

### PARTICULARITĂȚILE COMPLIANȚEI ÎN TULBURĂRILE DEPRESIVE REFRACTARE

Ghenadie Cărăușu

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală

#### Summary

##### *Features of compliance in refractory depressive disorders*

The aim of this work is to study the compliance features in refractory depression, identifying the directions and methods of application of therapeutic interventions in this context. One way to increase adherence to a group of 64 patients with resistant depressive episodes, was to improve chemotherapy. This was done by changing the therapeutic regimen, but also due to the reduction of adverse effects. Adherence was encouraged through an individualized treatment with the choice of a better tolerated drug. It was reported that improving patients' symptoms will appear over time. The indicated treatment was not a limitation of personal freedom. The family has favored compliance with a supportive involvement, avoiding conflicts.

#### Rezumat

Scopul lucrării constă în studierea particularităților complianței în depresia refractară, identificarea direcțiilor și metodelor de aplicare a intervențiilor terapeutice în acest context. O modalitate de creștere a complianței pe un lot de 64 pacienți, cu episoade depresive rezistente, a fost ameliorarea chimioterapiei. Acest lucru s-a făcut prin modificarea schemei terapeutice, dar și datorită diminuării efectelor adverse. Complianța a fost favorizată printr-un tratament individualizat, cu alegerea unui medicament mai bine tolerat. S-a relatat pacienților că ameliorarea simptomelor va apare peste un timp. Tratamentul indicat nu a fost o limitare a libertății personale. Cadrul familial a favorizat complianța printr-o implicare suportivă, cu evitarea conflictelor.

#### Actualitatea

Peste 10% din populația planetei suferă de depresie, iar 50% probabil va cunoaște simptomele unei astfel de suferințe cel puțin o dată în timpul vieții, astfel că depresia este socotită „boala secolului al XXI-lea”, „regina afecțiunilor psihice” [6, 15]. Una din cinci persoane suferă, la un moment dat din viață, de depresie, iar rata anuală actuală a creșterii ei este de 8%. Datele Organizației Mondiale a Sănătății arată că depresia este responsabilă de 6% din povara tuturor bolilor în Europa [9, 11]. Cel puțin 21 de milioane de persoane dintr-o populație totală de 466 milioane de locuitori din 28 de țări europene sunt afectate de depresie. Costul anual total al depresiei în Europa a fost estimat la 118 miliarde de euro, ceea ce însemna 253 euro/locuitor. Costurile directe au totalizat 42 miliarde de euro, din care 22 miliarde euro îngrijirile în afara spitalului, 9 miliarde euro costul medicației și tot atât- spitalizarea. Costurile indirecte au fost estimate la 76 miliarde de euro. Aceste date fac din depresie cea mai costisitoare boală mintală din Europa, însumând 33% din costurile totale. În ceea ce privește costul mediu pe pacient, povara socială a depresiei este mai mare decât a altor boli cronice precum hipertensiunea, artrita reumatoidă, astmul bronșic etc. Suferința depresivă prezintă un impact major asupra forței de muncă [1, 5]. Simptomele depresive afectează substanțial activitatea profesională și viața socială ale persoanelor. Numărul de zile de muncă pierdute din cauza depresiei crește odată cu severitatea bolii. Pe lângă absenteismul ridicat, persoanele cu depresie pierd și schimbă locul de muncă mai frecvent. Depresivii prezintă, de asemenea, dificultăți în managementul timpului, în relațiile interumane și îndeplinirea sarcinilor de serviciu. Performanța la locul de muncă rămâne

afectată chiar și după ameliorarea bolii. Prevalența depresiei este de două ori mai mare la femei decât la bărbați, prezentând o creștere semnificativă odată cu vârsta. Una din patru femei va primi tratament pentru depresie la un moment dat, comparativ cu unul din zece bărbați [7, 10]. Vârsta medie la care apare această afecțiune este de 32 de ani; 9 ani este durata cu care scade speranța de viață a depresivilor. Aproape un sfert dintre adulții tineri prezintă un episod depresiv major până la vârsta de 24 de ani, acest grup fiind mai expus decât oricare altul riscului de declanșare a acestei boli. Depresia este responsabilă major pentru cele mai multe cazuri de invaliditate, absență la locul de muncă, lipsă de randament [17, 18]. Pierderile înregistrate în ineficiența muncii reprezintă 28% din nota de plată a depresiei. Din anul 1990, ritmul vânzării de medicamente antidepressivă a crescut cu peste 42%, însă circa 30 la sută din bolnavi prezintă o accentuată rezistență la aceste preparate [2, 4]. Indiferent însă de efectele majore ale mai multor remedii contemporane, suferința persistentă a persoanei marcate de depresie rămâne o problemă mereu actuală, care preocupă instituțiile medico-sanitare în vederea soluționării problemelor dificile legate de recuperarea, asistarea curentă și supravegherea de durată, dar și reinscrierea socială a acestor bolnavi, impactul nefast al acestor tulburări asupra calității vieții [3, 8, 13].

### **Scopul**

Studierea particularităților complianței în depresia refractară, identificarea direcțiilor și metodelor de aplicare a intervențiilor terapeutice în acest context.

### **Material și metode**

În conformitate cu scopul trasat au fost examinați 64 pacienți, cu episoade depresive majore, rezistente la tratament, internați în IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie. Depresia rezistentă a fost definită ca fiind o tulburare, care nu a răspuns la o administrare adecvată la două familii de antidepressivă administrate succesiv, în doze adecvate și pe o durată de timp adecvat- „trial adecvat”.

