

PSIHOTERAPIA TULBURĂRILOR DEPRESIVE, ASOCIATE CU MALADII CONCOMITENTE

Ghenadie Cărăușu, Cristina Bujac

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală

Summary

The psychotherapy of depressive disorder associated with concomitant diseases

The aim of this study is to develop the conduct of psychotherapeutic treatment of patients with depressive disorders associated with concomitant diseases. This article contains different aspects of installation conditions of resistant depression on a group of 34 patients. A great influence on the dynamics of resistant depression has been shown to have psychological factors. In the therapeutic work was developed the most favorable choice for psychotherapeutic options. Maintaining these psychotherapy sessions allowed augmentation patient compliance by increasing concern for treatment.

Rezumat

Scopul lucrării constă în elaborarea conduitei de tratament psihoterapeutic al pacienților cu tulburări depresive, asociate cu maladii concomitente. Acest articol conține diferite aspecte ale condițiilor de instalare a depresiei rezistente pe un lot de 34 pacienți. O influență deosebită asupra dinamicii depresiei rezistente s-au demonstrat a avea factorii psihotraumatizanti. În lucrare a fost elaborată conduita terapeutică, referitoare la alegerea celei mai favorabile opțiuni psihoterapeutice. Întreținerea acestor ședințe de psihoterapie a permis augmentarea complianței pacientului prin creșterea interesului, preocupării pentru tratament.

Actualitatea

Depresia severă pune o presiune semnificativă asupra sistemului european de sănătate [2, 8]. 13% dintre cetățenii europeni suferă la un moment dat în cursul vieții de depresie. În anul 2004 rata depresiei în Europa era de 5,6%, dar OMS se așteaptă ca ponderea tulburării depresive majore să crească mai ales în țările cu venituri medii și mari, urmând a ajunge în anul 2030 la 8,5%, respectiv 6 la sută. În statele cu venituri mari, cum sunt cele din vestul Uniunii Europene, depresia va deveni principala afecțiune, unul dintre motivele care contribuie la această situație fiind faptul că tulburările psihice apar mai devreme decât cele de ordin fizic. Tulburarea depresivă are consecințe grave asupra calității vieții și a abilității unei persoane de a-și asuma responsabilitățile zilnice, ea fiind o cauză majoră a scăderii productivității. Costurile depresiei: 250 de euro pentru fiecare cetățean european, dintre care 65-85% reprezintă pierderi de productivitate. CE estimează costurile legate de depresie și insatisfacția profesională la 3-4% din PIB. Costurile directe și indirecte generate de sănătatea mentală proasta a angajaților sunt estimate între 3 și 4% din produsul intern brut (PIB) de Comisia Europeană. Europeanii care suferă de depresie își iau de șapte ori mai mult concediu medical decât persoanele care nu suferă de afecțiuni psihice. De exemplu, cei care suferă de depresie severă au petrecut 25% din timpul de lucru în concediu medical, față de 18% în cazul bolnavilor de inimă sau 12% al celor care au fost diagnosticați cu diabet. La fiecare mie de europeni, 11 mor prin suicid, cea mai mare rată înregistrându-se în rândul bărbaților tineri. Cu toate acestea, 15 state membre ale Uniunii Europene nu au programe naționale de prevenire a suicidului. În ultimele decenii a fost acumulat un vast material clinic despre psihoterapia stărilor depresive [3, 11, 13, 19]. Dar numărul bolnavilor, suferinzi de această patologie nu scade, ci dimpotrivă, are tendința spre creștere. Unul dintre cele mai complicate aspecte ale depresiilor este terapia acestor stări [1]. Cu toate că au fost făcute succese remarcabile în tratament, terapia depresiilor rezistente nu este rezolvată [5, 16]. Fără psihoterapie tratamentul depresiilor ar fi imposibil, pentru că, deși alte mijloace terapeutice duc la rezultate bune, ele nu pot, în nici un caz, să înlocuiască psihoterapia. De una singură medicația nu vindecă, de fapt, tulburarea, ci numai o controlează. Bolnavii necesită psihoterapie, pentru că, dacă li se întrerupe medicația, simptomele pot reapărea, astfel că

medicația și psihoterapia sunt complementare, nu competitive [4, 6]. Indiferent însă de performanțele științifice, 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 reinserția socială a acestor bolnavi, impactul nefast al acestor tulburări asupra calității vieții [12, 17, 18].

Scopul lucrării. Elaborarea conduitei de tratament psihoterapeutic al pacienților cu tulburări depresive, asociate cu maladii concomitente.

Material și metode

Au fost luați în studiu 34 de pacienți cu tulburări depresive rezistente, asistați în IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie, Chișinău.

Rezultate

Predispoziția ereditară, prezența tulburărilor psihice în familie, ca și efectele lor asupra altor persoane din anturaj, au jucat un rol important în declanșarea maladii. Cele mai mari probleme le ridicau pacientele, mamele unor copii mici, care depindeau de ele. Tulburările afective sunt cele mai frecvente patologii referitor la antecedentele eredo-familiale - 8 cazuri (24,15%). Un număr semnificativ de cazuri au fost observate și în familiile împovărate cu schizofrenie – 4 cazuri (12,09%); utilizarea substanțelor psihoactive - 4 cazuri (11,08%); afecțiuni somatice - 7 cazuri (20,52%). De cele mai multe ori subiecții au fost copii mijlocii în familie (15 cazuri, 44,3%) și primii în familie (11 cazuri, 32,6%). Cele mai multe cazuri formează subiecții, care s-au născut la termen – 29 cazuri (85,21 la sută).

