

40. Biederman J, Faraone SV. Economic impact of adult THDA. Program and abstracts of the American Psychiatric Association 2005 Annual Meeting; May 21-26, 2005; Atlanta, Georgia. Poster 289.
41. May B., Bos J. (2000) Personality characteristics of THDA adults assessed with the Million Clinical Multiaxial Inventory–II: evidence of four distinct subtypes. *J Pers Assess.* 75:237–248.
42. Taylor D., Paton C., Kewin R.- Ghid de terapie psihiatrică Ed 7 Editura medicală, București, 2005, P178
43. Weiss, M&Murraz, C. 2003, Assessment and management of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Canadian Medical Association Journal* 168, 715-722.
44. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J., Gunawardene S. Does stimulant Therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003 111 (1): 179-185.
45. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder (THDA). *Archives of General Psychiatry*, 199;56:1073-1086.
46. Rostain A, Ramsay R. A combined treatment approach for adults with THDA: results of a pilot study of 45 patients. Program and abstracts of the American Psychiatric Association 2005 Annual Meeting; May 21-26, 2005; Atlanta, Georgia. Scientific and Clinical Report Session No. 8
47. Wilens T, Mc Dermatt S Cognitive Therapy for adults with attention deficit hyperactivity disorder, In Brown TE, editor Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults Washinton: American Psihiatric Press.2000, p 569-607.
48. Ratey JJ, Hallowell EM, Leveroni CL, Pharmacotherapy for THDA in Adults. CHADD, Maryland Chapter. 2006; www.chaddmc.org)
49. Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J. A review of the pharmacotherapy of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Atten Disorder* 2002; 5 (4) 189-202-
50. Michelson D., Allen A.J., Busner J., et al. (2002) Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry.* 159:1896–1901.
51. Michelson D., Faries D., Wernicke J., et al. (2001) Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, placebo-controlled, dose-response study. *Pediatrics.* 108(5):e83.

TULBURĂRI AFECTIVE ȘI ENDOCRINE ÎN REMISIUNEA DEPENDENȚEI DE ALCOOL

Ion Coșciug, Inga Deliv

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

Summary

The affective and endocrine disorders in alcohol addiction remission

Clinical examination (clinical and psychological tests) and paraclinical investigation (hormones blood level measurement: adrenocorticotropin, cortisol, prolactin) on a lot of 155 alcohol addicted patients during the onset of remission stage of the disease showed the presence of some affective disorders (anxiety, depression, dysphoria) as well as endocrine disturbances compared to people from the control group (the same age and biological sex healthy persons). The changes detected in alcohol addicted patients during remission, may be the cause of early recurrences of the disease.

Rezumat

Examenul clinic (testări clinico-psiho-logice) și paraclinic (investigarea nivelului sangvin al hormonilor: adrenocorticotrop, cortzol, prolactină) a 155 pacienți alcooldependenți în perioada incipientă a remisiunii maladiei, a evidențiat prezența unor modificări afective (anxietate, depresie, disforie), dar și endocrine, comparativ cu aceiași indici la persoanele din lotul martor (persoane sănătoase de aceeași vârstă și sex biologic). Modificările psihoendocrine depistate la alcooldependenți în remisiune, probabil, pot fi cauza recidivelor precoce ale maladiei.

Actualitatea

Etapa inițială a remisiunii dependenței de alcool (primele 6 luni de abținere totală de la ingerarea alcoolului pentru organismul oricărui pacient. În această perioadă a maladiei există mulți factori, care pot cauza recidivele timpurii ale alcoolismului. Dintre acești factori pot fi menționați: fenomenul de co-dependență, anosodiaforia, anosognozia maladiei, ignoranța normelor sociale, autocontrolul scăzut al pacientului, conflictele intrapsihice și interpersonale, dereglările somatovegetative, psihoendocrine, etc. Un rol deosebit de important în recidivarea alcooldependenței revine pulsivității toxicomane pentru alcool, și dereglărilor de ordin afectiv (anxietate, depresie, disforie, etc.), care persistă la pacienți atât în perioada recidivei, cât și în remisiune. Studiile moderne dedicate dependenței de alcool [4; 5; 7] demonstrează că, dereglările afective adeseori reactualizează pulsivitatea patologică pentru alcool.

Este important faptul, că dereglările dispoziției afective la dependenții de alcool au unele particularități specifice perioadei timpurii de instituire a remisiunii maladiei [1; 2]: 1) de regulă, se instalează spontan; 2) sunt mai intense în etapa incipientă a remisiunii, reducându-se o dată cu creșterea duratei de abținere totală; 3) sunt multiple și polimorfe; 4) pacienții le percep drept o stare de disconfort psihic, iar ca cauză principală a acestui disconfort este menționată abținerea de la ingerarea alcoolului; 5) frecvent se constată corelări pozitive între intensitatea dereglărilor afective, pulsivitatea toxicomanică pentru alcool, și recidivarea timpurie a dependenței de alcool.

