

CONDIȚII ÎN INSTALAREA TULBURĂRILOR DEPRESIVE REZISTENTE

Ghenadie Cărăușu

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală

Summary

Conditions in installation of resistant depression

The aim of this work is to study the conditions for starting and maintaining resistant depression. The study conducted on 612 patients with refractory depression has shown that an affective disorder in the family is presented as the most frequent hereditary factors. Lack of safe and stable families, with a fund of emotional warmth, tolerance, had a profound effect on mental development in childhood. The largest number of subjects has suffered disappointments, low emotional support during childhood, prolonged separation from parents, economic and moral decay of the family. These things have developed in patient's sensitivity, emotional liability, introversion, scrupulous, anxiety, and addiction.

Rezumat

Scopul lucrării constă în studierea condițiilor pentru declanșarea și menținerea depresiei rezistente. Studiul realizat pe 612 pacienți cu depresie refractară a demonstrat că tulburările afective în familie se prezintă ca cei mai frecvenți factori ereditari. Lipsa unei familii stabile și sigure, cu un fond de căldură emoțională, toleranță, a avut un efect profund asupra dezvoltării psihice în copilărie. Cel mai mare număr de subiecți au suportat decepții, suport emoțional redus în perioada copilăriei, separare prelungită de părinți, decădere economică sau morală a familiei. Aceste lucruri au dezvoltat la pacienți senzitivitate, labilitate emoțională, introvertire, scrupulozitate, anxietate, autodramatizare, dependență.

Actualitatea

În prezent, peste 450 de milioane de persoane suferă de boli sau dizabilitati mentale, iar majoritatea oamenilor trăiesc în țările dezvoltate [2, 7, 11, 18]. Fondurile alocate de aceste state pentru problemele legate de instabilitatea mentală reprezintă mai puțin de 2% din bugetul lor total. Deoarece numărul depresivilor este în continuă creștere, statele dezvoltate alocă în prezent de două sute de ori mai multe fonduri pentru depresie decât cele nedezvoltate. Depresia este mai întâlnită decât alte afecțiuni grave precum cancerul sau SIDA, iar creșterea numărului de persoane afectate va reprezenta o reală problemă, mai ales pentru țările în curs de dezvoltare, care au foarte puține resurse destinate bolilor mentale [5, 6, 10, 14]. La nivel global, depresia afectează aproximativ 121 de milioane de oameni [9, 12]. În prezent, depresia majoră este a patra boală ca răspândire pe glob, reprezentând una dintre problemele grave de sănătate. Numărul celor afectați va crește considerabil în următorii ani, astfel încât depresia va înregistra cele mai multe costuri sociale (numărul anilor de viață pierduți, din cauza decesului prematur sau a dizabilitatii severe provocate de boală) dintre toate celelalte patologii [1, 3, 15, 16, 17]. Depresia reprezintă una dintre cele mai frecvente tulburări cu impact asupra funcționalității pacientului [4, 8, 13, 19]. 9 mld. de euro sunt cheltuite, la nivel mondial, doar pentru medicamentele folosite de persoanele care suferă de depresie, și o sumă asemănătoare pentru spitalizări. În SUA costurile legate de depresia la angajați femei constituie 16,8 miliarde \$, bărbați - 16,2 miliarde \$. Un angajat depresiv costă în medie cu 3,000 \$ mai mult. Costul mediu al depresiei la femei - 9.265 \$, iar la bărbați - 8.502 \$. Majoritatea costurilor sunt legate de absentism. Pacienții la care s-a obținut remisia la 6 luni au prezentat o reducere a costurilor de aproape 40%.

Scopul lucrării

Studierea condițiilor pentru declanșarea și menținerea depresiei rezistente.

Material și metode

Au fost luați în studiu 612 pacienți, cu episoade depresive majore, rezistente la tratament, internați în IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie. Lucrarea s-a bazat pe constituirea a două loturi de pacienți, primul lot, de bază, în care a fost efectuat un tratament complex și cel de al doilea lot, martor, în care s-a efectuat tratament combinat. Datele investigațiilor au fost prelucrate în mod computerizat prin metodele de analiză variațională, descriptivă și discriminantă. Dependența statistică între parametrii calitativi este prezentată prin tabele de contingență, iar pentru verificarea ipotezei de independență a liniilor și coloanelor s-a folosit criteriul χ^2 (χ^2). Pentru estimarea diferențelor semnificative în mediile a două grupe a fost utilizat criteriul *t Student*, iar în estimarea diferențelor semnificative a valorilor de pondere a probelor pozitive a două grupe - criteriul *U-Fischer*. Toate valorile raportate reprezintă valoarea medie \pm eroarea standard ($M \pm m$). Diferențele dintre valori au fost considerate statistic semnificative la $p < 0,05$, iar la ($p > 0,05$) rezultatele fiind statistic concludente.

