

PARTICULARITĂȚI CLINICO-EVOLUTIVE ALE DEPRESIEI REFRACTARE MELANCOLICE

Gh. CĂRĂUȘU, M. CĂRĂUȘU

Abstract:

This article contains psychopathological aspects of melancholic depression, resistant for the therapy, insisting on the importance of the early diagnosing and proper treatment. In this research have been elaborated therapeutic strategies, which consisted from evaluating of risk factors, choosing of the favourable therapeutic option for correct evaluation of the evolution, avoiding of both diagnostic and medication mistakes, and the association with psychodynamic psychotherapy.

Key words: resistant depression, antidepressant therapy, psychodynamic psychotherapy.

Actualitatea temei

Una din problemele actuale ale contemporaneității sunt afecțiunile depresive, condiționate de extinderea lor largă în toate păturile sociale, afectarea persoanelor active și apte pentru muncă (1, 2). Depresia este o gravă suferință cronică cu o frecvență relevantă în populația de pe toate continentele. Actualmente, depresia unipolară majoră ocupă unul din primele locuri printre cele mai frecvente cauze de dizabilitate și invalidizare a populației (3, 4). În concepția științifică despre depresie, persistă încă numeroase probleme controversate, inclusiv în domenii atât de importante, cum ar fi etiopatogenia și tratamentul. Indiferent, însă, de performanțele științifice, de numeroasele elaborări în farmacognozia și farmacoterapeutică depresiei, de efectele redutabile ale mai multor remedii moderne, suferința persistentă a persoanei marcate de depresie rămâne o problemă mereu actuală, care preocupă nu doar serviciile medicale abilitate, ci și multe alte instituții și departamente cu obligațiuni sociale, care au de soluționat situații din cele mai dificile legate de reabilitarea și reinserția socială a unui contingent foarte divers ca vârstă și orientare profesională. Cheltuielile financiare enorme în tratamentul acestor bolnavi, riscul înalt de dezvoltare al complicațiilor, cauzate de administrarea îndelungată a antidepressivelor explică necesitatea elaborării unui complex de măsuri de reabilitare adecvate cu aplicarea mai frecventă a diferitor metode de psihoterapie (5, 6). Crește și numărul subiecților cu depresie refractară la medicație, datorită modificărilor psihosociale rapide generatoare de situații stresante creșterii morbidității prin boli cronice etc. (7, 8, 9)

Scopul lucrării

Evaluarea particularităților clinico-evolutive ale depresiei rezistente melancolice și elaborarea strategiilor de tratament ale acesteia.

Material și metode

Au fost luați în studiu 214 bolnavi, cu tulburări depresive rezistente, asistați în Clinica de Psihiatrie, Chișinău, 107 de pacienți lot bază, care au beneficiat de tratament complex psiho- și farmacoterapeutic și 107 de subiecți lot control, care au urmat numai tratament medicamentos.

Rezultate obținute

În *Doliul și melancolia*, S. Freud (10) menționează că melancolia se remarcă, din punct de vedere psihic, printr-o indispoziție foarte dureroasă, printr-o anulare a interesului pentru lumea exterioară, prin pierderea capacității de a iubi, prin inhibarea oricărei performanțe și prin deprecierea încrederii în sine, depreciere ce se manifestă prin reproșuri și insulte făcute sieși și care ajunge chiar la o așteptare delirantă a pedepsei.

Criteriile de diagnostic pentru depresia majoră de tip melancolic se sprijină pe prezența a cel puțin cinci din următoarele elemente esențiale:

- pierderea interesului sau plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile;
- lipsa reactivității la stimulii plăcuți în mod uzual;
- trăirea depresivă este, de regulă, mai intensă dimineața;
- trezirea matinală;
- lentoarea sau neliniștea psihomotorie;
- anorexie semnificativă sau pierdere;
- nici o perturbare semnificativă de personalitate anterioară episodului depresiv major;
- unul sau mai multe episoade depresive majore, urmate de recuperarea completă sau aproape completă;
- răspunsuri bune anterioare la terapia antidepresivă, somatică, specifică și adecvată (de exemplu, tri- și tetraciclice, convulsioterapie, litiu).