Bowlby a pus accentul pe importanța, în primii ani de viață, a procesului general de atașare a copilului de părinții săi, ca și legăturile emoționale mai selective [9]. Deși legătura cu mama a fost cea mai importantă, iar copilul trebuia să aibă o relație sigură și foarte apoiată cu ea, erau necesare de asemenea legături importante și cu tatăl, dar și cu alte persoane apropiate, ca și un comportament de atașare bine stabilit, o identificare cu părinții, adoptarea standardelor lor.

În observațiile noastre mama a reprezentat centrul experiențelor pacienților, sursa esențială a întregii lor dezvoltări mentale. Majoritatea subiecților au prezentat mama cu un efect mult mai direct, mai important și imediat în raport cu tatăl, inclusiv ca o sursă de frustrări cu efect negativ. Ei prezentau diferite tipuri de mamă: captivă, care se caracteriza prin egoism, caracter vigilent; abuzivă, care nu putea desprinde dragostea maternă de propria sa persoană; nesecurizată, care privea copilul ca pe un mijloc și nu ca pe un scop; intelectuală, care se caracteriza prin ordine, corectitudine, grijă pentru echilibrul alimentar și igienic, acestea prevalând asupra aspectelor emoțional-afective; mama hipergrijulie, scrupuloasă, agresivă uneori, căruia îi rănește orgoliul, inducându-i un sentiment de inferioritate.

Tatăl și mama au influențat subiecții nu numai prin comportamentul lor individual, ci și prin natura relațiilor lor conjugale, mai ales a celor conflictuale. Pentru că, copiii, fiind rezultatul naturii relațiilor dintre ei, le-au generat la rândul lor, tulburări, în primul rând afective. Situații și mai grave s-au petrecut în cazurile în care lipseau nu numai modelele familiale, dar și modelul parental, care să reprezinte autoritate, protecție și afectivitate. Copiii își doreau să-și mulțumească părinții și erau anxioși, când dâșii nu erau de acord cu ei. Cazurile în care copiii erau nedoriți și abandonați de părinți, au produs consecințe serioase prin situații frustrante, carențe emoționale, imaturizarea lor emoțional-afectivă.

Referitor la atitudinea părinților față de copii s-a demonstrat, că cel mai mult îngrijitorii au generat sentimentul de culpabilitate la urmașii lor – 11 cazuri (31,02%). Lucruri aproape similare s-au notat și în cazul atitudinii privative – 8 cazuri (24,34%). Este semnificativ și atitudinile umilitoare ale părinților față de copii - 7 cazuri (22,62%). Referitor la condițiile de viață putem menționa că ceva mai mult de jumătate de pacienți - 18 cazuri (51,25%) au prezentat lipsuri materiale.

Nici o structură de personalitate nu conferă ființei umane invulnerabilitate la depresie rezistentă. Deci, putem afirma, că depresia rezistentă apare, de regulă atunci, când există o sensibilitate specifică a personalității. Datele noastre au indicat că 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 mai ales în prima copilărie, produse deseori de un mediu familial dezorganizat, tensionat, conflictual, în structura cărora erau prezente diferite trăsături, inclusiv senzitivitate, (17 cazuri - 51,44%), labilitate emoțională - (13 cazuri - 38,45%), introvertire - (10 cazuri - 30,42%); scrupulozitate - (9 cazuri, 26,26%); anxietate în perioada premorbidă - (8 cazuri - 24,60%); autodramatizare - (8 cazuri - 23,89%). Persoanele dependente au fost mai vulnerabile la evenimente din domeniul relațional, cele relativ mai autonome fiind mai sensibile la evenimentele implicând subiectul într-o realizare personală. Persoanele armonioase - (3 cazuri - 7,84%), în perioada de până la îmbolnăvire au prezentat un caracter liniștit și plin de bucurii pentru viață. Ele s-au diferențiat prin comunicativitate, mobilitate, un fond uniform și liniștit al timiei, o sferă largă de interese și capacitate de adaptare rapidă la noi situații. În familie și la locul de muncă au fost apreciate ca persoane liniștite, politicoase, amabile, disciplinate, cu țeluri în viață bine precizate, buni familiști.

Prevenirea pe termen lung a instalării depresiei rezistente s-a bazat pe calitatea relației între pacient, anturajul său și terapeut. Uneori se cerea a anticipa careva situații existențiale, pentru a evita factorii favorizanți sau circumstanțele precipitante, deoarece a locui alături de un astfel de pacient era greu, deseori culpabilizant. Anturajul avea și el nevoie de a fi ascultat și reconfortat. Iar pacienții, prin manifestările lor morbide, produceau dificultăți relaționale. Cu toate că aparținătorii au fost o sursă importantă de informații, dar și ei, la rândul lor, trebuiau să fie informați. Aceste lucruri au putut favoriza o mai bună reintegrare a subiectului și mai ales evitarea unor evoluții grave. În cazurile noastre, anturajul nu putea ignora schimbarea comportamentului subiecților, cu o durată de câteva săptămâni, luni. Însă aparținătorii trebuiau să depășească câteva tabu-uri, să poată trece de frica „nebulii”, la fel ca și de culpabilitatea, născută prin maladia unui apropiat. Necunoscând cauzele bolii, partenerul avea o atitudine de denegație, începea să piardă răbdarea. Cu toate că uneori afecțiunea partenerului era evidentă pentru anturaj, ea era însă neînțeleasă. Aparținătorii erau convinși de necesitatea tratamentului, însă bolnavii refuzau acest lucru. Apariția acestor întrebări încărcate cu o neliniște extremă, dar și cu o mânie, sub presiunea angoasei. Însă majoritatea celor apropiați abordau această problemă direct, spunându-le clar subiecților despre apariția unei probleme evidente în starea lor, de ex., dereglarea somnului, scăderea poftelor de mâncare, astfel evitând ceea ce ar putea să fie rău interpretat.