În observațiile noastre cel mai mare număr de bolnavi s-a aflat în grupele de vârstă de la 40 la 59 ani - 36 de subiecți, (56 la sută). O astfel de distribuție a fost condiționată de prezența și cumularea în această perioadă a vieții a unui mare număr de factori patogeni, inclusiv cu caracter psihotraumatizant, dar și o sensibilitate crescută. Vârsta medie a bolnavilor a fost de  $44,26 \pm 0,34$  ani. În studiul prezent ponderea cea mai înaltă au constituit persoanele cu studii medii - 35 de cazuri (54,8%), apoi urmează cele cu studii superioare - 17 cazuri (27,2%) și în final- cele cu studii medii incomplete - 12 cazuri - 18,0%. După statutul social cel mai mare număr de subiecți au fost salariați permanent - 30 de cazuri (46,56%). Locurile următoare ocupau pensionarii și pensionarii medical - 20 cazuri (31,24%), șomerii - 10 cazuri (15,30%); și, în sfârșit, studenții - 4 cazuri - (6,90%).

În examenul clinico- psihopatologic o semnificație deosebită s-a acordat obținerii informației plenare despre diferiți factori în declanșarea maladiei. Datorită acestui procedeu a fost observată modificarea caracterului bolii, evaluarea funcționării pacienților. Evaluarea acestor date a permis aplicarea unei atitudini de conduită terapeutică și recuperatorie cât mai adecvată.

Cel mai mult îngrijitorii au generat sentimentul de culpabilitate la urmașii lor - 20 cazuri (31,21%), atitudinii privative - 16 cazuri (24,24%), atitudinile umiltoare ale părinților față de copii - 14 cazuri (21,75%). Referitor la condițiile de viață ceva mai mult de jumătate de pacienți - 33 de cazuri (51,25%) au prezentat lipsuri materiale.

În geneza dinamicii nefavorabile a simptomatologiei depresive o mare importanță au avut mecanismele sensibilizării psihicului față de diferite influențe neprielnice din mediu extern, ca de ex., nocivitățile în copilărie. Cel mai mare număr de subiecți prezentau neuroinfecții, traumatisme cerebrale în copilărie, dar și afecțiuni somatice, intervenții chirurgicale.

Cel mai mare număr de subiecți au suportat decepții, suport emoțional redus în perioada copilăriei, pacienți cu abandon, separare în copilărie - 21 cazuri - 33,23%, dar și subiecți cu

decădere economică sau morală a familiei, pacienți cu pierderea unuia din părinți în copilărie, etc.

Particularitățile premorbide caracterologice ale persoanei au influențat formarea variantelor dinamicii nefavorabile ale episoadelor depresive. Acestea au fost reprezentate de obicei de persoane accentuate de tip polimorf (dependente, schizoide, anancaste, histrionice etc.), formate deseori de un mediu familial dezorganizat, tensionat, conflictual, în structura cărora erau prezente diferite trăsături, inclusiv senzitivitate, (34 de cazuri - 52,43%), labilitate emoțională - (27 de cazuri - 41,65%), introvertire - (19 cazuri - 30,38%), scrupulozitate - (17 cazuri, 27,16%); anxietate în perioada premorbidă - (16 cazuri - 24,84%), autodramatizare - (14 cazuri - 22,29%), etc.

După situațiile create în propria familie putem menționa că cel mai mare lot de subiecți au prezentat abandon, separare, divorț, deces, - (30 cazuri - 46,49%), suportul emoțional redus - (22 de cazuri - 33,95%), pacienți cu lipsa relației de încredere - (19 cazuri - 30,15%), apoi subiecții cu lipsa relațiilor intime - (16 cazuri, 24,64%); pacienți cu sentiment de singurătate, ratare a vieții personale - (15 cazuri - 23,79%), subiecți cu emigrarea partenerului - 14 cazuri, (22,28%), etc.

În observațiile noastre o influență deosebită asupra dinamicii DR s-au demonstrat a avea factorii nocivi somatogeni și organici cerebrali, care, afectând organismul, au pregătit terenul pentru instalarea rezistenței. Studiind repartiția factorilor nocivi în perioada de observație, am constatat că numărul subiecților, la care au fost prezenți afecțiunile somatice, era evident mai crescută decât ceilalți factori nocivi, 46 cazuri - 72,24%, ca și a oscilațiilor afective de nivel nevrotic - 28 de cazuri - 44,04%.

Numărul cel mai mare de subiecți în privința comorbidității psihiatrice în timpul bolii era reprezentat de pacienți cu tulburare de stres posttraumatică, (21 cazuri - 32,77%), tulburare de personalitate - (19 cazuri - 30,25%). Pe locul trei se află pacienți cu tulburare obsesiv - compulsivă - (13 cazuri - 20,12%). Pe locurile următoare s-au clasat subiecții cu utilizarea substanțelor psihoactive - (11 cazuri, 17,30%); și, în sfârșit, pacienți cu tulburare anxioasă - 8 cazuri - 12,28%.

În observațiile noastre maladia s-a caracterizat în mod obișnuit printr-o evoluție relativ de lungă durată. Astfel, durata medie a bolii a subiecților a fost de  $10,12 \pm 0,54$  ani.

## **Rezultate**

Deoarece unii pacienți manifestau risc suicidar, refuz de a mânca sau a bea, risc pentru viața sau bunăstarea membrilor familiei, în mod deosebit a copiilor dependenți, dificultăți sociale prelungite, dar și tulburări clinice pronunțate, inclusiv dereglări de adaptare, ei au beneficiat de observație și tratament în condiții de staționar. Acest lucru a asigurat adresabilitate, accesibilitate pentru consultare fără discriminări, gratuitatea îngrijirii, suport eficient, confort, confidențialitate, favorizând complianța terapeutică, fiind percepută în aceeași manieră ca orice alt spital, lipsit de orice conotație stigmatizantă. Internarea a urmărit scurtarea accesului morbid, măsuri de supraveghere în vederea eliminării riscului vital prin combaterea negativismului alimentar și a permis alegerea unei terapii active, dar și izolarea pacientului de mediul psihotraumatizant. Intervențiile pentru tratament în spital aveau ca scop principal protejarea pacientului de consecințele propriului său comportament, astfel eliminându-se riscul suicidar. După examinarea cardiacă, hepato-digestivă, renală, ginecologică ș.a. s-a corectat bilanțul somatic printr-un tratament anticarențial.

