

### DEPRESII SOMATIZATE. ASPECTE CLINICE ȘI EVOLUTIVE

Mircea Revenco, Stela Railean

Catedra Psihiatrie și Narcologie FPM

#### Summary

##### **Somatized depressiions. Clinico-evolutive aspects**

Clinical symptoms of depressions as affective disturbances and those somatized in particular are described in the worc. The data are based on the clinical observations of 90 patients with depressiions of various etiology.

#### Rezumat

În lucrare sunt expuse simptomele clinice ale depresiilor ca componentă a tulburării afective și a celor somatizate în particular. Datele se bazează pe observații clinice asupra a circa 90 bolnavi cu depresii de etiologie diversă.

#### Actualitatea temei

În cadrul tulburărilor psihice depresiile au o frecvență în creștere pe parcursul ultimului deceniu. Se preconizează că acestea către anul 2020 vor fi pe locul doi ca prevalență printre maladii, cedînd locul întîi doar bolilor cardiovasculare. Manifestîndu-se ca o tulburare afectivă acestea, ca regulă provoacă suferințe psihologice, emoționale și fizice care scad evident calitatea vieții bolnavului și nivelul de adaptare socială. Puțini din medici cunosc că depresiile ca cauză a invalidității se situează pe locul întîi printre maladii pe glob. Totodată e constatat că doar 1/3 din bolnavii cu depresie se adresează inițial la medicul psihiatru, iar 2/3 din ei ajung la alți specialiști, care constată incorect starea bolnavului, motiv pentru care doar fiecare al 4-lea bolnav face un tratament adecvat. Pierderile materiale directe, legate de depresii și cele indirecte constituie în Statele Unite 60 mlrd dolari anual. Luînd în considerație că în populație riscul de a face un episod depresiv se ridică la 20%, iar în aproximativ 2/3 din cazuri au loc recăderi, putem să ne pronunțăm asupra rolului important al cunoașterii manifestărilor depresive de către medici de diverse specialități. S-a constatat că doar în 10% cazuri depresiile evoluează tipic, pe cînd covârșitoarea majoritate a acestor stări evoluează atipic și cu conținut somatizat. Aceste modificări ale tabloului clinic confirmă odată în plus necesitatea cunoașterii manifestărilor depresive la toate etapele de asistență medicală.

#### Obiectivele lucrării:

Lucrarea are ca obiectiv depresiile, îndeosebi cele somatizate, care constituie în practica medicală un fenomen frecvent constatat. S-a preconizat expunerea și sensibilizarea cadrelor medicale de diferit profil asupra importanței problemei și specificului de diagnostic.

#### Material și metode

Lucrarea este bazată pe experiența proprie, bazată pe observația asupra 90 cazuri cu diagnosticul de depresie cu diverse manifestări clinice și datele bibliografice de specialitate. Au fost utilizate scale de diagnostic auto – și heteroevaluare Hamilton, Zung, Spielberger. Toți pacienții au fost consultați suplimentar de medici de diferit profil, în funcție de simptomele somatice sau neurologice prezente.

#### Rezultate și discuții

S-a constatat că tabloul clinic al manifestărilor somatizate în depresii se prezintă prin simptome diverse, dar cu unele particularități comune. Bolnavii cu depresii somatizate sunt axați asupra simptomelor expuse și solicită atenție crescută. Adeseori senzațiile somatice implică un comportament hipocondrizat, axat pe investigații suplimentare și diagnostice somatice puțin argumentate. Prezintă importanță în diagnosticare evidențierea factorilor psihogeni, care au

