



DEPRESIA, ca problemă de sănătate mentală în orizontul practicii medicului de familie

Acad. Prof. Dr. Mircea Lăzărescu

Clinica Psihiatrică Timișoara

2-3 Iunie 2016

- Ceea ce medicina psihiatrică denumeste și definește ca **“Tulburare depresivă”**, face parte dintr-un larg spectru de manifestări normale și adaptative a omului, care alunecă în aria deficitului dezadaptativ.
- **Depresia ca tulburare** (boală) cu toate intensitățile și formele sale clinice, se cere în permanență proiectată pe fundalul existențial al suferințelor umane condiționate de doliu, diverse pierderi, eșecuri și înfrângeri, epuizări, tragedii și anulări de sens existențial.
- Intersecția între fenomenologia și patologia depresiei psihiatrice, pe de o parte, și condiția general-umană a stării de boală, este și ea amplă, implicând variate condiționări, între care se pot enumera:
 - simpla coincidență;
 - reacția comprehensibilă la condiția bolii și a statutului de bolnav;
 - epuizare indusă de suferință;
 - interacțiunea bioendocrină între diverse tulburări organice și tratamente medicamentoase și bazele biologice ale depresiei etc.

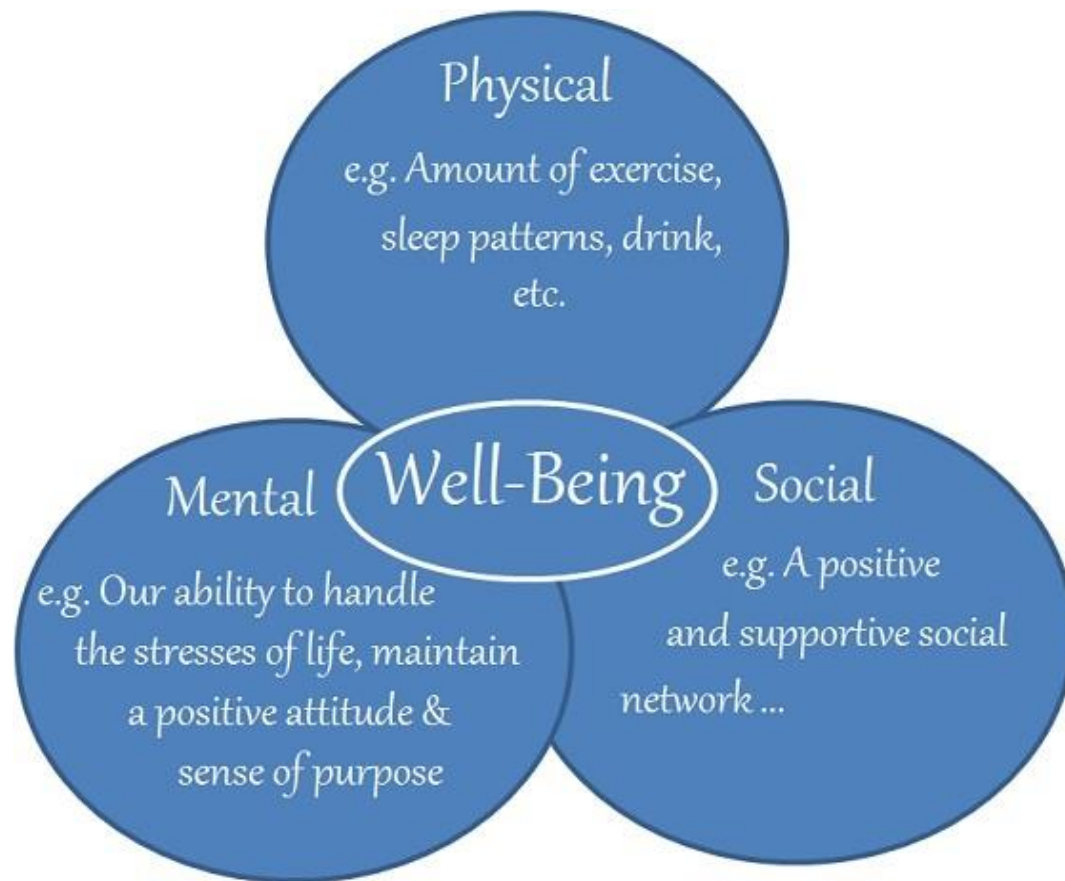
- În evaluarea unei stări depresive a unui om bolnav somatic, dincolo de un diagnostic corect (care implică și intensitatea și forma clinică), e importantă **evaluarea personalității** în ansamblul ei (ca biopsihotipologie, temperament, vulnerabilitate, biografie, moment de viață etc.).
- Precum și evaluarea **rețelei sociale proxime**, cea de **suport social**, ca amploare, eficiență, suport sau stress.
- O corectă evaluare a depresiei în medicina generală presupune atenție acordată **corelării frecvente** cu alte condiții psihopatologice, dintre care cele mai importante sunt **anxietatea, bipolaritatea, astenia și deficitul cognitiv**.
- Medicul de familie poate juca un rol important în promovarea sănătății mentale dacă realizează un corect management al depresiei.