Deoarece consultul precoce a unui terapeut a fost deseori refuzat pentru motivul că el nu ar putea repara „răul”, a fost oportun de menționat subiectului că tratamentul are ca scop corectarea consecințelor sau de a-l ajuta să găsească mijloacele pentru a depăși situația dramatică. Anturajul a fost rugat să fie scurt, dar clar, și să revină la starea subiectului de mai multe ori, pentru că rezultatele nu puteau veni repede. Deseori anturajul era disperat de starea bolnavului, de reușita în a-l face să consulte un medic și să accepte consultația. Aparținătorii au fost informați de atitudinea disperată a pacienților sau de marea lor inhibiție psihomotorie, astfel ei stabileau printre primii diagnosticul și antrenau subiectul să consulte. Rudele au fost solicitate ca să-i acompanieze pe toată durata tratamentului. În această întreținere în trei s-a precizat vechimea dereglărilor, gravitatea lor, ideile de sinucidere, antecedentele personale și de familie, astfel că partenerul, prin prezența sa, a devenit indispensabil pentru evaluarea gravității bolii. A fost expusă strategia terapeutică și rolul fiecăruia, explicând de ce este nevoie de medicamente, precizând rolul lor respectiv și indicând ce se așteaptă de la ele, la fel ca și efectele lor nedorite. A fost accentuată ideea că tratamentul medicamentos și cel psihologic este indispensabil, ca și chestiunea de a fi bine informat. Atât bolnavii, ca și anturajul au avut nevoie de repere pentru înțelegerea maladiilor, însă și pentru conduita tratamentului.

S-a lucrat mult cu neliniștea aparținătorilor, partenerii cărora aveau o maladie de prea mult timp, „stare instalată”, deoarece celula familială era primul contact al pacientului. Cu toate că se obișnuia de a face în pofida bolnavului, pe urmă și fără el, astfel transferându-se asupra lui numai autoritate, s-a ajutat familia să accepte situația fluctuantă a bolnavului și să anuleze dubiile, suspiciunile și acuzațiile. S-a luat în calcul aceste aspecte negative, inclusiv intoleranța la boală a anturajului față de subiect, opoziția între pacient, care minimaliza simptomele și cei care-l înconjurau și care din contra, exagerau prin anxietate excesivă, iar discursurile noastre au fost moderate, uneori pedagogice, declarând sincer că episodul va dura numai câteva săptămâni sau luni, astfel am redus pesimismul larg răspândit. Deoarece anturajul trăia în frică permanentă a unei recidive, fapt care întreținea un climat familial apăsător, s-a informat anturajul, ca și pacientul, de necesitatea de a prelungi tratamentul după vindecarea clinică.

Starea morbidă afecta concentrația, memoria, spiritul de decizie, iar bolnavul avea o frică justificată și stătea la dubiu privitor la angajare. S-a lucrat mult cu această imagine foarte negativă, care putea fi penalizantă în mediile profesionale și s-a ajuns la concluzia că era preferabil ca subiectul să stea totuși fără lucru, mai degrabă decât cu el, însă neeficient și cu multe erori. Durata opririi lucrului a fost eventual dificil de determinat: pacientul, ca și anturajul trebuiau să fie convinși că deseori era mai bine să fii absent, decât prezent și lipsit de mijloacele sale, însă pierderea statutului profesional și șomajul de lungă durată puteau fi menționați ca condiții în menținerea acestor tulburări.

A existat o cauzalitate predispozițională între evenimentele defavorabile, negative de viață și declanșarea episoadelor depresive refractare. Însă modul de percepție a fost mai important decât însuși evenimentul psihotraumatizant, în sine. Rolul evenimentelor de viață în declanșarea depresiei rezistente a fost indiscutabil, dar influența lor a fost exercitată în egală măsură și asupra declanșării reșutelor și recidivelor. Unele evenimente, care au avut un impact slab direct, au stat la originea unei cascade de evenimente, ridicând nivelul de stres până la pragul patogen.

Perturbarea îngrijirilor părintești, printr-un exces și/sau insatisfacții în relațiile parentale precoce, mai ales cele mamă-copil, printr-o tendință la respingerea copilului, o lipsă de atenție și de afecțiune, însă și printr-o atitudine de influență sau supraprotecție, au fost importante în predispunerea către dezvoltarea depresiei rezistente. Aceste atitudini de deprecieri, derâdere, culpabilitate au stat la originea unei pierderi de stimă de sine fundamentală, factor major de vulnerabilitate depresivă.

Sistemul de suport social a fost un factor important de menținere a echilibrului afectiv, amenințat deseori de factori de adversitate, din ecosistemul în care individul își desfășura existența. Anume calitatea interacțiunilor, cu o semnificație pozitivă, feedback-ul protector din partea ambientului social, au asigurat mecanisme adaptative pentru acești bolnavi cu o anumită individualitate particulară. În baza negocierilor interactive cu diferiți agenți stresanți s-a impus o interrelaționare interindividuală, benefică procesului de adaptare individuală.

