



**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI  
FARMACIE “VICTOR BABEȘ”**

**TIMIȘOARA**

**DISCIPLINA PSIHIATRIE**

**Dr. Virgil-Radu Enatescu**

***Evoluția Tulburării Depresive Majore  
Comorbiditatea cu Patologia Somatică***

*Teză pentru obținerea titlului de doctor în medicină*

**Coordonator științific:  
Acad.Prof.Dr.Mircea Lazarescu**

**2007**

# I. Depresia - Istoric

**Antichitate:** 1553 i.Ch. – **papyrusul lui Eber** – remedii pentru depresie; **Textele biblice** – sinuciderea regelui Saul; **Hipocrate (460-377 i.Ch.)** – bila neagra; **Aristotel (384-322 i.Ch.)** – “Aceia care au devenit eminenti in politica, filozofie, poezie si arta, cu totii au prezentat tendinte melancolice”; **Aretaeus din Cappadocia (30-90 d.Ch.)** – legatura personalitate – boli afective

**Ev Mediu:** **Robert Burton 1621** – “Anatomia Melancoliei”; **Esquirol sec.XVIII** – conceptul de lipemanie = delir cu tematica depresiva

**Secolul XIX:** **Jean Pierre Falret** – nebunie circulara si mania; cauzalitatea nebuliei circulare – conditii somatogenetice; **Henry Ey** - organodinamismul

**Secolul XX:** **Emil Kraepelin** – psihoza maniaco-depresiva si dementia praecox; **Sigmund Freud** – originea psihogenetica a tulburarilor psihice – depresia este urmare a redirectionarii catre propriul Eu a sentimentelor ambivalente de dragoste/ura; **Aaron Beck** – modelul cognitiv al depresiei; **Martin Seligman** – Teoria neajutorarii invatate; anii 50-60 – psihiatria biologica – teoria monoaminergica, teoria displasticitatii sinaptice, teoria mesagerilor secunzi, teoria modificarii expresiei genice, teorii psihoimunologice

## II. Epidemiologia si costurile depresiei

- **Epidemiologie**

- **Persoane afectate:** 1993 – 100 milioane; 2002 – 154 milioane;
- **Prevalenta:** Ultima luna: 4.9% [3% (Japonia); 16.9% (S.U.A)]; toata viata: 17%-20%; varsta medie debut – 20-25 ani;
- **Studii:** NCS, Stirling County Study, DEPRES, ODIN, EURODEP, Studii australiene, date OMS

- **Costuri**

- **Costuri directe:** recunoasterea, ingrijirea, tratarea, prevenirea si reabilitare in asistenta medicala si sociala; prezenta comorbiditatii creste durata spitalizarilor
- **Costuri indirecte:** importante in depresie; mai mari in depresia clinica comparativ cu cea subclinica; comorbiditatile medicale cresc cu 17 – 46% costurile asociate;
- **Costuri intangibile (calitatea vietii):** impactul depresiei egal/mai mare decat alte boli cronice, chiar daca nu e diagnosticata;
- **Global Burden of Disease:** 3,7% din total DALYs – responsabila depresia; 10% din total YLDs - responsabila depresia; locul IV in costurile globale; pt.2020 se estimeaza ca va detine locul II (15% din DALYs).

# III. Etiopatogenia in depresie

- **Teoria tulburarii distincte**
- **Teoria continuum-ului:**
  - **Transversal:** tulb.anxioase → depresie usoara → depresie endogena → depresie severa de intensitate psihotica;
  - **Vertical:** manie psihotica → eutimie → depresie psihotica;
  - **Temporal:** depresie copil → adult → varstnic
- **Teoria vulnerabilitate – stress:**
  - **Terenul:** genetic, noxe perinatale
  - **Vulnerabilitatea** de fond si circumstantiala; specifica si nespecifica
  - **Factori predispozanti**, favorizanti si determinanti
  - **Perioade critice de viata:** pubertate, adolescenta, menopauza
- **Factori biologici:** **genetici, neurotransmitatori cerebrali** (depletie serotonina si noradrenalina, disfunctie receptori, disfunctie mesageri secunzi), **modificari neurostructurale, factori neuroendocrini**
- **Factori psihosociali:** **Factori socio-demografici** (varsta, sex feminin, statut marital singur, statut socio-economic scazut, ipoteza Kindling-ului, reateaua de suport social); **factori developmentali** (atasament, deces parinti, relatii nesigure, neglijare, abuz), **factori legati de personalitate, teoriile psihopatologice ale depresiei**

## IV. Comorbiditatea depresiei

- **Conceptul de comorbiditate**
- **Clasificarea comorbiditatii**
- **Comorbiditatea psihiatrica a depresiei:**
  - **Tulburarile anxioase:** tulburarea de anxietate generalizata, tulburarea de panica, tulburarile fobice, tulburarea obsesiv-compulsiva
  - **Distimia**
  - **Alcoolismul**
  - **Tulburarile de personalitate**
- **Comorbiditatea depresiei cu bolile medicale:**
  - **Bolile cardio-vasculare:** boala coronariana, hipertensiunea arteriala, insuficienta cardiaca
  - **Bolile neurologice:** accidentul vascular cerebral, boala Parkinson, scleroza multipla
  - **Afectiunile osteo-articulare**
  - **Bolile digestive:** Boala functionala, colonul iritabil, boala Crohn, ulcerul peptic
  - **Cancerul**
  - **Diabetul zaharat**

# V. Depresia – cadru nosologic si aspecte clinico-evolutive

- **Depresia recurenta** - ICD-10 – F33; DSM-IV – 296.3
- **Distimia** – ICD-10 – F34.1; DSM-IV – 300.4
- **Specificanti ai evolutiei:**
  - **Cu remisiune** interepisodica completa
  - **Fara remisiune** interepisodica completa
- **Pattern-uri evolutive:**
  - **Fara** antecedente **distimice**, cu remisiune **completa** – prognostic bun;
  - **Fara** antecedente **distimice**, cu remisiune **incompleta**;
  - **Cu** antecedente **distimice**, cu remisiune **completa** – rar <3%;
  - **Cu** antecedente **distimice**, cu remisiune **incompleta** – *dubla depresie* – 20-25%.
- **Depresii cronice:**
  - Depresiile **secundare/concomitente** bolilor medicale;
  - Depresiile **secundare/concomitente** tulb.psihice non-afective;
  - Depresiile cronice rezultate din **tendinta caracteriologica** la depresie = *distimia subafectiva*;
  - Depresii cronice **secundare unui episod de tulburare depresiva unipolara**, incomplet remis.

## VI. Scale de evaluare in depresie

- **Instrumente standardizate:** CIDI, SCID, CODE-DD, SCAN, DIS, AMDP, RCD
- **Clasificare:**
  - **Dupa scop:** de identificare; de severitate; de selectare; de clasificare; de diagnostic diferential
  - **Dupa continut:** simptomatice; evaluare a personalitatii; evaluare sindromatica
  - **Dupa utilizator:** autoevaluare; heteroevaluare
  - **Dupa durata de timp** considerata
  - **Dupa sistemul de cotare:** dichotomice; politomice
  - **Dupa extensia patologiei:** evaluare globala; evaluare analitica; evaluare domenii restrictive; evaluare aspect specific
- **Scale uzuale:**
  - Scala Hamilton de Evaluare a Depresiei (HDRS)
  - Inventarul de Autoevaluare a Depresiei Beck (BDI)
  - Scala de Depresie Montgomery-Asberg (MADRS)

## VII. Tratatamentul depresiei

- **Tratatamentul psihofarmacologic:**
  - **Inhibitori de monoaminoxidaza (MAO)**
  - **Antidepresive clasice:** triciclice si tetraciclice
  - **Antidepresive de generatie noua:** Inhibitori selectivi ai recaptarii serotoninei; Inhibitori selectivi ai recaptarii noradrenalinei; Antidepresive duale; Serotonin Antagonist Reuptake Inhibitors (SARI); Inhibitori micsti ai recaptarii dopaminei si noradrenalinei; Antidepresive care cresc secretia de serotonina; Antidepresive cu actiune pe melatonina
  - **Medicamente neconventionale** si cu efect antidepresiv sau de augmentare a efectului antidepresiv
- **Tratatamentul psihoterapeutic:**
  - **Terapia cognitiv-comportamentala**
  - **Terapia interpersonală**
  - **Psihanaliza si terapiile de orientare psihodinamica**
  - **Terapia familiala**
- **Terapia electroconvulsivanta**
- **Terapia prin stimulare magnetica trans-craniana**
- **Terapia cu lumina stralucitoare**



## VIII. Metodologia cercetarii

- **Scop:** sa aduca o contributie la cunoasterea problemei comorbiditatii somatice in populatia clinica a depresivilor monopolari si sa stabileasca factorii care influenteaza aparitia acestui tip de comorbiditate
- **Plan general:**
  - Cercetarea longitudinala a pacientilor depresivi internati in Clinica psihiatrica Timisoara in perioada 2001-2005
  - Studiu transversal privind co-existenta comorbiditatilor somatice cu factori structurali, atitudini de coping si atitudini disfunctionale la pacientii depresivi
- **Obiective si motivatii:**
  - Evidentiere nivelelor de comorbiditate la pacientii depresivi
  - Evidentierea inter-relatiilor dintre patologia somatica asociata si factorii structurali, atitudinile de coping si atitudinile disfunctionale ale pacientilor depresivi