Faptul că **depresia** se manifestă în **diverse grade** de intensitate și forme clinice și că există un **continuum cu normalitatea** face din depresie o prioritate prim ordin în practica medicinei de familie.

Cele menționate mai sus argumentează de ce **depresia** este o **problemă majoră de sănătate mentală** a umanității actuale.

- **Depresia** este o tulburare mentală bine definită, ce se manifestă prin **episoade** sau în cadrul unor **tulburări cu evoluție periodică**.
- **Marea sa comorbiditate** o plasează pe **primul loc**, ca frecvență, seriozitate și costuri în morbiditatea psihiatrică.



- **Sănătatea mentală**, mai ales în perspectiva promovării ei se cere diferențiată de medicina psihiatrică, inclusiv de psihiatria comunitară și preventivă.
- Promovarea sănătății mentale implică cultivarea unui **stil de viață sanogenetic**.

Acesta nu are în vedere propriu-zisă evitare a stress-ului, conflictelor, solicitărilor majore, chiar a pierderilor și suferinței, deoarece acestea sunt condiții intrinseci ale existenței omenești.

Pentru cultivarea sănătății mentale e nevoie de susținerea abilităților de “**coping**” (de a face față) cu stress-ul, solicitările și suferințele: **capacitatea de a rezolva problemele vieții, de a solicita ajutorul necesar, de a se autoîngiji, de a ști să te relaxezi și să te bucuri, și chiar de a suporta și da un sens propriilor suferințe.**

Înainte de a comenta depresia din perspectiva medicului de familie, se cere deci avută
în vedere **Concepția actuală asupra raportului între
vulnerabilitate și stress.**

- Vulnerabilitate
- Genetică
- Factori negativi ce pot acționa circumstanțial sau longitudinal cumulativ:
 - evenimente de viață negative
 - solicitări intense (prelungite)
 - tensiuni, conflicte prelungite (cu alții și intrapsihice)
- Noxe
- Tulburare:
 - cerebrală, organică, câștigată
 - psihică, convingeri (aspecte tipologico-caracteriale)
- Factori protectivi, circumstanțiali și de fond:
 - capacitate de coping cu stress-ul
 - capacitate de relaxare, odihnă
 - rețeaua de suport social
 - satisfacția, sens al vieții

- În perspectiva unei balanțe între factorii negativi și cei protectori – pe termen scurt și diacron cumulat – e posibil ca:
 - stressori puternici să nu aibă consecințe psihice (somatice) importante (ex. Depresie)
 - stressori ușori să declanșeze tulburări psihice (somatice) importante (ex. Depresie)
- Vulnerabilitate redusă
 - bună capacitate de coping, rețea de suport social bogată
 - relaxare, satisfacție, sens de viață

➔ **stressor puternic – reacție minimă**
- Vulnerabilitate crescută
 - ev. negative cumulate
 - stări de epuizare, frustrare, conflicte cumulate
 - rețea de suport social redusă

➔ **stressor minim – reacție puternică**

Depresia ca sindrom psihopatologic

- **Depresia** ca sindrom psihopatologic e relativ ușor de identificat, dată fiind familiaritatea oricărui om cu tristețea și suferința.
- Ea se caracterizează, în forma sa nucleară, prin **hipertimie negativă și bradipsihie generalizată**.

Simptome:

- **subiectiv**: lipsă de speranță în viitor, nehotărâre, anhedonie (lipsa intereselor și a plăcerilor, bucuriilor), lipsă de energie, dezinteres față de prezent, preocupare față de trecut, vinovăție nejustificată, tristețe subiectivă.
- **comportamental și expresiv**: mimică specifică cu trăsăturile gurii căzute și lipsa privirii în ambianță, deficit de spontaneitate și interes față de ambianță și alții (hiposociabilitatea), vorbire și mișcări lente (până la mutism și imobilitate)
- **cognitiv**: reducerea performanțelor funcțiilor cognitive de atenție, percepție, memorie, asociație, rezolvări de probleme
- **corporal-vegetativ**: reducerea somnului cu insomnie de trezire, rău matinal, inapetență cu scădere în greutate, spasme pe organele cavitare (constipație, stază biliară), reducerea libidoului, scăderea pragului algic. Există și forme clinice cu hipersomnie, hiperfagie și agitație, dar acestea sunt forme atipice.