În literatura de specialitate [3; 4; 7; 12] există tendințe de a sistematiza tulburările dispoziției afective prezente în etapa incipientă de instituire a remisiunii. Din multitudinea de dereglări psihopatologice caracteristice dependenței de alcool sunt evidențiate, ca mai frecvente în perioada timpurie de instituire a remisiunii următoarele sindroame: depresiv, disforic, insuficiență cognitivă [12].

Un alt studiu evidențiază ca predominante sindroamele - depresiv, disforic și de tip nevrotiform [11].

Un număr impunător de cercetători [3; 10; 11], studiind dereglările afective caracteristice perioadei incipiente a remisiunii dependenței de alcool relatează că, ele sunt polimorfe, nediferențiate, mai frecvent, de ordin depresiv, adeseori fiind punctul de pornire în recidivarea timpurie a maladiei. Manifestările depresive în majoritatea cazurilor se asociază cu anxietate, conținând component astenic, disforic sau hipocondriac [3; 12].

Analiza clinică a perioadei de remisiune alcoolică a permis evidențierea următoarelor tipuri de stări subdepressive la pacienții aflați în etapa inițială a remisiunii: 1) astenovegetative; 2) disforice; 3) disociative; 4) de tip tristețe [11].

Марковская Н.С., evidențiază în perioada incipientă de instituire a remisiunii la alcooldependenți următoarele tipuri de dereglări afective: depresie astenică (formă hipo- și hiperstenică); depresie disforică; depresie hipocondriacă; depresie "tipică" cu simptome caracteristice stărilor de depresie endogenă. Autorul menționează că, dereglările de tip astenic au impact pozitiv în menținerea stabilității remisiunii, iar cele de tip disforic adeseori sunt cauza recidivelor timpurii [12].

Există și opinii, conform cărora, depresiile în remisiunea alcooldependenței sunt mai mult de origine psihogenă [8; 10].

Analiza datelor de literatură, privind dereglările afective la alcooldependenți în remisiune, permit să conchidem că, în majoritatea cazurilor persistă următoarele sindroame psihopatologice: 1) anxios; 2) depresiv; 3) disforic.

La unii dintre pacienți, în perioada inițială a remisiunii alcooldependenței, apar diferite devieri în statutul psihologic: hipotimie ușoară, anxietate, disforie slab pronunțată. În majoritatea cazurilor tulburările spectrului afectiv nu ating nivelul de manifestare clinică sau sunt într-atât de vagi, întrucât adeseori, pacienții, cât și medicii nu le i-au în considerare ori nu le evaluează adecvat. Suficient de frecvent se observă apariția lor înainte de recidivarea maladiei. Ingerarea alcoolului induce ameliorări de scurtă durată în starea emoțională a pacienților, motiv pentru care, ele pot fi calificate drept factori ce predispun la recidivarea dependenței de alcool.

Scopul cercetării a vizat studierea rolului dereglărilor afective de diferită intensitate (la nivel clinic sau subclinic) în declanșarea recidivelor timpurii la alcooldependenți.

Material și metode au fost investigați clinic, paraclinic (Metode radioimunologice și test-complecte standarde: ACTHK-PR - firma "Cis" - pentru a evalua nivelul sangvin al ACTH; Степoн-K¹²⁵-J- pentru estimarea nivelului de cortizol; HPRLK-PR- firma Cis" - pentru a evalua nivelul sangvin al prolactinei. Nivelul sangvin al hormonilor menționați a fost investigat la toți subiecții incluși în studiu, și la 20 persoane sănătoase (bărbați de aceeași vârstă) - lot de referință (nivelul sangvin al hormonilor la aceste persoane a fost: pentru ACTH - 40,43±3,21 pg/ml; pentru cortizol - 420,80±25,88 nm/l; pentru PRL - 154,70±8,78 μk un./L). Luând în considerare particularitățile bioritmilor secreției hormonale, nivelul sangvin al tuturor hormonilor studiați a fost evaluat în aceeași perioadă a zilei – matinal, între orele 8 și 9 pe nemâncate.) și clinico-psihologic 155 alcooldependenți aflați în etapa inițială de instituire a remisiunii (primele 6 luni după externare din spital). În funcție de indicii clinico-psihologici (dereglările de ordin afectiv), eșantionul de studiu a fost divizat în trei grupe: 1) cu predominarea anxietății; 2) cu predominarea depresiei; 3) cu predominarea disforiei. Fiecare din grupele de studiu, în dependență de intensitatea dereglărilor afective a fost divizată în două subgrupe: a) cu dereglări afective la nivel sub-clinic (pot fi depistate doar prin testare psihologică) și, b) cu dereglări afective clinic manifeste.