Rezultate

Predispoziția ereditară, prezența tulburărilor psihice în familie, ca și efectele lor asupra altor persoane din anturaj, au jucat un rol important în declanșarea maladiei. Cele mai mari probleme le ridicau pacientele, mamele unor copii mici, care depindeau de ele. Tulburările afective sunt cele mai frecvente patologii - în grupa de bază - 95 de cazuri (31,05%); în cea de control - 63 de cazuri (20,59%), ($x^2 = 8,74$, $p < 0,01$). Un număr semnificativ de cazuri au fost observate și în familiile împovărate cu schizofrenie - lot de bază - 37 de cazuri (12,09%), lot control - 24 de cazuri (7,84%), ($x^2 = 3,08$, $p > 0,05$); utilizarea substanțelor psihoactive - în grupa de bază - 37 de cazuri (12,09%), iar în cea de control - 15 de cazuri (4,90%), ($x^2 = 10,17$, $p < 0,01$); afecțiuni somatice - în grupa de bază - 60 de cazuri (19,61%), iar în cea de control de 37 de cazuri (12,09%), ($x^2 = 6,48$, $p < 0,05$).

Tabelul 1. Distribuția completă a subiecților în raport de antecedentele eredo-familiale în ambele loturi:

Parametri		Lotul de baza		Lotul martor		χ^2	P
		abs	%	Abs	%		
Schizofrenie	Da	37	12,09	24	7,84	3,08	>0,05
	Nu	269	87,91	282	92,16		
Tulburări afective	Da	95	31,05	63	20,59	8,74	<0,01
	Nu	211	68,95	243	79,41		
Tulburări mentale organice, inclusiv epilepsie	Da	30	9,80	22	7,19	1,34	>0,05
	Nu	276	90,20	284	92,81		
Utilizare de substanțe psihoactive	Da	37	12,09	15	4,90	10,17	<0,01
	Nu	282	87,91	291	95,10		
Tulburări de personalitate	Da	24	7,84	13	4,25	3,48	>0,05
	Nu	282	92,16	293	95,75		
Retard mental	Da	15	4,90	4	1,31	6,57	<0,05
	Nu	291	95,10	302	98,69		
Tulburări, corelate cu stresul	Da	53	17,32	18	5,88	19,52	<0,001
	Nu	253	82,68	288	94,12		
Procese proliferative	Da	23	7,52	15	4,90	1,80	>0,05
	Nu	283	92,48	291	95,10		
Afecțiuni somatice	Da	60	19,61	37	12,09	6,48	<0,05
	Nu	246	80,39	269	87,91		

Comparând statistic loturile referitor la atitudinea părinților față de copii s-a demonstrat, că în lotul de bază cel mai mult îngrijitorii au generat sentimentul de culpabilitate la urmașii lor - 101 cazuri (33,01%), - în cel de control - 69 de cazuri (22,55%), ($x^2=8,34$, $p<0,01$). Lucruri aproape similare s-au notat și în cazul atitudinii privative - lotul de bază a format 80 de cazuri (26,14%), - cel de control - 54 de cazuri (17,65%), ($x^2=6,46$, $p<0,05$). Este semnificativ ($p<0,05$) ($x^2=5,69$) din punct de vedere statistic și atitudinile umiltoare ale părinților față de copii - lotul de bază - 76 de cazuri (24,84%), - cel de control - 52 de cazuri (16,99%).