Criteriaile DSM-5 (American Psychiatric Association) pentru Depresia majoră

- A. **5 (minim) din următoarele simptome au fost prezente simultan pe o perioadă de 2 săptămâni și reprezintă o modificare față de funcționarea anterioară; cel puțin unul din simptome este fie (1) dispoziție depresivă, fie (2) pierderea interesului sau a plăcerii.**

Notă: A nu se include simptome care sunt clar datorate unei condiții medicale generale sau deliruri și halucinații incongruente cu dispoziția.

- **Dispoziție depresivă cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, fiind indicată fie prin raportare subiectivă (ex. se simte trist sau gol) sau prin observarea altora (ex. pare înlăcrimat).** Notă: la copii și adolescenți, poate fi înlocuită de dispoziție iritabilă.
- **Diminuare semnificativă a interesului sau a plăcerii în toate sau aproape toate activitățile cotidiene, aproape zilnic (subiectiv sau heteroanamnestic).**
- **Scădere ponderală semnificativă, fără a ține regim, sau câștig ponderal (o modificare mai mare de 5% față de greutatea inițială într-o lună), ori scădere sau creștere a apetitului aproape zilnic.** Notă: la copii, se notează lipsa punerii în greutate.
- **Insomnie sau hipersomnie zilnic.**

Criteriaile DSM-5 (American Psychiatric Association) pentru Depresia majoră

- **Agitație psiho-motorie sau lentoare psiho-motorie aproape zilnic** (observabilă de către alții, nu doar sentimente subiective de neliniște sau lentoare)
 - **Fatigabilitate sau pierderea energiei vitale aproape zilnic**
 - **Sentimente de inutilitate sau vinovăție excesivă sau inadecvată** (poate atinge nivel delirant) **aproape zilnic** (nu doar auto-reproșuri sau vinovăție în legătură cu boala)
 - **O diminuare a abilității de gândire și concentrare a atenției sau nehotărâre, aproape zilnic** (subiectiv sau heteroanamnestic)
 - **Gânduri recurente despre moarte** (nu doar frica de moarte), **ideație suicidară recurentă**, fără un plan specific, sau **tentativă suicidară** sau un plan specific de a comite suicid
- B. Simptomele cauzează disconfort clinic semnificativ sau dizabilitate pe plan social, ocupațional sau în alte arii de funcționare importante.
- C. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (ex. abuz de droguri, medicație) sau unei condiții medicale generale (ex. hipotiroidism).
- **De remarcat accentul redus pus pe simptomatologia subiectivă și crescut pe cel corporal-comportamental.**

Şase întrebări utile pentru (orientarea spre) diagnosticul de DEPRESIE

1. Aveți (în ultimul timp) tulburări de somn, în sensul de a vă trezi mai devreme și a vă simți mai rău dimineața*?
2. Sunteți (în ultimul timp) mai dezinteresat, lipsit de chef, inițiative, randament, bucurii?
3. Sunteți (în ultimul timp) mai lipsit de energie și încredere în sine pentru planurile de viitor?
4. V-ați simțit (în ultimul timp) vinovat pentru lucruri minore**?
5. A scăzut (în ultimul timp) pofta de mâncare și ați slăbit (subiectiv)?
6. Sunteți (în ultimul timp) mai retras, puțin sociabil, lent în comportamente și trist?

* Notă: Răul matinal e mai specific depresiei, iar cel vesperal anxietății.

** Această deprecieri și lipsă de încredere în viitor sunt deseori mai importante decât sentimentele de tristețe.



- Dificultatea diagnosticării **depresiei** constă în faptul că deseori **medicul nu-și privește pacientul** (cum se mișcă și privește) și **nu-l întreabă ce părere are despre sine**.
- Principala dificultate a unui diagnostic corect constă în **uriașa comorbiditate**, psihiatrică și somatică.

Lăsând la o parte, pentru început, corelația directă între depresie și patologia somatică, precum și formele psihiatrice psihotice, se poate atrage atenția asupra a cel puțin două intersecții psihopatologice foarte importante:

- cu patologia **anxioasă**
- cu patologia **maniacală**

Depresia și anxietatea sunt comorbide mai mult de 50%. În formele nucleare e o deosebire evidentă în raportare:



Depresivul e **dezinteresat de prezent și viitor, de contactul social**, suferă de **rău matinal**. Patologia somatică cel mai mult corelată cu depresia e cea **digestivă și algică**.

