

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

clinical nature, the severity of symptoms. Antidepressants have been shown in combination with other medications, including narcoleptics' and anticonvulsants, and psychotherapy.

Rezumat

Scopul lucrării constă în studierea particularităților comportamentului suicidar al 32 de bolnavi depresivi refractari, identificarea metodelor de aplicare a intervențiilor terapeutice în acest context. Fenomenologia depresivă diminuează dorința de a trăi și stimulează bolnavii să formuleze evident dorința de a muri. Riscul autolitic a fost cu atât mai mare, cu cât bolnavii erau izolați social și afectiv. Obiectivele terapeutice au fost diminuarea vulnerabilității, tratamentul sindroamelor, profilaxia recăderilor. Alegerea metodelor terapeutice s-a făcut în funcție de fondul etiopatogenetic, caracterul tabloului clinic, de gradul de severitate al simptomelor. Antidepresivele au fost indicate în asociere cu alte medicamente, inclusiv neuroleptice și anticonvulsivante, dar și cu psihoterapia.

Actualitatea

Datele actuale prezentate de OMS sunt alarmante: aproximativ jumătate dintre bolile mentale se instalează înainte de vârsta de 14 ani. Până în 2030, depresia va ajunge pe locul întâi în lume ca cauză a bolilor, devansând problemele respiratorii și digestive [1, 6, 13]. Anual se înregistrează 800.000 de sinucideri, iar 86% dintre acestea se întâmplă în țările sărace. Jumătate dintre oamenii care își pun capăt vieții au între 14 și 44 de ani. Rata cea mai mare de sinucideri se înregistrează la populația de sex masculin din Europa Orientală. Actualmente, 50 de milioane de europeni au probleme de sănătate mentală, iar starea lor de sănătate se deteriorează pe măsură ce avansează criza economică [11, 14, 16]. În Germania, dezechilibrele mentale au devansat în ultimii 20 de ani problemele musculare și osoase și cancerul, reprezentând cea de-a treia cauză a absenteismului de la locul de muncă (cu un procent de 8,6%) și principala cauză pentru pensionarea anticipată (circa 30% din cazuri). În unele țări, costurile generate de problemele de sănătate mentală le depășesc pe cele ale șomajului, cum e cazul Marii Britanii, care alocă anual 3,9 miliarde de euro în acest sens. În ultimii 20 de ani, incidența dezechilibrelor mentale s-a dublat în cele mai multe țări, pe fondul trecerii de la un sistem economic bazat pe industrie grea și agricultura la unul axat pe servicii (bankingul, educația și administrația publică). Depresia este o problemă de sănătate publică serioasă din cauza ratei din ce în ce mai crescute a incidenței [5, 8, 9]. Din totalul afecțiunilor raportate în lume în anul 2002, 4,5% au fost depresii [15, 18]. Dacă nu este tratată adecvat, depresia poate deveni cronică, o persoană ajungând să înregistreze pe durata vieții mai multe episoade depresive [4, 19].

Depresia este una dintre cele mai costisitoare afecțiuni din Europa, ocupând locul al șaselea, în termeni de povară economică, aducând costuri anuale de 136 de miliarde de euro. Cea mai mare parte din această sumă – 99 miliarde de euro, e reprezentată de pierderi în productivitate. În stare depresivă pacienții își găsesc cu greu un loc de muncă și tot la fel de greu îl și mențin; apoi mai sunt veniturile pe care le primesc șomerii sau care nu pot munci. Toate aceste costuri, în Marea Britanie ajung anual la cifra de 12 miliarde de lire sterline, ceea ce reprezintă 1% din produsul intern. Depresia este o afecțiune la fel ca oricare alta, iar oamenii care sunt afectați au dreptul să primească îngrijirile și tratamentul corespunzător în același mod ca și pentru alte boli [2]. Persoanele care prezintă simptomele caracteristice depresiei nu se pot vindeca imediat chiar dacă își doresc acest lucru [3, 10]. Fără a urma un tratament specific formei depresive cu care se confruntă, oamenii își prelungesc durerea și suferința cu săptămâni, luni și chiar ani [12, 17].

Scopul

Studierea particularităților comportamentului suicidar al bolnavilor depresivi, identificarea metodelor de aplicare a intervențiilor terapeutice în acest context.

Material și metode

Studiul a fost efectuat în perioada 2010-2011 pe un lot de 32 paciente cu episoade depresive majore, rezistente la tratament, internate în IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie, secția 12, Chișinău.

În observațiile noastre cel mai mare număr de bolnavi s-a aflat în grupele de vârstă de la 30 la 49 ani- 62,5%. 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. Vârsta medie a bolnavilor a fost de $47 \pm 0,54$ ani.

În studiul prezent ponderea cea mai înaltă au constituit persoanele cu studii medii- 42,54%, apoi urmează cele cu studii superioare - 31,20 la sută și în final- cele cu studii medii incomplete (elementare) – 26,26%. După statutul social cel mai mare număr de subiecți au fost salariați permanent - 15 cazuri (46,87%). Locurile următoare ocupau pensionarii/pensionații medical - 7 cazuri (21,88%), șomerii – 8 cazuri (25,00%); și, în sfârșit, studenții - 2 cazuri, (6,25%).

În examenul clinico- psihopatologic o semnificație deosebită s-a acordat obținerii informației plenare despre paciente, astfel că datorită procedurii anamnestic a fost observată legătura în timp între simptome, modificarea caracterului maladiei sub influența terapiei. Pentru a exclude careva maladii sistemice, s-a atras atenția la semnele clinice de alertă, iar la depistarea acestora pacientul a fost supus unor examene suplimentare, fiind consultat de specialiști de profil, conform standardelor.

