

DEFINIȚII SINDROMOLOGICE ȘI NOZOLOGICE ÎN TULBURĂRILE PSIHICE PUERPERALE

Igor Nastas, Mircea Revenco, Larisa Boronin

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

Summary

Nosologic and syndromologic definitions in puerperal mental disorders

This research paper approaches the problem of mental disorders with puerperal. It defines the transitional state, which shows, as a rule, evolutionary states still have a benign prognosis and is constant in environment 80% of cases (baby chevies). Depressions, including psychotic states may have an evolutionary continuity; have a specific picture in terms of clinical and subsequent relapse of bipolar affective or catatonic state. Predisposing factors are listed for the emergence of postpartum mental disorders including family history, first birth, young age, and stressors as triggering mechanism of the hypothalamus-pituitary-adrenal, hormonal changes after childbirth and onset of mental disorders.

Rezumat

În lucrare se abordează problema tulburărilor psihice asociate cu puerperiul. Se definesc stări tranzitorii, care nu prezintă, ca regulă, stări evolutive în continuare, au un pronostic benign și se constată în mediu 80 % cazuri (baby chevies). Stările depresive, inclusiv stările psihotice pot avea o continuitate evolutivă, au un tablou specific clinic și recăderi ulterioare sub aspectul unor stări catatonice sau afective bipolare. Sunt enumerați factori predispozanți pentru apariția tulburărilor psihice după naștere inclusiv antecedente heredocolaterale, prima naștere, vârsta tânără, factori stresanți prin declanșarea mecanismului hipotalamus-hipofiza-suprarenale, schimbarea profilului hormonal după naștere și declanșarea tulburărilor psihice.

Actualitatea

Tema prezintă interes clinic prin aspectul clinic polimorf, atât sub aspect nevrotic cât și psihotic, evoluții clinice diferite, importanța factorilor adiacenți declanșatori și problema legată de tratamentul tulburărilor psihice în perioada de lactație. În DSM – IV noțiunea de ”postpartum” se asociază la alte stări nozologice, iar ca timp se poate manifesta conform diferitor autori până la 12 luni (1,7,9,10). În bibliografia de profil constatăm noțiuni ca : **1.** stare ” generativă” care include tulburările psihice din timpul gravidității și lactație, **2.** ” Psihoze simptomatice” care sunt generate de afecțiunile ginecologice și septice, **3.** ”Psihoze puerperale” cauzate de schimbarea profilului hormonal și implicarea mecanismelor hipotalamo-diencefalice la etapa de lactație **4.** Psihoza puerperală ca debut al tulburării afective bipolare. În bibliografia de profil constatăm câteva direcții care țin de studiul acestor tulburări: **1.** Tulburările postpartum în calitate de grup heterogen, care include schizofrenia, psihoza afectivă bipolară, stările toxice și infecțioase, stările nevrotice. **2.** Abordarea psihanalitică prin prizma stării de conflict între pacientă în calitate de mamă și starea de maternitate. **3.** Stările postnatale ca unități separate de etiologie endocrină și diencefalică.

Clasificarea tulburărilor postnatale

Sub aspect clinic ne referim la următoarele situații: **1.** Stările de tristețe a lehzelor **2.** Depresii postnatale **3.** Psihoze postnatale (Granger A.C., Underwood M.R.: 2001 Beck C.T., 2002). În ICD-10 tulburările respective se atribuie la capitolul F.53.0 (Tulburări mentale și comportamentale ușoare asociate cu puerperiul) la care se referă depresia postnatală; F 53.1 (Tulburări mentale și comportamentale severe asociate cu puerperiul), inclusive psihozele puerperale; F 53.2 (Alte tulburări mentale și comportamentale ușoare asociate cu puerperiul); F 53.3 (Tulburare mentală și comportamentală puerperală).