Anxiosul e hipervigil, se interesează cu o atenție mobilă față de ce e în jur, de prezent, așteptându-se ca în viitorul imediat să apară un pericol iminent: e **încordat muscular, neliniștit, transpirat** etc.
Anxietatea se conjugă mai frecvent cu patologia cardio-vasculară.



- **Depresia cu anxietate generalizată** se diferențiază de cea inhibată prin alt aspect al manifestărilor:
- Pacientul privește în jur, își frământă mâinile, se mișcă continuu; nu are încredere în el, nici speranță, dar e și îngrijorat că i se va întâmpla ceva foarte rău
- Hipocondria apare, de obicei, în contextul unei depresii anxioase.
- **Depresia anxioasă** se manifestă deseori în cadrul episoadelor Tulburării depresive monopolare; acestea se intersectează aparent fără motiv evident sau cu motiv minor; episodul tinde să dureze mai multe luni, iar uneori poate avea intensitate medie, aducând în prim-plan suferințe somatice care înainte erau bine suportate.

Episoade depresiv-anxioase severe



Se accentuează tulburări latente sau suportate acceptabil.



Depresia se corelează frecvent cu atacurile de panică și agorafobia.

Agorafobia este o tulburare de care se preocupă psihiatrii, constând în dificultatea pacientului de a se deplasa departe de casă, în locuri aglomerate.

Atacurile de panică pot însoți agorafobia, dar se pot manifesta și independent, constând în: scurte crize cu:

- **sentimentul morții iminente**, a căderii în gol, pierderea identității, derealizări, “înnebunire”, vertigo
- manifestări neurovegetative brutale: **tahicardie pronunțată** cu creșterea TA, **transpirații profuze**, **tulburări de vedere**, **uscarea gurii**, **eructații**, **grețuri**, **tranzit intestinal accelerat**.

Comorbiditatea frecventă cu depresia sugerează și **mecanisme etiopatogenice comune**, fapt ce se reflectă și în eficiența tratamentelor cu antidepressive SSRI.

Problemele de **diagnostic diferențial** cu diverse tulburări somatice e amplu, mai ales atunci când poate fi **comorbid cu suferințe reale** (HTA, infarct etc). **Caracterul paroxistic și revenirea periodică a tulburării pot sugera acest diagnostic.**

atac de panică atac de panică și agorafobie agorafobie

patologie somatică
episoade depresive subclinice sau medii



Depresia, mania și bipolaritatea

- Alternanța între episoade depresive și maniacale este cunoscută din Antichitate; ea a fost clar circumscrisă în sec. XIX ca “nebunie cu dublă formă” și introdusă în sistemul nosologic psihiatric al lui Kraepelin (la începutul sec. XX) ca boală maniaco-depresivă; **în prezent este etichetată ca Tulburare bipolară (T.B.)** și constă în alternanță și mixtări între manifestări ale sindromului depresiv și maniacal.

Sindromul (episodul) maniacal este, în principiu, **opus celui depresiv**, caracterizat prin:

- **subiectiv**: încredere în sine și în viitor exagerate; pacientul se articulează hedonic, dar fugitiv, de prezent, cu susținere unei implicări totale în viitor
- **comportamental și expresiv**: are o mimică ce exprimă bună dispoziție, vorbește spontan abordând fără reticență pe oricine, e expansiv, se mișcă mult, dezinhibat, hiperactiv;
- **cognitiv**: e hipervigil, dar eficiența cognitivă e redusă datorită ritmului și vitezei crescute a asociațiilor de idei (tahipsihie)
- **bio-corporal**: doarme puțin, dar nu e obosit, cu energie crescută, fizic și psihic

Deși episodul maniacal propriu-zis nu prezintă un interes deosebit pentru medicul de familie, T.B. e importantă pentru evaluarea evolutivă a cazurilor.