Rezultate

În observațiile noastre maladia s-a caracterizat în mod obișnuit printr-o evoluție relativ de lungă durată. Astfel, durata medie a bolii a fost de $10,29 \pm 0,43$ ani. Numărul mediu de episoade anterioare a subiecților a fost de $6,46 \pm 0,23$.

Manifestările clinice ale bolnavilor au fost caracterizate predominant de simptome afective, care apăreau spontan, fără motive exogene evidente, cele mai frecvente simptome fiind dispoziția depresivă, variația ei diurnă, viziunea tristă și pesimistă asupra viitorului, ideile de vinovăție și lipsă de valoare, suferința, somnul perturbat, reducerea stimei și încrederii de sine, lipsa reacției emoționale la circumstanțe și evenimente externe plăcute, scăderea marcată a libidoului. Analiza dinamică a structurii maladiei a evidențiat perturbarea raporturilor componentelor sindromului și complicarea lui structurală prin formarea unui afect monoton, rigid, deseori cu elemente disforice.

Fenomenologia depresivă refractară diminuea dorința de a trăi și stimula bolnavii să formuleze, mai mult sau mai puțin evident dorința de a muri. S-a reținut ca fiind o regulă faptul că fiecare pacient era susceptibil de a prezenta idei și de a comite acte autolitice, mai mult sau mai puțin lucid, deliberat, în situația de a fi internați, situație pe care o interpretau ca fiind fără ieșire.

În aceste stări pentru subiecți ideile de suicid erau doar simptome ale bolii. Pacienții aveau o decizie fermă de a renunța la viață, identitatea personalității era spartă în bucăți, în așa fel încât bolnavii nu se mai suportau pe sine și nu-i suportau nici pe ceilalți, pentru că nu se puteau bucura de nimic, astfel că riscul suicidului era mare. Nenorocirea subiecților a constat în confundarea tristeții, durerii morale cu chemarea morții. Dorința de a muri era consecința majoră a acestei drame, trăite de bolnavi și această dorință îi putea antrena să treacă de la idee la act, exprimat sau neexprimat verbal. Riscul autolitic a fost cu atât mai mare, cu cât bolnavii erau izolați social și afectiv, cu cât aveau în antecedentele personale și familiale tentative de suicid.

Prezența ideilor delirante, exprimarea dorinței de a muri și neliniștea anxioasă au fost responsabile de marea majoritate a tentativelor de sinucidere, de aceea, în astfel de cazuri, s-a impus necesitatea unei supravegheri atente. Au fost luate câteva măsuri de prevenție a suicidului în spital. Din secție și saloane au fost îndepărtate obiectele, ce ar putut fi utilizate în realizarea actului suicidar. La fel nu au fost lăsate nici medicamentele la îndemâna bolnavilor. La baza supravegherii bolnavului a stat o relație de stimă și încredere reciprocă între el și personalul

medical, pentru că o simplă supraveghere risca să fie interpretată de pacient ca o formă de neîncredere, ceea ce ducea la o stare de anxietate. Personalul medical nu a banalizat niciodată afirmarea ideilor de suicid, a apreciat factorii de risc, inclusiv dacă subiectul a avut în antecedente tentative suicidare, dacă era vorba de persoane în vârstă și singure, izolați social, care exercitau o profesie defavorabilă, și fara satisfacții, dar și cei celibatari, divorțati, vaduvi, etc.

În aceste situații a fost necesară o supraveghere permanentă cu atenție și bunavoință; o retragere a tuturor obiectelor periculoase (lame de ras, instrumente ascuțite, tăioase, curele, cordoane etc.); asigurarea unei prezente liniștitoare în jurul pacientului, știind că o argumentare rezonabilă asupra gestului suicidar nefondat are puține șanse de a fi înțeleasă într-o primă fază, dar că sunt foarte rari pacienții insensibili la contactul afectiv. Orice idee sau tentativă de suicid, fiind un apel pentru ajutor, a fost recunoscută de către personalul medical și anturaj. Spitalizarea a fost menținută un timp suficient pentru că numeroase sinucideri puteau interveni efectiv după o ameliorare aparentă, sau după întreruperea precoce a tratamentului medicamentos. S-a asigurat reinstalarea în mediul familial al unui climat de încredere, cu înlăturarea izolării sociale și afective și tratament continuu.

În terapia depresiilor refractare a fost luat în considerare riscul suicidar, deoarece majoritatea pacienților cu astfel de tulburări prezintă idei sau acte de auto-vătămare sau suicid, iar psihoterapia aplicată aici a fost un mijloc de alegere. După Freud, suicidul reprezintă exprimarea agresiunii și distrugerii instinctive, care, la rîndul lor, sunt elemente reciproc substitutive ale instinctului morții. Însă comportamentul suicidar este și un instrument pentru a atrage atenție, o cerere de ajutor, o metodă de răzbunare și identificare parțială, o teamă adîncă de sadism și agresiune [7]. Freud menționa că impulsurile către suicid, de regulă, se dovedesc a fi autopedeapsă pentru dorința de moarte unei alte persoane. Formulând un șir de particularități clinice importante: sentimentul de vină pentru dorința de moarte altor persoane, în special, părinților; identificarea cu părintele suicidal; pierderea satisfacției libidinoase, mai precis, refuzul de a accepta pierderea satisfacției libidinoase; actul de răzbunare, în special, pentru pierderea satisfacției; refugiul de la înjosire; mesajul, strigătul de ajutor; și, în final, prezența unei legături strînse între moarte și sexualitate.

