

REVIUL SISTEMATIC PRIVIND ETIOLOGIEA TULBURĂRILOR DEPRESIVE LA PACIENTELE CU EPILEPSIE

Violeta Mîtu, Eugenia Sinița

(Coordonator științific: Igor Nastas)

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

Summary

The etiologi depressive disorder systematic return in patients with epilepsy

The depression is a neuropsychiatric disorder that begins at any age and can have varying degrees of severity and the main symptom is persistent upset mood and anxiety. Scientific studies conducted recently have revealed many important data in appearance and depression functioning. Thus, this paper presents: the clinical features, neurobiology, psychopathology and psychotherapeutic approach to depression, as well as correlation of depression with life values. 48 patients with epilepsy that had Beck test were analysed for the clinical study. These results were processed according to MS Word statistics, Statistical Program Student.

Rezumat

Depresia este o tulburare neuropsihiatrică, care debutează la orice vîrstă și poate avea grade diferite de severitate, iar simptomul principal îl reprezintă persistența dispoziției diminuate și anxietatea. Cercetările științifice efectuate recent au relevat multiplele date importante privind apariția și funcționarea organismului în depresie. Astfel în această lucrare este prezentată: trasaturile de evoluția clinică, neurobiologia, psihopatologia și abordarea psihoterapeutică a depresiei, la fel și corelarea depresiei cu valorile vieții. Pentru studiul clinic au fost abordate 48 de pacienți cu diagnosticul de Epilepsie la care au fost efectuat testul Beck. Rezultatele testărilor au fost prelucrate ca funcție statistică MS Word, Program Statistic Student.

Actualitatea

Cele așezate cauzează depresia este un subiect intens studiat în prezent. Experții consideră că predispoziția genetică, împreună cu evenimentele de viață stresantă, afecțiuni medicale, administrarea de medicamente sau intervenția unor alți factori, pot rezulta într-un dezechilibru al anumitor neuromediatori, ducînd la apariția depresiei. Situațiile care pot declanșa un episod de depresie sunt:

- administrarea remediilor farmacologice, cum ar fi substanțe psihoactive folosite pentru îndepărtarea durerii sau steroizii. De obicei simptomele depresive dispar odată ce medicamentul este oprit.
- tulburări ale secreției hormonale, cum ar fi un dezechilibru al glandei tiroide sau suprarenale.
- dezechilibre chimice, precum dezechilibrele nivelurilor sanguine ale calciului sau nivelurile scăzute ale fierului (anemia)
- afecțiunile îndelungate (cronice), precum artrita, bolile cardiace sau cancerul
- infecțiile, cum ar fi cele virale, hepatice sau cerebrale
- factorii de stres majori, ca de exemplu decesul unei persoane apropiate
- factorii de stres cronici, precum sărăcia, dificultățile familiale, probleme medicale grave proprii sau ale unei persoane apropiate
- vîrsta înaintată, cînd persoana trece de la o viață independentă la un alt stil, în care depinde de ceilalți.

Depresia în abordarea psihoanalitică

A. Teoria psihoanalitică după Freud – teorie analitică a stărilor depresive este dominată de lucrările lui Freud și Abraham, acestea au continuat să lucreze pînă la sfîrșitul vieții 1925 pentru elaborarea unei scheme explicative de psihoză maniaco depresivă. Freud împreună cu Abraham au lucrat asupra depresiei mai mult de 15 ani și această acțiune a fost numită de Dialog. Punctul de plecare a fost din 1910, în urma unei discuții asupra suicidului la

Societatea psihoanalitică din Viena, unde Freud a subliniat deja importanța de comparare între doliu și melancolie: (afectul ce corespunde melancolie și celui de doliu, cum se zice regretul amar de obiectul disparut) sau încă: (melancolia este doliu provocat de pierdere de libidol).

