

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. (Гольдберг Д., 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

aspectul anxietății sau/și depresiei. Rezultatele obținute au demonstrat că, alocarea tratamentului complex (simptomatic în aspect somatic asociat cu remedii antidepresive cu efect anxiolitic și psihoterapie) ameliorează starea de sănătate generală și calitatea vieții pacienților de vârstă înaintată.

Actualitatea

Ca fenomen, tulburările psihosomatice sunt cunoscute de foarte mult timp. Organismul oricărui subiect uman, care trăiește emoții negative poate reacționa cu diverse tulburări vegetative sau/și somatice [1; 2; 14; 15]. Tulburările psihosomatice (din greacă: „psyche” – suflet și „soma” - corp) reprezintă diverse perturbări ale funcțiilor diferitor organe sau sisteme de organe, apariția și evoluția cărora este în mare măsură determinată sau influențată de factori psihoemoționali, traumatisme psihice cronice, particularități caracteriale și de reacționare emoțională specifice ale personalității [3; 6; 8].

Termenul „Psihosomatica” aparține de numele lui J. Heinroth, (1818). Un secol mai târziu, Deutsch F., (1922) emite conceptul de „Medicină Psihosomatică”. Medicina psihosomatică se ocupă atât cu relația dintre factorii psihologici și cei fiziologici în cauzarea sau întreținerea stărilor de boală [4; 9; 12], cât și cu studierea impactului diferitor factori psihologici în dezvoltarea unui șir de patologii somatice (astmul bronșic (non-infecțios), hipertensiunea arterială esențială, ulcerul gastroduodenal, colita ulceroasă nespecifică, neurodermatozele, migrena, poliartritele cronice nespecifice ș.a.) [5; 11; 13; 15].

Definiția conceptului de „tulburare psihosomatică” aparține psihoanalizatorilor, în special, lui S.L. Halliday, care în a. 1943 susține: “Tulburare psihosomatică poate fi considerată maladia, proveniența căreia este în legătură incontestabilă cu acțiunea unui factor emoțional care a destabilizat starea fizică”.

Psihiatrii americani Kaplan și Sadock, (2001), consideră că medicina psihosomatică trebuie să se ocupe de studierea factorilor psihologici și/sau fiziologici care cauzează sau mențin starea de boală. În acest sens ei evidențiază 6 grupe de factori: tulburări mintale ce afectează condiția medicală; simptome psihologice care afectează condiția medicală (depresie, anxietate, mânie, supărare, jignire, furie – care, fiind prezente, vor întârzia vindecarea unei boli somatice (ulcer, hipertensiune, stări postoperatorii, etc.); trăsături caracteriale sau stil de coping (de a face față), de a se adapta la diferite condiții, circumstanțe de viață, care afectează condiția medicală; comportamente de sănătate maladaptive, care afectează condiția medicală (lipsa efortului fizic, hipodinamie, sex abuziv, neprotejat, abuz de alimente, tutun, alcool ș.a.); răspuns fiziologic de stres, care afectează condiția medicală (panică indusă de stresori nesemnificativi, sau răspuns afectiv infantil – regresia la reacțiile emoționale copilărești) și alți factori psihologici, sociali, economici, etc., care afectează condiția medicală [5].

Katon W., Sullivan M., (1990), studiind diverse patologii psihosomatice au depistat simptome depresive sau subdepresive la cca. 22% - 33% dintre bolnavii cu diagnostic somatic confirmat paraclinic, iar Вейн А.М., (1998) susține că, 80% dintre pacienții clinicilor de neurologie sunt cu tulburări depresive.

Pediatrii americani consideră că, 68% dintre copiii observați clinic de ei suferă de tulburări funcționale, psihogene, adică psihosomatice ale diferitor organe și necesită consultul psihiatrului, psihoterapeutului sau al psihologului [7; 11].

Антропов Ю.Ф., (2001), la fel ca și alți savanți, consideră că, rolul principal în declanșarea și evoluția tulburărilor psihosomatice revine emoțiilor, în special depresiei. Datele observațiilor clinice proprii evidențiază o incidență de peste 60% a depresiei sau/și anxietății la persoanele de vârstă înaintată, consultate ambulator de diferiți medici-specialiști nepsihiatri.