În cazul comportamentului suicidar dragostea Eu-lui către sine însăși este enormă, iar cantitatea de libido narcisic-de necuprins, de aceea nu este clar cum Eu-l acceptă autodistrugerea. Analiza cazurilor a demonstrat că Eu-l este capabil de a se ucide pe sine însăși doar atunci, cînd el începe să aibă o atitudine către sine ca către un obiect, adică cînd Eu-l este capabil de a orienta împotriva sa ostilitatea, care se referă la obiect și este reacția lui inițială la obiectele lumii exterioare. Astfel, prin regresie la alegerea narcisistă a obiectului, Eu-l într-adevăr reușește să scape de obiectul exterior, care însă se dovedește a fi mai puternic decît dînsul. Eu-l devine plin peste măsură cu obiectul în două situații opuse – dragoste extraordinară și sinucidere, deși în moduri total diferite. Prin comiterea acestui act bolnav în același timp omoară obiectul cu care s-a identificat, și, în al doilea rînd, el orientează către sine dorința de moarte dorită altuia.

Comportamentul suicidar este creat de interacțiunea și a altor cîtorva motive, de ex., dezintegrarea Eu-lui, fenomenele de identificare, dar și dintr-o adîncă difuziune a instinctului de autoconservare și eliberarea a cantității excesive a instinctelor destructive orientate înăuntru. Astfel, acești pacienți nu erau în stare să suporte îmbunătățirea stării lor, cauzată de tratament, și luptau din răspuțeri cu ea. În aceste cazuri Eu-l pacienților deseori ceda pozițiile sale, fiindcă, în loc de dragoste, simțeau ură față de sine însăși, și urmăriri din partea Super-Eu-lui, astfel, de a trăi pentru Eu însemna de a fi iubit de Super-Eu, și moartea în rezultatul sinuciderii simboliza sau juca rolul a unui fel de renunțare al Super-Eului la Eu, situație asemănătoare cu despărțirea copilului de mama care îl proteja.

Cantitatea inițială a instinctului de moarte internalizat este identică cu mazochismul primar. Individul încearcă să externalizeze această energie în formă de agresiune sau sadism. Dacă instinctele sunt suprimate de cultură, componentele distructive iarăși sunt orientate înăuntru, către Super-Eu. și nouă ni se arată Eu-l, neajutorat din cauza masochismului, într-o

relație cu Super-Eu-l sadic. Modalitatea acestei relații constă în pedeapsă. Pentru a primi pedeapsa, masochistul trebuie să acționeze fără rost, contra intereselor proprii, el trebuie să distrugă perspectivele viitoare sau chiar să se distrugă pe sine însăși. Însă deoarece are loc contopirea instinctelor erotice și distructive, în masochism totdeauna este prezent un component erotic distinctiv, de aceea chiar și autodistrugerea nu poate avea loc fără satisfacție libidinoasă.

Dacă mecanismele obișnuite de protecție și control, modurile de viață și iubire sunt dezechilibrate, atunci individul este ușor de împins spre o criză suicidală. El se simte neajutorat, disperat, abandonat și poate conștientiza sau nu o tensiune agresivă puternică și imposibil de exprimat. Fără a depinde de o verbalizare concretă, majoritatea acțiunilor terapeutice au fost orientate către fortificarea mecanismelor de protecție ale Eu-lui, reînnoirea sentimentelor de speranță, dragoste și încredere, la fel ca și asigurarea cu ajutor urgent și cu resurse legate cu restabilirea și vindecarea rupturilor în Eu-l pacientului.

Pacienții tindeau să depună responsabilitatea pentru viața și moartea lor pe alte persoane, și demonstau metode, cu ajutorul cărora această problemă putea fi rezolvată în cadrul psihoterapiei. Cu timpul, activitatea suicidală a pacienților se intensifica, punându-ne în impas cu atitudinea lor ambivalentă către viață și moarte.

S-a acordat sprijin tuturor pacienților, inclusiv și prin explicarea fermă a faptului că ei suferă de o afecțiune, și nu de un eșec moral. Totuși, în stadiul inițial, o prea intensă discuție referitoare la acuzele sale, nu făcea decât să crească sentimentul de deznădejde și nefericire a pacienților. Din primele zile de tratament s-a îndepărtat de ei numeroase probleme și numai mai târziu, pe măsură ce pacienții se restabileau, au fost încurajați să-și reasume responsabilitatea pentru propriile probleme. Îndepărtarea nejustificată a fricii față de medicație a fost principalul factor de stabilire a complianței. Cu toate că și pacienților i-a revenit un rol important în luarea unei asemenea decizii, după o informare corectă făcută de terapeut, chiar și în aceste condiții prejudecata aparentei dependențe de terapie și conotația stigmatizantă a necesității continuării tratamentului, i-au condus pe pacienți la o atitudine de non-complianță.