# Metode si instrumente de lucru

- **Cercetarea retrospectiva a pacientilor depresivi internati in Clinica psihiatrica Timisoara in perioada 2001-2005**
  - **Metoda:** consultare evidente primare; studiu de tip case-control
  - **Instrumente de colectare:**
    - FISA DE COLECTARE A DATELOR PENTRU CERCETARE LONGITUDINALA;
    - FISA ANEXA PENTRU LOTUL RETROSPECTIV DE DEPRESIVI
  - **Avantaje:** facila, posibilitate de control continuu a datelor, programare libera
  - **Dezavantaje:** nu permite verificare/completare informatii; personal calificat
- **Studiul transversal privind co-existenta comorbiditatilor somatice cu factori structurali, atitudini de coping si atitudini disfunctionale la pacientii depresivi**
  - **Metoda:** ancheta directa prin interviu cu baterie de scale
  - **Instrumente de colectare:**
    - FISA DE COLECTARE A DATELOR PENTRU CERCETAREA TRANSVERSALA
    - **SCALE PSIHOPATOLOGICE:** BECK, MADRS, HDRS, HAM, MINI
    - **SCALE DE PERSONALITATE:** KAROLINSKA, PAS
    - **ALTELE:** GAF, COPE, DAS
  - **Avantaje:** contact direct; testari specifice; reevaluari stare actuala
  - **Dezavantaje:** necesita timp indelungat; cooperare dificila a pacientilor

## **IX. Marimea loturilor si metode de selectare a acestora**

Cercetarea retrospectiva:

- 1 lot de cercetat – depresivi – 248 pacienti
- 1 lot pacienti bipolari – 44 pacienti
- 1 lot pacienti deliranti – 59 pacienti

Studiul transversal

- 1 lot depresivi – 45 pacienti

**-Criterii de includere:**

varsta 18-65 ani;

**Criterii de excludere:**

- Diagnostic psihiatric co-existent de: tulburare legata de consumul de substante, tulburare psihotica non-afectiva, retardare mentala

## **X. Stocarea, prelucrarea si analiza datelor**

**Stocare: Excel 2000**

**Prelucrare si analiza date: SPSS for Windows ver.8.0.0 si EPI INFO**

**Analiza statistica: metode parametrice si neparametrice; Odd Ratio;**

**s-a acceptat ca semnificativ  $p < 0.05$ ; minima interval de incredere  $OR > 1$**

# XI. Rezultate si discutii

## 1. Cercetarea retrospectiva pacienti internati-2001-2005

### Prezentarea loturilor

- **Lotul de studiu – TDR**

24,6% barbati; varsta medie= 49,43; d.s.=8.54

- **Lotul de control 1 – TAB**

31,8% barbati; varsta medie=41.88; d.s.=10.88

- **Lotul de control 2 – TDP**

28,8% barbati; varsta medie=48,22; d.s.=8,15

### Analiza comparativa

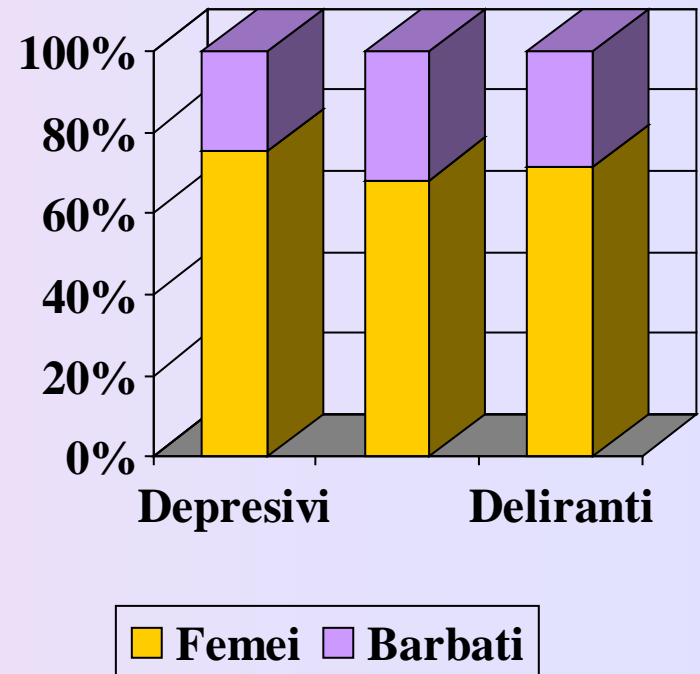
- **Varsta** – depresivi-deliranti – nesemnif.

Depresivi – bipolarari:  $p=0.017^*$

- **Sex** – nesemnificativ

- **Mediu de domiciliu** - nesemnificativ

Distributia pe sexe a loturilor



# Prevalenta bolilor somatice in lotul de depresivi comparativ cu populatia generala

Tabelul nr.3: Semnificația diferențelor între prevalențele HTA, CIC, Diabet zaharat, Tumori maligne și Boli cerebro-vasculare înregistrate în populația generală și pe lotul de depresivi studiați, în anii 2001-2005

Anul	Populație	HTA	CIC	Diabet zaharat	Tumori maligne	B.cerebro-vasculare
2001	X <sup>2</sup> ; p	<b>120; &lt;0.001*</b>	<b>35.20; &lt;0.001*</b>	<b>24.04; &lt;0.001*</b>	0 cazuri la depresivi	<b>108.43; &lt;0.001*</b>
	OR	<b>15.78*</b> (7.93<OR<31.11)	<b>8.79*</b> (3.32<OR<21.88)	<b>7.36*</b> (2.54<OR<19.65)		<b>26.78*</b> (9.23<OR<71.52)
2002	X <sup>2</sup> ; p	<b>77.62; &lt;0.001*</b>	1.68; 0.195	2.08; 0.149	0 cazuri la depresivi	<b>7.73; 0.005*</b>
	OR	<b>9.52*</b> (4.93<OR<18.24)	2.13 (0.53<OR<7.15)	3.01 (0.75<OR<10.11)		<b>5.88*</b> (1.46<OR<21.93)
2003	X <sup>2</sup> ; p	<b>96.95; &lt;0.001*</b>	<b>100.54; &lt;0.001*</b>	0.25; 0.61	<b>5.70; 0.016*</b>	<b>4.41; 0.035*</b>
	OR	<b>9.54*</b> (5.31<OR<17.06)	<b>10.91*</b> (5.82<OR<20.25)	1.44 (limite invalide)	<b>3.75*</b> (0.93<OR<12.45)	<b>4.04*</b> (1.01<OR<15.30)
2004	X <sup>2</sup> ; p	<b>15.76; &lt;0.001*</b>	<b>5.52; 0.018*</b>	<b>5.72; 0.016*</b>	0.84; 0.358	<b>50.79; &lt;0.001*</b>
	OR	<b>3.32*</b> (1.68<OR<4.79)	<b>2.64*</b> (1.03<OR<6.36)	<b>2.90*</b> (1.02<OR<7.52)	1.91 (0.01<OR<7.95)	<b>11.28*</b> (4.38<OR<27.19)
2005	X <sup>2</sup> ; p	<b>30.09; &lt;0.001*</b>	<b>27.78; &lt;0.001*</b>	1.44; 0.23	0.02; 0.88	0.67; 0.412
	OR	<b>4.97*</b> (2.50<OR<9.73)	<b>5.62*</b> (2.54<OR<12.06)	2.02 (0.50<OR<6.73)	1.16 (limite invalide)	2.24 (limite invalide)

# Factori socio-demografici concurenți la determinarea apariției comorbidităților somatice la pacienții depresivi

- Numarul de comorbiditati somatice este mai mare la:
  - Varste crescute
  - Nivel de instruire scazut/mediu
- Situatia este similara si pentru comorbiditatile prezente la debutul bolii

Semnificația relațiilor între potențialii factori inductori de morbiditate somatică și numărul comorbidităților în momentul evaluării

Factor inductor	Test utilizat	Semnificatie
Varsta actuala	Pearson	<b>0.351;</b> <b>p&lt;0.001*</b>
Durata de evolutie a bolii	Pearson	0.087; p=0.10
Nivel instruire	Kendall	<b>-0.151;</b> <b>p=0.001*</b>
	Spearman	<b>-0.179;</b> <b>p=0.001*</b>
Studii primare - medii	Test T	1.91; p=0.58
Studii primare - superioare	Test T	<b>4.162;</b> <b>p&lt;0.001*</b>
Studii medii - superioare	Test T	<b>3.175;</b> <b>p=0.002*</b>

# Interrelatia boli somatice - depresie

Tabelul nr.8 – Tabel de convergență al pacienților studiați, în funcție de bolile somatice în momentul debutului și diagnosticul de depresie

		+	DEPRESIE	-
S O M A T I C E	+	156		47
	-	92		56
$X^2 = 8.21; p=0.004;$ $OR = 2.02 (1.24 < OR < 3.31)$				

Tabelul nr.9 – Tabel de convergență al pacienților studiați, în funcție de bolile somatice în momentul evaluării și diagnosticul de depresie