Ținând cont de datele de literatură, privind medicina psihosomatică, precum și de experiența clinică proprie ne-am propus drept **scop** studierea particularităților tratamentului diferitor stări emoționale, prezente la persoanele de vârstă înaintată, care agravează sau întârzie ameliorarea patologiilor somatice.

Material și metode

Întru realizarea obiectivelor studiului au fost investigate clinic (examen psihiatric) și clinico-psihiologic (chestionarele Zung W.W.K. – pentru autoevaluarea depresiei [10]; Ch. Spielbergher – pentru cuantificarea nivelului de anxietate stare și trăsătură caracterială) [18], 52 paciente cu diferite patologii somatice (mai frecvent hipertensiune arterială și alții persistente – articulare, vertebrogene), la care întârzia ameliorarea stării somatice generale în pofida tratamentului adecvat administrat în plan somatic. Vârsta medie a pacienților investigați a fost de $72,5 \pm 5,7$ ani, oscilând în limitele 65 și 80 ani. Până la consultul psihiatrului toți pacienții au fost investigați clinic și paraclinic (de către medicii de alte specializări) în aspectul confirmării patologiilor somatice menționate. Toate pacientele către momentul consultului psihiatric primar administrau diferite tratamente prevăzute pentru tulburările somatice depistate.

Rezultate și discuții

Examenul psihiatric al pacienților din studiul prezent a evidențiat prezența la ei a tulburărilor afective, predominant sub aspect de anxietate sau/și depresie. Mai frecvent, persoanele investigate au menționat impactul negativ asupra stării lor emoționale a diferitor stressori exogeni (solitudine, pensionarea prezența unor maladii la rudele apropiate, necesitatea de a îngriji de partenerul de viață grav bolnav, pierderea persoanelor apropiate, însinguranța socio-economică, incapacitatea de muncă și de autodeservire datorată durerilor persistente sau creșterii cifrelor tensiunii arteriale, reducerea contactelor sociale o dată cu înaintarea în vârstă, etc.), dar și intrapsihici (neîncredere în sine, în forțele și capacitățile proprii, nesiguranță, pesimism privind viitorul, timiditate, labilitate emoțională, indecizie ș.a.). În opinia majorității pacientelor examinate clinic și testate clinico-psihiologic, starea de insatisfacție de sine, de propriile capacități și posibilități, inducea disperare, indispoziție, irascibilitate periodică până la agresiune, oscilații ale fondului afectiv de la beatitudine, bunăvoință exagerate, până la crize de ură, mânie, furie. Adeseori, pacientele relatau cu regret despre faptul că, în perioadele de indispoziție au manifestat ostilitate vis-a-vis de persoanele apropiate, concomitent menționând prezența unei incapacități specifice de a-și „stăpâni emoțiile”, precum și prezența unor perioade de labilitate afectivă inexplicabilă „de la răs la plâns facil”, care se instalau fără careva motive evidente.

În funcție de predominarea tipului de anxietate: situațională sau caracterială, pacientele au fost divizate în două grupe. În primul grup au fost incluse 18 paciente cu nivel crescut de anxietate trăsătură de caracter, iar în al doilea 34 bolnave la care anxietatea caracterială era în limitele normei fiziologice. S-a depistat că, pacientele din primul grup erau exagerat preocupate de propria sănătate (manifestau idei hipocondriace de nivel obsesional), iar la cele din grupa a doua predomina dispoziția depresivă, asociată cu astenie, anxietate, apatie, preocupări exagerate privind bunurile materiale acumulate pe parcursul vieții, gândurile cu referință la situația socio-economică a copiilor, etc. Atât la bolnavele din grupul 1, cât și la cele din grupul 2 au fost prezente hipertensiunea arterială sau diferite dureri persistente, mai frecvent migratoare. Tratamentul simptomatic (remedii hipotensive, diuretice, vasoactive, antiinflamatorii nesteroidiene, analgezice, etc.) nu se solda cu rezultate scontate, fenomen, care în majoritatea cazurilor a determinat recomandarea consultului psihiatric, fenomene relatate și în literatura de specialitate [13; 14; 16; 17].