Începând cu câteva luni de tratament, aproape jumătate de pacienți erau tentați de a opri medicația, considerând că au luat destule medicamente, că au senzația de a fi sănătoși, alții opreau pentru o toleranță rea sau pentru frica de dependență. Însă nerespectarea nu trebuia analizată în mod univoc și aruncată pe responsabilitatea pacienților, pentru că circa jumătate din subiecți nu puneau întrebări, din frica de a nu cădea în stima sa. De aceea s-a cerut ca în timpul administrării medicamentelor bolnavii să primească informații despre dereglările lor, astfel că informația a fost indispensabilă pentru a putea obține o adeziune activă și clară. S-a evitat ca subiectul să se închidă într-o atitudine de pasivitate față de maladie și tratament. De altfel, actul medical a fost subordonat consimțământului liber și clar al pacientului. Deci, tratamentul medicamentos a fost ales în doi, iar importanța implicării subiectului în această alegere era deosebită. În cursul urmăririi unor pacienți a trebuit uneori de acceptat rezistența la tratament din motivul unei relații „maladie-medicament”, care perurba calitatea alianței.

Perceperea terapeutului a relației medic-pacient a fost unul din factorii principali în evoluția bolii. Printre indicatorii buni era perceperea scepticismului pacientului față de tratament, dar și evaluarea unor factori de mediu, printre care o rea complianță la subiecții, care locuiau singuri sau într-o familie instabilă, luându-se în considerație și gradul de toleranță al simptomelor pentru anturaj. S-a luat în seamă și nevoia pacientului de a fi independent de toată puterea medicală cu revendicarea dreptului la consimțământ la orice tratament. A contat mult nu numai formarea pacientului, dar și informarea lui. Această informație a constituit o exigență, o etapă necesară în luarea obligațiilor. Ea a fost personalizată și adaptată subiectului, fiind indispensabilă la relația terapeutică, participând la ameliorarea calității vieții. Înțelegând tulburările, pacienții „trăiau” mai bine. Împreună cu pacientul s-a creat o responsabilitate de o utilizare eficace, de securitatea tratamentului (de ex. cunoașterea unui eventual sindrom de sevraj). Această informare, dozarea de informații, inclusiv familiei nu a fost o sarcină ușoară și ea trebuia să fie accesibilă și înțeleasă de toți, trebuia să fie reactualizată, verificată, de a nu alarma subiectul și ca ea să nu favorizeze autodiagnosticul și automedicația. S-au evitat probe

repetate de scurtă durată, indicând tratament cel puțin 4-6 săptămâni, acest fapt a evitat apariția unui sentiment de demoralizare și a crescut mult probabilitatea răspunsului.

Alegerea corectă a medicației era un factor important în determinarea complianței la tratament. Noncomplianța 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. În alegerea preparatelor s-a ținut cont de caracteristicile individuale ale cazului; adecvanța terapeutică; toleranța și factorii de complianță; evitarea fenomenelor adverse; monoterapie (doză eficientă); raportul cost/eficiență.

Deoarece pacienții prezentau o reținere de a vorbi despre simptome de teama consecințelor, dar și din cauza implicării lor emotionale în simptomatologie, tratamentul nu se instituia imediat, în acest caz boala progresează și se ajunge până la urmă la o situație de criză, care presupune internarea de urgență, forțată și deosebit de traumatizantă pentru pacient, familie și prieteni. Nu de puține ori o astfel de internare conduce la o tulburare post-traumatică de stres secundară afecțiunii psihiatrice de bază.

Demersul terapeutic realizat asupra pacienților era îndreptat în principal în direcția reintegrării sociale a acestuia (revenirea în familie, reluarea activității sau studiilor), deoarece contactele interpersonale erau pe cale să se rupe sau că a pierdut contactele sociale și readucerea încrederii în sine și autostimă. Deoarece persoana se izola de ceilalți, anxietatea socială îi însoțea frecvent, ca și riscul suicidar, consumul de alcool sau droguri, ca modalitate de a se elibera de stresul provocat de simptomatologia respectivă. Dar nu s-au abordat prioritar aceste probleme. Unii pacienți au recurs la consumul de substanțe de abuz în încercarea de automedicație. Toți acești factori întârzie diagnosticarea corectă și instituirea precoce a tratamentului, fapt ce îngreunează terapia sub aspectul eficienței și costurilor. Beneficiile potențiale ale instituirii tratamentului precoce au fost următoarele: ameliorarea mai rapidă; remisiunea rapidă și completă; atitudinea favorabilă față de tratament și o încărcătură mai redusă de stres asupra familiei.

Angajarea pacientului în terapie reprezintă un element-cheie pentru succesul acesteea. Efectele secundare ale tratamentului, odată resimțite de pacienți, contribuiau la respingerea tratamentului în viitor. Intervențiile psihoterapeutice individuale, cu un demers structurat, obiective și probleme formulate de comun acord între terapeut și pacient aveau deseori un caracter educațional, astfel încât pacienții puteau să înțeleagă modul în care lucrează demersul terapeutic; să utilizeze metoda descoperirii dirijate ca instrument al schimbării, astfel prevenindu-se recăderile și ameliorând starea pacienților, cu evitarea stigmatizării lor.

