

CONDUITĂ TERAPEUTICĂ ÎN DEPRESIA ANXIOASĂ LA FEMEI

Ghenadie Cărăușu, Natalia Copăceanu, Ludmila Timofti

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Therapeutic conduct in anxious depression in women

This article contains psychopathological aspects of anxious depression, the therapy with antidepressive agents, insisting on the importance of the early diagnosis and proper treatment. In this research therapeutical conduct regarding some depressives disorders has been elaborated, avoiding both diagnostic and medicational mistakes, choosing the favourable therapeutical option.

Rezumat

Acest articol conține aspecte psihopatologice ale depresiei anxioase, terapia cu agenți antidepressivi, insistându-se asupra importanței diagnosticării timpurii și tratamentului corect. În lucrare a fost elaborată conduita terapeutică, referitoare la unele tulburări depresive, care au constat în evitarea unor greșeli atât de ordin diagnostic, cât și medicamentos, alegerea celei mai favorabile opțiuni terapeutice.

Actualitatea temei

Actualmente se constată o creștere a morbidității tulburărilor depresive printr-o frecvență relevantă (1%) în populație. De la 18 până la 23% de femei și 8-11% bărbați au făcut măcar o dată în viață un episod depresiv evident, iar pentru 6% femei și 3% bărbați a fost necesar tratament în condiții de staționar. Depresia psihotică monopolară ocupă unul din primele locuri printre cele mai frecvente cauze de dizabilitate, fiind cea mai frecventă cauză a invalidității la adulți. Tulburarea depresivă unipolară constituie 4,4% din indicii DALY și 11,9% din – YLD (OMS, 2001). În grupa de vârstă 15-44 ani aceste manifestări alcătuiesc 8,6% din numărul ani viață, pierduți în rezultatul invalidității. Pentru anii următori indicii sunt și mai pesimiști. Astfel, către 2020 TDU va deveni a doua cauză principală de pierdere a anilor de viață din cauza invalidității. Senzația de inutilitate, culpabilitate exorbitantă, lipsa motivației, dificultățile financiare și frica de stigmatizare sunt factorii care provoacă abținerea subiecților la o adresare la timp după asistență medicală specializată.

Scopul lucrării

Evaluarea cauzelor, factorilor de risc pentru instalarea depresiei anxioase la femei și instituirea unui tratament adecvat.

Material și metode

Această lucrare a fost efectuată în Clinica de Psihiatrie, Chișinău, în baza unui studiu pe 45 paciente psihotice, cu simptomatologie predominant anxios-depresivă.

Rezultate și discuții

Vârsta medie a subiecților a fost de $59,84 \pm 0,52$ ani. În studiul prezent s-a constatat că ponderea cea mai înaltă o constituie persoanele cu studii medii 67,2%, după care urmează cele cu studii superioare - 23,3% și cele cu studii primare- 9,5%. Circa jumătate din subiecți au fost pensionari/pensionații medical - 54,12%. Pe locul doi sunt salariați permanent - 32,13%, iar pe trei – șomerii/fără ocupație - 13,75%. Numărul cel mai mare de subiecți în privința comorbidității psihiatrice în timpul bolii era reprezentat de pacienți cu tulburare de stres posttraumatic - 32,83%. Pe locul doi în privința frecvenței se afla tulburarea de personalitate - 29,12%. Locurile următoare erau ocupate de pacienți cu tulburare obsesivă - compulsivă - 20,20%, apoi subiecții cu utilizarea substanțelor psihoactive - 17,85%.

În observațiile noastre maladia se caracterizează în mod obișnuit printr-o evoluție relativ de lungă durată. Astfel, durata medie a bolii a fost de $12,23 \pm 0,79$ ani. Numărul mediu de episoade anterioare a subiecților a fost de $7,20 \pm 0,44$.

Structura psihopatologică a acestor depresii se deosebea prin mobilitatea tulburărilor afective, o prezență majoră a manifestărilor demonstrative și a instabilității emoționale. Labilitatea afectului anxios și legătura lui cu particularitățile premorbide, predominant reacții anxioase la diferiți factori situaționali.