Bolnavii au fost supuși tratamentului până la remisiunea simptomelor. Inițial s-a discutat cu ei modalități concrete de rezolvare a problemelor, măsuri de ameliorare a relațiilor sociale, aplicându-se și diferite metode de psihoterapie. Ca măsuri suplimentare aveau loc interviuri de susținere, era încurajat rolul rudelor, dar și al pacienților în analiza problemelor abordate. Nu numai gravitatea stării, eșecul tratamentului anterior, dar și un anturaj indiferent, chiar ostil, o ambianță dezastruoasă, circumstanțe penibile au impus spitalizarea. Aceasta din urmă a avut ca scop îndepărtarea pe un timp a bolnavului de ambianță, iar izolarea, absența vizitelor trebuie

prezentate ca măsuri terapeutice hotărâte de medic, chiar dorite cel mai des de pacient. Această perioadă a permis de a analiza elementele unui eventual conflict și de a aprecia calitatea legăturilor afective între bolnav și familia sa, cu determinarea condițiilor întoarcerii pacientului la viața normală. Bine explicată, spitalizarea a terminat prin a fi acceptată de către subiect și anturajul său pentru o perioadă de câteva săptămâni. De anunțat mai puțin de 3-4 săptămâni, rezervându-ne dreptul de a prelungi ulterior, ar fi fost o eroare. Tratamentul acestor stări a fost foarte particulară, ea nu s-a limitat numai la injecții, el a fost condus de un personal medical calificat. Uneori s-a recurs și la internări contra voinței pacientului din cauza gravității situației, dar anturajul a înțeles acest justificativ, înțelegând că persoanele dragi se aflau în primejdie.

Deoarece depresia refractară trebuie privită din punct de vedere etiopatogenic ca rezultat al acțiunii factorilor biologici, genetici, psihologici, cognitivi, sociali, pe un teren predispus, vulnerabil, deaceia, odată cu stabilirea diagnosticului, a trebuit să explicăm pacientului că el e bolnav, și că aceasta se tratează, iar medicația și psihoterapia trebuie să fie complementare. Cu toate că răspunsul pacienților la monoterapia cu antidepresive este mai puțin satisfăcător decât răspunsul celor la care se asociază și psihoterapia, ca și în cazul asocierii dintre un antipsihotic și un antidepresiv și monoterapia cu oricare dintre ele, strategia de bază în depresia rezistentă a fost tratamentul medicamentos.

Obiectivele terapeutice în depresia rezistentă au fost diminuarea vulnerabilității, tratamentul sindroamelor și profilaxia recăderilor și recurențelor. Alegerea metodelor terapeutice s-a făcut în funcție de fondul etiopatogenic, caracterul tabloului clinic, de gradul de severitate al simptomelor. Principiile de bază de tratament au fost complexe (farmaco- și psihoterapie) și erau aplicate pentru mai multe săptămâni. Antidepresivele au fost indicate în asocierie cu alte medicamente, inclusiv neuroleptice minore și majore, uneori cu tranchilizante și hipnotice, dar și a anticonvulsivanelor.

Riscul pentru un viitor episod, diminuarea duratei intervalelor libere interepisodice, accentuarea disabilităților și calității vieții, apariția consecințelor fizice/somatice au servit drept argumente pentru tratament de lungă durată al pacienților. Subiectul duratei optime a unui tratament rămâne o temă de aprige controverse. Numeroase studii au adus proba necesității unei prescripții prelungite a preparatelor pentru prevenirea recidivelor. Tratamentul trebuie menținut timp de 6 luni după primul episod depresiv și cel puțin 12 luni după un nou episod depresiv sau chiar ar trebui menținut toată viața, îndeosebi dacă episodul depresiv este asociat cu o scădere importantă a calității vieții, spitalizări îndelungate și lungi perioade de reabilitare. Netratat, episodul depresiv poate persista timp îndelungat, 6 luni până la 2 ani, în 90-95% din cazuri, în timp ce ceilalți 5-10% vor prezenta episod depresiv pentru o perioadă mai lungă de 2 ani. După un prim episod de depresie, probabilitatea de a dezvolta un nou episod este de 50%, după al doilea episod este de 70% iar după al treilea episod riscul crește la 90% [6].

În tratamentul bolnavilor s-a folosit un mod de abordare complex, care a inclus metode diferențiate, însumând parametri atât clinici (sindrom, particularități de evoluție), fiziologici (particularitățile terenului), cât și de ordin psihologic (particularitățile persoanei, specificul situațiilor psihotraumatizante - gradul ei de rezolvare obiectivă și subiectivă).