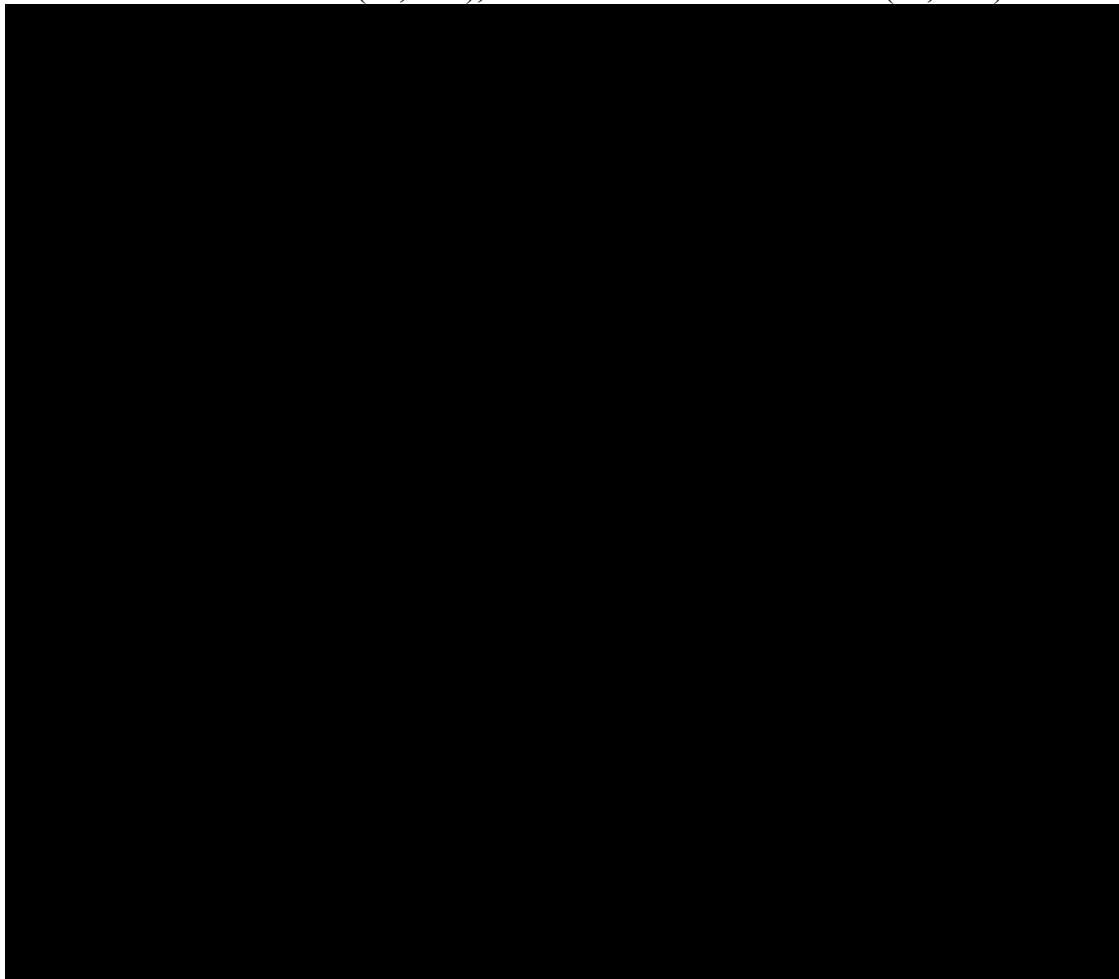


Fig. 1. Distribuția subiecților în raport de atitudinea părinților față de copii în loturile studiate

Referitor la condițiile de viață putem menționa că în lotul de bază ceva mai mult de jumătate de pacienți -155 de cazuri (50,65%) au prezentat lipsuri materiale, comparativ cu lotul de control - 117 de cazuri (38,24%), ($x^2=9,56$, $p<0,01$).

Particularitățile situațiilor psihotraumatizante, durata, complexitatea lor, caracterul dificil al rezolvării lor și imposibilitatea pentru bolnavi de a ieși din ele, prezintă importanță majoră în apariția formelor persistente ale acestor manifestări. Cu cât era mai înalt gradul de implicare a individului în conflictul psihologic și mai plin de semnificație caracterul situațiilor psihotraumatizante, cu atât era mai crescută probabilitatea trecerii depresiei în varianta refractară.

Referitor la episoadele nevrotice în copilărie s-a demonstrat, că atât în lotul de bază (45 de cazuri - 14,71%), cât și cel în cel de control (35 de cazuri - 11,44%) un număr considerabil de subiecți prezentau tulburări obsesive ($x^2=1,44$, $p>0,05$), dar și somn neliniștit, diferite fobii ș.a.

Tabelul 2. Distribuția subiecților în raport de episoadele nevrotice în copilărie în loturile studiate.

Parametri		Lotul de baza		Lotul martor		X2	P
		abs	%	abs	%		
<i>Fobii</i>	Da	37	12,09	34	11,11	0,14	>0,05
	Nu	269	87,91	272	92,16		
<i>Obsesii</i>	Da	45	14,71	35	11,44	1,44	>0,05
	Nu	261	85,29	271	88,56		
<i>Enurezis</i>	Da	21	6,86	12	3,92	2,59	>0,05
	Nu	285	93,14	294	96,08		
<i>Somn neliniștit</i>	Da	44	14,38	23	7,52	7,39	<0,01
	Nu	262	85,62	283	92,48		
<i>Bâlbâială</i>	Da	9	2,94	6	1,96	0,62	>0,05
	Nu	297	97,06	300	98,04		
<i>Ticuri</i>	Da	20	6,54	12	3,92	2,11	>0,05
	Nu	286	93,46	294	96,08		

S-a cercetat de asemenea acțiunea factorilor cu influență asupra tabloului clinic al maladiei. 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.

