

6. G.B. Cassano: Trattato Italiano di Psichiatria. Masson, 2000
7. H. Ey: Neurologie et psychiatrie. Hermann, Paris 1998
8. H. Schott, R. Tölle: Geschichte der Psychiatrie. Beck, München 2005
9. I.C. Cucu, M. Dănilă: Psihiatria sub dictatură: o carte albă a psihiatriei comuniste românești. București 2005
10. J. Postel, C. Quétel: Nouvelle histoire de la psychiatrie. Dunod, Paris 2002
11. K. Jaspers: Allgemeine Psychopathologie. 1913
12. K. Schneider: Die psychopathischen Persönlichkeiten. 1923
13. M. Gauchet: Le sujet de la folie: Naissance de la psychiatrie. Calaman-Lévy, Paris 1988
14. P. Pinel: Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. 1801
15. V. Chiriță, A. Papari: Tratat de Psihiatrie. Fundația "Andrei Șaguna", Constanța 2002
16. V. Predescu (edit.): Psihiatrie, Ed. 2-a. București 1989
17. W. Griesinger: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 1861

ROLUL FACTORILOR PSIHO-SOCIALI IN EVOLUTIA CLINICA A ANOREXIEI NERVOASE

Ana Rîbințev

(Cond. științific – Constantin Palihovici, dr., conf.univ.)

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Role of the psychosocial factors in the clinical course of anorexia nervosa

The Anorexia is a psychiatric pathology which has been increasing dramatically recently. In most cases it could be seen in person in the state of puberty and adolescence. It's very important to note that this pathology affects the psyche and the reproductive system. The manifestations of the disease over time require psychiatric and gynecological treatment. Pubertal patients who develop anorexia have a higher incidence of premorbid affective disorders and detrimental impact on genital development, which is manifested by the delay of menarche, eunucoid type of the skeletal growth. Namely these affective and somatic disorders, determine the cause of relapses and one of the factors of chronic anorexia.

Rezumat

Anorexia nervoasă reprezintă o patologie psihiatrică incidența carea în ultimul timp crește dramatic. Fiind întâlnită mai des la persoanele în stadiul pubertății și adolescenței. Este important de menționat faptul că această patologie afectează atât psihicul cât și somaticului cel mai des avînd de suferit sistemul reproductiv. Manifestările bolii ce aduc prejudicii sănătății nu rare ori ajung în aria consultărilor și tratamentului medical atât psihiatric cât și ginecologic.

Pacienții prepubertali care dezvoltă anorexie au o incidență mare a tulburărilor afective premorbide precum și un impact nefast asupra dezvoltării aparatului genital manifestînduse foarte des prin întârzierea menarhei, amenoree primară, uter și anexe subdezvoltate, creștere scheletală tip enucoid și osteoporoza precoce.. Anume aceste dereglări afective și somatice pot determina gradul de severitate deseori fiind cauze a recidivelor și unul din factorii de cronicizare a anorexiei nervoase.

Actualitatea

În structura morbidității psihiatrice această ocupa 4-6% din pacienții aflați la vîrsta de 12-28 de ani și 1-2% din pacienții de după vîrsta 28 de ani sporadic se intîlnesc cazuri de afectare și a copiilor. În Republica Moldova frecvența anorexiei nervoase reprezintă 0,3 la 1000 de femei, cu incidența mai mare la persoanele care provin din localitățile urbane. Și o

mortalitate de 15% din numărul total de bolnavi. Se presupune ca aceste date ar putea fi mai mari însă datorită faptului ca mulți dintre pacienți nu se adresează după ajutorul medical aceste cifre rămân a fi relative. Anorexia nervoasă se poate observa ca o boală psihică de sinestătoare dar uneori se dezvoltă pe fondul altor patologii psihice.

Scopul

Evaluarea rolului factorilor psiho-sociali în evoluția clinică a anorexiei nervoase.

