

PARTICULARITĂȚI PSIHONEVROTICE ALE PACIENȚILOR CU UROLITIAZĂ

PSYHONEUROLOGICAL SYMPTOMS IN CASES OF UROLITHIASIS PATIENTS

Veronica Calancea ¹, Octavian Taranov ², Adrian Tănase ², Andrei Galescu ³

¹ Catedra Psihologie ULIM, Secția Internare IMSP Spitalul Clinic Republican

² Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican

³ Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF "N. Testemițanu"

Summary

Neurological symptoms in cases of urolithiasis patients is characterized by states of irritation, restlessness, provision unstable, stable sleep disorders: insomnia, somnolence day and night, dreams of horror based on a single topic. Subsequently these events are changing the signs of „exhaustion”: fatigue, anxiety, excessive anger with infantile regression. Asthenia syndrome is manifested at the beginning of the disease and lasts throughout them. A specific feature of fatigue is its association with hyperesthesia and exhausted athlete. Mental disorders do not exceed the neurotic intensity, but are persistent and obsessive. Several studies have reported that symptoms of anxiety and depression are significantly associated with disease characterized by painful crises. Urolithiasis is part of this set of diseases.

Introducere

Importanța factorilor psihologici în boală a fost și este încă cercetată în ultimele decenii. Psihogeneza, după Livadon este o variație fiziologică care este impusă de structura situației trăite de persoană și nu de natura fizico-chimică a mediului extern. Psihogeneza nu implică, deci, nici absența fiziologului și nici prezența conștiinței, ci mai degrabă, corespunde unei trăiri conștiente sau nu față de o situație și nu față de o variație fizico-chimică a mediului intern sau extern [4].

În acțiunea sa psihogenetică, factorul exterior și trauma psihică nu reprezintă încă singurul element, ci alături de acesta mai participă și alți factori, cum ar fi o serie de particularități psihologice ale individului, precum și rolul stării generale psihosomatice (boli psihosomatice, surmenaj, stări fiziologice, particularități innăscute și chiar situații de moment a persoanei respective). [10].

În 1936 Hans Selye a introdus noțiunea de stres și sindrom general de adaptare. Stresul psihic și cel fizic nu se deosebesc în esență în ceea ce privește reacția organismului și reacția generală adaptativă [1, 7].

Putem avea o reacție de stres benignă cu tulburarea echilibrului funcțional de scurtă durată (secunde/ore), moderată (zile) sau severă (luni sau chiar ani) [5].

Conform teoriei psihanalitice a lui S.Freud, persoana în caz de boală trece prin 2 etape: o stare de angoasă, care este declanșată de un pericol și asociată unui reflex de autoconservare și permite mobilizarea energiilor și reacțiilor de adaptare; și frustrare – o situație în care un obstacol modifică conduita subiectului și care are drept consecință ca reacție din partea individului apariția stării de anxietate, ură, agresivitate [1, 7].

La unii indivizi factorii stresanți duc la obișnuință și la posibilitatea unei apărări mai facile; la alții – traumatismul psihic duce la o stare de sensibilizare profundă, încât ulterior chiar o excitație slabă poate determina reacții importante [2].

Patologiile rinichilor, precum urolitiază, pot cauza variate sindroame grave: encefalopatie, comă uremică, sindrom

polineuropatic. La un șir de pacienți schimbările în sistemul nervos și rinichi se dezvoltă paralel și sunt consecințe ale unei patologii ereditare (neuropatie familială cu surzenie, diabet non-zaharat nefrogen, pseudo-hiperparatiroidită ereditară, sindrom oculo-cerebro-nefrotic) [17].

Afectarea sistemului nervos în cazul maladiilor renale este condiționată în majoritatea cazurilor de intoxicație. De-compensarea funcției renale provoacă intoxicarea sistemului sanguin cu azot, uree și componentele sale. În caz de depozitare a substanțelor toxice se observă dereglarea absorbției normale și eliminarea electroliților – kaliu, calciu, magneziu, clor. Redistribuirea concentrației lor în organismul uman duce la schimbări a tensiunii sanguine și lichidului cefalo-rahidian, și ca consecință este creșterea permeabilității vasculare. Aceasta, la rândul său, provoacă dezvoltarea edemelor cerebrale și spinale, și micro-hemoragii în țesutul cerebral. În rezultatul acestor schimbări patologice se dezvoltă simptome clinice [18].