Rezultate și discuții

Studiul realizat a demonstrat că, la pacienții cu predominarea anxietății, de nivel subclinic, au fost prezente unele devieri comportamentale, în special, privind relaționarea socială. Acești pacienți erau lipsiți de inițiativă, puteau fi ușor influențați psihologic, se străduiau să evite dificultățile habituale și situațiile critice, îndeplineau pedant instrucțiunile altora, trăind acut orice nereușită, care imediat era supusă unei analize detaliate. Adeseori se considerau inferiori, nefericiți, comparativ cu alte persoane. La ei persista frica și neliniștea nemotivată. Atitudinea indiferentă sau acuzatoare a anturajului le provoca neliniște. În asemenea situații recurgeau la analiza minuțioasă a relațiilor interpersonale. Adeseori păreau a fi alarmați de nereușitele posibile, manifestând neîncredere în propriile capacități. În discuții prezentau acuze privind incapacitatea de a-și stăpâni emoțiile, relatând că, tendințele de a-și controla afectivitatea sunt soldate cu cefalee, oboseală, epuizare rapidă. Nivelul anxietății, conform scalei Ch. Spilbergher la acest grup de pacienți a fost în limitele 31 - 45 puncte, inclusiv.

La pacienții cu anxietate de nivel clinic persista disconfortul, tensiunea și neliniștea lăuntrică. Acești bolnavi analizau în detalii comportamentul propriu pe perioada abuzului de alcool, expuneau gânduri cu caracter obsesiv, privind climatul psihologic din familie, relațiile sociale, atât legate de perioada alcoolizării, cât și privind „viitorul fără alcool”. Le era caracteristică senzația de inferioritate. În situațiile, care presupuneau probabilitatea consumului de alcool, deveneau exagerat de prudenți, stângaci, nehotărâți, incapabili să i-a decizii de sine

stătător. Datorită prezenței neîncrederii de sine puteau fi ușor influențați de alte persoane, inclusiv de foștii „companioni de chefuri”. Ei evitau situațiile care presupuneau asumarea responsabilității, preferând să îndeplinească ordinele altora, fapt, care explică probabil posibilitatea influenței negative a anturajului în sensul reluării consumului de alcool. În perioada timpurie de instituire a remisiei, pacienții din acest grup, căutau susținere, compasiune continuă, manifestând disperare în cazurile absenței atenției. Simțeau tensiune psihică internă, frică față de modul de viață nou, din care erau excluse alcoolizările sistematice, devenite deja obișnuință. Căutarea susținerii morale era resimțită în comportament și relaționarea cu membrii familiei. De obicei erau pedanți și prudenți. Suficient de conștiincioși și îndeplineau obligațiunile de serviciu. Fiind, în general foarte responsabili, din frica de a „nu greși”, le lipsea propria inițiativă. În toate neresușitele erau predispuși să se autoacuze ori căutau sisteme întregi de explicații, pentru a se calma. Nivelul anxietății, conform scalei Ch. Spilbergher era peste 45 puncte.

Recidivele timpurii ale alcoolismului la această grupă de pacienți, de regulă, au fost provocate de influența negativă a colegilor de șantier, prietenilor de petreceri, sau de neresușitele în soluționarea problemelor cotidiene dificile.

Referindu-ne la datele obținute în urma investigațiilor clinice și testărilor clinico-psihologice efectuate putem menționa că, în majoritatea cazurilor, recidive timpurii ale maladiei, la pacienții acestui grup s-au dezvoltat atunci, când era prezentă anxietatea de nivel clinic (tabelul 1).

Tabelul 1

Frecvența recidivelor alcoolice timpurii în dependență de nivelul clinic al anxietății

Grupe de pacienți	Nu s-au dezvoltat recidive timpurii	S-au dezvoltat recidive timpurii
Anxietate de nivel clinic (n=25)	$\frac{13}{52,0}$	$\frac{12}{48,0}$
Anxietate de nivel subclinic (n=28)	$\frac{25}{89,29}$	$\frac{3}{10,71}$

Notă: - la numărător - numărul de pacienți; la numitor - procentul lor.

Este necesar de menționat că, nu la toți bolnavii cu anxietate de nivel clinic s-au dezvoltat recidive. Căutând explicație acestui fenomen s-a analizat influența altor dereglări afective (disforia, depresia) asociate anxietății, precum și a pulsiunii toxicomanice pentru alcool asupra dezvoltării recidivelor alcoolice precoce la pacienții cu predominarea anxietății. Pentru realizarea obiectivelor studiului, pacienții au fost divizați în următoarele grupe: 1) cu disforie de nivel clinic și 2) cu disforie de nivel subclinic; 3) cu depresie de nivel clinic și, respectiv 4) cu depresie de nivel subclinic; 5) cu pulsiune toxicomanică pentru alcool pronunțată și 6) cu pulsiune toxicomanică pentru alcool moderată.

Datele expuse în tabelul 2 demonstrează că, anxietatea cel mai frecvent a fost asociată cu disforie sau depresie moderată. Procentul de pacienți cu astfel de asocieri ale dereglărilor afective a fost - 83,02%. Aceiași legitate s-a evidențiat și în cazul pulsiunii toxicomanice pentru alcool, adică la majoritatea bolnavilor cu predominarea anxietății s-a depistat prezența pulsiunii toxicomanice pentru alcool moderate.