Atât în lotul de bază, cât și în cel de control, fenomenologia psihopatologică psihotică a fost dominată de o trăire tristă și dureroasă, cu tulburări de percepții în formă de voci acuzatoare, idei delirante de culpabilitate, de ruină, de influență și de posedare diabolică, hipocondriace, de negație, de persecuție. Aceste idei sunt totdeauna dominate de o tonalitate afectivă dureroasă, dar și printr-o inhibiție motorie excesivă, negativism, uneori mutism.

Vârsta medie a subiecților în grupa de bază a fost de 46, 64 +1, 26 ani, iar în cea de control de 46, 50+ 0, 99, ceea ce din punct de vedere statistic este nesemnificativ ($p>0,05$).

Un loc important în menținerea rezistenței la bolnavii studiați îl joacă comorbiditatea în timpul bolii, atât cu diferiți factori nocivi, cât și cu afecțiuni psihiatrice.

Distribuția subiecților în raport de comorbidități în timpul bolii ale depresiei rezistente melancolice este redată în tabelul N 1.

Parametri		Lotul de bază		Lotul martor		X^2	P
		abs	%	abs	%		
Patologie somatică	Da	77	71, 96	53	49, 53	11,29	$p<0,01$
	Nu	30	28,04	54	50,47		
Deficiență organică cerebrală	Da	72	67, 29	45	42, 06	13,75	$P<0,001$
	Nu	35	32,71	62	57,94		
Intervenții chirurgicale	Da	18	16, 82	17	15, 89	0,03	$p>0,05$
	Nu	89	83,18	90	84,11		

Distribuția subiecților în raport de comorbidități psihiatrice în timpul bolii ale depresiei rezistente melancolice este redată în tabelul N2

Parametri		Lotul de bază		Lotul martor		X^2	P
		abs	%	abs	%		
Utilizarea substanțelor psihoactive	Da	19	17, 76	18	16, 82	0,03	$p>0,05$
	Nu	88	82,24	89	83,18		
Tulburare de personalitate	Da	32	29, 91	14	13, 08	8,98	$p<0,01$
	Nu	75	70,09	93	86,92		
Tulburare obsesivo-compulsivă	Da	18	16, 82	20	18, 69		

Parametri		Lotul de bază		Lotul martor		X ²	P
		abs	%	abs	%		
	Nu	89	83,18	87	81,31	0,13	p>0,05
Tulburare anxioasă	Da	7	6,54	6	5,61	0,08	p>0,05
	Nu	100	93,46	101	94,39		
Tulburare de stres posttraumatică	Da	24	22,43	47	43,93	11,15	p<0,01
	Nu	83	77,57	60	56,07		

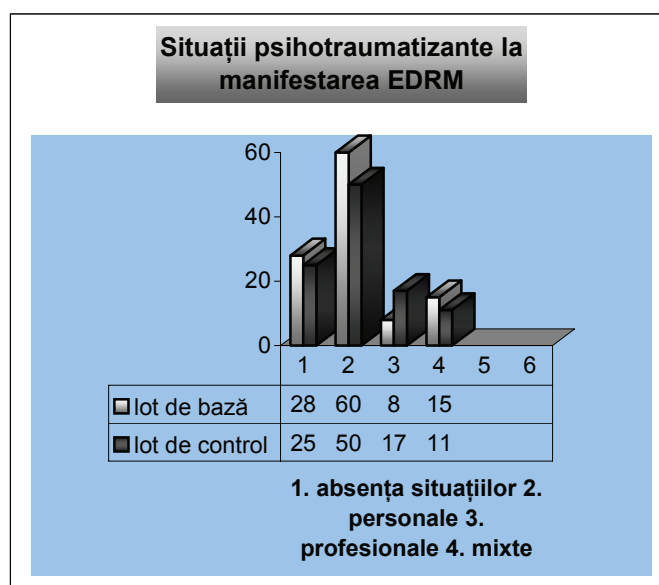
Durata medie a bolii a subiecților în grupa de bază a fost de 11, 62± 0,99 ani, iar în cea de control de 14, 11± 0,67 ani, ceea ce din punct de vedere statistic este semnificativ (p<0,05). **Numărul de episoade anterioare** al subiecților în grupa de bază a fost de 7,26 ± 0,65, iar în cea de control de 6,17± 0,36, ceea ce din punct de vedere statistic este nesemnificativ (p>0,05).