Comprimarea ganglionilor spinali ca consecință a edemului toxic provoacă apariția sindromului dureros. Durerea se localizează în regiunea rinichilor, unilateral – în colica renală, sau simetric bilateral – în nefrită [11].

Pacienții acuză dureri cu caracter permanent sau sub formă de colică, care nu se jugulează întotdeauna în poziția orizontală și se poate răspândi pe suprafața anterioară a coapsei și cutei inghinale. Este posibilă apariția durerii în regiunea abdominală și cardiacă, care imită maladii hepatice, gastrice, pancreatice și stenocardie. S-a stabilit un consens prin recunoașterea faptului că durerea la om este un fenomen neuropsihologic complex, cu aspect pluridimensional (senzorial, afectiv, cognitiv și comportamental) și susceptibil de a fi modulată de numeroși factori a căror origine se situează la fel de bine la nivelul individului (factori neurofiziologici și psihologici), ca și la nivelul mediului său inconjurător (factori sociali). Individul realizează pe plan psihologic boala ca o agresiune, ca un stres, ca o stare de insecuritate sau dezastru. Intrând în boală, bolnavul părăsește logica obișnuită și pătrunde într-o lume „irațională” dominată

de logica instinctelor și a afectivității, o lume egocentrică [3].

Simptomatologia neurologică a pacienților în caz de urolitiază se manifestă prin stări de iritare, agitație, dispoziție instabilă, dereglări stabile ale somnului: somnolență ziua și insomnie nocturnă, vise de groază având la bază unul și același subiect. În continuare aceste manifestări se preschimbă în simptome ale „epuizării” – astenie, anxietate, supărare excesivă cu regresie infantilă și plaxivitate [6, 9].

Sindromul astenic este manifestat la începutul bolii și durează pe tot parcursul ei. O particularitate specifică asteniei, constă în asocierea ei cu hiperestezia și epuizarea iritantă. Tulburările psihice nu depășesc intensitatea nevrotică, dar sunt persistente și obsesive [14].

Mai multe studii au raportat că simptomele de anxietate și depresie sunt în mod semnificativ asociate cu boli caracterizate prin crize dureroase, la care putem atribui și colica renală [2].

Obiective

1. cercetarea abordărilor teoretice referitoare la particularitățile psihonevrotice ale pacienților în caz de urolitiază;

2. stabilirea metodei corespunzătoare identificării stărilor nevrotice;

3. cercetarea stărilor nevrotice și manifestarea acestora la pacienții în caz de urolitiază.

Material și metode

Sub raportul vârstei, vârful de incidență în caz de urolitiază îl reprezintă segmentul 20-40 de ani, dar boala litiazică nu este rară în copilărie și nici la vârstnici [15].

Cercetările anterioare descriu un număr mai mare de pacienți cu urolitiază în rândurile genului feminin decât cel masculin. Acest lucru s-a observat și în studiul nostru: 80% din respondenți erau femei. [12].

Literatura de specialitate prezintă date internaționale recente cu incidența tot mai mare și rate de prevalență de litiază renală, ajungând la valorile de 10-15 %. Studiile arată o rată de recurență ridicată ce implică aproximativ 70% dintre pacienții în vârstă de 20 de ani de la primul episod de colică renală [8].

Studiul de față a fost efectuat pentru a depista și evalua stările nevrotice ale pacienților în caz de urolitiază. Eșantionul a fost selectat în incinta secțiilor SCR: urologie, chirurgie viscerală, chirurgie generală, terapie generală, gastroenterologie. Pentru cercetare am utilizat chestionarul K-78. Am aplicat metoda de cercetare pe câte 30 persoane cu urolitiază, ulcer gastric, ulcer duodenal.