Material și metode

Au fost cercetați 23 de pacienți toți sînt de sex feminin cu vîrta cuprinsă între 17-36 de ani.

Selectarea pacienților și a materialului de studiu fost efectuată din arhiva Spitalului Clinic de Psihiatrie Codru și spitalul Raional Nisporeni(IMSP).

Rezultate și discuții

Au fost cercetați 23 de pacienți cu anorexie nervoasă repartizți în două grupuri.

Prima grupă o constituie pacienți cu anorexie nervoasă tipică, aceasta fiind formată din 7 pacienți, 100% de sex feminin, vîrsta subiecților este cuprinsă între 17-24 de ani, vîrsta medie constituind 20,5 ani.

Grupul doi este format din 16 pacienți cu anorexie nervoasă atipică, 100% de sex feminin, vîrsta pacientelor este cuprinsă între 20 și 36 ani, vîrsta medie a lotului este de 28 ani. Media perioadei de debut a maladiei fiind de 18,5 ani. Perioada de îmbolnavire este cuprinsă între 9 luni și 3 ani, media fiind de 1,9 ani. Durata maladiei de pîna la un an a fost constatată în 20% în cazuri, de la 1 an la 3 ani 80% de cazuri.

Din datele anamnestice a primului grup am constatat următoarele date: Anamneza eredocolaterală agravată la două din paciente dintre care mama uneia din paciente a suferit de anorexie nervoasă la o adoua mama este bulemică la celelalte paciente anamneza eredocolaterală psihiatrică fără particularități. La grupul doi anamneza eredocolaterală era agravată la toate pacientele la cinci paciente (31,2%) în familie erau prezente persoane depresive, la nouă (56%) alcoolism cronic, una obezitate (6,25%), la două (12,5%) tulburari de alimentație tip bulemic iar la una (6,2%) tulburare de alimentație anorexie.

Paternal alimentar este determinat în mare măsură de experiențele primare a vieții subiectului și anume hrana cu pieptul matern sau substituentul acestuia. Orice perturbare a alimentației sau apariția unui conflict în această perioadă, ar aduce la frustrare a fazei orale ulterior cu o dezvoltare a unei tulburări de alimentație. respectiv din datele anamnestice am cercetat particularitățile alaptării. La sîn au fost unul (14,5%) pacienți, cinci (85,5%) au fost hrăniți artificial. La pacientele grupului doi cu A.N. atipică la termen au fost născute 14 paciente (87,5%) la termen, prematur 2 paciente (12,5%). Alaptarea la sîn 12 (75,1%) paciente artificial 4 (23,9%) paciente. Am studiat termenul apariției menarhei la ambele grupuri. Unde am observat o corelație între termenul de apariție a acesteia și severitatea evoluției clinice a anorexiei. La primul grup cu A.N. tipică menarha a survenit mai tîrziu în comparație cu pacientele grupului doi. Vîrstele cuprinse între 16-18 ani, media fiind 17 ani. Cauza acestui fenomen a servit nu o patologie primară a organelor reproductive ci subdezvoltarea țesutului adipos în care are loc aromatizarea și sinteza de estrogen, stăgînd dezvoltarea sexuală a pacientelor. Ceea ce a condus la o subdezvoltare ulterioară a uterului și ovarelor. Fapt confirmat la trei din șapte paciente prin examen USG a bazinei mic. La aceste paciente sa observat o evoluție clinică severă și un IMC >15.

La pacientele grupului cu A.N. atipică menarha a survenit între vîrstele de 11-13 ani, cu vîrsta medie de 12 ani. La acest grup gradul de cașectizare a fost mai mic IMC fiind cuprins între 17-21.

