

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 tulburărilor psihice în rândul 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 împreună au o rata de aproximativ doua ori mai mare decât 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 rândul 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 diagnostică 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

și abuzul de alcool sau dependența de alcool sunt prezente, pot fi necesare servicii clinice suplimentare pentru a gestiona ambele aspecte, atât acute, cât și cronice a fiecărei tulburare [7]. Persoanele dependente de alcool, cu astfel tulburări psihiatrice comorbide au patologii disproporționat mai severe și o istorie mai vastă a problemelor, precum și resursele personale și familiale mai reduse pentru a gestiona pozitiv aceste probleme suplimentare. Un al 2-lea motiv pentru a lua decizii diagnostice precoce este faptul că printre cei cu o tulburare afectivă dependența concomitentă de alcool poate reduce eficacitatea și a complica tratamentul. În al 3-lea rând, în general, comorbidități psihiatrice pare să fie asociate cu evoluția clinică mai nefavorabilă, atât pentru pacienții alcoolici cât și pacienții cu tulburări afective [8,9].

Relațiile dintre alcoolism și depresie sunt de o complexitate particulară, nuanțele raporturilor ale acestor condiții situându-se pe o poziție singulară în psihopatologia clinică. În linii generale, testele psihologice aplicate în depresii și alcoolism evidențiază trei trasaturi comune, fundamentale de personalitate și anume depresia, anxietatea și pierderea stimei de sine [10]. Sub aspect clinic, relația alcoolism-depresie poate fi privită și analizată atât din perspectiva depresiei, cât și din cea a alcoolismului. Din perspectiva depresiei, interferența alcoolismului poate fi utilizată în următoarele situații: 1) Alcoolismul ca forma de debut a depresiei este o situație întâlnită mai ales la adolescenți, la bărbații tineri, dar și la alte grupe de vîrstă; 2) Alcoolismul ca semn premonitor al recurenței este o situație în care cel în cauză, simțind glisarea în episodul depresiv, recurge la înghițirea mari, cotidiene; 3) Alcoolismul ca semn defensiv este situația cînd starea penibilă psihică și somatică din depresie este diminuată prin ingestia de alcool. Din perspectiva alcoolismului, interferența depresiei poate fi întâlnită astfel: 1) Depresia invocată - ca mască a alcoolismului, fenomen evident mai ales cînd alcoolicul ajunge în fața medicului caruia îi prezintă o simptomatologie depresivă, disimulînd sau minimalizînd ingestia de alcool, 2) Depresia ca expresie a reacției individului față de propria-i degradare profesională, socio-familială și morală; 3) Depresia ca expresie biochimică a ingestiei cronice de alcool - dacă în ingestia acută, alcoolul acționează ca un IMAO, fiind susceptibil să înlăture depresia, în ingestia cronică, alcoolul determină creșterea monoaminooxidelor, a cărei consecință va fi apariția depresiei sau accentuarea ei dacă există [7,11].

Acest studiu era o încercare de a compara secvențial simptomele depresive la subiecții cu dependență de alcool sau tulburare afectivă, pentru a stabili dacă severitatea și tipul de simptome depresive sunt specifice la persoane care solicită tratament fie problemelor cu alcool sau depresie și variază între aceste grupe diagnostice. În plus, am examinat cînd în cursul tratamentului și ce tipuri de simptome depresive se reduc în funcție de diagnostic primar.

Scopul și obiectivele studiului

Analiza și cercetarea în dinamica a simptomatologiei depresive la pacienții cu tulburări afective și alcoolism cronic prin evaluarea particularităților dezvoltării sindromului depresiv la pacienții cu tulburări afective sau cu alcoolism cronic și analiza structurii sindromului depresiv la pacienții cu tulburări afective sau cu alcoolism cronic