Afectul anxios nu numai că deținea o poziție dominantă, el, de regulă, era principal, determinant, purta trăsături de vitalitate, prezentând un sindrom integru cu componente caracteristice propriu-zise afective, motorii, ideatorii și somatice. Anxietatea purta un caracter inconștient, totodată se însoțea cu semne de încetinire psihomotorie și afect melancolic, cu senzația de greutate retrosternală. La acești bolnavi afect melancolic apărea mai târziu decât afectul anxios, corela cu gradul lui de intensitate și producea impresia ca secundar față de anxietate. Concomitent cu tulburările caracteristice ale gândirii în formă de incetinire, aici aveau loc și dificultăți de concentrare ale atenției, scăderea perspicacității și senzație subiectivă de pierdere a memoriei, aproape de depersonalizare. Pacienții slăbeau, la femei se deregla ciclul menstrual, se nota uscăciunea tegumentelor și mucoaselor.

Afectul anxios dominant era trăit de pacienți ca o senzație de neliniște, frământare, agitație, tensionare lăuntrică. Senzațiile în formă de arsură, ardere, junghiuri, înțepături se localizau mai frecvent în regiunea inimii și după stern. Erau caracteristice și senzațiile de tremor lăuntric, pulsație în corp. Tulburările motorii se manifestau prin înviorarea reacțiilor mimice și pantomimice, tendinței spre mișcare, către un mers agitat. Dereglările ideatorii se prezentau prin limbaj rapid, inconsecvent, confuz cu pauze de durată. În toate observațiile ale depresiei anxioase se notau includeri de afect melancolic dar mai puțin pronunțat, care se manifestau în îngustarea câmpului de gândire. Subiecții comunicau despre scăderea dispoziției și intereselor. Dar se observau și elemente de pasivitate, încetinire, moleșală și o agitație motorie minoră. S-au notat și tulburări ale poftei de mâncare cu scădere în greutate. Tulburările de somn se caracterizau atât prin treziri precoce, dar și dificultăți de adormire. Pacienții erau predispuși la ridicarea tensiunii arteriale, tahicardie. Intensitatea acestor simptome, acuitatea lor predispuneau la formarea trăirilor hipocondriace. Manifestările de fatigabilitate și epuizare fizică se notau la circa o treime din cazuri.

Pe parcursul zilei se nota o mobilitate crescută a depresiei în dependență de intensitatea trăirilor cu o prevalență în orele dimineții. A fost stabilită legătura între agravarea stării dimineța și aprofundarea dispoziției anxios-melancolice și augmentarea fenomenelor astenice și anxioase cu o reducere moderată a deprimării și pesimismului spre seară.

În conștiința pacienților dominau reprezentările despre boala psihică prezentă. Declarațiile subiecților purtau un caracter egocentric, ce detremina conținutul ideilor de autoacuzare și învinuirea celor din jur. În situațiile de conflict deseori se manifestau ideile de acuzare a rudelor pentru o atitudine ostilă față de bolnavi. Pe sine subiecții se acuzau în credulitate excesivă față de oameni, anxietate crescută și susceptibilitate, fapt ce putea duce la boală. Pacienții prezentau teamă de singurătate în viitor.

Depresia era trăită de bolnavi ca o stare nouă, necunoscută de ei după experiența trecută, diferită de reacțiile anxioase din perioada premorbidă. Perseverența manifestărilor afective și schimbările lor ciclice pe parcursul zilei, dar și aprofundarea depresiei cu accentuarea anhedoniei erau calificate de subiecți ca semne de agravare a patologiei psihice.