Declanșarea recidivelor alcoolice timpurii în dependență de caracterul dereglărilor afective și pulsiunea toxicomanică pentru alcool la pacienții cu predominarea anxietății (n=53)

Grupe de pacienți	Numărul de pacienți cu:	
	dereglări afective	recidive timpurii
Anxietate+disforie pronunțată	$\frac{9}{16,98}$	$\frac{1}{11,11}$
Anxietate□+disforie moderată	$\frac{44}{83,02}$	$\frac{14}{31,81}$
Anxietate+□depresie pronunțată	$\frac{9}{16,98}$	$\frac{1}{11,11}$
Anxietate□+depresie moderată	$\frac{44}{83,02}$	$\frac{14}{31,81}$
Anxietate+□pulsione toxicomanică pentru alcool pronunțată	$\frac{13}{24,52}$	$\frac{9}{69,23}$
Anxietate□+pulsione toxicomanică pentru alcool moderată	$\frac{40}{75,47}$	$\frac{6}{15,0}$

Notă: - La numărător - numărul absolut de pacienți cu dereglări afective și recidive; la numitor - numărul absolut exprimat în procente.

Studiind recidivele alcoolice precece la acești pacienți, în pofida rezultatelor așteptate, precum că, recidivele timpurii se vor declanșa la pacienții cu anxietate asociată cu depresie sau disforie pronunțată (de nivel clinic), s-a depistat o frecvență mai mare a acestora anume atunci, când anxietatea era asociată cu alte dereglări afective de nivel subclinic. Astfel, procentul de recidive în cazul asocierii anxietății cu depresie sau disforie moderată (de nivel subclinic) era mai mare (31,81%) decât atunci, când anxietatea era asociată cu disforie sau depresie pronunțată (11,11%). Dereglările afective menționate, fiind de nivel subclinic, adeseori nu sunt luate în considerare de către medicii practicieni, fapt, care poate explica frecvența înaltă a recidivării precece a alcooldependenței la pacienții cu dereglări afective de nivel subclinic. Astfel, rezultă că, în perioada timpurie de instituire a remisunii dependenței de alcool, este absolut necesar să fie supuși testarilor clinico-psiologice toți pacienții, pentru a depista timpuriu dereglările afective de nivel subclinic, în scopul administrării unui tratament, complex, argumentat clinic, care ar preveni recidivele precece. Cât privește pulsiunea toxicomanică pentru alcool, recidivele alcoolice timpurii erau mai frecvente atunci, când anxietatea era acompaniată de pulsiunea patologică pentru alcool pronunțată (69,23%). În majoritatea cazurilor pulsiunea pentru alcool la acești bolnavi se manifesta prin gânduri obsesive cu referință la situațiile legate de ingestia alcoolului. Ea adeseori era de tipul “confruntarea motivațiilor” (tip ambivalență afectivă, ideativă, comportamentală). Foarte frecvent reactualizarea pulsiunii patologice pentru alcool era precedată de visuri, cu tematică alcoolică. Astfel, probabilitatea recidivării precece a alcooldependenței a fost mai înaltă la bolnavii cu predominarea anxietății atunci, când ea era asociată cu depresie, disforie de nivel subclinic sau cu pulsiune patologică pentru alcool pronunțată (de nivel clinic).

Este de menționat că, concomitent cu prezența diferitor dereglări afective, în organismul oricărui alcooldependent au loc multiple perturbări somatovegetative, vasculare, neurologice, neuroendocrine, etc. [1; 12]. În prezent sunt descrise câteva mecanisme care stau la baza dereglărilor neuroendocrine survenite ca consecință a alcoolizării cronice: 1) etanolul dereglează metabolismul hormonilor în ficat; 2) blochează procesele de biosinteză acționând toxic direct asupra glandelor cu secreție internă; 3) acționează la nivelul hipofizei inhibând sinteza și/sau secreția hormonilor hipofizari; 4) alcoolul influențează asupra hipotalamusului

inhibând secreția liberinelor și astfel provocând modificări secundare în hipofiză și glandele endocrine periferice [2; 12].

Unii savanți consideră că pentru bolnavii cu alcoolism sunt caracteristice diverse sindroame hipotalamice [2]. Unul dintre mecanismele patogenice de afectare a hipotalamusului este disfuncția sistemelor catecolaminice cerebrale [2; 9]. Vascularizarea bogată a regiunii hipotalamice facilitează acțiunea toxică a etanolului și metaboliților săi asupra hipotalamusului. În condiții de alcoolism grad avansat afectarea diferitor structuri cerebrale, și în primul rând a hipotalamusului, duce la perturbarea funcției glandelor endocrine periferice [11] atât transhipofizar, cât și direct, datorită acțiunii toxice a alcoolului și metaboliților săi asupra glanelor endocrine [9].

Cercetările neurochimice privind mecanismele de dezvoltare a alcoolismului au la bază concepția stresului, în special a stresului emoțional [2]. Din aceste considerente majoritatea cercetărilor științifice, orientate spre studierea indicilor biochimici și neuroendocrini ai maladiei prevedeau analiza funcției principalelor "axe ale stresului": *hipofiză - suprarenale; hipofiză - glanda tiroidă; hipofiză - gonade*.