		+	BOLI	-
		SOMATICE		
D E P R E S I E	+	210		38
	-	60		43
$X^2 = 28.63; p < 0.001;$ $OR = 3.96 (2.27 < OR < 6.91)$				

## Bolile somatice – factor de risc pentru depresie (frecventa bolilor somatice la debutul afectiunii)

**Bolile digestive**

$X^2 = 6.69; p=0.009^*; OR = 2.65 (1.24 < OR < 5.81)$

↗ la depresivi

## Depresia – factor de risc pentru boli somatice (frecventa bolilor somatice in momentu evaluarii)

**Hipertensiunea arteriala**

$X^2 = 4.92; p=0.03^*; OR = 1.87 (1.04 < OR < 3.39)$

↗ la depresivi

**Boli digestive**

$X^2 = 12.62; p < 0.001^*; OR = 2.70 (1.49 < OR < 4.92)$

↗ la depresivi

**Boli osteo-articulare**

$X^2 = 13.49; p < 0.001^*; OR = 3.29 (1.63 < OR < 6.74)$

↗ la depresivi

**Boli de nutritie si metabolismism**

$X^2 = 6.34; p=0.011^*; OR = 4.24 (1.19 < OR < 17.95)$

↗ la depresivi

**Boli ginecologice**

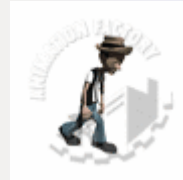
$X^2 = 11.94; p < 0.001^*; OR = 4.70 (1.73 < OR < 13.89)$

↗ la depresivi

# Pierderea abilitatilor profesionale



Hard work ...



Go at the...



Retirement

Pensionarea se produce in proportii similare pentru lotul de depresivi si cele de bipolari si deliranti

**$X^2=0,19$ ;  $p=0,66$ ;  $OR=1,11$  ( $0,68 < OR < 1,82$ )**

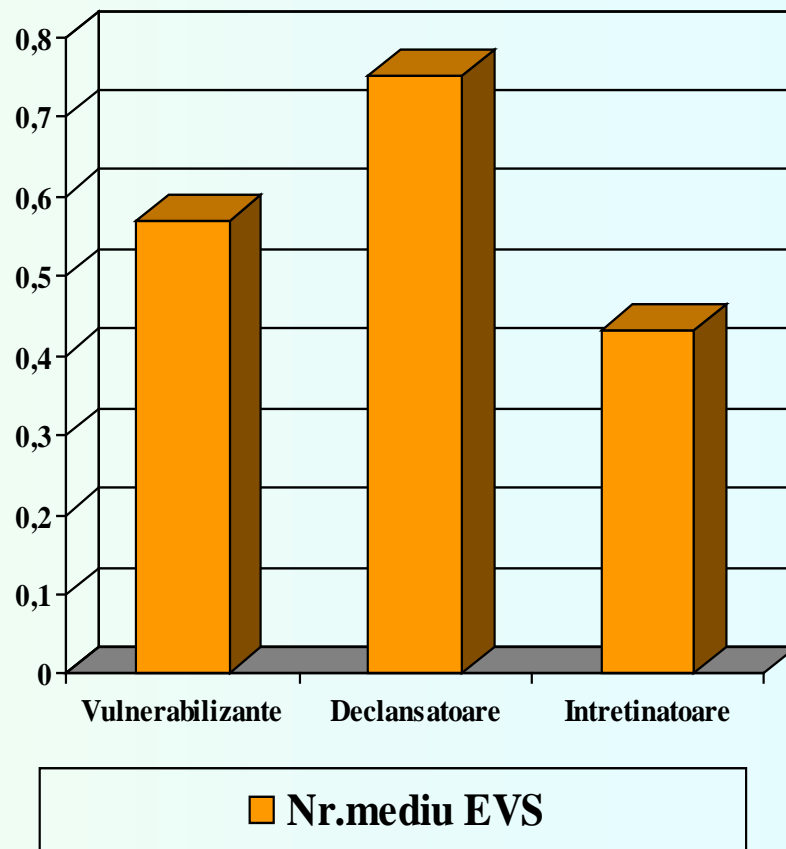
Rata crescuta a pensionarilor ~ 40% → caracteristica a tulburarilor psihice, nu doar a depresiei



# Factori concurenti la aparitia si evolutia depresiei

- Bolile osteo-articulare → ↗ riscul de suicid
- Bolile cardiace si somatice la debut → ↗ frecventa internarilor pentru depresie
- Nr.ev.declansatoare - ↗ semnificativ fata de ev.vulnerabilizatoare si intretinatoare
- Clusterul A – asociat cu depresia psihotica;
- Clusterul B – asociat cu frecventa ↗ a internarilor;
- Clusterul C – asociat cu nr.↗ crescut ev.declansatoare si durata debut – I internare ↗
- AHC psihotice → varsta de debut ↓ si risc suicidar ↗
- Durata debut – I internare – coreleaza invers ↓ cu frecventa internarilor
- Durata primului episod ↗ la cei cu evolutie proasta, ideatie suicidara, depresie psihotica
- Tratamentul neuroleptic nu este legat de cresterea numarului comorbiditatilor somatice

Numar mediu de evenimente de viata



## Factori care determină înrăutățirea statutului profesional, diferențe și semnificația acestora

	Statut profesional menținut/ îmbunătățit	Statut profesional înrăutățit	Semnificație
<b>Vârsta de debut</b>	<b>38,72; d.s. 9,04</b>	<b>41,98; d.s.10,75</b>	<b>0,012*</b>
<b>Durata evoluției</b>	<b>6,29; d.s. 5,22</b>	<b>12,45; d.s. 8,75</b>	<b>&lt;0,001*</b>
<b>Vârsta actuală</b>	<b>48,22; d.s. 9,22</b>	<b>51,10; d.s. 7,24</b>	<b>0,006*</b>
<b>Nr. comorbidități la debut</b>	<b>1,45; d.s. 1,46</b>	<b>1,07; d.s. 1,27</b>	<b>0,027*</b>
Nr. comorbidități actuale	2,46; d.s. 2,03	2,54; d.s. 1,88	0,74
<b>Nr.comorbidități actuale - Nr.comorbidități la debut</b>	<b>1,00; d.s. 1,62</b>	<b>1,47; d.s. 1,69</b>	<b>0,03*</b>
<b>Nr.episoade/an</b>	<b>0,85; d.s. 0,35</b>	<b>0.71; d.s. 0.29</b>	<b>0.001*</b>
<b>Nr.internări/an</b>	<b>0,59; d.s. 0,49</b>	<b>0.48; d.s. 0,37</b>	<b>0,047*</b>

## 2. Studiu transversal – co-existența comorbidităților somatice cu factori structurali, atitudini de coping și atitudini disfuncționale la depresivi

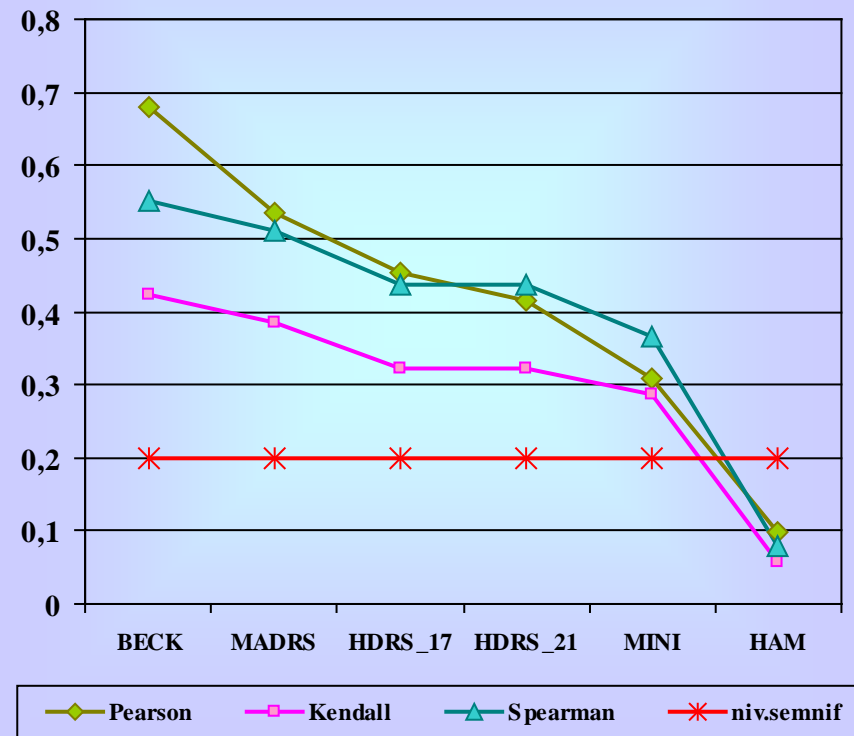
### Prezentarea lotului

45 pacienți cu tulburare depresivă recurentă,  
44,4% bărbați, vârstă medie = 51,15, d.s.=7,94

### Factori participanți la evoluția depresiei:

- Distimie - ↑riscul de suicid;
- Sexul - bărbații - risc ↑de suicid
- Personalitatea - Cluster C - 44,4%; Fără - 33,3%; Cluster B - 17,8%; Cluster A - 4,4%;
- Numărul de tulb.de personalitate - corelează direct cu scorurile HAM;
- Numărul de comorbidități somatice este semnificativ crescut la pacienții de cluster A+B;
- Durata ultimului episod corelează cu toate scorurile scalelor de psihopatologie, cu excepția HAM-A