Depresia, mania și bipolaritatea

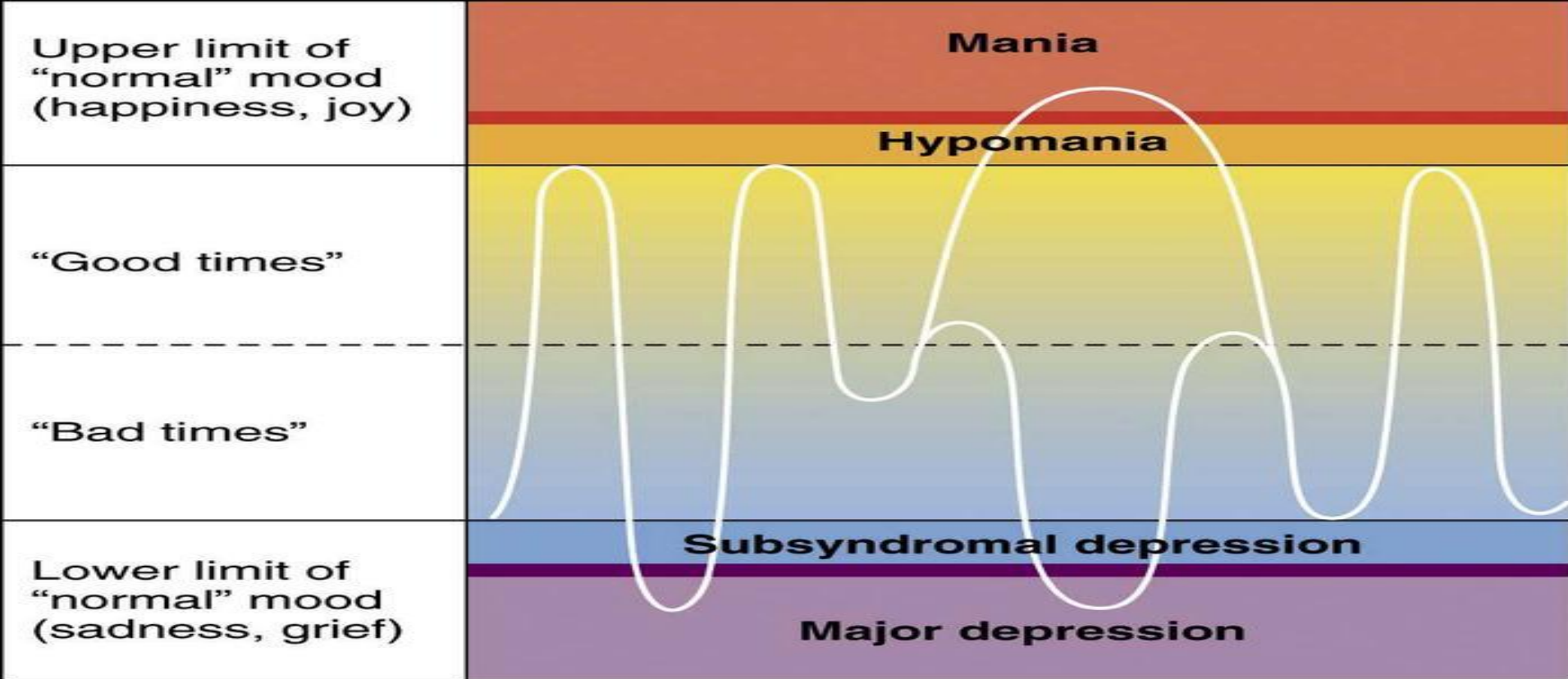
- **T.B.** a atras atenția tot mai mult în ultimii ani datorită formelor marginale, subclinice și a problemelor de “**spectru maladiv**”.
- Pe lângă episodul maniacal de intensitate medie (la care, în psihiatrie, se adaugă formele agitate și delirante), se descriu și **episoade hipomaniacale și temperamentul hipertim** la care simptomatologia e redusă, dar prezentă.

În psihiatria actuală (vezi DSM-V, 2013) s-a impus ideea de “spectru” – în cazul de față “**spectrul bipolar**”, care înțelege o tulburare nu doar prin prezența unor episoade maladive (în cazul de față, maniacale și depresive), ci și prin alți parametri care aduc în discuție și vulnerabilitatea.

Și anume:

- **prezența la pacient a formelor subclinice** (în cazul de față, ciclotimia și hipertimia) și alte manifestări comportamentale (ex. profesia)
- **prezența la rudele de gradul întâi a manifestărilor clinice, subclinice și de spectru**

Avându-se în vedere această perspectivă, se poate deseori evalua dacă **un episod depresiv face parte dintr-un spectru bipolar sau monopolar depresiv**, fapt care *modifică terapia episodului și cea preventivă*.



- Rudele de gradul I
- Dacă întâlnim un pacient cu cancer, migrenă sau infarct miocardic, atitudinea e diferită:
- pentru **spectrul monopolar depresiv** e util să avem o dispensarizare cu tratamentul de fond și evitarea stress-ului.
- pentru **spectrul bipolar** e important ca în episoadele hipomane să nu se simtă "prea bine" și să ignore tratamentul de întreținere.