La prima etapă s-au instituit măsuri vizând scăderea tensiunii afective, îndepărtarea și tratamentul bolilor asociate, cât și stimularea mecanismelor compensatorii, iar obiectivul terapeutic a constat în obținerea remisiunii simptomelor. Intervențiile terapeutice în etapa a doua au fost orientate către îndepărtarea trăirilor morbide principale ale pacienților, obținerea perioadei asimptomatice, inclusiv și a unei simptomatologii reziduale minimale, dar și a unui progres în restabilirea funcțiilor social-psihologice, cu atingerea nivelului premorbid de funcționare. Dozele au fost identice celor, la care a fost obținută ameliorarea stării subiectului, însă tratamentul putea fi modificat în cazul apariției simptomelor neprevăzute (de ex., semne de efecte adverse ale preparatului). În etapa a treia s-au instituit metode de tratament, în cursul cărora s-a stabilit cu subiecții un contact psihologic productiv, evidențiindu-se trăirile în cadrul conflictului psihologic, cauzele care au declanșat și au menținut maladia și s-a efectuat corectarea modului de a reacționa la boală. Scopul ultimei faze, de susținere, a constat în

profilaxia noilor episoade de depresie, obținerea remisiunii simptomatologiei în totalitate, păstrarea, stabilizarea remisiunii, recuperarea activității social-psiho-logice într-un volum complet, prevenirea reapariției a simptomatologiei acute și evitarea dezvoltării precoce a recăderii, recidivei.

Indiferent de alegerea unei farmacoterapii concrete, a fost necesară petrecerea suportului psihoterapeutic, care a inclus stabilirea și suportul alianței terapeutice; monitorizarea și reevaluarea statutului psihiatric, inclusiv riscul tentativelor suicidare; monitorizarea rezultatelor de tratament, efectelor adverse și stării generale ale bolnavilor; educarea pacienților și aparținătorilor, în vederea evitării demoralizării și frustrării lor din cauza lipsei ameliorării în starea pacientului. Cura de tratament prelungit, cu o durată de aproximativ 12 luni sau mai mult, a fost necesară pentru micșorarea probabilității acutizării în perioada imediată după ameliorarea simptomatică (adică profilaxia recidivei episodului curent). Subiecții, în anamneza cărora se notau episoade foarte lungi de depresie, au fost candidați la creșterea termenelor de tratament prelungit de peste 12 luni.

Simptomele reziduale erau factori puternici pentru acutizări precoce, deaceea tratamentul s-a petrecut până la dispariția simptomatologiei. Acutizarea și simptomatologia reziduală a fost caracteristic pentru situațiile, când subiecții locuiau în condiții de stres socio-psiho-logic permanent. Deaceea, în aceste condiții, intervențiile psihoterapeutice au fost indispensabile, această perioadă fiind mai favorabilă pentru efectuarea psihoterapiei. Însă s-a evitat dezvoltarea unei dependențe excesive, astfel ca la momentul încheierii ședințelor, acest fapt să nu ducă la acutizarea simptomatologiei. Aplicarea psihoterapiei a permis pacienților să aibă un spirit mai critic, să respecte mai atent prescripțiile. În această fază s-a prelungit același preparat și în aceeași doză, în baza căreia a fost obținut rezultatul în perioada fazei acute. Dacă în perioada de menținere acutizări nu s-au notat, s-a recomandat anularea graduală a antidepressivului. Dacă, însă, scăderea dozei a dus la acutizarea maladiei, farmacoterapia, în aceleași doze, a necesitat prelungirea cu încă 6 luni. Dacă lipsa simptomatologiei se nota pe parcursul a șase luni de zile, putem să vorbim despre o recuperare completă după acces. Dar aceasta nu înseamnă că la bolnavi nu vor mai fi acutizări și puteam să ne abținem de la terapie profilactică.

Având un risc mare de recurență, decizia de a opri administrarea tratamentului de întreținere a comportat o mare responsabilitate. Folosirea terapiei farmacologice, prin ajustarea dozelor, a servit ca o terapie de deschidere în tratamentul combinat. Ea a vizat trei căi de dezvoltare a unei bune relații terapeutice: reducerea simptomelor și aplicarea unor măsuri simple de psihoterapie; creșterea rolului psihoterapiei pe măsură ce terapia medicamentoasă învingea primele obstacole; adecvarea dozelor medicamentoase după un răspuns pozitiv la psihoterapie.

Reducerea severității și a numărului simptomelor constituie răspunsul terapeutic. Dispariția simptomatologiei este descrisă ca remisiune, iar normalizarea dispoziției și reinsertia socială reprezintă recuperarea.

Scopul tratamentului este vindecarea. Despre vindecare (remisiune completă, recuperare) se poate vorbi în cazul, când după întoarcerea la viața personală, activitate intelectuală și socială obișnuită, simptomatologia psihopatologică nu se mai restaurează și se notează o stare bună subiectivă. Astfel, remisiunea completă poate fi stabilită dacă pacientul este total asimptomatic, implică reîntoarcerea la premorbidul individual, are loc o adaptare socială a pacientului, cu impresii subiective de „bună stare”, prezența unei remisiuni de o durată de cel puțin patru luni, mai degrabă a episodului și nu a maladiei, în care tratamentul poate fi oprit sau continuat și urmărește scopul de a preveni apariția unui nou episod. Aici scalele prezintă scoruri slabe, lipsesc criteriile necesare la diagnosticul de depresie.

Remisiunea parțială semnifică intervalul de timp, în care este observată o ameliorare suficientă, dar în timpul căreia pacientul continuă să prezinte diferite simptome al căror număr și intensitate nu sunt suficiente pentru a întruni criteriile diagnostice ale unei maladii bine conturate.