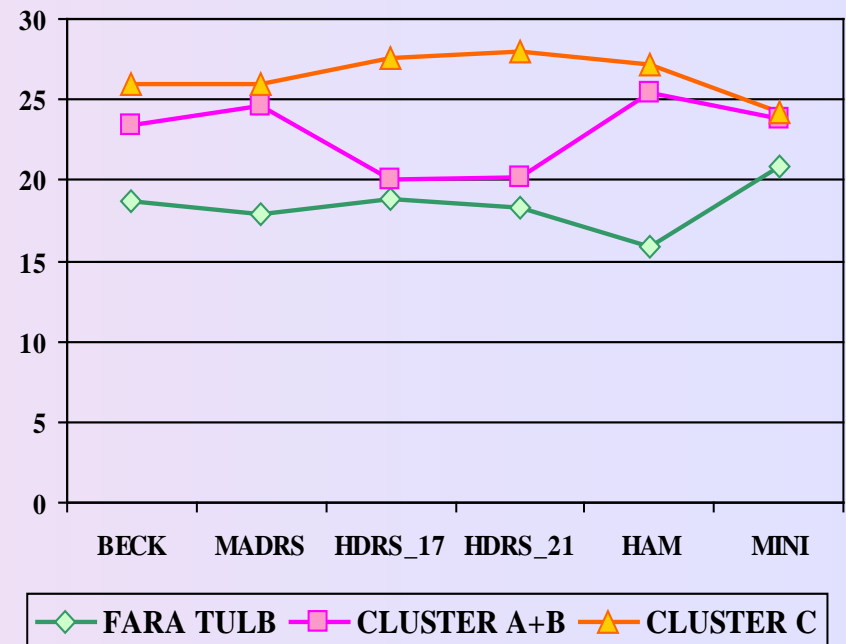
Nivelul coeficienților de corelație între durata ultimului episod și scorurile scalelor psihopatologice



# Profile clinice

- **SEXUL**
  - Risc suicidar crescut la barbati ( $p < 0.001$ )
  - Tendinte de autoevaluare a depresiei crescute la barbati ( $p = 0.160$ ;  $p = 0.096$ )
- **CLUSTERUL DE PERSONALITATE**
  - Clusterul C – scoruri semnificativ crescute pentru HAM si HDRS\_21 ( $p = 0.021$ ;  $p = 0.039$ ) si tendinte accentuate de crestere pentru HDRS\_17 ( $p = 0.059$ ), MADRS ( $p = 0.080$ ), BECK ( $p = 0.099$ )
  - Clusterul A+B – remarcam diferente importante intre hetero si autoevaluarea depresiei, in sensul unei heteroevaluari mai scazute a acesteia

Scoruri scale psihopatologice in functie de clusterul de personalitate (media rangurilor)

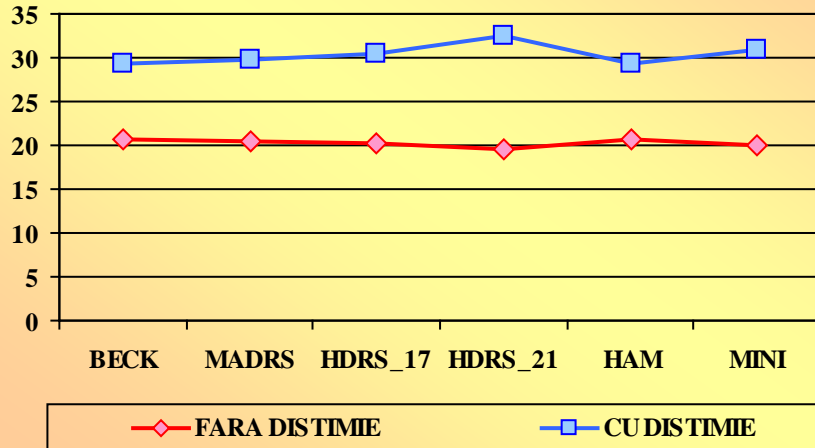


SEMNIFICATIA DIFERENTEI

	BECK	MADRS	HDRS 17	HDRS 21	HAM	MINI
Kruskal Wallis	<b>2.661</b>	<b>3.507</b>	<b>4.397</b>	<b>5.312</b>	<b>6.875</b>	<b>0.670</b>
p	<b>0.264</b>	<b>0.173</b>	<b>0.111</b>	<b>0.070</b>	<b>0.032*</b>	<b>0.715</b>

## Profile clinice in functie de comorbiditati

**Scorurile scalelor psihopatologice ale pacientilor cu si fara distimie (media rangurilor)**



**Semnificatia diferentelor intre scorurile scalelor psihopatologice ale pacientilor cu si fara distimie**

	BECK	MADRS	HDRS 17	HDRS 21	HAM	MINI
Mann-Whitney Test U	122.0	116.0	109.0	85.0	121.5	102.0
P	0.052	<b>0.035*</b>	<b>0.022*</b>	<b>0.003*</b>	<b>0.049*</b>	<b>0.013*</b>

- **Comorbiditati somatice totale**
  - Nivelele de anxietate semnificativ crescute la pacientii cu comorbiditati somatice (p=0.049)
- **Comorbiditati cardiovasculare**
  - Nivelele de anxietate semnificativ crescute la pacientii cu comorbiditati cardiovasculare (p=0.009)
- **Distimia**
  - Nivelele semnificativ crescute la toate scalele psihopatologice pentru pacientii cu depresie dubla

# Profile de personalitate Karolinska

- **Depresivi vs.normali**

- **Scoruri crescute pentru:**

- detaşare (p=0,029)
    - anxietate somatică (p<0,001)
    - tensiune musculară (p<0,001)
    - anxietate psihică (p=0,004)
    - psihastenie (p<0,001)
    - agresivitate – iritabilitate (p=0,003)

- **Scoruri scazute pentru:**

- evitarea monotoniei (p<0,019)

- **Sex**

- **Bărbații** → scoruri crescute la impulsivitate, ostilitate și agresivitate
  - **Femeile** → scoruri crescute la conformism și anxietate

- **Clusteri de personalitate**

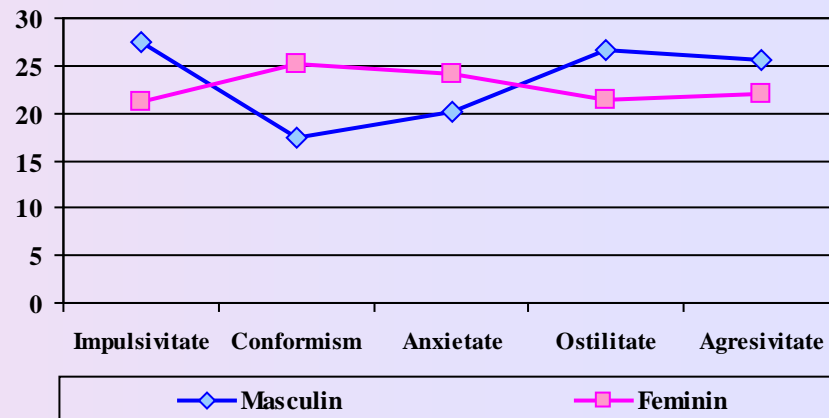
- **Cluster C**

- → scoruri semnificativ crescute pentru anxietate sociala și anxietate (p=0.001; p=0.016)
    - → tendințe scoruri scazute pt.psihopatie și impulsivitate (p=0.086; p=0,330)
    - → tendințe scoruri crescute pentru ostilitate (p=0.086)

- **Cluster A+B**

- → tendințe scoruri crescute pentru tensiune (p=0.062)
    - → tendințe scoruri scazute pentru anxietate sociala (p=0.129)

Profile de factori Karolinska in functie de sex

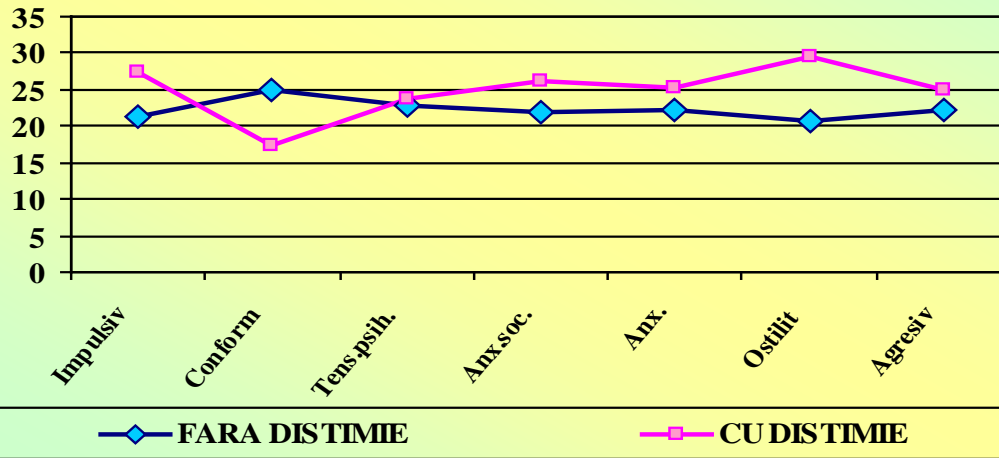


Semnificatia diferentelor intre clusterii de personalitate (N=30) și derpresivii fara tulburari de personalitate (N=15) la scalele Karolinska (Kruskall-Wallis test)