O relație terapeutică apropiată, bazată pe încredere reciprocă a facilitat și mai mult angajarea subiectului în psihoterapie. Cu toate acestea, existau anumite aspecte, care trebuiau avute în vedere în lucrul cu ei. Astfel, unii dintre pacienți erau nervoși, nu doreau să discute cu nimeni și evident prezentau simptome psihotice, chiar subclinice, care perturbau comunicarea. S-a cerut o explicație cu răbdare pacientului că era vorba de o intervenție psihologică obișnuită, al cărei scop era rezolvarea problemelor, care îl frământa. Este deosebit de util să fie furnizate feedback-uri referitoare la cele discutate și mai ales să se țină seama de punctul de vedere al pacientului, lăsându-i-se acestuia impresia că este ascultat și înțeles. S-a utilizat un limbaj cotidian, evitându-se excesul de termeni tehnici, explicându-se atent orice element legat de demersul terapeutic, inclusiv aspectele practice (loc, număr de sedințe, criterii de evaluare etc.). Informațiile erau culese gradat, fără a forța subiecții să discute despre probleme considerate dificile, manifestându-ne activ, flexibil, de un real ajutor pacientului, fără a ns cantona rigid în aplicarea unor strategii precise. Orice oportunitate a trebuit speculată în avantajul psihoterapiei pentru că orice mic succes avea un efect motivator asupra pacientului. A fost necesar să se acorde o atenție sporită temerilor legate de posibila pierdere a controlului, de gândul că va înnebuni, temeri, care aveau un impact considerabil asupra modului în care pacientul privea psihoterapia. Au fost conștientizate reacțiile posibile la simptomele psihotice, precum și la influența acestora asupra problemelor curente, personalității pacientului, precum și asupra

deprinderilor sale de a face față vieții, ținând seama în cadrul demersului terapeutic de particularitățile și experiența socio-culturală a bolnavilor, inclusiv de atitudinea pacientului față de serviciile de sănătate mentală, atitudine rezultată în urma unor posibile contacte anterioare.

Durata și complexitatea tratamentului au avut o influență directă asupra complianței, de aceea au fost evitate numărul mare de medicamente, dozele schimbate frecvent, durată lungă staționară a tratamentului, minimalizarea efectelor secundare etc.

Psihoterapia a fost utilă, deoarece multe din problemele asociate maladiei, cum ar fi evenimentele de viață psihotraumatizante, pierderea statutului social, absența suportului social, pierderea motivației de a mai trăi, nu puteau beneficia de tratament psihofarmacologic. Psihoterapia a fost utilă atât pacienților noncomplanți, dar și în cazul când bolnavii nu puteau tolera tratamentul antidepresiv, însă intervențiile psihoterapeutice nu au fost privite ca un substitut al terapiei farmacologice.

Nu exista un singur factor responsabil de comportamentul non-compliant și de aceea nu se poate vorbi de o strategie unică de abordare a problemei. Factorii variau de la pacient la pacient și chiar, de-a lungul timpului, la aceeași persoană. De aceea, strategiile trebuiau individualizate, ceea ce presupunea o investiție de timp, energie și resurse din partea pacientului, dar și a terapeutului. Existau mai multe situații, în care era necesară ameliorarea complianței. Efectele secundare intolerabile trebuiau să determine alegerea altor medicamente, cu profil mai favorabil al efectelor secundare. Uneori ameliorarea clinică ducea la opinia pacientului că medicamentele nu mai erau necesare și în acest caz trebuia utilizată psihoeducația pacientului. Perceperea lipsei de eficacitate imediată se corecta, dacă pacientul era informat că poate exista o latență de răspuns de săptămâni sau luni până la obținerea efectului deplin.

Factorii care influențează non-complianța se pot grupa în categoriile generale de factori care țin de pacient, de medic, de trăsăturile bolii, caracteristicile regimului de tratament și factori contextuali. Credințele pacienților au avut un efect deosebit asupra complianței terapeutice, deoarece crezând în eficacitatea medicamentelor, ei deveneau mai complianți. Insistând ca pacienții să înțeleagă scopul tratamentului și motivul precis al administrării medicamentelor, s-a obținut ca subiecții să aibă încredere în terapeut, dar și în faptul că li se va asigura o urmarire suportivă de-a lungul întregului proces terapeutic.

O definiție formală a complianței la tratament este - gradul în care utilizarea de către o persoană a medicamentelor coincide cu indicația medicului (mai general - măsura în care comportamentul unei persoane corespunde cu sfatul medical). Complianța a fost o condiție necesară, dar nu și suficientă pentru succesul terapeutic. S-a evitat instalarea non-complianței prin asigurarea luării medicamentelor, evitarea subdozării substanțiale, dozării intermitente (erori ale intervalelor dintre doze) sau intreruperea prematură și nu în ultimul rând, supradozării, factori care duc la eficiență clinică redusă. Complianța a fost legată mai ales de percepția de către pacient a stării lui de boală, de atitudinea lui față de tratament și de conștiința bolii, de costurile medicamentelor, efectele secundare ale tratamentului și tratamentul inadecvat a simptomelor de boală. Complianța cu tratamentul de lungă durată era mai greu de obținut decât pentru cel de scurtă durată.

Eșecul complianței terapeutice a fost determinat de două mari categorii de factori - neintenționali (uitarea, neînțelegerea regimului, schimbări de program) și intenționali (se simțea mai bine și credea că nu mai are nevoie de medicamente, frica de efecte secundare, perceperea medicamentelor ca lipsite de eficacitate, regim considerat prea complicat, frica de dependență).

Complianța nu includea numai comportamentul pacientului, ci și pe cel al terapeutului, al sistemului medical, în care opera acesta, dar și factori familiali, psihosociali etc. Trebuia să existe un grad ridicat de comunicare medic-pacient, iar pacientul trebuia încurajat să comunice despre orice efect secundar, care apărea. Prin comunicare pacientul lua parte activă la propria sănătate și bunăstare. Orice motive ar exista pentru a nu lua medicamentele, fie prețul sau neîncrederea în necesitatea unui tratament medicamentos, pacientul trebuia încurajat să comunice aceste lucruri. Dacă datoria pacientului era să comunice, datoria terapeutului era înțelegerea, dar a înțelege nu numai boala pacientului, ci și cea mai bună manieră, care să

amelioreze boala. Deoarece deseori pacienților le era jenă să întrebe, devenind în primul rând proactiv și nu reactiv, am putut regla fin tratamentul și crește complianța.