a) Lucrările lui Freud : doliu și melancolia (1917) în această lucrare Freud accentuează asemănările clinice dintre melancolie și stările normale de doliu: stările de durere sufletească, suspensia de interese pentru lumea exterioară, pierderea capacității de a iubi, inhibarea de toate activitățile. Subiectul abandonează toate activitățile care nu sînt în relație cu amentirile legate de persoana pierdută. Circumstanțele declanșatoare sînt similare: în ambele cazuri este o pierdere însă în melancolie pierderea este foarte minimă sau chiar inaparentă,

Începînd cu (doliu patologic) pe care Freud l-a ținut săl descerneze prin mecanismele dinamice în jocul declanșării stărilor melancolice. În starea de doliu normal, (dovadă de realitate a demonstrat că obiectul iubit nu egzistă mai mult și edicta exigentă de a extrage tot libidolul din legăturile pe care le reține față de acest obiect. Odată ce este înlăturat detașamentul de la libidol, eul devine liber și fără inhibație.). În timp ce respectul față de realitate nu ajunge la persoana dată, fixația libidenală a obiectului pierdut devine intensă și obiectul este artificial ținut (în viață) în centrul unei stări de credință (cîteodată halucinatorie) chiar și delirantă. Tot odată, în doliu patologic, individul are conștiința de natură obiectului asupra cărei libidolul său rămîne fixat, totodată ca în melancolie obiectul pierdut a fost după termenii proprii a lui Freud (sustrași în conștiință). În doliu, pierderea de obiect a făcut lumina (săracă și goală) la fel și în melancolie eul pacientului a devenit sărac și gol. Freud scoate în evidență caracteristicile conflictuale a stărilor melancolice ca de exemplu o parte din mine se contrapune cu altă parte. El introduce noțiunea de clivaj (spaltung) între instanța critică și restul de eu. Freud subliniază stadiile preliminare a viitorului acces melancolic: egzistă un obiect de draostă exterioară cu care relația este întreruptă; dar în loc să fie deplasat către alt obiect, libidolul de subiectul dat se retrage asupra eului (umbra obiectului va cădea asupra mea ce poate deci să fie judecată de către o instanță particulară ca un obiect, abandonat.)

O parte din mine este identificat asemeni unui obiect pierdut. În consecință conflictul dintre mine și vechiul obiect de dragoste se transformă într-un conflict dintre instanța critică din mine și partea din mine identificată la vechiul obiect. Dar pentru ca libidolul să poată ușor să se retragă asupra eului a fost necesar ca investiția obiectului inițial să fie mai slabă. Freud presupune că relația obiectului cu subiectul predispune la acces melancolic și este o relație fundamentală narcisică și ambivalentă. Narcisică deoarece acești indivizi, iubind investesc atît eul cît și obiectul de dragoste în relație. Ambivalența deoarece dorința de distrugere a obiectului iubit niciodată nu lipsește. Ura egzistentă inițial într-o astfel de relație dintre obiecte poate ușor după pierderea obiectului să se raporteze asupra eului. De unde terania și cruzimea impozată de către instanța morală a pacienților melancolici asupra eului. Această ură poate să ajungă pînă la dorința de a omorî.

Trei condiții ce trebuie reținute după Freud sunt:

- ambivalența inițială pentru obiectul de dragoste;
- pierderea acestui obiect;
- regresia libidolului asupra eului;

Regresia este favorizată de către narcisismul acestui obiect; ambivalența inițială se găsește sub formă de ură tiranică în timpul regresiei. Ambivalența și pierderea de obiect se regăsesc în doliu.