	Impulsivitate	Psihopatie vs. conformism	Tensiune	Anxietate sociala	Anxietate	Ostilitate	Agresivitate
Cluster A+B (10 pac)	0.605	0.978	0.062	0.129	0.765	0.683	0.428
Cluster C (20 pac)	0.330	0.086	0.364	<b>0.001*</b>	<b>0.016*</b>	0.086	0.681

# Profile Karolinska in functie de comorbiditati si nivelul depresiei

Profile Karolinska in functie de prezenta/absenta distimiei - media rangurilor



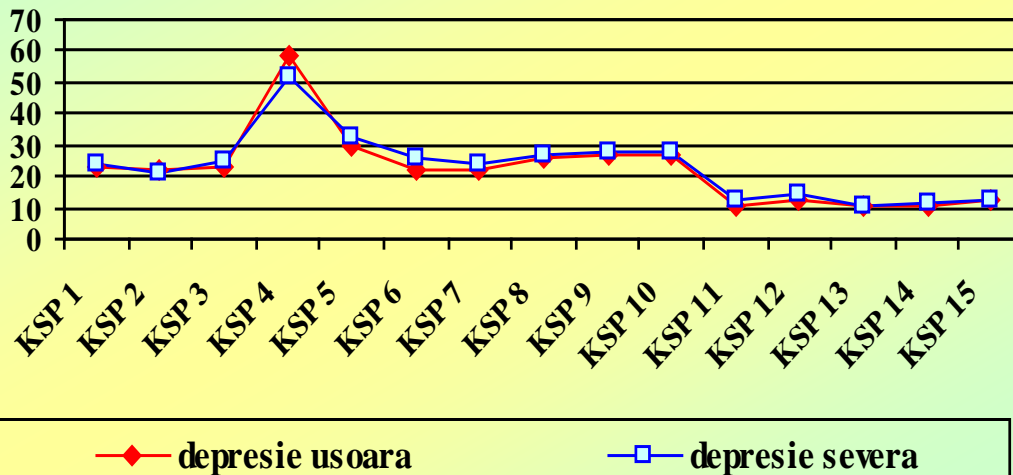
## Comorbiditati totale

- Tendinte de crestere pentru:
  - Impulsivitate (p=0,167)
  - Tensiune intra-psihiica (p=0.123)
  - Anxietate (p=0.380)
  - Agresivitate (p=0.053)
- Semnificativ crescut pentru:
  - Agresivitate-iritabilitate (15 scale) (p=0.03)

## Comorbiditati cardio-vasculare

- Tendinte de crestere pentru:
  - Impulsivitate (p=0.056)
  - Tensiune psihiica (p=0,191)
  - Agresivitate (p=0,202)
- Tendinte de scadere pentru:
  - Anxietatea sociala (p=0.109)
    - Psihastenie (p=0.084)

Profile Karolinska in functie de nivelul depresiei



## Distimie

- Scoruri crescute pentru:
  - Ostilitate (p=0.043)
- Tendinte de crestere pentru:
  - Impulsivitate (p=0,198)
  - Anxietatea sociala (p=0,341)

## Depresie severa

- Scoruri crescute pentru:
  - Anxietate somatica (p=0.010)
  - Vinovatie (p=0.0170)
- Scoruri scazute pentru:
  - Socializare (p=0,07)

# Profile de personalitate PAS

## • Sex

– **Barbati** – crescut pentru:

- *Impulsiv-exploziv* ( $p=0.033$ )
- *Paranoid* ( $p=0.073$ )
- *Schizoid* ( $p=0.169$ )
- *Dissocial* ( $p=0.074$ )
- *Anankast* ( $p=0.242$ )

– **Femei** – crescut pentru:

- *Histrionic* ( $p=0.048$ )

## • Nivelul depresiei

– **Depresia severa** – scoruri scazute pentru:

- *Schizoid* ( $p=0.049$ )
- *Dissocial* ( $p=0.072$ )

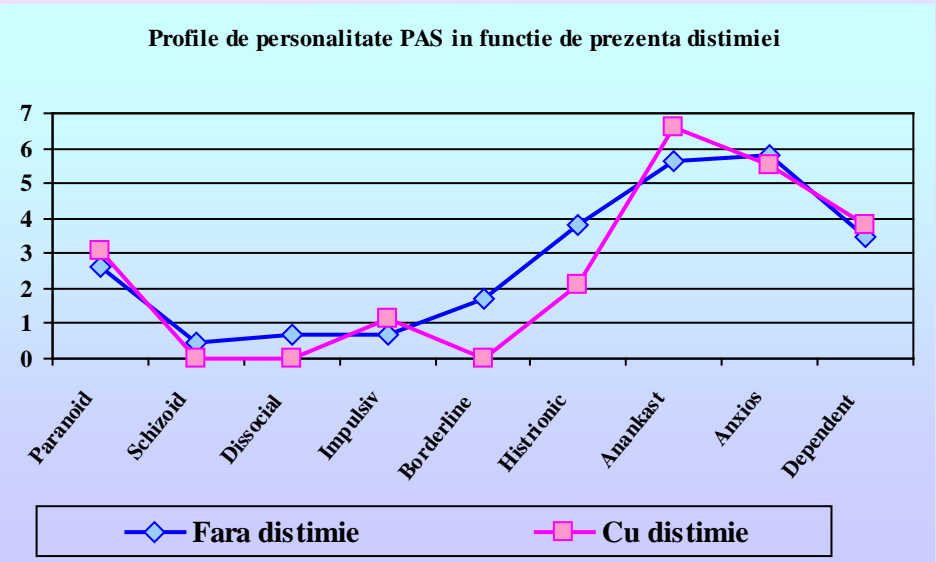
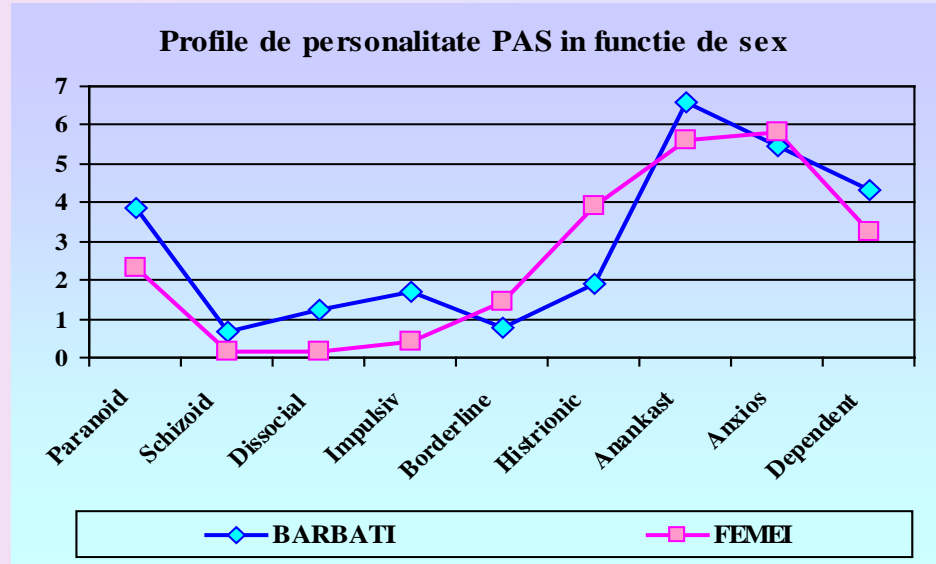
## • Distimie

– Scoruri semnificativ reduse pentru:

- *Schizoid* ( $p=0.049$ )
- *Borderline* ( $p=0.004$ )

– Tendinte la scadere pentru:

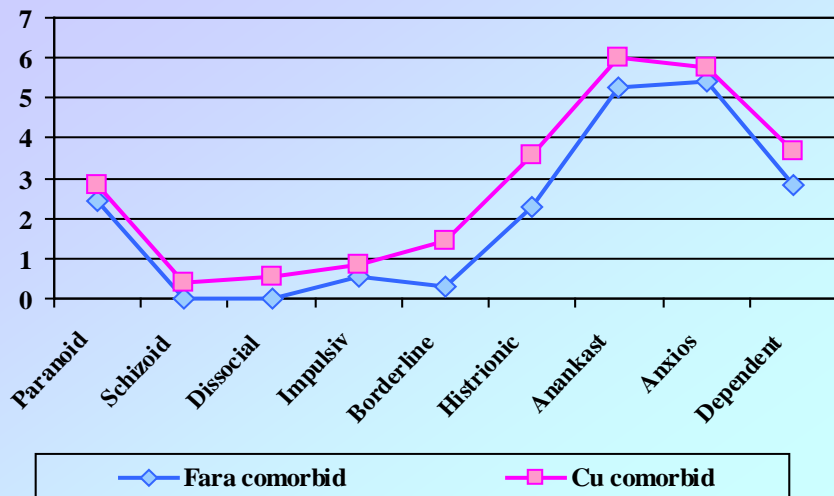
- *Dissocial* ( $p=0.072$ )
- *Histrionic* ( $p=0.074$ )