A fost evitată declanșarea suferinței emoționale, care putea fi provocată de numărul impunător al medicamentelor și regimului de administrare, acest fapt reprezentând un moment dureros asupra condiției lor. Astfel s-a evitat reducerea motivației, dificultățile de concentrare și greutate în memorarea sarcinilor, asigurându-se o satisfacție pacientului în procesul de consultare. Acest lucru a permis subiecților să înțeleagă informația oferită, inclusiv despre condiția lor, natura bolii, dar și regimul de tratament și a proceselor, implicate în acest tratament. În cursul procesului terapeutic au fost evaluați factorii, care au contribuit la memorarea informațiilor prin scăderea anxietatii, creșterea cunostintelor medicale.

Relațiile interpersonale stabile și o rețea adecvată de susținere socială influențează pozitiv complianța. Ideile preconcepute, ignoranța, stigmatul și izolarea au influențat negativ capacitatea pacienților de a adera la tratament. Dacă pacientul avea rude, care nu susțineau ideea de farmacoterapie, aceasta putea însemna o opoziție deschisă, ori un sabotaj al procesului terapeutic, prin reamintirea continuă a necesității de a-și lua tratamentul, ceea ce stimula comportamentul opozițional al pacientului. Uneori apelarea la medicamente și împingerea pacientului să le ia, erau motivate de rezistența familiei de a accepta vreo responsabilitate, prin faptul că ar contribui stresant la viața pacientului, situație, care ar putea alimenta tulburarea psihică. Pacienții simțeau că a lua medicamentul e echivalent cu a admite că problema e doar a lui și ceilalți nu își vor schimba comportamentul. De aceea, deseori s-au efectuat consultații împreună cu familia, pentru a explora atitudinea generală a familiei față de pacient și particulară față de tratament.

Starea de sănătate și efectele secundare reprezintă factori majori ai complianței terapeutice. Prin interesul, manifestat asupra subiecților, suficient timp acordat, dar și prin încrederea noastră în tratamentul administrat, s-a transmis această încredere și pacienților. Urmărirea sistematică a evoluției a cuprins și oferirea unor explicații clare, dar și încurajare și susținere.

Era important ca pacienții să perceapă și să înțeleagă riscurile de recădere, consecințele bolii și faptul că beneficiile tratamentului depășesc eventualele neplăceri (efecte secundare, costuri etc.). Complianța prin durata și complexitatea tratamentului au fost deseori determinate de severitatea bolii, durata remisiunii. În cazurile noastre exista un interval de latență între inițierea tratamentului și apariția efectelor terapeutice, dar de asemenea exista o latență și între întreruperea tratamentului și apariția recăderii. În toate cazurile beneficiile terapeutice trebuiau să contrabalanseze disconfortul (cu cât e mai mare beneficiul perceput, cu atât mai mare dorința de a tolera un oarecare disconfort).

Atitudinea pacienților față de medicamente era influențată mult de tolerabilitatea acestora, deoarece efectele secundare reduceau încrederea pacientului în terapeut sau și în medicamentul specific. Această ameliorare inițială nu era decât primul pas în revenirea individului la funcționarea normală. Tratamentul de menținere avea ca scop prevenirea recăderilor, reducerea simptomelor sub un anumit nivel, a riscului de suicid, creșterea calității vieții și de funcționare a pacientului respectiv. Dacă pe termen scurt eficacitatea era mai importantă ca tolerabilitatea, pe termen lung tolerabilitatea devenea mai importantă ca eficacitatea. Anume dificultățile, legate de posibilitatea existenței unui răspuns terapeutic limitat și riscul recăderilor asociate cu tratamentele curente, produceau probleme de tolerabilitate, care duceau la complianță slabă la medicamentele prescrise. La pacienții, la care non-complianța apărea după o perioadă de complianță inițială, exista un risc aparte dat de posibilitatea autosuspendării abrupte a medicației, care putea iniția un nou episod.

Internând pacienții în staționar, au fost exclus și unii factori contextuali, ca distanța între domiciliul pacientului și serviciul medical, inaccesibilitatea medicamentelor, senzația pacientului că este tratat sub presiunea timpului, dificultățile financiare, cheltuielile legate de drumurile destinate obținerii medicamentelor, programările ulterioare și posibilele amânări ale consultului, astfel că subiecții aveau acces comod la numeroase servicii. Simțindu-se bine, comod,

confortabil, astfel că s-a obținut și o toleranță bună a tratamentului, deci o probabilitate crescută a unei complianțe terapeutice ridicate.

Comportamentul compliant trebuia considerat ca un nou „obicei”, care necesita învățare și reîntărire la vizitele de control. De aceea, pentru o bună complianță, ar fi greu de presupus ca suficientă o singură ședință de educare. Comunicarea regulată, simplificarea regimului de tratament și urmarirea atentă erau esențiale în promovarea complianței și deci determinarea unei evoluții mai favorabile a bolii.

Unul din scopurile principale ale susținerii a fost furnizarea de informații clare către pacienți referitoare la boală și tratament, subliniindu-se legătura dintre oprirea medicamentului și recădere. Complianța nu depindea doar de medicamentele, care erau administrate, ci și fundamental de persoana, care lua aceste medicamente, adică de atitudinile conștiente și fanteziile inconștiente ale pacientului cu privire la medicamente și boala, de atitudinea familiei și grupului social, de care aparținea pacientul.

