

problemei conflictuale care să fie preferabilă suicidului; înțelegerea că suferința sa actuală și dezechilibrul său emoțional nu sunt permanente; realizarea unei legături suportive între terapeut și pacient; înțelegerea problematicei pacientului și asigurarea suportului emoțional de către familie și prieteni. Ca factori de risc la un comportament autodestructiv în depresia refractară pot fi nominalizați: istoric familial de comportament autodestructiv, evenimente existențial - familiale negative, comorbiditatea cu alte tulburări psihiatrice. Se impune, de asemenea, stabilirea diagnosticului corect, precoce și tratamentul eficient al depresiei. Rata suicidului poate crește din motivul subdiagnosticării depresiei, dozelor insuficiente de antidepressive, lipsa de complianță terapeutică sau opțiune terapeutică inadecvată. Uneori antidepressivele în sine pot fi utilizate ca mijloc de suicid, iar internările repetate în staționar este un factor de risc pentru suicid.

Bibliografie

1. Barraclough, B.M. (1973). *Differences between national suicide rates*. British Journal of Psychiatry 122, 95-6.
2. Beck A. T., The core problem in depression: the cognitive triad. Science and Psychoanalysis, 17, 47- 55, 1970.
3. Gheorghe M.D. Actualități în psihiatria biologică, București, 1999.
4. De Paermentier F., Cheetham S.C., Crompton M.R., și colab., *Brain B-adrenoceptor binding sites in antidepressant-free depressed suicide victims*. Brain Res; 525: 71-77, 1990.
5. 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.
6. Freud S., Mourning and melancholia. *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 14, pp. 234-58. Hogarth Press, London, 1953-1966.
7. *Tratat de psihiatrie Oxford*. Ediția II-a, București, 1994.

TULBURARI DE SOMN IN DEPRESII

Ghenadie Cărașu, Marina Lopusanscaia, Dorina Nicolaescu, Mariana Cărașu
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Sleep disorders in depression

Approximately 10 % of population suffers from chronic insomnia. In this research was studied the particularities of insomnia in depressive disorders. The data analysis shows that combined pharmaceutical and psychotherapeutical treatment is relatively safe and it enhances the process of sleeping.

Rezumat

Aproximativ 10% din populație suferă de insomnie cronică. În această lucrare a fost studiată particularitățile insomniei în tulburări depresive. Analiza datelor obținute a demonstrat că utilizarea tratamentului combinat medicamentos și psihoterapeutic, este relativ sigură și conduce la ameliorarea calității somnului acestor bolnavi.

Actualitatea temei

Numărul oamenilor care suferă subiectiv din cauza tulburărilor de somn crește din an în an. Unul din doisprezece europeni apelează la somnifere noapte de noapte. Aproximativ o persoană din trei are tulburări de somn pe parcursul unui an de zile. Tulburările de somn sunt un simptom comun al multor tulburări mentale și somatice, cum sunt tulburările depresive și condițiile somatice, care provoacă durere sau alt disconfort. Insomnia este o perturbare a somnului care

survine de cel puțin trei ori pe săptămână, timp de cel puțin o lună și este o tulburare a echilibrului somn-veghe, care se manifestă prin lipsa de somn sau prin reducerea duratei și a profunzimii somnului. Aceste tulburări sunt responsabile pentru un randament scăzut la locul de muncă, pentru pierderea vieții sociale sau chiar pentru degradarea stării de sănătate. Tulburările de somn cauzate de o altă afecțiune se rezolvă prin tratarea acelei afecțiuni. Insomnia implică o serie de costuri directe cum ar fi cel al medicamentelor, al consultațiilor la diverși specialiști, dar și o serie de costuri indirecte semnificative care rezultă din scăderea productivității, absenteism crescut, accidente, costuri medicale și de spitalizare legate de morbiditatea crescută și utilizarea disproporționată a resurselor de îngrijire primară, morbiditate și mortalitate crescute asociate cu somn scurt habitual, autotratament cu alcool. Poate mai puțin observat, insomnia afectează și persoanele din anturajul celei suferinde.

Scopul lucrării

Evaluarea clinico-terapeutică a insomniei în episoadele depresive.