În observațiile noastre majoritatea pacienților - 18 cazuri (54,45%) aveau partener. Microclimatul familial a exercitat o influență semnificativă asupra incidenței depresiilor refractare, stabilindu-se că persoanele celibatate, solitare, divorțate și văduvele au fost mai puține, iar riscul de a dezvolta o stare depresivă rezistentă a fost mai înalt la persoanele fără copii, la cele educate în familii incomplete, sau orfeline. Dintre factorii precipitanți, mai frecvent invocat în declanșarea tulburării a fost cel al separării/pierderii unei persoane apropiate. Urmările decesului sau absența tatălui au fost deseori lipsa suportului social, material și emoțional din partea mamei. Aceasta se manifesta prin faptul, că mama sau o bună parte a timpului lipsea de acasă, pentru a câștiga bani, sau era foarte ocupată în obligațiunile casnice, sau nesatisfăcută sau chiar deprimată, și respectiv mai puțin capabilă să acorde atenție copiilor săi. Mai degrabă lipsa îngrijirii inducea depresia rezistentă, decât pierderii părintelui.

După situațiile create în propria familie putem menționa că cel mai mare lot de subiecți au prezentat abandon, separare, divorț, deces, (16 cazuri - 48,35%). Pe locul doi în privința frecvenței se află suportul emoțional redus - (11 cazuri - 32,97%). Locurile următoare sunt

ocupate de pacienți cu lipsa relației de încredere - (10 cazuri - 30,45%); apoi subiecții cu lipsa relațiilor intime - (9 cazuri, 29,34%); pacienți cu sentiment de singurătate, ratare a vieții personale - (9 cazuri - 27,36%); subiecți cu emigrarea partenerului - (8 cazuri - 23,08%).

În studiul prezent s-a constatat că ponderea cea mai înaltă o constituie persoanele cu studii medii- 19 cazuri, (54,63%). Acest lucru se datorează factorilor profesionali patogeni, un loc aparte ocupând suprasolicitarea și epuizarea psihică la serviciu, dar și la diferite examene și concursuri. Acțiunea asociată a diferitor factori profesionali s-a notat și în cazul subiecților cu studii superioare - 11 cazuri (32,61%). Și în final, persoanele cu studii medii incomplete (elementare) au alcătuit 4 cazuri - 12,76%.

Dezideratul strategiei terapeutice în depresia rezistentă s-a adresat nu numai ameliorării simptomatologiei, ci și restabilirii pacientului din punctul de vedere al funcționării sociale, vocaționale și interpersonale. Aceste obiective nu puteau fi atinse exclusiv în manieră psihofarmacologică, ci prin completarea ofertei terapeutice cu abordări psihosociale individualizate pentru fiecare caz.

În observațiile noastre majoritatea pacienților erau salariați permanent - 15 cazuri (45,25%). Pe locul doi, în grupa de bază au fost pensionarii/pensionații medical - 11 cazuri (33,64%). Pe locul trei, în grupa de bază - șomerii - 6 cazuri (16,27%). Și în sfârșit, studenții ocupau 2 cazuri (4,84%).

În observațiile noastre o influență deosebită asupra dinamicii depresiei rezistente s-au demonstrat a avea factorii nocivi somatogeni și organici cerebrali, care, afectând organismul, au pregătit terenul pentru instalarea rezistenței. Aceste influențe somatice, inclusiv endocrine, infecțioase, dar și tumor, intervențiile chirurgicale, abuzurile de alcool, au potențat și prelungit această evoluție, jucând un rol semnificativ în apariția unei dinamici nefavorabile. Mai frecvent au fost întâlnite boli somatice cronice ale tractului gastrointestinal, boli ale organelor respiratorii, ale sistemului cardio-vascular și urogenital. Tulburările somatice la majoritatea subiecților s-au instalat asociat prezenței altor factori, luând parte activă la formarea simptomatologiei. În cazul unei suferințe fizice ușoare sau moderate, depresia refractară s-a manifestat printr-o hiperbolizare a senzațiilor patologice deja existente. Iar în cazul unei acțiuni masive din partea suferințelor somatogene, simptomatologia depresivă s-a intricat cu simptome astenice, obsesivo-fobice și hipocondriace. Influență asupra evoluției au manifestat și traumatismele cranio-cerebrale, neuroinfecțiile, maladii, care nefiind tratate, au condus la o evoluție mai persistentă a bolii. În cazul ameliorării stării de suferință fizică, diversele manifestări psihopatologice s-au redus din intensitate.

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, (24 cazuri - 71,44%), ca și a oscilațiilor afective de nivel nevrotic - (15 cazuri - 45,18%). Deficiența organică cerebrală a fost provocată de traumele craniene, operațiile cu narcoză, dar și de neurotoxicitate, indusă de consumul de substanțe psihoactive.

Simptomatologia suplimentară în structura depresiilor acționează atât asupra evoluției și gradului de gravitate ale procesului morbid, dar și asupra pronosticului terapeutic. Comorbiditatea a câtorva tulburări psihice poate fi condiționată de câteva cauze: una din ele creează condiții pentru apariția altea; prima este etapă de dezvoltare a celei de-a doua; ambele stări sunt rezultatul unui proces patologic unic, iar deosebirile sunt condiționate de acțiunea factorilor exogeni; ambele au mecanisme patogenetice comune. Deseori tulburările psihice și fizice se pot produce în același timp, iar incidența mai ales celor fizice este proporțională cu vârsta. În secțiile medicale, de exemplu, studiile au arătat că peste un sfert din cei internați prezentau tulburări psihice. Frecvența și natura acestor tulburări depinde de vârsta și sexul pacienților, precum și de profilul secției. De exemplu, tulburările afective sunt mai frecvente la femeile tinere, pe când tulburările psiho-organice sunt mai frecvente la vârstnici, iar problemele de alcoolism - la bărbați mai tineri. Problemele psihiatrice sunt frecvente în anumite secții, în special, în clinicile de urgență și în clinicile de zi ginecologice și medicale. Tulburările psiho-organice sunt frecvente în saloanele de geriatrie, iar problemele de alcoolism - în secțiile de boli

hepatice. Tulburarea psihică poate apărea în perioada de refacere după o boală somatică, iar evoluția afecțiunii fizice este mai nefavorabilă la pacienții, care au avut cele mai multe simptome psihice concomitente. Tulburările depresive în secțiile medicale din spitalele generale trec adesea neobservate și nu sunt detectate, de aceea este important ca aceste manifestări să nu fie trecute cu vederea, pentru că afecțiunile severe necesită tratament psihiatric și pot avea risc suicidar, iar cele persistente pot întârzia refacerea după boala somatică.