Dereglările neuroendocrine ce au loc în organismul bolnavului alcooldependent se manifestă atât în perioada recidivării maladiei, cât și în remisiune. Cercetări clinico-experimentale [11; 12] au demonstrat că, alcoolizările cronice provoacă un șir de endocrinopatii. În primul rând suferă modificări considerabile axele de reglare ale sistemului neuroendocrin: hipotalamus - hipofiză - suprarenale și hipotalamus - hipofiză - gonade [11]. În dependență de devierile premorbide ale statusului androgen au fost evidențiate două forme clinice ale maladiei prezente în special la bărbați: 1) alcoolism la bărbați "hiperandroizi" și, 2) alcoolism la bărbați "hipoandroizi" [11]. Alți savanți studiind modificările neuroendocrine la pacienții cu alcoolism propun evidențierea separată a alcoolismului, ce evoluează pe fondal de hiperadrenocorticotropinemie, deoarece a fost depistată o motivație alcoolică extrem de pronunțată în cazul hiperproducției ACTH [11; 12].

Tabelul 3

Statutul hormonal al pacienților
cu predominarea diferitor dereglări afective

Grupe de pacienți cu:	Nivelul inițial al hormonului		
	ACTH (M±m; P) (pg/ml)	Cortizol (M±m; P) (nmol/L)	PRL (M±m; P) (μk un./L)
Anxietate moderată (n=28)	30,80±4,45 P>0,05	566,12±26,26 P<0,001	133,31±15,85 P>0,05
Anxietate pronunțată (n=25)	72,65±12,64 P<0,05	586,83±26,65 P<0,001	158,18±24,66 P>0,05
Depresie moderată (n=35)	42,59±4,77 P>0,05	371,74±21,40 P>0,05	182,94±35,38 P>0,05
Depresie pronunțată (n=20)	17,25±4,77 P<0,001	384,07±19,62 P>0,05	132,38±15,06 P>0,05
Disforie moderată (n=25)	43,61±8,93 P>0,05	339,99±15,13 P<0,02	110,79±9,92 P<0,01
Disforie pronunțată (n=25)	39,61±7,12 P>0,05	336,05±20,56 P<0,02	105,01±6,22 P<0,001
Grup de referință (n=20)	40,43±3,21	420,80±25,88	154,70±8,78

Notă: - la numărător - numărul de recidive, la numitor - procentul de recidive

Acțiunea etanolului asupra axului hipotalamus - hipofiză - suprarenale se manifestă prin activarea lui funcțională [6; 9; 11] fenomen, care induce hipersecreția de oxycetosteroizi și ACTH. Alt grup de cercetători [3] prezintă date, referitoare la reversibilitatea acestor modificări

neuroendocrine după o perioadă îndelungată (mai mult de 1 an) de abținere totală, fapt argumentat prin restabilirea controlului hipotalamic asupra funcțiilor endocrine.

Datele expuse anterior demonstrează interesul sporit vis-a-vis de perturbările neuroendocrine prezente la alcooldependenți în scopul depistării mecanismelor patogene, ce stau la baza manifestărilor clinice ale maladiei. Cu toate acestea, până în prezent, sunt insuficient studiate dereglările endocrine la pacienții cu diferit nivel de manifestare clinică a dereglărilor afective, fapt fără care devine imposibilă elaborarea metodelor adecvate, patogenic argumentate de terapie și profilaxie a maladiei. Acestea au fost premisele cercetării prezente, care a vizat studierea perturbărilor endocrine în perioada incipientă a remisiunii și dependența recidivelor alcoolice timpurii de aceste dereglări.

Pentru a atinge scopul lucrării s-a studiat conținutul de ACTH, cortizol și PRL la pacienții cu predominarea anxietății, depresiei, disforiei cu diferit nivel de manifestare clinică. Rezultatele acestor cercetări sunt expuse în tabelul 3.

Datele obținute ne permit să menționăm, că la pacienții cu predominarea anxietății de nivel clinic crește statistic semnificativ atât nivelul de ACTH ($P < 0,05$), cât și cel al cortizolului ($P < 0,001$), nivelul sangvin al PRL, având valoare normală ($P > 0,05$), pe când la cei cu anxietate moderată (nivel subclinic) crește semnificativ ($P < 0,001$) doar nivelul cortizolului. Deci, putem menționa că, la bolnavii cu anxietate este prezentă hiperactivitatea sistemului stresogen, funcția celui antistresogen rămânând fără schimbări esențiale.

Pentru grupa de pacienți cu predominarea dereglărilor afective de ordin depresiv statusul hormonal avea particularitățile sale caracteristice și anume: la subiecții cu depresie pronunțată a fost redus considerabil nivelul de ACTH ($P < 0,001$), nivelul celorlalți hormoni rămânând fără schimbări statistic semnificative ($P > 0,05$). Deci, la pacienții cu depresie alcoolică de nivel clinic, persistă hipoactivitatea verigii hipofizare a sistemului stresogen hipotalamus-hipofiză-corticosuprarenale.