Depresia mascată



Sindromul depresiv are, în definiția sa, un set de simptome ce se întâlnesc în foarte multe boli somatice.

Complexul bio-somatic al depresiei (CBSD):

- **inapetența** cu scădere în greutate
- **astenie**, anergie, deficit de activitate și efort
- **cenestopatii** și algii: e modificată sensibilitatea algică și durerile subclinice pot deveni clinice
- **preocupare** (hipocondriacă) în legătură cu boli grave, incurabile, moarte
- reale **modificări bio-corporale**: spasme pe organele cavitare, reducerea metabolismului, scăderea imunității
- **familia** și cunoștințele **constată obiectiv** înrăutățirea generală a stării pacientului
- Celelalte simptome pot fi prezente, dar pacientul nu le afirmă spontan, “**nu se plânge de ele**”.



Depresia mascată

- **CBSD** poate fi în prim-planul acuzelor unui pacient depresiv; el se prezintă cu aceste simptome medicului de familie și specialiștilor și **nu exprimă, spontan, restul simptomelor** (care însă pot fi depistate cu cele șase întrebări). Pot urma multe examinări și tratamente inutile.
- + Depresia mascată de suferințe somatice

CBSD poate însoți o patologie somatică reală, dar minoră, amplificându-i semnificația și inducând rezistență la tratamentul specific.

În caz de prelungire nejustificată a unei patologii ce nu se obiectivează suficient, trebuie căutată depresia.

A nu se uita cele 6 întrebări și observarea directă a expresivității pacientului și istoria de viață ce poate indica episoade similare.

N.B. Depresia poate fi mascată și prin consum de alcool.



Depresia reactivă în raport cu boala

- Orice boală este un eveniment de viață (EV) negativ și subiectul poate reacționa la pierderea stării de sănătate, la fel ca la orice pierdere: pierderea unei persoane de care e atașat, pierderea averii, a idealurilor etc.
- Depresia reactivă bolii e susținută, desigur, de disconfortul corporal dat de: dureri, impotență funcțională, incapacitate de a-și exercita statusul social și rezolva problemele curente.
- Starea de boală poate condiționa o reducere a stimei de sine, fapt ce favorizează nu doar depresia, ci și ideea suicidară.

Depresia reactivă în raport cu boala

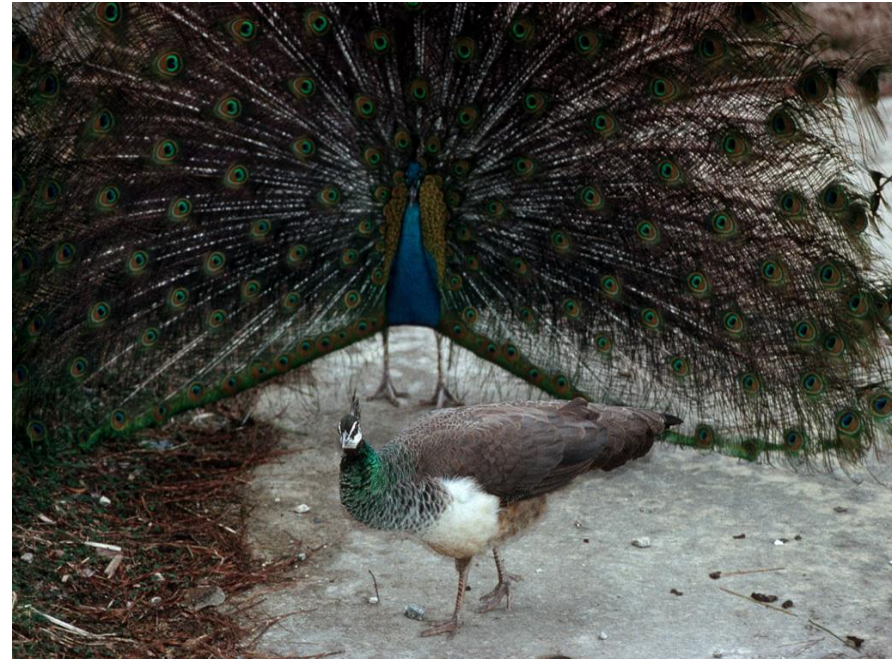
- Reacția depresivă în raport cu boala e accentuată în bolile prelungite algice, la persoane în vârstă, izolate.
- În aceste cazuri, riscul de suicid e deosebit de mare.
- Depresia reactivă față de boală se cere privită în contextul balanței longitudinale între stressori negativi și factorii de protecție.
- Deosebit de negativă este **reducerea sau lipsa rețelei de suport social**. Sprijinul moral și pragmatic din partea persoanelor apropiate e de cel mai mare ajutor în aceste cazuri.

