La nivel social:

1. iniţierea contactului vizual; 2 Implicarea în jocurile cu alţi copii, lucrul în grupă; 3. Iniţierea unui discurs; 4. Manifestarea dorinţei de a răspunde temele pentru acasă; 5. Respectarea regulilor sociale (a învăţat să nu muşte, să stea în bancă la ore).

La nivel afectiv:

1. Diminuarea instabilităţii emoţionale; 2. Diminuarea stereotipiilor; 3. Scăderea autoagresivităţii şi agresivităţii faţă de cei din jur.

2.

Concluzie

V. a înregistrat anumite progrese în urma incluziunii sale în instituţiile de învăţământ. Ca factor care a facilitat realizarea acestui fenomen (incluziune) a constituit atitudinea pozitivă a profesoarei. Discursul ei i-au încurajat pe părinţii copilului şi ea se implica în soluţionarea conflictelor apărute în clasă cu părinţii celorlalţi copii. Profesoara susţine şi promovează conceptul fenomenului incluziunii. Un alt factor este funcţionalitatea copilului. V. este catalogat ca „autist înalt funcţional", unde sunt prezente capacităţile de autodeservire, prezintă un IQ mediu şi posedă limbajul verbal.

Studiu de caz nr. 2. Nonincluziune

Istoricul cazului

L.L. – născută în 2005, vârsta de 7 ani, diagnoza - autism infantil tip Kanner. Provine dintr-un mediu social cu un nivel satisfăcător al condiţiilor de viaţă (părinţi intelectuali), este una din perechea de gemeni monozigoţi a familiei. Copilul s-a născut prematur, fiind diagnosticat la externare cu diagnoza: defecţiune perinatală a sistemului nervos central cu tulburări neuromotorii mixte; reţinerea dezvoltării neuropsihice moderată.

A. Istoricul tulburării prezente

Primele semne de autism sunt remarcate de către mama fetiţei la vârsta de 1 an şi 9 luni, manifestându-se prin: lipsa contactului vizual - avea privirea fixată într-un punct; izolarea în timpul jocului - nu prezenta iniţiativă şi implicare în joaca cu sora ei; nu arăta cu degetul.

Fiind născută prematur, copilul prezintă şi un şir de afecţiuni somatice, care implică stabilirea unor anumite tratamente (administrarea antibioticelor, a diverselor proceduri corespunzător afecţiunii). Astfel, până la vârsta de 4 ani, fetiţa a urmat intens un curs de kinetoterapie. La vârsta de 4 ani s-a încercat de a urma un tratament de logopedie, însă fără succes. Mai târziu, copilul a urmat terapia prin muzică, în decursul unei luni de zile.

La vîrsta de 2 ani şi 10 luni se stabileşte programul de terapia ABA. Sunt stabilite numărul de ore, programul, recompensele, care continuă pînă la vîrsta de 7 ani şi paralel se desfăşoară terapia ocupaţională. Sunt prezente stereotipiile (legate de lumină şi creioane) şi apar unele activităţi ritualistice - să mângâie haina înainte să o îmbrace, să desfacă tot puzzle-ul dacă e întreg, apoi să-l reconstruiască, să se joace cu săpunul la baie, etc. Manifestă noncomplianţă şi autoagresivitate (muşcatul) cînd nu îi sunt satisfăcute dorinţele sau cînd este frustrată (de exemplu, nu-i place melodia care se cîntă). Afară evită orice contact social, în special cu copiii. Manifestă un comportament anxios şi de evitare. La vîrsta de 5 ani copilul a fost dat pentru prima oară la grădiniţă însă, după o scurtă perioadă de timp se îmbolnăveşte, primind tratament antibiotic acasă. După o perioadă de jumătate de an are loc o nouă încercare de a frecventa

grădiniţa dar la scurt timp din nou se îmbolnăveşte. La grădiniţă se remarcă izolarea faţă de ceilalţi copii, angoasare în preajma lor, evitarea oricărui tip de contact social, autoagresivitate cînd nu este înţeleasă. Pînă în prezent stă acasă.

S- au remarcat următoarele *consecinţe* ale izolării în casă şi ale nonincluziunii:

1. Creşterea anxietăţii în preajma altor persoane, în special copii; 2. Lipsa înregistrării unor progrese pe plan social: lipsa contactului vizual cu străinii, negarea prezenţei unei persoane; 3. Rigiditatea expresiilor afective; 4. Dezvoltarea stereotipiilor; 5. Lipsa iniţiativei de a relaţiona; 6. Prezenţa ecolaliei.

Concluzie

Pentru L. un factor major, care a constituit un blocaj în cadrul realizării fenomenului incluziunii, este starea fragilă de sănătate somatică. Fetiţa prezintă diverse tablouri clinice care, sub influenţa celui mai mic factor declanşator generează tablouri clinice grave.

Un alt factor ar fi atitudinea ostilă a educatoarelor faţă de prezenţa ei în grupă. Acestea nu vor să se ocupe de ea, izolînd-o în dormitor sau în clasă cînd copii sunt plecaţi afară, dar de cele mai dese ori apelează la sora ei geamănă să se ocupe de ea. Nu ştiu să facă faţă nevoilor ei din lipsa instruirii.