Epidemiologia tulburărilor psihice în perioada postnatală constituie 10-15 % (Rosemblum O., Danon G., (2000). Stările depresive se constată deasemeni în 10-15 % cazuri, cu predominarea stărilor depressive ușoare (Дзыза Е. Е.,2005). Riscul de apariție al stărilor

depressive în prezența factorilor de risc constituie 50-60 % în graviditățile repetate, iar riscul general de dezvoltare a unei stări psihotice în populația generală este de 0,1 – 0,25 %. Incidența medie este de 1-2 cazuri la 1000 nașteri. Autorii britanici relatează apariția stărilor psihotice timp de 3 luni după naștere de 14 ori mai frecvent comparativ cu primii 2 ani până la naștere.

Aspecte etiologice

Sunt relațiați următorii factori care se asociază cu apariția tulburărilor postnatale: factori genetici, endocrini, schimbarea ritmului circadian, insomnia, factorul psihogen și social, cauzat de problemele intrafamiliale sau lipsa familiei ca atare, consumul de stupefiante, intervenții chirurgicale, hemoragii postnatale, septicemii. Se evidențiază următoarele teorii patogenetice:

1. *Teoria infecțioasă*. Mulți autori (Наку А.Г 1962,1967; Жданов И.Д.,1913; Молохов А.Н., 1962; Дворкина Н.А.,1975) relatează în calitate de factor declanșator în apariția psihozelor postnatale infecția postnatală. Până la implementarea condițiilor aseptice, infecțiile bacteriene declanșau frecvent tulburări psihotice puerperale. Actualmente dacă este depistată infecția bacteriană, constatăm particularități clinice în starea psihotică, de tip "exogen". În general, cu cât mai "exogenizată" este starea psihotică, cu atât mai benign este pronosticul tulburării psihice și invers, prezența simptomelor endogene, de tip catatonico-amentiv, spre exemplu, nu exclude evoluția "endogenă" pe viitor a tulburării. 2. *Teorii psihodinamice*. Se axează pe situația de conflict intrapsihic față de propria maternitate a pacientei. 3. *Teorii neuroendocrine*. Axate pe mecanismele cu aspect patobiologic care au loc imediat după naștere și generează starea psihotică.

În geneza tulburărilor psihice postnatale se evidențiază mecanismul hipotalamus-hipofiza-suprarenale și acțiunea periferică respectiv asupra organelor genitale. În paralel s-a constatat influența nu doar a acestui mecanism, dar și influența celulelor gliale din sistemul nervos central asupra producerii steroizilor. În 1987 E. Baulieu ș.a. introduc noțiunea de "neurosteroidi" și cărora li se atribuie un rol semnificativ în declanșarea stărilor psihotice. Se consideră interacțiunea neurosteroidilor cu neurotransmitătorii din sistemul nervos central, inclusiv dopamina, noradrenalina, serotonina, acetilcolina, acidul gamaaminobutiric, glutamatul, melatonina, receptorii opiaceici pentru apariția tulburărilor psihice, inclusiv a stărilor psihotice. Salvatore Gentile (2005) relatează influența estrogenilor asupra sistemului limbic și efectul neuromodulator. Din alt punct de vedere, efectul hormonilor nu depinde doar de cantitatea plasmatică, dar și de receptorii care recepționează efectul hormonilor, a enzimelor implicate, fapt care este reglat de factorul genetic.

Scopul

Constă în recapitularea manifestărilor clinice pentru definirea simptomelor nevrotice, psihotice și a evoluției acestor tulburări. Sub aspect practic se preconizează măsuri profilactice, de evidență și tratament.

Materiale și metode

S-a făcut o selecție bibliografică a cazurilor raportate cu tulburări psihice postnatale sub aspect clinic și evolutiv.

Din tulburările psihice la etapa postnatală se evidențiază stările de tristețe a lehuzei, manifestate la aproximativ 80 % lehuze (Гольдберг Д.Ю,1999). Starea se desfășoară, ca regulă, la a 3-4 zi de lehuzie, cu o durată de 7-9 zile și manifestate clinic prin labilitate afectivă, plans facil, iritabilitate, indispoziție, fatigabilitate, cefalee, hipoprosexie, cu idei de culpabilitate, insomnie. Starea adeseori urmează unei stări fiziologice euforice după naștere. Cu cât mai evident este gradul de anxietate cu atât mai pronunțată este componenta depresivă și delirantă în continuare. Aproximativ 20 % din aceste cazuri dezvoltă ulterior stări depresive (Suri R., 1997).