Majoritatea pacientelor investigate, atât din primul, cât și din al doilea grup prezentau acuze privind irascibilitate, epuizare rapidă (psihică și fizică), tulburări de somn (atât dificultăți de adormire, cât și treziri matinale devreme), labilitate emoțională, plâns facil, alții diverse, adeseori modificându-și localizarea, diferite senzații neplăcute (prurit cutanat, senzații de amorțire, de furnicătură în membre și alte părți ale corpului, asociate cu spaimă, disperare, senzații de distenție abdominală, dureri și senzații neplăcute pe traectul coloanei vertebrale), dureri articulare, cefalee, amețeli, tulburări de echilibru, mers nesigur, inapetență, constipații, pierdere ponderală, etc. Simptomele listate anterior, au fost cauza solicitării asistenței medicale a diferitor medici-specialiști (mai frecvent neurolog, cardiolog, gastrolog, reumatolog ș.a.), ulterior urmând tratamente adecvate, care însă, erau insuficient de eficiente (nesatisfăcătoare subiectiv).

Examenul psihiatric și investigațiile clinico-psiologice au evidențiat următoarea repartiție a dereglărilor afective la bolnavii din prezentul studiu (figura 1).

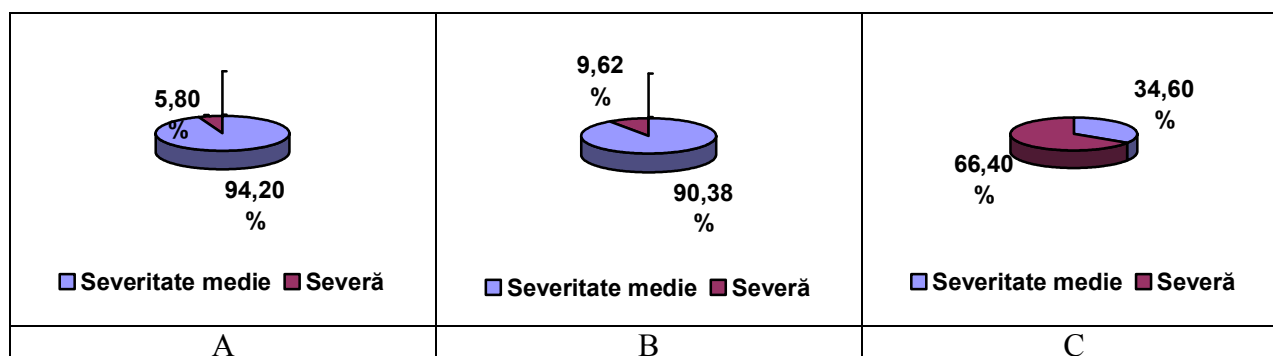
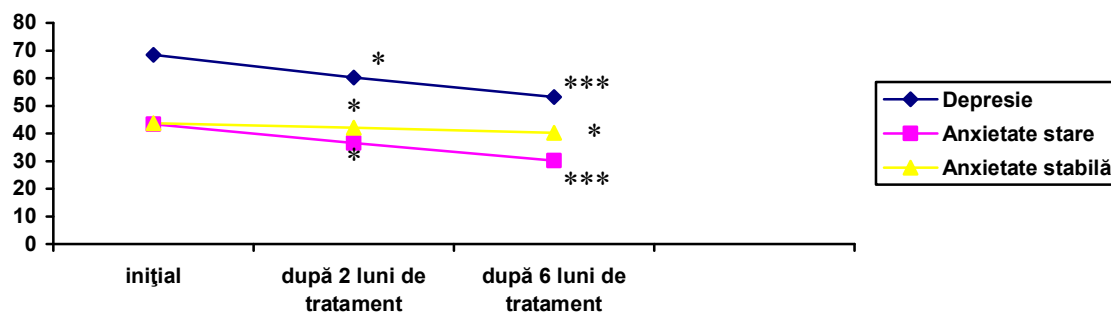


Fig. 1. Dereglări afective la pacienții investigați (A - depresie, B – anxietate stare și C – anxietate trăsătură)