Patologia depresivă și tristețea omenească

Actuala **concepție evoluționistă** sugerează că diversele tulburări psihopatologice derivă din modele de trăiri și comportament **adaptative**, ce au fost astfel selectate și transmise **genetic**, astfel încât creierul uman posedă o capacitate de “montare” a lor, de câte ori e necesar.

- În lumea umană, ce se desfășoară cu multiple particularități psihologice față de psihismul animal și se exercită de multe mii de ani într-un mediu cultural, condiționările adaptative suntspecifice și diverse.

Pentru **depresie** și *manie* s-a sugerat o echivalență biologică în modelul **retragerii hibernale** și *perioada de rut*.



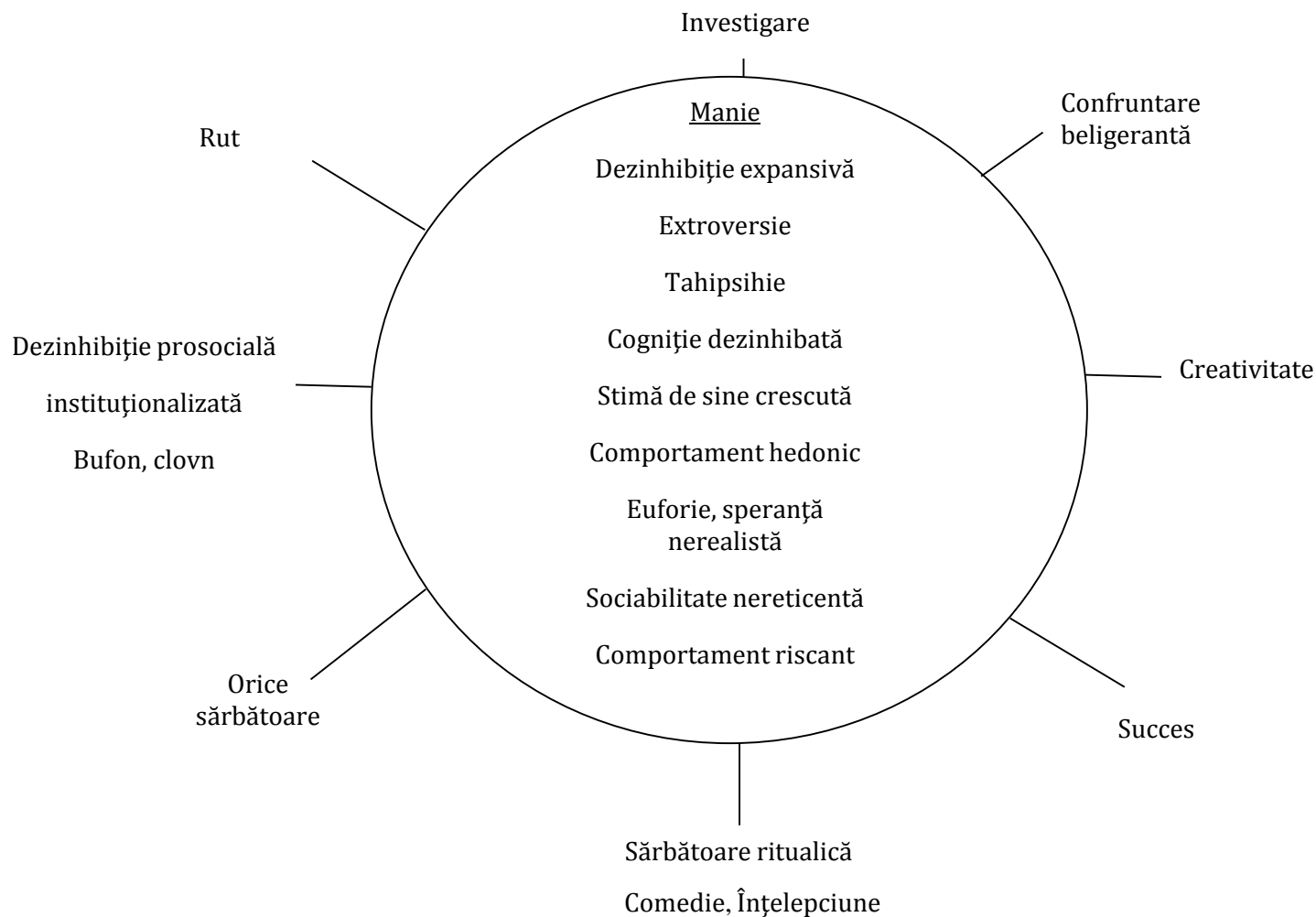
Patologia depresivă și tristețea omenească