Materiale și metode

Au fost studiați două loturi de respondenți care prezintau: 1) Lotul „TA” – 20 pacienți cu tulburări afective conform CIM 10 (F 32, F 33, F 34); 2) Lotul „AC” – 20 pacienți cu alcoolism cronic (F 10). Studiul s-a efectuat în incinta IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie din Chișinău și IMSP și implică pacienții spitalizați. În realizarea acestui studiu era folosită metoda chestionării respondenților folosind următoarele instrumente: 1. Chestionar demografic și 2. Scala clinică evaluării sindromului depresiv Hamilton (HDRS – Hamilton Depression Rating Scale), varianta cu 21 iteme. Prin analiza factorială s-au conturat mai mulți factori ai scalei Hamilton. Guy (1976) [13] prezintă 6 factori: anxietate/somatizare, greutate, tulburări cognitive (vinovație, agitație, idei suicidare, derealizare, simptome paranoide și simptome obsesionale), variație diurnă a dispoziției, retardare și tulburări de somn. Hedlund și Vieweg (1979) [14]

trece în revista 6 studii și constata că există cel puțin doi factori relativ stabili: un factor legat de severitatea simptomelor și altul cu o variabilitate bipolară (anxietate, depresie agitată și depresia retardată). În 1983 Rhoades și Overall [12] fac o analiză factorială care conturează 7 factori ca prin intercorelarea lor să obțină numai doi factori de ordinul doi: depresia vegetativă și depresia cognitivă. Prin "analiză în clustere" (*cluster analysis*) a scorurilor obținute la 240 pacienți evaluați cu scala Hamilton, acești autori identifică cinci subtipuri de depresie: anxios, suicidal, somatizant, vegetativ și paranoic. Toate studiile au arătat că cei mai importanți factori sunt: factorul somn (itemii 4, 5, 6), factorul anxietate (itemii 9, 10, 11) și factorul severitatea depresiei (itemii 1, 2, 7, 8, 10, 13). În acest studiu a fost folosită divizarea itemilor scalei Hamilton pe un principiu clinic și au fost structurate următoarele 6 grupe de semne: 1) Nucleare/Emoționale (itemii 1 2 6 14 16), 2) Cognitive (itemii 3 8 15 17 19-21), 3) Vegetative (itemele 4-6 7 16 18), 4) Somatice (itemii 11 12 13 14), 5) Anxietate (itemii 6 9 10 11 12 13 15), 6) Psihotice (itemii 19-21) Datele obținute au fost analizate, folosind metodele 1) descriptivă, 2) corelațională, 3) comparativă prin utilizarea sistemului statistic analitic "SPSS 17 for OS Windows".

Rezultate

Tab.1A - Componentele importante pentru lotul „TA” – corelațiile scorului HDRS cu itemele scării

	Dispoziția depresivă	Sentimentul de vinovăție	Impulsuri suicidare	Insomnia de adormire	Treziri nocturne	Trezire prematură	Munca și interese
HDRS	,753**	0,28	0,194	,369*	-0,104	-0,21	,602**
	Lentoare generală	Agitație	Anxietate psihică	Anxietate-somatice	Simptome gastro-intestinale	Simptome somatice generale	Interes sexual (libidou)
HDRS	-0,018	0,262	,438**	0,282	0,21	,425**	,437**
	Hipocondria	Scăderea ponderală	Pierderea conștiinței bolii	Variația diurnă dispoziției	Depersonalizarea/derealizarea	Semne paranoiciale	Semne obsesive și compulsive
HDRS	,648**	0,232	0,229	0,227	0,203	,558**	,369*

Tab.1B - Componentele importante pentru lotul „AC” – corelațiile scorului HDRS cu itemele scării

	Dispoziția depresivă	Sentimentul de vinovăție	Impulsuri suicidare	Insomnia de adormire	Treziri nocturne	Trezire prematură	Munca și interese
HDRS	0,301	,449**	0,245	,538**	,563**	,460**	,441**
	Lentoare generală	Agitație	Anxietate psihică	Anxietatea somatică	Simptome gastro-intestinale	Simptome somatice generale	Interes sexual (libidou)
HDRS	0,171	0,275	,539**	,641**	,604**	,454**	0,316
	Hipocondria	Scăderea ponderală	Pierderea conștiinței bolii	Variația diurnă dispoziției	Depersonalizarea/derealizarea	Semne paranoiciale	Semne obsesive și compulsive
HDRS	,400*	,453**	,328*	,490**	,512**	,692**	0,13

** Corelația este semnificativă la nivel $p < 0.01$ * Corelația este semnificativă la nivel $p < 0.05$

Analizând sindromul depresiv în baza corelațiilor între itemele scării Hamilton și nivel depresie (scorul scării Hamilton) putem sa vedem că manifestarile esențiale, componentele cele mai importante, pentru loturile studiate sunt:

Pentru lotul “TA” - dispozitia depresiva, hipocondria, scăderea interesului către munca și interese, semne paranoidale, anxietate psihica, scăderea interesului sexual, simptome somatice generale, insomnia de adormire, semne obsesive și compulsive. Pentru lotul “AC” - sentiment de vinovatie treziri nocturne, trezire premature, , anxietate somatica, simptome gastro-intestinale, scăderea ponderala, pierderea conștiinței bolii, variația diurna a dispozitiei, depersonalizarea/ derealizarea. Iteme comune pentru ambele loturi au fost: scăderea interesului către munca și interese, simptome somatice generale, anxietate psihica, simptome somatice generale, semne paranoie, insomnia de dormire.

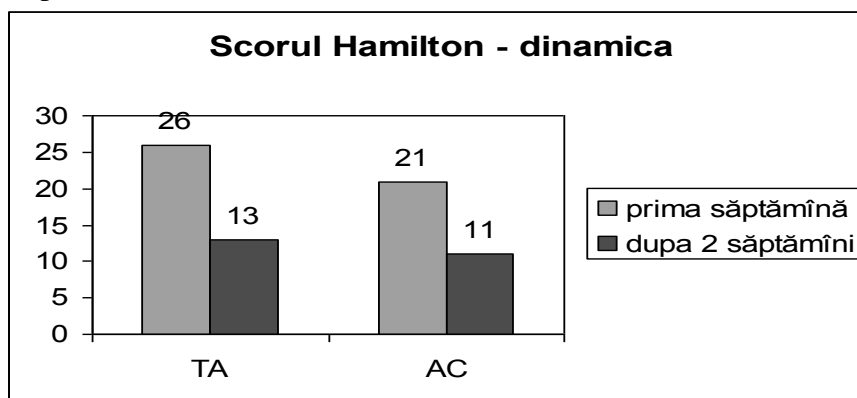
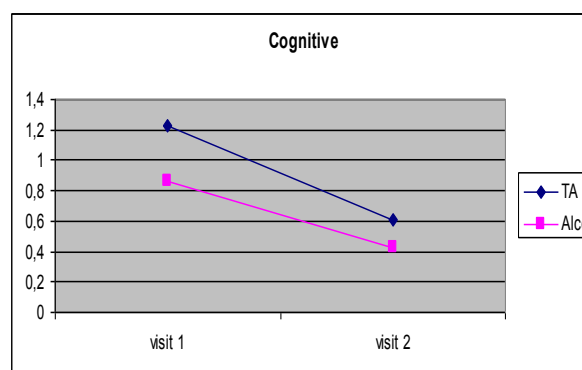
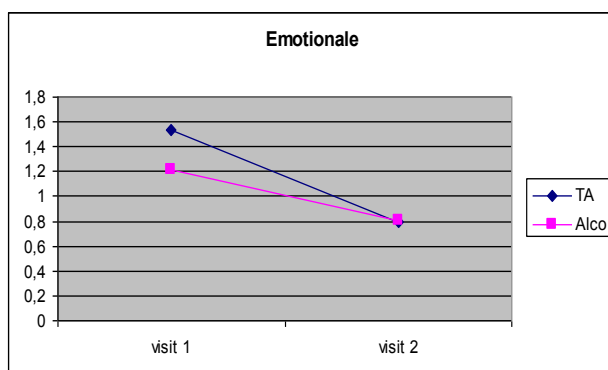


Fig.1 Dinamica depresiei – scimbarea scorului Hamilton în ambele loturi

Din Fig.1 se evidențiază că în ambele loturi nivelul depresiei atinge nivelul clinic. În dinamica sindromului depresiv observăm o scădere nivelului sindromului depresiv în perioada efectuării studiului – timp de aproximativ 2 săptămîni. De menționat că nivelul rămîne relativ înalt, caracteristic depresiei ușoare. Ce este foarte interesant, că raportul egal de scadere a sindromului depresiv apare în urma tratamentului diferit: în cazul pacienților cu tulburările afective – depresia este ținta principală tratamentului, ce nu este specific cazului lotului pacienților cu alcoolism cronic.