În cazul în care simptomatologia caracteristică episodului depresiv reapărea înaintea atingerii fazei de remisiune clinică și recuperare totală (vindecării), se considera că pacientul

suferă o recădere (reșută, relapse, revenire). Altfel spus, recăderea este definită prin exacerbarea simptomatologiei la un bolnav cu episod acut de boală după suprimarea inițială a simptomelor și reapariția acestora într-un interval de 6 luni de la debutul episodului acut. Acest eveniment patologic poate corespunde cu perioada de recuperare simptomatică și se poate manifesta fie la modul parțial sau complet și să atingă o intensitate care să satisfacă criteriile de încadrare într-un episod de boală, cu un scor HAMD>18. Pe plan conceptual ea semnalizează necesitatea unui tratament sau de o modificare a tratamentului în curs. Recăderea apare mai frecvent dacă antidepresivele nu sunt continuate încă câteva luni după ce pacientul a încetat să mai prezinte chiar și simptome depresive ușoare, ca și prezența factorilor sociali, inclusiv căsnicia nefericită cu criticarea partenerului de către partener. Întreruperea prematură a tratamentului a fost un factor de risc major pentru recădere. Din pacienții, care întrerupt tratamentul după 6 luni de tratament, dar înainte de a atinge un an de terapie, 50% au recădere, față de 10% din pacienții care urmează tratament antidepresiv pentru o perioadă de cel puțin 1 an [12].

Dacă simptomatologia reapărea după ce faza de recuperare a fost atinsă, pacientul prezenta un episod recurent. Altfel că recurența (recidivă) corespunde apariției unui nou episod la un pacient asimptomatic, după însănătoșire, într-un interval de peste 6 luni, care a fost considerat ca recuperat după un episod precedent. Este vorba, deci, despre un nou episod depresiv, care intervine în cursul bolii, cu o durată mai mare de 15 zile. Pe de altă parte, recurența trebuie înțeleasă ca un eveniment psihopatologic nou, care trebuie documentat riguros. Tratamentul acestor subiecți din grupul de risc se cere a fi continuat pe parcursul a minimum 3 ani. Dacă remisiunea a fost obținută prin folosirea unui medicament antidepresiv, acesta trebuie de obicei continuat în doze de 2/3 până la 1/2 din doza terapeutică, timp de aproximativ 6 luni. La interviurile de urmărire, o atenție deosebită trebuie acordată semnelor de recădere.

La ieșire din stare o parte din bolnavi manifestau accentuarea trăsăturilor premorbide de caracter prin timiditate, lipsă de hotărâre, șovăială, sficiune, tendință la fixație în senzații neplăcute și manifestări obsesive, precum și către fatigabilitate rapidă, comunicativitate redusă, lipsă de inițiativă. Aceste tulburări reziduale izolate, polimorfe, care persistau după perioada manifestă și nu influențau la adaptarea socială includeau și tulburări afective de scurtă durată, dar și labilitate emoțională și vasculo-vegetativă, sensibilitate crescută în raport de situații conflictuale, fatigabilitate, incapacitate de a suporta solicitări mari, tulburări tranzitorii ale ritmului somnului. Aceste rudimente au îmbrăcat un caracter șters, estompat, inexpressiv, puțin manifest și nu posedau o încărcătură afectivă semnificativă. La alți bolnavi s-au evidențiat tulburări mai stabile, dar monomorfe, de obicei, mai puțin pronunțate. Astfel că măsurile luate spre înlăturarea acțiunii factorilor nocivi exogeni (psihogeni și somatogeni), stabilirea unui climat microsocioal favorabil pentru evitarea acțiunii factorilor stresanți au fost importante pentru profilaxia labilității reactive.

Managementul terapeutic al depresiei rezistente presupune parcurgerea unor etape obligatorii, care se constituie în veritabile strategii psihofarmacologice, iar acest demers presupune următorii pași: optimizarea, care este o strategie simplistă, bazată pe creșterea dozelor de antidepresive și monitorizarea duratei de tratament; substituția, care presupune trecerea la o altă clasă de antidepresive; asocierea între mai multe substanțe, care acționează sinergic pe principalele simptome ale depresiei, dar cu evitarea polipragmaziei. Aceasta etapă presupune: potențarea, în scopul creșterii eficacității clinice (de ex., asocierea a 2 substanțe antidepresive); accelerarea, în scopul facilitării instalării efectului terapeutic; stabilizarea necesară, pentru prevenirea „virajului farmacologic” (de ex., administrarea de timostabilizatori). Pentru realizarea acestui program au fost utilizate mijloace farmacologice standard, alte substanțe utilizate în depresia rezistentă și noi posibilități psihofarmacologice.

Alegerea corectă a medicației a fost un factor important în determinarea complianței la tratament. Noncompliance a fost determinată de efectele adverse ale medicamentelor, disfuncțiile cognitive și numărul mare de alți agenți farmacologici utilizați. Creșterea complianței la tratament a putut fi realizată de echipa terapeutică completă prin educația pacientului și a familiei. De aceea, strategia terapeutică în depresia rezistentă a inclus intervenții

multidisciplinare- (echipa de îngrijire) și multimodale- tratament farmacologic și psihoterapeutic. În alegerea preparatelor s-a ținut cont de caracteristicile individuale ale cazului, iar evaluarea corectă a diagnosticului prin încadrarea nosologică, fenomenologică, aprecierea simptomelor dominante și a altor suferințe organice sau psihice asociate ne-a permis individualizarea eficientă a terapiei.

Tratamentul a urmărit remisiunea tuturor simptomelor, tratarea bolnavului și nu a bolii, tratarea bolilor asociate, inclusiv a disfuncțiilor nutriționale; rezolvarea factorilor psihosociale, inclusiv prin asigurarea suportului social; atingerea parametrilor optimi în ceea ce privește funcționalitatea familială, profesională și socială, îmbunătățirea calității vieții; prevenirea riscului recăderilor și a recurenței prin educarea pacientului în scopul creșterii complianței acestuia.