La grupa de pacienți cu predominarea dereglărilor afective de tip disforie s-a depistat descreșterea evidentă a nivelului sangvin al PRL ($P < 0,001$) și a cortizolului ($P < 0,02$), nivelul ACTH fiind fără devieri statistic semnificative, comparativ cu lotul martor ($P > 0,05$). Reieșind din cele expuse, se poate afirma, că la bolnavii cu dereglări afective de tip disforie este schimbată considerabil funcția sistemului antistresogen. Acest fapt nu se observa atât de vădit la pacienții cu predominarea anxietății și depresiei.

Din cele expuse anterior se evidențiază existența unui dezechilibru funcțional-dinamic privind sistemul stresogen și antistresogen ale organismului. Folosind datele expuse în tabelul 3 (cifre absolute, care reflectă nivelul sangvin al hormonilor) s-a calculat raportul S/As - un indice relativ, care indică interacțiunea dintre starea funcțională a sistemului stresogen (reprezentată de nivelul sangvin al ACTH) și antistresogen (reprezentată de nivelul sangvin al PRL). S-a studiat acest raport, deoarece presupunem că, recidivarea alcooldependenței depinde nu atât de valoarea absolută a indicilor hormoni studiați, cât de dezechilibrul existent între starea funcțională a sistemelor stresogen și antistresogen ale organismului pacientului dependent de alcool (tabelul 4).

Tabelul 4

Frecvența recidivelor alcoolice timpurii în dependență de raportul S/As la pacienții cu diferite dereglări afective

Grupe de pacienți	Raportul S/As	Recidive timpurii *
Anxietate (n=53)	0,354	$\frac{15}{28,3}$
Depresie (n=55)	0,189	$\frac{19}{34,54}$
Disforie (n=50)	0,385	$\frac{23}{46,0}$

Notă:* - la numărător - numărul de recidive, la numitor - procentul de recidive. Raportul S/As la persoanele sănătoase este 0,261.

Din tabelul 4 se observă că raportul S/As la toate grupele de pacienți este diferit de cel înregistrat la persoanele din grupul de referință. De asemenea se poate menționa, că acest raport la diferite grupe de bolnavi este diferit. Pentru o expunere mai clară a datelor obținute raportul S/As a fost reprezentat grafic (figura 1).