Dinamica sindromului depresiv: în lotul “TA” predomina tulburările Nucleare/ Emotionale care la fel cu cele vegetative sunt în descreștere și au o dinamică mai evidentă în comparație cu lotul “AC” unde în urma tratamentului se observa doar usoara scadere (ameliorare) a sindromului depresiv.



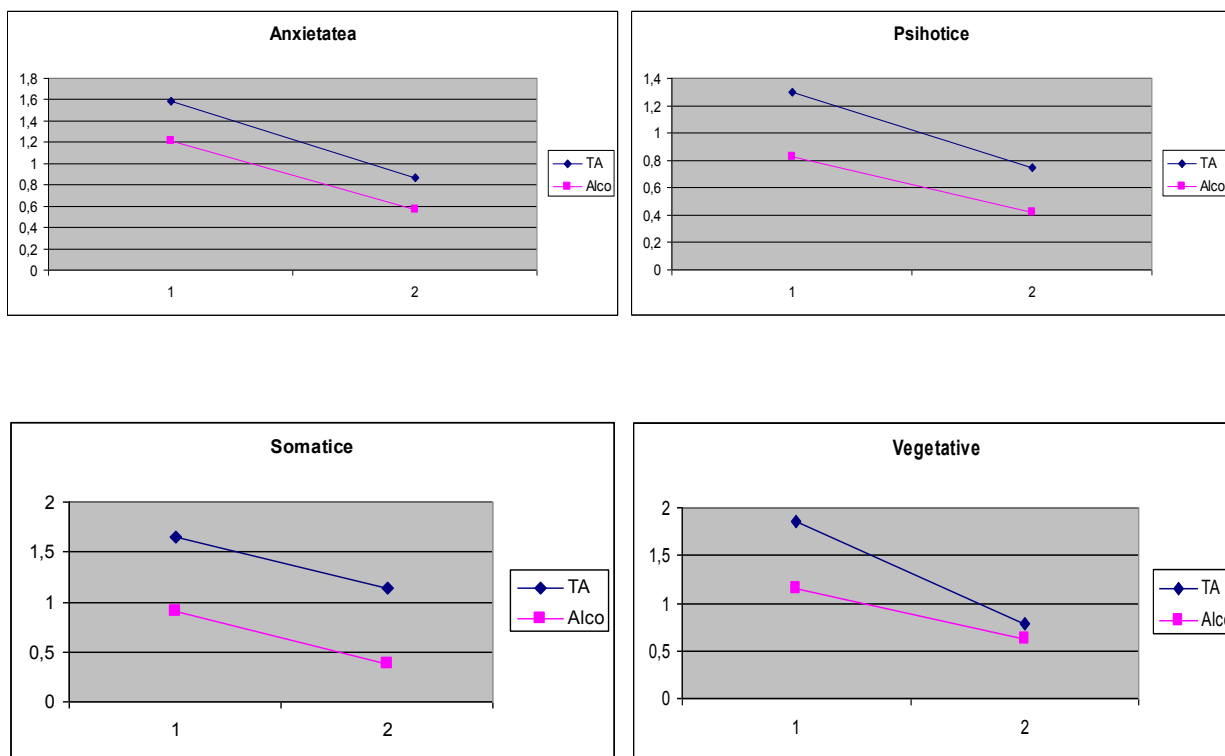


Fig.2 Dinamica grupelor semnelor clinice sindromului depresiv (TA vs AC)

Dinamica sindromului depresiv în lotul “AC” este una mai lentă, fiind mai mai complexă și cu componente mai multiple (vezi Tab. 1 B). Dispoziția în lotul AC este de la început mai puțin diminuată în comparație cu lotul TA, dar și ameliorarea stării apare mult mai lent.

Concluzii

- Depresia la pacienții ce suferă de alcoolism are manifestări mai diferite, dereglări ale dispoziției sunt mascate de alte dereglări, dar și se ameliorează mai greu
- Aproximativ egalare a sindromului depresiv între loturi. Raportul egal de scădere a sindromului depresiv în urma **tratamentului diferit**.
- Dinamica sindromului depresiv la “TA”: tulburări vegetative (vitale) și emoționale se ameliorează mai rapid
- Dinamica sindromului depresiv la lotul “AC”: Dispoziția se ameliorează mai greu în comparație cu alte componente

Așa dar acordarea atenției tulburării dispoziției la pacienți cu alcoolism este necesar pentru sporirea tratamentului. Orice ajutor medical este pozitiv perceput de pacienții cu alcoolism, și poate duce la reducerea semnelor depresiei în primele săptămâni a tratamentului.