S-au luat cele mai adecvate măsuri terapeutice, deoarece o parte din subiecți manifestau un risc suicidar crescut. S-a apreciat în mod real personalitatea bolnavilor, deoarece ei trăiau un sentiment dureros de devalorizare a propriei personalități, motiv pentru care trebuia să le fie sublinate toate aspectele și perspectivele, căutând în continuare menținerea și ameliorarea relațiilor socio-familiale, dar și sprijinirea creării unor relații noi. Cunoașterea datelor anamnestice, predispoziției ereditare, structurii personalității premorbide, precum și stării somatice și psihice, au constituit elementele principale în vederea delimitării fenomenologice, prospectarea evoluției și pronosticului, dar și în vederea prescrierii unui tratament individualizat.

Obiectivele unui program terapeutic eficient instituit nu s-a putut realiza în absența unei bune compilanțe a pacientului și ea a fost cu atât mai necesară, cu cât era vorba de un pacient cu o boală cronică, care necesita tratament de lungă durată. Prin complianța se înțelege gradul, maniera adecvată, strictă în care un pacient aderă, se conformează, îndeplinește prescripțiile, recomandările terapeutice ale medicului său curant [16]. Acesta nu se referea exclusiv la respectarea prescripțiilor terapeutice, ci și la respectarea de către pacient a oricăror recomandări ale medicului, inclusiv prezența și punctualitatea la controalele periodice prestabilite. Iar non-complianța este cel mai bun predictor al recăderii pe termen scurt și ea crește în tratamentele de lungă durată a tulburărilor depresive recurente. Se afirmă că în spital se întâlnește o non-complianță de 15-25%, în vreme ce în ambulator aceasta are valori în jur de 50% [14]. Se declară că după episodul întâi de boală o treime din pacienți devin necomplianți, după un an de tratament frecvența crește la 1/2 și după 2 ani de tratament această frecvență crește la 2/3-3/4 [1, 14]. Se constată 11% cazuri de întrerupere a tratamentului după o săptămână, 32% - după 6 săptămâni și 53%- după 12 săptămâni [5, 15].

Modalitățile de manifestare ale non-complianței terapeutice pot fi recunoscute sincer de către pacient, ca fiind intenționate sau neintenționate sau puteau fi negate, disimulate de acesta, din variate motive, conștiente sau inconștiente, caz în care acesta reușea (sau nu) să inducă terapeuții în eroare, cu repercusiuni negative atât pentru terapeut, de ex. concluzia unei false non-respondențe la un medicament cu schimbarea nejustificată a schemei terapeutice, cât și pentru pacient-întârzierea sau absența remisiunii episodului actual de boală. Deaceia s-a insistat asupra respectării de către pacienți a prescripțiilor medicale, nemodificarea orarului de administrare a medicamentelor, a schemei terapeutice prin suprimarea unor preparate prescrise sau prin introducerea unor preparate noi, din proprie inițiativă, evitând cura terapeutică discontinuă, cu întreruperi sau un mod haotic de a lua medicația.

Deoarece pacienții în multe cazuri se considerau sănătoși și credeau că simptomele lor vor dispărea spontan, într-un timp scurt și că ei le vor putea stăpâni singuri printr-un autocontrol voluntar, s-a reflectat împreună cu subiecții acest refuz al medicației. S-a luat în considerație și scepticismul subiecților în privința fricii de efectele secundare posibile, dar și temerii că vor deveni dependenți de drog, dar și faptul că uneori pacienții, devenind asimptomatici, se considerau remiși sau vindecați și deci nu mai considerând necesară continuarea curei pe durata de timp indicată, anulând tratamentul recomandat de întreținere și de profilaxie a recăderilor.

Consecințele negative ale non-complianței se prezentau și prin scăderea eficienței medicamentelor și a eficacității în timp a tratamentului; scăderea toleranței prin creșterea efectelor adverse nocive; agravarea simptomelor bolii cu creșterea riscului suicidar; tendința la

cronicizare a bolii cu afectarea negativă a prognosticului pe termen lung; creșterea frecvenței recăderilor, recidivelor cu creșterea numărului și duratei respitalizărilor; afectarea funcționalității individuale și sociale (profesionale, familiale, sociale) a pacienților, cu scăderea calității vieții și uneori a capacității de autoadministrare. Acest lucru afectează și relația medic-pacient, prin instalarea unui transfer negativ, dar și a unui contratransfer negativ, cu contraatitudine punitivă sau reactivă din partea medicului; consecințe economice negative prin scăderea la pacient a eficacității medicației și supracosturi directe prin multiple spitalizări, cu terapii tot mai costisitoare, pensionări etc.

Complianța a fost determinată plurifactorial, iar principalii factori determinanți erau: pacientul, medicul, relația medic-pacient, patologia, tratamentul, cadrul instituțional și anturajul familial, comunitar și social. Complianța pacientului a fost favorizată prin convingeri pozitive despre existența și acceptarea bolii, a medicului ca terapeut necesar și a terapiei psihotrope utile, dezvoltând la subiecți interesul pentru o informare competentă și a unei încrederi în terapeut și în terapie, cu convingerea în posibilitatea vindecării, necesitatea tratamentului pentru remisiunea patologiei și evitarea consecințelor negative. A fost susținută dorința bolnavilor de a fi informat în ceea ce privește boala sa, evoluția acesteia, terapia specifică (scop, mijloace, efecte benefice, reacții adverse inevitabile ce trebuie acceptate chiar dacă sunt dezagreabile), dar și de a primi explicații în cadrul unei educații medicale, care să-i facă să înțeleagă modul de apariție, de manifestare și de remisiune posibilă a acestei boli. Deoarece pacienții doreau să fie tratați ca persoană, ascultați, înțeleși privind opțiunile, nevoile, obiceiurile, stilul său de viață, unele priorități (familie, profesie), credințe religioase, unele decizii au fost luate numai în rezultatul unor discuții, negocieri (cu compromisuri de ambele părți), în beneficiul vindecării sale, neavând exigențe, expectanțe exagerate. Discuțiile purtate au contribuit la faptul că deciziile medicului au fost acceptate, consimțite de pacienți prin acordul și adevărată aderență la schema terapeutică în calitate de partener, participant „co-terapeut”.