Atât în lotul de bază (182 de cazuri - 59,48%), cât și cel în cel de control (104 de cazuri - 33,99%) cel mai mare număr de subiecți prezentau neuroinfecții, ($\chi^2=39,94$, $p<0,001$); traumatisme cerebrale în copilărie - lotul de bază (62 de cazuri - 20,26%), - în cel de control (46 de cazuri - 15,03%), ($\chi^2=2,88$, $p>0,05$), dar și afecțiuni somatice, intervenții chirurgicale.

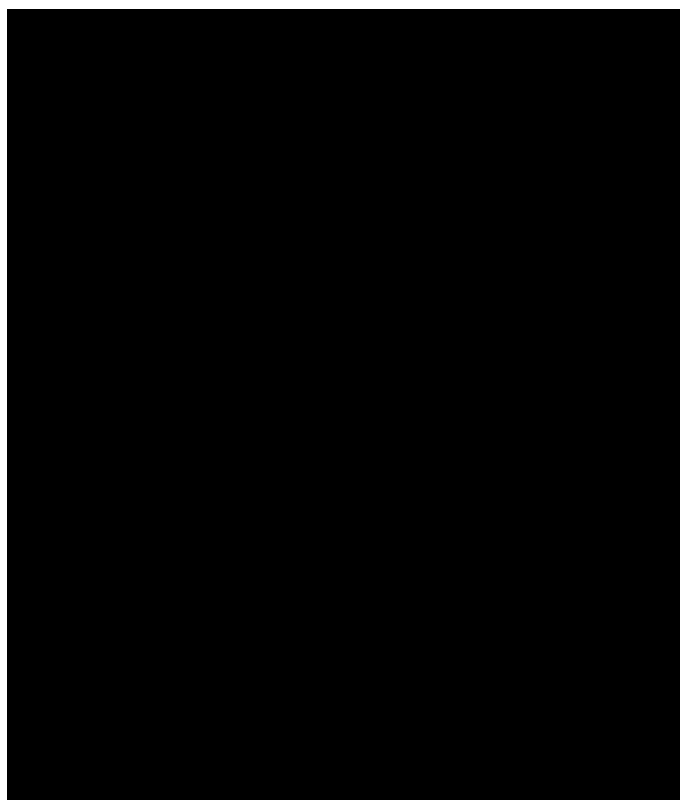


Fig. 2. Distribuția subiecților în raport de nocivitățile în copilărie în loturile studiate.

În geneza dinamicii nefavorabile a simptomatologiei a pacienților în viața adultă o mare importanță au avut traumatizările psihice de lungă durată și adeseori cu caracter repetat prin mecanism de „intricare și însumare” din copilărie. Educația specifică a format sentimentul de culpabilitate și a responsabilității crescute, astfel instalându-se la pacienți o vulnerabilitate afectivă crescută. Jumătate din pacienți, pe măsură ce progresau de la dependența completă față de părinți la independență, nu au avut o familie stabilă și sigură, cu un fond de căldură emoțională, toleranță, ajutor și disciplină constructivă. O treime din ei au suportat separări prelungite de părinți sau moartea acestora, relații interpersonale inadecvate în familie și acest lucru a avut un efect profund asupra dezvoltării psihice în copilărie.

Atât în lotul de bază (106 de cazuri - 34,64%), cât și cel în cel de control (57 de cazuri - 18,63%) cel mai mare număr de subiecți au suportat decepții, suport emoțional redus în perioada copilăriei, ($\chi^2=20,01$, $p<0,001$). Locurile următoare sunt ocupate de pacienți cu abandon, separare în copilărie - lotul de bază (98 de cazuri - 32,03%), - în cel de control (49 de cazuri - 16,01%), ($\chi^2 =21,50$, $p<0,001$), dar și subiecți cu decădere economică sau morală a familiei, pacienți cu pierderea unuia din părinți în copilărie, etc.

Tabelul 3. Distribuția subiecților în raport de situații psihotraumatizante în copilărie în loturile studiate

Parametri		Lotul de baza		Lotul martor		χ^2	P
		abs	%	abs	%		
<i>Pierderea unuia din părinți</i>	Da	47	15,36	27	8,82	6,15	<0,05
	Nu	259	84,64	279	91,18		
<i>Pierderea ambilor părinți</i>	Da	16	5,23	12	3,92	0,60	>0,05
	Nu	290	94,77	294	96,08		
<i>Decăderea economică, morală a familiei</i>	Da	67	21,90	48	15,69	3,87	<0,05
	Nu	239	78,10	258	84,31		
<i>Abandon, separare</i>	Da	98	32,03	49	16,01	21,50	<0,001
	Nu	208	67,97	257	83,99		
<i>Decepții, suport emoțional redus</i>	Da	106	34,64	57	18,63	20,01	<0,001
	Nu	200	65,36	249	81,37		
<i>Agresiune fizică</i>	Da	34	11,11	10	3,27	14,11	<0,001
	Nu	272	88,89	296	96,73		

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, labilitate emoțională, introvertire.