Din figura 1 devine evident că, la pacienții investigați au fost prezente dereglări afective, mai frecvent sub aspectul anxietății sau/și depresiei. Astfel, în 94,2% cazuri (49 pacienți) nivelul depresiei a fost de $64,5 \pm 3,41$ puncte ce corespunde unei depresii de severitate medie, iar la 3 bolnavi – $72,3 \pm 4,71$ puncte – depresie severă cu ideeație suicidară. În 96,2% cazuri (50 paciente) depresia a fost acompaniată de anxietate stare sau/și anxietate stabilă (ca trăsătură de caracter). Nivelul anxietății situaționale (stare) a fost de $38,5 \pm 1,28$ puncte (nivel mediu) la 47 paciente (90,38%) și de $48,3 \pm 2,24$ puncte (anxietate severă) la 5 bolnave (9,62% cazuri). Anxietatea ca și trăsătură de caracter (nivel moderat - $39,5 \pm 3,2$ puncte) era prezentă la toate bolnavele investigate. La pacientele din grupa 1, însă, nivelul anxietății trăsătură de caracter a fost de $47,3 \pm 3,21$ puncte (anxietate severă). Pacientele din acest grup comunicau că, de regulă, pe parcursul vieții au fost mai retrase, mai timide, mai indecise, mai responsabile, comparativ cu colegii, membrii familiei, etc. Aceste bolnave susțineau că, tensiunea emoțională, dar și corporală le-a caracterizat întotdeauna, cu scurte perioade de ameliorare, datorate unor realizări, reușite personale în domeniul relațional, socio-profesional, socio-economic sau familial. La pacientele respective analiza datelor catamnestică, privind dereglările afective a evidențiat următorul pattern de evoluție a acestora: neliniște internă exagerată („toate evenimentele vieții le i-au aproape de suflet”), care evolua spre dezamăgire, disperare, „panică”, pesimism, pentru ca ulterior să domine disoziția continuu deprimată („senzații de parcă nimic nu mă mai poate bucura”), care să se transforme treptat în atenție exagerată vis-a-vis de propria sănătate și simptomele somatice prezente (probabil „somatizarea” depresiei) și în final, preocupări de nivel hipocondriac privind propria sănătate. În așa mod se conturează un „cerc vicios” în dinamica tulburărilor afective la persoanele de vârstă înaintată.

După consultul psihiatric și testările clinico-psiologice, care au pus în evidență prezența stărilor anxios-depresive și depresiv-obsesionale, pacientelor investigate le-a fost recomandat tratament complex (antidepresive cu efect anxiolitic (în special Sertraline sau Fluvoxamine) și psihoterapie eriksoniană (1 ședință la interval de 1-2 săptămâni, per total 10-12 sesiuni la o cură)). La interval de 1,5–2 și 6 luni pacientele au fost testate clinico-psiologic repetat pentru a verifica dinamica depresiei și anxietății. Durata curelor de terapie a fost de 6 luni.

Examenul psihiatric repetat a scos în evidență ameliorarea subiectivă a stării generale de sănătate, inclusiv celei somatice, dar și diminuarea nivelului anxietății și depresiei (figura 2). Cât privește evoluția dereglărilor afective sub influența tratamentului complex alocat se poate menționa diminuarea intensității acestora (depresiei și anxietății situaționale și mai puțin a celei stabile (trăsătură de caracter), figura 2.



Notă: * - $P > 0,05$; *** - $P < 0,01$.

Fig. 2. Dinamica dereglărilor afective la pacientele cu tulburări psihosomatice sub influența tratamentului complex (simptomatic, psihoterapeutic și antidepressiv)

Datele prezentate în figura 2. evidențiază diminuări fără semnificație statistică ($p > 0,05$) a tuturor dereglărilor afective către luna 1-2 de tratament și diminarea statistic semnificativă ($p < 0,01$) a nivelului depresiei, anxietății situaționale către luna a 6 de terapie. Anxietatea ca și trăsătură de caracter, în pofida ameliorării subiective a stării generale de sănătate, inclusiv a dereglărilor afective manifesta tendințe de reducere, dar nu a prezentat devieri veridice statistic ($p > 0,05$), comparativ cu nivelul inițial către finisarea terapiei.

Rezultatele obținute permit să concluzionăm importanța tratamentului complex (simptomatic în aspect somatic asociat cu remedii antidepresive cu efect anxiolitic și psihoterapie) pentru ameliorarea stării de sănătate generală și a calității vieții pacienților de vârstă înaintată.

Concluzii

1. Pacienții de vârstă înaintată cu hipertensiune arterială sau/și alții persistente necesită adeseori examinare psihiatrică datorită asocierii frecvente a patologiilor somatice cu dereglări afective.
2. Mai frecvent întârzierea ameliorării stării somatice la pacienții de vârstă înaintată cu patologii somatice este datorată prezenței dereglărilor afective sub aspectul anxietății sau/și depresiei.
3. Remediile antidepressive cu efect anxiolitic (Sertraline și Fluvoxamine) sunt bine tolerate de pacienții de vârstă înaintată și se asociază bine cu majoritatea medicamentelor administrate în plan somatic.
4. Tratamentul complex (simptomatic în aspect somatic asociat cu antidepressive și psihoterapie) ameliorează starea generală de sănătate și crește calitatea vieții subiecților de vârstă înaintată.