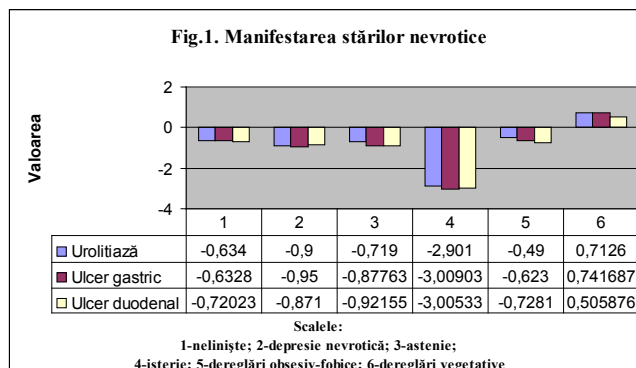
Chestionarul clinic K-78, după K.Jahin și D.Mendelevici – este un instrument psihologic pentru depistarea și evaluarea stărilor nevrotice elaborat în 1978 de K.K.Jahin și D.M.Mendelevici. Conține 68 de întrebări cu 5 variante de răspuns. Fiecare variantă are un punctaj corespunzător: „nu a fost niciodată”- apreciat cu 5 puncte, „rar” – apreciat cu 4 puncte, „uneori” – apreciat cu 3 puncte, „des” – apreciat cu 2 puncte, „întotdeauna/permanent” – apreciat cu 1 punct. Valorile „brute” obținute sunt transformate în valori standard pe baza matricelor speciale ale scalelor cercetate. Chestionarul este destinat depistării anxietății, depresiei nevrotice, asteniei, tipului isteric de răspuns, dereglărilor obsesiv-fobice, dereglărilor vegetative. Coeficienții de diagnostic sunt sumați după aceste șase scale. Indicele mai mare de +1,28 indică un nivel de sănătate, mai mic de -1,28 indică caracterul maladiv/

bolnăvicios al dereglărilor depistate [13].

Rezultate

În urma prelucrării rezultatelor chestionarului am elaborat un profil de comparație al mediei stărilor nevrotice la pacienții în caz de urolitiază, ulcer gastric și ulcer duodenal (Figura 1).

Valorile prelucrate ale rezultatelor chestionarului pentru pacienții cu urolitiază au scos în evidență câțiva factori: depresia nevrotică cu valoarea -0,9 și astenia cu -0,719 care desemnează media între limitele patologiei (N: +1,28/-1,28); dereglările de tip isteric având ca rezultat -2,901, care denotă trecerea peste limită de 2 ori în sens patologic.



S-a depistat că media pentru stările nevrotice la pacienții cu ulcer gastric variază de la -3,009 ce denotă un caracter maladiv al isteriei (dereglări de tip isteric) până la 0,741 în dereglările vegetative, ca rezultat al unui nivel mediu de sănătate.

La pacienții cu ulcer duodenal s-au evidențiat: dereglările de tip isteric cu media -3,005 care desemnează un rezultat patologic mult peste normă (N: +1,28/-1,28); astenie -0,921, depresie nevrotică -0,871, neliniște -0,720 care se apropie de limita patologică.

Din figura 1 se observă că pacienții cu urolitiază, care se aflau la momentul cercetării internați în secția de urologie a SCR, prezentau un nivel patologic al dereglărilor isterice, care cu puțin se deosebește de starea pacienților cu ulcer. Același lucru este evident la factorii depresie nevrotică și astenie. Conform rezultatelor medii pe care le-am primit putem concluziona că, pacienții în caz de urolitiază manifestă stări nevrotice asemănătoare pacienților cu ulcer gastric și duodenal. Studiile efectuate până în prezent asupra pacienților cu ulcer gastric sau duodenal, au descris comportamentul lor pe baza teoriilor psihosomatice cunoscute, axate pe stres și adaptare/dezadaptare. Pacienții cu urolitiază nu fac parte din grupul maladiilor psihosomatice și nu sunt studiați din punct de vedere al psihologiei sănătății sau psihologiei clinice, sau medicale. Aceștia li se atribuie doar câteva calități psihonevrotice: astenie, anxietate, neliniște, depresie. Din convorbirile cu pacienții urologici s-a evidențiat simptomul dureros, care este prezent în colica renală; starea de astenie, dereglări de tip isteric când apar primele simptome ale colicii renale, dereglări obsesiv-fobice permanente, în legătură cu frica pentru „apariția” calculilor.

Pentru a concretiza influența manifestării stărilor nevrotice asupra pacienților în caz de urolitiază, ulcer gastric și ulcer duodenal am utilizat T-testul pentru eșantioane independente.