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.

Tabelul 4. Distribuția subiecților în raport de trăsăturile personalității premorbide în loturile studiate

Parametri		Lotul de baza		Lotul martor		χ^2	P
		abs	%	abs	%		
Armonioase	Da	27	8,82	20	6,54	1,13	>0,05
	Nu	279	91,18	286	93,46		
Rigiditate	Da	51	16,67	24	7,84	11,08	<0,01
	Nu	255	83,33	282	92,16		
Scrupulozitate	Da	88	28,76	53	17,32	11,29	<0,01
	Nu	218	71,24	253	82,68		
Anxietate	Da	82	26,80	72	23,53	0,87	>0,05
	Nu	224	73,20	234	76,47		
Senzitivitate	Da	158	51,63	97	31,70	25,02	<0,001
	Nu	148	48,37	209	68,30		
Tendințe pentru formarea obsesiilor	Da	56	18,30	58	18,95	0,04	>0,05
	Nu	250	81,70	248	81,05		
Labilitate emoțională	Da	125	40,85	85	27,78	11,60	<0,01
	Nu	181	59,15	221	72,22		
Hipocondrie	Da	67	21,90	78	25,49	1,09	>0,05
	Nu	239	78,10	228	74,51		
Introvertire	Da	99	32,35	53	17,32	18,52	<0,001
	Nu	207	67,65	253	82,68		
Autodramatizare	Da	78	25,49	49	16,01	8,36	<0,01
	Nu	228	74,51	257	83,99		

Stresul social s-a constatat a fi o condiție majoră pentru menținerea depresiei refractare, iar calitatea suportului social a determinat de un mod semnificativ impactul evenimental. Factorii de stres social, prin evenimente nefavorabile, de ex. decesul unui partener de viață, șomajul, îmbolnăvirea severă sau moartea unui membru al familiei, au supus individul la un efort suplimentar de adaptare, cu un risc serios de decompensare majoră. La fel ca și stresul cronic, prin procese interminabile de divorț, separare maritală, lipsa unui partener de viață, izolarea socială, debutul într-o nouă activitate, plecarea din mediul familial al unui copil la studii sau un loc de muncă îndepărtat, dar și alte situații persistente și insolubile în timp, au întreținut stări prelungite de conflict și amenințări repetate la adresa securității și intergrității individului. Un rol la fel de important l-au jucat și factorii cotidieni, aparent minori, de ex., conflictele intrafamiliale minore repetitive nerezolvate, lipsa relației de susținere și de confidență, discuțiile tensionate interminabile, dificultățile financiare de ordin curent etc., care au amplificat astfel impactul evenimentelor stresante asupra evoluției bolii.

Au fost identificați o seamă de factori cu rol semnificativ în depresia refractară, unii având rol predispozant, cum ar fi factorii de vulnerabilitate ce nu duc la boală prin simpla lor prezență și necesită intervenția unor factori declanșatori pe care savanții îi denumesc „provoking agents”, reprezentați de dificultățile existențiale și evenimentele de viață cu caracter de amenințare reală sau simbolică.