Noțiunea de depresie postnatală în ICD-10 se asociază, după cum am relatat cu alte tulburări psihice. Criteriile de depresie postnatală sunt următoarele: 1. Simptomele corespund criteriilor unui episod depresiv 2. Durata de 4-6 săptămâni după naștere. Diagnosticul de

depresie postnatală este corect dacă se constată 4 din simptomele enumerate: insomnia, idei de culpabilitate, fatigabilitate, hipoprosexie, apetit perturbat, dezinhibiție sau lentoare psihomotorie, ideatie autolitică. (Прибытков А.А., 2008) relatează următoarele tipuri de depresie postnatală: 1. Depresie anxioasă 2. Depresie histrionică 3. Depresie astenică 4. Depresie melancolică.

Noțiunea de psihoză postnatală în DSM-IV se prezintă în calitate de stări psihotice asociate cu delir și halucinații fără referință la criterii etiologice definite. Каплан, 1999 atribuie noțiunii de psihoză postpartum tulburările psihotice intervenite după naștere asociate cu delir și depresie. Tulburările psihotice ca schizofrenia, tulburarea schizoafectivă și bipolară, tulburări delirante acute și tranzitorii, depresiile recurente pot debuta în perioada postpartum. În bibliografia de profil constatăm 3 tipuri de psihoze postnatale: 1. Amența 2. Stări catatononeiroide 3. Stări depresiv-paranoide (Михайлова К.В, 1983). Alte stări constatate se referă la 1. astenia lehzurilor manifestată prin extenuare psihică și fizică, indiferență, inclusiv lipsa de interes pentru situația copilului, cu posibilă evoluție spre starea de mutism și durată ore – zile. 2. Stările crepusculare asociate cu anxietate, comportament impulsiv heteroagresiv sau autolitic, discordanță ideatorie, halucinații vizuale sau auditive și amnezia episodului psihotic. 3. Stări posttraumatice postnatale (Beck C.T., 2003;) cu anxietate marcată pentru starea copilului, pentru o nouă graviditate, psihogenii. 4. Tulburări de panică se constată în 2 % cazuri cu o durată medie de 10 minute. Loker, 2004 relatează starea de asfixie, tremurături, vertije, cefalee, derealizare, depersonalizare, stări fobice, inclusiv tanatofobii.

Tabloul clinic al tulburărilor postnatale este polimorf și adeseori atipic, iar evoluția ondulantă. Se conturează tendința pentru creșterea frecvenței și scăderea gravității tulburărilor, cu predominanța stărilor nonpsihotice (David G, 1989; Kendell R.E., 1987). Spre sfârșitul secolului XIX dominau tulburările endogene, schizofrenia și tulburarea bipolară și care constituiau 2/3 din numărul de cazuri. La începutul secolului XX se constată creșterea numărului de depresii postpartum, care constituie conform diferitor autori circa 60 % cazuri. Обметица А.А., Такташова Д.Р., Такташов И.Р., 2002 referindu-se la patomorfoza stărilor puerperale relatează frecvența scăzută a stărilor catatononeiroide și amentive, dar cu predominarea tulburărilor afective, afectiv-paranoide și halucinator paranoide.

Concluzii

Sub aspect clinic inițial este greu de diferențiat tulburările psihice la etapa postnatală de schizofrenie sau tulburarea bipolară. Prezența afecțiunii somatice, toxice, a stării de amență ar fi cu un pronostic mai pozitiv comparativ cu lipsa unei somatogenii, prezența simptomelor catatonice, inclusiv discordanța ideatorie. Monitorizarea și evidența acestor paciente în perioada de lactație definește în majoritatea cazurilor apartenența nozologică a cazului.