Medicația s-a axat pe venlafaxină, instituit prin creșterea treptată a medicamentelor până la doza de 225 mg/zi, cu evaluarea pe parcurs a eficacității medicației. Acțiunea preparatului asupra simptomului de bază a maladiei, tulburarea de dispoziție, a fost observată din primele săptămâni. Dar, totodată, intensitatea simptomelor, legate de dispoziție scăzută, de ex., anxietatea, insomnia, lentoarea psihomotorie, s-a diminuat mai devreme. Astfel, acțiunea stimulantă a antidepresivului s-a dovedit favorabilă asupra funcțiilor psihomotorii, cu toate că dispoziția propriu-zisă rămânea neschimbată. Acest fapt merita o atenție deosebită, deoarece creștea riscul suicidar. Ulterior, concomitent cu restabilirea inițiativei și intereselor pacientului, se ameliora semnificativ și dispoziția.

La începutul tratamentului a fost evitată indicarea concomitentă a unui antidepresiv și a unor medicamente psihotrope. Asocierea preparatelor a fost orientată spre sporirea acțiunii curative, urgentând procesul de vindecare, cu scăderea din intensitate a simptomelor psihopatologice. Terapia de augmentare s-a efectuat prin completarea tratamentului cu timostabilizatoare (carbamazepina, derivații de acid valproic), care au fost indicate pentru a stabili dispoziția și a preveni recidivul depresiei. Doza inițială a carbamazepinei a fost de 200 mg, seara, în primele trei zile și a fost mai apoi crescută progresiv cu 100 mg/zi la 3-4 zile până la 600-1200 mg/zi, astfel se producea atenuarea lăbilității afective, iar manifestările depresiei deveneau mai puțin proeminente. Principalele indicații de prescriere a acidului valproic în doze de până la 1000 mg/zi au fost fenomenele psihotice ale altor comorbidități, precum și profilaxia maladiei. În depresiile profunde, marcate de neliniște, agitație, idei delirante, fenomene halucinatorii, insomnie, anxietate, neurolepticele utilizate au avut capacitatea de a controla eficient aceste simptome, iar în vederea diminuării și înlăturării acestor acuze, s-a indicat Risperidona, în doze de 2-4 mg/zi, Olanzepina, în doze de 5-10 mg/zi, Amisulprida, în doze de 200 mg/zi, Clozapina, în doze de 50-100 mg/zi, Sulpirida, în doze de 200 mg/zi, dar și neurolepticele clasice - Haloperidolul, în doze de 5-10 mg/zi. Din motiv că tranchilizantele acționează rapid asupra unor componente ale depresiei, de ex., anxietatea, s-au indicat aceste preparate (de ex. diazepam, 10-20 mg/zi), dar pentru un termen de până la 3-4 săptămâni.

Discuții

Tratamentul cu un antidepresiv va fi inițiat în doze moderate, predominant parenteral, cu administrarea concomitentă și a altor medicamente, dar se va evita polipragmazia. Augmentarea va fi relativ rapidă, scăderea dozelor se va face lent, revizuind efectele nedorite, informând și pacientul despre aceasta, iar preparatele nu vor fi oprite, chiar și în cazul regresului complet al manifestărilor clinice, deoarece acest fapt poate duce la recidivarea maladiei sau la instalarea unor semne reziduale. Decizia prelungirii tratamentului se va face pe baza raționamentelor clinice, prin evaluarea individualizată a pacientului, iar în cazul lipsei de răspuns se vor lua următoarele măsuri: ajustarea dozelor, identificarea unor stresori, care ar putea menține simptomatologia, verificarea complianței.

Tentativa suicidară are loc în perioada de refacere după un episod depresiv sever, deaceia, în aceste cazuri, se cer îngrijiri speciale și o supraveghere permanentă. Prin constientizarea pacienților asupra tulburărilor sale morbide se pot obține rezultate cu impact pe termen lung asupra prevenirii comportamentului suicidar. Continuarea tratamentului în condiții ambulatorii, cu menținerea pacientului în ambientul socio-familial de funcționare optimă, mărește complianța față de terapie și evitarea recăderii pe lungi perioade de timp. În cazul, când remisiunea se caracterizează prin accentuarea graduală a particularităților premorbide, cu păstrarea labilității reactive, se recomandă un control psihiatric și psihoterapeutic periodic cu un tratament de întreținere regulat.

Ținta principală a terapiei în cazul acestor subiecți a constat în învățarea pacientului să se gândească la alte metode de a rezolva problema, și să se distragă de la dorințele suicidare. Deoarece pe parcursul terapiei se notau înțetiri de scurtă durată ale dorințelor suicidare, bolnavii au fost preveniți despre aceasta, menționându-se în special că o acutizare subită a impulsurilor suicidare nu trebuie interpretată ca un semn al ineficienței terapiei. Fără a depinde de o verbalizare concretă, majoritatea acțiunilor terapeutice au fost orientate către fortificarea mecanismelor de protecție ale Eu-lui, reînnoirea sentimentelor de speranță, dragoste și încredere, la fel ca și asigurarea cu ajutor urgent și cu resurse legate cu restabilirea și vindecarea rupturilor în Eu-l pacientului. În tratamentul bolnavilor suicidari nu s-a limitat numai la control și reglementare a comportamentului lor, dar s-a încercat de a înțelege, în ce mod pacienții foloseau moartea presupusă ca o parte a mecanismelor sale de adaptare. Cu toate că mulți bolnavi erau în principal concentrați pe încercări de a controla situația și de a o folosi în felul său, terapia nu s-a transformat într-o competiție cu pacientul, deoarece aceste încercări de a controla intensificau unul din cele mai periculoase aspecte de manifestare a personalității suicidare, anume – de a intensifica tendința de a delega altora responsabilitatea pentru viața sa. Bolnavii au avut nevoie de un monitoring constant pentru a evalua riscul suicidar, prin încercarea de a-i înțelege și susține în rezolvarea problemelor din cauza cărora apar tendințe suicidare, inclusiv constientizarea căii prin care ei foloseau în viață amenințarea cu propria moarte.