S-au distins în acest context trei grupuri de factori patogeni: predispozanți, precipitanți (declanșatori) și favorizanți (de întreținere). Factorii predispozanți sunt acei factori, care au un caracter general, aparțin pacientului, au fost prezenți înainte de instalarea tabloului clinic, iar acțiunea lor începe, de cele mai multe ori, în primii ani de viață și care determină vulnerabilitatea persoanei față de agenții etiologici, care, mai târziu, vor însoți apariția bolii. Aici sunt incluse povara genetică, viața intrauterină, precum și factorii fizici, psihologici și sociali ce acționează asupra sugarului și în prima copilărie. Evenimentele precoce au fost diverse, de aceea în acest caz s-a cerut o diferențiere în ce privește, de ex., tipul de pierdere parentală (deces sau separare); în caz de separare- contextul și durata acesteia; sexul subiectului și a părintelui, obiect de pierdere; vârsta subiectului în timpul pierderii. Pierderea parentală pe durata copilăriei a reprezentat un factor de vulnerabilitate depresivă la vârsta adultă, însă riscul depresiv indus de o separare prelungită a fost mai semnificativ decât cel legat de un deces parental, iar semnificația a fost și mai marcată când acesta privește părintele de același sex. Efectul depresogen al pierderii parentale a fost cu mult mai marcat atunci, când acesta a survenit într-un climat de discordie conjugală și/ sau relație cu părintele rămas a fost de rea calitate. Factorii precipitanți (determinanți) sunt evenimente care se petrec cu puțin timp înainte de debutul unei tulburări, produc în mod direct simptomatologia, fiind necesari declanșării tabloului clinic, de ex. situațiile psihotraumatizante (dificultăți profesionale, doliu, ruptură sentimentală, probleme familiale-căsătoria, separările, divorțurile, destrămările, abandonul) sau factori fizici, sociali. Capacitatea lor de a produce o tulburare, precum și tipul de tulburare rezultat, depind în parte de existența factorilor constituționali. Uneori același factor poate acționa pe mai multe căi. Factorii favorizanți (de întreținere) joacă în psihopatologie rolul de catalizatori (deficiența organică cerebrală, bolile somatice cronice etc.), prelungesc cursul unei tulburări după ce ea a fost provocată, deaceia este deosebit de important să nu fie scăpați din vedere la alcătuirea planului terapeutic.

În observațiile noastre majoritatea pacienților - 163 de cazuri (53,27%) în lotul de bază și 168 (54,90%) - în cel martor ($x^2 = 0,16$, $p > 0,05$) aveau partener. Microclimatul familial a exercitat o influență semnificativă asupra incidenței depresiilor refractare, stabilindu-se că persoanele celibatate, solitare, divorțate și vădulele 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 orfelinat. 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 DR, decât pierderii părintelui.

Astfel, trăirile patogene au fost legate inclusiv și de instabilitatea vieții personale (lipsa soțului, nepotrivirea psihologică a soților, dizarmonia sexuală), frământările legate de activitatea profesională (conflicte, licențiere din serviciu, insatisfacțiile profesionale), dar și în sfârșit de caracterul insolubil al problemelor material-existențiale (lipsa spațiului locativ, salariu insuficient etc).

După situațiile create în propria familie putem menționa că cel mai mare lot de subiecți au prezentat abandon, separare, divorț, deces, lotul de bază (149 de cazuri - 48,69%), - în cel de control (98 de cazuri - 32,03%), ceea ce din punct de vedere statistic este foarte semnificativ ($x^2 = 17,66$, $p < 0,001$). Pe locul doi în privința frecvenței se află suportul emoțional redus - lotul de bază (104 de cazuri - 33,99%), - în cel de control (65 de cazuri - 21,4%), ($x^2 = 12,43$, $p < 0,001$). Locurile următoare sunt ocupate de pacienți cu lipsa relației de încredere - lotul de bază (95 de cazuri - 31,5%), - în cel de control (47 de cazuri - 15,6%), ($x^2 = 21,13$, $p < 0,001$); apoi subiecții cu lipsa relațiilor intime - (91 de cazuri, 29,74% în lotul de bază); (50 de cazuri - 16,34% - în cel de control), ($x^2 = 15,49$, $p < 0,001$); pacienți cu sentiment de singurătate, ratare a vieții personale -

lotul de bază (88 de cazuri - 28,76%), - în cel de control (56 de cazuri - 18,30%), ($\chi^2 = 9,30$, $p < 0,01$) etc.

Tabelul 5. Distribuția subiecților în raport de situațiile create în propria familie

Parametri		Lotul de baza		Lotul martor		χ^2	P
		abs	%	Abs	%		
<i>Neîmpărțirea afectului</i>	Da	68	22,22	43	14,05	6,88	<0,01
	Nu	238	77,78	263	85,95		
<i>Suport emoțional redus</i>	Da	104	33,99	65	21,24	12,43	<0,001
	Nu	202	66,01	241	78,76		
<i>Lipsa relațiilor intime</i>	Da	91	29,74	50	16,34	15,49	<0,001
	Nu	215	70,26	256	83,66		
<i>Atitudine ostilă față de copii</i>	Da	45	14,71	33	10,78	2,17	>0,05
	Nu	261	85,29	273	89,22		
<i>Îngrijirea copiilor până la 14 ani</i>	Da	44	14,38	37	12,09	0,70	>0,05
	Nu	262	85,62	269	87,91		
<i>Locuință nesatisfăcătoare</i>	Da	35	11,44	23	7,52	2,74	>0,05
	Nu	271	88,56	283	92,48		
<i>Lipsa relației de încredere</i>	Da	95	31,05	47	15,36	21,13	<0,001
	Nu	271	68,95	259	84,64		
<i>Agresiune fizică</i>	Da	43	14,05	28	9,15	3,59	>0,05
	Nu	263	85,95	278	90,85		
<i>Sentiment de singurătate, ratare a vieții personale</i>	Da	88	28,76	56	18,30	9,30	<0,01
	Nu	218	71,24	250	81,70		
<i>Emigrarea partenerului</i>	Da	74	24,18	37	12,09	15,07	<0,001
	Nu	232	75,82	269	87,91		
<i>Abandon, separare, divorț, deces</i>	Da	149	48,69	98	32,03	17,66	<0,001
	Nu	157	51,31	208	67,97		