B. Teoria psihoanalitică după Abraham- Primele lucrări a lui Abraham asupra melancoliei (1912) sînt anterioare de lucrările Freudiene. De la început, Abraham gîndește că cheia stărilor depresive trebuie căutată în tendințele sadiste refulate. ((Dispoziția de ură produce incapacitatea de a iubi)) Este comună la depresie și la nevroză obsesională. Însă nevroza obsesională crează scopuri substitutive (deplasări), melancolia crează o proiecție negativă asupra anturajului de tipul: ((Eu nu pot să iubesc pe alții, eu pot numai săi urăsc.)). Cum notează Abraham, noi ne găsim la limita paranoiei. Este deajuns să reinversăm această proiecție asupra anturajului pentru a obține formularea principiilor de persecuție: (alții nu mă

iubesc, ei mă urăsc). Acest (trunchi comun) depresia- nevroza idee obsesională de persecuție corespunde des la o realitate clinică.

În 1916, Abraham insistă asupra importanței orale în mecanismul depresiv. Refuzul de mâncare și dorința de a muri prin lipsa de vitalitate corespunde cu regresia libidoului în stadia cea mai precoce, stadia orală – canibalică de (devorare), contra căruia singura modalitate de luptă este abținerea totală. Melancolicul incapabil să realizeze o investiție libidinală matură, nu poate păstra obiectul de dragoste numai la prețul de abstenență orală (deci alimentară) radicală. În 1924 înaintea morții sale Abraham publică versiunea cea mai elaborată a teorii sale de psihoză maniaco depresivă el propune lui Freud două substadii anale: prima de expulzie rejectie și de distrucție, a doua de retenție și de control, considerate ambile sadice. Astfel melancolicii expulzează obiectul, iar obsedatul, le păstrează în interior pentru a le controla. Aceste două stadii anale sînt apropiate de două stadii orale: una de aspirație, alta de a mușca (sau sadic orală). După Abraham la stadiu oral care stabilește ambivalența (suge- mușcă). La melancolici, ambivalența persistă și se adresează egal la ego: (astfel noi vedem că se opune în melancolie dragostea de sine și ura față de sine, supraestimarea și subestimarea, prin alți termeni expresiile de un narcisism pozitiv și de un narcisism negativ).

Aportul cel mai original a lui Abraham referitor la noțiunea de depresie (primară). Episoade depresive repetate la același subiect, corespunde pentru acest autor de o constrîngere de frecvențe care duc la o rănire gravă a narcisizmului infantil prin decepție (originală). Înainte ca această dorință să nu fie depășită copilul este dezamăgit totodată de ambii părinți ce duce la sentimentul de abandonare totală și la o tendință depresivă precoce.

Developarea depresiilor melancolice după Abraham pot fi reconstruită de tipul următor: o decepție intolerabilă provocată de către obiectul dragostei condusă la expulzia sa și la distrugerea sa (rejet anal). Însă sadismul oral se manifestă asupra eului pacientului sub forma de o automortificare. Aceasta durează pînă la saturare sadistică. Pericolul de distrugere a obiectului de dragoste se îndepartează dacă acesta poate fi eliberat sub o formă a unei expulsii anale. Obiectul îndură inevitabil ciclul de (metabolism sexual) care este gata să se reînceapa la următorul acces de depresie.

Egzistă multe puncte comune între concepția lui Freud și Abraham. Narcisismul fundamental, regresia libidinală, retrajerea dintrun erotizm sadic asupra eului propriu de subiect constituie pentru acești doi autori cheia de la bolta structurii melancolice.

C lucrările lui Melanie Klein

Îndată după Freud, Melanie Klein a dezvoltat în 1924 teoria sa personală a stărilor depresive. Melanie Klein descrie două poziții fundamentale prin care sugarul trece obligatoriu pe parcursul primului an de viață: poziția schizoparanoică și poziția depresivă.

În poziția depresivă (a doua jumătate a primului an de viață), sugarul este capabil să recunoască mama sa ca un obiect (total) și se plasează în raport față de ea. Această mamă poate să fie cîteodată ca bună, prezentă, iubitoare de o parte și de alta ca absentă ,rea, și cea care îl urăște. Sugarul descoperă că este aceeași persoana (mama) pe care o integrează ca un obiect total și la care sunt atribuite sentimente contrării. Sugarul atribuie eul propriu ca pe un eu total, el își dă seama că este aceeași persoana - el însăși - care iubește și urăște în același timp o persoana unică - mama sa.