Modul de debut mai frecvent al episodului depresiv rezistent atât în lotul de bază, cât și în cel de control este brusc – 84 cazuri, 78,50%, în primul caz, și 79 cazuri, 73,83% - în al doilea caz. Debutul insidios în lotul de bază s-a observat în 23 cazuri, 21,50% și 28 cazuri, 26,17% în cel de control, ceea ce din punct de vedere statistic este nesemnificativ ($\chi^2=0,64$, p>0,05).

**Distribuția situațiilor psihotraumatizante
la manifestarea episodului depresiv refractar melancolic este redată în tabelul N3.**

Parametri	Lotul de bază		Lotul martor		X ²	P
	abs	%	abs	%		
Absența situațiilor	28	26,17	25	23,36	4,93	p>0,05
Personale	60	56,07	50	46,73		
Profesionale	8	7,48	17	15,89		
Situații personale și profesionale asociate	15	10,28	11	14,02		

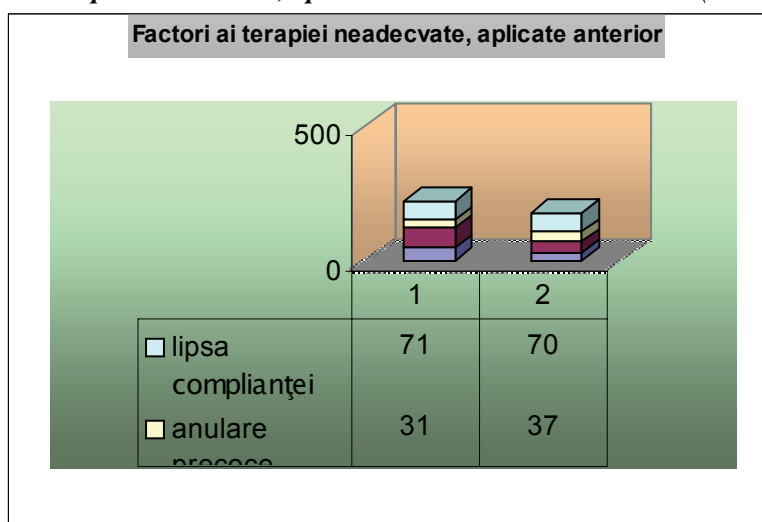
**Figura 1. Distribuția situațiilor psihotraumatizante
la manifestarea episodului depresiv refractar melancolic**



Distribuția subiecților în raport de factori ai terapiei neadecvate, aplicate anterior în cazul depresiei rezistente melancolice este redată în tabelul N4

Parametri		Lotul de bază		Lotul martor		X ²	P
		abs	%	abs	%		
Început tardiv	Da	50	46,70	33	30,84	5,69	p<0,05
	Nu	57	53,27	74	69,16		
Doze neadecvate	Da	73	68,22	40	37,38	20,42	p<0,001
	Nu	34	31,78	67	62,62		
Anulare precoce	Da	31	28,97	37	34,58	0,78	p>0,05
	Nu	76	71,03	70	65,42		
Lipsa complianței	Da	71	66,36	70	65,42	0,02	p>0,05
	Nu	36	33,64	37	34,58		