Anumiți factori cresc riscul unor tulburări psihice serioase la bolnavi somatic. Pacienții sunt mai vulnerabili dacă au avut o tulburare psihică anterioară sau o incapacitate, existentă dintotdeauna, de a nu putea face față adversităților, ori dacă au o viață de familie tulburată. Unele îmbolnăviri fizice provoacă mai frecvent consecințe psihice grave. O îmbolnăvire fizică are probabilitate mai mare de a avea consecințe psihice adverse, dacă efectele sale sunt semnificative în mod particular pentru un anumit pacient. Dar și personalul spitalelor de psihiatrie trebuie să fie întotdeauna atenți la posibilitatea unor boli fizice nedetectate la pacienții săi. Unele afecțiuni somatice (diabetul, disfuncția tiroidiană, boala Addison, Lupus eritematos sistemic, diferite infecții etc.) pot induce direct nu numai tulburări psihice organice, dar de asemenea tulburări afective, precum depresia.

La cei bolnavi fizic, tulburările psihice cele mai frecvente sunt tulburările emoționale, care apar la 10-30% din pacienții cu afecțiuni fizice severe, de aceea am fost conștienți că anumite simptome, precum indispoziția, pot fi trăsături atât ale tulburării fizice, cât și ale celei psihice, însă s-a făcut o distincție clară dintre stările depresive severe de răspunsurile emoționale la afecțiunea somatică și tratamentul ei. Adesea tulburările psihice și fizice apar independent una de alta și apoi interacționează. Tulburarea psihică poate afecta răspunsurile pacientului la simptomele somatice și poate complica problemele de îngrijire medicală și invers, afecțiunea somatică poate exacerba simptomele psihice.

Comparând statistic loturile referitor la comorbidități în timpul bolii s-a demonstrat, că cel mai mare număr de subiecți sunt cu deficiență organică cerebrală - 23 cazuri (66,43%); patologie somatică - 22 cazuri (64,29%); cu intervenții chirurgicale - 8 cazuri (22,43%).

Depresia refractară este nu numai o afecțiune redutabilă în sine, dar ea agravează sau prelungeste suferințele somatice, fiind obligatorie recunoașterea ei la orice nivel al asistentei medicale. Recunoașterea comorbidității este esențială pentru îmbunătățirea tratamentelor. Comorbiditatea se referă și la survenirea simultană sau succesivă la două sau la mai multe tulburări mentale diferite, ce sunt definite în termenii simptomelor lor caracteristice, mai degrabă decât în legătura cu o cauză comună. Un pacient ce prezintă un diagnostic dual sau multiplu va avea o simptomatologie polimorfă, va necesita un tratament complex, va dezvolta un potențial suicidar crescut și un declin progresiv în funcționarea socială, profesională și familială. Majoritatea cercetătorilor este de părere că „adevărată” comorbiditate presupune prezența concomitentă a tulburărilor (diagnostic dual sau multiplu pe secțiune transversală) [7, 10].

Depresia, tulburarea anxioasă generalizată prezintă de asemenea o comorbiditate ridicată, care este în mod substanțial mult mai des întâlnită decât se așteaptă, pe baza ratelor de prevalență. Consecințe multiple subliniază relevanța clinică a comorbidității acestor tulburări: mai multe disabilități psihosociale, un risc mai mare în ceea ce privește tentativa de sinucidere, o vindecare clinică și un răspuns terapeutic mai slab. Anxietatea, și mai ales cea fobică, fiind preexistentă, se înrăutățește aproape invariabil în timpul episodului depresiv intracurent. Uneori episoade depresive refractare sunt însoțite de anxietate fobică temporară sau de agorafobie. În orice caz, evoluția bolii se agravează substanțial, iar pronosticul social și terapeutic se înrăutățește.

Relația existentă între tulburare obsesiv-compulsivă și depresie este dezbătută de mult timp și anumite aspecte asociative între cele două tulburări continuă să suscite controverse, în parte ca o consecință a elementelor de ordin istoric, astfel uneori nici nu se făcea nici o distincție între aceste tulburări, preferând să includa simptomele obsesive în cadrul bolii depresive (ca o componentă a ei). 50 până la 80% dintre pacienții diagnosticați cu tulburare obsesiv-compulsivă prezintă un diagnostic adițional de tulburare depresivă.

Tulburările depresive rezistente se dezvoltă la 10-30% bolnavi cu alcoolism cronic [14, 15]. În caz că tulburarea depresivă este primară, strategia terapeutică trebuie să fie orientată asupra tratamentului depresiei. Iar în caz că alcoolismul se prezintă ca o afecțiune primară, se cere a trata ambele maladii, deoarece depresia secundară complică substanțial evoluția bolii. Alcoolismul mărește riscul apariției tulburării depresive rezistente și a anxietății. Fobiile sociale și agorafobiile preced adesea alcoolismul, în timp ce tulburările de panică și de anxietate generalizată apar, de obicei, în mod secundar și simultan. Instituirea unei terapii integrate a fost făcută doar o dată ce sevrăjul a fost efectiv realizat.