- Pentru **depresie** modelul normal adaptativ cel mai pregnant este **doliul**,

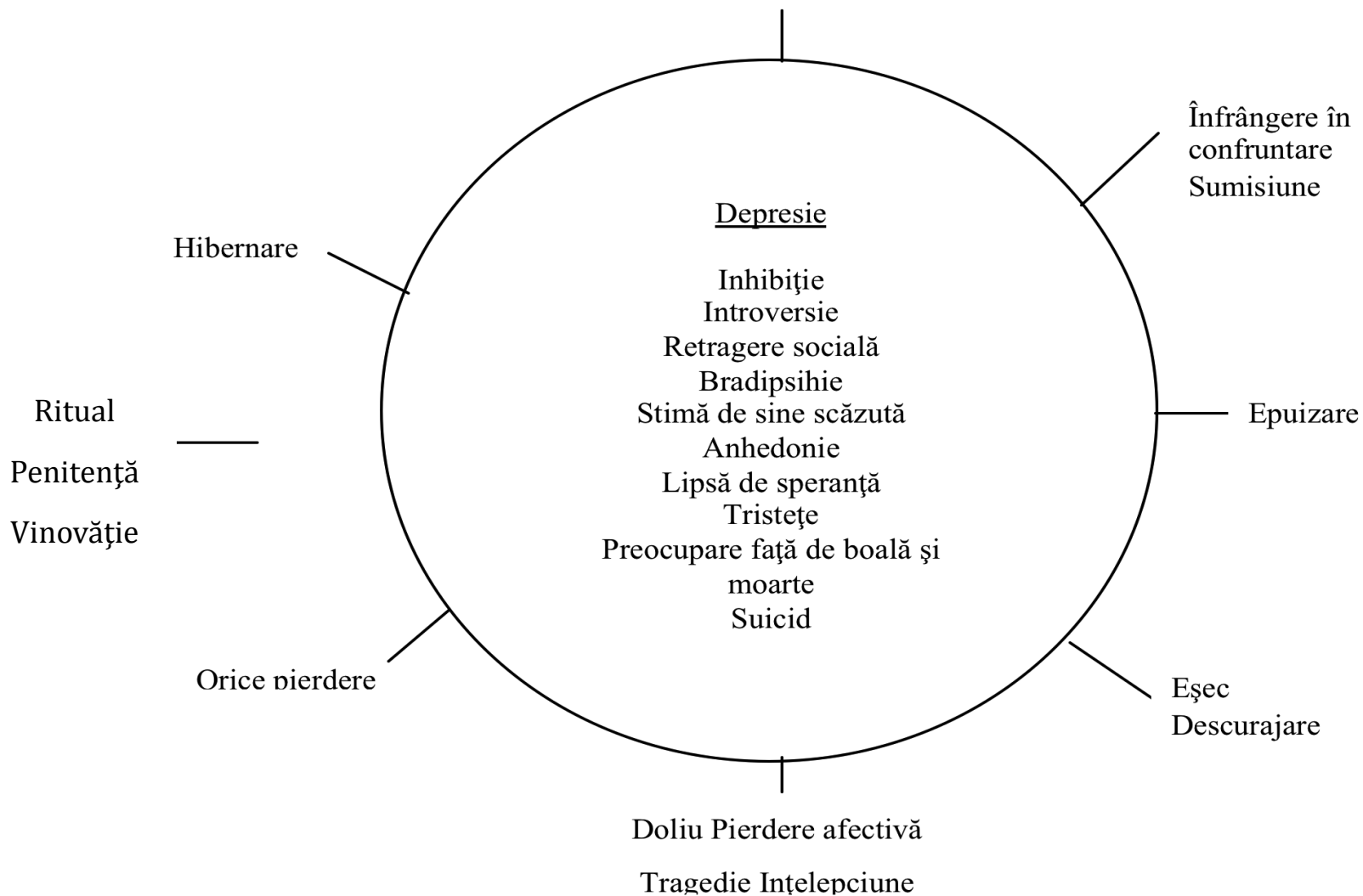


iar pentru **manie**,
starea de **euforie sărbătorească**.

Circumplex al modalităților adaptative psiho-biologice și antropologico-spirituale care se agregă în jurul modului maniacal



Circumplex al modalităților adaptative biopsihologice și antropologic – spirituale care se agregă în modulul sindromului depresiv



Vă mulțumesc!

mlazarescu39@yahoo.com