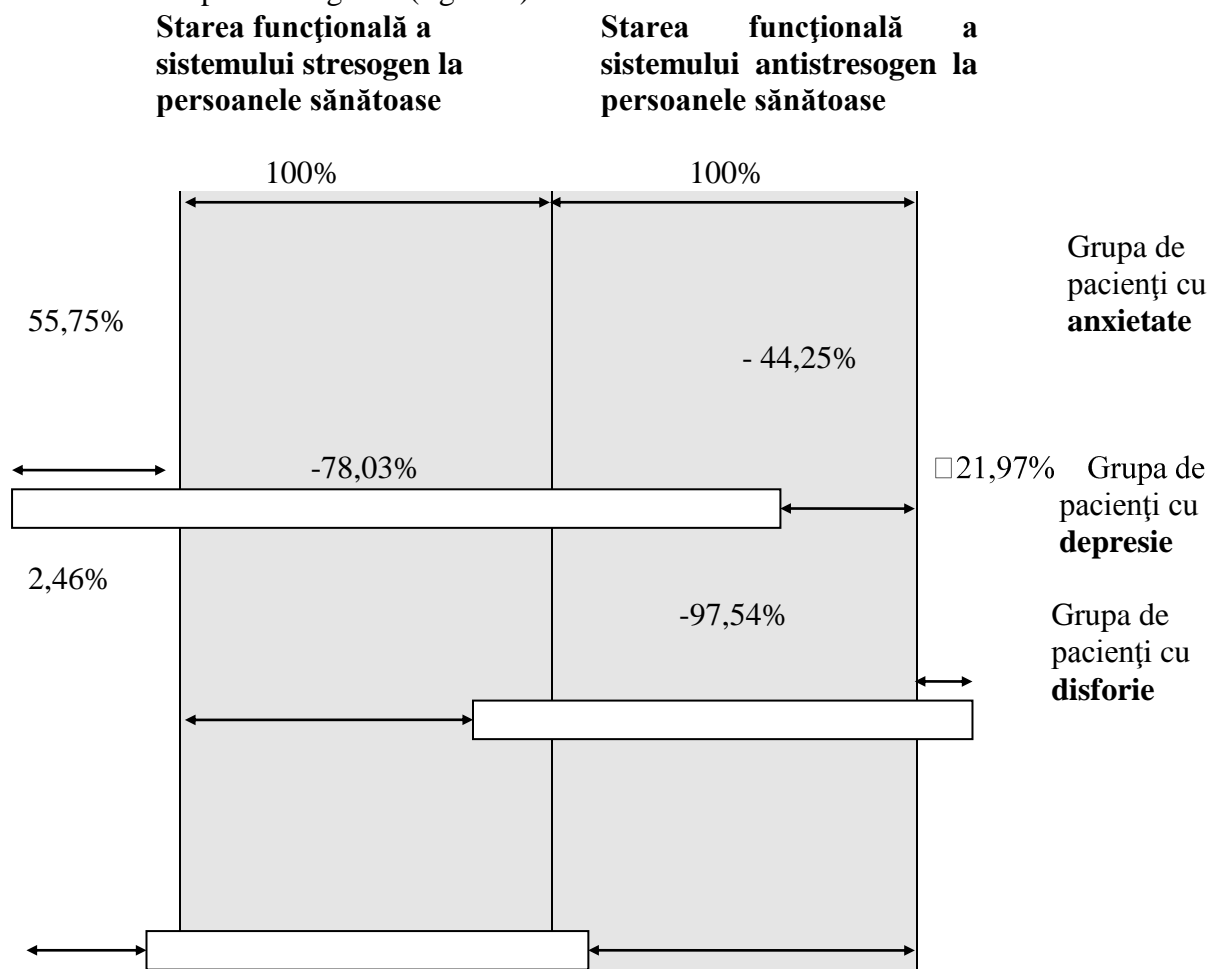


Figura 1. Reprezentarea grafică a raportului S/As (devierea în procente) la pacienții cu diferite dereglări afective în perioada incipientă a remisiunii alcoolismului

Astfel, este evident că, la pacienții cu predominarea anxietății raportul S/As diferă de cel înregistrat la persoanele sănătoase datorită hiperfuncției sistemului stresogen și hipofuncției celui antistresogen. Dar, este interesant faptul că, la bolnavii cu anxietate, sistemul stresogen este funcțional mobilizat aproape la același nivel, la care este diminuată funcția celui antistresogen [(□55,75%) și respectiv (-44,25%)]. Deci, putem conchide că, la această grupă de bolnavi are loc deplasarea echilibrului stres-antistres spre creșterea activității sistemului stresogen. Așa dar, putem presupune că, funcția acestor două sisteme nu este dezintegrată esențial, ci doar este deplasată spre hiperactivitatea sistemului stresogen. Probabil, că cel mai mic procent de recidive alcoolice timpurii la grupa de bolnavi cu anxietate, comparativ cu alte grupe incluse în studiu este determinat de această deplasare a echilibrului funcțional-dinamic între sistemele stres-antistres ale organismului uman.

La pacienții cu predominarea dereglărilor afective tip depresiv se evidențiază hipofuncția sistemului stresogen și în același timp hiperfuncția celui antistresogen, însă spre deosebire de bolnavii cu anxietate dezintegrarea funcțională între cele două sisteme studiate este mai evidentă [(-78,03%) și respectiv (□21,97%)]. Eventual, și procentul de recidive a fost mai mare.

Referindu-ne la pacienții cu predominarea dereglărilor afective de tip disforie se poate remarca, că raportul S/As este schimbat datorită majorării neesențiale a activității sistemului stresogen (□2,46%) și hipofuncției vădite a celui antistresogen (-97,54%). Deci, la această grupă dezintegrarea funcțională a sistemelor stresogen-antistresogen este cea mai pronunțată. Ca și rezultat, la bolnavii cu predominarea disforiei a fost prezent cel mai mare procent de recidive alcoolice precoce.

Astfel, dereglările psihoendocrine la alcooldependenți pot fi una dintre cauzele esențiale în declanșarea recidivelor alcoolice precoce.

Concluzii

1. La dependenții de alcool în perioada timpurie de instituire a remisiunii sunt prezente diverse tulburări ale dispoziției afective (anxietate, depresie, disforie), care influențează reactualizarea pulsionii toxicomanice pentru alcool.
2. În perioada inițială a remisiunii alcooldependenței, la pacienți sunt prezente modificări hormonale diferite în funcție de tulburările afective predominante și intensitatea acestora.
3. Tulburările psihoendocrine prezente în perioada incipientă a remisiunii dependenței de alcool necesită a fi luate în considerare pentru realizarea cu succes a profilaxiei recidivelor alcoolice precoce.
4. La pacienții alcooldependenți în perioada incipientă a remisiunii există un dezechilibru funcțional-dinamic privind activitatea sistemelor stresogen și antistresogen ale organismului.