Concluzii

1. Maladia s-a caracterizat printr-o evoluție relativ de lungă durată, majoritatea bolnavilor prezentând până la 5 episoade anterioare. Depresia refractară a îmbrăcat atât un caracter de debut acut, cât și gradual. În debutul acut, boala era precedată preponderent de situații personale psihotraumatizante insolvabile și se manifesta neașteptat, cu o accentuare rapidă pe parcurs a câteva zile. În debutul gradual boala se dezvoltă treptat, pe parcurs a câteva săptămâni, subiecții resimțind o indispoziție personală, manifestată prin oboseală atât la lucru, cât și în condițiile vieții domestice.
2. Fenomenologia depresivă refractară diminuează dorința de a trăi și stimula bolnavii să formuleze evident dorința de a muri, subiecții confundând tristețea, durerea morală cu chemarea morții. Dorința de a muri era consecința majoră a acestei drame, trăite de bolnavi și această dorință îi putea antrena să treacă de la idee la act, iar riscul autolitic a fost cu atât mai mare, cu cât bolnavii erau izolați social și afectiv, cu cât aveau în antecedentele personale și familiale tentative de suicid.
3. Obiectivele terapeutice în depresia rezistentă au fost diminuarea vulnerabilității, tratamentul sindroamelor, profilaxia recăderilor și recurențelor. Alegerea metodelor terapeutice s-a făcut în funcție de fondul etiopatogenetic, caracterul tabloului clinic, de gradul de severitate al simptomelor. Antidepresivele au fost indicate în asociere cu alte medicamente, inclusiv neuroleptice și anticonvulsivante.

Bibliografie

1. Cărăușu Gh. Principii de terapie în depresiile rezistente. Terapie și management în psihiatrie. Craiova, România, 2004, p. 88.

2. Cărașu Gh. Psihoterapia depresiilor persistente. Simpozionul Național de Psihiatrie, Durău, Neamț, România, 23-25 iunie, 2005, p. 37.
3. Cărașu Gh. Riscul suicidar și depresiile refractare. Buletin de psihiatrie integrativă, an. IX, vol. VIII, N.1, Iași, 2003, p. 113-115.
4. Cărașu Gh., Ivanes Natalia. Methods to overcome the resistant depression. Therapy and management in psychiatry. 2006, Craiova, Romania. P. 64-65.
5. Nacu An., Cărașu Gh. Venlafaxin. Eficacitate clinică, caracteristici comparative. Curier medical, Chișinău, N 6, 2007, p. 49-52.
6. Revenco M., Nastas I. Strategii de diagnostic și tratament în depresii. Elaborare metodică. Chișinău, 2008, 40 p.
7. Freud S. Psihologia inconștientului // OPERE. Vol. 3, București, Ed. trei, 2001, 264 p.
8. Amsterdam JD, Hornig-Rohan M: Treatment algorithms in treatment-resistant depression. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19:371–386[CrossRef][Medline].
9. Campbell, T. L. Family s impact on health: a world review and annotated bibliography. NIMH series DN6. US Government Policy Office, Washingron. 1986.
10. Croughan JL and al.: Sociodemographic and prior clinical course characteristics associated with treatment response in depressed patients. *J Psychiatr Res* 1988; 22:227–237[CrossRef][Medline]
11. Depression Guideline Panel: Clinical Practice Guideline 5: Depression in Primary Care, vol 2: Treatment of Major Depression. Rockville, Md, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1993
12. Knapp, M., Chisholm, D. : Economic analysis of psychiatric services, in Gelder M.G., Lopez Ibor Jr.J.J., Andreasen, N. : New Oxford Textbook of Psychiatry, Oxford University Press, Oxford, 2003, pp 1575
13. Remick R.A. Treatment resistant depression // *Psychiat. J. Univ. of Ottawa.*-1989.-V.14.-N 2.-P.394-396.
14. Segal ZV, Whitney DK, Lam RW, and the CANMAT Depression Work Group. Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, June 2005. Vol 46, Suppl 1. pp. 298-378.
15. Shelton RC and al. A novel augmentation strategy for treating resistant major depression. *Am J Psychiatry* 2001; 157:131-134
16. Souery D., Amsterdam J., de Montigny C. et al. Treatment resistant depression: methodological overview and operational criteria. *Eur Neuropsychopharmacol.* 1999; 9:83-91.
17. Thase ME. Psychotherapy of refractory depressions. *Depress Anxiety.* 1997;5(4):190-201.
18. Williams, J.W., and al. , A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary: clinical guideline, part 2. *Ann. Intern. Med.* 2000. Med. 132, 743-756.
19. World Health Report. 2001. WHO. // Geneva, 2001, 178 p.