declanșat starea de boală. Din alt punct de vedere, este semnificativ faptul că bolnavii cu depresii mascate somatizate nu conștientizează și evident își expun dezacordul în cazul în care sunt tratați doar ca bolnavi cu tulburări psihice. Se invocă, de altfel și cu argumentare subiectivă, de pildă cazurile de dureri psihogene, inacceptate de pacient în calitate de tulburare psihică. Se constată o oarecare dependență a gradului manifestărilor somatice de profunzimea manifestărilor afective, cu ameliorarea stării spre seară. Aceste oscilații pot avea și anumite particularități în condiții de spital, simptomele revenind odată cu plecarea medicului din secție sau în zilele de odihnă în lipsa medicului. În plus, există o neconcordanță evidentă a senzațiilor prezentate cu investigațiile făcute. Deci, se constată dominația factorului subiectiv asupra celui obiectiv. Este evidentă noncorcondanța simptomelor obiective și subiective, axarea pacientului asupra simptomelor și patologiei presupus somatice și schimbări simptomatice în funcție de oscilația tulburărilor afective, cu „vindecări” spontane. Vocabularul pacienților este bogat cu terminologie medicală, la fel și cantitatea examinărilor paraclinice, iar senzațiile sunt specifice: „inimă tristă”, „inimă tremurândă”, etc. Adeseori senzațiile nu se limitează doar la un oarecare organ sau sistem poliorganic. Depresiile monosimptomatice sunt rar constatate. Este tipică simptomatologia polimorfă, fapt la care se referă și cunoașterea bună de către pacienți a simptomelor din bolile somatice. Acești pacienți se prezintă la medic bine „pregătiți” din punct de vedere simptomatologic și terminologic. În plus, unele senzații psihice, ca de exemplu durerea psihogenă, este percepută mai puternic decât cea organică. Ca rezultat apar probleme de diagnostic și tratament. O trăsătură specifică este sugestibilitatea crescută a acestor bolnavi, fapt care „molipsește” pacienții cu simptome adiacente, citite, sugerate sau auzite de la alți bolnavi. Utilizarea de către pacienți timp îndelungat a medicamentelor cauzează o stare de dependență „psihologică”. Pacientul este în posesia permanentă a medicamentului și prezintă anxietate în cazul când din întâmplare nu îl are la îndemână. În unele cazuri se formează scheme proprii de tratament, motiv pentru care se abandonează tratamentul prescris de medic. Adresabilitățile la diferiți specialiști creează componenta hipocondriacă a stării depresive, iar aprecierea conform căreia „Hipocondriacul este persoana care nu se simte bine, dacă nu se simte rău” definește comportamentul bolnavului. Fiind în permanentă căutare asupra maladiilor avute, se consultă diferiți specialiști, fac și insistă pentru noi investigații, iar cunoașterea simptomelor avute „confirmate” și din sursele medicale sau populare, le permite a sistematiza simptomele în direcția încadrării acestora într-un tablou clinic nozologic definit. Adeseori conținutul suferinței este prezentat reieșind din specialitatea medicului consultant. Bolnavii de multe ori „izbăvinduse” de o suferință, în timp rapid își crează una nouă. Luând în considerație multitudinea de simptome somatoforme în depresii, vom prezenta succint aceste manifestări pentru fiecare sistem separat (10):

Din partea sistemului respirător (în lipsa tabloului clinic și paraclinic al maladiei) sunt frecvente: dispneea, senzația de apnee, tusea psihogenă. Unele simptome sunt chinuitoare pentru bolnav, îndeosebi dispneea și apneea. Asociat se acuză senzația de uscăciune a mucoaselor, prurit, comprimare, senzația unui corp străin în gât. Sunt tipice crizele de tuse continue, fără eliminări de spută. Simptomele pot apărea la oscilații ale tensiunii atmosferice sau sub influența unor mirosuri puternice. Starea de apnoe apare în stările de tensionare afectivă, la unii bolnavi doar în concordanță cu ritmurile circadiene: la trezire, la adormire sau în timpul nopții. Dificultățile respiratorii sub forma de dispnee inspiratorii sunt considerate ca o manifestare a depresiei mascate. Alte forme posibile sunt tahipneea cu o frecvență de pînă la 40-50 respirații pe minut sau invers, dradipneea.