Material și metode

Această lucrare a fost efectuată în Clinica de Psihiatrie, Chișinău, în baza unui studiu pe 34 pacienți, cu diagnostic de tulburări depresive recurente, predominant anxios-depresive, episod moderat și sever, inclusiv rezistent la tratament, cu vârsta cuprinsă între 18 și 55 de ani, având consimțământul scris al pacientului. Nu am luat în studiu pacienți cu insuficiență respiratorie decompensată, hipersensibilitate la medicamente, miastenie gravă, insuficiență hepatică severă. O atenție sporită a fost acordată pacienților cu leziuni cerebrale organice. Starea depresivă a justificat un tratament antidepressiv. Pacienții în general au fost avertizați că o ușoară somnolență reziduală diurnă poate fi prezentă după utilizarea medicamentelor. La pacienți s-a observat un efect cumulativ cu neurolepticele, administrate în cele 15 stări psihotice.

În aprecierea profunzimii dereglărilor de somn am utilizat scala Hamilton cu 17 itemi, la inițierea studiului, după o săptămână și la sfârșitul studiului.

1	Insomnia la începutul nopții	0 1 2	Absență (adoarme fără dificultate) Bolnavul se plânge, că uneori adoarme greu (mai mult de o jumătate de oră ca să adoarmă) Bolnavul se plânge, că adoarme foarte greu
2	Insomnia la mijlocul nopții	0 1 2	Nu are dificultăți Bolnavul se plânge, că somnul său este agitat și perturbat toată noaptea Bolnavul se trezește în cursul nopții – alegeți rubrica 2 de fiecare dată, când bolnavul se trezește noaptea (în afară de cazul, când se trezește pentru nevoi naturale)
3	Insomnia la sfârșitul nopții	0 1 2	Absență Bolnavul se trezește devreme, dar readoarme Bolnavul este incapabil să readoarmă dacă și-a părăsit patul

Tensiunea psihică a multor pacienți, ce sufereau de insomnie era reflectată în neputința lor de a se distanța de neliniștile și grijile lor. Factorii responsabili de tulburarea somnului lor constau în conflictele nerezolvate, răspunderea excesivă sau încărcarea personală, profesională, întâmplările neobișnuite, teama de a nu fi în stare să adoarmă în noaptea următoare. Somnul

acestor pacienți era împiedicat de neliniștea și agitația lor interioară. Ei nu erau capabili să-și stăpânească tensiunea, iar insomnia se potolea până în momentul, când apărea următoarea situație dificilă.

Insomnia, ce se petrecea în ultima treime a nopții a fost un indiciu caracteristic pentru existența depresiei la acești bolnavi. În aceste cazuri, pacienții se plâneau, că se trezeau în primele ore ale dimineții și că nu puteau adormi din nou. Ei declarau, de asemenea, că se simt în general prost diminețile; acest detaliu poate fi reținut – mai ales în depresia endogenă - că se încadrează în insomnia matinală sau terminală. De cele mai multe ori, tulburările de somn își aveau originea în conflictele interioare, situațiile de stres, comportamente incompatibile cu somnul și așteptarea anxioasă a unei nopți cu somn tulburat. Eficacitatea terapeutică în cazurile noastre s-a obținut în condiții de sedare limitată. Responsivitatea la tratament a fost observată încă din primele 2-3 zile de administrare, printr-o senzație de confort, apărută dimineața, descrisă de pacienți și de bună toleranță, inclusiv și prin modificări importante ale scorului la scala Hamilton. Terapia a evidențiat o ameliorare din ziua a 7-a de tratament în următoarele proporții: excelentă - 76%; bună-15%; moderată-9%.

Am tratat aceste cazuri complex. A crescut durata și calitatea somnului, fără efecte reziduale semnificative în dimineața următoare. Pacientul știe foarte bine ce îl face pe el să stea treaz, dar el este incapabil să-și stăpânească tensiunea. De îndată, ce problemele zilei sunt rezolvate, insomnia se potolește până în momentul, când apare următoarea situație dificilă. Experiențele reprimate care nu au fost dezvăluite, nu devin evidente decât atunci, când controlul impus de realitate a fost relaxat, să spunem, în timpul viselor. Cu scopul de a evada din astfel de situații emoțional stresante, pacientul se trezește de nenumărate ori. De aceea pacienții, pe lângă tratament medicamentos, care poate rezolva rapid problema, necesită ulterior psihoterapie pe termen lung, aplicată cu scopul de a dezvălui conflictele existente. Tensiunile suplimentare și neliniștea din cursul zilei, urmate de doze crescute sau de medicamente mai puternice luate la culcare, pot induce o stare în care pacientul se simte din ce în ce mai puțin responsabil de bunăstarea și somnul său, ceea ce poate duce în cele din urmă la abuzul de medicamente.