În poziția depresivă, mecanismele introjective se intensifică: sugarul dorește să pastreze în sine și să repare obiectele de dragoste care riscă să fie distruse: dar în același timp el are frică ca ura să mare să nu amenințe obiectele pe care lea introjectat. Pentru a se apăra împotriva acestei frici de distrugere copilul elaborează apărări maniacale fondate asupra puterii supreme: el este distul de puternic pentru a controla obiectul, al repara, și săl facă să renască la propria dorință.

Încet încet copilul consideră că obiectele sale interne sunt tot mai puțin amenințătoare de către pulsuniile sale. Repartiția a jucat rolul său și rezoluția de la pozițiile depresive sfîrșește la faza edipiană.

Melanie Klein crede că subiectul maniaco depresiv adult a fost tot timpul incapabil să instaleze în el un obiect de dragoste care să decurgă în securitate, la adăpost de propriile sale pulsii agresive. Peste tot el se simte culpabil de suferințele care îl fac să îndure acest obiect introjectat. Moartea sau dispariția a unei persoane iubite confirmă temerile sale demonstrându-i că dorința sa de moarte și pulsivitatea agresivă au triumfat. Deprimatul este egal incapabil de un lucru de doliu normal care constituie reinstalarea în mod fantasmatic în el, obiectul de dragoste pierdut, cum el este obișnuit pe parcursul rezoluției a poziției depresive. Deprimatul este condamnat să fie fără odihnă când la amenințările care apăsă asupra lumii interne și la absența de armonie și sexuală.

Obiectivele

De a studia posibilitatea existenței corelărilor între intensitate depresiei la pacientele epileptice în dependență de localizarea focarului, precum și de prezența antecedentelor genetice în anamneză familială.

1. studierea, elucidarea și trecere în revista a datelor, reflectate în bibliografia de profil, care se referă la etiologia etiopatogenia și neuromediatorii depresiei la pacientele epileptice.
2. De a elucida și de a trece în revistă date referitoare la prezența depresiei conform regiunii afectate a encefalului la pacientele epileptice conform rezultatelor electroencefalografice.
3. De a efectua testul Beck pentru determinarea intensității depresiei și de a obține rezultate în grupuri.
4. De a prelucra rezultatele obținute prin metode statistice și de a efectua o analiză complexă în grupuri.

Materiale și metode

Eșantionul investigat a cuprins 48 de paciente cu epilepsie generalizată și parțială cuprinse între vîrsta de 19-60 ani. Instrumentele de bază al aprecierii clinice a fost testul Beck, EEG, ECO Encefalografia și anamneză. Pentru evaluarea statistică a rezultatelor s-a folosit testul Student.

Rezultate și discuții

Tabelul Nr 1 : sunt reprezentate valorile testului Beck în dependență de nivelul intensității depresiei.

Tabelu Nr1

Valori	Usor Beck	Mediu Beck	Sever Beck	Norma Beck
	1,3	1,7	2,1	0,4
	0,6	2	2,2	0,4
	0,9	1,3	2,5	0,3
	1,2	1,4	2,1	
	0,9	1,7	2,2	
	1	1,5		
	0,5	1,5		
	1	1,4		
	1	1,4		
	1,2	1,5		
	0,5	2		
	1,2	1,3		
	1,2	2		
	1	1,4		
	0,9	1,9		

	0,8	1,5		
	0,9	1,7		
	0,5			
	1,2			
	1,2			
Nr	20	17	5	3
Media (M)	0,95	1,6	2,22	0,37
Student		0,001	0,05	0,001
Eroarea Med.(m)	0,057810944	0,060024505	0,073484692	0,033333333
Dispersia	0,07	0,06	0,03	0
Dev.Stand. (St.d.)	0,26	0,25	0,16	0,06

Concluzii: S-au diferențiat 3 grupe conform scalei Beck – norma 3 persoane, depresie ușoară 20 persoane și depresie medie-severă-12 persoane, ($p < 0,05$, $p < 0,001$)

În tabelul Nr 2 sunt redate date referitoare la numărul pacienților conform rezultatului testului Beck în dependență de gradul de severitate a depresiei și rezultatele EEG (dependență de localizarea focarului epileptic).