În urma calculelor efectuate am depistat că este o deosebire statistic semnificativă între pacienții cu urolitiază

Tabelul 1

Compararea mediei parametrilor chestionarului în caz de: urolitiază / ulcer gastric

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
NELINIST	Equal variances assumed	7,707	,007	-4,56	58	,650	-,4690	1,0275	-2,5257	1,5877
	Equal variances not assumed			-4,56	44,391	,650	-,4690	1,0275	-2,5392	1,6012
DEPRESIE	Equal variances assumed	10,590	,002	,160	58	,874	,1843	1,1537	-2,1250	2,4937
	Equal variances not assumed			,160	50,774	,874	,1843	1,1537	-2,1320	2,5007
ASTENIE	Equal variances assumed	,092	,763	-,930	58	,356	-1,0533	1,1325	-3,3204	1,2137
	Equal variances not assumed			-,930	57,956	,356	-1,0533	1,1325	-3,3204	1,2137
ISTERIE	Equal variances assumed	,023	,880	-2,714	58	,009	-2,1240	,7827	-3,6908	-,5572
	Equal variances not assumed			-2,714	57,549	,009	-2,1240	,7827	-3,6910	-,5570
OBSESII	Equal variances assumed	,099	,754	-1,268	58	,210	-1,1340	,8943	-2,9241	,6561
	Equal variances not assumed			-1,268	57,688	,210	-1,1340	,8943	-2,9243	,6563
VEGETAT	Equal variances assumed	,002	,962	,972	58	,335	1,6583	1,7066	-1,7579	5,0744
	Equal variances not assumed			,972	57,673	,335	1,6583	1,7066	-1,7583	5,0748

Tabelul 2

Compararea mediei parametrilor chestionarului în caz de: urolitiază / ulcer duodenal

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
NELINIST	Equal variances assumed	7,147	,010	1,948	58	,056	2,1900	1,1245	-6,09E-02	4,4409
	Equal variances not assumed			1,948	41,619	,058	2,1900	1,1245	-7,99E-02	4,4599
DEPRESIE	Equal variances assumed	15,631	,000	2,519	58	,015	3,4030	1,3508	,6991	6,1069
	Equal variances not assumed			2,519	44,690	,015	3,4030	1,3508	,6818	6,1242
ASTENIE	Equal variances assumed	6,998	,010	,220	58	,826	,2970	1,3470	-2,3993	2,9933
	Equal variances not assumed			,220	52,836	,826	,2970	1,3470	-2,4049	2,9989
ISTERIE	Equal variances assumed	8,083	,006	-,445	58	,658	-,5153	1,1575	-2,8323	1,8016
	Equal variances not assumed			-,445	43,279	,658	-,5153	1,1575	-2,8492	1,8185
OBSESII	Equal variances assumed	4,460	,039	-,210	58	,835	-,2293	1,0939	-2,4191	1,9604
	Equal variances not assumed			-,210	50,652	,835	-,2293	1,0939	-2,4259	1,9672
VEGETAT	Equal variances assumed	6,132	,016	1,747	58	,086	4,0899	2,3409	-,5958	8,7757
	Equal variances not assumed			1,747	49,004	,087	4,0899	2,3409	-,6142	8,7941

și cei cu ulcer gastric doar la parametrul isterie pentru $p < 0,05$; valoarea t pentru varianțe egale este $-2,714$, care, cu 58 grade de libertate este semnificativ la $p = 0,009$ pentru nivelul 2-tailed.

Rezultatele comparării mediilor pentru parametrii chestionarului clinic între pacienții cu urolitiază și cei cu ulcer duodenal au scos în evidență un factor ce denotă semnifi-

cație statistică: depresia nevrotică, pentru $p < 0,05$; valoarea t pentru varianțe egale este $2,519$, care, cu 58 grade de libertate este semnificativ la $p = 0,015$ pentru nivelul 2-tailed.

Am utilizat testul *U Mann-Whitney* pentru date nerelaționate. În tabelul 3 am inclus grupul de pacienți cu urolitiază și cei cu ulcer gastric, apoi în tabelul 4 – pacienții cu urolitiază și cei cu ulcer duodenal.

Tabelul 3

Testul Mann-Whitney pentru grupul de pacienți cu: urolitiază și ulcer gastric

Test Statistics ^a						
	NELINIST	DEPRESIE	ASTENIE	ISTERIE	OBSESII	VEGETAT
Mann-Whitney U	417,000	429,000	379,500	273,000	357,000	384,000
Wilcoxon W	882,000	894,000	844,500	738,000	822,000	849,000
Z	-.488	-.311	-1,043	-2,619	-1,376	-.976
Asymp. Sig. (2-tailed)	.625	.756	.297	.009	.169	.329