Tulburările gastrointestinale pot avea următoarele manifestări clinice: inapetență, bulimie, algiile abdominale, sindromul stomacului și colonului iritabil. Inapetența și pierderea satisfacției din urma alimentării, a senzațiilor gustative sunt foarte frecvente în tabloul clinic al depresiilor. Se poate evolua pînă la starea de anorexie totală, care periodic se intercalează cu stări de apetit normal sau hiperbulie. Sunt frecvente grețurile și voma. Grețurile nu sunt cauzate de schimbarea regimului alimentar, nu dispar după vomă, sunt asociate cu senzația de sete și aerofagie. Voma apare cu preponderență dimineața, nu depinde de calitatea și cantitatea hranei

administrare și corelează cu oscilațiile de dispoziție. Depresivii suferă frecvent de diaree și constipații. Este constatat că starea de constipație declarată de bolnav reprezintă ca atare dereglări imaginativ-subiective cu referință la dereglarea tranzitului intestinal, fapt care cauzează și comportament adecvat, inclusiv administrare de purgative. Forma inversă a manifestărilor gastrointestinale sunt diareele psihogene, cu o frecvență 5-10 în zi, cu durata de luni sau ani de zile. În rețeaua medicinei de familie acești pacienți sunt tratați inițial pentru dizenterie sau enterită cronică și nu cedează la tratament.

Din cadrul simptomelor abdominale în depresii se evidențiază și algiiile, care prezintă polimorfism simptomatologic: glossalgii, dureri în zona esofagului, dureri stomacale. Algiile abdominale în cadrul depresiilor sunt instabile și tranzitorii, iar tabloul clinic prezintă simptome ciudate și nespecifice: senzația de arsuri, rece, compresie, etc.). În general, depresivii acuză tensiune musculară, tensiune cefalică, tensiune musculară lombară sau cervicală (2,7,1). S-a demonstrat că atât durerea cronică cât și depresia au la bază tulburări ale sistemului serotoninergic (1,4). Durerea cronică poate fi ușurată prin administrarea inhibitorilor de recaptare a serotoninei (8), iar răspunsul pozitiv la antidepressive este un motiv de justificare a legăturii durerii cu patologia depresivă.

Distoniile musculare interne reprezintă altă categorie a tulburărilor gastrointestinale și poate avea următorul tablou clinic: spasme esofagiene cu dificultăți de glutiție, sindromul stomacului iritat; hipotonie stomacală, sindromul de colon iritat, diskinezii biliare.

Tulburările cardiovasculare sunt manifeste preponderent sub formă de cardialgii, localizate ca regulă, în partea sfînga a toracelui, cu senzația de compresie, apnee, fapt care generează inspirații profunde și se prezintă paroxistic. Se constată oscilații diurne ale simptomelor și care sunt mai manifeste dimineața.

Alte tipuri de tulburări cardiace țin de dereglări de ritm cardiac. Se acuză senzația lipsei de zgomote cardiace, „dispariție de puls”, crize de tahicardie sau extrasistole paroxistice. Toate tulburările cardiace sunt asociate cu stări de anxietate. Deasemeni, ca și în alte tulburări somatizate, lipsa factorilor organici, a tulburărilor de ritm, alte simptome patologice electrocardiografice nu influențează dispariția tulburărilor afective. Frica, senzațiile și sentimentele biruie rațiunea. Senzațiile patologice generează fobii de repetare, fapt care cauzează respirație „protectoare” ca ritm sau amplitudă. Este posibilă anxietatea trenantă sau stări de panică repetitive, care pot provoca excitație motorie. Este semnificativ faptul că asemenea excitație nu este tipică bolnavilor cu stenocardie. Fobiile sunt frecvent cauză a tulburărilor de somn în depresii, deoarece pacienții sunt „atenți” asupra activității cordului, iar instalarea somnului ar putea să-i facă „neprotejați” și „nepregătiți”. De altfel standardele ocrotitoare ale vieții sale se răsfrîng și asupra raportului cu cei apropiați. Se solicită atenție crescută și atitudini protective cu solicitarea unor examene medicale repetate.

Tulburările sistemului urogenital se manifestă sub forma de algiile locale, poliurie, oligurie, dizurie. Cistalgiile sunt relativ frecvent constatate ca simptom funcțional al tulburării depresive. Au loc micțiuni frecvente și dureroase în lipsa piuriei și a examenelor pozitive de laborator. În practica medicală este utilizată în asemenea cazuri noțiunea de vezică urinară „excitată” sau „nervoasă”.