Complianța terapeutică a pacientului s-a augmentat și prin conștientizarea stării de boală și deci și a necesității tratamentului adecvat pentru obținerea ameliorării sau a dispariției simptomelor, a remisiunii episodului de boală și a profilaxiei recăderii; convingerea că tratamentul prescris este eficient, non-nociv, adecvat realizării scopului terapeutic, evitându-se o schemă terapeutică prea complexă și prea des schimbată; conștientizarea necesității tolerării eventualelor efecte adverse inevitabile ale medicamentului, precum și a duratei minime necesare pentru ca medicamentul să realizeze obiectivele susmenționate. S-a luat în considerație și experiența prezentă, prin posologie cu prize precise pe zi, cu maximum câteva medicamente diferite, astfel observându-se efectele benefice la tratamentul episodului actual prin ameliorarea progresivă a simptomelor, efecte adverse absente sau neglijabile.

Au fost evaluați factorii, ce scădeau complianța pacienților, ca de ex., negarea necesității și utilității terapiei psihotrope sau a capacității reale a terapeutului de a-l ajuta; negarea existenței bolii psihice la pacienții respectivi; considerarea de pacient că simptomele nu reflectau existența unei patologii, ci doar o slăbiciune trecătoare; inutilitatea tratamentului psihotrop, cu reprezentări despre o constrângere; falsă convingere a subiecților că dispariția simptomelor înseamnă o vindecare definitivă, deci un tratament de întreținere și de profilaxie a recăderilor este nenesesar; insatisfacția pacienților privind faptul că instituirea terapiei nu are ca rezultat imediat dispariția simptomelor, astfel notându-se scăderea motivației pentru tratament. S-a reflectat cu pacienții și asupra trăsăturilor de personalitate tip ambivalență între dorința și teama de autonomie.

Pentru ameliorarea complianței s-a ținut cont de valorile, stilul de viață și obiceiurile pacientului. În caz de refuz am dat dovadă de permisivitate, în speranța ameliorării ulterioare a relației terapeutice, iar în caz de noncomplianță nu am abandonat pacientul, ci am explorat cauzele acesteia pentru a le putea înlătura. S-a cerut părerea pacientului despre ce crede acesta că nu este bine realizat și ce ar trebui făcut în acest sens, ce a înțeles din explicații și ce consideră risc - beneficiu în tratamentul prescris. În caz de conflict de priorități la pacient s-a negociat cu acesta un compromis pentru ca el să accepte, în folosul lui, noi priorități.



Drept strategii de creștere a complianței a fost și colectarea de informații de la pacient prin întrebări repetate, iar pentru înțelegerea problemelor acestuia informarea, educarea pacientului privind boala sa și tratamentul ei; creșterea motivației la pacient pentru ca acesta să facă față rezistențelor, problemelor psihosociale întâmpinate, ce pot scădea complianța; modificarea schemei de tratament (dozaj, cale de administrare), discutarea aptitudinilor sale de a face față unor situații care potențial scad complianța; schimbarea contingentelor prin: discutarea consecințelor negative ale complianței terapeutice (rușine etc.); discutarea reacțiilor adverse.

Complianța terapeutului s-a augmentat prin disponibilitate, accesibilitate, punctualitate; capacitate de ascultare a pacientului și timp suficient; chemări dese pentru control clinic; atitudine de interes, simpatie, empatie; tratarea pacientului ca o persoană de dialog; atitudine suportivă, încurajatoare, optimistă; atitudine de respect, înțelegere; luarea în considerare a sentimentelor, temerilor, stilului de viață, obiceiurilor, sistemului de valori și credințe, preferințelor, priorităților pacientului; acordarea pacientului a unui grad de autonomie, unui drept de a discuta și realiza un compromis acceptabil, renegociabil ulterior; sinceritate; informare, explicare, educare medicală clară, comprehensivă a pacientului despre boală (severitate, evoluție), tratament (scop, efecte pozitive, efecte adverse, expectanțe); capacitate de discuție, de dialog, de a accepta sugestii, recomandări, lămuriri reciproce privind prioritățile și expectanțele, capacitatea de a negocia și renegocia schema terapeutică, fără compromiterea succesului terapeutic, dar cu adeziunea, consimțământul pacientului; capacitatea de a realiza cu pacientul un transfer pozitiv, o alianță terapeutică, o relație reciprocă armonioasă, un parteneriat, o asistență personalizată; în cazul reticențelor, refuzului a capacității de a rămâne tolerant, non-punitiv, dar activ în așteptarea ameliorării relației terapeutice; convingere în buna alegere a unui tratament eficient, decizii ferme, neezitante, neinfluențabile, neschimbate prea des (cu excepția unor motive întemeiate). Și în sfârșit, nu s-a făcut exces de pedagogie, iar bolnavii n-au fost amenințați cu internare și tratament forțat.

Prin dialog, comunicare și informare clară, sinceră, reciprocă cu pacientul, relație bazată pe transfer pozitiv, alianță terapeutică, parteneriat și liber consimțământ, a fost favorizată creșterea complianței relației medic- pacient. Au fost acceptate de la pacienți sugestii, discuții, lămuriri, implicând bolnavii în decizii terapeutice, fapt care creștea motivația acestora. S-a realizat satisfacția subiecților că medicul răspunde expectanțelor lor și se ține cont de stilul lor de viață, de obiceiurile, credințele, valorile, prioritățile sale, precum și de calitatea vieții sale.