Tabelul Nr 2

Scor Beck	Regiunea					
	Nr. Cazuri	Temporal	Frontal	Fron-Tem	Tem-occip	Pariet-occi
Norma		2	0	2	0	0
Ușor		14	1	4	2	2
Mediu - sever		16	2	3	0	0
Total depresivi		30	3	7	2	2
Total pacienti		32	3	9	2	2

Concluzii : I) S-au evidențiat 32 pacienți cu focarul epileptic în regiunea temporală dintre care 2 cu scorul Beck – în limitele normei , 14 – Depresie ușoară, 16- depresie medie- severă.

II)- 3 pacienți cu focarul în regiunea frontală dintre care 1 cu scorul Beck ușor și 2 pacienți cu scorul Beck Mediu-sever.

III)- 9 pacienți cu focarul situat fronto-temporal inclusiv 2 cu scorul Beck norma, depresie ușoară-4, depresie mediu-severă-3.

IV)- 2 pacienți cu focarul situat temporo-occipital inclusiv 2 cu scorul Beck depresie ușoară.

V)- 2 pacienți cu focar în zona parieto-occipitală

În tabelul Nr 3: Sunt redate date referitor la gradul depresiei în funcție de antecedente heredocolaterale epileptic și rezultate conform criteriului p-Student.

Tabel Nr 3

Scorul Beck	Scorul Beck	
Antecedente prezente	Antecedente absente	
1,3	0,4	
2	1,7	
1,3	2,1	
1,2	1	
2,1	0,6	
0,5	0,9	
1	1,4	
0,9	1,2	
1,4	0,9	
1,5	0,4	

0,3	1,7	
2	1	
	0,5	
	1	
	0,4	
	1	
	1,5	
	0,5	
	1,5	
	2,2	
	0,4	
	1,4	
	1,2	
	1,2	
	0,8	
	2,2	
	0,5	
	1,3	
	1,2	
	2	
	2,2	
	1,4	
	1,9	
	1,2	
	1,5	
	1,7	
Media	1,29	1,23
E medie	0,164436	0,091461
Nr Cazuri	12	36
p>0,05		

Concluzie: În tabelul Nr 3 se evidențiază 12 cazuri cu antecedente heredocolaterale și 36 cazuri cu antecedente absente. Conform criteriului Student $p > 0,05$ ceea ce ne demonstrează că nu există nici o diferență statistică între grupuri – nivelul depresiei la pacienți nu depinde de antecedente heredocolaterale.

Concluzii

Cercetarea s-a bazat pe analiza nivelului de depresie la pacienți suferinți de epilepsie, și au fost studiate interrelațiile între nivelul intensității depresiei și localizarea focarului epileptic, precum și cu antecedente familiale. S-a dovedit că la pacienții suferinți de epilepsie, depresia se manifesta clinic ca forme: norma, ușor, mediu-sever. Astfel după criteriul Student grupul mediu-sever a obținut, $p < 0,001$ ceea ce demonstrează o diferențiere statistică. În cazul focarului epileptic prezent în zona temporală depresia apare ca cea mai pronunțată formă, grav-medie alcătuind 16 persoane din 32. Corelația scorului depresiv și zonelor creierului afectate epileptic s-a dovedit să fie statistic semnificativă, însă corelația scorului depresiv cu prezența sau absența antecedentelor eredo-colaterale agravate prin prezența tulburărilor de ordin epileptic, nu este semnificativă.