La alt capitol care ține de stările depresive se referă simptomele pseudoneurologice: hiperestezie, cefalee, vertije, nevralgii, sindromul pseudoradicular, sindromul picioarelor neliniștite, diskinezii. Localizarea specifică a hiperesteziei este pielea capului, cu amplitudă maximă și teribile conform cu expresiile pacienților. Hipoesteziiile la fel sunt tipice și pot evolua până la starea de anestezie locală. Unii pacienți acuză hiperestezia acustică sau invers, hipoacuzie. Sunt posibile simptome de scădere a acuității vizuale.

Cefaleele au deasemeni anumite particularități: sub forma unor hemicranii tip migrenă sau coif, relatată ca o compresie totală a capului. Tot la acest capitol se referă noțiunile „cefalee depresivă”, „distimie frontală” sau „frica frontală” (W.Griesinger), percepută de bolnavi ca chinuitoare și care creează dificultăți asociative.

Nevralgiile depresive pot avea aspectul unor mialgii, algii intercostale, trigeminale, etc. Specific este tipul flotant și migrant al algiiilor, noncordant cu zona de inervație. Sindromul pseudoradicular se manifestă cu algii vertebrale sau paravertebrale, ischialgii, lumbago. Durerile se intensifică sau scad în intensitate în funcție de oscilațiile afective. Predominant algiiile vertebrale sunt localizate în zona cervicală. Simptomele algice diverse îi motivează pe acești pacienți pentru adresabilități repetate la neurologi, reumatologi și traumatologi.

Alt sindrom constatat în cadrul depresiilor somatoforme este cel al picioarelor neliniștite. Se manifestă prin parestезii ale gambelor, care dispar la mișcarea acestora. Simptomele apar în lipsa afecțiunii organice. Bolnavii au senzații asemănătoare cu cele apărute după un mers îndelungat, prezintă algii concomitente sau separate în ambele membre inferioare, având necesitatea de a se mișca în permanență. Sunt specifice și senzațiile de „frământare, fierbere, înțepături sau atingere”. Ca rezultat se motivează necesitatea de a mișca din picioare incontinuu, de a merge prin cameră ore în șir, masare, dușuri cu apă rece. Starea provoacă insomniile rebele, fatigabilitate și disperare. Este semnificativ faptul că senzațiile patologice enumerate cedează la medicația antidepressivă.

### **Concluzii**

1. În diagnosticarea depresiilor somatizate este necesar de a se lua în considerație factorul declanșator și prezența altor componente depresive.
2. Tabloul clinic în depresiile somatizate diferă de la caz la caz și în mare măsură depinde de nivelul intelectual și bagajul noțional medical al pacientului.
3. Cunoașterea tabloului clinic din depresiile somatizate permite evitarea explorărilor medicale inutile.

### **Bibliografie**

1. Department of Health. The National Service Framework for Mental Health. London: DoH, 1999.
2. Dube S., Andersen S., Paul S. et al. Onset of action of olanzapine / fluoxetine combination versus fluoxetine. Presented at 15 th European College of Neuropsychopharmacology, October 5-9, 2002, Barcelona, Spain.
3. Feighner J.P., Robins E., Guse S.B. și colab. – Diagnostic criteria for use in psychiatric research, *Arch.gen. Psychiat.*, 1972, 26, 57-63.
4. Gainotti G., Antonucci G., Marra C. Et al. Relation between depression after stroke, antidepressant therapy and functional recovery. *Journal of Neurology and Neurosurgical Psychiatry* 2001; 71: 258-261
5. ICD-10, Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament, Ed. ALL., 1998; trad. din engleză
6. Nations for Mental Health : An Action Program of WHO
7. Ostroff RB, Nelson JC. Risperidone augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors in major depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60; 256-259.
8. Sternbach H. The serotonin syndrome. *American Journal of Psychiatry* 1999; 148: 705-713
9. World Bank & WHO, 1996
10. Тополянский В.Д., Струковская М.В., Психосоматические расстройства, М., Медицина, 1986