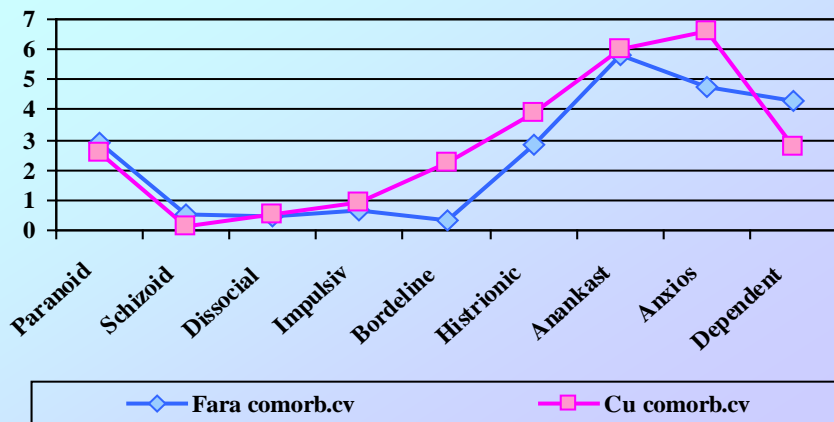
# Profile Pas in functie de comorbiditati

Profile de personalitate PAS in functie de comorbiditatile somatice



- **Comorbiditati somatice**
  - *Toti factorii mai pronuntati*
  - *Semnificativ crescuti:*
    - Schizoid ( $p=0.049$ )
    - Borderline ( $p=0.046$ )
  - *Tendinte la semnificatie:*
    - Dissocial ( $p=0.072$ )
    - Histrionic ( $p=0.214$ )

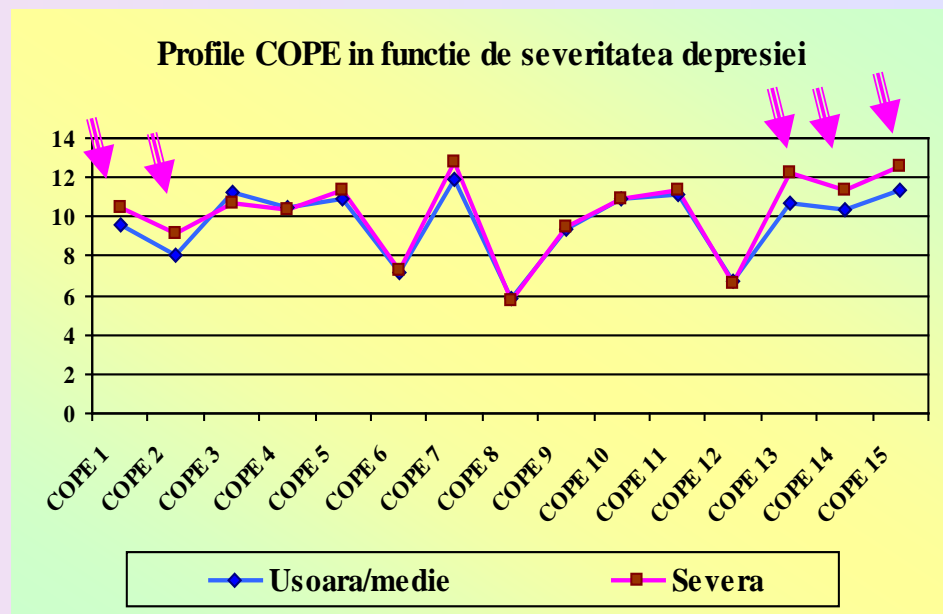
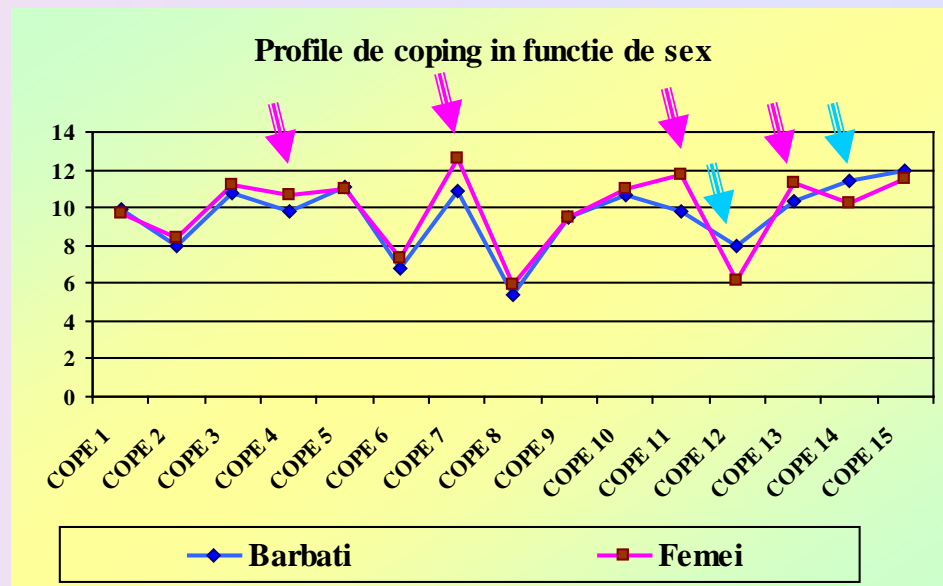
Profile de personalitate PAS in functie de comorbiditatile cardio-vasculare



- **Comorbiditati cardio-vasculare**
  - *Semnificativ crescuti:*
    - Borderline ( $p=0.023$ )
    - Anxios ( $p=0.030$ )
  - *Tendinte la crestere semnificativa:*
    - Histrionic ( $p=0.248$ )
  - *Tendinte la scadere semnificativa:*
    - Dependent ( $p=0.105$ )
    - Schizoid ( $p=0.248$ )

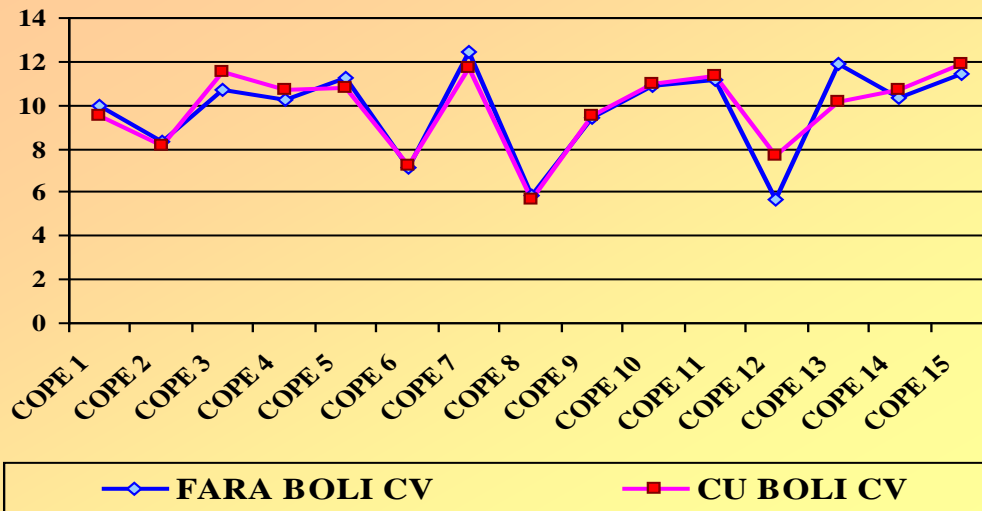
# Profile de coping (COPE)

- **Sex – tendinte de crestere:**
  - *Femei:* solicitare suport social-instrumental, coping religios, folosire suport emotional si acceptare;
  - *Barbati:* dependenta al substante psihoactive si suprimarea oricarei alte activitati
- **Cluster de personalitate**
  - *Cluster A* – scazute semnificativ:
    - Solicitare suport social-instrumental (p=0,005)
    - Umor (p=0,007)
    - Autocontrol (p=0,007)
      - Tendinte
    - Crescut – folosirea de substante psihoactive (p=0.053)
    - Scazut – acceptare (p=0.067)
  - *Cluster B* – crescut semnificativ:
    - Folosirea suportului emotional (p=0.003)
      - Tendinte:
    - Reducere auto-control (p=0.065)
  - *Cluster C* – scazut semnificativ:
    - Coping religios (p=0.006)
- **Nivelul depresiei – depresia severa →**
  - *Tendinte de crestere coping prin:*
    - Interpretare pozitiva si dezvoltare personala (p=0,360)
    - Dezangajare mentala (p=0.115)
    - Acceptare (p=0.121)
    - Suprimarea oricarei alte activitati (p=0.216)
    - Planificare (p=0,143)