Tulburarea adictivă coexistă frecvent cu depresia, fiind prezenta la 32 % dintre subiecții cu tulburări depresive [15]. Abuzul de substanțe al părinților este la baza multor probleme familiale, precum: divorțul, abuzarea partenerului, abuzarea și neglijarea copiilor, dependența bunăstării și comportamentul criminal. Copiii mamelor depresive au un risc crescut de a dezvolta tulburări psihiatrice. Prevalența copiilor „multiproblema” este de 8 ori mai mare printre familiile cu părinți depresivi. Femeile deseori dezvoltă mai întâi tulburări de dispoziție, în timp ce bărbații dezvoltă adicția prima dată. Pentru mulți pacienți, aceste tulburări se autoîntrețin prin simptome ce aparțin unei tulburări și înrautătesc situația celeilalte. Intre depresie și adicție există elemente comune privind prototipul structural și funcțional al persoanei: factori genetici, biochimici, fiziologici și sociali se intersectează în câmpul de acțiune al agenților etiologici, astfel încât asistăm la asocieri. Unii factori favorizanți, în special factorii sociali, incluzând și disfuncționalitatea în adaptare, se constituie în veritabili factori de risc.

Complică substanțial evoluția bolii și terapia depresiei tulburările de personalitate. Cel mai des depresia rezistentă se asocia cu tulburări de personalitate tip paranoid, schizoid, histrionic. S-a demonstrat că la bolnavi cu o patologie a personalității, depresia refractară se manifesta mai devreme și evolua mai malign (simptomatologie mai manifestă, risc înalt de suicid, episoade frecvente, simptomatologie reziduală în remisiuni, rezistență la timoanaleptice și, ca urmare, un nivel mai scăzut de adaptare socială și un nivel mai ridicat de invalidizare). Cele mai bune rezultate s-au notat la subiecții histrionici, narcisici, observându-se la ei nu numai micșorarea frecvenței și reducerea simptomatologiei episoadelor depresive, dar și compensarea considerabilă a trăsăturile psihopatice. Cu părere de rău, la acești subiecți era foarte ridicat încercarea de încălcare a programului de terapie. Tulburările specifice de personalitate s-au prezentat prin atitudini și comportament dizarmonice, implicate într-o largă gamă de situații personale și sociale, care au condus la un disconfort subiectiv. De cele mai dese ori s-a observat asocierea DR cu tulburarea paranoidă de personalitate, caracterizată prin sensibilitate la eșecuri/înfrângeri și atitudini neprietenoase; tendința de a purta ranchiună; un sentiment combativ de susținere a drepturilor personale; tendința către o stimă de sine excesivă; cu tulburarea schizoidă de personalitate, care întrunea o răceală emoțională; capacitate limitată de a exprima căldura, sentimentele tandre sau mânie față de laudă sau critici adresate de ceilalți; indiferență aparentă față de laudă sau critici adresate de ceilalți etc.; tulburarea emoțional-instabilă de personalitate, de tip borderline, caracterizată prin eforturi disperate de a evita abandonul real sau imaginar; un pattern de relații interpersonale instabile caracterizate prin alternare între extremele de idealizare și devalorizare; perturbare de identitate: imagine de sine sau conștiință de sine marcant și persistent instabilă; instabilitate afectivă; sentiment cronic de vid, etc.; tulburarea de personalitate histrionică, caracterizată de auto-dramatizare, expresie exagerată a emoțiilor; sugestibilitate; afectivitate labilă și superficială; seducție în comportament sau înfățișare; egocentrism, dorința continuă de a fi apreciat, comportament persistent manipulativ pentru satisfacerea nevoilor proprii.

Depresia rezistentă deseori se declanșează după reacții acute la stress și pe parcursul tulburărilor de stres posttraumatic. La acești bolnavi se observă tentative suicidare mai frecvente, un nivel de adaptare socială mai scăzut. Tulburarea de stres posttraumatic apare ca un răspuns întârziat și/ sau prelungit la un eveniment sau o situație stresantă. Simptomele tipice includeau episoade de repetate memorări a traumei în amintiri tulburătoare, vise sau coșmaruri. Această tulburare nu a fost diagnosticată decât dacă a existat dovada că a luat naștere în mai puțin de 6

luni de la un eveniment traumatic de o excepțională severitate, printr-o detașare emoțională evidentă, „amortirea” sentimentelor și evitarea stimulilor, care puteau trezi reamintirea traumei.

Sarcina terapeutului a fost de a propune o experiență emoțională, care ar repara condițiile inițiale de învățare defectuoasă, ajutând subiectul să găsească o ieșire mai satisfăcătoare la necesitățile sale afective actuale și să se adapteze la realitate. Deaceia s-a instaurat un cadru terapeutic, care să semene cu condițiile învățării, încurajând dezvoltarea unei relații transferențiale pozitive și reparatorii, aducând susținere și arătând empatie, astfel ca pacientul să identifice comportamentele sale inadaptate și să le înțeleagă utilitatea. Or, jucând rolul unui „obiect bun”, s-a provocat la pacient o modificare favorabilă a stimei de sine.

Psihoterapia a avut un rol deosebit nu numai în tratamentul simptomelor actuale, pe termen scurt, dar și pe termen lung, deoarece după tratament staționar, bolnavii au însușit aptitudini care i-au ajutat în situația unui eventual episod nou, pentru că după prelucrarea psihoterapeutică a suferințelor, viața interioară a bolnavilor a devenit mai bogată, iar la ei s-a dezvoltat capacitatea de empatie. În cursul psihoterapiilor s-au produs modificări în elementele structurilor cognitive depresive, care au oferit o oarecare protecție față de următorul episod, diminuând vulnerabilitatea personalității. Ședințele de psihoterapie au modificat imaginea pacientului – de la o persoană depășită de probleme și simptome- la o persoană capabilă să le facă față.