Bibliografie

1. Anna Nager. Postpartum psychosis and the association with socio-demographic and obstetric factors. For center for Family and Neurobiology, Care Sciences and Society Karolinska Institutes, Stockholm, Sweden, 2009.
2. Beck C.T., 2002 . Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research* , 12(4), 453-472.
3. Beck, C.T. The effects of postnatal depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 21 (2003): 129–143. ...
4. David G., Inwood M.D. //In. book: "Comprehensive textbook of psychiatry". Baltimore;
5. Granger A.C., Underwood M.R.: 2001 Review of the role of progesterone in the management of postnatal mood disorders', *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology*, 22 49 - 55 (0167-482X)
6. Hong Kong; London, 1989. - Vol. 1. - P. 852-858.
7. Kendell, R.E., J.C. Chalmers, and C. Platz, Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*, 1987. 150: p. 662–73.

8. Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/408688>
9. Kennedy RS, Suttentfield K. Postpartum Depression. MedGenMed 3(4), 2001 [formerly published in Medscape Psychiatry & Mental Health eJournal 6(4), 2001]. Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/408688>
10. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. J Abnorm Psychol. 1984;93:158-171.
11. Rosenblum O, Danon G, Nestour A. Les depressions maternelles postnatales: description, psychopathologie et aspects thérapeutiques. Perspectives Psychiatriques 2000; 39 (3): 185-98.
12. Salvatore Gentile. The role of estrogen therapy in postpartum psychiatric disorders an update/ CHS Spectrum, vol.10, N 12, November 2005, pp/ 944-952 .
13. Suri R, Brazelton results for infants with antidepressant exposure during pregnancy.
14. (ГольдбергД., Бенджамин С., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике.- К.: Сфера, 1999.- 304 с.
15. Дворкина Н.А.) Инфекционные психозы, М,»Межцина», 1975, сс 95-105.
16. Дзыза Е. Е.«Послеродовая депрессия и факторы, влияющие на ее формирование» Москва,2005
17. Жданов И.Д., Психозы послеродового периода. М., 1913.
18. Каплан . Клиническая психиатрия. М., Медицина. 1999, 522 с..
19. Молохов А.Н, «Карта молдовеняскх», Кишинев, 1962. Очерки гинекологической психиатрии., 136 с.
20. Наку А.Г, Об аменции при ремиттирующей кататонии. Тезисы XX! Очередной научной сессии КГМИ по итогам научно-исслед. работы за 1962 г. Кишинев, 1963, стр. 220-222.
21. Наку А.Г. Клинические варианты аменбтивного синдрома, Докторская диссертация, Кишинев, 1967.,
22. Обметица А.А., Тахташов Д.Р., Тахташов И.Р. Психозы в послеродовом периоде: клиника и патоморфоз на современном этапе. 2002.
23. Прибытков А.А. Послеродовая депрессия непсихотического уровня. Психогинекология. Психические расстройства в общей медицине Т 4, 2008.

UNELE PARTICULARITĂȚI ALE TRATAMENTULUI TULBURĂRILOR PSIHOSOMATICE LA PACIENȚII DE VÂRSTĂ ÎNAINȚATĂ

Ion Coșciug, Alexandru Nacu, Inga Deliv, Emilia Boșneaga

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

Summary

Some aspects of the treatment of psychosomatic diseases in elderly patients

Clinical investigations and clinical-psychological tests conducted in a set of 52 female patients with mean age of $72,5 \pm 5,7$ years have shown the presence of the comorbidity of diverse somatic pathologies (arterial hypertension, persistent pain) with affective changes, predominantly in the aspect of anxiety and/or depression. The results obtained have shown that the application of complex therapy (symptomatic in the somatic aspect associated with antidepressants with anxiolytic effect and psychoterapy) makes better the general status and life quality of the elderly patients.

Rezumat

Investigațiile clinice și testările clinico-psihologice realizate pe un eșantion din 52 paciente cu vârsta medie de $72,5 \pm 5,7$ ani au depistat prezența comorbidității diferitor patologii somatice (hipertensiune arterială, algii persistente) cu dereglări afective, predominant sub