Depresia anxioasă se manifesta clinic predominant prin următoarele simptome: anxietate- (99,60%); dispoziție depresivă - (99,19%); variație diurnă- (95,16%); viziune tristă și pesimistă asupra viitorului - (93,55%); idei de vinovăție și lipsă de valoare - (85,89%); suferința- (82,26%); somn perturbat- (81,45%); dovezi evidente și obiective de agitație psihomotorie- (77,82%); apetit diminuat- (74,19%); pierderi în greutate (5 % din greutatea corporală sau mai mult, în ultima lună) - (72,98%); agravarea matinală- (72,58%); reducerea stimei și încrederii de sine - (70,56%); pierderea intereselor și bucuriilor- (67,74%); lipsa reacției emoționale la

circumstanțe și evenimente externe plăcute- (66,13%); pierderea interesului sau a plăcerii în activități în mod normal plăcute- (64,52%); scăderea marcată a libidoului- (64,52%); irascibilitate- (60,89%); delir- (55,24%) . Celelalte simptome se notează în mai puțin de 50 la sută din cazuri: exacerbarea simptomelor fobice sau obsesionale preexistente- (47,98%); trezirea matinală cu 2 ore mai devreme decât de obicei- (47,98%); reducerea capacității de concentrare și a atenției- (46,77%); exacerbarea preocupărilor hipocondriace- (43,55%); comportament histrionic- (35,89%); idei sau acte de auto-vătămare sau suicid- (31,34%); f consum excesiv de alcool- (20,56%); halucinații- (18,15%); fatigabilitate crescândă- (17,34%); oboseală accentuată- (16,94%); activitate diminuată- (10,48%); stupor depresiv- (5,65%); dovezi evidente și obiective de lentoare psihomotorie- (1,21%).

Referitor la comorbidități în timpul bolii s-a demonstrat, că cel mai mare număr de subiecți sunt cu deficiență organică cerebrală - (78, 23%). Pe locul doi sunt pacienți patologie somatică - (66, 94%). Și în sfârșit, pe locul trei sunt bolnavii cu intervenții chirurgicale – (35,48%).

În depresia anxioasă, riscul la suicid este prezent atât în debutul, cât și în finalul tulburării. Un număr important de suicide și tentative suicidare s-au notat mai ales în formele rezistente terapeutic ale depresiilor anxioase. Studiile epidemiologice apreciază, că depresiile rezistente trebuie suspectate în 20% din cazuri, factorii de risc fiind dozele inadecvate și noncomplanța. În observațiile noastre majoritatea subiecților au recunoscut, că nu doreau să moară, dar voiau să-și modifice sensul existenței lor fără să o întrerupă. Pacienții au comis tentativele de suicid, chiar și atunci 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.

Discuții

Modul de debut mai frecvent al episodului depresiv este brusc - 66, 13%. Debutul insidios s-a observat în 33, 87% de cazuri.

În debutul acut depresia se manifestă neașteptat și se accentua rapid, pe parcurs a 1-3 zile. În debutul gradual boala se dezvoltă treptat, pe parcurs a 3-5 săptămâni. Se accentua neatentia, apăsarea „încătușarea” gândurilor, senzație de „pustietate” în cap. Apăreau dificultăți în asimilarea informației, concentrarea atenției, efectuarea lucrului obișnuit, datorită cărora, bolnavii, unul și același lucru îl puteau face și reface de câteva ori. Scădea productivitatea în lucru, apăreau obiecții și nemulțumiri din partea autorităților, conducătorilor, fapt care și mai mult agrava starea lor. Treptat creștea senzația de anxietate înconștientă, în cazuri unice asociindu-se cu sentimentul apăsător de tristețe „cenușie”, care era trăită de subiecți ca senzație fizică apăsătoare de încordare, umflare, „horcăială” sau tremor lăuntric în partea superioară a corpului (în cap, în epigastru, după stern). Aceste trăiri se deosebeau prin pesimism, mâhnire și deprimare. Pacienții se învinovăteau în faptul, că nu se puteau descurca, nu se isprăveau cu munca, au „înfundat” lucrul, și că ei trebuie licențiați din serviciu. Însă ideile de autopuniție, autoacuzare și vinovăție nu dominau în starea psihică. A fost caracteristic prezența oscilației diurne a dispoziției cu ameliorare semnificativă a stării psihice în jumătatea a doua a zilei, când anxietatea scădea ușor din intensitate, percepția fizică a ei, iar bolnavii se linișteau. Se nota și transpirație mărită, tahicardii, scăderea poftei de mâncare, scădere ponderală, constipații. Pentru această variantă de depresie a fost caracteristic combinarea senzației fizice a tristeții cu o simptomatologie cenestohipocondriacă masivă. Pacienții se plâneau de arsuri în stomac, dureri și senzații neplăcute în intestin, dureri de cap cu caracter de umflare sau de compresiune. Bătăile de inimă frecvente se însoțeau de o senzație de strângere de inimă și palpații sau acuze de o funcționare chinuitoare a inimii. Bolnavii se axau pe aceste lucruri, nu-și găseau locul, erau agasați către personalul medical cu unele și aceleași acuze, expuneau temeri anxioase, legate de activitatea tractului gastro-intestinal și sistemului cardio-vascular, care adesea atingea grad de fobii. Subiecții aveau