Concluzii

Datorită realizării *următoarelor condiţii caracteristice incluziunii*, s-au înregistrat anumite progrese:

1. **Prezenţa copiilor de vârstă egală:**
- Iniţierea contactului vizual şi menţinerea acestuia pe o anumită perioadă de timp;
- Imitarea anumitor comportamente pozitive: statul în bancă, mersul în echipă afară, jocul;
- Dezvoltarea abilităţilor de socializare şi relaţionare.

2. **Stabilirea unui orar fix:**
- Diminuarea crizelor;
- Diminuarea comportamentelor stereotipe şi repetitive;
- Adaptarea la un orar fix de activităţi - a adus la creşterea predictibilităţii.

3. **Implicarea şi participarea la ore:**
- Dezvoltarea limbajului;
- Dezvoltarea atenţiei;
- Antrenarea unor capacităţi cognitive (scrisul, cititul, rezolvarea de exerciţii).

În urma **nonincluziunii** copilul prezintă anumite stagnări la nivel:

1. **Social:**
- Izolarea socială;
- Negarea prezenţei celuilalt;
- Lipsa contactului vizual.

2. **Cognitiv:**
- Absenţa elementelor logice, de creativitate şi imaginaţie;
- Dificultăţi în realizarea sarcinilor elementare - incapacitatea de a le realiza (scrisul, desenatul, cititul);
- Lipsa limbajului.

3. **Afectiv:**
- Instabilitate emoţională;
- Rigiditate în exprimarea emoţională;
- Prezenţa şi întreţinerea stereotipiilor;
- Prezenţa comportamentului de autoagresivitate şi agresivitate faţă de ceilalţi.

Concluzie

Deşi autismul este o tulburare complexă gravă, copiii cu autism pot obţine deprinderi, abilităţi care le-ar permite să îşi desfăşoare existenta în cadrul social. Prin includerea în ciclul psihoterapeutic şi educaţional adecvat, prin satisfacţia nevoilor individuale şi asigurarea serviciilor de sprijin social, în mai multe cazuri am putea obţine rezultate mai mult ca optimiste privind nivelul de adaptare a acestor persoane.

Bibliografie

1. Leaf, R., McEachin, J. Ghid de terapie ABA. Strategii de modificare a comportamentului copiilor autişti. Bucureşti: Frontiera, 2010.
2. Peeters, T. Autismul. Teorie şi intervenţie educaţională. Iaşi: Polirom, 2009.
3. Lovaas, I. O. Teaching Developmentally Disabled Children: The ME Book. United States of America: PRO-ED, 1981.
4. Lovaas, I. O. Teachind individuals with Developmental Delays: Basic Intervention Techniques. Applied Behavioral Analysis (ABA), United States of America,1993.

MECANISME NEUROBIOLOGICE ÎN COMPORTAMENTUL SUICIDAR

Inga Deliv, Ion Coşciug
Catedra Psihiatrie, narcologie şi psihologie medicală USMF „Nicolae Testemiţanu”

Summary

Neurobiological mechanisms of the suicide-like behaviour

The present work is a trial to study the neurobiological substances of the suicide-like behaviour based on the data from the modern literature. As a result of this study, suicide is considered as a problem with a topical bio-psychosocial resonance. The work illustrates some peculiarities such as monoaminergic, immune, serotoninergic, lipid and other system functions in a person displaying a suicide-like behavior.

Rezumat

Lucrarea prezentă este o încercare de a studia substratul neurobiologic al comportamentului suicidar în baza datelor literaturii contemporane. În rezultatul acestui studiu, suicidul este reflectat drept o problemă cu rezonanţă biopsihosocilă actuală. În lucrare sunt elucidate unele particularităţi ale funcţionării sistemelor, serotoninergice, monoaminergice, imune, lipidice, etc. la persoanele care manifestau comportament suicidar.

Actualitatea

Suicidul a fost şi rămâne una dintre cele mai acute probleme ale umanităţii. Astăzi, suicidul este recunoscut drept una dintre principalele cauze ale letalităţii populaţiei în tot spaţiul terestru, reprezentând o problemă deosebit de actuală, cu rezonanţă bio-psiho-socială. Anual comit suicide circa 1/2 milion persoane,- date statistice oficiale, care nu reflectă situaţia reală în acest domeniu, deoarece nu toate acţiunile autoagresive cu conţinut suicidar pot fi înregistrate [18]. Suicidul constituie o latură a agresivităţii umane, un act de decompensare a unei personalităţi sensibile la situaţii psihotraumatizante, generate de diferite circumstanţe psihosociale, care se suprapun pe o vulnerabilitate înnăscută în sensul autoanihilării. Suicidul nu este întotdeauna un simptom de patologie mintală (de nivelul unei tulburări psihice sau psihotice) sau un rezultat al dizarmoniei caracteriale. El poate apărea şi la persoanele sănătoase în aspect de funcţionalitate psihică. Este important să menţionăm, că comparativ cu un deceniu în urmă, rata suicidului practic s-a dublat, situându-se pe locul cinci în structura mortalităţii umane. Concomitent se