Bibliografie

1. Анохина И.П. Биологические основы лечения алкоголизма антидепрессантами. В: Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам. Под. Ред. Проф. Н.Н. Иванца. Москва: Медицина, 2007; 11-15.
2. Бабичев В.Н., Пёрышкова Т.А., Айвазашвили Н.И. Алкогольная интоксикация и её влияние на состояние систем регулирующих репродуктивную функцию. Вопросы наркологии. 1992; 3(4):175-182.
3. Domino L.E. Diagnosis of depression in alcoholics. J Biol.Psychiatry. 2000; 28(1): 84-85.
4. Дубинина Л.А. Прогностическое значение психо-вегетативных расстройств у больных алкоголизмом при становлении ремиссии. [Дисс. Д.м.н.]. СтП; 1996. (264)
5. Ерышев О.Ф. Факторы способствующие стабилизации ремиссии при алкоголизме. В: Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева Ст.Пуетербург, 1992; 3: 5 - 15.
6. Lacusta V., Prigoda T., Dubcenco V., Furdui T., Nicolai S., Lupusor V., Coșciug I., Gâlea A. Asocierea acupuncturii și farmacoterapiei în corecția reacțiilor psihovegetative în cadrul stresului emoțional la bolnavii cu alcoolism cronic. Recomandări metodice, Chișinău; 1996.
7. Гофман А.Г., Александрова Н.В. Профилактика рецидивов алкоголизма в амбулаторной практике В: сб. научн. тр. Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях. СтП; 2007: 74-78.
8. Gustafson R. Beer intoxication and phisical aggression in males. J Drug. Alc. Depend.,2008; 21: 237-242.
9. Heinz A., Rommelspacher H., Craf K.J. Hypotalamicpituitary-gonadal axis, prolactin, and cortisol in alcoholics during withdrawal and after three weeks of abstinence: comparasion with healthy control subjects. J Psychiatry Research. 2005; 56(1): 81-95.
10. Куприянова И.Е., Бриченко В.С. Аффективные расстройства и алкоголизм. В: сб. Актуальные вопросы психиатрии. Томск; 2007:160-162.

11. Лакоза Г.Н. Изучение гормонального статуса больных алкоголизмом мужчин. Вопросы наркологии. 2001; 4: 29-33.
12. Лакуста В.Н. Акупунктура и нейрогипофизарные пептиды в терапии алкоголизма. Кишинёв: Штиинца; 1993.

STRUCTURA ȘI DINAMICA SIMPTOMATICII DEPRESIVE LA PACIENȚII CU TULBURĂRI AFECTIVE ȘI ALCOOLISMUL CRONIC

Vladimir Sterpu¹, Aliona Chifiriuc²

¹Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”,

²IMSP DNR, secția Nr. 3, Chișinău

Summary

The structure and dynamics of the depressive syndrome in patients with affective disorders and chronic alcoholism

In this articles is shown the essential components of the depressive syndrome in two different groups of patients, which are suffered from actual for Moldova disorders - affective disorders and chronic alcoholism. Also is analyzed the particularities of dynamics in the development of the depressive syndrome in these groups of patients.

Rezumat

În articol sunt elucidate componentele esențiale sindromului depresiv la două grupe de pacienți, care suferă de actuale pentru Moldova boli – tulburări afective și alcoolismul cronic. Sunt analizate particularitățile dinamicii în dezvoltarea sindromului depresiv la acești pacienți.

Actualitatea

Depresia și alcoolism sunt la moment probleme majore ale sănătății pe mapamond, inclusiv și petru Moldova. Să estimează că în 2020 depresia va fi pe al 2 loc ca cauza morbidității în lume. Consumul abuziv de alcool constituie primul factor de risc pentru populația din Republica Moldova. Respectiv, această situație a sporit mortalitatea generală a populației, a influențat negativ asupra situației demografice din teritoriu, a sporit violența și agresivitatea familială, suicidele. Actualmente, în Republica Moldova se înregistrează circa 48000 persoane afectate de alcoolism cronic. Incidența morbidității prin alcoolism cronic constituie 111,2 (2007) în comparație cu 106,6 (2006). Dependența de alcool și depresia sunt o combinație predominantă a tulburarilor psihice în rîndul persoanelor care solicita tratament. Weissman a raportat ca 70% dintre alcoolici îndeplinesc criteriile pentru un alt diagnostic psihiatric la un moment dat in timpul vieții lor si ca 50% dintre cei cu un istoric abuzului de alcool sau dependența, de asemenea, îndeplinesc criteriile de depresie majora sau de tulburare bipolară afectivă [1]. Mai recent, într-un raport programului Epidemiologic Cachment Area [2], Regier a confirmat o concordanță mare problemelor afective și a alcoolismului [3]. Printre subiecții cu abuz de alcool sau dependența în anamneza, 36,6% au avut o comorbiditate psihiatrică si 13,4 % au avut antecedente de tulburari afective. Acestea tulburări grupați împreuna au o rata de aproximativ doua ori mai mare decît s-ar fi așteptat relativ la prevalența fiecărei tulburări în populația generală. În mod similar, printre cei cu antecedente de tulburari afective, 21,8% au indeplinit criteriile DSM-IV pentru abuz de alcool sau dependență la un moment dat în viața lor și în rîndul celor cu tulburare afectivă bipolară, comorbiditatea cu diagnostic de alcoolism a fost 81,6% [4]. Mai multe studii au constatat ca cea mai mare comorbiditate psihiatrică pentru persoanele cu abuzul de alcool sau dependență pare a fi tulburările afective, anxioase, si tulburările de personalitate tip social [5,6]. Diferențierea diagnostica precoce în ceea ce privește comorbiditatea alcoolismului si tulburării afective sunt importante din mai multe motive. În primul rind, în cazul în care o tulburare depresivă majoră