temeri că sunt bolnavi de o maladie incurabilă, care, posibil, încă nu a fost depistată și poate duce la un deznodământ fatal.

Scorul mediu HAMD la prima examinare a subiecților a fost de 29, $61 \pm 0, 34$; scorul mediu HAMD la a doua examinare a fost de 21, $13 \pm 0, 20$ și scorul mediu HAMD la a treia examinare - 13, $83 \pm 0, 14$ și la a patra examinare 7, $04 \pm 1, 08$.

Obiectivele terapeutice în depresia anxioasă sunt:

- tratamentul sindroamelor;
- profilaxia recăderilor;
- diminuarea vulnerabilității

Ameliorarea în starea subiecților nu se distingea prin profunzime și stabilitate. O etapă de durată a instabilității emoționale cu manifestări astenice pregătea terenul pentru fixarea formațiunilor psihogene. S-a luat în considerare și fondul etiopatogenetic al bolii. Metodele biologice și psihologice au fost combinate. În cazurile severe au fost folosite predominant metodele biologice. După ce simptomele au devenit mai ușoare, accentul s-a pus pe psihoterapie, asociată cu medicație antidepresivă.

S-a utilizat antideprive, în asociere cu neuroleptice. Regresarea psihozei evolua lent; în primul rând se reducea manifestările anxios-fobice, și numai apoi dispoziția propriu-zisă.

Concluzii

Se impune stabilirea diagnosticului corect, precoce și tratamentul eficace al depresiei anxioase. Alegerea metodelor terapeutice s-a făcut în funcție de caracterul tabloului clinic și de gradul de severitate a simptomelor. Trebuie luat în considerare și fondul etiopatogenetic al afecțiunii. Metodele biologice și psihologice au fost combinate. În cazurile severe au fost folosite predominant metodele biologice. Rata suicidului poate crește din motivul subdiagnosticării depresiei, dozelor insuficiente de antideprive, lipsa de complianță terapeutică sau opțiune terapeutică inadecvată.

Bibliografie

1. Gheorghe M.D. Actualități în psihiatria biologică, București, 1999.
2. Fava M. Augmentation and combination strategies in treatment-resistant depression. J Clin Psychiatry. 2001;62 Suppl 18:4-11.
3. Fawcett, J., Scheftner, W., Clark, D., Gibbens, R., and Coryell, W. (1987). *Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study*. American Journal of Psychiatry 144, 35-40.
4. Young, AH. (2001). Recurrent unipolar depression requires prolonged treatment. British Journal of Psychiatry, 178, 294-295.
5. Robinson L.A., Berman J.S., Niemeyer R.A. Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. Psychol. Bull., 108, 1, 30-49, 1990.
6. Thase ME. New approaches to managing difficult-to-treat depressions. J Clin Psychiatry. 2003;64 Suppl 1:3-4.
7. Tratat de psihiatrie Oxford. Ediția II-a, București, 1994.