În studiul prezent s-a constatat că ponderea cea mai înaltă o constituie persoanele cu studii medii- 169 de cazuri (55,23%), iar în cea de control - 191 de cazuri (62,42%). 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 - 101 cazuri (33,01%), iar în cea de control - 78 de cazuri (25,49%). Și în final, persoanele cu studii medii incomplete (elementare) au alcătuit 36 cazuri - 11,76% în lotul de bază și 37 cazuri - 12,09% în cel de control, ($\chi^2 = 4,31$, $p > 0,05$).

Dezideratul strategiei terapeutice în depresia refractară 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 din grupa de bază erau salariați permanent - 140 de cazuri (45,75%), iar în cea de control de 152 de cazuri (49,67%). Pe locul doi, în grupa de bază au fost pensionarii/pensionații medical - 106 cazuri (34,64%), iar în cea de control - 90 de cazuri (29,41%). Pe locul trei, în grupa de bază - șomerii - 50 de cazuri (16,34%), în cea de control - 48 de cazuri (15,69%). Și în sfârșit, studenții ocupau în lotul de bază - (10 cazuri - 3,27%), în cel de control (16 cazuri - 5,23%), ($\chi^2 = 3,23$, $p > 0,05$).

O influență deosebită asupra dinamicii depresiei refractare 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 craniale, 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, lotul de bază (215 cazuri - 70,26%), - în cel de control (112 cazuri - 36,60%), ($x^2 = 69,67$, $p < 0,001$), ca și a oscilațiilor afective de nivel nevrotic - lotul de bază (141 de cazuri - 46,08%), - în cel de control (88 de cazuri - 28,76%), ($x^2 = 23,26$, $p < 0,001$). Deficiența organică cerebrală a fost provocată de traumele craniene, operațiile cu narcoză, dar și de neurotoxicitate, indusă de consumul de substanțe psihoactive.

Comparând statistic loturile referitor la comorbidități în timpul bolii s-a demonstrat, că în grupa de bază cel mai mare număr de subiecți sunt cu deficiență organică cerebrală - 210 cazuri (68,63%), iar în cea de control de 140 de cazuri (45,75%), ceea ce din punct de vedere statistic este foarte semnificativ ($x^2 = 32,70$, $p < 0,001$). Cu diferență statistic semnificativă au fost și cazurile cu patologie somatică- în grupa de bază - 205 cazuri (66,99%), iar în cea de control - 146 de cazuri (47,71%), ($x^2 = 23,26$, $p < 0,001$); cu intervenții chirurgicale- în grupa de bază- 72 de cazuri (23,53%), iar în cea de control - 44 de cazuri (14,38%), ($x^2 = 8,34$, $p < 0,01$).

Numărul cel mai mare de subiecți în privința comorbidității psihiatrice în timpul bolii era reprezentat de pacienți cu tulburare de stres posttraumatică, lotul de bază (107 cazuri - 34,97%), - în cel de control (64 cazuri - 29,92%), ceea ce din punct de vedere statistic este foarte semnificativ ($x^2 = 15,01$, $p < 0,001$). Pe locul doi în privința frecvenței se află tulburare de personalitate - lotul de bază (99 de cazuri - 32,35%), - în cel de control (43 de cazuri - 14,05%), ($x^2 = 28,76$, $p < 0,001$). Pe locul trei se află pacienți cu tulburare obsesivo - compulsivă - lotul de bază (65 cazuri - 21,24%), - în cel de control (41 de cazuri - 13,40%), ($x^2 = 6,57$, $p > 0,01$). Pe locurile următoare s-au clasat grupuri de studiu statistic identice ($p > 0,05$) - subiecții cu utilizarea substanțelor psihoactive - (56 de cazuri, 18,30% în lotul de bază); (58 de cazuri - 18,95% - în cel de control), ($x^2 = 0,04$); și, în sfârșit, pacienți cu tulburare anxioasă - lotul de bază (44 de cazuri - 14,38%), - în cel de control (40 de cazuri - 13,07%), ($x^2 = 0,22$).