Alte măsuri includ măsuri nonfarmacologice, de exemplu ameliorarea igienei somnului sau terapie cognitiv-comportamentală și tratament farmacologic, în care principalele opțiuni ar fi hipnoinductoarele benzodiazepinice și nonbenzodiazepinice; alte psihotrope cu efecte sedative (de tipul antidepressivelor sau antipsihoticelor) pot acționa pe insomnia secundară unor tulburări psihiatrice și nu sunt de primă alegere în situații de insomnie primară cronică din cauza incidentei mari a unor efecte secundare.

O barieră în calea aplicării unor tratamente de durată a fost frica de dependență și imaginea de psihotrop al hipnoinductorului. Cine ar trebui să primească tratament pe termen lung? Probleme de somn pe termen lung ar putea avea cei cu o severitate mai mare a insomniei și coexistența a unor diagnostice psihiatrice, inclusiv depresive. S-ar putea ca administrarea pe termen scurt a unui hipnotic să elimine posibilitatea unei evoluții de durată lungă a unor probleme de somn. Din cauza lipsei unor metode de a determina momentul optim de întrerupere a hipnoticului, este necesară reevaluarea pacienților în mod regulat, în care, la fel ca și la inițierea tratamentului, se vor pune în balanță riscurile și beneficiile tratamentului hipnoinductor. Conform cu acest model, nici un pacient nu este din start selectat pentru tratament pe termen lung, doar evaluările ulterioare vor confirma sau infirma necesitatea unui astfel de abord. Principiul de bază ar trebui să fie ca orice individ care are o afectare semnificativă datorată insomniei, fie ea primară sau comorbidă, anterior de sau în timpul unui tratament, trebuie să primească o terapie specifică pentru insomnie. Se va evalua riscul potențialului de abuz; abuzul de somnifere benzodiazepinice este relativ puțin frecvent, fiind prezent în special la cei cu istoric de abuz de mai multe substanțe. Varianta intermitentă de administrare ar fi de preferat, deoarece implică o expunere mai mică la medicament și costuri mai mici. Administrarea intermitentă ar trebui rezervată doar nopților când apare insomnia, atunci când este dorită o funcționare neafectată în ziua următoare, la cei care au probleme de somn relativ puțin frecvente. Conceptul de administrare la nevoie este susținut de faptul că două treimi dintre insomniaci sunt bolnavi

cronici și au nevoie de tratament pe termen lung, iar insomnia nu se produce în fiecare noapte la 72% dintre insomniaci. Eficacitatea abordului este subliniată și de evaluarea calității vieții, ameliorată similar de administrarea continuă și cea discontinuă.

În ciuda diversificării medicației antidepresive se observă o accentuare rezistentă la medicație. Antidepresivele sunt capabile să normalizeze dispoziția depresivă, acționând asupra ideății depresive de vinovăție, subestimare, inutilitate și autoliză, dar și la simptomatologia asociată, de ex. inhibiția psihomotorie, anxietatea, insomnia. Managementul actual al tulburărilor psihice devine tot mai complex, implicând scheme de intervenții multiple. În cazurile noastre depresia se manifesta prin indispoziție, pierderea interesului față de diferite activități și scăderea energiei. Alte simptome includeau pierderea încrederii în sine, scăderea autostimei, sentiment de vinovăție nemotivată, gânduri de moarte și idei suicidare, scăderea capacității de concentrare a atenției, tulburarea somnului și apetitului. Factorii nefavorabili, de ex., o pierdere grea sau insucces în business, ca și sărăcia, șomajul, cultura generală joasă, lipsa spațiului locativ personal dominau în debutul sau recidivul tulburărilor depresive. Actualmente depresia este o patologie cu etiopatogenie multifactorială și beneficiază de o terapie complexă, ce îmbină metodele biologice cu cele psihoterapeutice, dar poziția centrală este ocupată de medicația antidepresivă, extrem de complexă și diversificată. În ciuda acestei diversificări, se observă o accentuare rezistentă la medicație. Managementul actual al tulburărilor depresive refractare devine tot mai complex, implicând diferite scheme de intervenții multiple. Antidepresivele sunt capabile de a crește nu numai tonusul dispozițional, dar și acționează asupra anxietății.

Alegerea medicamentului antidepresiv l-am efectuat în funcție de tabloul clinic, corelându-se simptomele țintă cu modelul biochimic al depresiei în sistemul adecvanței terapeutice. Am ținut cont, că antidepresivele activatoare potențează anxietatea; insomnia; cresc riscul suicidar prin ameliorarea inhibiției psihomotorii. Prezența riscului suicidar impune măsuri de supraveghere strictă, mai ales după ameliorarea fenomenelor de tip inhibiție psihomotorie. Tulburările de somn pot fi corectate, de preferință prin asocierea medicației neuroleptice. Depresia anxioasă, cu risc suicidar crescut, deseori corelată cu deficitul serotoninergic beneficiază de tratament cu antidepresive sedative.