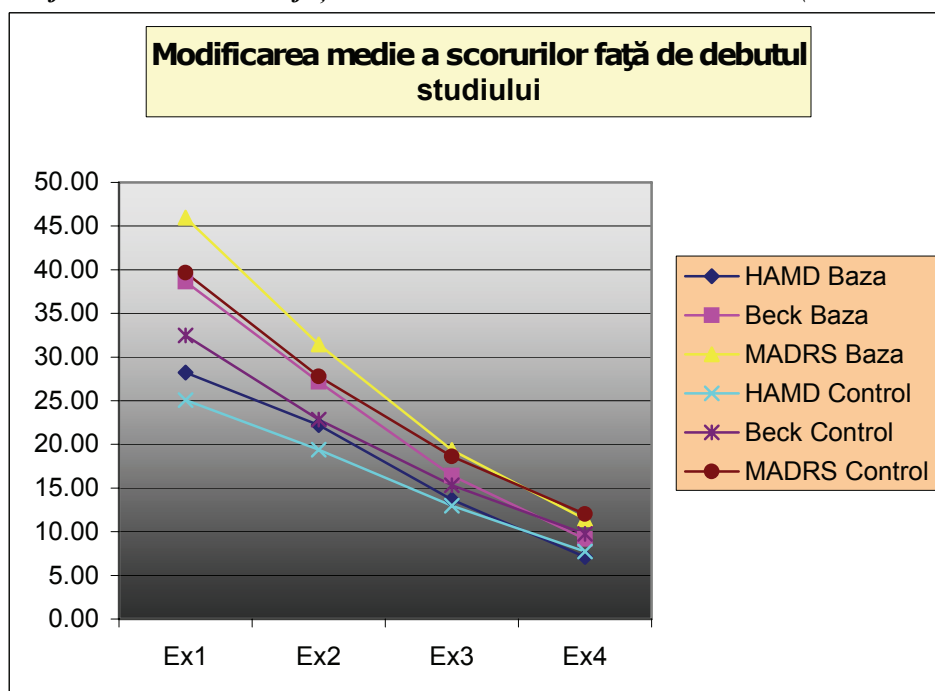
Figura 2. Factori ai terapiei neadecvate, aplicate anterior în ambele loturi (lotul de bază și martor)



Legendă. 1- lot bază; 2- lot control.

Dinamica modificării scorurilor conform scalelor de evaluare în ambele loturi pe parcursul perioadei de observare în cazul depresiei rezistente melancolice este redată în tabelul N5

Parametrii evaluați		Lotul de bază (n=107)	Lotul de control (n=107)	P
		M±m	M±m	
Prima examinare	HAMD	28, 24 ± 0, 26	25, 08 ± 0, 36	p<0,001
Prima examinare	HAMD	28, 24 ± 0, 26	25, 08 ± 0, 36	p<0,001
	Beck	38, 64 ± 0, 31	32, 46 ± 0, 34	p<0,001
	MADRS	45, 98 ± 0, 29	39, 68 ± 0, 22	p<0,001
A doua examinare	HAMD	22, 21 ± 0, 20	19, 39 ± 0, 30	p<0,001
	Beck	27, 15 ± 0, 26	22, 83 ± 0, 33	p<0,001
	MADRS	31, 45 ± 0, 32	27, 80 ± 0, 33	p<0,001
A treia examinare	HAMD	13, 67 ± 0, 12	12, 97 ± 0, 24	p>0,01
	Beck	16, 43 ± 0, 19	15, 34 ± 0, 26	p<0,001
	MADRS	19, 36 ± 0, 17	18, 64 ± 0, 29	p<0,05
A patra examinare	HAMD	7, 11 ± 0, 90	7, 75 ± 0, 25	p>0,01
	Beck	9, 15 ± 0, 12	9, 75 ± 0, 26	p<0,05
	MADRS	11, 43 ± 0, 14	12, 01 ± 0, 24	p<0,05