Discuții

Tulburările afective în familie se prezintă ca cei mai frecvenți factori ereditari în loturile studiate. Comparând statistic loturile referitor la atitudinea părinților față de copii s-a demonstrat, că cel mai mult îngrijitorii manifestau atitudinii privative și umilitoare față de copii, generându-le sentimentul de culpabilitate și tulburări nevrotice prin tulburări obsesive, somn neliniștit, diferite fobii. Lipsa unei familii stabile și sigure, cu un fond de căldură emoțională, toleranță, ajutor și disciplină constructivă, a avut un efect profund asupra dezvoltării psihice în copilărie. Analiza loturilor a demonstrat că cel mai mare număr de subiecți au suportat decepții, suport emoțional redus în perioada copilăriei, abandon, separare prelungită de părinți, decădere economică sau morală a familiei, pierderea unuia din părinți, dezvoltând la subiecți senzitivitate, labilitate emoțională, introvertire, scrupulozitate, anxietate, autodramatizare, dependență.

Concluzii

1. Factorii somatogeni și organici cerebrali, prin sensibilizarea psihicului, au pregătit terenul pentru instalarea și menținerea rezistenței.
2. Comparând statistic loturile referitor la comorbidități în timpul bolii s-a demonstrat, că cel mai mare număr de subiecți sunt cu deficiență organică cerebrală, iar numărul preponderent de pacienți în privința comorbidității psihiatrice în timpul bolii era reprezentat de pacienți cu tulburare de stres posttraumatică.

Bibliografie

1. Brevet de invenție. MD 17 Z 2009.04.30 *A61K 31/131;P 25/24*. Metodă de tratament al stărilor depresive anxioase rezistente/ Cărăușu Ghenadie (MD). Cererea depusă 2008.06.13, BOPI nr 4/2009.
2. Calenici E. Hipertensiunea arterială esențială: tulburări nevrotiforme și afective (studiu clinic și strategii curative). Chișinău, 2007, 162 p.
3. Cărăușu Gh. Unele variante clinice în depresiile refractare. *Anale științifice ale USMF „N. Testemițanu”*, Chișinău, 2005, p. 160-164.
4. Cărăușu Gh., Ivanov Natalia, Zaharov Maria. Factorii biologici și clinici în depresiile rezistente. *Culegere de lucrări, dedicate 110 ani de activitate a Spitalului Clinic psihiatrie, Chișinău*, 2005, p. 262-267.
5. Gelder M., Gath D., Mayon R. *Tratat de Psihiatrie*. // Oxford, Ed. A. P. L. R. București, 1994, pag. 173-213.
6. Gheorghe M.D. Actualități în psihiatria biologică. // București, 1999, 435 p.
7. Nacu An., Cărăușu Gh. Venlafaxin. Eficacitate clinică, caracteristici comparative. *Curier medical*, Chișinău, N 6, 2007, p. 49-52.
8. Nedelciuc Gh., Cărăușu Gh. The clinical evolution of resistant depression. 9 th Congress for Bridging Eastern and Western Psychiatry, Iași, România, 2006, p. 97.
9. Oprea N., Nacu An., Oprea V. *Psihiatrie*. Chișinău, 2007, 462 p.
10. Prelipceanu D., Mihailescu R., Teodorescu R. *Tratat de sănătate mintală, vol.1.*, București, 2000, 622 p.
11. Udriștoiu T., Marinescu D., Chiriță Anca. Psihofarmacologia sindroamelor depresive versus rezistență terapeutică. *Congres național cu participare internațională*, 2000, Iași, p. 77.
12. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов.– СПб. Медицинское информационное агентство, 1995. – 568 с.
13. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder (Revision). *Am J Psychiatry* 2002; 159(April suppl).
14. Ellison JM, Harney PA. Treatment-resistant depression and the collaborative treatment relationship. *J Psychother Pract Res*. 2000 Winter;9(1):7-17.
15. Fava M., Davidson K.G. Definition and epidemiology of treatment-resistant depression // *Psychiatr. Clin. of New Amer*. 1996. Vol. 19. N 2.
16. Helzer, J.E., Burnam, A. and McEvoy, L.T. (1991) – Alcohol abuse and dependence. In: *Psychiatric disorders in America* (Robins and Regier, eds), Free Press, New York.
17. Hirschfeld R. M. A., Klerman G.L., Andreasen N. C. et al. Psycho-social predictors of chronicity in depressed patients // *Brit. J. Psychiat.*-1986.-148.-P.648-654.
18. McPherson S. and al. The effectiveness of psychological treatments for treatment-resistant depression: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2005 May;111(5):331-40.
19. Sharan P., Saxena S. Treatment-resistant depression: clinical significance, concept and management. *Natl Med J India*. 1998 Mar-Apr;11(2):69-79.