Bibliografie

1. D. Cooper: Psychiatrie et antipsychiatrie. Ed. Seuil, Paris 1978
2. D. David: Psihologie clinică și psihoterapie. Ed. Polirom, Iași 2006
3. E. Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie. 1916
4. E. Kraepelin: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. 1899
5. E.H. Ackerknecht: Geschichte der Psychiatrie. Enke Verlag, Stuttgart 1985

6. G.B. Cassano: Trattato Italiano di Psichiatria. Masson, 2000
7. H. Ey: Neurologie et psychiatrie. Hermann, Paris 1998
8. H. Schott, R. Tölle: Geschichte der Psychiatrie. Beck, München 2005
9. I.C. Cucu, M. Dănilă: Psihiatria sub dictatură: o carte albă a psihiatriei comuniste românești. București 2005
10. J. Postel, C. Quétel: Nouvelle histoire de la psychiatrie. Dunod, Paris 2002
11. K. Jaspers: Allgemeine Psychopathologie. 1913
12. K. Schneider: Die psychopathischen Persönlichkeiten. 1923
13. M. Gauchet: Le sujet de la folie: Naissance de la psychiatrie. Calaman-Lévy, Paris 1988
14. P. Pinel: Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. 1801
15. V. Chiriță, A. Papari: Tratat de Psihiatrie. Fundația "Andrei Șaguna", Constanța 2002
16. V. Predescu (edit.): Psihiatrie, Ed. 2-a. București 1989
17. W. Griesinger: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 1861

ROLUL FACTORILOR PSIHO-SOCIALI IN EVOLUTIA CLINICA A ANOREXIEI NERVOASE

Ana Rîbințev

(Cond. științific – Constantin Palihovici, dr., conf.univ.)

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

Summary

Role of the psychosocial factors in the clinical course of anorexia nervosa

The Anorexia is a psychiatric pathology which has been increasing dramatically recently. In most cases it could be seen in person in the state of puberty and adolescence. It's very important to note that this pathology affects the psyche and the reproductive system. The manifestations of the disease over time require psychiatric and gynecological treatment. Pubertal patients who develop anorexia have a higher incidence of premorbid affective disorders and detrimental impact on genital development, which is manifested by the delay of menarche, eunucoid type of the skeletal growth. Namely these affective and somatic disorders, determine the cause of relapses and one of the factors of chronic anorexia.

Rezumat

Anorexia nervoasă reprezintă o patologie psihiatrică incidența carea în ultimul timp crește dramatic. Fiind întâlnită mai des la persoanele în stadiul pubertății și adolescenței. Este important de menționat faptul că această patologie afectează atât psihicul cât și somaticului cel mai des avînd de suferit sistemul reproductiv. Manifestările bolii ce aduc prejudicii sănătății nu rare ori ajung în aria consultărilor și tratamentului medical atât psihiatric cât și ginecologic.

Pacienții prepubertali care dezvoltă anorexie au o incidență mare a tulburărilor afective premorbide precum și un impact nefast asupra dezvoltării aparatului genital manifestînduse foarte des prin întârzierea menarhei, amenoree primară, uter și anexe subdezvoltate, creștere scheletală tip enucoid și osteoporoza precoce.. Anume aceste dereglări afective și somatice pot determina gradul de severitate deseori fiind cauze a recidivelor și unul din factorii de cronicizare a anorexiei nervoase.

Actualitatea

În structura morbidității psihiatrice această ocupa 4-6% din pacienții aflați la vîrsta de 12-28 de ani și 1-2% din pacienții de după vîrsta 28 de ani sporadic se intîlnesc cazuri de afectare și a copiilor. În Republica Moldova frecvența anorexiei nervoase reprezintă 0,3 la 1000 de femei, cu incidența mai mare la persoanele care provin din localitățile urbane. Și o