Discuții

Printre cauzele obișnuite ale perturbărilor de somn sunt anxietatea și depresia. Depresia reprezintă una dintre cauzele cele mai frecvente de insomnie. De aceea orice cauză primară, dacă este prezentă, trebuie tratată. Insomnia a fost un simptom primar al depresiei, dar și un simptom rezidual al depresiei tratate, unde insomnia persistentă prezice recăderea tulburării depresive, inclusiv rezistentă. Insomnia intermitentă ce se petrece în ultima treime a nopții este un indiciu caracteristic pentru existența depresiei. În acest caz, pacientul se plânge că se trezește în primele ore ale dimineții și că nu poate adormi din nou. Factorii psihologici reprezintă singura cauză a insomniei în jumătate din cazurile evaluate. Situații stresante generate de o căsnicie nefericită, un copil cu o suferință cronică, retribuția necorespunzătoare la locul de muncă, pot provoca tulburări de somn. În depresii pacienții se plâng adesea că le este greu să adoarmă, că se scoală în timpul nopții și nu pot readormi sau se trezesc prea devreme dimineața. Iar în tulburări anxios-depresive - că au un somn agitat sau chiar superficial, iar dimineața când trebuie să se trezească au sentimentul că nu s-au odihnit și le este frică să nu piardă controlul somnului, au teama că nu mai pot dormi sau că un somn de proastă calitate le poate afecta sănătatea. Dacă medicul tratează tulburările de somn pur și simplu simptomatic, prescriind medicamente hipnotice, el se rupe împreună cu pacientul său de aspectele personale ale tulburării. Cea mai importantă problemă, care trebuie rezolvată pentru conturarea tratamentului este: care sunt tensiunile zilnice, ce refuză să "adoarmă" și de ce se întâmplă acest lucru.

Concluzii

Când este vorba despre insomnie, de regulă trebuie căutată o cauză psihologică, mai degrabă o depresie, sau o tulburare anxios-depresivă, care se cer tratate. Eficacitatea și toleranța a

constituit preocupări de importanță majoră în tratarea pacienților. Compararea scorurilor Hamilton evidențiază o scădere globală importantă la toți itemii înregistrați.

Bibliografie

1. Glass J, Lanctot KL, Herrmann N, et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia: Meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 2005;331:1169–1173.
2. Jamali et al., "Enantioselective Aspects of Drug Action and Disposition: Therapeutic Pitfalls", *Journal of Pharmaceutical Sciences* 78(9): 695-715 (1989)
3. Management of insomnia in older adults SIVERTSEN and NORDHUS *Br. J. Psychiatry* 2007;190:285-286.

TULBURĂRI DEPRESIVE ÎN HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ

Ghenadie Cărăușu, Liudmila Sidorenko

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

Summary

Depressive disorders in arterial hypertension

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

Rezumat

Acest articol conține aspecte psihopatologice ale depresiei în cadrul HTA, 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

În ultima perioadă OMS a acordat importanța majoră tulburărilor dispoziției afective, plasându-le pe locul al patrulea într-o listă cu cele mai urgente probleme de sănătate pe întregul glob. Aceasta se datorează în primul rând impactului disabilitant al depresiei. O altă estimare OMS a pus în evidență faptul, că depresia va constitui în anul 2020 a doua cauză de disabilitate după cea dată de morbiditatea cardio-vasculară. Actualmente, depresia este privită din punct de vedere etiopatogenic ca rezultat al acțiunii conjugate a mai multor factori (biologico-genetici, psihologici, cognitivi, sociali) pe un teren predispus, vulnerabil. Semne depresive importante sunt remarcate la circa 36% din toți pacienții ce suferă de o boală somatică [US Department of Health and Human Services. Depression in primary care, 1993]. Este indiscutabilă dependența reciprocă dintre tulburările afective și cele somatice în maladiile cardio-vasculare. Din acest motiv este actuală problema studierii acestor modificări la pacienții cu hipertensiune arterială, datorită incidenței înalte a acestora în populație. În tabloul clinic al HTA, concomitent cu alte simptome, deseori se constată prezența unor semne psihice. Ținând cont de prezența momentelor patogenetice comune ale HTA și sindroamelor psihice menționate, se impune administrarea pacienților cu HTA, la care sunt prezente semne afective, nu numai a remediilor antihipertensive, ci și a celor psihotrope. Această asociere poate nu numai să amelioreze evoluția maladiei de bază, ci și să influențeze pozitiv calitatea vieții pacienților.