Obiectivele psihoterapiei au constat în conștientizarea subiecților, pe măsură ce le evocă, a originilor suferințelor sale, retrăindu-le într-o situație actuală concretă, împreună cu terapeutul, printr-un proces de transfer afectiv; ajutarea pacientului să-și întărească apărările, să se degajeze nu numai de sistemul de gândire, în care el se găsea închis, dar și de vulnerabilitatea depresivă, și încât să se promoveze starea de bine subiectiv, suport social și productivitate.

Înainte de începerea ședințelor s-a studiat profund personalitatea subiecților, particularitățile modului lor de a reacționa, motivația. S-au pus în evidență și s-au cercetat mecanismele etiopatogenetice, care au favorizat atât apariția, cât și menținerea simptomatologiei și a stării de suferință. S-a încercat ca pacienții să înțeleagă legătura între particularitățile sistemului lor de relații și boală, ajutându-i la o abordare a situațiilor psihotraumatizante, la modificări a situației lor și corelațiile față de ei a celor din jur. S-a încercat să se modifice atitudinile subiecților față de ei înșiși, dar și schimbarea modalităților și formelor de reacții și de comportament, evitându-se să se dea indicații directe, recomandări, sfaturi categorice, deoarece un asemenea comportament ar putea intensifica la pacienți tendința de a evita luarea de decizii.

În prima fază s-a discutat cu pacienții asupra problemelor ce urmează a fi soluționate în cursul tratamentului, asupra scopurilor ce pot fi atinse și a duratei tratamentului. Intervenția de susținere, bazată pe reasigurare, a fost programată pentru un număr de ședințe, în funcție de complexitatea problemelor de soluționat. Realizarea încă de la prima convorbire cu pacientul a unui raport afectiv pozitiv a avut un rol extrem de important în conștientizarea acestuia, că în orice moment el va fi ajutat cu multă bunăvoință și competență. Pe parcursul acestor ședințe, atât bolnavii, cât și cei care-i înconjurau, trebuiau să știe că ei vor fi ascultați, că observațiile lor vor avea o influență, și că ei vor fi mereu informați. Prima consultație a avut o importanță capitală, ea influențând mult traiectoria subiectului, condițiile de tratament, pronosticul. Bolnavii aveau nevoie și de solitudine, dar deoarece pentru ei liniștea era agresivă, iar a vorbi prea mult – ucigător, de aceea, s-a cerut a găsi un compromis.

Inițial ședințele au permis recunoașterea dereglărilor, producându-se o mare ușurință pentru pacient, care era la îndoială de realitatea tulburărilor sale, astfel realizând că este vorba de o maladie, care necesită un tratament specific. Aducând informații bolnavilor, a trebuit să fim concisi, ținând cont de faptul că ei erau obosiți, că le este greu să se concentreze și că au tulburări de memorie. În timpul primei consultații numeroase avantaje a prezentat participarea unui membru din anturaj, dar numai cu acordul pacienților, deoarece ei trebuiau să aibă absoluta convingere că ceea ce este secret, va rămâne secret. Au fost ajutați și aparținătorii să se exprime în fața pacientului, dar în cazul, când ei erau neîndemânatici și făceau propuneri, care puteau afecta grav bolnavul, am intervenit pentru a evita o formulare inadecvată sau rănitore. S-a

constatat că mai puțin de jumătate din pacienți au vorbit cu o persoană din anturajul său. De aceea s-a propus rudelor câteva reguli: a nu nega evidența- ei sunt bolnavi, dar se vor vindeca; a nu se înerva de încetineala lor; a nu fi bănuitori, fiindcă pacienții sunt mai bine seara (sau mai puțin rău) seara; ceea ce este bun pentru dv nu este necesar pentru ei; a-i stimula, nu înseamnă a-i buscula, a-i înghesui; a accepta de a nu primi prietenii un timp; și dacă nu vorbesc de suicid, aceasta nu înseamnă că ei nu-l vor comite; a fi prezent cu ei, dar nu apăsător; subiecții nu se opun niciodată (decât foarte rar) tratamentului său; a nu-i șantaja afectiv- ei întotdeauna resimt rău aceasta; de a-i vorbi că ei se vor vindeca; a participa la tratament fără a face autoritarisme; e greu pentru dv, dar încă și mai greu este pentru ei; să nu vă credeți vinovat de starea lor; să vă rezervați puțin timp și pentru dv, fiindcă e dur de suportat.

Deoarece intensitatea simptomelor era cu atât mai profundă cu cât și senzațiile care-i stăteau la bază erau mai străine și mai inaccesibile, deaceia în psihoterapia bolnavilor un rol important a jucat atitudinea calmă și conciliatoare a terapeutului. Odată cu conștientizarea cauzelor fenomenologiei depresive și acceptarea tratamentului, bolnavii se linișteau, știind că rezolvarea conflictelor va evolua paralel cu terapia. În cadrul ședințelor bolnavii au fost ajutați să-și obiectivizeze starea psihică și să se distanțeze de elementele conflictuale. Ascultam atent și binevoitor, repetându-le că au toate șansele de a se vindeca, determinându-i să nu se sperie, dacă în timpul convalescenței vor prezenta și alte episoade, la intervale variate de timp, situație în care le recomandam să apeleze la ajutorul nostru. Nu apelam la o încurajare superficială, dar încercam, după câteva zile, să le sugerăm că deja le merge mai bine, deoarece starea de bine trebuia să o simtă și să ne-o confirme anume ei.