Necătfnd la faptul că pacientele erau subponderale aveau o percepție denaturată față de aspectul lor exterior. Nemulțumirile erau atât față de întregul corp cât și față de anumite porțiuni cum ar fii rotungimea coapselor, ghenunchilor, grosimea abdomenului, forma nasului, pomeților, tembru vocii. Pacientele grupului doi relatau ca foarte des unul sau chiar ambii părinți faceau diferite remărci la cum arată ca de ex „ești prea grasă”, “ în curînd ai să fii mai mare decît mine”, “mănînci prea mult”, “ cine nu lucrează nu manîncă”. Pacientele legau nereușitele cu aspectul lor exterior dînd vina pe aceasta. Trei dintre paciente afirmau că nu mai sînt iubite de mamele lor din cauza ca nu sînt suficient de slabe, frumoase. Mamele avînd ca etalon de frumusețe femeile cu o siluetă suplă dîndule ca exemplu de urmat, în familie deseori se vorbea despre cultul estetic. Importanța menținerii unei corp standartizat 90-60-90 și urîțenia persoanelor suprapoderale. (Mamele fiind aproape în toate din cazuri robuste sau chear suprapoderale) Pacientele care frecventau dansurile întîlneau dificultăți în executarea unor mișcări, figuri ceea ce era perceput de acestea ca o consecință a kg în plus. La paciente a apărut convingerea de disproportionalitate și suprapoderabilitate a masei corporale.

Aceste convingeri steriotipice au adus la o încercare de schimbare a parametrilor corpului prin intermediu micșorarea greutatei corporale. Abordînd pentru aceeaa diferite metode, la început, pacientele selecționează minuțios produsele alimentare evitînd produsele înalt calorice (categoric refuză dulciurile, fainoasele). Două din paciente refuză consumul de proteine adoptînd un regim alimetar vegetarian. Apoi treptat pacientele micșorează drastic cantitatea de mîncare ajungînd să consume mai puțin de 1000 kkal pe zi. Aceste preocupări tind să se transforme în ideii obsesive față de diferite diete, produse alimentare, metode de slăbit cîntăriri și măsurări frecvente. La aceste paciente apare fobia de a se îngrășa de alimentele înalt calorice, de a mîncă în public. În această perioadă apar atât conflicte interpersonale cât și conflicte cu membrii familiei (în special cu mama). Conflictele intrapersonale sînt cauzate de foamea continuă persistentă și refuzul alimentării ceea ce generează la paciente trăsături premorbide patologice de personalitate- nesiguranță, îndoială, timiditate excesivă.

Sau observat trasaturi comune de personalitate a parințelor pacienților bolnavi de anorexie nervoasă. Mamele de obicei sînt dominante, isterice, autoritare suprimînd constant voința copiilor lipsindui de orice inițiativă. Un alt factor important în geneza anorexiei nervoase îl reprezintă abuzul fizic și sexual. Patru din paciente aveau în antecedente violuri în urma careia statutul psihic a avut de suferit, au devenit apactice, anxioase, cu sentimente de culpă. Două din paciente relatau că în urma violului nu mai puteau consuma carne, treptat excluzînd și alte produse din alimentație. Majoritatea paientelor din grupul doi veneu din famili social vulnerabile unde permanent erau supuse stresului și abuzului fizic ceea ce crea la paciente o satre cronică de anxietate.

Toate pacientele la internere aveau următoarele semne clinice- Greutate mica a corpului , par fragil, pielea uscata si unghii friabile sîni micsorati, oprirea menstruatiei sau perioade lungi de amenoree, senzatia de frig, temperatura corpului mai scazuta , presiune arteriala scazuta, bradicardie mai puțin decăt 60 de batai pe minut, diminuarea sensibilitatii nociceptive. Statutul psihiatric la internare la pacientele ambelor grupuri: era prezentr o fixare asupra retrrirelor personale , un grad onalt de hipocondrie . Lipsa de acuze esențiale, complacerea cu situația datr, emoționalitate neadecvatr, nemulțumire față de ongrijorarea celor apropiați, indiferenți on unele cazuri cu tendința de extraculpr. Vorbesc de faptul cr doresc sr se vindece de amenoree sau probleme cu tractul digestiv onsr nu recunosc faptul cr au o tulburare - de alimentație. Despre relațiile cu apropiații on special cu mama vorbesc ontr-un ton acuzator, nemulțumit inervații de faptul ca sunt urmrrite la fiecare pas. Totodatr frrr tulburri majore ale memoriei, intelectului dar se evidențiazr fatigabilitate psihicr, hipoproxiesie. Cond atenția era atrasr asupra premorbidului, pacienții devenind mai retrași puțin vorbrreți. Pacienți relatau un șir de dereglrrii emoționale ca anxietatea, eritabilitate, tristețe, nesiguranța, neliniște legate și intensificrnduse la aportul de alimente ceea ce a determinat ulterior la o elaborare a unui