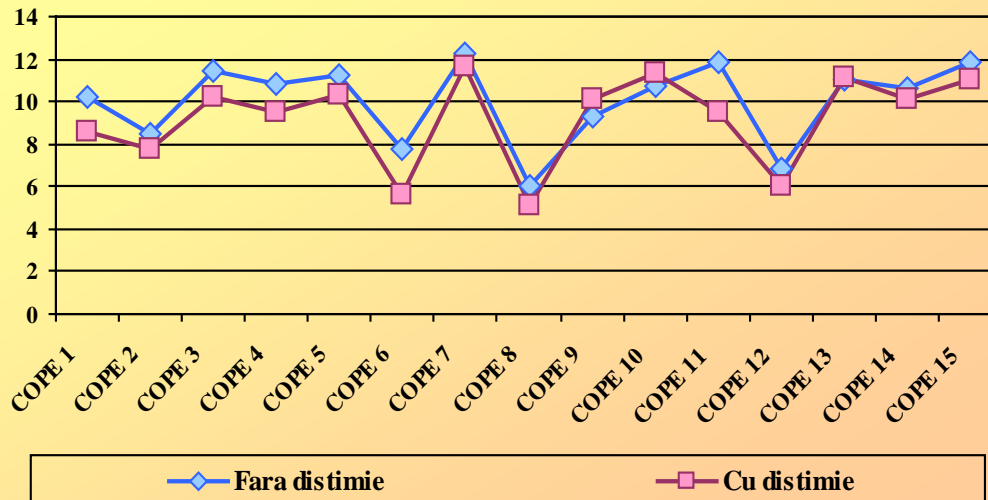
# Profile COPE in functie de comorbiditati

Profile COPE in functie de comorbiditatile CV



- Comorbiditati somatice
  - Dezangajare mentala redusa (p=0.048)
  - Folosire de substante psihoactive crescuta (p=0.009)
- Comorbiditati cardio-vasculare
  - Folosire de substante psihoactive crescuta (p=0.038)
  - Acceptare scazuta (p=0.034)

Profile COPE in functie de distimie

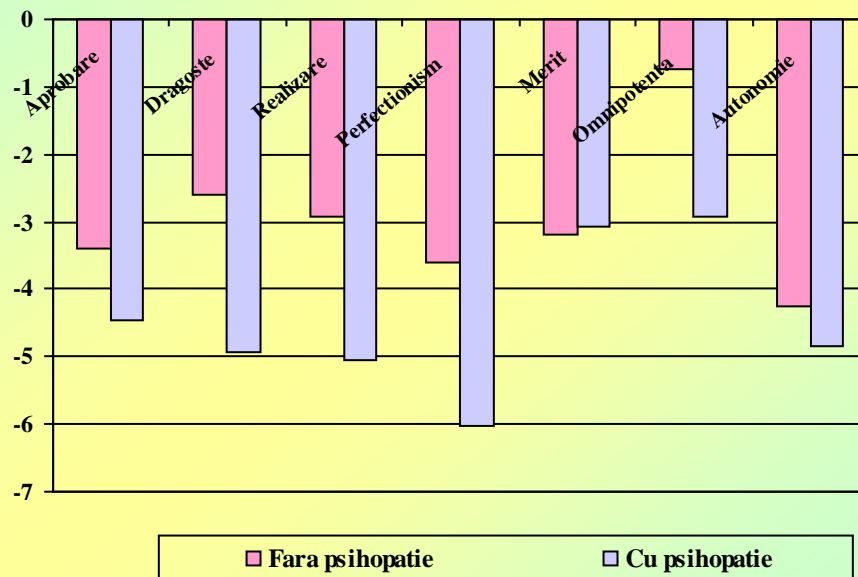


- Distimia
  - Scoruri semnificativ reduse pentru:
    - Negare (p=0.001)
    - Folosirea suportului emotional (p=0.048)
  - Tendinta la scadere:
    - Interpretare pozitiva si dezvoltare personala (p=0.118)
    - Evacuarea emotiilor (p=0.090)
    - Solicitarea suportului social-instrumental (p=0.096)

# Profile de atitudini disfunctionale (DAS)

- **Sex**
  - Exista atitudini disfunctionale mai accentuate la barbati, in special pentru: realizare, perfectionism, merit, omnipotenta si autonomie – fara diferente semnificative statistice
- **Tulburarile de personalitate**
  - **Tulburarile de personalitate** - atitudini disfunctionale semnificativ accentuate pentru: dragoste, realizare, perfectionism, omnipotenta
  - **Cluster B** – atitudini disfunctionale semnificativ accentuate pentru dragoste; tendinte de disfunctie accentuata pentru: aprobare, perfectionism, omnipotenta, autonomie
  - **Cluster C** – atitudini disfunctionale semnificativ accentuate pentru realizare, perfectionism, omnipotenta; tendinte de disfunctie accentuata pentru: aprobare, dragoste, autonomie
- **Dizabilitatea (GAF)** nu este diferita in functie de sex; semnificativ mai redusa la pacientii cu tulburari de personalitate ( $p=0.013$ ); clusterul de personalitate cel mai afectat – clusterul C ( $m_C=63.00$ ,  $ds_C=10.05$ ); clusterul B ( $m_B=67.50$ ,  $ds_B=6.54$ ); fara tulburari de personalitate ( $m_0=73.00$ ,  $ds_0=12.50$ )

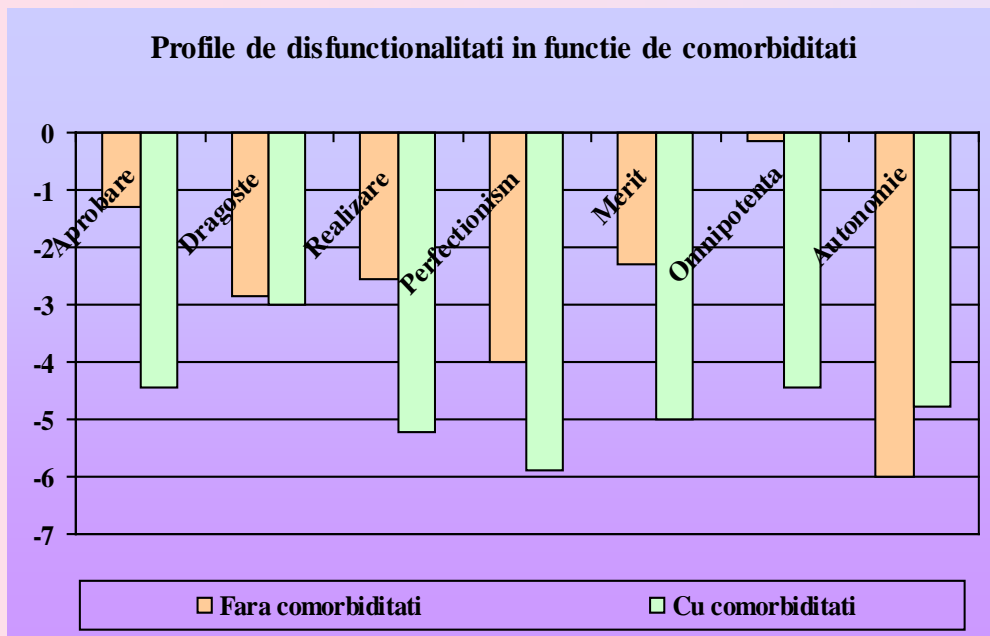
Profile DAS in functie de nivelul tulburarii de personalitate



Medii, deviatii standard si semnificatia diferentelor la scorurile itemilor de disfunctionalitati (DAS) in functie de nivelul tulburarii de personalitate

	Aproba re	Dragos te	Realiza re	Perfect ionism	Merit	Omnip otenta	Autono mie
(-) Psihopat	-3.40 ±3.20	-2.60 ±4.35	-2.93 ±4.06	-3.60 ±3.92	-3.20 ±3.80	-0.73 ±3.01	-4.26 ±3.86
(+) Psihopat	-4.46 ±2.93	-4.93 ±3.21	-5.06 ±2.82	-6.03 ±3.07	-3.06 ±4.23	-2.93 ±3.45	-4.83 ±3.24
P	0.271	<b>0.048*</b>	<b>0.046*</b>	<b>0.028*</b>	0.919	<b>0.042*</b>	0.607

# Profile DAS in functie de comorbiditati



- Atitudini disfunctionale semnificativ accentuate pentru aprobare si omnipotentia

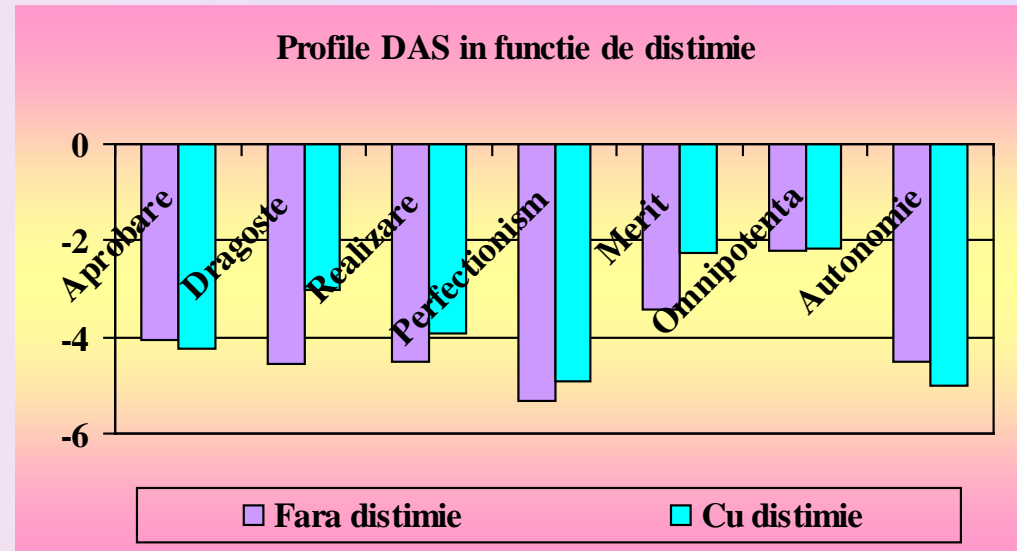
Medii, deviatie standar si semnificatia diferentelor la scorurile itemilor de disfunctionalitati (DAS) in functie de comorbiditatile somatice