Figura 3. Modificări ale scorurilor față de debutul studiului în ambele loturi (lotul de bază și martor)

Intervenția terapeutică în aceste cazuri are ca obiectiv tratamentul simptomelor depresive. Alegerea metodelor terapeutice s-a făcut în funcție de fondul etiopatogenetic, de asocierea de alte suferințe organice sau psihice, cu indicarea medicamentelor în cazul bolilor concomitente, combinând metodele biologice și cele psihologice. Terapia s-a început cu intervenții medicamentoase și psihoterapeutice, în asociere cu neuroleptice. Am folosit antidepressive eficiente și sigure, cu care s-au obținut rezultate bune și în trecut, folosind antidepressivul în doză adecvată, de-a lungul unei perioade corespunzătoare, evaluând eficiența. În caz de ineficiență terapeutică, am schimbat antidepressivul. Ca prim antidepressiv am utilizat clomipramina în perfuzii, în combinație cu venlafaxina. În cazul unui rezultat puțin semnificativ după 4-5 săptămâni, am recurs la terapia de augmentare prin completarea tratamentului cu timostabilizatoare.

Terapia depresiilor nu poate fi concepută fără o psihoterapie adecvată. Am preferat metoda clasică dinamică, psihoterapia psihanalitică. După prelucrarea psihoterapeutică a suferințelor depresivului, viața interioară devine mai bogată, ca și capacitatea de empatie, se dezvoltă Eul. Psihoterapia a diminuat vulnerabilitatea personalității față de depresie, a dezvoltat sistemul relațional social. În cursul psihoterapiilor, s-au produs modificări în elementele structurilor cognitive depresive, care au oferit o protecție față de următorul episod. Pe parcursul psihoterapiei am luat în considerare și riscul suicidar, care poate fi evidențiat în cursul terapiei.

Concluzii:

În urma efectuării studiului clinic, au fost evidențiați următorii factori de risc pentru rezistența terapeutică a pacienților:

1. Premorbidul nevrotic
2. Debutul tardiv al depresiei
3. Pierderea suportului social
4. Antecedente depresive prelungite
5. Coexistența comorbidității cu alte afecțiuni și evenimente stresante de viață.

BIBLIOGRAFIE:

1. Nierenberg, A. A., Whit, K., *What next? A review of pharmacologic strategies for treatment resistant depression.*, Psychopharm Bull; 26: 429-460, 1990
2. Thase, M. E., Kupfer, D. J., *Characteristics of treatment-resistant depression.*, In: Zohar J, Belmaker R. H., eds. *Treatment resistant depressions. Depression „in press“* 19-26, 1996
3. Young, A.H., (2001)., *Recurrent unipolar depression requires prolonged treatment*, British Journal of Psychiatry, 178, 294-295
4. Alliaire, JF., *Practical considerations in initial treatment*, L'Encephale 1995 Mar, 21 Spec No 2, pp. 23-9
5. Kielholz, P., *Treatment for therapy-resistant depression* // Psychopathology.-1986.-V.19.-P.2
6. Laux, G., Konig, W., *Infusionstherapie bei Depressionen* // Hippokrates, Stuttgart.-1987.- 96 S
7. Kupfer, D. J., *Long-term treatment of Depression*. J Clin Psychiatry; 52 (Suppl): 28-34, 1991.
8. Hardy, P., Feline, A. *Les depressions résistantes* // Sem. Hop. Paris. -1986.-64.-36-37.-P. 2421-2424
9. Schulte, W., *Klinische Erfahrungen über das Herausgeraten aus der melancholischen Phase* // Das depressive Syndrom.- Urban und Schweizenberg.-Munchen.-1969.-S. 150-156.
10. Freud, S. (2004), *Doliu și melancolie*. Psihologia inconștientului, opere, vol. III, p. 171-189

Gh. CĂRĂUȘU – Catedra de Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițeanu“, Chișinău
M. CĂRĂUȘU – Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițeanu“, Chișinău