comportament alimentar tipic. Pentru pacienții primului grup aceasta fiind restrictiv iar la pacienții grupului doi un comportament alimentar obsesiv-copulsiv. Dereglările emoționale cu un caracter anxios precum și manifestările polimorfe somatice cauzate de A.N. vor forma ca consecință denaturarea percepției schemei corporale.

Concluzii

1. Factorii psihosociali la pacienții cu Anorexie Nervosă au un rol determinant în apariția acesteia influențând dinamica și prognosticul bolii. Fiind ca factori predispozanți la apariția recidivelor și cronicizării maladiei. Factorii psiho-sociali majori în declanșarea anorexiei nervoase au fost determinați ca fiind conflicte mamă – fiică, violurile, stresul, abuzul fizic. Factorii psiho-sociali minori: profesiile, statutul social economic precar, promovarea slăbirii.

2. Co-morbidități psihiatrice întâlnite la ambele grupuri de paciente cu anorexie nervosă au fost următoarele: dismorfofobismul, depresie majoră, tulburări anxioase fobie socială. Tulburări obsesive- compulsive au fost prezente preponderent la pacientele cu anorexie nervosă atipică.

3. Evoluția clinică a A.N tipică va decurge mai grav ducând la un grad de cașectizare mai înalt, simptomele secundare mai bine pronunțate și un pronostic mai nefavorabil în comparație cu evoluția clinică a A.N atipice unde gradul de cașectizare va fi mic simptomele secundare mai puțin pronunțate și un pronostic de reabilitare mai bun.

Bibliografie

1. Agras W. S., Barlow D. H., Chapin H. N. et al. Behaviour modification of anorexia nervosa.— Arch. Gen. Psychiatry, 1973, vol. 30, № 3, p. 279—286..
2. Andersen A. E. Atypical Anorexia Nervosa.— In: Anorexia Nervosa/Ed. R. A. Vigersky.— N. Y., 1977, p. 11—19.
3. Anyan W. R., Schowalter J. E. A comprehensive approach to anorexia nervosa —J. Amer. Child Psychiatry, 1983, vol. 22, № 2, p. 122— 127.
4. Beardwood C. J. Relationship between body weight and gonadotrophin excretion in anorexia nervosa and obesity.— S. Afr. Med. J., 1974, vol. 48, № 2, p. 53—54.
5. Bliss E., Branch C. Anorexia nervosa, its history, psychology and biology.— N. Y.: Hoeber, 1960 — 326 p
6. Коркина М. В. К вопросу о нервной анорексии (об одной из причин вторичной анорексии).— Журн. невропатол. и психиатр., 1963, вып. I, с. 124—129.9.Коркина М. В.
7. Марилов В. В. Динамика нервной анорексии в рамках пограничных состояний. — В кн.: Проблемы теоретич. и клин. мед. развивающихся стран. — М.: Изд-во УДН им. П. Лумумбы, 1975, с. 100.
8. Ротинян Н. С. О нозологической принадлежности синдрома нервной анорексии. — В кн.: Материалы 3-й Всерос. науч. конф. по неврологии и психиатрии детского возраста. — М., 1971, с. 153—155