Bibliografie

1. Weissman MM, Meyers JK, Harding PS: Prevalence and psychiatric heterogeneity of alcoholism in a United States urban community. J Stud Alcohol 1980; 41:672-681
2. Robins LN, Helzer JE, Pryzbeck TR, Regier DA: Alcohol disorders in the community: a report from the Epidemiologic Catchment Area survey, in Alcoholism: Origins and Outcome. Edited by Rose RM. New York, Raven Press, 1988
3. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. JAMA 1990; 264:2511-2518
4. Helzer JE, Pryzbeck TR: The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. J Stud Alcohol 1988; 49:219-224

5. Merikangas KR, Gelernter CS: Comorbidity for alcoholism and depression. *Psychiatr Clin North Am* 1990; 13:613-632
6. Schuckit MA, Irwin M, Brown SA: The history of anxiety symptoms among 171 primary alcoholics. *J Stud Alcohol* 1990; 51: 34-41
7. Overall JE, Reilly EL, Kelley JT,: Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:505-513
8. Brady K, Casto S: An examination of depressed vs nondepressed alcoholics in inpatient treatment. *J Clin Psychol* 1986;42:177-184
9. Hasin DS, Grant BF, Endicott J: Lifetime psychiatric comorbidity in hospitalized alcoholics: subject and familial correlates. *Int J Addict* 1988; 23:827-850
10. Willenbring ML: Measurement of depression in alcoholics. *J Stud Alcohol* 1986; 47:367-372
11. Cleary P, Guy W: Factor analysis of the Hamilton depression scale. *Drugs Exp Clin Res* 1977; 1:115-120
12. Rhoades HM, Overall JE: The Hamilton Depression Scale: Factor scoring and profile classification, *Psychopharmacology Bulletin*, 1983, 19:91-96
13. Guy W: ECDEU Assessment Manual for Psychopathology, DHEW Publication N0.76-338, Washington DC; Government Printing Office, 1976
14. Hedlund JL, Vieweg BW: The Hamilton Rating Scale for Depression: A comprehensive review, *Journal of Operational Psychiatry*, 1979,10:149-165

PARTICULARITĂȚILE PATOLOGICE ALE PERSONALITĂȚII PACIENȚILOR CU TULBURĂRI AFECTIVE ȘI ALCOOLISM CRONIC

Vladimir Sterpu¹, Natalia Grăjdieru²

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

² IMSP Spitalul de Psihiatrie, secția Nr.3, Bălți

Summary

Pathological particularities of personality in patients which suffer from affective disorders or chronic alcoholism

The article presents results of analysis of the pathological personality traits of patients with affective disorders and patients with chronic alcoholism. The most important clinical features and the common pathological traits have been elucidated to assess psychotherapeutic possibilities in the complex treatment of patients

Rezumat

În articol sunt prezentate rezultatele analizei trăsăturilor patologice a personalității pacienților ce suferă de tulburări afective și pacienților cu alcoolism cronic. Au fost elucidate cele mai importante trăsături la nivel clinic și trăsăturile patologice comune pentru aprecierea posibilităților psihoterapeutice în tratamentul complex a pacienților.

Actualitatea

La momentul actual, depresia, caracterizată prin tristețe, scăderea interesului în activitățile altădată aducătoare de bucurie, este astăzi a 4 cauză majoră a cheltuielilor și handicapului la nivel mondial. Cu circa 340 milioane de suferinzi în întreaga lume, ocupă locul I la femei și locul II la bărbați (15-44 ani) în ce privește costurile și handicapul. În anul 2020 depresia va trece de pe locul 4 pe locul 2 (pentru toate vârstele) după afecțiunile cardiovasculare, avertizează Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Este semnificativ că ultimii 40 ani probabilitatea de a face un episod depresiv s-a dublat, dar vârsta apariției primului episod scade (vârsta medie de apariție a episodului depresiv este de 20-25 ani) și tot mai