a. Grouping Variable: VAR00002

Tabelul 4

Testul Mann-Whitney pentru grupul de pacienți cu: urolitiază și ulcer duodenal

Test Statistics ^a						
	NELINIST	DEPRESIE	ASTENIE	ISTERIE	OBSESII	VEGETAT
Mann-Whitney U	294,000	303,000	444,000	405,000	450,000	339,000
Wilcoxon W	759,000	768,000	909,000	870,000	915,000	804,000
Z	-2,308	-2,175	-.089	-.666	.000	-1,642
Asymp. Sig. (2-tailed)	.021	.030	.929	.506	1,000	.101

a. Grouping Variable: VAR00002

Acest tabel indică statistica de bază **Mann-Whitney**, valoarea **U** fiind de 273 la parametrul isterie, ceea ce este semnificativ din punct de vedere statistic la nivel de 0,009; confirmându-ne rezultatele anterioare.

Din tabelul 4 observăm că valoarea **U** pentru parametrul neliniște este de 294 și este semnificativ statistic la nivel de 0,021; iar pentru parametrul depresie (depresie nevrotică) valoarea **U** este 303 fiind semnificativă statistic la nivel de 0,030.

Testul **U Mann-Whitney** a concluzionat că scorurile anumitor parametri a chestionarului clinic pentru depistarea stărilor nevrotice sunt mai înalte la pacienții cu urolitiază: la isterie față de pacienții cu ulcer gastric; la neliniște și depresie nevrotică față de pacienții cu ulcer duodenal.

Concluzii

Pacienții cu urolitiază vor manifesta stări nevrotice asemănătoare celor cu ulcer gastric și duodenal. Stările cu caracter maladiv de depresie nevrotică, neliniște, astenie, comportament isteric sunt caracteristice în caz de urolitiază. Putem constata că subiecții ce prezintă un număr mare de episoade recurente de colică renală sunt supuși riscului de a manifesta simptome nevrotice cu termen lung și ar necesita consultația psihologului cu aplicarea ulterioară a tehnicilor psihoterapeutice corespunzătoare stării depistate [16].

Bibliografie

- DORON, R.; PAROT, F. Dicționar de psihologie. București: Humanitas, 2006. 886 p.
- ENĂCHESCU, C. Tratat de igienă mintală. Iași: Polirom, 2004. 408 p.
- LUBAN-PLOZZA, B.; IAMANDESCU, I.-B. Dimensiunea psihosocială a practicii medicale. București: Infomedica, 2003. 408 p.
- OPREA, N.; REVENCO, M. Psihologie generală și medicală. Partea III. Chișinău: Știința, 1993. 216 p.
- IAMANDESCU, I.B. Psihologie medicală. Ediția a II-a. București: InfoMedica, 1997. 315 p.
- LUBAN-PLOZZA, B.; PÖLDINGER, W.; KRÖGER, F. Boli psihosomatice în practica medicală // Ediția a IV-a revăzută și adăugită. București: Editura Medicală, 2000. 235 p.
- SILLAMY, N. Dicționar de Psihologie // LAROUSSE. București: Univers Enciclopedic, 2000. 348 p.
- TODE, V. Urologie clinică. Constanța: Editura Companiei Naționale, 2000. 448 p.
- TUĐOȘE, F.; TUĐOȘE, C. Psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi. București: InfoMedica, 2002. 324 p.
- АЛЕКСАНДЕР, Ф. Психосоматическая медицина. Москва: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004. 336 с.
- КАРПЕНКО, В.С.; ПЕРЕВЕРЗЕВ А.С. Хирургическое лечение двухсторонних заболеваний почек и мочевыводящих путей. К.: Здоров'я, 1983. 192 с.
- ЛОПАТКИН, Н.А.; ШАБАД, Л.А. Урологические заболевания почек у женщин. М.: Медицина, 1985. 240 с.
- МАЛКИНА-ПЫХ, И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.
- МАРТЫНОВ, Ю.С. Нервные болезни. М.: Медицина, 1988. 496 с.
- МУРВАНИДЗЕ, Д.Д.; ГУДЖАБИДЗЕ, Д.Б. Почечнокаменная болезнь у детей. М.: Медицина, 1973. 135 с.
- ПРОСТОМОЛОТОВ, В.Ф. Комплексная психотерапия. Кишинев: Conceptul Presa, 2000. 303 с.
- <http://www.spontan.ru/stzdor/133-nspbvoc.html> Нервная система при болезнях почек.
- <http://neurology.eurodoctor.ru/renal-disease/> Поражение нервной системы при болезнях почек.