Analizând și evaluând conștiința bolii și a vulnerabilității, a riscului de reapariție a unor recăderi; convingerea posibilității remisiunii; conștiința posibilității, în caz de absență a tratamentului, a cronicizării bolii, a apariției unor complicații și consecințe tardive, incapacitante, definitive; conștientizarea consecințelor clinice pozitive ale complianței terapeutice – astfel a fost sporită creșterea complianței unei patologii. S-a analizat cu subiecții negarea bolii și considerarea tratamentului ca inutil; negarea simptomelor psihotice ca atare; convingerea eronată a unei vindecări definitive în cazul dispariției simptomelor; a unei boli nerecidivante; neconștientizarea consecințelor negative ale cronicizării; considerarea bolii psihice ca stigmatizantă de către opinia publică; teama de blamul, rejetul public; simptome de non-valoare, pesimism, boala ca justă pedeapsă, soluția suicidului; boala cronică în general cu teama necesității unui tratament pe durată întregii vieți; delirurile depresive cu teme de incurabilitate, inutilitate a tratamentului, ostilitatea, dezorganizarea psihismului.

## **Discuții**

O modalitate de creștere a complianței a fost ameliorarea chimioterapiei și s-a făcut prin modificarea schemei terapeutice, dar și datorită diminuării efectelor adverse, prin medicație adjuvantă, alegerea unui medicament mai bine tolerat. Complianța a fost favorizată și printr-un tratament individualizat, relatându-se pacienților că ameliorarea simptomelor va apare peste un timp, și că tratamentul actual nu este considerat nociv din cauza unor efecte adverse ale medicației și să nu creadă că tratamentul prescris este considerat de pacient ca fiind o constrângere fără alternativă, ca o limitare a libertății personale, a liberului său arbitru, ca fiind

stabilit fără consultarea și consimțământul său și că nu vor fi dependenți de medicamente, iar apariția unor efecte secundare nu vor fi incapacitante, cu caracter definitiv. Cadrul familial a favorizat complianța printr-o implicare neintrusivă, suportivă a familiei, cu absența stărilor intrafamiliale conflictuale, cu acceptarea adaptării la schimbările, necesitate de boala unui membru al său.

### **Concluzii**

Terapia complianței ca metodă psihoterapeutică a utilizat metode suportive de rezolvare a problemelor, inclusiv interviuri motivaționale de explorare non- judecațională, implicând activități de informare și educare a pacientului și a familiei, învățarea pacientului să se autogestioneze, să dobândească o parțială autonomie, să recunoască și să semnaleze primele semne de recădere.

### **Bibliografie**

1. Cărăușu Gh. Clinico-socials factors of refractory depression. 29 th Balcan medical Week. Varna, Bulgaria, 28-30 september 2006. p.56.
2. Dehelean L. Bazele biologice ale comorbidității dintre anxietate și depresie. Buletin de Psihiatrie Integrativă. Ed. Spitalul de Psihiatrie „Socola” Iași, 2005, An XI, Vol. X, Nr. 1 (24) p 66-71.
3. Freud S. Psihologia inconștientului // OPERE. Vol. 3, București, Ed. trei, 2001, 264 p.
4. Enătescu V. R. Comorbiditatea medicală la pacienții cu tulburare depresivă recurentă // Terapie și Management în psihiatrie Craiova, 28 sept – 1 oct 2006, p. 82-86.
5. Gelder M., Gath D., Mayon R. Tratat de Psihiatrie. // Oxford, Ed. A. P. L. R. București, 1994, pag. 173-213.
6. Nacu An., Cărăușu Gh. Venlafaxin. Eficacitate clinică, caracteristici comparative. Curier medical, Chișinău, N 6, 2007, p. 49-52.
7. Смулевич А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях // М., 2003; 430 с.
8. Bellodi, L. (2002). The heterogeneity of obsessive-compulsive disorder and its implications for treatment. In: Obsessive-Compulsive Disorder. Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A. & Zohar, J. (eds.), 2nd ed., pp. 76-78. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
9. Berkowitz, R.I.: Behavior Therapy in R.E.Hales, Yudofsky S.C. (Eds) : The American Psychiatric Publishing Textbook of Clinical Psychiatry, 4<sup>th</sup> ed, A.P.P. Inc. Washington DC (2003), pg. 1237-1238
10. Blondiaux, I., Alagille. M., Ginestet, D.,- Adhesion au traitement biologiques en psyhiatrie- Editions Tcchniques-Encycl.Med.-Chir. (Paris-France), Psychiatrie, 37-860, A-50, 1994,3p.
11. Corruble, E., Hardy, P. - Observance du Traitement en Psychiatrie - Encycl.Med. Chir. Editions Scientifiques Medicals, Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-860, A-60, 2003, 6p.
12. Fawcett J. Compliance:definitions and key issues. JClin Psychiatry 1995; 56 Suppl.1:4-8.
13. Mankad, M.V., Schwartz, M.S. - Medication Compliance, in Tasman A., Kay I., Lieberman J.A. (eds), 2<sup>nd</sup>, ed. John Wiley & sons Chichester, 2003, pp 2202-2207
14. Schwenk TI and al. Depression. Guidelines for Clinical Care. UMHS. 2005. 20 p.
15. Thase ME. Management of patients with treatment-resistant depression. J Clin Psychiatry. 2008 Mar;69(3):e8.
16. Thompson, C., and al., 2000. Compliance with antidepressant medication in the treatment of major depressive disorder in primary care: a randomized comparison of fluoxetine and a tricyclic antidepressant. Am. J. Psychiatry 157, 338-343.
17. Vaughn CE and Leff JP. The influence of family and social factors as the course of psychiatric illness. 1976. Brit. J. of Psychiatry 129, 125-37.
18. World Health Report. 2001. WHO. // Geneva, 2001, 178 p.