Bibliografie

1. Breier A, Charney DS, Heninger GR, "The diagnostic validity of anxiety disorders and their relationship to depressive illness", Am J Psychiatry, 1985, 142:787-797.
2. Brown G.W., Harris T.O. Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 1. Early adversity // Psychol Med. 1993, Feb. 23:1. P. 143—54.
3. Cornuțiu Gavril Breviar de psihiatrie. Editura Imprimeriei de Vest, Oradea, 2003, 488 p.
4. Perris C., Perris H., Eisemann M. Perceived parental rearing practices, parental affective disorders and age at onset in depressed patients. Int. J. Fam. Psychiat., 1987, 8: p. 183-199.
5. Kaplan Harold I., Sadock Benjamin J. Manual de buzunar de psihiatrie clinică. // Editura Medicală, București, 2001, p. 295-313.

6. Nacu A.G., Nacu A.A. Psihiatrie Judiciară., F.E.P. „Tipografia Centrală”, Chişinău, 1997, p. 223- 303.
7. Rao U., Weissman B., Martin J.A., Hammond R.W. Depression as a risk factor for suicide: preliminary report of longitudinal study. //J. Am. Acad.Child. Adolesc. Psychiatry.- 1993.- V.31.P.21.
8. Revenco M. Aspecte clinice ale dinamicii psihopatiilor, Chişinău 1997; 135p.
9. Van Praag H.M. «Депрессия, тревожные расстройства, агрессия: попытки распутать гордиев узел» // Медиография, Том 20, №2, 1998, стр.27-35.
10. Zung W.W.K. The measurement of depression. USA. CIBA.- 1981.
11. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М.: Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА, Издание второе, исправленное, 2001, 320 с.
12. Антропов Ю.Ф. "Невротическая депрессия у детей и подростков" М.2001.
13. Иванов С.В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия. Дисс. д.м.н., Москва, 2002, 306с.
14. Бенишвили А.Г. Соматоформные расстройства с преобладанием в клинической картине абдоменалгий (психопатологические, патопсихологические и психофармакологические аспекты). Дисс. к.м.н., Москва, 2003, 127с.
15. Вегетативные расстройства, под ред. А.М. Вейна, Москва, «Медицинское информационное агенство», 1998, с. 687- 706.
16. Вертоградова О.П. «Тревожно-фобические расстройства и депрессия», В сб. «Тревога и обсессии», М., 1998, с. 113-131.
17. Пантелеева Г.П. „Аффективный психоз”// Рук. по психиатрии 1999, 1, с. 555-578.
18. Ханин Ю.Л. Краткое руководство по применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера. - Л.; ЛНИИФК.- 1976.- 18с.

ASPECTE ALE STIMEI DE SINE LA PERSOANELE CU DEFICIENŢE DE AUZ

Mihail Condrăţchi, Ana Sîrbu, Victoria Bahnari

IMSP, Spitalul Clinic de Psihiatrie

*Centrul Naţional de Sănătate Mintală

Summary

Aspects of Self esteem in People with auditive Defficiencies

The aim of tehe study was to determine the particurarities of self esteem in persons with auditive defficiencies. The study revealed, that people with auditive defficiencies leave a much lower level of self esteem when compared to healthy individuals. They underappreciate themselves, using frases like: „I am not good for anything!”, „Nobody like me!”, and this is due to the fact that don't hear and cannot be integrated in social life.

Rezumat

Lucrarea a avut ca scop determinarea particularităţilor stimei de sine la persoanele cu deficienţe de auz. În baza acestui studiu s-a stabilit că persoanele cu deficienţe de auz, comparativ cu persoanele cu auz normal, posedă un nivel al stimei de sine semnificativ mai scăzut. Modul în care se autoevaluează persoanele cu deficienţe de auz este unul de subapreciere, folosind fraze precum: „Nu sunt bun de nimic!”, „Nimeni nu mă place!”, şi asta din cauză că nu aud şi nu pot participa activ în viaţa socială.