Discuții

Organizarea ședințelor de psihoterapie prin intervenții scurte la pacienții acuti a asigurat îmbunătățirea atitudinii față de medic, față de boală și tratament și o aderență după externare la terapie. Aceste interviuri au vizat motivația pacienților, dar și explorarea credințelor pacientului față de tratament și a surselor acestuia de ambivalență pentru a corela în final complianța cu scopurile pacientului și menținerea acestuia în comunitate. Au fost analizate rezervele și justificarea necesităților, nevoilor clinice personale ale pacientului; au fost rezolvate credințele negative în eficiența terapiei. Ședințele s-au purtat și în privința credințelor pacientului despre boală, încrederea acestuia în medic și terapie, expectanța legitimă în efectele terapeutice, experiențele anterioare negative personale și ale altora. Întreținerea acestor ședințe a permis augmentarea complianței pacientului prin creșterea interesului, preocupării pacientului pentru tratament, prin repetate întrebări privind cunoștințele acestuia referitoare la subiectul respectiv.

Concluzii

1. Psihoterapia, aplicată inițial cu explicarea scopului, tacticii terapeutice, caracterului maladiei, particularităților de evoluție, duratei tratamentului, s-a dovedit a fi una din metodele de bază în complexul multiplelor intervenții terapeutice, care, asigurând un suport emoțional și rezolvând unii factori psihotraumatizanti, a condus la o ameliorare a complianței la tratament.
2. În fazele inițiale ale tratamentului își justifică utilitatea să existe mai multe întâlniri pe săptămână pentru a contracara riscul pasivității crescânde și de a distra, pe cât posibil, pacientul de la ruminările de autoacuzare. Mai târziu frecvența ședințelor este limitată, de obicei, la una pe săptămână și ultimele câteva pot fi distanțate chiar mai mult, dacă este necesar.
3. Conștientizarea subiecților, pe măsură ce le evocă, a originilor suferințelor sale, retrăite într-o situație actuală concretă, împreună cu terapeutul, printr-un proces de transfer afectiv, au asigurat îmbunătățirea atitudinii față de boală, terapeut și o aderență la terapie după externare.

Bibliografie

1. Brevet de invenție. MD 18 Z 2009.04.30 A61K 31/136;P 25/24. Metodă de tratament al depresiilor melancolice rezistente/ Cărașu Ghenadie (MD). Cererea depusă 2008.06.13, BOPI nr 4/2009.
2. Cărașu Gh. Psihoterapia depresiilor persistente. Simpozionul Național de Psihiatrie, Durău, Neamț, România, 23-25 iunie, 2005, p. 37.
3. Enătescu C. Tratat de psihanaliză și psihoterapie. București, 2003, 385 p.
4. Enătescu V. R. Comorbiditatea medicală la pacienții cu tulburare depresivă recurentă. Terapie și Management în psihiatrie Craiova, 2006, p. 82-86.
5. Gheorghe M.D. Actualități în psihiatria biologică. București, 1999, 435 p.
6. Abbass AA. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy of treatment-resistant depression: a pilot study. *Depress Anxiety*. 2006;23(7):449-52.
7. Ades, J. et Lejoyeux, M. (1997) – Depression et alcoolisme. Masson, Paris, (pp. 81-102).
8. Anderson I. and al. NICE clinical Guideline 90. (October 2009). Depression: the treatment and management of depression in adults. London, 64 p.
9. Bowlby, J. Attachment and loss, Vol. 3. „Loss, sadness and depression”. Basic Books. New York. 1980.
10. Lemperiere T. Depressions et comorbidites psychiatriques. Paris. 2001. 248 p.
11. Mundt C. Psychotherapy of depressive disorders: on theoretical background and practice relevance *Nervenarzt*. 1996 Mar;67(3):183-97.
12. Nierenberg AA, Amsterdam JD: Treatment-resistant depression: definition and treatment approaches. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(suppl 6):39-47.
13. Ono Y. Psychotherapy for depression. *Nippon Rinsho*. 2007 Sep; 65(9):1650-3.
14. Powers RH, Kniesner TJ, Croghan TW. Psychotherapy and pharmacotherapy in depression. *J Ment Health Policy Econ*. 2002 Dec; 5(4):153-61.
15. Reiger, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S. et al. (1990) – Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *J.Am.Med.Ass.* 264: 2511-2519.
16. Remick R.A. Treatment resistant depression // *Psychiat. J. Univ. of Ottawa*.-1989.-V.14.- N 2.-P.394-396.
17. Souery D., Amsterdam J., de Montigny C. et al. Treatment resistant depression: methodological overview and operational criteria. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1999; 9:83-91.
18. Thase ME, Friedman ES, Howland RH. Management of treatment-resistant depression: psychotherapeutic perspectives. *J Clin Psychiatry*. 2001;62. Suppl 18:18-24.
19. Weissmann M.M., Akiskal H.S. The role of psychotherapy in chronic depressions: A proposal // *Compr. Psychiat*. 1984.- 25 (1). -P .23- 31.

TERAPIA COMPORTAMENTULUI SUICIDAR ÎN TULBURĂRILE DEPRESIVE

Ghenadie Cărașu, Victoria Cimpoș

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală

Summary

The therapy of suicidal behavior in depressive disorders

The purpose of this work is to study the peculiarities of suicidal behavior of 32 refractory depressed patients, to identify methods for implementing therapeutic interventions in this context. Phenomenology of depression diminishes the desire to live and encourage patients to make clear desire to die. Autolysis' risk was even higher, as patients were socially isolated and emotionally. Therapeutic objectives have been to diminish vulnerability syndromes, relapse prevention. The choice of therapeutic methods was based on etiopathogenic background, the