	Aproba re	Dragos te	Realiza re	Perfecti onism	Merit	Omnip otentia	Autono mie
(-) Comorbid	-1.28 ±2.28	-2.85 ±2.11	-2.57 ±3.55	-4.00 ±3.65	-2.28 ±5.52	-0.14 ±4.94	-6.00 ±3.10
(+) Comorbid	-4.44 ±2.78	-3.00 ±5.50	-5.22 ±4.91	-5.88 ±4.42	-5.00 ±4.03	-4.44 ±2.45	-4.77 ±3.59
P	<b>0.026*</b>	0.944	0.232	0.366	0.299	<b>0.038*</b>	0.487

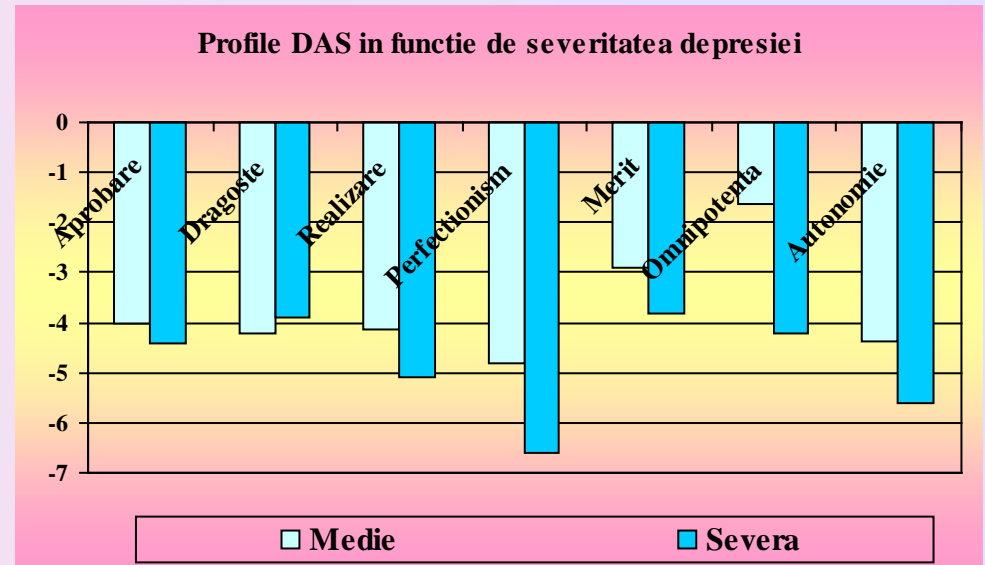
- Scorul GAF mai scazut la pacientii cu comorbiditati somatice, dar fara sa atinga semnificatie statistica ( $p=0,277$ )

# Profile DAS in functie de nivelul depresiei si distimie

- Distimia nu influenteaza scorurile la atitudinile disfunctionale
- Depresivii severi au atitudine disfunctionala de omnipotenta semnificativ mai accentuata ( $p=0,009$ ), si tendinte de accentuare pentru realizare ( $p=0,346$ ), perfectionism ( $p=0,111$ ), autonomie ( $p=0,208$ )



- Scorurile GAF sunt semnificativ reduse ( $p=0,002$ ) la pacientii cu distimie ( $m=59,16$ ;  $d.s.=11,44$  vs.  $m=70,30$ ;  $d.s.=9,43$ );
- Scorurile GAF sunt semnificativ reduse ( $p=0,001$ ) la pacientii cu depresie severa ( $m=57,00$ ;  $d.s.=9,77$  vs.  $m=70,28$ ;  $d.s.=9,6$ )



## XII. Concluzii

- (1). **Prevalența bolilor cardio-vasculare și accidentele vasculare cerebrale** este mai crescută la depresivi
- (2). **Numărul de comorbidități somatice** crește odată cu *vârsta*, în special la persoanele cu *nivel instructiv-educational scăzut*.
- (3). Persoanele cu **boli somatice** au un *risc de 2 ori mai mare* să dezvolte tulburare depresivă recurentă; pacienții cu **tulburare depresivă recurentă** au *risc de 4 ori mai mare* să dezvolte o boală somatică.
- (4). **Pierderea abilităților profesionale** este o *caracteristică a bolilor psihice* în general, nu a depresiei în particular.
- (5). **Factori concurenți la apariția depresiei**: evenimentele stressante, clusterul C de personalitate. *Bolile osteo-articulare* cresc *riscul de suicid*; *bolile cardio-vasculare* cresc *frecvența episoadelor și internărilor*.
- (6). **Distimia și sexul masculin** conduc la *creșterea riscului suicidar*; tulburările de personalitate de **cluster C** se asociază cu *nivele crescute ale anxietății*; **comorbiditățile cardio-vasculare și totale** sunt mai frecvente la pacienții cu tulburări de personalitate de *cluster A și B*.
- (7) **Profilele clinice indică**: *anxietate* crescută la pacienții cu *psihopatie*, în special la cei din *cluster C*; *anxietate* crescută la pacienții cu *comorbidități*; valori crescute la toate *scalele psihopatologice* la pacienții cu *distimie*.

## Concluzii (continuare)

### (8) Profilele Karolinska:

- trăsături anxioase mai multe la depresivi;
- tendințe la exprimare ca agresivitate, impulsivitate și ostilitate la bărbați și anxietate subiectivă la femei;
- comorbiditatea somatică se asociază cu nivele crescute de agresivitate, anxietate și impulsivitate;
- TD severă și dubla depresie generează scoruri crescute pentru vinovăție și impulsivitate și scăzute pentru socializare.

### (9) Profilele de personalitate PAS:

- femeile – personalitate histrionica, barbatii – personalitate impulsiva;
- patologia cardio-vasculara – personalitate anxios-evitanta;
- distimicii si depresivii severi – prezinta caldura afectiva, capacitate de empatie, nivel scazut de indiferenta fata de cei din jur si modalitati de coping interpersonal ineficiente;

### (10). Profilele de coping:

- femeile – coping pasiv si centrat pe emotie, barbatii – coping activ si disfunctional;
- clusterul B – solicitare suport emotional excesiv si autocontrol redus, clusterul C – utilizare reduca coping religios;
- comorbiditatile somatice – coping crescut pentru folosirea de substante psiho-active;
- patologia cardio-vasculara in plus nivel scazut de acceptare, iar somatica totala – nivel scazut de dezangajare mentala;
- distimia – coping deficitar pentru negare si folosirea suportului emotional;

### (11). Profilele DAS și GAF:

- atitudinile disfunctionale ale barbatilor sunt influentate socio-cultural;
- depresivii cu psihopatie – atitudini disfunctionale si dizabilitati mai accentuate;
- clusterul B – disfunctionalitati mai accentuate pt.dragoste, clusterul C – disfunctionalitati mai accentuate pentru realizare, perfectionism, omnipotenta;
- comorbiditatile somatice – atitudini disfunctionale accentuate general, mai accentuat pentru aprobare si omnipotenta;
- atitudinile disfunctionale sunt predictive pentru severitatea depresiei, nu pentru distimie;
- dizabilitatile sunt semnificative si pentru distimie si pentru severitatea depresiei.



# XIII. Propuneri, Proiecte

- (1). Elucidarea relației depresie-tumori maligne și depresie–diabet zaharat.
- (2). Studii genetice pe pacienți cu patologii cardio-vasculară (cardiopatie ischemică și hipertensiune arterială) și pacienți depresivi.
- (3). Programe comune cu compartimentele de psihiatrie de legătură pentru sensibilizarea medicilor de familie și somaticienilor privind comorbiditatea crescută a depresiei cu bolile somatice și metodele de screening a depresiei.
- (4). Acțiuni de mediatizare a depresiei, factorilor de risc și serviciilor la care se poate apela pentru depășirea perioadelor de viață vulnerabile; crearea de servicii de consiliere în perioade de viață vulnerabile.
- (5). Dispensarizare specială a depresivilor cu primul episod prelungit și a celor cu comorbiditate osteo-articulară.
- (6). Studiul profilurilor de coping la pacienți cu consum de alcool și pacienți cu asociere depresie-consum de alcool.
- (7). Studiul influenței nivelului de anxietate în apariția comorbidității somatice ca factor de risc independent al depresiei.
- (8). Conștientizarea prin programe informativ-educative a problematicei comorbidității depresiei cu alte tulburări psihice cu accent pe dependența la nicotină, distimie și tulburările anxioase și importanța cuprinderii lor în formula diagnostică pentru perspectiva terapeutică.

*Va multumesc!*

